

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Πτυχιακή εργασία
Η Διερεύνηση του φαινομένου της ψυχογενούς
βουλιμίας

Γεωργιτσοπούλου Ευαγγελία
Παπατάσιου Βασιλική

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ 6
Α) ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	
1) ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	σελ 7
2) ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ.....	σελ 7
3) ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	σελ 8
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	σελ 9
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	σελ 9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.....	σελ 11
1.2 ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ... ..	σελ 12
1.3 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	σελ 13
1.4 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΚΟΥΣ & ΣΤΟΥΣ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΟΥΣ.....	σελ 13
1.5 Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ & ΠΑΙΔΙΑ.....	σελ 14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ 16
2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ & ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.....	σελ 17
2.3 ΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΣΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΙΚΟΥΣ ΠΛΥΘΗΣΜΟΥΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ.....	σελ 18
2.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	σελ 20
2.5 Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ.....	σελ 21
2.6 ΟΙ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	σελ 22
2.7 ΟΙ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ & ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	σελ 24
2.8 Η ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	σελ 25
2.9 Η ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.....	σελ 26
2.10 ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΑΛΗ Ή ΣΤΗ ΚΑΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ & ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	σελ 27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΝΟΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

3.1 ΜΥΣΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	σελ 29
----------------------	--------

3.2 ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ.....σελ	29
3.3 ΤΟ ΑΙΣΘΗΜΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ.....σελ	30
3.4 ΤΟ ΕΙΛΟΣ & Η ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΤΡΟΦΩΝ ΠΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΟΝΤΑΙ.....σελ	30
3.5 ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ.....σελ	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΜΕΤΡΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ.

4.1 ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΕΜΕΤΟΥ.....σελ	32
4.2 ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΚΑΘΑΡΤΙΚΩΝ & ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΩΝ.....σελ	33
4.3 Η ΔΙΑΙΤΑ –ΕΝΑΣ ΦΑΥΛΟΣ ΚΥΚΛΟΣ.....σελ	33
4.3.1 Η ΑΠΟΦΥΓΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΡΟΦΗΣ.....σελ	34
4.3.2 ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΠΟΣΟΤΗΤΑΣ ΤΡΟΦΗΣ.....σελ	34
4.3.3 ΑΠΟΦΥΓΗ ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΤΥΠΩΝ ΤΡΟΦΗΣ.....σελ	34
4.3.4 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ.....σελ	35
4.3.5 ΕΞΑΝΤΛΗΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ.....σελ	35
4.3.6 Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΕΚΚΕΝΩΣΗΣ.....σελ	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΒΟΥΛΙΜΙΚΟΥ ΑΤΟΜΟΥ.

5.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΒΟΥΛΙΜΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ.	
Α) ΧΑΜΗΛΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ.....σελ	37
Β) ΤΕΛΕΙΟΜΑΝΙΑ.....σελ	37
Γ) Η ΣΚΕΨΗ ΤΟΥ ΟΛΑ Η ΤΙΠΟΤΑ.....σελ	38
Δ) Η ΔΥΣΑΡΕΣΚΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ.....σελ	38
Ε) ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ & ΤΟ ΒΑΡΟΣ.....σελ	39
ΣΤ) ΤΟ ΚΥΝΗΓΙ ΤΟΥ ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑΤΟΣ.....σελ	39
Ζ) Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ.....σελ	39
Η) Η ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....σελ	40
Θ) ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....σελ	40
5.2 ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΕΣ ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.....σελ	41
5.2.1 ΦΑΝΕΡΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....σελ	41
5.2.2 Η ΕΜΜΟΝΗ ΤΕΛΕΤΟΥΡΓΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....σελ	42
5.2.3 Η ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΠΟΥ ΠΡΟΕΡΧΕΤΑΙ ΑΠΟ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΒΙΩΜΑΤΑ.....σελ	43
5.2.4 Η ΣΑΔΟΜΑΖΟΧΙΣΤΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....σελ	43
5.3 Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ	

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.....σελ	44
5.4 Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΣΥΝΟΔΕΥΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....σελ	45
5.5 Ο ΕΞΑΡΤΗΣΙΑΚΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....σελ	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΟΙ ΕΡΜΗΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

6.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....σελ	48
6.2 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΜΜΕ	σελ 50
6.3 Η ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ.....σελ	51
6.4 ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.....σελ	53
6.5 ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ.....σελ	53
6.5.1. ΜΟΝΤΕΛΟ ΕΘΙΣΜΟΥ.....σελ	53
6.5.2 ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ.....σελ	54
6.5.3 ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ.....σελ	54
6.5.4 ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ	σελ 55
6.5.5 ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΙΑΙΤΑΣ.....σελ	55
6.5.6 ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ.....σελ	56
6.6 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....σελ	57
6.6.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΝΕΥΡΟΔΙΑΒΙΒΑΣΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ.....σελ	57
6.6.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΡΜΟΝΩΝ-ΠΕΠΤΙΔΙΩΝ.....σελ	58
6.6.3 Η ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ.....σελ	58
6.7 ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....σελ	59
6.7.1 Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΒΑΡΟΣ.....σελ	59
6.7.2 ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ ΦΑΓΗΤΟ.....σελ	60
6.7.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΑΣΤΕΡΙΣΜΟΣ.....σελ	60
6.7.4 Η ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....σελ	61
6.8 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ.....σελ	62
6.8.1 Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ & ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ....σελ	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ..	σελ 66
7.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....σελ	66

7.1.1 ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΩΣ ΜΕΣΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....σελ 67	σελ 67
7.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....σελ 67	σελ 67
7.2.1 ΟΙ ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....σελ 68	σελ 68
7.3 Η ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....σελ 69	σελ 69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ70	σελ70
8.1 ΓΝΩΣΙΑΚΗ -ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....σελ 70	σελ 70
8.2 ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....σελ 73	σελ 73
8.2.1 ΟΙ ΟΜΑΔΕΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....σελ 75	σελ 75
8.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....σελ 76	σελ 76
8.4 ΑΛΛΕΣ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....σελ 78	σελ 78
8.4.1 Η ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ.....σελ 79	σελ 79
8.4.2 ΔΙΑΛΕΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....σελ 80	σελ 80
8.4.3 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΤΕΧΝΗΣσελ 80	σελ 80
8.4.4 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....σελ 81	σελ 81
8.4.5 Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....σελ 81	σελ 81
8.4.6 Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....σελ 82	σελ 82
8.4.6.1 ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΣΙΑΚΗ ΜΕΤΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ...σελ 83	σελ 83
8.4.6.2 ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣσελ 83	σελ 83
8.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.....σελ 84	σελ 84
8.6 ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝσελ 85	σελ 85
8.7 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΛΗΡΕΙ Ο ΒΟΥΛΙΜΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ.....σελ 86	σελ 86
8.7.1 Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΒΟΥΛΙΜΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΤΟΥ.....σελ 86	σελ 86
8.7.2 ΟΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ.....σελ87	σελ87
8.8 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΔΥΝΗΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ.....σελ 89	σελ 89

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

9.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....σελ 91	σελ 91
9.2 ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΔΙΕΓΜΑΤΟΣ.....σελ 92	σελ 92
9.3 ΜΕΣΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....σελ 92	σελ 92

9.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....σελ	94
--	-----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.1 ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....σελ	95
10.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....σελ	141
10.3 ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ.....σελ	144
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....σελ	147
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ	149

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη εποχή, παρατηρούμε ότι παρά το γεγονός ότι τα αποθέματα σε φαγητό είναι άφθονα στις δυτικές κοινωνίες, μία σημαντική μερίδα του πληθυσμού καταφεύγει σε δίαιτα με στόχο την απώλεια βάρους και έτσι προσπαθεί να αποφύγει το φαγητό που της προσφέρεται άφθονο σήμερα. Επίσης παρατηρούμε πως όσο το μέσο όρο βάρους αυξάνει για το γενικό πληθυσμό, ως αποτέλεσμα της κοινωνίας της αφθονίας, η ιδανική εικόνα σώματος, έτσι όπως προβάλλεται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και τις βιομηχανίες διασκέδασης καθώς και από τους διαφημιστικούς και τους βιομηχανικούς οργανισμούς δίνει έμφαση στο αδύνατο, στο ισχνό και λιπόβαρες σώμα. Επίσης από τα ερευνητικά δεδομένα που υπάρχουν φαίνεται καθαρά ότι τα περισσότερα άτομα, από όσα καταφεύγουν σε δίαιτα ή υποφέρουν από κάποια διατροφική διαταραχή, είναι γυναίκες. (Beardsworth A-Keil T, 2000)

Σε κοινωνικό επομένως επίπεδο βλέπουμε πως η γυναίκα δέχεται πίεση για να διατηρεί μια αδύνατη σιλουέτα, διαφορετικά γίνεται πιθανά στόχος κριτικής, επειδή δεν ανταποκρίνεται στα κοινωνικά στάνταρντς. Στη διάρκεια της εφηβείας ιδιαίτερα, όπου το άτομο προσπαθεί να αποκτήσει μια ταυτότητα είναι πολύ πιθανό τα κορίτσια να ταυτιστούν με τα προβαλλόμενα από τα Μέσα μαζικής ενημέρωσης πρότυπα και να προσπαθήσουν να τους μοιάσουν.

Βλέπουμε λοιπόν, πως η κοινωνική πίεση που ασκείται από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, οδηγεί πολλά νεαρά άτομα και κυρίως γυναίκες σε κάποια ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματός τους. Ωστόσο ορισμένα από αυτά, επειδή ενδεχομένως είναι πιο ασταθή και αποδιοργανωμένα εσωτερικά, και πιο επιρρεπή στην κοινωνική πίεση που τους ασκείται, καταφεύγουν πολλές φορές σε ακραία μέσα, προκειμένου να ελέγξουν το βάρος τους. Έτσι είναι πιθανό να εμφανίσουν κάποια στιγμή διαταραχή στην πρόσληψη τροφής. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι: η ψυχογενής ανορεξία η ψυχογενής βουλιμία και η ανεξέλεγκτη διαταραχή της υπερφαγίας.

Στη συγκεκριμένη εργασία θα επικεντρωθούμε στη μελέτη της ψυχογενούς βουλιμίας, η οποία αποτελεί ένα φαινόμενο ελάχιστα ερευνημένο, σε σχέση με την ψυχογενή ανορεξία, αλλά εξίσου σημαντικό-αν όχι σημαντικότερο-προς εξερεύνηση, καθώς τα συμπτώματά του είναι πολύ πιο δύσκολο να εντοπιστούν από αυτά της ανορεξίας και κατά συνέπεια και να αντιμετωπιστούν. Οι ανορεκτικοί ασθενείς γίνονται εύκολα αντιληπτοί εξαιτίας της παραποιημένης εικόνας του σώματός τους οι βουλιμικοί ασθενείς όμως δεν διακρίνονται εύκολα, καθώς το βάρος τους μπορεί να βρίσκεται στα κανονικά επίπεδα αλλά παρόλα αυτά να έχουν άμεση ανάγκη θεραπείας.

Η ψυχογενής βουλιμία μπορεί να θεωρηθεί υπόλειμμα μιας επιμένουσας ψυχογενούς ανορεξίας ή μπορεί να υπάρξει και η αντίστροφη διαδοχή. Μια ασθενής η οποία προηγουμένως ήταν ανορεκτική, μπορεί πρώτα να παρουσιάσει βελτίωση ως αποτέλεσμα της αύξησης του σωματικού βάρους και πιθανώς της έμμηνης ρύσης, στη συνέχεια όμως μπορεί να εγκατασταθεί μια κακοήθης κατάσταση εναλλαγής υπερφαγίας και εμετών. Επίσης βουλιμική συμπεριφορά εμφανίζουν και τα άτομα που είναι παχύσαρκα. (Κ.Σολδάτος, Β Μαυρέας, 1992)

Η ψυχογενής βουλιμία, είναι ένα φαινόμενο που υπάρχει και στην ελληνική κοινωνία και ενώ αποτελεί ένα φαινόμενο γρήγορα εξελισσόμενο, δεν έχει δοθεί η αντίστοιχη προσοχή για την διερεύνησή του. Για το λόγο αυτό θα διερευνηθεί το φαινόμενο της ψυχογενούς βουλιμίας.

ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

α) Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η ψυχογενής ανορεξία είναι διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από την εκούσια απώλεια του σωματικού βάρους, προκαλούμενη από τον ίδιο τον ασθενή. Τα βασικά κλινικά διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας είναι τα εξής:

α) Το άτομο αρνείται να διατηρήσει το βάρος του σε ένα φυσιολογικό επίπεδο, το οποίο θα ανταποκρίνεται στο ύψος και στην ηλικία του.

β) Υπάρχει έντονος φόβος στο άτομο ότι θα γίνει παχύσαρκο. Ο φόβος αυτός δεν μειώνεται, ακόμη κι όταν μειώνεται το σωματικό του βάρος.

γ) Υπάρχει διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος. Ο ασθενής αισθάνεται ότι είναι παχύς, ενώ πραγματικά είναι αδύνατος.

δ) Εμφανίζεται σημαντική απώλεια βάρους. Στην ψυχογενή ανορεξία το σωματικό βάρος παραμένει 25% κάτω από το φυσιολογικό βάρος και ο δείκτης σωματικής μάζας κατά Quetelet είναι 17,5 ή λιγότερο.

ε) Η απώλεια βάρους δεν πρέπει να οφείλεται σε άλλη ασθένεια.

στ) Υπάρχει αμηνόρροια στις γυναίκες για τρεις συνεχόμενους κύκλους. (Κουρκούτας, 2001)

Η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με την αποφυγή απαγορευμένων ή παχυντικών τροφών. Επιπλέον το ανορεκτικό άτομο μπορεί να αυτοπροκαλεί εμετούς, κενώσεις με τη χρήση καθαρτικών ουσιών, να καταφεύγει σε εξαντλητικές δίαιτες ή να κάνει χρήση κατασταλτικών φαρμάκων της όρεξης καθώς και διουρητικών. (Σολδάτος - Μαυρέας Β, 1992, σελ 220-222)

Η μέση ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η ηλικία των 17 ετών και σπάνια η συγκεκριμένη διαταραχή αρχίζει μετά τα 40. Επίσης από την ψυχογενή ανορεξία σπάνια προσβάλλονται αγόρια εφηβικής ηλικίας καθώς και νεαρά παιδιά προεφηβικής ηλικίας. Η θνησιμότητα της ψυχογενούς ανορεξίας ξεπερνά το 10% και ο θάνατος προέρχεται από την ασιτία, την αυτοκτονία, ή από ηλεκτρολυτικές διαταραχές. (Μάνος Ν, 1988 σελ 339-344)

β) Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

Η διαταραχή ανεξέλεγκτης επεισοδιακής υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από:

α) επανειλημμένα επεισόδια ανεξέλεγκτης πολυφαγίας. Το άτομο σε μια συγκεκριμένη περίοδο π.χ δύο ωρών καταναλώνει μεγάλη ποσότητα τροφής, μεγαλύτερη απ'αυτή που θα κατανάλωναν φυσιολογικοί άνθρωποι.

β) το άτομο χάνει τον έλεγχο κατά τη διάρκεια του επεισοδίου πολυφαγίας. Η συγκεκριμένη διαταραχή εμφανίζει τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια με την ψυχογενή βουλιμία, εκτός από την εφαρμογή κατάλληλων συμπεριφορών εξισορρόπησης (εμετοί, καθαρτικά). Τα επεισόδια ανεξέλεγκτης πολυφαγίας εναλλάσσονται με περιόδους διατροφικού περιορισμού και συνδέονται με τρία από τα ακόλουθα κριτήρια:

1) Ο ρυθμός πρόσληψης τροφής είναι πολύ ταχύτερος του φυσιολογικού.

- 2) Η πρόσληψη τροφής συνεχίζεται μέχρι του σημείου δυσάρεστης αίσθησης – κορεσμού (καταναλωτική μανία).
- 3) Η πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων τροφής γίνεται, ενώ απουσιάζει η φυσική αίσθηση της πείνας.
- 4) Το άτομο τρώει κρυφά (μόνο του), επειδή ντρέπεται για το πόσο πολύ τρώει.
- 5) Το αισθάνεται απέχθεια και μίσος για τον εαυτό του, κατάθλιψη ή έντονες ενοχές μετά το επεισόδιο πολυφαγίας. (http://www.jeremy.nutrifit.gr/eating_disorders.html)

γ) **Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ**

Η παχυσαρκία δεν αποτελεί ψυχική διαταραχή. Σε κλινικό επίπεδο, ένα άτομο θεωρείται παχύσαρκο αν η θέση του βάρους του είναι 20% ή περισσότερο από το αναμενόμενο για το ύψος του.

Η παχυσαρκία εμφανίζεται συχνά στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή στην ενήλικη ζωή. Έχει παρατηρηθεί ότι στα παχύσαρκα άτομα εμφανίζονται επεισόδια υπερφαγίας, τα οποία προκαλούν την ανεξέλεγκτη και υπερβολική κατανάλωση τροφής μέσα σε τακτό χρονικό διάστημα. (Μαράτος Ι, 1988)

Ύστερα από τη διεξαγωγή πειραματικών μελετών, οι οποίες είχαν ως αντικείμενο την συμπεριφορά των παχύσαρκων ατόμων, έχει παρατηρηθεί ότι η διατροφική δραστηριότητα του παχύσαρκου ανταποκρίνεται :

1. Στην αρχή της πράξης του φαγητού, η οποία γι αυτούς είναι εξαρτώμενο ερέθισμα.
2. Στην πρόσληψη της τροφής η οποία είναι μηχανική και γρήγορη.
3. Στην αρχή ότι η ίδια η πράξη του φαγητού είναι απύουσα ή εξασθενημένη. (Υγεία,1989)

Μια έρευνα η οποία διεξήχθη στο εξωτερικό σε 112 παχύσαρκα παιδιά, ηλικίας 6-12 ετών, έδειξε ότι το 33.1% των παιδιών είχε επεισόδια υπερφαγίας. Παράλληλα παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά αυτά είχαν υψηλό άγχος, συμπτώματα κατάθλιψης και δυσανασχετούσαν με το σώμα τους. (Miguel R, Keil, Yanovski, Jack, 2002)

Οι παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη και στην εμφάνιση της παχυσαρκίας, είναι πολυποίκιλοι και πολυσύνθετοι. Η κληρονομικότητα, το οικογενειακό περιβάλλον, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου, ο σύγχρονος τρόπος ζωής και κυρίως το γεγονός ότι δεν ακολουθείται ένας σωστός τρόπος διατροφής είναι μερικοί από τους παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της παχυσαρκίας. (Υγεία,1989)

Στην Ελλάδα το ποσοστό των ατόμων που έχουν παχυσαρκία είναι αρκετά μεγάλο. Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν στον Ελλαδικό χώρο τα τέσσερα στα δέκα παιδιά κάτω των δέκα ετών, είναι παχύσαρκα και τα κορίτσια υπερτερούν σε παχυσαρκία σε σχέση με τα συνομήλικα τους αγόρια. Επίσης σύμφωνα με έρευνα που ανακοίνωσε το Πανευρωπαϊκό Συμπόσιο, η οποία διεξήχθη σε αγόρια και κορίτσια ηλικίας 13 ετών, σε οχτώ χώρες τεσσάρων Ηπείρων, έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά στην Ελλάδα, έχουν τον υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος από όλα τα συνομήλικα παιδιά των αντίστοιχων χωρών. Ακολουθούν κατά σειρά τα παιδιά του Κουβέιτ, των Η.Π.Α, της Γερμανίας, της Φιλανδίας, της Ολλανδίας, της Κένυα και της Ταϊλάνδης. (Καφάτος Α. <http://www.patris.gr>)

Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ψυχογενής βουλιμία δεν αποτελεί φαινόμενο μόνο της σύγχρονης εποχής. Από την εποχή της αρχαιότητας έχει διαπιστωθεί ότι αρκετοί άνθρωποι έπασχαν από ψυχογενή βουλιμία και σε αρκετά αρχαία συγγράμματα αναφέρονται τα συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας. Ο Ξενοφώντας στο έργο του «Κύρου Ανάβασις», το 428-354 π.χ αναφέρει ότι υπήρχαν στα ελληνικά στρατεύματα στρατιώτες, οι οποίοι είχαν ορισμένα συμπτώματα όπως: αδυναμία, λιποθυμία και σωματική κατάρρευση από την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού. Ο Ξενοφώντας διερεύνησε το θέμα και έμαθε ότι τα συγκεκριμένα άτομα υπέφεραν από βουλιμία.

Επίσης, ο Colen το 129-199 μ.χ όρισε ως βουλιμικά συμπτώματα την έντονη λαχτάρα του ατόμου για φαγητό, την κατάρρευση, την χλωμότητα, τα παγωμένα άκρα, την πίεση στο στομάχι και τον αδύναμο σφιγμό. Το 200-500 μ.χ στο συριακό σύγγραμμα με τίτλο « Βιβλίο της Ιατρικής» το οποίο βασίζονταν σε ελληνικές πηγές, αναφέρεται η λέξη *bolimos*, καθώς και ορισμένα συμπτώματα της ασθένειας όπως η αδυναμία και η κενότητα στο στομάχι. Ακόμη, τον 5^ο αιώνα μ.χ. ο Αυρηλιανός ανέφερε σε ένα έργο του μια ασθένεια, η οποία χαρακτηριζόταν από την έντονη όρεξη, την απουσία μάσησης και τον εμετό. Ακόμη ανέφερε ότι οι ασθενείς είχαν πρησμένα πρόσωπα και χαλασμένα δόντια, συμπτώματα που παρατηρούνται και σήμερα στους βουλιμικούς ασθενείς.

Από τον 16^ο-19^ο αιώνα έχουν βρεθεί 15 περιπτώσεις ανθρώπων που υπάρχουν ενδείξεις ότι είχαν βουλιμία. Τα συγκεκριμένα άτομα έτρωγαν συνήθως την νύχτα, κατανάλωναν φαγητό κρυφά, έκαναν εμετό και παρατηρήθηκε ότι το βάρος τους ήταν φυσιολογικό. (Brenda Parry- Jones, William L. Parry Jones, 1995)

Ο όρος νευρογενής βουλιμία "γεννήθηκε" ωστόσο στις αρχές του 1979. (Russel 1979).

Οι πρώτες μελέτες που διεξήχθησαν, ασχολήθηκαν αρκετά με βουλιμικά συμπτώματα όπως η υπερφαγία (κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού σε μικρό χρονικό διάστημα), σε σχέση με την ανορεξία. Η βουλιμική συμπεριφορά παρατηρήθηκε επίσης σε περιπτώσεις με ζαχαρώδη διαβήτη (Osler 1892), ελονοσία (Soltman 1894), καθώς και μεταξύ νέων κοριτσιών που έζησαν μακριά από τις οικογένειες τους σε εσώκλειστα σχολεία (Soltman 1894). Σύμφωνα πάντως με τη Regina Casper (1983) λεπτομερειακές έρευνες των βουλιμικών συμπτωμάτων άρχισαν να εμφανίζονται γύρω στα 1940.

Η έρευνα του Ludwig Binswanger αποτελεί ίσως την πιο παλιά και πιο λεπτομερειακή αναφορά σε βουλιμική συμπεριφορά. Το 1944 ο Binswanger περιέγραψε την περίπτωση μιας γυναίκας που είχε αναλάβει 30 χρόνια πριν (1914) και που μέχρι τότε της είχαν γίνει διάφορες διαγνώσεις για σχιζοφρένεια και σοβαρή ψυχωτική νεύρωση. Σήμερα θα λέγαμε ότι έπασχε από ψυχογενή ανορεξία με βουλιμικά χαρακτηριστικά. (Johnson Craig-Connors E M, 1987)

Η συγκεκριμένη νεαρή γυναίκα στην προσπάθειά της να χάσει το περιττό της βάρος για να μην την πειράζουν οι φίλοι της, ξεκίνησε εντατική νηστεία σε συνδυασμό με καθαρτικά. Λίγα χρόνια αργότερα τα κατάφερε να αδυνατίσει, αλλά στο μεταξύ η ενασχόληση με το βάρος της, της δημιούργησε εμμονή και την οδήγησε σε βαριά κατάθλιψη με ιδέες αυτοκτονίας. Τελικά, ύστερα από 13 χρόνια αγώνα,

αυτοκτόνησε παίρνοντας υπερβολική δόση δηλητηρίου. Η περίπτωση αυτή είναι ενδεικτική της κατάθλιψης, της εμμονής με το φαγητό και της αρνητικής σχέσης με την εικόνα του σώματος που συναντούμε και στους σημερινούς ασθενείς.

Το 1945 οι Selling & Ferraro σχολίασαν την εμφάνιση της βουλιμικής συμπεριφοράς σε μη ανορεκτικό πληθυσμό. Παρατήρησαν ότι η υπερφαγική συμπεριφορά ήταν κοινή μεταξύ των παιδιών μεταναστών που είχαν έρθει στις ΗΠΑ μεταξύ του 1933 και 1939 και τόνισαν την σχέση μεταξύ ψυχολογικής ανασφάλειας και υπερφαγίας. Σύμφωνα με αυτή την έρευνα τα παιδιά εγκατέλειψαν γρήγορα την υπερφαγική συμπεριφορά, μόλις τοποθετήθηκαν σε θετές οικογένειες, που τους πρόσφεραν ασφάλεια, αλλά ξανάρχιζαν τα ίδια μόλις χωρίζονταν από τη νέα τους θετή οικογένεια. Αυτές οι πρώτες παρατηρήσεις, όσον αφορά τη σχέση μεταξύ αποχωρισμού και υπερφαγίας είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες, καθώς έχει βρεθεί ότι πολλοί βουλιμικοί ασθενείς αρχικά ξεκινούν τα υπερφαγικά επεισόδια στα 18 τους χρόνια, που για τους περισσότερους είναι η περίοδος του πρώτου τους αποχωρισμού από τις οικογένειές τους.

Τέλος, το 1959 ο Albert Stunkard ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο υπερφαγία για να περιγράψει ένα τύπο παθολογικής συμπεριφοράς μεταξύ παχύσαρκων ασθενών. Παρατήρησε επίσης ότι τα υπερφαγικά επεισόδια επιταχύνονταν από τραυματικά γεγονότα ζωής και ότι έπειτα από αυτά τα άτομα είχαν την τάση να αυτοτιμωρούνται.

Το 1976 η Marlene Boskind - Londahl ήταν από τις πρώτες ερευνήτριες που αναγνώρισαν το σύμπτωμα της βουλιμίας σε ένα επικρατών πληθυσμό νεαρών γυναικών με κανονικό βάρος. Βάζοντας ένα δημοσίευμα σε μια εφημερίδα για γυναίκες που έχουν παγιδευτεί σε κύκλους υπερφαγίας, εμετού, αυστηρών νηστειών και κατάχρησης καθαρτικών, έλαβε εκατοντάδες απαντήσεις από γυναίκες που ενώ είχαν κανονικό βάρος, ένιωθαν αβοήθητες, είχαν παραποιημένες ιδέες για την εικόνα του σώματος τους και φοβόταν υπερβολικά μήπως παχύνουν, όπως ακριβώς οι ανορεκτικές ασθενείς. Παρόλα αυτά δεν ήταν τόσο διαταραγμένες ψυχολογικά όσο οι ανορεκτικές και ήταν αρκετά διορατικές όσον αφορά τα διατροφικά τους προβλήματα, ώστε να αναζητήσουν θεραπεία. (Johnson Craig-Connors E M, 1987)

Η μέση ηλικία του συνόλου των βουλιμικών ασθενών δείχνει, ότι πρόκειται για τη πρώτη γενιά νέων γυναικών, που μεγάλωσαν στο ξεκίνημα του φεμινιστικού κινήματος. Πολλές έρευνες παρατήρησαν ότι στη διάρκεια αυτών των ετών, το κοινωνικο-πολιτισμικό περιβάλλον για τις νέες γυναίκες, βρισκόταν σε ουσιαστική μετάβαση, που φαίνεται να επηρέασε το ρόλο και τη ταυτότητα, τουλάχιστον μεταξύ ενός υποπληθυσμού αυτής της ηλικιακής ομάδας. (Bardwick, 1971 Lewis & Johnson, 1985, Palazzoli 1974, Scwhartz, Thomson, & Johnson 1982)

Ο Γκάρνερ και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν ότι η ευρεία ακτίνα των επιλογών που έγιναν διαθέσιμες για τις γυναίκες της τότε εποχής, μπορεί να παρείχαν προσωπική ελευθερία σε όσες ήταν ψυχολογικά υγιείς, όμως μπορεί να ήταν υπερβολική για την μερίδα των εξαρτημένων εφήβων, που στερούνταν εσωτερικής οργάνωσης και δόμησης. (Johnson Craig-Connors E M, 1987)

Επομένως ο βουλιμικός πληθυσμός αποτελεί τμήμα μιας ξεχωριστής ομάδας, που μεγάλωσε σε μια εποχή, που οι προσδοκίες για το γυναικείο ρόλο βρίσκονταν σε ένα σημαντικό μεταβατικό στάδιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Ο διεθνής ψυχιατρικός όρος βουλιμία που στα αρχαία ελληνικά σημαίνει «πείνα βούς», δηλαδή βούς και λιμός-βουλιμία, δεν έχει τη νεοελληνική έννοια που σημαίνει υπέρτερη λαιμαργία, αλλά χαρακτηρίζει μια διαταραχή στη συμπεριφορά λήψης τροφής.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και το ICD-10 η ψυχογενής βουλιμία είναι σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας και από υπερβολική υπεραπασχόληση με τον έλεγχο του βάρους και του σχήματος του σώματος. Κατά τα επεισόδια της υπερφαγίας υπάρχει η αίσθηση της απώλειας του ελέγχου και ο ασθενής καταναλώνει μεγάλες ποσότητες φαγητού σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Στην ψυχογενή βουλιμία, τα βουλιμικά επεισόδια, τα οποία συμβαίνουν 2 φορές τη βδομάδα αποτελούν το κυρίαρχο χαρακτηριστικό. Το βουλιμικό άτομο κατά τα επεισόδια υπερφαγίας καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφής και δε σταματάει να τρώει παρά μόνο όταν πονέσει η κοιλιά του, όταν πέσει για ύπνο ή όταν κάποιος το διακόψει. (Μάνος Ν, 1988)

Ένας αποδεκτός τεχνικός ορισμός της βουλιμίας έχει διαμορφωθεί από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία σύμφωνα με την οποία, ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα 2 παρακάτω στοιχεία :

1. Το άτομο τρώει μέσα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (π.χ μέσα σε 2 ώρες) ποσότητα τροφής πολύ μεγαλύτερη από εκείνη που θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι στο ίδιο χρονικό διάστημα και κάτω από παρόμοιες συνθήκες.

2.Υπάρχει η αίσθηση απώλειας του ελέγχου στην ποσότητα της τροφής που καταναλώνει το άτομο κατά τη διάρκεια του επεισοδίου. Την αίσθηση απώλειας του ελέγχου ακολουθεί μια εφήμερη ηρεμία. Στη συνέχεια μετά τα επεισόδια της υπερφαγίας, ο ασθενής νιώθει πολλές ενοχές, θυμό και αηδία για τον εαυτό του. Ο κύκλος της υπερφαγίας συνήθως γίνεται εμμονή και επαναλαμβάνεται συχνά.

Τα παραπάνω συμπτώματα (τα επεισόδια υπερφαγίας, η ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος τα συναισθήματα ενοχής, θυμού) οδηγούν τον ασθενή να υιοθετήσει ακραία μέτρα για να αντισταθμίσει την "παχυντική" επίδραση των προσλαμβανόμενων τροφών. Ο πάσχων μετά τα επεισόδια υπερφαγίας, καταφεύγει σε χρήση- κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, κατασταλτικών ή εξαναγκάζει τον εαυτό του να κάνει εμετό. Επιπλέον μπορεί να υποβάλει τον εαυτό του σε αυστηρές δίαιτες, σε νηστείες που εναλλάσσονται με επεισόδια υπερφαγίας, καθώς και σε εντατική άσκηση προκειμένου να αποφευχθεί η αύξηση του σωματικού βάρους.

Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι η ψυχογενής βουλιμία συνοδεύεται και από άλλες μορφές αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς όπως: το κάνιμο του δέρματος με αναμμένα τσιγάρα, γρατσουνιές στον καρπό (αυτοτραυματισμοί), την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ, τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Καμιά από τις μορφές αυτοκαταστροφής δεν είναι βασικά χαρακτηριστικά για τη διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας. (http://www.psych.org/clin_res/guide.bk-4.cfm)

1.2 ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Σύμφωνα με το DSM-IV τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας είναι τα εξής :

1) **Τα επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας.** Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται :

α) από το να τρώει κάποιος μέσα σε μια διακριτή χρονική περίοδο λ.χ σε μια περίοδο 2 ωρών μια ποσότητα φαγητού, που είναι σαφώς μεγαλύτερη από όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις.

β) από μια αίσθηση απώλειας ελέγχου της υπερφαγίας, μια αίσθηση δηλαδή ότι δεν μπορεί το άτομο που πάσχει από βουλιμία να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει.

2) **Η επανειλημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά-** προκειμένου να αποτραπεί η απόκτηση βάρους, όπως π.χ η πρόκληση εμετού, η κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, ενεμάτων, ο υποκλυσμός ή η χρήση άλλων φαρμάκων, η νηστεία και η υπερβολική άσκηση.

3) **Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν κατά μέσο όρο 2 φορές τη βδομάδα για 3 μήνες.**

4) **Η εκτίμηση του εαυτού (του βουλιμικού ατόμου) αδικαιολόγητα επηρεάζεται από το σχήμα του σώματος και το βάρος.**

5) **Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.**

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV υπάρχουν 2 τύποι βουλιμικών ατόμων.

α) **Ο Καθαρτικός Τύπος -Ο Τύπος Κάθαρσης** όπου κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμετού, ή στην κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών, ενεμάτων, ή υποκλυσμών.

β) **Ο Μη Καθαρτικός Τύπος- Ο Τύπος Της Μη Κάθαρσης**

Ο μη καθαρτικός τύπος κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, χρησιμοποιεί άλλες ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές όπως η νηστεία, η υπερβολική άσκηση, αλλά δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμετού, ή στην κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, υπακτικών, ή υποκλυσμών.

Επιπλέον, σύμφωνα με τον 3^ο Άξονα του ICD-10 η ψυχοπαθολογία της ψυχογενούς βουλιμίας εκφράζεται ως νοσηρός φόβος πάχυνσης. Ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του ένα αυστηρά καθορισμένο όριο σωματικού βάρους πολύ κάτω από το προσηνηρό επίπεδο ,το οποίο αποτελεί το άριστο, ή σύμφωνα με τη γνώμη του γιατρού συμβατό με την υγεία σωματικού βάρους. Στο ιστορικό του ασθενούς, συχνά αλλά όχι πάντα αναφέρονται επεισόδια υπερφαγίας.

1.3 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV η ψυχογενής βουλιμία πρέπει να διαφοροποιείται ως προς τη διάγνωση από:

α) **την ψυχογενή ανορεξία τύπου υπερφαγίας - κάθαρσης**. Εφόσον το άτομο έχει επεισόδια υπερφαγίας-κάθαρσης μόνο κατά την πορεία ψυχογενούς ανορεξίας δίνεται ως επιπρόσθετη διάγνωση η ψυχογενής βουλιμία. Στην περίπτωση που κάποιο άτομο έχει επεισόδια υπερφαγίας -κάθαρσης, αλλά δεν πληροί πια όλα τα κριτήρια για ψυχογενή ανορεξία τύπου υπερφαγίας-κάθαρσης, (π.χ βάρος φυσιολογικό, εμμηνορρυσία φυσιολογική) τότε υπόκειται στην κρίση του κλινικού να βγάλει τη διάγνωση ψυχογενής ανορεξία τύπου υπερφαγίας κάθαρσης σε μερική ύφεση, ή τη διάγνωση ψυχογενούς βουλιμίας.

β) **το σύνδρομο Klein- Levin** στο οποίο υπάρχει βουλιμική συμπεριφορά, αλλά δεν υπάρχει η έντονη ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος. Το σύνδρομο Klein Levin χαρακτηρίζεται από υπερυπνία, η οποία έχει διάρκεια 2-3 βδομάδες, κάνει την εμφάνισή του στην εφηβική ηλικία και πιο συχνά στους άνδρες. (Μάνος Ν, 1988)

γ) **το σύνδρομο Kluver Bucy** το οποίο χαρακτηρίζεται από παρεκκλίνουσες διαιτητικές συνήθειες (πιο συχνά από υπερφαγία), όμως συνοδεύεται από καταναγκαστική συμπεριφορά γλειψίματος ή δαγκώματος και εξέτασης των αντικειμένων με το στόμα, από την απάθεια και την οπτική αγνωσία.(Βάρσου Ελευθερία, 2000)

δ) **τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή με άτυπα στοιχεία**, στην οποία υπάρχει η υπερφαγία, αλλά δεν υπάρχει η αντισταθμιστική συμπεριφορά, ούτε η ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος. (Μάνος Ν, 1988)

ε) **από τις διαταραχές του ανώτερου γαστρεντερικού συστήματος**, οι οποίες προκαλούν επαναλαμβανόμενους εμετούς, αλλά η χαρακτηριστική ψυχοπαθολογία απουσιάζει.

στ) **από μία γενικότερη ανωμαλία της προσωπικότητας**, όπου η διαταραχή της λήψης τροφής μπορεί να συνυπάρχει με εξάρτηση του αλκοόλ και διάπραξη μικρών αδικημάτων, όπως οι μικροκλοπές. (Σολδάτος, Μαυρέας 1992)

1.4 ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΟΥΣ

Είναι γεγονός ότι τα επεισόδια της ανεξέλεγκτης διαταραχής της υπερφαγίας και του εμετού, παρατηρούνται στην ψυχογενή ανορεξία περίπου στο 30% και ο φόβος ότι το άτομο θα παχύνει είναι εμφανές και στις δυο διαταραχές και στην ψυχογενή βουλιμία και στην ψυχογενή ανορεξία. Ορισμένες διαφορές μεταξύ των δυο διαταραχών είναι οι εξής:

1. Τα βουλιμικά άτομα έχουν κανονικό βάρος και τρώνε γενικότερα. Αντίθετα τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία, είναι υπερβολικά αδύνατα και αυτουποσιτίζονται.

2. Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία συνήθως προσπαθούν να επιτύχουν κάποια στερεότυπα και κυρίως την αντίληψη μιας τέλει γυναικείας και σεξουαλικά ελκυστικής εμφάνισης. Επίσης έχουν πολύ μεγάλη ανάγκη να αποκτήσουν την αποδοχή των άλλων. Αντίθετα οι ασθενείς που έχουν ψυχογενή ανορεξία προσπαθούν

να εμποδίσουν τον εαυτό τους να φαίνονται σεξουαλικά ελκυστικοί. Προσπαθούν να απορρίψουν ή να απαρνηθούν την ενήλικη σεξουαλικότητά τους.

3. Οι ασθενείς που έχουν ψυχογενή βουλιμία είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία σε σχέση με τους ασθενείς που έχουν ψυχογενή ανορεξία.

4. Η ψυχογενής βουλιμία είναι μια διαταραχή που εκδηλώνεται με μυστικότητα, ενώ αντίθετα οι ενδείξεις του υποσιτισμού στους ανορεκτικούς είναι εμφανείς και αποτελούν το κέντρο της προσοχής των γύρων τους.

5. Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία είναι λιγότερο πιθανό από τους ασθενείς που έχουν ψυχογενή ανορεξία να αρνηθούν ή να ελαχιστοποιήσουν το πρόβλημα.

6. Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία αισθάνονται ότι χάνουν τον έλεγχο στο φαγητό, ενώ αντίθετα οι ανορεκτικοί ασθενείς αισθάνονται ότι βρίσκονται και έχουν τον απόλυτο έλεγχο. (Harold Leitenberg, 1993)

1.5 Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Η ψυχογενής βουλιμία που εμφανίζεται στη βρεφική ή παιδική ηλικία είναι δυνατόν να οφείλεται σε ανεπάρκεια στην επικοινωνία μητέρας-παιδιού, η οποία και εμποδίζει τη μητέρα να αναγνωρίζει και να κατανοεί από τις αντιδράσεις του βρέφους τις συγκεκριμένες κάθε φορά ανάγκες του. Η μητέρα έχει την τάση να αντιμετωπίζει αμέσως και χωρίς καθυστέρηση κάθε ανάγκη του παιδιού με τη χορήγηση τροφής. Αυτή η συμπεριφορά δε προσφέρει στο παιδί τον απαραίτητο χρόνο και τον απαραίτητο ψυχικό χώρο όπου θα φανταστεί και θα σκεφτεί αυτό που έχει ανάγκη. Στη συνέχεια η συμπεριφορά της μητέρας υιοθετείται από το ίδιο το παιδί (ή τον ενήλικα) που προσπαθεί με τη λήψη πραγματικής τροφής να εκτονώσει το άγχος, επειδή δε μπορεί να καταφύγει σε συμβολικές ή φανταστικές αναπληρώσεις. (Τσιάντης- Ευπολιτάς- Ζαχαριάδης, 2000).

Η διάγνωση μιας διαταραχής πρόσληψης τροφής στην παιδική ηλικία πρέπει να σημειώσουμε ότι αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα. Συνήθως τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται από τους ειδικούς, είναι το ICD-10 και το DSM-IV. Σύμφωνα με το ICD-10 οι διαταραχές πρόσληψης τροφής που είναι πιθανόν να διαγνωσθούν είναι οι ακόλουθες:

α) η ψυχογενής ανορεξία, β) η άτυπη ψυχογενής ανορεξία γ) η ψυχογενής βουλιμία δ) η άτυπη ψυχογενής βουλιμία ε) η υπερφαγία, η οποία συσχετίζεται με άλλες ψυχολογικές διαταραχές στ) η πρόκληση εμετού που συσχετίζεται με άλλες ψυχολογικές διαταραχές, ζ) άλλες διατροφικές διαταραχές, η) η απροσδιόριστη διατροφική διαταραχή.

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV υπάρχουν και άλλες διατροφικές διαταραχές που θα μπορούσαν να διαγνωσθούν όπως: α) η ψυχογενής ανορεξία, τύπου κάθαρσης / τύπου υπερφαγίας, ο περιοριστικός τύπος, β) η ψυχογενής βουλιμία τύπου κάθαρσης/ τύπου μη κάθαρσης, και γ) η διατροφική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη διαφορετικά.

Οι ειδικοί θα πρέπει να εκτιμούν και τους υπόλοιπους τύπους των διατροφικών διαταραχών που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία προκειμένου, να καταλήξουν σε μια αξιόπιστη διάγνωση. Είναι απαραίτητο να λάβουν υπόψη τους δηλαδή: α) την άρνηση του παιδιού για τη λήψη φαγητού, β) την επιλεκτική κατανάλωση τροφής, γ) την λειτουργική δυσφαγία, δ) την διάχυτη άρνηση, ε) την απώλεια της όρεξης ως σύμπτωμα δευτερογενούς κατάθλιψης.

Γενικότερα, για την λήψη μιας αξιόπιστης διάγνωσης, της διαταραχής πρόσληψης τροφής στην παιδική ηλικία, οι ειδικοί θα πρέπει να τηρούν ορισμένα αυστηρώς καθορισμένα επίσημα διαγνωστικά κριτήρια και θα πρέπει να υπάρχει σαφήνεια για το ποιο διαγνωστικό σύστημα θα χρησιμοποιηθεί. Αν δεν τηρηθούν οι παραπάνω προϋποθέσεις, τότε τα αποτελέσματα των ερευνών που θα διεξάγονται σχετικά με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής στην παιδική ηλικία, θα είναι περιορισμένα, μη έγκυρα και θα υπάρχουν δυσκολίες στην πραγματοποίηση συγκρίσεων με δείγματα από άλλες μελέτες. Οι ειδικοί λοιπόν, πριν καταλήξουν σε οποιαδήποτε διάγνωση, θα πρέπει να λειτουργούν σύμφωνα με την εκτίμηση των συμπτωμάτων που εμφανίζει το παιδί λαμβάνοντας υπόψη τις διάφορες παραμέτρους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

2.1 Εισαγωγή

Η επιδημιολογία είναι η επιστήμη, η οποία μελετά την κατανομή και τους καθοριστικούς παράγοντες των καταστάσεων ή των γεγονότων που σχετίζονται με την υγεία, σε συγκεκριμένους πληθυσμούς και κάνει εφαρμογή των αποτελεσμάτων της μελέτης, στον έλεγχο των προβλημάτων υγείας.

Οι επιδημιολογικές έρευνες εστιάζονται σε 2 παραμέτρους:

- α) στον επιπολασμό και
- β) στην επίπτωση μιας διαταραχής.

Με τον όρο επιπολασμός εννοείται και περιγράφεται ο συνολικός αριθμός των περιστατικών μιας νόσου σε μια δεδομένη χρονική στιγμή ή στη διάρκεια μιας ορισμένης χρονικής περιόδου. Με τον όρο επίπτωση περιγράφεται ο αριθμός των περιπτώσεων μιας νόσου, που εμφανίζεται στη διάρκεια μιας ορισμένης χρονικής περιόδου, ο αριθμός δηλαδή μόνο των νέων περιπτώσεων.

Η επιστήμη της επιδημιολογίας παρέχει χρήσιμα στοιχεία για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Τα στοιχεία αυτά προέρχονται από τις επιδημιολογικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί στους γενικούς πληθυσμούς, στους φοιτητικούς πληθυσμούς και στις κοινότητες. Οι επιδημιολογικές έρευνες που αφορούν τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, βρίσκονται ακόμη στο στάδιο του να καθορίσουν την συχνότητα και την επικράτηση τους στους πληθυσμούς και να κάνουν σύγκριση διαφορών ομάδων πληθυσμού. Η μεταβλητή της επικράτησης, δηλώνει τον πραγματικό αριθμό των περιστατικών που υπάρχουν μέσα σε ένα πληθυσμό και η μεταβλητή της συχνότητας δηλώνει τον αριθμό των νέων περιστατικών μέσα σε ένα πληθυσμό που εκδηλώνονται κάθε χρόνο. Οι επιδημιολογικές έρευνες που έχουν στόχο να μελετηθεί η επικράτηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής, διεξάγονται συνήθως σε ομάδες υψηλού κινδύνου με τη χορήγηση ερωτηματολογίων ή με συνεντεύξεις. (Σίμος, 1996)

Γενικότερα η συχνότητα εμφάνισης της νευρογενούς βουλιμίας μέσα στο γενικό πληθυσμό έχει την εξής μορφή:

$$\text{Συχνότητα} = \frac{\text{Αριθμός των πασχόντων ατόμων}}{\text{αριθμός των ατόμων του πληθυσμού που βρίσκονται σε κίνδυνο}}$$

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Σε μεγαλύτερο ποσοστό από 90% οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αφορούν το γυναικείο πληθυσμό, χωρίς όμως να εξαιρούνται και οι περιπτώσεις στον ανδρικό πληθυσμό. Η έναρξη της ψυχογενούς βουλιμίας, παρατηρείται προς το τέλος της εφηβικής ηλικίας ή στην αρχή της ενηλικίωσης και η πορεία της είναι χρόνια ή διαλείπουσα. Η συχνότητα εμφάνισης της ψυχογενούς βουλιμίας στο γυναικείο φύλο κι ο επιπολασμός της διαταραχής αυτής στους εφήβους και στις νεαρές γυναίκες, κυμαίνεται μεταξύ 1%ως 3% και στους άνδρες είναι το 1/10 αυτού. Η ψυχογενής βουλιμία παρουσιάζεται στις γυναίκες 2-3 φορές πιο συχνά από την ψυχογενή ανορεξία. (Μάνος Ν, 1988)

Οι πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία είναι συνήθως γυναίκες ηλικίας μεταξύ 18 και 34 ετών με ένα μέσο όρο ηλικίας τα 24 χρόνια. Η δυσλειτουργία ξεκινά συνήθως σε ένα μέσο όρο ηλικίας μεταξύ 16 και 18 ετών και στην πλειοψηφία τους οι πάσχοντες ακολουθούν μια περίοδο εξαντλητικής δίαιτας και απώλειας βάρους. Οι ενδιαφερόμενοι συνήθως έρχονται για θεραπεία από ένα μέχρι και πέντε έτη ύστερα από την έναρξη της διαταραχής. (Gilbert S, 2000)

Το ποσοστό επικράτησης της ψυχογενούς βουλιμίας στους άνδρες δεν έχει μελετηθεί ιδιαίτερα, διότι έχει δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην ανάπτυξη της ψυχογενούς βουλιμίας στις γυναίκες, στις οποίες τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα. Έχει υποστηριχθεί ότι υπάρχει η αναλογία 1 άνδρας σε 10 γυναίκες. Σύμφωνα με τον Andersen η έναρξη των διαταραχών πρόσληψης τροφής στους άνδρες παρατηρείται α) πριν την εφηβεία, β) στην εφηβεία και γ) στην ενήλικη ζωή. Οι Carlat και Camargo (1991) εξέτασαν τη βιβλιογραφία μεταξύ του 1966 και 1990 και συμπέραναν ότι επηρεάζει περίπου το 0,2% των έφηβων αγοριών και των νεαρών ενήλικων ανδρών και ότι το 15% από το σύνολο των βουλιμικών που βρέθηκαν σε κοινοτικές μελέτες είναι άντρες. Τα επεισόδια υπερφαγίας δεν είναι εύκολο να αναγνωριστούν στους άνδρες. Ένας άνδρας που καταναλώνει υπερβολικά μεγάλες ποσότητες φαγητού, είναι λιγότερο πιθανό να τραβήξει την προσοχή, σε σχέση με μια γυναίκα η οποία καταναλώνει υπερβολικά μεγάλες ποσότητες φαγητού. Ακόμη, οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να θεωρήσουν τον εαυτό τους παχύσαρκο και να καταφύγουν στη δίαιτα, σε σχέση με τις γυναίκες. Οι γυναίκες επιθυμούν έντονα να χάσουν βάρος και ασχολούνται με το σωματικό τους βάρος. Οι άνδρες ασχολούνται με το σχήμα και το βάρος του σώματος τους. Συνήθως η επιθυμία να χάσουν βάρος έχει παρατηρηθεί ότι κυριαρχεί στους ομοφυλόφιλους άνδρες, όμως η επιθυμία αυτή είναι λιγότερο έντονη με αυτή των γυναικών. (Andersen Arnold, 1995)

Αξίζει ωστόσο να αναφέρουμε ότι εξαιτίας της μυστικότητας που χαρακτηρίζει κυρίως την ψυχογενή βουλιμία υπάρχει μια αυξανόμενη αντίληψη ότι το φαινόμενο είναι πολύ πιο συχνά εμφανιζόμενο από όσο συνειδητοποιούμε. Ο Hoek μάλιστα, (1993) στις επιδημιολογικές μελέτες του τονίζει ότι συχνά η νευρογενής βουλιμία δε γίνεται αντιληπτή από γενικούς θεραπευτές, αν και είναι η πιο κοινή ψυχιατρική πάθηση. (Gilbert S, 2000)

Επίσης η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται σε πολιτισμούς που χαρακτηρίζονται από την ελεύθερη αγορά, την ελεύθερη πρόσβαση στα μέσα, το μοντερνισμό και σε πολιτισμούς που έχουν χαρακτηριστεί αναπτυγμένοι ή υπό – ανάπτυξη. Στο δυτικό πολιτισμό δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο αδυνάτισμα, το οποίο συσχετίζεται με την ομορφιά, τη νεότητα, την αυτονομία και τη φιλοδοξία.

Σε ορισμένες χώρες η ψυχογενής βουλιμία και ανορεξία, εμφανίζεται στις μεσαίες αστικές και ανώτερες οικονομικές τάξεις. Ακόμη, έχει παρατηρηθεί ότι επικρατεί περισσότερο στις πόλεις και τα μεγάλα αστικά κέντρα, παρά στις αγροτικές περιοχές, καθώς και στους φοιτητές που έχουν ανώτατη μόρφωση. (Palmer Bob, 2000)

Όσον αφορά τη ψυχογενή βουλιμία οι εκτιμήσεις για τη διαχρονική επικράτηση μεταξύ των γυναικών ποικίλουν από 1,1% μέχρι 4,2%. Μερικές έρευνες προτείνουν ότι η επικράτηση της νευρογενούς βουλιμίας στις ΗΠΑ μπορεί να έχει μειωθεί ελαφρώς τα τελευταία χρόνια. Οι διατροφικές διαταραχές συναντώνται συχνότερα σε γυναίκες, ενώ οι εκτιμήσεις για την επικράτηση στους άνδρες είναι από 1/6 μέχρι 1/10 (παρόλο που το 19% με 30% των νεότερων σε ηλικία ασθενών είναι άντρες)

Σε πολλές χώρες φαίνεται να υπάρχει μια αύξηση στις διατροφικές διαταραχές, ακόμη και σε πολιτισμούς όπου η ασθένεια είναι σπάνια. Η Ιαπωνία φαίνεται να είναι η μόνη μη δυτική χώρα που έχει μια ουσιαστική και συνεχιζόμενη αύξηση στις διατροφικές διαταραχές, με αριθμούς, που είναι συγκρίσιμοι, ή υψηλότεροι από αυτούς που έχουν βρεθεί στις ΗΠΑ. Επίσης, ανησυχίες και συμπτώματα διατροφικών διαταραχών φαίνεται να αυξάνονται μεταξύ κινέζων γυναικών που έχουν εκτεθεί σε σύγχρονα πολιτισμικά περιβάλλοντα και στον εκμοντερνισμό σε πόλεις, όπως το Χονγκ Κονγκ. Η επικράτηση των διατροφικών διαταραχών φαίνεται ότι αυξάνεται γρήγορα και σε άλλες, μη αγγλόφωνες χώρες, όπως η Ισπανία, η Αργεντινή και τα νησιά Φίτζι.

Στις ΗΠΑ οι διατροφικές διαταραχές φαίνεται να είναι τόσο κοινές μεταξύ Ισπανίδων γυναικών, όσο στις Καυκασιανές. Επίσης, είναι πιο συχνές μεταξύ των ντόπιων αμερικανών και λιγότερο κοινές μεταξύ μαύρων και ασιατών. Πάντως διάφορες μελέτες στις νότιες ΗΠΑ, έδειξαν ότι πολλές συμπεριφορές διατροφικών διαταραχών είναι ακόμη πιο συχνές μεταξύ αφρικανο-αμερικανών γυναικών από άλλες. Οι μαύρες γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν ψυχογενή βουλιμία από ανορεξία και είναι πιο πιθανό να κάνουν εκκενώσεις με καθαρτικά παρά προκαλώντας εμετό. (http://www.psych.org/clin_res/guide.bk-4.cfm)

2.3 ΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΣΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ.

Από τη δεκαετία του 1980 έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως περισσότερες από 60 έρευνες για την επικράτηση της συχνότητας εμφάνισης της ψυχογενούς βουλιμίας στο γενικό πληθυσμό. Οι έρευνες αυτές έχουν επικεντρωθεί σε γυναίκες ηλικίας μεταξύ 14 και 40 ετών, καθώς πιστεύεται ότι το γυναικείο φύλο διατρέχει το μεγαλύτερο κίνδυνο. Οι πιο αξιόπιστες έρευνες είναι αυτές, οι οποίες βασίζονται σε συνεντεύξεις από δείγματα του γενικού πληθυσμού. Οι έρευνες αυτές απέδωσαν σχετικά σταθερά αποτελέσματα.

Τα επιδημιολογικά-στατιστικά στοιχεία της ψυχογενούς βουλιμίας που παραθέτονται παρακάτω προέρχονται από έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην Αγγλία, στην Αμερική, στην Νέα Ζηλανδία.

Μια έρευνα στην οποία χρησιμοποιήθηκε η συνέντευξη και διεξήχθη σε γενικό πληθυσμό, πραγματοποιήθηκε από τους Johnson-Sabine, Wood, Patton, Wakeling και Mann. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές μελέτησαν 1010 κορίτσια ηλικίας 14-16 ετών σε σχολεία του Λονδίνου. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το ποσοστό επικράτησης της ψυχογενούς βουλιμίας ήταν 1%. Στη συγκεκριμένη έρευνα δεν

εντοπίστηκαν ποσοστά ψυχογενούς ανορεξίας. Επιπλέον μια δεύτερη έρευνα στην οποία χρησιμοποιήθηκε η **συνέντευξη**, διεξήχθη στο New Jersey σε ένα μεγάλο δείγμα εφήβων κοριτσιών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η συχνότητα επικράτησης της ψυχογενούς βουλιμίας στο γυναικείο πληθυσμό ήταν 4.0% και της ψυχογενούς ανορεξίας ήταν 0.5%. Επίσης η επικράτηση της ψυχογενούς βουλιμίας στον ανδρικό πληθυσμό ήταν 0.2% και της ψυχογενούς ανορεξίας 0.0%. (Fairburn Christopher- Terene Wilson, 1993)

Στις Η.Π.Α. πραγματοποιήθηκαν αρκετές έρευνες σε πληθυσμούς φοιτητών. Μια έρευνα των Stangler και Prinz, η οποία διεξήχθη στις Η.Π.Α. σε 500 φοιτητές ενός κολεγίου, με μέσο όρο ηλικίας τα 25 χρόνια, έδειξε ότι το ποσοστό επικράτησης της ψυχογενούς βουλιμίας στο φοιτητικό πληθυσμό ήταν 3.8%. Επίσης επειδή οι γυναίκες εκδήλωναν ψυχογενή βουλιμία πιο συχνά από ότι οι άνδρες, η επικράτηση της στις γυναίκες, ήταν το 5.9%. Άλλες έρευνες που έγιναν σε παρόμοιους πληθυσμούς στις Η.Π.Α ανέφεραν παρόμοιες συχνότητες της διαταραχής. (Stewart Agras, 1987)

Μια άλλη έρευνα σε 259 φοιτητές λευκούς που ανήκαν στην εργατική και τη μεσαία τάξη σε κολέγιο στο Νιου Τζέρσυ και στο πανεπιστήμιο του Μίλερσβιλ στη Πενσυλβάνια έδειξε ότι οι νέοι καθορίζοντας τη δίαιτά τους, εκφράζουν την αυτονομία τους και την ανεξαρτησία τους. Επίσης έτσι δείχνουν τη δύναμη της θέλησής τους και ότι μπορούν και ελέγχουν τον εαυτό τους. Ιδιαίτερα οι γυναίκες φαίνεται να ενδιαφέρονται περισσότερο για τις θερμίδες παρά για τις βιταμίνες και τα θρεπτικά στοιχεία της διατροφής τους. Το γεγονός αυτό δείχνει τις επιρροές τους από τον αμερικανικό τρόπο ζωής που υπαγορεύει ότι ο καθένας θα πρέπει να ακολουθεί τη δική του ατομική πορεία προκειμένου να πετύχει το σκοπό του. Επίσης η έρευνα έδειξε ότι όσο πιο ψηλά βρίσκεται ένας φοιτητής σε κοινωνική τάξη, τόσο πιο αδύνατος τείνει να είναι. Αυτό ισχύει τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες, αν και περισσότερο για τις γυναίκες. Με το να προσκολλώνται οι φοιτητές σε μοντέλα αδυνατίσματος και προσπάθειες ελέγχου του φαγητού τους, υποστηρίζουν την υπάρχουσα ιεραρχική κοινωνική δομή για το αδυνάτισμα. Αυτό που φοβούνται περισσότερο είναι μήπως χάσουν την ηθική εξουσία που πηγάζει από τον αυτοέλεγχό τους, καθώς και τη κοινωνική καταδίκη που πηγάζει από το να είναι κανείς υπέρβαρος. Όπως εύγλωττα αναφέρει ένας σπουδαστής "το να είναι κανείς αδύνατος συμβολίζει τον έλεγχο που έχει στον εαυτό του και επομένως και πάνω τους άλλους, τον έλεγχο που πηγάζει από την αίσθηση ότι ο ίδιος είναι σωστός και ηθικά άμεμπτος". Τέλος, με το να προσπαθούν να ελέγξουν το φαγητό και μέγεθος του σώματός τους, οι φοιτητές πετυχαίνουν να διαφοροποιηθούν από χαμηλότερου επιπέδου εθνικές και φυλετικές μειονότητες, και ίσως άθελά τους, διατηρούν τη φυλετική ιεραρχία στις ΗΠΑ. (Counihan C, 1999)

Επίσης σε άλλη έρευνα ο Fallon αναφέρει ότι σπουδαστές κολεγίου και κυρίως γυναίκες έκριναν ότι η τωρινή τους σιλουέτα ήταν σημαντικά πιο βαριά από την ιδανική τους εικόνα σώματος, ενώ οι άντρες αντίθετα νιώθουν ότι βρίσκονται πιο κοντά στο ιδανικό για αυτούς βάρος. (Beardsworth Alan -Keil T, 2000)

Ο Garfinkel επίσης αναφέρει ότι σε μια σύγχρονη έρευνα που διεξήχθη σε μαθήτριες σε μια περιοχή των Η.Π.Α το ποσοστό επικράτησης της ψυχογενούς βουλιμίας ήταν 1,5% μεταξύ κοριτσιών ηλικίας 12-19 ετών. Σύμφωνα με τον ίδιο έχουν αναφερθεί υπερφαγικά επεισόδια που φτάνουν το 40% μεταξύ σπουδαστριών πανεπιστημίων.

Δύο άλλες συγχρονικές έρευνες που βασίστηκαν στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM 3 και διεξήχθησαν με ερωτηματολόγια στις ΗΠΑ και στην Ιρλανδία σε μεγάλο

αριθμό μαθητών-φοιτητών, έδειξαν ότι οι μαθήτριες-φοιτήτριες ηλικίας 13-25 ετών, εμφάνιζαν ψυχογενή βουλιμία σε αντίστοιχα ποσοστά 8,3% και 3% των δειγμάτων των σχολικών ερευνών. (Κονταξάκης,1997)

Ο Christopher Fairburn διεξήγαγε στην Οξφόρδη μια σειρά από προσεκτικές έρευνες σε γενικό πληθυσμό, από τις οποίες συμπέρανε ότι η συχνότητα της νευρογενούς βουλιμίας μεταξύ εφήβων και νεαρών γυναικών είναι μεταξύ 0,5% και 1% με μια διαχρονική συχνότητα γύρω στο 2%, καθώς η διαταραχή έχει περιορισμένη διάρκεια ζωής. (Gilbert S, 2000 σελ 8)

Μια από τις καλύτερες έρευνες που διεξήχθη σχετικά με την επιδημιολογία της ψυχογενούς βουλιμίας πραγματοποιήθηκε το 1983 από τους Cooper και Fairburn, οι οποίοι μελέτησαν γυναίκες που παρακολουθούσαν μια κλινική οικογενειακού προγραμματισμού, στην Αγγλία. Το 21% αυτών των γυναικών ανέφεραν ότι είχαν επεισόδια υπερφαγίας (binge-eating), το 2.9% προκαλούσε εμετό προκειμένου να επιτευχθεί ο έλεγχος του σωματικού βάρους και το 1.9% πληρούσε τα κριτήρια για τη διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας. Η εικόνα αυτή των αποτελεσμάτων είναι η πιο ρεαλιστική εκτίμηση για την ψυχογενή βουλιμία στις νεαρές γυναίκες. (Stewart Agras, 1987)

Επίσης, οι Johnson&Connor ανασκόπησαν 19 επιδημιολογικές έρευνες που έγιναν στη δεκαετία του 1980 σε μεικτούς πληθυσμούς αγοριών και κοριτσιών. Τα μέσα ποσοστά επικράτησης της ψυχογενούς βουλιμίας ήταν 1,7% (+_ 1,91) για τους άνδρες και 9,8% (+_ 5,25) για τις γυναίκες. Οι έρευνες αυτές εφάρμοσαν τα κριτήρια DSM- III. (Κονταξάκης, 1997)

Γενικότερα σύμφωνα με τον C.G.Fairburn, το 1% των νεαρών γυναικών πάσχει από ψυχογενή βουλιμία και το 3% εκδηλώνει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας. Οι εκτιμήσεις για τη συχνότητα της διαταραχής ποικίλλουν μεταξύ 1% και 20%, κυρίως εξαιτίας των ευρειών αποκλίσεων όσον αφορά το καθορισμό της. Πάντως από μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει αυστηρά κριτήρια προκύπτει ότι η συχνότητα είναι περίπου 1% των εφήβων και νεαρών γυναικών. (Gilbert S, 2000)

2.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Στην Ελλάδα δεν έχουν διεξαχθεί έρευνες για τα ποσοστά επικράτησης της ψυχογενούς βουλιμίας στο γενικό πληθυσμό. Μια προσπάθεια διερεύνησης της συχνότητας εμφάνισης των διαταραχών πρόσληψης τροφής στον ελλαδικό χώρο, έγινε το 1980 από μια ελληνο-γερμανική επιστημονική ομάδα, με επικεφαλής τον Fichter σε μαθήτριες σχολείων δυο πόλεων της Βέροιας και των Ιωαννίνων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η συχνότητα της ψυχογενούς ανορεξίας σε κορίτσια ηλικίας 13-18 ετών ήταν 0.41% για τις μαθήτριες των σχολείων της Βέροιας και 0.35% για τις μαθήτριες των σχολείων των Ιωαννίνων. Τα ποσοστά αυτά είναι μικρά και δεν αναφέρουν στοιχεία για την συχνότητα εμφάνισης της ψυχογενούς βουλιμίας. Επίσης, επειδή τα ποσοστά που δίνει η έρευνα είναι μικρά δεν αντιπροσωπεύουν τον τυπικό αστικό βιομηχανοποιημένο χαρακτήρα της ελληνικής πραγματικότητας. Ακόμη, δεν ήταν εφικτό να γίνει γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Στη Θεσσαλονίκη, το 1996, διεξήχθη από τον Σίμο ψυχίατρο στα πλαίσια της διατριβής του, μια έρευνα για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής σε 1190 εφήβους. Σκοπός της έρευνας ήταν να εκτιμηθεί η συχνότητα της παθολογικής διάθεσης και συμπεριφοράς στην πρόσληψη τροφής σε μαθητικό πληθυσμό ηλικίας 16-18 ετών και

να γίνει διερεύνηση των μεθόδων για την πρόληψη ανάπτυξης αυτών των διαταραχών. Στην έρευνα συμμετείχαν 540 αγόρια και 650 κορίτσια. Η μέτρηση του βάρους και του ύψους των μαθητών ήταν υψηλότερο από αυτό των αντίστοιχων δειγμάτων άλλων κρατών. Τα ευρήματα της έρευνας δεν μας δίνουν άμεσα ποσοστά των βουλιμικών ή των ανορεκτικών ατόμων, μας επιτρέπει όμως να συμπεράνουμε ότι το πρόβλημα είναι έντονο σε προκλινική και υποκλινική μορφή. Η δυσαρέσκεια που βιώνουν οι ελληνίδες έφηβες για το σώμα τους σε συνάρτηση με τα ακραία πρότυπα εικόνας που έχουν, τις καθοδηγεί να καταφύγουν σε παθολογικές συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής και προκαλούνται κίνδυνοι ανάπτυξης ανορεκτικών, βουλιμικών συνδρόμων.

