

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΣΧΕΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ»

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΚΟΚΟΜΠΟΜΠΟ ANNA
ΠΛΑΤΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΣΗΤΕΙΑ,2006

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	2
<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u>	8
<u>ABSTRACT</u>	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	15
<u>ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</u>	15
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	15
1.1 <u>ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ</u>	22
1.1.1. <u>ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ</u>	24
1.1.2. <u>ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ</u>	25
1.1.3. <u>ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΕΞΕΛΕΓΚΤΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ</u>	26
1.1.4. <u>ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ</u>	31
<i>Η ΛΑΧΤΑΡΑ ΤΩΝ ΥΔΡΟΓΟΝΑΝΘΡΑΚΩΝ</i>	31
<i>Η ΣΟΚΟΛΑΤΟΜΑΝΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟ ΧΑΟΣ</i>	31
1.1.5. <u>ΑΤΥΠΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</u>	32
1.2. <u>ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ</u>	33
1.2.1. <u>ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ</u>	33
1.2.2. <u>ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ</u>	34
1.2.3. <u>ΒΙΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ</u>	36
1.2.4. <u>ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</u>	37
1.2.5. <u>Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ</u>	39
1.3. <u>Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ</u>	41
1.3.1. <u>ΑΡΧΙΚΗ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ</u>	42
1.3.2. <u>ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ</u>	44
1.3.3. <u>ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ</u>	45
1.4. <u>ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ</u>	46
1.4.1. <u>ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</u>	46
1.4.2. <u>ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ</u>	49
1.5. <u>ΒΟΗΘΩΝΤΑΣ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</u>	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	51
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	51
ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	51
<i>Ο 17^{ος} ΑΙΩΝΑΣ</i>	53
<i>Ο 18^{ος} ΑΙΩΝΑΣ</i>	53
<i>Ο 19^{ος} ΑΙΩΝΑΣ</i>	54
<i>Ο 20^{ος} ΑΙΩΝΑΣ</i>	57
2.1. <u>Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ</u>	58
2.2. <u>Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ</u>	61
2.2.1. <u>ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΤΗΣ ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ</u>	65
2.2.2. <u>ΑΝΔΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ</u>	65
2.3. <u>ΤΥΠΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ</u>	66
2.3.1. <u>ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ</u>	66
2.3.2. <u>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ</u>	70
<i>Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΡΕΚΤΗΣ</i>	70
2.4. <u>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ</u>	76
2.4.1. <u>ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</u>	77
2.4.2. <u>ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</u>	78
2.4.3. <u>ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</u>	78
2.4.4. <u>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ</u>	80
2.4.5. <u>ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</u>	81

2.5	<u>ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ</u>	83
2.6	<u>ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</u>	84
2.7	<u>ΘΕΡΑΠΕΙΑ</u>	86
2.7.1	<u>ΝΟΣΗΛΕΙΑ</u>	87
2.7.2	<u>ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</u>	89
2.7.3	<u>ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ</u>	90
2.7.4	<u>ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ</u>	91
	<i>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΝΟΛΟΙ</i>	94
2.7.5	<u>ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ</u>	96
2.8	<u>ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ ΣΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ</u>	101
2.8.1	<u>ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ</u>	101
	<i>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i>	102
2.8.2	<u>Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ</u>	102
2.8.3	<u>ΘΕΡΑΠΕΙΑ</u>	103
2.9	<u>ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ</u>	104
2.10	<u>ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ</u>	106
2.10.1	<u>ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ/ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ</u>	107
2.10.2	<u>ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ</u>	107
2.10.3	<u>ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ</u>	108
2.10.4	<u>ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ</u>	109
2.10.5	<u>ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ</u>	109
2.10.6	<u>ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ</u>	109
	<i>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</i>	110
2.10.7	<u>ΟΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</u>	110
	<i>Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ</i>	110
2.10.7.1	<u>Η ΑΠΙΣΧΝΑΝΣΗ</u>	111
2.10.7.2	<u>Η ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ</u>	115
	<i>Η κατάσταση των ορμονών τον γοναδοτρόπου άξονα</i>	115
2.10.8	<u>ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</u>	117
	<i>Των ενδοκρινών, του φυτικού συστήματος, του μεταβολισμού</i>	117
2.10.9	<u>ΦΥΣΗ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΑΥΤΩΝ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ</u>	118
2.11	<u>ΥΠΝΟΣ ΣΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ</u>	120
2.12	<u>ΥΠΕΡΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ</u>	122
	<i>ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΜΕ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ</i>	122
	<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ</u>	124
	<u>ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ</u>	124
	<i>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i>	124
	<i>ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ</i>	124
	<i>ΕΤΥΜΟΛΟΓΙΑ</i>	124
	<i>ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ</i>	125
	<i>Αρχαιότητα</i>	125
	<i>Μεσαίωνας</i>	126
	<i>16^{ος} έως 19^{ος} αιώνας</i>	126
	<i>20^{ος} αιώνας</i>	127
3.1.	<u>ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ</u>	129
	<i>ΤΥΠΟΙ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ</i>	129
	<i>ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ</i>	129
3.2	<u>ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ-</u>	143
	<i>ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ</i>	143
3.2.1	<u>ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ</u>	147
3.2.2	<u>ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ</u>	147
3.2.3	<u>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ</u>	148
3.2.4	<u>ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ</u>	149
3.3	<u>ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</u>	150
3.4	<u>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ</u>	151
	<i>ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ</i>	152
3.4.1	<u>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ</u>	154

	<i>ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</i>	154
3.4.2	<u>ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</u>	158
3.4.3	<u>ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</u>	163
3.4.4	<u>ΓΝΩΣΙΑΚΑ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ</u>	165
3.4.5	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ</u>	169
	<i>Γνωσιακό μοντέλο της βουλιμίας</i>	171
3.4.6	<u>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ</u>	172
3.5	<u>ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ</u>	174
3.6	<u>ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ</u>	174
3.6.1	<u>ΠΙΘΑΝΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ</u>	175
3.6.1.1	<u>ΑΞΟΝΑΣ ΥΠΟΘΑΛΛΑΜΟΥ-ΥΠΟΦΥΣΗΣ-ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ</u>	175
3.6.1.2	<u>ΑΥΞΗΤΙΚΗ ΟΡΜΟΝΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗ</u>	176
3.6.1.3	<u>ΑΞΟΝΑΣ ΥΠΟΘΑΛΛΑΜΟΥ-ΥΠΟΦΥΣΗΣ- ΟΡΓΑΝΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ</u>	176
3.6.1.4	<u>ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΠΕΠΤΙΔΙΚΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ</u>	177
3.6.1.5	<u>ΝΟΡΕΠΙΝΕΦΡΙΝΗ</u>	178
3.6.1.6	<u>ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗ</u>	179
3.6.1.7	<u>ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΕ ΥΓΡΑ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΕΣ</u>	180
3.7	<u>ΠΙΘΑΝΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ</u>	182
3.7.1	<u>ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</u>	183
3.7.2	<u>ΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ</u>	183
2.7.3	<u>ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ</u>	184
3.7.4	<u>ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ</u>	185
3.7.5	<u>ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ</u>	186
3.7.6	<u>ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ</u>	186
3.8	<u>ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΣΗΜΑΔΙΑ</u>	187
3.9	<u>ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΣΤΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ</u>	187
3.10	<u>ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ</u>	188
3.10.1	<u>ΠΙΘΑΝΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</u>	189
3.11	<u>ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ</u>	191
3.11.1	<u>ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ</u>	193
3.11.2	<u>ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ</u>	197
	<i>Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ-ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ</i>	197
3.11.2.1	<u>ΤΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ</u>	199
3.11.2.2	<u>ΘΡΕΠΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ</u>	200
3.11.3	<u>ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ</u>	204
3.11.4	<u>ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ</u>	206
3.11.4.1	<u>ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ</u>	206
3.11.4.2	<u>ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ</u>	207
3.11.4.3	<u>ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</u>	208
3.11.4.4	<u>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ</u>	209
3.11.4.5	<u>ΟΜΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ</u>	209
3.11.4.6	<u>ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ</u>	210
3.11.4.7	<u>ΔΙΑΔΟΧΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</u>	210
3.11.4.8	<u>ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΣΥΝΤΟΜΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ</u>	211
3.11.5	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u>	211
3.11.6	<u>ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ</u>	212
3.11.6.1	<u>ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΚΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</u>	213
3.11.6.2	<u>ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ «ΑΠΑΓΟΡΕΥΜΕΝΟ» ΦΑΓΗΤΟ</u>	215
3.11.6.3	<u>ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟ ΦΑΓΗΤΟ ΚΑΙ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥΣ</u> <u>ΠΥΡΟΔΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ</u>	215
3.11.6.4	<u>ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΣΧΗΜΑ ΣΩΜΑΤΟΣ</u>	216
	<i>ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ</i>	217
3.11.7	<u>ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</u>	217
	<i>ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ</i>	218
	<i>ΑΥΤΟ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ</i>	218
	<i>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</i>	219
	<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ</u>	220
	<u>ΕΦΗΒΕΙΑ</u>	220

4.1	<u>ΤΙ ΟΝΟΜΑΖΟΥΜΕ ΕΦΗΒΕΙΑ</u>	220
4.2	<u>ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΙΚΩΝ ΕΙΚΟΝΩΝ</u>	221
4.3	<u>Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΕΤΕΡΟΦΥΛΟΥ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ</u>	223
4.4	<u>ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ</u>	227
4.5	<u>Η ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ</u>	230
	1. Τοξικομανία.....	232
	2. Νευρική ανορεξία.....	234
	3. Η κατάθλιψη	234
4.5.1	<u>Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΤΑΣΗ</u>	235
4.6	<u>ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ</u>	236
4.7	<u>ΤΟ ΣΩΜΑ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ</u>	237
4.8	<u>Η ΕΦΗΒΕΙΑ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ</u>	238
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ</u>		240
5.1	<u>ΙΣΤΟΡΙΑ</u>	241
	<i>EMIL KRAEPELIN</i>	241
5.2	<u>ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</u>	242
5.3	<u>ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ</u>	245
5.4	<u>Η ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ Η ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ I</u>	246
5.4.1	<u>ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ</u>	248
	1) Καταθλιπτική διάθεση.....	248
	2) Ανηδονία	249
	3) Άγχος.....	249
	<u>ΦΥΤΙΚΟ (ΑΥΤΟΝΟΜΟ) ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</u>	250
	1) Διαταραχή του ύπνου	250
	2) Διαταραχή της όρεξης.....	250
	3) Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)	250
	4) Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)	251
	5) Ψυχοκινητική επιβράδυνση.....	251
	6) Ψυχοκινητική διέγερση	251
5.4.2	<u>ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ</u>	252
	1) Απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες.....	252
	2) Ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας	252
	3) Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας	252
5.4.3	<u>ΣΚΕΨΗ-ΑΝΤΙΛΗΨΗ</u>	253
	1) Αισθήματα-σκέψεις ενοχής ή/και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση	253
	2) Δυσκολία στη συγκέντρωση.....	253
	3) Ψύχωση	254
5.4.4	<u>ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΟΧΛΗΣΕΙΣ</u>	255
5.5	<u>ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ</u>	255
	<i>ΕΝΔΟΓΕΝΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</i>	256
	<i>ΥΠΟΣΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</i>	257
5.6	<u>ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ</u>	258
	<i>ΦΥΛΟ</i>	258
	<i>ΗΛΙΚΙΑ</i>	259
	<i>ΦΥΛΗ</i>	259
	<i>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</i>	260
	<i>ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ</i>	260
5.7	<u>ΠΟΡΕΙΑ, ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ</u>	260
5.7.1	<u>ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</u>	261
5.7.2	<u>ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΑ</u>	262
5.7.3	<u>ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</u>	262
5.7.4	<u>ΝΟΣΗΛΕΙΑ</u>	263
5.7.5	<u>ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΑΝΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ</u>	263
5.8	<u>ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</u>	264
5.8.1	<u>ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ</u>	264
5.8.2	<u>ΜΑΝΙΑΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ</u>	266
5.9	<u>ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ ΤΡΥΠΤΟΦΑΝΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ</u>	267
5.10	<u>ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗ, ΔΙΑΘΕΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΩΝ</u>	270

<i>ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ</i>	271
5.11 <u>ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ</u>	275
5.11.1 <u>ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</u>	275
5.11.2 <u>ΜΗ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟΙ ΨΥΧΟΠΙΕΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</u>	278
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ</u>	280
6.1 <u>ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ</u>	280
6.1.1 <u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ</u>	280
6.1.2 <u>ΜΕΘΟΔΟΣ</u>	280
6.1.3 <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</u>	280
6.2 <u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	281
6.2.1 <u>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ</u>	281
6.2.2 <u>ΜΕΘΟΔΟΙ</u>	282
6.2.2.1 <u>ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ</u>	282
6.2.2.2 <u>ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ-ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ</u>	283
<i>Θεωρία κατάθλιψης του Μπέκ (Beck) :</i>	285
6.3 <u>ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΟΥ ΜΠΕΚ (BECK) ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</u>	286
6.4 <u>ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ</u>	287
6.5 <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕ ΠΙΝΑΚΕΣ - ΠΙΤΕΣ</u>	289
<i>ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1</i>	289
<i>ΣΥΓΚΡΗΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΟΥΣΝ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΗΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ</i>	289
<i>ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2</i>	291
<i>ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΑΘΗΝΑΣ-ΚΡΗΤΗΣ</i>	291
<i>ΠΙΝΑΚΑΣ 6.3</i>	295
<i>ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΑΘΗΝΑΣ- ΚΡΗΤΗΣ</i>	298
<i>ΠΙΝΑΚΑΣ 6.4</i>	298
<i>ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΑΘΗΝΑΣ- ΚΡΗΤΗΣ</i>	302
<i>ΠΙΝΑΚΑΣ 6.5</i>	302
<i>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΡΗΤΗ</i>	302
6.6 <u>ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ</u>	302
<u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ</u>	332
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1</u>	338
<i>Πίνακας 1.1</i>	338
<i>Η ιατρική Εξέταση τον καταθλιπτικού ασθενή</i>	339
<i>Πίνακας 1.2</i>	340
<i>Πίνακας 1.3</i>	341
<i>Πίνακας 1.4</i>	342
<i>Πίνακας 1.5</i>	343
<i>Πίνακας 1.6</i>	345
<i>Πίνακας 1.7</i>	348
<i>Πίνακας 1.8</i>	350
<i>Πίνακας 1.9</i>	352
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2</u>	355
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3</u>	367
<i>Family functioning in anorexia nervosa: British and Italian mothers' perceptions</i>	367
ABSTRACT.....	368
<i>Hyperactivity in anorexia nervosa: A case study using experience sampling methodology</i> ...	368
ABSTRACT.....	369
<i>Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years)</i>	369
ABSTRACT.....	369
OBJECTIVE.....	369

METHOD	369
RESULTS	369
DISCUSSION	369
<u>BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	371

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εκατομμύρια ανθρώπων, σε παγκόσμια κλίμακα υποφέρουν στις ημέρες μας από πλειάδα ψυχολογικών διαταραχών και ψυχιατρικών νοσημάτων. Οι ψυχολογικές διαταραχές επηρεάζουν πολλές πτυχές της ζωής των ανθρώπων που πάσχουν από αυτές, με αποτέλεσμα την ποιοτική υποβάθμισή της.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη και η τεκμηρίωση της αμφίδρομης σχέσης μεταξύ της ψυχολογίας και της διατροφής. Συχνά οι ψυχολογικές διαταραχές, επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες του ανθρώπου με αποκορύφωμα σε κάποιες περιπτώσεις την δημιουργία ψυχοπαθολογικών διαταραχών όπως η Ψυχογενής Ανορεξία και η Ψυχογενής Βουλιμία.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από έξι κεφάλαια, εκ των οποίων τα πέντε πρώτα αποτελούν το θεωρητικό και το έκτο το ερευνητικό μέρος. Ακολουθούν παραρτήματα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν για τις διατροφικές διαταραχές, καθώς και εικόνες και πίνακες.

Το πρώτο κεφάλαιο εστιάζεται σε διάφορες διατροφικές διαταραχές. Στο κεφάλαιο λοιπόν αυτό, γίνεται μια προσπάθεια ορισμού της έννοιας των διατροφικών διαταραχών γενικά, παρέχονται γενικές πληροφορίες που αφορούν στα χαρακτηριστικά της κάθε μίας, στα πιθανά (ψυχολογικά, κοινωνικά, βιολογικά) αίτια πρόκλησής τους, καθώς και σε μεθόδους πρόληψής τους.

Στο δεύτερο και στο τρίτο κεφάλαιο, μελετάται αναλυτικά η Ψυχογενής Ανορεξία και η Ψυχογενής Βουλιμία αντίστοιχα, στο τέταρτο αναφέρονται κάποια βασικά στοιχεία της εφηβείας ενώ στο πέμπτο κεφάλαιο μελετάται η κατάθλιψη.

Στο έκτο κεφάλαιο παρατίθεται η έρευνα. Αυτή, διεξήχθη με την χορήγηση τριών ερωτηματολογίων σε 500 μαθητές λυκείου και γυμνασίου στην περιοχή της Αθήνας (250) και της Κρήτης (250). Σκοπός ήταν να διαπιστωθεί αν ήδη από την εφηβική ηλικία, διαμορφώνεται κάποια σχέση μεταξύ των διατροφικών συνθηκών καταθλιπτικής διάθεσης και διαταραχών πρόσληψης τροφής, (όπως ψυχογενής ανορεξία), όπως έχει ήδη αποδειχτεί από έρευνες σε ενήλικες. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η Σταθμισμένη κλίμακα κατάθλιψης του Μπέκ, η οποία χρησιμοποιείται για την διάγνωση κατάθλιψης, το Eating Attitude Test, το οποίο χρησιμοποιείται για την διάγνωση Ψυχογενούς Ανορεξίας και ένα δημογραφικό ερωτηματολόγιο για την συλλογή προσωπικών στοιχείων των εξεταζόμενων. Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι τα εξής: Το

ποσοστό των μαθητών που εμφανίζουν συμπτώματα ανορεξίας σε ένα δείγμα 500 ατόμων είναι 18% ενώ το 82% δεν φάνηκε να παρουσιάζει συμπτώματα. Το 17% των 500 μαθητών φαίνεται να παρουσιάζουν σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης ενώ το 83% δεν φάνηκε να παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα την παρούσα χρονική στιγμή. Βάσει των αποτελεσμάτων φαίνεται ότι από το συνολικό ποσοστό των ανορεξικών (20% του δείγματος), το 8% αυτών εμφανίζει παράλληλα σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης. Ενώ το 92% του συνόλου των ατόμων που εμφανίζουν συμπτώματα νευρικής ανορεξίας, δεν φαίνεται να εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης ταυτόχρονα.

Τέλος ακολουθεί ανάλυση εκείνων των επιδημιολογικών δεδομένων (εθνικότητα, συννοσηρότητα, κατανάλωση αλκοόλ, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο, εισόδημα γονέων,) τα οποία φαίνεται να διαδραματίζουν κάποιο αιτιολογικό ρόλο στην πρόκληση της Ψυχογενούς Ανορεξίας.

ABSTRACT

Links between Eating Disorders based upon psychological characteristics in teenagers between 13 and 18 years old

Hundreds of thousands of people around the world suffer from a multitude of psychological disorders not to mention psychiatric diseases or pathologies.

Psychological diseases have an impact on many aspects in everyday life of people that suffer from this kind of disorders affecting their quality of life and leading to its degradation.

The aim of the present study is to examine and provide proof of the interrelation between psychology and nutrition. Frequently, psychological disorders affect nutritional habits in humans, which in some cases contribute to the appearance of psychopathological disorders such as Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.

The present study consists of six chapters. In Chapter 1,2,3,4, and 5 we consider the theoretical part of the said conditions though in Chapter 6 the findings of our research are presented. Thereafter appendices can be found, as well as other studies conducted in the past, pictures of patients, and graphs.

The first Chapter focuses upon different eating disorders. Thus, there is an effort in trying to give a thorough definition of eating diseases. General information is also provided regarding different characteristics, as well as possible causes (such as psychological, social or biological) of appearance of the condition. The Chapter also examines possible prevention methods.

In Chapter 2 and 3 we examine thoroughly every aspect of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In Chapter 4 there is a brief presentation of the most important features affecting personality in adolescence. In Chapter 5 the present study focuses on depression.

The study-case can be found in Chapter 6. Three different types of questionnaires for the purpose of our study were handed in to five hundred (500) high-school students in the geographical area of Athens (250) and Heraklion - Crete

(250). The aim was to examine whether there is any kind of link, already recommended in adolescence, between eating habits, depression, and eating disorders (such as Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa) as it has already been established in the past in adults. The questionnaires used for the specific purpose were the Beck form, used mainly in the diagnosis of depression, the Eating Attitude Test, used in the diagnosis of Anorexia Nervosa and a demographical set of questions in order to collect personal data in the specific sample of people.

The results of the research are: The percentage of students with anorexia symptoms in a sample of 500 people is of 18% though 82% out of them did not seem to express any symptom. The 17% of the sample seems to express serious symptoms of depression though 83% out of them did not have any kind of depression at least at this period of time. According to the present findings in the overall percentage of persons suffering from anorexia nervosa (20% of the overall sample), 8% out of them do express serious symptoms of depression at the same time. 92% of the overall samples that do have symptoms of Anorexia Nervosa do not seem to express any kind of depression at the same period.

In conclusion there is an analysis of the epidemiological data (nationality, alcohol consumption, educational level parents' income, sex, family situation, profession) which seem to play a key role in the appearance of Anorexia Nervosa.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έναρξη της νέας χιλιετίας βρίσκει τα αναπτυσσόμενα έθνη να επιδιώκουν εναγωνίως τη διασφάλιση τροφικών αποθεμάτων σε μια προσπάθεια αποφυγής της πείνας. Από την αντίθετη όψη του νομίσματος βρίσκονται τα αναπτυγμένα έθνη ή αλλιώς οι βιομηχανοποιημένες κοινωνίες, οι οποίες γνωρίζουν, σε αντίθεση με τους προηγούμενους, την αφθονία στα υλικά αγαθά αλλά ακόμη περισσότερο την τεραστία δυνατότητα διατροφικού υπερκαταναλωτισμού.

Παρά την διατροφική ευημερία οι τελευταίοι φαίνεται ότι υπάρχουν, για να αποδεικνύουν ότι η ρήση: «Παν μέτρον άριστον» θα έπρεπε να είναι αποκλειστικός οδηγός στη ζωή μας. Το παραπάνω αιτιολογείται από τον διαρκώς αυξανόμενο ρυθμό εμφάνισης περιστατικών, νοσημάτων, διατροφικής προέλευσης με πρώτη στη λίστα την μοντέρνα, σχεδόν επιδημιολογική πάθηση της παχυσαρκίας.

Ωστόσο, ειρωνικά σε σχέση με τις κοινωνίες της «πείνας», μέρη πληθυσμού των βιομηχανοποιημένων κοινωνιών κυρίως γυναίκες στην εφηβεία υποβάλλουν τον εαυτό τους σε καταστάσεις λιμοκτονίας και ο σκοπός είναι η απόκτηση λεπτής σιλουέτας όπως αυτή επιβάλλεται, ως πρότυπο, από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, κυρίως.

Τα μέσα μαζικής επικοινωνίας δημιουργούν πρότυπα και κατεξοχήν αισθητικά πρότυπα. Με σκοπό την αξιολόγηση του τρόπου και του βαθμού επίδρασης των ΜΜΕ στη διαμόρφωση των προτύπων αυτών μελετήθηκαν δημογραφικοί, βιοκοινωνικοί και εκπαιδευτικοί παράγοντες σε σχέση με: α) τον αντικειμενικά προσδιοριζόμενο δείκτη παχυσαρκίας, β) το αυτοπροσδιοριζόμενο πρότυπο σωματικής διάπλασης, με βάση μια σειρά ιχνογραφημάτων, καθώς και γ) την αντίστοιχα προσδιοριζόμενη ιδεατή σωματική διάπλαση. Τα αποτελέσματα των δεδομένων φανέρωσαν ότι ο 1 στους 10 νέους της μελέτης είναι παχύσαρκος, ενώ ο μέσος όρος τηλεθέασης είναι καθημερινά 2-3 ώρες. Τέλος, το σημαντικότερο στοιχείο που προσκομίζουμε για την εκπόνηση της συγκεκριμένης πτυχιακής μελέτης από την έρευνα αυτή είναι ότι, και στα δυο φύλα παρατηρήθηκε μια τάση σύγκλισης του αυτοπροσδιοριζόμενου προτύπου σωματικής διάπλασης προς το λεπτότερο μάλλον πρότυπο.

Ο πυρήνας της πτυχιακής αυτής μελέτης είναι η παθολογία της πρόσληψης τροφής κυρίως όπως αυτή εκφράζεται μέσα από διαταραχές γνωστές ως ψυχογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία.

Η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία, αποτελούν τις κυριότερες διαιτητικές εκτροπές κατά την εφηβεία και έχει αποδειχθεί ότι προσβάλλουν μέχρι και 5-10 % περίπου των νεαρών γυναικών. Και οι δυο αυτές καταστάσεις χαρακτηρίζονται από διαταραχή της διατροφικής συμπεριφοράς και την αντίληψη της εικόνας του σωματικού Εγώ!

Όλες οι πρόσφατες μελέτες παρουσιάζουν μια σημαντική αύξηση της ψυχογενούς ανορεξίας στα βιομηχανικά κράτη. Αυτή η πάθηση η οποία δημιουργεί ένα αίσθημα πρόκλησης σε όσους την πλησιάζουν και αιχμαλωτίζει το επιστημονικό ενδιαφέρον, δημιουργώντας ένα αίσθημα αδυναμίας απέναντι στις ακόμη άγνωστες πτυχές της, υπήρξε το αντικείμενο πολυάριθμων εργασιών και ερευνών τα τελευταία, κυρίως, χρόνια.

Αν θεωρήσουμε την πρόσληψη τροφής σαν συμπεριφορά, που αντανακλά συναισθήματα και σχέσεις κυρίως ανάμεσα στο παιδί και τους γονείς του, θα μπορέσουμε να κατανοήσουμε τις διαταραχές της σαν έκφραση διαταραγμένων σχέσεων και σαν γενικότερη έκφραση συναισθηματικών προβλημάτων του μωρού, του παιδιού ή του εφήβου. Ως εκ τούτου θεωρούμε σκόπιμο να αναλύσουμε στη συγκεκριμένη πτυχιακή μελέτη την συνύπαρξη των παραπάνω διατροφικών διαταραχών με την κατάθλιψη. Η κατάθλιψη στην παιδική και εφηβική ηλικία διακρίνεται σε μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (ΜΚΕ), δυσθυμία και διαταραχή προσαρμογής με κατάθλιψη. Για τη διάγνωση αυτών των οντοτήτων υπάρχουν κριτήρια. Στα παιδιά και τους εφήβους δεν προέχει η έλλειψη δραστηριότητας ως σύμπτωμα, ούτε η όρεξη είναι πάντα μειωμένη όπως στους ενήλικες, κυριαρχεί όμως η λυπημένη διάθεση.

Την τελευταία 7ετια νοσηλεύτηκαν στο Παιδοψυχιατρικό τμήμα του νοσοκομείου Παίδων «Αγία Σοφία» 15 παιδιά με ψυχογενή ανορεξία, ηλικίας 13-15 ετών. Μέχρι να αντιμετωπιστεί το ψυχολογικό πρόβλημα ο άμεσος κίνδυνος για μερικούς από αυτούς τους ασθενείς είναι η βαριά υποθρεψία τους και οι συνέπειες της. Σήμερα, πρόοδο στην αντιμετώπιση των παιδιών με ψυχογενή ανορεξία αποτελεί η νοσηλεία των παιδιών αυτών στην Παιδοψυχιατρική Κλινική από εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και η αντιμετώπιση της σοβαρής υποθρεψίας τους και των επιπλοκών της με εντερική διατροφή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ενδιαφέρον για τις διατροφικές διαταραχές ήρθε στην επιφάνεια πριν από 25 χρόνια. Μέχρι και τις αρχές του 1980 οι περισσότεροι άνθρωποι γνώριζαν για την ύπαρξη της νευρικής ανορεξίας, αλλά λίγοι επαγγελματίες υγείας ή διαιτολόγοι θεώρησαν απαραίτητο να αποκτήσουν παραπάνω στοιχεία. Σκοπός τους ήταν να αναγνωρίζεται η διαταραχή, έτσι ώστε να χρησιμοποιήσουν στοιχεία είτε για να φέρουν εις πέρας κάποια υπόθεση ενός ειδικού είτε για να αναφερθούν σε μια ενότητα κάποιου επιστημονικού συγγράμματος. Η παχυσαρκία ωστόσο, η οποία ήταν συνηθέστερη, ήταν πιο κατανοητή και οι παχύσαρκοι άνθρωποι μπορούσαν να βασίζονται στην ιατρική παρέμβαση, που ήταν ωστόσο, αβέβαιης αποτελεσματικότητας και συχνά αμφισβητούμενης αξιοπιστίας. Πολύ λίγοι υπέρβαροι άνθρωποι θα παραδέχονταν ότι είχαν διατροφικά προβλήματα, αν πραγματικά είχαν και, διαθέσιμη βοήθεια, υπό μορφή δίαιτας μέσα από μια σειρά ινστιτούτων αδυνατίσματος, διαφόρων ποιοτικών επιπέδων στα οποία θα μπορούσαν να είχαν απευθυνθεί. Ως εναλλακτική λύση την οποία επέλεξαν άνθρωποι που παραπονούνταν για προβλήματα ελέγχου στην πρόσληψη τροφής, ήταν η προσφυγή σε ψυχιάτρους, οι οποίοι το μόνο που αποδείκνυαν ήταν ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς δεν εμφάνιζαν κλινική κατάθλιψη και ως εκ τούτου τους προτεινόταν η επαναπροσφυγή στους δικούς τους γιατρούς.

Μέχρι πρότινος, άνθρωποι που εμφάνιζαν φυσιολογικό βάρος και που αντιμετώπιζαν προβλήματα σχετικά με το φαγητό και ανησυχίες για το βάρος τους, ήταν πιθανό να απομακρυνθούν από την πρωτοβάθμια περίθαλψη, ως μη έχοντες κανένα πρόβλημα, διότι δεν ανήκαν σε καμία ήδη γνωστή κατηγορία ψυχιατρικών ή σωματικών διαταραχών.

Οι διαιτολόγοι υπήρξαν συχνά το σημείο αναφοράς για αυτές τις τρεις ομάδες ανθρώπων αλλά με υπόβαθρο κυρίως διατροφικό και ελάχιστες γνώσεις ψυχολογικών παραγόντων. Αυτοί επίσης βρίσκονταν σε σύγχυση όσον αφορά στα κίνητρα αυτών των ανθρώπων, οι οποίοι παρουσιάζονται ανίκανοι να προστατέψουν τον εαυτό τους από την κακοποίηση των ίδιων τους των σωμάτων και για αυτούς

τους λόγους συχνά προσέφεραν παραπάνω σε αυτούς τους ανθρώπους, από το να τους δίνουν απλά ένα διαιτολόγιο.

Τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια και έπειτα, η βοήθεια είναι αρκετά διαθέσιμη για ανθρώπους με συγκεκριμένες διαγνώσεις νευρικής βουλιμίας και νευρικής ανορεξίας. Έγινε συνείδηση η ανάγκη για την προσάρτηση ειδικών κεφαλαίων σε συγγράμματα διαιτολογίας και αυτό σήμαινε ότι κάποιος με μια διατροφική διαταραχή ήταν πιθανότερο αυτή την περίοδο από το προηγούμενο χρονικό διάστημα, να απευθυνθεί σε ψυχίατρο ή να συμβουλευτεί για βοήθεια ή να μπορεί σε τελική ανάλυση να λάβει συμβουλή από κάποια ομάδα αυτοβοήθειας. Ταυτόχρονα, επέρχεται μια συνεχώς αυξανόμενη αποδοχή όσον αφορά στην ανάγκη για κάθε επαγγελματία στην θεραπεία και την συμβουλευτική, έτσι ώστε να κατανοούνται οι άνθρωποι με διατροφικά προβλήματα και οι διαιτολόγοι και οι γενικοί ιατροί επίσης αρχίζουν να αποδέχονται στοιχεία της ψυχολογικής προσέγγισης της αντιμετώπισης ανθρώπων με διατροφικές διαταραχές. Οι παραπάνω, επιδεικνύουν έντονο ενδιαφέρον της ανάγκης όχι μόνο να παρέχουν θεραπεία σε ανθρώπους με σαφείς διαγνώσεις για διατροφικές διαταραχές, αλλά να αναγνωρίσουν οι ίδιοι το πρόβλημα μιας ευρείας ομάδας ανθρώπων με διατροφικά προβλήματα και προβλήματα βάρους, συμπεριλαμβανομένων και των παχύσαρκων ανθρώπων.[28]

Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι οι διατροφικές διαταραχές δεν κατανέμονται τυχαία στον πληθυσμό. Οι νεαρές θηλυκές αποτελούν την πιο ευπαθή ομάδα. Σε κλινικά δείγματα μόνο το 5-10% των ασθενών με μια διατροφική διαταραχή είναι γένους αρσενικού. Οι διατροφικές διαταραχές φαίνεται να είναι «Δυτική Ασθένεια». Εμφανίζονται με υπεροχή στις βιομηχανοποιημένες, ανεπτυγμένες χώρες. Οποιαδήποτε αναφορά σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές έξω από τον Δυτικό κόσμο, τείνει να είναι μυστήριο. Η νευρική ανορεξία για παράδειγμα, φαίνεται να είναι ασυνήθιστη και στις μη-Δυτικές χώρες και στις λιγότερο ανεπτυγμένες Δυτικές χώρες. Οι μετανάστες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν μια διατροφική διαταραχή από ότι οι ομοεθνείς τους στον τόπο καταγωγής τους. Από τον Δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο, το Ιαπωνικό Σύστημα Υγείας έχει βρεθεί αντιμετώπιση με αυξημένο αριθμό ασθενών με νευρική ανορεξία. Αυτό αποδεικνύει ότι οι κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην κατανομή των διατροφικών διαταραχών.

Άνθρωποι ορισμένων επαγγελμάτων φαίνεται να είναι σε ιδιαίτερο κίνδυνο. Μοντέλα και χορεύτριες μπαλέτου, για παράδειγμα, φαίνεται να βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, σε σχέση με άλλες επαγγελματικές ομάδες. Πάντως, αυτό που δεν είναι γνωστό, είναι το κατά πόσο «προ-ανορεκτικά» άτομα γρήγορα ελκύονται από τον κόσμο του μπαλέτου ή κατά πόσο το να είναι κανείς χορευτής μπαλέτου αποτελεί πηγή αυξημένου κινδύνου. Σε μερικές χώρες οι διατροφικές διαταραχές έχουν υψηλή τάση εμφάνισης ανάμεσα στις μεσαίες ή τις υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Αλλά αυτή η κοινωνική ομάδα μπορεί να συνδέεται με δομές, πρότυπα και επιρροές του τοπικού συστήματος υγείας. Σε ευρωπαϊκές χώρες όπως η Ολλανδία, που έχει ένα ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο, κρατικού συστήματος υγείας, οι ταξικές διαφορές φαίνεται να έχουν μικρότερη επίδραση στην παρουσίαση και την αναγνώριση των διατροφικών διαταραχών.

Η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία έχουν ευρέως θεωρηθεί «μοντέρνες» διαταραχές. Αλλά, οι διατροφικές διαταραχές, όμοιες με αυτές που εμφανίζονται σήμερα, υπάρχουν αιώνες τώρα. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει τέτοια αύξηση στην καταγεγραμμένη συχνότητα εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών που μερικοί άνθρωποι πιστεύουν ότι υπάρχει «επιδημία». Τα επιδημιολογικά στοιχεία δεν επαληθεύουν ότι έχει υπάρξει στην πραγματικότητα ισοδύναμη αύξηση στον αριθμό των περιπτώσεων στον γενικό πληθυσμό.

Η διατροφή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Αυτοί είναι η όρεξη, η διαθεσιμότητα της τροφής, η οικογένεια, ο πολιτισμός και επιδιώκεται ο αυτοέλεγχος. Η δίαιτα αδυνατίσματος, που φτάνει το σώμα σε σημεία βάρους κάτω από το φυσιολογικό και υγιές, προκύπτει κυρίως από τα δεδομένα των προτύπων της «μόδας», διαφημιστικές εκστρατείες για φαγητά ειδικού τύπου και από ορισμένες δραστηριότητες και επαγγέλματα.

Οι διαταραχές της διατροφής, συμπεριλαμβάνουν σοβαρές ενασχολήσεις με την διατροφική συμπεριφορά, οι οποίες μπορεί να χαρακτηριστούν από παρατραβηγμένη πρόσληψη τροφής ή αίσθημα θλίψης ή εξαιρετική ενασχόληση με το βάρος του σώματος, (το σχήμα και το μέγεθος).

Έρευνες διεξάγονται για να βρεθεί η αιτία της εκούσιας συμπεριφοράς, όπως είναι η κατανάλωση λιγότερης ή περισσότερης τροφής από ότι συνήθως. Αυτές οι συμπεριφορές αρχικά εμφανίζονται ως ένα αίσθημα ελέγχου στους ασθενείς και καταλήγουν σε διατροφική διαταραχή.

Μελέτες στην βασική βιολογία του ελέγχου της όρεξης και της εναλλαγής της σε υπερβολική πρόσληψη τροφής ή εναλλαγή της συχνότητά της, έχουν δείξει τεράστια πολυπλοκότητα αλλά μακροπρόθεσμα είναι δυνατόν να βρεθεί ακόμα και φαρμακευτική αγωγή για τις διαταραχές της διατροφής.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, συχνά συνοδεύονται από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών και διαταραχές άγχους. Οι άνθρωποι που υποφέρουν από τις διαταραχές πρόσληψης τροφής μπορεί να βιώνουν μεγάλο αριθμό φυσικών συμπτωμάτων, όπως σωματικών-γαστρικών προβλημάτων υγείας και επίσης σοβαρές καρδιολογικές καταστάσεις που εν δυνάμει μπορεί να οδηγήσουν και στον θάνατο.

Οι γυναίκες εμφανίζουν πολύ συχνότερα διαταραχές πρόσληψης τροφής σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, μόνο το 5-15% των ανθρώπων με ανορεξία και βουλιμία είναι άνδρες. (Sara Gilbert, Counseling For Eating Disorders) [46]

Οι διατροφικές διαταραχές και, συγκεκριμένα, η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία, υποστηρίζεται ότι επηρεάζουν τις έφηβες και τις νεαρές ενήλικες γυναίκες. Συγκεκριμένα, γυναίκες ηλικίας μεταξύ 15-35 ετών περίπου αντιπροσωπεύουν την πλειοψηφία αυτών που παρουσιάζονται ως οι έχουσες την πάθηση και οι οποίες λαμβάνουν αγωγή για την αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών. Ωστόσο, οι διατροφικές διαταραχές είναι επίσης γνωστό ότι συμβαίνουν και στους άνδρες και τα αγόρια, (Bryant –Waugh , 1994. Fichter & Daser, 1987. Vandereycken & Van Den Broucke, 1984), μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες (Bryant –Waugh, Gowers & Crisp, 1990), και παιδιά στο στάδιο προ της εφηβείας και των δύο φύλων (Jacobs & Isaacs, 1986. Fosson, Knibbs, Bryant – Waugh & Lask, 1987. Gowers, Crisp, Joughin, & Bhat, 1991). Εν γένει, φαίνεται ότι προκύπτει διαφωνία σχετικά με το εάν τελικά οι άνδρες και οι ενήλικες γυναίκες εμφανίζονται με «πραγματικές» διατροφικές διαταραχές, δηλαδή εάν στην πραγματικότητα πληρούν αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια για νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία. Η κατάσταση που αφορά στα παιδιά έχει υπάρξει λιγότερο ξεκάθαρη και παραμένει κάποια διαφωνία και σύγχυση σχετικά με την φύση των διάφορων εμπειριών στην παιδική ηλικία σε ό,τι αφορά τις διατροφικές διαταραχές. Αυτή η σύγχυση απορρέει από μια σειρά αιτιών. Αρχικά, υπάρχουν συνεχείς δυσκολίες που αφορούν στην διατροφή και την θρέψη, οι οποίες πιθανόν προέρχονται ακόμα και από την γέννηση. Στην πραγματικότητα τα προβλήματα που σχετίζονται με την θρέψη και τα προβλήματα που προκύπτουν μεταγενέστερα

εμφανίζουν στενή σχέση μεταξύ τους. Η παχυσαρκία ή πολύ επιλεγμένα διατροφικά πρότυπα τα οποία εφαρμόζουν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας επίσης σχετίζονται και, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν υπάρχει συγκεκριμένος λόγος ανησυχίας. Κάποια πολύ νέα παιδιά, ασφαλώς εμφανίζονται με πολύ σοβαρότερα προβλήματα, τα οποία μπορεί να έχουν σημαντική επιρροή στο μέγεθος και την ανάπτυξη. Αυτά τα παιδιά χρειάζεται να παρακολουθούνται στενότερα και μπορεί να απαιτείται επιπρόσθετη ενασχόληση ώστε να ταυτοποιηθούν τα διατροφικά τους προβλήματα. Γενικά, τα προβλήματα θρέψης που συμβαίνουν σε παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι κοινότοπα και κατάλληλα στο στάδιο της ανάπτυξης των παιδιών, συμπεριλαμβανομένων και των πειραμάτων νέων μελετών και κειμένων καθώς επίσης και του συμπεριφορικού αντίκτυπου στην μετέπειτα καριέρα τους. Τέτοιες διατροφικές δυσκολίες τείνουν να ξεπεραστούν με την ωρίμανση του παιδιού και ορθώς χαρακτηρίζονται ως «φάσεις» τις οποίες στην πλειοψηφία των περιπτώσεων το παιδί θα ξεπεράσει.

Δυσκολίες εμφανίζονται όταν τα διατροφικά προβλήματα απασχολούν παιδιά σε μεγαλύτερη ηλικία, για παράδειγμα στην ηλικία περίπου των 8 ετών και πάνω, όπου εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται ως φάση την οποία καλείται το παιδί να ξεπεράσει ή ως αδέξια ή διαταραγμένη συμπεριφορά. Η βασική διαφορά είναι ότι η θρέψη και τα διατροφικά προβλήματα δεν εξελίσσονται φυσιολογικά στα μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά. Σε αντίθεση, η γνωσιακή ανάπτυξη των παιδιών είναι μέχρι τότε πιο περίπλοκη και τα διατροφικά προβλήματα είναι πιθανότερο να σχετίζονται με υφέρποντα ψυχολογικά προβλήματα.

Δεύτερον, έχει υπάρξει πολύ μεγαλύτερη σύγχυση και ασυνέχεια στην βιβλιογραφία σχετικά με την φύση των διατροφικών διαταραχών στα παιδιά και την ορολογία που χρησιμοποιείται για να τα περιγράψει. Κάποιοι πιστεύουν ότι οι διατροφικές διαταραχές που συχνά σχετίζονται με νέες γυναίκες, απλά δεν εμφανίζονται σε παιδιά. Ως παράδειγμα αναφέρουμε την ψυχογενή ανορεξία, η οποία είναι ένα πρόβλημα που αφορά την εφηβεία και στην πραγματικότητα δεν υπάρχει ούτε μια πιθανότητα να εμφανίζεται αυτή η κατάσταση στα νεαρότερα παιδιά (1986). Θα έπρεπε να σημειωθεί ότι ο συγκεκριμένος συγγραφέας αναγνωρίζει ότι αυτή η θέση είναι ανακριβής (προσωπική επικοινωνία). Παρόλα αυτά, το βιβλίο στο οποίο υπάρχει αυτή η θέση, απευθυνόταν στο ευρύ κοινό, αφορούσε κατά κύριο λόγο δυσκολίες θρέψης νεαρών παιδιών και θα ετύγχανε ευρείας ανάγνωσης.

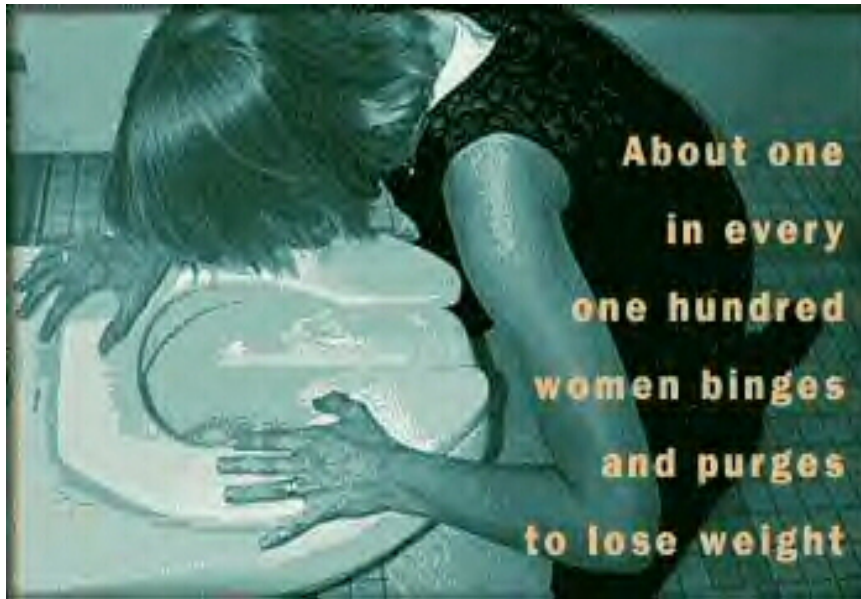
Όπου έχουν χρησιμοποιηθεί διαγνωστικά κριτήρια τα οποία απαιτούν την παρουσία της αμηνόρροιας, οι κοπέλες προ της εμμήνου ρύσεως έχουν εξαιρεθεί από την εκτίμηση. Ως αντίθεση με αυτόν τον αποκλεισμό των παιδιών, έρχεται η χρήση του όρου «παιδική νευρική ανορεξία» (π.χ. Chatoor, Egan, Getson, Menvielle, & O'Donnell, 1987), για να περιγράψει τι φαίνεται να σημαίνει ο όρος παιδικές θρεπτικές δυσκολίες και/ή αποτυχία στην ανάπτυξη. Τα παιδιά δεν πληρούν τα πιο συνηθισμένα αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια για την νευρική ανορεξία με βάση το ICD-10 και DSM-IV καθώς δεν έχουν τις απαραίτητες γνωσιακές ικανότητες. Από την δική μας οπτική γωνία η κακή εφαρμογή των υπάρχοντων ορολογιών δεν βοηθάει και εντείνει την σύγχυση.

Τρίτον, υπάρχει έλλειψη σταθερών μέσων για την εκτίμηση των διατροφικών διαταραχών στην παιδική ηλικία. Αυτό σημαίνει ότι οι δημοσιευμένες μελέτες στο συγκεκριμένο θέμα βασίζονται σε αναφορές κλινικών περιστατικών. Αυτές, περιγράφουν παιδιά από την ηλικία των 8 ετών και πάνω (Fosson και οι συνεργάτες του, 1987, Gowers και οι συνεργάτες του, 1991, Higgs, Goodyer, & Birch, 1989, Jacobs and Isaacs, 1986). Ενώ πολλά από τα παιδιά που συμπεριλαμβάνονται σε αυτές τις σειρές των υποθέσεων είχαν λάβει τυπικές διαγνώσεις διατροφικής διαταραχής, ήταν δύσκολο να εφαρμοστούν αυτά στις υποκειμενικές βάσεις, και τις αξιόπιστες αξιολογήσεις, γιατί απλά τα απαραίτητα εργαλεία δεν ήταν διαθέσιμα. Μεγάλο ενδιαφέρον από την πλευρά των μέσων μαζικής ενημέρωσης υπήρξε, όσον αφορά στην ύπαρξη διατροφικών διαταραχών στα παιδιά κατά τα τελευταία χρόνια. Το ενδιαφέρον αυτό δυστυχώς, συνέβαλε ώστε να εξαπλωθούν δύο μύθοι. Ο πρώτος είναι ότι προσφάτως εμφανίζονται ως ένα είδος «επιδημίας» και ο δεύτερος είναι ότι οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν ένα νέο φαινόμενο με τους πάσχοντες να γίνονται όλο και νεότερης ηλικίας. Κανένα από τα δύο δεν αληθεύει. Ωστόσο, υπάρχει μια πιθανή αλήθεια στο γεγονός ότι εμφανίζεται μια γενικότερη αύξηση στην ευαισθησία που αφορά στο βάρος και ακόμη στην διαιτητική συμπεριφορά. Αυτές οι ευαισθησίες όμως δεν καταλήγουν απαραίτητα σε διατροφική διαταραχή η οποία παραμένει συνδεδεμένη με την παιδική ηλικία. Ο δεύτερος μύθος, θα μπορούσε εύκολα να απορριφθεί ανατρέχοντας απλά στην ιστορική βιβλιογραφία. Δύο από τους πιο σύγχρονους συγγραφείς που ασχολούνται με την περιγραφή περιστατικών με νευρική ανορεξία σε παιδιά ήταν ο Collins (1894) και ο Marshall (1895). Ο Collins έγραψε για την ιστορία ενός περιστατικού που αφορούσε σε ένα επτάχρονο κορίτσι το οποίο ήταν

σκελετωμένο και αρνιόταν να φάει. Περαιτέρω λεπτομέρειες αυτού του περιστατικού αναφέρουν ότι αυτή η περίπτωση δεν σχετιζόταν απλά με σωματική πάθηση, αλλά ότι υπήρχε και ψυχολογικός παράγοντας στην διατροφική άρνηση του κοριτσιού. Ο Marshall έγραψε σχετικά με το τι ορίζεται ως «νευρική ανορεξία» σε ένα ενδεκάχρονο κορίτσι, το οποίο τελικά πέθανε από λιμοκτονία. Από τότε έχουν γίνει και άλλες αναφορές στην βιβλιογραφία. Σε πιο πρόσφατες εκδόσεις, οι μελέτες περιστατικών ήταν περισσότερο εξατομικευμένες αλλά ακόλουθα περιστατικά άρχισαν να γίνονται περιγραφικά. Έχει αποδειχτεί ότι από την οπτική γωνία των συγγραφέων αυτών των εγγράφων, για το μεγαλύτερο μέρος των κλινικών ιατρών, το νεαρό της ηλικίας των ασθενών, δεν έχει ποτέ θεωρηθεί μεμονωμένα ως το πιθανό στοιχείο της διάγνωσης της νευρικής ανορεξίας.

Πάντως, είναι δύσκολο να επιβεβαιωθεί εάν ένα παρόμοιο μοντέλο νευρικής ανορεξίας έχει διατηρηθεί. Παρόλα αυτά, τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούμε στο τέλος του 20^{ου} αιώνα παραμένουν σε μια σταθερή κατάσταση αναθεώρησης. Τα κριτήρια που περιλαμβάνονταν στον όρο «νευρική ανορεξία» στο παρελθόν μπορεί να διαφέρουν από τα πρόσφατα. Φαίνεται πιθανό ότι ακόμα και οι πιο πρόσφατες σειρές περιστατικών, όπως του Warren (1968), περιελάμβαναν παιδιά που τώρα δεν θα πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για νευρική ανορεξία, αντιθέτως παρουσιάζονταν με «διατροφική μανία», άρνηση για διατροφή ή άλλες πιο συνηθισμένες διατροφικές δυσκολίες που συμβαίνουν κατά την παιδική ηλικία. Το γεγονός που ισχύει, πάντως, είναι ότι έχει γίνει γνωστό εδώ και πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα πως τα παιδιά υποφέρουν από εναλλαγές στα διατροφικά πρότυπα, που αναγνωρίζονται ως ένα ψυχολογικό στοιχείο και, μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρές σωματικές επιπλοκές. Αυτή η κατάσταση δεν είναι σε καμιά περίπτωση καινούργια και δεν αποτελεί πρόσφατο φαινόμενο του 20^{ου} αιώνα.

Μόνο τις τελευταίες δύο δεκαετίες, τα παιδιά με διατροφικές διαταραχές θεωρούνται υποομάδα που χρήζει ενδιαφέροντος. Η βιβλιογραφία σε όλες τις πτυχές των διατροφικών διαταραχών και ιδιαίτερα σχετικά με τον νεότερο πληθυσμό παραμένει σποραδική.



1.1 ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για τις ψυχιατρικές Διαταραχές της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV 1994), (American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ορίζει μια διατροφική διαταραχή όπως χαρακτηρίζεται από «σοβαρές διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς». Αυστηρά, ο όρος «διατροφική διαταραχή» ισχύει μόνο σε συγκεκριμένες διαγνώσεις νευρικής ανορεξίας και νευρικής βουλιμίας, όπου και οι δύο αφορούν διαταραχή του σχήματος του σώματος και του βάρους ως απαραίτητο συστατικό. Αυτός ο αυστηρός ορισμός πάντως, αναδύει το ερώτημα, του πού οι φυσιολογικές δίαιτες σταματούν και πού οι διατροφικές διαταραχές ξεκινούν. Η αναγνώριση της ευρέως διαδεδομένης φύσης των προβλημάτων σχετικά με την τροφή και την διατροφή προέρχεται από τρεις τομείς. Ο πρώτος και πιθανόν ο πιο γνωστός από αυτούς, ήταν το φεμινιστικό κίνημα. Το βιβλίο της Susie Orbach *Fat is a Feminist Issue*, (1978), σκιαγραφούσε τη μεγάλη διαπραγμάτευση του ενδιαφέροντος στην κίνηση αυτή, μέσω της συζήτησης που εξελισσόταν στην νουβέλα της η οποία ονομαζόταν «καταναγκαστική υπερφαγία» και αναφερόταν όχι τόσο στο «πάχος» το ίδιο, αλλά στον φόβο του πάχους και τον χώρο που καταλάμβανε αυτός στον πολιτισμό των γυναικών, στα πλαίσια των σχέσεών τους με τους άνδρες. Αυτό παραπέμπει στο να ανατρέξουμε στην βιβλιογραφία γύρω από τον τομέα της διαιτητικής και της εικόνας του σώματος. Το μεγαλύτερο μέρος

αυτής εμπλέκει άμεσα ή έμμεσα την υπόθεση ότι η δίαιτα και η εμμονή με το σχήμα του σώματος σχετίζεται με την θέση της γυναίκας στη σεξιστική κοινωνία.

Μια άλλη πορεία αναγνώρισης ήταν η επικρατούσα τάση της ψυχιατρικής. Ο Gerald Russell, 1979, γνωστός για το έργο του με ανθρώπους που έπασχαν από νευρική ανορεξία, επέμενε στην ύπαρξη ενός ανορεξικού συνδρόμου σε γυναίκες με φυσιολογικό βάρος. Αυτές οι γυναίκες, υπήρξαν ανορεξικές και παρόλη την επαναφορά τους στο φυσιολογικό βάρος, εμφανίζονταν ακόμα να παρουσιάζουν εμμονές σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος. Συχνά κατανάλωναν υπερβολική ποσότητα φαγητού αλλά εφαρμόζαν μέτρα για τον έλεγχο του βάρους τους, όπως πρόκληση εμετού, χρήση καθαρτικών ή λιμοκτονία μεταξύ των επεισοδίων υπερφαγίας. Ο Russell, ονόμασε αυτό το σύνδρομο «Νευρική Βουλιμία» ξεχωρίζοντας το έτσι από την νευρική ανορεξία.

Ο τρίτος τομέας της αναγνώρισης προήλθε από επιδημιολογικές έρευνες. Η «Bulimia», όπως αυτή επονομαζόταν στις ΗΠΑ ή η «Bulimia Nervosa» όπως αυτή επονομαζόταν στην Μεγάλη Βρετανία, έγινε αποδεκτό ότι υπάρχει σε μια ευρεία κλίμακα γυναικών οι οποίες δεν είχαν απευθυνθεί ποτέ στον γιατρό τους για βοήθεια.

Πάντως, δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι η ύπαρξη του δημοφιλούς όρου «binge» και του ίδιου του φαινομένου, είχαν τις βάσεις τους στην εμμονή για δίαιτα η οποία κυριαρχεί στον δυτικό κόσμο. Πολλοί άνδρες και γυναίκες, όλων των ηλικιών, συνηθίζουν να κάνουν δίαιτα. Με αυτά τα δεδομένα είναι μερικές φορές δύσκολο να εκτιμηθεί πόσο πολύ πραγματικά κάποιος υποφέρει από διατροφική διαταραχή. Από την μία, η εφαρμογή δίαιτας και η αρνητική συμπεριφορά προς το πάχος συνυπάρχουν και συχνά υπερεκτιμώνται από τους ανθρώπους, ως ένας τρόπος αυτοελέγχου και στους ίδιους τους εαυτούς τους και σε άλλους ανθρώπους. Ως εκ τούτου, είναι πιθανό κάποιος που υποφέρει από έντονη διατροφική διαταραχή να κρύψει το γεγονός, όχι μόνο από τον εαυτό του, αλλά και από πολλούς ανθρώπους που θα μπορούσαν να βοηθήσουν. Από την άλλη ωστόσο, η ανικανότητα για εφαρμογή δίαιτας και η τάση στην υπερφαγία ή η απροθυμία κατανάλωσης τροφής κατά την διάρκεια περιόδων άγχους, συχνά μεταφράζονται λανθασμένα ως σημάδι ότι κάποιος βρίσκεται στα πρόθυρα μιας διατροφικής διαταραχής, ενώ θα μπορούσε να αποτελεί σύμπτωμα κάποιου άλλου σοβαρού κινδύνου που συχνά ελλοχεύει.[28]

1.1.1. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

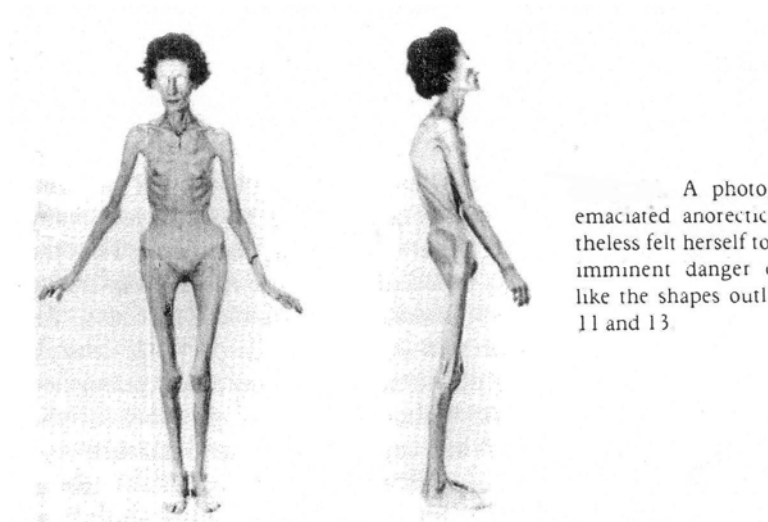
Ένα ποσοστό της τάξης του 0,5-3,7% των γυναικών υποφέρουν από νευρική ανορεξία κατά την διάρκεια της ζωής τους. [46] Το χαρακτηριστικό της νευρικής ανορεξίας είναι οι πάσχοντες από αυτήν να φτάνουν τον εαυτό τους σε σημεία λιμοκτονίας. Η διαταραχή, η οποία συνήθως ξεκινάει σε νεαρούς ανθρώπους κατά την περίοδο της εφηβείας, περιλαμβάνει ακραία μείωση βάρους (τουλάχιστον 15% κάτω από το σύνηθες φυσιολογικό βάρος σώματος). Πολλές φορές οι ανορεξικοί ασθενείς θα πρέπει να νοσηλεύονται με σκοπό την πρόληψη της κατάστασης της λιμοκτονίας. [47] Τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας περιλαμβάνουν τα εξής σημεία:

- Αντίσταση στο να παραμείνει το βάρος του σώματος στα φυσιολογικά ή παραπάνω επίπεδα από το κανονικό, σε σχέση με την ηλικία και το ύψος.
- Επιμένων φόβος για πρόσληψη βάρους, ακόμα και όταν αυτό είναι χαμηλότερο από το φυσιολογικό.
- Διαταραχή του τρόπου που αντιλαμβάνεται ο πάσχων το βάρος και το σχήμα του σώματός του (άγνοια-άρνηση της σοβαρότητας της θεραπείας του χαμηλού σωματικού βάρους).
- Μη φυσιολογική (συχνή) ή απουσία εμμήνου ρύσεως.

Άνθρωποι με αυτήν την διαταραχή θεωρούν τον εαυτό τους υπέρβαρο, ακόμα κι όταν είναι επικίνδυνα αδύνατοι. Το θέμα της διατροφής για αυτούς καταλήγει να γίνεται εμμονή. Σε πολλές περιπτώσεις εμφανίζονται ασυνήθιστες διατροφικές συνήθειες, όπως σχεδόν ολική άρνηση της τροφής και των γευμάτων, αγορά τροφής έξω από το σπίτι και κατανάλωση αυτής σε μικρές ποσότητες ή προσεκτική ζύγισή της. Άνθρωποι που πάσχουν από νευρική ανορεξία επαναλαμβάνουν συχνά μετρήσεις του σωματικού τους βάρους και μπορεί να υιοθετήσουν άλλες τεχνικές για τον έλεγχο του βάρους τους, όπως εξαντλητική σωματική άσκηση, κάθαρση με εμετό, κατάχρηση διουρητικών, κλυσμάτων και καθαρτικών. Κορίτσια με ανορεξία παρατηρούν καθυστέρηση της εμφάνισης της πρώτης τους εμμήνου ρύσεως. Η θεραπεία και η έξοδος από την ψυχογενή ανορεξία ποικίλει από άτομο σε άτομο: ορισμένοι άνθρωποι αναρρώνουν εντελώς μετά από ένα και μοναδικό επεισόδιο, ενώ ορισμένοι εμφανίζουν μια πορεία με διακυμάνσεις

πρόσληψης βάρους και τέλος, ορισμένοι υποφέρουν από την πάθηση αυτή για αρκετά χρόνια (χρόνια μορφή της πάθησης).

Η θνησιμότητα ανθρώπων με νευρική ανορεξία ανέρχεται σε 0,5% για μια δεκαετία όπου το ποσοστό αυτό είναι περίπου δώδεκα φορές υψηλότερο από το ετήσιο ποσοστό θανάτων που προκλήθηκαν για άλλους λόγους σε γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών στον γενικό πληθυσμό. Τα πιο συνήθη αίτια θανάτου από νευρική ανορεξία είναι οι επιπλοκές της διαταραχής, όπως καρδιολογικά προβλήματα, ηλεκτρολυτική ανισορροπία και αυτοκτονία. [47]



1.1.2 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Ένα ποσοστό 1,1-4,2% των γυναικών παρουσιάζουν νευρική βουλιμία κατά την διάρκεια της ζωής τους.[46]. Οι πάσχοντες από νευρική βουλιμία καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες τροφής και έπειτα απαλλάσσουν τα σώματά τους από τις επιπλέον θερμίδες προκαλώντας εμετό, χρησιμοποιώντας καθαρτικά ή διουρητικά, κάνοντας χρήση κλυσμάτων ή κάνοντας φρενήρη σωματική άσκηση. Κάποιοι από αυτούς χρησιμοποιούν συνδυασμό όλων αυτών των μεθόδων κάθαρσης. Επειδή αρκετοί από τους πάσχοντες από νευρική βουλιμία διατηρούν μυστικά την βουλιμία τους και την καθαρτική τους συμπεριφορά και παραμένουν σε φυσιολογικό ή πάνω από το φυσιολογικό βάρος σώματος, συχνά καταφέρνουν επιτυχώς να κρύβουν το πρόβλημά τους από τους άλλους για χρόνια [47].

Τα συμπτώματα της νευρικής βουλιμίας συνοπτικά είναι:

- Επαναλαμβανόμενα επεισόδια ανεξέλεγκτης πρόσληψης τροφής, που χαρακτηρίζονται από υπερβολικές ποσότητες τροφής σε μικρή χρονική

περίοδο και με ένα αίσθημα απώλειας του ελέγχου πάνω στην διατροφή κατά την διάρκεια των επεισοδίων.

- Επαναλαμβανόμενες αντισταθμιστικές συμπεριφορές ούτως ώστε να προλαμβάνεται η πρόσληψη βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενος εμετός, χρήση καθαρτικών ή διουρητικών ή άλλων φαρμάκων. Η αντισταθμιστική συμπεριφορά και η ανεξέλεγκτη πρόσληψη τροφής υπάρχουν ταυτόχρονα. Τα χαρακτηριστικά αυτά πρέπει να εμφανίζονται δύο φορές τουλάχιστον την εβδομάδα για μια περίοδο τριών μηνών.
- Η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται υπερβολικά από το βάρος και το σχήμα του σώματος.

Επειδή η κάθαρση και οι λοιπές συμπεριφορές, ακολουθούν την ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής, άνθρωποι που πάσχουν από νευρική βουλιμία, συχνά έχουν φυσιολογικό βάρος ανάλογα με την ηλικία και το ύψος τους. Οι πάσχοντες από βουλιμία φοβούνται την αύξηση του βάρους τους, αντίθετα εκφράζουν την επιθυμία να χάνουν βάρος και σε κάθε περίπτωση νιώθουν ανικανοποίητοι από την σωματική τους εικόνα. Άνθρωποι με νευρική βουλιμία συχνά εμφανίζουν τις συμπεριφορές αυτές μυστικά, βιώνοντας αίσθημα ντροπής για την ανεξέλεγκτη πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων τροφής και την αποβολή τους (κάθαρση) μέσω του εμετού. [46]



1.1.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΕΞΕΛΕΓΚΤΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

Η «Ανεξέλεγκτη Υπερφαγία» (Binge Eating) και το «Σύνδρομο της Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας» (Binge Eating Disorder), αποτελούν τεχνικούς όρους στην κλινική και ερευνητική βιβλιογραφία των διατροφικών διαταραχών

αναφέρονται σε έναν ιδιαίτερο τύπο υπερβολικής κατανάλωσης τροφής.[25] Η φράση Binge Eating αναφέρεται συνήθως σε διατροφική λήψη που κρίνεται υπερβολική και χαρακτηρίζεται από απώλεια του ελέγχου των ποσοτήτων που τρώμε. Ο ορισμός του «Συνδρόμου Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας», αναφέρεται κάθε φορά όχι μόνο στην αίσθηση απώλειας του ελέγχου αλλά και σε μία αντικειμενικά διατροφική υπερβολή. Το Ninth New Collegiate Dictionary του Webster, ορίζει την υπερβολική υπερφαγία σαν ασυγκράτητη ύφεση και, κάτω από αυτήν την γενική και συχνά αόριστη έννοια της υπερβολής, οι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτόν τον όρο ποικιλοτρόπως. Συστηματική ανάλυση του τι εννοούν οι νέες γυναίκες όταν περιγράφουν τον τρόπο διατροφής τους ως υπερφαγικό, αποκάλυψε ότι αναφέρονται κυρίως στην εμπειρία της απώλειας του ελέγχου που βιώνουν στην κατανάλωση τροφής και όχι στην καταναλισκόμενη ποσότητα, γεγονός που αποτελεί σημαντικό χαρακτηριστικό (Beglin and Fairburn, 1992).[25]

Πλήθος κλινικών και ερευνητικών στοιχείων έχουν συλλεχθεί και αφορούν σε μια ομάδα ανθρώπων, πολλοί εκ των οποίων, αλλά όχι όλοι, είναι παχύσαρκοι και βιώνουν σαφή επεισόδια υπερβολικής πρόσληψης τροφής, αλλά παρόλα αυτά δεν πληρούν όλα τα κριτήρια για διάγνωση νευρικής βουlimίας. Το γεγονός προάγει την διαπραγμάτευση του θέματος στην ερευνητική βιβλιογραφία, ως προς το εάν μια καινούρια διαταραχή γνωστή ως Σύνδρομο Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας, πρέπει να προστεθεί στις διαγνώσεις των διατροφικών διαταραχών του DSM-IV. Δεδομένου ότι τα μέχρι τώρα κριτήρια βρίσκονται ακόμα σε προκαταρκτικό στάδιο, η διάγνωση του Συνδρόμου Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας, παραμένει στο DSM-IV, στην προσωρινή θέση των «Ερευνητικών Κριτηρίων».

Ο Robert Spitzer μαζί με πολλούς άλλους ερευνητές, στα πλαίσια του τομέα της παχυσαρκίας στις ΗΠΑ, διεξήγαγε μια μεγάλη έρευνα που αφορά σε αρκετά προγράμματα ελέγχου του βάρους, ταυτόχρονα με μια μεγάλη κοινοτική έρευνα. Η ερευνητική αυτή ομάδα ήταν η πρώτη που πρότεινε ότι η διαταραχή, η οποία περιλαμβάνει την βασική πτυχή της απώλειας ελέγχου και των επεισοδίων υπερφαγίας, προσβάλλει το 30% των ατόμων που ακολουθούν νοσοκομειακά προγράμματα για τον έλεγχο του βάρους. Παράλληλα, προσβάλλει μόνο το 2% των ατόμων φυσιολογικού βάρους καθώς και το 4% των ατόμων φυσιολογικού βάρους στην συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων. Η ομάδα συμπέρανε ότι, γενικά, το Σύνδρομο Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας, σχετιζόταν με ιστορικό σοβαρής παχυσαρκίας κατά την διάρκεια της ζωής και, συχνές, σημαντικές διακυμάνσεις του βάρους. Επίσης

συμπέρανε ότι στον γενικό πληθυσμό μπορεί το σύνδρομο να έχει ελαφρώς υψηλότερη επικράτηση από αυτήν της καθαρτικής βουλιμικής συμπεριφοράς. Λαμβάνοντας ως αρχή τον ισχυρισμό ότι η διαταραχή προστίθεται σαν διαγνωστική κατηγορία διακριτή με την ονομασία Διατροφική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, διεξήγαγαν μια πολύπλευρη μελέτη, σαν αποτέλεσμα της οποίας συμπέραναν ότι οι άνθρωποι αυτοί επίσης βιώνουν αρκετά πρόσθετα προβλήματα τα οποία θα μπορούσαν να παραπέμψουν σε ψυχιατρική διαταραχή, η οποία περιλαμβάνει εξαντλητική δουλειά, υπερβολική ανησυχία για το σωματικό βάρος και σχήμα, γενική ψυχοπαθολογία και ισχυρό ιστορικό κατάθλιψης, κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, και τέλος θεραπεία για συναισθηματικά προβλήματα (Spitzer και συνεργάτες, 1993). Διαπίστωσαν ότι το Σύνδρομο Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας, αντίθετα από την νευρική βουλιμία, αφορά λιγότερο τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, στα δείγματα ελέγχου του βάρους της έρευνας, ενώ ήταν εξίσου σύνηθες στην κοινότητα μη ασθενών και στα δείγματα από κολέγια. Άλλη σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με το Σ.Α.Υ. και εκείνους με νευρογενή βουλιμία, είναι η διαφορά της χρονικής σχέσης ανάμεσα στις ανησυχίες για το σωματικό βάρος και την δίαιτα και, στην έναρξη της ανεξέλεγκτης υπερφαγίας. Ενώ για την πλειοψηφία των βουλιμικών, η δίαιτα προηγείται της υπερφαγίας, για πολλούς ανθρώπους με το Σύνδρομο Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας, η υπερφαγία προηγείται κατά πολύ της δίαιτας. Σε μια ερευνητική μελέτη, το 45% των πασχόντων από το Σύνδρομο Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας, ανέφεραν την δίαιτα πριν την έναρξη της υπερφαγίας, ενώ το 55% ανέφεραν την υπερφαγία πριν την πρώτη τους δίαιτα (Spurrell και συνεργάτες, 1997). Η ομάδα που πρώτα ξεκίνησε την υπερφαγία επίσης είχε ιστορικό περισσότερων ψυχιατρικών προβλημάτων.

Είτε το φαινόμενο του Συνδρόμου Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας, είναι εύκολα προσδιορίσιμο ως ψυχιατρική διαταραχή, είτε όχι, είναι ξεκάθαρο ότι υπάρχει μια μεγάλη ομάδα ανθρώπων, για τους οποίους αποτελεί μεγάλο κοινωνικό και συναισθηματικό, αν όχι και οργανικό, πρόβλημα υγείας. Ωστόσο, οποιοσδήποτε σύμβουλος, στον οποίο έχει ζητηθεί να θεραπεύσει ανθρώπους με διατροφική διαταραχή, είναι πιθανόν να έχει έρθει αντιμέτωπος με την ανάγκη να παρέχει μια αποτελεσματική θεραπεία για το πρόβλημα, όπως κι αν αυτό χαρακτηρίζεται. Αυτή η εκτίμηση γίνεται ολοένα και πιο σημαντική με την ραγδαία άνοδο της συχνότητας εμφάνισης της παχυσαρκίας στον πληθυσμό. Στην Μ. Βρετανία, το 1980, μόνο το 7% του πληθυσμού ήταν παχύσαρκοι. Αυτός ο αριθμός ως το 1993 διπλασιάστηκε

σε 15%, και περίπου ο μισός από τον πληθυσμό είχε σωματικό βάρος υψηλότερο σε σχέση με το ύψος του, από ότι το επιθυμητό (Wilseman, 1996) .

Τα ερευνητικά κριτήρια του DSM-IV, για το Σύνδρομο Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας, είναι τα ακόλουθα:

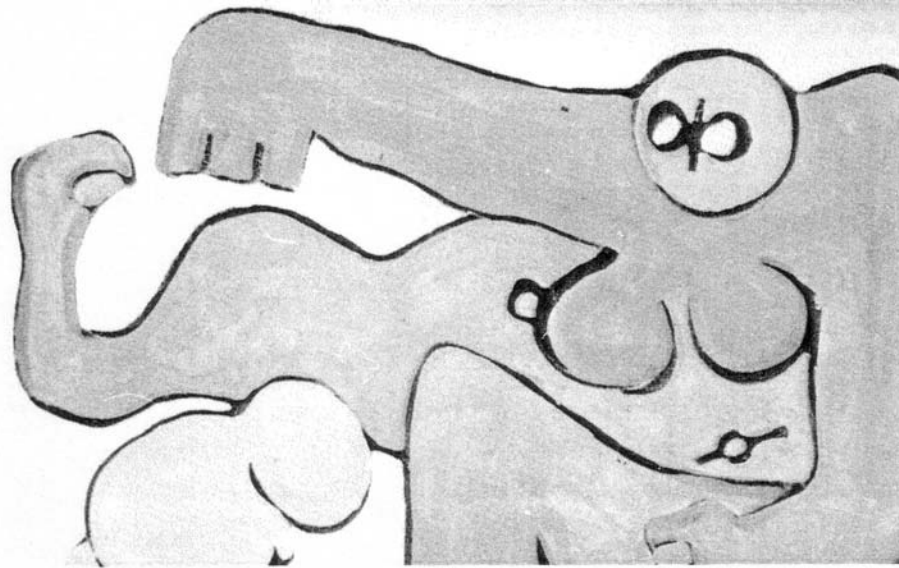
- 1) Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας που χαρακτηρίζονται από:
 - i) Κατανάλωση σε μια σύντομη χρονική περίοδο, ποσότητας τροφής η οποία είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα καταλάωναν οι περισσότεροι άνθρωποι στην ίδια χρονική περίοδο, κάτω από τις ίδιες συνθήκες.
 - ii) Ένα αίσθημα απώλειας του ελέγχου στην κατανάλωση της τροφής κατά την διάρκεια του επεισοδίου.
- 2) Τα επεισόδια υπερφαγίας σχετίζονται με τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα:
 - i) Κατανάλωση τροφής με ταχύτητα πολύ μεγαλύτερη από την φυσιολογική
 - ii) Το άτομο τρώει μέχρι την εμφάνιση δυσάρεστων αισθήσεων γαστρικής πλήρωσης.
 - iii) Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής χωρίς το οργανικό αίσθημα της πείνας.
 - iv) Μοναχικές διατροφικές λήψεις ώστε να μην γίνουν γνωστές στους άλλους οι ποσότητες που καταναλώνουν.
 - v) Αισθήσεις αποστροφής του ατόμου, κατάθλιψης ή ενοχής, μετά το επεισόδιο της ανεξέλεγκτης υπερφαγίας.
- 3) Σοβαρή κατάσταση θλίψης όσον αφορά την ακούσια υπερφαγία.
- 4) Τα επεισόδια λαμβάνουν χώρα, κατά μέσο όρο δύο ημέρες την εβδομάδα για έξι μήνες.
- 5) Η υπερφαγία δεν σχετίζεται με την χρήση ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών
- 6) Η διαταραχή δεν ανταποκρίνεται στα διαγνωστικά κριτήρια της νευρογενούς βουλιμίας.[26]

Αυτή η διαταραχή της διατροφικής συμπεριφοράς παρουσιάζει μια σημαντική διαφορά ως προς την νευρική ανορεξία και την νευρική βουλιμία: αφορά λιγότερο τις γυναίκες και ίσως μάλιστα παρουσιάζεται με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα.

Οι παχύσαρκοι, ανεξέλεγκτοι υπερφάγοι μοιάζουν να διαφοροποιούνται σε πολλά από τους παχύσαρκους με φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά. Μπορεί να βασανίζονται περισσότερο από την σκέψη για τροφή, απορροφημένοι πάντα στην προσπάθεια να περιοριστούν χωρίς ποτέ να τα καταφέρνουν. Μπορεί να είναι πιο αγχωμένοι για το βάρος τους και πιο ανικανοποίητοι από το παρουσιαστικό τους. Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, αυτοί οι ασθενείς μπορεί επίσης να είναι περισσότερο ψυχικά διαταραγμένοι: παρατηρούνται καταθλιπτικές συμπεριφορές, κρίσεις πανικού και εκδηλώσεις φοβιών. Τέλος, έχουν ίσως περισσότερες διαταραχές προσωπικότητας, με επικρατέστερες την «Μετ αιχμιακή Προσωπικότητα» (που χαρακτηρίζονται από την παρορμητικότητα, την αστάθεια συναισθημάτων και σχέσεων με τους άλλους, την ανικανότητα να ανεχθούν την μοναξιά, συναισθήματα ανίας ή κενού, αβεβαιότητα για την ίδια τους την ταυτότητα), από τις προσωπικότητες που πάσχουν από «Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας» (αυτές οι προσωπικότητες αποφεύγουν κάθε στενή σχέση, είναι υπερευαίσθητες στην απόρριψη και διστάζουν να συνδεθούν με τους άλλους αν δεν είναι σίγουρες για μια επιδοκμασία χωρίς κριτική, βρίσκονται σε αιώνια αναζήτηση επιδοκμασίας και αγάπης, ενώ ταυτόχρονα έχουν ελάχιστη αυτοεκτίμηση).

Από την πλευρά της αποτελεσματικότητας των μεθόδων αδυνατίσματος, καθώς τα άτομα αυτά ενθουσιάζονται πιο εύκολα, αδυνατίζουν εύκολα στην αρχή, αλλά εγκαταλείπουν την προσπάθεια με την ίδια ευκολία. Συνεπώς, το βάρος τους θα είναι ασταθές, διαγράφοντας συνεχείς κύκλους απωλειών και ανακτήσεων βάρους.

Είναι ευνόητο, ότι το ζητούμενο είναι αν η παχυσαρκία μπορεί να οφείλεται σε αποκλίνουσες διατροφικές συμπεριφορές ή αντίθετα αν το Σύνδρομο της Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας προκύπτει από προσπάθειες περιορισμού παχύσαρκων που δεν μπορούν να αδυνατίσουν. Το θέμα δεν έχει διευκρινιστεί. Αν κάποιος συγγραφέας παρατηρούν ότι οι διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς προηγούνται του πλεονάζοντος βάρους στα 2/3 των περιπτώσεων, άλλοι επισημαίνουν ότι το Σύνδρομο της Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας είναι συχνότερο στα άτομα που υπήρξαν παχύσαρκα στην παιδική τους ηλικία ή που έχουν παχύσαρκους γονείς.[26]



1.1.4 ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Η ΛΑΧΤΑΡΑ ΤΩΝ ΥΔΡΟΓΟΝΑΝΘΡΑΚΩΝ

Η ΣΟΚΟΛΑΤΟΜΑΝΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟ ΧΑΟΣ

Το σύνδρομο της νυχτερινής διατροφής, όπως έχει περιγραφεί από τον Αμερικανό ψυχίατρο, Άλμπερτ Στάνκαντ, (Albert Stankand), το 1955, με την ονομασία Night Eating Syndrome, συνίσταται σε μία επιτακτική ανάγκη για φαγητό κατά την διάρκεια της νύχτας. Το άτομο ξυπνά τακτικά στην μέση της νύχτας και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί παρά μόνο αφού καταναλώσει ένα πλούσιο γεύμα, το οποίο συχνά καταπίνει μισοκοιμισμένο. Το επόμενο πρωί δεν του μένει παρά μια ακαθόριστη ανάμνηση των όσων έχει καταναλώσει κατά την διάρκεια του επεισοδίου.

Η «Λαχτάρα των Υδρογονανθράκων» έχει περιγραφεί από τους R. και J. Wurtman, το 1981. Σύμφωνα με αυτούς, ανήσυχα και αγχώδη άτομα καταλαμβάνονται τακτικά από «μεγάλες πείνες», όπως αποκαλείται αλλιώς η «Λαχτάρα για Υδρογονάνθρακες», από επιθυμία αποκλειστικά για σακχαρώδεις τροφές, οι οποίες είναι και οι μόνες που θα μπορούσαν να τα ηρεμήσουν. Αυτές οι «μεγάλες πείνες» μοιάζουν με τοξικομανία και φαίνεται ότι εξαρτώνται από τον παρακάτω μηχανισμό: η ζάχαρη που λαμβάνεται οδηγεί σε αύξηση της σεροτονίνης. Στην πραγματικότητα, συμπληρωματικές μελέτες απέδειξαν ότι οι βουλιμικές και άλλοι ανεξέλεγκτοι υπερφάγοι πολύ σπάνια αποζητούν αποκλειστικά σάκχαρα. Στην

περίπτωση τόσο των παχύσαρκων υπερφάγων όσο και των βουλιμικών με φυσιολογικό βάρος, καταναλώνονται αναλογικά περισσότερο λίπη από ότι σάκχαρα.

Οι «μεγάλες πείνες» για σάκχαρα χαρακτηρίζονται επίσης από εποχική κατάθλιψη, η οποία εκδηλώνεται σε καταθλιπτικές καταστάσεις που αρχίζουν τακτικά το φθινόπωρο και εξαφανίζονται την άνοιξη. Τα συμπτώματα είναι επιβράδυνση των ψυχικών λειτουργιών, κόπωση, υπνηλία, «μεγάλες πείνες» και αύξηση βάρους.

Η σοκολατομανία πλήττει συχνά αθλητικούς τύπους, άτομα που έχουν ως άξονα την επαγγελματική τους ζωή, λίγο ως πολύ κοινωνικά, με τάση να εσωτερικοποιούν τις συγκρούσεις. Ο σοκολατομανής ενδίδει ιδιαίτερα σε καταστάσεις άγχους ή εσωτερικής σύγκρουσης. Και εδώ ακόμα, οι ερευνητές επικαλούνται για αυτήν την επιθυμία την επίδραση της ζάχαρης στο ποσοστό της εγκεφαλικής σεροτονίνης αλλά και την παρουσία της φαινυλεθουλαμίνης, που αυξάνει τη σεροτονίνη ή τα ευεργετικά αποτελέσματα του μαγνησίου, το οποίο περιέχει η σοκολάτα σε άφθονη ποσότητα.

Η διατροφή του «τσιμπολογήματος», που ονομάζεται «διατροφικό χάος» ή «διατροφική αναρχία», συνίσταται σε μερική ή ολική παραίτηση από τα γεύματα παρουσία κόσμου, τα οποία αντικαθίστανται από διατροφικές λήψεις σε μικρές ποσότητες και σε άτακτα χρονικά διαστήματα. Τα μαγειρευμένα φαγητά συνήθως αντικαθίστανται από άλλα τρόφιμα που μπορούν να καταναλωθούν χωρίς καθόλου προετοιμασία. Το άτομο δεν τρώει πια καθισμένο στο τραπέζι με μαχαιροπίρουνα, αλλά με τα χέρια, στα πιο παράξενα μέρη, όρθιο, κάποτε περπατώντας, ή και ακόμα ξαπλωμένο. Αυτός ο τύπος διατροφής έχει ως συνέπεια ενίοτε αφύσικο βάρος. Είναι χαρακτηριστικό τόσο των ανορεξικών όσο και κάποιων παχύσαρκων ή ακόμα και ατόμων με φυσιολογικό βάρος. Εδώ, δεν αναφερόμαστε σε κάποια ψυχοπαθολογική διαταραχή, αλλά σε ένα αποτέλεσμα του πολιτισμού- την μοναξιά και την εσωστρέφεια στον δυτικό κόσμο- ή ακόμα σε μια επιστροφή στον διατροφικό τυχοδιωκτισμό, που είναι αρχαϊκός τρόπος διατροφής.[26]

1.1.5 ΑΤΥΠΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Περίπου το 1/3 ή και πλέον των ασθενών που εξετάζονται για θεραπεία σε κλινικές για διατροφικές διαταραχές δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για καμία από τις δυο διαταραχές και οι τελευταίες ταξινομούνται σαν άτυπες. Οι

άτυπες διαταραχές περιλαμβάνουν μεμονωμένες περιπτώσεις παρόμοιες της νευρικής ανορεξίας. Σε αυτά τα περιστατικά τα άτομα περιορίζουν σοβαρά το φαγητό, δεν είναι όμως αρκετά αδύνατα. Αντίστοιχα, σε ό,τι αφορά τη νευρική βουλιμία, εμφανίζονται παχύσαρκοι ασθενείς με ένα ξεκάθαρο διαταραγμένο πρότυπο διατροφής, παρόμοιο με εκείνο της νευρικής βουλιμίας αλλά χωρίς τις αντισταθμιστικές συμπεριφορές για τη απώλεια βάρους, χωρίς περιπτώσεις άρνησης του φαγητού, χωρίς υποθρεψία δευτερογενή της υποχονδρίασης, χωρίς στοιχεία μη φυσιολογικής συμπεριφοράς ή ψυχωτικού ιδεασμού. Αν και ποικίλουν τα κλινικά χαρακτηριστικά που αυτές οι περιπτώσεις παρουσιάζουν, εμφανίζουν πολλές ομοιότητες με τα πιο ξεκάθαρα, καθορισμένα σύνδρομα. [28]

1.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Η αύξηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής και τα μη ικανοποιητικά αποτελέσματα των σύγχρονων θεραπευτικών παρεμβάσεων, καθιστά επιτακτική την ανάγκη για βαθύτερη κατανόηση των μηχανισμών που εμπλέκονται στην πρόκλησή τους. Αρχικά, θα εξεταστούν οι διάφορες προσεγγίσεις –βιολογικές και ψυχολογικές- και έπειτα θα γίνει προσπάθεια ώστε να κρατήσουμε τα κύρια σημεία με την μορφή μιας πρωτότυπης προσέγγισης.

Μήπως, θεωρούμε ότι οι έσχατες αιτίες των διατροφικών συμπεριφορών έχουν πολυπαραγοντική προέλευση επειδή απλά είναι ελάχιστα γνωστές; Σήμερα, απαιτείται μια προσέγγιση υπό διάφορες οπτικές γωνίες, βιολογική, κοινωνική, πολιτιστική, οικογενειακή, ψυχαναλυτική, γνωστικό-συμπεριφορική. Στην πραγματικότητα, οι θεωρίες σήμερα βρίθουν και δεν φαίνεται να προκύπτει κανενός είδους συναίνεση.

1.2.1. ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Καθώς, στην περίπτωση των ασθενών με νευρική ανορεξία πολλές φορές συναντώνται διαταραχές των ενδοκρινών αδένων και του μεταβολισμού, για πολύ καιρό επικρατούσε η άποψη ότι αυτές αποτελούσαν την ίδια την αιτία της πάθησης. Ή ακόμα επειδή λόγω της διαπίστωσης ότι κάποιες οικογένειες πλήττονται πιο συχνά και επειδή η νευρική ανορεξία συγκρίνεται με μία άλλη ενδοκρινική

διαταραχή, το σύνδρομο Turner, του οποίου η γενετική προέλευση έχει αποδειχτεί, αναζητούνταν μια κληρονομική ανωμαλία. Αν και ακόμα δεν έχει εκτονωθεί η διαμάχη μεταξύ των υποστηρικτών της σωματικής και εκείνων της ψυχικής προέλευσης της ασθένειας, στις μέρες μας μοιάζει να θριαμβεύει το ψυχολογικό ρεύμα. Έτσι, η πλειονότητα τάσσεται υπέρ της ιδέας ότι το σημείο αφετηρίας των διαταραχών πρόσληψης τροφής πρέπει να αναζητηθεί στον ψυχισμό. Τα ανώτερα νευρικά κέντρα επιδρούν στον υποθάλαμο και έπειτα, διαδοχικά, στην υπόφυση και τους άλλους ενδοκρινείς αδένες. Ο υποσιτισμός που έπεται θα έχει με την σειρά του επιπτώσεις στην νευροορμονική μηχανική.

Οι διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς, στο έλεος των οποίων βρίσκονται κάποιοι παχύσαρκοι, μέχρι τώρα έχουν παραμεληθεί, καθώς το ενδιαφέρον του ιατρικού κόσμου εστιάζεται στις μεταβολικές, γενετικές και θρεπτικές πλευρές του πλεονάζοντος βάρους και, επομένως οι αφύσικες διατροφικές συμπεριφορές φαίνεται να οφείλονται σε δυσλειτουργίες των νευρικών και νευροορμονικών εντολών της διατροφικής λήψης. Υπό αυτό το πρίσμα, σήμερα, διεξάγονται πολλές μελέτες, οι οποίες αφορούν στα διάφορα νευρικά κέντρα και το πλήθος ορμονών και νευροορμονών που παρεμβαίνουν σε αυτή την ρύθμιση. [28]

1.2.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ

Στις σύγχρονες κοινωνίες του δυτικού πολιτισμού η ομορφιά και γενικότερα η ωραία εξωτερική εμφάνιση ταυτίζονται με την αυτό-αξία και το μέτρο «του καλού και του ωραίου», ως μέσα για κοινωνική αποδοχή. Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα το πλεονάζον βάρος ταυτίζεται σαφώς με την ασχήμια. Έχει αποδειχτεί ότι οι ωραίες και λεπτές γυναίκες κρίνονται ως θηλυκές σε αντίθεση με εκείνες οι οποίες είναι παχύσαρκες και τρώνε ασυγκράτητα και θεωρούνται πιο αρρενωπές. Έτσι, συμβαίνει η ομορφιά κατά κύριο λόγο να θεωρείται αδιαμφισβήτητη πλευρά της θηλυκότητας. Η θηλυκότητα και άρα η λεπτή σιλουέτα αποδεικνύονται όχι μόνο πολύτιμα πλεονεκτήματα για την γυναίκα, τόσο στις επαγγελματικές όσο και τις ιδιωτικές της σχέσεις, αλλά και ένα ουσιαστικό στοιχείο της ταυτότητάς της και της εικόνας της, την οποία «κατασκευάζει» για τον ίδιο της τον εαυτό.

Με αυτόν τον τρόπο, η επιδίωξη της λεπτής σιλουέτας φαίνεται να είναι για την γυναίκα ένα μέσο επιβεβαίωσης. Τα περισσότερα άτομα δεν διατηρούνται στο

ποθητό βάρος παρά μόνο με το τίμημα ενός μόνιμου διατροφικού περιορισμού, διότι το βάρος αυτό το οποίο επιβάλλεται από τους κανόνες ομορφιάς, για την πλειονότητα, είναι πολύ κατώτερο από το βάρος το οποίο, λαμβάνοντας υπόψη τον τρόπο ζωής μας, θα ήταν το «φυσικό» και στο οποίο το σώμα τείνει αυθόρμητα να σταθεροποιηθεί. Αυτός ο διατροφικός περιορισμός, κυρίως στα άτομα τα οποία για γενετικούς ή μεταβολικούς λόγους έχουν προδιάθεση στο πάχος, είναι ακόμα πιο επίπονος και αγχωτικός.

Η επιβεβλημένη στην γυναίκα κοινωνική υποχρέωση να είναι τεχνητά λεπτή κατακρίθηκε από το Αμερικανικό φεμινιστικό κίνημα, ως η αιτία των διαταραχών της διατροφικής συμπεριφοράς. Άλλοι πηγαίνουν ακόμα μακρύτερα στη κοινωνική κριτική και χρεώνουν την σημερινή αύξηση των διατροφικών διαταραχών στο πολιτιστικό μοντέλο που εξυμνεί η Δύση. Ο πολιτισμός μας, επικεντρωμένος στο άτομο το αναγκάζει να δίνει προτεραιότητα στις δραστηριότητες που του επιτρέπουν να συγκεντρωθεί στον εαυτό του και στις ίδιες του τις αισθήσεις και όλα αυτά για να ενισχύσει το συναίσθημα της ύπαρξής του. Μία αλλοτριωμένη σχέση με το σώμα το οποίο δεν είναι πια πηγή απόλαυσης, αλλά ένα μέσο ισχύος, φαίνεται να είναι η κατάληξη μίας ακραίας επιβεβαίωσης των ατομικών αξιών. Από αυτήν την οπτική γωνία, το σώμα οφείλει να είναι γραμμωμένο, πειθαρχημένο και ελεγχόμενο. Η εξάπλωση των ατομικών φυσικών δραστηριοτήτων (τζόκιν, γυμναστική, body-building, σκι και πατινάζ, αερόβια αθλήματα), οι οποίες θέτουν ξεκάθαρα ως στόχο τους τον αυτοέλεγχο, μαρτυρά αυτήν την εξέλιξη. Εκείνο που ευνοεί αυτόν τον ανταγωνισμό και συντηρεί την επιθυμία κοινωνικής ανόδου και επιτυχίας –και έτσι μπορεί να δημιουργηθεί πρόσφορο έδαφος για την νευρική ανορεξία- είναι ο «πολιτισμός του self». Το αποτέλεσμα αυτό γίνεται ιδιαίτερα αισθητό στις μεγαλοαστικές και μεσοαστικές τάξεις όπου η νευρική ανορεξία είναι και συχνότερη. Η αύξηση των περιπτώσεων νευρικής ανορεξίας στον λευκό και στον ασιατικό πολιτισμό μπορεί να εξεταστεί θαυμάσια παράλληλα με την σχεδόν απόλυτη απουσία της νόσου στον μαύρο (αφρικάνικο ή αμερικάνικο) πληθυσμό, γεγονός το οποίο μπορεί να εξηγηθεί από τους υποστηρικτές αυτής της θέσης με έναν τρόπο ζωής λιγότερο επικεντρωμένο στον ατομικό ανταγωνισμό, ένα ιδιαίτερα αναπτυγμένο κοινοτικό πνεύμα και με το γεγονός ότι οι πληθυσμοί αυτοί έχουν στενότερους συναισθηματικούς δεσμούς.[28]

1.2.3 ΒΙΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ

Στην ενότητα αυτή γεννάται το ερώτημα «πώς περνάμε από την ξέφρενη κούρσα για την λεπτή σιλουέτα σε οργανωμένες διαταραχές, όπως η νευρική ανορεξία, βουλιμία, ή η υπερφαγική παχυσαρκία;». Τα πράγματα περιπλέκονται όταν ανακαλύπτεται πως στο σημείο αυτό δεν υπάρχει καμία ομοφωνία.

Η επιθυμία για το αδύνατο σώμα οδηγεί σε μακροχρόνιο διαιτητικό περιορισμό ο οποίος προκαλεί συγκινησιακή αστάθεια, έντονη έλξη για υπερθερμιδικές τροφές, βουλιμία και άλλες υπερφαγικές συμπεριφορές. Τα άτομα τα οποία θα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στην κοινωνική πίεση για μια λεπτή σιλουέτα και ίσως επιχειρούν να αυτοεπιβεβαιωθούν με την πρακτική της δίαιτας είναι τα εύθραυστα και καταθλιπτικά άτομα που έχουν σε μικρή εκτίμηση τον εαυτό τους.

Για πολλούς συγγραφείς υπερφαγίες και βουλιμίες αποτελούν, αντιθέτως, τα μέσα τα οποία χρησιμοποιούν κάποια άτομα για να αναδιοργανωθούν σε φυσικό επίπεδο όταν διαισθανθούν ότι η αγωνία απειλεί να τα διαλύσει ή όταν πρέπει να αντιμετωπίσουν ένα οδυνηρό καταθλιπτικό βίωμα. Άρα, στην περίπτωση αυτή, οι υπερφαγίες δεν θα ήταν τίποτα περισσότερο και τίποτα λιγότερο από έναν τρόπο διαχείρισης του στρες που επιτρέπει κυρίως την αναβολή δυσκολιών τις οποίες εκτιμούμε ως ανυπέρβλητες.

Τέλος, η άποψη των Αμερικανών ψυχολόγων Todd Heatherton και Roy Baumeister (1991), οι οποίοι θεωρούν ότι το στοιχείο που υποκινεί την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών μπορεί να βρίσκεται σε μια απόπειρα διαφυγής από την συνειδητοποίηση του εαυτού μας, από τους υψηλούς στόχους τους οποίους επιβάλλουμε στον εαυτό μας, χωρίς να καταφέρνουμε ποτέ να τους πλησιάσουμε, από τις κρίσεις των άλλων τις οποίες προδικάζουμε ως αρνητικές, από το καταθλιπτικό βίωμα που προκύπτει από αυτές, και όλα αυτά βιώνονται με ιδιαίτερα οδυνηρό τρόπο. Το αποτέλεσμα που προκύπτει όταν ένα άτομο βιώνει επώδυνα την ζωή μπορεί να είναι η προσωρινή επιχείρηση διαφυγής του, εστιάζοντας την προσοχή του στο παρόν. Αυτή η επιστροφή του σε έναν τρόπο διανοητικής λειτουργίας χαμηλότερου συνειδησιακού επιπέδου, μπορεί να καταλήξει σε μια άρση των αναστολών και στην εμφάνιση παράλογων τρόπων σκέψης και πεποιθήσεων. [28]

1.2.4 ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η στοματική καθήλωση ήταν το σημείο το οποίο τονίστηκε κατά τις πρώτες ψυχαναλυτικές εξηγήσεις των διαταραχών της διατροφικής συμπεριφοράς. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να εμφανιστούν κατά την εφηβεία, όταν το κοριτσάκι γίνεται κοπέλα και πρέπει πλέον να επωμιστεί τα γνωρίσματα και τον ρόλο της γυναίκας. Όταν εκείνη αποδεικνύεται ανίκανη, στρέφεται στα δύο προηγούμενα στάδια εξέλιξης, του στοματικού και του πρωκτικού σταδίου.

Όπως το μωρό που θηλάζει, το στοματικό άτομο, κυριαρχείται από μία έντονη ανάγκη αφομοίωσης και καταβροχθίσματος. Καθώς το στοματικό άτομο αδυνατεί να κάνει σωστά τον διαχωρισμό ανάμεσα στο εγώ και το μη εγώ, βιώνει συγχωνευτικά, παθητικά και με εξαρτήσεις από τους άλλους, κάθε σχέση, εναλλάσσοντας την συναισθηματική απληστία και την βίαιη απόρριψη.

Ένας τρόπος ερμηνείας των διαταραχών της διατροφικής συμπεριφοράς, ως απλών συμπτωμάτων παραπέμπει σε μια προβληματική οιδιπόδειας φύσης και στον τομέα της υστερίας (η άποψη αυτή επανεξετάζεται μετά την δεκαετία του 70'). Άλλες θεωρίες αναφέρουν ότι οι διαταραχές της προσωπικότητας της ανόρεκτης ή του παχύσαρκου θεωρούνται βαθύτερες (προοιδιπόδειας φύσης). Πολλοί συγγραφείς, πιστεύουν ότι «ένα ελάττωμα στην πρόωρη σύσταση του εσωτερικού αντικειμένου» μπορεί να επιφέρει μια πάρα πολύ μεγάλη εξάρτηση από τα εξωτερικά αντικείμενα.

Το 1973 η Χίλντα Μπρουκ έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στο σωματικό βίωμα. Η άποψη της συγγραφέως αναφέρει ότι «η βασική διαταραχή έγκειται σε κακό διαχωρισμό ανάμεσα σε διαφορετικές φυσικές αισθήσεις, σωματικές ανάγκες και συγκινήσεις, πείνα, κορεσμό, άγχος ή θυμό, οι οποίες συγχέονται». Οι διαταραχές αυτές μεταφράζονται ως το εμπόδιο του παιδιού να σχηματίσει την ατομικότητά του καθώς η μητέρα επέβαλε τις δικές τις αισθήσεις και ανάγκες στο παιδί ως συνέπεια κακής εκμάθησης κατά την παιδική ηλικία. Η κατάσταση αυτή έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να μην μπορεί να ανεξαρτητοποιηθεί. Κατά την άποψη της Χίλντα Μπρουκ, η αιτία που γεννά αυτές τις διατροφικές διαταραχές την προκαλεί αυτή ακριβώς η σύγχυση αισθήσεων και συγκινήσεων. Έτσι, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι και οι υπερφαγίες των παχύσαρκων και των βουλιμικών εκλαμβάνονται εξίσου ως συγχύσεις ανάμεσα στην πείνα και σε άλλες συγκινήσεις και αισθήσεις. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο μπορεί να τρώει αντί να αισθάνεται και

να εκφράζει μέσω της διατροφής συναισθήματα, είτε αυτά είναι θετικά είτε αρνητικά. Μέσα από αυτήν την οπτική γωνία η νευρική ανορεξία παρουσιάζεται ως απόπειρα αυτονόμησης και ελέγχου ενός σώματος το οποίο δραπετεύει και το οποίο θα δίνει την δυνατότητα στον ίδιο τον ανορεξικό να επιβεβαιώνει την ύπαρξή του στα μάτια των άλλων αλλά και στα δικά του.

Ο Γάλλος ψυχίατρος Philippe Jeammet στις δεκαετίες του 80' και 90' εμμένει στην προβληματική της ταυτότητας, καθώς επίσης και στην σημασία της σύγκρουσης εξάρτηση/αυτονομία. Το άτομο που βιώνει αυτήν την κατάσταση (όπως και στις εθιστικές συμπεριφορές) καθώς δεν καταφέρνει να εισάγει έναν τρίτο που θα τον βοηθούσε να διακόψει την συγχωνευτική σχέση με την μητέρα «υποκαθιστά την επιθυμία, η αντίληψη της οποίας προϋποθέτει απαραίτητα την αποδοχή ενός χωρισμού, με μία ανάγκη της οποίας το αντικείμενο είναι ελεγχόμενο». «Πώς κρατά κανείς όσο το δυνατόν σε απόσταση, αυτό που δεν μπορεί να αποχωριστεί;», το κρίσιμο αυτό δίλημμα, απασχολεί την ανόρεκτη και προκύπτει από την συνύπαρξη μιας εξάρτησης από την μητέρα και μιας απόλυτης άρνησης αυτής της εξάρτησης. Από τα πρώτα της παιδικά χρόνια η ανορεκτική, βρίσκεται μέσα σε μία σχέση εξάρτησης και συμπληρωματικότητας, με τα αντικείμενα πάνω στα οποία επενδύει. Αργότερα, αυτή η περίοδος ανορεξίας χαρακτηρίζεται από μία απόπειρα αναίρεσης αυτής της προαναφερθείσας εξάρτησης. Η τρίτη και σημαντικότερη περίοδος ανορεξίας, αντιστοιχεί πλέον στην εγκαθίδρυση μίας σαδομαζοχιστικής σχέσης, χειραγωγικού τύπου.

Αντίστοιχα, η ερμηνεία των βουλιμικών συμπεριφορών δεν διαφέρει από αυτά που προαναφέρθηκαν, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι: η βουλιμία μπορεί να χρησιμεύσει ως «αντιδιεγερτικό», ως συγκινησιακό βραχυκύκλωμα, που επιτρέπει την αποφόρτιση βίαιων συγκινήσεων, ενός ατόμου ανίκανου να λύσει τις συγκρούσεις του με νοητική επεξεργασία (το διάβημα αυτό είναι αντίστοιχο του τοξικομανούς ή του αλκοολικού). Στην πράξη, η παρορμητικότητα των οριακών προσωπικοτήτων μπορεί να εκδηλωθεί δια μέσου διαφορετικών «περασμάτων» στην πράξη: βουλιμίες, αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές ή πράξεις βίας, κλεπτομανία, αλόγιστες σεξουαλικές συμπεριφορές. Στο επίπεδο των σχέσεων, το άτομο δεν θα σταματήσει να αμφιταλαντεύεται ανάμεσα σε δύο εξίσου αβάσταχτες θέσεις κενού και συναισθηματικής υπερπληρότητας, καθώς η εξάρτηση από τον άλλον είναι ταυτόχρονα αναγκαία και ανυπόφορη.

Η ανάγκη να αντιμετωπιστεί η νευρική ανορεξία και η βουλιμία ως ψυχοσωματικές ασθένειες έδωσε αφορμή για παραπλήσιες περιγραφές. Ο Πιερ Μαρτί, ο Μισέλ ντε Μιζάν και ο Κριστιάν Νταβίντ της γαλλικής ψυχοσωματικής σχολής έδωσαν την αφορμή ώστε διάφοροι συγγραφείς να φτάσουν να περιγράψουν τα άτομα που υποφέρουν από διατροφικές διαταραχές ως άτομα τα οποία έχουν επιχειρησιακή σκέψη (operatoire). Αυτό στην πραγματικότητα σημαίνει ότι τα άτομα αυτά δίνουν προτεραιότητα στην δράση και το συγκεκριμένο και υποφέρουν από φαντασιακή και συμβολική ανεπάρκεια. Το 1970 δύο Αμερικανοί συγγραφείς ο Τζ-Κ. Νεμιά και ο Π. Ε. Σιφνέος, αναπτύσσουν την ίδια ιδέα και βαφτίζουν «αλεξιθυμία» την ανικανότητα τέτοιων ατόμων να συνειδητοποιήσουν και να εκλογικεύσουν τις συγκρούσεις τους. Εν γένει, η ανεπάρκεια διανοητικής επεξεργασίας αυτών των ανθρώπων θα τους καθιστούσε ιδιαίτερα οξέθυμους μπροστά στις ματαιώσεις των επιθυμιών τους καθώς και σημαντικά εξαρτώμενους από το περιβάλλον τους για την ικανοποίηση των αναγκών τους. [28]

1.2.5 Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι κλινικές παρατηρήσεις των οικογενειών με ένα μέλος ανορεξικό ή βουλιμικό, οδήγησαν στην ανάγκη ταυτοποίησης των κοινών χαρακτηριστικών τέτοιων οικογενειών. Μία άποψη η οποία προέκυψε από τις μελέτες που διεξήχθησαν είναι ότι οι οικογένειες των ανθρώπων με διατροφικές διαταραχές παρουσιάζουν ψυχιατρική/ψυχολογική συννοσηρότητα που τυγχάνει να εκφράζεται μέσω της ίδιας της διατροφικής διαταραχής, πιθανόν με σκοπό το άτομο το οποίο υποφέρει από αυτές τις διαταραχές να ορίσει την αυτονομία και την ατομικότητά του. Ορισμένοι μελετητές πρότειναν ότι τέτοιες οικογένειες χαρακτηρίζονται από διαταραγμένες σχέσεις, για παράδειγμα όταν ένας γάμος φαίνεται στο κοινό να είναι καλός αλλά το ζευγάρι κρύβει υψηλά επίπεδα ανικανοποίητου. Ο Minuchin και οι συνεργάτες του ταυτοποίησαν μια σειρά χαρακτηριστικών, τα οποία, οι τελευταίοι ισχυρίζονται ότι είναι τυπικά των ανορεξικών οικογενειών: υπερπροστασία, ακαμψία, έλλειψη επίλυσης ψυχικών συγκρούσεων και ύπαρξη ατμόσφαιρας η οποία επιτρέπει την εμπλοκή του ανορεξικού παιδιού σε άλυτα οικογενειακά προβλήματα και προβλήματα γάμου. Σε μία μελέτη που αφορά στην περίοδο μετά την θεραπεία όπου ζητήθηκε από τα υποκείμενα να περιγράψουν τους παράγοντες

οι οποίοι αποδείχτηκαν οι πιο χρήσιμοι σε σχέση με την βελτίωση, κανένα από τα υποκείμενα δεν ανέφεραν μέλη της οικογένειας ως συνεισφέροντες στην θεραπεία τους. Αντίθετα, οι περισσότεροι ανέφεραν ότι τα μέλη των οικογενειών τους δεν ήταν χρήσιμα (Rorty, Yager & Rossotto, 1993). Σε άλλη μελέτη, οι οικογενειακοί παράγοντες πριν την θεραπεία ήταν ισχυρότεροι προάγγελοι της έκβασης μιας βραχυπρόθεσμης θεραπείας από ότι οποιοδήποτε άλλος παράγοντας. Οι βουλιμικοί ασθενείς που δεν παρουσίασαν βελτίωση ανέφεραν ότι οι οικογένειες ήταν οργανωτικές, τους ασκούσαν έλεγχο, ήταν ηθοπλαστικές, προσηλωμένες στην επίτευξη του στόχου της θεραπείας και ανέκφραστες (Blouin και συνεργάτες, 1994). Άλλη συλλογιστική πορεία προτείνει ότι ορισμένου τύπου οικογένειες εμφανίζουν μια συγκεκριμένη τάση προς την παθολογία στα πλαίσια των διατροφικών διαταραχών και την ανάκτηση βάρους *per se*. Παραδείγματος χάριν, μια οικογενειακή ιστορία νευρικής ανορεξίας ή παχυσαρκίας μπορεί να ληφθεί υπόψη για να υπονοήσει ότι οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να μεταφέρονται δια μέσω των οικογενειών. Ως υποστήριξη αυτής της ιδέας περίπου το ¼ των ανορεξικών σε μία μελέτη είχε τουλάχιστον ένα συγγενή που είχε υποφέρει τουλάχιστον μία φορά από διατροφική διαταραχή. Άλλα παραδείγματα θα μπορούσαν να θεωρηθούν τα εξής: μία οικογένεια με ιδιαίτερο ενδιαφέρον στο βάρος, το σχήμα του σώματος και την διατροφή. Μία άλλη περίπτωση θα μπορούσε να αποτελεί, όταν ο ένας ή ο άλλος γονιός εργάζεται σε βιομηχανία τροφίμων ή της μόδας. Κανένας από τους δύο δεσμούς που περιγράφονται παραπάνω φυσικά δεν είναι απαραίτητο να υπονοεί οποιαδήποτε γενετική σχέση καθώς οι επιρροές που ασκούνται θα μπορούσαν να εξηγηθούν εξίσου από την επίδραση του περιβάλλοντος και της μάθησης που με τη σειρά τους υπονοούν ότι οι δεσμοί θα μπορούσαν να σπάσουν. Πράγματι, σε μία Αμερικανική μελέτη οι μητέρες μίας ομάδας νεαρών γυναικών με υψηλό σκορ στο μέτρο των διατροφικών διαταραχών συγκρίθηκαν με μητέρες μίας ομάδας οι οποίες εμφάνιζαν χαμηλά σκορ στις ίδιες μετρήσεις. Οι μητέρες των κοριτσιών της ταυτοποιημένης ομάδας εμφάνιζαν οι ίδιες περισσότερο διαταραγμένη διατροφή σε σχέση με τις συγκρινόμενες μητέρες. Θεωρούσαν ότι οι κόρες τους θα έπρεπε να χάσουν περισσότερο βάρος και εμφανίζονταν πιο επικριτικές όσον αφορά την εμφάνιση των κοριτσιών τους (Pike και Rodin, 1991).

Τα αποτελέσματα των δύο μελετών του Dr. Christopher Fairburn και των συνεργατών του στην Οξφόρδη, παρείχαν κάποια πιθανά στοιχεία σχετικά με το πώς αυτοί οι δεσμοί μπορεί να αναπτύσσονται και να διατηρούνται. Μελέτη που

αφορούσε μητέρες με διατροφικές διαταραχές και τα 12-14 μηνών βρέφη τους και η σύγκρισή τους με μία ομάδα μητέρων που δεν πάσχουν από διατροφικές διαταραχές (Stein και συνεργάτες, 1994), απέδειξε ότι εν συγκρίσει με την ομάδα ελέγχου, οι πάσχουσες μητέρες εξέφραζαν αρνητικότερη διάθεση απέναντι στα παιδιά τους κατά την διάρκεια των γευμάτων αλλά όχι κατά την διάρκεια του παιχνιδιού. Το βάρος των παιδιών αυτών αποδείχθηκε ότι είναι αντιστρόφως ανάλογο με το βαθμό σύγκρουσης κατά την διάρκεια των γευμάτων και τον βαθμό της ενασχόλησης των μητέρων με το δικό τους σχήμα σώματος. Σε κάποια άλλη μελέτη οι ερευνητές σύγκριναν, τις διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές έναντι του φαγητού που αναπτύσσουν μητέρες παιδιών τα οποία παρουσιάζουν κάποια διαταραχή μη οργανικού τύπου στην θρέψη, με τις συνήθειες μητέρων φυσιολογικών παιδιών (McCann και συνεργάτες, 1994). Οι μητέρες των παιδιών με διαταραχή στην ανάπτυξη ήταν πιο προσεκτικές με τη διατροφή τους και 50% αυτών εμφανίζονται να είναι περιοριστικές όσον αφορά την πρόσληψη γλυκών από τα παιδιά τους και το 30% αυτών εμφανίζονται περιοριστικές σε τροφές που θεωρούσαν οι ίδιες παχυντικές ή μη υγιεινές. Ως εκ τούτου, είναι προφανές ότι λανθασμένες πεποιθήσεις σχετικά με την τροφή και την διατροφή και η δυνατότητα προσαρμογής της εφαρμογής των ίδιων των διαιτητικών συμπεριφορών είναι δυνατόν να ενθαρρυνθεί σε πολύ μικρή ηλικία.[28]

1.3 Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Ο σκοπός των προληπτικών παρεμβάσεων στην ιατρική είναι να ελαχιστοποιηθεί η θνησιμότητα και η νοσηρότητα που σχετίζεται με την ασθένεια. Είναι συνηθισμένο να ταξινομούνται αυτές οι παρεμβάσεις σύμφωνα με το στάδιο της εξέλιξης της διαταραχής στην οποία αναφέρονται. Οι παρεμβάσεις μπορεί να είναι εστιασμένες στις διαδικασίες που εμπλέκονται στην ανάπτυξη της διαταραχής, οπότε σε αυτή την περίπτωση ο στόχος είναι να προληφθεί η εμφάνιση νέων περιστατικών (δηλ., για να μειώσει την συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής). Αυτό καλείται «αρχική πρόληψη». Οι επεμβάσεις μπορεί να είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να μειώσουν την διάρκεια της διαταραχής ελαττώνοντας τον χρόνο ανάμεσα στην εμφάνιση της ασθένειας και στην παρουσίαση για την θεραπεία. Αυτό καλείται «δευτερεύουσα πρόληψη». Η ο στόχος μπορεί να είναι η μείωση των εξασθενίσεων που προκύπτουν από την διαταραχή. Αυτό καλείται «τριτογενής πρόληψη».

Συνεπώς, η δευτερογενής πρόληψη είναι απαραίτητη μόνο αν η αρχική πρόληψη αποτύχει να εξαλείψει την διαταραχή. Ομοίως, η τριτοταγής πρόληψη έχει θέση μόνο αν η θεραπεία δεν είναι πλήρως αποτελεσματική. Πρακτικά, και οι τρεις τύποι των προληπτικών παρεμβάσεων είναι σχετικές με τις περισσότερες διαταραχές και συμβαίνουν ασφαλώς σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές.

1.3.1 ΑΡΧΙΚΗ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η αρχική πρόληψη είναι το ιδανικό. Απαιτεί την εφαρμογή μιας παρέμβασης ικανής να προλαμβάνει την εμφάνιση της διαταραχής. Γενικά, αλλά όχι απαραίτητα, τέτοια παρέμβαση απαιτεί γνώση των διαδικασιών που εμπλέκονται στην ανάπτυξη της διαταραχής. Αυτή η γνώση απουσιάζει ή στην καλύτερη περίπτωση, είναι ελλιπής όσον αφορά τις διατροφικές διαταραχές. Από τα ευρήματα παλαιότερων μελετών, έχουμε κάποια γνώση για κεφαλαιώδη γεγονότα στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών, με την δίαιτα να είναι ο πιο κοινός συμπεριφορικός πρόδρομος, αλλά δεν είναι γνωστό πως ακριβώς και σε ποιο στάδιο της ανάπτυξης αυτών των διαταραχών άλλοι παράγοντες κινδύνου λειτουργούν.

Λαμβάνοντας υπόψη την τρέχουσα γνώση, η μόνη επιλογή είναι να υιοθετηθούν οι προληπτικές παρεμβάσεις οι οποίες φαίνεται πιθανό να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα και να δοκιμάζεται αν τα αποτελέσματα είναι αυτά που έχουν αρχικά προβλεφθεί. Ως σήμερα, οι ερευνητές έχουν εστιάσει στην προσπάθεια τους στο να τροποποιήσουν τους κοινούς συμπεριφορικούς προδρόμους των διατροφικών διαταραχών ανάμεσα στην πιο ευπαθή ηλικιακή ομάδα, δηλαδή τους μαθητές. Ο στόχος είναι να μειωθεί η επικράτηση της δίαιτας και η σχετιζόμενη συμπεριφορά με τον έλεγχο του βάρους όπως ο αυτοπροκαλούμενος εμετός και η κατάχρηση των καθαρτικών. Ποικίλα εκπαιδευτικά προγράμματα έχουν επινοηθεί για τον σκοπό αυτό, πολλά από τα οποία περιλαμβάνουν πολύπλοκους συνδυασμούς από διαδικασίες όπως ο «εμβολιασμός» ενάντια στην επιρροή των μέσων μαζικής ενημέρωσης και η εκπαίδευση αντιγραφής των συνομηλίκων. Έχουν γίνει πέντε μελέτες για την αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων, και η πιο αξιοσημείωτη αυτών είναι εκείνη του Killen και των συνεργατών του. Χωρίς εξαίρεση όλα τα αποτελέσματα ήταν απογοητευτικά. Νεότερα δεδομένα προστέθηκαν όσον αφορά στη γνώση για τις διατροφικές διαταραχές, την δίαιτα και

τις σχετικές συμπεριφορές και οι ανησυχίες μετριάστηκαν αλλά αυτό δεν συνοδεύτηκε από καμία αλλαγή όσον αφορά τους στόχους συμπεριφοράς.

Επειδή οι διατροφικές διαταραχές συνήθως ξεκινούν από τα σχολικά χρόνια, η προτεραιότητα πρέπει να είναι να αναπτυχθούν παρεμβάσεις σχετικές με το σχολείο. Πάντως, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι οι παρεμβάσεις που μειώνουν την επικράτηση της δίαιτας και των σχετικών συμπεριφορών δεν θα επιδράσουν απαραίτητα ώστε να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών. Μόνο μια μειοψηφία αυτών που κάνουν δίαιτα αναπτύσσουν μια διατροφική διαταραχή και μπορεί να είναι αυτή η μειοψηφία η οποία θα προβάλλει αντίσταση στα προγράμματα πρόληψης αυτού του τύπου. Ήδη από την πρώτη στιγμή που καθιερώθηκε τελεί υπό αμφισβήτηση η πρόταση ότι μειώνοντας την επικράτηση της δίαιτας και της σχετιζόμενης συμπεριφοράς, υπάρχει επίδραση στην μείωση της συχνότητας εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών.

Μπορεί να υποστηριχτεί ότι υπάρχει ανάγκη για μια διαφορετική προληπτική στρατηγική. Από το να αναπτυχθούν παρεμβάσεις με στόχο τους μαθητές γενικά, μπορεί να είναι περισσότερο παραγωγικό να εστιαστούμε σε άτομα που είναι γνωστό ότι βρίσκονται σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Αν υποθέσουμε ότι αυτά τα άτομα θα μπορούσαν να έχουν επίγνωση για την υψηλού κινδύνου θέση τους, θα ήταν λοιπόν πολύ πιθανότερο να καταλάβουν την σχετικότητα των σχεδιασμένων επεμβάσεων για να μειώσουν τον κίνδυνο και συνεπώς μπορεί να πολύ πιθανότερο να αλλάξουν. Δυστυχώς, υπάρχουν δυο προβλήματα σχετικά με αυτήν την προσέγγιση. Πρώτον, επειδή μερικοί παράγοντες κινδύνου για τις διατροφικές διαταραχές είναι γνωστοί, δεν είναι ακόμα δυνατό να προσδιοριστεί μια τόσο υψηλού κινδύνου ομάδα και δεύτερον, ακόμα και αν ήταν δυνατό να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών ανάμεσα στα άτομα υψηλού κινδύνου, αυτή η στρατηγική θα ήταν πιθανό να έχει μικρό αντίκτυπο στην συνολική συχνότητά τους, επειδή οι ομάδες υψηλού κινδύνου γενικά, αποτελούν μόνο μία μικρή αναλογία των περιπτώσεων στον συνολικό πληθυσμό.

Μερικοί συγγραφείς έχουν αποκαλύψει μια πολιτική προσέγγιση για την αρχική πρόληψη, δηλαδή, να εστιάζουν στους κοινωνικούς παράγοντες δεδομένης αιτιολογικής σημασίας. Αυτοί οι συγγραφείς, επισημαίνουν ότι κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες συμβάλλουν σημαντικά στην αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών και σε αυτή τη βάση υποστηρίζουν ότι η μόδα και οι βιομηχανίες της

δίαιτας θα έπρεπε να είναι ο στόχος των προληπτικών επεμβάσεων. Αν και έχει σημειωθεί κάποια πρόοδος σε αυτή την θεώρηση, σύμφωνα με την οποία οι αξιώσεις των βιομηχανιών για την απώλεια βάρους τώρα εξετάζονται πιο προσεχτικά από ότι πριν, είναι αμφισβητήσιμο αν η εξιδανίκευση της λεπτής εικόνας μπορεί τόσο εύκολα να τροποποιηθεί, λαμβάνοντας υπόψη τα συμφέροντα που την υποστηρίζουν.

1.3.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Παρά τις δυνατότητές της, δόθηκε εντυπωσιακά λίγη προσοχή στην δευτερογενή πρόληψη των διατροφικών διαταραχών. Είναι γνωστό ότι στις περισσότερες περιπτώσεις περνάει μια ιδιαίτερη περίοδος ανάμεσα στην εγκατάσταση της διαταραχής και στην αναζήτηση βοήθειας, εφόσον πραγματικά αναζητείται βοήθεια. Ο στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι να ελαττώσει το διάστημα ανάμεσα στην εμφάνιση και την λήψη αποτελεσματικής βοήθειας. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, η γνώση η οποία σχετίζεται με τους παράγοντες που προωθούν και επιβραδύνουν την αναζήτηση της βοήθειας αποτελεί ένα θέμα που έχει κατά ένα μεγάλο μέρος αγνοηθεί.

Εμπόδια για την αναζήτηση βοήθειας πιθανόν να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

1. Το άτομο το οποίο υποφέρει από την διαταραχή δεν θεωρεί ότι αυτό είναι πρόβλημα. Αυτή η συμπεριφορά εμφανίζεται να είναι ιδιαίτερα κοινή ανάμεσα στα άτομα με νευρική ανορεξία. Σαν αποτέλεσμα συχνά ανησυχεί άλλους οι οποίοι πείθουν αυτόν που υποφέρει να αναζητήσει βοήθεια.
2. Η ελπίδα ότι το πρόβλημα θα υποχωρήσει από μόνο του. Σε μερικές περιπτώσεις αυτό θα συμβεί στην πραγματικότητα. Λίγα είναι γνωστά για την φυσική ιστορία της νευρογενούς βουλιμίας και της νευρογενούς ανορεξίας και έτσι δεν είναι δυνατόν να εντοπιστούν εκ των προτέρων αυτές οι περιπτώσεις
3. Μερικοί άνθρωποι πιστεύουν ότι το διατροφικό τους πρόβλημα δεν είναι αρκετά σοβαρό ώστε να αξίζει θεραπεία ή ότι αυτοί δεν αξίζουν βοήθεια.
4. Ντροπή, ενοχή, και μυστικότητα είναι κοινά ανάμεσα στους ανθρώπους με νευρογενή βουλιμία. Ψάχνοντας θεραπεία, αυτοί που υποφέρουν, διατρέχουν τον κίνδυνο να ανακαλύψουν οι άλλοι τόσο το πρόβλημα και τα χρόνια της

ανικανότητας όσο τα έτη εξαπάτησης και υπεκφυγής που μπορεί να είχαν απαιτηθεί για να κρατήσουν τη διαταραχή κρυφή.