Σύμφωνα με την συγκεκριμένη έρευνα:

A) Μόνο το 50% των κοριτσιών και το 58% των αγοριών θεωρούν το βάρος τους κανονικό για το ύψος και την ηλικία τους.

B) Δυο στα τρία κορίτσια (65%), σε αντίθεση με ένα στα τρία αγόρια (33.5%), θα ήθελε να αδυνατίσει φανερόντας έτσι ότι 15% των κοριτσιών, θα ήθελε να αδυνατίσει παρότι το βάρος του είναι κανονικό.

Γ) Δυο στα τρία κορίτσια (66%) και ένα στα τέσσερα αγόρια (27%) είχαν προσπαθήσει στο παρελθόν να χάσουν βάρος.

Δ) Τρία στα τέσσερα κορίτσια (73%) και ένα στα δυο αγόρια (52%) που προσπάθησαν να χάσουν κιλά τα κατάφεραν.

Παρότι το 48% του συνόλου των κοριτσιών είχε στο παρελθόν χάσει κιλά, το γεγονός ότι το 65% εξακολουθούσε να δηλώνει πως θα ήθελε να πετύχει κάτι τέτοιο μας αφήνει περιθώρια για 2 υποθέσεις: α) ή ότι παρότι υπήρξε μια απώλεια βάρους, αυτή δεν κρινόταν επαρκής, δείχνοντας επιθυμία για αδυνάτισμα, β) ή ότι μέρος του βάρους που χάθηκε ξανακερδήθηκε.

Επίσης η έρευνα έδειξε ότι:

1. Τα κορίτσια ζυγίζονται συχνότερα από τα αγόρια.
2. Το 5% των νέων ελληνίδων θεωρεί τον εαυτό του υπέρβαρο, ενώ το 85% παχύσαρκο.
3. Το 36% των ανδρών δήλωσε ότι νιώθουν υπέρβαροι και το 55% παχύσαρκοι. Στην πραγματικότητα το 8% είχε πρόβλημα με το βάρος του και λιγότερο από 1% ήταν παχύσαρκοι.

Τέλος, στον ελλαδικό χώρο, οι νεότερες ελληνίδες παρουσιάζουν: υψηλά ποσοστά διαταραγμένων στάσεων και συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής, δυσαρέσκειας για το σώμα τους και ασχολούνται συχνά μη έχοντας ικανοποιητικά αποτελέσματα με τις δίαιτες. (Γρηγόρης Σίμος, 1996)

2.5 Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Τις δυο τελευταίες δεκαετίες, τα παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα διατροφικών διαταραχών, έχουν τραβήξει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών και έχουν διεξαχθεί έρευνες, προκειμένου να γίνουν μελέτες, για την εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής (ψυχογενούς βουλιμίας ή ψυχογενούς ανορεξίας) στην παιδική ηλικία.

Είναι γεγονός ότι η εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας στην παιδική ηλικία και στην πρώιμη ενηλικίωση, είναι πολύ σπάνια και δεν έχει διαπιστωθεί από τους ειδικούς να έχουν απευθυνθεί για θεραπεία, οι άνθρωποι αυτής της ηλικίας. Είναι πολύ ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι πολλές βουλιμικές γυναίκες που για τυπικούς

λόγους απευθύνονται για θεραπεία, πολλά χρόνια αφού έχουν παρουσιάσει τη διαταραχή, αναφέρουν συχνά ότι η βουλιμία άρχισε να τους εμφανίζεται στην πρώιμη ενηλικίωση. Σύμφωνα με τον Bryant – Waugh πολύ σπάνια σε παιδιά κάτω των 13 ετών, έχει κλινικά διαγνωσθεί η ψυχογενής βουλιμία. (Bryan Lask, Rachel Bryant-Waugh, 2000)

Επίσης, σύμφωνα με τον C.G.Fairburn η εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας στην παιδική ηλικία είναι σπάνια. Από τα παιδιά που εξέτασε ο ίδιος κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων, διέγνωσε ότι λιγότερο από το 5% είχε ψυχογενή βουλιμία. Τα παιδιά αυτά ήταν ηλικίας 12 ή 13 ετών. Τα κλινικά χαρακτηριστικά που παρατηρήθηκαν ήταν ότι τα παιδιά είχαν επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας, αισθανόταν ότι έχαναν τον έλεγχο κατά τη διάρκεια αυτών των επεισοδίων, έδειχναν υπερβολική ενασχόληση με τον έλεγχο του σωματικού τους βάρους και εκδήλωναν καθαρτική συμπεριφορά. Ακόμη, ήταν θλιμμένα και είχαν σχηματίσει άσχημη εικόνα για τον εαυτό τους.

Γενικότερα, αν και δεν έχουν γίνει πολλές έρευνες για την εμφάνιση ψυχογενούς βουλιμίας στην παιδική ηλικία, η εμφάνιση της συγκεκριμένης νόσου στην παιδική ηλικία είναι σπάνια.

Ωστόσο, ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι πολλές μελέτες σε μαθητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης δείχνουν ότι ήδη από την προεφηβική ηλικία, το 45% των παιδιών επιθυμούν να γίνουν πιο λεπτόσωμα, το 37% προσπαθεί να χάσει βάρος και το 6,9% έχει ήδη ακολουθήσει παθολογικές διατροφικές συνήθειες. (Bryant R – Waugh, Bryan Lask, 1995)

2.6 ΟΙ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ορισμένες ομάδες πληθυσμού έχουν χαρακτηριστεί και αναγνωρισθεί ως ομάδες που βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχογενή βουλιμία. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί, το γυναικείο φύλο είναι πιο επιρρεπές από τους άνδρες να αναπτύξει ψυχογενή βουλιμία.

Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες, στα κορίτσια που βρίσκονται στην όψιμη εφηβική ηλικία και περίπου στο 20^ο έτος της ηλικίας τους καθώς και στους φοιτητικούς πληθυσμούς. Οι έφηβες κοπέλες, δίνουν μεγάλη έμφαση στην εξωτερική τους εμφάνιση και κάνουν αυτοκριτική για την εξωτερική τους εμφάνιση περισσότερο από ότι οι άνδρες. Ανησυχούν επίσης περισσότερο για το τι θα σκεφτεί ή τι εικόνα θα σχηματίσει ο κόσμος για αυτές και για να είναι δημοφιλείς στο περιβάλλον τους, καταβάλλουν προσπάθειες να αποκτήσουν μια ελκυστική σιλουέτα. Για να το πετύχουν αυτό, κάνουν δίαιτες, ακολουθούν πιστά τη μόδα, διαβάζουν περιοδικά που προβάλλουν μοντέλα, τα οποία συχνά γίνονται πρότυπα για τις έφηβες. Οι Patton και οι συνεργάτες του ανέφεραν ότι οι νεαρές έφηβες που κάνουν δίαιτες, έχουν οχτώ φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν διαταραχές πρόσληψης τροφής σε σχέση με αυτές που δε κάνουν καθόλου δίαιτα. Αξιοσημείωτο στο σημείο αυτό, είναι το γεγονός ότι στα σχολεία στα οποία υπάρχουν φοιτητές που δίνουν μεγάλη έμφαση να βρουν σύντροφο και βγαίνουν συχνά ραντεβού, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτυχθεί η ψυχογενής βουλιμία, σε σχέση με τα σχολεία στα οποία οι φοιτητές δεν ασχολούνται υπερβολικά με το ψάξιμο του συντρόφου τους και δεν δίνουν τόσο έμφαση στο να βγαίνουν συχνά ραντεβού.

Ακόμη, από τις γυναίκες που έχουν περάσει την εφηβική ηλικία, αυτές οι οποίες βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχογενή βουλιμία, είναι αυτές που έχουν αποδεχτεί και έχουν εσωτερικεύσει τα κοινωνικοπολιτιστικά ήθη-τα προβαλλόμενα πρότυπα δηλαδή, την εικόνα μιας αδύνατης σιλουέτας και την ελκυστικότητα. Μέσα από αυτή την εσωτερικεύση οι γυναίκες συσχετίζουν το αδυνάτισμα με την ομορφιά, με την νεότητα και την επίτευξη στόχων τόσο στην προσωπική τους ζωή, όσο και στην επαγγελματική τους ζωή. Επίσης, πιστεύουν ότι μέσα από το κυνήγι της ομορφιάς και του αδυνατίσματος, θα αποκτήσουν κοινωνική αποδοχή και κοινωνική καταξίωση. Το κυνήγι αυτό αποτελεί για τη γυναίκα επιβεβαίωση της αίσθησης της θηλυκότητάς και της ελκυστικότητάς της και κυρίως επιβεβαίωση της ταυτότητάς της. Τέλος, οι γυναίκες οι οποίες λόγω γενετικών παραγόντων είναι υπέρβαρες, βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχογενή βουλιμία. (John Janeway Conger , Nancy L. Calambos, 1997)

Επιπλέον, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να αναπτυχθεί ψυχογενής βουλιμία στους χορευτές μπαλέτου, στα μοντέλα, στους ηθοποιούς, στους γυμναστές και στους αθλητές. Οι χορευτές μπαλέτου και τα μοντέλα πρέπει να διατηρούν το σώμα τους λεπτό και παράλληλα να διατηρούν ένα χαμηλό σωματικό βάρος. Ένας από τους λόγους λοιπόν που οι χορευτές όπως οι μπαλαρίνες και τα μοντέλα βρίσκονται στον κίνδυνο να αναπτύξουν διαταραχές στη πρόσληψη τροφής, είναι ότι υποβάλλουν τον εαυτό τους σε πειθαρχία ακολουθώντας αυστηρή δίαιτα. Οι Cohen Chung May, και Ertel αναφέρουν ότι οι χορευτές μπαλέτου βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν διαταραχές πρόσληψης τροφής σε σχέση με τους αθλητές, διότι πρέπει να κάνουν για περισσότερο χρονικό διάστημα δίαιτα. Ένας χορευτής μπορεί να ξοδέψει 200 θερμίδες, ενώ αντίθετα οι κολυμβητές και οι πατινέρ αναλώνουν περίπου 500 θερμίδες. Οι πατινέρ ξοδεύουν περισσότερη ενέργεια από τους χορευτές μπαλέτου και το χαμηλό βάρος είναι πιο εύκολο να επιτευχθεί. (Bryan Lask, Rachel Bryant – Waugh, 2000)

Έχουν διεξαχθεί λίγες έρευνες για το αν στα παιδιά που είναι χορευτές μπαλέτου, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να αναπτυχθεί η ψυχογενής βουλιμία ή η ανορεξία, όμως υπάρχουν στοιχεία ότι τα παιδιά αυτά αντιμετωπίζουν τις ίδιες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και οι ενήλικοι χορευτές μπαλέτου (πολύωρη σωματική άσκηση, σκληρή δίαιτα). Ο Garner και οι συνάδελφοί του μελέτησαν μια ομάδα παιδιών ηλικίας 11-14 ετών, που ασχολούνταν επαγγελματικά με το μπαλέτο. Στο follow – up δυο χρόνων, τα 11 από τα 55 παιδιά είχαν αναπτύξει ψυχογενή ανορεξία και τα 5 κάποια άλλη διαταραχή πρόσληψης τροφής. Γενικότερα τα παιδιά που ασχολούνται με το χορό δέχονται πιέσεις να είναι μικρόσωμα, αδύνατα και το γεγονός αυτό τους θέτει στον κίνδυνο να αναπτύξουν διαταραχές πρόσληψης τροφής. Το ίδιο ισχύει και για τα παιδιά που θέλουν να γίνουν μοντέλα και ασχολούνται επαγγελματικά με αυτό. (Bryan Lask , Rachel Bryant - Waugh, 1996)

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον των ερευνητών για την ανάπτυξη της ψυχογενούς βουλιμίας και ανορεξίας στους αθλητές. Οι αθλητές δέχονται μεγάλες πιέσεις και καλούνται να ανταποκριθούν σε μια πληθώρα απαιτήσεων και προσδοκιών. Δέχονται πιέσεις από τους προπονητές τους να κάνουν σκληρή εξάσκησή, για να φτάσουν σε ένα καλύτερο επίπεδο επίδοσης και παράλληλα πρέπει να αντιμετωπίσουν τον σκληρό ανταγωνισμό που υπάρχει μεταξύ των συναθλητών τους. Το γεγονός αυτό προκαλεί έντονο άγχος στους αθλητές.

Από τη βιβλιογραφία δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για την επικράτηση της ψυχογενούς βουλιμίας στους αθλητές και δεν έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες σχετικά με το θέμα αυτό. Η πιο ολοκληρωμένη μελέτη που έχει γίνει μέχρι σήμερα

στους αθλητές, διεξήχθη στη Νορβηγία με ερωτηματολόγια και συνέντευξη σε 522 γυναίκες αθλήτριες και σε 448 άλλες γυναίκες, οι οποίες δεν ήταν αθλήτριες. Έπειτα ακολούθησε σύγκριση μεταξύ των δυο ομάδων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 22% των αθλητριών και το 26% της ομάδας ελέγχου βρισκόταν σε μεγάλο κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχογενή βουλιμία ή ανορεξία. Επίσης τα άτομα που βρισκόταν σε μεγάλο κίνδυνο να αναπτύξουν διαταραχές πρόσληψης τροφής, πέρασαν από συνεντεύξεις, οι οποίες έδειξαν ότι το 18% των αθλητών και το 5% των γυναικών της ομάδας ελέγχου είχαν διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Ιδιαίτερα οι γυναίκες αθλήτριες που ασχολούνται με το στίβο και τη γυμναστική είναι πιο επιρρεπείς στο να αναπτύξουν ψυχογενή βουλιμία. Οι άνδρες επίσης που κάνουν body building βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο να αναπτύξουν βουλιμία, καθώς δίνουν μεγάλη έμφαση στο να αποκτήσουν μυς. Στην προσπάθειά τους να γίνουν μυώδεις κάνουν κατάχρηση αναβολικών στεροειδών. (<http://www.Psych.org/clin>)

Επειδή τα τελευταία χρόνια έχουν πάρει μεγάλες διαστάσεις οι διαταραχές πρόσληψης τροφής στους αθλητές, έχουν κινητοποιηθεί αρκετοί φορείς στο εξωτερικό. Η εθνική αμερικανική κολεγιακή αθλητική ένωση πραγματοποίησε εκπαιδευτική ενημέρωση στους προπονητές, στους γονείς και στους αθλητές για τα συμπτώματα των διαταραχών πρόσληψης τροφής και για τους φορείς στους οποίους θα μπορούσε κανείς να ζητήσει βοήθεια. Ακόμη η αμερικανική ολυμπιακή επιτροπή συνεργάζεται με μια ομάδα επαγγελματιών του αμερικανικού κολεγίου ιατρικής στα αθλήματα, οι οποίοι μελετούν την αμηνόρροια, τις διαταραχές πρόσληψης τροφής και την οστεοπόρωση στις γυναίκες αθλήτριες. (Kelly D.Brownell, C.G. Fairburn, 1995)

2.7 ΟΙ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ & ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.

Μία πρόσφατη ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας των τελευταίων 30-40 ετών, έδειξε ότι πράγματι η συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών πρόσληψης τροφής, έχει αυξηθεί μεταξύ των νεαρών κοριτσιών. Από το 1975-1986 σε ένα μεγάλο κέντρο διαταραχής πρόσληψης τροφής, στον Καναδά, παρατηρήθηκε αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης της ψυχογενούς βουλιμίας και σταθερότητα στη συχνότητα εμφάνισης της ψυχογενούς ανορεξίας.

Αντίστοιχα αποτελέσματα αναφέρθηκαν από τον Wellington στη Νέα Ζηλανδία όπου η ετήσια αναφερόμενη αναλογία για την ψυχογενή βουλιμία αυξήθηκε από το 1977 ως το 1986 από 6 περιπτώσεις σε 44 για τις 100.000 γυναίκες ηλικίας 19-29 ετών. Αντιθέτως τα ποσοστά για την ψυχογενή ανορεξία δεν άλλαξαν. Παρόμοιες έρευνες που διεξήχθησαν στο Λονδίνο, έδειξαν ότι υπήρξε αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της ψυχογενούς βουλιμίας κατά το διάστημα 1980-1989. Το 2.8 των περιπτώσεων που είχαν ψυχογενή βουλιμία αυξήθηκε σε 10.10 σε πληθυσμό 10.000 γυναικών ηλικίας από 15 έως 40 ετών. (Fairburn Cr- Wilson T, 1993)

Επιπλέον σύμφωνα με τον Soundy τη δεκαετία του 1980-1990 η επικράτηση της ψυχογενούς βουλιμίας στη Μινεσότα ήταν 26.5 περιπτώσεις για τις 100.000 γυναίκες και 0.8 περιπτώσεις για πληθυσμό 100.000 ανδρών, με μέσο όρο ηλικίας τα 23 χρόνια.

Ο Timmerman και η ερευνητική ομάδα του, χρησιμοποιώντας αυστηρά κριτήρια για την ψυχογενή βουλιμία προσδιόρισαν ότι η εικόνα επικράτησης της στα κορίτσια που παρακολουθούν το λύκειο είναι 20% και σχεδόν ανύπαρκτη στα αγόρια. Επίσης οι Drewnowski και συν. μελετώντας φοιτητές κολεγίων της Αμερικής, υπολόγισαν

ότι υπάρχει μια επικράτηση της ψυχογενούς βουλιμίας σε ποσοστό 3% ιδιαίτερα κατά την έναρξη των νέων εξαμήνων. (Lucas Alexander, 1996)

Από τις έρευνες που αναφέρθηκαν παραπάνω βλέπουμε ότι τα ποσοστά επικράτησης της ψυχογενούς βουλιμίας, έχουν αυξηθεί στο γενικό πληθυσμό και προβλέπεται ότι θα αυξηθεί και στο μέλλον περισσότερο.

Μια επιδημιολογική έρευνα που μελέτησε αναδρομικά περιπτώσεις διαταραχών πρόσληψης τροφής στη περιοχή της Ζυρίχης της Ελβετίας δε διαπίστωσε αυξητικές τάσεις μεταξύ των ετών 1983-1985 και 1973-1975. Η έρευνα επίσης των Pagsberg και Wang ανέφερε μια αύξηση της επικράτησης κατά τα τελευταία μόνο έτη του διαστήματος 1970-1989.

Λαμβάνοντας υπόψη την επιδημιολογική έρευνα που έγινε στη Ζυρίχη, φαίνεται ότι ανά περιοχές υπάρχουν διαφορετικά δεδομένα για την επικράτηση της ψυχογενούς βουλιμίας που αποκλείουν την κατηγορηματική απάντηση για το αν υπάρχει διαχρονικότητα στη επιδημιολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής.

2.8 Η ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Είναι γεγονός ότι η μελέτη της θνησιμότητας, της σωματικής νοσηρότητας και της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, έχει απασχολήσει τη διεθνή βιβλιογραφία κυρίως σε σχέση με την ψυχογενή ανορεξία και λιγότερο σε σχέση με την ψυχογενή βουλιμία.

Πρόσφατα δημοσιεύτηκαν 3 μελέτες που αφορούσαν την θνησιμότητα ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Στις συγκεκριμένες μελέτες εφαρμόστηκε η καλύτερη δυνατή μεθοδολογία, η εφαρμογή δηλαδή του προτυπομένου πηλίκου θνησιμότητας SMR, όπου αν ο δείκτης SMR είναι μεγαλύτερος του 1 υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα των ερευνών έδειξαν ότι ο δείκτης SMR ήταν σημαντικά υψηλός τόσο στο σύνολο των ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής (6.5-17.8), όσο και στις υποομάδες ασθενών με ψυχογενή ανορεξία (6.0-13.9) ή ψυχογενή βουλιμία (9.3-20.8) (Κονταξάκης, 1997)

Επίσης στην ευρωπαϊκή κοινότητα έχουν γίνει μελέτες και έχουν εξετασθεί οι κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας γυναικών ηλικίας άνω των 15 ετών των χωρών της ευρωπαϊκής ένωσης. Σύμφωνα με έκθεση της Ευρωπαϊκής κοινότητας που συντάχτηκε το στις 25-5-1997, αναφέρεται ότι το ποσοστό θνησιμότητας των ατόμων που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι το 3% και των ατόμων που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία είναι το 6%. (<http://eyropa.ey.int/scadplus>)

Η συγκεκριμένη έκθεση καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η συχνότητα της επικράτησης της ψυχογενούς βουλιμίας και ανορεξίας έχουν αυξηθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων.

Συνήθως τα μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας αναφέρονται σε παρατηρήσεις που γίνονται σε μακροχρόνιες μελέτες. Σε μια αξιολόγηση που έκαναν οι Bryan Lask και Bryant-Waugh σε 30 παιδιά που έπασχαν από διαταραχές πρόσληψης τροφής με μέσο όρο ηλικίας 11.7 χρόνια και μέσο όρο ηλικίας follow-up τα 20 χρόνια αναφέρθηκαν 2 θάνατοι.

Οι κύριες αιτίες θνησιμότητας οφείλονται στις επιπλοκές της ίδιας της διαταραχής (της ψυχογενούς βουλιμίας ή της ψυχογενούς ανορεξίας) και είναι η ηπατική

ανεπάρκεια, η υποκαλιαιμία, το εμφύσημα, η βρόγχο πνευμονία, η καρδιακή αρρυθμία, η ανεπάρκεια των στεφανιαίων αγγείων, η υπογλυκαιμία. Παράλληλα έχουν παρατηρηθεί θάνατοι, οι οποίοι οφείλονται σε αυτοκτονίες σε τροχαία ατυχήματα και στον καρκίνο. (Bryan Lask, Rachel Bryant-Waugh, 2000)

Γενικότερα πολλές έρευνες περιλαμβάνουν μη επεξεργασμένα ποσοστά θνησιμότητας (ποσοστά θανάτου στο δείγμα που μελετήθηκε, χωρίς να γίνονται συγκρίσεις στα ποσοστά θνησιμότητας στο γενικό πληθυσμό, που συνδέονται με την ηλικία, το φύλο και το διάστημα της περιόδου που αξιολόγησε.) Πάντως σύμφωνα με τον Nielsen προβλέπεται ότι τα ποσοστά της θνησιμότητας θα αυξηθούν σημαντικά τα επόμενα 15 χρόνια. (Κονταξάκης, 1997)

2.9 Η ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια έχουν διεξαχθεί στο εξωτερικό αρκετές έρευνες, που στόχο είχαν να μελετήσουν την εξέλιξη και την πορεία που είχαν οι βουλιμικοί ασθενείς. Σε τουλάχιστον 6 έρευνες, οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν από ειδικούς για 2 ή περισσότερα χρόνια. Τα αποτελέσματα των πέντε από τις έξι έρευνες έδειξαν ότι περίπου οι μισοί από τους ασθενείς σημείωσαν ύφεση κατά το διάστημα που παρακολουθούνταν. Σε μια άλλη έρευνα που έγινε στην Αγγλία βρέθηκε εννιαπλάσια αύξηση της θνησιμότητας στους βουλιμικούς ασθενείς, οι οποίοι παρακολουθούσαν ένα εκπαιδευτικό τμήμα στην ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου. Αναφορά για τις αιτίες θανάτου δεν δόθηκε. Σε άλλες έξι έρευνες που έγιναν σε 288 ασθενείς, βρέθηκε ότι η συχνότητα της θνησιμότητας ήταν ιδιαίτερα χαμηλή. Η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε ότι πέθαναν 2 βουλιμικοί ασθενείς που αντιστοιχεί σε ποσοστό 0.7% . Ο ένας ασθενής πέθανε επειδή είχε ατύχημα και ο δεύτερος αυτοκτόνησε.

Γενικότερα ύστερα από ανασκόπηση πολλών ερευνών που έχουν διεξαχθεί ως τώρα τα αποτελέσματα δείχνουν ότι :

α) Το 30% των βουλιμικών ασθενών είχαν στο παρελθόν ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας και παρατηρήθηκε ότι οι βουλιμικοί ασθενείς που είχαν κανονικό βάρος σπάνια υποτροπιάζαν και γίνονταν ανορεκτικοί .

β) Με την γνωσιακή –συμπεριφορική θεραπεία και με την επιπρόσθετη θεραπεία, περίπου το 50% των βουλιμικών ασθενών είναι χωρίς συμπτώματα 2-3 χρόνια μετά την εισαγωγή τους για θεραπεία.

γ) Σε ένα ποσοστό περίπου 20% των ασθενών η ψυχογενής βουλιμία παραμένει με επίμονα συμπτώματα. Το υπόλοιπο 30% των ασθενών έχει μια πορεία ασθένειας που χαρακτηρίζεται είτε από υποτροπές και ύφεση, είτε από επίμονη υποσυνδρομική βουλιμική συμπεριφορά.

δ) Η συχνότητα της θνησιμότητας που συνδέεται με την ψυχογενή βουλιμία είναι αβέβαιη, όμως είναι πολύ υψηλότερη από ότι αναμένεται στο γενικό πληθυσμό.

ε) Οι ασθενείς στους οποίους η ψυχογενής βουλιμία δεν είναι σε προχωρημένο στάδιο και δεν υπάρχει συννοσηρότητα λ.χ με διαταραχές της προσωπικότητας, τα πηγαίνουν καλύτερα, σε σχέση με αυτούς που η ασθένειά τους βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο και έχουν παράλληλα και άλλες διαταραχές. (Hsu George, 1995

2.10 ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΑΛΗ Ή ΣΤΗΝ ΚΑΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ–ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.

Παρόλο που η πορεία της ψυχογενούς βουλιμίας είναι μακροχρόνια, υπάρχουν ελλιπή στοιχεία για τους προγνωστικούς παράγοντες της εκδήλωσης της συγκεκριμένης διαταραχής πρόσληψης τροφής. Η ικανότητα των κλινικών και των ερευνητών να κάνουν λογικές προβλέψεις, α) για την πιθανότητα εκδήλωσης ψυχογενούς βουλιμίας στο άτομο και β) για την πορεία και την εξέλιξη της ασθένειας, η οποία εκδηλώνεται με την εμφάνιση ορισμένων συμπτωμάτων βασίζεται στις προγνωστικές έρευνες. Η αναζήτηση των προγνωστικών δεικτών στις διαταραχές πρόσληψης τροφής, συχνά επικεντρώνεται περισσότερο στα αποτελέσματα και στην έκβαση των ερευνών. Τις τελευταίες δεκαετίες παρόλο που γίνονται μακροχρόνιες μελέτες των μεταβλητών πρόβλεψης της ψυχογενούς βουλιμίας πολλοί ειδικοί κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η πρόβλεψη για την έκβαση της ασθένειας είναι αρκετά δύσκολη. Ωστόσο έχουν μελετηθεί αρκετές μεταβλητές.

Οι μεταβλητές που συμβάλλουν στην πρόβλεψη για την έκβαση της ψυχογενούς βουλιμίας και της ψυχογενούς ανορεξίας και έχουν μελετηθεί περισσότερο είναι οι εξής:

α) Η ηλικία

Η ηλικία στην οποία εκδηλώνεται μια αρρώστια, είναι μια μεταβλητή η οποία εξετάζεται συχνότερα. Ορισμένοι ειδικοί υποστηρίζουν ότι όταν το άτομο αναπτύξει ψυχογενή βουλιμία ή ανορεξία, σε νεαρή ηλικία, τότε υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να επιτευχθεί μια καλή έκβαση της νόσου. Αντίθετα όταν οι διατροφικές διαταραχές (Ψ.Β, Ψ.Α) εμφανίζονται σε μεγάλη ηλικία, τότε δεν έχουν καλή εξέλιξη. (Bryan Lask and Rachel Bryant –Waugh, 2000)

Η ψυχογενής βουλιμία εκδηλώνεται στην ηλικία της όψιμης εφηβείας. Σύμφωνα με τον Ιάσων Μαράτο, η έναρξη της ψυχογενούς βουλιμίας πριν το 16^ο έτος της ηλικίας, θεωρείται ευνοϊκός προγνωστικός παράγοντας για μια καλή εξέλιξη και πορεία της νόσου. (Μαράτος Ι, 1988)

Γενικότερα, όταν μια διαταραχή πρόσληψης τροφής, εμφανιστεί στο άτομο σε μικρή ηλικία και το διάστημα που μεσολαβεί από την εκδήλωση της νόσου ως τη θεραπεία, είναι μικρό, τότε είναι λιγότερο πιθανό το παιδί να αναπτύξει μοντέλα συμπεριφοράς, τα οποία θα εξελιχθούν σε χρόνια παθολογικά μοντέλα συμπεριφοράς. Αντίθετα, σε περίπτωση που το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την εκδήλωση της ψυχογενούς βουλιμίας ή ανορεξίας ως τη θεραπεία είναι μεγάλο, τότε το άτομο έχει αναπτύξει τα παθολογικά μοντέλα συμπεριφοράς, τα οποία αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της προσωπικότητας του.

Επίσης σύμφωνα με τους Walford και McCune, οι οποίοι έκαναν follow – up σε έρευνά τους, υποστήριξαν ότι η έναρξη μιας διαταραχής πρόσληψης τροφής, στην νεαρή ηλικία και η μακροχρόνια νοσοκομειακή περίθαλψη του ατόμου, συσχετίζεται με κακή εξέλιξη και πορεία της ασθένειας.

Υπάρχουν όμως και ειδικοί, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση της ηλικίας που εκδηλώνεται η ψυχογενής βουλιμία ή ανορεξία και της εξέλιξης που θα έχουν στο μέλλον. Είναι φανερό λοιπόν ότι υπάρχει ανάγκη να μελετηθεί περισσότερο η μεταβλητή της ηλικίας από τους ειδικούς, προκειμένου να ληφθούν καταλληλότερα και αποτελεσματικότερα μέσα πρόληψης και θεραπείας. (Bryan Lask Rachel Bryant – Waugh, 1996)

β) Το φύλο

Είναι γεγονός ότι ο γυναικείος πληθυσμός διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξει ψυχογενή βουλιμία. Αυτό συμβαίνει, διότι οι γυναίκες δέχονται κοινωνικές πιέσεις για να αποκτήσουν μια λεπτή σιλουέτα και είναι πιο επιρρεπείς από τους άνδρες, στο να βασίζουν την αυτοπεποίθησή τους, στην εξωτερική τους εμφάνιση. Η μεταβλητή του φύλου λοιπόν, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της ψυχογενούς βουλιμίας.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι καμιά μελέτη δεν έχει επικεντρωθεί αποκλειστικά στη διερεύνηση των διαφορών της έκβασης της νόσου ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες. Η έλλειψη της προβλεψιμότητας σε αυτό το πεδίο είναι κατανοητή. Είναι αρκετά δύσκολο να συγκροτηθούν μεγάλα δείγματα γυναικών με διαταραχές πρόσληψης τροφής (ψυχογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία), καθώς και μεγάλα δείγματα ανδρών, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν μόνο το 10% του πληθυσμού που αντιμετωπίζουν διαταραχές πρόσληψης τροφής. Μια έρευνα που εκτίμησε την έκβαση της ασθένειας δεν βρήκε ιδιαίτερες διαφορές.

γ) Ο τρόπος λειτουργίας του συστήματος της οικογένειας.

Ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί η οικογένεια, αποτελεί ένα σημαντικό προγνωστικό δείκτη για την διαταραχή πρόσληψης τροφής σε κάποιο μέλος της. Οι άσχημες οικογενειακές σχέσεις μπορούν να επηρεάσουν πολύ την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου. Μια έρευνα που διεξήχθη σε 600 αμερικανούς μαθητές λυκείου, έδειξε ότι τα άτομα που υποβάλλονταν σε αυστηρές δίαιτες, που κατέφευγαν στην πρόκληση εμετού, ή εφάρμοζαν ακραίες μεθόδους για να ελέγξουν το βάρος τους, ήταν λιγότερο συναισθηματικά δεμένοι με τις οικογένειές τους. Μεταξύ των γυναικών, η υπερπροστασία, η λιγοστή μητρική φροντίδα και γενικότερα η μικρή συνοχή στην οικογένεια αποτελούσαν δείκτες πρόβλεψης για την εκδήλωση επεισοδίων υπερφαγίας. Επίσης σύμφωνα με τον Ιάσων Μαράτο (1988), οι απόπειρες αυτοκτονίας, η παχυσαρκία, οι μη ικανοποιητικές σχέσεις του ατόμου με τους συνομηλίκους του και κυρίως με τους γονείς του, θεωρούνται δυσμενή σημεία και αποτελούν δείκτες πρόβλεψης για την έκβαση της νόσου. Γενικότερα, είναι φανερό ότι ένα συγκρουσιακό οικογενειακό περιβάλλον, επηρεάζει αρνητικά την εξέλιξη της ψυχογενούς βουλιμίας ή ανορεξίας, στα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα διαταραχών πρόσληψης τροφής. (Μαράτος I, 1988)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΝΟΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

3.1 Η ΜΥΣΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ψυχογενούς βουλιμίας είναι ότι δεν αποκαλύπτεται. Στα αρχικά στάδια, οι κλινικές εκδηλώσεις της ψυχογενούς βουλιμίας δεν γίνονται αντιληπτές από το περιβάλλον των ασθενών. Αυτό συμβαίνει διότι τα βουλιμικά άτομα κατά τη "διαδικασία" της κρίσης, φροντίζουν να **καλύπτουν** επιμελώς τις συμπεριφορές τους, με αποτέλεσμα για χρόνια ακόμη να παραμένουν κρυφά τα υπερφαγικά επεισόδια και οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί. Ο τρόπος με τον οποίο πετυχαίνουν κάτι τέτοιο, είναι ότι τρώνε σχεδόν φυσιολογικά όταν είναι μαζί με άλλους, ή χρησιμοποιούν έξυπνα τεχνάσματα. Συνήθως αφού φάνε ένα κανονικό γεύμα, αργότερα επιστρέφουν **κρυφά** στον ίδιο χώρο για να καταναλώσουν όλα τα υπολείμματα ή παίρνουν το φαγητό στην κρεβατοκάμαρα ή στο μπάνιο για να μην έχουν το φόβο ότι κάποιος τους παρακολουθεί. Γενικότερα τα βουλιμικά επεισόδια κατά κανόνα προσχεδιάζονται και οι τροφές αποθηκεύονται, ώστε να καταναλωθούν σε χρόνο που δε θα υπάρχει η πιθανότητα να διακοπεί αυτή η δραστηριότητα.

3.2 Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Στις κρίσεις ανεξέλεγκτης πολυφαγίας, οι ασθενείς βιώνουν μια ακατανίκητη και ασυγκράτητη διατροφική παρόρμηση με κυριότερες αφορμές πυροδότησης, τα δυσάρεστα συναισθηματικά βιώματα που προέρχονται από το εσωτερικό κενό, την πλήξη, την μοναξιά, έντονη επιθυμία για συγκεκριμένη τροφή (από αίσθημα στέρησης). Η αίσθηση της απώλειας του ελέγχου που είναι το κυρίαρχο στοιχείο της βουλιμίας, διαφέρει από άτομο σε άτομο. Ορισμένοι νιώθουν ότι χάνουν τον έλεγχο πολύ πριν να αρχίσουν να τρώνε. Παράλληλα σε άλλους η απώλεια του ελέγχου εξελίσσεται σιγά σιγά καθώς αρχίζουν να καταναλώνουν την τροφή ή μπορεί να εκδηλωθεί ξαφνικά, καθώς συνειδητοποιούν ότι έχουν φάει πολύ. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τα άτομα που υποφέρουν για μεγάλο χρονικό διάστημα από βουλιμία, δηλώνουν ότι η αίσθηση της απώλειας του ελέγχου έχει εξασθενήσει με τον καιρό, γιατί η εμπειρία τους έχει διδάξει ότι η βουλιμία τους είναι αναπόφευκτη και δεν μπαίνουν στη διαδικασία να της αντισταθούν. Ορισμένοι βουλιμικοί προγραμματίζουν τα γεύματά τους. Ο προγραμματισμός επιτρέπει σε αυτά τα άτομα να ασκήσουν κάποιον έλεγχο όσον αφορά το πότε και που θα επιδοθούν στην βουλιμία τους, ελαχιστοποιώντας έτσι την παρεμπόδιση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων. Με τον τρόπο αυτό νιώθουν ότι δεν έχουν χάσει τον έλεγχο. Σε περίπτωση που το βουλιμικό επεισόδιο διακοπεί οι βουλιμικοί ξαναρχίζουν να τρώνε μετά τη διακοπή. (Fairburn C, 1995 σελ 24-28)

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί, έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα τα οποία χάνουν τον έλεγχο κατακλύζονται από μια σειρά δυσλειτουργικών αρνητικών ή θετικών σκέψεων που αφορούν τη λήψη τροφής. Συχνές αρνητικές δυσλειτουργικές σκέψεις είναι οι εξής: " Δε θα μπορέσω ν αντισταθώ", "πρέπει να φάω κι άλλο, αλλιώς θα σκάσω από το άγχος". Ορισμένες θετικές δυσλειτουργικές σκέψεις είναι οι ακόλουθες: "άλλο ένα κομμάτι δε θα με βλάψει", "λίγο παραπάνω θα με κάνει να νιώσω καλύτερα". Στην ουσία, αυτού του τύπου οι σκέψεις "παγιδεύουν" το ευάλωτο άτομο και το κάνουν να νιώθει είτε αδικαιολόγητα στερημένο (αρνητικές σκέψεις) είτε αδικαιολόγητα άτρωτο από τις συνέπειες της λήψης παραπανίσιας τροφής. Οι

συνέπειες των σκέψεων αυτών είναι η απώλεια και η χαλάρωση του ελέγχου, που ασκείται στη συμπεριφορά της λήψης τροφής. Οι σκέψεις αυτές κατακλύζουν το άτομο με γρήγορο και φευγαλέο τρόπο που έχουν ονομαστεί "αυτόματες". Συνήθως εμφανίζονται την κατάλληλη στιγμή, όταν το άτομο βρίσκεται μπροστά σε φαγητό ή σκέφτεται αν θα φάει ή θα τσιμπολογήσει κάτι. (<http://www.stress.gr/disorders/weight1.html>)

3.3 ΤΟ ΑΙΣΘΗΜΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ

Σύμφωνα με τον Fairburn(1995) τα βουλιμικά άτομα κατά τη διάρκεια του βουλιμικού επεισοδίου νιώθουν ότι βρίσκονται σε κατάσταση ύπνωσης, δηλαδή νιώθουν ότι δεν συμβαίνει στους ίδιους αυτό επεισόδιο. Κάποιοι άλλοι προκειμένου να αποφύγουν να έρθουν αντιμέτωποι με αυτό που κάνουν, παρακολουθούν τηλεόραση, ακούν δυνατά μουσική ή χρησιμοποιούν κάποιο άλλο μέσο για να αποσπάσουν την προσοχή τους.

3.4 ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΚΑΙ Η ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΤΡΟΦΩΝ ΠΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΟΝΤΑΙ.

Κατά τα επεισόδια υπερφαγίας, οι ασθενείς επιλέγουν τροφές που θα κάνουν εύκολη την κατάποση και εξέμεση τους. Κατά κανόνα είναι ουσίες με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπη και υδατάνθρακες (όπως παγωτά, τσιπς, γλυκά, αλλαντικά, τυριά, σοκολάτες) τις οποίες οι ασθενείς αρνούνται να καταναλώσουν κάτω από άλλες συνθήκες. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας μπορεί να διαρκεί από λίγα λεπτά μέχρι και ώρες.

Η ποσότητα της τροφής που καταναλώνεται κατά τη διάρκεια ενός βουλιμικού επεισοδίου ποικίλει σε μεγάλο βαθμό από άτομο σε άτομο. Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι ένας στους 5 ασθενείς, με επεισόδια βουλιμίας, κατανάλωνε περισσότερες από 5000 θερμίδες και ένας στους 10 πάνω από 6000. Σε ένα επεισόδιο βουλιμίας καταναλώνονται περίπου 1000-2000 θερμίδες. Σε μια μέρα μπορούν να καταναλωθούν 1 με 10 επεισόδια υπερφαγίας και να καταναλωθούν από 3000-30.000 θερμίδες. Επίσης το ¼ των βουλιμικών καταναλώνουν περισσότερες από 2000 θερμίδες περισσότερο από ότι καταναλώνουν κατά μέσο όρο καθημερινά πολλές γυναίκες. Συνήθως κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας, οι άνθρωποι τρώνε γρήγορα και κρυφά μεγάλες ποσότητες τροφής, χωρίς να τις μασήσουν. Έρευνες που έχουν διεξαχθεί από το πανεπιστήμιο της Κολούμπια έχουν αποδείξει ότι οι γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία τρώνε 2 φορές πιο γρήγορα από ότι τρώνε οι γυναίκες που δεν έχουν ψυχογενή βουλιμία. Επίσης καταναλώνουν 81.5 θερμίδες το λεπτό εν σχέση με τις 38.4 θερμίδες που θα έπρεπε λογικά να καταναλώνουν. Συνήθως τα βουλιμικά επεισόδια επισυμβαίνουν κατά τη διάρκεια των νυχτερινών ωρών.

3.5 ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

Τα πρώτα λεπτά ενός επεισοδίου βουλιμίας είναι ευχάριστα. Κατά τη διάρκεια της κατανάλωσης μεγάλης ποσότητας τροφής, το βουλιμικό άτομο νιώθει ανακούφιση, ευφορία, έντονη ικανοποίηση και ηδονή. Η γεύση και η αίσθηση της τροφής, του προσφέρουν μεγάλη ικανοποίηση όμως τα συναισθήματα αυτά δεν διαρκούν πολύ και αντικαθίστανται από συναισθήματα άγχους, έντασης και μοναξιάς.

Καθώς συνεχίζεται το επεισόδιο υπερφαγίας, το άτομο υποφέρει από συναισθήματα ενοχής, θυμού, αυτοκριτικής, αποστροφής για τον εαυτό του και για το ότι καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφής. (Fairburn C, 1995)

Τα καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα που παρατηρούνται μετά τα επεισόδια υπερφαγίας χαρακτηρίζονται ως "**μετα-υπερφαγική αγωνία**". (Μάνος Ν, 1988)

Τα παραπάνω συναισθήματα οδηγούν το βουλιμικό άτομο στην πρόκληση εμετού, στην κατάχρηση καθαρτικών ουσιών (διουρητικών-υπακτικών) και διαιτητικών χαπιών. Επίσης το οδηγούν στο να υποβάλλει τον εαυτό του σε αυστηρές δίαιτες, σε νηστείες και στην αποχή από τη λήψη τροφής, προκειμένου να αντισταθμίσουν την "παχυντική επίδραση" της τροφής που έχουν καταναλώσει.

Σύμφωνα με τον Σιμάτο σε κάθε επεισόδιο βουλιμίας πολλές γυναίκες κάνουν εμετό από 1 ως 10 φορές, ώστε να είναι σίγουρες πως έχει "βγει" όλο το φαγητό. Το γεγονός ότι ο εμετός προκαλείται ευκολότερα με γεμάτο στομάχι, αποτελεί ένα ακόμα κίνητρο που οδηγεί τον ασθενή σε πλήρες βουλιμικό επεισόδιο. Ένα γεύμα λοιπόν μπορεί να ξεκινά τελείως φυσιολογικά, εξελίσσεται όμως σε βουλιμία σιγά-σιγά ενδεχομένως και αυθόρμητα. (Σιμάτος, [http:// www.jeremy-nutrifit.gr/eating disorders.html](http://www.jeremy-nutrifit.gr/eating_disorders.html))

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΜΕΤΡΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

4.1 ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΕΜΕΤΟΥ

Ο προκλητός εμετός χρησιμοποιείται από το 80% - 90% των βουλιμικών ατόμων. Επίσης το 5% με 10% των νεαρών γυναικών παραδέχονται πως προκαλούν από μόνες τους εμετό και πως το 2% των νέων ενήλικων γυναικών κάνουν το ίδιο μια ή περισσότερες φορές τη βδομάδα. Κατά την έναρξη της ασθένειας είναι δύσκολη η πρόκληση εμετού, αλλά με την πάροδο του χρόνου γίνεται λιγότερο δύσκολη και σύνηθες.

Οι περισσότεροι άνθρωποι κάνουν εμετό, αφού έχουν καταναλώσει μεγάλη ποσότητα τροφής. Υπάρχουν όμως και οι άνθρωποι που κάνουν εμετό αν και έχουν φάει ελάχιστα, διότι πιστεύουν ότι έχουν καταναλώσει παχυντικές τροφές. Τα βουλιμικά άτομα προκαλούν εμετό αμέσως μετά το φαγητό για να απαλλαγούν από ένα μεγάλο μέρος του φαγητού που κατανάλωσαν και για να ανακουφιστούν από τον κοιλιακό πόνο που προέρχεται από την υπερφαγία. Επίσης προκαλούν εμετό για να αποφευχθεί η αύξηση του σωματικού βάρους και για να μειωθούν τα συναισθήματα άγχους, τύψεων, ενοχής. Πολλοί προκαλούν πολλές φορές εμετό και φτάνουν σε σημείο που δεν έχουν τίποτα πια τίποτα να "βγάλουν". Η διαδικασία αυτή μπορεί να έχει διάρκεια μια ώρα ή και περισσότερες.

Μια μειοψηφία ανθρώπων χρησιμοποιεί μια συγκεκριμένη **τεχνική κάθαρσης**: πίνουν συνήθως κάτι, κάνουν εμετό, ξαναπίνουν και κάνουν εμετό πάλι. Αυτό μπορεί να συνεχιστεί μέχρι τα υγρά τους να απαλλαχθούν από οποιαδήποτε τροφή. Μόνο τότε νιώθουν σίγουροι πως έχουν επανορθώσει για τη λαιμαργία τους. Επιπλέον μια άλλη ομάδα βουλιμικών συνηθίζει να καταναλώνει τροφές "σημάδια" π.χ ντομάτες στην αρχή των επεισοδίων βουλιμίας και στη συνέχεια προκαλούν πολλές φορές εμετό, μέχρι να εμφανιστούν αυτές οι τροφές (φλούδες από ντομάτες). Τα άτομα αυτά λειτουργούν με τη εσφαλμένη αντίληψη ότι ό,τι μπαίνει πρώτο στο στομάχι, βγαίνει τελευταίο.

Επίσης επικρατεί η λανθασμένη εντύπωση ότι με την πρόκληση εμετού μπορεί να επιτευχθεί ένας αποτελεσματικός τρόπος ελέγχου. Η πρόκληση εμετού απαλλάσσει το άτομο από ένα μέρος τροφής που έχει καταναλωθεί, αλλά έχει ως αποτέλεσμα την αποβολή λιγότερης από τη μισή ποσότητας τροφής που έχει καταναλώσει το άτομο σε ένα μέσο επεισόδιο βουλιμίας. Μια έρευνα που διεξήχθη σε 17 γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία από το εργαστήριο διατροφής του Πίτσμπουργκ διαπιστώθηκε ότι κατά τα επεισόδια της βουλιμίας, καταναλώνουν κατά μέσο όρο 2.131 θερμίδες και έβγαλαν με την πρόκληση εμετού 979 θερμίδες. Η παρατήρηση αυτή εξηγεί γιατί οι άνθρωποι που προκαλούν εμετό κάθε φορά που τρώνε, δεν είναι απαραίτητα αδύνατοι. Ο οργανισμός τους αφομοιώνει τις υπόλοιπες τροφές που δεν έχουν αποβληθεί.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η πρόκληση εμετού ενισχύει τη βουλιμία. Αυτό συμβαίνει διότι τα βουλιμικά άτομα πιστεύουν ότι αν προκαλέσουν εμετό αποφεύγουν να αφομοιώσουν τις τροφές που έχουν καταναλώσει, με αποτέλεσμα να χαλαρώνουν τον έλεγχο της ποσότητας τροφής που καταναλώνουν και τρώνε περισσότερο. Επίσης ανακαλύπτουν ότι είναι πιο εύκολο να προκαλέσουν εμετό όταν

το στομάχι τους είναι γεμάτο. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος όπου το άτομο αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη εξάρτηση από την τεχνική πρόκλησης εμετού. Η παρόρμηση για κάτι τέτοιο μετά από ένα επεισόδιο βουλιμίας μπορεί να είναι πολύ ισχυρή. Η πρόκληση του εμετού λοιπόν, είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες διαίωξης των επεισοδίων βουλιμίας. (Fairburn C, 1995)

4.2 ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΚΑΘΑΡΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΩΝ

Είναι γεγονός ότι το 30% των βουλιμικών ατόμων κάνει χρήση μεγάλης ποσότητας καθαρτικών και το 10% διουρητικών. (Μάνος Ν, 1988)

Τα καθαρτικά είναι φάρμακα τα οποία αυξάνουν τη συχνότητα και την ευκολία των κενώσεων του εντέρου. Δρουν διεγείροντας το τοίχωμα του εντέρου, αυξάνοντας τον όγκο του περιεχομένου του ή αυξάνοντας την περιεκτικότητα των κοπράνων σε υγρά. Αυτές οι 2 μορφές κατάχρησης (καθαρτικά-διουρητικά) μπορεί να εκδηλωθούν μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με την τεχνική της πρόκλησης εμετού. Οι άνθρωποι που έχουν προβλήματα βουλιμίας κάνουν κατάχρηση καθαρτικών με 2 τρόπους:

α) Τα παίρνουν για να "επανορθώσουν" για τα επεισόδια υπερφαγίας και συμπεριφέρονται με τον ίδιο τρόπο που προκαλούσαν εμετό. Ο αριθμός των καθαρτικών που καταναλώνονται μπορεί να είναι πολύ μεγάλος.

β) Τα βουλιμικά άτομα παίρνουν τα καθαρτικά σε κανονική βάση, ανεξάρτητα από τα επεισόδια της υπερφαγίας τους και η συμπεριφορά τους είναι παρόμοια με τη συμπεριφορά που εκδηλώνουν όταν κάνουν δίαιτα.

Τα καθαρτικά έχουν πολύ μικρή δραστηριότητα στην απορρόφηση θερμίδων, ενώ τα διουρητικά δεν έχουν καμία δραστηριότητα. Πολλοί ασθενείς θεωρούν την χρήση των καθαρτικών ωφέλιμη, διότι επιτυγχάνεται απώλεια βάρους εξαιτίας των υγρών που χάνονται με τη διάρροια ή τη συχνουρία.

Με τη χρήση των καθαρτικών τα βουλιμικά άτομα νιώθουν ότι έχουν απαλλαγεί ή ότι έχουν "καθαρίσει" από όλες τις τροφές που έχουν καταναλώσει. Με τον τρόπο αυτό τα καθαρτικά όπως και η πρόκληση εμετού μπορούν να προωθούν περισσότερο τη βουλιμία. Επίσης νιώθουν ότι αντλούν ευχαρίστηση από την αίσθηση ότι η κοιλιά τους είναι άδεια. Μια μειοψηφία ατόμων θεωρεί τις κράμπες και τους σπασμούς του εντέρου καθώς και τη διάρροια που τους συνοδεύει ως τιμωρία για τη βουλιμία τους, αλλά δέχονται ευπρόσδεκτα τις δυσάρεστες σωματικές συνέπειες από τη χρήση καθαρτικών/ διουρητικών.

4.3 Η ΔΙΑΙΤΑ, ΕΝΑΣ ΦΑΥΛΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Οι περισσότεροι άνθρωποι που υποφέρουν από ψυχογενή βουλιμία αρχίζουν την προσπάθειά για δίαιτα, όταν βρίσκονται στην εφηβική ηλικία, όταν είναι δυσαρεστημένοι από τη ζωή τους, τον εαυτό τους και όταν διανύουν φάσεις σύγχυσης. Κατά τη διάρκεια της δίαιτας το βουλιμικό άτομο περιορίζει πολύ την ποσότητα του φαγητού του. Στις πρώτες μέρες της δίαιτας, βιώνει τις θετικές της συνέπειες και μέσω αυτής νιώθει ότι έχει πετύχει κάτι πολύ σημαντικό και ότι έχει τον έλεγχο του σώματός του και του εαυτού του. Σύντομα όμως ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με τις αρνητικές συνέπειες της δίαιτας. Καθώς βρίσκεται σε δίαιτα, νιώθει ότι πεινάει και έχει έντονες σκέψεις και ενασχόληση με το φαγητό. Ο περιορισμός του φαγητού αυξάνει την επιθυμία του βουλιμικού για κατανάλωση

φαγητού. Επίσης μπορεί να νιώσει μεγάλη ένταση και συναισθηματικό εκνευρισμό. Τα συναισθήματα αυτά και οι αρνητικές σκέψεις της δίαιτας, έχουν ως αποτέλεσμα το βουλιμικό άτομο να εγκαταλείψει τη δίαιτα.

Όταν σταματήσει η δίαιτα, το βουλιμικό άτομο νιώθει: α) ανακούφιση ή β) αποτυχία. Η αποτυχία ερμηνεύεται από τους βουλιμικούς ως αδυναμία θέλησης, ή ότι υπερίσχυσε η όρεξη. Η εγκατάλειψη του αδυνατίσματος μπορεί να καταλήξει σε αυτοκατηγορία και ο ασθενής να καταβάλλει και άλλες προσπάθειες για αδυνάτισμα αργότερα. Όταν αποφασίσει να αρχίσει ξανά δίαιτα καταβάλλει μεγαλύτερες δυνάμεις και νιώθει ότι είναι μπλεγμένη σε ένα φαύλο κύκλο. Κάθε προσπάθεια να σταματήσει την υπερφαγία, προωθεί το επόμενο επεισόδιο υπερφαγίας. Αν το βουλιμικό άτομο προσπαθήσει να αντισταθεί σε αυτές τις δυνάμεις με το να κάνει εμετό, τότε θα νιώσει ότι είναι περισσότερο παγιδευμένο. (Palmer R, 2000)

Τα βουλιμικά άτομα λοιπόν παραπαίουν μεταξύ περιόδων επιτυχούς δίαιτας, που μπορεί μάλιστα να διαρκέσει και μήνες, καθώς και μεγάλης λαιμαργίας, με αποτέλεσμα το σωματικό τους βάρος να παρουσιάζει σημαντικές αυξομειώσεις. (Fairburn C, 1995)

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η δίαιτα και η υπερφαγία, μπορούν να προκληθούν από μια νευρωτική δομή προσωπικότητας. Αυτοί που κάνουν δίαιτα και μετά τρώνε υπερβολικά, φαίνεται να είναι πιο νευρωτικοί ή ασταθείς από το μέσο όρο και αυτό το γεγονός γίνεται μέρος του υπόβαθρου της προσωπικότητας τους που συνεισφέρει σε περαιτέρω φαινόμενα υπερφαγίας. Ακόμη το συναισθηματικό άγχος, φαίνεται να είναι μια άμεση αιτία ή κίνητρο για την υπερφαγία.

Τα βουλιμικά άτομα εφαρμόζουν 3 είδη δίαιτας:

4.3.1 Η αποφυγή κατανάλωσης τροφής

Ορισμένοι άνθρωποι δεν τρώνε τίποτα ανάμεσα στα επεισόδια υπερφαγίας τους. Φτάνουν στο σημείο να μη φάνε τίποτα για μέρες. Τις περισσότερες φορές όμως παύουν να τρώνε για όσο αντέξουν και συνήθως αποφεύγουν το βραδινό φαγητό. Αυτό ισχύει για ένα στους τέσσερις βουλιμικούς. Στο γενικότερο πληθυσμό μόνο ένας στους 100 αποφεύγει να τρώει όλη μέρα.

4.3.2 Η μείωση της συνολικής ποσότητας τροφής

Τα βουλιμικά άτομα καταναλώνουν ποσότητες τροφής διατηρώντας ένα συγκεκριμένο όριο θερμίδων. Το όριο αυτό ανέρχεται στις 1000 με 1200 θερμίδες την ημέρα. Παράλληλα άλλοι επιβάλλουν στον εαυτό τους πολύ πιο αυστηρά όρια θερμίδων, καταφεύγοντας σε νηστείες που προωθούν μόνο την κατανάλωση υγρών, επιτρέπουν τη λήψη 450 ως 800 θερμίδων.

4.3.3 Η αποφυγή ορισμένων τύπων τροφής

Στην περίπτωση αυτή τα βουλιμικά άτομα αποφεύγουν ορισμένες τροφές επειδή θεωρούνται παχυντικές ή επειδή η κατανάλωση τους στο παρελθόν τους είχε προκαλέσει επεισόδια βουλιμίας. (Fairburn C, 1995)

4.3.4 Τα διαιτητικά χάπια

Συχνά τα βουλιμικά άτομα παίρνουν διαιτητικά χάπια, τα οποία αγοράζουν με ιατρική συνταγή ή αυθαίρετα ελπίζοντας ότι θα ελέγξουν το πρόβλημά τους.

4.3.5 Η εξαντλητική άσκηση

Τα άτομα που έχουν βουλιμία δεν εκδηλώνουν πάντοτε καθαριστική συμπεριφορά. Αρκετοί βουλιμικοί ή ανορεκτικοί, επιλέγουν να καταφύγουν στην εξαντλητική γυμναστική, η οποία είναι πιο κοινωνικά αποδεκτή και αποφεύγουν την πρόκληση εμετού, διότι είναι δυσάρεστη. Έχει παρατηρηθεί ότι τα βουλιμικά άτομα κάνουν με πολύ έντονους ρυθμούς γυμναστική για να μειώσουν το σωματικό τους βάρος, για να βελτιώσουν τη σιλουέτα τους και για να πετύχουν μια ικανοποιητική για τους ίδιους εικόνα του σώματος. Συνήθως οι βουλιμικές γυναίκες λένε ψέματα για το πόσο χρόνο αφιερώνουν στη γυμναστική και γυμνάζονται κρυφά τις βραδινές ώρες, προκειμένου να μην πέσει στην αντίληψη κανενός από το περιβάλλον τους τι κάνουν. Σε ακραίες περιπτώσεις η πρόσληψη τροφής και η γυμναστική γίνονται 2 άρρηκτα συνδεδεμένες διαδικασίες κατά τις οποίες τα άτομα δεν τρώνε, αν δεν βεβαιωθούν ότι έχουν κάψει πρώτα όλες τις απαραίτητες θερμίδες. (Kim Fowler , 2000)

Κατά τη διάρκεια της εξοντωτικής γυμναστικής το άτομο επαναλαμβάνει πολλές φορές τις ασκήσεις, πέρα από τις απαιτήσεις για την απόκτηση μιας καλής υγείας. Επίσης κλέβει χρόνο από το σχολείο του, από τις σχέσεις του, για να ασκηθεί και δικαιολογεί την έντονη γυμναστική παρουσιάζοντας τον εαυτό του ως ένα πολύ καλό αθλητή. Γενικότερα επικεντρώνεται στην πρόκληση ότι η σωματική δραστηριότητα είναι καλή και καταφεύγει στην γυμναστική για να επιτύχει αθλητικά κατορθώματα.

Τα βουλιμικά άτομα όταν κάνουν γυμναστική, ενεργούν με ένα παρορμητικό ή καταναγκαστικό τρόπο, με αποτέλεσμα να εκδηλώνονται τραύματα καταπόνησης και να προκαλούνται προβλήματα υγείας. Ορισμένα από τα προβλήματα υγείας είναι η καρδιακή αρρυθμία, τα κατάγματα και η αμηνόρροια. Η αμηνόρροια προκαλείται από την ραγδαία απώλεια βάρους και οδηγεί στην οστεοπόρωση και στην απώλεια των δοντιών. Τα κατάγματα προκαλούνται, διότι τα κοκάλια τους είναι εύθραυστα λόγω της οστεοπόρωσης, δημιουργούν πόνο και περιορίζουν το βουλιμικό άτομο να γυμναστεί. (Joel P. Jahraus, <http://www.Healthyplace.com> , 2000)

4.3.6 Η συμπεριφορά εκκένωσης

Όπως η υπερφαγία, η συμπεριφορά εκκένωσης συμβάλλει σε μια ποικιλία προσαρμοστικών λειτουργιών, μερικές από τις οποίες μπορεί να γίνουν πιο σημαντικές από την ίδια την πράξη της υπερφαγίας στην ψυχική οικονομία του βουλιμικού. Όπως με την υπερφαγία, η πράξη της εκκένωσης μπορεί να χρησιμεύσει ως ένας μηχανισμός για τον έλεγχο της έντασης. Αυτό είναι ιδιαίτερα αλήθεια στα συναισθήματα επιθετικότητας. Για τον ασθενή που αντιδρά , του επιτρέπει να ξεφύγει με κάποιο τρόπο, χωρίς να πιαστεί ή να πρέπει να πληρώσει το τίμημα της υπερφαγίας.

Για πιο οριακούς ασθενείς, η πράξη της εκκένωσης (πρόωρη κατάχρηση καθαρτικών) φαίνεται να εξυπηρετεί μια ολοκληρωμένη λειτουργία, παρόμοια με

άλλες μορφές της πολύπλευρης συμπεριφοράς του εαυτού. Ο έντονος πόνος που δημιουργείται από την επίμονη δίαιτα φαίνεται να τους κάνει να νιώθουν ζωντανοί και σε επαφή με τη πραγματικότητα.