5. Η δυσκολία να τα πουν στους γιατρούς. Προηγούμενα προβλήματα για τα οποία ένας γιατρός συμβούλεψε μπορεί πραγματικά να είχαν αποτέλεσμα στο διατροφικό πρόβλημα, ακόμα και αν ο γιατρός δεν ενημερώθηκε για την αληθινή αιτία τους. Μερικοί άνθρωποι πηγαίνουν στο γιατρό τους σχεδιάζοντας να αποκαλύψουν το πρόβλημα αλλά χάνουν το κουράγιο τους την τελευταία στιγμή.
6. Ο φόβος της θεραπείας. Είναι κοινό για τους ανθρώπους με νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία να ανησυχούν ότι η θεραπεία θα περιλάβει την απόκτηση βάρους.
7. Οικονομικά εμπόδια στην επιδίωξη της βοήθειας.

Η σχετική σημασία αυτών και άλλων εμποδίων στην αναζήτηση βοήθειας χρειάζεται να γίνει γνωστή ώστε μια ορθολογιστική δευτερογενής πρόληψη να μπορεί να σχεδιαστεί. Μία ξεκάθαρη προτεραιότητα πρέπει να αποτελεί το να αυξηθούν οι γενικές γνώσεις για την φύση και τα πρώιμα χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών ώστε όσοι υποφέρουν και άλλοι, να μπορούν να αναγνωρίζουν πότε υπάρχει πρόβλημα. Αυτοί που είναι πολύ πιθανότερο να έρθουν σε επαφή με άτομα που έχουν διατροφικές διαταραχές θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα καλά ενημερωμένοι. Τέτοιες επαφές πρέπει να περιλαμβάνουν δασκάλους, προπονητές και γιατρούς. Αυτοί οι επαγγελματίες θα έπρεπε να διδάσκονται τρόπους ανοίγοντας συζητήσεις για το θέμα και βοηθώντας όσους υποφέρουν να παραδεχτούν το διατροφικό τους πρόβλημα.

Η βελτίωση της πρόσβασης στην αποτελεσματική βοήθεια είναι επίσης σημαντική. Έρευνα για τη δυνατότητα εφαρμογής και την αποτελεσματικότητα της αυτοβοήθειας είναι σχετική, επειδή έχει την δυνατότητα να είναι εύκολα προσιτή και επειδή αυτό παρακάμπτει μερικά από τα εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας. Είναι πιθανό ότι άτομα τα οποία υποφέρουν από διατροφικές διαταραχές θα ανταποκρίνονταν σε ηχητική εκπαίδευση και συμβουλή η οποία εφαρμόστηκε ως τύπος αυτοβοήθειας.

1.3.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η σημασία της τριτογενούς πρόληψης σπάνια λήφθηκε υπόψη σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές. Αναμφίβολα, ο λόγος για αυτήν την παράλειψη είναι η αρνητική έννοια του εστιασμού στην μείωση της εξασθένησης που σχετίζεται με την γνωστή πλέον διαταραχή. Ακόμα είναι γεγονός ότι μερικοί ασθενείς με N.A ευεργετούνται μερικώς από την θεραπεία, ενώ επίσης είναι κοινός ο υποτροπιασμός. Η κατάσταση όσον αφορά την N.B. φαίνεται να είναι θετικότερη, αν και μερικές περιπτώσεις αποδεικνύεται να διανύουν μια χρόνια περίοδο. Η μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας που σχετίζεται με τις χρόνιες διατροφικές διαταραχές είναι ένα σημαντικό αντικείμενο μελέτης.

1.4 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Η αναγνώριση της σημαντικότητας των ασθενών οι οποίοι πάσχουν τόσο από μια διατροφική διαταραχή όσο και από σακχαρώδη διαβήτη, χρονολογείται στις αρχές του 1970. Ενδιαφέρον σε αυτόν τον ιδιαίτερο πληθυσμό παρουσιάζεται τόσο από ερευνητικής προοπτικής, στην οποία παρατηρήσεις σε διαφορετικές ομάδες, μπορούν να διαμορφώσουν θεωρητικές ερωτήσεις σχετικές με τις διαταραχές, όσο και από κλινικής προοπτικής, στην οποία οι ασθενείς με δύο διαταραχές, παρουσιάζουν ιδιαίτερες δυσκολίες στην διάγνωση και την αντιμετώπιση. Το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας ασχολείται με τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές οι οποίοι έχουν τον ινσουλινοεξαρτώμενο τύπο διαβήτη.

1.4.1 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η νευρική ανορεξία, η νευρική βουλιμία, και οι λιγότερο τυπικές μορφές των διατροφικών διαταραχών, έχουν όλες περιγραφεί σε ασθενείς με διαβήτη. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, η εμφάνιση της διατροφικής διαταραχής συμβαίνει μερικά χρόνια μετά την εμφάνιση του διαβήτη, αλλά κατά περίπτωση η σειρά μπορεί να αντιστραφεί. Σύμφωνα με τις περισσότερες απόψεις, τα κλινικά χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών που φαίνονται στους IDDM ασθενείς μοιάζουν με εκείνες των μη διαβητικών ασθενών. Η βασική διαφορά είναι ότι οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές και IDDM έχουν στην διάθεσή τους ένα πρόσθετο μέσο για τον έλεγχο του βάρους τους: την μείωση ή την απομάκρυνση της

ινσουλίνης που οδηγεί σε «αυτό-προκαλούμενη γλυκοζουρία». Αυτό το χαρακτηριστικό είναι κοινό αλλά όχι γενικό για τους διαβητικούς ασθενείς, με μια διατροφική διαταραχή (σε μια μελέτη βρέθηκε στα 2/3 των ασθενών), έχει επίσης βρεθεί στο 1/3 των θηλυκών ασθενών με IDDM που δεν έχουν διατροφική διαταραχή. Η αρχική επίδραση αυτής της συμπεριφοράς στο βάρος του σώματος είναι ταχεία και κυρίαρχη, σαν αποτέλεσμα απώλειας νερού.

Υπερβολική διαίτα, υπερβολική κατανάλωση φαγητού, η πρόκληση εμετού, η κατάχρηση των διουρητικών και των καθαρτικών και η «αυτό-προκαλούμενη γλυκοζουρία», όλα παραβιάζουν τον γλυκαιμικό έλεγχο, καθώς μια μειοψηφία ασθενών καταφέρνουν να έχουν ικανοποιητικό έλεγχο, τουλάχιστον κάποιες φορές. Διαδοχικές περιόδους αυξημένων ή μειωμένων επιπέδων γλυκόζης του αίματος, μπορεί να μην αποκαλυφθούν από βιοχημικές εξετάσεις όπως το τεστ της γλυκερικής-αιμογλοβίνης. Βραχυπρόθεσμα, ελλείψει ικανοποιητικών ελέγχων μπορεί να είναι έκδηλες με επαναλαμβανόμενα συμπτώματα υπεργλυκαιμίας, (π.χ. δίψας ή κούρασης), συχνά επεισόδια κετοξείδωσης, (τα οποία συχνά απαιτούν εισαγωγή στο νοσοκομείο) ή υπογλυκαιμία (που οδηγούν σε απώλεια συνείδησης, αν είναι σοβαρά). Η καθυστέρηση της ανάπτυξης και η καθυστερημένη εφηβεία, μπορεί να συμβούν σε παιδιά προ της εφηβικής ηλικίας. Τα ευρήματα μιας μελέτης πρότειναν ότι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για τις οργανικές επιπλοκές του διαβήτη (νεφροπάθεια, ή νευροπάθεια), αλλά αυτό το εύρημα απαιτεί επιβεβαίωση.

Επειδή ο IDDM και οι διατροφικές διαταραχές είναι και οι δυο σχετικά συνήθεις καταστάσεις, θα ήταν προσδοκώμενο να εμφανίζονται με μια λογική συχνότητα. Υπάρχει πάντως μια ισχυρή κλινική εντύπωση, ότι οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα σε ασθενείς με IDDM. Υπάρχουν επίσης κάποιοι θεωρητικοί λόγοι για τους οποίους αναμένεται οι διατροφικές διαταραχές να είναι περισσότερο συνήθεις στον διαβητικό πληθυσμό. Πρώτον, το μη συγκεκριμένο στρες των οργανικών ασθενειών μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο. Επιπρόσθετα, η διαθεσιμότητα της αυτομειούμενης γλυκοζουρίας σαν ένα μέσο για τον έλεγχο του βάρους, την δοκιμασία των διακυμάνσεων του σωματικού βάρους, κοντά ή κατά την περίοδο της διάγνωσης και της εντολής για μια αυστηρή διαίτα, είναι όλοι πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες. Άλλοι παράγοντες μπορούν να ελαττώσουν τον κίνδυνο. Οι περισσότεροι ασθενείς με IDDM έχουν συνειδητοποιήσει ότι οι κίνδυνοι της υγείας σχετίζονται με την διαίτα, την

υπερφαγία, και την πρόκληση εμετού. Και οι ασθενείς με IDDM ενδεχομένως επιτηρούνται στενότερα και από τις οικογένειές τους και από τους επαγγελματίες που φροντίζουν για την υγεία. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα το πρόβλημα να μπορεί να ανιχνευτεί έγκαιρα και συνεπώς να «κοπεί από την ρίζα».

Μια σειρά από έρευνες έχουν διεξαχθεί ώστε να διευθετηθεί το ερώτημα για την επικράτηση των διατροφικών διαταραχών τόσο στους ενήλικες όσο και στους εφήβους με διαβήτη, αλλά πολλές από αυτές έχουν υποβληθεί σε μεθοδολογικούς περιορισμούς. Πρώτον, η αξιολόγηση των χαρακτηριστικών των διατροφικών διαταραχών σε ασθενείς με διαβήτη είναι δύσκολη, από τότε που αυτοχορηγούμενα ερωτηματολόγια τα οποία έχουν σκοπό να μετρήσουν χαρακτηριστικά όπως η διαίτα, είναι επιρρεπή στην σύγχυση λόγω της παρουσίας του καθεστώτος της διαβητικής διαίτας. Για παράδειγμα, ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο όργανο, το EATING ATTITUDE TEST, περιλαμβάνει ερωτήσεις όπως: «αποφεύγω τρόφιμα που περιέχουν ζάχαρη». Αν ένας ασθενής με διαβήτη απαντήσει σε ένα τέτοιο ερώτημα, είναι αδύνατο να ξέρει κανείς αν αυτός/αυτή, αποφεύγει τα ζαχαρώδη τρόφιμα προληπτικά για έλεγχο του βάρους ή συμβαίνει επειδή απλά ακολουθεί ιατρικές συμβουλές για έλεγχο του διαβήτη. Ακόμα και στον μη διαβητικό πληθυσμό η επάρκεια των οργάνων που αναφέρονται σε όλο τον πληθυσμό, όπως το EATING ATTITUDE TEST, δεν είναι υψηλή και απαιτείται μια κλινική συνέντευξη με τον ασθενή για να εξακριβωθεί η υπάρχουσα κατάσταση. Μια δεύτερη δυσκολία είναι ότι πολλές μελέτες έχουν διεξαχθεί σε ειδικά διαβητικά κέντρα, στα οποία οι ασθενείς με πολύπλοκο διαβήτη, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων με διατροφικές διαταραχές, είναι πιθανό να προσφέρονται σε μεγάλο βαθμό. Τρίτον, από τότε που η επικράτηση των διατροφικών διαταραχών στον μη διαβητικό πληθυσμό έχει προσδιοριστεί με ακρίβεια, είναι ουσιώδες, οποιαδήποτε μελέτη να περιλαμβάνει μια καλά σχεδιασμένη μη διαβητική ομάδα ελέγχου, αλλά είναι ελάχιστες οι μελέτες που ενσωματώνουν τέτοιες ομάδες.

Σε πιο πρόσφατες έρευνες, στις οποίες τα περισσότερα μεθοδολογικά όρια έχουν ξεπεραστεί, τα ευρήματα συστήνουν ότι η επικράτηση της νευρικής ανορεξίας και της νευρικής βουλιμίας, δεν είναι υψηλότερη από ότι φυσιολογικά, σε αυτούς που έχουν διαβήτη. Πάντως, καμία μελέτη μέχρι σήμερα δεν είχε επαρκή στατιστική δύναμη, ώστε να αποδείξει συμπερασματικά πως δεν υπάρχει αύξηση του κινδύνου. Μια εξήγηση για την παρατηρούμενη υψηλή επικράτηση είναι ότι οι

διατροφικές διαταραχές οι οποίες δεν ανταποκρίνονται σε πλήρη διαγνωστικά κριτήρια αποτελούν παρόλα αυτά, σημαντική κλινική θεώρηση για εκείνους με διαβήτη. Σημαντικές διαταραχές στις διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές μπορεί να παρουσιαστούν σε πάνω από το 10% των έφηβων γυναικών, είτε έχουν είτε δεν έχουν διαβήτη.[19]

1.4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση είναι η επιτυχής ανίχνευση της διαταραχής. Πολλοί ασθενείς κρατούν μυστική την συμπεριφορά τους και όταν οι διατροφικές διαταραχές πρώτο-αντιμετωπίζονται κλινικά, γίνονται συχνά σε «απόκρυφο» ύφος. Ανεπαρκής γλυκαιμικός έλεγχος, επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπογλυκαιμίας ή κετοξειδωσης, και οι διακυμάνσεις του βάρους, αποτελούν σημαντικά στοιχεία. Η ένδειξη της υποψίας θα πρέπει προφανώς να είναι υψηλότερη στους ασθενείς με αυξημένη επικινδυνότητα, όπως είναι οι έφηβες και οι νεαρές ενήλικες γυναίκες. Οι κλινικοί θα πρέπει να κάνουν ευθείς ερωτήσεις και να αναζητούν απαντήσεις σε θέματα που συχνά αποτελούν αντικείμενο προκατάληψης σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές, το σωματικό βάρος και τις μεθόδους για τον έλεγχο του βάρους. Η εξέταση στον γενικό πληθυσμό είναι απαραίτητη ώστε να επιβεβαιωθεί η διάγνωση.

Διαιτητικές συμβουλές από διαιτολόγο ή νοσοκόμα ειδική για τον διαβήτη, μπορεί να αποτελέσει μια βοηθητική πρώτη προσέγγιση, ειδικά σε ασθενείς με έναν ήπιο τύπο διατροφικής διαταραχής, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις η διαχείριση από ένα ειδικό θεωρείται απαραίτητη. Σε όλες τις περιπτώσεις, στενές σχέσεις του θεραπευτή που διαχειρίζεται την διατροφική διαταραχή και της ομάδας που διαχειρίζεται τον διαβήτη των ασθενών κρίνεται απαραίτητη. Για να αποφευχθεί η σύγχυση, είναι επιθυμητό για ένα άτομο να επιχειρήσει να ξεπεράσει μέρα με τη μέρα την ευθύνη για όλες τις απαιτήσεις της ιατρικής φροντίδας των ασθενών. Όταν η θεραπεία ολοκληρώνεται είναι επίσης βοηθητικό για την θεραπεία της διατροφικής διαταραχής του ατόμου, να δώσει συμβουλές στην ομάδα που είναι υπεύθυνη για την φροντίδα του διαβήτη, για την συνέχιση της διαχείρισης, ώστε ο κίνδυνος της υποτροπής να ελαχιστοποιηθεί.[19]

1.5 ΒΟΗΘΩΝΤΑΣ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η θεραπεία μπορεί να σώσει την ζωή κάποιου με διατροφική διαταραχή. Φίλοι, σχέσεις, δάσκαλοι και γιατροί, όλοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην βοήθεια αυτών των άρρωστων ατόμων, τα οποία ξεκινούν και παραμένουν σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα. Η ενθάρρυνση, η φροντίδα και η επιμονή καθώς και η σωστή πληροφόρηση σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές και τους κινδύνους τους, μπορεί να αποτελέσουν τα στοιχεία-πειστήρια, έτσι ώστε ένα πάσχον άτομο να ζητήσει βοήθεια, να παραμείνει στο θεραπευτικό πρόγραμμα ή να δοκιμάσει ξανά.

Τα μέλη της οικογένειας ή οι φίλοι μπορούν να καλέσουν στα κατά τόπους νοσοκομεία ή πανεπιστημιακά ιατρικά κέντρα για να πληροφορηθούν για τις κλινικές και τους κλινικούς γιατρούς των διατροφικών διαταραχών, οι οποίοι εξειδικεύονται στην αντιμετώπιση αυτών των παθήσεων.

Τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι θα πρέπει να μελετήσουν όσο το δυνατόν περισσότερο θέματα που αφορούν τις διατροφικές διαταραχές, έτσι ώστε να είναι σε θέση να βοηθήσουν το άτομο με την συγκεκριμένη πάθηση και να κατανοήσουν το πρόβλημά του. Από την στιγμή που ο πάσχων από διατροφικές διαταραχές θα λάβει βοήθεια εξακολουθεί να έχει την ανάγκη της κατανόησης και της ενθάρρυνσης με σκοπό να παραμείνει στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Το NIMH (National Institute of Mental Health) συνεχίζει τις έρευνές του σχετικά με την καινούργια και καλύτερη αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών. Το κογκρέσο έχει αναγνωρίσει την δεκαετία του 90' ως την δεκαετία του εγκεφάλου κάνοντας την πρόληψη, τις διαγνώσεις και την θεραπεία όλων των εγκεφαλικών και ψυχιατρικών διαταραχών, εθνική ερευνητική προτεραιότητα. Αυτή η έρευνα υπόσχεται να γεννήσει ακόμα περισσότερη ελπίδα για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους παρέχοντας μεγαλύτερη κατανόηση των αιτιών και των περιπλοκών των διατροφικών διαταραχών.[48]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

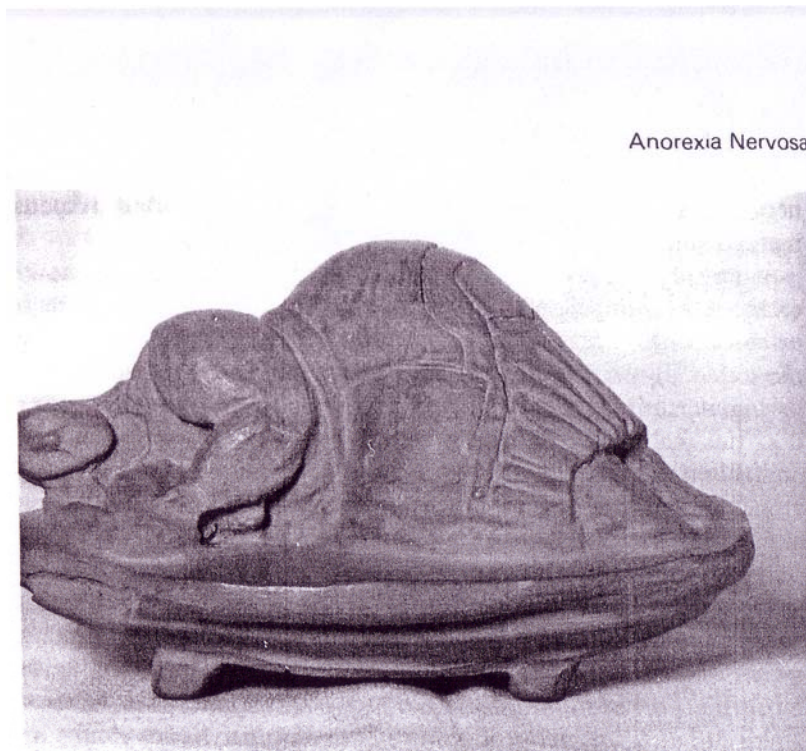
Οι άνθρωποι επιδίδονται συχνά σε νηστεία και σε σοβαρούς διατροφικούς περιορισμούς τους οποίους περιβάλλουν συχνά με θρησκευτικά και φιλοσοφικά κίνητρα. Ως εκ τούτου θεωρούμε ότι η νηστεία είναι ένα προνομιακό μέσο ρήξης με την ύλη, μια πρόσβαση στην υπέρβαση. Έτσι, στο τέλος του Μεσαίωνα στην Ευρώπη, αρκετές γυναίκες, οι οποίες ονομάστηκαν «Άγιες ανορεκτικές» άσκησαν τη νηστεία και ορισμένες από αυτές ανακηρύχθηκαν άγιες.

Ενδεικτικές αναφορές θα μπορούσαν να γίνουν στις περιπτώσεις της Άγιας Αικατερίνης της Σιένας τον 19^ο αιώνα η οποία απεβίωσε σε ηλικία τριάντα τριών ετών και είχε επιβάλλει στον εαυτό της πολλαπλές στερήσεις ως πράξεις μετανοίας. Η Μητέρα Ανιές του Ιησού τον 17^ο αιώνα, η Μάρθα Ρομπιν, η Λουΐζα Λατώ και η Τερέζα Νιούμαν τον 20^ο αιώνα μπορούν να θεωρηθούν ως διανοητικά ανορεκτικές από μια ψυχοπαθολογική οπτική γωνία ή ως άγιες ή μάρτυρες από μια θρησκευτική άποψη.

Οι περιπτώσεις των ανορεκτικών συμπεριφορών εντάσσονται στην ιατρική επιστήμη με τις κλινικές περιγραφές του Γάλλου Καρόλου Ερνέστου Λέζεγκ, το 1873, και του Άγγλου σερ Γουίλιαμ Γουίτλι Γκαλ, το 1874, μολονότι ο Αβινέκας, τον 11^ο αιώνα και ο Ριτσαρντ Μόρτον, τον 17^ο αιώνα περιγράφουν ήδη περιπτώσεις διανοητικής ανορεξίας. Αν για αυτούς τους συγγραφείς η διανοητική ανορεξία ήταν μια καθαρά ψυχοπαθολογική διαταραχή, η ιατρική στις αρχές του 20^{ου} αιώνα την αντιλαμβάνεται ως μια ασθένεια οργανικής προέλευσης. Η καχεξία, η οποία οφείλεται σε νέκρωση του αδένου της υπόφυσης είναι μια μορφή γενικευμένης εξασθένησης του οργανισμού την οποία ανακαλύπτει ο Σίμοντς, το 1914. Μετά από αυτόν, οι ενδοκρινολόγοι θεωρούν ότι η διανοητική ανορεξία οφείλεται σε ολική ανεπάρκεια του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης (νόσος του Simonds) και επομένως απαιτείται ενδοκρινική θεραπεία. Μια καθαρά ψυχολογικής προέλευσης ιδέα της ασθένειας επανέρχεται μετά από τη δεκαετία του 50'. Σήμερα πλέον, αμφισβητείται

το γεγονός ότι η διακοπή της διατροφής επιφέρει διάφορες ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές και όχι το αντίθετο.

Η εμφάνιση της διανοητικής ανορεξίας στον Καναδά, στις Ηνωμένες Πολιτείες, σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, στην Ιαπωνία και σε όλους τους λευκούς πληθυσμούς της Βόρειας Αφρικής, επαληθεύει το γεγονός ότι οι περιπτώσεις διανοητικής ανορεξίας αυξάνονται στον δυτικό κόσμο. Για παράδειγμα, στη Σουηδία, η παθολογικότητα της διανοητικής ανορεξίας, η οποία κυμαίνεται σε 0,24 για εκατό χιλιάδες κατοίκους πριν το 1950, ανέρχεται σε 0,45 ανάμεσα στο 1950 και το 1960. Στη Νέα Υόρκη, έχει σχεδόν διπλασιαστεί ανάμεσα στο 1970 και το 1980, φτάνοντας από 0,35 σε 0,64. Σύμφωνα με τις μελέτες, η συχνότητα του φαινομένου της διανοητικής ανορεξίας πολλαπλασιάζεται: μια περίπτωση ανά πεντακόσιες πενήντα έφηβες το 1970, σε μια ανά εκατό έφηβες το 1980. Αντίθετα, δεν συναντάμε περιπτώσεις διανοητικής ανορεξίας σε χώρες έξω από το δυτικό ημισφαίριο, όπως μαρτυρούν διάφορες μελέτες στη Νέα Γουινέα, στην Αλάσκα, στους πολιτισμούς των Εσκιμώων, ή στην Ινδία οι οποίες καταγράφουν αμελητέο αριθμό περιπτώσεων.



1 The sculptured image of an ancient Mediterranean fertility goddess, emphasizing the fatness of thighs.

Ο 17^{ος} ΑΙΩΝΑΣ

Το 1689, ένα βιβλίο ιατρικής δημοσιεύτηκε στο Λονδίνο με τίτλο *Phthisiologia, seu Exercitationes de Phthisi*. Ο συγγραφέας του ήταν ο Richard Morton, απόφοιτος του College of Physicians. Το έργο μεταφράστηκε στα αγγλικά 5 χρόνια αργότερα με τίτλο *A Treatise of Consumptions*, ο Μόρτον υπογράμμισε τις πολλές ασθένειες που προκαλούν την απώλεια του σωματικού βάρους. Όλα τα δεδομένα ήταν βασισμένα στη δική του κλινική παρατήρηση.

Ο Μόρτον σήμερα είναι γνωστός ως ο συγγραφέας της πρώτης γαστρικής γραφής που αφορά την νευρική ανορεξία μια κατάσταση στην οποία αναφέρεται ως «νευρική κατανάλωση» που το προκαλούσε η λυπημένη διάθεση και αγχοτικές ανησυχίες.

Περιέγραψε 2 ασθενείς, μια δεκαοκτάχρονη κοπέλα η οποία ανέπτυξε αμηνόρροια από «ένα πλήθος ανησυχιών και παθών του μυαλού της».

Ο δεύτερος ασθενής ήταν ένα δεκαεξάχρονο αγόρι το οποίο «έπεσε σταδιακά σε μια ολοκληρωτική θέληση της όρεξης», πράγμα το οποίο προξένησε το γεγονός ότι μελετούσε πολύ σκληρά.. Σε κάθε περίπτωση ο Μόρτον είχε ενοχοποιήσει φυσικές – σωματικές ασθένειες ως την αιτία της απώλειας βάρους. Συγκεκριμένα δήλωσε: «και γι' αυτό θα έκρινα αυτή την κατανάλωση ως νευρική η οποία έχει την δική της θέση στην γενική συμπεριφορά του σώματος και ξεκινά από το νευρικό σύστημα που νοσεί».

Ο 18^{ος} ΑΙΩΝΑΣ

Εβδομηντα πέντε χρόνια έπρεπε να περάσουν πριν ένα άλλο σημαντικό αίτιο της λιμοκτονίας εμφανισθεί. Το 1764, ο Robert Whytt, καθηγητής Θεωρίας της Ιατρικής (Theory of Medicine), στο Πανεπιστήμιο του Εδιμβούργου (University of Edinburgh), δημοσίευσε ένα βιβλίο με τίτλο *Observations on the Nature, Causes, and Cures of those Disorders which have been commonly called Nervous, Hypochondriac or Hysteric to which are prefixed some Remarks on the Sympathy of the Nerves*.

Ο ασθενής του ήταν ένα δεκατετράχρονο αγόρι χαμηλών τόνων, αρκετά σκεπτόμενο που έχανε την όρεξη του και είχε κακή πέψη. «Καμία συνταγματική ασθένεια δεν είχε ανακαλυφθεί». Ο Whytt τότε κατέληξε σε συμπέρασμα δηλώνοντας τα εξής: «καθώς με όλη μου την προσοχή δεν μπόρεσα να ανακαλύψω

ούτε την αιτία των πρωταρχικών παράπονων του ασθενή, ούτε της θλίψης και της αντίθετης κατεύθυνσης την οποία πήραν αργότερα, δεν θα υποκριθώ ότι βρήκα την αιτία σε αυτήν την υπόθεση αλλά υπέθεσα ότι θα άξιζε να αναφερθεί ως ένα καλό παράδειγμα της νευρικής ατροφίας». Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο Whytt ήταν ο πρώτος που περιγράφει την βραδυκαρδία που ακολουθεί την λιμοκτονία.



The eighteenth century pre-occupation with social images of fatness and sexuality. Reproduced by courtesy of the Trustees of the Br

Ο 19^{ος} ΑΙΩΝΑΣ

Σχεδόν 100 έτη θα παρέρχονταν προτού να εμφανισθεί ένας άλλος αληθινά σημαντικός απολογισμός των διατροφικών διαταραχών στην τότε υπάρχουσα βιβλιογραφία. Όταν το 1860, απέτυχε να λάβει την προσοχή που άξιζε, παρά τη σημασία της. Το θέμα ξεχάστηκε γρήγορα και δεν εμφανίστηκε πάλι για περισσότερο από έναν αιώνα. Αυτό το έγγραφο, ίσως η δημιουργική έκθεση του 19^{ου} αιώνα, γράφτηκε από τον Dr. Louis-Victor Marse από το Παρίσι και τιτλοφορήθηκε *Note sur une Forme de Delire Hypochondiaque Cosecutive aux Caracterisse Principalement par le Refuse d'Aliments.*

Ο Marce έγραψε τα εξής :

«...μεταξύ των πολυάριθμων και ποικίλων μορφών δυσπεψίας υπάρχουν μερικές που πρέπει να προσελκύσουν την προσοχή των ψυχιάτρων εξαιτίας της ιδιαίτερης διανοητικής κατάστασης η οποία καθορίζεται με αυτόν τον τρόπο.

Βλέπουμε παραδείγματος χάριν ότι τα νέα κορίτσια στην περίοδο της εφηβείας και μετά από μια πρόωρη φυσική ανάπτυξη έγιναν υποκείμενο της κατάστασης της ανορεξίας, η διάρκεια της οποίας ξεπέρασε τα όρια. Πρέπει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της αποχής τους, βίωναν αποστροφή για τα τρόφιμα. Αυτό που προκαλεί μεγάλη εντύπωση είναι η απουσία της όρεξης από την ανησυχία που προκαλείται από την πέψη, αυτοί οι ασθενείς φτάνουν σε μια ξέφρενη πεποίθηση ότι δεν μπορούν ή οφείλουν να μην φάνε. Με μια λέξη η γαστρική αναταραχή γίνεται νευροεγκεφαλική αναταραχή.

Σχολιάζει περαιτέρω:

Θα τολμούσα να πω ότι οι πρώτοι παθολόγοι οι οποίοι ασχολήθηκαν με αυτούς τους ασθενείς παρανόησαν την αληθινή κοινοποίηση αυτής της επίμονης άρνησης των τροφίμων: πέρα από το να δούμε τη θέα μιας ξέφρενης ιδέας υποχονδριακής φύσης ασχοληθήκανε απλώς με την κατάσταση του στομαχιού, και όρισαν, φυσικά, τα τονωτικά, το σίδηρο και την άσκηση καθώς και υδροθεραπείες με σκοπό να υποκινηθεί η δραστηριότητα των χωνευτικών λειτουργιών. Εντούτοις, προφανώς καθώς αυτά τα μέτρα θα μπορούσαν να εφαρμοστούν, ωστόσο αποδείχθηκαν ανεπαρκή σε κάθε περίπτωση όταν η πάθηση βρισκόταν σε προχωρημένο στάδιο. Δεν είναι έπειτα μόνο το στομάχι το οποίο απαιτεί προσοχή είναι η ξέφρενη ιδέα που αποτελεί εφεξής το σημείο αφετηρία, και στην οποία βρίσκεται η ουσία της ασθένειας. Οι ασθενείς δεν πάσχουν πλέον από δυσπεψία αλλά είναι παράφρονες.

Το επόμενο γεγονός στην ιστορία των διατροφικών διαταραχών εμφανίσθηκε στις 8 Αυγούστου 1868, κατά τη διάρκεια του «Address in Medicine» που παραδόθηκε ενώπιον της Βρετανικής Ιατρικής Ένωσης. Ο ομιλητής Dr. William W. Gull of Guy's Hospital, περιέγραψε τη γενική κατάσταση της ιατρικής και την πρόοδο που σημειώθηκε στην επιστήμη και την φιλοσοφία. Στην έκθεση του ο Gull δήλωσε: «αυτή τη στιγμή η διάγνωση μας είναι μια συνήθης οργανική διάγνωση η οποία προκύπτει από τη γνώση μας της ευθύνης των διάφορων οργάνων σε ιδιαίτερα σημεία του σώματος. Ως εκ τούτου, αποφεύγουμε το λάθος να υποθέσουμε την παρουσία μεσεντερικής ασθένειας στις νέες γυναίκες οι οποίες είναι ισχυρές στον τελευταίο βαθμό λόγω της υστερικής απεψίας, εξαιτίας πιθανότητας

παρουσίας κατάθλιψης έχοντας αποκλείσει προηγουμένως και την παρουσία φυματικών ασθενειών. Αυτή η συνοπτική δήλωση, φαινομενικά ανεξάρτητη από οτιδήποτε άλλο στην ομιλία του Gull, ενσωματώθηκε βαθιά στην κοινή κλινική συνείδηση ενώ παραμελήθηκε για τα τουλάχιστον 5 επόμενα έτη.

Τον Απρίλιο του 1873, ο Charles Lasegue του Παρισιού δημοσίευσε ένα χειρόγραφο που τιτλοφορήθηκε *De l'Anorexie Hysterique*, στο οποίο περιέγραψε 8 ασθενείς ηλικίας μεταξύ 18-32 ετών. Στην έκθεση του υπογράμμισε την συναισθηματική αιτιολογία της ασθένειας. Ο Lasegue μεταβίβασε μια αίσθηση του πνεύματος και των συναισθημάτων αυτών των ασθενών, τις αποχρώσεις των διαταραγμένων σχέσεων τους, και τις οξύνειες της ενδοψυχικής διαταραχής τους. Θεώρησε την ασθένεια μια «υστερία η οποία συνδέθηκε με την υποχονδρίαση».

Έγραψε ως εξής:

Ένα νέο κορίτσι μεταξύ 15 και 20 ετών, πάσχει από κάποια συγκίνηση που ομολογεί ή κρύβει. Γενικά αφορά κάποιο φανταστικό ή πραγματικό πρόγραμμα, μια βία η οποία χρησιμοποιείται με κάποια συμπόνια.

Προέτρεψε τους αναγνώστες του να συνειδητοποιήσουν τη βαρύτητα της κατάστασης: «αλίμονο στον παθολόγο που παρανοεί τον κίνδυνο, που μεταχειρίζεται ως φανταστική, χωρίς αντικείμενο ή διάρκεια, μια επιμονή, την οποία ελπίζει να συντρίψει με τα φάρμακα, με φιλικές συμβουλές ή με τον ακόμα ελαττωματικότερο πόρο, τον εκφοβισμό. Σε εκείνη την αρχική περίοδο, η μόνη συνετή σειρά μαθημάτων θα ήταν να παρατηρήσουν, να παραμείνουν σιωπηλοί και να παρέμβουν μόνο όταν οι εθελοντικές ημερομηνίες ασυμπίστολης που θα διαρκούσαν αρκετές εβδομάδες, θα είχαν γίνει ένας παθολογικός όρος. Στη συνέχεια, θα πρέπει ο θεράπων να διοργανώνει μια μακροχρόνια σειρά μαθημάτων».

Έξι μήνες μετά την έκθεση του Lasegue, ο Gull παρουσίασε μια εργασία που τιτλοφορήθηκε *Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica* στην κλινική κοινωνία του Λονδίνου. Η έκθεση του υπογράμμισε τα κλινικά συμπεράσματα του λιμού σε τρεις ασθενείς. Ο Gull δεν ασχολούνταν, όπως ο Lasague, με τις συναισθηματικές πτυχές της ασθένειας. Υπογράμμισε το περιστατικό της αμηνόρροιας, της δυσκοιλιότητας, της απώλειας όρεξης, των μειωμένων ζωτικής σημασίας σημάδιων. Η θεραπεία του Gull ήταν απλή: «η αντιμετώπιση που απαιτείται είναι προφανώς αυτή που εγκαθίσταται για τα πρόσωπα με ασθενή εγκεφαλική λειτουργία. Οι ασθενείς πρέπει να ταΐζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα και να περιβληθούν από τα πρόσωπα που θα είχαν τον ηθικό έλεγχο τους. Σχέσεις και φίλοι είναι γενικά οι χειρότεροι

σύμβουλοι. Ο Gull θεώρησε την ασθένεια οφειλόμενη σε διεστραμμένο διανοητικό επίπεδο που κάλεσε αργότερα «διαστροφή του Εγώ».

Ο 20^{ος} ΑΙΩΝΑΣ

Κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα, βασικές ανακαλύψεις που έλαβαν χώρα στη συνέχεια οδήγησαν σε επανάσταση σε ό,τι αφορά την κατανόησή μας σχετικά με την νευρική ανορεξία. Η επανάσταση ήρθε από την πένα της Dr Hilde Brunch, από το Πανεπιστήμιο του Baylor, Texas, η οποία θεωρήθηκε στην εποχή της ως η πρωτοπόρος των ερευνητών στον τομέα της νευρικής ανορεξίας. Πρόκειται για μια ακούραστη επιστήμονα και παραγωγικότητα συγγραφέα, η οποία βούτηξε μέσα στην ψυχή των ανορεκτικών ασθενών σε μία προσπάθεια να βρει κοινά σημεία στις συναισθηματικές τους παθολογίες. Ανακάλυψε ότι οι ακόλουθοι τρεις τομείς διαταραγμένης λειτουργίας μπορούν να αναγνωριστούν:

«... διαταραχή στην αναλογία της ψευδαίσθησης στην εικόνα για το σώμα αλλά και στην αντίληψη για το σώμα. Δεν δίνεται σημασία στην καχεξία, και υπεραμυνόμεθα αυτής λες και είναι κάτι το φυσιολογικό και το σωστό, αλλά και στο ότι αποτελεί τη μοναδική ασφαλή λύση στην οποία μπορούμε να καταφύγουμε για να καταπολεμήσουμε το λίπος αλλά και το πάχος. Η πραγματική ανορεξική εντοπίζεται από την εμφάνιση της που παραπέμπει σε σκελετό, από την άρνησή της να παραδεχθεί ότι δεν είναι φυσιολογική, αλλά και από την προσπάθεια της να διατηρηθεί σε αυτή την κατάσταση».

«...διαταραχή στην ακρίβεια την αντίληψης ή της γνωσιακής ερμηνείας των ερεθισμάτων που δημιουργούνται στο σώμα, με αποτυχία αναγνώρισης των σημείων εκείνων της διατροφικής ανάγκης ως το πιο έκδηλο ελάττωμα. Η συνείδηση του αισθήματος της πείνας φαίνεται να απουσιάζει. Το σύνθημα σχολίου του ασθενούς «δε χρειάζεται να φάω» μάλλον εκφράζει τι αισθάνεται και τι βιώνει τις περισσότερες φορές».

«...μια αίσθηση αναποτελεσματικότητας που παραλύει και η οποία διαπερνά κάθε σκέψη και κάθε δραστηριότητα. Βιώνουν μόνο όταν δρουν σε απάντηση των απαιτήσεων που απορρέουν από άλλους ανθρώπους σε διάφορες καταστάσεις, και όχι επειδή κάνουν τα πράγματα που οι ίδιοι θέλουν».

Έτσι, μόνο κατά τον 20^ο αιώνα αποκτήσαμε κάποια ιδέα για την πραγματική ψυχοπαθολογία των ασθενών αυτών. Κατά τα προηγούμενα 300 χρόνια, αυτή η

ασθένεια η οποία είχε γίνει ελάχιστα κατανοητή είχε περιγραφεί με διάφορους τρόπους ως «νευρική κατανάλωση» (Morton), «νευρική ατροφία» (Whytt), «υποχονδριακό ντελίριο» (Marcé), «μορφή υστερίας που συνδέεται με την υποχονδρίαση» (Lasègue), «διαστροφή του εγώ» (Gull).[19]

2.1 Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η ψυχογενής ή νευρογενής ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύσαρκο.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος, έντονος φόβος του ατόμου μήπως γίνει παχύ, διαταραχή στη σωματική εικόνα, σημαντική απώλεια βάρους και αμηνόρροια στις γυναίκες.

Άτομα με τη διαταραχή αυτή μαρτυρούν ότι «νιώθουν παχιά» όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ακόμα και όταν έχουν απισχανθεί και αυτό γιατί η απώλεια του βάρους δεν τα καθησυχάζει και διατηρείται ο φόβος της παχυσαρκίας. Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη για όλο τους το σώμα και την εξωτερική τους εικόνα – δεν μπορούν να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις συμπεριλαμβανόμενου του αισθήματος της πείνας, πιστεύουν ότι το σώμα τους ή τα διάφορα μέλη είναι πολύ παχιά ακόμα και όταν είναι κάτω από το φυσιολογικό βάρος.

Βέβαια η λέξη «ανορεξία» είναι αποπροσανατολιστική. Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης, γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνο αργά στη πορεία της νόσου. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στη ταυτότητα και την αυτονομία, για λόγους που ακόμα δεν γνωρίζουμε. Η μείωση του βάρους συνήθως κατορθώνεται με μείωση της συνολικής ποσότητας της τροφής, με δυσανάλογη ελάττωση σε τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, με προκλητό εμετό, με χρήση καθαρτικών ή διουρητικών μαζί με εξαντλητική άσκηση.[8]

Κατά κανόνα πρωτοεμφανίζεται μεταξύ δεκατριών και είκοσι ετών, είτε χωρίς εμφανή αιτία είτε μετά από κάποιο συναισθηματικό τραύμα, σε μια έφηβη χωρίς προβλήματα μέχρι εκείνη τη στιγμή. Μερικές φορές προηγείται περίοδος βουλιμίας γαστραλγιών και διαταραχών της εμμηνορροσίας. [37]



Η συμπτωματική τριάδα του Lasague παραμένει μια αναμφισβήτητη κλινική πραγματικότητα και ένα σημαντικό διαγνωστικό σημείο αναφοράς αλλά είναι πια φανερό ότι δεν μπορεί, σε καμία περίπτωση, να επαρκέσει για την απόλυτη διάγνωση της πάθησης. Η τριάδα άλλωστε δεν είναι αρκετά εξειδικευμένη και τη συναντούμε σε πολλές παθολογικές καταστάσεις, τόσο οργανικές όσο και ψυχιατρικές, που αποτελούν ισάριθμες διαφορετικές διαγνώσεις.

Η χαρακτηριστική κλινική τριάδα συμπτωμάτων εγκαθίσταται με ύπουλο τρόπο σε διάστημα μερικών μηνών: πρόκειται για την τριάδα των τριών «Α»:

Η ανορεξία. Είναι μια συμπεριφορά, συχνά εναρκτήρια της νόσου, που εκδηλώνεται με περιορισμό της τροφής και που έχει λίγο πολύ ταχεία και σφαιρική εξέλιξη. Πρόκειται περισσότερο για μια διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στη τροφή και τη διατροφή, παρά για ανορεξία με τη στενή έννοια της λέξης, αφού είναι εκούσια και θεληματική. Η σημαντική αυτή τροφική αποδιοργάνωση, αντικείμενο πολλαπλών εκλογικεύσεων και προσποιήσεων, εκδηλώνεται με μια ελάττωση των θερμίδων που λαμβάνονται, γεγονός που αποτελεί το χαρακτηριστικό κλινικό σύμπτωμα της ψυχογενούς ανορεξίας (η ημερήσια ποσότητα θερμίδων για τις γυναίκες κυμαίνεται κανονικά ανάμεσα σε 1800–2500 θερμίδες, ενώ, συχνά, είναι χαμηλότερη από 300 θερμίδες στις ανόρεκτες). Ο περιορισμός αυτός αφορά κυρίως τα γλυκίδια και τα λίπη παρά τις πρωτεΐνες.

Η αμηνόρροια, μπορεί και αυτή να είναι εναρκτήριο σύμπτωμα της κλινικής εικόνας, με μια συχνότητα που ποικίλει σημαντικά, ανάλογα με τους συγγραφείς. Όταν είναι αρχικό σύμπτωμα, εντάσσεται πολύ καλά στο φάσμα των ενδοκρινολογικών διαταραχών της ωοθήκης (δυσωορηξία), που είναι γενετικής προέλευσης: δυσμηνόρροιες, σπανιομηνόρροιες, αμηνόρροιες που σίγουρα στο ψυχοπαθολογικό επίπεδο αντιπροσωπεύουν ένα από τα οριακά σημεία των ψυχογενών ανορεξιών. Στη αντίθετη περίπτωση, εκδηλώνεται συνήθως μερικούς μήνες μετά την εμφάνιση των άλλων δυο στοιχείων της τριάδας. Ανάλογα με το πόσο προχωρημένη είναι η εφηβική ανάπτυξη (και η ηλικία της άρρωστης), πρόκειται για πρωτογενή ή δευτερογενή αμηνόρροια (που είναι και η συχνότερη περίπτωση).

Η απίσχνανση. Εμφανίζεται πάντα ως δευτερογενές αποτέλεσμα της ανορεξίας. Εξελίσσεται εξαρτημένη ως προς την κλινική της έκφραση από της συνηθισμένες ιδιομορφίες του διαιτολογίου αυτών των άρρωστων που διατηρούν για παρά πολύ καιρό τη λήψη πρωτεϊνών, δικαιολογώντας έτσι την τάση να μιλάμε για αδυνάτισμα παρά για απώλεια βάρους.

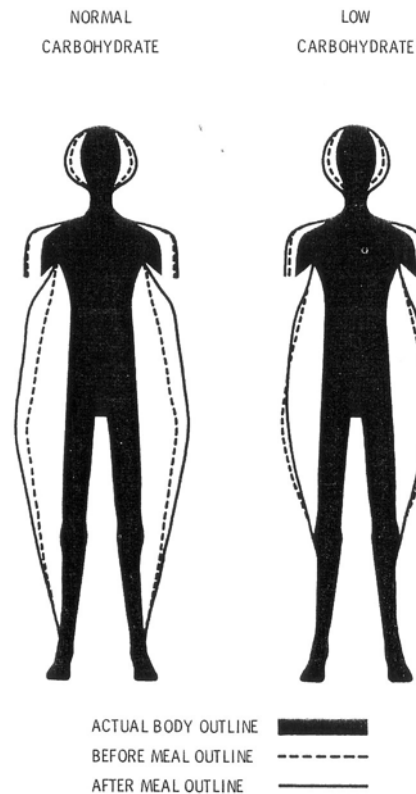
Ο υποσιτισμός και η απίσχνανση συνοδεύονται από ένα σύνολο σωματικών, βιολογικών και ενδοκρινολογικών συμπτωμάτων, που, όμως, δεν είναι απόλυτα ειδικά. [13]

Ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η βαριά διαταραχή της εικόνας που σχηματίζει ο ασθενής για το σώμα του από αδιάκοπη αναζήτηση της ισχύτητας, μέχρι σημείου λιμοκτονίας. Η διαταραχή αναγνωρίζεται εδώ και πολλές δεκαετίες και μάλιστα είναι αξιοσημείωτη η ομοιότητα που παρουσιάζει η περιγραφή της από διαφορετικά άτομα. Η διαταραχή εμφανίζεται πολύ συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες και συνήθως κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Οι υποθέσεις για την υποκείμενη ψυχολογική ανωμαλία στις νέες γυναίκες που παρουσιάζουν αυτή τη διαταραχή σχετίζονται με τις συγκρούσεις που συνοδεύουν τη μετάβαση του κοριτσιού στη κατάσταση της γυναίκας. Σύμφωνα με άλλες επιστημονικές θεωρίες, στην ανάπτυξη της διαταραχής παίζουν ρόλο και κάποιοι ακόμη ψυχολογικοί παράγοντες, που αφορούν την αίσθηση ενός ατόμου ότι είναι αβοήθητο και ανίκανο να αυτονομηθεί.



2.2 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

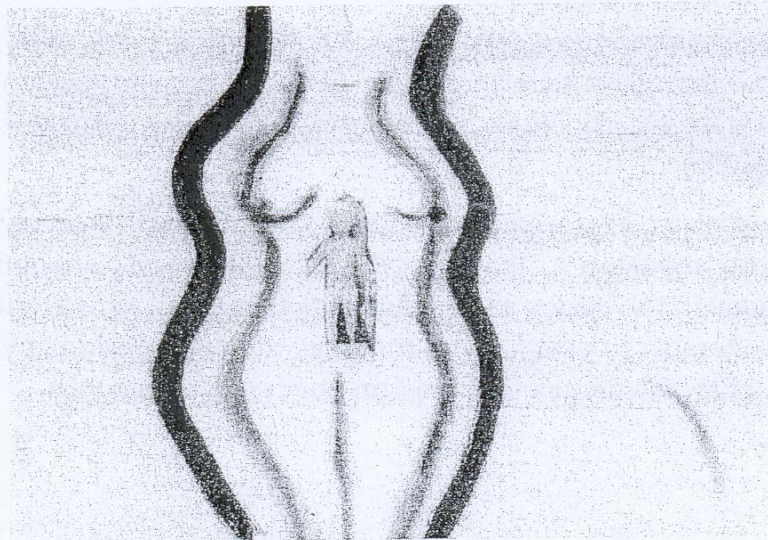
Μέσα από την απόρριψη του σώματος και των αναγκών του, εκφράζονται η ανικανότητα απαρτίωσης και αποδοχής των σωματικών και συναισθηματικών μεταβολών της εφηβείας και η άρνηση της γενετικής σεξουαλικότητας. Ο ασκητισμός και η διανοητικοποίηση, κοινότυπα φαινόμενα της εφηβείας, εμφανίζονται στην ακραία τους μορφή. Το σώμα που η νέα κοπέλα φαντασιώνει και θα επιθυμούσε να έχει, είναι ένα κορμί ισχνό, σαγηνευτικό και πάντοτε ευθύγραμμο και ευθυτενές, πάντα «εν στύση» ενώ η «φαλλική διάστασή του, παραμένει, ωστόσο, φανερά αποθημένη» (Ε. Και J. Kestrmberg και S. Decobert).



Το πραγματικό σώμα βιώνεται ως μη ικανοποιητικό και δεν γίνεται αντιληπτό έτσι όπως αντικειμενικά είναι. Η ανορεκτική άρρωστη απαρνείται την ισχύότητα της και παρόλη την καχεξία της συνεχίζει να θεωρεί τον εαυτό της πολύ χοντρό, πολύ βαρύ, παραβλέποντας ολότελα τον κίνδυνο για τη επιβίωση της. Παλεύοντας κατά της πεινάς και αποτρέποντας την ικανοποίηση των βασικών της ορμών, η ανορεκτική βιώνει ένα αίσθημα ισχύος, το οποίο συνδυάζει ταυτόχρονα την κυριαρχία πάνω στον ίδιο της τον εαυτό και τη χειραγώγηση των άλλων γύρω της, των οποίων αποδοκιμάζει τα ενδιαφέροντα, επειδή τα θεωρεί υλιστικά και χυδαία. Η έντονη ικανοποίηση την οποία προσπορίζεται με αυτόν τον τρόπο ανήκει στη κατηγορία της διατροφικής ηδονής. Αυτός ο καταστρεπτικός αυτοερωτισμός θα αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στη θεραπευτική αγωγή.



Η γυναίκα στο εσωτερικό είναι καλά κρυμμένη. Τα μέρη του σώματος με τα οποία η ασθενής έχει μεγαλύτερη επαφή είναι τα μάτια, η καρδιά και το στομάχι.



«Έχω ένα όριο έξω από το φυσικό όριο του σώματός μου. Φοβάμαι όποιον με πλησιάζει. Μέσα κρύβεται ένα παιδί».

Τα γονικά μορφοείδωλα παραμένουν στην ανορεκτική ασθενή ασαφή και αδιαφοροποίητα, αν και υπερισχύει μια παντοδύναμη και χωρίς φύλο μητρική εικόνα. Η επαναδραστηριοποίηση του άγχους ευνουχισμού κατά την εφηβεία

προκαλεί, μέσα από μια γενική παλινδρόμηση, την απόσυρση των αντικειμενοτρόπων επενδύσεων (λιβιδινική συρρίκνωση και υπερεπένδυση σε διανοητικές και κινητικές, βιούμενες ως επανασαρκώμενες, δραστηριότητες) και την επάνοδο σε αρχαϊκές στάσεις, όπου τα πάντα αντιμετωπίζονται ως σχέσεις εξάρτησης και ανεξαρτησίας, στα πλαίσια ενός μεγαλομανιακού ναρκισσιστικού πληθωρισμού. Για την ανορεκτική, το να μπορεί να αρνείται τη διατροφή, σημαίνει ότι αισθάνεται αυτόνομη και ότι μπορεί να λειτουργεί, χωρίς καμία εξωτερική βοήθεια (η φαντασίωση του ο,τιδήποτε ενσωματώνει, της είναι ανυπόφορη), σύμφωνα με μια ιδανική άποψη για τον εαυτό της. Το σώμα διαχωρισμένο από την επονεϊδίστη υλικότητα του, φαντασιωμένου ως άψυχο και αθάνατο, βρίσκεται σε συνεχή έλεγχο. Με τη συμπεριφορά της η ανορεκτική ελέγχει και προκαλεί μόνιμα το περιβάλλον της και ιδιαίτερα τη μητέρα. Ωστόσο, αν και η πραγματικότητα του σώματος αυτού καθεαυτού απορρίπτεται, η σχέση του Εγώ επιτρέπει τη διατήρηση της επαφής με την εξωτερική πραγματικότητα. Έτσι δεν εμφανίζεται παραλήρημα.

Εκτός από αυτή τη τυπική οργάνωση της ψυχογενούς ανορεξίας, υπάρχουν και άλλες μορφές ανορεξίας που εμφανίζονται σε άτομα με ποικίλες ψυχικές δομές και εκφράζουν άνιση βαρύτητας παλινδρομήσεις, στα πλαίσια των οποίων η στόματο – διατροφική αποδιοργάνωση εμφανίζεται ως :

- Αντιδραστική ανορεξία μετά από κάποιο πένθος ή αποτυχία. Η έλλειψη όρεξης είναι σε αυτή τη περίπτωση πρωτογενής (δεν πρόκειται για πάλη εναντίον της πείνας) και εντάσσεται σε ένα εμφανές πλαίσιο κατάθλιψης.
- Υστερική ανορεξία. Η οιδιπόδεια φαντασιστική δραστηριότητα είναι ιδιαίτερα έντονη. Η ασθενής επιδεικνύει την ισχύοτητα της και τη χρησιμοποιεί, για να εγκαταστήσει σχέσεις σαγήνης και κυριάρχησης του περιβάλλοντος της, συμπεριλαμβανόμενου και του ιατρού. Οι ανορεκτικές άρρωστες χειρίζονται αυτές τις σχέσεις με εκπληκτική επιδεξιότητα (τεχνάσματα, μυθομανία).
- Ιδεοψυχαναγκαστική ανορεξία με τελετουργίες διατροφής και θερμιδικούς έλεγχους, πολύ δυσπρόσιτη στην ανάμιξη άλλων ατόμων και στη θεραπευτική σχέση.
- Ανορεξία σε περιπτώσεις μεθοριακών καταστάσεων ή ανερχόμενης σχιζοφρένειας. [37]

2.2.1 ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΤΗΣ ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Η ανορεκτική συμπεριφορά αποτελεί συχνά αναζωπύρωση ή χρόνια έκφραση της ανορεξίας της εφηβείας. Όταν εμφανίζεται για πρώτη φορά κατά την ενήλικη ζωή, εμφανίζεται συνήθως σε υστερικές δομές και σε συγκρουσιακές συνθήκες. Μερικές φορές πρόκειται για καταθλιπτικό ισοδύναμο. Μπορεί επίσης να τεθεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα από το σύνδρομο Sheehan (επιλόχεια υποφυσιογενής καχεξία)[37]



Άρρωστος με ψυχογενή ανορεξία (ευγενής προσφορά της Katherine Halmi, M.D.).

2.2.2 ΑΝΔΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Πολύ πιο σπάνια από ότι στις γυναίκες (περίπου σε αναλογία ένα προς δέκα) παρουσιάζεται συνήθως στη εφηβεία και χαρακτηρίζεται από καθυστέρηση του αναστήματος και της ενήβωσης. Πολύ συχνά εμφανίζεται μετά από περίοδο παχυσαρκίας. Το ποσοστό πρωίμων μορφών, μεταξύ 10 και 14 ετών, είναι αρκετά

σημαντικό. Οι γονείς του ασθενούς παρουσιάζουν ψυχοπαθολογικές διαταραχές συχνότερα από ότι στη γυναικεία ψυχογενή ανορεξία. Η ανδρική ανορεκτική συμπεριφορά συνδέεται με ποικίλες ψυχολογικές δομές. Παράλληλα, με τις τυπικές μορφές οι οποίες εξελίσσονται προς τη σχιζοφρενική διάσχιση, μερικές φορές, η ανορεκτική συμπεριφορά συνοδεύεται από διάφορους άλλους τύπους παθολογικής συμπεριφοράς (βουλιμία, αλκοολισμός, τοξικομανία, παραπρωματικότητα).[37]

2.3 ΤΥΠΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Στο DSM-IV έχουν προστεθεί δυο τύποι ψυχογενούς ανορεξίας που δεν υπάρχουν στο DSM-II-R:

- Ο περιοριστικός τύπος χαρακτηρίζει τη διαταραχή όπου το άτομο επιτυγχάνει την απώλεια βάρους κυρίως με δίαιτα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση.
- Ο τύπος υπερφαγίας/κάθαρσης χαρακτηρίζει τη διαταραχή όπου η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με προκλητό εμετό, καθαρτικά, διουρητικά ή ενέματα ύστερα από υπερφαγία ή και λήψη μικρών ποσοτήτων τροφής.

Στην αρχή το περιβάλλον του ανορεκτικού δεν αντιλαμβάνεται τίποτα. Απλώς το ανορεκτικό άτομο αρχίζει να αδυνατίζει με κάποια δίαιτα. Προοδευτικά, όμως, καθώς η απώλεια του βάρους προχωρά και η πρόσληψη τροφής ελαττώνεται, συγγενείς και φίλοι αρχίζουν να τρομάζουν καθώς το ανορεκτικό άτομο δηλώνει ότι «πρέπει να χάσει βάρος γιατί είναι παχύ». Όταν τελικά το άτομο βρεθεί στον ιατρό (συνήθως με πίεση από την οικογένεια του) η απώλεια βάρους είναι μεγάλη. [8]

2.3.1 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

1. Ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων.

- α. Οι ελάσσονες μορφές. Είναι σίγουρα πολυάριθμες και ξεφεύγουν συχνότατα από τις στατιστικές, αφού σπάνια αποτελούν αντικείμενο εξειδικευμένων εξετάσεων και ακόμα λιγότερο νοσοκομειακών νοσηλείων. Στην πραγματικότητα θέτουν το ερώτημα των ορίων της παθολογίας σε αυτόν τον τομέα, ιδίως αν λάβει κανείς υπόψη την κοινωνικοπολιτιστική πίεση που

ευνοεί τη διατήρηση ενός λεπτού σώματος στις δυτικές κοινωνίες. Σε διάφορες πρόσφατες μελέτες καταβάλλεται προσπάθεια να διευκρινισθούν τα δεδομένα αυτά, που ορισμένοι συγγραφείς τα έχουν επισημάνει εδώ και παραπάνω από είκοσι χρόνια (ιδιαίτερα ο Russell 1972). Διάφοροι ερευνητές εφαρμόζοντας ένα τεστ διατροφικών συμπεριφορών (EAT) συμπέραναν ότι η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και σημαντικές ανησυχίες σχετικά με το βάρος αποτελούν συχνότατα έναν τρόπο αντίδρασης απέναντι στις υπαρξιακές ανησυχίες της εφηβείας. Αυτές οι ελάχιστονες μορφές χαρακτηρίζονται συνήθως, κλινικά, από την περιορισμένη ανορεκτική αποφασιστικότητα των ασθενών, από κάποια απόχρωση δυσθυμίας, ακόμα και από μian έκδηλη καταθλιπτική τάση, η οποία δεν εμφανίζεται σαν κλινική μορφή.