Ακόμη πιο σημαντικό, η συμπεριφορά εκκένωσης ενδυναμώνεται κατά πολύ, επειδή επιτρέπει στο άτομο να αποφύγει το ψυχοβιολογικό αδιέξοδο ή την περιορισμένη τροφή. Η εκκένωση επιτρέπει στους ασθενείς να φάνε με όποιο αντισταθμιστικό τρόπο επιθυμούν, χωρίς τις αρνητικές συνέπειες του να πάρουν βάρος. Διάφοροι ερευνητές παρατήρησαν ότι η συμπεριφορά εκκένωσης ενδυναμώνεται τόσο πολύ, που για πολλούς ασθενείς συμβαίνει μια αλλαγή. Αντί να καταφεύγουν στην εκκένωση, ώστε να μπορούν μετά να φάνε όσο θέλουν, τρώνε υπερβολικά για να κάνουν εκκένωση. (Johnson & Larson, 1982)

Δυστυχώς καθώς γίνεται η προσαρμοστική προσπάθεια στο κυνήγι του αδυνατίσματος ο μηχανισμός εκκένωσης δημιουργεί και ταυτόχρονα λύνει ένα πρόβλημα. Εν απουσία άμεσων και εμφανή αρνητικών συνεπειών, η υπερφαγία και οι εκκενώσεις αυξάνονται σταδιακά μέχρι ο ασθενής να χρησιμοποιήσει τον κύκλο για να κανονίσει μια ποικιλία επιδραστικών και γνωστικών σταδίων. Τελικά νιώθουν εθισμένοι και εξαρτημένοι από τη διαδικασία, που έχει και πάλι ως αποτέλεσμα τη χαμηλή αυτοπεποίθηση και τη μεγάλη επίδραση στην αστάθεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΒΟΥΛΙΜΙΚΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

5.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΒΟΥΛΙΜΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, υπάρχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά στην προσωπικότητα των ατόμων που υποφέρουν από βουλιμία και συχνά προϋπάρχουν της εμφάνισης του προβλήματος.

Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα εξής:

α) Η χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Τα βουλιμικά άτομα διακατέχονται μόνιμως από συναισθήματα ανεπάρκειας, αναξιοτήτας και ανασφάλειας. Από την παιδική τους ηλικία ένιωθαν ότι είχαν άδικη μεταχείριση από τα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος τους, με αποτέλεσμα τα παραπάνω συναισθήματα να έχουν αποκρυσταλλωθεί και να αποτελούν μέρος της προσωπικότητάς τους. Συχνά τα συναισθήματα αυτά θεωρούνται μέρος της κατάθλιψης τους και της απογοήτευσής τους και είναι εφικτό να εξαλειφθούν καθώς το πρόβλημα υποχωρεί.

β) Η τελειομανία

Ένα άλλο μόνιμο χαρακτηριστικό των βουλιμικών ατόμων είναι η τελειομανία. Οι βουλιμικοί, νιώθουν έντονη την ανάγκη να γίνουν κοινωνικά αποδεκτοί και συνήθως αποφεύγουν τις συγκρούσεις. Είναι φιλόδοξοι και τελειοθηρικοί, θέτουν ανέφικτους στόχους και έχουν παράλογες απαιτήσεις και προσδοκίες από τον εαυτό τους. (John Janeway Conger, Calambos N, 1997)

Επίσης, οι βουλιμικοί και οι ανορεκτικοί έφηβοι, θέτουν υψηλούς στόχους όσον αφορά την επίδοσή τους στο σχολείο και συχνά τους πετυχαίνουν. Είναι άριστοι μαθητές, καθώς στα περισσότερα μαθήματα που παρακολουθούν έχουν άριστους βαθμούς και ασχολούνται με πολλές δραστηριότητες στο σχολείο, όπως με τον αθλητισμό. Τα βουλιμικά κορίτσια καταβάλλουν προσπάθειες να είναι δημοφιλείς στα αγόρια. Γενικότερα, οι βουλιμικοί έφηβοι αποκτούν την προσωπική τους ταυτότητα μέσα από την επίτευξη υψηλών στόχων. (<http://www.Healthyplace.com>)

Πολλές φορές, οι βουλιμικοί δεν κάνουν καλή εκτίμηση της κατάστασης που αντιμετωπίζουν και δεν θέτουν ρεαλιστικούς στόχους. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα να βιώνουν επαναλαμβανόμενες «αποτυχίες» ακόμη και όταν η απόδοσή τους είναι αντικειμενικά υψηλή. Αυτού του είδους οι αποτυχίες είναι επικίνδυνες, ιδιαίτερα αν οι βουλιμικοί έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Έχει παρατηρηθεί ότι στα βουλιμικά άτομα είναι συχνός ο συνδυασμός χαμηλής αυτοεκτίμησης και τελειομανίας και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να διογκώνεται ακόμη περισσότερο το πρόβλημα

γ) Η σκέψη του όλα ή τίποτα

Τα άτομα που υποφέρουν από βουλιμία έχουν ένα διχοτόμο τρόπο σκέψης, όπως σκέψεις του τύπου «όλα ή τίποτα» και έχουν την τάση να βλέπουν τα πράγματα μαύρα ή άσπρα. Για παράδειγμα μπορεί να κρίνουν τις μέρες είτε καλές είτε κακές, να νιώθουν ότι άλλοτε έχουν τον έλεγχο των πραγμάτων και άλλοτε όχι, να θεωρούν τις τροφές άλλοτε παχυντικές και άλλοτε ακίνδυνες. Αυτός ο τρόπος σκέψης διαποτίζει όλο τους το γνωστικό σύστημα και όχι απλά τη στάση τους απέναντι στο φαγητό. Ο διχοτόμος τρόπος σκέψης τους οδηγεί είτε στην κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας τροφής, είτε στην πείνα. Όταν τρώνε διακατέχονται από αρνητικές σκέψεις και για το είδος της τροφής που καταναλώνουν καθώς και για το ό,τι τρώνε. (Fairburn C, 1995)

Ο διχοτόμος τρόπος σκέψης συνδέεται με την τελειομανία. Τα βουλιμικά άτομα θεωρούν επιτυχία, όταν λαμβάνουν μέρος σε διαγωνισμούς ή σε εξετάσεις, μόνο την πρωτιά και οποιοδήποτε άλλο αποτέλεσμα τους αφήνει αδιάφορους, (άσχετα αν έχουν υψηλή επίδοση). Το γεγονός αυτό εντείνει το πρόβλημα της βουλιμίας, καθώς προκαλεί απώλεια του ελέγχου μετά και την παραμικρή παραβίαση της δίαιτας. Ακόμη τους οδηγεί στο να θέτουν αυστηρούς και συγκεκριμένους στόχους και όχι κατευθυντήριες γραμμές όσον αφορά τη δίαιτά τους.

δ) Η δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος

«Εικόνα του σώματος» θεωρείται η νοητική αντίληψη που έχει ένας άνθρωπος για το σύνολο του σώματός του. Η έννοια «εικόνα του σώματος» περιλαμβάνει ορισμένα στοιχεία όπως:

- α) το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο το σώμα του μέσα στο χώρο και το χρόνο,
- β) τα συναισθήματα, τις αντιδράσεις και τις στάσεις του ατόμου προς το σώμα του,
- γ) τα ψυχοδυναμικά στοιχεία της ψυχοκινητικής ανάπτυξης του ατόμου και του προσανατολισμού του στο χώρο και το χρόνο. Η εικόνα του σώματος λοιπόν είναι η ψυχονοητική αναπαράσταση του σώματος που περιλαμβάνει συνειδητά και ασυνειδητά στοιχεία.

Στις διαταραχές πρόσληψης τροφής υπάρχει διαταραχή της αντίληψης της εικόνας του σώματος και της συναισθηματικής στάσης στο σώμα. Οι βουλιμικοί ή οι ανορεκτικοί έφηβοι, νιώθουν δυσφορία για το σώμα τους, παρερμηνεύουν ή υπερτιμούν τις σωματικές τους διαστάσεις και εμμένουν σε απειροελάχιστα ελαττώματα (π.χ στα ίχνη κυτταρίτιδας) ή σε μια σιλουέτα που ποτέ δεν πρόκειται να αγγίξει την τελειότητα. Η διαταραχή της εικόνας του σώματος μπορεί να αποτελεί διαταραχή της εικόνας ενός συγκεκριμένου σημείου του σώματος όπως του στήθους, των γοφών, του προσώπου, των ισχύων, της περιφέρειας.

Όσο πιο διαταραγμένη είναι η αντίληψη που έχει το άτομο για την εικόνα του σώματός του, τόσο πιο βαριά είναι και η κλινική του εικόνα. Στις βουλιμικές και ανορεκτικές εφήβους, το σώμα αντιμετωπίζεται ως ένα ξένο διωκτικό αντικείμενο το οποίο πρέπει να ελεγχθεί από τις ίδιες. Αυτό επιτυγχάνεται συνήθως με την προβολή του ανεξέλεγκτου άγχους στο σώμα και με τις συναισθηματικές συγκρούσεις στο σώμα. Στις βουλιμικές ασθενείς το άγχος του σεξουαλικού σώματος αντιμετωπίζεται με τους εμετούς, ως εργαλείο ενοχής και αηδίας προς το σεξουαλικό σώμα. Γενικότερα, τα βουλιμικά άτομα είναι απογοητευμένα από την εικόνα του σώματός τους, είναι πολύ ευαίσθητα σε θέματα που αφορούν την εξωτερική τους εμφάνιση και

ανησυχούν για την ελκυστικότητα και την σεξουαλικότητά τους. (Ελληνική Εταιρεία ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας εφήβου παιδιού, 1999)

ε) Η Ανησυχία για την εμφάνιση και το βάρος

Έχει παρατηρηθεί ότι τα βουλιμικά άτομα ανησυχούν σε μεγάλο βαθμό για την εξωτερική τους εμφάνιση και για το βάρος του σώματος τους. Επίσης διακατέχονται από έναν επίμονο φόβο ότι θα παχύνουν και για το λόγο αυτό επιθυμούν να χάσουν βάρος. Πολλοί βουλιμικοί ελέγχουν σε καθημερινή βάση το βάρος του σώματός τους με το να ζυγίζονται κάθε μέρα. Πάνω από το 1/4 των γυναικών με ψυχογενή βουλιμία, ζυγίζονται τουλάχιστον μια φορά τη μέρα σε σύγκριση με το 20 του γενικότερου πληθυσμού. Ορισμένοι ασθενείς θεωρούν ότι είναι βασανιστικό να ζυγίζονται τόσο συχνά και αποφασίζουν να μην ζυγίζονται καθόλου. Ακόμη και όταν αποφεύγουν το ζύγισμα, εξακολουθούν να ανησυχούν υπερβολικά για το βάρος τους.

Οι ανησυχίες που εκφράζουν για την εμφάνισή τους εκδηλώνονται το ίδιο συχνά όπως εκδηλώνονται και αυτές για το βάρος τους. Οι γυναίκες υιοθετούν διαφορετικές μεθόδους για να ελέγχουν την εμφάνισή τους. Μπορεί να μετράνε τακτικά διάφορα σημεία του σώματος τους ιδιαίτερα τους μηρούς τους ή να εξετάζουν πόσο στενό είναι ένα ρούχο. Οι βουλιμικές γυναίκες νιώθουν συχνά ντροπή, επειδή πιστεύουν ότι αντιμετωπίζονται αρνητικά από τους γύρω τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην επιτρέπουν στους γύρω τους να δουν το σώμα τους και συχνά αποφεύγουν να το βλέπουν και οι ίδιες στον καθρέπτη.

Τα βουλιμικά άτομα αποφεύγουν να πηγαίνουν για κολύμπι καθώς και να φορούν αποκαλυπτικά καλοκαιρινά ρούχα. Ορισμένες δεν επιτρέπουν καθρέπτες στο σπίτι τους και δεν αφήνουν το σύντροφό τους να τις δει χωρίς ρούχα. Συχνά η σεξουαλική τους ζωή διαταράσσεται, εξαιτίας της αντίδρασης τους στο άγγιγμα σε σημεία του σώματος τους, που θεωρούν ότι έχουν ατέλειες.

Οι ανησυχίες των βουλιμικών για την εμφάνιση και το βάρος τους διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαίονιση της βουλιμίας καθώς πυροδοτούν τις δίαιτες, την πρόκληση εμετού, την κατάχρηση των καθαρτικών και των διουρητικών. (Fairburn Chr,1995)

στ) Το κυνήγι του αδυνατίσματος

Τα βουλιμικά άτομα, εκδηλώνουν μια έντονη ενασχόληση με το αδυνάτισμα και καταβάλλουν προσπάθειες να αδυνατίσουν με διάφορους τρόπους (καθαρτική – μη καθαρτική συμπεριφορά). Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας, το βουλιμικό άτομο χάνει τον έλεγχο και καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφής. Το γεγονός αυτό τον κάνει να νιώθει ανεπαρκή και εκδηλώνει έντονη ενασχόληση με το σωματικό του βάρος ,με την απώλεια βάρους καταφεύγοντας στις δίαιτες.

ζ) Η έλλειψη εμπιστοσύνης.

Τα άτομα που έχουν ψυχογενή βουλιμία δυσκολεύονται να εμπιστευτούν τους ανθρώπους του περιβάλλοντός τους και είναι δύσπιστοι προς αυτούς. Αυτή η

δυσπιστία εκφράζει ένα φόβο που τους διακατέχει. Φοβούνται ότι αν δείξουν εμπιστοσύνη στους γύρω τους, θα υπερεμπλακούν και θα εξαρτηθούν μαζί τους, ή ότι οι άλλοι θα τους απορρίψουν και θα τους παραμελήσουν. (Johnson C, Mary E. Connors, 1987)

η) Η απομόνωση στα άτομα που έχουν ψυχογενή βουλιμία

Η απομόνωση, αποτελεί χαρακτηριστικό των εφήβων και των ενήλικων ατόμων που πάσχουν από κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής. Οι βουλιμικοί ή οι ανορεκτικοί έφηβοι σταματούν τις περισσότερες συναναστροφές που είχαν με τους φίλους τους και με τους συντρόφους τους, αλλά για να μην καταλάβουν οι γονείς τους ότι τους συμβαίνει κάτι, δεν απομονώνονται ολοκληρωτικά από τον περίγυρό τους.

Οι βουλιμικοί που είναι ενήλικες, στην περίπτωση που δεν είναι πανδρεμένοι συνήθως απομονώνονται από όλους. Οι έγγαμες βουλιμικές γυναίκες και οι μητέρες, χρησιμοποιούν έξυπνα τεχνάσματα προκειμένου να μείνουν μόνες για το χρονικό διάστημα που επιθυμούν. Ορισμένες εργάζονται αρκετές ώρες, προκειμένου να αποφύγουν τα γεύματα της οικογένειας και άλλες προτιμούν να εργάζονται το βράδυ ή να περιπλανώνται στους δρόμους. Με τον τρόπο αυτό, είναι σίγουρες ότι όταν φτάσουν σπίτι τους θα είναι μόνες. Μερικές γυναίκες προτιμούν να είναι νοικοκυρές στο σπίτι, διότι έχουν την ευκαιρία να εκδηλώσουν την διαταραχή καθόλη τη διάρκεια της ημέρας, όπου τα παιδιά θα λείπουν στο σχολείο και ο σύζυγος θα είναι στη δουλειά. Σε πιο ακραίες περιπτώσεις η διαταραχή μπορεί να κατακυριεύσει τη γυναίκα σε σημείο που να παραμελήσει τα παιδιά της, προκειμένου να εκδηλώσει τη διαταραχή της. (<http://www.Healthyplace.com>, 2000)

θ) Η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας.

Είναι γεγονός ότι τα άτομα που έχουν ψυχογενή βουλιμία ή ανορεξία εμφανίζουν χαρακτηριστικά της μεταιχμιακής διαταραχής της προσωπικότητας, όπως:

1) **Ασταθείς και έντονες σχέσεις.** Τα βουλιμικά άτομα διακατέχονται από το φόβο της εγκατάλειψης και εξιδανικεύουν τους γύρω τους, ενώ παράλληλα μπορεί να τους υποτιμούν.

2) **Διαταραχή της ταυτότητας,** όπου υπάρχει μια ανεπαρκής αίσθηση του Εγώ, μια διαταραγμένη προσωπική εικόνα και αισθήματα κενού.

3) **Διαταραχή στη διάθεση,** όπου τα βουλιμικά άτομα έχουν έντονα και γρήγορα εναλλασσόμενα συναισθήματα.

4) **Παρορμητική συμπεριφορά** όπου το άτομο επιδίδεται στην κατάχρηση ουσιών, σε αχαλίνωτη σεξουαλική συμπεριφορά, στην σπατάλη χρημάτων, στην απερίσκεπτη οδήγηση και έχει απώλεια ελέγχου του θυμού. Παράλληλα, το βουλιμικό άτομο εκφράζει απειλές, και συχνά οδηγείται στους αυτοτραυματισμούς.

Οι βουλιμικοί ασθενείς είναι επιρρεπείς στην εκδήλωση παρορμητικών συμπεριφορών. Τα επεισόδια υπερφαγίας μπορεί να γίνουν σχετικά ένας ασφαλής μηχανισμός για να γίνουν οι ίδιοι παρορμητικοί, από τη στιγμή που δεν έχει ιδιαίτερες ηθικές, νόμιμες, ή ιατρικές συνέπειες, όπως έχει η ερωτική ασυδοσία, η παραβατική εγκληματική συμπεριφορά, ή η χρήση ναρκωτικών. Συγκεκριμένα οι βουλιμικοί ασθενείς μπορούν να ερωτοποιήσουν τα επεισόδια υπερφαγίας προσφέροντας μια

εναλλακτική απάντηση στα σεξουαλικά συναισθήματα αν είναι συγκρουόμενα για τον αυνανισμό ή τη σεξουαλική δραστηριότητα. Παρομοίως η υπερφαγία και η επακόλουθη κάθαρση μπορούν να γίνουν ένας αποτελεσματικός μηχανισμός για να εκφράσουν τα εχθρικά συναισθήματα τα οποία δυσκολεύονται να τα εκφράσουν στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Πολλοί πιεσμένοι ασθενείς με εμμονές χρησιμοποιούν την υπερφαγία για να βγουν προσωρινά από τον έλεγχο και την εξουσία ή για να έχουν την φαινομενολογική εμπειρία ότι εκφράζονται ελεύθερα και χαλαρώνουν. (Fairburn Chr, 1995)

5.2 ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΕΣ ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Σε μια έρευνα που έγινε σε 500 ασθενείς από τους Hall, Blakey και Klassen Hall (1992) μελετήθηκε το ιστορικό και το ψυχολογικό προφίλ 500 ασθενών, που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας. Κατά τη διάρκεια της έρευνας εντοπίστηκαν **4 υποκατηγορίες βουλιμικών ατόμων**. Οι υποκατηγορίες αυτές ήταν:

- 1) η φανερή βουλιμία** την οποία εμφάνιζε το 8.9% του δείγματος,
- 2) η έμμομη –τελετουργική βουλιμία** που την εμφάνιζε το 2% του δείγματος,
- 3) βουλιμία προκαλούμενη από σεξουαλική κακοποίηση** που συνέβαινε στο 4.9% του δείγματος
- 4) η μαζοχιστική βουλιμία** που συνέβη στο 4.9% του δείγματος.

Η ψυχογενής βουλιμία είναι μια κατάσταση που προσβάλλει ένα μεγάλο αριθμό νέων γυναικών. Αρκετοί ειδικοί που έχουν μελετήσει το συγκεκριμένο αντικείμενο έχουν χωρίσει σε υποκατηγορίες την διαταραχή και συνιστούν προσοχή στους διάφορους κλινικούς τύπους των ασθενών που υπάρχουν, ιδιαίτερα στη διαφοροποίηση των ασθενών που υποφέρουν από καθαρτική συμπεριφορά και από υπερφαγική συμπεριφορά. Μια άλλη υποομάδα ασθενών που έχει αναγνωριστεί ότι είναι κλινικά διαφορετική είναι οι ασθενείς που κάνουν κατάχρηση υπακτικών και καθαρκτικών φαρμάκων.

5.2.1 Η φανερή βουλιμία

Είναι γεγονός ότι τα βουλιμικά επεισόδια πραγματοποιούνται με μυστικότητα από το οικογενειακό περιβάλλον. Ωστόσο υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι αφήνουν σε εμφανή σημεία του σπιτιού σωρούς από αδειανά δοχεία φαγητού, ή πλαστικές σακούλες με εμέσματα κάτω από τα κρεβάτια, πιθανόν για να υποδηλώσουν το μέγεθος του προβλήματός τους. Η πρώτη υποομάδα των ασθενών που έχει οριστεί από τους ειδικούς ως φανερή βουλιμία αντιπροσωπεύει περίπου το 9% του δείγματος. Η ομάδα που μελετήθηκε είχε μέσο όρο ηλικίας τα 16 χρόνια. Η φανερή βουλιμική συμπεριφορά έχει χαρακτηριστεί από τους ίδιους ως σταθερή.

Οι γονείς ανέφεραν ότι οι ασθενείς είχαν μια ξαφνική και δραματική αλλαγή στη συμπεριφορά, εμφάνισαν δυσκολίες με το σχολείο και εκδήλωσαν φανερή βουλιμική συμπεριφορά στο σημείο που άφηναν δοχεία με εμετό σε όλο το σπίτι. Οι ασθενείς ανέφεραν ότι οι γονείς τους ήταν πολύ απασχολημένοι ή δεν έδειχναν φροντίδα και τρυφερότητα προς τους ίδιους. Οι περισσότεροι ασθενείς προέρχονταν από χωρισμένες οικογένειες ή από οικογένειες που είχαν πρόσφατά μετακομίσει. Η συμπεριφορά των ασθενών ήταν ασταθής, παρορμητική, υποκριτική και

αλλοπρόσαλλη. Παράλληλα παρατηρήθηκε ότι προκαλούσαν εσκεμμένα τους ανθρώπους του περιβάλλοντός τους, ήταν απρόθυμοι να τηρήσουν τους κανόνες που είχαν τεθεί στην οικογένεια, έκαναν αδικαιολόγητες απουσίες στο σχολείο, κλοπές στα μαγαζιά και εμφάνισαν μια αχαλίνωτη σεξουαλική συμπεριφορά.

Οι ασθενείς που έχουν φανερή βουλιμία τείνουν να έχουν χαμηλότερο συνολικό IQ από ότι έχει η ανάλογη ομάδα άλλων βουλιμικών ασθενών. Επίσης τείνουν να είναι περισσότερο αγχώδεις και λιγότερο μελαγχολικοί. Χαρακτηρίζονται ως άτομα που είναι πιθανόν να εκφράζουν θυμό, να έχουν ξεσπάσματα οργής και να εμφανίζουν νευρική συμπεριφορά και απόσυρση. Ο θυμός και η εχθρότητα που εκφράζουν χρησιμοποιούνται ως μέσα για να υποβάλλουν τους ανθρώπους του περιβάλλοντός τους σε δοκιμασία, προκειμένου να αναζητήσουν την αγάπη και την υποστήριξη. Επιπλέον τα άτομα αυτά είχαν εσωτερικές συγκρούσεις, ήταν συναισθηματικά εξαρτημένα, υπερευαίσθητα και είχαν την αίσθηση ότι είχαν άδικη μεταχείριση από τους γύρω τους. Κατά την εξέλιξη της νόσου παρατηρήθηκε ότι τα άτομα αυτής της κατηγορίας έκαναν απόπειρες αυτοκτονίας, ή έφυγαν από τις οικογένειές τους. Συχνά οι περιπτώσεις αυτές παραπέμφθηκαν για νοσηλεία.

5.2.2 Η έμμονη-τελετουργική βουλιμία

Ο συγκεκριμένος τύπος βουλιμίας διαγνώστηκε στο 2% του πληθυσμού του δείγματος και χαρακτηρίστηκε από την ανάπτυξη λεπτομερών, παθολογικών, καταναγκαστικών τελετουργιών, οι οποίες είτε προηγούνται, είτε αποτελούν μέρος του συνδρόμου υπερφαγίας-κάθαρσης. Οι ασθενείς σχεδίαζαν τα επεισόδια υπερφαγίας και χρησιμοποιούσαν τις έμμονες τελετουργίες, προκειμένου να ελέγξουν τον παραλυτικό θυμό που ένιωθαν όταν γινόταν θύματα και εγκαταλείπονταν από τον ένα γονέα. Τα ψυχολογικά τεστ που χρησιμοποιήθηκαν, έδειξαν ότι οι ασθενείς που εκδήλωναν τη βουλιμία τους με έμμονες ιεροτελεστίες, είχαν ένα μέσο όρο IQ, 112.

Στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών παρατηρήθηκε ότι υπήρχε η έλλειψη ικανότητας να εκφράσουν ευθέως αυτό που θέλουν και ένας φόβος ότι θα χάσουν τον έλεγχο. Ως ομάδα αυτοί οι ασθενείς εκδήλωναν καχυποψία για τα κίνητρα των άλλων, διότι στο παρελθόν είχαν πληγωθεί συναισθηματικά. Απέφευγαν επίσης τις διαπροσωπικές σχέσεις διατηρώντας μια απόσταση από τους άλλους ανθρώπους, επειδή στο παρελθόν ήταν δυσαρεστημένοι από τις διαπροσωπικές σχέσεις που είχαν αναπτύξει. Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι κρατούσαν σε απόσταση τους συντρόφους τους και ήταν γενικότερα κοινωνικά αποσυρμένοι.

Τα άτομα αυτής της ομάδας έθεταν υψηλούς στόχους, εξέφραζαν επιθυμίες να αποκτήσουν ανέφικτα αντικείμενα, ήταν φιλόδοξα και παράλληλα εκδήλωναν το φόβο ότι θα αποτύχουν, επειδή ένιωθαν ανασφάλεια. Οι ασθενείς αυτοί σωματοποιούσαν τις καταστάσεις που βίωναν και διακατέχονταν από το φόβο ότι θα χάσουν τον έλεγχο και θα έχουν ξεσπάσματα οργής, με αποτέλεσμα να καταστρέψουν τις σχέσεις που είχαν με την οικογένειά τους.

Γενικότερα οι ασθενείς αυτοί είχαν την τάση να συμβιβάζονται εύκολα, να είναι εσωστρεφείς, επιφυλακτικοί και σκεπτικοί. Συνήθιζαν να κάνουν υπερβολική χρήση καθαρτικών / διουρητικών φαρμάκων όταν απογοητευόταν και ήταν περισσότερο συναισθηματικά και κοινωνικά απομονωμένοι από το υπόλοιπο δείγμα των βουλιμικών ατόμων.

5.2.3 Βουλμία η οποία προέρχεται από σεξουαλικά βιώματα.

Οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας είναι άτομα που είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση στο παρελθόν (κατά τη διάρκεια της παιδικής ή εφηβικής ηλικίας) είτε από κάποιο μέλος της οικογένειάς τους, είτε από κάποιο πρόσωπο που είχε καταξιώθει κοινωνικά, λόγω του επαγγέλματος του π.χ αστυνομικό, ιερέα, γιατρό, οδοντίατρο.

Οι ασθενείς αυτοί, παρατηρήθηκε ότι στις ερωτικές τους σχέσεις, τοποθετούσαν τον εαυτό τους στη θέση του θύματος - λειτουργούσαν ως θύματα του άνδρα-συντρόφου τους, τον οποίο παγίδευαν με διάφορους τρόπους. Συνήθως εξέφραζαν το θυμό τους με τη μορφή εκβιασμού, έπλαθαν ψεύτικες κατηγορίες ότι είχαν υποστεί βιασμό από το σύντροφό τους, ή έκαναν απειλητικά τηλεφωνήματα στους εργοδότες τους ζητώντας τους χρήματα ή προσοχή. Στην περίπτωση που δεν ικανοποιούνταν τα αιτήματά τους, κατέφευγαν στην κατάχρηση καθαρτικών και συχνά με τον τρόπο αυτό, έθεταν τη ζωή τους σε κίνδυνο, με αποτέλεσμα να γίνεται συχνά άμεση εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.

Οι γυναίκες αυτής της κατηγορίας ανέφεραν ότι συνήθιζαν να προσελκύουν ηλικιωμένους άνδρες, οι οποίοι κατείχαν υψηλές κοινωνικές θέσεις. Κατά το πρώτο διάστημα της σχέσης τους επεξεργάζονταν πολύ καλά τις αντιδράσεις των συντρόφων τους και κατάφερναν να τους φέρνουν σε συμβιβαστική και επικίνδυνη θέση με αποτέλεσμα να τους χειρίζονται και να εκμεταλλεύονται τη σχέση με αρνητικό τρόπο. Γενικότερα η σχέση που είχαν με το ανδρικό φύλο ήταν εχθρικές και ήταν ιδιαίτερα ανταγωνιστικές με το γυναικείο φύλο, διότι είχαν μεγαλώσει μ'ένα εχθρικό ανεπαρκές μητρικό πρότυπο.

Επίσης οι ασθενείς αυτοί, επεδίωκαν να ελκύσουν την προσοχή των άλλων, να αποκτήσουν μεγάλο αυτοέλεγχο και παράλληλα έθεταν υψηλές ηθικές αξίες. Ως ομάδα περιγράφηκε ότι αποτελείται από ανασφαλή, αγχώδη άτομα που είχαν επιφανειακές κοινωνικές σχέσεις, που έτειναν να είναι επιπόλαια και που η αλληλοεπίδραση που είχαν με τους άλλους ήταν επιφανειακή. Τέλος οι ασθενείς αυτοί υποκρινόταν συχνά, είχαν συναισθήματα ενοχής που εναλλάσσονταν με συναισθήματα θυμού ως αποτέλεσμα του καταπιεσμένου θυμού τους.

5.2.4 Η σαδομαζοχιστική βουλμία

Τα βουλιμικά άτομα αυτής της κατηγορίας, έχουν έντονη επιθυμία να καταναλώσουν φαγητά, ή ουσίες που κατά την κάθαρση, θα προκαλούσαν πόνο ή εξάντληση στο σημείο που δεν θα μπορούσαν να ελέγξουν. Όπως ανέφεραν χαρακτηριστικά γινόταν βιαίως άρρωστοι, καθώς είχαν την τάση να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες υακτικών/ καθαρτικών. Παράλληλα ανέφεραν ότι τραυμάτιζαν τους εαυτούς τους με διάφορους τρόπους: με κόψιμο, με κάψιμο, με ξύσιμο των χεριών ή άλλων σημείων του σώματος. Οι αυτοτραυματισμοί γινόταν με μη υποκριτικό τρόπο και τους έκρυβαν από τους γιατρούς και από τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Τα άτομα αυτής της ομάδας ήταν τελειομανή και υπέφεραν από συναισθήματα ενοχής, απομόνωσης, και ανεπάρκειας. Φοβόταν επίσης οποιοδήποτε αρνητικό συναίσθημα θυμού και μετατόπιζαν το θυμό και την ενοχή τους στους ίδιους μέσω των αυτοτραυματισμών.

Επίσης φοβόταν ότι θα τους εγκαταλείψουν οι οικογένειές τους και δεν αναλάμβαναν ευθύνες ως ενήλικες. Τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης ομάδας

ήταν ότι ήταν υπερβολικά υποχωρητικοί, θεωρούνταν τα «καλά παιδιά» που ικανοποιούσαν τις προσδοκίες των γονέων τους με το να εργάζονται υπερβολικά και ήταν εσωστρεφείς και απομονωμένοι. Ακόμη, ήταν εχθρικοί, εκδήλωναν παθητική επιθετικότητα, δυσκολευόταν να εκφράσουν τα συναισθήματα θυμού στους άλλους και ήταν υπερελεγχόμενα άτομα. Ψυχικά εκνευριζόταν που αποστερούνταν από την ελευθερία και την ανεξαρτησία και φοβόταν την αυτονομία. Παρατηρήθηκε ότι δυσκολευόταν να επικοινωνήσουν με τους άλλους λόγω της έλλειψης αυτοεκτίμησης-αυτοπεποίθησης.

Οι γονείς της συγκεκριμένης ομάδας των βουλιμικών δεν γνώριζαν ότι τα παιδιά τους είχαν πρόβλημα μέχρι που συνέβη ένα κατακλυσμικό γεγονός, όπως η απόπειρα αυτοκτονίας ή η απώλεια των αισθήσεων από την υπερβολική χρήση καθαρτικών/υπακτικών. Τα άτομα αυτής της ομάδας ήταν εξυπνότερα από τα άτομα των υπολοίπων έχοντας μέσο όρο IQ 120.

Συμπερασματικά, το 15% των βουλιμικών ασθενών που εξετάστηκαν από τη συγκεκριμένη μελέτη σε μια περίοδο 5 χρόνων ταίριαζαν σε μια από τις τέσσερις υποκατηγορίες βουλιμίας. Τα μοναδικά ψυχοδυναμικά τους, οι κλινικές ενδείξεις και κυρίως οι αυτοτραυματισμοί μπορεί να συμβάλλουν στο να είναι κλινικά σημαντική η αναγνώριση αυτών των 4 υποκατηγοριών της βουλιμίας. (Richard Hall, Robert E.Blakey, Anna Klassen Hall, 1992)

5.3 Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.

Είναι γεγονός ότι οι γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, προσέλκυσαν το ενδιαφέρον αρκετών επαγγελματιών υγείας, ιδιαίτερα όσον αφορά τις επιπλοκές που προκαλούνται για τη μητέρα και το έμβρυο.

Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, εκδηλώνουν σε μικρότερο βαθμό, βουλιμικά επεισόδια, ή μπορεί να μην εκδηλώσουν και καθόλου, επειδή ανησυχούν μήπως βλάψουν με τη συμπεριφορά τους το έμβρυο. Η συχνότητα της πρόκλησης εμετού μειώνεται και οι περισσότερες γυναίκες σταματούν να κάνουν κατάχρηση καθαρτικών.

Παρόλα αυτά όμως υπάρχουν και γυναίκες οι οποίες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους,εξακολουθούν να ανησυχούν για την εμφάνιση τους και το βάρος τους. Η προοπτική ότι με την εγκυμοσύνη θα επέλθουν σωματικές αλλαγές όπως είναι η αύξηση του βάρους τους, τους προκαλεί τρόμο και φόβο. Έτσι συνεχίζουν να κάνουν δίαιτα, ή καταφεύγουν σε εξαντλητική γυμναστική, με αποτέλεσμα να παίρνουν ελάχιστο βάρος ή να φτάνουν στο σημείο να μην πάρουν καθόλου βάρος. (Fairburn Cristopher, 1995)

Μια μελέτη που έγινε σε αναδρομικές έρευνες που διεξήχθησαν σε γυναίκες που έπασχαν από ψυχογενή βουλιμία και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, έδειξε ότι αρκετές απέβαλλαν, έβαλαν αρκετό βάρος, ή το βάρος τους ήταν ανεπαρκές. Επίσης παρατηρήθηκε ότι είχαν πρόωρο τοκετό, είχαν επιπλοκές κατά τη διάρκεια του τοκετού, τα παιδιά τους γεννιόταν λιπόβαρη, ή γεννιόταν με δυσμορφίες. (Morrill,Nickols-Richardson, 2001)

5.4 Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΣΥΝΟΔΕΥΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.

Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει μια υποκατηγορία βουλιμικών ασθενών που εκδηλώνει παράλληλα με την ψυχογενή βουλιμία και άλλες διαταραχές.

Αρκετές έρευνες που έχουν γίνει σε βουλιμικούς ασθενείς έδειξαν ότι ένας σημαντικός αριθμός ασθενών, υποφέρει από κατάθλιψη. Το άγχος και η κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσουν βουλιμική συμπεριφορά, η οποία συνδυάζεται με την πρόκληση εμετού και την υπερβολική σωματική άσκηση.

Η κατάθλιψη προκαλεί συνήθως τη μείωση του βάρους, όμως μπορεί να προκαλέσει την αύξηση της όρεξης και την υπερφαγία. Τα καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα, όπως είναι η υπερφαγία είναι ένα μέσο που χρησιμοποιούν τα βουλιμικά άτομα για να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα του άγχους του θυμού και της στεναχώριας. Τα επεισόδια της υπερφαγίας χρησιμοποιούνται ως ένα αντικαταθλιπτικό φάρμακο ενάντια στους φόβους, την μοναξιά και την ανικανότητά τους να αναπτύξουν κοινωνικές ή σεξουαλικές σχέσεις. Η αίσθηση που έχει το βουλιμικό άτομο ότι είναι γεμάτο το στομάχι του, από την υπερβολική κατανάλωση τροφής, επιδεινώνει αυτά τα συναισθήματα και οι εμετοί ή η κάθαρση τους κάνουν να νιώθουν ενοχές και οίκτο για τον εαυτό τους. (<http://www.ibrt.gr>)

Τα καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα προέρχονται από:

- α) τον πόνο,
- β) την εξάντληση, η οποία προκαλείται από την απώλεια ελέγχου στο φαγητό,
- γ) την ακραία ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος,
- δ) την ντροπή,
- ε) την ενοχή και τη μυστικότητα. (C.G.Fairburn, 1995)

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η μείζον κατάθλιψη και η δυσθυμία υπάρχει στο 50%-70% των ασθενών που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία. Ακόμη, εκτιμάται ότι η διπολική διαταραχή μεταξύ των ασθενών που έχουν ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία κυμαίνεται περίπου στο 4%-6%, αλλά έχει αναφερθεί ότι είναι υψηλότερη από 13%. (<http://www.psych.org/clin>)

Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι βουλιμικοί ασθενείς που έχουν παράλληλα κατάθλιψη, πρέπει να παίρνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μειώνουν τις κρίσεις υπερφαγίας, καθαρτικής συμπεριφοράς και της κατάθλιψης. (Ora Nakash-Eisikovits,2002)

Επίσης, ορισμένοι βουλιμικοί, έχουν διαταραχή του ελέγχου των παρορμήσεων τους. Για να διαγνωσθεί η διαταραχή του ελέγχου των παρορμήσεων στους βουλιμικούς ασθενείς, θα πρέπει οι βουλιμικοί ασθενείς να εκδηλώνουν τουλάχιστον 3 από τις παρακάτω συμπεριφορές:

- α) να καταναλώνουν τουλάχιστον 36 μονάδες αλκοόλ τη βδομάδα,
- β) να παίρνουν ηρωίνη, LSD,αμφιταμίνες, ή να ψάχνουν στη μαύρη αγορά ηρεμιστικά φάρμακα,
- γ) να έχουν κλέψει τουλάχιστον 10 φορές το χρόνο,
- δ) να κάνουν υπερβολική χρήση ναρκωτικών,
- ε)να εκδηλώνουν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές όπως είναι οι αυτοτραυματισμοί, οι απόπειρες αυτοκτονίας ή η αυτοκτονία.

Οι συμπεριφορές αυτές ενδεικνύουν ότι το βουλιμικό άτομο χάνει τον έλεγχο και βρίσκεται εκτός ελέγχου. Η απώλεια ελέγχου και η παρορμητικότητα είναι

χαρακτηριστικά της ψυχοπαθητικής προσωπικότητας. Οι βουλιμικοί ασθενείς που έχουν διαταραχή του ελέγχου των παρορμήσεών τους διαφέρουν από τους άλλους βουλιμικούς. Εκδηλώνουν απώλεια του ελέγχου, απώλεια του θυμού τους, κλέβουν, έχουν μειωμένες αναστολές, επιδίδονται στην χαρτοπαιξία, στην σπατάλη χρημάτων, στην αχαλίνωτη σεξουαλική συμπεριφορά και στην απερίσκεπτη οδήγηση. Επίσης καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, με αποτέλεσμα να γίνονται αλκοολικοί ή είναι χρήστες ναρκωτικών ουσιών. Έχει βρεθεί ότι η κατάχρηση ουσιών γίνεται από το 30%- 70% των βουλιμικών ασθενών. Η κατηγορία αυτών των ασθενών είναι λιγότερο πιθανό να είναι έγγαμοι, ή να έχουν ένα σταθεροποιημένο γάμο. Οι γυναίκες αυτής της κατηγορίας, αναζητούν να ζήσουν με έναν άνδρα που θα τους παρέχει ασφάλεια ή με κάποιον, με τον οποίο θα είναι ελάχιστα δεσμευμένες. Επίσης οι βουλιμικοί ασθενείς που έχουν διαταραχή του ελέγχου των παρορμήσεών τους είναι περισσότερο πιθανό από τους άλλους βουλιμικούς, να έχουν έναν αλκοολικό σύντροφο. (Lacey Hubert, 1995)

Μια έρευνα που διεξήχθη σε 376 γυναίκες που έκαναν θεραπεία έδειξε ότι το 34.3% των βουλιμικών ασθενών αυτοτραυματίζονταν. Οι ασθενείς αυτοί ανέφεραν ότι στο παρελθόν είχαν βιώσει τραυματικές καταστάσεις και παρατηρήθηκε ότι εκδήλωναν αντικοινωνική συμπεριφορά. (Thomas P, Schreter-Kirsten, Dahme-Bernhard, Nutzinger-Devler, 2002)

Επίσης μια άλλη έρευνα έδειξε ότι οι βουλιμικοί ασθενείς που κατέφευγαν στη χρήση αλκοόλ και στους αυτοτραυματισμούς είχαν υποστεί στο παρελθόν σωματική και σεξουαλική κακοποίηση. (<http://www.sciencedirect.com>, 2002)

Σε άλλη έρευνα που μελέτησε τη σεξουαλική, σωματική και ψυχολογική κακοποίηση και την πιθανή συννοσηρότητα στη ψυχογενή βουλιμία, βρέθηκε ότι ιστορικό ψυχολογικής και πολλαπλής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, δηλαδή κακοποίησης με περισσότερες της μιας μορφές και όχι μόνο σωματικής ή σεξουαλικής, σε ασθενείς με ψυχογενείς βουλιμία συσχετίζεται ισχυρά με την ύπαρξη διαταραχής προσωπικότητας και ειδικά της ομάδας αγχώδους-φοβικής διαταραχής.

Ακόμη, οι ασθενείς που έχουν διαταραχές πρόσληψης τροφής συχνά κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας. Σε κάθε αυτοκτονία αντιστοιχούν 10-30 απόπειρες. Ορισμένες έρευνες έχουν δείξει ότι ο πιο συνηθισμένος τρόπος απόπειρας ή επιτυχούς αυτοκτονίας είναι η υπέρβαση δοσολογίας φαρμάκων ή άλλων ουσιών.

Έχει παρατηρηθεί τέλος ότι υπάρχει συννοσηρότητα της ψυχογενούς βουλιμίας με τις αγχώδεις διαταραχές και ιδιαίτερα με την κοινωνική φοβία, με την οριακή διαταραχή προσωπικότητας και με την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας (<http://www.psych.org/clin>).

5.5 Ο ΕΞΑΡΤΗΣΙΑΚΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι ψυχοπαθολογικές συγγένειες των διατροφικών διαταραχών με τις εξαρτησιακές διαταραχές είναι κατά κύριο λόγο εκείνες που επιτρέπουν σε πολλούς ερευνητές να εντάξουν τις δύο αυτές κατηγορίες ψυχικών παθήσεων στο ευρύτερο σύνολο του εθιστικού τύπου συμπεριφορών. Το 1932 ο Γουλφ διέκρινε στη βουλιμία την αναζήτηση μιας τοξικομανικού τύπου υπέρβασης της πραγματικότητας, την αναζήτηση δηλαδή μιας άλλου διαμετρήματος εμπειρίας. Το 1945 ο Φένισελ χαρακτήρισε ανεπιφύλακτα την βουλιμία ως "τοξικομανία άνευ δράσης", ως μια συμπεριφορά δηλαδή που χωρίς την χρήση της όποιας ψυχοενεργούς ουσίας, καθορίζεται από την "επείγουσα κάλυψη μιας μείζονος ανάγκης και την ανεπάρκεια

του όποιου εγχειρήματος μιας εν τέλει ικανοποίησής της". Οι εξαρτησιακές διαταραχές εγκαθίστανται συνήθως κατά την περίοδο της πρώτης εφηβείας (καθώς το πιστοποιούν πολλές επιδημιολογικές μελέτες) και οι εθιστικές αυτές συμπεριφορές, είναι πράγματι ικανές να οργανώσουν σε βάθος τις δομικές ψυχικές λειτουργίες όσων είναι επιρρεπείς ή αποδιοργανωμένοι εσωτερικά και κυρίως των εφήβων που δεν έχουν δομήσει ακόμη μια ολοκληρωμένη προσωπικότητα. (Σαραντόγλου Γ- Venisse J. L - Dupuis G, 2002)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΕΡΜΗΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

6.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μια πολιτιστική μεταβολή που αναδύθηκε ταυτόχρονα με το φεμινιστικό κίνημα, φαίνεται να έφερε προκατάληψη στην έκφραση του συγκεκριμένου συμπτώματος φαγητού και συμπεριφοράς σχετιζόμενης με το σώμα. Πιο συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 60 δόθηκε έμφαση στο να είναι οι γυναίκες αδύνατες. Οι ερευνητές απέδειξαν ότι τις τελευταίες δύο δεκαετίες το προτιμώμενο στυλ σώματος, ιδιαίτερα για τις γυναίκες γίνεται όλο και πιο αδύνατο. (Garner, Garfinkel, Schwartz & Thomson, 1980) Αυτή η έμφαση στη λεπτότητα συνοδεύτηκε από μια απελευθέρωση στα προϊόντα δίαιτας. Σύμφωνα με μια έρευνα αγοράς στις αρχές του '80, το 45% όλων των αμερικάνικων νοικοκυριών, είχαν κάποιο μέλος που έκανε δίαιτα στη διάρκεια του χρόνου. Επιπλέον, οι γυναίκες ήταν πολύ πιο επιρρεπείς στη δίαιτα από τους άντρες και ο κύριος λόγος για αυτό είναι περισσότερο αισθητικός, παρά για λόγους υγείας. Έχει επίσης ενδιαφέρον να σημειώσουμε ότι η μανία για αδυνάτισμα μεταξύ των γυναικών, προέκυψε σε μια περίοδο, όπου ο μέσος όρο βάρους στο γενικό πληθυσμό είχε σταδιακά αυξηθεί, κυρίως ως αποτέλεσμα καλύτερης διατροφής. Επιπλέον, φαίνεται ότι οι σύγχρονες ιδανικές γυναικείες αναλογίες (ψηλή, αδύνατη) είναι ένα στυλ σώματος, που φαινόταν αβιογενετικά αδύνατο για τις περισσότερες γυναίκες να το πετύχουν.

Επομένως μέσα σε ένα περιβάλλον αυξημένης εστίασης στο να αδυνατίσουν και σύγχυσης για το πώς να εκφράσουν τη θέληση να το πετύχουν, το κυνήγι της λεπτότητας μπορεί να προέκυψε ως ένα μέσο με το οποίο οι νέες γυναίκες θα μπορούσαν να συναγωνίζονται μεταξύ τους και να επιδεικνύουν αυτοέλεγχο. Στη πραγματικότητα το να καταφέρει κάποια γυναίκα να αδυνατίσει, εκτιμάται πολύ και επιφέρει ζηλιά και σεβασμό μεταξύ των γυναικών στο σύγχρονο πολιτισμό.

Αντιστρόφως, η απουσία ελέγχου του βάρους, που οδηγεί ακόμη και σε μετριασμένη παχυσαρκία, οδηγεί πολιτισμικά σε κοινωνικές διακρίσεις, σε απομόνωση και σε χαμηλή αυτοεκτίμηση. Σύμφωνα με έρευνα της Σούζαν Γούλει το 1979, το περιβάλλον όπου ζούσαν τα παχύσαρκα κορίτσια απέμεινε σε αυτές υποτιμητικούς χαρακτηρισμούς, όπως ηλίθια, τεμπέλα, βρώμικη, τσαπατσούλα, κακή και άσχημη. Τα μικρά κορίτσια δήλωσαν ότι ένιωθαν ανήσυχα, λυπημένα και μόνα στη λίστα των επιθέτων, γεγονός που δείχνει ότι για αυτά η παχυσαρκία υποδηλώνει κοινωνική απομόνωση. (Allon, 1975).

Αυτή η αρνητική συμπεριφορά προς τα ενδομορφικά παιδιά ισχύει και για τα δύο φύλα. Στην εφηβεία και την ενηλικίωση, πάντως υπάρχει ένα αυξανόμενο στοιχείο ότι τα κορίτσια επηρεάζονται πιο πολύ από τα αγόρια από αυτή την προκατάληψη προς τους χοντρούς. Εμπειρικές έρευνες στο παρελθόν έδειξαν ότι τα παχύσαρκα κορίτσια είχαν σε μεγάλο βαθμό μειωμένες πιθανότητες να εισαχθούν στο Κολέγιο σε σύγκριση με τις μη παχύσαρκες αιτούσες. (Canning & Mayer, 1966) Επιπλέον οι παχύσαρκοι αιτούντες εργασία είχαν μικρότερες πιθανότητες να προσληφθούν σε σχέση με τους πιο αδύνατους ανθρώπους που επίσης έκαναν αίτηση για εργασία. (Roe & Eickwort, 1976). Επίσης μόλις προσληφθούν, η απόδοσή τους

είναι πιο πιθανό να εκτιμηθεί αρνητικά (Λάρκιν& Πάϊνς,1979), έχουν μικρότερες πιθανότητες να κερδίσουν πολλά λεφτά καθώς και να πάρουν ισχυρά πόστα όταν γίνονται προαγωγές. Τέλος σε σύγκριση με τις μη παχύσαρκες γυναίκες, οι υπέρβαρες γυναίκες είναι περισσότερο πιθανό να πετύχουν ένα χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό στάτους από αυτό των γονιών τους (Goldblatt, Moore & Stunkard, 1965).

Συνοψίζοντας, το κυνήγι του αδυνατίσματος (που μπορεί να μετρηθεί) και η αποφυγή της παχυσαρκίας φαίνεται να προέκυψε σαν μια πολύ συγκεκριμένη δραστηριότητα μέσω της οποίας οι νέες γυναίκες μπορούσαν να συναγωνιστούν και να αποκτήσουν συνεχώς ευνοϊκές κοινωνικές αντιδράσεις που τις βοηθούσαν να βρουν τον αυτοσεβασμό τους.

Φαίνεται καθαρά ότι η πρόσφατη αποσταθεροποίηση των κανόνων για τις νέες γυναίκες συνεισέφερε ακόμη περισσότερο σε μια αστάθεια και ότι η επικρατούσα έμφαση στο αδυνάτισμα μπορεί να τους οδήγησε λανθασμένα να κυνηγούν ανταγωνιστικά διαταραγμένες στάσεις και συμπεριφορές όσον αφορά το φαγητό και το βάρος. Ωστόσο είναι πολύ σημαντικό να σημειώσουμε ότι δεν ανέπτυξαν ψυχιατρικά συμπτώματα όπως διατροφικές διαταραχές όλες οι νέες γυναίκες που εκτέθηκαν σε αυτό το πολιτιστικό περιβάλλον, αλλά εκείνες οι οποίες είχαν προδιάθεση προς την αστάθεια. (Johnson C-Connors E M, 1987)

Από την άλλη, πολλοί κοινωνιολόγοι υποστηρίζουν ότι το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση και διατήρηση των διαταραχών αυτών και το δικαιολογούν λέγοντας ότι όσο περισσότερο ενισχύονται οι πολιτισμικές προτιμήσεις για το αδύνατο σώμα, τόσο αυξάνεται το βάρος στο μέσο όρο του πληθυσμού, καθώς και το άγχος πολλών γυναικών. Η απάντηση των διαφημιστών σε αυτό, μέσα σε ένα καπιταλιστικό σύστημα ήταν να ενισχύσει αυτή την ανησυχία, με την παροχή ειδικών διαίτων, φαγητών και σχετικών πληροφοριών, και να επενδύσει σε αυτές για να εξοικονομήσει κέρδη. (Beardsworth A-Keil T ,2000)

Στον πολιτισμό του εμπορικού καπιταλισμού της βόρειας Αμερικής, το φαγητό είναι άφθονο και προωθείται η κατανάλωση. Εξαιτίας αυτής της κοινωνικής αφθονίας, οι γυναίκες μπορούν να τρώνε υπερβολικά ή και να κάνουν εμετό σε μια μέρα το φαγητό μιας βδομάδας. Επίσης εξαιτίας της αυξημένης συχνότητας των πρόχειρων φαγητών, οι γυναίκες μπορεί να τρώνε υπερβολικά κι εντούτοις να μην ικανοποιούν τις απαιτήσεις του οργανισμού για επαρκή και σωστή διατροφή. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο John Keats, σήμερα μερικοί αμερικάνοι πεθαίνουν από την πείνα, ακόμη και καθώς παχαίνουν.

Η βιομηχανία φαγητού στις ΗΠΑ συνεισφέρει επίσης στο πρόβλημα. Όπως κάθε καπιταλιστική επένδυση, πρέπει να μεγαλώσει για να παραμείνει βιώσιμη. Με ένα σχετικά σταθερό πληθυσμό, η διαφήμιση πρέπει να δημιουργήσει αγορές για νέα φαγητά. Μόλις οι γυναίκες παχύνουν, παροτρύνονται να αγοράσουν φαγητά διαίτης για να αδυνατίσουν. Η οικονομία στηρίζεται στο να χειραγωγεί τους καταναλωτές να αγοράζουν όσο το δυνατόν περισσότερα και ένας τρόπος είναι προβάλλοντας ταυτοχρόνως την προτροπή για φαγητό και την ανάγκη για δίαιτα. Όπως λέει χαρακτηριστικά ο Μπορντό "οι διατροφικές διαταραχές αντανάκλουν το βασανιστικό ιδανικό ενός τέλεια πειθαρχημένου εαυτού μέσα σε ένα καταναλωτικό πολιτισμό, ο οποίος έχει καταστήσει τον έλεγχο της πείνας και της επιθυμίας ιδιαίτερα προβληματικό". (Couninhan C, 1999)

6.2 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της εικόνας του σώματος του ατόμου, και συντελούν στην ανάπτυξη και συντήρηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Στη σύγχρονη εποχή ασκείται πίεση στο ευρύ κοινό από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, να αποκτήσουν ένα αδύνατο και καλά γυμνασμένο σώμα. Τα μηνύματα που μεταδίδονται συντελούν στην εκδήλωση επικίνδυνων συμπεριφορών, όπως υπερβολικές δίαιτες, η εξοντωτική άσκηση και η συνεχής ενασχόληση με το σχήμα του σώματος.

Η συνεχώς αυξανόμενη πίεση που ασκούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για την απόκτηση πιο αδύνατου σώματος, επιβεβαιώνεται από μια πρόσφατη έρευνα που αφορά τον αριθμό των διαφημιστικών μηνυμάτων που προβάλλονται στην αμερικανική τηλεόραση. Από το 1973 μέχρι το 1991 οι διαφημίσεις των τριών μεγαλύτερων αμερικανικών τηλεοπτικών καναλιών που αφορούσαν τις διαιτητικές τροφές, τα προγράμματα δίαιτας και τα ινστιτούτα αδυνατίσματος υπέρ τετραπλασιάστηκαν.

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης στην Ελλάδα και η σχέση τους με μηνύματα που διαμορφώνουν διαθέσεις, στάσεις ως προς το σχήμα και το βάρος του σώματος δεν είναι διαφορετική από το διεθνή χώρο. Σύμφωνα με μια δημοσίευση άρθρου στις 13-8-1995 στην εφημερίδα Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, αναφέρεται ότι μέσα στα είκοσι πρώτα σε δαπάνες διαφημιστικά μηνύματα (τηλεόραση, ράδιο, περιοδικά, εφημερίδες) συγκαταλέγονται :

- α) μια εταιρία προϊόντων δίαιτας και αδυνατίσματος
- β) ένα ευρείας κατανάλωσης τρόφιμο παγωτό με 0 θερμίδες και 0% ζάχαρη και
- γ) μια αλυσίδα κέντρων αδυνατίσματος. Τα προϊόντα της παραπάνω εταιρείας ήταν πρώτα στη συνολική δαπάνη του μήνα, η οποία ανάλογη σε 662 εκατομμύρια δραχμές. Το ποσό αυτό διανεμήθηκε κατά 70% στην τηλεόραση, κατά 17% στα περιοδικά και κατά 10% στις εφημερίδες. Για τη διαφήμιση της αλυσίδας των κέντρων αδυνατίσματος το 83% της δαπάνης πήγε για την μετάδοση του μηνύματος μέσα από περιοδικά και το 86% της δαπάνης για το διαιτητικό προϊόν πήγε για να γίνει μετάδοση μέσα από την τηλεόραση.

Από τη συγκεκριμένη έρευνα γίνεται κατανοητό ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης στην Ελλάδα ασκούν επιρροή στην προτίμηση συγκεκριμένων προϊόντων που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη απώλειας βάρους, για τις δίαιτες καθώς και στην χειραγώγηση του κοινού προκειμένου να καταφύγει σε ινστιτούτα αδυνατίσματος. (Σίμος, 1996)

Τα ΜΜΕ επίσης, προβάλλουν ένα αδύνατο σωματότυπο ως ιδανικό, ο οποίος είναι σχεδόν αδύνατος να κατακτηθεί και όταν κατακτηθεί θα έχει ως αποτέλεσμα την κυριολεκτική φυσική αδυναμία και τον υποσιτισμό για τις περισσότερες γυναίκες. Αυτό το ιδεώδες αυξάνει την απόσταση μεταξύ της γυναίκας και του πραγματικού της εαυτού, επιδεινώνοντας τις συγκρούσεις και δυσκολεύοντάς την να νιώσει καλά με τον εαυτό της - κι επομένως οδηγεί στη ψύχωση. (Counihan C, 1999)

6.3 Η ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ

Στη διάρκεια του περάσματος από την παιδική ηλικία στην πρώιμη εφηβεία, τεράστιες αναπτυξιακές αλλαγές συντελούνται τόσο σε βιολογικό, όσο και σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Ιδιαίτερα όσον αφορά τις γυναίκες, η κοινωνική πίεση που ασκείται από το ευρύτερο περιβάλλον, τις "υποχρεώνει" από μικρή ηλικία να ενδιαφέρονται εντονότερα από τους άνδρες για την εξωτερική τους εμφάνιση και για το σχήμα του σώματός τους. Η αρχική χρήση καλλυντικών από τα νέα κορίτσια έχει χαρακτηριστεί ως μια ιεροτελεστία του περάσματος στη γυναικεία ενηλικίωση και ως μια συγκεκριμένη συμπεριφορά σεξουαλικού ρόλου στην υπηρεσία της ανάπτυξης της γυναικείας ταυτότητας. (Fairburn G.C-Wilson T, 1993 σελ 149)

Σύμφωνα με τον Spencer (1985), η φυλετική ταυτότητα αναπτύσσεται και συνεχώς επιβεβαιώνεται υιοθετώντας και επιδεικνύοντας συμπεριφορές ανάλογες των σεξουαλικών ρόλων. Επιπλέον οι κρίσεις ταυτότητας λύνονται με την εκμάθηση συμπεριφορών που επιβεβαιώνουν κεντρικές πλευρές της ταυτότητας ενός ανθρώπου.

Ωστόσο, όσο περισσότερο μια γυναίκα καθορίζει τον εαυτό της βασιζόμενη στη φυσική της εμφάνιση και στις σχέσεις της με τους άλλους, τόσο πιο ευάλωτη θα είναι να αναπτύξει υπερφαγία.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι τα κορίτσια διαφέρουν στο βαθμό στον οποίο εκτίθενται και που βιώνουν πίεση για να υποταχτούν στο θηλυκό στερεότυπο του σεξουαλικού ρόλου. Η κοινωνικοποίηση της ενασχόλησης με την ομορφιά και το αδυνάτισμα συμβαίνει σχεδόν σε κάθε κοινωνικό πλαίσιο. Πολλά κοινωνικά πλαίσια, όπως οι σχολές μπαλέτων ή οι γυμναστικές ομάδες δείχνουν να υιοθετούν την έλλειψη ικανοποίησης για το βάρος, τη δίαιτα και την υπερφαγία. (Brownell, Rodin & Willmore, 1992). Για αυτό η κοινωνική πίεση να είναι κανείς αδύνατος φαίνεται να προωθεί μια φτωχή εικόνα σώματος, η οποία τελικά μπορεί να προκαλέσει αμέσως προσπάθειες για δίαιτα. Τα κορίτσια που νιώθουν ανασφαλή ως προς την ταυτότητά τους, ειδικά για το πώς εκτιμούνται από τους άλλους, είναι δυνατό να επικεντρωθούν στη φυσική εμφάνιση γιατί τέτοια επικέντρωση τους παρέχει ένα συγκεκριμένο τρόπο να δομήσουν μια ταυτότητα.

Οι ελλείψεις που γίνονται αντιληπτές και αφορούν την ελκυστικότητα ενός ατόμου μπορεί να γίνουν μια ενδεχόμενη πηγή κοινωνικού άγχους και να συμβάλλουν σε περαιτέρω κοινωνική δυσλειτουργία.

Τα τραυματικά γεγονότα ζωής μπορεί να είναι ιδιαίτερης σημασίας για την κατανόηση της ταυτότητας των ελλείψεων που παρατηρούνται σε πολλούς ασθενείς με διατροφικές διαταραχές.

Από έρευνες που έχουν γίνει ως τώρα, με ελάχιστες εξαιρέσεις η υπερφαγία σπάνια παρατηρείται σε παιδιά. Τα παιδιά που τρώνε υπερβολικά μπορεί να μην έχουν ακόμη βιώσει ή σκεφτεί τις συμπεριφορές τους σαν εκτός ελέγχου, γιατί μπορεί να μην έχουν αναπτύξει ακόμη μια επιθυμία να ελέγχουν τη ποσότητα του φαγητού τους. Τα παιδιά μπορεί να εκφράζουν την κοινωνική τους ανησυχία με άλλους τρόπους και να μη χρειάζονται ακόμη το φαγητό σαν ένα πιο κοινωνικά αποδεκτό μέσο ανακούφισης.

Τα κορίτσια που φοβούνται ότι θα παχύνουν, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να κάνουν παρατεταμένες δίαιτες όταν βιώσουν την αύξηση βάρους στην εφηβεία τους, επομένως αυξάνεται ο κίνδυνος για εμφάνιση υπερφαγίας. Είναι ίσως η ιδιαίτερη φύση των ψυχολογικών καθηκόντων για ενηλικίωση, που εξηγεί τον αυξανόμενο κίνδυνο για την ανάπτυξη υπερφαγίας σε αυτή την περίοδο. Επίσης ο

κίνδυνος μπορεί να αυξηθεί κατά την ενηλικίωση εξαιτίας του βαθμού άγχους που βιώνει σαν αποτέλεσμα των πολλών και ραγδαίων αλλαγών που συμβαίνουν στη ζωή του. Αυτή η οπτική του άγχους προτείνει μια σχέση μεταξύ του αριθμού των αλλαγών που θα πρέπει να αντιμετωπίσουν οι ενήλικες και του κινδύνου για εκδήλωση υπερφαγίας. Ακολουθώντας την εφηβεία, η ικανοποίηση των κοριτσιών από την εικόνα του σώματος μειώνεται δραματικά και η αίσθηση του πάχους έρχεται πρώτη στη λίστα των ανησυχιών των ενήλικων κοριτσιών για την εξωτερική τους εμφάνιση. (Gralen, Levin, Smolak, & Murnen, 1990; Rossen, Silberg, & Gross, 1988; Shore & Porter, 1990) Διατομικές μελέτες προτείνουν ότι η έλλειψη ικανοποίησης για την εικόνα του σώματος είναι διάχυτη μεταξύ των κοριτσιών σε όλη την διάρκεια προς το τέλος της ενηλικίωσης. (Story & Al 1991). (Fairburn G.C-Wilson T, 1993)

Είναι επίσης σημαντικό να πούμε πως η δίαιτα φαίνεται να έχει διαφορετική επίδραση στην ενδοκρινική λειτουργία στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες, μια διαφορά σχετιζόμενη με το φύλο που μπορεί εν μέρει να εξηγεί γιατί οι γυναίκες είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη υπερφαγίας e.g. Goodwin, Fairburn, & Cowen, 1987) Οι ορμονικές αλλαγές κατά την εφηβεία μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο για υπερφαγία με την επιρροή τους στο βάρος του σώματος ή στο καθορισμό της όρεξης. Μερικές μελέτες προτείνουν ότι η εφηβική ανάπτυξη συνοδεύεται από μια κακοκεφιά, (Larsen, Csikszentmihalyi & Graef, 1980) από μια ευερεθιστότητα (Buchanan, 1991; Dorn, Crockett, & Peterson 1988) και κατάθλιψη. (Brooks -Gunn & Warren, 1989 Paikoff, Brooks -Gunn & Warren, 1991.)