- β. Οι βαριές μορφές εκδηλώνονται, αντίθετα, με τον δραματικό και ανυποχώρητο χαρακτήρα μιας ανορεκτικής συμπεριφοράς, η οποία οδηγείται από μια βίαια αποφασιστικότητα, παρά τις καταστροφικές συνέπειες της σε ένα σώμα του οποίου η καχεξία ανακαλεί αναμφίβολα τον θάνατο. Οι βαριές αυτές μορφές -που θεωρούμε ότι εμφανίζονται όλο και πιο συχνά- θέτουν το πρόβλημα ανοχής από το περιβάλλον, ακόμα και το ιατρικό, που δεν επεμβαίνει παρά μόνο όταν δεν είναι πια δυνατό να γίνει διαφορετικά. Δεν είναι λοιπόν σπάνιο να γίνεται η εισαγωγή στο νοσοκομείο, με την ευκαιρία απώλειας των αισθήσεων ή κώματος, μιας κοπέλας που ζυγίζει λιγότερο από 30 κιλά και που ενδεχόμενα φέρει εσχαρές, και, συχνά, οιδήματα από την στέρηση βασικών ουσιών. Εκτός από την κωματώδη κατάσταση παρατηρούνται και άλλες διαταραχές της συνείδησης μέσα στα πλαίσια του τύπου υποξείας αποδιοργάνωσης, η οποία βιώνεται μέσα σε μian ατμόσφαιρα λίγο-πολύ διεγερτική. Και θυμίζει πολύ ορισμένες τοξικομανιακές μέθες. Αυτές οι βαριές μορφές δικαιολογούν μian αυστηρή παρακολούθηση από ειδικούς γιατί ο κίνδυνος του θανάτου είναι αναμφισβήτητος.
- γ. Στην κλασική μορφή της εφηβείας η έναρξη των διαταραχών τοποθετείται κλασικά ανάμεσα στο δωδέκατο και το εικοστό έτος της ηλικίας. Ορισμένοι προσπαθούν να εντοπίσουν, μέσα στο μεγάλο αυτό διάστημα, κλινικές μορφές. Μια πρόσφατη εργασία των Halmi Casper Goldberg και των συνεργατών του, εντόπισε σε μια ομάδα περισσότερων από 100 ασθενών, δυο

αιχμές της νόσου που παρουσιάζονται στη ηλικία των 14½ και 18 ετών. Το γεγονός αυτό, σύμφωνα με τους συγγραφείς, μάλλον αντιστοιχεί σε δυο περιόδους της εφηβείας κατά τις οποίες η εξάρτιση από την οικογένεια αλλάζει βαθύτατα. Από τη μελέτη των δυο υποομάδων προκύπτει ότι οι νεότερες ανόρεκτες παρουσιάζουν τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου και υποβάλλονται γρήγορα σε παρακολούθηση και θεραπεία, ενώ οι μεγαλύτερες, που εισάγονται στο νοσοκομείο αργότερα, παρουσιάζουν συνήθως συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία χρονολογούνται από παλιά, αλλά σε μικρό βαθμό. Οι ιδιαιτερότητες όμως αυτές δεν επιτρέπουν τους παραπάνω συγγραφείς, να μιλούν για ιδιαίτερες κλινικές μορφές, όπως γίνεται για το παιδί ή την ενήλικη γυναίκα.



- δ. Στην περίπτωση του παιδιού περιγράφεται συνήθως με τη προεφηβική μορφή που διαφέρει ελάχιστα από την κλασική μορφή. Με φοβική μορφή για ορισμένους συγγραφείς, με ψυχαναγκαστική μορφή για άλλους, η πρόγνωση της παιδικής ηλικίας είναι μάλλον απαισιόδοξη, κυρίως λόγω της ανάσχεσης της εφηβικής ανάπτυξης.

- ε. Η ανορεξία του βρέφους: είναι η ενεργητική άρνηση του παιδιού να δεχθεί την τροφή που του προσφέρει η μητέρα του. Συχνότατα η άρνηση είναι επιλεκτική και αφορά αποκλειστικά στο πρόσωπο της μητέρας του. Διακρίνεται στην σπανιότατη πρόιμη βασική ανορεξία, που εκδηλώνεται από τις πρώτες εβδομάδες της ζωής, μερικές φορές και από την πρώτη μέρα, και στη συνήθη μορφή που είναι η ανορεξία του δεύτερου εξάμηνου[15]
- στ. Η ανορεξία στον ηλικιωμένο: οι ανορεκτικές συμπεριφορές δεν είναι σπάνιες. Συχνά μαρτυρούν μια υπονοούμενη επιθυμία «για να ξοφλήσουν», σε άτομα που χωρίς να εμφανίσουν κατάθλιψη, με τη στενή έννοια του όρου, εξαιτίας της απομόνωσής τους, της απώλειας της ταυτότητάς τους και μερικές φορές λόγω πολλών σωματικών κακουχιών, χάνουν κάθε ελπίδα για το μέλλον τους.
- ζ. Η ψυχογενής ανορεξία της ενήλικης γυναίκας αξίζει να αποτελέσει ξεχωριστή κατηγορία. Πρέπει να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στις εφηβικές μορφές που παρατείνονται, με την ενηλικίωση, και στις πραγματικές μορφές ανορεξίας της ενήλικης γυναίκας που εμφανίζονται σε γυναίκες χωρίς προηγούμενο ιστορικό ανορεξίας, παντρεμένες με παιδιά. Η ανορεξία της ενήλικης παντρεμένης γυναίκας αντιστοιχεί σε μια στιγμή ιδιαίτερα έντονης παλινδρόμησης συχνά σαν αντίδραση σε ένα συναισθηματικό ή υπαρξιακό κλονισμό (θάνατος κάποιου συγγενή, εγκυμοσύνη). Η ανορεξία αυτή επισημαίνει τη βίαιη αποδιοργάνωση μιας προσαρμοσμένης, μέχρι τότε, προσωπικότητας, έστω και αν αυτή ήταν εύθραυστη και ελαττωματικά δομημένη.
- η. Διαχωρισμός ανάλογα με τη δομή της υποκείμενης προσωπικότητας. Συνήθως οι κλινικές μορφές περιγράφονται ανάλογα με την υποκείμενη προσωπικότητα, σύμφωνα με την γενικά αποδεκτή αντίληψη ότι η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι παρά ένα σύνδρομο που δεν προδικάζει τη δομή της προσωπικότητας στην οποία ριζώνει. Έτσι, η υστερική προσωπικότητα θεωρείται ως η συχνότερη και χαρακτηρίζεται, από κλινική άποψη, από την τάση για αυτάρεσκη επίδειξη της ισχύος. Αντίθετα, οι ψυχαναγκαστικές μορφές θα χαρακτηρίζονταν από τη τάση προς την αμφιβολία, προς την αγχώδη ανάκληση των ίδιων σκέψεων και προς την ένοχη, ιδιαίτερα όσον αφορά τις βουλιμικές κρίσεις. Οι φοβικές μορφές που

συναντώνται συχνά σε οριακές ηλικίες, οδηγούν σε μια μάλλον απαισιόδοξη πρόγνωση. Τέλος, ορισμένες εξαιρετικά βαριές μορφές που θα μπορούσαν να εξελιχθούν σε αυθεντικές σχιζοφρένιες, θα ονομάζονταν ψυχωσικές ή προ – ψυχωσικές. [13]

2.3.2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Τίθεται το ερώτημα μιας πραγματικής ανορεκτικής γραμμής συγγένειας, το οποίο στηρίζεται σε ορισμένες οικογενειακές παρατηρήσεις που μαρτυρούν περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας σε πολλές γενιές. Η G Rankow ισχυρίζεται ότι «ορισμένες καταστρεμμένες ζώνες της εικόνας του σώματος των ψυχωσικών και κάποιων ψυχοσωματικών ασθενών, αντιστοιχούν σε καταστρεμμένες ζώνες μέσα στην οικογενειακή δομή αυτών των ασθενών».



Photograph taken in 1935 of the grandmother of a patient attending our clinic in 1990. The photograph was taken when the grandmother was aged 15 and her weight had fallen to 5st 12lb (37kg). The current patient's family recognised the similarities between the grandmother's teenage illness and her granddaughter's current symptoms.

Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΡΕΚΤΗΣ

Το να προτάσσουμε την προγενέστερη προσωπικότητα των ανόρεκτων αντιστοιχεί στο να υπογραμμίζουμε την ύπαρξη ενός ιδιαίτερου οικογενειακού περιβάλλοντος. Πράγματι, αν και οι οικογένειες αυτές χαρακτηρίζονται συχνά σαν φυσιολογικές, φαινομενικά κοινότοπες, πολλές μελέτες απέδειξαν, εδώ και δέκα χρόνια περίπου, ότι πίσω από αυτό το προσωπείο φυσιολογικότητας κρύβεται μια αρκετά παθολογική οικογενειακή οργάνωση. Κατά τις πρώτες συνεντεύξεις με τον γιατρό, η οικογένεια αυτοπεριγράφεται, με ευαρέσκεια, σαν σχεδόν ιδανική, οικογένεια που δεν γνώρισε ποτέ το παραμικρό πρόβλημα, με τέλεια συνεννόηση ανάμεσα σε όλα τα μέλη της. Η ανόρεκτη κόρη ήταν συχνά το παιδί παράδειγμα που δεν προκάλεσε ποτέ το παραμικρό πρόβλημα στους γονείς του όσον αφορά την εκπαίδευση, την υγεία, τη συμπεριφορά και τη διατροφή, (ειδικά στην νηπιακή ηλικία). Με λίγα λόγια, τίποτα δεν άφηνε να προβλεφθεί μια τέτοια συμπεριφορά, φαίνεται να λένε οι γονείς που δε δέχονται να θεωρηθούν μέτοχοι αυτού που συμβαίνει. Πρέπει να πούμε πως οι οικογένειες αυτές, συνήθως αναδιπλωμένες μέσα στον εαυτό τους (η Bruch μιλάει για «εγωκεντρική ατμόσφαιρα του σπιτιού»), προσπαθούν πάντοτε να παρουσιάσουν μια ανεπίληπτη εικόνα. Αυτή η έγνοια της εμφάνισης, της τέλει εικόνας που παρουσιάζουν στους άλλους, συμβαδίζει με μια έλλειψη της εκφραστικότητας, της αυθεντικότητας στην έκφραση των αισθημάτων και, γενικά, των σχέσεων τους με τους άλλους. Η επιθετικότητα, η οργή, ακόμα και η σεξουαλικότητα, δεν συμπεριλαμβάνονται καθόλου ή ελάχιστα μόνο, στο φάσμα της έκφρασης και των σχέσεων των οικογενειών αυτών πράγμα που ισχύει και για τις εκδηλώσεις στοργής και τρυφερότητας (τόσο ανάμεσα στο ανδρόγυνο όσο και με τα παιδιά). Η θέση της ανόρεκτης ανάμεσα στα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας εκτιμάται κατά διάφορους τρόπους, ορισμένοι συγγραφείς ανακαλύπτουν ένα σημαντικό αριθμό από μοναχοκόρες, άλλοι, από πρωτότοκες κόρες, ενώ για τους Jeammet και συν., η θέση της δεύτερης ανάμεσα στις αδελφές εμφανίζεται ως η πιο εκτεθειμένη (37% στο δείγμα τους). Συμμεριζόμαστε την άποψη αυτή καθώς και τις υποθέσεις που αφορούν την αντιζηλία με μια αδελφή, κατά μερικά χρόνια μεγαλύτερη (αντιζηλία που ενδεχόμενα την συντηρεί και η μητέρα), αυτόν τον αδύνατο συναγωνισμό στο επίπεδο της θηλυκότητας, που συχνά συναντούμε στην καθημερινή μας πρακτική. Το γεγονός ότι οι οικογένειες αυτές βρίσκονται κάτω από την κυριαρχία των γυναικών υπογραμμίζεται από τους περισσότερους συγγραφείς. Η Bruch συσχετίζει τη διαπίστωση αυτή με την απουσία κοριτσιών

στις οικογένειες όπου υπάρχουν παχύσαρκα αγόρια. Μια κατάσταση που παρουσιάζεται συχνά είναι δύο ή τρία κορίτσια που ζουν με τη μητέρα τους και μερικές φορές με τη μητέρα της μητέρας τους, δίπλα σ' έναν πατέρα, που είναι ο μόνος αρσενικός εκπρόσωπος. Οι μητέρες, που συχνά περιγράφονται σαν ψυχρές, άκαμπτες, υπερπροστατευτικές, αποκαλύπτονται, σε βαθύτερη ανάλυση, πολύ καταθλιπτικές. Οι συγγραφείς επιμένουν από τη μια μεριά στη σχέση των μητέρων αυτών με την ίδια τους τη μητέρα, κι από την άλλη, στη θέση τους μέσα στο γονικό ζευγάρι. Ο Jeammet αναφέρει «διαταραχές ταύτισης ως προς την ίδια τους τη μητέρα» με την οποία η σχέση είναι πολύ αμφιθυμική «με μια προσπάθεια εξιδανίκευσης που δύσκολα κρύβει αυτό που βαθύτερα της προσάπτουν: μητέρα απρόσεκτη, χωρίς τρυφερότητα. Αυτή η διαταραχή ταύτισης με την ίδια την μητέρα τους, προκαλεί στις μητέρες των ανόρεκτων την αδυναμία να θεωρήσουν τον εαυτό τους σαν καλή μητέρα και, κατά συνέπεια, οδηγεί στην απάρνηση του παιδιού και στην ενοχή». Κατά τον Jeammet είναι η ενοχή αυτή, πηγή αγωνίας που γεννά φοβικούς και ψυχαναγκαστικούς μηχανισμούς, λόγω της ταύτισης με αυτόν που ασκεί βία, δηλαδή με το μητρικό Υπερεγώ. Έτσι, οι μητέρες αυτές προσπαθούν ασταμάτητα να αποδείξουν στον εαυτό τους πως η σχέση με το παιδί είναι καλή, ανταποκρινόμενες ή καλύτερα προλαμβάνοντας την παραμικρότερη εκδήλωση ανικανοποίησης από τη μεριά του παιδιού. Η διατροφή κατέχει την πρώτη θέση, σε αυτήν την προσπάθεια πρόκειται για μια αυτοματοποιημένη διατροφή που αποκλείει κάθε ευχαρίστηση, όπου «η υπέρμετρη χορήγηση τροφής επιτρέπει την παραγνώριση του αιτήματος του παιδιού για αγάπη». Έτσι αποκαθίσταται μια σχέση του τύπου της στοματικής ενσωμάτωσης όπου υπερεκτιμάται η τροφή. Αργότερα, το πολύ τελετουργικό οικογενειακό γεύμα θα παίξει σημαντικό ρόλο και ιδιαίτερα μέσα από κάποια πιεστική τυπικότητα, που λειτουργεί και γενικότερα για τους γονείς ως εγγύηση της οικογενειακής σταθερότητας και της εκπαίδευσης που χορηγήθηκε στο παιδί.

Εντύπωση προκαλεί η συχνότητα της παρουσίας της μητρικής γιαγιάς κάτω από την οικογενειακή στέγη ή τουλάχιστο στην άμεση γειτονία: συχνά επιβάλλει ολοφάνερα την βούληση της. Άλλες φορές, μπορεί να δίνει αρχικά την εντύπωση ότι βρίσκεται σε δεύτερη μοίρα, αν η κόρη της εμφανίζεται ως αρκετά αυταρχική, αλλά η γιαγιά πρόθυμα την υποτιμά σαν ακατάλληλη (στο μητρικό της ρόλο) απέναντι στην ανόρεκτη.

Το παιδί αντιλαμβάνεται πολύ γρήγορα την αγωνία της μητέρας του, έτσι ώστε να αισθάνεται υποχρεωμένο να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις της, όχι μόνο τις διατροφικές, γιατί αλλιώς νομίζει ότι κινδυνεύει να την «χάσει». Η Η. Bruch μιλά για την «εύκολη αποδοχή που έγινε τρόπος ζωής τους» που την συνδέει με το γεγονός ότι «η ενθάρρυνση και ενίσχυση της προσωπικής έκφρασης ήταν ανεπαρκείς». Ορισμένοι συγγραφείς αναφέρονται στην επίδραση που έχουν οι δυσχέρειες που οι μητέρες των ανόρεκτων έχουν με το ίδιο τους το σώμα είτε είναι λίγο παχύσαρκες, είτε αντίθετα «υπερθηλυκές», προσέχουν πολύ και ελέγχουν τη διατροφή τους και το βάρος τους και δεν αποτελούν ικανοποιητικό και/ή προσιτό μοντέλο ταύτισης.

Στο συζυγικό επίπεδο, οι μητέρες αυτές παρουσιάζονται συχνά σαν ανικανοποίητες, ανασταλμένες στην σεξουαλική συμπεριφορά τους, απογοητευμένες ως προς τις διανοητικές προσδοκίες και δυνατότητες τους. Συνεπώς ανατίθεται στο ανόρεκτο παιδί η φροντίδα να τις αποζημιώσει για τις απογοητεύσεις τους. Στοιχείο ναρκισσικής πληρότητας η κόρη αυτή χάνει κάθε δυνατότητα να έχει αυτόνομες επιθυμίες. Αν οι μητέρες των ανόρεκτων δεν εκφράζουν αυτό το αίσθημα προσωπικής θυσίας, το συναίσθημα αναφέρεται συχνά από τις άρρωστες, ιδίως, όταν προέρχονται από φτωχές οικογένειες, μιλούν για μια θυσία διατροφής: «Η μητέρα μας στερούνταν συχνά για να μπορούμε εμείς να τρώμε κανονικά» λέει η S.

Σχετικά με το θέμα αυτό, σε μια πρόσφατη ερευνά τους, οι Buvat και Buvat-Herbaut, δεν βρίσκουν να υπάρχει στη Γαλλία μια σαφής υπεροχή της ψυχογενούς ανορεξίας, όπως γενικά είναι παραδεκτό, στις κοινωνικά και πολιτιστικά εύπορες τάξεις.

Οι συγγραφείς της μελέτης *Η πείνα και το σώμα* επιμένουν στο βίωμα του ευνουχισμού που έχουν οι μητέρες κατά τη διάρκεια της ασθένειας του παιδιού τους, βίωμα που αντανακλά τη λειτουργία που εκπλήρωνε, προηγουμένως, το παιδί αυτό απέναντι τους.

Ο πατέρας των ανόρεκτων περιγράφεται, μερικές φορές, σαν απών, σαν ανύπαρκτος. Στην πραγματικότητα φαίνεται ότι, ακόμη και αν είναι παρών στον οικογενειακό σχηματισμό (δεν μπορεί να μιλήσει κανείς εδώ για αποκλεισμό), τον παραμερίζουν ή θέτει ο ίδιος τον εαυτό του στο περιθώριο και θεωρείται από τη μητέρα ανάξιος σε ό,τι αφορά τους ρόλους του πατέρα και του συζύγου. Όσο πετυχημένος και αν είναι κοινωνικά και επαγγελματικά περιγράφεται συνήθως

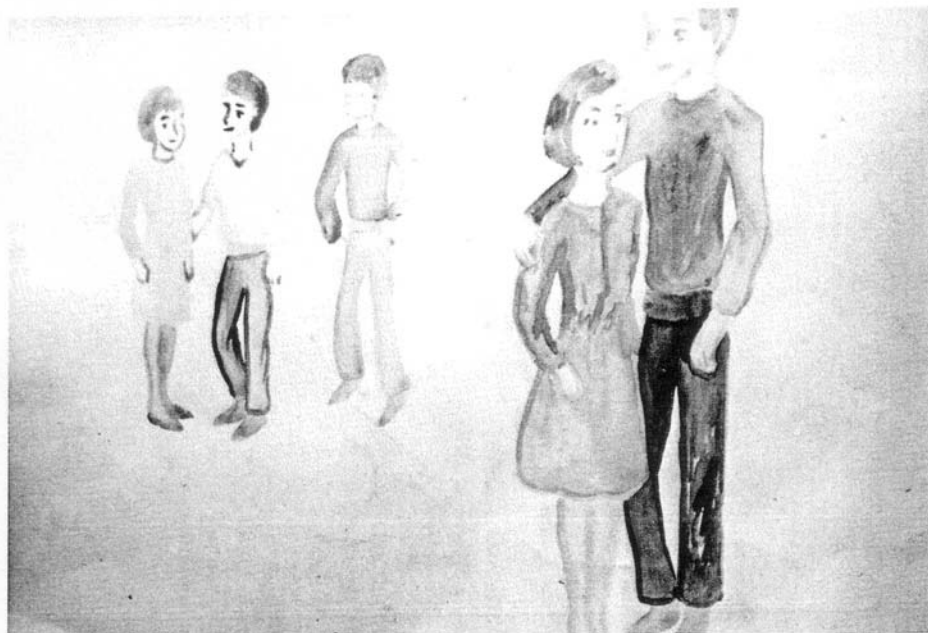
σαν υποταγμένος και παθητικός μέσα στον οικογενειακό κύκλο. Οι E.J. Kestemberg και S. Decobert μιλούν για «μητράζοντες» («maternises») πατέρες που «επενδύονται τον ρόλο της «καλής μητέρας» σε περίπτωση ανοικτής ή υπολανθάνουσας ρήξης» πατέρες που, σε τελευταία ανάλυση, παρουσιάζονται περισσότερο σαν «τμήμα ή συμπλήρωμα της μητέρας παρά σαν αντικείμενο μιας γενετήσιας οιδιπόδειας επένδυσης». Συχνά, γοητευμένοι από το σύνδρομο της ανορεξίας, προσπαθούν ασυνείδητα να αγνοήσουν την αξία του θέλγητρου αυτής της γοητείας.

Οι απόψεις αυτές πρέπει να ερμηνευθούν με την μεγαλύτερη δυνατή προσοχή κυρίως διότι θέλουν να δείξουν πόσο η παθολογική συμπεριφορά του ανόρεκτου παιδιού ενσωματώνεται σε ολόκληρη τη δυναμική των σχέσεων της οικογένειας, η οποία και πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στο θεραπευτικό επίπεδο.[13]

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε (βλ. Παράρτημα 3), «Ο ρόλος και η επιρροή της οικογένειας στην νευρική ανορεξία :η αντίληψη των Βρετανίδων και Ιταλίδων μανάδων») παρουσιάζεται η υπόθεση ότι οι διαφορετικές πολιτιστικές επιρροές και το διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο μπορεί να επηρεάσει την λειτουργία της οικογένειας στην νευρική ανορεξία. Οι μητέρες των Βρετανίδων και Ιταλίδων παιδιών και ενήλικων με νευρική ανορεξία συμπλήρωσαν το FAD (Οικογενειακή συμβουλή διατροφής).

Οι Βρετανίδες μητέρες αντιλαμβάνονται και θεωρούν την οικογενειακή τους επικοινωνία λιγότερο υψηλή από ότι οι Ιταλίδες μητέρες. Αντιθέτως, οι Ιταλίδες μητέρες θεωρούν τις οικογενειακές συμπεριφορές και μεθόδους ελέγχου λιγότερο υψηλές από ότι οι Βρετανίδες μητέρες.

Τα αποτελέσματα αυτά μπορούν να ερμηνευτούν αν αναλογιστούμε τις διαφορές μεταξύ Ιταλίδων και Βρετανίδων μητέρων όσον αφορά τη διαφορετική αντίληψη και τη διαφορετική ερμηνεία της έννοιας του «ρόλου» της οικογένειας δίνοντας ξεκάθαρα την βρετανική έμφαση στην ανεξαρτησία και την ιταλική έμφαση στην δεμένη οικογενειακή ζωή. Έχει προταθεί ότι αυτές οι διαφορετικές κουλτούρες (πολιτισμικές διάφορες) μπορεί να έχουν διαφορετική επίδραση στην ψυχογενή ανορεξία.



(b) This newly admitted patient painted her family. She showed herself allied with her husband and distanced from her parents. As she regained weight she began to paint herself moving towards her parents and away from her husband — a process that mirrored her changing needs at this time.

Αυτή η έρευνα εξέτασε όπως προαναφέρθηκε διαφορές πολιτιστικού, μορφωτικού επιπέδου όσον αφορά την επιρροή και τον ρόλο της οικογένειας όταν υπάρχει ένα παιδί ή ενήλικας με νευρική ανορεξία, συγκρίνοντας τις αλληλεπιδράσεις Βρετανίδων και Ιταλίδων μανάδων.

Οι Βρετανίδες μητέρες ανέφεραν ότι είχαν λιγότερο ουσιώδη συμμετοχή στην επικοινωνία και λιγότερο ξεκάθαρο ρόλο στην οικογένεια, ενώ οι Ιταλίδες μητέρες θεωρούν τις οικογένειες τους ότι είναι λιγότερο ικανές να εγκαθιδρύσουν κανόνες συμπεριφοράς ακόμα και όταν ελέγχθηκαν για άλλες διαφορές μεταξύ ομάδων της ίδιας τους της κοινωνίας (π.χ. ηλικία, βάρος, ύψος).

Το συμπέρασμα ότι οι Βρετανίδες μητέρες αντιλαμβάνονται την οικογενειακή τους επικοινωνία ως λιγότερο υγιή επιβεβαιώνει την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία η οποία ανέφερε τις διαφορές μεταξύ αυτών των δυο πολιτισμικών, μορφωτικών ομάδων (π.χ. Οι McGill και McGill είχε παρατηρήσει ότι οι Αγγλόφωνοι είναι λιγότερο ικανοί να επικοινωνήσουν, ειδικά σε συναισθηματικό επίπεδο από τους Ιταλούς για τους οποίους αυτό δεν είναι καθόλου δύσκολο, Rotunno και McGoldrick 1982).

Η βρετανική έμφαση στην ανεξαρτησία (McGill και McGill) μπορεί να εμποδίσει την μεταβίβαση των ξεκάθαρων ρόλων, με σκοπό να δώσουν στα μέλη της οικογένειας τους περισσότερη ελευθερία να αποφασίσουν για τη ζωή τους.

Άλλες κλινικές θεωρίες που αφορούν το ρόλο της οικογένειας και την επιρροή της σε καταστάσεις διατροφικών διαταραχών έχουν εστιάσει σε όλη την οικογένεια, τη σημαντικότητα και τις αλληλεπιδράσεις της.

Η αλληλεπίδραση οικογενειακών σχεδίων περιλαμβάνει φτωχό, κακό καταμερισμό μεταξύ των γονέων όσον αφορά τις ευθύνες και τις λύσεις των προβλημάτων καταπίνοντας και απαλείφοντας το δικαίωμα της επικοινωνίας, τον σχηματισμό συνασπισμού έναντι τρίτου μέλους της οικογένειας. Οι μητέρες φαίνονται τόσο επιθετικές όσο και υπερπροστατευτικές, ενώ οι πατέρες φαίνονται συναισθηματικά απόντες. Σύμφωνα με τους Minuchin, Rosman και Baker 1978 οι ανορεκτικές οικογένειες χαρακτηρίζονται από συγκρουσιακή αποφυγή και έλλειψη λύσεων που αφορούν προβλήματα τα οποία έχουν αποδειχθεί ως άλυτα.

Πρόσφατα έχει γίνει παραδεκτό ότι τα οικογενειακά χαρακτηριστικά πρέπει να περιλαμβάνονται σαν ένας από τους παράγοντες σε ένα σύστημα πολυγεγονότων (πολυπαραγόντων) τα οποία ευθύνονται για την ανάπτυξη και διατήρηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Η οικογενειακή θεραπεία γίνεται γενικά αποδεκτή ως εργαλείο της θεραπείας των άρρωστων με νευρική ανορεξία [24]. (βλ. παράρτημα 3)

2.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Το να ψάχνει κανείς μια και μοναδική αιτία για την πρόκληση της νευρικής ανορεξίας είναι ανούσια διαδικασία. Αν εξετάζαμε το φαινόμενο της νευρικής ανορεξίας μόνο σε σχέση με την έφηβη, η οποία δοκιμάζεται για εναπόθεση παραπανίσιου βάρους, τότε γιατί οι υπόλοιπες έφηβες οι οποίες εμφανίζουν επίσης τάση (υποθετική ή πραγματική) για εναπόθεση βάρους δεν βρίσκονται στην ίδια κατάσταση που οδηγεί στα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας. Και γιατί πολλά αγόρια ή ενήλικες εμφανίζουν ψυχογενή ανορεξία; Για παράδειγμα πιστεύεται ότι οι έφηβες κοπέλες οι οποίες προέρχονται από εγωκεντρικές, παθολογικής δομής, οικογένειες, βιώνουν την ψυχογενή ανορεξία ως αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης. Παρολα αυτά όμως πολλοί νέοι που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία δεν

προέρχονται από οικογένειες που χαρακτηρίζονται από τις διαταραχές που προαναφέρθηκαν και οι οποίες θεωρούνται αιτία πρόκλησης της πάθησης. Είναι φανερό πως οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι πολυπαραγοντικές με ένα πλούσιο εύρος αιτιών πρόκλησης. Γενετικοί, βιολογικοί, τύποι προσωπικότητας, ψυχολογικοί, οικογενειακοί, κοινωνικό-πολιτισμικοί παράγοντες είναι όλοι πιθανά αίτια πρόκλησης της ψυχογενούς ανορεξίας.

Εκτενέστερα, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε το γεγονός ότι μια διατροφική διαταραχή δεν αφορά μόνο μια συγκεκριμένη στιγμή αλλά και μια κατάσταση η οποία θα μπορούσε να είναι εξαιρετικά επείγουσα. Οι διατροφικές διαταραχές οι οποίες εξελίσσονται στο χρόνο θα μπορούσαν να έχουν τις ρίζες τους στην γέννηση του ατόμου ενώ κάποιες άλλες είναι επίκτητες στη διάρκεια της ζωής και κάποιες μπορεί να εμφανιστούν σε προχωρημένη ηλικία.

Ως εκ τούτου, είναι φανερό ότι θα πρέπει να διαχωρίσουμε τα αίτια α) σε εκείνα τα οποία προηγούνται του γεγονότος και αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την εμφάνιση της νόσου (predisposing factors), β) σε εκείνα που είναι πιο επείγοντα (precipitating factors) καθώς πυροδοτούν την εμφάνιση της νόσου και, γ) σε αυτά τα οποία εξυπηρετούν τη διατήρηση της νόσου (perpetuating factors).[35]

2.4.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα ενδογενή οπιούχα μπορεί να συμβάλουν σε άρνηση της πείνας εκ μέρους ασθενών με ψυχογενή ανορεξία. Προκαταρτικές μελέτες δείχνουν ότι η χορήγηση ουσιών ανταγωνιστικών προς τα οπιούχα επιφέρει δραματική αύξηση στο βάρος ορισμένων ασθενών. Η λιμοκτονία προκαλεί πολλές βιοχημικές μεταβολές, μερικές από τις οποίες είναι επίσης παρούσες στη κατάθλιψη, όπως η υπερκορτιζολαιμία και η μη καταστολή με φεξαμεθαζονη. Η θυρεοειδική λειτουργία επίσης καταστέλλεται. Οι ανωμαλίες αυτές αναστρέφονται με την επαναδιατροφή. Η λιμοκτονία προκαλεί επίσης αμηνόρροια που αντανακλά χαμηλά επίπεδα ορμονών (προγεστερονικών, θυλακιοτρόπων και γοναδοτρόπων). Ωστόσο, μερικές γυναίκες οι οποίες πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία παρουσιάζουν αμηνόρροια πριν ακόμη σημειωθεί σημαντική απώλεια βάρους. Μερικές μελέτες με αξονική τομογραφία (CT) δείχνουν αυξημένους χώρους ENY (διογκωμένοι αύλακες και κοιλίες) κατά τη διάρκεια της λιμοκτονίας, ένα εύρημα που αναστρέφεται με την αύξηση του βάρους. Σε μια τομογραφική μελέτη εκπομπής ποζιτρονίων (PET), ο μεταβολισμός στον

ουραίο πυρήνα ήταν υψηλότερος κατά την ανορεκτική φάση από ότι κατά τη φάση της επαναδιατροφής. [31]

2.4.2 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στις μέρες μας αποτελεί ένα απράνταχτο στοιχείο το γεγονός ότι οι γενετικοί παράγοντες συνδέονται στενά με τις διατροφικές διαταραχές. Αυτά τα στοιχεία προέρχονται από μελέτες σε οικογένειες και από μελέτες σε δίδυμους.

Μια σειρά από πολύ καλά σχεδιασμένες μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σημαντικός συσχετισμός του γενεαλογικού δένδρου με τις διατροφικές διαταραχές. Η ανορεξία και η βουλιμία διαφαίνεται να συμβαίνουν πολύ πιο συχνά σε συγγενείς πρώτου βαθμού εκείνων που πάσχουν από τέτοιου είδους διαταραχές συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Η εμφάνιση είναι μέχρι και 8 φορές μεγαλύτερη σε σύγκριση με τον μεγαλύτερο αριθμό εμφάνισης τέτοιων περιστατικών σε πληθυσμιακές μελέτες. Μελέτες που αφορούν δίδυμα έχουν μεγαλύτερη σημασία από ότι μελέτες που αφορούν οικογένειες καθώς εστιάζουν αποκλειστικά στο γενετικό στοιχείο ενώ μελέτες που αφορούν το γενεαλογικό δέντρο δεν μπορούν να διαχωρίσουν τόσο καλά το περιβαλλοντικό στοιχείο. Μελέτες που αφορούν δίδυμα εστιάζουν στη διαφορά σε συσχετισμό μεταξύ των μονοζυγωτικών και δυζυγωτικών δίδυμων. Ο συσχετισμός για την νευρική ανορεξία στα μονοζυγωτικά δίδυμα είναι περί τις 10 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με τα δυζυγωτικά δίδυμα. [35]



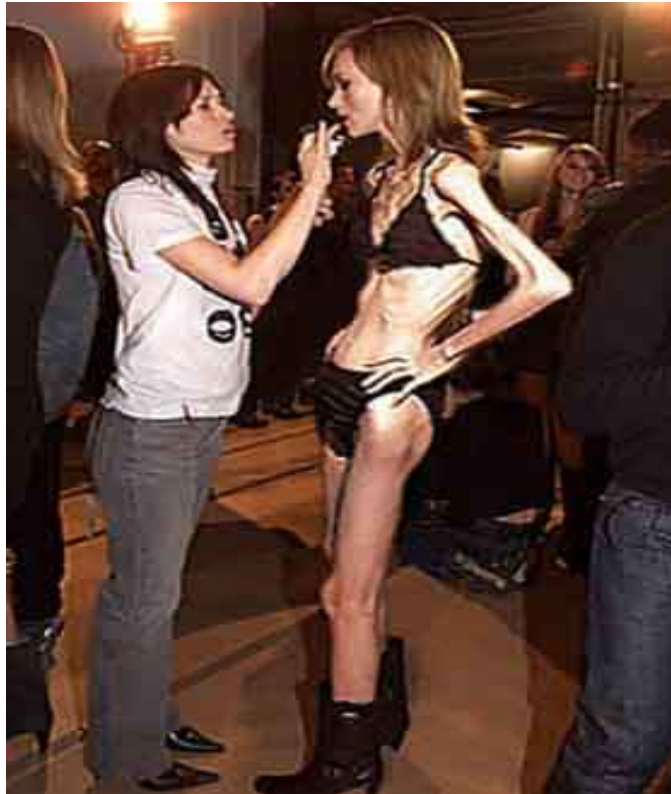
2.4.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η ψυχογενής ανορεξία δείχνει να αποτελεί αντίδραση κάποιων έφηβων στις απαιτήσεις που προβάλλει επάνω τους η κοινωνία, απαιτήσεις που αφορούν

περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα οι ασθενείς με τη διαταραχή υποκαθιστούν τις άλλες φυσιολογικές εφηβικές επιδιώξεις με την ενασχόληση με θέματα διατροφής και βάρους. Η ενασχόληση τους αυτή παίρνει τη μορφή ιδεοληψίας.

Τυπικά στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία λείπει η αίσθηση αυτονομίας και ατομικότητας. Πολλοί από αυτούς αισθάνονται ότι κατά κάποιον τρόπο τα σώματα τους ελέγχονται από τους γονείς τους. Η «αυτό – λιμοκτονία» τους ίσως αποτελεί μια προσπάθεια να αποκτήσουν αναγνώριση ως μοναδικά και ιδιαίτερα άτομα. Μόνο μέσα από πράξεις υπερβολικής αυτοπειθαρχίας μπορεί ένας ανορεκτικός άρρωστος να αναπτύξει την αίσθηση της αυτονομίας και της ατομικότητας.

Ψυχαναλυτικοί κλινικοί που θεραπεύουν ανορεκτικούς συμφωνούν γενικά ότι αυτοί οι νεαροί άρρωστοι δεν έχουν καταφέρει να χωριστούν ψυχολογικά από τις μητέρες τους. Το σώμα μπορεί να εκλαμβάνεται ως το κατοικούμενο από το ενδοβλημένο «αντικείμενο» μιας διεισδυτικής μητέρας. Η λιμοκτονία, λοιπόν, μπορεί να αποσκοπεί ασυνείδητα στην αναστολή της ανάπτυξης ενός εσωτερικού «αντικειμένου» το οποίο έχει διεισδύσει μέσα τους και το οποίο με αυτό τον τρόπο καταστρέφουν. Συχνά, στην αλληλεπίδραση του ασθενούς και της οικογένειας του παρεμβαίνει η διεργασία της προβολικής ταυτοποίησης. Πολλοί ανορεκτικοί ασθενείς αισθάνονται ότι οι στοματικές τους επιθυμίες είναι άπληστες και απαράδεκτες. Για αυτό οι επιθυμίες αυτές αποδοκιμάζονται. Οι γονείς αντιδρούν στην άρνηση διατροφής με το να γίνονται μανιώδεις ως προς το εάν ο άρρωστος τρώει. Ο άρρωστος τότε θεωρεί είναι οι γονείς του αυτοί που τρέφουν τις απαράδεκτες επιθυμίες, όποτε μπορεί προβολικά να τους αποδοκιμάζει: Άλλοι είναι αδηφάγοι και κυβερνώνται από την επιθυμία, όχι ο ίδιος. [31]



2.4.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

Κάποια καλύτερη κατανόηση των διατροφικών διαταραχών προκύπτει αν μελετήσουμε το ταμπεραμέντο, την προσωπικότητα καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αυτά κάνουν ένα νεαρό άτομο προσεγγίσιμο σε εν δυνάμει πιέσεις. Αυτή η φιλολογία είναι γεμάτη από αναφορές στο γεγονός ότι η νευρική ανορεξία είναι γεμάτη από ασυνήθιστες ευαισθησίες και *ακραίες* προσωπικότητες. Οι γονείς των ανορεξικών παιδιών και έφηβων τείνουν να περιγράψουν αυτά τα παιδιά ως παιδιά με «τέλεια» προηγούμενη συμπεριφορά. Αναφέρεται ότι αυτά τα παιδιά πάντα είχαν καλή συμπεριφορά, ήταν δημοφιλή και πολύ επιτυχημένα. Ο Silverman, ένας Αμερικανός παιδίατρος, περιέγραψε αυτά τα παιδιά ως «παθολογικά συμβατά». Υπάρχει μια υπολογίσιμη λεπτομέρεια σε αυτά τα παιδιά η οποία περιγράφεται ως «high achieving» (Lask, 1985) το οποίο αναπτύσσει ανεξήγητα φυσικά συμπτώματα σε στρεσογόνο περίοδο. Αυτό που αυτές οι δυο ομάδες έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό είναι η ικανότητα να εκφράζουν αρνητικά συναισθήματα όπως θυμό, μελαγχολία ή άγχος. Είναι σαν να μην πρέπει να δείξουν αδυναμία ή ότι δεν είναι τέλει και ότι σε στρεσογόνες καταστάσεις δεν νιώθουν καλά. Πάντως αυτή η

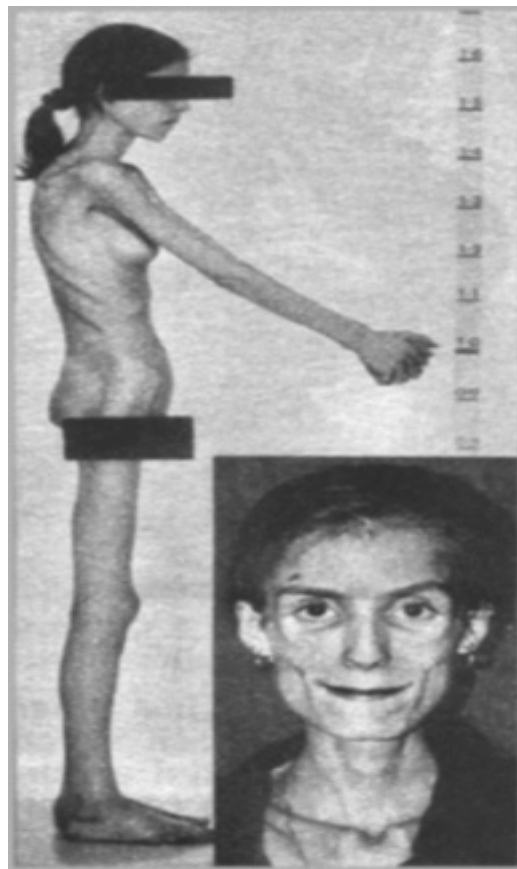
τελειομανής προσωπικότητα των ανθρώπων με νευρική ανορεξία θα μπορούσε να θεωρηθεί ένας σημαντικός παράγοντας εξήγησης της μανίας τους με το να διατηρούν πολύ χαμηλό το σωματικό τους βάρος.

Ένα αρκετά κοινό χαρακτηριστικό είναι εκείνο του χαμηλού επιπέδου αυτοσεβασμού (Button, Sonuga, Barke, Davies & Thompson, 1996, Lilenfeld και συν., 1998). Πραγματικά τα παιδιά με νευρική ανορεξία τα οποία έχουμε παρατηρήσει ότι εμφανίζονται έχοντας μια πολύ φτωχή αυτοεκτίμηση, θεωρούν τον εαυτό τους αποτυχημένο, κακό, και ανάξιο. Μια τέτοια αντίληψη μπορεί εν μέρει να εκβιάζεται από την τάση τελειομανίας που έχουν, το οποίο θέτει τόσα υψηλά στάνταρ όπου η αποτυχία να είναι απαγορευτική. Τα χαρακτηριστικά αυτά στην νευρική βουλιμία είναι τελείως διαφορετικά.[35]

2.4.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κάθε μοντέλο που θα χρησιμοποιούνταν για την αιτιολόγηση της νευρικής ανορεξίας θα ήταν ανολοκλήρωτο αν δεν μπορούσε να δώσει την κατάλληλη απάντηση στο ερώτημα γιατί αυτή εμφανίζεται έντονα σε γυναίκες των αναπτυγμένων δυτικών κοινωνιών. Είναι πλέον αρκετά αναγνωρισμένο ότι η πολιτιστική πίεση σε μια γυναίκα να είναι λεπτή είναι ένας σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη της διατροφικής διαταραχής. Το να είσαι λεπτή έχει γίνει πλέον συνώνυμο με το να είσαι καλή σε μια κοινωνία και τα νέα παιδιά δεν εξαιρούνται πια από αυτή την ενασχόληση. Οι Hill, Oliver, και Rogers (1982) έχουν δείξει ότι ακόμη και 6χρονα και 9χρονα δείχνουν έντονο ενδιαφέρον για το βάρος τους και το σχήμα του σώματος τους. Διάφοροι θεωρητικοί «ριζοσπαστικοί» ψυχίατροι έχουν τοποθετήσει αυτό το γεγονός στην κορυφή των αναλύσεων τους και έχουν παρατηρήσει τις διατροφικές διαταραχές σε σχέση με την γενικότερη πολιτιστική ενασχόληση, με την λεπτότητα και με τη θέση της γυναίκας ως έκθεμα. Ο πολιτιστικός ιστορικός Brumberg (1988) έχει σημειώσει παράλληλα με την παραπάνω ερμηνεία: «η δίαιτα της γυναίκας και η ενασχόληση της με το βάρος ήταν κάποτε άνευ σημασίας ή λειτουργούσε ως μάσκα για να κρύψει ένα άλλο πολύ σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα και άρα αποτελούσε επικάλυψη μιας άλλης προβληματικής συμπεριφοράς». Οι περισσότερες έφηβες κοπέλες και οι περισσότερες γυναίκες ζουν με μια αίσθηση ανασφάλειας για το σώμα τους, αλλά χωρίς αυτό να σημαίνει ότι φτάνουν πάντα σε καταστροφικές λιμοκτονίες. Το

γεγονός ότι οι διατροφικές διαταραχές παρατηρούνται σε κοινωνίες στις οποίες η λεπτότητα αποτελεί αξία ενώ είναι πολύ αραιό φαινόμενο στις κοινωνίες όπου η παχυσαρκία αποτελεί αξία, προσθέτει την παρατήρηση ότι η κοινωνία παίζει έναν σημαντικό ρόλο στην γένεση της διαταραχής. Αυτή η παρατήρηση ενισχύεται από την παρατήρηση ότι οι μετανάστες σε δυτικές κοινωνίες δεν αναπτύσσουν οι ίδιοι διατροφικές διαταραχές, οι κόρες τους όμως φαίνεται να εμφανίζουν τα ίδια συμπτώματα και στην ίδια ένταση που τα εμφανίζουν άτομα του ενδογενή πληθυσμού. Εν κατακλείδι, αναφέρεται η πραγματικότητα ότι «στο πέρασμα της ιστορίας οι γυναίκες ασχολούνταν με το να ταΐζουν τους άλλους ενώ παράλληλα απαρνιόντουσαν τον εαυτό τους» (Orbach, 1986) Κάποτε ήταν μια οικονομική αναγκαιότητα, τώρα αποτελεί κοινωνική απαίτηση. Το φαινόμενο των διατροφικών διαταραχών σταδιακά αυξάνεται. Η υπόθεση είναι ότι η γυναίκα η οποία υποβάλλεται σε αυστηρές δίαιτες στην πραγματικότητα επιδιώκει σκληρά να μετατρέψει το σώμα της σε μια προσπάθεια να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του ρόλου της όπως αυτός διαμορφώνεται τον 20 αιώνα. [35]



2.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι διαφόρων τύπων διαταραχές πρόσληψης τροφής που έχουν αναφερθεί αφορούν έφηβους και νεαρής ηλικίας σπουδαστές σε ποσοστό μέχρι 4 %. Η ψυχογενής ανορεξία αναφέρεται πιο συχνά τις τελευταίες δεκαετίες από ότι στο παρελθόν, με αυξανόμενες διαφορές της διαταραχής σε κορίτσια και σε άνδρες ευρισκόμενα σε πριν την ήβη ηλικία. Η συχνότερα εμφανιζόμενη ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας είναι το μέσο της εφηβείας, αλλά για ένα ποσοστό ανορεκτικών ασθενών που (το οποίο φτάνει μέχρι και το 5%) τοποθετείται στα πρώτα χρόνια της 3^{ης} δεκαετίας (από τα 20 έως τα 25 έτη). Υπολογίζεται ότι η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται στο 0,5 με 1% των εφήβων θηλέων. Εμφανίζεται 10–20 φορές συχνότερα στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες. Εκτιμήσεις αναφέρουν ότι η συχνότητα νεαρών γυναικών με κάποια συμπτώματα ψυχογενούς ανορεξίας τα οποία όμως δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια προσεγγίζει το 5%. Αν και αρχικά είχε αναφερθεί ότι η διαταραχή είναι συχνότερη στις ανώτερες τάξεις, πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες δεν δείχνουν μια τέτοια διασπορά. Φαίνεται ότι είναι πιο συχνή στις αναπτυγμένες χώρες και μπορεί να απαντά πιο συχνά μεταξύ νέων γυναικών οι οποίες ασκούν επαγγέλματα που απαιτούν ισχύτητα, όπως, για παράδειγμα, μόντελινγκ και μπαλέτο.[31]



2.6 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας επιπλέκεται λόγω της άρνησης των συμπτωμάτων από τον άρρωστο, τη μυστικοπάθεια με την οποία περιβάλλει τις παράξενες «τελετουργίες» πρόσληψης τροφής και της αντίστασης του στην αναζήτηση βοήθειας. Έτσι ίσως αποδειχθεί δύσκολο να σημειωθεί ο μηχανισμός της απώλειας βάρους και ο συνοδός μηρυκασμός σκέψεων του άρρωστου σχετικά με την εικόνα του σώματος του.

Ο κλινικός ιατρός πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο άρρωστος δεν πάσχει από κάποια σωματική νόσο που μπορεί να είναι υπεύθυνη για την απώλεια βάρους (π.χ. όγκο του εγκεφάλου ή καρκίνο). Απώλεια βάρους, περίεργες συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής και εμετοί μπορεί να παρουσιαστούν σε διάφορες ψυχικές διαταραχές. Οι καταθλιπτικές διαταραχές και η ψυχογενής ανορεξία έχουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά, όπως καταθλιπτική διάθεση, κλάματα, διαταραχές ύπνου, ιδεοληπτικούς μηρυκασμούς και μερικές φορές αυτοκτονικό ιδεασμό. Ωστόσο και οι δυο διαταραχές έχουν και αρκετά χαρακτηριστικά που τις διακρίνουν. Γενικά,

ένας ασθενής με καταθλιπτική διαταραχή έχει μειωμένη όρεξη, ενώ ένας ασθενής με ψυχογενή ανορεξία ισχυρίζεται ότι έχει κανονική όρεξη και αισθάνεται πείνα. Μόνο σε προχωρημένα στάδια της ψυχογενούς ανορεξίας ο ασθενής παρουσιάζει πραγματικά μειωμένη όρεξη. Σε αντίθεση με την ανησυχία της κατάθλιψης, η υπερκινητικότητα που εμφανίζεται στην ψυχογενή ανορεξία είναι σχεδιασμένη και τελετουργική. Η υπερβολική ενασχόληση με το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών και τις συνταγές καθώς και η παρασκευή επιτηδευμένων συμποσίων αποτελούν τυπική συμπεριφορά ανορεξικού ατόμου και δεν ανευρίσκεται σε πάσχοντες από καταθλιπτική διαταραχή. Σε περιπτώσεις καταθλιπτικών διαταραχών άλλωστε οι ασθενείς δεν παρουσιάζουν ούτε έντονο φόβο της παχυσαρκίας ούτε αφύσικη αντίληψη της εικόνας του σώματος τους, όπως συμβαίνει στους ανορεξικούς.

Διακυμάνσεις του βάρους, εμετοί και περίεργη συμπεριφορά έναντι της τροφής μπορεί να παρουσιαστούν και στη σωματοποιητική διαταραχή. Σπάνιες είναι οι περιπτώσεις στις οποίες ένας άρρωστος πληρεί τα διαγνωστικά κριτήρια τόσο για σωματοποιητική διαταραχή όσο και για ψυχογενή ανορεξία. Σε μια τέτοια περίπτωση πρέπει να διαγνωστούν και οι δυο διαταραχές. Γενικά, η απώλεια βάρους στη σωματοποιητική διαταραχή δεν είναι τόσο σοβαρή όσο στη ψυχογενή ανορεξία, ούτε ο πάσχων από αυτή εκφράζει νοσηρό φόβο ότι θα γίνει υπέρβαρος, όπως συνήθως συμβαίνει στον ασθενή με ψυχογενή ανορεξία. Αμηνόρροια για τρεις ή παραπάνω μήνες είναι ασυνήθης στη σωματοποιητική διαταραχή.

Παραληρητικές ιδέες γύρω από τη τροφή στη σχιζοφρένια σπάνια περιλαμβάνουν το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών. Άρρωστος με σχιζοφρένια σπάνια υπερασχολείται με το φόβο μήπως γίνει παχύσαρκος και δεν έχει την υπερκινητικότητα που παρουσιάζει άρρωστος με ψυχογενή ανορεξία. Σχιζοφρενικοί άρρωστοι έχουν παράξενες συνήθειες πρόσληψης τροφής και όχι το πλήρες σύνδρομο της ψυχογενούς ανορεξίας.

Η ψυχογενής ανορεξία πρέπει να διακρίνεται από τη ψυχογενή βουλιμία, μια διαταραχή στην οποία εμφανίζονται επεισόδια υπερφαγίας – ακολουθούμενα από καταθλιπτική διάθεση, ιδέες αναξιότητας και προκλητούς εμετούς – ενώ οι άρρωστοι διατηρούν το βάρος τους σε φυσιολογικά επίπεδα. Επιπλέον, στην ψυχογενή βουλιμία ο άρρωστος σπάνια έχει 15% απώλεια βάρους. Οι δύο καταστάσεις συνήθως συνυπάρχουν.[31] (βλ. παράρτημα 1 πίνακας 1.2)

2.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μοντέλο του ψυχοσωματικού συμπτώματος για ορισμένους, η ψυχογενής ανορεξία εμπλέκει τον θεραπεύοντα με τις ενγενείς δυσκολίες της αντιμετώπισης αυτού του είδους της ψυχικής παθολογίας, της οποίας η ιδιαιτερότητα είναι ότι εκφράζεται, πρωτίστως, σε σωματικό επίπεδο. Η διάσταση που παίρνει η μη αναγνώριση της νόσου από τον ασθενή, κατά τη διάρκεια των κρίσεων προστίθεται στις παραπάνω δυσκολίες. Ο Laxenaire αναφέρεται στον γιατρό που συνήθως έχει να αντιμετωπίσει μια «νεαρή κοπέλα η οποία μόλις έφθασε στην εφηβεία, είναι ενοχλητικά αδύνατη γιατί δεν έχει πια όρεξη, αρνείται να παραδεχθεί την οφθαλμοφανή κατάστασή της και, καταφεύγει σε μια διακριτικά αυθάδη σιωπή, τη στιγμή που οι άνθρωποι γύρω της αγχώνονται και, της μιλούν για την κατάσταση αυτή». Ο G. Besancon περιγράφει την ανόρεκτη που ταλαντεύεται ανάμεσα σε δυο στάσεις απάρνησης, αντίθετες αλλά κατοπτρικές, και, που αναφέρονται στη ψυχική διάσταση της ασθένειας και άλλοτε στη σωματική πραγματικότητα, στάση του παθολόγου και του ψυχαναλυτή. Πραγματικά, είναι σίγουρα το ίδιο απατηλό το να θέλει κανείς να θεραπεύσει μια νεαρή κοπέλα που ζυγίζει καμία τριανταριά κιλά, μόνο ακούγοντάς την ψυχοθεραπευτικά, με το να περιμένει ένα πραγματικό και διαρκές αποτέλεσμα μόνο από την ανάληψη του βάρους.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη με απομόνωση, που πρότεινε εδώ και έναν αιώνα ο Charcot, φαίνεται ότι αποτελεί τον κοινό παρανομαστή της πλειοψηφίας των συγγραφέων, οι οποίοι διαφωνούν μόνο σε ό,τι αφορά την πρακτική οργάνωση της, την σημασία της χειροθεραπείας, της ψυχοθεραπείας και του προσανατολισμού της.[13]



2.7.1 ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Το πρώτο που λαμβάνεται υπόψη στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η διόρθωση της κατάστασης θρέψης του άρρωστου, επειδή η αφυδάτωση, η λιμοκτονία και οι διαταραχές ηλεκτρολυτών μπορεί να προκαλέσουν σοβαρό κίνδυνο στην υγεία και, σε μερικές περιπτώσεις, το θάνατο. Η απόφαση για νοσηλεία του άρρωστου βασίζεται στη σωματική του κατάσταση και στο βαθμό της απαιτούμενης δομής που θα εξασφαλίσει την συνεργασία του. Γενικά, σε άρρωστους με ψυχογενή ανορεξία, που έχουν κάτω από 20% του αναμενόμενου βάρους σε σχέση με το ύψος τους, συνιστάται νοσηλεία, ενώ σε άρρωστους με κάτω από 30% του αναμενόμενου βάρους, απαιτείται ψυχιατρική νοσηλεία που κυμαίνεται από 2–6 μήνες.

Τα προγράμματα ψυχιατρικής νοσηλείας για ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία χρησιμοποιούν γενικά ένα συνδυασμό συμπεριφορικής θεραπευτικής προσέγγισης, ατομικής ψυχοθεραπείας, εκπαίδευσης και θεραπείας οικογένειας και, σε μερικές

περιπτώσεις, ψυχοτρόπων σκευασμάτων. Η επιτυχής θεραπεία εξαρτάται από την ικανότητα των μελών του προσωπικού να διατηρήσουν με τον ασθενή μια σταθερή αλλά υποστηρικτική προσέγγιση, συχνά μέσα από συνδυασμό θετικών (έπαινος) και αρνητικών (περιορισμός της άσκησης και της χρήσης υπακτικών) ενισχυτών. Ωστόσο, απαιτείται κάποια ευελιξία στο πρόγραμμα ώστε η θεραπεία να εξατομικεύεται και να ταιριάζει με τις ανάγκες και τις γνωσιακές ικανότητες του άρρωστου. Τελικά, για να πετύχει η θεραπεία μακροπρόθεσμα θα πρέπει ο άρρωστος να συμμετέχει σε αυτήν εκούσια.

Οι περισσότεροι ασθενείς είναι αδιάφοροι ή αντιστέκονται στην ψυχιατρική θεραπεία. Τους φέρουν στο ιατρείο χωρίς τη θέληση τους, συγγενείς και φίλοι που αγωνιούν. Σπάνια αποδέχονται τις συστάσεις για νοσηλεία χωρίς διαφωνίες και κριτική για το προσφερόμενο πρόγραμμα. Η έμφαση στα οφέλη, όπως η ανακούφιση από την αϋπνία και τα συμπτώματα και σημεία της κατάθλιψης, βοηθούν τον άρρωστο να εισαχθεί στο νοσοκομείο οικιοθελώς. Η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των συγγενών στο γιατρό και τη θεραπευτική ομάδα είναι ουσιαστικές όταν πρέπει να εκτελεστούν αυστηρές οδηγίες. Οι οικογένειες των αρρώστων πρέπει να προειδοποιούνται ότι ο άρρωστος θα αντισταθεί στη θεραπεία και από τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας θα επιχειρήσει πολλές δραματικές εκκλήσεις για υποστήριξη από την οικογένεια, για να αποφύγει το πρόγραμμα νοσηλείας. Μόνο όταν είναι πιθανός ο κίνδυνος θανάτου από τις επιπλοκές της κακής θρέψης θα πρέπει να εφαρμόζεται αναγκαστική νοσηλεία ή εγκλεισμός. Σε σπάνιες περιπτώσεις οι άρρωστοι αποδεικνύουν ότι ήταν λάθος τα λεγόμενα του γιατρού για αποτυχία της θεραπείας, σε εξωτερικό ιατρείο. Αυτοί μπορεί να αποκτούν ένα συγκεκριμένο βάρος σε κάθε επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία. Ωστόσο, αυτή η συμπεριφορά είναι ασυνήθης και κατά κανόνα είναι απαραίτητη μια περίοδος νοσηλείας.

Η γενική αντιμετώπιση των άρρωστων με ψυχογενή ανορεξία στη διάρκεια ενός προγράμματος νοσηλείας πρέπει να συνεκτιμά τα ακόλουθα: οι άρρωστοι πρέπει να ζυγίζονται κάθε πρωί, αφού προηγουμένως έχει αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Επίσης, θα πρέπει να καταγράφεται η ημερήσια πρόσληψη υγρών όπως και η αποβολή των ούρων. Εάν παρουσιαστούν εμετοί, θα πρέπει να εκτιμώνται οι ηλεκτρολύτες και να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση της υπογλυκαιμίας. Επειδή παρατηρείται συχνά αναγωγή τροφής μετά τα γεύματα, το ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να είναι σε θέση να ελέγξει τον εμετό με το να μην επιτρέπει τη χρήση τουαλέτας για τουλάχιστον 2 ώρες μετά τα γεύματα ή με το να υπάρχει συνοδός στο

μπάνιο που δεν θα επιτρέψει τον εμετό. Η δυσκοιλιότητα υποχωρεί στους ανθρώπους με ψυχογενή ανορεξία όταν αρχίζουν να τρέφονται κανονικά. Χορηγούνται σποραδικά μαλακτικά των κοπράνων, αλλά ποτέ υπακτικά. Εάν εμφανιστεί διάρροια υποδηλώνει συνήθως ότι ο άρρωστος παίρνει υπακτικά κρυφά. Λόγω της σπάνιας επιπλοκής της διάτασης του στόμαχου και τις πιθανότητες κυκλοφοριακής υπερφόρτωσης, εάν ο άρρωστος αρχίσει απότομα να λαμβάνει μεγάλες ποσότητες θερμίδων, το προσωπικό θα πρέπει να ξεκινάει με χορήγηση περίπου 500 θερμίδων πάνω από το απαιτούμενο για τη συντήρηση του υπάρχοντος βάρους (συνήθως 1500–2000 θερμίδες την ημέρα). Αυτές οι θερμίδες καλό είναι να δίνονται σε 6 ισόποσα γεύματα ημερησίως έτσι ώστε να μην χρειάζεται να παίρνουν οι άρρωστοι μεγάλες ποσότητες σε κάθε γεύμα. Συνιστάται η χορήγηση υγρών συμπληρωμάτων τροφής επειδή οι ασθενείς μπορεί να γίνονται λιγότερο αγχώδεις μίπως αποκτήσουν σιγά βάρος με την αγωγή παρά με το να τρώνε φαγητό.

Μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, ο κλινικός ιατρός συνήθως θεωρεί απαραίτητο να συνεχίσει κάποιου τύπου εξωνοσοκομειακή επίβλεψη για οποιοδήποτε πρόβλημα συμβεί στους ασθενείς και στις οικογένειές τους. [31]



2.7.2 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, μετά από την έξοδο τους από το νοσοκομείο χρειάζονται συνεχείς παρεμβάσεις. Σε ηπιότερες περιπτώσεις, μπορεί να μην είναι αναγκαία η νοσηλεία. Επειδή για τους περισσότερους άρρωστους η νόσος έχει έναρξη στην εφηβεία, η οικογενειακή θεραπεία είναι μέρος ενός ολοκληρωμένου θεραπευτικού σχεδίου. Αν και η κλασική ψυχοδυναμικά προσανατολισμένη θεραπεία δεν βοηθάει στα αρχικά στάδια της

θεραπείας, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε φάση λιμοκτονίας, οι αναισθητικού τύπου θεραπείες έχουν βοηθήσει τους ανορεκτικούς άρρωστους κατά την περίοδο σταθεροποίησης τους.

Δυναμική ψυχοθεραπεία. Η δυναμική, εκφραστική, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Ωστόσο, οι αντιστάσεις των αρρώστων μπορεί να καταστήσουν τη διαδικασία δύσκολη και επίμονη. Επειδή οι ασθενείς θεωρούν ότι τα συμπτώματα τους αποτελούν τον πυρήνα της ιδιαιτερότητας τους, οι θεραπευτές πρέπει να αποφεύγουν την υπερβολική επένδυση σε προσπάθειες μεταβολής των συνηθειών διατροφής τους. Η διαδικασία της εναρκτήριας φάσης της ψυχοθεραπείας πρέπει να προσβλέπει στην εγκατάσταση θεραπευτικής συμμαχίας. Οι άρρωστοι μπορεί να βιώνουν τις πρώιμες ερμηνείες σαν κάποιος άλλος να προσπαθεί να τους λείι τι πραγματικά αισθάνονται ενώ οι δικές τους εμπειρίες ελαχιστοποιούνται και ακυρώνονται. Αντίθετα, θεραπευτές που συναισθάνονται τις απόψεις του ασθενούς και εμφανίζουν ενεργό ενδιαφέρον σε οτιδήποτε αυτός σκέπτεται και αισθάνεται, δείχνουν ότι η αυτονομία τους είναι σεβαστή. Υπεράνω όλων, οι ψυχοθεραπευτές πρέπει να είναι ευέλικτοι, επίμονοι και ανθεκτικοί στο να παράσχουν βοήθεια στις τάσεις των ασθενών να υπερνικήσουν τις προσπάθειές τους.

Πολλοί κλινικοί ιατροί προτιμούν τις γνωσιακές–συμπεριφορικές προσεγγίσεις για να παρακολουθούν την απόκτηση και διατήρηση του βάρους και να επικεντρώσουν στις συμπεριφορές διατροφής. Συνιστώνται επίσης, γνωσιακές και διαπροσωπικές στρατηγικές, ώστε να διερευνηθούν άλλα θέματα που σχετίζονται με τη διαταραχή. Η οικογενειακή θεραπεία έχει επίσης χρησιμοποιηθεί για να εξετασθούν οι διαδράσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και το πιθανό δευτερογενές όφελος του άρρωστου από τη διαταραχή.[31]

2.7.3 ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Από φαρμακολογικές μελέτες δεν βρέθηκε ακόμα κάποιο σκεύασμα που να προκαλεί οριστική βελτίωση των πυρηνικών συμπτωμάτων της ψυχογενούς ανορεξίας. Σε μερικές αναφορές συνιστάται η χρήση της κυπροεπταδίνης (periactin), ενός φαρμάκου με αντισταμινική και αντισεροτονινεργική δράση, στον περιορισμένο τύπο της ψυχογενούς ανορεξίας. Αναφέρεται ότι η αμιτριπτυλίνη (Saroten) έχει κάποιο αποτέλεσμα σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Άλλα

φάρμακα που έχουν δοκιμαστεί σε αρρώστους με ψυχογενή ανορεξία, στα οποία περιλαμβάνονται η χλωριμιπραμίνη (Anafranil), η πιμοζίδη (Pirium) και η χλωροπρομαζίνη (Largactil), δεν έχουν θετικά αποτελέσματα. Σε δοκιμές χωρίς ομάδες ελέγχου, η φλουοξετίνη (Ladose) έχει προκαλέσει αύξηση βάρους. Άλλα αντικαταθλιπτικά έχουν δοκιμαστεί σε ανορεκτικούς αρρώστους με συνυπάρχουσες καταθλιπτικές διαταραχές, με ελάχιστα αποτελέσματα.

Υπάρχει μια κάποια ανησυχία σχετικά με τη χρήση τρικυκλικών φαρμάκων σε χαμηλού βάρους άρρωστους με ψυχογενή ανορεξία, αφού μπορεί να είναι ευάλωτοι στην υπόταση, καρδιακές αρρυθμίες και αφυδάτωση. Με την αποκατάσταση ικανοποιητικής κατάστασης θρέψης, οι κίνδυνοι από τη χρήση τρικυκλικών μπορεί να μειωθούν. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάθλιψη βελτιώνεται με την αποκατάσταση βάρους και την αποκατάσταση της φυσιολογικής θρέψης.

Υφίστανται ορισμένες ενδείξεις ότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) ωφελεί σε μερικές περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.[31]

2.7.4 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Όλο και περισσότεροι ασθενείς θεραπεύονται στα εξωτερικά ιατρικά ή με ραντεβού σε οποιαδήποτε θεραπευτήρια. Οι αρχές της θρεπτικής διαχείρισης είναι παρόμοιες, ανεξάρτητα από τη ρύθμιση.

Η θρεπτική αποκατάσταση συνεπάγεται την αποκατάσταση ενός κανονικού βάρους σώματος. Για τους ενήλικους αυτό μπορεί να οριστεί ως το βάρος στο οποίο κάποιος είναι οργανικά υγιής και που κάποιος μπορεί να διατηρήσει με την κατανάλωση μιας κανονικής, υγιεινής διατροφής χωρίς περιορισμούς. Αυτό το βάρος πρέπει να διατηρείται στα όρια του δείκτη μάζας σώματος (BMI = βάρος σε χιλιόγραμμα δια ύψος στο τετράγωνο) μεταξύ 20 και 25. Για τα παιδιά ή τους νεότερους εφήβους, το βάρος στόχος είναι αυτό το οποίο οι ασθενείς θα συνεχίσουν να αναπτύσσονται με φυσιολογικούς ρυθμούς. Μια καθορισμένη αξία BMI δεν είναι κατάλληλη για τα παιδιά αντί αυτού οι παιδιατρικοί πίνακες ανάπτυξης πρέπει να ελεγχθούν. Εντούτοις, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι η ανάπτυξη του ασθενή μπορεί ήδη να είχε σταματήσει από την ασθένεια, έτσι ο νοσοκομειακός γιατρός δεν πρέπει να

δεχτεί ένα βάρος στόχο που απεικονίζει μόνο την κατάσταση αυτή (της ασθένειας).

Ένα πρόγραμμα κατανάλωσης για να επέλθει το απαραίτητο κέρδος βάρους συντάσσεται από το διαιτολόγο, αλλά η ευθύνη για την εφαρμογή του βαραίνει τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Ειδικά τρόφιμα δεν απαιτούνται: μάλλον, κανονικά γεύματα πρέπει να προγραμματιστούν. Ο στόχος είναι να κερδίσουμε βάρος 1 έως 1,5 χιλιόγραμμα εβδομαδιαίως. Αρχικά, ορίζεται μια καθημερινή εισαγωγή λίγων θερμίδων όπως π.χ. 1.500 kilocalories (6000 kilojoules) επειδή τα μεγαλύτερα ποσά μπορούν να προκαλέσουν ταλαιπωρία μετά από τον παρατεταμένο περιορισμό τον οποίο αυτοί οι ασθενείς έχει υποστεί. Οι ποσότητες τροφίμων αυξάνονται μόνο όταν κατορθώνει να ολοκληρώσει ο ασθενής κάθε γεύμα. Η λήψη ενέργειας που απαιτείται για να επιφέρει την πλήρη αποκατάσταση βάρους μπορεί τελικά να φτάσει τις 3.500 kilocalories ανά ημέρα, ανάλογα με το πόσο ενεργός είναι ο ασθενής. Σε αυτά τα υψηλά επίπεδα, κάποια ενέργεια μπορεί να παρασχεθεί υπό μορφή συγκέντρωσης, υπερθερμιδικών προϊόντων, αλλά η έμφαση είναι πάντα στην επανάληψη της κανονικής κατανάλωσης φαγητού. Τα διαιτητικά συμπληρώματα απαιτούνται σπάνια και η σίτιση σωλήνων ή η παρεντερική διατροφή πρέπει να αποφευχθούν εκτός αν είναι απολύτως απαραίτητη. Τέτοιες διαδικασίες θεωρούνται εισβολή, ενέχουν φυσικό κίνδυνο, και δεν βοηθούν τους ασθενείς να αναλάβουν την ευθύνη για την υγεία τους. Παρόμοιες κριτικές αφορούν και τις, υψηλής ενέργειας, υδαρείς δίαιτες.

Πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στην διαιτητική συμπεριφορά. Η προηγούμενη πρακτική της απομόνωσης των ασθενών με νευρική ανορεξία κατά τη διάρκεια των γευμάτων τους ήταν ανεπαρκής, δεδομένου ότι ενίσχυσε μόνο τις ανωμαλίες της συμπεριφοράς κατανάλωσής τους. Είναι πολύ καλύτερο οι ασθενείς να τρώνε σε μια ομάδα έτσι ώστε άλλοι ασθενείς και προσωπικό να μπορούν να παρέχουν σε αυτούς τα κατάλληλα πρότυπα. Η πραγματική διαιτητική συμπεριφορά τους πρέπει να παρακολουθηθεί προσεκτικά και η κλίμακα εκτίμησης συμπεριφοράς κατανάλωσής μας παρέχει με αυτόν τον τρόπο αρκετά αντικειμενικά μέσα. Είναι σημαντικό να παρέχεται ενθάρρυνση και η παροχή συμβουλών για να διορθωθούν οι ανώμαλες πρακτικές κατανάλωσης ενός ασθενή, παρά να επαναληφθούν οι συγκρούσεις που μπορεί να είχαν υπάρξει μεταξύ του ασθενή και της οικογένειάς του πριν από την

παραδοχή. Η αντιμετώπιση του θυμού πρέπει να αποφευχθεί κατά τη διάρκεια των γευμάτων και οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρυνθούν για να αλληλεπιδράσουν κοινωνικά με έναν κατάλληλο τρόπο. Οι συγκεκριμένες δυσκολίες κατανάλωσης εξετάζονται αργότερα στις μεμονωμένες συνόδους παροχής συμβουλών με μια νοσοκόμα ή έναν διαιτολόγο. Σε μερικές περιπτώσεις, είναι χρήσιμο να βιντεοσκοποούνται οι ασθενείς κατά τη διάρκεια των γευμάτων και να χρησιμοποιηθεί έπειτα η ταινία στις εκπαιδευτικές συνεδρίες. Εάν οι λόγοι για την χρήση τέτοιων ταινιών εξηγούνται προσεκτικά στον ασθενή, η διαδικασία είναι συνήθως αρκετά αποδεκτή.

Η διαχείριση της νευρικής ανορεξίας δεν είναι πλήρης μόνο από την επίτευξη ενός υγιούς βάρους. Οι νοσηλεύόμενοι ασθενείς και οι εξωτερικοί ασθενείς χρειάζονται τη διαρκή διαιτητική καθοδήγηση για να τους βοηθήσει στην προσαρμογή σε μια κατάλληλη λήψη ενέργειας για τη σταθεροποίηση του βάρους τους, διατηρώντας την φυσιολογική συμπεριφορά κατανάλωσης τροφής. Η περίοδος συντήρησης είναι συχνά ένας συνταρακτικός χρόνος, δεδομένου ότι η ασφάλεια ενός δομημένου προγράμματος κέρδους βάρους δεν είναι πλέον σε ισχύ και μια αναβίωση των ανορεξικών συμπεριφορών κατανάλωσης δεν είναι αυτή τη στιγμή ασυνήθιστη. Είναι σημαντικό ότι οι ασθενείς ενισχύονται για να αναπτύξουν έναν αυθόρμητο, χαλαρό τρόπο διατροφής, έτσι ώστε η συντήρηση βάρους να μην εξαρτάται από την εμμονή σε μια αυστηρή "θεραπευτική" δίαιτα που οποιαδήποτε επιστροφή στις περιοριστικές πρακτικές πρέπει να αποφευχθεί, δεδομένου ότι ο ασθενής θα ξανακυλήσει. Όλα τα τρόφιμα, όπως τα τεχνητά γλυκά, ποτά ή τα υπερθερμιδικά τρόφιμα, πρέπει να αποφευχθούν. Είναι περιττά εάν ο ασθενής τρώει φυσιολογικά, καθώς επίσης ενθαρρύνουν την επιστροφή μιας ανορεξικής στάσης απέναντι στα τρόφιμα.

Είναι συχνά ευεργετικό για τους ασθενείς να εισάγονται στο νοσοκομείο για 2-3 εβδομάδες στην φάση συντήρησης, κατά τη διάρκεια της οποίας τους δίνονται μικρές χρονικές περιόδους άδειας να επισκέπτονται το σπίτι τους. Αυτό τους παρέχει την ευκαιρία να κάνουν μια πρακτική στο σπίτι τους πριν από την απαλλαγή. Τα περιστασιακά γεύματα στα εστιατόρια είναι επίσης χρήσιμα στην άδεια των ασθενών για να προσαρμοστούν στην κατανάλωση φαγητού έξω από το προστατευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου. [19]



ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΝΟΛΟΙ

Η υπόθεση ότι οι υπό δίαιτα διαταραγμένοι ασθενείς ενημερώνονται καλά για τα θρεπτικά θέματα είναι ένας επικίνδυνος μύθος. Μπορούν να έχουν μια επιφανειακή γνώση των διατροφών και των διαφόρων μέσων της απώλειας βάρους, αλλά αυτή η γνώση είναι ιδιαίτερα επιλεκτική, προερχόμενη από αμφίβολες πηγές (όπως τα περιοδικά μεγάλης κυκλοφορίας), συνήθως των άκρων και, συχνά ανακριβής. Οι, υπό δίαιτα, διαταραγμένοι ασθενείς είναι συχνά ιδιαίτερα αδιάλλακτοι για τις απόψεις τους, αλλά λίγοι έχουν ακόμη και μια βασική κατανόηση των θρεπτικών θεμάτων. Είναι σημαντικό η πληροφόρηση τους να είναι ορθή και οι ίδιοι θα πρέπει να μαθαίνουν την αλήθεια για την ενέργεια που χρειάζονται και τις διαιτητικές τους συστάσεις.

Αυτά τα ζητήματα πρέπει να συζητηθούν, είτε χωριστά είτε σε μια ομάδα, καθόλη τη διάρκεια της περιόδου αντιμετώπισης. Τα θέματα που πρέπει να εξερευνηθούν είναι η δυναμική της ενεργειακής εισαγωγής, της δραστηριότητας, του ελέγχου βάρους, η περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά

των τροφίμων, οι κίνδυνοι των συμπεριφορών εξαγνισμού, οι μεταβαλλόμενες διαιτητικές απαιτήσεις καθώς και το βάρος που αποκτάται και, οι θρεπτικές απαιτήσεις για την καλή συντήρηση της υγείας και του βάρους.

Πολλοί από τους ανορεξικούς ασθενείς μας, έχουν μείνει έκπληκτοι όταν έμαθαν ότι η πρόσληψη 1.000 kilocalories, ανά ημέρα, είναι ανεπαρκής για μια υγιή νέα γυναίκα!

Οι πεποιθήσεις και οι τοποθετήσεις των ασθενών με νευρική ανορεξία δεν αλλάζουν αυτόματα με το κέρδος βάρους. Η κατανόηση που είναι βασισμένη στις σωστές πληροφορίες, η προσωπική εμπειρία των οφελών της ευημερίας ως αποτέλεσμα της βελτίωσης στη διατροφή και την αποκατάσταση της διατροφής, η συνεχής υποστήριξη και η επιβεβαίωση, απαιτούνται όλα για να πραγματοποιηθεί ή να επηρεασθεί η αλλαγή. Αυτό είναι το σημείο στο οποίο η παροχή συμβουλών και οι εκπαιδευτικές δεξιότητες του διαιτολόγου εξετάζονται.

Τα βασικά μέλη της οικογένειας του ασθενή πρέπει να συμμετέχουν τουλάχιστον σε μερικές από αυτές τις εκπαιδευτικές συνόδους. Η γνώση των θρεπτικών θεμάτων μπορεί επίσης να είναι ελαττωματική, με αποτέλεσμα να έχουν συμβάλει στις ανθυγιεινές τοποθετήσεις του ασθενή μέσω της παραπληροφόρησης. Ή, αφ' ετέρου, αυτά τα οικογενειακά μέλη μπορεί να είχαν εξαπατηθεί από τον ασθενή σχετικά με τις συμβουλές που έχουν δοθεί. Είναι σημαντικό αυτά τα βασικά οικογενειακά μέλη, επίσης, να έχουν μια σαφή ιδέα αυτού που ο διαιτολόγος συστήνει πραγματικά.

Τα οικογενειακά μέλη πρέπει να ενθαρρυνθούν για το πώς να βοηθήσουν τον ασθενή να αναδιαρρυθμίσει έναν κανονικό τρόπο ζωής μετά από την απαλλαγή. Πρέπει να αφήσουν τον ασθενή να πάρει την ευθύνη για την κατανάλωσή της τροφής του, δεδομένου ότι η τακτική υπερβολικής ενασχόλησης μαζί του στο σπίτι πιθανό να είναι αντιπαραγωγική. Εντούτοις, δεν πρέπει να συγχωρήσουν τις ανορεξικές πρακτικές ή να παραβλέψουν τα στοιχεία που μπορεί να υποδηλώνουν ότι ο ασθενής ξανακυλά. Εάν οποιαδήποτε από αυτά τα προβλήματα εμφανιστούν, τα οικογενειακά μέλη πρέπει να ενθαρρύνουν τον ασθενή να επιστρέψει για τις περαιτέρω συνόδους παροχής συμβουλών.

Η νευρική ανορεξία είναι μια ασθένεια που εμμένει συνήθως για μερικά έτη. Με την συνεχή ψυχοθεραπεία ως απαιτείται, επιμένουμε έτσι στην

θρεπτική παροχή συμβουλών. Ένας ειδικευμένος και πεπειραμένος διαιτολόγος, δουλεύοντας, σε εξωνοσοκομειακές βάσεις είναι τόσο σημαντικός για μακροχρόνια σχέση φροντίδας με τον ασθενή όπως και στη περίοδο αποκατάστασης του.[19]

2.7.5 ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Αν και η πρόσφατη έρευνα έχει προάγει τη γνώση μας για τις νευροβιολογικές διαταραχές στην νευρική ανορεξία, η αιτιολογία της παραμένει άγνωστη και η βασική ψυχοπαθολογία της συνεχίζει να μην ανταποκρίνεται στην θεραπεία με φάρμακα. Μάλλον, η φαρμακοθεραπεία χρησιμοποιείται συχνά ως προσθήκη σε μια διεπιστημονική προσέγγιση συμπεριλαμβανομένης της παροχής συμβουλών θρεπτικού περιεχομένου, της ψυχοθεραπείας της οικογένειας ή σε εξατομικευμένο επίπεδο. Πολλές από αυτές τις μελέτες φαρμάκων χαρακτηρίζονται από το γεγονός ότι έχουν περιορισμένο δείγμα, ότι είναι μικρής διάρκειας (τέσσερις έως οκτώ εβδομάδες), χρησιμοποιούν τις χαμηλές ή μέτριες δόσεις και, εξετάζουν την επίδραση των φαρμάκων στο κέρδος βάρους, στους σοβαρά ελλιποβαρείς ασθενείς που νοσηλεύονται και λαμβάνουν συνήθως την ψυχοθεραπεία ταυτόχρονα. Κατά συνέπεια, ένα πρόσθετο όφελος του φαρμάκου μπορεί να είναι δύσκολο να ανιχνευθεί σε αυτές τις μελέτες. Οι ακόλουθες κατηγορίες φαρμάκων έχουν ερευνηθεί στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας: αντιψυχωτικά φάρμακα, σταθεροποιητές διάθεσης, αντικαταθλιπτικά χάπια, ενισχυτές όρεξης, prokinetic agents, και θρεπτικά συμπληρώματα.

Τόσο τα αντιψυχωτικά φάρμακα όσο και το λίθιο σε μία προσπάθεια να επωφεληθούμε του κέρδους βάρους που συνδέεται με αυτούς τους παράγοντες, έχουν προταθεί για την θεραπεία της νευρικής ανορεξίας. Η χλωροπρομαζίνη, το rimozide και το sulphiride έχουν εξεταστεί στη θεραπεία των ασθενών με νευρική ανορεξία. Η χλωροπρομαζίνη οδήγησε στο βραχυπρόθεσμο κέρδος βάρους, αλλά και παρήγαγε τις σημαντικές παρενέργειες συμπεριλαμβανομένης της επιληψίας και της αυξανόμενης τάσης πρόκλησης κενώσεων και δεν παρήγαγε συνεχές κέρδος βάρους σε πιο μακροπρόθεσμη επανεξέταση. Έχουν υπάρξει πιο πρόσφατες διπλής τύφλωσης (double-blind), ψευδοφάρμακο-ελεγχόμενες μελέτες του rimozide και του sulphiride, αλλά έχει βρεθεί μόνο μια τάση για το υψηλότερο

κέρδος βάρους με το rimozide, καμία σημαντική διαφορά στο κέρδος βάρους με το sulpiride και καμία αλλαγή για καθένα από τα φάρμακα στην διατροφική διαταραχή και στη συμπεριφορά. Ο Gross και οι συνάδελφοι του, πραγματοποίησαν μια τεσσάρων εβδομάδων ψευδοφάρμακο-ελεγχόμενη δοκιμή χρησιμοποιώντας το λίθιο σε 16 γυναίκες με νευρική ανορεξία. Βρήκαν ένα μικρό πλεονέκτημα στις ασθενείς που τους χορηγούνταν λίθιο, ειδικά στις δύο τελευταίες εβδομάδες της μελέτης. Δεν έχει υπάρξει καμία μελέτη πιο μακροχρόνιας διάρκειας ή δείγμα μεγαλύτερου μεγέθους, όσον αφορά στο λίθιο.

Οι ελεγχόμενες δοκιμές των αντικαταθλιπτικών χαπιών χαρακτηρίστηκαν από την παρατήρηση ότι πολλοί ασθενείς με νευρική ανορεξία έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα και υπάρχει αύξηση στην κύρια μορφή κατάθλιψης στους συγγενείς πρώτου βαθμού των ασθενών με διατροφική διαταραχή. Εντούτοις, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα στη νευρική βουλιμία, τα αποτελέσματα των ελεγχόμενων δοκιμών δεν έχουν παράσχει αντικειμενικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των καταπραϋντικών φαρμάκων στην θεραπεία κατά την οξεία φάση της νευρικής ανορεξίας.

Τρεις ψευδοφάρμακο-ελεγχόμενες δοκιμές των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών χαπιών (TCAs) που χρησιμοποιούν το clomipramine, και amitriptyline δεν παρουσίασαν οποιαδήποτε σημαντική επίδραση αυτών των φαρμάκων πέρα από το ψευδοφάρμακο (placebo). Λόγω της πρόσφατης ανησυχίας που προκύπτει από τη χρήση TCA στα παιδιά και τους εφήβους και το συσχετισμό της με τον ξαφνικό θάνατο, τη πιθανότητα εμφάνισης αρρυθμίας σε χαμηλό βάρος σωμάτων και την έλλειψη στοιχείων που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητά τους, τα TCAs δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται στη μεταχείριση των παιδιών και των εφήβων με νευρική ανορεξία.

Οι εκλεκτικοί, ανασταλτικοί παράγοντες σεροτονίνης (SSRIs) έχουν αντικαταστήσει κατά ένα μεγάλο μέρος τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά χάπια στη γενική ψυχιατρική πρακτική. Ο Emslie και οι συνάδελφοι εξέθεσαν πρόσφατα την ανωτερότητα του fluoxetine πέρα από το ψευδοφάρμακο σε μια οκτώ εβδομάδων δοκιμή με ψευδοφάρμακο, όπου οι ασθενείς δεν ξέρουν τι καταναλώνουν (double-blind), σε παιδιά και σε εφήβους με Μείζον κατάθλιψη. Τα SSRIs έχουν αρχίσει να εξετάζονται στους ενήλικους, αλλά δεν έχουν μελετηθεί στα παιδιά και τους εφήβους με διατροφικές διαταραχές. Οι περισσότερες από τις μελέτες εστιάζουν στην οξεία θεραπεία των ασθενών με νευρική ανορεξία, οι

οποίοι είναι ελλιποβαρείς και νοσηλεύονται. Ο Attia και οι συνάδελφοι βρήκαν πρόσφατα σε μια ψευδοφάρμακο-ελεγχόμενη δοκιμή ότι το fluoxetine δεν ήταν ανώτερο από το ψευδοφάρμακο στην αντιμετώπιση των νοσηλευμένων γυναικών με νευρική ανορεξία.

Άλλες πιο ενθαρρυντικές έρευνες έχουν εστιάσει στην χρήση των SSRIs ως αντικαταστάτες των προληπτικών παραγόντων σε ελλιποβαρείς ασθενείς.

Ο Kaye και οι συνάδελφοι του πραγματοποίησαν μια μελέτη 35 γυναικών, με περιοριστική υποκατηγορία της νευρικής ανορεξίας και οι οποίες είχαν φτάσει κοντά στο φυσιολογικό βάρος κατά τη διάρκεια παραμονής τους σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα. Έπειτα τους χορηγήθηκε για 11 μήνες, με τυχαία σειρά, είτε fluoxetine είτε ψευδοφάρμακο, καθώς επίσης και βοήθεια σε επίπεδο κοινοτικής ψυχοκοινωνικής αντιμετώπισης.. Οι γυναίκες που έλαβαν το fluoxetine είχαν ένα σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό υποτροπής από εκείνες που άνηκαν στην ομάδα ψευδοφαρμάκου. Αντίθετα, ο Strober έκανε αναφορά για μια φυσιολογική μελέτη περίπτωσης-ελέγχου όπου 33 γυναίκες που είχαν λάβει το fluoxetine κατά τη διάρκεια μιας επιτυχούς εισαγωγής σε νοσοκομείο και συγκρίθηκαν με τα στοιχεία από 33 ιστορικούς ασθενείς ελέγχου που δεν είχαν λάβει το φάρμακο. Η συνεχής θεραπεία εξωτερικών ασθενών δεν ήταν σταθεροποιημένη, αλλά περιέλαβε τουλάχιστον την εβδομαδιαία ψυχοθεραπεία με την οικογενειακή θεραπεία και τη διαιτητική παροχή συμβουλών όπως απαιτείται. Οι ασθενείς ήταν υπό παρακολούθηση σε εξάμηνα διαστήματα με δύο έτη συνολικής παρακολούθησης. Συνολικά, οι συγγραφείς δεν βρήκαν καμία σημαντική διαφορά μεταξύ του fluoxetine και των ομάδων ελέγχου σχετικά με τα μέτρα των αντισταθμιστικών συμπεριφορών, την ανάγκη για την επαν-εισαγωγή σε νοσοκομείο, και την απώλεια βάρους κάτω από το βάρος-στόχο. Κατά συνέπεια, εάν η θεραπεία με το fluoxetine είναι χρήσιμη στην πρόληψη της υποτροπής παραμένει επίκαιρο ερώτημα προς απάντηση για τη μελλοντική έρευνα. Επιπλέον, δεν έχει υπάρξει καμία ελεγχόμενη δοκιμή νευρικής ανορεξίας με τους agent SSRI εκτός από το fluoxetine και η πιθανή επίδρασή τους παραμένει μια ανοικτό ερώτημα.

Οι ανυψωτές όρεξης όπως το cyproheptadine έχουν προταθεί επίσης ως πιθανές θεραπείες για τους ασθενείς με νευρική ανορεξία. Το cyproheptadine έχει χρησιμοποιηθεί στις χαμηλές δόσεις (12 mg/ημέρα) στους εξωτερικούς ασθενείς και τις υψηλότερες δόσεις (το μέγιστο 32 mg/ημέρα) στους

νοσηλευόμενους ασθενείς . Συνολικά, αυτές οι μελέτες δεν βρίσκουν κανένα πλεονέκτημα για το κέρδος βάρους στην ομάδα cyproheptadine. Ο Halmi και οι συνάδελφοι διαπίστωσαν ότι ο χρόνος για να επιτευχθεί το βάρος-στόχος ήταν πιο σύντομος με το cyproheptadine και όταν οι ασθενείς χωρίστηκαν σε υποκατηγορίες βάσει της βουλιμικής κατάστασης, οι μη υπερβολικοί καταναλωτές τροφών εμφανίστηκαν να ωφελούνται κάπως από το cyproheptadine, ενώ επηρεάστηκε αρνητικά η υποκατηγορία των ασθενών που εκδήλωναν υπερφαγία ή προκαλούσαν ηθελημένη κένωση. Αν και αυτή η μελέτη παρέχει κάποια στοιχεία ότι το cyproheptadine μπορεί να είναι χρήσιμο σε μια υποομάδα ασθενών με νευρική ανορεξία που δεν εκδήλωνε υπερφαγία και δεν προκαλούσε κενώσεις, τα διαθέσιμα στοιχεία δεν προτείνουν ότι αυτός ο παράγοντας ασκεί σημαντική επίδραση στα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας.

Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία παραπονιούνται συνήθως για πρόωρο κορεσμό και συμπτώματα που μπορούν να συμβάλουν στην αποφυγή τροφίμων σε αυτούς τους ασθενείς και έτσι διάφοροι prokinetic agents έχουν εξεταστεί στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας. Το metaclopramide και το cisapride έχουν αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τη γαστρική εκκένωση στη βραχυπρόθεσμη επεξεργασία της νευρικής ανορεξίας, αν και τα δύο φάρμακα έχουν τις παρενέργειες CNS συμπεριλαμβανομένης και της καταθλιπτικής διάθεσης.

Πιο πρόσφατα οι Stacher και συνάδελφοι εξέθεσαν μια διπλή τυφλή ελεγχόμενη δοκιμή 12 εβδομάδων του cisapride που βρήκε τους επιταχυνόμενους γαστρικούς χρόνους κένωσης σε έναν μικρό αριθμό ασθενών με νευρική ανορεξία και πρότεινε ότι αυτή η επίδραση μπορεί να αυξήσει το κέρδος βάρους σε αυτούς τους ασθενείς, αν και η σημασία οποιασδήποτε διαφοράς φάρμακο-ψευδοφαρμάκου δεν αναφέρθηκε . Ο Szmukler και οι συνεργάτες διηύθυναν μια ελεγχόμενη δοκιμή διάρκειας οκτώ εβδομάδων του cisapride σε 29 ανορεξικούς ασθενείς και βρήκαν κάποια βελτίωση στα γαστρεντερικά συμπτώματα στην ομάδα cisapride, αλλά καμία σημαντική διαφορά στον γαστρικό χρόνο εκκένωσης ή κέρδος βάρους μεταξύ του cisapride και του ψευδοφαρμάκου. Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα από τις ανωτέρω μελέτες, ο ακριβής ρόλος για τους prokinetic agents στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας παραμένει κακώς καθορισμένος και αν και μπορούν να είναι χρήσιμοι για εκείνους τους ασθενείς που συνδέουν το σημαντικό γαστρεντερικό κίνδυνο με τα

γεύματα μαζί με τα στοιχεία της καθυστερημένης γαστρικής εκκένωσης. Ωστόσο δεν υπάρχει αυτήν την περίοδο κανένα πειστικό στοιχείο για να υποστηρίξει τη στερεότυπη χρήση τους στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας.

Υπάρχει επικάλυψη στην κλινική παρουσίαση της ανεπάρκειας ψευδάργυρου και στη νευρική ανορεξία, συμπεριλαμβανομένης της απώλειας βάρους, οι αλλαγές στην όρεξη και την καταθλιπτική διάθεση. Λαμβάνοντας υπόψη τον περιορισμό τροφίμων και τη θρεπτική στέρηση που συνοδεύει την νευρική ανορεξία, οι ερευνητές υπέθεσαν μια πιθανή ανεπάρκεια ψευδάργυρου στη νευρική ανορεξία και έναν πιθανό ρόλο για τη συμπλήρωση ψευδάργυρου στην αντιμετώπιση της. Επιπλέον, πολλές από τις μελέτες που ερευνούν τη σχέση μεταξύ του ψευδάργυρου και της νευρικής ανορεξίας έχουν πραγματοποιηθεί στους εφήβους.

Ο αρχικός ενθουσιασμός παρήχθη από μια ανοικτή δοκιμή της συμπλήρωσης ψευδάργυρου σε 20 θηλυκές, ηλικίας 14-26 ετών, με νευρική ανορεξία που ανέφερε το αυξανόμενο βάρος σωμάτων με τη συμπλήρωση ψευδάργυρου. Οι συντάκτες περιγράφουν μια διπλής τύφλωσης επέκταση αυτής της εργασίας αλλά δεν έχουν εκθέσει ακόμα αυτά τα στοιχεία στη βιβλιογραφία. Τρεις διπλής τύφλωσης, ψευδοφάρμακο-ελεγχόμενες δοκιμές του ψευδάργυρου έχουν δημοσιευθεί στη βιβλιογραφία. Ο Katz και οι συνάδελφοι διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με νευρική ανορεξία είχαν χαμηλές διαιτητικές εισαγωγές ψευδάργυρου έναντι των διαιτητικών συστάσεων και τα χαμηλά επίπεδα ουρικής έκκρισης ψευδάργυρου έναντι των ομάδων ελέγχου . Αναφέρουν ότι η συμπλήρωση ψευδάργυρου οδήγησε σε μείωση στα συμπτώματα της κατάθλιψης και την ανησυχία στους εφήβους με νευρική ανορεξία, και μια τάση προς το μεγαλύτερο κέρδος βάρους σε εκείνους τους εφήβους που έλαβαν τη συμπλήρωση ψευδάργυρου. Ο Birmingham και οι συνάδελφοι βρήκαν μια σημαντική διαφορά στο ποσοστό αύξησης BMI έναντι του ψευδοφαρμάκου, σε 35 ενήλικους θηλυκούς ασθενείς με νευρική ανορεξία στους οποίους δόθηκαν gluconate ψευδάργυρου μέχρι 100 mg ανά ημέρα. Αντίθετα, Ο Lask και οι συνάδελφοι πραγματοποίησαν τη διπλής τύφλωσης, ελεγχόμενη ψευδοφάρμακο διασταυρώσεων, δοκιμή, για περίοδο 12 εβδομάδων, σε 26 ασθενείς με νευρική ανορεξία και δεν βρήκαν καμία διαφορά στο ποσοστό κέρδους βάρους μεταξύ των ομάδων που χρησιμοποιούσαν ψευδάργυρο και των ομάδων ψευδοφαρμάκου.. Κατά συνέπεια, αν και μερικοί συντάκτες προτείνουν ότι ο ψευδάργυρος μπορεί να είναι χρήσιμος στην αύξηση του βάρους στη νευρική

ανορεξία. Ο ρόλος του στην παθοφυσιολογία της νευρικής ανορεξίας είναι ακόμη αμφισβητούμενος και η χρησιμότητά του στη στερεότυπη αντιμετώπιση της ασθένειας δεν έχει καθιερωθεί με σαφήνεια στη βιβλιογραφία. [34]

2.8 ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ ΣΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ .

2.8.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Η οστεοπόρωση είναι μια πολύ διαδεδομένη επιπλοκή της νευρικής ανορεξίας. Σε αντίθεση με τις περισσότερες άλλες επιπλοκές της νευρικής ανορεξίας, η οστεοπόρωση και τα συμπτώματά της: κάταγμα, κύφωση και πόνος μπορεί να επιμείνουν ανεξάρτητα από το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Οι παραδοσιακές, αποδεδειγμένες θεραπείες για την μεταεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση δεν είναι τόσο αποτελεσματικές ενάντια στην οστεοπόρωση στην νευρική ανορεξία. Συνεπώς, οι θεράποντες ιατροί αυτών των ασθενών πρέπει να είναι περισσότερο προσεκτικοί με την οστεοπόρωση, σχετικά με την πρόληψη, διάγνωση και τις θεραπευτικές στρατηγικές.



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σήμα κατατεθέν της νευρικής ανορεξίας είναι η σαφής υπερβολική αδυναμία των ασθενών. Η πλειοψηφία των ιατρικών επιπλοκών της ανορεξίας είναι το κατευθυνόμενο αποτέλεσμα αυτής της απώλειας βάρους και της υποθρεψίας. Αν και πολλές από τις ιατρικές επιπλοκές της νευρικής ανορεξίας είναι αναστρέψιμες με την έγκαιρη αποκατάσταση του σωματικού βάρους, η οστεοπόρωση είναι μια σοβαρή επιπλοκή που συχνά επιμένει ακόμα και μετά την αποκατάσταση και επανεμφάνιση της έμμηνου ρύσεως. Συνεπώς, οι θεράποντες που συμμετέχουν στην φροντίδα αυτών των ασθενών πρέπει να νιώθουν οικειότητα με τη πρόληψη, διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης που σχετίζεται με την νευρική ανορεξία.

2.8.2 Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Η οστεοπόρωση είναι ένα τεράστιο πρόβλημα υγείας το οποίο συνδέεται με σημαντική νοσηρότητα και κίνδυνο θνησιμότητας. Στις ΗΠΑ το ετήσιο κόστος της ιατρικής φροντίδας για ασθενείς με οστεοπόρωση έχει υπολογισθεί ότι είναι μεταξύ 15–20 δισεκατομμυρίων δολαρίων. Οι ανορεξικοί ασθενείς και η τάση τους για οστεοπόρωση συμβάλλουν σ' αυτή την κατανάλωση. Περισσότερο από το 50% των γυναικών ασθενών με νευρική ανορεξία αναπτύσσουν οστεοπόρωση. Ομοίως, περισσότερο από το 50% των ανδρών με νευρική ανορεξία έχουν πυκνότητες της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και του μηριαίου οστού, οι οποίες είναι περισσότερο από 2 SDs κάτω από τους έλεγχους οι οποίοι σχετίζονται με την ηλικία (Anderson, Watson & Schlechte, 2000).

Κάποτε θεωρείτο ότι η αμηνόρροια η οποία έχει υπάρξει σε περισσότερες από το 95% των ασθενών με νευρική ανορεξία ήταν απαλλαγμένη δυσμενών επιπτώσεων. Αυτή η θεώρηση άλλαξε ριζικά. Η αμηνόρροια προδιαθέτει τις γυναίκες για χαμηλή οστική πυκνότητα και οστεοπόρωση (Ayers, Gidwani, Schmidt & Gross, 1984; Biller et al., 1989). Επειδή η οστεοπόρωση είναι συμπτωματική ώσπου ένα κάταγμα συμβεί, η πλειοψηφία των ασθενών δεν αντιλαμβάνεται καν ότι έχουν την ασθένεια. Αυτό είναι ανησυχητικό γιατί η νευρική ανορεξία εισβάλλει στους έφηβους στον ίδιο χρόνο στον οποίο αποκτάται και η αδυναμία της οστικής μάζας.

Η μείωση της οστικής μάζας στους νεαρούς ενήλικες είναι ο σπουδαιότερος καθοριστικός παράγοντας της τελικής οστικής πυκνότητας και της πιθανότητας ρήξεως. Η νευρική ανορεξία είναι συνδεδεμένη με την φανερή μείωση της οστικής πυκνότητας, ειδικά στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και την περιφερειακή ακτίνα (Bachrach, Guido, Katzman, Litt & Marcus, 1990, Davies et al, 1990). Πολλοί από αυτούς τους ασθενείς δεν θα φτάσουν ποτέ το αδυνάτισμα της οστικής τους μάζας. Σαν αποτέλεσμα αυτού του σταδίου μείωσης της οστικής μάζας, οι ανορεκτικοί έφηβοι βιώνουν μειωμένη ανάπτυξη και μια αύξηση του κίνδυνου για επίπονα κατάγματα, παραμορφωτική κύφωση, μείωση ύψους και νοσηρότητα. Η οστική πυκνότητα αυτών των ασθενών δεν αυξάνεται στην κανονική κλίμακα ακόμη και μερικά χρόνια μετά την ανάρρωση από τη νευρική ανορεξία. Συνεπώς, αυτοί παραμένουν σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση οστεοπόρωσης στο μέλλον. Οι Lucas, Melton, Crowson και O'Fallon (1999) απέδειξαν ότι το ρίσκο για οποιοδήποτε ρήξη (κάταγμα) σε ασθενείς με νευρική ανορεξία αυξάνεται σχεδόν στο τριπλάσιο συγκρινόμενο, με ελέγχους που διενεργούνται βάσει ηλικίας (age-matched control). Οι συγκεκριμένοι συγγραφείς, επίσης, αναφέρουν ότι η συσσωρευμένη συχνότητα εμφάνισης καταγμάτων, μεταξύ γυναικών 20 ετών, μετά τη διάγνωση της νευρικής ανορεξίας, ήταν 57%. Συνεπώς, υπάρχει επιτακτική ανάγκη οι θεράποντες ιατροί της νευρικής ανορεξίας να αυξήσουν την ενημέρωση τους για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης πριν την εμφάνιση σημαντικού προβλήματος. Ένα παροδικό επεισόδιο ανορεξίας σε νεαρή ηλικία μπορεί να εξασθενήσει μόνιμα την σκελετική ακεραιότητα. Είναι επίσης σημαντικό να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν οι ασθενείς σχετικά με τους πολλούς και σοβαρούς κινδύνους που αφορούν τα οστά σε σχέση με τη νευρική ανορεξία και να διαβεβαιωθούν ότι κλινικά σημαντική απώλεια οστικής μάζας συνήθως δεν συμβαίνει μέσα στους 12 πρώτους μήνες της νευρικής ανορεξίας. Έγκαιρες και δραστηκές παρεμβάσεις για την νευρική ανορεξία μπορούν να εμποδίσουν την οστική απώλεια.

2.8.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νευρική ανορεξία είναι συχνά μια παρατεταμένη ασθένεια με αφετηρία την εφηβεία. Τα εφηβικά χρόνια αντιπροσωπεύουν μια κρίσιμη περίοδο για την

μεταλλική οστική εναπόθεση. Η αδυναμία να επιτύχει το αδυνάτισμα της οστικής μάζας κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου είναι ένας σημαντικός παράγοντας κίνδυνου για την μεταγενέστερη εξέλιξη της οστεοπόρωσης. Οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να γνωρίζουν τους κυριότερους προάγγελους της χαμηλής οστικής πυκνότητας στους ανορεξικούς ασθενείς για να βοηθήσουν να οδηγηθούν οι διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις στην πρόληψη και θεραπεία της οστεοπόρωσης σε αυτόν τον πληθυσμό.

Η διάρκεια της νευρικής ανορεξίας είναι προάγγελος της χαμηλής οστικής μεταλλικής πυκνότητας. Όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα διαρκεί η ασθένεια, τόσο μεγαλύτερη είναι η μείωση της οστικής μεταλλικής πυκνότητας. Υπάρχει μια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη σπονδυλική οστική μεταλλική πυκνότητα και στη διάρκεια της υπερβολικής αδυναμίας σε επίπεδο ΔΜΣ (δείκτη μάζας σώματος) (Hotta, Shibasaki, Sato, & Demura, 1998). Μια μεγαλύτερη διάρκεια αμηνόρροιας σχετίζεται επίσης με μεγαλύτερη μείωση της οστικής πυκνότητας (Bachrach και συνεργάτες, 1990). Δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι χαμηλή συγκέντρωση οιστρογόνων στον ορό σχετίζονται με χαμηλή οστική πυκνότητα (Turner και συνεργάτες, 2001). Ακόμα, μελέτες έχουν δείξει ότι συμπληρώματα οιστρογόνων δεν βελτιώνουν την οστική πυκνότητα σε ανορεξικούς ασθενείς. Ένας πιθανός τρόπος να εξηγηθεί αυτή η διχοτόμηση είναι ότι τα τρέχοντα επίπεδα οιστρογόνων δεν είναι αυτά που αποτελούν το κυρίως θέμα. Ακριβέστερα, η αθροιστική έκθεση των οιστρογόνων είναι ο παράγοντας κλειδί της οστικής πυκνότητας. Η ισχνή μάζα σώματος είναι επίσης ο προάγγελος της οστικής μεταλλικής πυκνότητας (Grinspoon και συνεργάτες, 1999).

Αυτά και άλλα σημάδια της σύνθεσης του σώματος όπως ο ΔΜΣ σχετίζονται με την οστική πυκνότητα (Siemers, Chakmakjan, & Gench, 1996). Πιθανώς αυτό συμβαίνει εξαιτίας του παθητικού μηχανισμού φόρτωσης στα οστά (Heaney, 1998). Το φυσιολογικό βάρος που έχει ο ασθενής σήμερα καθώς και το βάρος που είχε κατά το παρελθόν μπορεί να είναι ο καλύτερος προάγγελος της οσφυϊκής οστικής πυκνότητας (Goebel, Schweiger, Kruger & Fichter, 1999). Οι κλινικοί θα πρέπει να εντείνουν την επαγρύπνηση τους στους ανορεξικούς ασθενείς που έχουν έντονη απώλεια βάρους και μεγαλύτερης διάρκειας αμηνόρροια.[39]

2.9 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Θεμελιώδης αρχή είναι η θεραπευτική εργασία που αρχίζει στη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης, να συνεχίζεται και μετά από αυτήν. Η νοσοκομειακή περίθαλψη και η απομόνωση δεν μπορούν να είναι, όπως επιμένουν οι E.J. Kestemberg και S Decobert, παρά «μεταβατικά στάδια, μια αναγκαία συνοδεία όπως είναι και ο έλεγχος του βάρους και της φυσικής κατάστασης, αλλά όχι μοναδική και απατηλή θεραπεία, ακόμα και στις περιπτώσεις που η εξαφάνιση του συμπτώματος στεφανώνει το τελικό αποτέλεσμα».

Αν αυτή η εργασία της αποθεραπείας δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί, τότε υπάρχει πραγματικά μεγάλη πιθανότητα η ανόρεκτη, στερημένη από την «αμυντική» της συμπεριφορά και αντιμέτωπη απότομα με τις δυσκολίες μιας ζωής της οποίας διαισθάνεται καλύτερα τα «κενά» χωρίς να μπορεί ακόμα να τα γεμίσει, αναγκάζεται να εφαρμόσει ξανά «ελλείψει καλύτερου μέσου» την ανορεκτική της συμπεριφορά. Το πόσο ακατάλληλες είναι οι εξονοσοκομειακές παρακολουθήσεις που προτείνουν τα περισσότερα κλασικά ψυχιατρικά κέντρα καθώς και οι αναλυτικές, σιωπηρές και σημαντικές ψυχοθεραπείες αποδεικνύεται από, τις συχνές και μετά από σύντομο χρονικό διάστημα, διακοπές των θεραπειών αυτών. Γεγονός που οδηγεί στο να προτείνει κανείς στις άρρωστες αυτές μια πιο εξειδικευμένη μορφή περίθαλψης που, όπως προτείνει η H. Burch, επικεντρώνεται στην έλλειψη της εμπιστοσύνης στον εαυτό τους, στην ανικανότητα τους να αντιτάσσονται χρησιμοποιώντας το λόγο στους άλλους, ώστε με αυτόν τον τρόπο να «υπάρχουν» λίγο περισσότερο.

Σε αυτό ακριβώς το στάδιο της θεραπείας, εμείς προσωπικά πιστεύουμε ότι παρουσιάζουν ενδιαφέρον ορισμένες γνωστικό-συμπεριφορικές προσεγγίσεις του τύπου ομάδες εξάσκησης στην επιβεβαίωση του εαυτού, τις κοινωνικές επιδεξιότητες και στην έκφραση των αισθημάτων «όπου συναντώνται οι ανόρεχτες αλλά και άλλοι ασθενείς που εκφράζουν παρόμοια αισθήματα και που παρουσιάζουν ένα παραπλήσιο προβληματισμό.

Τέτοιες ομάδες επιτρέπουν να θιγούν κατά πολύ πρακτικό τρόπο, με τη βοήθεια της εναλλαγής των ρόλων, ορισμένες καταστάσεις της καθημερινής ζωής κατά τις οποίες οι δυσκολίες και οι ανικανότητες αυτές εμφανίζονται ιδιαίτερα και συμπαραστέκονται πραγματικά στη διαδικασία της αυτονόμησης που είναι τόσο δύσκολη όσο και απαραίτητη.

Όπως ισχύει και για την περίθαλψη των αλκοολικών και τοξικομανών, έτσι και σε αυτή την περίπτωση έχει επίσης μεγάλη σημασία η θεραπευτική

ομάδα να επιδεικνύει μεγάλη σταθερότητα, να παραμένει για πολύ καιρό μια σίγουρη προσφυγή για την ανόρεκτη, όποια και αν είναι η εξέλιξή της, ιδίως ξεπερνώντας το αίσθημα στέρησης που προκαλούν οι αναπόφευκτες υποτροπές. Η περίθαλψη των ασθενών αυτών που παρουσιάζουν συμπεριφορές εθισμού, αποτελεί σχεδόν πάντα, μια μακροπρόθεσμη υπόθεση. Είναι απαραίτητο να πεισθούν γι' αυτό οι θεραπευτές και να το αποδεχθούν.

Αν ξεπερασθεί η οξεία περίοδος, που μπορεί μερικές φορές να διαρκέσει πολύ καιρό, είναι επιθυμητό και συχνά είναι εφικτό να αρχίσουν οι άρρωστες αυτές μια προσωπική ψυχαναλυτική διεργασία, η οποία δεν θα μπορούσε να προταθεί νωρίτερα λόγω της χρονοβόρου διαδικασίας που χαρακτηρίζει τη διαδικασία της ψυχανάλυσης[13]

2.10 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Από τις αρχικές σύγχρονες περιγραφές της νευρικής ανορεξίας από τον Gull και τον Lasague 120 χρόνια πριν, έχει υπάρξει συνεπής και προσεκτική παρατήρηση των πολλαπλάσιων σωματικών συμπτωμάτων και των δευτερογενών συμπτωμάτων αυτής της διαταραχής. Δεδομένου ότι οι νέες τεχνικές μετρήσεων εξελίσσονται σε τέτοιες ανόμοιες περιοχές όπως την ανοσολογία και, τα νέα στοιχεία προκύπτουν από τις πρωτεϊνικές επιπλοκές. Ιστορικά τέτοια συμπεράσματα έχουν χρησιμοποιηθεί κατά περιόδους προσπαθώντας να αιτιολογήσουν τα πρότυπα της αιτιοπαθολογίας ή παραπέμπουν στη θεραπευτική, συνήθως κρύβοντας την πολυπλοκότητα αυτής της πολυδιάστατης διαταραχής και αγνοώντας τη μη συγκεκριμένη συμβολή των αποτελεσμάτων του λιμού. Εντούτοις, είναι αναμφισβήτητο ότι καμία άλλη ψυχιατρική διαταραχή δεν φανέρωνε τόσες ιατρικές περιπλοκές όσες η νευρική ανορεξία [19].



2.10.1 ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ/ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η πρωτοβάθμια ή η δευτεροβάθμια αμηνόρροια είναι ένα υποχρεωτικό διαγνωστικό κριτήριο της νευρικής ανορεξίας. Η παραμονή ή η επαναφορά, των ταχέως αναπτυγμένων (προ της ήβης) εκκριτικών προφίλ της ωχρινοποιημένης ορμόνης και της θυλάκιο-διεγερτικής ορμόνης παραπέμπουν σε μια κατάσταση υπογοναδιοτροφικού υπογοναδισμού. Στα αρσενικά με νευρική ανορεξία, αυτή η κατάσταση μπορεί να φανερωθεί ως σεξουαλική ανιδιοτέλεια και δυσλειτουργία. Στα πρόωρα (ταχέως) αναπτυγμένα θηλυκά, μπορεί να συνδεθεί με μια αποτυχία της κανονικής ανάπτυξης του στήθους. Η ορμονική διαταραχή περιορίζεται αλλά δεν αποβάλλεται η δυνατότητα της αναπαραγωγής, ωστόσο υπάρχουν στοιχεία του εμβρυϊκού κινδύνου στις γυναίκες με ενεργή νευρική ανορεξία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτός ο κίνδυνος έχει καταδειχθεί σε μια σειρά περιπτώσεων εγκυμοσύνης κατά τις οποίες τα μωρά είχαν χαμηλό ενδομήτριο βάρος και μετά τη γένεση τους και τα χαμηλότερα αποτελέσματα στις τυποποιημένες δοκιμές ως νεογέννητα. Η αιτιολογία της ενδοκρινούς δυσλειτουργίας είναι ασαφής, δεδομένου ότι σε μια μειονότητα των περιπτώσεων η αμηνόρροια προηγείται της σημαντικής απώλειας βάρους. Η αντιμετώπιση είναι η επανάκτηση βάρους.[19]

2.10.2 ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η αφυδάτωση είναι ένα κοινό περιστατικό στα πρόσωπα με νευρική ανορεξία, ιδιαίτερα όταν η πρόκληση εμετού και η καθαρτική ή διουρητική κατάχρηση είναι παρούσα. Η χρόνια αφυδάτωση και η υποκαλαιμία μπορούν να προκαλέσουν αμετάκλητη ζημία στα νεφρικά σωληνάκια και διαβήτης μπορεί να εμφανιστεί δευτεροβάθμια στην ανώμαλη απελευθέρωση αγγειοπιεσίνης με τη μειωμένη νεφρική συγκεντρωτική ικανότητα. Οι νεφρικοί υπολογισμοί ως συνέπεια της χρόνιας αφυδάτωσης έχουν αναφερθεί επίσης. Ο προσεκτικός έλεγχος της ρευστής (υδρικής) ισορροπίας είναι γενικά όλα αυτά τα οποία απαιτούνται κατά τη διάρκεια της επανενυδάτωσης, αν και οι ασθενείς που λαμβάνουν την παρεντερική σίτιση διατρέχουν τον ιδιαίτερο κίνδυνο για υποφωσφαταιμία.

Η συμπτωματική υπογλυκαιμία δεν είναι κοινή στους ασθενείς με νευρική ανορεξία, πιθανώς λόγω των προσαρμοστικών αλλαγών στην απελευθέρωση και την εκκαθάριση ινσουλίνης. Εντούτοις, η νευρική ανορεξία και ο ανιχνευμένος διαβήτης παρουσιάζει ένα σοβαρό ιατρικό πρόβλημα που απαιτεί την εισαγωγή από τους ειδικούς και για διαβήτη και για διατροφικές διαταραχές. Παρά τις προηγούμενες εκθέσεις των ανυψωμένων επιπέδων χοληστερόλης στους ασθενείς με νευρική ανορεξία, τα πρόσφατα στοιχεία προτείνουν ότι αυτό δεν εμφανίζεται.[19]

2.10.3 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι ήπιες μορφές αναιμίας καθώς επίσης και λευκοπενίας και θρομβοπενίας είναι κοινές στους ανθρώπους με νευρική ανορεξία. Αυτοί οι ανώμαλοι δείκτες επιστρέφουν γενικά σε κανονικό επίπεδο με την αποκατάσταση βάρους. Η αναιμία είναι συνήθως «normochronic» και «normocytic» (φυσιολογικό χρώμα και σχήμα των ερυθρών κύτταρων), αν και η εντερική αιμορραγία, δευτεροβάθμια στην καθαρτική κατάχρηση, μπορεί να οδηγήσει σε αναιμία με ανεπάρκεια σιδήρου. Παρά το γεγονός μιας μείωσης ορισμένων παραμέτρων της άνοσης λειτουργίας, δεν υπάρχει κανένα στοιχείο του αυξανόμενου κινδύνου μολύνσεων. Τα χαμηλά ποσοστά ιζηματογένεσης βρίσκονται γενικά, σε αντίθεση με άλλες παθολογικές διαδικασίες που σχετίζονται με την απώλεια βάρους. [19]

2.10.4 ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Διάφορα σημάδια δερμάτων έχουν γίνει μέρος της ιατρικής λαογραφίας της νευρικής ανορεξίας. Αυτά τα σημάδια περιλαμβάνουν τον κιτρινωπό αποχρωματισμό που αποδίδεται στη χρώση καροτίνης, η εμφάνιση της λεπτής τρίχας των κάτω ακρών των σωμάτων (lanugo) και, στους ασθενείς που προκαλούν εμετό, υπερπλασία της κερατίνης στοιβάδας της επιδερμίδας στα άκρα του χεριού (σημάδι του Russell). Καμία από αυτές τις επιπλοκές δεν απαιτεί την προσοχή πέρα από τη στερεότυπη ιατρική περίθαλψη. [19]

2.10.5 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η νευρική ανορεξία συνδέεται με τη διαταραχή και στην κεντρική και περιφερική νευρολογική λειτουργία. Κεντρικά, σε δομικό επίπεδο, οι μελέτες απεικόνισης έχουν τεκμηριώσει τη διεύρυνση των εγκεφαλικών κοιλιών στα πρόσωπα με νευρική ανορεξία. Ενώ έχει υποστηριχθεί ότι αυτή η εύρεση απεικονίζει την «ψευδοατροφία» δευτεροπαθώς στις διαταραχές της έκκρισης της κορτιζόλης και έχει αποδειχθεί ότι είναι αντιστρέψιμη, η αιτιολογία και η μακροπρόθεσμη έκβασή της παραμένουν άγνωστες. Σε λειτουργικό επίπεδο, η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων έχει καταδείξει τον υπερμεταβολισμό γλυκόζης στην κερκοφόρο περιοχή. Αυτή η εύρεση είναι αβέβαιης σημασίας. Οι ηλεκτροεγκεφαλογραφικές (EEG) ανωμαλίες διάφορων τύπων έχουν αναφερθεί επίσης. Κλινικά αυτά τα συμπεράσματα της EEG μπορούν να φανερωθούν στην εξασθένιση που ανιχνεύεται κατά τη διάρκεια της νευροψυχολογικής αξιολόγησης και από μια μείωση του κατώτατου ορίου σύλληψης. Περιφερικά, η γενικευμένη αδυναμία μυών και η απώλεια μάζας μυών μπορούν να είναι παρούσες[19].

2.10.6 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Οι πρόσφατες μακροπρόθεσμες μελέτες, που επεκτείνονται άνω των είκοσι ετών, σε ασθενείς με νευρική ανορεξία στην Σκανδιναβία και την Αγγλία αποκαλύπτουν ένα ποσοστό θνησιμότητας 18% με πλειοψηφία των

θανάτων που αποδίδονται στις ιατρικές επιπλοκές της νευρικής ανορεξίας. Η έλλειψη λεπτομέρειας σε αυτές τις εκθέσεις αποκλείει τον προσδιορισμό των εγγύτατων αιτιών του θανάτου, αν και το ηλεκτροκαρδιογράφημα και οι μεταβολικές διαταραχές έχουν τεκμηριωθεί σε διάφορες εκθέσεις. Το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας είναι ίσο με αυτό που φαίνεται σε άλλες σημαντικές ψυχιατρικές διαταραχές όπως σχιζοφρένια και σημαντική κατάθλιψη. Οι νοσοκομειακοί γιατροί πρέπει να επαγρυπνούν με ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν ηλεκτρολυτικές και εκκριτικές διαταραχές, δυσρρυθμία, εμετικές κενώσεις και προηγμένη απίσχναση. [19]

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα παραπάνω δεν επιτρέπουν την επαρκή τεκμηρίωση της πανοπλίας των ιατρικών περιπλοκών του νευρικής ανορεξίας, κανένα σύστημα οργάνων δεν διατίθεται. Παρά την έκταση αυτών των δευτερογενών συμπτωμάτων, δεν υπάρχει κανένα στοιχείο ότι ένα από αυτά εξηγεί την προέλευση της ασθένειας ή υπαγορεύει μια συγκεκριμένη θεραπεία. Στην πλειοψηφία των ασθενών, τα συμπτώματα επιστρέφουν με την κατάλληλη διατροφή και την αποκατάσταση βάρους. Εκείνα τα συμπτώματα που μπορούν να είναι λιγότερο αντιστρέψιμα όπως η οστεοπόρωση μπορούν να αποτελέσουν συνεχή απειλή για το άτομο ακόμη και μετά την επίλυση της αναταραχής. Οι παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες πρέπει να είναι άγρυπνοι σχετικά με αυτές τις περιπλοκές και πρέπει να εξασφαλίσουν την καλή ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών τους. [19]

2.10.7 ΟΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ

Οι διαταραχές οι οποίες συνοδεύουν την ψυχογενή ανορεξία είναι πολλές και αφορούν στον μεταβολισμό και στις ορμονικές διαταραχές. Ωστόσο οι διαταραχές αυτές δεν αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα της νόσου καθώς αποτελούν δευτερεύουσες ενδείξεις και σε άλλες νόσους οι οποίες φτάνουν τον ασθενή σε κατάσταση απίσχνασης και το άτομο υποφέρει από υποσιτισμό. Άλλες διαταραχές

όπως ορισμένες λειτουργίες των γοναδοτρόπων ορμονών φαίνεται να είναι πιο χαρακτηριστικές της νευρικής ανορεξίας (έτσι δικαιολογείται και η έρευνα για πιθανές δυσχέρειες στις κεντρικές νευροχημικές ρυθμίσεις στην νευρική ανορεξία). Τέτοιες διαταραχές θα μπορούσαν να αφορούν στο επίπεδο του υποθάλαμου και συγκεκριμένα στα τμήματα που είναι υπεύθυνα για την έκκριση των γονάδων. Με βάση τα παραπάνω δεδομένα η πάθηση παίρνει ένα ψυχοπαθολογικό χαρακτήρα, πράγμα το οποίο είναι και το μόνο σίγουρο, υποθέτοντας ότι θα μπορούσε να εμφανίσει και σωματικά στοιχεία τα οποία θα στηρίζονταν στα επίπεδα του υποθάλαμου που προαναφέρθηκαν.

Για πολύ καιρό η νόσος θεωρήθηκε ως αποτέλεσμα ανεπάρκειας υπόφυσης [«η υποφυσεογενής καχεξία» («Cachexie hypophysaire») του Simmonds, 1914] για τον λόγο ότι εν γένει τα δυο κύρια χαρακτηριστικά της ανορεξίας είναι η αμηνόρροια και η ανορεξία-απίσχυση.

Στην πραγματικότητα, αν υποθέσουμε ότι υπάρχει μια προ-υποφυσιακή διαταραχή, αυτή δεν είναι πλήρης και κυρίως δεν είναι παρά λειτουργική, δευτερογενής μιας παθολογίας που τοποθετείται σε ανώτερα επίπεδα. Τα υπόλοιπα κλινικά σημεία είναι, ουσιαστικά, δευτερογενή και οφείλονται στην απίσχυση.

2.10.7.1 Η ΑΠΙΣΧΥΣΗ

α) Καταβολισμός και ρύθμιση των παγκρεατικών και υποθαλαμίων ορμονών.

Οι άρρωστοι με νευρική ανορεξία βρίσκονται μόνιμα σε μια κατάσταση καταβολισμού καθώς χρησιμοποιούν τα ενεργειακά αποθέματα τους, διότι εξαιτίας της αυξημένης δραστηριότητας (= υπερκινητικότητα) που εμφανίζουν αυτοί οι ασθενείς επηρεάζεται αρνητικά το ισοζύγιο ενέργειας. Στην πραγματικότητα πρόκειται για λιπόλυση, δηλαδή για κατανάλωση λιπώδους ιστού. Η διάφορα με τις άλλες μορφές υποσιτισμού βρίσκεται στο ότι η άρρωστοι με νευρική ανορεξία διατηρούν τα επίπεδα πρωτεϊνικής πρόσληψης αρκετά υψηλά. Ωστόσο, από βιολογικής πλευράς στους ανορεξικούς παρατηρείται αύξηση της γλυκερόλης και των κετονικών σωμάτων.