Οι συμπεριφορές αυτές εμφανίζονται ιδιαίτερα στα κορίτσια που έχουν προδιάθεση στο να επηρεάζονται αρνητικά και στα κορίτσια που δεν έχουν την ικανότητα να αυτοκαθορίζονται. Τα κορίτσια είναι επίσης πιο πιθανό να συνεισφέρουν την αποτυχία στις σχέσεις, όταν νιώθουν ανεπαρκείς.

Η βιβλιογραφία που αφορά τις διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνει πολλές αναφορές στη σημασία της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης για την αιτιολογία της νευρογενούς βουλιμίας. Η πρόκληση πείνας περιγράφεται ως η ενήλικη αντίδραση των κοριτσιών στον φόβο τους για τη ενήλικη σεξουαλικότητα. (Bruch 19978; Crisp 1980; Selvini-Palazzoli, 1971). Ίσως οι σεξουαλικές ανησυχίες και οι συγκρούσεις προωθούν πραγματικά τη δίαιτα και τελικά την υπερφαγία. Εναλλακτικά, οι σεξουαλικές ανησυχίες μπορεί να προωθούν την υπερφαγία ως ένα μέσο διαπραγμάτευσης με την αντίστροφη συναισθηματική κατάσταση.

Υπάρχουν τρεις υποθέσεις για την ενδεχόμενη εμφάνιση υπερφαγίας:

α) Η πρώτη υπόθεση υποστηρίζει ότι ο κίνδυνος σχετίζεται με τον αριθμό των προκλήσεων που συναντά ταυτόχρονα ένα άτομο (ή σχεδόν ταυτόχρονα).

β) Η δεύτερη υπόθεση τονίζει ότι τα κορίτσια που ο χρόνος της εφηβείας τους έχει επισπευτεί συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους, είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν υπερφαγία από τους συνομηλίκους τους, που ωριμάζουν κανονικά ή και πιο αργά.

γ) Η τρίτη υπόθεση αναφέρει ότι τα κορίτσια που ωριμάζουν γρηγορότερα, είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε μια ευρεία ακτίνα δυσκολιών προσαρμογής στην εφηβεία και ότι αυτές οι δυσκολίες δεν είναι παροδικά φαινόμενα, αλλά επιμένουν και στη ενήλικη ζωή. Ακόμη είναι πιθανό τα κορίτσια αυτά να δοκιμάζουν περισσότερο άγχος από τους συνομηλίκους τους. (Fairburn G.C-Wilson T, 1993)

6.4 ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Η ψυχογενής βουλιμία σύμφωνα με τις θεωρίες αυτές εκφράζει τις συγκρούσεις σε σχέση με απωθημένες σεξουαλικές επιθυμίες, επιθυμίες για εγκυμοσύνη ή διαταραχή στον έλεγχο του εαυτού.

Οι συγκεκριμένες θεωρίες προτείνουν επίσης ότι η βουλιμία οφείλεται στην αδυναμία του ατόμου να ανακαλέσει στη μνήμη ανακουφιστικές εικόνες της μητέρας σε περιόδους αποχωρισμού από αυτήν, δηλαδή έλλειψη σταθερότητας του αντικειμένου.

Πρόσφατες ψυχοδυναμικές εργασίες στη βουλιμία, τείνουν να αναδείξουν τους ίδιους παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας. Δηλαδή εκτός από το άγχος του αποχωρισμού, υπάρχει ο φόβος της εγκατάλειψης καθώς και δυσχέρειες γύρω από την αυτονομία των βουλιμικών ασθενών. Επίσης εμπειρικές μελέτες έδειξαν ότι οι γυναίκες με βουλιμία, όπως και αυτές με ψυχογενή ανορεξία, έχουν βιώσει ότι οι μητέρες τους, τους δίνουν λιγότερη φροντίδα, ζεστασιά και ενδιαφέρον από ότι οι μητέρες των μη βουλιμικών ατόμων. Συμπερασματικά οι συγκρούσεις γύρω από τις διεργασίες της φάσης του αποχωρισμού και της εξατομίκευσης φαίνεται να έχουν αποφασιστικό ρόλο στη βουλιμία. (Χριστοδούλου Γ, 1997)

6.5 ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

Μια ευρεία ποικιλία μοντέλων έχει προταθεί για την εξήγηση της υπερφαγίας. Αυτή η ποικιλία απαιτεί από μόνη της ερμηνεία και ανάλυση και στηρίζεται σε σοβαρές επιστημονικές και κλινικές μελέτες, που εξετάζουν τον εθισμό, την εξάρτηση, την προσπάθεια για έλεγχο, την προσπάθεια διαφυγής, τις ανάγκες για αυτό εκτίμηση, τις δίαιτες και κάποιους συνδυασμένους βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες ως κύρια αίτια για την ερμηνεία του φαινομένου. (Fairburn G.C-Wilson T, 1993)

6.5.1 Το μοντέλο εθισμού

Οι βουλιμικοί ασθενείς, επειδή συχνά νιώθουν δυσφορία και έχουν αλλαγές στη διάθεση, έχει αναφερθεί ότι βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν συμπεριφορές εθισμού (σε αυτή την περίπτωση του φαγητού), το οποίο χρησιμοποιείται ως μέσο για να ισοσταθμίσει δυσφορικές καταστάσεις και αλλαγές στη διάθεση. Το μοντέλο εθισμού ενσωματώνει πολλούς προδιαθεσικούς παράγοντες, καθώς επίσης και κάποιες βιοχημικές, οικογενειακές και πολιτισμικές μεταβλητές. Αυτοί οι παράγοντες έχουν ως αποτέλεσμα, το φαγητό (σε μεγαλύτερο βαθμό ή σε συνδυασμό με κάποιες άλλες ουσίες) να γίνεται μια ουσία κατάχρησης για τα άτομα. Σύμφωνα με το μοντέλο εθισμού, το φαγητό χρησιμοποιείται για την μείωση ή τον έλεγχο της έντασης, και ως ένα είδος διεγερτικού, όπως οι αλκοολικοί χρησιμοποιούν το αλκοόλ. Στη συνέχεια το βουλιμικό άτομο κάνει εμετό για να απαλλαχτεί από το φαγητό και για να αποφύγει τον κίνδυνο να πάρει επιπλέον κιλά. Ο εμετός προβάλλεται σαν την λύση στο πρόβλημα του φαγητού, σαν ένας δηλαδή ρυθμιστής της διάθεσης. Όταν ο

ασθενής συνειδητοποιήσει ότι τα υπερφαγικά επεισόδια του είναι εκτός ελέγχου, δε νιώθει πια ανακούφιση, αλλά κυρίως ενοχές. Ο εμετός ανακουφίζει σε ένα βαθμό αυτές τις ενοχές και επιτρέπει την αποφόρτιση από το θυμό που νιώθουν. Όσο περνάει ο καιρός είναι πιθανό ότι την υπερφαγία διαδέχεται ο εμετός σαν η κύρια πηγή μείωσης της έντασης.

Σύμφωνα με τους Woods & Brief (1988) και Wilson (1991) οι χρήστες ναρκωτικών και οι βουλιμικοί επιδεικνύουν αξιοσημείωτες ομοιότητες ως προς τις επιθυμίες τους, τα συναισθήματα έλλειψης ελέγχου, τη χρήση ουσιών, τις επαναλαμβανόμενες προσπάθειές τους να σταματήσουν, την άρνηση και τη μυστικότητα, προκειμένου να ελέγξουν τα συναισθήματα, το άγχος τους και τη γενικότερη βλάβη των κοινωνικών και φυσικών λειτουργιών. Αυτές οι ομοιότητες ενδυνάμωσαν την υπόθεση ότι η υπερφαγία αποτελεί μια από τις μεταβλητές του εθισμού. (Fairburn G.C-Wilson T, 1993)

6.5.2 Το μοντέλο καθορισμού

Το μοντέλο καθορισμού στην υπερφαγία επικεντρώνεται αποκλειστικά στις ρυθμιστικές πλευρές της συμπεριφοράς. **Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η βουλιμία μπορεί να είναι απλώς μια συλλογή από δυσλειτουργικές συνήθειες διατροφής και αυτοαντίληψης.** Η κατανάλωση ενός απαγορευμένου αλλά επιθυμητού φαγητού μετά τη στέρηση, εδραιώνει εξαρτημένες αντιδράσεις επιθυμίας για φαγητό και προκαλεί μια αίσθηση απώλειας του ελέγχου. Οι μηχανισμοί που επηρεάζονται μετατρέπονται σε εξαρτημένα διεγερτικά για αυτές τις επιθυμίες. Τα επαναλαμβανόμενα εξαρτημένα επεισόδια μπορούν να οδηγήσουν σε αυξήσεις στο μέσο όρο του καταναλώσιμου φαγητού, εντείνοντας συναισθήματα ενοχής ή άγχους που βιώνονται από το άτομο που τρώει υπερβολικά. Ο αρχικός παράγοντας πέρα από τη κυκλική δίαιτα που επιταχύνει την πραγματική υπερφαγία, θα μπορούσε να είναι και μια αλληλεπίδραση της δίαιτας με τη συναισθηματική αναστάτωση της κοινωνικοσεξουαλικής ωρίμανσης.

6.5.3 Το μοντέλο προσπάθειας ελέγχου των δυσλειτουργιών

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο οι υπερφαγικοί ασθενείς μαθαίνουν να ελέγχουν τα αρνητικά συναισθήματα, χρησιμοποιώντας το φαγητό προκειμένου να μειώσουν τις δυσάρεστες επιδράσεις τους. Συναντά σε αυτό κανείς πολλά κοινά με το μοντέλο εθισμού. Ο ακριβής τρόπος της αρνητικής μείωσης του εθισμού-απόσπαση της προσοχής, υποκατάσταση, η παροχή άνεσης ή η μείωση της έντασης και τα συναφή - παραμένει υπό αμφισβήτηση. Η αρνητική μείωση του εθισμού ενδυναμώνει τη κατανάλωση φαγητού σαν απάντηση σε απεχθή συναισθήματα, εδραιώνοντας ένα πρότυπο εξάρτησης. Ακόμη και η μακροχρόνια αύξηση σε αρνητικό εθισμό που οι περισσότερες μελέτες υποστηρίζουν ότι μπορεί να κορυφωθεί μέσα από τη μείωση του στρες σε μερικά μοντέλα, όπως αυτά που θέτουν ως δεδομένη μια αντικατάσταση ή μια αποκάλυψη του πραγματικού προβλήματος με ενοχές και άγχος για την υπερφαγία.

6.5.4 Το μοντέλο διαφυγής

Το μοντέλο διαφυγής υποστηρίζει ότι οι βουλιμικοί είναι άτομα με υψηλά στάνταρντς και μεγάλες προσδοκίες για τον εαυτό τους και ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις πραγματικές ή θεωρούμενες απαιτήσεις των άλλων από αυτούς. Για το λόγο αυτό είναι πιθανό συχνά να έχουν αρνητική αντίληψη για τον εαυτό τους. Αυτή η άσχημη αντίληψη του εαυτού και των ελλείψεών του, του προκαλεί συναισθηματική ανησυχία, που περιλαμβάνει άγχος και κατάθλιψη. Τα άτομα που έχουν επεισόδια υπερφαγίας προσπαθούν να ξεφύγουν απ'αυτό το άγχος περιορίζοντας την επικέντρωση της προσοχής τους στο άμεσο φυσικό τους περιβάλλον ή ερέθισμα. Αυτή η περιορισμένη επικέντρωση εμποδίζει την ενασχόλησή τους με πιο ευρεία, πιο σημαντικά θέματα (όπως η προσωπική τους αξία και προοπτική) και επομένως διευκολύνει τη διαφυγή από μια οδυνηρή αυτογνωσία. Ο γνωστικός αυτός περιορισμός υιοθετεί επίσης μια άνευ κριτικής αποδοχή παράλογων πιστεύω και σκέψεων, όπως αυτές που έχει αποδειχτεί ότι έχουν οι υπερφαγικοί. (Fairburn G.C-Wilson T, 1993)

Στη Νέα Υόρκη οι γυναίκες που πάσχουν από βουλιμία συχνά ξεθυμαίνουν την οργή τους τρώγοντας. Στο συμπέρασμα αυτό κατέληξε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το πανεπιστήμιο του Λονδίνου και δημοσιεύτηκε στο International journal of Eating Disorders. Σύμφωνα με την έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι βουλιμικές γυναίκες που δεν εξωτερικεύουν τα συναισθήματά τους, καταφεύγουν στο φαγητό κάθε φορά που νιώθουν ένταση, θυμό, εκνευρισμό ή γίνονται έξαλλες και κατόπιν κάνουν εμετό.

Η έρευνα βασίστηκε στην εξέταση των αισθημάτων θυμού και της βουλιμικής συμπεριφοράς 83 γυναικών, ηλικίας 20 περίπου ετών. Όπως δήλωσαν στο Reuters οι ερευνητές Δρ. Ρόντα Τζέι Μίλιγκαν και Γκλεν Ουάλερ από το πανεπιστήμιο του Λονδίνου, τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα "έτρωγαν επειδή φοβούνταν να έλθουν αντιμέτωπα με το θυμό τους και έκαναν εμετό για να απαλλαγούν από τα αρνητικά τους συναισθήματα". (Internet <http://health.in.gr>)

Η παραπάνω έρευνα είναι ένα βασικό παράδειγμα που καταδεικνύει τη σημασία της θεωρίας της διαφυγής στην εξήγηση των διατροφικών διαταραχών.

6.5.5 Το μοντέλο δίαιτας

Η δίαιτα φαίνεται να είναι μια κεντρική αιτία ή ένας βασικός συντελεστής της υπερφαγίας σε πολλά μοντέλα. Οι Herman&Polivy (1980 1981) τονίζουν ότι όσα άτομα επιλέγουν να κάνουν δίαιτα-τα οποία γενικά έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και δεν είναι ικανοποιημένα με το σώμα τους και που χρησιμοποιούν τις δίαιτες για να βελτιώσουν την εικόνα του εαυτού τους - έρχονται συχνά αντιμέτωπα με τις συνέπειες που προκύπτουν άμεσα από τη στέρηση του φαγητού. Αυτές οι συνέπειες όπως η πείνα, η καταπίεση και η υπερβολική ευαισθησία σε εσωτερικές νύξεις, όπως αυτές που περιλαμβάνουν την ένδειξη κορεσμού, όλες συνεισφέρουν στην υπερφαγία. Η πείνα και η καταπίεση δε κάνουν μόνο το φαγητό πιο ελκυστικό και επιθυμητό, αλλά και διεγείρουν μεγάλα επίπεδα συναισθηματικής ανταπόκρισης, τα οποία οδηγούν το άτομο στην υπερφαγία. Η υπερφαγία οδηγεί το άτομο να κάνει δίαιτα για να αντισταθμίσει τις θερμίδες που πήρε με το υπερφαγικό επεισόδιο. Η αποτυχία να χάσει βάρος μειώνει την αυτοεκτίμηση κι έτσι ο κύκλος της δίαιτας - υπερφαγίας επαναλαμβάνεται.

Τα άτομα που επιμένουν στις προσπάθειες τους να αδυνατίσουν βιώνουν επομένως όλο και περισσότερο αυτά τα αποτελέσματα της αποτυχίας να συνεχίσουν τη δίαιτα, με αποτέλεσμα να μειώνεται ο αυτοσεβασμός τους, να αυξάνεται η επιρρέπεια τους σε διαιτητικές υπερβολές και περαιτέρω αποτυχίες. Έτσι δημιουργείται μια χρόνια υπερφαγία ή διατροφικές διαταραχές, στα άτομα που έχουν εξασθενημένη προσωπικότητα, οι οποίες τους οδηγούν σε ψυχοπαθολογικές διαταραχές.

Σε κάποιες έρευνες αναφέρεται ότι πριν από την εμφάνιση συμπτωμάτων βουλιμίας είχε προηγηθεί μια περίοδος αυξημένης ανησυχίας γύρω από το σωματικό βάρος που συνοδευόταν συχνά από αυξημένο ενδιαφέρον προς το αντίθετο φύλο και που είχε ως αποτέλεσμα την αυστηρή δίαιτα. Πάντως, είναι εντυπωσιακή η σύμπτωση των αποτελεσμάτων των περισσότερων ερευνών που προαναφέρθηκαν ως προς το ότι η παρατεταμένη δίαιτα είναι ένας βασικός παράγοντας που σχετίζεται με την εμφάνιση της βουλιμίας. Φαίνεται ότι η ψυχοφυσιολογική και η ψυχική στέρηση που προκαλείται από τη δίαιτα σε συνδυασμό με την ύπαρξη στρεσογόνων γεγονότων ζωής όπως οι χωρισμοί ή οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, είναι παράγοντες ικανοί να προκαλέσουν βουλιμική συμπεριφορά σε ορισμένα άτομα. (Fairburn G.C-Wilson T, 1993)

6.5.6 Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

Η δίαιτα είναι μόνο ένας από τους παράγοντες που συνεργάζονται με ένα πλαίσιο πιο περίπλοκων μοντέλων υπερφαγικής συμπεριφοράς τα οποία συνδυάζουν βιολογικές, γενετικές, ψυχολογικές και κοινωνικο-περιβαλλοντικές μεταβλητές μέσα σε μια βιοψυχοκοινωνική αιτιακή δομή. Οι Garner et al (1985) σκιαγράφησαν ένα από τα πρώτα συνδυαστικά μοντέλα, τονίζοντας πως τις τελευταίες δεκαετίες, οι γυναίκες έχουν γίνει θύματα λόγω μη-ρεαλιστικών αδύνατων προτύπων εμφάνισης, μιας λατρείας για τη νεανική εμφάνιση και μιας σοβαρής προκατάληψης κατά του πάχους. Όλα αυτά τις έχουν οδηγήσει σε διαρκή πίεση να κάνουν δίαιτα ή να ασκούνται προκειμένου να παραμείνουν αδύνατες. (κοινωνικό-περιβαλλοντικός παράγοντας).

Στη συνέχεια τονίζουν πως το βάρος του σώματος γενικά αντιστέκεται στην αλλαγή διότι φυσιολογικά αμύνεται γύρω από ένα σταθερό βάρος. Παρεκκλίσεις από αυτό το αμυντικό βάρος ενεργοποιούν φυσιολογικούς **μηχανισμούς** αποζημίωσης που προσπαθούν να επιστρέψει το άτομο στο αρχικό του αμυντικό βάρος σώματος (βιολογικός παράγοντας). Επομένως η δίαιτα δεν είναι ένα αποτελεσματικό μέσο ελέγχου του βάρους, γιατί συνήθως αντιτίθεται σε αυτές τις φυσιολογικές άμυνες του βάρους.

Οι Johnson & Connors (1987) αναφέρουν ότι υπάρχουν βιογενετικές προδιαθέσεις, όπως είναι ο γενετικός κίνδυνος για την ανάπτυξη διαταραχών εθισμού, ο οποίος συνδυάζεται με οικογενειακούς παράγοντες και κοινωνικοπολιτισμικές πιέσεις για υψηλούς στόχους και αδυνατίσιμα. Όλοι οι παράγοντες αυτοί προωθούν από κοινού μια δομή προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από μεγάλη αστάθεια και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Όταν έπειτα αυτό το άτομο προσπαθεί να πετύχει να αδυνατίσει και να κερδίσει όλα τα υποτιθέμενα οφέλη που προκύπτουν από αυτό, μέσω της δίαιτας, η υποθάλπτουσα αστάθεια μεγαλώνει και αυξάνεται η πιθανότητα το άτομο να γίνει ευάλωτο στα αποδιοργανωτικά γεγονότα, όπως η κάθε είδους αποτυχία. Αυτά τα γεγονότα ενεργοποιούν την

υπερφαγία, τον πανικό για την αύξηση βάρους και τις εκκενώσεις, που οδηγούν το άτομο σε ένα φαύλο κύκλο δίαιτας

Αξιολόγηση

Από τα παραπάνω μοντέλα που ερμηνεύουν τα επεισόδια υπερφαγίας, το ολοκληρωμένο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο φαίνεται να είναι το πιο πολλά υποσχόμενο, καθώς εξηγεί τα περισσότερα δεδομένα. Το μοντέλο εθισμού φαίνεται να έχει απορριφθεί σύμφωνα με μια πρόσφατη ανάλυση (Wilson, 1991), καθώς θεωρεί την βουλιμία σαν μια από τις μεταβλητές του μοντέλου της κατάθλιψης. Τα μοντέλα καθορισμού, ελέγχου, και δίαιτας φαίνονται να εντάσσονται όλα στα βιοψυχοκοινωνικά μοντέλα. (Fairburn G.C-Wilson T,1993)

6.6 ΟΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στον ανθρώπινο οργανισμό υπάρχουν βιολογικοί μηχανισμοί, οι οποίοι επηρεάζουν την συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ανθρώπου όπως την πείνα και τον κορεσμό. Παράλληλα, ασκούν επιρροή στο συναίσθημα, στη δραστηριότητα και στην νοητική κατάσταση τα οποία είναι διαταραγμένα στα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία και ψυχογενή ανορεξία. Αρκετές έρευνες που έχουν διεξαχθεί στις νευροεπιστήμες αποκάλυψαν τους βασικούς βιολογικούς μηχανισμούς, κεντρικούς και περιφερειακούς, που ελέγχουν την συμπεριφορά πρόσληψης τροφής. Τα ευρήματα των ερευνών έχουν δείξει ότι υπάρχουν διαταραχές:

- α) στα νευροδιαβιβαστικά συστήματα,
- β) στις ορμόνες και τα πεπτίδια των βουλιμικών ατόμων.(Λύκουρας Ελευθέριος, 1997)

6.6.1. Διαταραχές των νευροδιαβιβαστικών συστημάτων

α) Σεροτονινεργικό σύστημα

Ορισμένοι ερευνητές έχουν συνδέσει τα επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας και κάθαρσης, με τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστικών συστημάτων και ιδιαίτερα με το σύστημα της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν διαταραχή στη σεροτονινεργική δραστηριότητα. Τα αυξημένα επίπεδα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο μειώνουν την επιθυμία πρόσληψης τροφής, ενώ η παράταση της υπερφαγικής συμπεριφοράς, οφείλεται πιθανόν σε διαταραχή της σεροτονίνης που εμπλέκεται στη διαδικασία του κορεσμού. (Γ.Ν Χριστοδούλου, 2000)

Επιπλέον έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η μειωμένη κεντρική σεροτονινεργική δραστηριότητα, αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την ανάπτυξη βουλιμίας. Η συγκεκριμένη άποψη βασίζεται σε ευρήματα από μελέτες σε πειραματόζωα για το ρόλο της σεροτονίνης στη ρύθμιση της πείνας και της αντίληψης του κορεσμού. Επιπλέον, η χορήγηση ανταγωνιστών της σεροτονίνης, οδηγεί στην κατανάλωση πλουσιότερων γευμάτων και προκαλεί αύξηση βάρους. Αντίθετα η μείωση ανταγωνιστών προκαλεί μείωση πρόσληψης τροφής.

β) Νοραδρενεργικό σύστημα

Έχει βρεθεί από ειδικούς ότι τα επίπεδα της 3-μεθυξυλ-υδροξυ-φαινυλγλυκόζης (MHPG) που είναι κύριος μεταβολίτης της νορεπινεφρίνης (NE), είναι μειωμένα στα ούρα των βουλιμικών ασθενών σε σύγκριση με υγιείς ανθρώπους. Ακόμη, οι βουλιμικοί ασθενείς έχουν μειωμένα επίπεδα νορεπινεφρίνης στο πλάσμα τους. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας έχει παρατηρηθεί ότι αυξάνονται τα επίπεδα της νορεπινεφρίνης στο πλάσμα των βουλιμικών ασθενών, ενώ σε περιόδους που απουσιάζουν τα βουλιμικά επεισόδια και οι εμετοί, τα επίπεδα νορεπινεφρίνης είναι μειωμένα. Τα παραπάνω ευρήματα ενισχύουν την άποψη ότι οι δυσλειτουργίες στο νοραδρενεργικό σύστημα των βουλιμικών, συνδέονται με διαιτητικές συνήθειες.

γ) Ντοπαμινεργικό σύστημα

Υστερα από τη διεξαγωγή αρκετών ερευνών έχει βρεθεί ότι τα επίπεδα του ομοβανιλλικού οξέος (HVA) που είναι ο κύριος μεταβολίτης της ντοπαμίνης, είναι μειωμένα στους βουλιμικούς ασθενείς που έχουν μεγάλη συχνότητα επεισοδίων υπερφαγίας. Από τα συγκεκριμένα ευρήματα, φαίνεται ότι υπάρχουν ανωμαλίες στις ντοπαμινεργικές οδούς, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε μειωμένη ικανοποίηση μετά τη λήψη τροφής, η οποία με τη σειρά της ευωδώνει τη βουλιμική συμπεριφορά.

6.6.2. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΡΜΟΝΩΝ-ΠΕΠΤΙΔΙΩΝ

Έρευνες έχουν δείξει ότι ο περιορισμός των θερμίδων σχετίζεται άμεσα με τα επίπεδα κορτιζόλης στο πλάσμα. Το εύρημα αυτό φανερώνει ότι υπάρχει ανωμαλία στη δοκιμασία δεξαμεθαζόνης, επειδή μειώνεται η λήψη θερμίδων. Ακόμη οι βουλιμικές ασθενείς που είχαν αμηνόρροια είχαν αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης κατά τη διάρκεια των νυχτερινών ωρών.

α) Αυξητική ορμόνη και προλακτίνη

Έχει βρεθεί επίσης ότι τις νυχτερινές ώρες οι βουλιμικοί ασθενείς έχουν αυξημένα επίπεδα της αυξητικής ορμόνης. Τα επίπεδα της προλακτίνης τις νυχτερινές ώρες παρουσιάζουν μικρότερη αύξηση στους βουλιμικούς από ότι στον υγιή πληθυσμό. Το εύρημα αυτό έχει συνδεθεί με την μειωμένη παράγωγή οιστρογόνων στους βουλιμικούς ασθενείς.

Τα παραπάνω οδηγούν στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν διαταραχές σε πολλά συστήματα στις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Είναι απαραίτητο λοιπόν να διεξαχθούν περαιτέρω έρευνες για τους βιολογικούς παράγοντες της ψυχογενούς βουλιμίας, προκειμένου να εφαρμοστούν αποτελεσματικότερα μέτρα για την θεραπεία της. (Λύκουρας Ε, 1997)

6.6.3 Η ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Η κληρονομικότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ή όχι της ψυχογενούς βουλιμίας στον άνθρωπο. Η ψυχογενής βουλιμία και η ψυχογενής

ανορεξία παρουσιάζονται με μεγαλύτερη συχνότητα στα άτομα που έχουν βιολογική συγγένεια με ανορεκτικούς και βουλιμικούς ασθενείς. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι υπάρχουν πιθανόν μηχανισμοί που μεταβιβάζουν την νόσο στα μέλη της οικογένειας. Μετά από μελέτες οικογενειών έχει διαπιστωθεί ότι η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται περισσότερο συχνά στις οικογένειες των πασχόντων. Τα μέλη της οικογένειας των βουλιμικών ασθενών, εμφανίζουν 2,4%-10,4% κίνδυνο να εκδηλώσουν την ίδια διαταραχή, σε σχέση με τον κίνδυνο που διατρέχουν οι συγγενείς μάρτυρες και κυμαίνεται κάτω του 1%.

Στο γενετικό επίπεδο τα αποτελέσματα των μελετών σε δίδυμους, έδειξαν σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας για εκδήλωση διαταραχής στην πρόσληψη τροφής στους μονοζυγωτικούς δίδυμους, σε σχέση με τους διζυγωτικούς δίδυμους. Σε μια έρευνα που διεξήχθη σε πληθυσμό 2.163 θηλέων δίδυμων, εκ των οποίων οι 1590 ήταν μονοζυγωτικά ζεύγη δίδυμων, οι 440 ήταν διζυγωτικά ζεύγη δίδυμων, οι 97 ήταν απλοί δίδυμοι και οι 6 άγνωστης ζυγωματικότητας, παρατηρήθηκε ότι οι συνδίδυμοι των ασθενών που είχαν ψυχογενή ανορεξία, εμφάνιζαν υψηλότερο κίνδυνο να εκδηλώσουν ψυχογενή βουλιμία, ψυχογενή ανορεξία και μείζονα κατάθλιψη. Στην συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε ότι το 31.3% εμφάνισε μείζονα κατάθλιψη, το 5.7% ψυχογενή βουλιμία και το 2.9% ψυχογενή βουλιμία και μείζονα κατάθλιψη. Επίσης σε μελέτες δίδυμων, οι οποίες είχαν ως αντικείμενο την ψυχογενή βουλιμία, έχει διαπιστωθεί μεγαλύτερος βαθμός συμφωνίας στους μονοζυγωτικούς δίδυμους. Οι Kendler και οι συνεργάτες του, διαπίστωσαν ότι υπήρχε 26% συμφωνία στους μονοζυγωτικούς δίδυμους (18/69 ζεύγη) και 16% στους διζυγωτικούς δίδυμους (8/50 ζεύγη). Παράλληλα, με την εφαρμογή περιορισμένων διαγνωστικών κριτηρίων, διαπίστωσαν ότι τα ποσοστά συμφωνίας για τους μονοζυγωτικούς δίδυμους ήταν 23% και 9% στους διζυγωτικούς δίδυμους.

Ακόμη έχει παρατηρηθεί ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού των βουλιμικών εκδηλώνουν ψυχογενή ανορεξία, ή αγχώδη διαταραχή σε ποσοστά που κυμαίνονται από 0.4% ως 5.4%. Παράλληλα στους συγγενείς των βουλιμικών έχει παρατηρηθεί ο αλκοολισμός και η χρήση ουσιών. Τέλος, στις μελέτες που έχουν διεξαχθεί στις οικογένειες, έχει βρεθεί ότι οι συγγενείς των βουλιμικών ασθενών που έχουν μείζονα συναισθηματική διαταραχή διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν, σε σχέση με τους συγγενείς βουλιμικών ασθενών, που δεν εμφανίζουν μείζονα συναισθηματική διαταραχή. (Τρίκκας, Βάρσου, 2000)

6.7 ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

6.7.1. Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΒΑΡΟΣ

Είναι γεγονός ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να αναπτυχθεί ψυχογενής βουλιμία στα κορίτσια των οποίων οι οικογένειες, δίνουν μεγάλη έμφαση στην εμφάνιση και το αδυνάτισμα. Όταν η μητέρα προσπαθεί να ελέγξει το δικό της βάρος, μεταβιβάζει στην κόρη της μηνύματα ότι είναι σημαντικό η γυναίκα να έχει λεπτή σιλουέτα και στρατηγικές χρήσιμες για την επίτευξη της απώλειας βάρους.

Οι γονείς μεταβιβάζουν στα παιδιά τους τις στάσεις τους για το βάρος, με πολλούς τρόπους. Οι γονείς των βουλιμικών οικογενειών, συνηθίζουν να σχολιάζουν το βάρος τους ή το βάρος των άλλων ανθρώπων, με αποτέλεσμα να διαμορφώνουν τις στάσεις των παιδιών τους για την εμφάνιση. Επιπλέον, συνηθίζουν να σχολιάζουν και να

κριτικάρουν το βάρους του παιδιού τους και τα τέτοιου είδους σχόλια, επιδρουν στην διαμόρφωση της εικόνας του σώματος των παιδιών.

6.7.2. ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ ΦΑΓΗΤΟ.

Ορισμένοι βουλιμικοί ασθενείς αναφέρουν ότι στην διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας, επικρατούσε ένα μοντέλο χαοτικών και επίμονων γευμάτων. Άλλοι ασθενείς έχουν μεγαλώσει σε οικογένειες που είχαν σταθερά γεύματα, αλλά ανέπτυξαν την διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά όταν έφυγαν από τα σπίτια τους.

Ακόμη, οι γονείς των βουλιμικών ατόμων προσπαθούν να επιβληθούν στο παιδί τους και να αποκτήσουν την απόλυτη κυριαρχία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να είναι υπερβολικά ανήσυχο να νιώθει ενοχή όταν τρώει πολύ και ταυτόχρονα δεν έχει τις δεξιότητες που απαιτούνται για την αποτελεσματική αυτορύθμιση στο φαγητό. Η υπερβολική ανησυχία των γονέων για το βάρος των κοριτσιών τους, συντελεί στο να αναπτύξουν οι κόρες τους, μεγάλο άγχος και χαμηλή αυτορύθμιση σχετικά με το φαγητό. Γενικότερα οι γονείς των βουλιμικών ασθενών δυσκολεύονται να βρουν μια ισορροπία στον βαθμό που ελέγχουν τα παιδιά τους και στην κατάλληλη ηλικία που δίνουν στο παιδί για αυτονομία. Το πρόβλημα αυτό σχετίζεται με την αποτυχία των γονέων να συμφωνήσουν μεταξύ τους για το πως θα αναθρέψουν το παιδί τους και δείχνει ότι υπάρχουν προβλήματα στην συζυγική σχέση. (Rodin J, Ruth H. Striegel-Moore, Silberstein L,1990)

6.7.3. Ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΑΣΤΕΡΙΣΜΟΣ

Το μέγεθος της οικογένειας, η σύνθεσή της και η σειρά γέννησης του παιδιού με Διαταραχή στη Πρόσληψη Τροφής δε σχετίζονται με την εκδήλωση της διαταραχής. Αξίζει όμως να σημειώσουμε ότι σε αρκετές έρευνες διαπιστώθηκε μεγαλύτερη ηλικία των γονέων κατά την γέννηση των παιδιών με διαταραχές πρόσληψης τροφής, συγκριτικά με την ηλικία τεκνοποίησης στο γενικό πληθυσμό. Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι τα αδέρφια των ασθενών με διαταραχή στη πρόσληψη τροφής εμφανίζουν κάπως συχνότερα προβλήματα διατροφής ή βάρους, συναισθηματικές διαταραχές και κατάχρηση ουσιών συγκριτικά με τα παιδιά "φυσιολογικών" οικογενειών. Επισημαίνεται πάντως ότι η έρευνα γύρω από τα αδέρφια των ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι πολύ περιορισμένη, δεδομένου ότι η προσοχή έχει στραφεί στους διδύμους με στόχο τη μελέτη του γενετικού παράγοντα. Μικρή εξάλλου προσοχή έχει δοθεί και στην οικογένεια που οι ίδιοι οι ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν δημιουργήσει. (Χριστοδούλου Γ, 1997)

6.7.4. Η ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Στις οικογένειες των βουλιμικών υπάρχει μια διαφορετική διαντίδραση μεταξύ των μελών. Οι οικογένειες αυτές δεν έχουν θετικές συναισθηματικές ή υποστηρικτικές αντιδράσεις, αλλά μια επιθετική αλληλεμπλοκή. Επίσης έχουν ασαφή, ή συγκεχυμένα όρια, καθώς και άκαμπτα όρια και τα μέλη της αντιμετωπίζουν προβλήματα στην επικοινωνία.

Υπάρχουν τρία χαρακτηριστικά προβλήματα στην επικοινωνία, στις οικογένειες των ασθενών που έχουν διαταραχές πρόσληψης τροφής.

α) Οι ασθενείς νιώθουν ανίκανοι και δεν έχουν επιβεβαίωση από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Έχουν μάθει ότι το να εκφράζουν τις σκέψεις τους και τα συναισθήματά τους είναι λάθος και είναι κάτι που δεν έχει αξία.

β) Οι ασθενείς βρίσκονται σε σύγχυση επειδή το οικογενειακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται από δυσαρμονία. Έτσι αποσύρονται από τη προσπάθεια να επικοινωνήσουν, επειδή για τους ίδιους αυτό είναι μια ανύπαρκτη ή αποδιοργανωτική εμπειρία.

γ) Επίσης το τρίτο πρόβλημα επικοινωνίας είναι ο διπλός δεσμός που λαμβάνει χώρα όταν ο ασθενής λαμβάνει και από τις δύο πλευρές κλειστά-ασαφή μηνύματα. Αυτός ο τύπος επικοινωνίας συχνά καταλήγει σε επιθυμητή σύγκρουση και στο να έχουν οι ασθενείς συναισθήματα απελπισίας, παραλυσίας και να νιώθουν παγιδευμένοι.

Τέτοιου είδους προβλήματα επικοινωνίας εμφανίζονται σε ανθρώπους που έχουν δυσκολία να αναγνωρίσουν και να ξεκαθαρίσουν πόσο ικανοί είναι να εκφράζονται με σαφήνεια, καθώς και να εκφράζουν την εσωτερική σύγχυση που τους διακατέχει.

Σύμφωνα με έρευνες των Johnson & Flash έχει αποδειχθεί ότι στις οικογένειες των βουλιμικών ατόμων, υπάρχει μεγάλο ποσοστό συγκρούσεων και θυμού και οι βουλιμικοί ανέφεραν ότι η ανοιχτή και ευθύς έκφραση των συναισθημάτων τους αποθαρρύνονταν. Επιπλέον στις οικογένειες των βουλιμικών ατόμων δινόταν λιγότερη έμφαση στις πνευματικές και στις κοινωνικές δραστηριότητες, υπήρχε ελλιπής πνευματικός προσανατολισμός και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Ακόμη δινόταν λιγότερη έμφαση σε ηθικά και θρησκευτικά θέματα, καθώς υπήρξε έλλειψη προσανατολισμού σε θέματα θρησκείας και ήθους. Και τέλος δινόταν λιγότερη έμφαση στο να συμμετέχουν σε δραστηριότητες ψυχαγωγίας/αναψυχής.

Σύμφωνα με τις έρευνες των Arnold Ordman και Dan Kirschenbaum οι βουλιμικοί ανέφεραν ότι δεν υπήρχε συνοχή στην οικογένεια των βουλιμικών και τα μέλη δυσκολεύονταν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους. Επίσης παρατηρήθηκε ότι γινόταν πολλές συγκρούσεις και δινόταν λιγότερη έμφαση από τους γονείς στο να αποκτήσουν τα παιδιά τους, ανεξάρτητη συμπεριφορά μέσα στην οικογένειά. Και οι δύο αυτές έρευνες δείχνουν ότι οι οικογένειες των βουλιμικών θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως αποδιοργανωμένες, αλλά τα μέλη είναι εξαρτημένα μεταξύ τους/εμπλεκόμενα, έχουν πολλές συγκρούσεις. Παράλληλα δίνεται λιγιστή έμφαση στην αυτοέκφραση, ιδιαίτερα σε θέματα σύγκρουσης. Παρόλο που υπάρχουν οι κανόνες και η δομή της οικογένειας, υπάρχει μεγάλη αποδιοργάνωση στις οικογένειες των βουλιμικών, που τους οδηγούν στην ανάπτυξη συμπτωμάτων.

Ακόμη, ύστερα από έρευνα του Hamphrey αποδείχθηκε ότι οι βουλιμικοί συμμετείχαν λιγότερο στα δρώμενα της οικογένειας και βίωναν μεγάλη απομόνωση, δυσκολεύονταν να εκφράσουν τις σκέψεις τους, δεν είχαν υποστήριξη και ήταν απομακρυσμένοι από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους. Παρατηρήθηκε επίσης ότι οι βουλιμικοί ασθενείς παραμελούνταν από τους γονείς τους, οι οποίοι δεν τους

έδωσαν αγάπη και τρυφερότητα και δεχόταν την απόρριψη, τον έλεγχο από τις μητέρες τους. Παρόλο ότι υπάρχει μεγάλη αποσύνδεση /απομόνωση μέσα στην οικογένεια των βουλιμικών, δε δίνεται η δυνατότητα να αναπτυχθεί η αυτονομία και ανεξαρτησία τους και δεν αναπτύσσουν την ικανότητα να διεκδικούν. Τα βουλιμικά άτομα είναι εμπλεκόμενα σε μια εχθρική εξαρτητική σχέση, μέσα σε ένα οικογενειακό σύστημα που είναι αποσυνδεδεμένο. (Johnson Craig-Connors E Mary, 1987)

Οι σχέσεις των γονέων με την κόρη τους είναι εχθρικές. Σύμφωνα με τον Σίμο, τόσο οι γονείς όσο και η κόρη κατηγορούν αμοιβαία ή ελέγχουν ο ένας τον άλλο σε ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό των διαντιδράσεων τους. Η μητέρα και η κόρη αντιδρούν με ένα σκυθρωπό και θυμωμένο τρόπο η μια στην άλλη. Οι προσπάθειες της κόρης να διεκδικήσει τις ξεχωριστές τις ανάγκες υπονομεύονται αναπόφευκτα από μια τέτοια εχθρική υποταγή. Οι πατεράδες των ανορεκτικών και βουλιμικών κοριτσιών παρακολουθούν, υποτιμούν και κατηγορούν ευκολότερα τις κόρες τους. (Σίμος Γ, 1996)

Πολλοί βουλιμικοί ασθενείς αισθάνονται τρομοκρατημένοι ή ότι δεν έχουν κάποιον να τους στηρίξει στις συγκρούσεις, και προσπαθούν να επιλύσουν τις συγκρούσεις διαμέσου της συμπεριφοράς που σχετίζεται με το φαγητό. Συχνά προσπαθούν να διατηρήσουν την οικογενειακή ισορροπία με το να αρνούνται, να μετατοπίζουν τα γεγονότα που τους προκαλούν δυσφορία.

Γενικά στις οικογένειες των βουλιμικών ατόμων υπάρχουν χαλαρά όρια με αποτέλεσμα, να παρατηρούνται στενές σχέσεις ανάμεσα στα μέλη, παράλληλα όμως μία ένταση κατά τη διάρκεια της οικογενειακής αλληλεπίδρασης. Η συμπεριφορά που σχετίζεται με το φαγητό είναι συχνά μια απεγνωσμένη προσπάθεια να καθορίσουν τον εαυτό τους εν απουσία αυτών που τους φροντίζουν. Μέσα σε αποδιοργανωμένες οικογένειες τα όρια είναι αυστηρά καθορισμένα και απαραβίαστα και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα μία έλλειψη έλλειψη του αισθήματος συνεκτικότητας ή ουσιαστική ενασχόληση με τα υπόλοιπα μέλη. Οι βουλιμικοί ασθενείς που προέρχονται από αποδιοργανωμένες οικογένειες, είναι αποτραβηγμένοι, κοινωνικά και στο παρελθόν βρέθηκαν σε συνθήκες που έπρεπε να αναπτύξουν πρόωρη αυτονομία. (Johnson C-Connors E M, 1987)

6.8 ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ

Η σχέση μεταξύ των διαφόρων ψυχοκοινωνικών παραγόντων και ψυχοπαθολογικών καταστάσεων έχει ευρέως και εκτενώς ερευνηθεί μέχρι σήμερα από πλήθος ερευνητές. Ωστόσο, ελάχιστη συστηματική έρευνα έχει γίνει για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής και διαταραχών στη πρόσληψη τροφής, παρότι είναι γνωστό ότι αυτές οι διαταραχές επηρεάζονται πολύ από πολιτισμικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Έχει επίσης βρεθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που ανέφεραν ότι βίωσαν τραυματικές εμπειρίες όπως απώλεια ή χωρισμό από ένα πρόσωπο που κατείχε σημαντική θέση στη ζωή τους, συνδεόταν με την εμφάνιση της βουλιμικής συμπεριφοράς, ενώ σε ένα μικρότερο ποσοστό η εμφάνιση των συμπτωμάτων αυτών συνδεόταν με αισθήματα σχετικά με αλλαγές στην ερωτική και σεξουαλική ζωή του ατόμου ή διαφωνίες με σημαντικά για το άτομο πρόσωπα. Επίσης συνδέονταν με σημαντικά γεγονότα, όπως ο γάμος ή η αλλαγή μέρους διαμονής

Σε μια άλλη έρευνα διαπιστώθηκε ότι το 40% του δείγματος απέδιδε την εμφάνισή της βουλιμίας σε δυσκολίες στο χειρισμό συγκεκριμένων συναισθημάτων, ιδιαίτερα της κατάθλιψης, της μοναξιάς της πλήξης και του θυμού. Η απώλεια ή ο χωρισμός από φίλους, οικογένεια ή εργασία αναφέρθηκαν σε ποσοστό 7% και ένα επιπλέον 7% ανέφερε τις διαπροσωπικές συγκρούσεις ως παράγοντες επιδείνωσης της βουλιμικής συμπεριφοράς και των επεισοδίων υπερφαγίας.

Φαίνεται πάντως από τις ήδη αναφερθείσες μελέτες, ότι στην περίπτωση της βουλιμίας, επεισόδια υπερφαγίας συχνά έλκονται από στρεσογόνα γεγονότα. Έτσι ένα μείζον γεγονός στη ζωή του ατόμου και η ψυχολογική αντίδραση σ' αυτό αυξάνουν την πιθανότητα νόσησης του ατόμου. Γενικώς οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, σύμφωνα με την ολιστική θεώρηση για την υγεία και τη νόσο, θεωρούνται ότι εμπλέκονται άλλοτε σε μεγαλύτερο κι άλλοτε σε μικρότερο βαθμό σε κάθε αρρώστια ή επεισόδιο αρρώστιας. Στις περιπτώσεις των διαταραχών στη πρόσληψη τροφής φαίνεται ότι παίζουν ένα συντελεστικό αιτιολογικό ρόλο και συμβάλλουν στη γένεση της νόσου ή την εξέλιξή της. (Χριστοδούλου Γ, 1997)

6.8.1 Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Από τα ψυχοτραυματικά γεγονότα ζωής που έχουν μελετηθεί και φαίνεται να έχουν κάποια σχέση με την ανάπτυξη διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και ειδικά της ψυχογενούς βουλιμίας, είναι και η **σεξουαλική κακοποίηση στη παιδική ηλικία**. (Χριστοδούλου Γ, 1997)

Η πρώτη μελέτη που διεξήχθη προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική-εφηβική ηλικία και στη μετέπειτα ανάπτυξη μιας διαταραχής πρόσληψης τροφής, πραγματοποιήθηκε από το πανεπιστήμιο Lester της Αγγλίας. Η συγκεκριμένη μελέτη συνέκρινε τα ποσοστά γυναικών που στη παιδική τους ηλικία είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση και αργότερα ανέπτυξαν μια διαταραχή πρόσληψης τροφής με τα ποσοστά γυναικών, οι οποίες έπασχαν από διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές και υπέστην και οι ίδιες σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία. Τα αποτελέσματα που βρέθηκαν ήταν ότι το 31% των γυναικών με διαταραχές πρόσληψης τροφής είχαν βιώσει ένα περιστατικό σεξουαλικής κακοποίησης, σε σχέση με το 50% των γυναικών που είχαν άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Υπάρχει λοιπόν άμεση σχέση ανάμεσα στην σεξουαλική κακοποίηση και στη μετέπειτα ανάπτυξη μιας διαταραχής πρόσληψης τροφής. (Fairburn Chr, 1995)

Επίσης μια άλλη έρευνα που διεξήχθη από τους (Rithard Hall, Linda Tice, Thomaw Barewford, Becky Wooley, και Anne Klassen Hall) σε ένα πληθυσμό 158 ασθενών που είχαν διαταραχές πρόσληψης τροφής διαπιστώθηκε ότι οι 60 ασθενείς που εμφάνισαν ψυχογενή βουλιμία είχαν ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης και συγκρίθηκαν με τους 90 ασθενείς που δεν είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 98% των ασθενών που υπέστην σεξουαλική κακοποίηση ήταν γυναίκες. Οι πατέρες αποδείχθηκε ότι ήταν οι πιο συχνοί θύτες και εμπλέχτηκαν στο 30% των περιπτώσεων. Οι ηλικίες των ατόμων που υπέστην για πρώτη φορά σεξουαλική κακοποίηση ποικίλουν, από την παιδική ηλικία ως την εφηβεία. Συγκεκριμένα το 12% των ασθενών κακοποιήθηκε σε ηλικία 0-3 ετών, το 18% των ασθενών κακοποιήθηκε σε ηλικία 4-8 ετών, το 20% των ασθενών κακοποιήθηκε σε ηλικία 9-12 ετών, το 35% κακοποιήθηκε σε ηλικία 13-16

ετών, το 12% των ασθενών κακοποιήθηκε σε ηλικία 17-20 και το 3% των ασθενών κακοποιήθηκε σε ηλικία άνω των 20%.

Σε μια έρευνα που έγινε σε 78 ασθενείς που είχαν ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία ή ανάμικτη διατροφική διαταραχή, οι Oppenheimer and all βρήκαν ότι περίπου τα 2/3 είχαν βιώσει σεξουαλική κακοποίηση και στο 29.5% έλαβε χώρα πριν ο ασθενής πλησιάσει την ηλικία των 17 ετών. Το 50% των βουλιμικών και των ανορεκτικών, είχαν δυσμενείς σεξουαλικές εμπειρίες και στο 85% έλαβε χώρα πριν την ηλικία των 17 ετών. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς σε αυτή τη μελέτη, μοιράστηκαν την εμπειρία τους από την αρχή της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο, ή περίμεναν κάποιους μήνες να το αποκαλύψουν. Σε αρκετές περιπτώσεις η πληροφορία δόθηκε από ένα μέλος της οικογένειας, συνήθως τη μητέρα. Οι ασθενείς ως θύματα βιασμού, ένιωθαν ντροπή για τις εμπειρίες τους, γεγονός που συνέβαλλε να μην μοιραστούν την εμπειρία τους με κανένα πριν στο παρελθόν, πριν να ερωτηθούν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Αυτό παρατηρήθηκε στα θύματα αιμομιξίας και στα θύματα που υπέστην κακοποίηση από άτομο του ίδιου φύλου. Οι ασθενείς που εκτέθηκαν σε βίαιες σεξουαλικές επιθέσεις, από μέλη της οικογένειας τους ιδιαίτερα από τον πατέρα, ήταν ικανοί να χειριστούν καλύτερα τα συναισθηματικά επακόλουθα γιατί μπορούσαν να κατευθύνουν αργότερα το θυμό τους και την οργή τους προς το θύτη. Οι ασθενείς που ως παιδιά είχαν δωροδοκηθεί, ή τους έκαναν να νιώθουν ξεχωριστοί ή υπήρχε συνενοχή στο γεγονός της κακοποίησης, καθώς ο ένας γονιός έμενε σιωπηλός, ήταν περισσότερο πιθανό να νιώθουν ντροπή και να παρουσιάζουν ενασχόληση, με τη σεξουαλικότητα τους ως ενήλικες. (Hall, 1992)

Σε μια έρευνα βρέθηκε ότι πάνω από το 50% των βουλιμικών και ανορεκτικών ασθενών είχαν εμπειρία σεξουαλικής κακοποίησης. Για την ερμηνεία αυτού του ευρήματος χρησιμοποιήθηκε το επιχείρημα ότι τα τραυματικά γεγονότα του τύπου της σεξουαλικής κακοποίησης φαίνεται να λειτουργούν ανασταλτικά στην ομαλή ανάπτυξη της σεξουαλικής συμπεριφοράς και παρεμβαίνουν έτσι στη δημιουργία διαταραχών στη πρόσληψη τροφής αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνισής τους. Εξάλλου μια ποικιλία ψυχολογικών χαρακτηριστικών, όπως αμφιθυμική σχέση με τη μητέρα, επιθυμία για αυτόνομο έλεγχο του σώματος, αυτό τιμωρητικές τάσεις κλπ έχουν πιθανή εννοιολογική σχέση με το πρώιμο σεξουαλικό τραύμα της κακοποίησης.

Πρέπει παράλληλα να σημειωθεί ότι αντίστοιχα ποσοστά ψυχοτραυματικών σεξουαλικών εμπειριών βρέθηκαν σε γυναίκες, που έπασχαν και από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές ενώ οι υγιείς μάρτυρες παρουσίασαν εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό 9% σεξουαλικής κακοποίησης. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα από την ομάδα γυναικών με διαταραχή στη πρόσληψη τροφής όπου οι γυναίκες με βουλιμία, χωρίς ιστορικό ανορεξίας είχαν το υψηλότερο 46% ποσοστό σεξουαλικής κακοποίησης. Και από άλλη έρευνα επιβεβαιώνεται ότι οι βουλιμικές γυναίκες υπήρξαν συχνότερα θύματα βιασμών, παιδικής, σεξουαλικής ή σωματικής κακοποίησης. Τέτοιες τραυματικές εμπειρίες καθιστούν τη γυναίκα περισσότερο ευάλωτη και είναι πλέον πιθανόν ν' αναπτύξει βουλιμία ως ένα τρόπο αντίδρασης στην παραβίαση των σωματικών της ορίων. Από την ανασκόπηση πάντως της βιβλιογραφίας της σχετικής με την σεξουαλική κακοποίηση και της διαταραχές στη πρόσληψη τροφής προκύπτει ότι η σεξουαλική κακοποίηση δεν είναι ούτε απαραίτητη αλλά ούτε επαρκής για την ανάπτυξη κάποιας διαταραχής, έχει περιορισμένη επεξηγηματική ισχύ στη δημιουργία παθολογίας γύρω από τη διατροφή και μπορεί μόνο να θεωρηθεί παράγοντας κινδύνου σε μια πολυπαραγοντική

προσέγγιση στην αιτιολογία των διαταραχών αυτών. Θεωρείται όμως πιθανό ότι για ένα σημαντικό αριθμό ατόμων το πρώιμο σεξουαλικό τραύμα μπορεί να είναι ένας από τους παράγοντες που συντελούν στη γένεση κάποιας διαταραχής στη πρόληψη τροφής. (Χριστοδούλου Γ, 1997)

Γενικότερα οι ασθενείς που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση από κάποιο μέλος της οικογένειας, έχουν την τάση να εκφράζουν περισσότερο θυμό, εχθρότητα, δυσκολεύονται να προσδιορίσουν το ρόλο τους μέσα στην οικογένεια, καθώς και να εμπιστευτούν τους γύρω τους. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι είχαν αναλάβει γονεϊκό ρόλο όταν ήταν παιδιά και παρατηρήθηκε ότι υπήρχε ένταση στις σχέσεις μητέρας και κόρης. Κατά την εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας, οι ασθενείς ανέφεραν ότι η βουλιμία τους, προκλήθηκε από το θυμό που ένιωθαν προς τους θύτες και χρησιμοποίησαν καθαρτικά από 3 ως 40 φορές κατά τη διάρκεια κάθε επεισοδίου βουλιμίας. Επίσης ανέφεραν ότι ένιωθαν θυμό κατά τη διάρκεια της κάθαρσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πρόληψη είναι η οποιαδήποτε συστηματική και οργανωμένη ενέργεια που διεξάγεται, προκειμένου να μεταβάλλει τις συνθήκες που προωθούν, διατηρούν ή επιδεινώνουν μια κατάσταση ή ένα πρόβλημα όπως είναι αυτό των διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Ορισμένες βασικές αρχές που θα μπορούσαν να λειτουργήσουν προληπτικά στην οικογένεια, στην κοινότητα και στην προσωπική ζωή του καθενός είναι οι ακόλουθες:

α) Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής προκαλούν σοβαρά και πολύπλοκα προβλήματα. Οι αιτίες των συγκεκριμένων διαταραχών, ο τρόπος εκδήλωσής τους και η θεραπεία τους, έχουν πολλές διαστάσεις. Θα πρέπει ο καθένας λοιπόν να αποφεύγει να απλοποιεί νοσηρές καταστάσεις όπως είναι η ψυχογενής ανορεξία, και η ψυχογενής βουλιμία, πιστεύοντας ότι « η ψυχογενής ανορεξία είναι μια απλή προσπάθεια για να τραβήξει κάποιος την προσοχή » και « η ψυχογενής βουλιμία είναι απλώς ένας εθισμός στο φαγητό ».

β) Τα προγράμματα πρόληψης δεν αναφέρονται μόνο στο γυναικείο πληθυσμό και δεν έχουν δημιουργηθεί μόνο για τις γυναίκες. Είναι γνωστό ότι και οι άνδρες, οι οποίοι ασχολούνται με το σχήμα και το βάρος τους, μπορούν να αναπτύξουν διαταραγμένα μοντέλα πρόσληψης τροφής και να καταφεύγουν σε επικίνδυνες πρακτικές όπως είναι η χρήση στεροειδών.

γ) Οι προσπάθειες για την πρόληψη των διαταραχών πρόσληψης τροφής θα αποτύχουν, αν επικεντρωθούν αποκλειστικά στην ενημέρωση των γονέων και των παιδιών, για τα συμπτώματα των διαταραχών και στις επιπτώσεις τους. Είναι αδήριτη ανάγκη να αναπτυχθούν προγράμματα πρόληψης ιδιαίτερα στα σχολεία και στα ιδρύματα στα οποία φοιτούν οι έφηβοι, στους αθλητικούς συλλόγους, στις εκκλησίες. Γενικότερα κάθε προσπάθεια πρόληψης, των διαταραχών πρόσληψης τροφής θα πρέπει να απευθύνεται στην εμμονή που υπάρχει στη σύγχρονη εποχή να αποκτηθεί μια λεπτή σιλουέτα, στο διαστρεβλωμένο νόημα της θηλυκότητας και του ανδρισμού της σύγχρονης κοινωνίας και στην ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης-αυτοσεβασμού των ανθρώπων. ([http:// Healthyplace.com](http://Healthyplace.com))

Οι παρεμβάσεις που γίνονται για την πρόληψη των διαταραχών πρόσληψης τροφής διακρίνονται στην πρωτογενή πρόληψη, στην δευτερογενή πρόληψη και στην τριτογενή πρόληψη.

7.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρωτογενής πρόληψη αναφέρεται στις παρεμβάσεις που γίνονται και έχουν στόχο να εμποδίσουν την ανάπτυξη της ψυχογενούς βουλιμίας ή ανορεξίας , πριν αυτές εκδηλωθούν. Επειδή οι διαταραχές πρόσληψης τροφής εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια που το παιδί – έφηβος πηγαίνει σχολείο ή φοιτεί σε κάποια σχολή , δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης στα σχολεία. Αρκετοί ερευνητές προσπάθησαν να τροποποιήσουν τη συμπεριφορική των διαταραχών πρόσληψης τροφής στους μαθητές. Πρωταρχικός στόχος τους ήταν να μειώσουν το

ποσοστό επικράτησης των ατόμων που κάνουν δίαιτα. Επίσης σχεδιάζονται προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται σε ομάδες που βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχογενή βουλιμία ή ανορεξία, π.χ στους φοιτητικούς – μαθητικούς πληθυσμούς. Γενικότερα, τα προγράμματα της πρωτοβάθμιας πρόληψης απευθύνονται στους γονείς, στους εκπαιδευτικούς, στους κληρικούς και στους προπονητές, οι οποίοι ενημερώνονται για το συγκεκριμένο θέμα.

7.1.1 Το σχολείο ως μέσο πρόληψης των διατροφικών διαταραχών

Η ψυχογενής βουλιμία όπως και η ψυχογενής ανορεξία είναι και οι δύο διαταραχές που σχετίζονται με την επίμονη ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος.

Το σχολείο μπορεί να διαδραματίσει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόληψη τέτοιων ακραίων πεποιθήσεων. Στα εκπαιδευτικά ιδρύματα όπως στα νηπιαγωγεία και στα δημοτικά, στα γυμνάσια και στα λύκεια, η χρήση μαθημάτων που ενθαρρύνουν την έκφραση των προσωπικών συναισθημάτων και προωθούν την αυτοαξία του ατόμου, μπορεί να συμβάλλουν στη δημιουργία μια θετικής εικόνας του εαυτού και να περιορίσουν τις εμμονές για ένα τέλειο σώμα. Επίσης μέσα από μαθήματα που προωθούν τον δημιουργικό διάλογο, οι μαθητές είναι δυνατό να καλλιεργήσουν την κριτική τους ικανότητα για το ρόλο των ΜΜΕ και των προτύπων που προβάλλει και έτσι να απομυθοποιήσουν σταδιακά αυτά τα πρότυπα από τη καθημερινή τους ζωή, ως μη ρεαλιστικά. Ακόμη, οι εκπαιδευτικοί και το προσωπικό του σχολείου, θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι από τους ειδικούς στο χώρο υγείας και από κοινωνικούς λειτουργούς όσον αφορά το πρόβλημα, ώστε να αναγνωρίζουν κάποιες σοβαρές καταστάσεις όταν τις βλέπουν, προκειμένου να αντιμετωπίζονται άμεσα. (Μωρογιάννης Φ, 2003)

7.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Στόχος της δευτεροβάθμιας πρόληψης, είναι να μειώσει το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί ανάμεσα στην έναρξη της διαταραχής της ψυχογενούς βουλιμίας ή ανορεξίας και στην θεραπεία. Η δευτεροβάθμια πρόληψη έχει σχεδιαστεί και απευθύνεται σε άτομα που έχουν ψυχογενή βουλιμία ή ανορεξία, η οποίες βρίσκονται στα αρχικά τους στάδια. Στην περίπτωση που η διαταραχή πρόσληψης τροφής βρίσκεται στα αρχικά της στάδια, τότε είναι λιγότερο πιθανό να γίνει ένας τρόπος ζωής για το άτομο, ή να συσχετιστεί και να συνυπάρξει με άλλα σημαντικά προβλήματα όπως είναι η κατάθλιψη.

Για την επίτευξη του παραπάνω στόχου απαιτείται να έχουν οι ειδικοί, καλή γνώση των παραγόντων που ενθαρρύνουν ή αποθαρρύνουν το άτομο να ζητήσει βοήθεια για το πρόβλημά του. Οι λόγοι για τους οποίους ένα βουλιμικό ή ανορεκτικό άτομο δεν αναζητά τη θεραπεία είναι οι εξής :

α) ο ασθενής θεωρεί ότι δεν έχει κανένα πρόβλημα, ή ελπίζει ότι το πρόβλημα θα φύγει από μόνο του.

β) ο ασθενής πιστεύει ότι το πρόβλημα που έχει, δεν είναι τόσο σοβαρό που να αξίζει θεραπεία ,ή πιστεύει ότι ο ίδιος δεν αξίζει να θεραπευτεί .

γ) ο ασθενής φοβάται ότι με τη θεραπεία θα βάλει κιλά

δ) υπάρχουν έντονα συναισθήματα ενοχής, ντροπής και μυστικότητας κυρίως στους βουλιμικούς ασθενείς.

ε) υπάρχουν οικονομικά προβλήματα που τους εμποδίζουν να ζητήσουν βοήθεια.

Γνωρίζοντας οι ειδικοί τους παράγοντες που αναστέλλουν το άτομο να αναζητήσει βοήθεια, μπορούν να σχεδιάσουν αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης. Στη δευτεροβάθμια πρόληψη σχεδιάζονται προγράμματα, τα οποία εκπαιδεύουν τους επαγγελματίες που είναι πιθανό να έρθουν σε επαφή με άτομα που έχουν διαταραχές πρόσληψης τροφής. Οι εκπαιδευτικοί, οι προπονητές, οι γιατροί, μέσα από τα συγκεκριμένα προγράμματα μαθαίνουν:

α) να αναγνωρίζουν τα πρώτα συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας ή ανορεξίας. Ορισμένες ενδείξεις που συμβάλλουν στο να αναγνωρίσει ένας εκπαιδευτικός ότι ο μαθητής πάσχει από κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής είναι οι εξής:

1. Ο μαθητής αρνείται να ξεντυθεί μπροστά στους συμμαθητές του την ώρα της γυμναστικής.
2. Παρατηρείται απομόνωση του ατόμου από τις ομάδες ομηλικών του.
3. Κάνει επίμονη αυτοκριτική για την καλή του εργασία.
4. Δεν δέχεται εύκολα την επιβράβευση.
5. Αποτυγχάνει να αποδώσει προφορικά
6. Αποφεύγει την οπτική επαφή το άτομο προτιμά να δουλεύει παρά να είναι κοινωνικοποιημένο στα διαλείμματα ιδιαίτερα την ώρα του φαγητού.

β) Μαθαίνουν επίσης να προσεγγίζουν τα άτομα που πέφτει στην αντίληψη τους ότι έχουν διαταραχές πρόσληψης τροφής.

γ) Να βοηθούν τα άτομα αυτά να δεχτούν ότι υπάρχει πρόβλημα και κυρίως

δ) Να είναι γνώστες των φορέων στους οποίους μπορούν να τους παραπέμψουν, προκειμένου να έχουν μια άμεση και αποτελεσματική θεραπεία.

Η δευτερογενής πρόληψη είναι σημαντική αν αποτύχει η πρωτογενής πρόληψη.

7.2.1 Οι κρατικές υπηρεσίες υγείας

Οι κρατικές υπηρεσίες υγείας μπορούν να βοηθήσουν με την έκδοση οδηγιών που αφορούν τον τρόπο θεραπείας των διαταραχών πρόσληψης τροφής, καθώς είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζει το ευρύ κοινό που υπάρχουν διαθέσιμες ειδικές υπηρεσίες για τη θεραπεία και που μπορεί να προσφερθεί μια ικανοποιητική θεραπευτική αντιμετώπιση σε όσους την έχουν ανάγκη (Slade 1995). Επίσης μέσα από οργανωμένα προγράμματα προληπτικής υγείας από ειδικούς (ψυχολόγους, γιατρούς) μπορούν να προληφθούν περιπτώσεις που βρίσκονται στα πρώιμα στάδια της διαταραχής και να αποτραπούν μακροχρόνιες ασθένειες. Τέτοια προγράμματα μπορεί να περιλαμβάνουν ομάδες υποστήριξης ευπαθών ατόμων, εικοσιτετράωρης υποστήριξης του ασθενούς, ή παραπομπή σε υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής ψυχολογικής φροντίδας (Μωρογιάννης Φ, 2003)

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ειδικά καταρτισμένα κέντρα που να ασχολούνται αποκλειστικά με τη διερεύνηση και τη θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Οι υπηρεσίες που μπορούν να παρέχουν βοήθεια στα άτομα που πάσχουν από κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής, είναι τα κέντρα ψυχικής υγείας στα οποία όμως δεν υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων διαταραχών.

Στην Αθήνα, το Αιγινήτειο ψυχιατρικό νοσοκομείο δέχεται ασθενείς που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία και έχουν δημιουργηθεί ομάδες για τα άτομα που έχουν βουλιμία, όμως δεν γίνονται συχνές συναντήσεις. Η ομάδα των βουλιμικών ασθενών έχει συνάντηση μια φορά τη βδομάδα. Γνωρίζουμε όμως ότι στο εξωτερικό οι ομάδες των ασθενών που έχουν βουλιμία γίνονται πιο οργανωμένα και οι

συναντήσεις είναι περισσότερες προκειμένου να καλυφτούν οι ανάγκες των ασθενών. Ακόμη τα αρχεία των ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και των βουλιμικών ασθενών, είναι τοποθετημένα στο διάδρομο του νοσοκομείου και δεν είναι σε καλή κατάσταση. Τα στοιχεία αυτά τα συλλέξαμε ύστερα από επίσκεψη στο Αιγινήτειο νοσοκομείο. Επίσης το νοσοκομείο παιδών Αγία Σοφία δέχεται παιδιά που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Επιπλέον τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα στην Αθήνα δέχονται παιδιά που εκδηλώνουν κάποια ψυχοπαθολογία, καθώς και παιδιά που έχουν κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής. Σε μια επίσκεψη που κάναμε στο ιατροπαιδαγωγικό κέντρο Αμαρουσίου, είχαμε πρόσβαση στα αρχεία του κέντρου και μετά από έρευνα διαπιστώσαμε ότι σε μια δεκαετία είχαν καταγραφεί 6-7 περιστατικά. Τα περιστατικά αναλάμβαναν ψυχίατροι. Είναι αδήριτη ανάγκη όμως η δημιουργία και άλλων κέντρων ειδικά καταρτισμένων για τα άτομα που έχουν διαταραχές πρόσληψης τροφής.

7.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η τριτοβάθμια πρόληψη στόχο έχει να μειώσει την εξασθένηση και την καταπόνηση που προκύπτει από τις διαταραχές πρόσληψης τροφής και προτείνεται μόνο όταν η θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική. (Fairburn C. G, 1995)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Εισαγωγή

Η αντιμετώπιση μιας διαταραχής πρόσληψης τροφής είναι μια μακροχρόνια και συχνά πολύπλοκη διαδικασία και μπορεί να συνεπάγεται αλλαγές της συμπεριφοράς, τις οποίες μπορεί να αντιλαμβάνονται απειλητικά οι ασθενείς, για παράδειγμα να εγκαταλείψουν το όνειρό τους για το "ιδανικό" σώμα. Οι ασθενείς συχνά αποκαλύπτουν λεπτομέρειες της συμπεριφοράς τους, τις οποίες σκέφτονται ως απρεπείς και σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να δέχονται κριτική. Είναι πάντα απαραίτητη στην αρχή της θεραπείας η διερεύνηση των πιστεύω και των προσδοκιών του ασθενή-πως θα ήθελε να είναι οι διατροφικές του ανάγκες (ποσότητα), πόσο βάρος επιθυμεί να χάσει, ποιά η σχέση που θέλει να έχει με το φαγητό, και αν αυτές οι προσδοκίες είναι ρεαλιστικές. (http://www.ibrt.gr/Lipsi_trofis.htm)

Επίσης είναι αναμφισβήτητο σήμερα, ότι το σημείο αφετηρίας των διατροφικών διαταραχών πρέπει να αναζητηθεί στον ψυχισμό-ψυχική προέλευση του ασθενούς. Αυτό σημαίνει ότι εάν δεν υπάρχει ταυτόχρονη ψυχολογική υποστήριξη για τροποποίηση της συνολικής συμπεριφοράς του ασθενούς (και όχι μόνο της διαιτητικής), οποιοδήποτε θεραπευτικό σχήμα θα έχει ελάχιστες πιθανότητες επιτυχίας.

Η αποκατάσταση της φυσιολογικής συμπεριφοράς στο φαγητό, η αναζήτηση επαρκούς ψυχοσωματικής ισορροπίας μέσω βελτίωσης της ποιότητας ζωής (life-style changes) και η γνωστικο-συμπεριφορική εκπαίδευση (behavioral therapy) του ασθενούς αποτελούν τις θεμελιώδεις αρχές/κριτήρια για την επιτυχία της απόλυτα εξατομικευμένης θεραπείας κάθε ασθενούς. Υπάρχει επίσης απόλυτη ανάγκη διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας και συμβουλευτικής καθοδήγησης για τον έλεγχο των μηχανισμών άμυνας και της "επαφής" του ασθενούς με τα συναισθήματά του. Κυρίως εναντίον της απογοήτευσης και της ανασφάλειας

Η θεραπεία λοιπόν των διαταραχών πρόσληψης τροφής περιλαμβάνει **ιατρική, διατροφική, και ψυχολογική θεραπεία**. Είναι ευνόητο ότι τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας πρέπει να επικοινωνούν σε τακτά χρονικά διαστήματα για την ασθενή και να ξεκαθαρίζουν τους ρόλους τους στη θεραπεία σε μια συνεχιζόμενη βάση τόσο στην ασθενή και την οικογένειά της, όσο και μεταξύ τους. (<http://www.4woman.gov/faq.bulnervosa.htm>)

Οι ψυχολογικές θεραπείες που έχουν χρησιμοποιηθεί περιλαμβάνουν:

8.1 ΓΝΩΣΙΑΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Η γνωστική θεραπεία της συμπεριφοράς, ενθαρρύνει το άτομο να επανεξετάσει κυρίαρχες σκέψεις και μοντέλα συμπεριφοράς.

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της θεραπείας είναι η αυτοπαρατήρηση του φαγητού που προσλαμβάνεται, των υπερφαγικών επεισοδίων και των

μηχανισμών ενεργοποίησης αυτών των επεισοδίων. Αυτές οι πληροφορίες χρησιμοποιούνται :

- 1) Για να διαμορφώσουν τρία ή περισσότερα γεύματα ημερησίως.
- 2) Για να προτείνουν σταδιακά "απαγορευμένα" φαγητά στη διαίτα (θεραπεία μέσω της έκθεσης) και
- 3) Για γνωρίσει και να επανορθώσει το άτομο τις παραπονημένες αντιλήψεις του για τη πρόσληψη του φαγητού, το βάρος και το σχήμα του σώματος. Σε επόμενες συνεδρίες προτείνονται διαδικασίες πρόληψης των υποτροπών. Αυτή η θεραπεία έχει εφαρμοστεί τόσο με άτομα όσο και με ομάδες. Σε αυτή τη βασική δομή, έχουν προστεθεί μια ποικιλία άλλων διαδικασιών από πολλές ομάδες έρευνας ,περιλαμβανομένων των τεχνικών χαλάρωσης καθώς και της άμεσης πρόληψης του εμετού. (Fairburn G.C-Wilson T, 1993)

Η θεραπεία της βουλιμικής διαταραχής με βάση τις αρχές της γνωσιακής συμπεριφορικής προσέγγισης στηρίζεται στην άποψη των διαδικασιών που εμπλέκονται στην ανατροφοδότηση και διατήρηση της διαταραχής.

Σύμφωνα με την άποψη αυτή η ανατροφοδότηση οφείλεται στην παρουσία συγκεκριμένων γνωσιακών χαρακτηριστικών που προσομοιάζουν με αυτά της ψυχογενούς ανορεξίας: τάση για αξιολόγηση του εαυτού σχεδόν αποκλειστικά με όρους βάρους και σχήματος σώματος, παρουσία χαμηλής αυτοεκτίμησης και τελειοθρίας, διχοτομικός τρόπος σκέψης, τύπου "άσπρο-μαύρο". Τα χαρακτηριστικά αυτά σχήματα έχουν σαν αποτέλεσμα η ασθενής να ζει διαρκώς με το φόβο αύξησης βάρους και παχυσαρκίας, όντας εξαιρετικά ευαίσθητη σε αλλαγές του βάρους και προσπαθώντας διαρκώς να κρατάει αυστηρό έλεγχο στη συμπεριφορά φαγητού, περιορίζοντας σημαντικά τη διατροφή της. Η διαίτα δημιουργεί προδιάθεση για κρίσεις υπερφαγίας μέσα από αλληλεπιδράσεις φυσιολογικών και ψυχολογικών μηχανισμών. Οι ασθενείς αυτοί, αντιδρούν αρνητικά σε ελάχιστες παρεκκλίσεις από τους αυτοεπιβαλλόμενους διαιτητικούς περιορισμούς και τυπικά απαντούν με επεισοδιακή εγκατάλειψη αυτού του ελέγχου. Στη συνέχεια ανανεώνουν την αποφασιστικότητα με την οποία ξεκινούν πάλι την διαίτα, ενώ φυσικά ενδιάμεσα παρεμβάλλεται η καθαρτική συμπεριφορά, με στόχο την απομάκρυνση του "παχυντικού" αποτελέσματος της κρίσης υπερφαγίας από πλευράς συμπεριφοράς, οι πιθανότητες υποτροπής σχετίζονται άμεσα με την παραμονή των ανησυχιών για το βάρος και το σχήμα του σώματος. Επιπλέον τα αποτελέσματα με αμιγείς συμπεριφορικές θεραπείες είναι λιγότερο θετικά από αυτά της συνδυασμένης συμπεριφορικής-γνωσιακής θεραπείας.

Γενικότερα η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία προσπαθεί να αντικαταστήσει δυσλειτουργικές συνήθειες με νέες καταλληλότερες, και σκοπεύει να βοηθήσει τους ανθρώπους να μπορούν να γίνουν προγραμματιστές του περιβάλλοντος ,αντί να αισθάνονται θύματα δυνάμεων τις οποίες θεωρούν ότι δε μπορούν να ελέγξουν. Οι περισσότεροι άνθρωποι που ξεπερνούν προβλήματα πρόσληψης τροφής κάνουν σημαντικές και μόνιμες αλλαγές στις συνήθειες που σχετίζονται με το φαγητό για παράδειγμα στο τρόπο που το ψωνίζουν, το μαγειρεύουν και το διατηρούν, και ικανοποιούνται με δραστηριότητες που είναι ασύμβατες με το φαγητό. (Internet http://www.ibrt.gr/Lipsi_trofis.htm)

Στη συνδυασμένη θεραπεία χρησιμοποιείται μια συγκεκριμένη αλληλουχία διαδικασιών που απευθύνεται τόσο στα γνωσιακά όσο και στα συμπεριφορικά στοιχεία της διαταραχής τα οποία οργανώνονται σε σχήμα σε τρία στάδια.

Πρώτο Στάδιο

Η έμφαση στον τρόπο με τον οποίο θα βοηθήσει η ασθενής να αποκτήσει έλεγχο στη συμπεριφορά φαγητού και να εγκαταστήσει ένα σχήμα φυσιολογικών γευμάτων. Στόχος είναι η διακοπή του κύκλου υπερφαγίας-καθαρτικής συμπεριφοράς. Για το σκοπό αυτό η ασθενής εφοδιάζεται με πληροφορίες που αφορούν στη σχέση της υπερβολικής πείνας με την κρίση υπερφαγίας καθώς και τις επικίνδυνες ιατρικά επιπτώσεις της καθαρτικής συμπεριφοράς. Επομένως η κυρίαρχη προσέγγιση σε αυτή τη φάση, είναι ψυχοεκπαιδευτική, ενώ παράλληλα οικοδομείται η θετική θεραπευτική σχέση, με ενθάρρυνση και υποστήριξη, αλλά και με σταθερότητα όπου χρειάζεται, ιδιαίτερα επιμένοντας στην ανάγκη τήρησης γευμάτων και καταγραφής εκ μέρους της ασθενούς των τροφών και υγρών που προσλαμβάνει.

Παράλληλα ο θεραπευτής δίνει διαιτητικού τύπου κατευθύνσεις στην ασθενή, βοηθώντας την να επιλέξει ένα ισορροπημένο πλάνο γευμάτων. Σκόπιμη επίσης είναι η καθοδήγηση με απλές τεχνικές ελέγχου του ερεθίσματος. Το σημαντικό σημείο αυτού του σταδίου είναι να βοηθηθεί η ασθενής να μάθει πώς να καταγράφει τη συμπεριφορά φαγητού της και πώς να την παρατηρεί, ώστε μέσα από τη παρατήρηση-καταγραφή να είναι δυνατό να προσδιοριστούν τα γεγονότα που προηγούνται των κρίσεων υπερφαγίας. Τα γεγονότα αυτά μπορεί να είναι είτε φυσιολογικά (π.χ πείνα ή κούραση), συναισθηματικά (δυσάρεστα συναισθήματα), γνωσιακά (π.χ σκέψη ότι είναι μη ελκυστική ή παχιά) ή περιστασιακά (π.χ κάποιο κριτικό σχόλιο που άκουσε ή κάποια ειδική συνθήκη).

Δεύτερο Στάδιο

Έχει ευρύτερους σκοπούς και περιλαμβάνει τεχνικές αντιμετώπισης της διαιτητικής συμπεριφοράς και των κυρίαρχων γεγονότων που τροφοδοτούν τις κρίσεις υπερφαγίας. Επιπλέον οι προβληματικοί τρόποι σκέψης προσδιορίζονται και στη συνέχεια αντιμετωπίζονται με γνωσιακές τεχνικές.

Σε αυτό το στάδιο συνεχίζεται η παρατήρηση-καταγραφή των συμπεριφορών φαγητού και συζητούνται οι παρεκκλίσεις από το σχήμα των γευμάτων. Σταδιακά προτείνεται η εισαγωγή των απαγορευμένων τροφών, ενώ η ασθενής ενθαρρύνεται να διευρύνει σταδιακά επίσης, την γκάμα των συστατικών των γευμάτων, ώστε να περιοριστούν οι διαιτητικές συνήθειες.

Σε αυτή τη φάση επίσης αντιμετωπίζονται τα γεγονότα που προηγούνται των κρίσεων υπερφαγίας αφενός με τεχνικές επίλυσης προβλημάτων (problem solving) και αφ' ετέρου με τεχνικές τροποποίησης των γνωσιακών δυσλειτουργικών σκέψεων.

Τρίτο Στάδιο

Οι σκοποί αυτού του σταδίου είναι η σταθεροποίηση των θετικών αλλαγών και η προετοιμασία της ασθενούς για τον τερματισμό της θεραπείας. Οι ασκήσεις γνωσιακής αναδιάταξης συνεχίζονται με το κύριο βάρος στη δουλειά που κάνει μόνος του ο ασθενής μεταξύ των θεραπευτικών συναντήσεων, ενώ παράλληλα δίνονται οδηγίες για την αντιμετώπιση των υποτροπών. Η θεραπεία αυτού του τύπου έχει σχετικά βραχεία διάρκεια. Γίνονται περίπου είκοσι συναντήσεις σε διάστημα 4-5 μηνών, με συχνότητα αρχικά μεγαλύτερη, ανάλογα και με τη βαρύτητα της βουλιμικής συμπεριφοράς και σταδιακά οι συναντήσεις αραιώνουν και γίνονται ανά δεκαπενθήμερο.

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας.

Η αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφορικής παρέμβασης στη ψυχογενή βουλιμία έχει αξιολογηθεί σε αρκετές συγκριτικές μελέτες. Έχει γίνει σύγκριση σε σχέση με τα αποτελέσματα που δίνει η συμπεριφορική θεραπεία, και της αποτελεσματικότητας μεταξύ διαφορετικών τύπων θεραπευτικών τεχνικών παρουσιάζει μεθοδολογικά προβλήματα, τα σχετικά συγκριτικά συμπεράσματα στηρίζονται στο ποσοστό του αριθμού των ασθενών που εμφανίζουν υποχώρηση των συμπτωμάτων, δηλαδή περιορισμό των κύκλων κρίσεων υπερφαγίας-καθαριστικών συμπεριφορών. Με βάση τα ποσοστά αυτά η γνωσιακή -συμπεριφορική προσπέλαση φαίνεται να υπερέχει, καθώς οι ασθενείς που παρουσίασαν σημαντική βελτίωση των βουλιμικών εκδηλώσεων κυμαίνονται μεταξύ 80% και 95% για τη χρονική στιγμή της ολοκλήρωσης της θεραπευτικής παρέμβασης, ενώ ένας σημαντικός αριθμός ασθενών παρουσίαζε πλήρη απουσία βουλιμικών κύκλων. Ο Fairburn αναφέρει ότι το ένα τρίτο ως το ένα δεύτερο της ομάδας των ασθενών ανήκε στη κατηγορία αυτής της πολύ θετικής απάντησης στη θεραπευτική παρέμβαση, αναλογία που υπερέχει σε σχέση με τα αποτελέσματα άλλων τεχνικών.

Ένας ακόμα δείκτης αποτελεσματικότητας είναι η διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος όταν γίνει επανεκτίμηση μετά από αρκετό χρονικό διάστημα μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Υπάρχουν μερικές μελέτες εκτίμησης της κατάστασης σε follow up μετά από έξι και δώδεκα μήνες και μια μελέτη αναφέρει εκτίμηση αποτελέσματος σε μερικούς ασθενείς που επανεξετάστηκαν μετά από διάστημα έως 6 ετών. Οι ενδείξεις που προκύπτουν είναι ότι το θεραπευτικό αποτέλεσμα διατηρείται ικανοποιητικά και οι υποτροπές είναι μάλλον ασυνήθεις. Από τις μελέτες αυτές έχουν προκύψει και ορισμένα συμπεράσματα ως προς προγνωστικούς δείκτες. Η σοβαρή διαταραχή προσωπικότητας και η παρουσία πολύ χαμηλού βαθμού αυτοεκτίμησης αποτελούν δείκτες κακής πρόγνωσης δεδομένου ότι εκτός των άλλων συχνά οδηγούν και σε πρόωρη διακοπή της θεραπείας. (Χριστοδούλου Γ. 1997, σελ 130-133)

8.2 Η ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι θεωρητικοί της ψυχοδυναμικής ενδιαφέρθηκαν περισσότερο για τις ενδοψυχικές επιρροές στην υπερφαγία. Αυτές περιλαμβάνουν τις δυναμικές διαδικασίες που διαμορφώνουν την οργάνωση της ψυχικής δόμησης του ασθενή και το υπάρχον ιστορικό πλαίσιο της οργάνωσης της προσωπικότητας του ασθενή. Προσπάθειες για παρέμβαση στην οργάνωση της προσωπικότητας περιλαμβάνουν την εκτίμηση της δομής της προσωπικότητας, του στυλ, των συγκρούσεων και των ελλειμμάτων της προσωπικότητας. Αυτό πετυχαίνεται καταρχήν με την ανάπτυξη και την ανάλυση της μεταβίβασης του ασθενή στο θεραπευτή. Πρωταρχικά βήματα σε αυτή τη διαδικασία μπορεί να περιλαμβάνουν την ανάλυση και των δύο και την αντίσταση του ασθενή να αναπτύξει μεταβίβαση και του θεραπευτή την αντιμεταβίβαση και αντίστοιχη αντίσταση στον ασθενή. Σε αντίθεση με την εξωτερική επικέντρωση της γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, ο πρώτος μηχανισμός για θεραπευτική αλλαγή στη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει μια επικέντρωση στο τι συμβαίνει κατά την ίδια τη θεραπευτική συνεδρία (Fairburn G.C-Wilson T, 1993, σελ 289)

Μια από τις βασικές μεθόδους ψυχοθεραπείας αποτελεί η **Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία** (IPT) η οποία ενθαρρύνει το άτομο να εξερευνήσει διαφορετικούς τρόπους συσχετισμού με άλλους ανθρώπους.

Η συγκεκριμένη θεραπεία αποτελεί την πρώτη από τις προσεγγίσεις της **κατευθυνόμενης ψυχοθεραπείας**. Είναι δημιουργία των Gerald Klerman και Myrna Weissman. Ο C.G. Fairburn, ο οποίος έχει ασχοληθεί με τους ασθενείς που έχουν ψυχογενή βουλιμία και ανορεξία, στο πανεπιστημιακό τμήμα ψυχιατρικής του νοσοκομείου Warneford της Οξφόρδης και έχει διεξάγει αρκετές έρευνες για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, εφάρμοσε την διαπροσωπική ψυχοθεραπεία και στους βουλιμικούς ασθενείς.

Η συγκεκριμένη θεραπεία έγινε αρχικά γνωστή ως μια μη ενδοσκοπική βραχείας διάρκειας ψυχολογική θεραπεία για την κατάθλιψη. Στην διαπροσωπική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνονται περίπου 15–20 συνεδρίες και κάθε συνεδρία διαρκεί 50 λεπτά περίπου. Η θεραπεία διαρκεί συνολικά πέντε μήνες ή και παραπάνω. Επίσης η συγκεκριμένη θεραπεία εστιάζεται στο παρόν και στις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενούς. Η διερεύνηση των παραγόντων που προκάλεσαν και διατήρησαν την ψυχογενή βουλιμία, εστιάζεται στις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενούς και όχι στον εσωτερικό του κόσμο.

Στην προσαρμογή της για τη θεραπεία της υπερφαγίας, η διαπροσωπική θεραπεία περιγράφεται να έχει τρία στάδια. Οι πρώτες τρεις ή τέσσερις συνεδρίες, αποτελούν το πρώτο στάδιο της θεραπείας. Στο στάδιο αυτό, γίνεται εκτίμηση των παρόντων διαπροσωπικών προβλημάτων του ασθενούς, τα οποία συμμετέχουν στην ανάπτυξη και διατήρηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Ακόμη, εξηγείται στον ασθενή η αρχή της συγκεκριμένης θεραπείας, δηλαδή ότι τα διαπροσωπικά προβλήματα διαιωνίζουν την ψυχογενή βουλιμία και ότι αν λυθούν τα προβλήματα αυτά, ο ασθενής μπορεί να αναρρώσει και να θεραπευτεί. Στις πρώτες συνεδρίες, διερευνώνται οι δεσμοί που υπάρχουν ανάμεσα στην ψυχογενή βουλιμία που έχει ο ασθενής και στα διαπροσωπικά προβλήματα. Τα διαπροσωπικά προβλήματα που εξετάζει η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία κατηγοριοποιούνται στους εξής τέσσερις τύπους:

- α) στην κατάθλιψη,
- β) στους ρόλους που έχει ο ασθενής,
- γ) στους ρόλους μεταβίβασης,
- δ) στα διαπροσωπικά κενά και ελλείψεις.

Ο ασθενής επιλέγει την ενότητα που θέλει και η θεραπεία εστιάζεται στο συγκεκριμένο θέμα, με στόχο να επέλθει η αλλαγή στα διαπροσωπικά του προβλήματα.

Στο δεύτερο στάδιο της θεραπείας από την 5^η ως τη 12^η συνεδρία αναλύεται η θεματική ενότητα που επιλέχθηκε και ο ασθενής ενθαρρύνεται να προσπαθήσει να κάνει αλλαγές στα σημεία που υπάρχει το πρόβλημα, καθώς και να δοκιμάσει νέους τρόπους – στρατηγικές που θα συμβάλλουν στην αλλαγή. Ο θεραπευτής προσπαθεί να κρατήσει το βουλιμικό άτομο συγκεντρωμένο, προκειμένου να εφαρμόσει τις τεχνικές και αποφεύγει να δίνει συμβουλές στον ασθενή ή να κάνει ερμηνείες.

Στο τρίτο στάδιο τέλος τίθεται θέμα τερματισμού. Στις τελευταίες 3 – 4 συνεδρίες γίνεται ανασκόπηση και αξιολόγηση της προόδου και αναλύονται θέματα όπως τα σχέδια που έχει ο ασθενής για το μέλλον, οι προσδοκίες του για μελλοντικές αλλαγές και θέματα που αφορούν τον χειρισμό της υποτροπής του.

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία είναι το ίδιο αποτελεσματική όπως και η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, όμως έχει διαφορετική ανταπόκριση και λειτουργεί με διαφορετικούς

μηχανισμούς στην ψυχογενή βουλιμία. Η συνεχής βελτίωση του ασθενούς μετά το τέλος της θεραπείας και το γεγονός ότι δίνεται έμφαση σε άλλα θέματα εκτός από την ενασχόληση με το βάρος και το φαγητό, δείχνει ότι δρα έμμεσα σε αντίθεση με την γνωσιακή ψυχοθεραπεία. Είναι πιθανό η βελτίωση των συνθηκών της ζωής του ασθενούς και η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων, με την παράλληλη ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, επιτρέπουν στον ασθενή να δοκιμαστεί και να εγκαταλείψει την παθολογική εμπλοκή που έχει με τον έλεγχο του σωματικού βάρους και του φαγητού. Αντιθέτως η γνωσιακή ψυχοθεραπεία εστιάζεται στον έλεγχο του σωματικού βάρους του ασθενούς και στην ενασχόλησή του με αυτό και λειτουργεί ευθέως σε αυτό. (Palmer, 2000)

Μια δεύτερη ψυχοθεραπεία που χρησιμοποιείται στη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών είναι η υποστηρικτική εκφραστική θεραπεία. Πρόκειται για μια έμμεση ερμηνευτική θεραπεία, στην οποία δε δίνεται κάποια συγκεκριμένη συμβουλή. Οι διατροφικές διαταραχές θεωρούνται ως καλυμμένα βαθύτερα διαπροσωπικά προβλήματα. Διαφοροποιείται από την διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, η οποία επικεντρώνεται στο εδώ και στο τώρα, στο ότι σε αυτή διερευνάται το παρελθόν για να εξαλείψει διαπροσωπικές δυσκολίες και ένα βασικό συγκρουσιακό θέμα σχέσεων εδραιώνεται. Όπως και στη διαπροσωπική θεραπεία και εδώ ενθαρρύνεται η έκφραση των συναισθημάτων και σε αυτό το σημείο η υποστηρικτική εκφραστική θεραπεία έχει κάποια κοινά με τη διαπροσωπική, αλλά ταυτόχρονα διαφέρει από αυτή.

Τέλος, η τρίτη κατευθυνόμενη θεραπεία είναι μια έμμεση θεραπεία στην οποία δε δίνονται συγκεκριμένες συμβουλές και συνδυάζεται με αυτοπαρατήρηση της υπερφαγίας και με προηγούμενα γεγονότα ζωής.

8.2.1 ΟΙ ΟΜΑΔΕΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ένα άλλο είδος ψυχοθεραπείας το οποίο ενδείκνυται για τους ασθενείς που έχουν διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία. Η ομαδική ψυχοθεραπεία, έχει αποδειχθεί ότι είναι πολύ χρήσιμη για τους ασθενείς που έχουν ψυχογενή βουλιμία. Η ομαδική ψυχοθεραπεία που απευθύνεται σε βουλιμικούς ασθενείς συνδυάζει τα εκπαιδευτικά στοιχεία γύρω από τη διατροφή, με τις τεχνικές γνωστικής ανακατασκευής, με τις τεχνικές συμπεριφορικής τροποποίησης και με την ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία παρέχει στον ασθενή :

- α) ενδυνάμωση
- β) ανατροφοδότηση
- γ) εκπαίδευση σε νέα μοντέλα χειρισμού μιας κατάστασης
- δ) ενίσχυση στην αυτοεκτίμησή του και στα συναισθήματα ελέγχου του, μέσα από την ενεργό συμμετοχή του στην ομάδα. Υπάρχουν πολλά είδη ομάδων ψυχοθεραπείας για τους ασθενείς που έχουν ψυχογενή βουλιμία ή ανορεξία όπως είναι: η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή/συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, η ψυχοεκπαιδευτική ψυχοθεραπεία, η συστηματική βραχυπρόθεσμη θεραπεία, οι ομάδες αυτοβοήθειας, καθώς και οι θεραπείες που προσανατολίζονται στον εθισμό. Όλες οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί ως σήμερα, σχετικά με την ατομική ψυχοθεραπεία και την ομαδική ψυχοθεραπεία έχουν δείξει ότι οι ομάδες ψυχοθεραπείας, είναι αποτελεσματική θεραπεία και έχουν τα ίδια αποτελέσματα με την ατομική ψυχοθεραπεία.

Η καταλληλότητα ενός ασθενούς να συμμετάσχει σε μια ομάδα ψυχοθεραπείας εξαρτάται από κάποιους παράγοντες όπως είναι:

- α) το κίνητρο του ασθενούς να κάνει θεραπεία
- β) αν έχει κάνει θεραπεία στο παρελθόν
- γ) αν υπάρχει συννοσηρότητα της ψυχογενούς βουλιμίας με άλλες διαταραχές.

Επίσης η ηλικία των μελών της ομάδας, είναι άλλος ένας παράγοντας που εξετάζεται από τους ειδικούς για την σύνθεση της θεραπευτικής ομάδας. Οι ειδικοί έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς των ομάδων που είναι μαθητές λυκείου ασχολούνται περισσότερο με θέματα της εφηβείας, ενώ οι ασθενείς των ομάδων που είναι φοιτητές και οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες, ασχολούνται περισσότερο με θέματα όπως είναι ο γάμος, η καριέρα και οι απολαύσεις της ζωής. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω οι ειδικοί μέσα στη θεραπευτική ομάδα θέτουν και τα ανάλογα θέματα.

Μια ομάδα ψυχοθεραπείας καλό είναι να έχει ομοιογένεια δηλαδή όλα τα μέλη της ομάδας πρέπει να είναι άτομα που πάσχουν από βουλιμία και να μην είναι αναμειγμένα με άτομα που πάσχουν από ανορεξία. Σε περίπτωση που σε μια ομάδα ψυχοθεραπείας συμμετέχουν βουλιμικοί και ανορεκτικοί μαζί, τότε υπάρχουν πιθανότητες να αναπτυχθούν ανάμεσά τους συναισθήματα θυμού, ζήλιας και ανταγωνισμού. Οι βουλιμικοί ασθενείς πιθανόν να θεωρήσουν ότι οι ανορεκτικοί είναι πιο πετυχημένοι από τους ίδιους και οι ανορεκτικοί να θεωρήσουν ότι οι ίδιοι έχουν λιγότερο σοβαρό πρόβλημα σε σχέση με τους βουλιμικούς. Συνήθως οι βουλιμικοί προτιμούν να συζητούν τα συναισθήματα ντροπής, αμηχανίας, καθώς και τα συμπτώματά τους με άτομα που αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα. Έχει αναφερθεί από ορισμένους ειδικούς ότι οι βουλιμικοί ασθενείς, που συμμετείχαν σε αναμειγμένες ομάδες με ανορεκτικούς, ένιωθαν φοβισμένοι από το θέαμα των πολύ αδύνατων ανορεκτικών ασθενών. Το γεγονός αυτό μπορεί να μεγιστοποιήσει το συναίσθημα απέχθειας που έχουν οι βουλιμικοί για τον εαυτό τους.

Γενικότερα η ομαδική ψυχοθεραπεία ενδείκνυται για τους βουλιμικούς κάθε ηλικίας και τα πλεονεκτήματά της όπως είναι η ενστάλαξη της ελπίδας, η καθολικότητα, η ομαδική συνοχή και η προσωπική μάθηση ενισχύονται στους συγκεκριμένους ασθενείς, ενώ παράλληλα μειώνεται η κοινωνική απομόνωσή τους και αποξένωσή τους. (Polivy J / Federoff, 1987)

8.3 Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η οικογενειακή θεραπεία στη βουλιμία διαρκεί μεγάλο διάστημα, με μέσο όρο 37 συνεδρίες σε διάστημα 9 μηνών. Οι οικογενειακοί θεραπευτές στα πλαίσια της θεραπείας θέτουν ως στόχο να βοηθήσουν τα μέλη της οικογένειας να αλλάξουν τα σχήματα αλληλεπίδρασης που συντελούν στην ανάπτυξη των συμπτωμάτων της βουλιμίας και να αναπτύξουν νέες εναλλακτικές συμπεριφορές. Πριν την επιλογή οποιουδήποτε θεραπευτικού σχήματος, ο θεραπευτής εξετάζει τις αρχές και τις αξίες με τις οποίες λειτουργεί η οικογένεια. Αρχικά διερευνά αν η συμπτωματική συμπεριφορά του ασθενή, εξυπηρετεί κάποια προσαρμοστική λειτουργία μέσα στο οικογενειακό σύστημα. Έπειτα μελετά τη δομή της οικογένειας και την επικοινωνία μεταξύ των μελών της, παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την θεραπευτική προσέγγιση που θα επιλεγεί. Για παράδειγμα, οι πιο ενεργοί και έμμεσοι θεραπευτικοί τρόποι απαιτούνται για ασθενείς που προέρχονται από αποσυνδεδεμένα και χαοτικά οικογενειακά περιβάλλοντα, ενώ οι λιγότερο ενεργοί τρόποι θεραπείας

ενδείκνυνται για ασθενείς προερχόμενους από εμπλεκόμενες και υπερπροστατευτικές οικογένειες.

Ανάλογα με τη χρονική στιγμή που θα γίνει η θεραπευτική παρέμβαση το θεραπευτικό μοντέλο χωρίζεται σε 3 στάδια:

A) Στο σχηματισμό πλαισίου αλλαγής

B) Στην καταπολέμηση των λανθασμένων τρόπων επικοινωνίας και στην καλλιέργεια εναλλακτικών συμπεριφορών

Γ) Στην σταθεροποίηση της αλλαγής.

Πρώτο στάδιο: Έχει παρατηρηθεί ότι στις περισσότερες οικογένειες των βουλιμικών, όλα τα μέλη της οικογένειας αναμιγνύονται στον τρόπο διατροφής του ατόμου και το ελέγχουν τι και πόσο τρώει. Η υπερβολική ενασχόληση με το φαγητό του βουλιμικού ατόμου, είναι μια τακτική της οικογένειας και του ατόμου να παραβλέπουν πιο σοβαρά θέματα. Το φαγητό αποτελεί μια διαδικασία μέσα από την οποία μπορούν τα μέλη της οικογένειας με έμμεσο τρόπο να εκδηλώνουν τα συναισθήματά τους και να αναμειγνύονται ο ένας στη ζωή του άλλου. Ο θεραπευτής προσπαθεί να διακόψει αυτή την υπερβολική ανάμιξη του ενός στη ζωή του άλλου, υπενθυμίζοντας στο άτομο ότι θα πρέπει να αποβάλλει τα συμπτώματα βουλιμίας του, μόνο όταν είναι σίγουρος ότι μπορεί να αντιμετωπίσει τα συνεπακόλουθα μιας τέτοιας αλλαγής. Το άτομο θα αποκτήσει τον έλεγχο των συμπτωμάτων της βουλιμίας μόνο αν αποκτήσει τον έλεγχο της ζωής του και των σχέσεων του. Γενικότερα, η βουλιμική συμπεριφορά αποτελεί κομμάτι του ασθενούς και η πρώτη φάση της θεραπείας αφορά το να επιτευχθεί η συνεργασία της οικογένειας. Για να γίνει αυτό τονίζονται οι κίνδυνοι της κατάστασης του ασθενούς. Επίσης ο θεραπευτής καλεί τον ασθενή να σκεφτεί τι θα συμβεί αν αποκόψει αυτό το κομμάτι της βουλιμικής συμπεριφοράς του και να συζητήσει τους φόβους του για την ανικανότητα του να υποστηρίξει τον εαυτό του και να ελέγξει την όρεξή του.

Δεύτερο στάδιο: Με την παγίωση των θεμάτων του 1^{ου} σταδίου, όταν ο θεραπευτής αισθανθεί ότι υπάρχει ενδιαφέρον από την οικογένεια για αλλαγή, ξεκινά την προσπάθεια να καταπολεμήσει την προβληματική αλληλεπίδρασή τους και τις λανθασμένες ιδέες και αξίες τους. Στη δεύτερη φάση της θεραπείας συζητιέται η οργάνωση της οικογένειας, με ιδιαίτερη έμφαση στο τρόπο με τον οποίο είναι οργανωμένη η οικογένεια γύρω από τη συμπτωματική συμπεριφορά του ασθενή.

Σε μια συνάντηση όπου παραβρίσκονται όλα τα μέλη της οικογένειας, χρησιμοποιώντας κάποιο θέμα για συζήτηση, ο θεραπευτής τους φέρνει σε αντιπαράθεση. Αν προκύψει μια σύγκρουση του βουλιμικού ατόμου με τον πατέρα ή την μητέρα, ο θεραπευτής διατηρεί τη σύγκρουση. Επίσης, δεν τους αφήνει να αλλάξουν θέμα, δεν επιτρέπει στα υπόλοιπα μέλη να αναμειχτούν στη σύγκρουση και δεν επιτρέπει την ανώριμη αποχώρηση του ενός από τους δυο. Αντιθέτως τους προκαλεί να συγκρουστούν και να αλληλεπιδράσουν με νέους τρόπους, βοηθώντας ο ένας να αλλάξει ο άλλος, αφού πρώτα προσπαθήσουν να αλλάξουν τον εαυτό του. Γενικότερα στο δεύτερο στάδιο της θεραπείας, η οικογένεια βοηθιέται να αναπτύξει τις σχέσεις της, να μειώσει τα επίπεδα προστασίας της και να αφήσει το άτομο να φύγει από το σπίτι.

Τρίτο στάδιο: Κατά το τρίτο στάδιο της θεραπείας το άτομο καθοδηγείται να βρει και να διατηρήσει εξωοικογενειακές σχέσεις με άλλα άτομα και να καταπολεμήσει την προηγούμενη συμπεριφορά. (Swartz R. Barrett, M.Saba G, 1985)

Τέλος πολλές παρεμβάσεις χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν την οικογένεια να αλλάξει, δίνοντας έμφαση στη συμπεριφορά τους προς τον ασθενή. Τέτοιες παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν:

α) **την ενίσχυση του υποσυστήματος των γονέων**, όπου δίνεται έμφαση στην ύπαρξη ξεκάθαρων -σαφών ορίων, προκειμένου ο έφηβος να έχει το δικό του χώρο. Οι οικογένειες στις οποίες κάποιο μέλος αναπτύσσει διαταραχές πρόσληψης τροφής, έχουν πολύ στενά όρια και δεν επιτρέπουν στο άτομο να εκφράσει εχθρότητα. Επίσης μπορεί να έχουν συγκεχυμένα όρια και το βουλιμικό άτομο να μη διαθέτει τη σταθερότητα που χρειάζεται για να δομήσει μια υγιή προσωπικότητα.

β) **τον διαχωρισμό της συζυγικής από την γονεϊκή θέση.**

δ) **την ενίσχυση του ρόλου του βουλιμικού μέσα στην οικογένεια.** Είναι σημαντικό να προσδιορίσουμε αν ο ασθενής υπηρετεί ένα συγκεκριμένο ρόλο μέσα στην οικογένεια και τι απαιτήσεις περιλαμβάνει, καθώς και πόσο ικανοποιημένο είναι το άτομο με το ρόλο.

Όταν προσδιορίζουμε τους ρόλους στο οικογενειακό σύστημα είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίσουμε ποιες είναι οι αναπτυξιακές προκλήσεις για κάθε μέλος της οικογένειας, ιδιαίτερα του ασθενή και των γονέων. Είναι αξιοσημείωτο ότι η ηλικία κινδύνου ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών είναι η εφηβεία και η πρώτη ενηλικίωση, μία περίοδο που οι γονείς πλησιάζουν τη μέση ηλικία. Πολλά συγκρουσιακά ζητήματα και παθολογικές εκβάσεις μπορούν να προκύψουν σ' αυτή τη περίοδο. (Τζόνσον & Ιρβινγκ, 1983). Μεταξύ των ασθενών με διατροφικές διαταραχές, οι φόβοι του αποχωρισμού που μοιράζονται από τους γονείς και από το παιδί μπορεί να λυθεί με την προϋπόθεση να θεωρηθεί το παιδί σαν "άρρωστος" ρόλος και έτσι να ενωθεί στο σύστημα της οικογένειας. (Johnson C-Connors M, 1987)

Η συμβουλευτική οικογένειας μπορεί να ενισχύσει το ρόλο του παιδιού μέσα στην οικογένεια ως εξής α) να γίνουν υποθέσεις για το πώς ένα μέλλον χωρίς Διαταραχές πρόσληψης τροφής θα ήταν διαφορετικό από ένα μέλλον όπου η ΔΠΤ θα έμενε β) ξεκαθαρίζοντας τις συζυγικές δυσκολίες και βλέποντας πως επηρεάζουν τα παιδιά και γ) με το να συμμετέχουν και τα αδέρφια σε τέτοιες καταστάσεις βοηθάει, καθώς υπάρχει συμμετοχή και άλλων στο θεραπευτικό σχέδιο.

Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να αποβεί πολύ σημαντική, γιατί μπορεί να απευθυνθεί:

1. στις ενδοοικογενειακές διαντιδράσεις, οι οποίες είναι δυνατό να συμβάλλουν στη προβληματική συμπεριφορά του ασθενή όσον αφορά τη πρόσληψη τροφής,
2. στις ενδοοικογενειακές εντάσεις που δημιουργούνται από τη συμπεριφορά αυτή και στις αλληλεπιδράσεις τους. (Scwartz R. Barrett, M. Saba G, 1985)

8. 4 ΑΛΛΕΣ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Η νευρογενής ανορεξία και η νευρογενής βουλιμία επηρεάζουν κυρίως άτομα που βρίσκονται στην εφηβεία. Δεδομένης της δυσκολίας εντοπισμού αυτών των ασθενειών σε συνδυασμό με την ιδιαιτερότητα της εφηβικής ηλικίας, παρουσιάζουν μια μεγάλη πρόκληση.

8.4.1 Η ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ.

Η ψυχοεκπαίδευση, προτείνεται ως συστατικό μέρος της γνωσιακής θεραπείας και βασίζεται στην αρχή ότι ορισμένες δυσπροσαρμοστικές αντιλήψεις του ατόμου πηγάζουν από λανθασμένη πληροφορία, ή από έλλειψη πληροφορίας. Ψυχοεκπαίδευση είναι η διαδικασία κατά την οποία παρέχεται από κάποιον ειδικό η πληροφορία στον ασθενή για τη διαταραχή του, καθώς και πληροφορίες για τις μεθόδους που είναι διαθέσιμοι για να την ξεπεράσει, με απώτερο στόχο να προωθήσει την αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενούς. Επιπλέον στόχος της ψυχοεκπαίδευσης είναι να ενθαρρυνθεί ο ασθενής ότι συμμετέχει ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία και κυρίως να καταλάβει ότι η θεραπευτική διαδικασία είναι διαθέσιμη για την ίδια και όχι για να ελέγχει το σύμπτωμα της. Αξιοσημείωτη είναι η στάση του κλινικού, ο οποίος δίνει το δικαίωμα στον ασθενή να ενημερωθεί και να είναι ικανός να αξιοποιήσει την πληροφορία που του δόθηκε, προκειμένου να πάρει αποφάσεις για τη θεραπεία του.

Τα θέματα που τίγονται στην ψυχοεκπαίδευση είναι τα εξής:

- α) η πολυπαραγοντική φύση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Στις ομάδες ψυχοεκπαίδευσης γίνονται διδασκαλίες που αφορούν τους παράγοντες των διαταραχών πρόσληψης τροφής και οι ασθενείς ενθαρρύνονται να αξιολογήσουν τη δική τους κατάσταση. Είναι σημαντικό για τους ασθενείς να καταλάβουν ότι οποιοσδήποτε παράγοντας συνέλαβε στην έναρξη εκδήλωσης της ψυχογενούς βουλιμίας ή ανορεξίας μπορεί να είναι διαφορετικός από αυτόν που τη διατηρεί.
- β) οι ιατρικές επιπλοκές και οι επιπτώσεις από την κατάχρηση διουρητικών, καθαρτικών και των εμετών. Είναι πολύ σημαντικό για τους βουλιμικούς ασθενείς να καταλάβουν ότι η χρήση των καθαρτικών και των διουρητικών, προκαλεί επιπλοκές στην υγεία τους και είναι ένας αναποτελεσματικός τρόπος να ελέγξουν το βάρος τους.
- γ) οι επιπτώσεις της αυστηρής δίαιτας στον οργανισμό των ασθενών.
- δ) παρέχονται βασικές πληροφορίες που αφορούν τη διατροφή τους. Αναλύονται οι μύθοι γύρω από τη διατροφή και οι ασθενείς ενθαρρύνονται να καταναλώνουν κανονική ποσότητα φαγητού (1.900-2.200) θερμίδες την ημέρα και να σχεδιάζουν τα γεύματά τους.
- ε) οι κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες και θέματα που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος λ.χ διεξάγονται διαλέξεις για τον τρόπο που τα μέσα μαζικής ενημέρωσης χρησιμοποιούν το γυναικείο σώμα.

Η ψυχοεκπαίδευση γίνεται σε ομάδες με πολλά μέλη και μπορεί να συνδυαστεί με την ατομική και την ομαδική ψυχοθεραπεία. Μέσα από την ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση, τα μέλη της ομάδας παίρνουν το μήνυμα ότι τα ίδια είναι υπεύθυνα για την θεραπεία τους. Το γεγονός αυτό αυξάνει το κίνητρο του ασθενούς για αλλαγή και μειώνει την άμυνα των ασθενών περίπου πάνω από 50%. Οι ομάδες ψυχοεκπαίδευσης απευθύνονται στους γονείς και στους συζύγους των ασθενών, καθώς και στους έφηβους που είναι βουλιμικοί και παρέχεται εκπαιδευτικό υλικό, λ.χ για τα συστήματα-υποσυστήματα της οικογένειας, φωτογραφίες, slides. (Marion D. Olmsted, Allan S. Kaplan, 1995 σελ 299)

8.4.2 Η ΔΙΑΛΕΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η διαλεκτική θεραπεία της συμπεριφοράς, βασίζεται στην γνωσιακή θεραπεία και απευθύνεται σε άτομα που έχουν διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων της συμπεριφοράς (αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, κατάχρηση ουσιών) καθώς και σε ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής, οι οποίοι έχουν παρορμητική συμπεριφορά και είναι επιρρεπείς στην ανάπτυξη ουσιοεξαρτήσεων. Η διαλεκτική θεραπεία διαρκεί 1 χρόνο και ο ασθενής συμμετέχει σε τρεις θεραπευτικές δραστηριότητες:

- α) στις εβδομαδιαίες συνεδρίες με έναν ατομικό θεραπευτή,
- β) στις εβδομαδιαίες συναντήσεις της ομάδας, όπου ο ασθενής εκπαιδεύεται σε δεξιότητες και πρέπει να έχει τηλεφωνική επικοινωνία με τον θεραπευτή του, προκειμένου να τον ενημερώνει για τις δεξιότητες, για τις οποίες εξασκείται στο σπίτι.
- γ) στην εβδομαδιαία συμβουλευτική της ομάδας, όπου η ομάδα συναντιέται για να συζητήσει για τα μέλη της και για το πρόγραμμα. Η διαλεκτική θεραπεία της συμπεριφοράς έχει στόχο να αυξήσει την δεξιότητα του ασθενούς να καθορίσει το συναίσθημά του. (Palmer R, Birchall H, Damani S, Gatward N, Mc Grain L, Parker L, 2003)

8.4.3 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΤΕΧΝΗΣ-ART THERAPY

Η θεραπεία μέσω τέχνης απευθύνεται σε άτομα που είναι εξαρτημένα με το αλκοόλ, με το φαγητό και με ουσίες γενικότερα. Στο εξωτερικό χρησιμοποιείται το ψυχόδραμα και η θεραπεία μέσω της τέχνης, στα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία. Οι συντονιστές αυτών των ομάδων, χρησιμοποιούν τα «στοιχεία» που τους δίνουν τα ίδια τα μέλη της ομάδας μέσα από τη διεκπεραίωση δραστηριοτήτων, προκειμένου να βοηθήσουν τα άτομα αυτά, να επανακτήσουν ψυχική ηρεμία και γαλήνη.

Ο ρόλος του θεραπευτή στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να αποκτήσουν ξανά την χαμένη προσωπικότητά τους, μέσα από τη δημιουργική αυτοέκφραση. Ο θεραπευτής μέσω της τέχνης, βοηθά τον ασθενή να επεξεργαστεί την ντροπή και την ενοχή. Το συναίσθημα της ντροπής αποτελεί παράγοντα αντίστασης και άρνησης του ασθενούς να δεχτεί θεραπεία και ο θυμός και τα δάκρυα των ασθενών, πηγάζουν συνήθως από το συναίσθημα της ντροπής. Ακόμη, καθοδηγεί, εμπνυχώνει τον ασθενή να αυτοεκφράζεται και να δημιουργεί.

Στη θεραπεία μέσω τέχνης, εφαρμόζονται διάφορα μέσα και τεχνικές, όπως είναι το ψυχόδραμα, η μουσική, ο χορός, η ζωγραφική, με τα οποία το βουλιμικό άτομο μαθαίνει να εκφράζεται και να εξωτερικεύει τα συναισθήματά του, που σχετίζονται με το τι εικόνα έχει σχηματίσει το βουλιμικό άτομο για τον εαυτό του. Μαθαίνει έτσι να εκφράζει τη ντροπή του και τα συναισθήματα ανεπάρκειας που έχει και σταδιακά μαθαίνει να διαπραγματεύεται με αυτά.

Συγκεκριμένα, η δραματοθεραπεία συμβάλλει στην «κάθαρση» των μελών της ομάδας. Η «κάθαρση» επέρχεται με την ομαδική δημιουργία θεατρικού έργου ή αυτοσχεδιασμών, στους οποίους συμμετέχουν όλοι και παίρνουν ένα ρόλο. Επίσης χρησιμοποιείται η ζωγραφική, όπου ο θεραπευτής προτείνει στους βουλιμικούς να ζωγραφίσουν ένα συναίσθημα, ή μια κατάσταση στην οικογένειά τους, η οποία τους προβληματίζει και γενικότερα θέματα που σχετίζονται με τον εσωτερικό τους κόσμο. Στη συνέχεια δείχνει το κάθε μέλος της ομάδας την ζωγραφιά του και ακολουθεί

συζήτηση και επεξεργασία με το θεραπευτή. Παρόμοιες τεχνικές εφαρμόζονται στην ποίηση και στο χορό (Johnson L,1990)

8.4.4 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η συμπεριφορική θεραπεία παραλείπει τις γνωστικές διαδικασίες και την ψυχοεκπαιδευτική θεραπεία, που παρέχεται κυρίως σε ομάδες και την εκπαίδευση-συζήτηση (συμπτωμάτων, συμπεριφοράς και κοινών προβλημάτων), και συχνά συμπεριφοριστικές περιγραφές όπως η κατανάλωση τριών γευμάτων ημερησίως. Η συμπεριφορική τεχνική περιλαμβάνει την αυτοπαρατήρηση του ασθενούς, καθώς και τον από κοινού με το θεραπευτή προγραμματισμό κάποιων στόχων. Ο ασθενής μαθαίνει σταδιακά να δίνει μικρότερη σημασία στο βάρος του και να μειώνει σιγά σιγά τα επεισόδια υπερφαγίας, που λειτουργούν σαν αναπληρώσεις για άλλα ελλείμματα της ζωής του. Στη συνέχεια μπορεί να ανταμείβει τον εαυτό του για την προσπάθεια, σχεδιάζοντας γεγονότα που προκαλούν ευχαρίστηση στον ίδιο. Μπορεί ακόμη να ασκείται αν το επιθυμεί. Στη πορεία μπορεί να δοκιμάσει να τρώει πιο φυσιολογικά ελαχιστοποιώντας τα υπερφαγικά επεισόδια, μέχρις ότου φτάσει στο επίπεδο να τρώει πλέον σε κανονικούς ρυθμούς. Εφόσον έχει υιοθετήσει σταδιακά ένα διαφορετικό τρόπο διατροφής, μπορεί έπειτα να αφήνει τον εαυτό του να εκτίθεται κατά καιρούς στη θέα του πολύ φαγητού, ώστε να βλέπει πόσο μπορεί να ελέγξει τις παλιές του συνήθειες. Αν το πετύχει, αρχίζει να αποκτά μια αυτοπεποίθηση για τον εαυτό του ότι μπορεί να ξεπεράσει το πρόβλημά με το φαγητό. Τελικός στόχος είναι να μπορέσει ο ασθενής να ηρεμήσει και να καταφέρει να χειριστεί το άγχος.(Gilbert S,2000)

Αυτή η θεραπεία (ERP)έγινε γνωστή από τον Rosen&Leitenberg και βασίζεται στο μοντέλο άγχους της νευρογενούς βουλιμίας στο οποίο τη υπερφαγία χρεώνεται σε αυξημένο άγχος, το οποίο τελικά απελευθερώνεται με την εκκένωση. Για αυτό εδώ η εκκένωση θεωρείται ότι διατηρεί την υπερφαγία με την έννοια ότι ανακουφίζει από το άγχος. Παρόλο που οι θεραπευτικές διαδικασίες ποικίλλουν μεταξύ των μελετών, οι ασθενείς φέρνουν ή τους σερβίρεται μεγάλη ποσότητα φαγητού κατά τις θεραπευτικές συνεδρίες και δίνεται χρόνος στο άγχος(και η επιθυμία να προκαλέσουν εκκένωση) να εξαλειφθεί μόλις καταναλωθεί το φαγητό.

8.4.5 Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Συνήθως η θεραπεία θα γίνει σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο. Πολλοί ασθενείς όμως μπορεί να χρειασθούν νοσηλεία. Ενδείξεις για νοσηλεία είναι σοβαρή απώλεια βάρους, (π.χ πάνω από 30%) και απίσχνανση, η παρουσία υπότασης, υποθερμίας ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών, παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού ή ψύχωσης, αποτυχία της εξωνοσοκομειακής θεραπείας.

Η θεραπευτική προσέγγιση βασικά είναι ένας συνδυασμός θεραπείας συμπεριφοράς και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας. Ο στόχος της θεραπείας της συμπεριφοράς είναι να αποκατασταθεί ο φυσιολογικός τρόπος λήψης τροφής. Στο νοσοκομείο αυτό σημαίνει τη λήψη Πρωτοκόλλου, ώστε τα βουλιμικά άτομα να ελαττώνουν καθημερινά τον αριθμό των προκλητών εμετών. Έτσι οι ασθενείς ζυγίζονται καθημερινά, η πρόσληψη και η απέκκριση υγρών μετριέται, υπάρχει στενή

παρατήρηση(ακόμη και στη τουαλέτα), μέχρι και δύο ώρες μετά τα γεύματα, για να αποτραπεί ο τεχνητός εμετός. Γενικά αρχίζουμε με δίαιτα που παρέχει 500 περίπου θερμίδες περισσότερες από αυτές που απαιτούνται για να διατηρηθεί το τωρινό βάρος των ασθενών και αυξάνουμε τις θερμίδες σιγά-σιγά μοιράζοντας την τροφή σε πολλά μικρά γεύματα (π.χ 6 την ημέρα). Σε άτομα με μεγάλη ελάττωση βάρους μπορεί να χρειαστεί σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα, όπως και προσεκτική διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Κατά την οξεία φάση, λοιπόν, η θεραπεία συμπεριφοράς και η υποστήριξη του ασθενή είναι η προσέγγιση επιλογής συνεπικουρούμενη ενδεχομένως από τη φαρμακευτική αγωγή.

Η θεραπεία απαιτεί μακροχρόνιο προγραμματισμό. Εισαγωγή σε νοσοκομείο πρέπει να γίνεται μόνο στις έντονες φάσεις της νόσου (κίνδυνος αυτοκτονίας ή σημαντικών επιπλοκών), ενώ η κυρίως προσπάθεια θα πρέπει να απευθύνεται στις ψυχολογικές ανάγκες του παιδιού και της οικογένειάς του. Παρόλο ότι ορισμένα φάρμακα μπορούν να καταστείλουν τη πείνα και να ελαττώσουν τη συχνότητα των βουλιμικών επεισοδίων, καλό είναι να μη χρησιμοποιούνται, λόγω του μεγάλου κινδύνου εθισμού, εξάρτησης και κατάχρησής τους. (Μάνος Ν,1988)

8.4.6 Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Είναι γεγονός ότι έχει δοκιμαστεί ένας μεγάλος αριθμός φαρμάκων για τη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας. Έχει αποδειχθεί από τους ερευνητές ότι η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων συμβάλλει στη μείωση των κρίσεων υπερφαγίας, της καθαρτικής συμπεριφοράς και της κατάθλιψης που έχουν οι βουλιμικοί ασθενείς. Επίσης με τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, βελτιώνεται η διάθεση, η αίσθηση ελέγχου στο φαγητό και μειώνεται η ενασχόληση με το φαγητό.

Έξι διπλές μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε 200 βουλιμικούς ασθενείς, έδειξαν ότι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα, μειώνουν κατά μέσο όρο 69% τα επεισόδια υπερφαγίας και τους αυτοπροκαλούμενους εμετούς και το 24% των ασθενών δεν εμφάνιζαν βουλιμικά συμπτώματα την τελευταία εβδομάδα της θεραπείας.

Η χορήγηση της Φλουοξετίνης μειώνει κατά 50% τα επεισόδια υπερφαγίας και τους εμετούς και είναι αποτελεσματική όταν χορηγείται σε δόση πάνω από 60mg. Η Τραζοδόνη έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα στη μείωση των βουλιμικών συμπτωμάτων και η Βουπροπίονη αν και μειώνει 65% περίπου τα συμπτώματα υπερφαγίας, η χορήγηση της απαγορεύεται επειδή προκαλεί σπασμούς στον ασθενή. (Λύκουρας ελευθέριος, 1997)

Τα αποτελέσματα του Λιθίου στην ψυχογενή βουλιμία δεν έχουν εξακριβωθεί επαρκώς, διότι δεν έχουν διεξαχθεί διπλές τυφλές μελέτες για την δράση της χορήγησης του στη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας. Έχει αποδειχθεί όμως ότι προκαλεί παρενέργειες όπως ναυτία και φαγούρα.

Η αντικαταθλιπτική δράση του φαρμάκου, είναι το ίδιο πιθανό να εκδηλωθεί, είτε ο ασθενής παρουσιάσει στην αρχή κατάθλιψη είτε όχι. Αν και τα αποτελέσματα της χορήγησης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στους βουλιμικούς είναι θετικά, έχει αποδειχθεί ότι δεν έχουν μεγάλη διάρκεια. Μια έρευνα η οποία διεξήχθη από την ερευνητική ομάδα του Timothy Walsh μελέτησε τις μακροχρόνιες συνέπειες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Η συγκεκριμένη έρευνα αποδεικνύει ότι τα αντικαταθλιπτικά έχουν περιορισμένη ευεργετική δράση. Αν και η συχνότητα των

βουλιμικών επεισοδίων μειώνεται στο άμεσο μέλλον οι περισσότεροι άνθρωποι συνεχίζουν σε μεγάλο βαθμό να παρουσιάζουν συμπτώματά της. (Fairburn C, 1995)

8.4.6.1 Πολυδιάστασιακή μετανάλυση της φαρμακοθεραπείας για την ψυχογενή βουλιμία.

Οι Ora Nakash – Eisikovits, Amy Dierberger και Drew Western εξέτασαν τα αποτελέσματα των ελεγχόμενων κλινικών μελετών φαρμακοθεραπειών για την ψυχογενή βουλιμία που είχαν διεξαχθεί από το 1980 ως το 1999 και κατέληξαν σε αρκετά συμπεράσματα. Οι παραπάνω ειδικοί χρησιμοποίησαν στην έρευνα τους μια πολυδιάστατη μετανάλυση-μια μέθοδο για να συγκεντρώσουν ποικίλους κλινικά σημαντικούς δείχτες έκβασης των φαρμακοθεραπειών που είχαν εφαρμοστεί σε όλες τις μελέτες. Ερεύνησαν 16 μελέτες που περιλάμβαναν φαρμακολογικές θεραπείες, καθώς και μελέτες που περιλάμβαναν ένα συνδυασμό φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας. Τα αποτελέσματα των κύριων αναλύσεων των ειδικών, προέρχονται από τις 16 μελέτες στις οποίες συμμετείχαν 918 ασθενείς.

Σύμφωνα με τις κύριες αναλύσεις διαπιστώθηκε ότι η φαρμακοθεραπεία για την ψυχογενή βουλιμία, αποφέρει μέτρια αρχική επίδραση. Ακόμη αποδείχτηκε ότι οι αναστολείς της μονοαμινοαξειδωσής (MAOI) απέφεραν μεγαλύτερα ποσοστά ανάρρωσης 35% για τα επεισόδια υπερφαγίας, από ότι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, οι οποίοι απέφεραν 19% και τα άτυπα αντικαταθλιπτικά (τροζαδόνη, βουπροπιόνη) που απέφεραν 20%. Ακόμη οι μελέτες των τρικυκλικών έδειξαν ότι είχαν υψηλότερα ποσοστά βελτίωσης ή ανάρρωσης, 94% για τα επεισόδια κρίσεων υπερφαγίας, συγκριτικά με τους αναστολείς πρόσληψης σεροτονίνης (SSRI), οι οποίοι απέφεραν 54% βελτίωση/ανάρρωση και με τους αναστολείς της μονοαμινοαξειδωσής, οι οποίοι απέφεραν 41% βελτίωση /ανάρρωση στα επεισόδια υπερφαγίας.

Συνολικά από τους ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία το 23% σταμάτησε τις κρίσεις υπερφαγίας και το 28% των ασθενών σταμάτησε την καθαρτική συμπεριφορά. Τα ποσοστά ανάρρωσης ή βελτίωσης των ασθενών ήταν 57% για τα επεισόδια υπερφαγίας, 45% για τα επεισόδια καθαρτικής συμπεριφοράς και το 33% για τα επεισόδια υπερφαγίας και καθαρτικής συμπεριφοράς μαζί.

8.4.6.2 Συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας.

Από τις 9 έρευνες συνδυασμένης φαρμακολογίας και ψυχοθεραπείας που μελετήθηκαν βγήκαν τα εξής συμπεράσματα:

α) οι συνδυασμένες θεραπείες απέφεραν ένα μικρό πλεονέκτημα ($d= 0,2$) έναντι της φαρμακοθεραπείας μόνο, όσον αφορά τα επεισόδια υπερφαγίας και ένα μέτριο αποτέλεσμα ($d=0,5$) όσον αφορά τα επεισόδια καθαρτικής συμπεριφοράς. ($d=$ διαφορά μεταξύ των προτυποποιημένων επιδράσεων των συνδυασμένων θεραπειών έναντι της φαρμακοθεραπείας μόνο). Επίσης οι συνδυασμένες θεραπείες έχουν μικρό – μέτριο πλεονέκτημα έναντι της ψυχοθεραπείας μόνο. ($d= 0,3$ για τα επεισόδια κρίσης υπερφαγίας και $d= 0,3$ για τα επεισόδια της καθαρτικής συμπεριφοράς). Από τους ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία το 55% σταμάτησε τις κρίσεις υπερφαγίας και την καθαρτική συμπεριφορά και όσον αφορά τους ασθενείς που δεν ολοκλήρωσαν τη θεραπεία το 39% σταμάτησε τις κρίσεις υπερφαγίας και την καθαρτική συμπεριφορά.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τις συγκεκριμένες ανασκοπήσεις της φαρμακοθεραπείας για την ψυχογενή βουλιμία έχει αποδειχθεί ότι η φαρμακοθεραπεία μόνη της αποτελεί κακή επιλογή. Μια πρόσφατη μετανάλυση των ψυχοκοινωνικών και των φαρμακολογικών θεραπειών για την ψυχογενή βουλιμία, έδειξε ότι ένας συνδυασμός της γνωσιακής θεραπείας και της φαρμακοθεραπείας, έχει καλύτερα αποτελέσματα, σε σύγκριση με τα αποτελέσματα που έχει μια θεραπεία μόνη της, για τις κρίσεις υπερφαγίας, αλλά όχι για την καθαρτική συμπεριφορά. Ο συνδυασμός των 2 αυτών θεραπειών απέφερε καλύτερα αποτελέσματα από την φαρμακοθεραπεία μόνη της στα επεισόδια της υπερφαγίας και καθαρτικής συμπεριφοράς.