Οι διαδικασίες αυτές του μεταβολισμού γίνονται κάτω από ορμονικό έλεγχο και, κατά κύριο λόγο, από τις ορμόνες που εκκρίνονται από τα νησίδια του Langerhans, στο πάγκρεας. Διαταράσσεται η ισορροπία τους προς την κατεύθυνση

του καταβολισμού. Από τις τέσσερις γνωστές ορμόνες του παγκρέατος, η *ινσουλίνη* είναι η σημαντική αναβολική ορμόνη του οργανισμού: η έκκριση της ελαττώνεται στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας, τόσο σε κατάσταση βασικού μεταβολισμού όσο και μετά από ενεργοποίηση. Το γεγονός αυτό [ανάμεσα στα άλλα, αύξηση των AGL και της GL, για παράδειγμα] μπορεί να ερμηνεύσει επίσης την πτώση της ανεκτικότητας σε γλυκίδια που συναντάμε, παρά την ευαισθησία στη δράση της ορμόνης στην περιφέρεια που είναι αυξημένη (αύξηση του αριθμού των ειδικών υποδοχέων και της σύνδεσης τους με την ορμόνη).

Το γλυκογόνο, το οποίο είναι μια από τις τρεις ορμόνες του παγκρέατος, είναι μια καταβολική ορμόνη της οποίας η έκκριση είναι μέτρια ανεβασμένη στην νευρική ανορεξία. Για τις δυο τελευταίες ορμόνες οι γνώσεις μας είναι λιγότερες σε ό,τι αφορά τη νευρική ανορεξία. Το μόνο που γνωρίζουμε είναι ότι η παγκρεατική σωματοστατίνη στην ιδιοπαθή παχυσαρκία έδειχνε να είναι υποδιεγερσιμη ενώ δεν έχει ελεγχθεί ως προς την νευρική ανορεξία.

Ενισχύεται προοδευτικά η άποψη ότι οι ορμόνες που εκκρίνονται από τα νησίδια του Langerhans βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο του υποθαλάμου και ειδικότερα, κάτω από τον έλεγχο δυο από τους πυρήνες του: τον μεσοκοιλιακό και τον πλευροκοιλιακό. Εκτός από αυτόν τον πιθανό ρόλο τους στον έλεγχο των ορμονών, οι δυο αυτοί πυρήνες είναι καλά γνωστοί για τη ρύθμιση του κορεσμού και του βάρους. Αν αυτό το σχήμα είναι σωστό, αποκαθίσταται μάλλον μια σχέση ανάμεσα στον υποθάλαμο, την πείνα, το πάγκρεας και το βάρος. Εντούτοις, το μέρος αυτό της φυσιολογίας του υποθαλάμου δεν είναι ιδιαίτερα γνωστό: ποιος ο ρόλος του φυτικού νευρικού συστήματος; Ποια τα πιθανά νευροπεπτίδια; Ας αναφέρουμε όμως δύο γεγονότα:

1) Μια νορβηγική ομάδα (Trygstad και συνεργάτες., 1978), απομόνωσε στα ούρα δέκα, ψυχικά, ανόρεκτων ένα τριπεπτίδιο το οποίο, όταν ενεθεί στο ποντίκι, προκαλεί παρατεταμένη ανορεξία και απίσχναση. Αισθάνεται κανείς τον πειρασμό να συγκρίνει το τριπεπτίδιο αυτό με τα γνωστά μικρά υποθαλάμια πεπτίδια, όπως η TRH. Οι συγγραφείς φτάνουν στο σημείο να προβάλλουν ως πιθανή υπόθεση ότι το τριπεπτίδιο αυτό, πιθανά υποθαλαμικό, θα μπορούσε να δρα μέσω της διέγερσης του παγκρεατικού πολυπεπτιδίου.

2) Γνωρίζουμε, χάρη στην ομάδα της Γενεύης του Jeanrenaud, ότι η

πρωταρχική αιτία της παχυσαρκίας είναι ο υπερινσουλινισμός, ο οποίος, πιθανά, συνδέεται με την υπερδιέγερση των νησιδίων του Langerhans από ένα πεπτίδιο (του οποίου, η δομή μας είναι ακόμη άγνωστη) και που εκκρίνεται από αυτούς τους πυρήνες. Βλέπουμε λοιπόν να αρχίζει να διαφαίνεται ένας υποθάλαμο-λαγκερχανσικός άξονας ο οποίος, ίσως, αντιπροσωπεύει το βασικό τμήμα της ενδεχόμενης σωματικής έκφρασης της παθογένειας της ψυχογενούς ανορεξίας (και της παχυσαρκίας, στην οποία η κατάσταση των ορμονών που σχετίζονται με τη διατροφή μοιάζει να είναι συμμετρική, ανάλογη ή αντίστοιχη με αυτήν που βρίσκουμε στην ψυχογενή ανορεξία).

β) Σχέσεις ανάμεσα στην κατάσταση του καταβολισμού και τις ορμόνες του θυρεοειδοτρόπου, του κορτικοτρόπου και του σωματοτρόπου άξονα.

Σε αυτούς τους τρεις άξονες υπάρχουν άμεσες διαταραχές στην περιφέρεια, οι οποίες είναι συνέπεια του υποσιτισμού:

1) Στο επίπεδο του θυρεοειδούς, υπάρχουν κλινικά σημεία τα οποία μπορούσαν να ανήκουν σε υποθυρεοειδισμό: διαταραχές των κεαίων μορίων του δέρματος, δυσκοιλιότητα, βραδυκαρδία, ευαισθησία στο ψύχος, επιβράδυνση του αχίλλειου αντανακλαστικού, υπερχοληστεριναιμία (LDL, χοληστερόλη). Βιολογικά, υπάρχει πράγματι ένα σύνδρομο «χαμηλής T_3 », δηλαδή μία ελαφρά πτώση της T_4 (στα κατώτατα φυσιολογικά όρια) και μια χαμηλή T_3 . Αυτό δε, σχετίζεται με διαταραχές των πρωτεϊνών σύνδεσης-μεταφοράς των ορμονών, οι οποίες είναι φυσιολογικές (καλός παραλληλισμός ανάμεσα στο ολικό επίπεδο και στο ελεύθερο επίπεδο των ορμονών στο αίμα), αλλά είναι δευτερογενές της καταβολικής κατάστασης, πράγματι, σε συνθήκες υποσιτισμού. Η T_4 αποκωδικοποιούνται, κατά προτίμηση, σε ένα αδρανές προϊόν (την RT_3), η οποία αυξάνει σε βάρος του φυσιολογικού προϊόντος, της T_3 , η οποία ελαττώνεται. Πρόκειται λοιπόν για ένα φαινόμενο προσαρμογής στην περιφέρεια, που αποτελεί κατά κάποιον τρόπο «αντίδραση» στον αιτιολογικό παράγοντα του καταβολισμού.

2) Στο επίπεδο των ορμονών τον φλοιού των επινεφριδίων, αυτό το σύνδρομο της «χαμηλής T_3 » εξηγεί, κατά μεγάλο μέρος, τις διαταραχές του μεταβολισμού των στεροειδών που απαντούμε στην ψυχογενή ανορεξία και, ιδιαίτερα την ελάττωση της δραστηριότητας της 5α αναγωγάσης. Υπάρχει λοιπόν μια ανεπάρκεια στον καταβολισμό των ορμονών που μπορεί να εξηγήσει την

αύξηση της κορτιζόλης του πλάσματος (χωρίς κλινικά ευρήματα, αντίθετα, παρατηρείται υπόταση) και την μεγάλη αύξηση της τεστοστερόνης στο αίμα (ελαφρού βαθμού υπερτρίχωση). Αυτή η αύξηση της κορτιζόλης στο αίμα συνδέεται περισσότερο με μία αύξηση των ελευθέρων κλασμάτων παρά των συνδεδεμένων. Η ανεπάρκεια στον καταβολισμό της ορμόνης εξηγεί τη διαφορά που βρίσκουμε ανάμεσα στο σχετικά υψηλό επίπεδο της ελεύθερης κορτιζόλης των ούρων και στο χαμηλό επίπεδο των 17 OH των ούρων, καθώς και την αύξηση του χρόνου υποδιπλασιασμού της κορτιζόλης. Όσον αφορά το πραγματικό επίπεδο της παραγωγής των ορμονών των επινεφριδίων, οι γνώμες των συγγραφέων διχάζονται: φυσιολογικό ή αυξημένο;

3) Στο επίπεδο των σωματομεδινών (ή IGF): οι IGF, οι οποίες πιθανά είναι ηπατικής προέλευσης, έχουν μία διπλή δράση, ινσουλινική και σωματότροπος, είναι αναβολικές. Εξαρτώνται από την GH αλλά ρυθμίζονται επίσης και από το επίπεδο του μεταβολισμού του σώματος. Στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας, το σύνδρομο της «χαμηλής T₃» και της υπό-ινσουλιαιμίας μπορούν να εξηγήσουν την πτώση των σωματομεδινών, η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική, και η οποία μπορεί με τη σειρά της να επιδεινώσει την κατάσταση του καταβολισμού (αν και ο ακριβής ρόλος των IGF στο μεταβολισμό παραμένει ασαφής).

Εκτός από αυτές τις διαταραχές στην περιφέρεια, υπάρχουν και *διαταραχές στη ρύθμιση στο επίπεδο τον υποθαλάμου*. Πράγματι, μας κάνει εντύπωση που δεν συναντούμε (αντιδραστικά ως προς την πτώση της T₃ και την αύξηση της ελεύθερης κορτιζόλης) αύξηση της TSH και πτώση της ACTH: είναι φυσιολογικές. Ακόμη, ενώ η GH είναι συχνά ανεβασμένη (σε ηρεμία ή μετά από διέγερση) σαν συνέπεια της πτώσης των IGH, δεν ανακαλύπτουμε καμιά ουσιαστική σχέση ανάμεσα στις IGF και στην GH. Μια κεντρική διαταραχή της ρύθμισης έρχεται λοιπόν να προστεθεί στις περιφερειακές διαταραχές. Αυτή η διαταραχή δεν μπορεί να βρίσκεται στο επίπεδο της υπόφυσης μια και οι δοκιμασίες διέγερσης της TSH, της ACTH και της GH είναι θετικές. Τοποθετείται λοιπόν στο επίπεδο του υποθαλάμου, μια και συναντούμε μειωμένες και/ή καθυστερημένες αντιδράσεις της TSH (και της προλακτίνης) στην TRH, της ACTH και της GH στην υπογλυκαιμία (αντιδράσεις που καλούνται «υποθαλαμικές») ακόμη περισσότερο, μια και η αναστολή της παραγωγής των κορτικοειδών από την δεξαμεθαζόνη

συχνά αποδεικνύεται ανεπαρκής. Επιπρόσθετα, ο εικοσιτετράωρος ρυθμός της GH είναι συχνά διαταραγμένος, όπως επίσης και η ντοπαμινεργική της ρύθμιση. Άλλο ένα επιχείρημα για την «υποθαλαμική» εντόπιση είναι η πιθανή άφιξη παραδόξων απαντήσεων της TSH, της GH και της προλακτίνης στην LHRH και της GH, της FSH και της LH στην TRH. Ας σημειώσουμε ότι η ανεπιτυχής αναστολή της παραγωγής των κορτικοειδών και οι παράδοξες αντιδράσεις μπορούν να εντοπισθούν και σε άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις (ενδογενείς καταθλίψεις). Αυτές οι διαταραχές στη ρύθμιση των ορμονών στο επίπεδο του υποθαλάμου θα είχαν την τάση να επιδεινώνουν τις διαταραχές των ορμονών στην περιφέρεια. [13]

2.10.7.2 Η ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ

Η κατάσταση των ορμονών τον γοναδοτρόπου άξονα

Η διαταραχή των γονάδων δεν μπορεί να εξηγηθεί μόνο από τον υποσιτισμό διότι η αμηνόρροια, η οποία αποτελεί το δεύτερο σημαντικό κλινικό σημείο της νόσου, μπορεί να κάνει την εμφάνιση της πριν από την απίσχναση, να είναι σύγχρονη της ή να την ακολουθεί μετά από μερικούς μήνες. Η διαπίστωση αυτή δυσκολεύει και μπερδεύει αρκετά τα επιστημονικά δεδομένα τα οποία αφορούν στην αμηνόρροια. Η αμηνόρροια αυτή εγγράφεται ως μια κλινική και βιολογική εικόνα σοβαρού υπογοναδισμού η οποία παρατηρείται και στις σπάνιες μορφές της ανδρικής ανορεξίας (πτώση γουνάδικων ορμονών). Ως εκ τούτου, προκύπτει ότι το σημείο εκκίνησης της αμηνόρροιας είναι πιθανά είναι κεντρικής αιτιολογίας και συνδέεται με ψυχολογική διαταραχή.

Στην περιφέρεια, οι ορμόνες των γονάδων βρίσκονται σε τρομερή πτώση και, συγκριτικά, περισσότερο από ότι στις απλές ψυχογενείς αμηνόρροιες με φυσιολογικό βάρος.

Όσον αφορά το κεντρικό νευρικό σύστημα, η LH και η FSH βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα, αλλά οι απαντήσεις τους κατά τη δοκιμασία με την LHRH επιτρέπουν να τοποθετήσουμε τη διαταραχή στο επίπεδο του υποθαλάμου. Εντούτοις, διάφοροι τύποι απαντήσεων μπορούν να υπάρξουν κατά την εξέλιξη της νόσου: στη φάση της πλήρους έξαρσης με μέγιστη απίσχναση λαμβάνουμε μία απάντηση προ-εφηβικού τύπου μ+LH σε πολύ χαμηλά επίπεδα και σαφώς κατώτερα από τα επίπεδα της FSH. Στη φάση της ανάρρωσης με ανάληψη βάρους η απόκριση της LH έχει αποκατασταθεί, ενώ τα επίπεδα της FSH παραμένουν

συγκριτικά χαμηλότερα, γεγονός που δίνει έναν κλασικό μετεφηβικό τύπο. Ανάμεσα στις δύο φάσεις διαπιστώνεται μια προοδευτική εξέλιξη των απαντήσεων, η οποία είναι περίπου παράλληλη με την επανάκτηση του βάρους. Διακρίνουμε μάλιστα έναν ουδό (το 70% του ιδεώδους βάρους) κάτω από τον οποίο η LH, δεν απαντά στην LHRH και πάνω από τον οποίο απαντά. Φαίνεται λοιπόν πως υπάρχει κάποιο σήμα που αναφέρεται στο βάρος για την πυροδότηση της «γοναδικής» λειτουργίας του υποθαλάμου. Η εικοσιτετράωρη διακύμανση της LH αποκτά επίσης έναν προεφηβικό τύπο για κάτω από τα 70% έναν εφηβικό τύπο για βάρος ανάμεσα στα 70-80% και έναν τύπο ενήλικα για βάρος μεγαλύτερο από 80%. Πραγματοποιήθηκαν πολλές άλλες δοκιμασίες: πολλαπλές και συνεχείς ενέσεις LHRH (που ακολουθήθηκαν από ωορρηξία), χορήγηση κιτρικών αλάτων του κλομιφέν (αποτέλεσμα πολύ ασταθές), χορήγηση εξωγενών γοναδοτροφινών (που ακολουθήθηκε από ωορρηξία), χορήγηση οιστρογόνων (απουσία θετικού παλινδρομικού ελέγχου). Όλα αυτά δηλώνουν ότι η διαταραχή είναι πρωταρχικά υποθαλαμική.

Εν κατακλείδι, δυο είναι τα στοιχεία τα οποία πρέπει να ληφθούν υπόψη για την αιτιολογία αυτού του υπογοναδισμού, τα οποία και τα δυο επιδρούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα: το ένα στοιχείο αφορά το βάρος και το οποίο δεν είναι παρά δευτερογενές και επιβαρύνει την κατάσταση και το άλλο είναι «πρωτογενές» το οποίο έχει άμεση ψυχική εξάρτηση. Το μόνο που απομένει είναι να ανακαλύψουμε τον βιολογικό κρίκο ο οποίος αποτελεί τον σύνδεσμο ανάμεσα σε αυτές τις διαταραχές και τον υποθάλαμο. Πολλές θεωρίες έχουν αναπτυχθεί, ανάμεσα στις οποίες και αυτές που αναφέρονται σε νευροχημικές διαταραχές είτε είναι ντοπαμινεργικές είτε είναι ενδομορφινικές ή άλλες. Όσον αφορά την «ντοπαμινεργική» υπόθεση έχει επιχειρηθεί να αποδειχθεί με τον υπολογισμό του επιπέδου της προλακτίνης.

Πράγματι, αφού η παραγωγή της προλακτίνης φυσιολογικά ελαττώνεται από την ντοπαμίνη του υποθαλάμου, η ύπαρξη μιας υπερπρολακτιναιμίας θα μπορούσε να θεωρηθεί ως σημάδι ελάττωσης της δράσης (ή της παραγωγής) της ντοπαμίνης. Τελικά, εκτός εξαιρέσεων, οι περισσότερες έρευνες βρίσκουν φυσιολογικές τιμές προλακτίνης με αντιδράσεις φυσιολογικές ή λίγο μειωμένες ή λίγο καθυστερημένες στην TRH. Είναι πιθανό όμως τα αποτελέσματα αυτά να έχουν παραποιηθεί από τα φάρμακα που έχουν χορηγηθεί και/ή, κυρίως, από το χαμηλό επίπεδο των οιστρογόνων.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η κατάσταση των γοναδοτρόπων ορμονών στην ψυχογενή ανορεξία, σε φάση έξαρσης, δηλώνει μία παλινδρόμηση σε προεφηβική ηλικία.[13]

2.10.8 ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Των ενδοκρινών, του φυτικού συστήματος, του μεταβολισμού

Υδρο-ηλεκτρολυτικές διαταραχές: εμφανίζονται διαταραχές υδρο-ηλεκτρολυτικής ισορροπίας ακόμα και όταν δεν αναφέρεται χρήση υπακτικών ή διουρητικών. Η πολουρία και η ελάττωση του όγκου του ύδατος (υποβολαιμία) είναι ένα άλλο φαινόμενο το οποίο εμφανίζεται σε αυτές τις περιπτώσεις. Τέλος, παρουσιάζεται ανισορροπία ανάμεσα στον εξωκυττάριο χώρο, ο οποίος θίγεται λιγότερο και στον ενδοκυττάριο χώρο. Επίσης, υπάρχει αυξημένη απώλεια καλίου με την ανάλογη σχετική αύξηση του νατρίου.

Μεταβολικές ορμόνες: Από τις ορμόνες που ρυθμίζουν το μεταβολισμό, η αλδοστερόνη είναι σε υψηλά επίπεδα, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες προέλευσης υποκαλιαιμίας και οιδημάτων κατά τον επανασιτισμό (περίπτωση ψευδούς συνδρόμου Barter). Η αντιδιουρητική ορμόνη, επίσης, είναι σε υψηλά επίπεδα, σίγουρα ως αντίδραση στην υποβολαιμία και στην πολουρία. Τα υψηλά επίπεδα των ορμονών πιθανά μπορούν να εξηγηθούν από διαταραχές στον καταβολισμό των ορμονών.

Διαταραχές του φυτικού συστήματος: οι διαταραχές που παρουσιάζονται εδώ έχουν να κάνουν με την ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και την γαστρική λειτουργία. Σε ό,τι αφορά τη ρύθμιση της θερμοκρασίας, η ευαισθησία στο ψύχος και η υποθερμία, η οποία εμφανίζεται, καθώς και η ακροκυάνωση, αποτελούν συνηθισμένα συμπτώματα της κλινικής εικόνας. Οι πιθανές εξηγήσεις για αυτές τις καταστάσεις είναι η απώλεια του λιπώδους ιστού και/ή το σύνδρομο της «χαμηλής T₃», δηλαδή ακόμη μια άμεση διαταραχή του υποθαλάμιου θερμορυθμιστή. Όσον αφορά τις γαστρικές δυσλειτουργίες, σε σύγκριση με τα φυσιολογικά άτομα, ο όγκος πληρώσεως του στόμαχου είναι μεγαλύτερος στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας, η κένωση του στόμαχου είναι περισσότερο βράδια και μικρότερη η εκκένωση των υγρών, χωρίς για όλα αυτά να μπορούμε να δώσουμε σαφείς εξηγήσεις.

Διαταραχές στο επίπεδο του μυελού: αναφέρεται μια τάση για υποπλασία στο επίπεδο του μυελού και κάποιες, πιθανές, ελλείψεις σε βιταμίνες και μικρό-στοιχεία όπως ο ψευδάργυρος.

Τέλος, ας αναφέρουμε μία τάση για υποπλασία στο επίπεδο του μυελού και κάποιες, πιθανές, ελλείψεις σε βιταμίνες και μικρό-στοιχεία όπως ο ψευδάργυρος.[13]

2.10.9 ΦΥΣΗ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΑΥΤΩΝ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Όπως είδαμε προηγουμένως, ανάμεσα στο μεγάλο αριθμό των ορμονολογικών διαταραχών που απαντούμε στην ψυχογενή ανορεξία, μερικές είναι υποθαλαμικής προέλευσης: η ανεπάρκεια των γονάδων είναι υποθαλαμικής αιτιολογίας. Υπάρχουν υποθαλαμικές δυσλειτουργίες της GH, της ACTH, της TSH (και πιθανά και της προλακτίνης) υπάρχουν πιθανότητες η υποθαλαμική δυσλειτουργία να επιδρά στην έκκριση των νησιδίων του Langerhans και, τέλος, οι πυρήνες, οι καλούμενοι «της πείνας και του κορεσμού» βρίσκονται στον υποθάλαμο. Πρόκειται λοιπόν για μια αρκετά εκτεταμένη υποθαλαμική δυσλειτουργία.

Διάφορα ερωτήματα προκύπτουν από τα παραπάνω δεδομένα. Μερικά από αυτά τα ερωτήματα θα μπορούσαν να είναι εάν αυτές οι υποθαλαμικές διαταραχές εξαρτώνται κατά κύριο λόγο από την ψυχική κατάσταση ή από τη μεταβολική; Εξαρτώνται άμεσα ή έμμεσα; (Για παράδειγμα, η έλλειψη σε σεξουαλικές ορμόνες, η οποία εξαρτάται και από τους δύο παράγοντες, μπορεί να εξηγήσει, κατά ένα μέρος, τις υποθαλαμικές διαταραχές της GH και της προλακτίνης- το σύνδρομο της «χαμηλής T₃», που είναι καθαρά δευτερογενές της ασιτίας, θα μπορούσε να εξηγήσει, επίσης, κάποιες κεντρικές διαταραχές). Ο μεγαλύτερος αριθμός των ορμονικών διαταραχών που αναφέραμε υποστρέφονται με τον επανασιτισμό: έτσι συμβαίνει με τις T₃-T₄ (γραμμική συσχέτιση με την ανάκτηση του βάρους) και με την θυρεοειδοτρόπο λειτουργία στο σύνολο της, με την κορτιζόλη και την κορτικοτρόπο λειτουργία (αρκεί για αυτό μια ανάκτηση που να αντιπροσωπεύει έστω και το 10% του ιδεώδους βάρους), με τη σωματοτρόπο λειτουργία και την ινσουλινική και με την γοναδοτρόπο λειτουργία (αποκατάσταση των οιστρογόνων όταν το βάρος αντιπροσωπεύει το 80% του ιδεώδους βάρους αλλά όχι και της

ωορρηξίας που παραμένει άμεσα συνδεδεμένη με την ψυχική κατάσταση). Δεν πρέπει βέβαια να ξεχνούμε ότι και η ανάκτηση του βάρους συνδέεται άμεσα με τη βελτίωση της ψυχικής κατάστασης, με τέτοιο τρόπο που είναι δύσκολο να γνωρίζουμε αν κάποια υποθαλαμική ορμονική διαταραχή συνδέεται μόνο με τις συνέπειες της ασιτίας ή μόνο με την ψυχολογική διαταραχή ή, μάλλον, και με τα δύο. Αντίθετα, όσον αφορά τις περιφερικές ενζυμικές διαταραχές (η χαμηλή T_3 και οι συνέπειες της) φαίνεται ότι συνδέονται άμεσα με την καταβολική κατάσταση. Ακόμη, η κατάσταση του ενδοκρινολογικού συστήματος κατά την ψυχογενή ανορεξία συγκρινόμενη με άλλες μη-ψυχογενείς ασιτίες και με άλλες ψυχιατρικές παθήσεις χωρίς απίσχναση, δεν μας επιτρέπει, τουλάχιστο προς το παρόν, να αποφανθούμε με βεβαιότητα.

Μόνο για την περιοχή των γοναδοτρόπων ορμονών μπορεί κανείς να αναγνωρίσει τον πρωταρχικό παθογόνο ρόλο που ενέχει η ψυχολογική διαταραχή, ενώ ο υποσιτισμός δεν έρχεται παρά δευτερευόντως και ως παράγοντας που προκαλεί επιδείνωση. Κατά τον *ίδιο* τρόπο, η αναστροφή της σχέσης κορεσμός/πείνα, η οποία οδηγεί στην ανορεξία, φαίνεται να είναι, αρχικά, ψυχολογικής προέλευσης, αφού οι πιθανές ενδοκρινικές πλευρές αυτού του προβλήματος (υποθαλάμια πεπτίδια, παγκρεατική ρύθμιση) παραμένουν στο επίπεδο των υποθέσεων.

Σε ό,τι αφορά τη φύση αυτών των υποθαλαμικών διαταραχών, φαίνεται ότι δεν οφείλονται σε οργανική βλάβη: οι όγκοι της περιοχής δεν προκαλούν παρά σπάνια απίσχναση και οι εξετάσεις με τη μέθοδο της αξονικής τομογραφίας στις ανόρεκτες δεν έδειξαν παρά μια αύξηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, η οποία είναι απόλυτα αναστρέψιμη. Εκτός από την επίδραση των περιφερικών ορμονών (όπως τα οιστρογόνα και η T_3) στον υποθάλαμο και χωρίς να συζητήσουμε τη σημασία ενός προδιατεθειμένου ιδιοσυγκρασιακού πεδίου, πρέπει να εξετάσουμε την υπόθεση που αφορά ανωμαλίες των χημικών νευροδιαβιβαστών, οι οποίοι επηρεάζουν τη λειτουργία του υποθαλάμου και οι οποίοι αποκαθιστούν την επαφή με τις υπερκείμενες εγκεφαλικές δομές. Πολλοί δρόμοι προσέγγισης είναι σήμερα ανοιχτοί:

1. Η ελάττωση των κατεχολαμινών, η οποία υπάρχει και η οποία θα μπορούσε πιθανά να θεωρηθεί ως μία αιτία της υποθαλαμικής δυσλειτουργίας. Πραγματικά, όλοι οι ερευνητές συμφωνούν πως απαντάται πτώση της αδρεναλίνης, της νοραδρεναλίνης και της ντοπαμίνης

στο αίμα και τον εγκέφαλο. Αυτή η πτώση είναι αναστρέψιμη εφόσον επέλθει κλινική αποκατάσταση. Δευτεροπαθής ή μη του υποσιτισμού, αυτή η ελάττωση της αδρεναλίνης και της ντοπαμίνης θα μπορούσε να διαταράξει τη λειτουργία διαφόρων υποθαλαμικών κέντρων και, ιδιαίτερα, του γοναδοτρόπου.

2. Σχετικά με το σύστημα των ενδομορφινών-εγκεφαλινών, λίγα πράγματα είναι γνωστά όσον αφορά την ψυχογενή ανορεξία. Γνωρίζουμε ότι η χορήγηση Naloxone (αναστολέας-ανταγωνιστής των μορφομιμητικών) προκαλεί, στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας, μια αντικαταβολική δράση

Η υπόθεση σχετικά με το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) μελετήθηκε χωρίς να διαπιστωθούν διαφορές του επιπέδου παρουσίας του στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των μαρτύρων και των ανόρεκτων .[13]

2.11 ΥΠΝΟΣ ΣΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η έρευνα που αφορά στον ύπνο και τις διατροφικές διαταραχές όπως είναι η ψυχογενής ανορεξία διαμορφώνει δυο ερωτήματα. Η πρώτη ερώτηση αφορά τις επιδράσεις της χρόνιας λιμοκτονίας και την υπόθεση του βάρους σώματος κάτω από τα φυσιολογικά όρια.

Το δεύτερο θέμα στο οποίο είχε δοθεί μεγαλύτερη σημασία, έχει να κάνει με την προτεινόμενη νευροβιολογική σχέση μεταξύ διατροφικών διαταραχών και παρορμητικών ασθενειών.

Οι μελέτες ύπνου σε ανθρώπους και ζώα έχουν δείξει ότι η εισαγωγή τροφής και οι πειραματική αίτηση των εντερικών πεπτιδίων CCK και ένα τετραδεκαπεπτίδιο που απομονώνεται από το δέρμα του βατράχου, όπως από τη λεπτίνη η οποία πιστεύεται ότι δρα ως ενδογενές σήμα κορεσμού, επιταχύνει τον ύπνο βραδέων κυμάτων.

Από την άλλη μεριά, παρατεταμένη διατροφική στέρηση και η διαχείριση της ορεξίνης, ένα πεπτίδιο το οποίο φυσιολογικά επαναρυθμίζεται με την νηστεία έχει ως αποτέλεσμα ένα αυξημένο χρόνο αφύπνισης και έναν μειωμένο ύπνο βραδέων κυμάτων..

Η γνώση μας στην υπερδραστηριότητα απέναντι στη διατροφή, ο ενεργειακός μεταβολισμός και οι διαδικασίες ρύθμισης ύπνου είναι ακόμα

περιορισμένες και χρειάζεται περαιτέρω επιστημονικές εκτιμήσεις. Σύμφωνα με τα στοιχεία που μόλις αναφέρθηκαν κάποιος θα πρότεινε ένα πρότυπο διαταραχής ύπνου στους ασθενείς με διατροφική διαταραχή. Ωστόσο, τα παράπονα που αφορούν στην αϋπνία είναι αραιά σε αυτόν τον κλινικό πληθυσμό. Οι polysomnographic έρευνες που έχουν διεκπεραιωθεί μέχρι τώρα, όπως και να έχει σκιαγραφούν μια αρκετά ασυνεπή εικόνα.

Ορισμένες μελέτες αναφέρονται στη μεταβολή ύπνου οι οποίες ταιριάζουν με τις περιγραφόμενες συνέπειες της παρατεταμένης διατροφικής στέρησης στον ύπνο. Επιπρόσθετα, αυτά τα ευρήματα επεκτείνονται με την παρατήρηση μιας μειωμένης REM (παράδοξος ύπνος) διάρκειας ύπνου.

Παρόλα αυτά, άλλες μελέτες απέτυχαν να παρατηρήσουν οποιαδήποτε προφανή διαφορά στο σχέδιο ύπνου των ασθενών με διατροφικές διαταραχές και των υγιών με φυσιολογικό βάρος των πρωταρχικών (proband) παθόντων.

Επιπλέον συνηθισμένες αναφορές δηλώνουν μια στενή σχέση μεταξύ ύπνου και ενδοκρινικού και εγκεφαλομορφολογικές αλλαγές τα οποία σχετίζονται με την λιμοκτονία (αυξημένη συγκέντρωση κορτιζόλης του πλάσματος, μειωμένη συγκέντρωση τριδοθυρονίνης του πλάσματος κ)

Μια πιο ξεκάθαρη εικόνα αναδύθηκε όταν οι δυο κύριες υποομάδες της νευρογενούς ανορεξίας θεωρήθηκαν ως οι επονομαζόμενοι «περιοριστές» που διατηρούν το χαμηλό βάρος σώματος τους με αυστηρή δίαιτα.

Μεγάλης διάρκειας μελέτες, που ερευνούσαν τον ύπνο στη νευρική ανορεξία, είναι παράλληλες με την αύξηση βάρους και βελτίωση της ψυχοπαθολογίας ανακαλύπτοντας το βάθος του ύπνου σε μεμονωμένες αποδόσεις βάρους. Στενή σχέση μεταξύ φυσιολογικού ύπνου και του βαθμού βάρους δεν θα μπορούσε να υπάρξει. Κάποιος θα μπορούσε να θεωρήσει ότι οι αλλαγές τύπου “u” οι οποίες παρατηρούνται στον ύπνο βραδέων κυμάτων είναι απευθείας συνδεδεμένες με την αυξημένη συγκέντρωση λεπτίνης κατά τη διάρκεια της αρχικής φάσης εναπόθεσης βάρους. Επιπλέον, κάποιος θα μπορούσε να παρατηρήσει μια εντυπωσιακή εμπλοκή της ορεξίνης. Πάντως αυτές οι θεωρίες δεν ανταποκρίνονται ακόμα σε καμία πειραματική απόδειξη.

Το δεύτερο σημαντικό θέμα στην έρευνα του ύπνου στις διατροφικές διαταραχές ήταν να επιλεγεί η υπόθεση ενός συγκεκριμένου νευροβιολογικού δεσμού μεταξύ αυτών των διαταραχών και των παρορμητικών ασθενειών. Παράδειγμα αποτελεί η κατάθλιψη, μια διαταραχή για την οποία κάποια

ειδική αλλαγή στον ύπνο είχε γίνει αποδεκτή ως βιολογική. Οι περισσότερες polysomnographic μελέτες απέτυχαν να παρατηρήσουν διαφορές μεταξύ ψυχιατρικών διαταραχών και αυτά τα ευρήματα αντιμετωπίστηκαν ως καλές αποδείξεις για μια νευρολογική σχέση μεταξύ διατροφικών διαταραχών και κατάθλιψης. Πάντως δεν υπάρχει καμία προφανής διαφορά στον ύπνο μεταξύ των δυο αυτών ομάδων των ψυχιατρικά ασθενών και εκείνων που βρέθηκαν υγιείς μετά τον έλεγχο.

Αυτή η ανησυχία πρέπει να συνδεθεί με τους νέους της υπόθεσης, διότι οι αλλαγές ύπνου στην κατάθλιψη παρατηρούνται τυπικά στους μεσήλικες ασθενείς ενώ σχεδόν δεν υπάρχουν στους νεαρούς καταθλιπτικούς ασθενείς.

Μια υπεροχή ή μια επιβεβαίωση ενός νευροβιολογικού συνδέσμου μεταξύ των δυο διαταραχών δεν μπορεί να αναμένονται από τις polysomnographic μελέτες οι οποίες πραγματοποιούνται σε συνθήκες κάτω από το όριο της βάσης.

Η θεωρία ότι οι διατροφικές διαταραχές και οι παρορμητικές ασθένειες είναι ξεχωριστές, σαφείς ενότητες, υποστηρίζεται σημαντικά από παρατηρήσεις ότι η REM διάρκεια, στους νεαρούς, καταθλιπτικούς ασθενείς, είναι περισσότερο μειωμένη μετά από χολινεργική διέγερση (όπως στους μεσήλικους ασθενείς) από ότι στους ασθενείς με νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία και τους υγιείς πρωταρχικούς παθόντες. Επιπλέον, προκαταρκτικά αποτελέσματα από μελέτες ονείρων επίσης συμφωνούν με αυτή τη θεωρία.[36] (βλ. παράρτημα 3)

2.12 ΥΠΕΡΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ:

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΜΕ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Αντικείμενο: Η υπερδραστηριότητα είναι ένα φαινόμενο το οποίο παρατηρείται συχνά στις διατροφικές διαταραχές και έχουν προταθεί αρκετοί βιοψυχολογικοί μηχανισμοί ώστε να εξηγηθεί ο παθογενετικός της ρόλος.

Μέθοδος: Εξαιτίας της έλλειψης αναξιόπιστης μεθόδου για την μελέτη της υπερδραστήριας συμπεριφοράς, διεξήχθη ένα πείραμα με εμπειρική μεθοδολογική δειγματοληψία (ESM). Κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας, ζητήθηκε σε ανορεξικό

ασθενή, σε εννέα τυχαίους χρόνους της ημέρας, να αναφέρει την στιγμιαία τάση να είναι σωματικά ενεργός, τα συναισθήματα του και μερικές άλλες μεταβλητές οι οποίες περιελάμβαναν την κατανάλωση θερμίδων, πορεία προς τη λεπτότητα, την ελκυστικότητα, τις εμμονές, τους εξαναγκασμούς και τις συμπεριφορές σχετικά με την υπερδραστηριότητα.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η τάση του ασθενούς να είναι υπερδραστήριος, ήταν θετικώς σχετιζόμενη με την α) ενασχόληση με το βάρος και τα αρνητικά συναισθήματα, και β) αρνητικώς σχετιζόμενη με τα θετικά συναισθήματα και την απουσία κατάθλιψης. Σε αυτόν τον ασθενή, οι εμμονές και οι καταναγκασμοί δεν συσχετίζονταν με την υπερδραστηριότητα.

Γενικά, κάποια μεθοδολογικά ζητήματα που αφορούν την συγκεκριμένη μελέτη πρέπει να ληφθούν υπόψη. Ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα των εμπειριών ελήφθη από τις εμπειρίες της καθημερινής ζωής, ενός και μόνο ασθενούς. Συνεπώς, δεν μπορεί να γίνονται γενικεύσεις για άλλα υποκείμενα. Βέβαια, αυτός ο τύπος προσέγγισης πρέπει να χρησιμοποιείται πλέον σε μεγαλύτερα δείγματα, με συστηματικό τρόπο. [52](βλ. παράρτημα 3)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

ΕΤΥΜΟΛΟΓΙΑ

Ο όρος βουλιμία προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «βους» (βόδι) και «λιμός» (πείνα). Με την έννοια αυτή μπορεί να περιγράψει δύο πράγματα: αυτόν που είναι σε θέση να καταναλώσει μια μεγάλη ποσότητα τροφής, αλλά και κάποιον που πεινάει τόσο πολύ ώστε να μπορεί να καταναλώσει στην κυριολεξία ένα ολόκληρο βόδι. [26]

Η βουλιμία έχει μακρά ιστορία και σαν ιδιαίτερη κλινική οντότητα αναγνωρίστηκε από τον Έλληνα γιατρό Γαληνό, ο οποίος την ονόμασε βουλιμία ή μεγάλη πείνα και την απέδιδε σε έναν όξινο χυμό του στομάχου, που προκαλούσε έντονα αλλά λανθασμένα μηνύματα πείνας.

Χειρόγραφα και τυπωμένες εργασίες, από τον 14^ο ως τον 20^ο αιώνα, επιδεικνύουν ευρεία χρήση του όρου «βουλιμία» καθώς και μια ποικιλία όρων όπως, «κυνορεξία», «σκυλίσια όρεξη», και «νοσηρή πείνα». Η χρήση του όρου «βούλιμος» στην Αγγλική γλώσσα, χρονολογείται από το 1398. Το 1892, στο Λεξικό της Ψυχολογικής Ιατρικής (dictionary of psychological medicine) του Tuke, υπάρχει ο ισχυρισμός ότι η βουλιμία και η σκυλίσια όρεξη, (όρος που αποτελούσε τύπο της καθομιλουμένης, για να χαρακτηρίσει την πρωτόγονη σκυλίσια όρεξη, η οποία συχνά ανακουφιζόταν από την πρόκληση εμετού), αποτελούσαν την ίδια κατάσταση. [19]

ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ

Οι διαθέσιμες πηγές για την κατασκευή ενός ιστορικού προφίλ της βουλιμίας είναι σποραδικές και ετερογενείς, καλύπτοντας σε ποικίλο βάθος μια περίοδο 2 χιλιετιών, και συμπεριλαμβάνουν κλασσικά κείμενα, διατριβές από μεσαιωνικούς θεραπευτές, σχολαστικές γραφές, θεολογικές γραφές, εντυπωσιακές επεξηγήσεις της ιδιορρυθμίας, ιατρικά λεξικά, νοσολογίες και παλιές δημοσιεύσεις για την διατροφική παθολογία. Αν και είναι διαθέσιμη ορθολογική βιβλιογραφία για τη βουλιμία ως σημαντική μορφή υπερφορέξιας, πραγματικές περιγραφές περιστατικών, αντίθετα από τους συχνούς ιστορικούς απολογισμούς που αφορούν την νηστεία, είναι περιορισμένες. [19]

Αρχαιότητα

Η *Κύρου Ανάβασις* (428-354 π.Χ.) αναφέρεται σε μια κατάσταση εξασθένησης και σωματικής κατάρρευσης, που συνέβη μεταξύ των ελληνικών εκστρατευτικών δυνάμεων καθώς ξεχειμώνιαζαν στην Ασία. Αφού πληροφορήθηκε ότι έπασχαν από βουλιμία και ότι η πρόσληψη τροφής θα ήταν τονωτική, ο Ξενοφών διένειμε τις προμήθειες και η κινητικότητα ξανάρχισε. Αυτή η παρουσίαση της βουλιμίας, ως κατάσταση ακραίας πείνας, αδυναμίας και εξασθένησης παρέμεινε στις κλασσικές πηγές ως τον 4^ο αιώνα, διαμορφώνοντας καθορισμένα βουλιμικά συμπτώματα όπως, κατάρρευση, σφοδρή επιθυμία για φαγητό, λιποθυμία, ωχρότητα, αδύνατος σφυγμός, καταπίεση στομάχου.

Παρά την παράδοση του προκαλούμενου εμετού μεταξύ των συμποσίων από πληθωρικούς Ρωμαίους πατρικίους, που αναπαραστάθηκε γραφικά από τον (Petronius) Πετρόνιο τον πρώτο αιώνα μ.Χ., οι περισσότερες πρώιμες αναφορές στη βουλιμία περιγράφουν μια φυσιολογική απάντηση του οργανισμού στην παρατεταμένη στέρηση τροφίμων στα πλαίσια του κρύου, της εξάντληση, και της αδυναμίας, παρά στην κατεσταλμένη κατανάλωση.

Μια εξαίρεση μπορεί να βρεθεί στα κείμενα του Aurelianus (5^{ος} αιώνας π.Χ.), στα οποία αναφέρεται, στα πλαίσια χρόνιων ασθενειών η «νοσηρή πείνα» και η «φαγέδαινα» (έλκωση των μαλακών μορίων που εξαπλώνεται γρήγορα). Καθόρισε το προηγούμενο ως ασθένεια του οισοφάγου που χαρακτηρίζεται από

λαιμαργη όρεξη, απουσία μάσησης, και πρόκληση εμετού. Περιέγραψε επίσης τα υπερβολικά αδυνατισμένα άτομα που πάσχουν από αυτήν την ασθένεια, με πρησμένα πρόσωπα και σαπισμένα δόντια, γεγονός που δίνει την δυνατότητα για ενδιαφέροντες παραλληλισμούς με την παρωτιδική μεγέθυνση και την οδοντική τερηδόνα που συναντάται στα άτομα που σήμερα υποφέρουν από νευρογενή βουλιμία.

Μεσαίωνας

Κατά την διάρκεια της μεσαιωνικής περιόδου ίσχυαν δύο αντιμαχόμενες δυνάμεις. Από την μια πλευρά, η λαιμαργία αποτελούσε ένα από τα 7 θανάσιμα αμαρτήματα, επικρινόμενη από την Ρωμαϊκή Καθολική Εκκλησία. Από την άλλη, η ανασφάλεια που επικρατούσε όσον αφορά την επάρκεια τροφίμων και η υπολογιζόμενη σύντομη διάρκεια ζωής, έκανε την ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής μια πραγματικότητα, σε περιόδους ευημερίας.

Στοιχεία ότι η υπερφαγία δεν αποτελούσε σπάνιο γεγονός, υποστηρίζονται και από τους συνυπολογισμούς της βουλιμίας και της σκυλίσιας όρεξης, μεταξύ των συνηθέστερων ιατρικών καταστάσεων που συζητήθηκαν από τον Bartholomaeus Anglicus (1230-1250).

Ο αυτοπροκαλούμενος εμετός σαν τιμωρία χαρακτηρίζει τις ζωές κάποιων ασκητικών μεσαιωνικών καλογριών, ιδιαίτερα της Αικατερίνης της Σιένα, οι οποίες τον προκαλούσαν χρησιμοποιώντας καλαμάκι.

Αν και τα λογοτεχνικά έργα των Boccaccio, Chaucer, και Rabelais, μαρτυρούν την ύπαρξη αδηφάγων και της αδηφαγίας, περιγραφές περιστατικών τυπικών βουλιμικών είναι σπάνιες και ανέκδοτες πριν τον 17^ο αιώνα.

Τέλος, άλλες 3 περιπτώσεις βουλιμικής συμπεριφοράς έχουν ταυτοποιηθεί κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου, εκ των οποίων η μία αναφέρεται στον θάνατο του Χανς Μέμλιν, ενός ισόβιου βουλιμικού, μετά την αδηφάγα κατανάλωση ενός τεράστιου ψαριού.

16^{ος} έως 19^{ος} αιώνας

Κατά την διάρκεια αυτών των περιόδων ταυτοποιήθηκαν 36 περιπτώσεις υπερφαγίας, εκ των οποίων οι 23 έλαβαν χώρα τον 19^ο αιώνα. Αν

συνυπολογιστούν και οι 4 περιπτώσεις που καταγράφηκαν κατά την διάρκεια της μεσαιωνικής περιόδου, τα 40 περιστατικά μπορεί να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

Τα 25 από αυτά τα άτομα εκδήλωσαν υπερφαγία υπό μορφή αδηφαγίας, που μερικές φορές εγγίζουν τα όρια της τερατωδίας.

Τα 15 από αυτά τα άτομα εκδήλωσαν μερικά χαρακτηριστικά που μοιάζουν με αυτά της νευρικής βουλιμίας (ταχεία πρόσληψη, μυστική κατανάλωση, νυχτερινά επεισόδια υπερφαγίας, εμετοί και φυσιολογικό βάρος σώματος).

Επιπλέον υπήρξαν τρεις εκθέσεις σχετικά με μια χωριστή, σαφώς διαφοροποιημένη ομάδα είκοσι δύο ασθενών, των οποίων η σύντομη διάρκειας αδηφαγία, αποδόθηκε άμεσα στον τραυματισμό στο κεφάλι, σε εγκεφαλική ασθένεια, ή σε επιληψία.

20^{ος} αιώνας

Το πιο εντυπωσιακό χαρακτηριστικό στα περιστατικά του 20^{ου} αιώνα, ήταν η απουσία της αισχρής υπερφαγίας σε σύγκριση με τα κλασσικά βουλιμικά περιστατικά που σημειώθηκαν κατά την διάρκεια του 19^{ου} αιώνα.

Αναφορές σε επεισόδια υπερφαγίας, στα πλαίσια της νευρικής ανορεξίας, ένα χαρακτηριστικό που ταυτοποιήθηκε από τον Gull το 1866 στον πρώτο του ανορεξικό ασθενή, αυξήθηκαν μετά το 1900. (19)

Η βουλιμία αναγνωρίστηκε από παθολόγους, όπως ο Osler, σαν μια διαταραχή της αίσθησης της πείνας και του κορεσμού, που συναντώνταν συχνά σε ασθενείς με υστερία και νευρασθένεια. Ο Κάρολος Λαζέγκ, ο Σάντορ Φέρεντζι τις βλέπουν σαν σημάδι υστερικής νεύρωσης ενώ ο Σίγκμουντ Φρόιντ τις θεωρεί άλλοτε σαν υστερικές εκδηλώσεις και άλλοτε σαν συμπτώματα «σύγχρονης νεύρωσης». Όμως, στη συνέχεια, οι βουλιμικές συμπεριφορές παύουν να κατατάσσονται στις νεύρωσεις και αποδίδονται σε μια βαθύτερη διαταραχή της προσωπικότητας.

Από την δεκαετία του 20, το ρεύμα των ψυχαναλυτών πραγματοποιεί μία προσέγγιση ανάμεσα στην βουλιμία, τον αλκοολισμό και την τοξικομανία.

Στην δεκαετία του 30 αναφέρθηκαν, κυρίως σε γερμανικές πηγές, τα

πρώτα βουλιμικά περιστατικά που προσεγγίζουν τα σημερινά διαγνωστικά κριτήρια και τα οποία έγιναν περισσότερο συχνά κατά την διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου του β' Παγκοσμίου πολέμου. Κατά την διάρκεια αυτής της δεκαετίας, η βουλιμία περιγράφηκε επίσης σαν σύμπτωμα συναισθηματικής στέρησης και φτωχής κοινωνικής προσαρμογής, μεταξύ των απροσάρμοστων ανηλίκων και των προσφύγων. [19]

Στην δεκαετία του 60 τα επεισόδια υπερφαγίας και ο αυτοπροκαλούμενος εμετός είχαν γίνει πια εδραιωμένα χαρακτηριστικά μέσα σε κάποιες περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας. [19]

Το 1976 έγιναν αναφορές για την ύπαρξη «βουλιμαρεξίας» σε Αμερικανούς φοιτητές. [26]

Η αυξημένη συχνότητα της νευρικής βουλιμίας κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 70, επιτάχυνε τελικά την ανάγκη αναγνώρισής της σαν μιας ξεχωριστής διατροφικής διαταραχής το 1979 από τον Gerald Russell, ο οποίος και εισήγαγε τον όρο «νευρική βουλιμία». [19] Η τελευταία ονομασία επικράτησε έναντι του όρου «βουλιμία», καθώς ο τελευταίος υποδηλώνει μια συμπεριφορά λήψης τροφής, ενώ ο όρος «ψυχογενής βουλιμία» υπονοεί ψυχοπαθολογική οντότητα. Ο Gerald Russell, στην εργασία του με τίτλο «Bulimia nervosa: An ominous variant of Anorexia Nervosa» «Ψυχογενής βουλιμία: Η άλλη όψη του νομίσματος της Ψυχογενούς Ανορεξίας» περιέγραφε τα χαρακτηριστικά τριάντα ασθενών με ψυχογενή βουλιμία, (είκοσι οχτώ γυναικών και δύο αντρών) τους οποίους παρακολουθούσε για έξι χρόνια (από το 1972 έως το 1978), διατύπωσε συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια και πρότεινε ότι αυτή η διαταραχή αποτελεί μια παραλλαγή της νευρικής ανορεξίας. [36],[26]

Το 1980 το σύνδρομο της «βουλιμίας» εισάγεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. [26]

Το 1980-82 μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Βρετανία δείχνουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της ψυχογενούς βουλιμίας. [26]

Το 1981-82 μελέτες περιγράφουν δύο πολλά υποσχόμενες θεραπείες. Την γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.[26]

Ένας σαφής διαχωρισμός ανάμεσα στην νευρική βουλιμία και την νευρική ανορεξία προτάθηκε έπειτα το 1987, από τον Αμερικανική Ψυχιατρική

Εταιρεία στην τρίτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών. [36] Έτσι, καθιερώθηκε η διάγνωση νευρική βουλιμία, αποκλειστικά για τα βουλιμικά άτομα που διατηρούν φυσιολογικό βάρος με την βοήθεια ενός μηχανισμού εξισορρόπησης, που έχει ως βασικό εργαλείο την πρόκληση εμετού.

3.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

ΤΥΠΟΙ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Με τον όρο βουλιμία στην επιστημονική ορολογία, εννοούμε επαναλαμβανόμενα επεισόδια έντονης επιθυμίας για τροφή. Ένα επεισόδιο βουλιμίας συνεπάγεται ταχεία κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής σε μικρό χρονικό διάστημα, και συνοδεύεται από ένα αίσθημα απώλειας του ελέγχου κατά την διαδικασία της πρόσληψης τροφής, και καταθλιπτική διάθεση και σκέψεις αυτομομφής στο τέλος. Τα βουλιμικά επεισόδια μπορεί να ενσκήπτουν μερικές φορές τη μέρα έως λίγες φορές το μήνα. [26]

Οι βουλιμικοί ασθενείς μπορεί να εμφανίζουν δύο τύπους βουλιμικής συμπεριφοράς, οι οποίοι είναι:

- **Ο Τύπος Κάθαρσης:** Κατά την διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμετού ή την κακή χρήση καθαρτικών διουρητικών ή ενεμάτων.
- **Ο Τύπος Μη Κάθαρσης:** Κατά την διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία ή υπερβολική άσκηση, αλλά δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμετού ή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων. [8]

Η Ψυχογενής ή αλλιώς Νευρογενής ή Νευρική Βουλιμία, πλήττει κυρίως νεαρές, λευκές γυναίκες, ιδιαίτερα στην ηλικία των είκοσι ετών, όπως φάνηκε από τις περισσότερες έρευνες που έχουν διεξαχθεί ως σήμερα. Ένας βασικός λόγος που οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο

να αναπτύξουν νευρική βουλιμία, βασίζεται στο γεγονός ότι οι δίαιτες αποτελούν ίδιον των γυναικών, γιατί από την μία οι κοινωνικές απαιτήσεις για μια λεπτή σιλουέτα κυρίως εστιάζονται στις γυναίκες, ενώ από την άλλη οι τελευταίες είναι περισσότερο επιρρεπείς στο να στηρίζουν την αυτοπεποίθησή και την αξία τους στην εξωτερική τους εμφάνιση.

Το πρόβλημα συνήθως φαίνεται να ξεκινά στα τέλη της εφηβείας, με μία περίοδο αυστηρής διαίτας. Οι έφηβες γυναίκες και εκείνες που βρίσκονται στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής τους, καταφεύγουν πολύ συχνά στη δίαιτα. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα τριών παραγόντων. Πρώτον, όπως ήδη αναφέρθηκε λίγο παραπάνω, οι γυναίκες που ανήκουν σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα, βασίζουν την αξία τους στην εξωτερική τους εμφάνιση επομένως η έμφαση και το ενδιαφέρον που δίνεται σε αυτή είναι αναπόφευκτα αυξημένα. Δεύτερον, κατά την διάρκεια της εφηβείας επέρχονται αναπτυξιακές μεταβολές στην εξωτερική εμφάνιση, διακυμάνσεις στην διάθεση, καθώς και αλλαγές στους κοινωνικούς ρόλους και στις προσδοκίες. Οι έφηβες με στοιχεία προσωπικότητας που τις θέτουν σε κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα βουλιμίας, είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίσουν την απώλεια του ελέγχου σε αυτή την ηλικία. Τρίτον, πολλές έφηβες αποκτούν σιλουέτα που δεν συμφωνεί με τα πρότυπα τα οποία προβάλλονται στις μέρες μας από τα Μ.Μ.Ε , είναι λοιπόν αναμενόμενο πολλές από αυτές να καταφύγουν στην πρακτική αυστηρών διαιτών, ώστε να καταφέρουν να αποκτήσουν το επιθυμητό σώμα. Στο 1/3 των περιπτώσεων που έχει προηγηθεί υπερβολική δίαιτα, μπορεί αρχικά να αναπτυχθεί νευρογενή ανορεξία που προοδευτικά καταλήγει σε νευρογενή βουλιμία.[26] Ακόμα και αν αυτό δεν συμβαίνει, (όταν δηλαδή η νευρική ανορεξία δεν προηγείται της νευρικής βουλιμίας) η νευρογενής βουλιμία μπορεί να αναπτυχθεί ως αποτέλεσμα ενός υπόβαθρου εκτεταμένων και συνεχόμενων προσπαθειών περιορισμού της διατροφής.[19]

Όσον αφορά τους ασθενείς, φαίνεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι με νευρογενή βουλιμία προέρχονται από τα μεσαία ή τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα. Ωστόσο αυτό το στοιχείο ερευνάται ακόμα, καθώς μπορεί απλά να σημαίνει ότι οι ασθενείς που ανήκουν σε αυτές τις κοινωνικές ομάδες είναι πιθανότερο να αναζητήσουν θεραπεία. [26]

Η κλινική εικόνα της νευρικής βουλιμίας είναι σαφώς ευδιάκριτη. Το

πρώτο βήμα είναι η προσπάθεια περιορισμού της διατροφής, που παρακινείται καθώς προαναφέρθηκε, από την υπέρτατη σημασία που αποδίδει ο ασθενής στο σχήμα και το βάρος του σώματός του, και το οποίο αποτελεί το βασικό ψυχοπαθολογικό γνώρισμα της διαταραχής. Όλοι οι βουλιμικοί προσπαθούν να ελέγξουν το βάρος τους κάνοντας δίαιτα και αποφεύγοντας τρόφιμα υψηλής θερμιδικής περιεκτικότητας, τουλάχιστον στα πρώτα στάδια της ασθένειάς τους. Οι σκέψεις που αφορούν το φαγητό γίνονται ολοένα πιο υπερβολικές και επίμονες, γεγονός που αποτελεί αντίδραση στις μακροχρόνιες και συνεχείς προσπάθειες περιορισμού του. Οι ασθενείς με νευρική βουλιμία μπορεί να προσπαθήσουν να αντισταθούν στην παρόρμηση να φάνε λαμβάνοντας καταστολείς της όρεξης ή άλλα τονωτικά. Μπορεί επίσης να αποφεύγουν καταστάσεις στις οποίες υπάρχει πιθανότητα να εκτεθούν σε φαγητό ή δυσκολία στο να ασκήσουν αυστηρό έλεγχο στην τροφή τους. Αυτή η συμπεριφορά της αποφυγής προσθέτει κι άλλο ένα πρόβλημα στα ήδη υπάρχοντα σχετικά με τις κοινωνικές τους σχέσεις, και ενισχύει την εγκατάσταση ενός φαύλου κύκλου αύξησης των επεισοδίων, της κάθαρσης και της κοινωνικής απομόνωσης. Το πρότυπο της διατροφής που τελικά εξελίσσεται είναι ένα εναλλαγής ανάμεσα στην νηστεία ή την ακραία δίαιτα από την μια πλευρά, και στα επεισόδια υπερφαγίας από την άλλη. Ο αυτοπροκαλούμενος εμετός και η χρήση καθαρτικών συνήθως συμβαίνει αφού τα επεισόδια υπερφαγίας έχουν εγκατασταθεί. [19]

Μια σημαντική αναλογία βουλιμικών ασθενών έχουν προϋπάρχουσες προσωπικές δυσκολίες, ιστορικό διαταραγμένων διαπροσωπικών σχέσεων, και δυσκολίες όσον αφορά τον έλεγχο της παρόρμησης. Σε αυτά τα προνοσηρά χαρακτηριστικά τείνουν να διαφέρουν από τους ανορεξικούς ασθενείς, ιδιαίτερα από αυτούς με τον περιοριστικό τύπο της ασθένειας, που είναι συνήθως περισσότερο συντηρητικοί, εσωστρεφείς. [19]

Οι περισσότεροι άρρωστοι με ψυχογενή βουλιμία βρίσκονται στα όρια του φυσιολογικού βάρους, αλλά μερικοί είναι είτε υπέρβαροι, είτε ελλιπόβαροι. Οι περισσότεροι ασθενείς ασχολούνται με την σωματική τους εμφάνιση, ανησυχούν για το πώς τους βλέπουν οι άλλοι και ενδιαφέρονται για την ερωτική τους ελκυστικότητα. Οι πλείστοι είναι σεξουαλικά δραστήριοι. [31]

Τρία είναι τα κύρια χαρακτηριστικά της νευρογενούς βουλιμίας, τα οποία

αποτελούν βασικές προϋποθέσεις ώστε να γίνει διάγνωση της:

1. Υπερβολική ενασχόληση και ανησυχία για το βάρος και το σχήμα του σώματος που οδηγεί σε προσπάθειες περιορισμού του φαγητού. [8]

Η ανησυχία αυτή ξεπερνά κατά πολύ την απλή αίσθηση ότι το άτομο είναι παχύ, ή την δυσαρέσκειά του για την εξωτερική του εμφάνιση. Αντίθετα, όλη του η ζωή κυριαρχείται από τις ανησυχίες του για το σχήμα και το βάρος του σώματός του, σε τέτοιο βαθμό μάλιστα, που οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία ρυθμίζουν την ζωή τους με βάση αυτές. Τίποτα άλλο δεν έχει τόση σημασία για αυτούς. Ωστόσο, το ενδιαφέρον είναι πως αυτές οι ανησυχίες δεν επηρεάζουν την αρχική εμφάνιση του προβλήματος πρόσληψης τροφής, αλλά διαιωνίζουν ήδη τα υπάρχοντα προβλήματα, ενθαρρύνοντας την δίαιτα.

Μία τακτική συχνά χρησιμοποιούμενη στον έλεγχο του σωματικού βάρους, είναι το ζύγισμα, το οποίο και αποκτά μεγάλη σημασία. Η συχνότητα μέτρησης του σωματικού βάρους είναι ιδιαίτερα αυξημένη και σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ασθενείς ζυγίζονται αρκετές φορές την ημέρα. Πάνω από το ένα τέταρτο των γυναικών με ψυχογενή βουλιμία ζυγίζονται τουλάχιστον μια φορά την ημέρα, σε σχέση με το ένα εικοστό των γυναικών του γενικότερου πληθυσμού. Τελικά, πολλές γυναίκες καταλήγουν να μην ζυγίζονται καθόλου, γιατί θεωρούν βασανιστικό να το κάνουν τόσο συχνά, γεγονός που δεν σημαίνει ότι παύουν να ανησυχούν υπερβολικά για το βάρος τους.

Η ανησυχία για την εμφάνισή τους, από την άλλη, εκδηλώνεται επίσης το ίδιο συχνά και έντονα με αυτή για το βάρος τους. Σε αυτήν την περίπτωση, υιοθετούν μεθόδους όπως η τακτική μέτρηση σημείων του σώματός τους, ιδιαίτερα των μηρών για να ελέγχουν την εμφάνισή τους.