Η Αμερικανική ψυχιατρική εταιρία προτείνει, να μην αποτελεί η φαρμακοθεραπεία ολόκληρη τη θεραπεία για την ψυχογενή βουλιμία. Αντίθετα η φαρμακοθεραπεία πρέπει να ενισχύει την ψυχοθεραπεία, ιδιαίτερα όταν υπάρχει συννοσηρότητα κατάθλιψης ή άγχους. Επίσης η φαρμακοθεραπεία πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 6 μήνες και να είναι ευέλικτη. Οι ασθενείς δηλαδή που δεν ανταποκρίνονται σε ένα φάρμακο είναι δυνατόν να ανταποκριθούν:

α) σε προσαρμογές στη δοσολογία των φαρμάκων

β) στην προσθήκη νέων φαρμάκων

γ) στην αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής και στην εισαγωγή νέων φαρμακοθεραπειών. (Nakash O-Eisikovits, Dierberger A, Western D, 2003)

8.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Ο όρος «αυτοβοήθεια» αναφέρεται στις ατομικές προσπάθειες που καταβάλλει ο ασθενής για να θεραπευτεί, χρησιμοποιώντας βιβλία, ή άλλο υλικό χωρίς τη βοήθεια του θεραπευτή. Πολύ συχνά σε αυτή την προσπάθεια συμμετέχει και κάποιος ειδικός, ο οποίος καθοδηγεί τον ασθενή στις ατομικές του προσπάθειες. Η συγκεκριμένη διαδικασία ονομάζεται « καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια ». Τα βιβλία αυτοβοήθειας περιλαμβάνουν θέματα που συνδέουν την οικογένεια, την κακοποίηση, το φεμινισμό με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής και τη θεραπεία τους. Επίσης βασίζονται στη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία . Ο ασθενής μπορεί να διαβάσει τα εγχειρίδια αυτοβοήθειας μόνος του, ή με την καθοδήγηση και τη στήριξη ειδικού θεραπευτή.

Στο εξωτερικό, έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες που έδειξαν ότι η χορήγηση εγχειριδίων αυτοβοήθειας στους βουλιμικούς ασθενείς, συμβάλλει στη θεραπεία τους. Τα βιβλία αυτοβοήθειας περιέχουν τεχνικές από τη γνωσιακή συμπεριφορική θεωρία, οι οποίες συμβάλλουν στην ενδυνάμωση του βουλιμικού ατόμου. Οι βουλιμικοί ασθενείς συνηθίζουν να κρατούν μυστικό το πρόβλημά τους και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην δέχονται εύκολα θεραπεία. Τα εγχειρίδια αυτοβοήθειας παρέχουν μια αρχική θεραπεία και αποτελούν ένα μέσο να ξεπεράσουν οι βουλιμικοί το πρόβλημά τους, δίνοντάς τους κίνητρα να κάνουν αλλαγές στη συμπεριφορά τους. Επίσης , η θεραπεία της αυτοβοήθειας καθοδηγούμενης ή μη είναι πιο οικονομική σε σχέση με τις υπόλοιπες θεραπείες. (C.G Fairburn- Jacqueline C.Carter, 1997)

Στα εγχειρίδια αυτοβοήθειας μπορούν να ανταποκριθούν οι βουλιμικοί ασθενείς που δεν είναι οξύ περιστατικά. Τα περιστατικά που δεν μπορούν να ανταποκριθούν στα εγχειρίδια αυτοβοήθειας, είναι αυτά τα οποία είχαν στο παρελθόν ψυχογενή ανορεξία ,εκδήλωναν συχνότερα επεισόδια υπερφαγίας, ανησυχούσαν πιο έντονα για

το σχήμα και το βάρος του σώματος τους, και υπήρχε συνοσηρότητα με τη διαταραχή προσωπικότητας.

Οι Cooper και οι συνάδελφοί του, χορήγησαν σε βουλιμικούς ασθενείς για 4 μήνες εγχειρίδια αυτοβοήθειας, που βασίζονταν σε γνωσιακές-συμπεριφορικές οδηγίες και κατάφεραν να μειώσουν τη συχνότητα των επεισοδίων υπερφαγίας και εμετών. Επίσης ο Mitchel και οι συνάδελφοι του βρήκαν ότι ο συνδυασμός της φλουοξετίνης και του εγχειριδίου αυτοβοήθειας έχει καλύτερα αποτελέσματα στους βουλιμικούς από ότι μπορεί να φέρει η φλουοξετίνη μόνη της.

Επίσης πρόσφατα διεξήχθη έρευνα από την Jacqueline C.Carter και τους συναδέλφους της, η οποία είχε σκοπό να εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα του γνωσιακού- συμπεριφορικού εγχειριδίου στους βουλιμικούς ασθενείς, που περίμεναν σε λίστα για να παρακολουθήσουν θεραπεία σε μια κλινική ενός ειδικού νοσοκομείου. Στην συγκεκριμένη έρευνα έλαβαν μέρος 85 γυναίκες που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια DSM- IV. Οι 85 γυναίκες συμμετείχαν σε μια από τις 3 πειραματικές συνθήκες για 8 εβδομάδες. α) Μια ομάδα γυναικών διάβασε το βιβλίο "Overcoming the binge eating". Τα εγχειρίδια περιλάμβανε γνωσιακές τεχνικές. β) Η δεύτερη ομάδα γυναικών διάβασε ένα εγχειρίδιο με τίτλο "Self-assertion for women" που σχεδιάστηκε για να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση των γυναικών και είχε ανάλογες τεχνικές. γ) Η τρίτη ομάδα περίμενε για θεραπεία χωρίς να τους χορηγήσουν εγχειρίδια αυτοβοήθειας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις με τα εγχειρίδια αυτοβοήθειας, έχουν μέτρια αποτελέσματα, στα αρχικά συμπτώματα συμπεριφοράς, των επεισοδίων υπερφαγίας και της καθαρτικής συμπεριφοράς. Οι αλλαγές που παρατηρήθηκαν οφείλονται στο γεγονός ότι και τα δυο εγχειρίδια έφεραν μέτρια αποτελέσματα μέσα από διαφορετικούς μηχανισμούς. Το γνωσιακό εγχειρίδιο αυτοβοήθειας περιλάμβανε τεχνικές που απευθύνονταν ευθέως στα συμπτώματα των βουλιμικών ασθενών. Το μη ειδικό εγχειρίδιο αυτοβοήθειας για τα συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας επέφερε έμμεσα, αποτέλεσμα σχετικά με τις αλλαγές στις διαπροσωπικές δεξιότητες. Τα παραπάνω αποτελέσματα ενισχύουν την ιδέα να διανέμονται εγχειρίδια αυτοβοήθειας, στους ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, που βρίσκονται σε αναμονή για θεραπεία.(Carter, J. - Olmsted M, Kaplan A, McCube R, Mills J, Aime A, 2003)

8.6 ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Το σχολείο μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη ανάρρωση του βουλιμικού ή ανορεκτικού ατόμου και για την αποτελεσματική θεραπεία απαιτείται η συνεργασία των εκπαιδευτικών, των γονέων και της θεραπευτικής ομάδας. Μέσα στο σχολείο ο εκπαιδευτικός μπορεί

- α) να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση του παιδιού
- β) να ενθαρρύνει τις αλληλεπιδράσεις-την συναναστροφή του ανορεκτικού-βουλιμικού ατόμου με τους συνομήλικους του και
- γ) να κατανοήσει τις ατομικές ανάγκες που έχει το παιδί όσον αφορά τη μόρφωσή του.

Εκτός αυτών ο εκπαιδευτικός δε θα πρέπει να υπερεκτιμά την ακαδημαϊκή επιτυχία και να τη βάζει πάνω από την ατομική προσπάθεια και επίσης δε πρέπει να ενθαρρύνει τον ανταγωνισμό μεταξύ των συμμαθητών. (Lask B & Rachel Bryant-Waugh, 2000)

8.7 ΟΙ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΛΗΡΕΙ Ο ΒΟΥΛΙΜΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Τα βασικά στοιχεία που θα πρέπει να διαθέτει ο βουλιμικός προκειμένου να έχει μια αποτελεσματική θεραπεία είναι τα εξής:

Αναγνώριση

Το πρώτο βήμα για να θεραπευτεί μια δυσλειτουργία είναι η αναγνώριση της. Αν το άτομο που πάσχει από βουλιμία συνειδητοποιήσει ότι έχει πρόβλημα θα είναι πιο συνεργάσιμο με το θεραπευτή του προκειμένου να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα από κοινού. Είναι πολύ πιο εύκολο να βοηθηθεί κάποιος με ανορεξία ή βουλιμία αν το πρόβλημα εντοπιστεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα. Όσο παραμένει ανεπίλυτο τόσο χειρότερο τείνει να γίνει και τόσο πιο δύσκολο θα είναι να μπορέσει να βοηθηθεί.

Αναφορά

Μόλις το πρόβλημα αναγνωριστεί, η/ο ασθενής πρέπει να εξεταστεί από ψυχίατρο ή ψυχολόγο που να έχει εμπειρία σε αυτές τις διαταραχές. Ο οικογενειακός γιατρός θα ξέρει με ποιους ειδικούς να επικοινωνήσει για να βοηθήσει τον ασθενή που έχει βουλιμία. (<http://www.rpsych.ac.uk/info/help/anor>)

Με τη συστηματική υποστήριξη από ειδικούς και τα άτομα του κοντινού περιβάλλοντος καθώς και με την εξατομίκευση και την ενεργό συμμετοχή του ασθενή σε κάθε στάδιο της διαδικασίας, είναι εφικτό μεσοπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα να υπάρξει πλήρης διαλεύκανση και κατανόηση των αιτιών του προβλήματος από το ίδιο το άτομο, αποκατάσταση της γενικότερης κατάστασής του και κατ' επέκταση στην πλήρη αντιμετώπιση του προβλήματος. Είναι απαραίτητη η συμμετοχή του βουλιμικού ασθενούς στη θεραπεία, προκειμένου να επιτευχθεί ένα θετικό αποτέλεσμα. Ο βουλιμικός ασθενής πρέπει να είναι ειλικρινής με το θεραπευτή του και να του αναφέρει τις υποτροπές ή ενδεχόμενες δυσκολίες που συναντά στη θεραπεία. Η μυστικότητα και τα ψέμματα δεν βοηθούν τη θεραπευτική διαδικασία.

8.7.1 Η θεραπευτική σχέση του βουλιμικού ασθενούς με τον θεραπευτή του.

Το πρώτο πράγμα που θα κάνει ο ψυχίατρος είναι να συζητήσει αρκετή ώρα με τον ασθενή, προκειμένου ν' ανακαλύψει πότε ξεκίνησε το πρόβλημα και πώς αναπτύχθηκε. Αυτό περιλαμβάνει τη συζήτηση για πολλές πλευρές των συναισθημάτων και της ζωής της. Θα πρέπει να ζυγιστεί. Ανάλογα από την απώλεια βάρους μια φυσική εξέταση και εξετάσεις αίματος μπορεί να είναι αναγκαία. Με την άδειά της ο ψυχίατρος σχεδόν σίγουρα θα θέλει να μιλήσει με φίλους της και μέλη της οικογένειάς της, για να δει πως θα μπορούσαν να διαφωτίσουν το πρόβλημα. (<http://www.rpsych.ac.uk/info/help/anor>)

Στην αρχή της θεραπείας, ο βουλιμικός ασθενής μπορεί να καταβάλλει προσπάθειες να ευχαριστήσει τον θεραπευτή του υπακούοντας σε ότι του πει π.χ να φέρνει το ημερολόγιο παρατήρησης συμπληρωμένο όποτε του το ζητά ο θεραπευτής. Στις επόμενες όμως συνεδρίες μπορεί ο ασθενής να αλλάξει ξαφνικά τη συμπεριφορά

του στον θεραπευτή και να γίνει επιθετικός, επαναστατικός, αντιδραστικός ή υποχωρητικός. Υπάρχουν στιγμές μέσα στη συνεδρία που ο ασθενής θα ικετεύει σα τρομαγμένο παιδί το θεραπευτή του να κάνει κάτι για να τον σώσει από το πρόβλημά του. Σε άλλες πάλι συνεδρίες ο βουλιμικός περιφρονεί κάθε πρόταση του θεραπευτή που έχει στόχο να τον βοηθήσει. Ο θεραπευτής μπορεί να νιώσει θυμό για τη στάση του ασθενή ή μπορεί να εξοργιστεί όταν βλέπει ότι δε συμμετέχει ουσιαστικά στη θεραπεία. (π.χ αν ο ασθενής δε φτιάξει μια εργασία που του ζητήθηκε για το σπίτι). Επίσης μπορεί ο θεραπευτής να θυμώσει όταν παραπονεθεί ο βουλιμικός για τις θεραπευτικές τεχνικές που εφαρμόζονται ή όταν δε παρευρεθεί σε μια συνεδρία που είχε καθοριστεί με ραντεβού.

Για τους παραπάνω λόγους είναι καλό από την αρχή της συνεργασίας να τεθούν όρια, καθώς και συμφωνία μεταξύ των δύο πλευρών για το πώς θα διεξάγονται οι συνεδρίες. Επίσης θα πρέπει να τεθούν οι κανόνες που θα τηρούνται σε κάθε συνεδρία, οι οποίοι θα πρέπει να είναι ξεκάθαροι και κατανοητοί στον ασθενή. Ένας τέτοιος κανόνας θα μπορούσε να είναι η από πριν ενημέρωση του θεραπευτή από τον βουλιμικό, ότι δε θα μπορέσει να παρευρεθεί σε μια συνεδρία. Τέλος μεγάλη σημασία έχει ο ρόλος της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης συναισθημάτων από τον βουλιμικό στο θεραπευτή και αντίστροφα. (Treasure J. & Schmidt Ur, 1997)

8.7.2 Οι ικανότητες του θεραπευτή

Η θεραπεία συνίσταται στο πώς θα επανέλθει το άτομο σε ένα φυσιολογικό μοντέλο διατροφής. Ο σκοπός είναι να διατηρήσει ένα σταθερό βάρος σε τρία γεύματα την ημέρα σε συγκεκριμένες ώρες, χωρίς να πεινάει ή να κάνει εμετούς. Οι ασθενείς είναι συνήθως μεγαλύτερες σε ηλικία από τις ανορεξικές και δε μένουν σπίτι, επομένως η έμφαση πρέπει να δίνεται στο να κρατάνε ημερολόγια των άτακτων διατροφικών τους συνηθειών και να αποκτούν αυτοέλεγχο. Και πάλι πρέπει να δίνονται διαιτητικές πληροφορίες ώστε η ασθενής να μην αποθαρρύνεται παίρνοντας τόσο βάρος.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας χρειάζονται πολλές ικανότητες για να θεραπεύσουν άτομα με διαταραχές στη διατροφή. Ένας γιατρός μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση της ασθένειας και κάθε σχετικού φυσικού προβλήματος που απορρέει από αυτή. Τόσο στην ανορεξία, όσο και στη βουλιμία στρατηγικές αυτοβοήθειας μπορεί να είναι πολύ βοηθητικές. Εάν αυτή η προσέγγιση Δε πετύχει, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προτείνουν την έναρξη μιας ψυχοθεραπείας. Εάν κάποιος έχει χάσει ένα επικίνδυνο αριθμό βάρους, το πρώτο βήμα θα είναι να βοηθήσουν το άτομο ν' αρχίσει να επανακτά αυτό το βάρος προκειμένου να επιζήσει. Ψυχολογικές και ψυχοθεραπευτικές ικανότητες είναι επίσης απαραίτητες σε αυτό το έντονο ψυχικά στάδια, έτσι ώστε η ομάδα ψυχικής υγείας να είναι σε θέση ν' αρχίσει να καταλαβαίνει γιατί αναπτύχθηκε η ασθένεια και πως θα βοηθήσει το άτομο να τη ξεπεράσει. (<http://www.rcpsych.ac.uk/campaigns/cminds/leaflets/anor/anor.htm>.)

Γενικά ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος για διακυμάνσεις στη πορεία, για βραδεία σταδιακή πρόοδο, (τουλάχιστον στην αρχή της θεραπείας) και να μπορεί να κάνει χρήση νοσοκομειακής μονάδας στην οποία μπορεί να εισαχθεί ο ασθενής, αν χρειαστεί εισαγωγή.

Είναι επίσης χρήσιμο να παρατηρηθεί το γνωσιακό προφίλ του ασθενή κατά τη συνέντευξη. Πόσο συγκεκριμένη είναι η σκέψη του; Εμφανίζεται με ένα μανιακό, στοχαστικό τρόπο; Τι ικανότητες έχει για ενδοσκόπηση; Σε ποιο βαθμό μπορεί ν'

απεγκλωβιστεί από τον εαυτό του και να δει τη συμπεριφορά του από μια πιο ευρεία οπτική γωνία; Προκειμένου να προσδιοριστεί το ολικό γνωστικό προφίλ, είναι επίσης σημαντικό να εκτιμηθεί σε ποιο βαθμό έχει ο ασθενής το γνωστικά παραποιημένο χαρακτηριστικό των ασθενών με διατροφικές διαταραχές. (Johnson Craig-Connors M, 1987)

Πρώτα θα πρέπει ο θεραπευτής να εκτιμήσει προσεκτικά όχι μόνο τη διατροφική συμπεριφορά των ασθενών που παρουσιάζουν υπερφαγία αλλά και να εκτιμήσει πιο ξεκάθαρα τα σύγχρονα διαπροσωπικά προβλήματα και τις διαταραχές στη προσωπικότητα. Έπειτα η ερώτηση για την απώλεια βάρους θα πρέπει να απευθυνθεί. Αυτό μπορεί να μην είναι μια προτεραιότητα για μερικούς ασθενείς, αλλά η εμπειρία δείχνει ότι είναι προτεραιότητα για τη μεγάλη πλειοψηφία. Τρίτον, μόνο η διαπροσωπική θεραπεία και οι δύο μορφές της κατευθυνόμενης ψυχοθεραπείας έχουν βρεθεί αποτελεσματικές για την θεραπεία της υπερφαγίας. Για αυτό ο ειδικός θα πρέπει να είναι γνώστης αυτών των κατευθυνόμενων θεραπειών. (Fairburn G.C-Wilson T,1993)

Ο θεραπευτής είναι απαραίτητο να κατανοήσει τον μηχανισμό άμυνας του ασθενούς για αποφασίσει τι είδος θεραπευτική μέθοδο χρειάζεται ο κάθε ασθενής να λάβει, για να επωφεληθεί από τη θεραπεία. Οι άμυνες πρέπει να προσδιοριστούν σε τέσσερις βασικές κατηγορίες:

Άρνηση. Σε ποιο βαθμό κατανοεί ο ασθενής ότι υπάρχει δυσκολία στο οικογενειακό σύστημα; Ασθενείς που παρουσιάζουν μεγάλη άρνηση είναι συχνά σε θεραπεία χωρίς τη θέλησή τους και υπάρχει υψηλός κίνδυνος μη συμμόρφωσης και εγκατάλειψης της θεραπείας

Αποφυγή της επιρροής. Ασθενείς που βρίσκονται σε σύγκρουση ή είναι τρομοκρατημένοι για πολλούς λόγους θα χρησιμοποιήσουν μια ποικιλία μηχανισμών άμυνας, που περιλαμβάνει εσωτερική καταπίεση, απόθεση, έλλειψη συναναστροφών, απόσπαση της προσοχής, διχασμό και διανοητικοποίηση.

Σχεδιασμένη ταύτιση.

Η σχεδιασμένη ταύτιση(Klein 1946, Ogden 1979, Tansey & Burke, 1985) είναι μια διαδικασία αλληλεπίδρασης με την οποία ένα άτομο επικοινωνεί ασυνείδητα την πειραματική του κατάσταση, εκμαιεύοντας σκέψεις και συναισθήματα, μέσω ενός άλλου προσώπου που μοιάζει με αυτό. Για παράδειγμα ένας ασθενής που νιώθει οργή, μπορεί να πιστεύει κατά κάποιο τρόπο ότι προκαλεί τα ίδια συναισθήματα στο θεραπευτή. Όταν δουλεύουν με ασθενή που χρησιμοποιεί αυτό το μηχανισμό άμυνας οι θεραπευτές θα πρέπει να βρίσκονται σε συνεχή έλεγχο των δικών τους αντιδράσεων προκειμένου να κατανοήσουν την εσωτερική εμπειρία του ασθενή.

Αντιθετικότητα

Σε ποιο βαθμό ο ασθενής χρειάζεται να λύσει, να αντισταθεί ή να συνηθίσει μια θεραπευτική παρέμβαση; Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι κάθε παρέμβαση, αλλά ειδικά οι ευθείες παρεμβάσεις, είναι πιθανό να προκαλέσουν αντιθετικότητα ή ο ασθενής θα μετατρέψει την παρέμβαση με κάποιο μοναδικό τρόπο, ώστε να αντανάκλα τη δική του ανάγκη να νιώσει ότι έχει τον έλεγχο.(Johnson Craig-Connors M, 1987)

Αξίζει τέλος να υπογραμμίσουμε ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση του βουλιμικού ασθενούς απαιτεί μόνιμο ενθουσιασμό και ένθερμο ενδιαφέρον από το θεράποντα γιατρό προκειμένου να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα η θεραπεία.

8.8 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΔΥΝΗΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ

Είναι γεγονός ότι για να θεωρηθεί οποιαδήποτε θεραπεία για την ψυχογενή βουλιμία αποτελεσματική, θα πρέπει η θεραπεία που ακολουθείται, να εξασφαλίζει μια μόνιμη βελτίωση. Μια αποτελεσματική θεραπεία θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει το σύνδρομο της ψυχογενούς βουλιμίας και παράλληλα πρέπει να βασίζεται στην αλλαγή της καθημερινής ζωής του ασθενούς, δηλαδή στις αλλαγές που παρατηρούνται στις σχέσεις του με τους άλλους και κυρίως με τον ίδιο του τον εαυτό.

Ένα αποτελεσματικό σχέδιο δράσης ιατρικής παρέμβασης θα μπορούσε να περιλαμβάνει:

1. Την επανεξέταση και την μεταστροφή των προτύπων του βουλιμικού ατόμου, από αισθητικά, σε πρότυπα υγείας.
2. Την αναγνώριση των αρνητικών σημείων και των παραγόντων πυροδότησης των παρορμήσεων, προκειμένου να προληφθούν οι υποτροπές.
3. Την επανάκτηση της αυτοεκτίμησης του βουλιμικού ατόμου, με την εμπιστοσύνη στις πραγματικές προσωπικές του δυνατότητες, την δημιουργία ρεαλιστικών στόχων και προτεραιοτήτων.
4. Την θετική ενδυνάμωση και αυτο-ενίσχυση της συμπεριφοράς του βουλιμικού ατόμου με την αποδοχή των παρακάτω θέσεων και στάσεων:
 - α) Ιδανικό και απόλυτο δεν υπάρχει.
 - β) Να μάθουν να δίνουν έμφαση στην βελτίωση της προσωπικότητας τους (προσπάθεια) και όχι στο απόλυτο ξεπέρασμα του στόχου (αποτέλεσμα).
 - γ) Να αποδεχτούν, ότι κάποιες φορές θα βιώνουν το συναίσθημα της νίκης-κατάκτησης, αλλά παράλληλα θα συνεργάζονται με την αποτυχία, η οποία θα φέρει επιτυχία στο επόμενο τους βήμα.
5. Την απαλλαγή από το σύνδρομο της «ακατάπαυστης» δίαιτας και την απόκτηση εφαρμογή υγιών διατροφικών συνηθειών, με την διατήρησή τους εφ' όρου ζωής.
6. Την ενημέρωση του ασθενούς για τις ιατρικές συνέπειες και παθολογικές επιπτώσεις για την υγεία, της ψυχογενούς βουλιμίας, ανορεξίας και της επεισοδιακής ανεξέλεγκτης πολυφαγίας.
7. Την ενίσχυση των τεχνικών αυτοελέγχου των διαιτητικών αποκλίσεων και του τρόπου αυτο-αξιολόγησης, με την εφαρμογή της αυτοπαρατήρησης των ημερήσιων διατροφικών και συναισθηματικών καταγραφών.
8. Την συστηματική ενασχόληση με τις δραστηριότητες μακριά από το σπίτι.
9. Την αλλαγή της στάσης του βουλιμικού ατόμου και την επανεκτίμηση του σωματικού βάρους, σε λογική-ρεαλιστική βάση.
10. Την αποφυγή της άρνησης και της συνεχούς απομόνωσης, με την αποδοχή της εικόνας του σώματος.

Η παραπάνω ιατρική παρέμβαση μπορεί να υλοποιηθεί σε ειδικά καταρτισμένα κέντρα για την πρόληψη και θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Επειδή στον ελλαδικό χώρο δεν υπάρχουν πολλά κέντρα πρόληψης ή θεραπείας και επειδή το φαινόμενο της ψυχογενούς βουλιμίας αυξάνεται, σύμφωνα με τις έρευνες που έγιναν στο εξωτερικό, είναι αδήριτη ανάγκη η δημιουργία ειδικών κέντρων για την πρόληψη και θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής στην Ελλάδα. Προτείνουμε την δημιουργία ειδικών κέντρων στην Ελλάδα, τα οποία θα παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες στα άτομα που έχουν διαταραχές πρόσληψης τροφής καθώς

επίσης και την δημιουργία τηλεφωνικών γραμμών sos, μέσα από τις οποίες θα παρέχεται άμεση βοήθεια σε περιστατικά που βρίσκονται σε κρίση π.χ απώλεια ελέγχου και επεισόδια υπερφαγίας ή την πρόκληση εμετού. Ακόμη, προτείνουμε την δημιουργία κέντρων πρόληψης των διαταραχών πρόσληψης τροφής στην Ελλάδα και την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης στα σχολεία, στους δήμους και στις κοινότητες. Τα προγράμματα πρόληψης είναι απαραίτητο να απευθύνονται στους μαθητές-φοιτητές, στους γονείς, στους εκπαιδευτικούς, στους προπονητές και να γίνεται ενημέρωση μέσω αυτών, για τις ενδείξεις, τα συμπτώματα των διαταραχών πρόσληψης τροφής και τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να αντιμετωπίζονται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

9.1 Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Είναι γεγονός ότι στον ελλαδικό χώρο δεν έχουν διεξαχθεί έρευνες για την ψυχογενή βουλιμία στο γενικό πληθυσμό ή στους φοιτητικούς πληθυσμούς. Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι δεν έχουν συλλεχθεί στοιχεία για την επιδημιολογία της ψυχογενούς βουλιμίας στην Ελλάδα.

Σε ότι αφορά τη διερεύνηση της συχνότητας των διαταραχών πρόσληψης τροφής στον ελλαδικό χώρο έγινε μια έρευνα από τους Ficher και τους συνεργάτες του, οι οποίοι εκτίμησαν τον επιπολασμό της νευρογενούς ανορεξίας στην Βέροια και στα Ιωάννινα. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας όμως δεν ήταν αντιπροσωπευτικά. Επίσης διεξήχθη από τον Σίμο μια έρευνα με σκοπό την διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και τη διερεύνηση μεθόδων για την πρόληψη ανάπτυξης αυτών των διαταραχών. Η έρευνα που διεξήχθη από το Σίμο δεν δίνει αποτελέσματα για την επικράτηση της ψυχογενούς βουλιμίας. (Σίμος, 1996)

Βλέπουμε λοιπόν ότι στον ελλαδικό χώρο δεν υπάρχουν στοιχεία για την επικράτηση της ψυχογενούς βουλιμίας.

Αντίθετα στις άλλες χώρες του εξωτερικού, διεξάγονται διαρκώς έρευνες στο γενικό πληθυσμό και κυρίως στους φοιτητικούς πληθυσμούς, καθώς το φαινόμενο της ψυχογενούς βουλιμίας αυξάνεται ολοένα και περισσότερο. Με αφετηρία το γεγονός:

α) ότι δεν έχει διερευνηθεί το φαινόμενο της ψυχογενούς βουλιμίας στην Ελλάδα, καθώς δεν έχουν γίνει έρευνες για την ψυχογενή βουλιμία και
β) ότι το φαινόμενο της ψυχογενούς βουλιμίας αυξάνεται, θεωρήσαμε αναγκαία τη διεξαγωγή μιας έρευνας που ως στόχο έχει να διερευνήσει το φαινόμενο της ψυχογενούς βουλιμίας στην ελληνική πραγματικότητα. Η έρευνα επιλέχτηκε να διεξαχθεί σε φοιτητικό πληθυσμό, διότι τα περισσότερα επιδημιολογικά στοιχεία που υπάρχουν στο εξωτερικό, έχουν συλλεχθεί από έρευνες που έγιναν σε φοιτητικούς πληθυσμούς. Οι μαθητές-φοιτητές βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να εκδηλώσουν ψυχογενή βουλιμία. Η ψυχογενής βουλιμία εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια της όψιμης εφηβείας στις έφηβες-νεαρές γυναίκες, αλλά και στους άνδρες. Για το λόγο αυτό η έρευνα διεξήχθη στο φοιτητικό πληθυσμό του Ανώτατου τεχνολογικού επαγγελματικού ιδρύματος Ηρακλείου.

Με τον όρο διερεύνηση της ψυχογενούς βουλιμίας, αναφερόμαστε στον εντοπισμό του αριθμού των φοιτητών του Ανώτατου τεχνολογικού επαγγελματικού ιδρύματος Ηρακλείου, που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχογενή βουλιμία. Ακόμη, με την έρευνα θα εξεταστούν ορισμένες χαρακτηριστικές παράμετροι όπως:

α) η αντίληψη της εικόνας του σώματος
β) η ενασχόληση με το φαγητό
γ) η ενασχόλησή με το βάρος, των ατόμων που πληρούν τα κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας. Παράλληλα, σκοπός της έρευνας είναι να συλλεχθούν δημογραφικά στοιχεία για τα άτομα που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς

βουλιμίας, όπως το φύλο, η ηλικία, ο τόπος καταγωγής, καθώς και να υπολογιστεί ο δείκτης σωματικής μάζας.

Επίσης συλλέγονται στοιχεία για την ψυχογενή ανορεξία σε μια προσπάθεια διαφορικής διάγνωσης από την ψυχογενή βουλιμία.

Επιπλέον, θα διερευνηθούν οι στάσεις των φοιτητών σχετικά με:

- α) τη διαίτα
- β) την ενασχόλησή τους με το βάρος
- γ) την ανησυχία που έχουν σχετικά με το σωματικό τους βάρος
- δ) το αν είναι απογοητευμένοι ή όχι από την εικόνα του σώματός τους.

9.2 ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Το δείγμα έχει επιλεγεί με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης απλής τυχαίας δειγματοληψίας, η οποία αποτελεί μια ικανοποιητική και αμερόληπτη μεθοδολογική προσέγγιση. Με τον όρο στρωματοποιημένη απλή τυχαία δειγματοληψία, εννοούμε ότι επιλέχθηκαν τυχαία φοιτητές που παρακολουθούσαν το 6^ο εξάμηνο σπουδών. Έτσι λοιπόν, το δείγμα αποτέλεσαν 280 φοιτητές (140 αγόρια και 140 κορίτσια) που παρακολουθούσαν το 6^ο εξάμηνο σπουδών. Από το κάθε τμήμα συμμετείχαν στην έρευνα 10 φοιτητές και 10 φοιτήτριες. Στα τμήματα που δεν συμπληρώθηκε ο αριθμός των 20 φοιτητών 6^{ου} εξαμήνου, η έρευνα συμπεριέλαβε και φοιτητές του 7^{ου} εξαμήνου. Επιλέχθηκαν οι φοιτητές των μεγαλύτερων εξαμήνων, διότι διανύουν το στάδιο της όψιμης εφηβείας και η όψιμη εφηβεία είναι η ηλικία κατά την οποία εκδηλώνεται η ψυχογενής βουλιμία. Οι φοιτητές που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν μέσο όρο ηλικίας τα 22 έτη.

Η έρευνα διεξήχθη στο φοιτητικό πληθυσμό του ΑΤΕΙ Ηρακλείου στις παρακάτω 4 σχολές και στα 15 τμήματα:

α) Στη σχολή τεχνολογικών εφαρμογών και συγκεκριμένα στα τμήματα Ηλεκτρολογίας, Μηχανολογίας, Πολιτικών δομικών έργων και Εφαρμοσμένης πληροφορικής και πολυμέσων.

β) Στη σχολή διοίκηση και οικονομία, στα τμήματα Τουριστικών επιχειρήσεων, Λογιστικής, Συνεταιριστικών οργανώσεων και εκμεταλλεύσεων.

γ) Στη σχολή Επαγγελματών υγείας και πρόνοιας, στα τμήματα Νοσηλευτικής και Κοινωνικής εργασίας.

δ) Στη σχολή Τεχνολογίας γεωπονίας, στα τμήματα Φυτικής παραγωγής και Θερμοκηπιακών καλλιεργειών και ανθοκομίας.

Επίσης στην έρευνα συμμετείχαν φοιτητές που παρακολουθούσαν τα Προγράμματα σπουδών επιλογής των τμημάτων:

1. Τεχνολογία ιατρικών συστημάτων
2. Ενεργειακή και περιβαλλοντική τεχνολογία
3. Διαχείριση γεωργικών συστημάτων.

9.3 ΜΕΣΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Στους φοιτητές και των 14 τμημάτων χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήσαμε βασίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας του DSM-IV. Συγκεκριμένα, η κατασκευή του

ερωτηματολογίου βασίζεται στο εγχειρίδιο “Mini International Neuropsychiatric Interview”, το οποίο περιλαμβάνει διαγνωστικές ερωτήσεις για την ψυχογενή βουλιμία και ερωτήσεις διαφορικής διάγνωσης για την ψυχογενή ανορεξία. Οι ερωτήσεις έχουν διατυπωθεί σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV.

Επίσης για το ερωτηματολόγιο μας συμβουλευτήκαμε το βιβλίο Binge eating assessment end treatment του Christopher G. Fairburn. Ο Fairburn έχει ασχοληθεί με την ψυχογενή βουλιμία και έχει διεξάγει στο εξωτερικό αρκετές έρευνες σχετικά με το θέμα αυτό. Το συγκεκριμένο βιβλίο περιλαμβάνει ένα πρότυπο ερωτήσεων σχετικές με την ψυχογενή βουλιμία, οι οποίες έχουν χρησιμοποιηθεί σε αρκετές έρευνες.

Ακόμη για το ερωτηματολόγιο μας που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνά μας, συμβουλευτήκαμε το ερωτηματολόγιο Eating Attitudes Test (EAT-26), το οποίο έχει εφαρμοστεί σε αρκετές έρευνες στο εξωτερικό, στους φοιτητικούς πληθυσμούς, για τον εντοπισμό των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Πρόκειται για ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο που μετρά τα συμπτώματα και τις ενδείξεις των διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Αναλυτικότερα, στην αρχή του ερωτηματολογίου μας, συλλέγονται δημογραφικά στοιχεία που αφορούν το φύλο, την ηλικία, τη σχολή και τον τόπο καταγωγής των συμμετεχόντων. Τον τόπο καταγωγής τον επιλέξαμε σε μια προσπάθεια να δούμε αν σχετίζεται η συγκεκριμένη μεταβλητή με την ύπαρξη ψυχογενούς βουλιμίας. Ακόμη, ζητείται από τους φοιτητές να δώσουν το ύψος και το βάρος τους, προκειμένου να υπολογιστεί ο δείκτης σωματικής μάζας του κάθε ατόμου.

Στη συνέχεια η 1^η – 8^η ερώτηση αποτελούν τις διαγνωστικές ερωτήσεις που είναι βασισμένες στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM – IV, για την ψυχογενή βουλιμία.

Ως βασικά διαγνωστικά κριτήρια για τη ψυχογενή βουλιμία, λάβαμε υπ’οψη μας τις θετικές απαντήσεις που έδωσαν οι φοιτητές:

α) στην πρώτη ερώτηση η οποία αναφέρεται στην ύπαρξη επεισοδίων πολυφαγίας σε χρονικό διάστημα δυο ωρών τους 3 τελευταίους μήνες

β) στην δεύτερη ερώτηση του ερωτηματολογίου που αναφέρεται στην ύπαρξη των ίδιων επεισοδίων πολυφαγίας σε χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα.

γ) στην τέταρτη ερώτηση, όπου οι φοιτητές καλούνται να απαντήσουν αν σκέφτονται να κάνουν ή αν έχουν κάνει εμετό, όταν τρώνε πολύ, προκειμένου να διατηρήσουν το βάρος τους

δ) στην έκτη ερώτηση όπου οι φοιτητές καλούνται να απαντήσουν αν χρησιμοποιούν διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα μετά το φαγητό. Η επιλογή των ερωτήσεων έγινε με βάση το γεγονός ότι μέσα από τις συγκεκριμένες ερωτήσεις διαφαίνεται μια εκδήλωση παθολογικών συμπεριφορών γύρω από το φαγητό.

Μετά τις διαγνωστικές ερωτήσεις, ακολουθούν ερωτήσεις που αφορούν τις στάσεις των ερωτώμενων, όσον αφορά την ενασχόλησή τους με το φαγητό, το βάρος τους και την εικόνα που έχουν για το σώμα τους. Συγκεκριμένα:

α) η ερώτηση 9, η οποία αναφέρεται στο αν το φαγητό αποτελεί ένα είδος παρηγοριάς για τον ερωτώμενο,

β) η ερώτηση 10, η οποία εξετάζει το κατά πόσο υπάρχει έντονη και συχνή ενασχόληση του ατόμου με το φαγητό κατά τη διάρκεια της ημέρας,

γ) η ερώτηση 11, η οποία εξετάζει αν η διάθεσή του ατόμου εξαρτάται σημαντικά από το βάρος του,

δ) η ερώτηση 12, η οποία εξετάζει αν είναι απογοητευμένο το άτομο από το μέγεθος ή το σχήμα του σώματός του ή όχι,

ε) η ερώτηση 13 η οποία εξετάζει αν το άτομο νιώθει έντονες τύψεις ή ενοχές όταν τρώει παχυντικές τροφές,

Η ερώτηση 14 αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο για την ψυχογενή ανορεξία καθώς το άτομο ρωτάται αν νιώθει ότι βρίσκεται σε μόνιμο διατροφικό περιορισμό. Το ίδιο συμβαίνει και με την ερώτηση 15, η οποία απευθύνεται μόνο σε γυναίκες και αφορά την ενδεχόμενη έλλειψη περιόδου τους τελευταίους 3 μήνες. Η ερώτηση 16 τέλος αφορά την ύπαρξη υπερβολικής ανησυχίας για την αύξηση βάρους ενώ η ερώτηση 17 αφορά την έντονη ενασχόληση του ατόμου με το σωματικό του βάρος. Θα πρέπει τέλος ν'αναφέρουμε ότι οι 2 προηγούμενες ερωτήσεις μαζί με το σωματικό βάρος αποτελούν τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας.

9.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας. Η συλλογή των δεδομένων είχε διάρκεια 2 εβδομάδες και συγκεκριμένα από τις 4-6-2003 ως τις 13-6-2003.

Για τη συλλογή των δεδομένων ακολουθήθηκε η παρακάτω διαδικασία. Αρχικά, γινόταν ενημέρωση των καθηγητών που δίδασκαν στο 6^ο εξάμηνο του κάθε τμήματος, για το γεγονός ότι διεξάγουμε έρευνα καθώς και για το αντικείμενο της έρευνας μας. Κατόπιν συννενοήσεως, δινόταν η άδεια και ο χρόνος προκειμένου να γίνει ενημέρωση των φοιτητών για την έρευνα μέσα στις τάξεις. Μετά την ενημέρωση χορηγούσαμε τα ερωτηματολόγια στους φοιτητές του 6^{ου} ή 7^{ου} εξαμήνου και τους ζητούσαμε να τα συμπληρώσουν. Πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δόθηκαν οι κατάλληλες εξηγήσεις και οδηγίες για την επίλυση τυχόν αποριών.

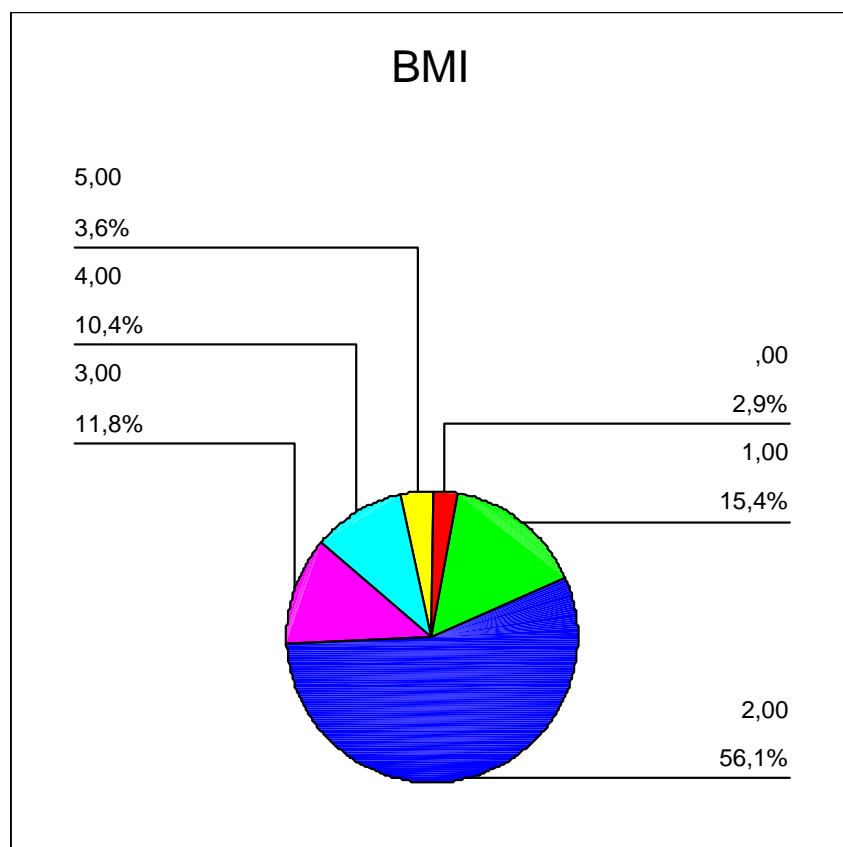
Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους φοιτητές που παρακολουθούσαν το 6^ο εξάμηνο σπουδών. Για να συμπληρωθεί ο αριθμός των 20 φοιτητών 6^{ου} εξαμήνου πηγαίναμε σε διάφορα μαθήματα του 6^{ου}. Στα τμήματα όπου δεν συμπληρώθηκε ο αριθμός των φοιτητών του 6^{ου} εξαμήνου συμπεριλήφθησαν φοιτητές του 7^{ου}.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.1 ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1

ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΜΑΖΑΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει το δείκτη σωματική μάζας του συνόλου των ερωτηθέντων. Βλέπουμε εδώ ότι το 2,9% φοιτητών είναι σημαντικά λιποβαρείς, το 15,4% των φοιτητών είναι ελαφρώς λιποβαρείς, το 56% των φοιτητών έχει φυσιολογικό βάρος, το 11,8 % των φοιτητών είναι ελαφρώς υπέρβαροι, το 10,4% είναι υπέρβαροι και το 3,6% είναι σημαντικά υπέρβαροι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

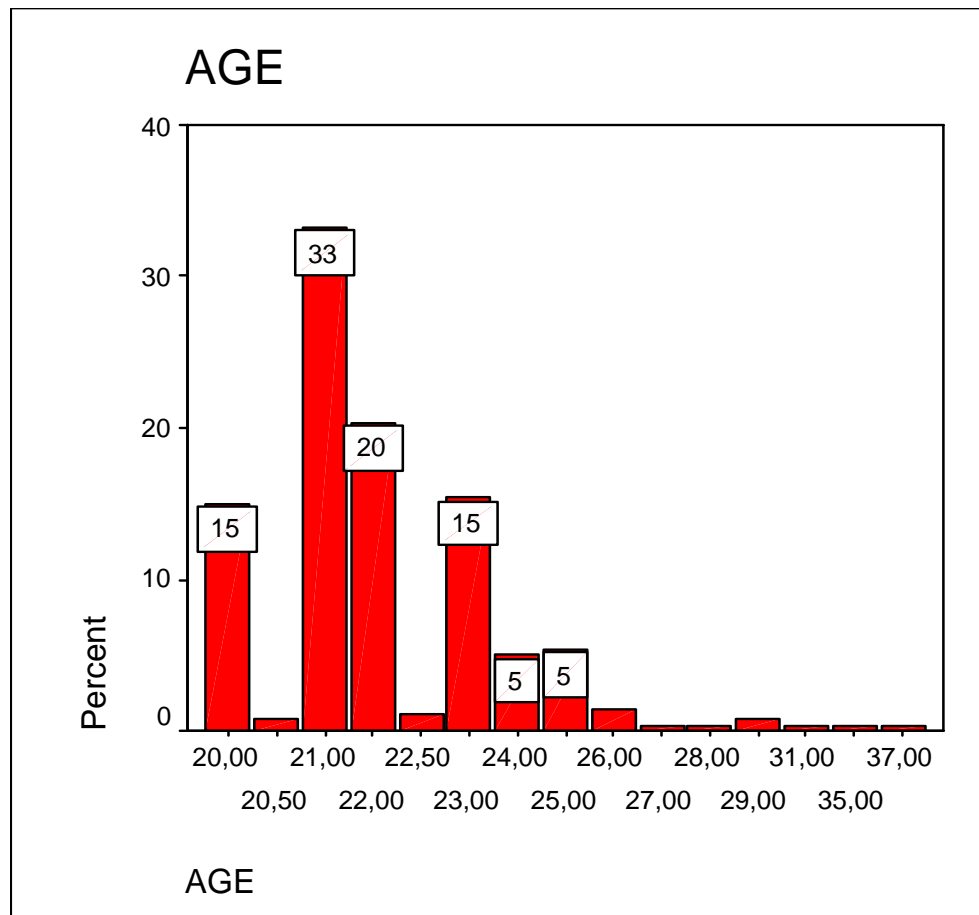
Ο ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
AGE	280	20,00	37,00	22,0554	2,07165
Valid N (listwise)	280				

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι ηλικίες του συνόλου των ερωτηθέντων κυμαίνονται από 20 έως 37 χρονών με μέση ηλικία τα 22 περίπου χρόνια.

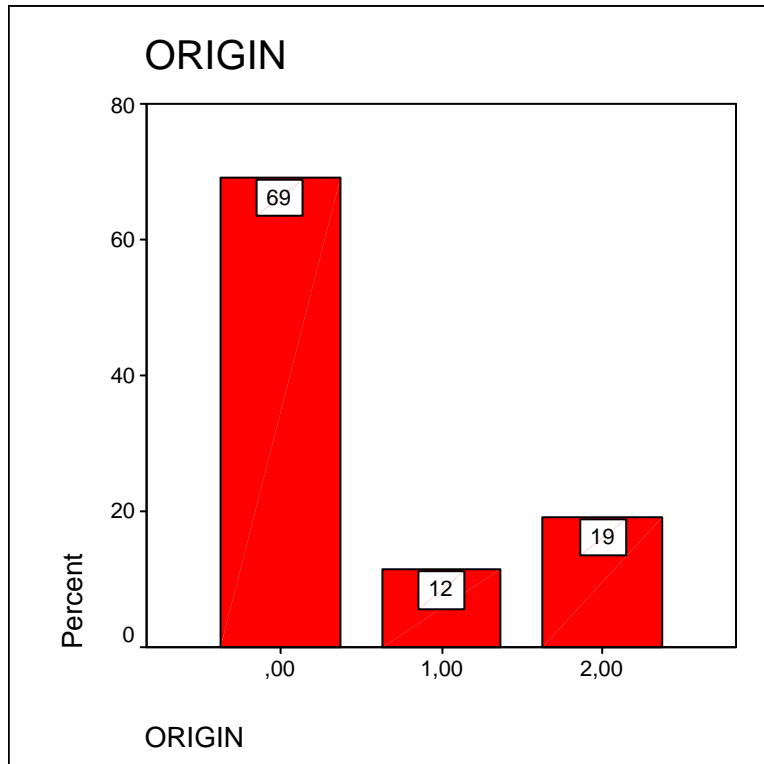
ΓΡΑΦΗΜΑ 2



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι στο σύνολο του πληθυσμού, το 15% είναι 20 ετών, το 33% 21 ετών, το 20% είναι 22 ετών, το 15% 23 ετών, το 5% είναι 24 ετών, το 5% είναι 25 ετών και το υπόλοιπο ποσοστό μοιράζεται στις ηλικίες από 26 μέχρι 37 ετών.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3

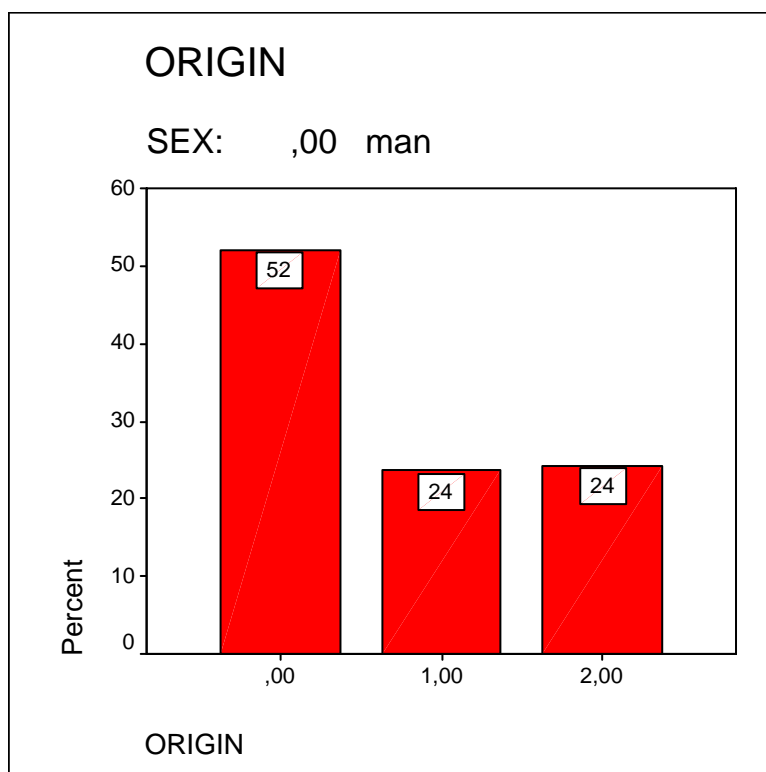
Ο ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ.



Το γράφημα αυτό δείχνει ότι 69% του πληθυσμού κατάγεται από αστική περιοχή, το 12% από ημιαστική περιοχή και το 19% από αγροτική περιοχή.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4

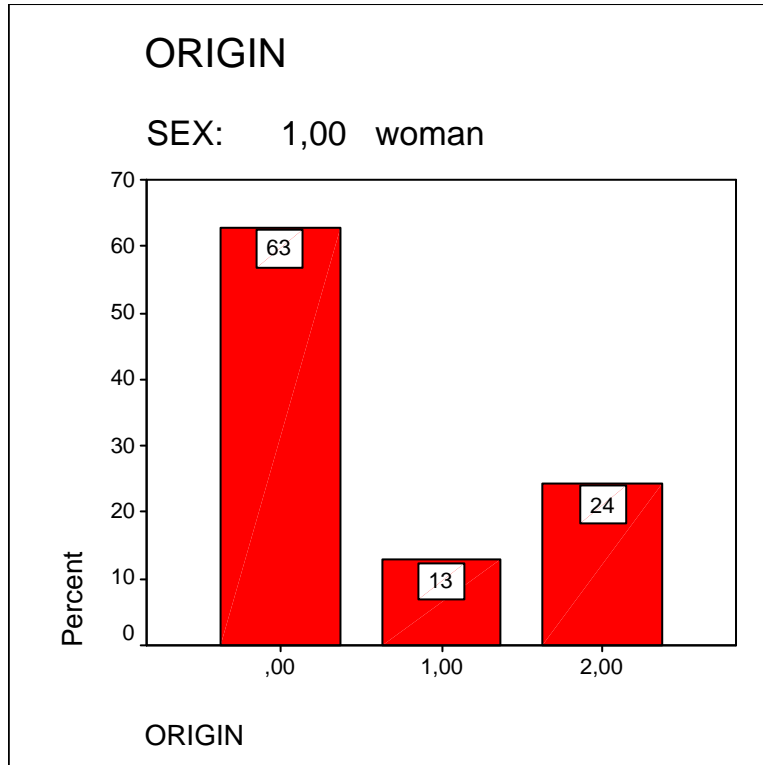
Α) ΑΝΔΡΕΣ



Το γράφημα αυτό δείχνει ότι από το σύνολο του πληθυσμού των ανδρών το 52% κατάγεται από την αστική περιοχή, το 24% από την ημιαστική περιοχή και το 24% από την αγροτική περιοχή.

ΓΡΑΦΗΜΑ 5

Β) ΓΥΝΑΙΚΕΣ



Το γράφημα 5 δείχνει ότι από το σύνολο των γυναικών του πληθυσμού το 63% κατάγεται από την αστική περιοχή, το 13% από την ημιαστική περιοχή και το 24% από την αγροτική περιοχή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

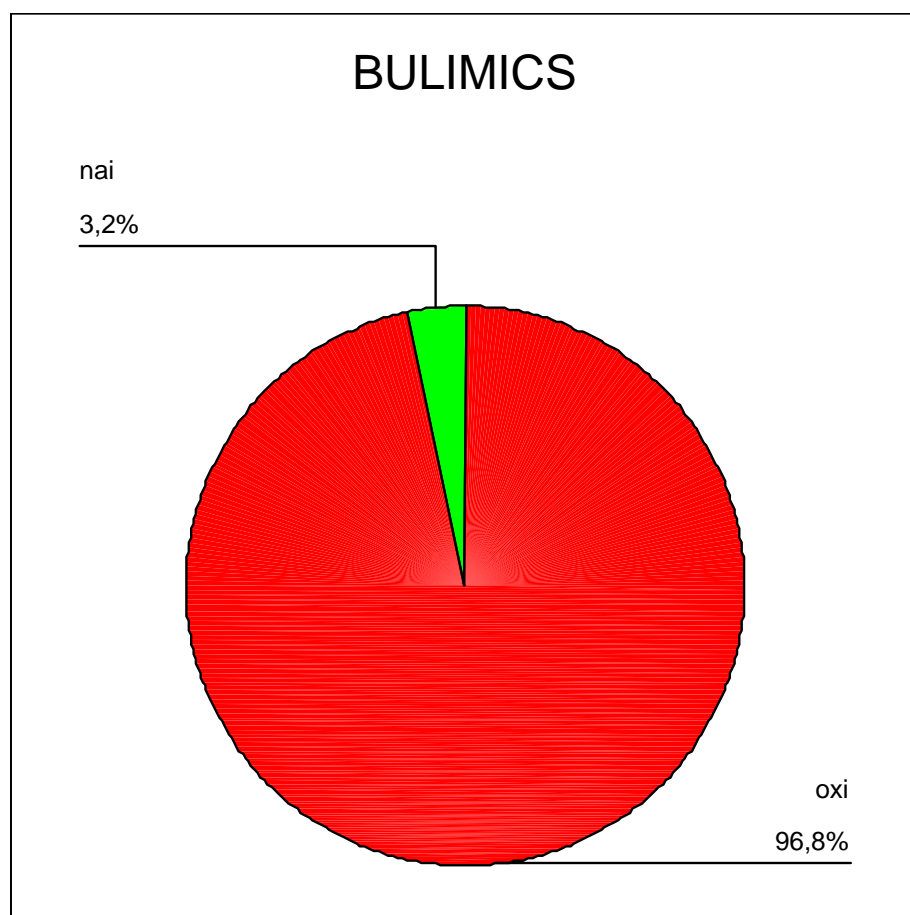
BULIMICS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid oxi	271	96,8	96,8	96,8
nai	9	3,2	3,2	100,0
Total	280	100,0	100,0	

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι από το σύνολο 100% των ερωτηθέντων, το 3,2% πληρεί τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας.

ΓΡΑΦΗΜΑ 6

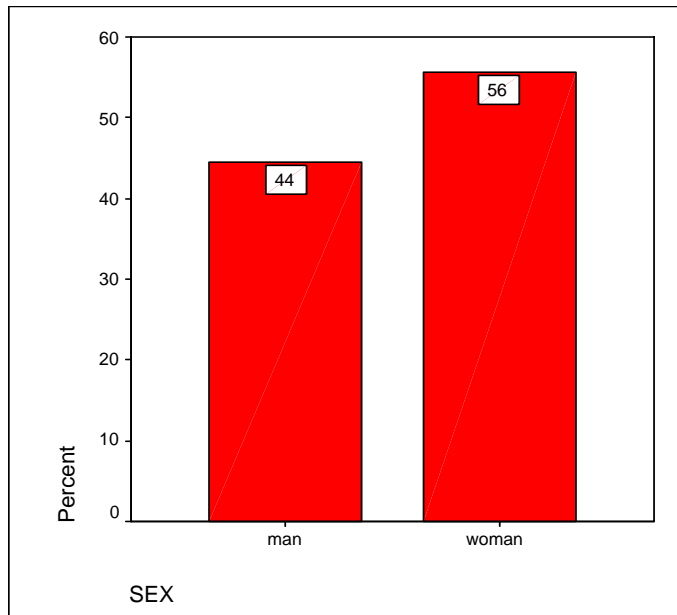
ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΠΛΗΡΕΙ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.



Στο παραπάνω γράφημα φαίνεται ότι από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 3,2% πληροί τα κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας.

ΓΡΑΦΗΜΑ 7

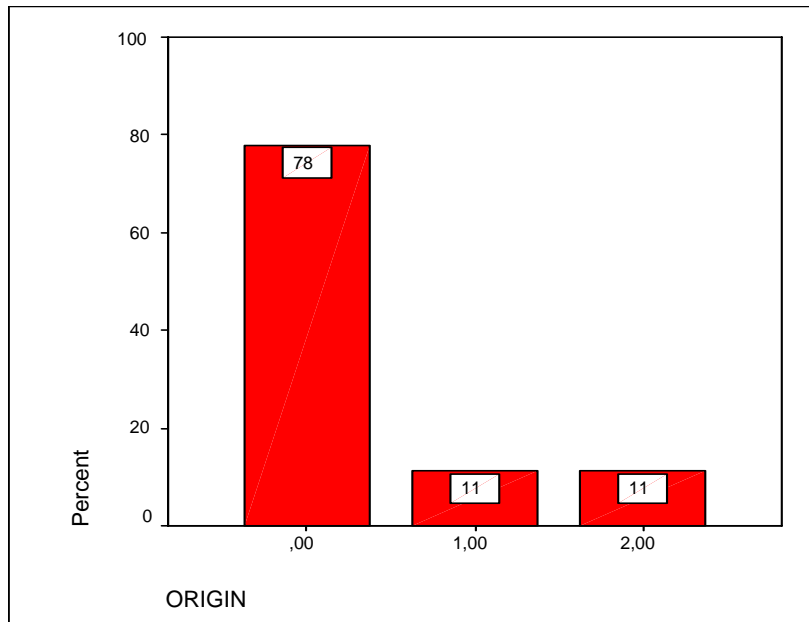
ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΠΛΗΡΟΥΝ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο όσων πληρούν τα κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας, το 44% είναι άντρες, ενώ το 56% είναι γυναίκες. Η πλειοψηφία αυτών που πληρούν τα κριτήρια για την βουλιμία είναι γυναίκες.

ΓΡΑΦΗΜΑ 8

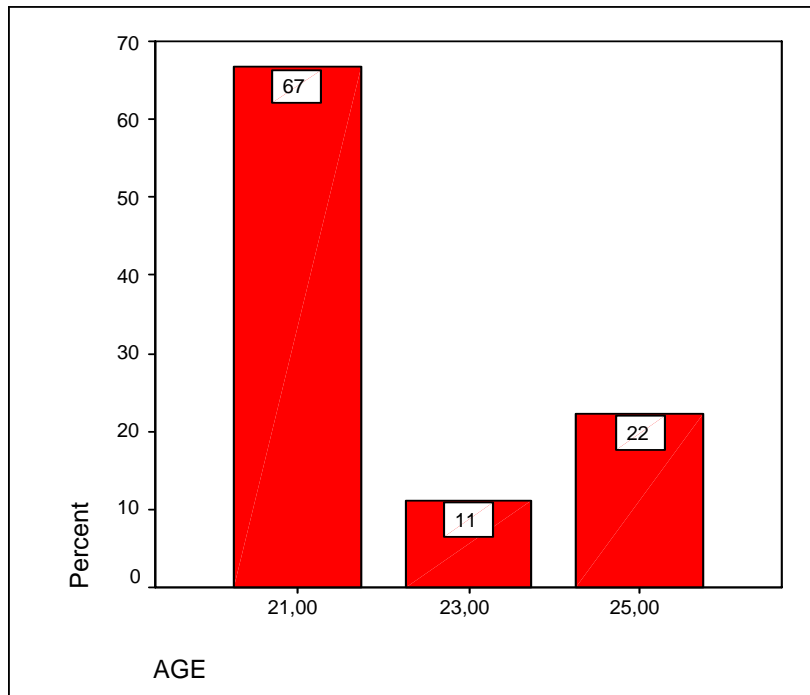
Ο ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΠΛΗΡΟΥΝ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο όσων πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας το 78% προέρχεται από αστική περιοχή, το 11% από ημιαστική περιοχή και το 11% από αγροτική περιοχή.

ΓΡΑΦΗΜΑ 9

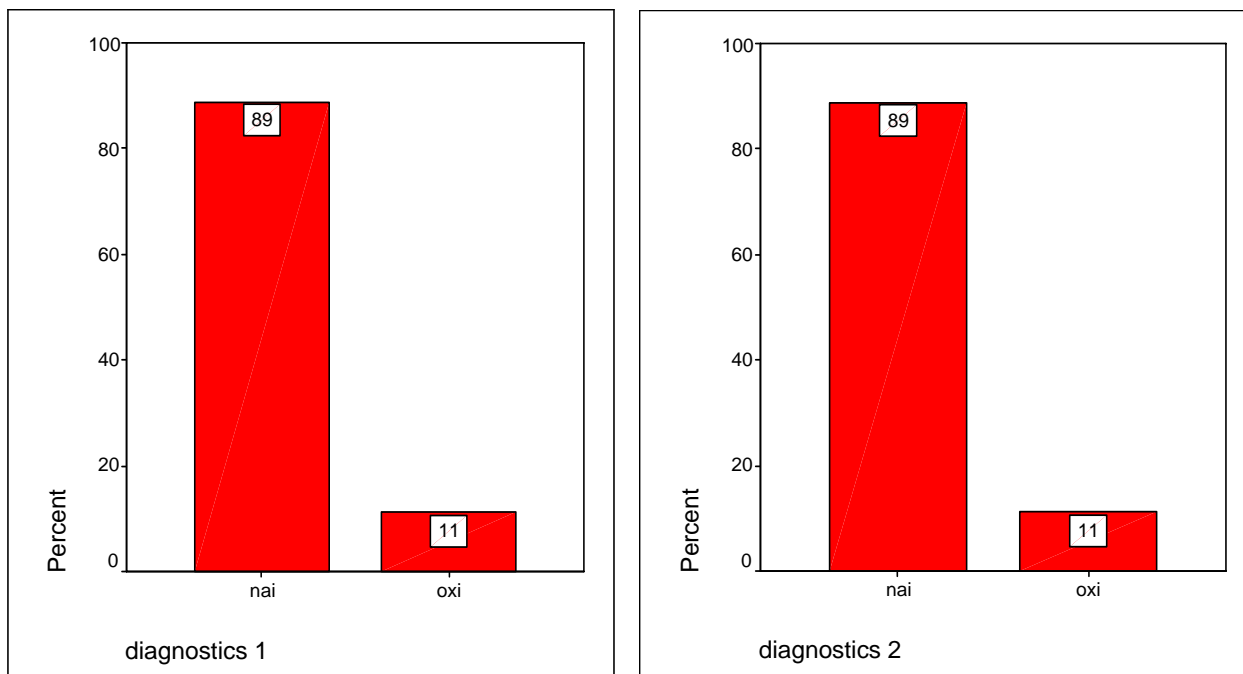
ΟΙ ΗΛΙΚΙΕΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΠΛΗΡΟΥΝ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο όσων πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας, το 67% είναι 21 ετών , το 11% είναι 23 ετών και το 22% είναι 25 ετών.

ΓΡΑΦΗΜΑ 10

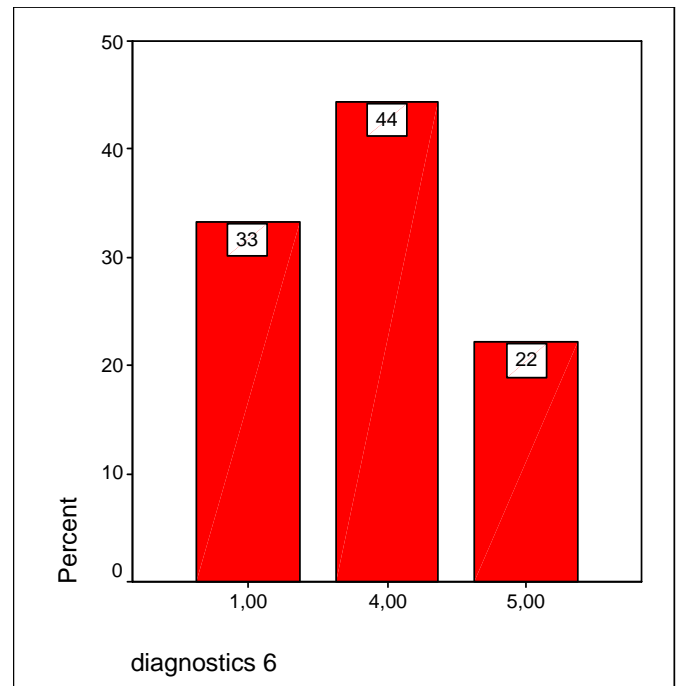
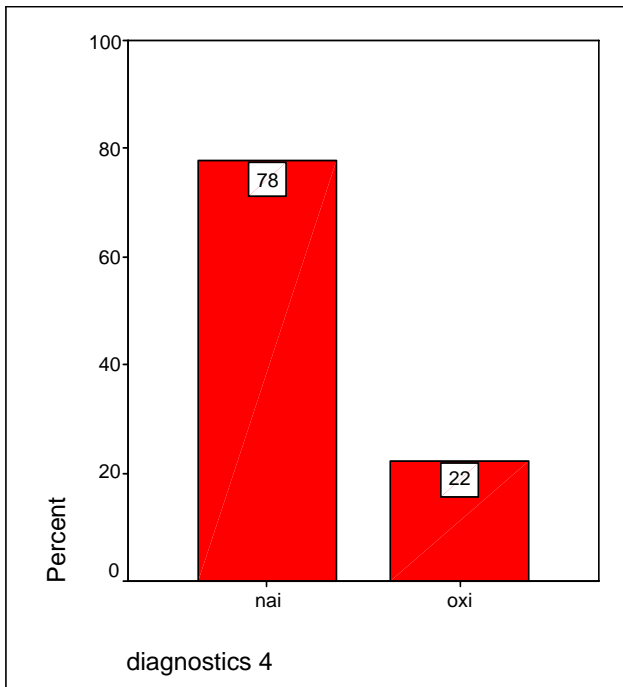
ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ



ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ 1 : Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο όσων πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας, το 89% απάντησε πως τους τελευταίους 3 μήνες είχε επεισόδια πολυφαγίας κατά τα οποία έφαγε πολύ φαγητό σε διάστημα 2 ωρών, ενώ το 11% απάντησε αρνητικά.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ 2 : Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο όσων πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας, το 89% απάντησε ότι τους τελευταίους 3 μήνες είχε επεισόδια πολυφαγίας τουλάχιστον 2 φορές τη βδομάδα.

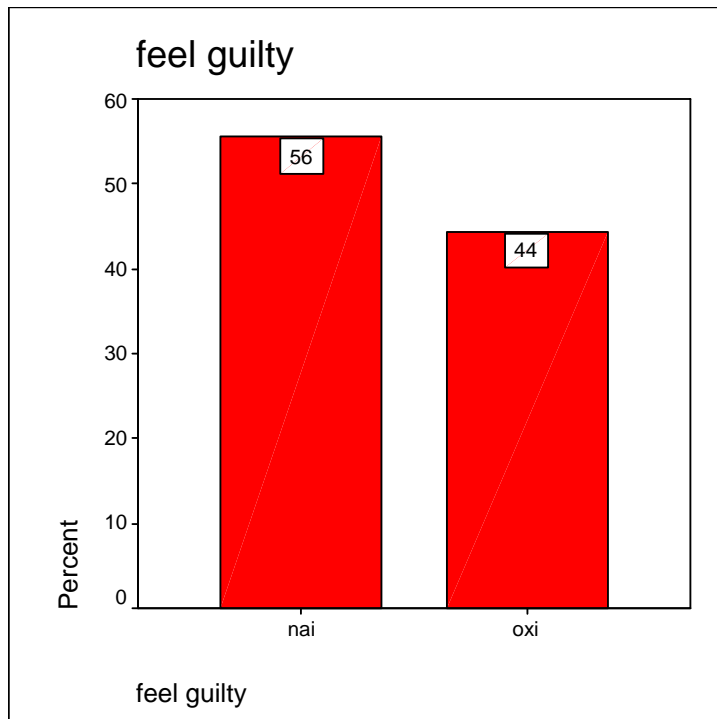
ΓΡΑΦΗΜΑ 11



ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ 4: Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο όσων πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας, το 78% απάντησε ότι όταν τρώει πολύ σκέφτεται να κάνει ή έχει κάνει εμετό προκειμένου να διατηρήσει το βάρος του, ενώ το 22% απάντησε αρνητικά.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ 6: Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο όσων πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας, το 44% αφού φάει, χρησιμοποιεί διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα, το 22% καταφεύγει σε εξοντωτική γυμναστική, ενώ το 33% απάντησε αρνητικά στην ερώτηση.

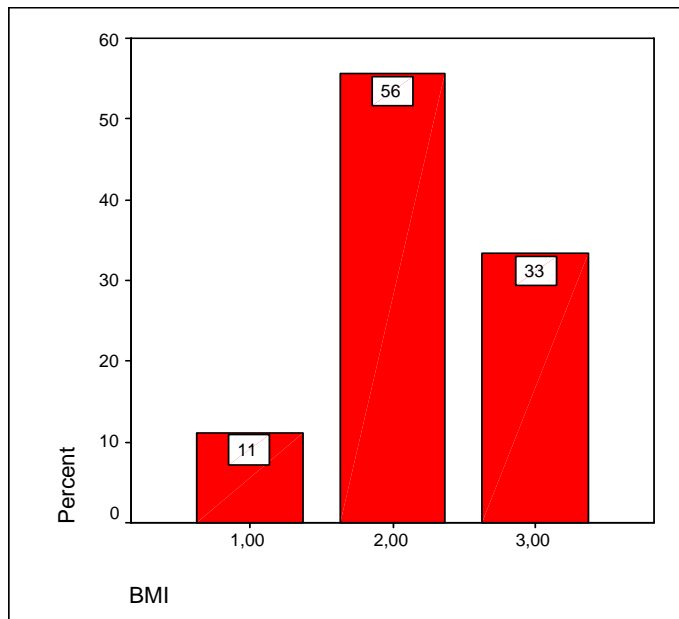
ΓΡΑΦΗΜΑ 12



Το γράφημα αυτό δείχνει ότι από το σύνολο του πληθυσμού που πληρεί τα διαγνωστικά κριτήρια για βουλιμία το 56% νιώθει ενοχές και ανυπόφορες τύψεις όταν τρώει απαγορευμένες ή παχυντικές τροφές και το 44% δεν νιώθει.

ΓΡΑΦΗΜΑ 13

Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΜΑΖΑΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΠΛΗΡΟΥΝ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.

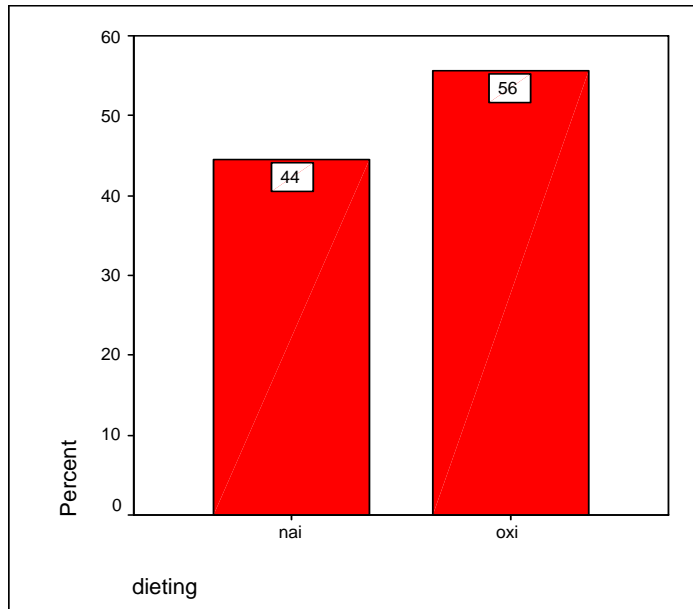


Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο όσων πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας, το 11% είναι λιποβαρείς, το 56% έχει φυσιολογικό βάρος και το 33% είναι ελαφρώς υπέρβαροι.

ΓΡΑΦΗΜΑ 14

ΣΤΑΣΕΙΣ ΟΣΩΝ ΠΛΗΡΟΥΝ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΟΣΩΝ ΑΦΟΡΑ

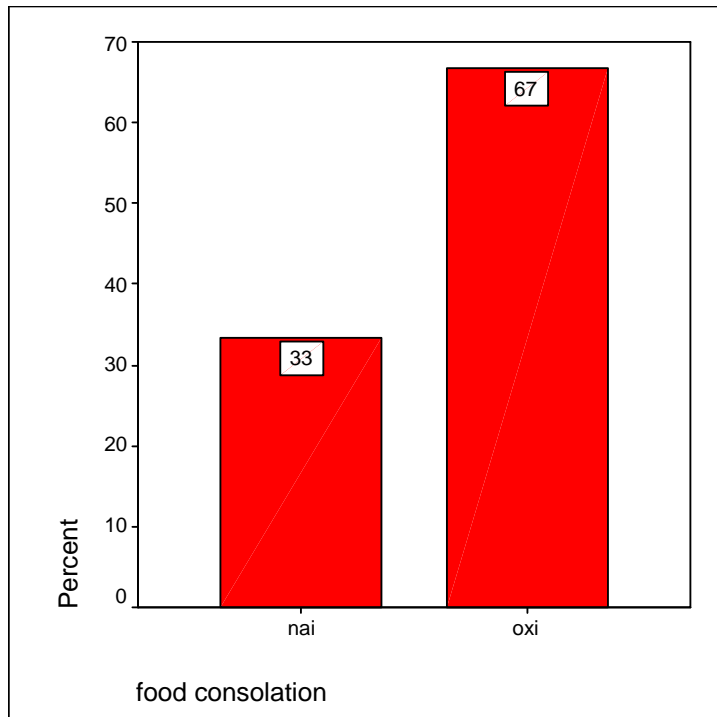
Α) ΤΗ ΔΙΑΙΤΑ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο όσων πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας, το 44% δήλωσε ότι κάνει συχνά δίαιτα ή νιώθει την ανάγκη να κάνει, ενώ το 56% απάντησε αρνητικά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 15

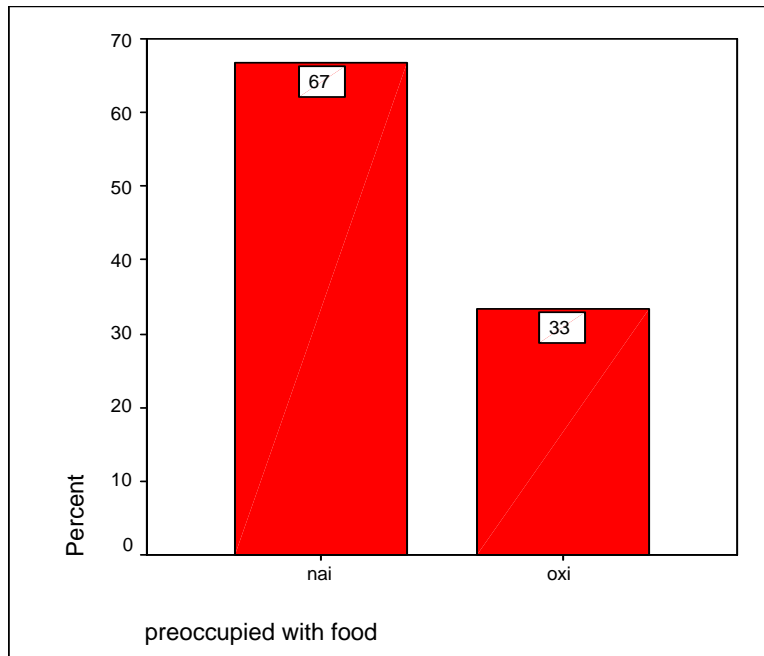
Β) ΤΗΝ ΣΤΑΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΦΑΓΗΤΟ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο όσων πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας, το 33% δήλωσε ότι το φαγητό αποτελεί ένα είδος παρηγοριάς για αυτούς, ενώ το 67% απάντησε αρνητικά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 16

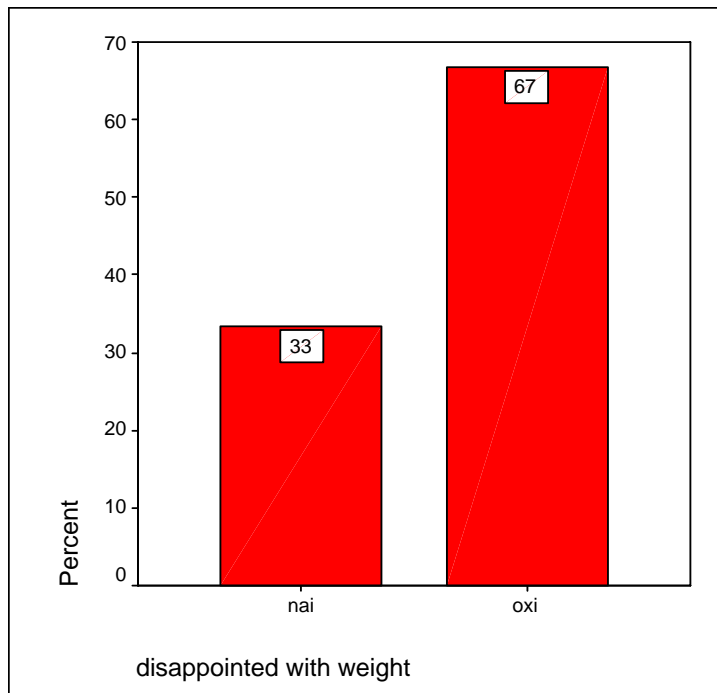
Γ) ΤΗΝ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο όσων πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας το 67 % απάντησε ότι κατά τη διάρκεια της ημέρας σκέφτεται αρκετά συχνά τι θα φάει και πότε θα φάει, ενώ το 33% απάντησε αρνητικά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 17

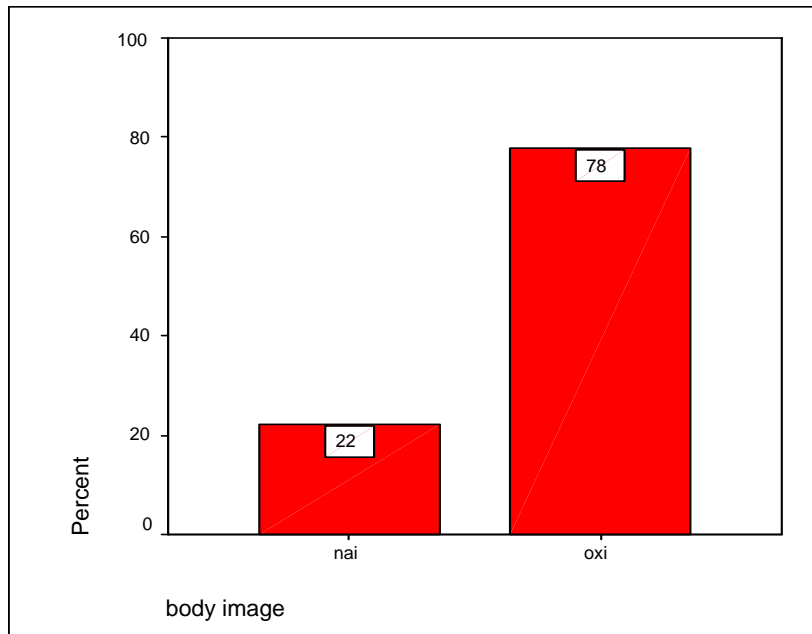
Δ) ΤΗΝ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΒΑΡΟΣ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο όσων πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας το 33% δήλωσε ότι η διάθεσή τους εξαρτάται σε υπερβολικό βαθμό από το βάρος τους, κι αν πάρουν 1 κιλό νιώθουν θλίψη, απογοήτευση, ενώ το 67% απάντησε όχι.

ΓΡΑΦΗΜΑ 18

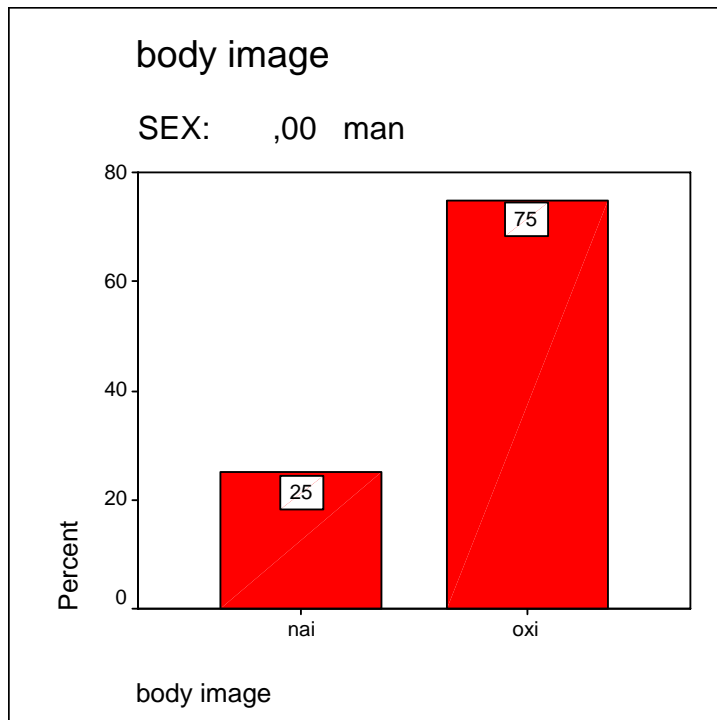
Ε) ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥΣ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο όσων πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας το 22% δήλωσε πως είναι απογοητευμένο από το μέγεθος και το σχήμα του σώματός του, ενώ το 78% δήλωσε πως δεν είναι.

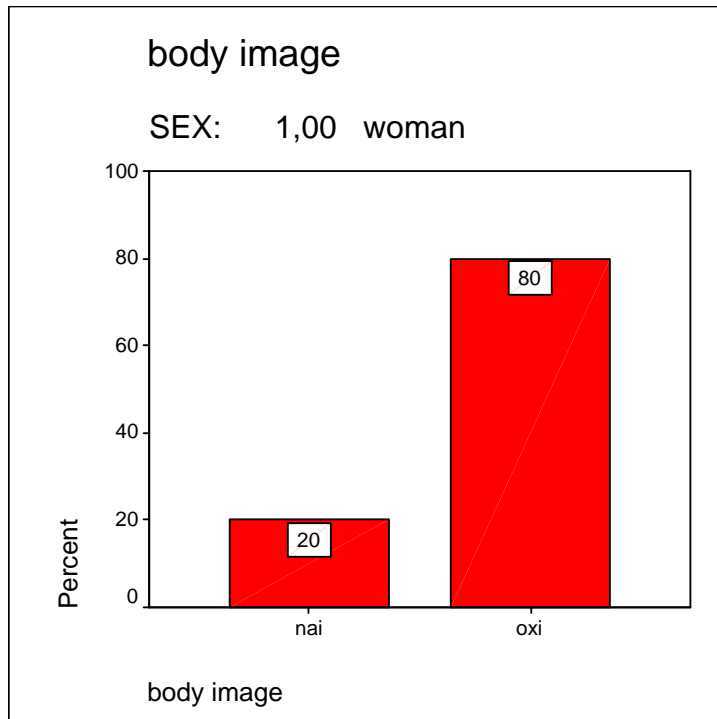
ΓΡΑΦΗΜΑ 19

ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΠΛΗΡΕΙ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟ ΣΩΜΑ ΤΟΥ.



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο των **ανδρών** που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχογενή βουλιμία το 25% δήλωσε ότι είναι απογοητευμένο από το μέγεθος και το σχήμα του σώματός του, ενώ το 75% δεν είναι.

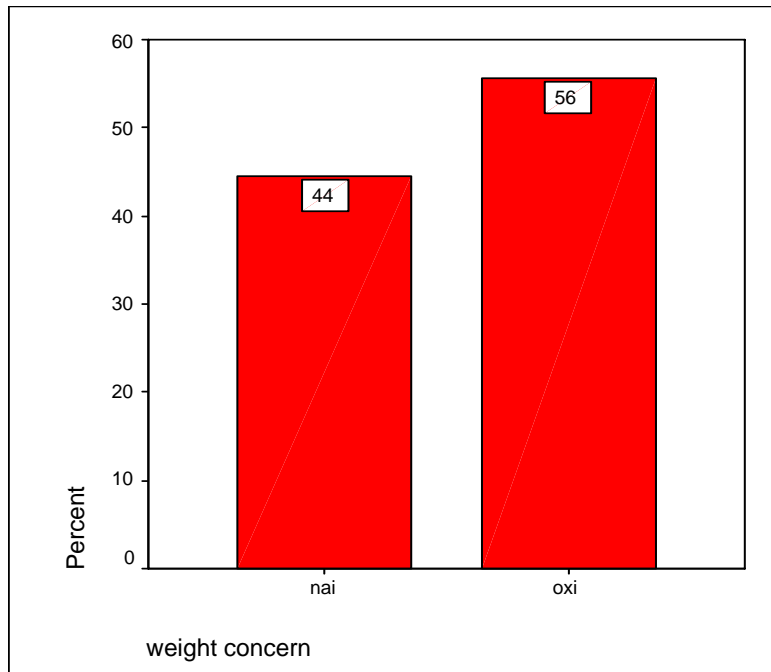
ΓΡΑΦΗΜΑ 20



Το γράφημα αυτό δείχνει ότι από το σύνολο των **γυναικών** που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχογενή βουλιμία το 20% δήλωσε ότι είναι απογοητευμένο από το μέγεθος και το σχήμα του σώματός του, ενώ το 80% δήλωσε ότι δεν είναι.

ΓΡΑΦΗΜΑ 21

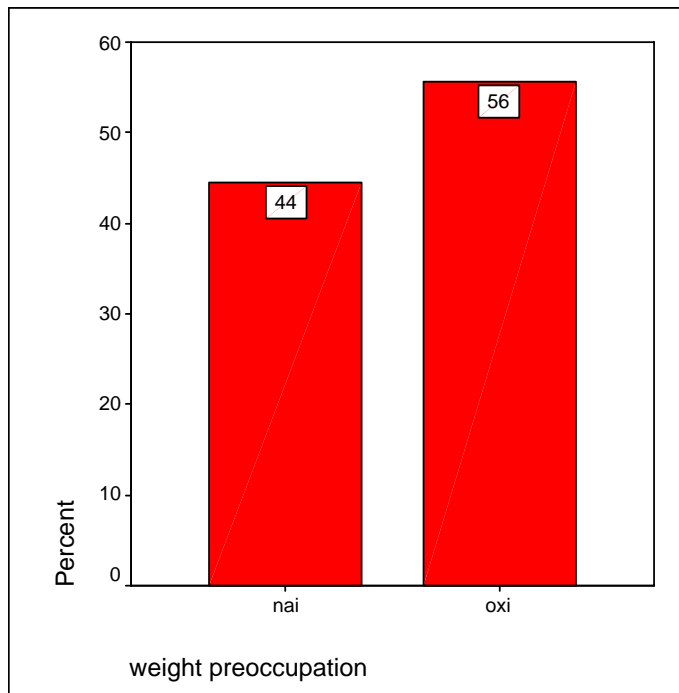
Στ) ΤΗΝ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΑΝΗΣΥΧΙΑ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΤΟΥΣ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο όσων πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας το 44% απάντησε ότι ανησυχεί υπερβολικά μήπως πάρει κιλά ενώ το 65% απάντησε ότι δεν ανησυχεί.

ΓΡΑΦΗΜΑ 22

Η) ΤΗΝ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΜΕ ΤΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο όσων πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας το 44% απάντησε ότι αφιερώνει πολύ χρόνο να σκέφτεται το σωματικό του βάρος, ενώ το 56% απάντησε ότι δεν αφιερώνει.

ΣΤΟΥΣ ΠΙΝΑΚΕΣ 3 ΚΑΙ 4 ΦΑΙΝΕΤΑΙ Ο ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΠΛΗΡΟΥΝ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Descriptive Statistics^a

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
AGE	4	21,00	25,00	22,0000	2,00000
Valid N (listwise)	4				

a. SEX = man

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από όσους πληρούν τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας, οι 4 είναι άντρες ηλικίας από 21-25 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 22 χρόνια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Descriptive Statistics^a

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
AGE	5	21,00	25,00	22,2000	1,78885
Valid N (listwise)	5				

a. SEX = woman

Στο παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από όσους πληρούν τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας, οι 5 είναι γυναίκες, ηλικίας από 21-25 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 22 περίπου χρόνια.

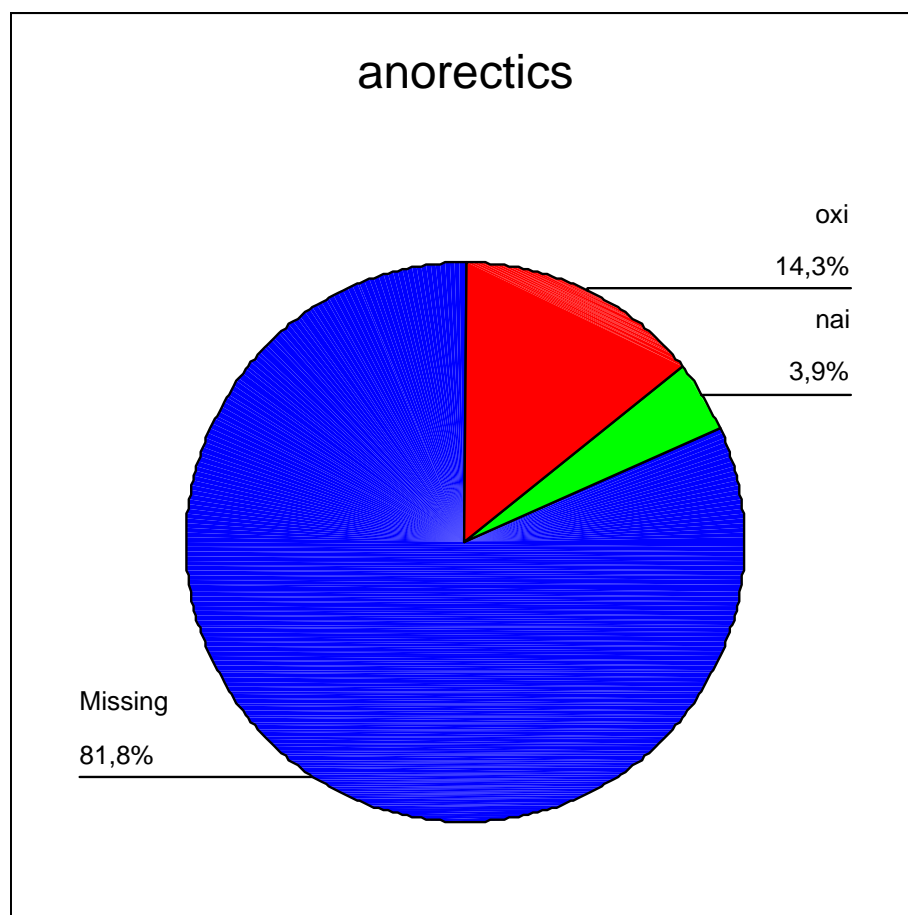
ΠΙΝΑΚΑΣ 5

anorectics

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	oxi	40	14,3	78,4	78,4
	nai	11	3,9	21,6	100,0
	Total	51	18,2	100,0	
Missing	System	229	81,8		
Total		280	100,0		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 18,2% ανήκει στους λιποβαρείς, ή στους σημαντικά λιποβαρείς. Το 3,9% ανήκει στους λιποβαρείς που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας, και το 14,3% ανήκει στους λιποβαρείς που όμως δε πληρούν τα κριτήρια για ανορεξία, ενώ το 81,8% δηλώνει το υπόλοιπο σύνολο που δεν ανήκει στους λιποβαρείς.

ΓΡΑΦΗΜΑ 23



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι το 81,8% του συνόλου δεν ανήκει στους λιποβαρείς, το 14,3% είναι οι λιποβαρείς που δε πληρούν τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας, ενώ το 3,9% είναι οι λιποβαρείς που πληρούν τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας.

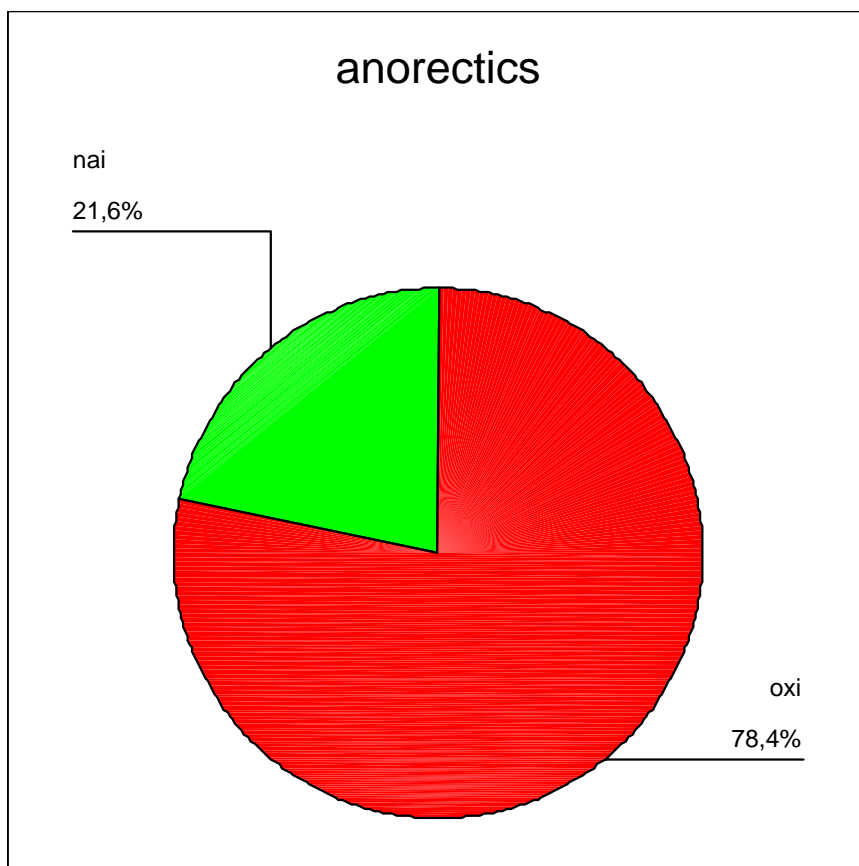
ΠΙΝΑΚΑΣ 6

anorectics

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid oxi	40	78,4	78,4	78,4
nai	11	21,6	21,6	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι το ποσοστό όσων πληρούν τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας έναντι του συνόλου των λιπόβαρων είναι το 21,6%, ενώ το υπόλοιπο 78,4% δεν πληροί αυτά τα κριτήρια.

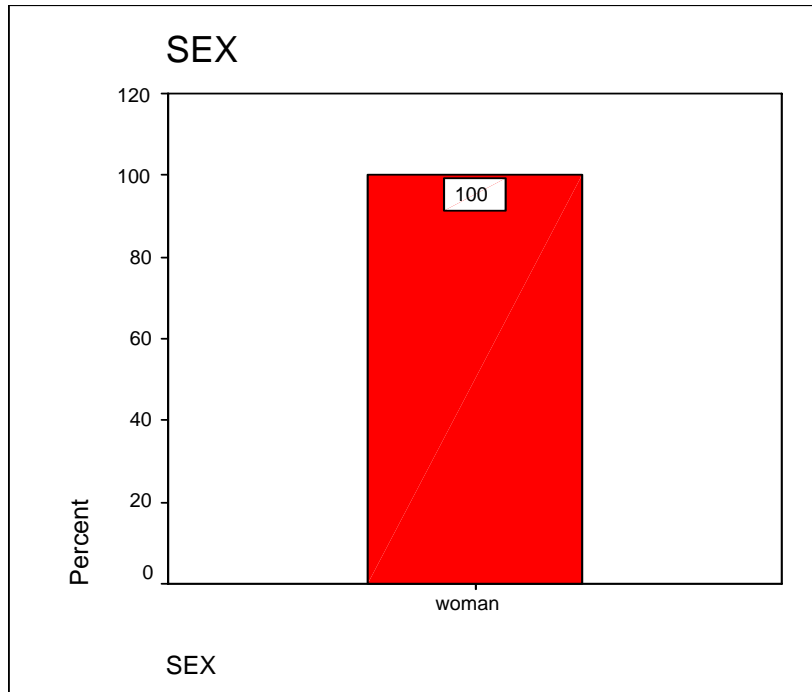
ΓΡΑΦΗΜΑ 24



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι στο σύνολο των λιπόβαρων το 21,6% πληρεί τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας ενώ το 78,4% δε τα πληρεί.

ΓΡΑΦΗΜΑ 25

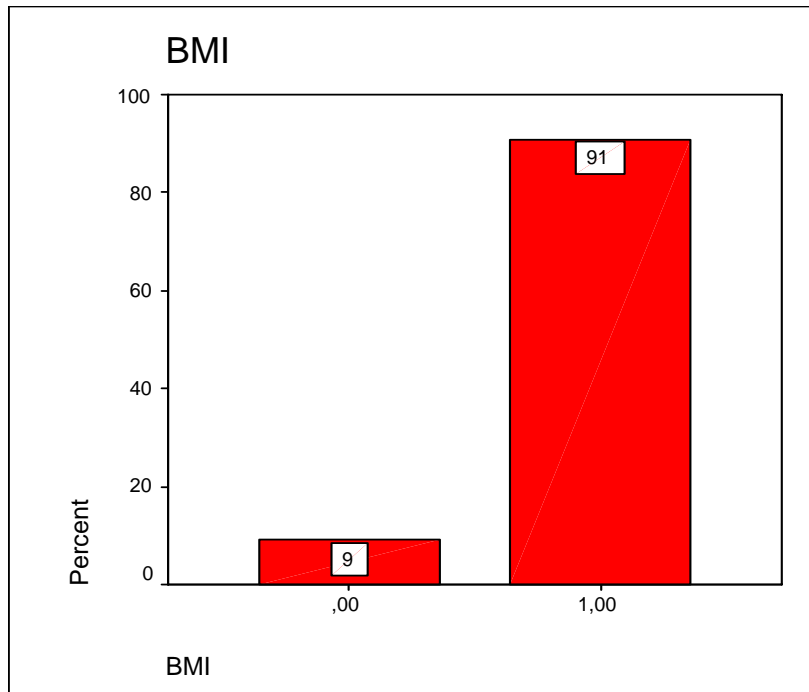
ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΠΛΗΡΟΥΝ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΟΡΕΞΙΑ



Στο παραπάνω γράφημα δείχνει ότι όσα άτομα πληρούν τα κριτήρια της ανορεξίας είναι στο σύνολο τους γυναίκες, με ποσοστό 100%.

ΓΡΑΦΗΜΑ 26

Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΜΑΖΑΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΠΛΗΡΟΥΝ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

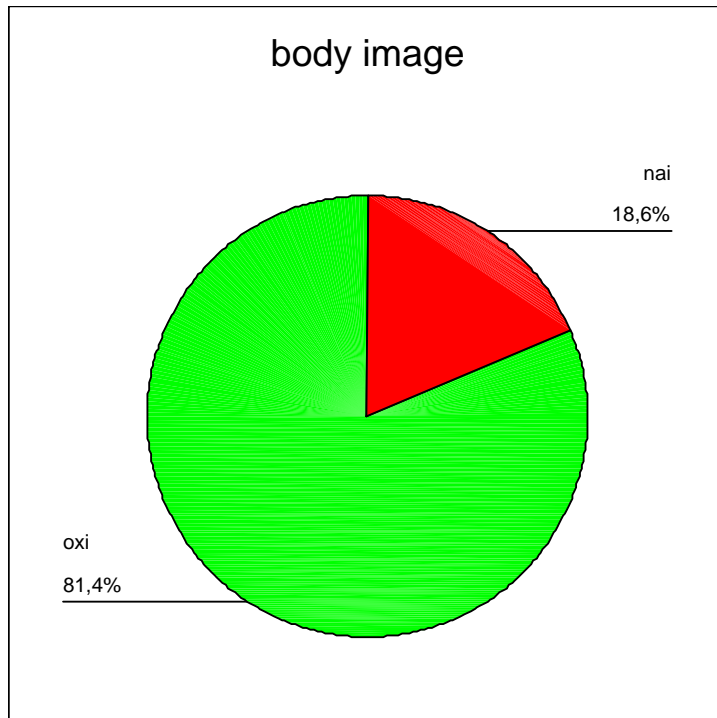


Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από τις γυναίκες που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ανορεξίας, το 9% ανήκει στην κατηγορία των σημαντικά λιπόβαρων και το 91% στην κατηγορία των ελαφρώς λιπόβαρων

ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΟΣΩΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΓΙΑ ΤΟ ΣΩΜΑ ΤΟΥΣ, ΤΙΣ ΔΙΑΙΤΕΣ, ΤΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΤΟΥΣ ΒΑΡΟΣ.

ΓΡΑΦΗΜΑ 27

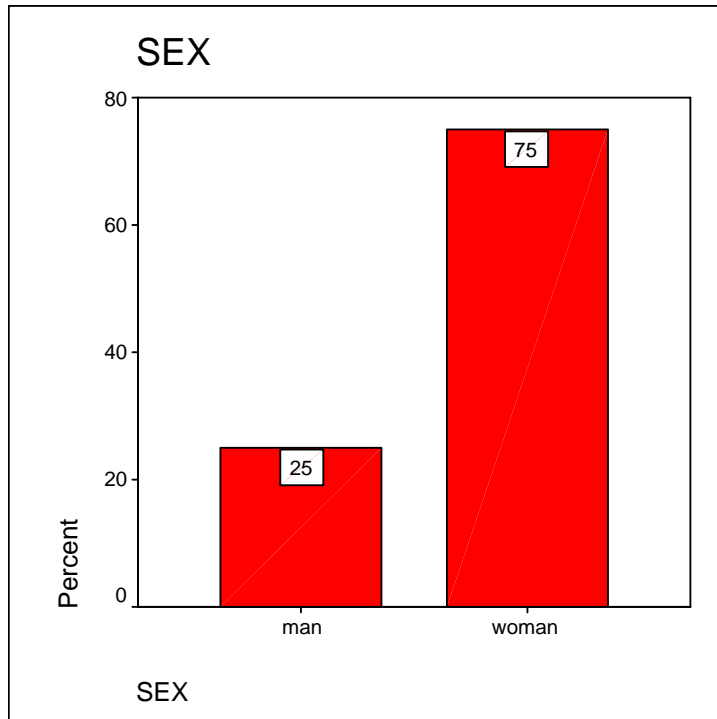
ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ



Το γράφημα αυτό δείχνει ότι από το σύνολο του πληθυσμού των φοιτητών το 18% είναι απογοητευμένο από το μέγεθος και το σχήμα του σώματος και το 81,4% δεν είναι.

ΓΡΑΦΗΜΑ 28

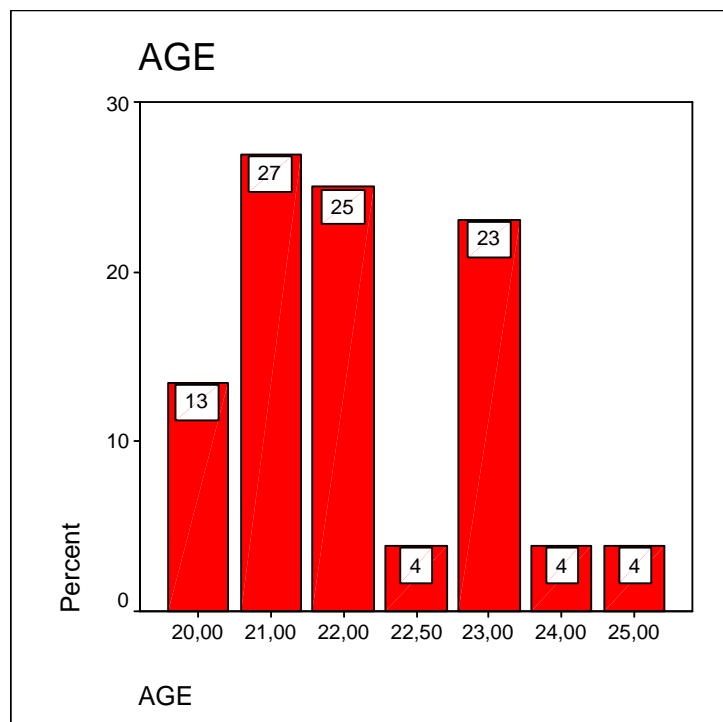
ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ



Το γράφημα αυτό δείχνει ότι από το σύνολο των φοιτητών που δήλωσαν ότι απογοητευμένο από το μέγεθος και το σχήμα του σώματος τους το 75% είναι γυναίκες και το 25% άνδρες.

ΓΡΑΦΗΜΑ 29

ΟΙ ΗΛΙΚΙΕΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΔΗΛΩΣΑΝ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΣΧΗΜΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥΣ.



Το γράφημα 38 δείχνει ότι το 13 % των φοιτητών που δήλωσαν ότι απογοητευμένοι από το μέγεθος και το σχήμα του σώματος τους είναι 20 ετών, το 27% των φοιτητών είναι 21 ετών, το 25% είναι 22 ετών, το 4% είναι 20.5 ετών. Επίσης το 23% των φοιτητών που δήλωσαν ότι είναι απογοητευμένοι από το μέγεθος και το σχήμα του σώματος τους είναι 23 ετών, το 4% είναι 24 ετών και το 4% είναι 25 ετών.

ΓΡΑΦΗΜΑ 30

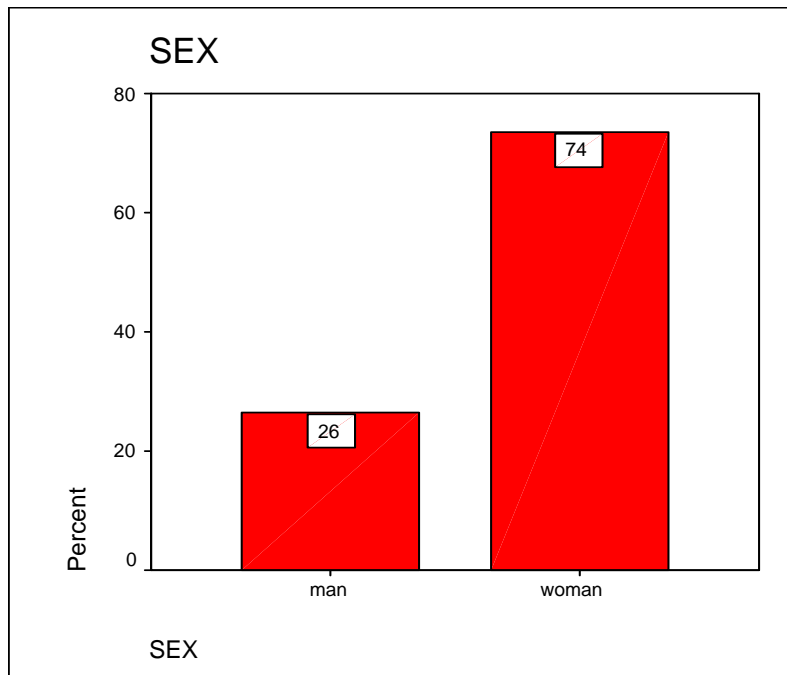
ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΔΙΑΙΤΑ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι στο σύνολο των ερωτηθέντων, το 68,9% δήλωσε ότι δε κάνει συχνά δίαιτα, ούτε νιώθει αυτή την ανάγκη, ενώ το 31,1% απάντησε θετικά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 31

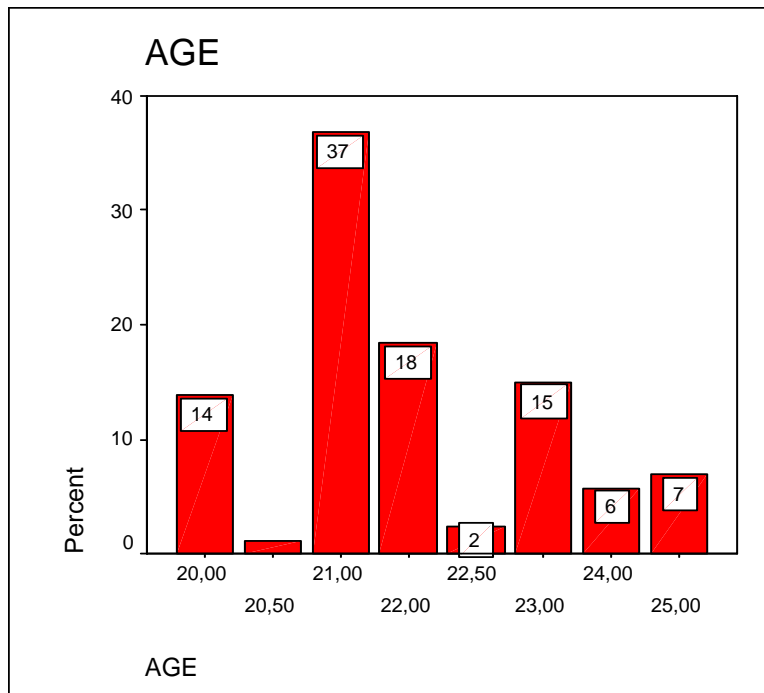
ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΔΙΑΙΤΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΟΥΣ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι το 26% όσων απάντησαν θετικά στην ερώτηση αν κάνουν δίαιτα είναι άντρες, ενώ το 74 % γυναίκες. Η πλειοψηφία των φοιτητών που κάνουν δίαιτα είναι γυναίκες.

ΓΡΑΦΗΜΑ 32

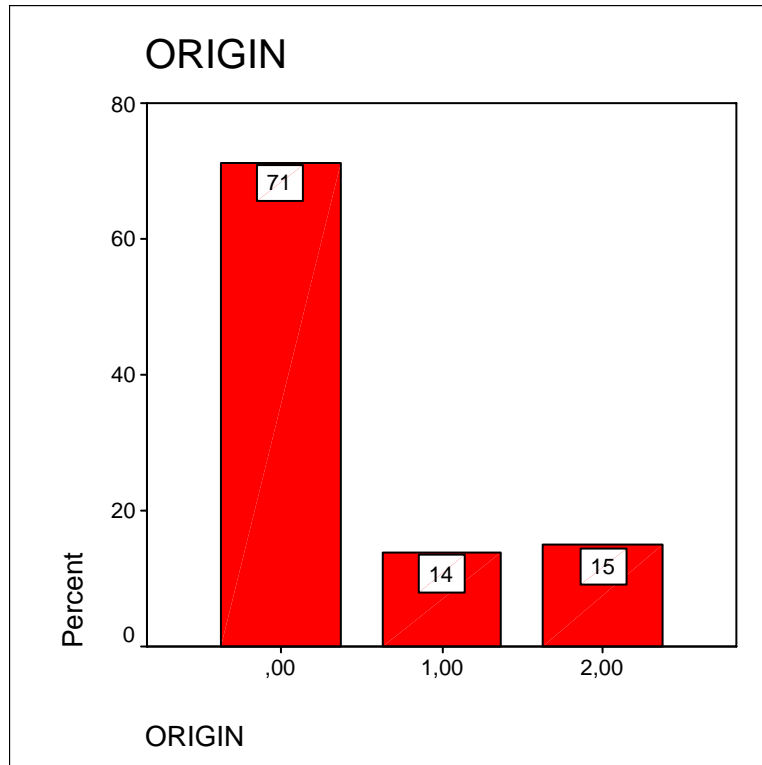
ΟΙ ΗΛΙΚΙΕΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΔΙΑΙΤΑ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι οι ηλικίες όσων απάντησαν θετικά στο αν κάνουν δίαιτα κυμαίνονται από τα 20, μέχρι και τα 25 χρόνια. Το 14% είναι 20 χρονών, το 37% είναι 21 χρονών, το 18% είναι 22 ετών, το 2% είναι 22,5, το 15% είναι 23 ετών, το 6% είναι 24 ετών και το 7% είναι 25 ετών.

ΓΡΑΦΗΜΑ 33

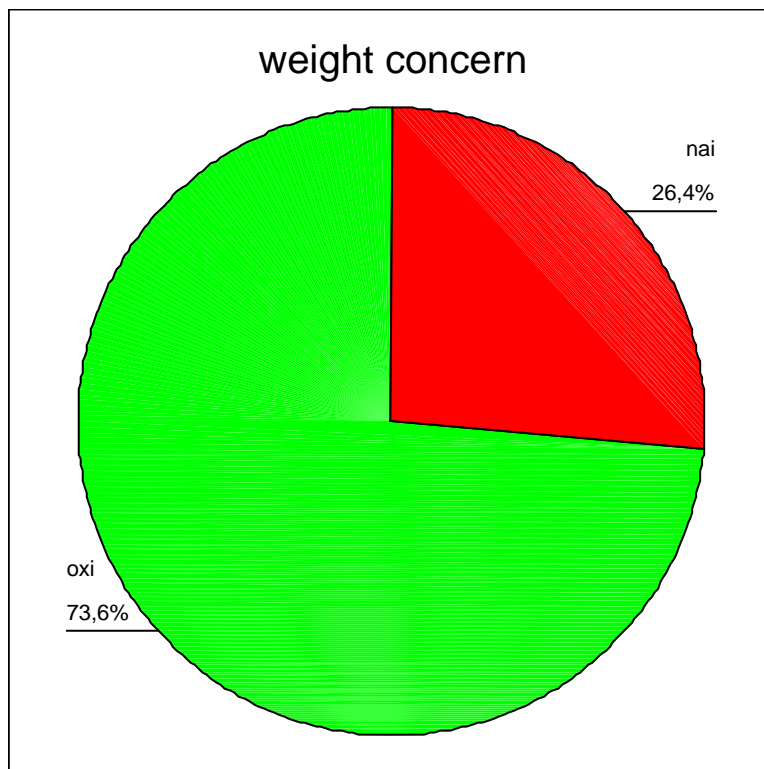
Ο ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΟΤΙ ΚΑΝΟΥΝ ΔΙΑΙΤΑ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι όσοι απάντησαν θετικά στο αν κάνουν δίαιτα, το 71% προέρχεται από αστική περιοχή, το 14% από ημιαστική περιοχή και το 15% από αγροτική περιοχή.

ΓΡΑΦΗΜΑ 34

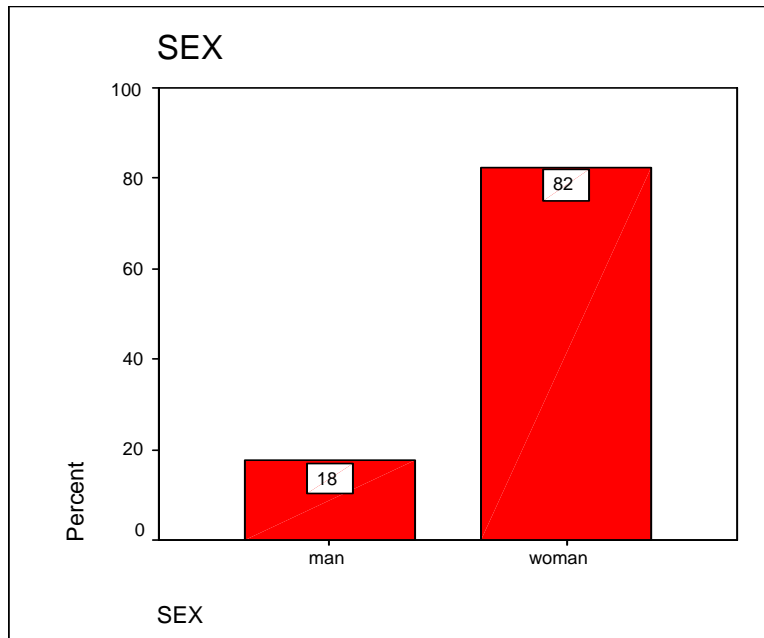
Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΑΝΗΣΥΧΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 73,6% δήλωσε πως δεν ανησυχεί υπερβολικά μήπως πάρει κιλά, ενώ το 26,4% απάντησε ότι ανησυχεί υπερβολικά μήπως πάρει κιλά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 35

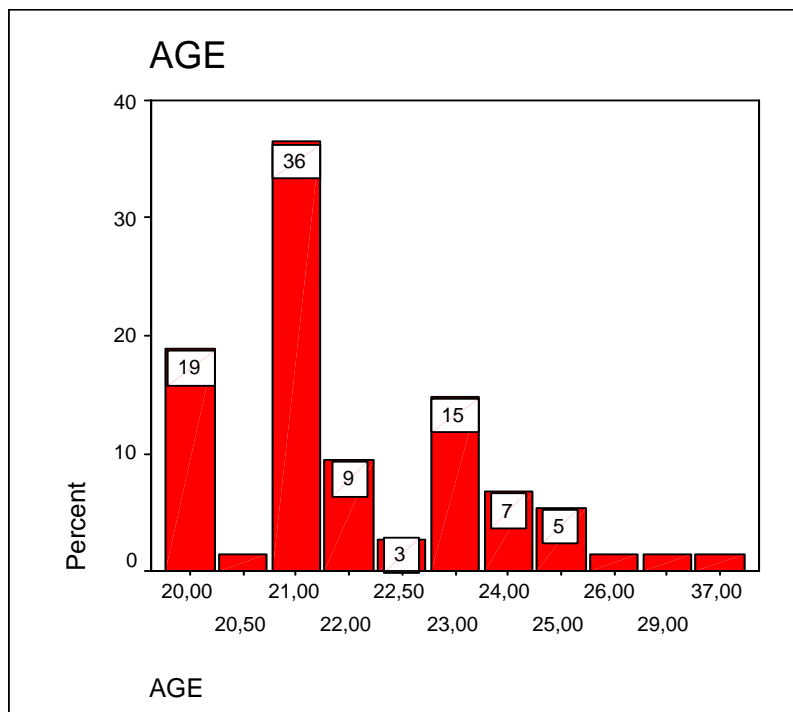
ΤΟ ΦΥΛΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΑΝΗΣΥΧΙΑ ΓΙΑ ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ.



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο των ερωτηθέντων το 18% από όσους απάντησαν ότι ανησυχούν υπερβολικά μήπως πάρουν κιλά, ήταν άντρες ενώ το 82% γυναίκες. Στο σημείο αυτό φαίνεται ότι οι γυναίκες ανησυχούν περισσότερο από τους άνδρες μήπως πάρουν κιλά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 36

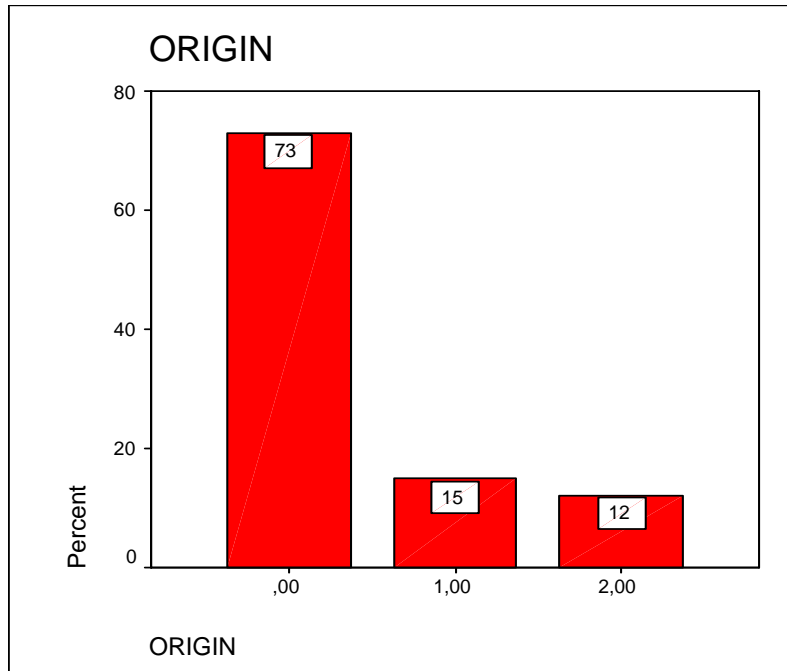
ΟΙ ΗΛΙΚΙΕΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΑΝΗΣΥΧΟΥΝ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ ΜΗΠΩΣ ΑΥΞΗΘΕΙ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΤΟΥΣ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι όσοι απάντησαν θετικά στο αν ανησυχούν υπερβολικά μήπως πάρουν κιλά είναι από 20 μέχρι 37 ετών. Το 19% των φοιτητών που ανησυχεί υπερβολικά μήπως πάρει κιλά είναι 20 ετών. Το 36% είναι 21 ετών, το 9% είναι ηλικίας 22 ετών, το 3% είναι ηλικίας 22,5 ετών, το 15% είναι 23 ετών, το 7% είναι 24 ετών και το 5% είναι 25 ετών.

ΓΡΑΦΗΜΑ 37

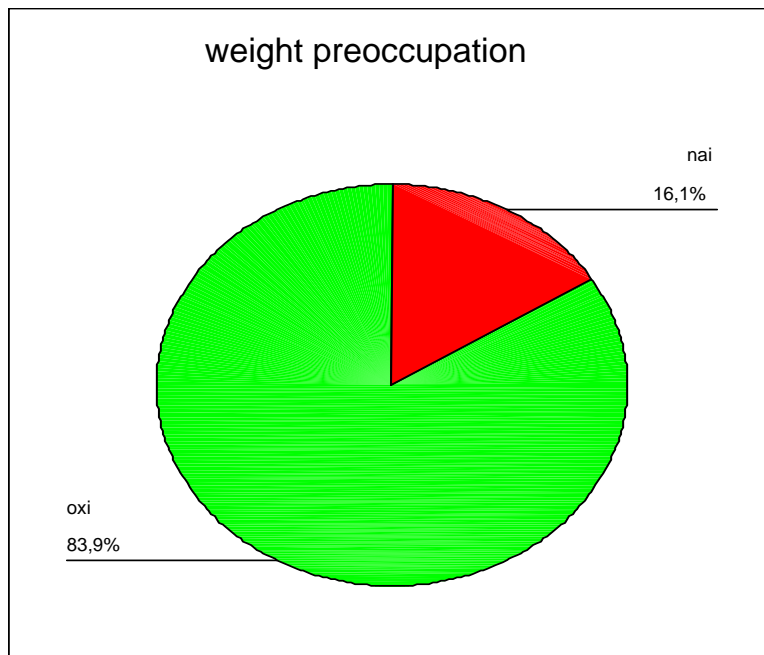
Ο ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΑΝΗΣΥΧΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι όσοι απάντησαν θετικά στο αν ανησυχούν υπερβολικά μήπως πάρουν κιλά το 73% προέρχονται από αστική περιοχή, το 15% από ημιαστική περιοχή και το 12% από αγροτική περιοχή.

ΓΡΑΦΗΜΑ 38

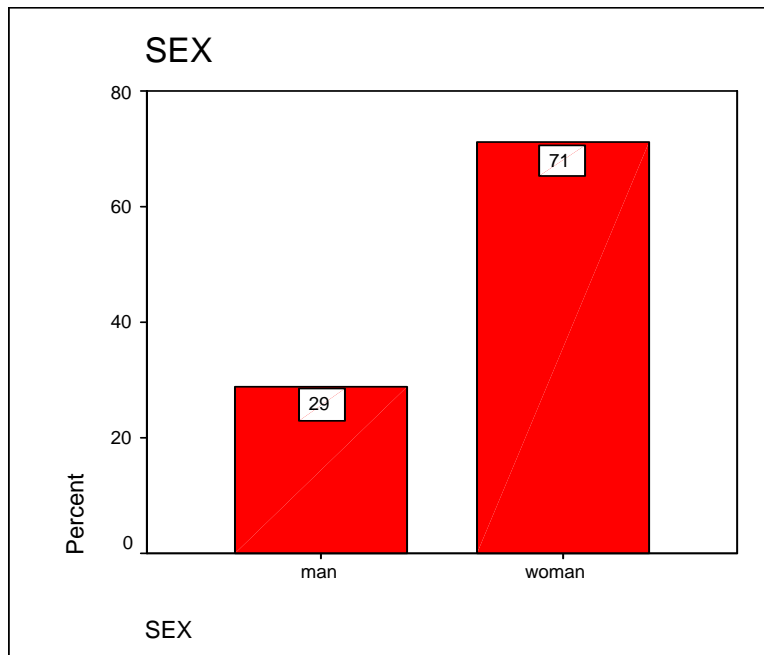
ΣΤΑΣΕΙΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΜΕ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΤΟΥΣ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 16,1% δήλωσε πως αφιερώνει πολύ χρόνο να σκέφτεται το σωματικό του βάρος, ενώ το 83,9% απάντησε αρνητικά

ΓΡΑΦΗΜΑ 39

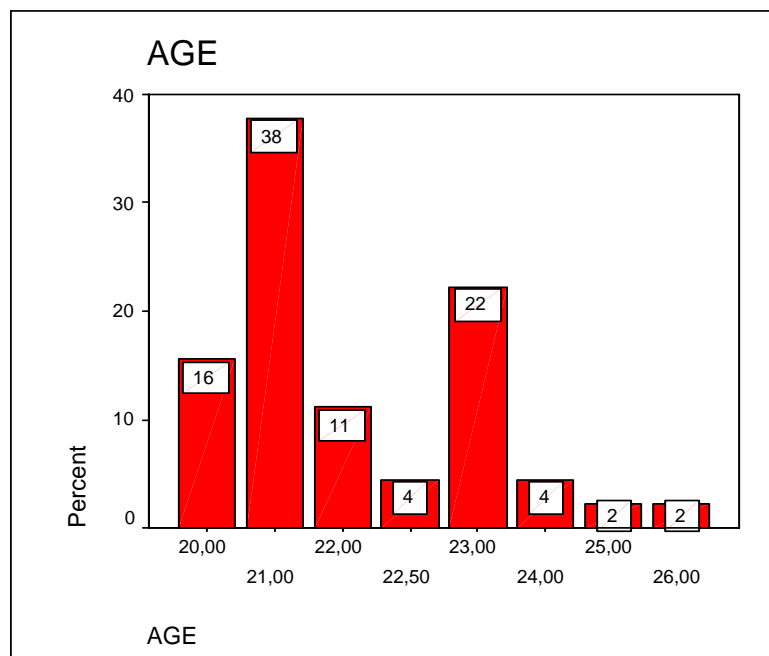
ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΤΟΥΣ ΒΑΡΟΣ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από αυτούς που απάντησαν θετικά στο αν αφιερώνουν πολύ χρόνο να σκέφτονται το σωματικό τους βάρος, το 29% είναι άνδρες και το 71% γυναίκες.