Οι γυναίκες αυτές, νιώθουν έντονη δυσαρέσκεια για την εμφάνισή τους, με αποτέλεσμα να νιώθουν ντροπή, γιατί πιστεύουν πως αντιμετωπίζονται αρνητικά από τους άλλους. Επηρεάζεται έτσι η καθημερινή τους ζωή. Πολλές γυναίκες αποφεύγουν να αφήνουν τους άλλους να βλέπουν το σώμα τους. Ίσως να αποφεύγουν να το βλέπουν και οι ίδιες. Δεν πάνε για κολύμπι, δεν φοράνε αποκαλυπτικά ρούχα, ενώ κάποιες δεν επιτρέπουν καθρέπτες στο σπίτι τους ή δεν επιτρέπουν στον σύντροφό τους να δει το

σώμα τους γυμνό. Πολλές φορές επηρεάζεται και η σεξουαλική τους ζωή, καθώς αντιδρούν στο άγγιγμα του συντρόφου τους σε σημεία του σώματός τους που θεωρούν χοντρά. [26]

2. Επανελημμένα (αντικειμενικά) επεισόδια υπερφαγίας, κατά την διάρκεια των οποίων το άτομο βιώνει μια αίσθηση απώλειας του ελέγχου, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να σταματήσει την λαιμαργία του. [8]
3. Επεισόδιο βουλιμίας (υπερφαγίας) ουσιαστικά σημαίνει απώλεια του ελέγχου στο φαγητό. Πολλοί είναι οι παράγοντες οι οποίοι μπορεί να συντελούν στην ενεργοποίηση ενός επεισοδίου βουλιμίας. Μπορεί να πρόκειται για την εμφάνιση της εμμηνόρροιας, ή για την στιγμή της ωορρηξίας (η αδυναμία ελέγχου της όρεξης των γυναικών με βουλιμία πριν από την εμμηνόρροια, πιθανόν να αποτελεί αντίδραση σε σωματικές αισθήσεις, όπως το φούσκωμα, ή σε αρνητικά συναισθήματα όπως η κατάθλιψη και ο εκνευρισμός), άγχος, κούραση, ένταση, βαρεμάρα, ανησυχία για ένα ραντεβού, αίσθηση κενού και μοναξιάς ή ένα γεγονός το οποίο προκάλεσε ένα συγκινησιακό ξέσπασμα. Επίσης, δυσκολίες στις σχέσεις και στον σεξουαλικό τομέα ή ερωτικές απογοητεύσεις, ενοχές, ή ένας υποτιμητικός εσωτερικός διάλογος, είναι επίσης ένας βασικός υποκινητής των βουλιμιών και ο κύκλος βουλιμία-εμετός παίρνει συχνά την μορφή της τιμωρίας ή της κάθαρσης. Η κατανάλωση αλκοόλ ή η χρήση κάνναβης, τα οποία προκαλούν μείωση της ικανότητας αντίστασης στις έντονες επιθυμίες αφενός και αφετέρου διαταραχή της ορθής κρίσης του ατόμου. Το αίσθημα του υπερβολικού βάρους (αποτελεί μια ιδιάζουσα μορφή δυσάρεστης διάθεσης που συναντάται στους ανθρώπους που ανησυχούν για την σιλουέτα τους), η αύξηση του σωματικού βάρους, η παραβίαση του διαιτητικού κανόνα ή η υπενθύμιση των τροφίμων. Πολύ συχνά όμως, η βουλιμία ενεργοποιείται από την πείνα που έχει προκληθεί από μια διατροφική στέρηση πολύ μεγάλης διάρκειας. Ακόμα, ένα γεύμα που εξελίσσεται τελείως φυσιολογικά μπορεί στην πορεία να εκφυλιστεί σε βουλιμία. Σπάνια πάντως, οι ασθενείς παραδέχονται ότι η πείνα τους οδήγησε σε ένα επεισόδιο υπερφαγίας, ακόμα κι αν έχουν μείνει νηστικοί για 24 ώρες πριν. Ένα τέτοιο επεισόδιο χαρακτηρίζεται από δύο στοιχεία, τα οποία είναι κοινά στους βουλιμικούς. Το πρώτο είναι

το γεγονός ότι οι ασθενείς αυτοί καταναλώνουν σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα πολύ μεγαλύτερη ποσότητα τροφής, από εκείνη που θα κατανάλωναν οι περισσότεροι άνθρωποι στο ίδιο χρονικό διάστημα και κάτω από τις ίδιες συνθήκες. Μερικοί ασθενείς, μπορεί να καταναλώσουν σε ένα επεισόδιο μέχρι και 30 φορές την ποσότητα της συνιστώμενης ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης. Το δεύτερο στοιχείο, το οποίο και κυριαρχεί στην βουλιμία είναι ότι οι ασθενείς αυτοί βιώνουν μια αίσθηση απώλειας του ελέγχου στην ποσότητα της τροφής που καταναλώνουν κατά την διάρκεια του επεισοδίου. Αυτό ακριβώς το στοιχείο την διαφοροποιεί από την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής και την απλή απόλαυση. Πολλές ερευνητικές ομάδες έχουν στραφεί στην μελέτη της βουλιμίας μέσα σε εργαστήρια. Ένα από τα πιο εξειδικευμένα είναι το Εργαστήριο Ανθρώπινης Διατροφής του Πίτσμπουργκ στο Δυτικό Ινστιτούτο και Κλινική του Πανεπιστημίου του Πίτσμπουργκ. Τα ευρήματα και οι πληροφορίες αυτών και άλλων εργαστηρίων αποκαλύπτουν σημαντικές πληροφορίες όσον αφορά τα χαρακτηριστικά του επεισοδίου βουλιμίας, ενός τυπικού βουλιμικού. [26]

4. Οι βουλιμικοί ασθενείς που προσπαθούν να αντισταθούν στην κρίση αποφεύγοντας να έχουν σπίτι τους οποιαδήποτε απαγορευμένη τροφή μπορεί, αν αιφνιδιαστούν, να καταβροχθίσουν τρόφιμα απευθείας μέσα από την συσκευασία, κατεψυγμένα πριν καν ξεπαγώσουν, ζύμες μισοψημένες και ίσως τελείως άψητες, μπουκάλια μαγιονέζας ή κέτσαπ, τροφές που ξαναπαίρνουν από τα σκουπίδια. Καθώς ο βουλιμικός άνθρωπος λειτουργεί σύμφωνα με το πρότυπο «όλα ή τίποτα», η παραμικρή παρέκκλιση από το συνήθη διατροφικό του προγραμματισμό τον οδηγεί στα άκρα. Το γεγονός ότι ο εμετός προκαλείται ευκολότερα με γεμάτο στομάχι, αποτελεί ένα ακόμα κίνητρο που οδηγεί τον/ην βουλιμικό/ή σε πλήρη βουλιμία, εφόσον έχει πλέον αρχίσει να τρώει.
5. Τα συναισθήματα κατά τα πρώτα λεπτά του επεισοδίου μπορεί να είναι ευχάριστα. Η γεύση, η αίσθηση της τροφής προσφέρει μεγάλη απόλαυση αλλά αυτά σπάνια διαρκούν πολύ και στη συνέχεια αντικαθίστανται από άλλα, ντροπής και αηδίας, καθώς η ποσότητα της τροφής γίνεται όλο και περισσότερη, αλλά δεν μπορούν πια να σταματήσουν. [26]

6. Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της τυπικής βουλιμίας είναι ότι δεν αποκαλύπτεται. Οι βουλιμικοί ασθενείς είναι μυστικοπαθείς σχετικά με τα βουλιμικά τους επεισόδια, τόσο ώστε μπορεί να συμβαίνουν για χρόνια χωρίς τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και οι άνθρωποι του κοντινού τους περιβάλλοντος να είναι ενήμεροι. Ο λόγος που ουσιαστικά συμβαίνει αυτό είναι ότι οι ασθενείς αισθάνονται ντροπή για αυτή τους την συμπεριφορά και φροντίζουν να την διατηρούν κρυφά χρησιμοποιώντας διάφορα έξυπνα τεχνάσματα ή τρώγοντας φυσιολογικά όταν είναι μαζί με άλλους. Συχνά, τα βουλιμικά επεισόδια είναι σχεδιασμένα και τα τρόφιμα αποθηκεύονται ώστε να καταναλωθούν σε χρόνο που ο ασθενής θα μπορεί να καταβροχθίσει χωρίς διακοπή και χωρίς τον κίνδυνο ότι θα αποκαλυφθεί. Κάποιοι ασθενείς ωστόσο, αφήνουν προφανή σημάδια της διαταραγμένης τους συμπεριφοράς, που μπορεί να συμπεράνει κανείς ότι θα ήθελαν να αποκαλυφθούν, ίσως για να δηλώσουν το επίπεδο της ταλαιπωρίας τους. [19],[26]
7. Οι άνθρωποι με νευρική βουλιμία έχουν την τάση να τρώνε γρήγορα κατά την διάρκεια ενός επεισοδίου. Έρευνες από το Πανεπιστήμιο της Κολούμπια έχουν αποδείξει ότι οι γυναίκες με νευρική βουλιμία τρώνε δύο φορές πιο γρήγορα σε σχέση με τις φυσιολογικές: καταναλώνουν 81.5 θερμίδες ανά λεπτό εν σχέσει με τις 38.4 θερμίδες το λεπτό. Μασούν ελάχιστα την τροφή, ενώ γεμίζουν το στόμα τους με φαγητό σχεδόν μηχανικά. Τέλος, πολλοί πίνουν άφθονα υγρά για να βοηθήσουν την κατάποση κι αυτό τους κάνει να νιώθουν πληρότητα. Επίσης, τα πολλά υγρά βοηθούν ακόμη κάποιους να βγάλουν αργότερα ότι έχουν φάει. [19],[26]
8. Ορισμένοι ασθενείς βηματίζουν πάνω κάτω ή περιφέρονται αμήχανα κατά την διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας. Νιώθουν την λαχτάρα τους για φαγητό σαν μια πανίσχυρη δύναμη που τους οδηγεί σε αυτή τη βλαβερή συνήθεια. Η εξασφάλιση της τροφής αποκτά τεράστια σημασία. Μπορεί να κλέψουν φαγητό από σούπερ μάρκετ, να φάνε κάτι που βρήκαν στα σκουπίδια, ή να πάρουν φαγητό από άλλους. Οι περισσότεροι ντρέπονται για αυτή τους την συμπεριφορά και την θεωρούν αηδιαστική και υποτιμητική. [26]

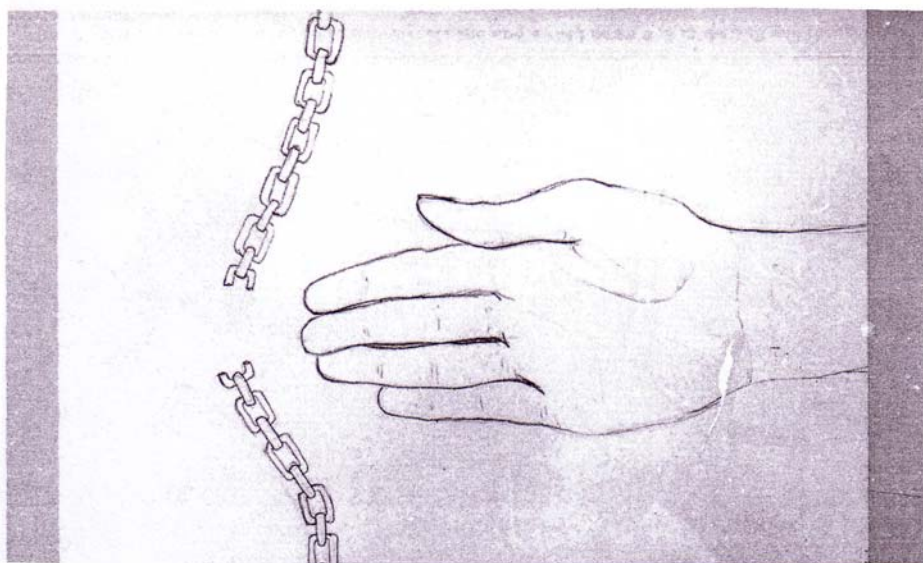
9. Αισθήματα διαταραχής της συνείδησης επίσης είναι συχνά. Πολλές διηγήσεις αναφέρονται σε καταστάσεις ύπνωσης, και αυτοματοποιημένης συμπεριφοράς. Άλλοι ασθενείς αναφέρουν ότι παρακολουθούν τηλεόραση, ακούνε πολύ δυνατά μουσική ή χρησιμοποιούν άλλες μεθόδους, σαν μέσο για την απόσπαση της προσοχής τους, με σκοπό να μην σκέφτονται τι κάνουν. [26]
10. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η απώλεια του ελέγχου αποτελεί κυρίαρχο στοιχείο της διαταραχής, αλλά διαφέρει από άτομο σε άτομο. Ορισμένοι νιώθουν κάτι τέτοιο πολύ πριν αρχίσουν να τρώνε, σε άλλους εξελίσσεται σιγά-σιγά καθώς ξεκινούν ή μπορεί να εκδηλωθεί καθώς αρχίζουν να συνειδητοποιούν ότι έχουν φάει πολύ. Αυτή η απώλεια του ελέγχου, που ξεφεύγει από τη βούληση, προκαλεί τρόμο και ακολουθείται από τύψεις και ενοχές, αλλά ταυτόχρονα γίνεται και πηγή απόλαυσης και εγκατάλειψης. Εντούτοις, τα βουλιμικά επεισόδια συχνά χρησιμεύουν στην μείωση της έντασης που νιώθουν οι βουλιμικοί ασθενείς, και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να τους είναι δύσκολο να παραιτηθούν από αυτή τους την συμπεριφορά. [26]

Η συχνότητα με την οποία εκδηλώνουν οι ασθενείς βουλιμικά επεισόδια εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο έρευνας. Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, για να επέλθει διάγνωση της νευρογενούς βουλιμίας, το άτομο πρέπει να εκδηλώνει την βουλιμική συμπεριφορά τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για τρεις μήνες. Το όριο όμως αυτό έχει δεχθεί έντονη κριτική καθώς υπονοεί ότι άτομα τα οποία εκδηλώνουν επεισόδια βουλιμίας λιγότερο συχνά είναι και λιγότερο διαταραγμένα, γεγονός που πολλές φορές δεν ισχύει. Πολλοί επιστήμονες και ερευνητές έχουν προτείνει πως ένα όριο μίας φορές την εβδομάδα είναι καταλληλότερο. Μία μελέτη με σαράντα ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία που διεξήχθη στο Πανεπιστήμιο της Μινεσότα στις αρχές της δεκαετίας του 80, αποκάλυψε ότι πολλοί ασθενείς ξεπερνούν το όριο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας και ακόμα πιο πρόσφατες μελέτες επιβεβαιώνουν το στοιχείο αυτό. Στην πράξη οι θεραπευτές και οι κλινικοί ψυχολόγοι δεν λαμβάνουν υπόψη αυτά τα αυθαίρετα όρια. Ενδιαφέρονται περισσότερο για τον

αντίκτυπο που έχει αυτή η διαταραγμένη συμπεριφορά στην σωματική υγεία και στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η διάρκεια των επεισοδίων βουλιμίας εξαρτάται από το είδος του προβλήματος ή της διαταραχής πρόσληψης τροφής. Στοιχεία από την ερευνητική ομάδα του Dr. Christopher Fairburn στην Οξφόρδη έδειξαν ότι σε εκείνους που προκαλούν κάθαρση, προκαλώντας εμετό ή με την χρήση καθαρτικών ή διουρητικών, τα επεισόδια διαρκούν περίπου μία ώρα. Σε εκείνους όμως που δεν ενεργούν κατά αυτόν τον τρόπο τα επεισόδια διαρκούν κατά μέσο όρο δύο φορές περισσότερο. Ο λόγος προφανώς για τον οποίο πιέζονται να ολοκληρώσουν όσο το δυνατό γρηγορότερα το φαγητό τους, όσοι ασθενείς χρησιμοποιούν «επανορθωτικές» ενέργειες, αποτελεί η κινητήρια σκέψη ότι, όσο πιο γρήγορα ολοκληρώσουν την κατανάλωση, τόσο πιο γρήγορα θα προβούν στις αντισταθμιστικές συμπεριφορές, άρα τόσο λιγότερη θα είναι η ποσότητα της τροφής που θα απορροφηθεί. [26]

Οι τροφές που καταναλώνονται κατά την διάρκεια των περισσότερων επεισοδίων βουλιμίας είναι



προφανώς εκείνες που το άτομο προσπαθεί να αποφύγει. Είναι συνήθως «οι απαγορευμένες», όπως συνηθίζουν να τις αποκαλούν, υπερθερμιδικές και οι αποκλεισμένες από το διαιτολόγιό τους τον υπόλοιπο καιρό. Η διάκριση που έγινε κάποτε ανάμεσα στις «αλμυρές βουλιμίες» και «γλυκές βουλιμίες», καθώς και «η λαχτάρα για υδατάνθρακες» δεν φαίνεται βάσιμη. Η τελευταία έκφραση

χρησιμοποιούνταν την δεκαετία του 70 ως τις αρχές της δεκαετίας του 80 για να χαρακτηρίσει ένα επεισόδιο βουλιμίας, καθότι τότε δινόταν έμφαση στον αποκλεισμό των υδατανθράκων. Σήμερα ο στόχος είναι τα λίπη. Κάνοντας μια αναδρομή στο παρελθόν θα δούμε πως τα τελευταία είκοσι χρόνια τα συστατικά των τροφών που καταναλώνονται σε ένα επεισόδιο είναι διαφορετικά. Στην πραγματικότητα, το ποσοστό των υδατανθράκων, το οποίο καταναλώνεται κατά την διάρκεια ενός επεισοδίου δεν είναι ιδιαίτερα υψηλό, ή τουλάχιστον δεν φαίνεται να ξεπερνά τη συμμετοχή τους στα φυσιολογικά γεύματα. Τελικά αυτό που αποδεικνύεται είναι ότι κατά την διάρκεια των επεισοδίων, καταναλώνονται γλυκές τροφές με υψηλό ποσοστό λίπους (κέικ, μπισκότα, σοκολάτες, παγωτά κ.λ.π.). Ουσιαστικά, τα παραπάνω στοιχεία μάλλον αντικατοπτρίζουν την τάση της εποχής και το γεγονός ότι οι βουλιμικοί ασθενείς κατά την διάρκεια των επεισοδίων τους καταναλώνουν τρόφιμα που στερούνται τον υπόλοιπο καιρό, καθώς αυτά χαρακτηρίζονται ως «παχυντικά». Αυτό που χαρακτηρίζει όμως τα επεισόδια δεν είναι η αναλογία των υδατανθράκων, λιπών ή πρωτεϊνών που καταναλώνονται, αλλά η συνολική ποσότητα. [26]

Η ποσότητα της τροφής που καταναλώνεται κατά την διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας ποικίλει σε μεγάλο βαθμό από άτομο σε άτομο. Η μέση θρεπτική αξία μιας βουλιμικής κρίσης εκτιμήθηκε στις 3.500 θερμίδες, αλλά μπορεί να φτάσει στις 10.000 ή και περισσότερες.

- Όταν ζητείται από τους βουλιμικούς να περιγράψουν ακριβώς τι έχουν φάει και στη συνέχεια γίνεται ο υπολογισμός του αριθμού των θερμίδων, διαπιστώνεται ότι σε ένα επεισόδιο καταναλώνονται περίπου 1.000 με 2.000 θερμίδες.
- Το ¼ περίπου των βουλιμικών καταναλώνουν περισσότερες από 2.000 θερμίδες.
- 1 στους 5 ασθενείς, καταναλώνει περισσότερες από 5.000 θερμίδες, σύμφωνα με τα στοιχεία μιας πρόσφατης έρευνας, και 1 στους 10 ασθενείς, περισσότερες από 10.000, σύμφωνα με τα στοιχεία της ίδιας έρευνας.
- Κάποιοι άνθρωποι καταναλώνουν τεράστιες ποσότητες θερμίδων, που μπορεί να φτάσουν στις 15.000 ή και 20.000 θερμίδες μόνο σε ένα γεύμα. Ωστόσο κάτι τέτοιο δεν είναι αντιπροσωπευτικό.

Μια σημαντική ανακάλυψη όλων αυτών των ερευνών είναι ότι, κατά την διάρκεια ορισμένων επεισοδίων βουλιμίας, τυπικών κατά τα άλλα, οι ασθενείς καταναλώνουν μέτριες ή και μικρές ποσότητες τροφής. Τα επεισόδια αυτά δεν ανταποκρίνονται στον τεχνικό ορισμό του επεισοδίου βουλιμίας που καθιέρωσε η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, εξαιτίας του μικρού τους μεγέθους. Παρόλα αυτά το άτομο τα βιώνει σαν τέτοια, ακριβώς επειδή χάνει τον έλεγχο. Αυτά τα επεισόδια περιγράφονται σαν υποκειμενικά. Αυτού του είδους τα επεισόδια παρατηρούνται συχνά και μπορούν να αποτελέσουν αιτία μεγάλου άγχους. Τα επεισόδια κατά τα οποία παρατηρείται μεγάλη κατανάλωση τροφής ονομάζονται αντικειμενικά επεισόδια βουλιμίας. [26]

Οι συνέπειες ενός επεισοδίου βουλιμίας επίσης ποικίλουν. Τα βουλιμικά άτομα δηλώνουν ότι κατά τα πρώτα στάδια του επεισοδίου τους αισθάνονται κάποια έντονα, ευχάριστα συναισθήματα, τα οποία όμως είναι παροδικά. Τέτοια είναι, αίσθημα ανακούφισης, υποχώρηση των αισθήσεων της πείνας και της στέρησης, καθώς και υποχώρηση της κατάθλιψης και του άγχους που προκαλούν τα βουλιμικά επεισόδια. Αυτά όμως, αντικαθίστανται γρήγορα από συναισθήματα ντροπής, αηδίας και ενοχής. Η κατάθλιψη ή μεταπολυφαγική αγωνία όπως έχει ονομαστεί, εμφανίζεται αμέσως, καθώς νιώθουν απελπισία μπροστά στην ανικανότητά τους να ελέγξουν το φαγητό τους, ενώ το άγχος εξαιτίας του φόβου αύξησης του σωματικού βάρους αποτελεί επίσης μια συνηθισμένη κατάσταση. Τα αρνητικά συναισθήματα μπορεί να επιδεινωθούν και από τις σωματικές παρενέργειες της βουλιμίας, όπως η εξάντληση και οι σωματικοί πόνοι. [26]

Χρήση αντισταθμιστικών μεθόδων, με σκοπό την αποφυγή αύξησης του σωματικού βάρους. Αυτές περιλαμβάνουν την πρόκληση εμετού, την χρήση ενεμάτων, καθαρτικών ή διουρητικών, αυστηρή δίαιτα, χρήση διαιτητικών δισκίων ή υπερβολική σωματική άσκηση. [8]

Ο φόβος της αύξησης του σωματικού βάρους μπορεί να είναι τόσο έντονος, μετά από ένα επεισόδιο βουλιμίας και το άτομο μπορεί να οδηγηθεί στην εφαρμογή ακραίων επανορθωτικών μέτρων. Η πρόκληση εμετού ως αντισταθμιστική μέθοδος, είναι ένα συχνό σύμπτωμα στα άτομα με νευρική βουλιμία. Οι περισσότεροι από τους βουλιμικούς ασθενείς προκαλούν εμετό για να μειώσουν το ποσοστό της τροφής που θα απορροφηθεί, μετά από ένα

βουλιμικό επεισόδιο. Ωστόσο, έχουν κι άλλα κίνητρα, εκ των οποίων το σημαντικότερο είναι η εκτόνωση της έντασης που νιώθουν. Ο εμετός μειώνει το κοιλιακό άλγος και την αίσθηση μετεωρισμού, επιτρέποντας παράλληλα στον ασθενή να συνεχίζει να τρώει, χωρίς να φοβάται ότι θα πάρει βάρος.[31] Η πρόκληση εμετού δεν είναι απαραίτητα απόδειξη διαταραχής όσον αφορά την πρόσληψη τροφής, αλλά αυτό, εξαρτάται από το κατά πόσο το άτομο είναι σε θέση να ελέγξει αυτή του την συμπεριφορά. Για κάποιον δηλαδή, που επιλέγει να το κάνει περιστασιακά, η πρόκληση εμετού, δεν αποτελεί ένδειξη ύπαρξης διατροφικής διαταραχής. Από την άλλη, αν το άτομο προβαίνει συχνά σε αυτή την συμπεριφορά ή δεν μπορεί να αντισταθεί, τότε σχεδόν με βεβαιότητα μπορεί να αποδειχθεί η ύπαρξη ενός πολύ σοβαρού προβλήματος. [26]

Συνήθως η πρόκληση εμετού ενσκήπτει με την είσοδο των δακτύλων ή ενός αντικειμένου, συνήθως μιας οδοντόβουρτσας, στο πίσω μέρος του λαιμού ώστε να ερεθίσει το αντανακλαστικό του. Μετά από λίγο, μαθαίνουν να κάνουν εμετό κατά βούληση, συστέλλοντας τους κοιλιακούς και τους θωρακικούς μύες. Οι περισσότεροι άνθρωποι κάνουν εμετό αφού έχουν φάει πάρα πολύ, αλλά ορισμένοι ακόμα κι αν έχουν φάει ελάχιστα και κυρίως, αν θεωρούν τις τροφές που κατανάλωσαν παχυντικές. Κάποια άτομα προκαλούν εμετό αμέσως μετά από το φαγητό ώστε να απαλλαγούν κατά ένα μεγάλο μέρος από τις τροφές που έχουν καταναλώσει και να ανακουφιστούν από το άγχος και τις τύψεις που νιώθουν. Η διαδικασία αυτή μπορεί να διαρκέσει μια ώρα, μπορεί και περισσότερο οδηγώντας τους σε σωματική εξάντληση. [26]

Κάποιοι άνθρωποι ακόμα καταναλώνουν τροφές «σημάδια» στην αρχή των επεισοδίων βουλιμίας τους και είναι πεπεισμένοι πως το στομάχι τους είναι εντελώς άδειο, μόνο εφόσον αυτές οι τροφές εμφανιστούν. Λειτουργούν βάσει της αντίληψης πως ότι μπαίνει στο στομάχι πρώτο βγαίνει τελευταίο. Κάτι τέτοιο όμως δεν ισχύει καθώς οι τροφές μες στο στομάχι στριφογυρίζουν, επομένως η εμφάνιση των «σημαδιών» δεν σημαίνει απαραίτητα πως αυτό έχει αδειάσει τελείως. [26]

Τέλος, η πεποίθηση ότι η πρόκληση εμετού αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο ελέγχου του σωματικού βάρους είναι εσφαλμένη. Γιατί, αν και απαλλάσσεται από ένα μέρος της καταναλισκόμενης τροφής, έρευνες έδειξαν πως η πρόκληση εμετού έχει σαν αποτέλεσμα την αποβολή λιγότερης από την

μισή ποσότητα τροφής που έχει καταναλώσει το άτομο σε ένα επεισόδιο βουλιμίας.

Η χρήση καθαρτικών ή διουρητικών για τον έλεγχο του σωματικού βάρους, αποτελεί σπανιότερη μέθοδος απ' ό τι η πρόκληση εμετού. Το 1/3 περίπου των ατόμων με νευρική βουλιμία παίρνουν καθαρτικά για να προκαλέσουν διάρροια και το 10% περίπου διουρητικά για την απώλεια υγρών. Και οι δύο μορφές κατάχρησης μπορεί να χρησιμοποιηθούν μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με την τεχνική πρόκλησης εμετού. [26]

Η κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών μπορεί να γίνεται με δύο τρόπους. Ο πρώτος τρόπος έγκειται στην λήψη τους για την επανόρθωση των επεισοδίων βουλιμίας που προηγήθηκαν. Σε αυτή την περίπτωση οι ασθενείς συμπεριφέρονται όπως και όταν επιχειρούσαν να προκαλέσουν εμετό, ενώ ο αριθμός των χαπιών που λαμβάνονται μπορεί να είναι πολύ μεγάλος.

Κατά τον δεύτερο τρόπο η λήψη των καθαρτικών ή διουρητικών γίνεται σε κανονική βάση, ανεξάρτητα από τα επεισόδια λαιμαργίας των ασθενών, και η συμπεριφορά τους θυμίζει εκείνη που εκδηλώνουν όταν κάνουν δίαιτα. Η χρήση των διουρητικών γίνεται κυρίως με αυτό τον δεύτερο τρόπο. [26]

Είναι σημαντικό για τους ασθενείς να κατανοήσουν ότι η χρήση καθαρτικών είναι ένα αναποτελεσματικό μέσο για τον έλεγχο βάρους, καθώς τα καθαρτικά ασκούν την δράση τους στο παχύ έντερο, εφόσον οι θερμίδες έχουν απορροφηθεί στο λεπτό έντερο. Οποιαδήποτε απώλεια βάρους συμβαίνει με τα καθαρτικά ή τα διουρητικά σχετίζεται με την μετακίνηση υγρών έξω από το σώμα. Αυτή η χρήση των καθαρτικών κατά συνέπεια μπορεί να εγκαταστήσει ένα φαύλο κύκλο στον οποίο το σώμα επαναφομοιώνει τα υγρά για μία περίοδο 24 έως 48 ωρών ακολουθώντας την έντονη αφυδάτωση, που μεταφράζεται σε επανάκτηση βάρους εξαιτίας την συγκράτησης υγρών. Αυτή η απόκτηση βάρους, με την σειρά της, διεγείρει περαιτέρω χρήση καθαρτικών ή διουρητικών. [19]

Οι περισσότεροι άνθρωποι που υποφέρουν από νευρική βουλιμία κάνουν δίαιτα. Συχνά αυτή προηγείται της βουλιμίας, αλλά μπορεί να είναι και αποτέλεσμα της υπερβολικής πρόσληψης τροφής. Φαίνεται λοιπόν πως η δίαιτα παίζει ένα ρόλο κλειδί στην έναρξη και στην διατήρηση πολλών προβλημάτων βουλιμίας. Αν και προωθείται αναμφισβήτητα από την βουλιμία, ιδιαίτερα σε ανθρώπους που ανησυχούν ιδιαίτερα για το βάρος και την εξωτερική τους

εμφάνιση, η πλειοψηφία των ατόμων με νευρική βουλιμία συνήθιζαν να κάνουν δίαιτα πριν την παρουσιάσουν. Δημιουργείται έτσι ένας φαύλος κύκλος, με την δίαιτα να ενισχύει την βουλιμία και συγχρόνως να είναι και αποτέλεσμά της. Το σχήμα επαναλαμβάνεται συνεχώς και είναι δυνατό να διαρκέσει για πολλά χρόνια. [26]

Οι δίαιτες που ακολουθούν τα άτομα με βουλιμία, και ιδιαίτερα εκείνα με ψυχογενή, είναι κατά κανόνα πολύ αυστηρές. Αντί για ένα γενικό στόχο, οι άνθρωποι αυτοί έχουν ένα πολύ συγκεκριμένο πρότυπο στο μυαλό τους κι αν δεν το προσεγγίσουν, πιστεύουν πως έχουν αποτύχει. Νιώθουν πως πρέπει να εκπληρώσουν τον στόχο τους κατά γράμμα, και πως έχουν αποτύχει κάθε φορά που τρώνε περισσότερο από αυτό που τους επιτρέπουν οι κανόνες τους. Οι επαναλαμβανόμενες αποτυχίες όμως είναι γεγονός, εφόσον το διαιτητικό τους πρόγραμμα είναι τόσο αυστηρό και ακραίο. Έτσι, η απογοήτευση είναι αναπόφευκτη, ενώ τα πράγματα χειροτερεύουν καθώς αυτές οι αποτυχίες ενθαρρύνουν την βουλιμία. Η συμπεριφορά αυτή προωθείται από τον τρόπο σκέψης που χαρακτηρίζει αυτούς τους ασθενείς, τον επονομαζόμενο «διχοτόμο» ή «σκέψη του όλα ή τίποτα». [26]

Ορισμένοι άνθρωποι που υποφέρουν από νευρική βουλιμία παίρνουν διαιτητικά χάπια (κατασταλτικά της όρεξης), είτε με συνταγή γιατρού είτε αυθαίρετα, με σκοπό τον έλεγχο του σωματικού τους βάρους, παρόλο που δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι αυτά είναι αποτελεσματικά στην περίπτωση της νευρογενούς βουλιμίας.

Πολλοί βουλιμικοί ασθενείς, κάνουν γυμναστική σε έντονους ρυθμούς, προκειμένου να ελέγξουν το βάρος τους. Συνήθως ασκούνται μετά από κάθε επεισόδιο υπερφαγίας, ή αλλιώς περνώντας σε περίοδο περιορισμού της διατροφής και τακτικής άσκησης, εναλλακτικές με τις περιόδους των βουλιμικών επεισοδίων και πλήρους αδράνειας. [26]

Μία ακόμα βασική προϋπόθεση για την διάγνωση της νευρογενούς βουλιμίας είναι το άτομο να μην χαρακτηρίζεται ως πάσχον από νευρογενή ανορεξία, η οποία αποτελεί μια ξεχωριστή διαταραχή. Βάσει των διαγνωστικών κριτηρίων η νευρογενής βουλιμία δεν είναι δυνατόν να συνυπάρχει με την νευρογενή ανορεξία (η νευρική ανορεξία μπορεί να προηγείται της νευρογενούς βουλιμίας ή και πολύ σπάνια να έπεται αυτής). Αυτό, ουσιαστικά σημαίνει ότι το

άτομο δεν είναι υπερβολικά αδύνατο. Το γεγονός αυτό αποτελεί βασική διαγνωστική διάκριση ανάμεσα στις δύο αυτές διαταραχές. Πράγματι, η πλειοψηφία των ατόμων που πάσχουν από νευρογενή βουλιμία εμφανίζουν φυσιολογικό βάρος με Δ.Μ.Σ. που βρίσκεται στην κλίμακα 20-25. Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι πριν από την έναρξη της διαταραχής ίσως τα άτομα αυτά έχουν περισσότερο βάρος σε σχέση με τα συνομήλικά τους. Η ψυχογενής βουλιμία σπάνια συναντάται σε παχύσαρκους ανθρώπους, καθώς ελάχιστοι κάνουν χρήση καθαρτικών ή προκαλούν από μόνοι τους εμετό. [26] (βλ. παράρτημα 1, πίνακας 1.3)



3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ- ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Το ενδιαφέρον για τον αριθμό των ατόμων που πάσχουν από νευρογενή βουλιμία ξεκίνησε με την εμφάνιση της στα μέσα της δεκαετίας του 70. Η διαταραχή κέρδισε ακόμα περισσότερο την προσοχή του κοινού με την δημοσίευση της εργασίας του καθηγητή Gerald Russell το 1979 «An ominous variant of Anorexia Nervosa» «Ψυχογενής βουλιμία: Η άλλη όψη του νομίσματος της Ψυχογενούς Ανορεξίας», όπως έχει ήδη αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο. Συγχρόνως ο Dr. Christopher Fairburn, παρακολούθησε μια παρόμοια ομάδα ασθενών στο Εδιμβούργο. Τα πιο εντυπωσιακά αποτελέσματα αυτών των ερευνών, ήταν ότι οι ασθενείς αυτοί αφενός πίστευαν πως μόνο εκείνοι υπέφεραν από το πρόβλημα των επαναλαμβανόμενων κρίσεων της ανεξέλεγκτης κατανάλωσης μεγάλων

ποσοτήτων τροφής, οι οποίες συνοδεύονταν από την πρόκληση εμετού ή την χρήση καθαρτικών και αφετέρου ότι κατάφερναν να κρατούν κρυφό με μεγάλη επιτυχία το πρόβλημά τους για πολλά χρόνια. Το γεγονός αυτό σήμαινε ότι η ψυχογενής βουλιμία τελικά ίσως να μην αποτελούσε μια παραλλαγή της νευρογενούς ανορεξίας, όπως είχε ήδη αποφανθεί ο καθηγητής Russell, αντιθέτως ίσως να αποτελούσε ένα ξεχωριστό και σοβαρό πρόβλημα υγείας με δική του υπόσταση. Για να διαπιστωθεί αν η νευρογενής βουλιμία αποτελούσε σοβαρό, αλλά ανεξιχνίαστο πρόβλημα υγείας για την εποχή, δημοσιεύτηκε από τον ο Dr. Christopher Fairburn, μια ανακοίνωση στη σελίδα με Θέματα Υγείας στο τεύχος Απριλίου 1980 του γυναικείου περιοδικού Cosmopolitan. Ζητούσε από τους ανθρώπους που χρησιμοποιούσαν την πρόκληση εμετού ως μέσον για τον έλεγχο του βάρους τους, αν δέχονταν, να συμπληρώσουν ένα εμπιστευτικό ερωτηματολόγιο. Η πρόκληση εμετού χρησιμοποιήθηκε ως κυρίαρχο χαρακτηριστικό στην αναγνώριση των πιθανών περιπτώσεων της ψυχογενούς βουλιμίας, καθώς ήταν το λιγότερο ασαφές από τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής. Το ερωτηματολόγιο ήταν σχεδιασμένο με σκοπό να συγκεντρώσει πληροφορίες σχετικά με τις συνήθειες πρόσληψης τροφής, το σωματικό βάρος, και την στάση απέναντι στο βάρος και την σιλουέτα. Επιστράφηκαν 669 ερωτηματολόγια, από τα οποία, βάσει των απαντήσεων έγινε σαφές ότι 499 άτομα έπασχαν από νευρογενή βουλιμία. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν τα 24 χρόνια, ενώ τα $\frac{2}{3}$ ήταν γύρω στα είκοσι. Στις περισσότερες γυναίκες το πρόβλημα είχε εμφανιστεί στην εφηβεία, ενώ συνεχιζόταν κατά μέσο όρο για πέντε χρόνια. Πάνω από τα $\frac{3}{4}$ είχαν φυσιολογικό για την ηλικία και το ύψος τους βάρος. Το $\frac{1}{4}$ των γυναικών παρουσίαζε επεισόδια βουλιμίας σχεδόν κάθε μέρα, πάνω από τις μισές έκαναν καθημερινά εμετό και το 19% έκαναν χρήση καθαρτικών. Επίσης τα $\frac{2}{3}$ από αυτές παρουσίαζαν σοβαρά προβλήματα κατάθλιψης και άγχους. Τα αποτελέσματα της έρευνας οδηγούσαν στο συμπέρασμα ότι η ψυχογενής βουλιμία ήταν ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας που δεν είχε ακόμα ερευνηθεί επαρκώς.

Ένας αριθμός ερευνών που διεξήχθησαν την ίδια σχεδόν περίοδο αποκάλυψαν ότι, η ψυχογενής βουλιμία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν άνθρωποι σε πολλές χώρες, ιδιαίτερα στην Βόρειο Αμερική, στην Αυστραλία, στην Νέα Ζηλανδία, στις μεσογειακές χώρες, όπως

Ισπανία και Ιταλία, καθώς και σε χώρες της κεντρικής Ευρώπης, όπως για παράδειγμα στην Δημοκρατία της Τσεχίας. Σύμφωνα με την έρευνα του Cosmopolitan, μόνο το 2,5% των γυναικών που εκτιμήθηκε πως έπασχαν από ψυχογενή βουλιμία ακολουθούσαν θεραπεία, κάτι που ισχύει ακόμα και σήμερα. Έρευνες που ακολούθησαν, έφεραν στο φως παρόμοια αποτελέσματα. Ελάχιστα από τα άτομα που έπασχαν από νευρογενή βουλιμία είχαν αναζητήσει βοήθεια, ή είχαν συζητήσει το πρόβλημά τους με κάποιον γιατρό, παρόλο που αυτό είχε σοβαρό αντίκτυπο στην καθημερινή τους ζωή. Διαπιστώθηκε μάλιστα πως οι πάσχοντες από νευρογενή βουλιμία αναζητούσαν ιατρική βοήθεια, σε πολύ μικρότερο ποσοστό από αυτούς που αντιμετώπιζαν άλλα ψυχιατρικά προβλήματα. Το γεγονός αυτό καθιστά δύσκολη την εξιχνίαση της συχνότητας του προβλήματος, πράγμα που ενισχύεται και από το ότι οι στατιστικές μελέτες των νοσοκομείων ή των κλινικών υποτιμούν αδικαιολόγητα το μέγεθος του προβλήματος.

Από το 1980 έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως περισσότερες από 60 έρευνες που αφορούν στην συχνότητα εμφάνισης της νευρογενούς βουλιμίας, και οι οποίες έχουν επικεντρωθεί σε γυναίκες ηλικίας από 14-40 ετών. Οι περισσότερες έχουν διεξαχθεί με την χορήγηση απλών ερωτηματολογίων. Ένα από τα κύρια ευρήματά τους είναι ότι πολλές νεαρές γυναίκες δηλώνουν ότι έχουν «βουλιμία», γεγονός που ισχύει για ένα ποσοστό μεγαλύτερο από το 1/3, ενώ περίπου το 16% ομολογούν πως παρουσιάζουν επεισόδια βουλιμίας τουλάχιστον κάθε εβδομάδα. Ωστόσο, για πολλούς λόγους τα αποτελέσματα αυτά είναι αμφισβητήσιμα ως προς την αξιοπιστία τους. Ένας λόγος είναι ότι οι περισσότερες έρευνες δεν έχουν βασιστεί στον τεχνικό ορισμό του επεισοδίου βουλιμίας έτσι όπως περιγράφηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία. Κατά συνέπεια, τα ποσοστά αντανakλούν περισσότερο μια υποκειμενική αίσθηση υπερβολικής κατανάλωσης τροφής, παρά αντικειμενικά επεισόδια βουλιμίας. Ένα ακόμα πρόβλημα, είναι ότι οι περισσότερες έρευνες χρησιμοποιούν ως άτομα αναφοράς φοιτήτριες που σπουδάζουν σε διακεκριμένα ιδιωτικά πανεπιστήμια. Οι φοιτήτριες αυτές μπορεί να μην αντιπροσωπεύουν τις νεαρές γυναίκες γενικότερα. Πιο αξιόπιστες είναι οι λίγες έρευνες που βασίζονται σε συνεντεύξεις του γενικότερου πληθυσμού.

Ένα άλλο ερώτημα που δημιουργήθηκε ήταν αν τα προβλήματα

βουλιμίας αποκτούν όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις. Μια μεγάλη έρευνα που έγινε σε δίδυμες γυναίκες βάσει των μητρώων των δίδυμων κοριτσιών της Βιρτζίνια έδειξε πως εκείνες που είχαν γεννηθεί από το 1960 κι έπειτα είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν ιστορικό ψυχογενούς βουλιμίας, εκείνες που είχαν γεννηθεί μεταξύ 1950 και 1959 κινδύνευαν λιγότερο και εκείνες που είχαν γεννηθεί πριν το 1950 είχαν ελάχιστη πιθανότητα να παρουσιάσουν την διαταραχή. Επίσης, τα τελευταία χρόνια οι γιατροί συναντούν ολοένα και περισσότερες περιπτώσεις ψυχογενούς βουλιμίας ενώ έχει σημειωθεί δραματική αύξηση των ατόμων που σπεύδουν για θεραπεία της διαταραχής και πλέον αποτελεί μια συνήθη αιτία ιατρικής βοήθειας. [26]

Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι οι διατροφικές διαταραχές δεν κατανέμονται τυχαία στον πληθυσμό. Η ψυχογενής βουλιμία είναι σημαντικά συχνότερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες, ωστόσο πρόσφατες ενδείξεις καταδεικνύουν ότι ο αριθμός των αντρών που προσβάλλονται αυξάνεται. Οι εκτιμήσεις για την ψυχογενή βουλιμία κυμαίνονται στο 1-3% των νεαρών γυναικών. Η έναρξή της τοποθετείται στην εφηβεία ή στην πρόωμη φάση της ενήλικης ζωής. Τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών στον τομέα αυτό αποκαλύπτουν ότι η έναρξη των προβλημάτων βουλιμίας στην πλειοψηφία των γυναικών συμβαίνει στην ηλικία των είκοσι ετών. Σποραδικά συμπτώματα ψυχογενούς βουλιμίας, όπως μεμονωμένα επεισόδια υπερφαγίας και κάθαρσης, έχουν αναφερθεί μέχρι και στο 40% των γυναικών σε κολέγια. Αν και η νευρική βουλιμία εμφανίζεται συνήθως σε φυσιολογικού βάρους νεαρές γυναίκες, μερικές φορές υποκρύπτεται ιστορικό παχυσαρκίας. Η εκδήλωση βουλιμικών επεισοδίων σε παχύσαρκους ανθρώπους είναι αμφίβολη, αλλά πιθανότατα προσβάλλει ένα ποσοστό 5-10% των ατόμων αυτών. Ανάμεσα σε αυτούς που συμμετέχουν σε προγράμματα ελέγχου του βάρους τους, το 20-40% αναφέρονται ως βουλιμικοί. [19],[26]

Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται με υπεροχή στις Δυτικές βιομηχανοποιημένες, ανεπτυγμένες χώρες, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες και η Μεγάλη Βρετανία, ενώ οποιαδήποτε αναφορά της στις μη ανεπτυγμένες χώρες φαντάζει μη ρεαλιστική. Πολύ λίγες έρευνες έχουν διεξαχθεί για τον προσδιορισμό των ποσοστών των προβλημάτων βουλιμίας στους ανθρώπους των αναπτυσσόμενων χωρών, εκτιμάται πάντως πως τα ποσοστά είναι ιδιαίτερα

χαμηλά. [19]

3.2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Ερευνητές στην επιδημιολογία μελετούν την εμφάνιση των διαταραχών και προσπαθούν να καθορίσουν τους παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την ευπάθεια για την ανάπτυξη συγκεκριμένων διαταραχών. Οι επιδημιολογικές έρευνες που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές βρίσκονται ακόμα στο στάδιο του προσδιορισμού της συχνότητας εμφάνισης και της επικράτησης των διαταραχών μέσα στον πληθυσμό και στη σύγκριση των επιπέδων διαφορετικών ομάδων. Η συχνότητα εμφάνισης και η επικράτηση αποτελούν τα δυο πρωταρχικά μέτρα για την κατανομή μιας διαταραχής. Ο δείκτης επικράτησης είναι ο πραγματικός αριθμός των περιπτώσεων σε έναν πληθυσμό σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Ο δείκτης της συχνότητας εμφάνισης ορίζεται ως ο αριθμός των νέων περιπτώσεων στον πληθυσμό ανά χρόνο. Οι δείκτες επικράτησης και συχνότητας των διατροφικών διαταραχών εκφράζονται ευρέως ως η κλίμακα ανά 100.000 πληθυσμό. [19]

3.2.2 ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ

Στην επιδημιολογική έρευνα στις διατροφικές διαταραχές, οι μελέτες για την επικράτηση υπερέχουν κατά πολύ αυτών που αφορούν την συχνότητα. Οι μελέτες επικράτησης των διατροφικών διαταραχών διεξάγονται συχνά σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, όπως κορίτσια σχολικής ηλικίας ή φοιτήτριες. Προς το παρόν μία έρευνα δύο σταδίων, που πραγματοποιήθηκε στο γενικό πληθυσμό αποτελεί την πιο αποδεκτή διαδικασία για την ταυτοποίηση των περιπτώσεων στην κοινότητα. Το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει την «εξέταση» ενός μεγάλου αριθμού ατόμων από ύποπτες περιπτώσεις με την μορφή ερωτηματολογίων. Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει συνεντεύξεις με τα άτομα που, βάση των απαντήσεων που δίνουν στα ερωτηματολόγια, πιστεύεται ότι έχουν μια διατροφική διαταραχή. Επίσης οι συνεντευξιαζόμενοι είναι ένας αριθμός τυχαία επιλεγμένων ατόμων, που σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια, δεν υποφέρουν από τέτοιου είδους διαταραχή, ώστε να επιβεβαιωθεί ότι δεν είναι

ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Οι έρευνες των δυο σταδίων, χρησιμοποιώντας αυστηρά διαγνωστικά κριτήρια, από άτομα που αποτελούν κοινοτικά δείγματα αποκαλύπτουν πολύ χαμηλότερους δείκτες επικράτησης σε σχέση με τις μελέτες οι οποίες βασίστηκαν αποκλειστικά στα ερωτηματολόγια. Η παράσταση του μέσου όρου για το σημείο επικράτησης της νευρογενούς βουλιμίας ανάμεσα στις νεαρές γυναίκες, χρησιμοποιώντας αυστηρά διαγνωστικά κριτήρια, είναι περίπου 1.000 ανά 100.000 (1%). [19]

3.2.3 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Από το 1980 έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως περισσότερες από 60 έρευνες που αφορούν στην συχνότητα εμφάνισης της νευρογενούς βουλιμίας, και οι οποίες έχουν επικεντρωθεί σε γυναίκες ηλικίας από 14-40 ετών, όπως αναφέρθηκε νωρίτερα. Ανάμεσα στο 1977 και στο 1986 οι ψυχίατροι διέκριναν μια αύξηση στο ετήσιο ποσοστό παραπομπών (από 6 έφτασαν στις 44 περιπτώσεις) ανά 100.000 νεαρές γυναίκες του τοπικού πληθυσμού. Μια παρόμοια απότομη αύξηση παρατηρήθηκε και στο Λονδίνο. Κάτι ανάλογο συνέβη και σε ένα μεγάλο κέντρο διαταραχών πρόσληψης τροφής του Τορόντο.

Από το 1980 ως τώρα η συχνότητα εμφάνισης της νευρογενούς βουλιμίας έχει εξεταστεί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μόνο εν μέρει, γιατί τα περισσότερα νοσοκομεία και τα αρχεία περιστατικών χρησιμοποιούσαν το International Classification of Diseases, που δεν παρέχει χωριστό κωδικό για την νευρογενή βουλιμία. Γενικοί ιατροί στην Ολλανδία, χρησιμοποιώντας κριτήρια τα οποία είναι βασισμένα στο DSM-III-R, μελέτησαν την συχνότητα εμφάνισης της νευρογενούς βουλιμίας σε ένα μεγάλο αντιπροσωπευτικό δείγμα του ολλανδικού πληθυσμού. Βρήκαν λοιπόν, ότι η συχνότητα εμφάνισης της νευρογενούς βουλιμίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι 11,4 ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος, κατά την διάρκεια της περιόδου 1985-1989. Λίγο περισσότερο από το μισό αυτών των ασθενών στην πρωταρχική φροντίδα, παραπέμφθηκαν για ψυχιατρική περίθαλψη, που αποδίδει μια συχνότητα στην ψυχιατρική περίθαλψη από 6 ανά 100.000 πληθυσμού, ανά έτος.

Η κλίμακα για την συχνότητα εμφάνισης των ασθενών με νευρογενή βουλιμία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορεί να εξυπηρετήσει μόνο σαν

ελάχιστη κατά προσέγγιση εκτίμηση του δείκτη συχνότητας στην κοινωνία. Εξαιτίας της μυστικότητας με την οποία περιβάλλεται το φαινόμενο της μεγαλύτερης δυσκολίας για την ανίχνευση των περιπτώσεων, συγκρινόμενη με τις περιπτώσεις της νευρογενούς ανορεξίας, και την στενότητα των μελετών που βασίζονται στην κοινότητα, δεν είναι γνωστή η πραγματική συχνότητα εμφάνισης της νευρική βουλιμίας.[19,26]

3.2.4 ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ

Οι κλίμακες επικράτησης περιόδου ενός έτους αποτελούν χρήσιμα μέτρα για την περιγραφή της νοσηρότητας σε διαφορετικά επίπεδα της ιατρικής φροντίδας. Η επικράτηση περιόδου ενός έτους υπολογίζεται προσθέτοντας μαζί τον δείκτη επικράτησης και τον ετήσιο δείκτη συχνότητας εμφάνισης. Το επίπεδο 0 αντιπροσωπεύει τον αριθμό των νεαρών (θηλυκών) με μια διατροφική διαταραχή στην ομάδα, είτε λαμβάνουν θεραπεία είτε όχι. Στο επίπεδο 1 περιλαμβάνονται οι ασθενείς που οι θεραπευτές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης θεωρούν ότι έχουν διατροφική διαταραχή. Το επίπεδο 2 αντιπροσωπεύει ασθενείς με διατροφικές διαταραχές που λαμβάνουν θεραπεία από ενδονοσοκομειακές ή εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες ψυχιατρικής φροντίδας. Τα στοιχεία βασίζονται στα ευρήματα των ερευνών των δυο σταδίων του δείκτη επικράτησης των διατροφικών διαταραχών, μελετών περιπτώσεων που καταγράφηκαν και των αποτελεσμάτων της ολλανδικής μελέτης των ασθενών των γενικών ιατρών.

Οι δείκτες επικράτησης της περιόδου του ενός έτους στο επίπεδο 0 αντιπροσωπεύουν τον αριθμό των περιπτώσεων ανάμεσα στις (θηλικές) της κοινότητας. Ο αριθμός των ατόμων με διατροφικές διαταραχές στην κοινότητα που πέρασαν από το επίπεδο 0 στο επίπεδο 1 εξαρτάται από την «συμπεριφορά της ασθένειας» του ασθενούς και από την ικανότητα του γενικού ιατρού να ανιχνεύσει την διαταραχή. Με προσοχή στην συμπεριφορά της ασθένειας, ξέρουμε ότι πολλοί ασθενείς αρνούνται ή κρύβουν την διατροφική διαταραχή. Δεν γνωρίζουμε πόσοι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές συμβουλευονται τους θεραπευτές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για βοήθεια με ένα πρόβλημα στην διατροφή ή για άλλους λόγους. Τα αποτελέσματα πολλών μελετών ότι οι γενικοί

ιατροί έχουν δυσκολία στο να ανιχνεύουν τις διατροφικές διαταραχές, και ιδιαίτερα τις περιπτώσεις της νευρογενούς βουλιμίας. Σε χώρες όπως η Ολλανδία και η Μ. Βρετανία, οι θεραπευτές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης παίζουν σημαντικό ρόλο καθώς αποφασίζουν ποιος θα παραπεμθεί στην ψυχιατρική φροντίδα. Πράγματι, μπορεί να θεωρηθεί ότι ο γενικός γιατρός παίζει το ρόλο του φίλτρου.

Στα στοιχεία που φαίνονται στον πίνακα 36.1, μόνο ένα μικρό ποσοστό (11%) των περιπτώσεων της κοινότητας νευρογενούς βουλιμίας ανιχνεύθηκαν και από αυτές μόνο οι μισές (51%) παραπέμφθηκαν για θεραπεία. [19]

3.3 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας δεν μπορεί να τεθεί αν τα επεισόδια υπερφαγίας και η συμπεριφορά κάθαρσης γίνονται αποκλειστικά στην διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας. Στις περιπτώσεις αυτές η διάγνωση είναι Ψυχογενής Ανορεξία, επεισόδια πολυφαγίας/Καθαρτικός τύπος. Στην περίπτωση που κάποιο άτομο εμφανίζει επεισόδια Υπερφαγίας/Κάθαρσης, αλλά δεν πληρεί πια όλα τα κριτήρια για την διάγνωση Νευρογενούς Ανορεξίας, Τύπου Υπερφαγίας/Κάθαρσης, για παράδειγμα αν το άτομο εμφανίζει φυσιολογικό βάρος σώματος ή η εμμηνορρυσία είναι κανονική, τότε εναπόκειται στην κρίση του κλινικού να βάλει την διάγνωση Νευρογενής Ανορεξία, Τύπου Υπερφαγίας/Κάθαρσης, Σε μερική Ύφεση ή την διάγνωση Ψυχογενούς Βουλιμίας.

Ο κλινικός πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής δεν πάσχει από νευρολογική νόσο, όπως ισοδύναμες κρίσεις επιληψίας, όγκους του κεντρικού νευρικού συστήματος, σύνδρομο Kluver-Busy ή σύνδρομο Klein-Levin. Τα παθολογικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου Kluver-Busy είναι οπτική αγνωσία, ψυχαναγκαστικά γλειψίματα και δαγκώματα, εξέταση των αντικειμένων με το στόμα, αδυναμία να αγνοηθεί οποιοδήποτε ερέθισμα, μαλθακότητα, μεταβολή σεξουαλικής συμπεριφοράς (υπερσεξουαλικότητα), και μεταβολής των συνηθειών διατροφής, κυρίως υπερφαγία. Το σύνδρομο είναι εξαιρετικά σπάνιο και είναι απίθανο να προκαλέσει διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα. Το σύνδρομο Klein-Levin συνίσταται από περιοδική υπερυπνία και υπερφαγία που διαρκεί

δύο με τρεις εβδομάδες. Όπως και στην Ψυχογενή Βουλιμία, η έναρξη συμβαίνει συνήθως στην εφηβεία, ωστόσο δεν υπάρχει η έντονη ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος. Το σύνδρομο εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες.

Η διαφορική διάγνωση από την Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, με Άτυπα Στοιχεία, όπου το φαινόμενο της υπερφαγίας είναι συχνό, γίνεται με βάση το γεγονός ότι αφενός δεν υπάρχει αντισταθμιστική συμπεριφορά και αφετέρου οι ασθενείς με αυτήν την διαταραχή δεν ασχολούνται έντονα με το σχήμα και το βάρος του σώματος, όπως συμβαίνει στα άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία.

Όσον αφορά τα παρορμητικά επεισόδια υπερφαγίας που μπορεί να παρατηρηθούν στην Μεταιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας, θα οδηγήσουν σε διπλή διάγνωση, με την προϋπόθεση ότι πληρούνται τα κριτήρια και για τις δύο διαταραχές.

Η νευρογενής βουλιμία θα πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκεται επίσης από διαταραχές του ανώτερου γαστρεντερικού συστήματος οι οποίες προκαλούν επαναλαμβανόμενους εμετούς και τέλος από γενικότερη ανωμαλία της προσωπικότητας (η διαταραχή της λήψης τροφής μπορεί να συνυπάρχει με εξάρτηση από το αλκοόλ ή διάπραξη μικρών αδικημάτων, όπως μικροκλοπές).

[15] [31] [8]



3.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία της Νευρογενούς Βουλιμίας, όπως και αυτή στις περισσότερες από τις ψυχιατρικές διαταραχές, γενικά θεωρείται ότι είναι πολυπαραγοντική. Μια ποικιλία σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων μπορεί να αποτελούν αιτίες καθώς και αποτελέσματα της βουλιμίας. Κανένας δυναμικός αιτιολογικός παράγοντας, δεν θεωρείται από μόνος του επαρκής, ώστε να εξηγήσει την ανάπτυξη της διαταραχής, ούτε στην πραγματικότητα θα συνεισφέρει ουσιαστικά στην εξήγηση της μεταβλητότητας ανάμεσα στα άτομα. Είτε τελικά αναπτυχθεί η διαταραχή είτε όχι, είτε διατηρηθεί είτε όχι, εξαρτάται από την ύπαρξη συνθηκών που ενεργοποιούν την ευπάθεια του ατόμου σε συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου και τον χειρισμό των προστατευτικών παραγόντων. Αυτές λοιπόν οι αλληλένδετες πολύπλοκες διαδικασίες αναπτύσσονται με το χρόνο, και αποτελούν συνδυασμό των επιρροών που καθορίζουν εάν ένα άτομο θα ακολουθήσει το μονοπάτι, από την έκθεση σε ένα παράγοντα κινδύνου της, την εμφάνιση της διαταραχής, και αν αυτή η διαταραχή έπειτα διατηρηθεί ή αν ακόμα γίνει χρόνια. [19] Η σχέση αυτών των προβλημάτων με την βουλιμία είναι συνήθως πολύπλοκη. Ορισμένα αποτελούν μια πραγματική συνέπεια της βουλιμίας, κάποια άλλα είναι απλές συμπτώσεις χωρίς ιδιαίτερη σημασία, ενώ κάποια άλλα ενισχύουν στην πραγματικότητα την βουλιμία. Τα πράγματα περιπλέκονται ακόμα περισσότερο καθώς κάποια προβλήματα πηγάζουν από την βουλιμία, ενώ συγχρόνως την ενισχύουν. Δρουν δηλαδή και σαν αιτία και σαν αποτέλεσμα. Κατά συνέπεια, δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο από τον οποίο δύσκολα μπορεί κανείς να ξεφύγει. [26]

Τα προβλήματα βουλιμίας εξελίσσονται διαφορετικά σε κάθε άτομο, και για αυτό το λόγο δημιουργείται η ανάγκη διαχωρισμού των παραγόντων που ευθύνονται για την έναρξή της, από εκείνους που είναι υπαίτιοι για την διατήρησή της. Παραδείγματος χάριν, οι παράγοντες που οδηγούν μια γυναίκα στην δίαιτα κατά την εφηβική ηλικία είναι πιθανό να σχετίζονται με την εμφάνιση της βουλιμίας, καθώς η δίαιτα συνήθως προηγείται αυτής. Από την άλλη, οι καταστάσεις που προκαλούν άγχος ή δυσάρεστη διάθεση, έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο μετά την εκδήλωση της νόσου. Επομένως σύμφωνα με τον Dr. Christopher Fairburn, είναι φυσικό τα προβλήματα της βουλιμίας να

χωριστούν σε δύο φάσεις: Την φάση της ανάπτυξης (πριν την έναρξη), και την φάση της διατήρησης (μετά την έναρξη). Ο ρόλος της διάκρισης της είναι τόσο εμφανής, όσο και πολύτιμος, καθώς συνεισφέρει, αφενός στην κατανόηση του ρόλου όλων των πιθανών αιτιών, και αφετέρου γιατί οδηγεί σε ουσιώδη πρακτικά συμπεράσματα που αφορούν στην πρόληψη και την θεραπεία των προβλημάτων βουλιμίας. Δηλαδή, αν ο στόχος είναι η πρόληψη, μέσω της πρακτικής αντιμετώπισης, εντοπίζονται οι παράγοντες που ασκούν επίδραση πριν την έναρξη της νόσου, κατά το στάδιο δηλαδή της ανάπτυξης, και η προσπάθεια εστιάζεται στην αποτροπή της λειτουργίας της. Κατά την διάρκεια της θεραπείας, αντιθέτως, οι παράγοντες που πρέπει να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν, είναι εκείνοι οι οποίοι λειτουργούν ως τροφή για την συντήρηση του προβλήματος, διαφορετικά το πρόβλημα θα παραμείνει ή θα επανεμφανιστεί. [19]

Άλλοι συγγραφείς, δεν ακολουθούν αυτήν την διάκριση, όταν αναφέρονται στους αιτιολογικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, ο Ν. Μάνος, (Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, 2000), αναφέρει: «Η αιτιολογία της βουλιμίας δεν είναι γνωστή. Σε πολλές πάντως περιπτώσεις ανευρίσκεται πιο σφαιρική ψυχοπαθολογία π.χ. κάποια διαταραχή της προσωπικότητας. Ψυχοδυναμικές θεωρίες προτείνουν ότι η βουλιμία οφείλεται στην αδυναμία του ατόμου να ανακαλέσει στην μνήμη ανακουφιστικές εικόνες της μητέρας σε περιόδους αποχωρισμού από αυτήν (δηλ. έλλειψη σταθερότητας του αντικειμένου). Από την άλλη μεριά πολλές μελέτες έχουν βρει αυξημένη συχνότητα Ψυχογενούς Βουλιμίας, Διαταραχών της Διάθεσης και Διαταραχών Σχετιζόμενων Με Ουσίες στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού με την διαταραχή, όπως και είναι γνωστό ότι η διαταραχή είναι ιδιαίτερα συχνή στις ανεπτυγμένες χώρες. Και οπωσδήποτε κάποιο ρόλο στην διαταραχή φαίνεται να παίζουν ο υποθάλαμος και οι κεντρικοί νευροδιαβιβαστές.»[8]

Οι Kaplan και Sadock διαχωρίζουν τους παράγοντες πρόκλησης σε βιολογικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς. (Kaplan and Sadocks Ψυχιατρική, 2000) [31]

Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε ο διαχωρισμός του Dr. Christopher Fairburn, καθώς σύμφωνα με την προσωπική μας εκτίμηση θεωρήσαμε ότι είναι πιο εμπειριστατωμένος και πλήρης.