ΓΡΑΦΗΜΑ 40

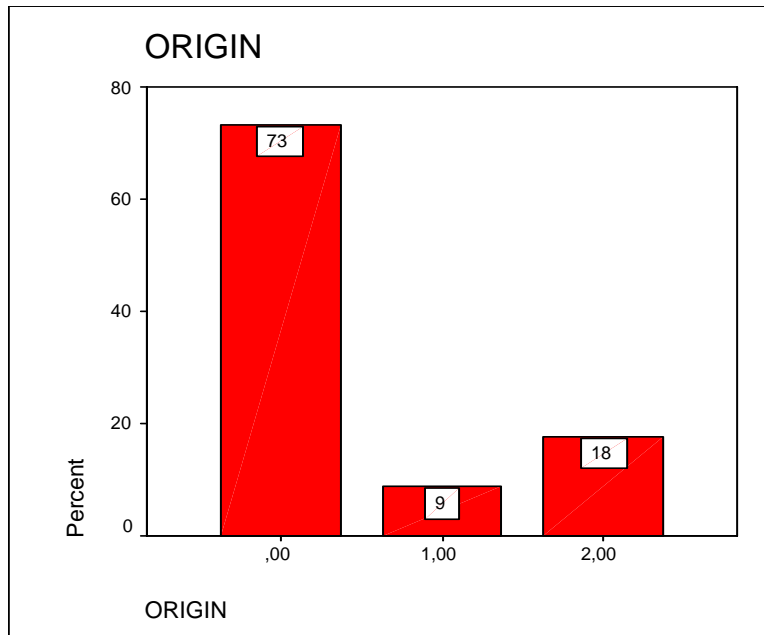
ΟΙ ΗΛΙΚΙΕΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΑΦΙΕΡΩΝΟΥΝ ΠΟΛΥ ΧΡΟΝΟ ΝΑ ΣΚΕΦΤΟΝΤΑΙ ΤΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΤΟΥΣ ΒΑΡΟΣ.



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι όσοι απάντησαν θετικά στο αν αφιερώνουν πολύ χρόνο να σκέφτονται το σωματικό τους βάρος είναι από 20 μέχρι 26 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό (39%) που δήλωσε ότι αφιερώνει πολύ χρόνο να σκέφτεται το σωματικό του βάρος είναι ηλικίας 21 ετών. Ακολουθεί η ηλικία των 23 ετών με ποσοστό 22%, έπειτα η ηλικία των 20 ετών με ποσοστό 16%, στη συνέχεια η ηλικία των 22 ετών με ποσοστό 11% και τέλος η ηλικία των 24 ετών, των 25 ετών και 26 ετών. Φαίνεται ότι οι ηλικίες 20, 21, 22, και 23 ετών είναι αυτές στις οποίες οι νέοι αφιερώνουν χρόνο στο να σκέφτονται το σωματικό τους βάρος.

ΓΡΑΦΗΜΑ 41

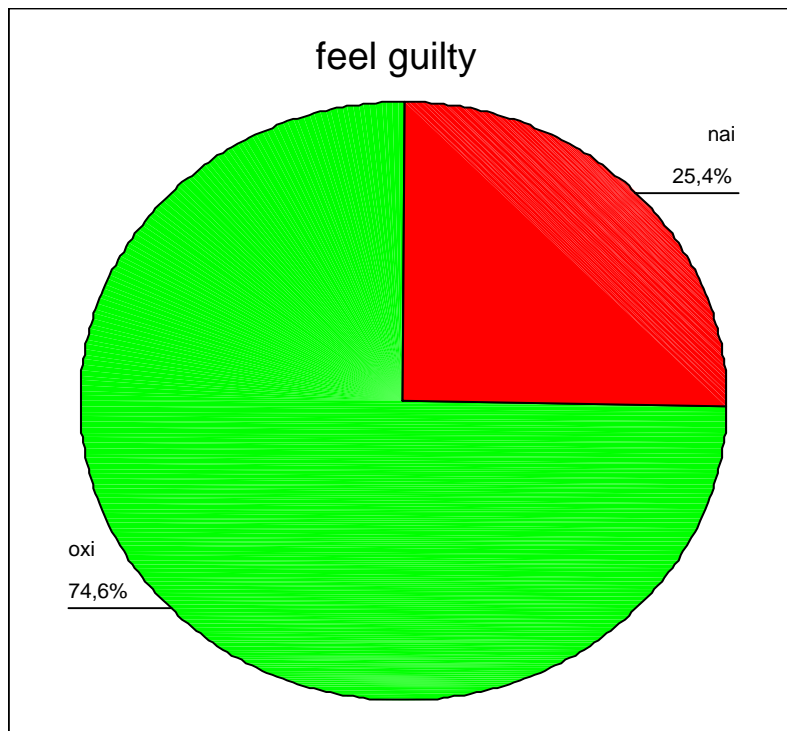
Ο ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΑΦΙΕΡΩΝΟΥΝ ΠΟΛΥ ΧΡΟΝΟ ΣΤΟ ΝΑ ΣΚΕΦΤΟΝΤΑΙ ΤΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΤΟΥΣ ΒΑΡΟΣ.



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι όσοι απάντησαν θετικά στο αν αφιερώνουν πολύ χρόνο να σκέφτονται το σωματικό τους βάρος ,το 73% προέρχεται από αστική περιοχή, το 9% από ημιαστική και το 18% από αγροτική περιοχή.

ΓΡΑΦΗΜΑ 42

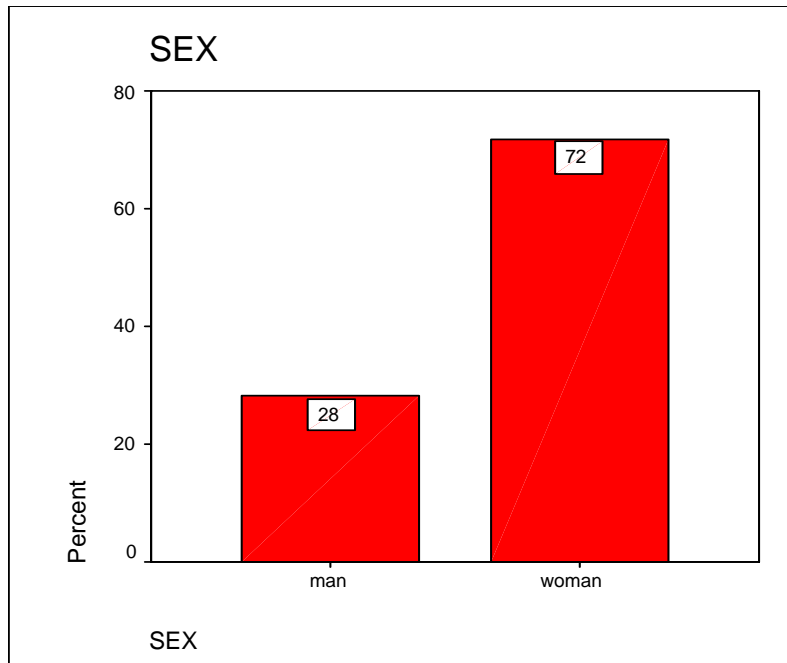
ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΕΝΟΧΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΠΑΧΥΝΤΙΚΩΝ ΤΡΟΦΩΝ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 25,4% απάντησε ότι νιώθει ενοχές ή ανυπόφορες τύψεις όταν τρώει παχυντικές τροφές, ενώ το 74,6% απάντησε ότι δεν νιώθει.

ΓΡΑΦΗΜΑ 43

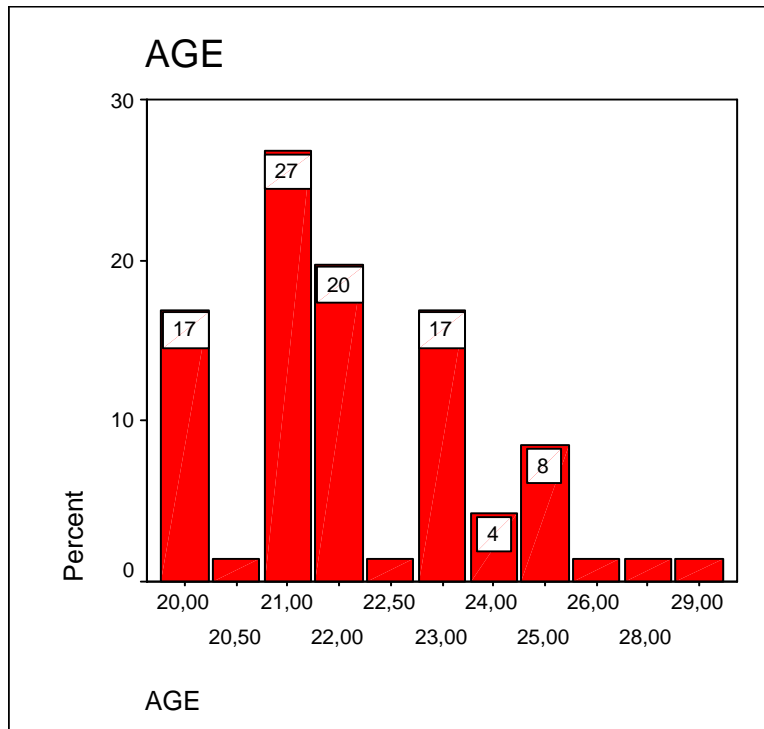
ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΝΙΩΘΟΥΝ ΕΝΟΧΕΣ ΑΝΥΠΟΦΟΡΕΣ ΤΥΨΕΙΣ ΟΤΑΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΟΥΝ ΠΑΧΥΝΤΙΚΕΣ ΤΡΟΦΕΣ.



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από όσους απάντησαν θετικά στο αν νιώθουν ενοχές ή ανυπόφορες τύψεις όταν τρώνε παχυντικές τροφές, το 28% είναι άντρες και το 72% γυναίκες

ΓΡΑΦΗΜΑ 44

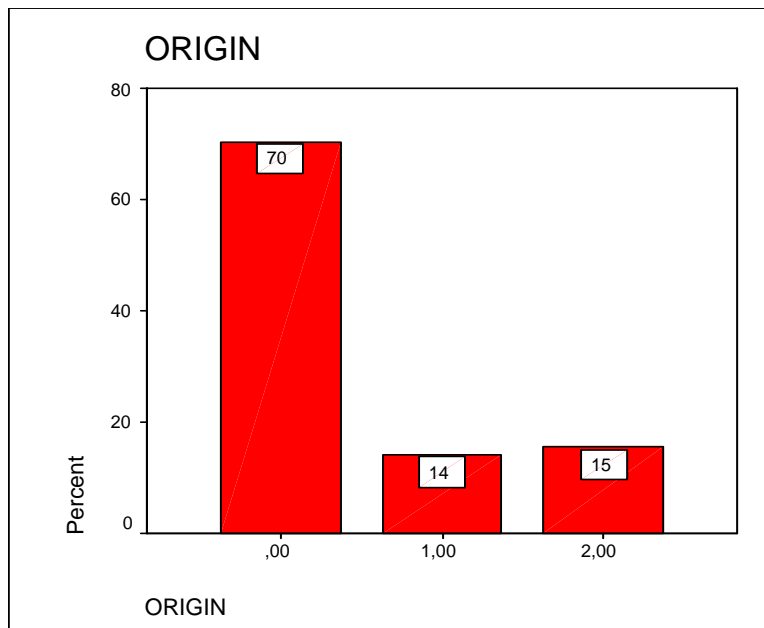
ΟΙ ΗΛΙΚΙΕΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΝΙΩΘΟΥΝ ΕΝΟΧΕΣ ΑΝΥΠΟΦΟΡΕΣ ΤΥΨΕΙΣ ΟΤΑΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΟΥΝ ΠΑΧΥΝΤΙΚΕΣ ΤΡΟΦΕΣ



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι όσοι απάντησαν θετικά στο αν νιώθουν ενοχές ή ανυπόφορες τύψεις όταν τρώνε παχυντικές τροφές, έχουν ηλικία από 20 έως 29 ετών

ΓΡΑΦΗΜΑ 45

**Ο ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΔΗΛΩΣΑΝ ΟΤΙ ΝΙΩΘΟΥΝ ΕΝΟΧΕΣ
ΑΝΥΠΟΦΟΡΕΣ ΤΥΨΕΙΣ ΟΤΑΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΟΥΝ ΠΑΧΥΝΤΙΚΕΣ ΤΡΟΦΕΣ**



Το παραπάνω γράφημα δείχνει ότι από όσους απάντησαν θετικά στο αν νιώθουν ενοχές ή ανυπόφορες τύψεις όταν τρώνε παχυντικές τροφές, το 70% προέρχεται από αστική περιοχή, το 14% από ημιαστική και το 15% από αγροτική περιοχή

10.2 ΤΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Από την έρευνα που διεξάγαμε στο ΑΤΕΙ Κρήτης διαπιστώσαμε ότι στο σύνολο των ερωτηθέντων, το 3,2% του φοιτητικού πληθυσμού του ΑΤΕΙ, πληρεί τα βασικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας. Η αναλογία των ατόμων αυτών όσον αφορά το φύλο είναι 56% γυναίκες και 44% άνδρες. Βλέπουμε εδώ ότι οι γυναίκες υπερέχουν αριθμητικά σε σχέση με τους άνδρες, γεγονός που δείχνει ότι είναι πιο επιρρεπείς σε διατροφικές διαταραχές. Κάτι τέτοιο μπορεί να οφείλεται τόσο στις αυξημένες κοινωνικές πιέσεις που δέχεται σήμερα η γυναίκα να ανταποκρίνεται σε πολλούς ρόλους ταυτόχρονα, όσο και στην ιδιαίτερη γυναικεία φύση που είναι πιο ευάλωτη στη κριτική που της γίνεται από το ανδρικό φύλο. Ωστόσο σημαντικό είναι και το ποσοστό των ανδρών που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχογενή βουλιμία, γεγονός που δείχνει ότι και αυτοί καταφεύγουν σε παθολογικές διατροφικές συνήθειες. Στη σύγχρονη εποχή και το ανδρικό φύλο δέχεται ερεθίσματα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για αποκτήσουν ένα γυμνασμένο «τέλειο» σώμα και μια καλή εξωτερική εμφάνιση.

Όσον αφορά τη περιοχή προέλευσης των ατόμων που πληρούν τα κριτήρια για την ψυχογενή βουλιμία, βλέπουμε μια σημαντική υπεροχή της αστικής περιοχής με ποσοστό 78% έναντι της ημιαστικής με 11% και της αγροτικής περιοχής με 11%. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι όσοι προέρχονται από τα αστικά κέντρα είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση ψυχογενούς βουλιμίας σε σχέση με αυτούς που προέρχονται από την αγροτική ή την ημιαστική περιοχή. Αυτό μπορεί να αποδοθεί ενδεχομένως στο γεγονός ότι στα μεγάλα αστικά κέντρα, οι απαιτήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος είναι πιο αυξημένες και άρα το άγχος των ατόμων είναι εντονότερο με αποτέλεσμα να εμφανίζουν εκτός των άλλων και διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, προκειμένου ν'ανταποκριθούν στις συγκεκριμένες απαιτήσεις. Επίσης στα αστικά κέντρα παρατηρείται μια αυξημένη ψυχοπαθολογία των ατόμων σε σύγκριση με τα άτομα που διαμένουν σε επαρχιακές πόλεις, γεγονός που εκτός των άλλων επηρεάζει και τη διατροφική τους συμπεριφορά.

Όσον αφορά την ηλικία αυτών που πληρούν τα βασικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας, το 67% είναι 21 ετών, το 11% είναι 23 ετών και το 22% είναι 25 ετών. Τα ποσοστά αυτά μας δείχνουν ότι η συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή αφορά κυρίως την όψιμη εφηβεία όπου και εμφανίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό, κάτι που υποστηρίζει και η διεθνής βιβλιογραφία για την ψυχογενή βουλιμία.

Όσον αφορά την πρώτη διαγνωστική ερώτηση αν τα συγκεκριμένα άτομα είχαν τους τελευταίους 3 μήνες επεισόδια πολυφαγίας κατά τα οποία έφαγαν πολύ φαγητό σε χρονικό διάστημα 2 ωρών, το 89% όσων πληρούν το σύνολο των βασικών διαγνωστικών κριτηρίων της ψυχογενούς βουλιμίας απάντησε θετικά, ενώ το υπόλοιπο 11 % απάντησε αρνητικά. Στη δεύτερη διαγνωστική ερώτηση, αν τους τελευταίους 3 μήνες είχαν επεισόδια υπερφαγίας σε διάστημα τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα, τα ίδια άτομα απάντησαν θετικά στο ίδιο ποσοστό δηλαδή 89%. Στην επόμενη διαγνωστική ερώτηση αν όταν τρώνε πολύ σκέφτονται να κάνουν ή έχουν κάνει εμετό, προκειμένου να διατηρήσουν το βάρος τους, το 78% απάντησε θετικά ενώ το 22% αρνητικά. Ακόμη, το 56% των ατόμων που πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχογενή βουλιμία δήλωσε ότι νιώθει τύψεις ή ανυπόφορες ενοχές όταν τρώει παχυντικές τροφές. Τέλος στην τελευταία διαγνωστική ερώτηση, αν αφού έχουν φάει χρησιμοποιούν διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα ή κάνουν εξοντωτική

γυμναστική, το 33% των συγκεκριμένων ατόμων απάντησε αρνητικά, το 44% απάντησε ότι χρησιμοποιεί άλλα φάρμακα και το 22% ότι καταφεύγει σε εξοντωτική γυμναστική.

Από τα διαγνωστικά κριτήρια βλέπουμε ότι οι δύο πρώτες ερωτήσεις που αφορούν την ύπαρξη και τη συχνότητα πολυφαγικών επεισοδίων τους τελευταίους 3 μήνες, το ποσοστό των θετικών απαντήσεων είναι σημαντικά αυξημένο, γεγονός που δείχνει ότι τα πολυφαγικά επεισόδια είναι πολύ συχνό φαινόμενο σε αυτά τα άτομα. Στην τρίτη διαγνωστική ερώτηση αν μετά από τα επεισόδια πολυφαγίας σκέφτονται να κάνουν ή έχουν κάνει εμετό για να διατηρήσουν το βάρος τους, το ποσοστό των θετικών απαντήσεων φαίνεται επίσης αυξημένο (78%). Τέλος η επόμενη διαγνωστική ερώτηση, αν μετά το φαγητό χρησιμοποιούν φαρμακευτικά σκευάσματα ή καταφεύγουν σε εξοντωτική γυμναστική βλέπουμε ότι ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό απάντησε ότι χρησιμοποιεί φαρμακευτικά σκευάσματα (44%), και ένα σημαντικό ποσοστό (22%) ότι καταφεύγει σε εξοντωτική γυμναστική προκειμένου να διατηρήσουν το βάρος τους.

Για τη συγκεκριμένη κατηγορία ατόμων που πληρούν τα κριτήρια για την ψυχογενή βουλιμία, αξίζει επίσης να αναφέρουμε κάποιες βασικές στάσεις σε σχέση με το φαγητό, το βάρος τους και την εικόνα που έχουν για το σώμα τους. Το 44% λοιπόν απάντησε ότι κάνει συχνά δίαιτα ή νιώθει έντονα την ανάγκη αυτή. Το 33% απάντησε πως το φαγητό αποτελεί για αυτούς ένα είδος παρηγοριάς, ενώ το 67% δήλωσε ότι σκέφτεται αρκετά συχνά τι θα φάει και πότε κατά τη διάρκεια της ημέρας. Επίσης το 33% δήλωσε ότι η διάθεσή τους εξαρτάται σημαντικά από το βάρος τους, κι ότι αν πάρουν 1 κιλό νιώθουν θλίψη, απογοήτευση.

Επιπλέον, το 44% δήλωσε ότι ανησυχεί υπερβολικά μήπως πάρει κιλά, το 44% ότι αφιερώνει πολύ χρόνο να σκέφτεται το σωματικό του βάρος και το 22% απάντησε ότι είναι απογοητευμένο από το μέγεθος και το σχήμα του σώματός του. Από αυτούς που δήλωσαν ότι είναι απογοητευμένοι από το μέγεθος και το σχήμα του σώματός τους το 25% είναι άνδρες και το 20% γυναίκες. Στο σημείο αυτό βλέπουμε ότι το ποσοστό των ανδρών που είναι απογοητευμένοι από το μέγεθος και το σχήμα του σώματός τους είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των γυναικών.

Όσον αφορά τα άτομα που πληρούν τα βασικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας ο λόγος για τον οποίο τους διερευνήσαμε είναι για να γίνει διαφορική διάγνωση από τους βουλιμικούς. Ως βασικά διαγνωστικά κριτήρια για τον καθορισμό τους λάβαμε υπ'οψη το βάρος τους αν ήταν κάτω του φυσιολογικού, δηλαδή λιποβαρείς, το αν βρίσκονται σε μόνιμο διατροφικό περιορισμό, καθώς και για τις γυναίκες, αν είχαν έλλειψη περιόδου τους τελευταίους 3 μήνες. Και οι 3 ερωτήσεις αναφέρονται στα βασικά διαγνωστικά κριτήρια του DSM -IV. Από την έρευνα προέκυψε ότι το 9% αυτής της κατηγορίας ανήκει στους σημαντικά λιποβαρείς, ενώ το 91% ανήκει στους ελαφρώς λιποβαρείς. Όσον αφορά την ερώτηση για το αν βρίσκονται σε μόνιμο διατροφικό περιορισμό, το 64% απάντησε θετικά, ενώ αντίστοιχα το 36% απάντησε ότι τους τελευταίους 3 μήνες είχε έλλειψη περιόδου.

Σημαντικά ήταν τα αποτελέσματα που προέκυψαν όσον αφορά το φύλο, όσων πληρούν τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας, καθώς όπως φαίνεται το 100% αυτού του πληθυσμού είναι γυναίκες. Εδώ βλέπουμε εντονότερα ότι πιθανότατα οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς σε κοινωνικές πιέσεις όσον αφορά την εμφάνισή τους απ'ότι στη περίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας, καθώς εκεί είχαν και οι άνδρες μια αρκετά σημαντική παρουσία. Όσον αφορά τον τόπο καταγωγής των ατόμων που πληρούν τα κριτήρια για ανορεξία, η έρευνα έδειξε ότι το 64% προέρχεται από αστικά κέντρα, το 9% προέρχεται από ημιαστικές περιοχές, ενώ το 27% από

αγροτικές περιοχές. Και σε αυτή την περίπτωση βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που πληρεί τα κριτήρια για την ανορεξία κατάγεται από αστικές περιοχές. Ακολουθεί η αγροτική περιοχή και τέλος η ημιαστική. Υπάρχει λοιπόν, μια σημαντική υπεροχή της αστικής περιοχής έναντι της ημιαστικής και αγροτικής. Ωστόσο βλέπουμε εδώ ότι το ποσοστό των ατόμων που κατάγονται από την αγροτική περιοχή και που πληρούν τα κριτήρια για ανορεξία είναι αυξημένο (27%) σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων που πληρούν τα κριτήρια για τη ψυχογενή βουλιμία που κατάγονται από την αγροτική περιοχή, που είναι 11%..

Η συγκεκριμένη υποκατηγορία που αναλύσαμε, αφορά όπως είδαμε ένα συγκεκριμένο κομμάτι του πληθυσμού και όχι το σύνολο των ερωτηθέντων. Επειδή όμως κάποιες ερωτήσεις παρουσιάζουν ενδιαφέρον, κρίναμε χρήσιμο να τις μελετήσουμε και στο σύνολο του δείγματός μας. Στην ερώτηση επομένως που αφορά το αν κάνουν δίαιτα ή νιώθουν έντονα την ανάγκη να κάνουν, το 31,1% των φοιτητών δήλωσε ότι κάνει δίαιτα. Αυτό πάντως που είναι πιο χαρακτηριστικό, είναι ότι το 26% από όσους απάντησαν θετικά σ'αυτή την ερώτηση είναι άνδρες, ενώ το 74% γυναίκες. Εδώ βλέπουμε ακόμη μια φορά την πιθανή πίεση που νιώθουν οι γυναίκες να συμμορφώνονται με τα προβαλλόμενα πρότυπα σε σχέση με τους άντρες, το ποσοστό των οποίων είναι σημαντικά μικρότερο. Όσον αφορά την περιοχή προέλευσης, προκύπτει επίσης ότι το περισσότερο ποσοστό από όσους απάντησαν ότι κάνουν δίαιτα, προέρχονται από αστική περιοχή, δηλαδή το 71%,ενώ αντίστοιχα το 14% κατάγονται από ημιαστική και το 15% από αγροτική.

Όσον αφορά επίσης την ερώτηση αν ανησυχούν υπερβολικά μήπως πάρουν κιλά, το 26,4%του συνολικού πληθυσμού απάντησε θετικά, ενώ από αυτούς το 18% είναι άνδρες και το 82% γυναίκες. Εδώ βλέπουμε ακόμη εντονότερα το ενδεχόμενο άγχος των γυναικών να ανταποκριθούν στα κοινωνικά στάνταρς ομορφιάς, αν και το ποσοστό 26,4% του συνόλου δείχνει ότι ενδεχομένως η ανησυχία αυτή δεν αφορά την πλειοψηφία των φοιτητών. Όσον αφορά το τόπο καταγωγής αυτών που απάντησαν θετικά στη συγκεκριμένη ερώτηση, το 73% προέρχονται από αστική περιοχή, το 15% από ημιαστική και το 12% από αγροτική περιοχή. Για άλλη μια φορά βλέπουμε πως στα αστικά κέντρα οι πιέσεις είναι εντονότερες και οι ανησυχίες περισσότερες για τα άτομα από ότι στις αποκεντρωμένες περιοχές.

Τέλος στην ερώτηση αν αφιερώνουν πολύ χρόνο να σκέφτονται το σωματικό τους βάρος το 16,1% του συνόλου απάντησε θετικά, ενώ όσον αφορά το φύλο το 71% αυτών ήταν γυναίκες και το 29% άντρες. Αν και η αριθμητική υπεροχή των γυναικών είναι και σε αυτή τη περίπτωση εμφανής, ωστόσο και το ποσοστό των ανδρών εμφανίζεται αυξημένο σε σχέση με τις υπόλοιπες ερωτήσεις. Το γεγονός αυτό μπορεί να μας δείχνει ενδεχομένως πως υπάρχει μια τάση στους άνδρες να τους απασχολεί το σωματικό τους βάρος. Καθώς όμως το ποσοστό στο σύνολο των ερωτηθέντων που απάντησαν θετικά (16,1%), δεν είναι μεγάλο, δε μας επιτρέπεται να γενικεύσουμε μια τέτοια άποψη. Τέλος το 73% όσων απάντησαν θετικά κατάγονται από αστική περιοχή, το 9% από ημιαστική και το 18% από αγροτική. Για άλλη μια φορά βλέπουμε πως προηγείται σημαντικά η αστική περιοχή γεγονός που επιβεβαιώνει όσα έχουμε πει ως τώρα για τα αστικά κέντρα.

Στην ερώτηση τέλος αν νιώθουν ενοχές ή ανυπόφορες τύψεις όταν τρώνε παχυντικές τροφές, στο σύνολο των ερωτηθέντων το, 25,4% απάντησε θετικά, δηλαδή περίπου το 1/4 του συνόλου, ποσοστό όχι μεγάλο, αλλά ούτε και αδιάφορο. Από αυτούς το 28% είναι άνδρες και το 72% γυναίκες. Αυτό επίσης επιβεβαιώνει ότι έχει ειπωθεί μέχρι τώρα για το ρόλο και τις στάσεις των γυναικών απέναντι στο περιβάλλον τους. Τέλος όσον αφορά τη περιοχή προέλευσης, το 70% όσων

απάντησαν θετικά στην ερώτηση κατάγονται από αστική περιοχή, το 14% από ημιαστική και το 15 % από αγροτική. Κι εδώ ο τρόπος ζωής στα αστικά κέντρα φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τα συναισθήματα των ατόμων, απέναντι στο φαγητό.

10.3 ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Αρχικά, από την έρευνα μας φαίνεται ότι από το σύνολο των βουλιμικών το 56% είναι γυναίκες και το 44% είναι άνδρες. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας συμφωνούν με τα αποτελέσματα πολλών ερευνών που έχουν διεξαχθεί στο εξωτερικό καθώς και με τα επιδημιολογικά στοιχεία, σύμφωνα με τα οποία η πλειοψηφία των ατόμων που έχουν ψυχογενή βουλιμία είναι γυναίκες.

Από την έρευνά μας βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των ατόμων που πληρούν τα κριτήρια για βουλιμία, δηλαδή το (56%) έχουν φυσιολογικό βάρος, το 11% είναι ελαφρώς λιποβαρείς και το 33% είναι ελαφρώς υπέρβαροι. Σύμφωνα με τον Lucas και τη βιβλιογραφία η πλειοψηφία των βουλιμικών ατόμων έχει κανονικό βάρος, μπορεί όμως να είναι ελαφρώς λιποβαρής ή υπέρβαροι.(Lukas, 1996)

Ακόμη, στην έρευνά μας, βρέθηκε ότι το 22% των φοιτητών που πληρούν τα κριτήρια για βουλιμία είναι απογοητευμένοι από το μέγεθος και το σχήμα του σώματος τους. Πράγματι, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα βουλιμικά άτομα έχουν διαστρεβλωμένη αντίληψη για την εικόνα του σώματος και είναι απογοητευμένα από το σχήμα και το μέγεθός του σώματός τους. Η απογοήτευση αυτή συσχετίζεται με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, με συναισθήματα ανεπάρκειας, κατάθλιψης, άγχους και με το γεγονός ότι αποδίδουν τα πάντα σε εξωτερικούς παράγοντες. Σε μελέτες που έχουν γίνει σχετικά με το ενδιαφέρον που εκδηλώνει το παιδί για το σώμα του, έχει αποδειχθεί ότι η στάση των γονέων είναι καθοριστική στην διαμόρφωση της εικόνας του σώματος του παιδιού. (Brush,1972)

Σύμφωνα με τον Fallon και Rozin, οι γυναίκες είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό απογοητευμένες από τους άνδρες σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος τους. (Graig Johnson,1987)

Στην έρευνά μας προέκυψε ότι από το σύνολο του φοιτητικού πληθυσμού το ποσοστό των γυναικών που είναι απογοητευμένες από το μέγεθος και το σχήμα του σώματος είναι 75% και μεγαλύτερο από το ποσοστό των ανδρών. Συγκεκριμένα το 25% των ανδρών είναι απογοητευμένοι από το σχήμα του σώματός τους και από το βάρος τους. Αξιοσημείωτο στο σημείο αυτό είναι ότι η έρευνά μας έδειξε ότι από τους φοιτητές που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχογενή βουλιμία η πλειοψηφία που δήλωσε ότι είναι απογοητευμένοι από το μέγεθος και το σχήμα του σώματος είναι άνδρες.

Επίσης, στην παρούσα έρευνα η πλειοψηφία όσων πληρούν τα κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας κατάγονται από αστικές περιοχές. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει και ο Palmer,ο οποίος υποστηρίζει ότι η εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας εμφανίζεται περισσότερο στα μεγάλα αστικά κέντρα, καθώς και στους φοιτητές που έχουν ανώτατη μόρφωση. (Palmer 2000)

Σύμφωνα με τον αμερικανικό ψυχιατρικό σύλλογο, η επικράτηση της ψυχογενούς βουλιμίας φαίνεται ότι αυξάνει γρήγορα και σε μη αγγλόφωνες χώρες που δεν

ανήκουν στο δυτικό πολιτισμό, όπως είναι η Ισπανία, η Αργεντινή και τα νησιά Φίτζι, σε περιοχές δηλαδή που δεν επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τα δυτικά πρότυπα.

Ακόμη, σύμφωνα με τον Andersen, ο ανδρικός φοιτητικός πληθυσμός ασχολείται κυρίως με το σχήμα και το βάρος του σώματός του (Andersen 1995), κάτι που προκύπτει και στην έρευνα μας, καθώς το 29% του ανδρικού πληθυσμού των ερωτηθέντων μας απάντησαν ότι αφιερώνουν πολύ χρόνο να σκέφτονται το σωματικό τους βάρος.

Μια έρευνα που έγινε στην Αυστραλία σε πληθυσμό 900 νέων γυναικών, έδειξε ότι οι γυναίκες για να ελέγξουν το βάρος τους έκαναν δίαιτα, εξαντλητική γυμναστική και έτρωγαν τροφές με λίγες θερμίδες. Το 1/3 των γυναικών έκανε εξαντλητικές δίαιτες και οι μισές παρέλειπαν γεύματα. Επίσης το 10% κάπνιζε για να χάσει βάρος. Οι περισσότερες νεαρές γυναίκες ήθελαν να χάσουν βάρος από τους γλουτούς και την περιφέρεια.

Το 1988 έγινε άλλη μια έρευνα στην Αυστραλία σε γυναίκες ηλικίας 19-29 ετών. Η έρευνα αυτή έδειξε ότι πάνω από το 50% δεν μπορούσε να ελέγξει το βάρος του. (Abraham, 1997)

Τα ερευνητικά δεδομένα που προκύπτουν από τη διεθνή βιβλιογραφία δείχνουν ότι τα περισσότερα άτομα, που καταφεύγουν σε δίαιτα ή υποφέρουν από κάποια διατροφική διαταραχή, είναι γυναίκες. (Beardsworth A-Keil T, 2000)

Στην έρευνά μας φαίνεται ότι το 31% του συνόλου των φοιτητών κάνει ή νιώθει συχνά την ανάγκη να κάνει δίαιτα, προκειμένου να χάσει βάρος και η πλειοψηφία τους είναι γυναίκες (74%). Το 26% του πληθυσμού των φοιτητών που έκαναν ή ένιωθαν συχνά την ανάγκη να κάνουν δίαιτα ήταν άνδρες.

Σύμφωνα με τον Andersen οι άνδρες κάνουν δίαιτα για τους παρακάτω λόγους:

- α) Στο παρελθόν ήταν υπέρβαροι και δεχόταν κριτική ή πειράγματα.
- β) Επιθυμούν να είναι ελκυστικοί στους άλλους και ιδιαίτερα στις γυναίκες.
- γ) Αρκετοί άνδρες που ασχολούνται με τον αθλητισμό και τραυματίζονται, όταν αποσύρονται για να γυαλιστούν, παίρνουν βάρος. Έτσι καθοδηγούνται από τους προπονητές τους να κάνουν δίαιτα, προκειμένου να επανέλθουν στον αθλητισμό.

Επίσης αξίζει να σημειώσουμε ότι σύμφωνα με τον Fallon, οι γυναίκες νιώθουν ότι είναι σημαντικά πιο βαριές από ότι είναι στην πραγματικότητα, ενώ το ίδιο δε συμβαίνει και με τους άνδρες (Fallon 1990). Σύμφωνα όμως με την έρευνα του Σίμου, το 1996, προέκυψε ότι το 36% των ανδρών νιώθουν ότι είναι υπέρβαροι και το 55% ότι είναι παχύσαρκοι, ενώ στη πραγματικότητα μόνο το 8% είχε πρόβλημα με το βάρος και το μόνο το 1% ήταν παχύσαρκοι. Από αυτό προκύπτει ότι κάτι τέτοιο δεν αφορά μόνο τις γυναίκες, αλλά και τους άνδρες. Επίσης στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι τα 2/3 κορίτσια και το 1/4 αγόρια έχουν κάνει δίαιτα. Βλέπουμε κι εδώ ότι το ποσοστό των γυναικών είναι αρκετά αυξημένο σε σχέση με τα αγόρια που απάντησαν θετικά. Στην έρευνα μας διαπιστώνουμε επίσης κάτι αντίστοιχο, καθώς στην ερώτηση που αφορά το αν κάνουν δίαιτα ή το αν σκέφτονται να κάνουν, τα ποσοστά ήταν περίπου 3/4 γυναίκες και 1/4 άνδρες.

Εκτός αυτών, στην έρευνα του Σίμου, αναφέρεται ότι οι νεότερες ελληνίδες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά διαταραγμένων στάσεων και συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής, δυσαρέσκεια για το σώμα τους και ασχολούνται συχνά με δίαιτες χωρίς αποτέλεσμα. Από τη δική μας έρευνα, αυτό που αξίζει να σημειώσουμε είναι ότι στο σύνολο των ερωτηθέντων, οι γυναίκες φαίνονται να υπερέχουν αριθμητικά, σε ότι αφορά τις προσπάθειες για δίαιτα, την έντονη τους ανησυχία μήπως πάρουν κιλά, την έντονη ενασχόληση τους με το βάρος τους, καθώς και στα αισθήματα ενοχής που νιώθουν όταν τρώνε μια παχυντική τροφή. Επίσης οι γυναίκες υπερέχουν

αριθμητικά και μεταξύ αυτών που πληρούν τα βασικά κριτήρια για βουλιμία και ανορεξία και ιδίως η περίπτωση της ανορεξίας δείχνει ότι πρόκειται για ένα καθαρά γυναικείο πρόβλημα. Αντίθετα η βουλιμία αφορά και το γυναικείο και τον ανδρικό πληθυσμό.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ψυχογενής βουλιμία αποτελεί μια από τις πιο βασικές διαταραχές πρόσληψης τροφής, η αιτιολογία της οποίας είναι πολυπαραγοντική. Με τον όρο «πολυπαραγοντική» εννοούμε ότι είναι δυνατόν να οφείλεται τόσο σε βιολογικούς παράγοντες, όσο και σε ψυχολογικούς ή κοινωνικούς-περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι συντελούν σε μεγάλο βαθμό στη υιοθέτηση παθολογικών μοντέλων, όσον αφορά την πρόσληψη τροφής.

Η βουλιμική συμπεριφορά, λειτουργεί ως:

- α) αντιαγχωτικό,
- β) αντικαταθλιπτικό,
- γ) υποκατάστατο εκτόνωσης διάφορων ορμών,
- δ) προστατευτικός μηχανισμός, σε ένα σώμα το οποίο βιώνεται ως αδύναμο ή ευάλωτο, ή ως άμυνα στις σεξουαλικές ορμές, που βιώνονται αγχωτικές ή επικίνδυνες εφόσον παραπέμπουν στη σχέση με τους άλλους, δηλαδή το να κρατά τον άλλο μακριά εφόσον παρουσιάζει ένα απωθητικό σώμα.

Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά στοιχεία που προέρχονται από τη διεθνή βιβλιογραφία, η επικράτηση της ψυχογενούς βουλιμίας κυμαίνεται στο 1% - 3% και εκδηλώνεται στις γυναίκες που διανύουν την όψιμη εφηβεία και στα άτομα που κατάγονται από τα μεγάλα αστικά κέντρα καθώς και από πολιτισμούς που χαρακτηρίζονται από την ελεύθερη αγορά.

Τα τελευταία χρόνια, το φαινόμενο της ψυχογενούς βουλιμίας αυξάνεται ολοένα και περισσότερο και με αφορμή το γεγονός αυτό καθώς και με το ότι δεν έχουν γίνει έρευνες στην Ελλάδα για την επικράτηση της ψυχογενούς βουλιμίας, διεξήγαμε έρευνα, στο φοιτητικό πληθυσμό του Ανώτατου τεχνολογικού ιδρύματος Κρήτης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας το ποσοστό των ατόμων που πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της βουλιμίας, είναι το 3.2% ποσοστό που είναι ανάλογο με τα ποσοστά άλλων ερευνών που έχουν διεξαχθεί στο εξωτερικό.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι αυξάνεται σημαντικά και το ποσοστό των ανδρών που πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της βουλιμίας, κάτι που δεν ίσχυε μέχρι σήμερα. Ιδιαίτερα όσον αφορά την εικόνα του σώματος, η έρευνά μας έδειξε ότι το ποσοστό των αγοριών που πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της βουλιμίας και είναι απογοητευμένα από το μέγεθος και το σχήμα του σώματος τους, είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των κοριτσιών. Το στοιχείο αυτό μας οδηγεί να αναθεωρήσουμε τις υπάρχουσες αντιλήψεις ότι οι γυναίκες δέχονται περισσότερη πίεση από το περιβάλλον για να αποκτήσουν μια ιδανική εικόνα σώματος. Στη σύγχρονη εποχή ανάλογη πίεση δέχονται και οι άνδρες.

Η ψυχογενής βουλιμία αν και αυξάνεται τα τελευταία χρόνια, δεν έχει διερευνηθεί στο βαθμό που θα έπρεπε. Τη διερεύνηση της ψυχογενούς βουλιμίας την δυσκολεύει το γεγονός ότι οι βουλιμικοί ασθενείς δεν ζητούν βοήθεια και κρατούν το πρόβλημά τους μυστικό. Έτσι είναι δυσκολότερο να εντοπιστούν σε σχέση με τους άλλους ασθενείς που έχουν άλλες διαταραχές πρόσληψης τροφής, π.χ όπως είναι οι ανορεκτικοί.

Θεωρούμε ότι για να γίνει μια πληρέστερη κάλυψη του φαινομένου, κυρίως στον ελλαδικό χώρο, είναι αναγκαία μια περαιτέρω διερεύνηση της επικράτησης της ψυχογενούς βουλιμίας, καθώς και της αιτιολογίας στον ευρύτερο πληθυσμό. Εξίσου σημαντική θεωρούμε την δημιουργία ειδικών κέντρων στον ελλαδικό χώρο, τα

οποία θα προσφέρουν υπηρεσίες στα άτομα που έχουν διαταραχές πρόσληψης τροφής και θα εφαρμόσουν προγράμματα στον φοιτητικό-γενικό πληθυσμό που θα στοχεύουν στην αποτελεσματική πρόληψη και θεραπεία του φαινομένου.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αζίζη Καλατζή (2000), Τετράδια ψυχιατρικής, «Ψυχογενής Ανορεξία και Βουλιμία», No 52, Αθήνα.
- Abraham S. – J Lewelly (1997), “*Eating disorders the facts*”, Oxford university press, England.
- Agras St. (1987), “*Eating Disorders - Management Of Obesity, Bulimia, Anorexia nervosa*”, Pergamon Press U.S.A
- Andersen Arnold (1995), “*Eating disorders in males*” στο “*Eating disorders and obesity a comprehensive handbook*”, Guilford press, USA
- Βάρσου Ελευθερία (2000), «Ψυχογενής βουλιμία», στο «Ψυχιατρική» του Γ.Ν Χριστοδούλου και συν. πρώτος τόμος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
- Beardsworth A. – Keil T (2000), “*Sociology of the menu*”, London
- Brush H (1972), “*Eating Disorders: Obesity Anorexia Nervosa*”, Cambridge Harvard, unpublished press
- Brownell Kelly D-C.G.Fairburn(1995), “*Eating disorders and obesity a comprehensive handbook*”, Guilford press
- Couninhan C (1999), “*The anthropology of food and body*” Routledge, New York
- Conger John Janeway, Nancy L. Calambos (1997) “*Adolescence and youth psychological development in a changing world*”, Longman press, USA
- Ελληνική Εταιρεία ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας εφήβου παιδιού, «*Παιδί – έφηβος ψυχική υγεία και ψυχοπαθολογία*», τόμος πρώτος, τεύχος 2, φθινόπωρο 1999, εκδόσεις καστανιώτη, Αθήνα
- Fairburn Christopher & Terene Wilson (1993), “*Binge Eating Nature assesment & Treatment*”, The Guilford Press N.Y, London
- Fairburn Christopher (1999), «*Βουλιμία- Ξανακερδίστε τον Έλεγχο*», εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα
- Gilbert Sarah (2000), “*Counseling for eating disorders*”, SAGE publications, London
- Janeway Conger John, Calambos L. Nancy (1997), “*Adolescence and youth psychological development in a changing world*”, Longman Press U.S.A
- Johnson C, Connors E. Mary (1987), “*The Etiology and Treatment of Bulimia Nervosa, a biopsychosocial perspective*” Basic Books, Inc Publishers, New York
- Κουρκούτας Ηλίας (2001), «*Η ψυχολογία του εφήβου, θεωρητικά ζητήματα και κλινικές περιπτώσεις*», εκδόσεις ελληνικά γράμματα, Αθήνα
- Κονταξάκης (1997), «*Θνησιμότητα και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στις διαταραχές πρόσληψης τροφής*», στο 23^ο Πανελλήνιο Ιατρικό συνέδριο, συντονιστής Χριστοδούλου Γ. (1997) «*Διαταραχές πρόσληψης τροφής*», εκδόσεις Ιατρική εταιρεία Αθηνών, Αθήνα.
- Lacey Hubert (1995), “*Inpatient treatment of multi-impulsive bulimia nervosa*” στο “*Eating disorders and obesity a comprehensive handbook*”, Guilford press, USA
- Lask Bryan, Rachel, Bryant-Waugh (1995), “*Childhood- onset eating disorders*” στο βιβλίο *Eating disorders and obesity a comprehensive handbook*”, Guilford press, USA.
- Lask Bryan, Rachel, Bryant-Waugh (2000), “*Anorexia nervosa & related eating disorders in childhood and adolescence*”, psychology press.

- Lask Bryan, Rachel Bryant-Waugh (1996), “*Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders*” psychology press.
- Leitenberg Harold (1993), “*Treatment of bulimia nervosa*” στο βιβλίο “*Handbook of effective psychotherapy*”, του Thomas R. Giles, Plenum press, USA
- Lucas Alexaxander (1996), “*Anorexia nervosa & bulimia Nervosa*”, στο “*Child & Adolescent Psychiatry a Comprehensive Text Book*”, edited by Melvin Lewis, USA
- Λύκουρας Ελευθέριος (1997), «*Το βιολογικό υπόστρωμα των διαταραχών πρόσληψης τροφής*» στο Χριστοδούλου Γ. «*Διαταραχές πρόσληψης τροφής*», εκδόσεις Ιατρική εταιρεία Αθηνών, Αθήνα
- Μάνος Νίκος (1988), «*Βασικά χαρακτηριστικά κλινικής ψυχιατρικής*», εκδόσεις University Stydio Press, U.S.A
- Μαράτος Ιάσων (1988), «*Διαταραχές πρόσληψης τροφής*» στο βιβλίο «*Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής*», των Τσιάντη Ιωάννη, Μανωλόπουλου Σωτήρη, δεύτερος τόμος, μέρος β, Αθήνα
- 23^ο Πανελλήνιο Ιατρικό συνέδριο (1997), συντονιστής Χριστοδούλου Γ. «*Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής*», εκδόσεις Ιατρική εταιρία Αθηνών, Αθήνα
- Palmer Bob (2000), “*Helping people with eating disorders a clinical guide to assessment and treatment*”, Saxon press, England .
- Parry-Jones Brenda, William L. Parry-Jones (1995), “*History of Bulimia nervosa*” στο “*Eating disorders and obesity, a comprehensive handbook*” των Kelly D Brownell-C.G Fairburn, The Guilford Press.
- Rodin Judith, Routh H. Striegel Moore, Lisa Silberteina (1990), “*Vulnerability and resilience in the age of eating disorders. Risk and protective factors for bulimia nervosa*” στο βιβλίο “*Risk and protective factors in the development of psychopathology*”, των Jon Rolf, Ann S. Mastern, Darte Cicchetti, Keith H. Miescherlein, Shelton Weintraub, Cambridge university press.
- Rutter Michael-Hersov L (1985), *Child & Adolescent Psychiatry Modern Approaches*, Blackwell scientific publications, London.
- Scwartz R, Barrett, M Saba, (1985) “*Family therapy for bulimia*” στο βιβλίο *Handbook of psychotherapy of anorexia and bulimia* των Garner D.- Garfinkel, The Guilford Press.
- Σίμος Γρηγόρης (1996), «*Διερεύνηση ψυχογενών διαταραχών στην πρόληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόληψης*» Διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Σχολή επιστημών υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Θεσσαλονίκη
- Steinhausen Hans Chr, (1994), “*Anorexia and bulimia nervosa, in child and adolescent psychiatry*” by Rutter M Tailor E. Hersov L, Pergamon press.
- Thomas Paul, Schreter- Kirsten, Dahme-Bernhard, Nutzinger-Devlet, (2002) “*Self injourious behavior in women with eating disorders*” στο *American Journal psychiatry*.
- Treasure J- Schmidt Ur (1997) “*Getting better bite to bite a survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders*”, Psychological Press, England
- Τσιάντης Ιωάννης (1988), «*Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής*», δεύτερος τόμος, μέρος β, εκδόσεις καστανιώτη, Αθήνα.
- Τσιάντης-Ξυπολιτάς, Ζαχαριάδης (2000), «*Ψυχοσωματικά προβλήματα των παιδιών*», εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Usu George (1995), “*Outcome of bulimia nervosa*” στο βιβλίο “*Eating disorders and obesity a comprehensive handbook*”, των Brownell Kelly D-C.G.Fairburn, The Guilford Press.

- World Health Organization (1992), επιμέλεια Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, «Ταξινόμηση Ψυχικών διαταραχών και Διαταραχών της συμπεριφοράς-ICD-10», Γενεύη.
- Χριστοδούλου Γ.Ν και συν.(2000), «Ψυχιατρική» τόμος πρώτος, εκδόσεις Βήτα, Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

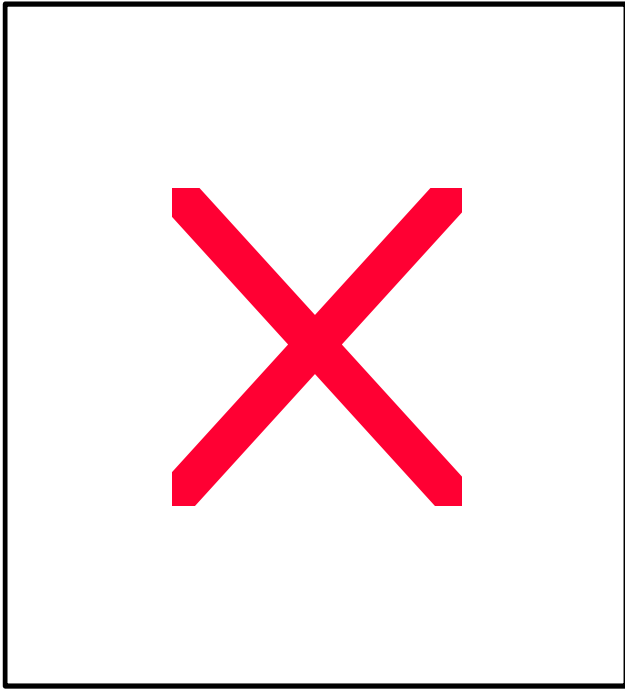
ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- Hall Richard, E. Blakey, Klassen Hall Anna, *Bulimia Nervosa-Four uncommon Subtypes, in Psychosomatics The Journals of the Academy of psychosomatics medicine*, volume 33, Number 4, Fall 1992
- Hall R.,Tice L,Beresford P T. Wooley B., Klasen Hall A.(1992) Sexual abuse in patients with anorexia nervosa and bulimia στο “*Psychosomatics The Journals of the Academy of psychosomatics medicine*”, volume 33,Number 4
- Jaqueline C. Carter, Marion P. Olmsted, Allan S. Kaplan, Randi E. McCube, Jennifer S. Mills, Annie Aime, “A self –help for bulimia nervosa a randomized controlled trial” , στο “The American Journal of psychiatric Association” volume 160, number 5, May 2003
- Lynn Johnson,1990, *Perspective creative therapies in the treatment of addictions: the art of transforming shame, "The arts in psychotherapy*, VOL 17 ,pergamon press, USA
- Mini International Neuropsychiatric interview,MINI 5.0.0 (1^η Ιανουαρίου 2002)
- Morrill, Nichols-Richardson, 2001 “ Bulimia during pregnancy: a review στο journal of the American Dietetic Association, April volume 101
- Μωρογιάννης Φώτης, « Οι επιπτώσεις των ψυχιατρικών διαταραχών πρόσληψης τροφής στο άτομο, στην οικογένεια και στην κοινωνία», Τετράδια ψυχιατρικής Απρίλιος-Μαΐος-Ιούνιος 2003, No 82, εκδόσεις Ηλεκτρονικές τέχνες, Αθήνα
- Nichols D, Chater R, Lask B, 2000, “Children into DSM-IV don’t go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence” στο International journal of eating disorders, November vol 28
- Ora Nakash-Eisikovits, Any Dierberger, Drew Western, «Πολυδιαστασιακή Μετανάλυση της φαρμακοθεραπείας για την ψυχογενή βουλιμία:Συνοπτική παρουσίαση του εύρους των εκβάσεων σε ελεγχόμενες κλινικές μελέτες»(Harvard Review of psychiatry) στο “Eating disorders” , volume 10, Μάρτιος-Απρίλιος 2003
- Σαράντογλου Γ-Venisse j, Dupuis G, «Ο εξαρτησιακός χαρακτήρας των διαταραχών πρόσληψης τροφής», Τετράδια ψυχιατρικής, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2002, No 80, εκδόσεις Ηλεκτρονικές τέχνες ΕΠΕ, Αθήνα

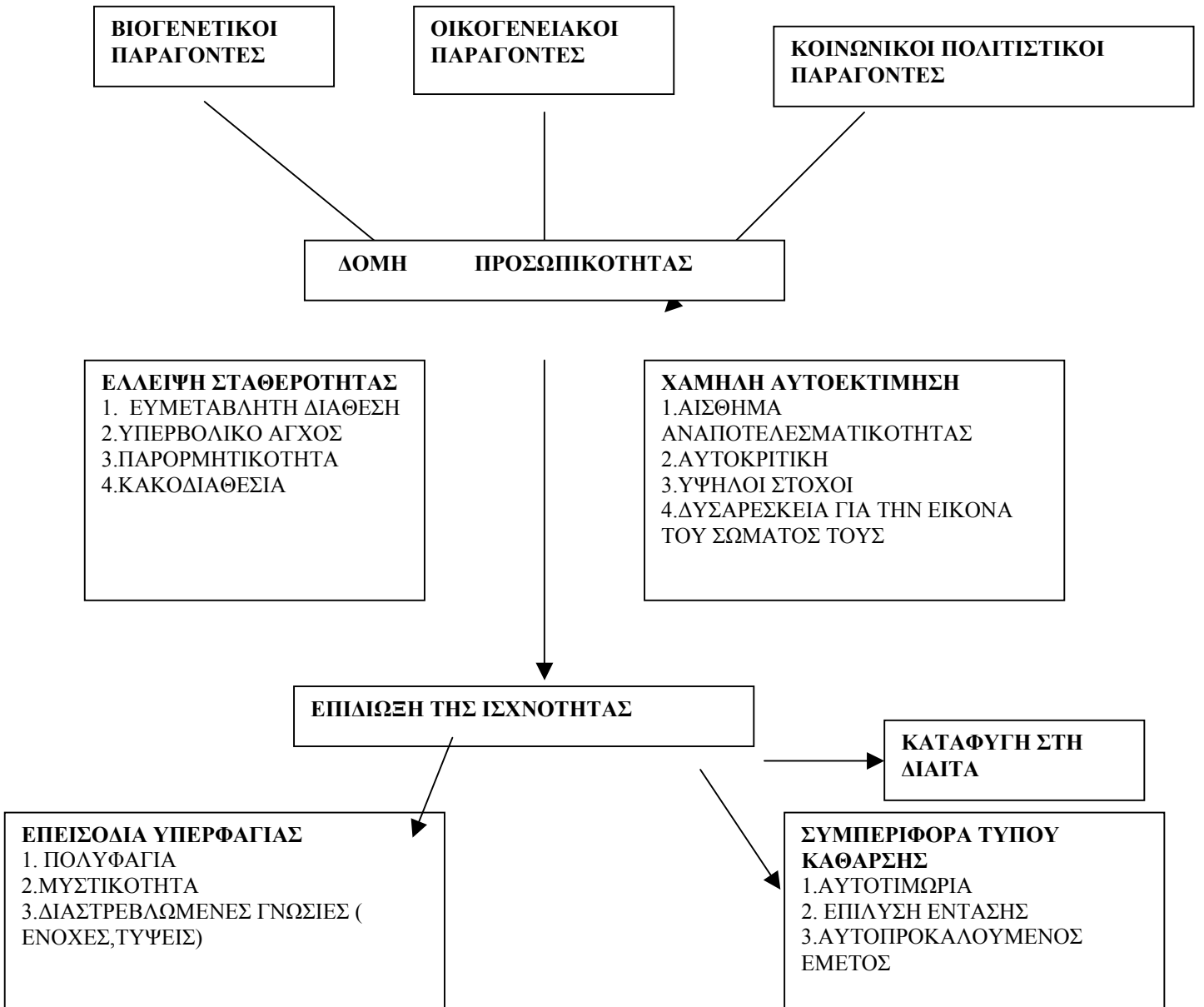
ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ INTERNET

- <http://www.paidiatros.gr/61/pages.html>
- [http://www.iatronet.gr/HTMLpages/Mainpages/YgiaNosoi/PsychologiaPsihia/as
th_psycl](http://www.iatronet.gr/HTMLpages/Mainpages/YgiaNosoi/PsychologiaPsihia/as
th_psycl)
- <http://health.in.gr/news/narticle.asp?arcode=222>
- <http://users.otenet.gr/~regina/eidikos.html>
- <http://www.mentalhealth.com/dis1/p21-et02.html>
- http://www.jeremy-nutrifit.gr/eating_disorders.htm Σιμάτος Ιερεμίας «
Διαταραχές διατροφής»
- <http://www.4woman.gov/faq/bulnervosa.htm>
- [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Add%.20to%20Clipboa
rd&DB=Pu](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Add%.20to%20Clipboa
rd&DB=Pu).
- <http://www.netdoctor.co.uk/diseases/facts/bulimianervosa.htm>
- <http://www.patris.gr>.
- <http://europa.eu.int/scadplus/leg/el/cha/c//558.htm>
- <http://www.ert.gr/afieromata/diatrofi/Diat-diataraxes.html>
- http://www.ediet.gr/html/article_3.html
- http://www.stress.gr/disorders/weight_1.html
- http://www.ibrt.gr/Lipsi_trofis.htm
- [http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/BHCLang.nsf/\(Levelfour\)/D9B9469
5D50397...](http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/BHCLang.nsf/(Levelfour)/D9B9469
5D50397...)
- <http://www.altasoft.gr/Software/Kids/Kids167.html>
- <http://www.rcpsych.ac.uk/campaigns/cminds/leaflets/anor/anor.htm>
- <http://www.mamashealth.com/bulimia.asp>
- <http://www.stress.gr/contact/006.html>
- <http://www.rcpsych.ac.uk/info/help/anor/>

- Joel Jahraus, [http:// www.Healthyplace.com](http://www.Healthyplace.com) “Eating disorders exercise bulimia and its dangers”, 2000
- [http:// www.Healthyplace.com](http://www.Healthyplace.com) “Eating definitions” 2000
- [http:// www.Healthyplace.com](http://www.Healthyplace.com) Kim Fowler, “ Eating disorders aren’t always obvious to parents”, 2000
- [http:// www.Healthyplace.com](http://www.Healthyplace.com) “Eating disorders The isolation of an eating disorder”, 2000
- [http:// www.Healthyplace.com](http://www.Healthyplace.com) “ What you can do to help prevent eating disorders” 2000
- [http :// www.psych.org/clin](http://www.psych.org/clin)



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ



**ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ
ΒΟΥΛΙΜΙΑ**

ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ

ΗΜΕΡΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

1.ΩΡΑ	2. ΤΡΟΦΕΣ ΚΑΙ ΥΓΡΑ	3. ΜΕΡΟΣ	4. ΕΜΕΤΟΣ ΚΑΘΑΡΣΗ	5.ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΧΟΛΙΑ

- 1.ΣΗΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΩΡΑΣ ΠΟΥ ΘΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΟΥΝ ΦΑΓΗΤΟ Ή ΥΓΡΑ.
- 2.ΑΚΡΙΒΗΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΤΡΟΦΩΝ ΠΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΑΝ-ΑΝΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.
- 3.ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΠΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΑΝ ΤΡΟΦΗ Ή ΥΓΡΑ
- 5.ΣΗΜΕΙΩΣΗ ΑΝ ΈΧΟΥΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΚΑΘΑΡΤΙΚΑ Ή ΑΝ ΠΡΟΚΑΛΕΣΑΝ ΕΜΕΤΟ
- 6.ΣΧΟΛΙ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας μας, διεξάγεται έρευνα η οποία έχει ως στόχο τη διερεύνηση του φαινομένου της ψυχογενούς βουλιμίας. Η έρευνα θα διεξαχθεί στο φοιτητικό πληθυσμό του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Η συμμετοχή είναι ανώνυμη και τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν ως αριθμητικά δεδομένα ενός μεγάλου δείγματος. Πριν συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο, διαβάστε προσεκτικά τις παρακάτω οδηγίες. Παρακαλούμε να απαντήσετε με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις κυκλώνοντας την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

A/A:

Ημερομηνία:

Φύλο: **άνδρας** **γυναίκα**

Ηλικία:

Σχολή:

Τμήμα:

Εξάμηνο:

Τόπος καταγωγής: αστική περιοχή ημιαστική περιοχή
 αγροτική περιοχή

Αναφέρετε το ύψος σας.....

Αναφέρετε το σωματικό βάρος που είχατε τους τρεις τελευταίους μήνες.
.....

- 1.Τους τελευταίους τρεις μήνες είχες ποτέ επεισόδια πολυφαγίας κατά τα οποία έφαγες πολύ φαγητό σε χρονικό διάστημα δυο ωρών; NAI OXI

- 2.Τους τελευταίους τρεις μήνες είχες τα ίδια επεισόδια πολυφαγίας, σε συχνότητα τουλάχιστον δυο φορές τη βδομάδα; NAI OXI

- 3.Όταν τρώω πολύ νιώθω οτι μπορώ να χάσω τον έλεγχο. NAI OXI

- 4.Πολλές φορές σκέφτομαι να κάνω ή έχω κάνει εμετό, προκειμένου να διατηρήσω το βάρος μου. NAI OXI

5.Μετά από ένα μεγάλο γεύμα έχω μείνει την επόμενη μέρα τελείως νηστική / κός, προκειμένου να αντισταθμίσω το βάρος. NAI OXI

6.Αφού έχω φάει, χρησιμοποιώ διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα για να αντισταθμίσω το βάρος. NAI OXI

Αν ναι ποιά από τα παρακάτω χρησιμοποιείτε;

διουρητικά καθαρτικά άλλα φάρμακα.....

καταφεύγω σε εξοντωτική γυμναστική.

7.Συχνά κάνω συχνά δίαιτα ή αισθάνομαι έντονα την ανάγκη αυτή. NAI OXI

8.Το βάρος ή το σχήμα του σώματός μου επιδρά πολύ στο πώς αισθάνομαι για τον εαυτό μου. NAI OXI

9.Το φαγητό αποτελεί ένα είδος παρηγοριάς για μένα. NAI OXI

10.Κατά τη διάρκεια της ημέρας σκέφτομαι αρκετά συχνά τι θα φάω και πότε. NAI OXI

11.Η διάθεσή μου, εξαρτάται σε υπερβολικό βαθμό από το βάρος μου. Έτσι, αν πάρω ένα κιλό αισθάνομαι θλίψη-απογοήτευση. NAI OXI

12.Είμαι απογοητευμένος/η από το μέγεθος και το σχήμα του σώματός μου. NAI OXI

13.Αισθάνομαι ενοχές και ανυπόφορες τύψεις όταν τρώω απαγορευμένες ή παχυντικές τροφές. NAI OXI

14. Αισθάνομαι ότι βρίσκομαι σε μόνιμο διατροφικό περιορισμό. NAI OXI

15.(Να απαντηθεί μόνο από γυναίκες)

Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων μηνών είχατε έλλειψη περιόδου; NAI OXI

16.Ανησυχώ υπερβολικά μήπως πάρω κιλά NAI OXI

17. Αφιερώνω πολύ χρόνο στο να σκέφτομαι το σωματικό μου βάρος. NAI OXI