3.4.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

α) Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίστηκε στην δεκαετία του 1970 και του 1980, σε μέρη του κόσμου που είχαν ήδη παρατηρηθεί κρούσματα ψυχογενούς ανορεξίας, την Βόρεια Αμερική, την Βόρεια Ευρώπη, την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία. Επειδή πρόκειται για χώρες που οι γυναίκες επιθυμούν διακαώς να έχουν λεπτή σιλουέτα, με αποτέλεσμα να ακολουθούν πολύ συχνά δίαιτες για να το επιτύχουν, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που τις παροτρύνουν προς αυτήν την κατεύθυνση, οδηγούν στην ανάπτυξη του προβλήματος. Το πρότυπο σιλουέτας που άρχισε να προβάλλεται από τα φωτομοντέλα, έπαιξε καθοριστικό ρόλο, ενώ η ψυχογενής βουλιμία εμφανίστηκε όταν «το να είναι κάποια υπερβολικά αδύνατη» έγινε της μόδας. [26]

Καθώς οι πολιτιστικοί κανόνες και οι αξίες παίζουν σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση τόσο του τύπου όσο και του περιεχομένου των ψυχοπαθολογικών συνδρόμων, ιδιαίτερα κλινικοσωματικά χαρακτηριστικά ασθενειών ορίζονται ορισμένες φορές διαφορετικά σε συγκεκριμένους πληθυσμούς ή ηλικιακές ομάδες. Ο συσχετισμός των πολιτιστικών τάσεων, όσον αφορά την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών παρέχει κάποια διευκρίνιση των αιτιολογικών ζητημάτων. Η πραγματικότητα είναι ότι μόνο σε μια μειοψηφία νέων γυναικών αυτές οι πολιτιστικές μεταφερόμενες συμπεριφορές κορυφώνονται και μεταφράζονται σε αδιάκοπους κύκλους λιμοκτονίας, υπερβολικής κατανάλωσης τροφής, και ψυχολογικής αναστάτωσης. Αυτό συμβαίνει γιατί ο συσχετισμός ανάμεσα στην δυσκολία προσαρμογής και της δίαιτας δεν είναι πλατιά διαδεδομένος στον γενικό πληθυσμό και η έρευνα για τον αναπτυξιακό, κοινωνικό, και βιολογικό κίνδυνο και τους παράγοντες προστασίας στην γένεση των διατροφικών διαταραχών παραμένει ένα επιχείρημα που η επιστημονική κοινότητα υπερασπίζεται [54]

Ο βαθμός επιρροής των κοινωνικών πιέσεων για μια λεπτή σιλουέτα, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στα προβλήματα βουλιμίας, αλλά και γενικότερα των διατροφικών διαταραχών της, σε γυναίκες των Δυτικών κοινωνιών καθώς

οδηγούνται στην εφαρμογή διαιτών με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ευπάθεια για την ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής. Συνεπώς, στα πλαίσια μιας κοινωνίας που η λεπτότητα εκτιμάται, και θεωρείται ελκυστική στις γυναίκες, και ιδιαίτερα σε εκείνες νεαρής ηλικίας για την εδραίωση της ταυτότητάς τους, οι γυναίκες οδηγούνται αφενός στο να είναι ιδιαίτερα ευπαθείς σε συναισθήματα τους σχετικά με την δυσαρέσκεια για το σχήμα του σώματός τους και αφετέρου στην ενασχόληση με την λεπτότητα. [19] Το πλεονάζον βάρος, στον σύγχρονο δυτικό κόσμο ταυτίζεται σαφώς με την ασχήμια ενώ αντίθετα η λεπτότητα ταυτίζεται με την θηλυκότητα και την ομορφιά. Οι άνθρωποι με ωραία εξωτερική εμφάνιση, άνδρες και γυναίκες, αποτελούν αντικείμενα ευνοϊκών προκαταλήψεων από την πλευρά των ομοίων τους. Χαίρουν καλύτερης αντιμετώπισης, μεγαλύτερης εκτίμησης, ενώ θεωρούνται εκ των προτέρων πιο αγαπητοί και πιο χαρισματικοί. Το αμερικανικό φεμινιστικό ρεύμα έφτασε στο σημείο να βάλει στο στόχαστρο την κοινωνική εικόνα της γυναίκας ως κύρια αιτία των διατροφικών διαταραχών, ιδιαίτερα της νευρικής βουλιμίας και της νευρικής ανορεξίας. Με αυτόν τον τρόπο καταγγέλλονται η επιβεβλημένη στη γυναίκα κοινωνική υποχρέωση να είναι τεχνητά λεπτή, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης που συνεισφέρουν στον φετιχισμό και την εξύμνηση της γυναικείου σώματος αφύσικα λυγρού, η επιβολή στις γυναίκες της αναγκαιότητας να είναι ταυτόχρονα καλές σύζυγοι, δυναμικές εργαζόμενες και «σέξι» ερωμένες, να είναι δηλαδή κάτι σαν *superwomen*. Συνεπώς, η δυσαρέσκεια, η ανησυχία για το βάρος και το σχήμα του σώματος, καθώς και η επιθυμία για ένα λεπτό σώμα, είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στις λευκές νέες γυναίκες αυτών των κοινωνιών με αποτέλεσμα αυτή η ομάδα να οδηγείται πολύ πιο εύκολα σε δίαιτες. Έτσι, στα ευπαθή άτομα οι πιθανότητες για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών αυξάνονται σημαντικά.[19]

Στην « *Αιτιολογία της Βουλιμίας: Μια αναπτυξιακή θεώρηση («Etiology of Binge Eating: A Developmental Perspective»)* της Dr. Ruth H. Striegel Moore περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο οι γυναίκες βλέπουν τον εαυτό τους και πώς οι προσδοκίες της κοινωνίας συντελούν στο να τις κάνουν ευάλωτες στην παρουσία των προβλημάτων βουλιμίας. Η Dr. Ruth H. Striegel υποστηρίζει πως η εικόνα που έχει μια γυναίκα για τον εαυτό της βασίζεται στην επίγνωση των βασικών της χαρακτηριστικών, τα οποία ωστόσο «επιβεβαιώνονται στα πλαίσια

σημαντικών σχέσεων». Αυτό λοιπόν, κάνει της γυναίκες ιδιαίτερα ευάλωτες στη άποψη των άλλων. Επειδή η κοινωνική αποδοχή και η επιτυχία στον κοινωνικό τομέα είναι πλέον συνιφασμένη με την εξωτερική εμφάνιση, δεν είναι παράξενο το γεγονός ότι οι γυναίκες θέτουν την εμφάνιση και το βάρος τους σαν υψηλές προτεραιότητες στην ζωή τους. Ο κοινωνικός ρόλος των γυναικών ολοένα και περισσότερο αναβαθμίζεται και εμπλουτίζεται, δεδομένου ότι ξεχωρίζουν συνήθως νεαρές, ελκυστικές και κομψές γυναίκες. Τα λανθασμένα στερεότυπα από την άλλη τα οποία προβάλλουν τις γυναίκες που αντιτίθενται των παραδοσιακών αξιών της θηλυκότητας, είτε λόγω του πολιτιστικού τους προσανατολισμού (π.χ. οι φεμινίστριες), είτε λόγω των σεξουαλικών τους προτιμήσεων (π.χ. λεσβίες), ως μη ελκυστικές εντείνουν την κατάσταση.

Φυσικά, η Dr. Ruth H. Striegel δηλώνει, το σύγχρονο ιδεώδες ομορφιάς για της περισσότερες κοπέλες είναι βιολογικά ανέφικτο, γεγονός που οδηγεί σε ένα φαύλο κύκλο, καθώς μπροστά στην αποτυχία τους να το προσεγγίσουν μέσω της δίαιτας, είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. « Αιτιολογία της Βουλιμίας: Μια αναπτυξιακή θεώρηση.[26]

β) Η πιθανότητα να αποτελεί παράγοντα πρόκλησης της νευρικής βουλιμίας, η ύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών στην οικογένεια, έχει επίσης μελετηθεί. Η διαταραχή που έχει περισσότερο διερευνηθεί είναι η κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η παρουσία έντονης κατάθλιψης μέσα στην οικογένεια αυξάνει τον κίνδυνο οι κόρες να αναπτύξουν διαταραχή πρόσληψης τροφής.

Πολλοί ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία εμφανίζουν κατάθλιψη και αυξημένη συχνότητα οικογενούς κατάθλιψης. Ο μηχανισμός που μπορεί να ευθύνεται για αυτό δεν είναι γνωστός. Πιθανόν να πρόκειται για μια κοινή οργανική διαταραχή, μια ανωμαλία στη ρύθμιση της σεροτονίνης, μιας χημικής ουσίας που θεωρείται ότι εμπλέκεται στην κατάθλιψη, καθώς και στην πρόσληψη τροφής.[26]

γ) Τραυματικά γεγονότα και εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, θάνατοι, αποχωρισμοί, οικογενειακοί καυγάδες, σωματικές αρρώστιες, πειράγματα, απειλές, στιγματίζουν της ζωές των παιδιών, και οι θεραπευτές που εξετάζουν άτομα με ψυχογενή βουλιμία, έρχονται συχνά αντιμέτωποι με τέτοια φαινόμενα. Οι σχέσεις στις οικογένειες των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία, είναι λιγότερο

στενές και με μεγαλύτερες συγκρούσεις. Αυτοί οι ασθενείς περιγράφουν της οικογένειές τους ως αδιάφορες και απορριπτικές.

Χάρη στο υψηλό ποσοστό περιστατικών σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, που βίωσαν άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, το ενδιαφέρον έχει εστιαστεί στον ρόλο της σαν ένα πιθανό προδιαθεσικό παράγοντα. Ο ρόλος της βέβαια θεωρείται περιορισμένος καθώς δεν φαίνεται ότι δρα ως προδιαθεσικός παράγοντας για την εκδήλωση διατροφικών διαταραχών περισσότερο από ότι δρα για την ανάπτυξη άλλων ψυχιατρικών διαταραχών. Ωστόσο, μπορεί να συνεισφέρει στην εγκατάσταση της διαταραχής συνδυαστικά με έναν αριθμό άλλων παραγόντων. Τα τραυματικά αυτά γεγονότα τέλος, μπορεί να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο σε μεταγενέστερο στάδιο της εξελικτικής διαδικασίας σε συνδυασμό με την δίαιτα, για να επιταχύνουν την διαταραχή στα ευπαθή άτομα. [26],[31]

δ) Αρκετές οικογενειακές μελέτες αποκάλυψαν υψηλά ποσοστά κατάχρησης αλκοόλ ανάμεσα σε συγγενείς πρώτου βαθμού των ασθενών με νευρογενή βουλιμία. Παρόλο που τα σημερινά διαθέσιμα στοιχεία, αποκάλυψαν ότι η διαταραχή κατάχρησης αλκοόλ μπορεί να είναι της σημαντικός παράγοντας κινδύνου για νευρογενή βουλιμία, η βάση για έναν τέτοιο συσχετισμό είναι αβέβαιη.[19]

ε) Οι οικογενειακές σχέσεις της μελλοντικά βουλιμικής ασθενούς αναφέρονται σαν στενές, κλειστές, αεροστεγείς. Κύριο μέλημα της οικογένειας είναι ο έλεγχος, η ασφάλεια και η προστασία, ενώ παραγκωνίζονται οι ζωτικές ανάγκες, όπως είναι η έκφραση της ατομικότητας, της αυτονομίας, της αυθεντικότητας. Οι Minuchin και σία (1978), περιγράφουν το είδος των οικογενειακών σχέσεων στις διαταραχές σίτισης με την λέξη «Enmeshment». Η έννοια της «Enmeshment» αναφέρεται σε μία ακραία μορφή στεγανότητας, εγγύτητας και έντασης στις οικογενειακές αλληλεπιδράσεις. Οι ατομικές διαφοροποιήσεις σε ένα τέτοιο σύστημα είναι ελλιπείς. Στις οικογένειες με το χαρακτηριστικό αυτό, το άτομο χάνεται μέσα στο σύστημα, τα όρια που καθορίζουν την ατομική αυτονομία είναι τόσο ασθενή, ώστε η λειτουργικότητα σε ένα ατομικά διαφοροποιημένο σύστημα υπολείπεται σοβαρώς. Τα μέλη της οικογένειας παρεισφρύνουν το ένα στις σκέψεις και τα συναισθήματα του άλλου με αποτέλεσμα το παιδί να αντιμετωπίζει δυσκολία στην αποσύνδεση και

επομένως στην επίτευξη ατομικότητας, αυθεντικότητας και αυτονομίας.

στ) Τέλος, η εθνικότητα, η ηλικία, το φύλο και η κοινωνική τάξη αναφέρονται ως παράγοντες πρόκλησης της ψυχογενούς βουλιμίας, καθώς και οι λόγοι που οι συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων εμφανίζονται να είναι ευπαθείς στην συγκεκριμένη νόσο, έχουν συζητηθεί στο πρώτο κεφάλαιο.



3.4.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

α) Μερικοί ερευνητές κατέβαλαν προσπάθειες να συνδέσουν τους κύκλους υπερφαγίας και κάθαρσης με διάφορους νευροδιαβιβαστές. Επειδή στους ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, συχνά τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι ωφέλιμα, έχουν ενοχοποιηθεί η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη. Η υπόθεση αυτή βασίζεται σε πειράματα σε ζώα στα οποία μελετήθηκε ο ρόλος της σεροτονίνης όσον αφορά στην ρύθμιση της πείνας και του κορεσμού. Η χορήγηση των ανταγωνιστών της σεροτονίνης οδηγεί στην κατανάλωση μεγαλύτερων γευμάτων, προκαλώντας αύξηση στο βάρος του σώματος. Αντίθετα, η χορήγηση των σεροτονικών αγωνιστών οδηγεί σε μια μείωση στην πρόσληψη της τροφής. [19]

β) Οι ενδορφίνες αναστέλλουν την διατροφική πρόσληψη και πράγματι έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς με νευρική βουλιμία χαμηλά επίπεδα β-ενδορφίνης, αλλά φυσιολογικές τιμές δυνορφίνης. [19] Ωστόσο, τα επίπεδα ενδορφινών στο πλάσμα αυξάνονται στους βουλιμικούς ασθενείς με εμέτους, οδηγώντας στην πιθανότητα ότι το αίσθημα ευεξίας που δημιουργείται μετά τον εμετό που βιώνουν μερικοί από τους αρρώστους, μπορεί να οφείλεται στα αυξημένα επίπεδα ενδορφινών. [31]

γ) Η σωματική διάπλαση και το βάρος αποτελούν χαρακτηριστικά που καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από γενετικούς παράγοντες. Ερευνητικά ευρήματα υποδεικνύουν πως οι άνθρωποι που αναπτύσσουν ψυχογενή βουλιμία διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας, καθώς πολλοί υπήρξαν υπέρβαροι κατά την παιδική της ηλικία, ενώ συγχρόνως παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά παχυσαρκίας στα μέλη της οικογένειάς της. [26]

Παχυσαρκία πριν την νόσο, έχει αποδειχτεί και στην νευρική ανορεξία και στην νευρική βουλιμία σε ποσοστό που κυμαίνεται από 7-20% και σε 18-40% για την νευρική ανορεξία και την νευρική βουλιμία αντίστοιχα. Η πιο εύλογη εξήγηση για αυτή τη σχέση φαίνεται να είναι το γεγονός ότι η προδιάθεση για παχυσαρκία οδηγεί στην δίαιτα, το οποίο αυξάνει την πιθανότητα για την ανάπτυξη της διαταραχής. Τα κοινά ερευνητικά ευρήματα, προτείνουν ότι αυτοί που κάνουν δίαιτα ζυγίζουν σχετικά περισσότερο σε σχέση με αυτούς που δεν εμμένουν σε αυτήν. Το συμπέρασμα που εξάγεται από αυτά τα ευρήματα είναι ότι η προδιάθεση στην παχυσαρκία είναι ένας παράγοντας που οδηγεί μάλλον περισσότερο στην δίαιτα παρά σε κάποια διατροφική διαταραχή. [19]

Όπως έχει ήδη αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο, η δίαιτα διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ψυχογενή βουλιμία, καθώς αποτελεί παράγοντα πρόκλησης αλλά και διατήρησης της νόσου, μέσω του φαύλου κύκλου που δημιουργείται, με την δίαιτα συχνά να προηγείται της διαταραχής, αλλά ταυτόχρονα να είναι και αποτέλεσμά της. Στην ουσία η δίαιτα αποτελεί τον πιο επιβεβαιωμένο παράγοντα κινδύνου. Ωστόσο, όλα τα άτομα που κάνουν δίαιτα, δεν οδηγούνται απαραίτητα σε μια διατροφική διαταραχή, μάλιστα η πλειοψηφία αυτών δεν την αναπτύσσουν.

Σύμφωνα με τις λίγες έρευνες που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα σχετικά με την αιτιολογία της νευρογενούς βουλιμίας, έχει προκύψει ότι υπάρχουν τέσσερα

τουλάχιστον πιθανά σενάρια που αφορούν στα μονοπάτια που οδηγούν στα προβλήματα βουλιμίας.

Δρόμος 1: Η ψυχογενής ανορεξία έχει αποδειχτεί ότι συχνά προηγείται της ψυχογενούς βουλιμίας ενώ η δίαιτα προηγείται της ψυχογενούς ανορεξίας.

1. Δίαιτα → Ψυχογενής Ανορεξία → Ψυχογενής Βουλιμία

Δρόμος 2: Ένα πολύ διαφορετικό σενάριο περιγράφουν οι άνθρωποι που πάσχουν από διαταραχή της βουλιμίας (μια καινούρια διαγνωστική κατηγορία που περιγράφει μια διαταραχή που μοιάζει με την ψυχογενή βουλιμία από την άποψη των χαρακτηριστικών και της συχνότητας των βουλιμικών συμπτωμάτων). Αναφέρουν ότι παρουσίαζαν προβλήματα βάρους από την παιδική τους ηλικία, για αυτό ακολούθησαν την πορεία από την παχυσαρκία στην δίαιτα και έπειτα στην βουλιμία.

2. Παχυσαρκία → Δίαιτα → Βουλιμία

Δρόμος 3: Κάποια άτομα που πάσχουν από την διαταραχή της βουλιμίας αναφέρουν ότι σε πολύ μικρή σχετικά ηλικία, κατανάλωναν μεγάλες ποσότητες τροφής και πως στην συνέχεια έκαναν δίαιτα για να χάσουν βάρος. Το γεγονός αυτό χειροτέρευε την κατάσταση αφού συνέχισαν να τρώνε πολύ και αντιλαμβάνονταν πως αδυνατούσαν να ελέγξουν την όρεξή της.

3. Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής → Δίαιτα → Βουλιμία στην παιδική ηλικία.

Δρόμος 4: Το στάδιο αυτό έχει να κάνει με μία άμεση πορεία προς την βουλιμία κατά την οποία δεν παρεμβάλλεται το στάδιο δίαιτα και συναντάται κυρίως σε άτομα που αντιμετωπίζουν έναν αριθμό προβλημάτων ελέγχου των παρορμήσεων. Κυρίαρχο παράγοντα στα άτομα αυτά αποτελεί η εκτόνωση της έντασης μέσω της παρορμητικής συμπεριφοράς, ενώ η δίαιτα δεν παίζει σημαντικό ρόλο. (26)

δ) Μετά την βασική κατηγοριοποίηση των διατροφικών διαταραχών σε

ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία, τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται προσπάθεια συστηματικής διερεύνησης του ρόλου που διαδραματίζουν οι γενετικοί συντελεστές στην αιτιοπαθογένεια και εκδήλωσή τους. Η προσπάθεια αυτή βασίζεται σε μελέτες που αφορούν σε οικογένειες ασθενών και μαρτύρων, στην ανεύρεση του βαθμού συμφωνίας ανάμεσα σε ζεύγη διδύμων, σε μελέτες σε υιοθετημένα παιδιά καθώς και στις νεότερες μελέτες συνδυασμού και σύνδεσης των διαταραχών με πολυμορφικούς δείκτες με την εφαρμογή μεθόδων της μοριακής βιολογίας.

1. Μελέτες οικογενειών:

Η εκδήλωση διαταραχής στην πρόσληψη τροφής μπορεί να χαρακτηριστεί με τις μελέτες σε οικογένειες πασχόντων και μαρτύρων ως οικογενής ή σποραδική (μη οικογενής ή μεμονωμένες). Στις οικογένειες με σποραδικές περιπτώσεις, ο κίνδυνος νόσησης άλλου μέλους της οικογένειας είναι ελάχιστος υψηλότερος από τον αντίστοιχο κίνδυνο στον γενικό πληθυσμό. Με την έννοια κίνδυνο νόσησης εννοούμε το ποσοστό κινδύνου που διατρέχει το άτομο να νοσήσει όταν διανύει την ηλικία νόσησης που για τις διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, θεωρείται το ηλικιακό φάσμα των 15-45 ετών.

Η οικογενής εκδήλωση των διαταραχών πρόσληψης τροφής επιβεβαιώθηκε με τις μελέτες οικογενειών, αφού οι πιθανότητες νόσησης για τις διαταραχές αυτές πράγματι βρέθηκε να είναι σημαντικά αυξημένες στους συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, αδέρφια, παιδιά), των ασθενών σε σύγκριση με τους συγγενείς των μαρτύρων. Η Ψυχογενής Βουλιμία δε, διαπιστώθηκε ότι είναι περισσότερο συχνή στις οικογένειες των πασχόντων, καθώς οι συγγενείς τους εμφανίζουν κίνδυνο να εκδηλώσουν την ίδια διαταραχή σε ποσοστό που κυμαίνεται από 2,4%-10,4%, εν συγκρίσει με τους συγγενείς των μαρτύρων, που κυμαίνεται σε ποσοστό κάτω από 1%.

2. Μελέτες διδύμων και υιοθεσίας:

Όπως είναι γνωστό, υπάρχουν δύο είδη διδύμων: Οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι (MZ), οι οποίοι έχουν πανομοιότυπο γενετικό υλικό και οι διζυγωτικοί δίδυμοι (DZ), οι οποίοι έχουν κοινά μόνο τα μισά τους γονίδια και έτσι δεν διαφέρουν από τα άλλα μη δίδυμα αδέρφια. Η διαπίστωση της συμφωνίας σε μεγαλύτερο βαθμό των MZ διδύμων σε σχέση με τους DZ διδύμους, στην

εκδήλωση ψυχοπαθολογίας, συνηγορεί υπέρ της συμμετοχής γενετικών συντελεστών στην φαινοτυπική εκδήλωσή της.

Στις μελέτες διδύμων που αφορούν στην Ψυχογενή Βουλιμία διαπιστώθηκε μεγαλύτερη συμφωνία στους MZ διδύμους σε ποσοστό 33% σε μία μελέτη και 83% σε άλλη. Σε μικρό όμως αριθμό ζευγών (6 ζεύγη σε κάθε μελέτη). Αντίθετα, ως ποσοστά συμφωνίας στους ΔZ διδύμους αναφέρθηκαν από τους ερευνητές 0% στην πρώτη μελέτη σε 5 ζεύγη διδύμων και 27% στην δεύτερη σε 15 ζεύγη. Οι Kendler και οι συνεργάτες, διαπίστωσαν με την εφαρμογή ευρέων διαγνωστικών κριτηρίων για την Ψυχογενή Βουλιμία, συμφωνία σε ποσοστό 26% στους MZ διδύμους (18/69 ζεύγη), και 16% στους ΔZ διδύμους (8/50 ζεύγη). Οι ίδιοι ερευνητές όταν χρησιμοποίησαν περιορισμένα διαγνωστικά κριτήρια, βρήκαν ποσοστά συμφωνίας 23% στους MZ διδύμους (8/35 ζεύγη) και 9% στους ΔZ διδύμους 92/23 ζεύγη).

Τα ευρήματα των μελετών σε διδύμους δεν θέτουν υπό αμφισβήτηση την συμβολή και τον καθοριστικό ρόλο γενετικών συντελεστών στην αιτιοπαθογένεια και εκδήλωση των διατροφικών διαταραχών, καθώς οι MZ δίδυμοι, σε σχέση με τους ΔZ διδύμους, εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας, τόσο για την Ψυχογενή Ανορεξία όσο και για την Ψυχογενή Βουλιμία.

Στα πλαίσια της διερεύνησης για την γενετική συμμετοχή στην εκδήλωση διαταραχών πρόσληψης τροφής, δεν έχουν σχεδιαστεί μελέτες υιοθεσίας.

3. Μοριακές Μελέτες-Τρόπος Μεταβίβασης:

Μελέτες συνδυασμού της συχνότητας ενός γενετικού δείκτη στον πληθυσμό των ασθενών με διαταραχή στην πρόσληψη τροφής σε σχέση με την ομάδα μαρτύρων, καθώς και μελέτες σύνδεσης ανάμεσα στο γενετικό τόπο που περιλαμβάνει το πιθανό γονίδιο της διαταραχής και ενός γενετικού δείκτη με τέτοιο τρόπο ώστε να επέρχεται συνμεταβίβαση του δείκτη με την διαταραχή, εφαρμόστηκαν σε μικρό αριθμό μελετών στην Ψυχογενή Ανορεξία.

Αναφορικά με τον τρόπο μεταβίβασης των διαταραχών της διατροφικής συμπεριφοράς, παρά το γεγονός ότι οι μελέτες οικογενειών και διδύμων συνηγορούν υπέρ της συμμετοχής γενετικών συντελεστών στην εκδήλωσή τους, ο ακριβής τρόπος μεταβίβασης, παραμένει άγνωστος. Επικρατέστερη φαίνεται να είναι η πολυγονιδιακή-πολυπαραγοντική θεωρεία σύμφωνα με την οποία

μεγάλος αριθμός γονιδίων μαζί με τυχαίους περιβαλλοντικούς παράγοντες δρουν αθροιστικά στην παραγωγή ευαισθησίας για εκδήλωση Ψυχογενούς Ανορεξίας και Βουλιμίας.

ε) Ισχυρές ενδείξεις υποστηρίζουν την εμφάνιση σε υψηλά επίπεδα των διατροφικών διαταραχών σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, και κυρίως του ινσουλινοεξαρτώμενου τύπου. Αυτός ο ισχυρισμός επιβεβαιώνεται σε μεγάλο βαθμό, καθώς έχουν αναγνωριστεί αιτιολογικοί παράγοντες που πιθανόν προδιαθέτουν τα άτομα ώστε να εμφανίσουν κάποια διατροφική διαταραχή. Ένας αιτιολογικός παράγοντας μπορεί να είναι, για παράδειγμα, οι αυστηρές δίαιτες που οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη υποβάλλονται.

Αρκετές έρευνες έχουν διεξαχθεί ώστε να δοθεί απάντηση στο ερώτημα σχετικά με την επικράτηση των διατροφικών διαταραχών στους διαβητικούς ασθενείς. Μεθοδολογικά προβλήματα ωστόσο αντιμετωπίστηκαν, τα οποία προκάλεσαν σύγχυση στην αξιολόγηση των χαρακτηριστικών των διατροφικών διαταραχών στους διαβητικούς ασθενείς. Για παράδειγμα, στις περιπτώσεις που χρησιμοποιήθηκε το Eating Attitude Test, το οποίο περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν στην αποφυγή τροφίμων υψηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη, ήταν δύσκολο να διαπιστωθεί εάν ο ασθενής αποφεύγει τα τρόφιμα αυτά λόγω του διαβήτη ή λόγω της ύπαρξης κάποιας διαταραχής στην πρόσληψη τροφής. Σε πιο πρόσφατες μελέτες ωστόσο, στις οποίες τα περισσότερα μεθοδολογικά προβλήματα ξεπεράστηκαν, βρέθηκε ότι η επικράτηση της νευρικής ανορεξίας ή της νευρικής βουλιμίας, δεν είναι υψηλότερη από ότι φυσιολογικά αναμένεται, στους διαβητικούς ασθενείς. Πάντως, καμία μελέτη ως τώρα δεν είχε επαρκής στατιστική δύναμη, ώστε να αποδείξει ότι η ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη δεν αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης μιας διατροφικής διαταραχής. [19]

3.4.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

α) Οι άνθρωποι με διαταραχές στην πρόσληψη τροφής συχνά εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης. Η κλίμακα επικράτησης για σοβαρή κατάθλιψη σε ασθενείς με οποιαδήποτε διατροφική διαταραχή, ποικίλει από 25% μέχρι και 80%. Γενικά, η καταθλιπτική διαταραχή υπάρχει ταυτόχρονα με την διατροφική διαταραχή. Στοιχεία ότι ένα ιστορικό κατάθλιψης προδιαθέτει την εγκατάσταση

μιας διατροφικής διαταραχής είναι σπανιότερα. [19] Αρκετές μελέτες σε ασθενείς με νευρική βουλιμία έχουν δείξει ως κοινό σημείο τα καταθλιπτικά συμπτώματα. (19) Διαθέσιμα στοιχεία υποστηρίζουν ότι τουλάχιστον το 1/3 των ασθενών με νευρογενή βουλιμία έχουν ιστορικό κατάθλιψης που προηγείται της ανάπτυξης της διαταραχής. Συνεπώς, φαίνεται πιθανό, ότι ένα προσωπικό ιστορικό κατάθλιψης, αυξάνει τον κίνδυνο για μεταγενέστερη ανάπτυξη νευρογενούς βουλιμίας [19]

β) Ορισμένοι άνθρωποι με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στο να αναπτύξουν προβλήματα βουλιμίας.

Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία είναι εξωστρεφείς, θυμωμένοι και παρορμητικοί. Συνοδές καταστάσεις της ψυχογενούς βουλιμίας είναι η εξάρτηση από αλκοόλ, η κλεπτομανία, η συναισθηματική ευμεταβλητότητα (συμπεριλαμβανομένων και των αποπειρών αυτοκτονίας) και γενικότερα εμφανίζουν αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων τους, λόγω πιθανόν απουσίας του ελέγχου του Υπερεγώ και του σθένους του Εγώ. Οι δυσκολίες ελέγχου των παρορμήσεων εκδηλώνονται συχνά με μειωμένες αναστολές ή επίδοση στην χαρτοπαιξία ή στον τζόγο και με αυτοκαταστροφικές σεξουαλικές σχέσεις, επιπλέον των επεισοδίων υπερφαγίας και της καθαρτικής συμπεριφοράς. [26],[31] Γενικά, οι άρρωστοι με ψυχογενής βουλιμία, βιώνουν την ανεξέλεγκτη πρόσληψη τροφής ως δυστονική στο Εγώ, αναζητώντας έτσι πιο εύκολα βοήθεια.[31]

Τα αισθήματα ανεπάρκειας και αναξιότητας είναι συνήθη στους ασθενείς με ψυχογενής βουλιμία. Συχνά θεωρούνται μέρος της απογοήτευσης και της κατάθλιψης, καθώς εξαφανίζονται με την υποχώρηση του προβλήματος, πολλές φορές όμως είναι δυνατόν να αντικατοπτρίζουν την παρουσία ενός μακροχρόνιου χαρακτηριστικού της προσωπικότητας, το οποίο μπορεί να συμβάλλει σε συνάρτηση με άλλους αιτιολογικούς παράγοντες, στην ανάπτυξη της ψυχογενούς βουλιμίας.

Η τελειομανία είναι ένα ακόμα μόνιμο χαρακτηριστικό, αρκετά συχνό σε ασθενείς με νευρική βουλιμία. Τα άτομα αυτά έχουν την τάση να θέτουν ανέφικτους στόχους, ενώ η τελειομανία τους τείνει να ελέγχει όλα τα επίπεδα της ζωής τους. Γίνεται όμως ακόμα πιο εμφανής σε σχέση με της διατροφή τους.[26]

Ο Ruderman, σε μία μελέτη του, (1985) απέδειξε ότι οι γυναίκες φοιτήτριες που σκόραραν υψηλά στο μέτρο την νευρικής βουλιμίας ήταν σημαντικά πιο επιρρεπείς σε διαταραγμένες άκαμπτες αντιλήψεις, τελειομανείς, και απαιτητικές σε σχέση με εκείνες που σκόραραν χαμηλότερα. [54]

Τέλος, πολλοί ασθενείς με νευρική βουλιμία, παρουσιάζουν δυσκολία αποχωρισμού από τα άτομα που τα φροντίζουν. Πολλοί θεραπευτές έχουν παρατηρήσει ότι οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία χρησιμοποιούν το σώμα τους ως μεταβατικό αντικείμενο. Η διαπάλη αποχωρισμού από το πρόσωπο της μητέρας εκδηλώνεται με αμφιθυμία σχετικά με το φαγητό. Η πρόσληψη της τροφής μπορεί να αναπαριστά την επιθυμία για συνταύτιση με το πρόσωπο που τα φροντίζει, ενώ η αποβολή μπορεί να εκφράζει, ασυνείδητα, την επιθυμία για αποχωρισμό.[31]



3.4.4 ΓΝΩΣΙΑΚΑ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Η βιβλιογραφία για την νευρική βουλιμία είναι πιο περιορισμένη σε σχέση με την αντίστοιχη για την νευρική ανορεξία, αλλά έχει υπάρξει ραγδαία ανάπτυξη του ενδιαφέροντος από τότε που ο Russell (1979) δημοσίευσε την

οριστική του ερμηνεία για αυτή την διαταραχή.

Πολλά από τα συμπεριφορικά και γνωσιακά-συμπεριφορικά μοντέλα της νευρικής βουλιμίας σχετίζονται ξεκάθαρα με τα αντίστοιχα τους που αναφέρονται στην νευρική ανορεξία. Ένα σημαντικό συμπεριφοριακό μοντέλο της βουλιμικής συμπεριφοράς λαμβάνει υπόψη το ρόλο του εμετού/κάθαρσης σαν θεμέλιο για την μείωση του άγχους και της ανησυχίας, όπως η παρόρμηση ενεργεί στην ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (Rosen and Leitenberg, 1982). Η μείωση του άγχους συμβαίνει καθώς διατηρείται ο εμετός και η κάθαρση. Αυτό ξεκάθαρα μπορεί να ισχυριστεί για να εξηγηθεί μέρος της συμπεριφοράς στην νευρική βουλιμία, αλλά δεν αποτελεί ένα πλήρες μοντέλο. Μερικές από τις ανεπάρκειες αυτού του μοντέλου μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής: Πρώτον, αναφέρονται λίγα σχετικά με την προέλευση του προβλήματος. Δεύτερον, δεν συνδυάζονται οι ψυχοκοινωνικοί και γνωσιακοί παράγοντες που φαίνεται να συνδέονται στην εξέλιξη της νευρικής βουλιμίας. Τρίτον, το συνολικό μοντέλο δύο παραγόντων για την μείωση του άγχους του Mower (1960), το οποίο παρέχει την θεωρητική βάση του μοντέλου, έχει δείχτει ότι είναι σοβαρά ανεπαρκές για μια κλίμακα διαταραχών (Rachman, 1976).

Το μοντέλο μείωσης άγχους των Rosen και Leitenberg για την βουλιμία έχει επεκταθεί από τον Williamson και τους συνεργάτες του (1985). Πρότειναν ότι άλλα ψυχοπαθολογικά στάδια (π.χ. κατάθλιψη), διαταραγμένη εικόνα του σώματος, διαπροσωπικά προβλήματα και άγχος, είναι παράγοντες που λειτουργούν σαν υπόβαθρο που ενεργοποιεί τον κύκλο υπερφαγίας κάθαρσης. Τα επεισόδια υπερφαγίας αποδίδονται σε μια βιολογική απαίτηση (στέρηση φαγητού). Γνωσιακοί παράγοντες δεν τονίζονται σαν σημαντικές μεταβλητές. Ο Williamson και λοιποί (1990) πρόσφατα προσέφεραν μια βελτιωμένη εκδοχή αυτού του μοντέλου, όπου οι γνωσιακοί παράγοντες εμφανίζονται να είναι σπουδαιότεροι. Η διαταραχή της εικόνας του σώματος, ο φόβος απόκτησης βάρους, και η μεγάλη ανησυχία για το μέγεθος του σώματος φαίνεται ότι είναι κεντρικοί θεμελιώδεις καθοριστικοί παράγοντες της διαταραχής. Αυτοί οι συγγραφείς επίσης θέτουν ως δεδομένο ότι το άτομο αναπτύσσει αυστηρούς κανόνες σχετικά με την πρόσληψη του φαγητού. Αυτές οι αντιλήψεις συχνά εμφανίζονται σε μια οριστική συμπεριφορά σχετικά με το φαγητό. Αυτό οδηγεί

σε υψηλή ανησυχία και σχετικές αντιλήψεις όταν οι κανόνες της δίαιτας χαλάνε και αυτό οδηγεί στη καθαρτική συμπεριφορά.

Τα μοντέλα της νευρικής βουλιμίας που λαμβάνουν υπόψη τους γνωσιακούς παράγοντες σαν σημαντική μεταβλητή είναι γενικά αποδεκτά για πάνω από μία δεκαετία, ξεκινώντας από τα πρώιμα συγγράμματα του Fairburn και των συνεργατών του (e.g Fairburn, 1981, 1985).

Τα σύγχρονα γνωσιακά-συμπεριφορικά μοντέλα της νευρικής βουλιμίας προσπαθούν να εξηγήσουν και την βασική ψυχοπαθολογία, που είναι κοινή με εκείνη της νευρικής ανορεξίας, και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της διαταραχής. Όπως ακριβώς συμβαίνει και με αυτούς που πάσχουν από νευρική ανορεξία, οι βουλιμικοί ασθενείς επίσης έχουν δυσλειτουργικές αντιλήψεις και αξίες. Στοιχεία από αρκετές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι οι γνωσιακές διαστρεβλώσεις της πραγματικότητας υπάρχουν στους βουλιμικούς. Για παράδειγμα, οι Freeman and Heynaman (1983) βρήκαν ότι οι υπέρβαροι βουλιμικοί όταν συγκρίθηκαν με μη βουλιμικούς παρουσίασαν ένα χαρακτηριστικό γνωσιακό στυλ. Εκτιμούσαν τους εαυτούς τους πιο αρνητικά ακολουθώντας μια αποτυχημένη εμπειρία. Ήταν επίσης πιο διχοτομημένοι και ακραίοι στο εκτιμητικό τους στυλ. Ο Ruderman (1985) βρήκε ότι οι γυναίκες φοιτήτριες που σκόραραν υψηλά στο μέτρο της νευρικής βουλιμίας ήταν σημαντικά πιο επιρρεπείς σε διαταραγμένες άκαμπτες αντιλήψεις, τελειομανείς, και απαιτητικές σε σχέση με εκείνες που σκόραραν χαμηλότερα. Το ευρέως γνωστό γνωσιακό- συμπεριφορικό μοντέλο της βουλιμίας του Fairburn και των συνεργατών του (Fairburn, Cooper and Cooper 1986). Αυτό έχει υπάρξει αρκετά σημαντικό στο να διαμορφωθεί η κατανόηση και η θεραπεία της βουλιμίας τα τελευταία χρόνια.

Ίσως το πιο περιεκτικό γνωσιακό- συμπεριφορικό μοντέλο της νευρικής βουλιμίας είναι εκείνο που προτάθηκε από τον Terence Wilson (1989). Για την αναγνώριση των κοινωνικών παραγόντων που εμπλέκονται το αποκαλεί γνωσιακό κοινωνικό πληροφοριακό μοντέλο της νευρικής βουλιμίας. Τα επακόλουθα στοιχεία είναι τα εξής:

- Αντιλήψεις. Αυτές περιλαμβάνουν δυσλειτουργικές συμπεριφορές, αντιλήψεις σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος, και έμφαση στην εικόνα του λεπτού σώματος

- **Φόβος**. Φόβος για την απόκτηση βάρους και της παχυσαρκίας.
- **Διαιτητικές πρακτικές**. Περιοριστικό διατροφικό πρότυπο, επιμονή σε αλυσιδωτές δίαιτες, διαιτητικά χάπια ή σωματική άσκηση.
- **Υπερφαγία**. Υπερφαγία ή βουλιμικά επεισόδια ακολουθούν την παράβαση των υπερβολικά αυστηρών διαιτητικών προτύπων. Αυτά ενθαρρύνονται από αρνητικές επιρροές όπως κατάθλιψη, θυμός και στρες.
- **Κάθαρση**. Αυτή μπορεί να διεξαχθεί με τον αυτοπροκαλούμενο εμετό, την χρήση καθαρτικών, την αυστηρή δίαιτα ή αυστηρότερες περιόδους νηστείας.
- **Μετά κάθαρσης ψυχολογικά αποτελέσματα**. Αρχικά, μειώνεται η ανησυχία, και επέρχεται σωματική ανακούφιση. Έπειτα, ακολουθούν οι τύψεις και αίσθημα κατάθλιψης, χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, καθώς και ανησυχία σχετικά με τις ψυχολογικές και σωματικές συνέπειες. Τέλος, ακολουθεί η υπόσχεση να μην συμβεί αυτό ποτέ ξανά και η αύξηση του διαιτητικού περιορισμού.

Η παραβίαση της δίαιτας αποτελεί σε αυτό το σημείο μια σημαντική εξήγηση. Από την στιγμή που το άτομο θα παραβιάσει την δίαιτα και επειδή ενδεχομένως το σώμα λαχταράει το φαγητό μετά από παρατεταμένη νηστεία (Wardle, 1983), και/ή εξαιτίας των αρνητικών αποτελεσμάτων το άτομο χάνει τον έλεγχο στο φαγητό σε αυτό το επεισόδιο. Ο κρίσιμος παράγοντας εδώ μπορεί να είναι γνωσιακός (Polivy and Herman, 1985). Η γνωσιακή σκέψη εμφανίζεται να είναι κάτι σαν «απέτυχα άρα μπορώ επίσης να συνεχίσω να τρώω» .

Το μοντέλο του Wilson είναι πιο κατανοητό σε σχέση με άλλα γνωσιακά-συμπεριφορικά μοντέλα της νευρικής βουλιμίας και παρέχει ένα πολύτιμο πλαίσιο για την κατανόηση και την εκτίμηση των βουλιμικών προβλημάτων. Πάντως, υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί. Το κυριότερο πρόβλημα αναφέρεται στο γεγονός ότι δεν αναπτύσσουν όλοι όσοι περιορίζουν το φαγητό την νευρική βουλιμία. Πολλά φυσιολογικού βάρους άτομα που περιορίζουν το φαγητό και πολλά με νευρική ανορεξία δεν εμφανίζουν νευρική βουλιμία ή ακόμα και βουλιμικά επεισόδια. Είναι προφανές ότι πολλές άλλες μεταβλητές παίζουν συνολικό ρόλο στο να καθορίσουν αν κάποιος θα εμφανίσει νευρική βουλιμία ή

όχι. Αυτές μπορεί, καθώς έχει εκφράσει ο Wilson να περιλαμβάνουν γενετικούς, οικογενειακούς, στοιχεία προσωπικότητας, και συγκεκριμένους κοινωνικούς παράγοντες.



3.4.5 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

Όπως σημειώθηκε παραπάνω, μια πλήρη εξήγηση της νευρικής βουλιμίας ή της νευρικής ανορεξίας θα χρειαστεί να συμπεριλάβει ποικιλία παραγόντων πέρα από τα όρια των απλών συμπεριφοριακών ή γνωσιακών συμπεριφορικών μοντέλων. Για παράδειγμα οι περισσότερες αποστροφές των ανθρώπων για το φαγητό μπορούν ικανοποιητικά να εξηγηθούν με όρους και αιτιολογικούς και διατήρησης από ένα απλό συμπεριφορικό μοντέλο το οποίο βασίζεται στην κλασσική διαδικασία εκμάθησης (με την οποία η συμπεριφορά ενός ατόμου εξαρτάται από το γεγονός που συμβαίνει στο περιβάλλον του). Όπου εμπλέκονται κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες, η αποστροφή μπορεί συνήθως να εξηγηθεί πλήρως μέσα σε ένα γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο (de Silva and Rachman 1987). Αντίθετα με τέτοια απλά φαινόμενα, η νευρική ανορεξία ή/και η νευρική βουλιμία είναι πολύπλοκες οντότητες. Όπως πολλοί συγγραφείς έχουν ξεκάθαρα αποδείξει (e.g. Hsu, 1990, Garfinkel and Garner, 1983), αυτές οι διαταραχές είναι πολυδιάστατες και πολυπαραγοντικές εκ προελεύσεως. Τα συμπεριφορικά και τα γνωσιακά- συμπεριφορικά μοντέλα είναι ανίκανα να παράσχουν πλήρη εξήγησή τους.

Η εκτίμηση των μοντέλων αυτών των διαταραχών θα έπρεπε να τοποθετούνται στην βάση του εάν υπάρχουν εμπειρικά στοιχεία για την υπόθεση που κάνουν και αν έχουν εμπειρική αξία για παραγωγικές χρήσιμες μελέτες και να προτείνουν αποτελεσματικές θεραπευτικές στρατηγικές.

Τα στοιχεία για ένα καθαρά συμπεριφορικό μοντέλο για την νευρική ανορεξία και για την νευρική βουλιμία είναι πολύ περιορισμένα. Ανεξάρτητα από κλινικές παρατηρήσεις και θεωρητικές εξηγήσεις η βιβλιογραφία είναι σποραδική σε αυτό και σίγουρα δεν υπάρχουν πολλά εμπειρικά στοιχεία. Η δουλειά που διεξάχθηκε με τους βουλιμικούς στην βάση του μοντέλου του Rosen and Leitenberg (1982), χρησιμοποιώντας την έκθεση και την ανταπόκριση στην πρόληψη σαν θεραπευτική στρατηγική έχει ισχυριστεί ότι παρέχει στοιχεία για το μοντέλο από μόνο του (Smith and Medlik, 1983). Μέρος των ερευνών (e.g. Giles, Young and Young , 1985. Rosen and Leitenberg και συνεργάτες, 1984. Wilson και συνεργάτες, 1986) αλλά σίγουρα όχι άλλες, εμφανίζονται να δείχνουν ότι η έκθεση και το μοντέλο της ανταπόκρισης στην πρόληψη που βασίζεται στο καθιερωμένο παράδειγμα της θεραπείας των ασθενών με καταναγκαστική-ψυχαναγκαστική διαταραχή (de Silva and Rachman, 1992. Rachman and Hodgson, 1980) φαίνεται να εμφανίζουν θεραπευτική αποτελεσματικότητα και στους βουλιμικούς ασθενείς. Πάντως, δεν είναι εντελώς ξεκάθαρο ότι ο μηχανισμός δράσης είναι η εξαφάνιση της επίκτητης ανησυχίας. Όσο για τα συμπεριφορικά-γνωσιακά μοντέλα τα οποία μπορεί να υποστηρίξει κανείς, έχουν εντυπωσιακή επιφάνεια κύρους (Cooper and Cooper, 1988), και υπάρχουν πολλά στοιχεία που υποστηρίζουν αυτήν την διατύπωση. Για παράδειγμα υπάρχουν πλέον περιορισμένα αλλά ξεκάθαρα στοιχεία που δείχνουν ότι είναι διαφορετική η επεξεργασία πληροφοριών που σχετίζονται με το φαγητό και την διατροφή σε ασθενείς με αυτές τις διαταραχές. Όλα αυτά τα μοντέλα πάντως είναι δεν επαρκούν ώστε να εξηγήσουν την αιτιολογία των διαταραχών. Τα συμπεριφορικά και τα γνωσιακά-συμπεριφορικά μοντέλα εστιάζουν από την ιδιαίτερη φύση τους στις εγγύς αιτίες και διατηρήσιμες μεταβλητές. Δεν εξηγούν πλήρως γιατί μερικοί από αυτούς που κάνουν δίαιτα εμφανίζουν διατροφική διαταραχή ενώ άλλοι όχι και γιατί κάποιοι καταλήγουν στην μια διαταραχή παρά στην άλλη. Πρέπει να σημειωθεί ότι δεν είναι ασύμβατοι με κάποια από τα άλλα μοντέλα αιτιολογίας και μπορούν αποτελεσματικά να τα συμπληρώνουν.

Πράγματι, η πολύπλοκη φύση αυτών των διαταραχών ξεκάθαρα παρέχει περιθώριο για διαφορετικά μοντέλα συμπληρώνοντας το ένα το άλλο. Τελικά, τα συμπεριφορικά και γνωσιακά-συμπεριφορικά μοντέλα είναι επίσης χρήσιμα στην παραγωγή αποτελεσματικών στρατηγικών θεραπείας καθώς έδειξε η δουλειά του Fairburn, 1982 and Wilson (1989). «Cognitive-Behavioral Models of Eating Disorders» [54]

Γνωσιακό μοντέλο της βουλιμίας

Σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία, η βουλιμική διαταραχή, μπορεί κατά κύριο λόγο να ερμηνευθεί (Fairburn και συνεργάτες, 1986):

- Με την ύπαρξη ενεργοποιημένων, υπερτροφικών και υπεραξιολογημένων σχημάτων που αναφέρονται στην λήψη τροφής, στο βάρος και το σχήμα του σώματος.
- Με την άμεση σύνδεση των σχημάτων αυτών με την νοητική αναπαράσταση του εαυτού, αλλά και με τέτοιες νοητικές κατασκευές όπως, αυτοεκτίμηση, αυτοέλεγχος, ομορφιά, αξία, χρησιμότητα, αρετή ευφυΐα, ευτυχία.

Η ύπαρξη των υπερτροφικών και υπεραξιολογημένων αυτών σχημάτων, καθώς και των διασυνδέσεών τους, είναι επόμενο να επηρεάζει σημαντικά την διερμηνεία της τρέχουσας εμπειρίας.

Τα σχήματα αυτά χρησιμοποιούνται πολύ συχνά και επεξεργάζονται την τρέχουσα εμπειρία με επιλεκτικό ή τροποποιημένο τρόπο. Η δράση τους είναι ιδιαίτερα αισθητή, ιδίως, όταν υπάρχουν ψυχοτραυματισμοί που μειώνουν την αίσθηση της αυτό-επάρκειας του ατόμου. Στις περιπτώσεις αυτές και μέσα από τις διεργασικές παρρεκλίσεις ή τα διεργασικά λάθη, εκλύονται αρνητικές αυτόματες σκέψεις και η γενικότερη κλινική εικόνα της βουλιμίας. Η δημιουργία ωστόσο της βουλιμικής συμπτωματολογίας επιδρά με τη σειρά της πάνω στα σχήματα που προαναφέρθηκαν και τις διασυνδέσεις τους, τα οποία μεγαλώνουν και αξιολογούνται ακόμα περισσότερο, με αποτέλεσμα την εμφάνιση νέων ακόμη, πιο έντονων βουλιμικών επεισοδίων, (φαύλος κύκλος της βουλιμίας). Σε αυτόν τον φαύλο κύκλο όμως δεν θα πρέπει να παραληφθεί, ο ρόλος της δίαιτας, ο οποίος με τα συμπτώματα που δημιουργεί, και τα οποία

έχουμε ήδη αναφέρει επιτείνει τον βουλιμικό φαύλο κύκλο.

3.4.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Παρόλο που δεν έχουν εξεταστεί διεξοδικά οι παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία των προβλημάτων βουλιμίας, και το γεγονός αυτό δυσχεραίνει την ταυτοποίηση εκείνων που οδηγούν σε υποχώρηση ή στην επανεμφάνιση των βουλιμικών συμπεριφορών, η επιστημονική κοινότητα είναι σε θέση να γνωρίζει ορισμένους παράγοντες οι οποίοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διατήρησή τους. Αυτοί είναι:

α) Η συνεχής δίαιτα.

Οι τρόποι με τους οποίους η δίαιτα κάνει τα άτομα επιρρεπή στην βουλιμία, έχουν περιγραφεί παραπάνω. Οι μηχανισμοί μέσω των οποίων η δίαιτα είναι δυνατόν να διαιωνίζει την βουλιμία σχετίζονται με τον αυστηρό και ακραίο περιορισμό της διατροφής. Με την εφαρμογή μιας «ακραίας» δίαιτας, δηλαδή με έντονο περιορισμό της τροφής, δημιουργούνται έντονες σωματικές ανάγκες για τροφή. Η εφαρμογή «αυστηρής» δίαιτας το άτομο θα τείνει να παραπαίει μεταξύ δίαιτας και βουλιμίας, με το ένα να ενισχύει και να προωθεί το άλλο.

β) Πρόκληση εμετού και Κατάχρηση καθαρτικών

Και οι δύο αυτές μέθοδοι ελέγχου του βάρους τείνουν να συνδράμουν στην διαιώνιση των προβλημάτων βουλιμίας, καθώς οι ασθενείς αυτοί πιστεύουν σε μεγάλο βαθμό στην αποτελεσματικότητά τους όσον αφορά στον έλεγχο του βάρους. Έτσι λοιπόν, δημιουργούνται φαύλοι, αλληλεπιδρώντες κύκλοι, που προωθούν την βουλιμία.

γ) Σχέσεις, γεγονότα, καταστάσεις

Αν και δεν υπάρχουν ακόμα αρκετά στοιχεία όσον αφορά τους συγκεκριμένους παράγοντες, είναι γνωστό ωστόσο, ότι ένας αριθμός γεγονότων και καταστάσεων μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την πορεία των προβλημάτων

βουλιμίας. Οι προσωπικές σχέσεις εμφανίζονται να είναι ιδιαίτερα σημαντικές από αυτήν την άποψη. Έτσι, η δημιουργία ενός σταθερού, τρυφερού, δεσμού, με έναν σύντροφο μπορεί να επιδράσει θετικά στο άτομο, βελτιώνοντας την αυτοεκτίμησή του, μειώνοντας τις ανησυχίες για το βάρος και την εμφάνιση και απομακρύνοντας ορισμένες πηγές άγχους, προωθώντας κατά αυτόν τον τρόπο την θεραπεία. Η διάλυση μίας τέτοιας σχέσης, μπορεί να επιφέρει ακριβώς τα αντίθετα αποτελέσματα.

δ) Η επιθυμία για αλλαγή

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας ο οποίος διαδραματίζει ρόλο κλειδί στην πορεία της νόσου, αποτελεί η κινητοποίηση για αλλαγή.

Ορισμένοι άνθρωποι συμβιβάζονται με το πρόβλημά τους, το δέχονται ως έχει, και ρυθμίζουν την ζωή τους σύμφωνα με αυτό. Κατά συνέπεια δεν επιθυμούν σε μεγάλο βαθμό την αλλαγή. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα προβλήματα της βουλιμίας τείνουν να διαιωνίζονται. Άλλοι πάλι, αποφασίζουν να κάνουν μια καινούρια αρχή και μάλιστα έχοντας πάρει μια τέτοια απόφαση, είναι σε θέση να το κάνουν από μόνοι τους. Ωστόσο αν και θα έπρεπε, δεν έχουν διεξαχθεί έρευνες ώστε να εξηγηθεί τι ακριβώς είναι αυτό που παρακινεί τους ασθενείς να πάρουν μια τέτοια απόφαση.

ε) Ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των βουλιμικών ασθενών, η τελειομανία, επηρεάζει όλες τις πλευρές της ζωής τους, αλλά γίνεται ακόμα πιο εμφανής όσον αφορά στην διατροφή τους. Οι άνθρωποι αυτοί τείνουν να θέτουν ανέφικτους στόχους, και η αποτυχία, ιδιαίτερα στα άτομα τα οποία έχουν και χαμηλή αυτοεκτίμηση, μπορεί να αποδειχτεί ιδιαίτερα επικίνδυνη. Μάλιστα, ο συνδυασμός χαμηλής αυτοεκτίμησης και τελειομανίας είναι ιδιαίτερα συχνός στα άτομα με ψυχογενή βουλιμία, και πιθανότατα συντελούν στην διόγκωση του προβλήματος.

Η σκέψη του όλα ή τίποτα ή ο διχοτόμος τρόπος σκέψης, όπως αλλιώς ονομάζεται, χαρακτηρίζει επίσης πολύ συχνά τα άτομα που πάσχουν από νευρική βουλιμία. Αυτός ο τρόπος σκέψης, διαποτίζει όλο το γνωστικό τους σύστημα, και πολλές φορές συνδυάζεται με την τελειομανία. Το γεγονός αυτό, εντείνει την βουλιμία καθώς προκαλεί απώλεια του ελέγχου μετά και την παραμικρή

παραβίαση της διαίτας. [26]

3.5 ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Λίγα είναι γνωστά για την μακρόχρονη πορεία της ψυχογενούς βουλιμίας, ενώ η βραχύχρονη πορεία ποικίλλει. Γενικά φαίνεται ότι έχει καλύτερη πρόγνωση από την ψυχογενή ανορεξία. Για ένα μικρό διάστημα, ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία που μπορούν να ενταχθούν σε θεραπεία ανέφεραν πάνω από 50% βελτίωση στην πολυφαγία και στην κάθαρση. Σε περιπατητικούς αρρώστους, η βελτίωση φαίνεται να διαρκεί πάνω από 5 χρόνια. Ωστόσο, και στις περιόδους βελτίωσης οι ασθενείς δεν είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων. Η ψυχογενής βουλιμία είναι χρόνια διαταραχή με υφέσεις και εξάρσεις. Μερικοί άρρωστοι με ήπια πορεία νόσου έχουν μακροχρόνιες υφέσεις. Άλλοι ασθενείς καθίστανται ανάπηροι από την αρρώστια και νοσηλεύονται. Στην διάρκεια μιας παρακολούθησης τριών ετών, διαπιστώθηκε ότι λιγότερο από το 1/3 των αρρώστων είναι καλά, πάνω από το 1/3 εμφανίζουν κάποια βελτίωση, ενώ το τελευταίο 1/3 περίπου έχει φτωχή έκβαση με χρόνια συμπτώματα.

Η πρόγνωση εξαρτάται από τα επακόλουθα της κάθαρσης, δηλαδή από το κατά πόσο ο ασθενής έχει ηλεκτρολυτικές διαταραχές και σε ποιο βαθμό οι εμετοί οδηγούν σε οισοφαγίτιδα, αμυλασαιμία, διόγκωση των σιελογόνων αδένων και τερηδονισμό των δοντιών. Σε μερικές περιπτώσεις ψυχογενούς βουλιμίας, χωρίς θεραπεία, παρουσιάζεται αυτόματη ύφεση σε ένα έως δύο χρόνια. [31]

3.6 ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ

Πολυάριθμες δημοσιευμένες μελέτες για την φυσιολογία της νευρικής βουλιμίας έχουν αναφερθεί λεπτομερώς σε όλες τις τις πλευρές, από τις μεταβολικές αλλαγές μέχρι τις νευρομεταδοτικές ανωμαλίες. Σοβαρότατες ανωμαλίες που αναφέρθηκαν από κάποιους ερευνητές, δεν έχουν επιβεβαιωθεί από άλλους. Για να γίνουν κατανοητές αυτές οι περιγραφές, πρέπει να εξεταστούν οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στην διατροφική συμπεριφορά και στις

μεταβολικές και ενδοκρινείς ρυθμίσεις. Συνεπώς, σε αυτό το κεφάλαιο, θα εξεταστεί πρώτα η μεταβολική κατάσταση του ασθενούς με νευρική βουλιμία και έπειτα θα συζητηθούν οι συνέπειες, για την κατανόηση των φυσιολογικών μεταβολών. [19]

3.6.1 ΠΙΘΑΝΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Χαμηλά επίπεδα ινσουλίνης στο πλάσμα αναφέρθηκε ότι υπάρχουν στους ασθενείς με νευρογενή βουλιμία. Χαμηλά επίπεδα C- πεπτιδίων, χαμηλές τιμές σε χαμηλά επίπεδα γλυκόζης, αυξημένα επίπεδα β-υδροξυβουτυρικού οξέος, και χαμηλά επίπεδα τριωδοθυρονίνης, βρέθηκαν επίσης σε αυτούς τους ασθενείς. Αυτές οι παρατηρήσεις υποστηρίζουν την άποψη ότι η μεταβολική κατάσταση στους ασθενείς με νευρογενή βουλιμία, δημιουργείται λόγω μειωμένης θερμιδικής πρόσληψης. Η βουλιμική διατροφική συμπεριφορά δεν χαρακτηρίζεται μόνο από υπερφαγία και κενώσεις με καθαρτικά, αλλά επίσης και από περιοδική δίαιτα και τάση λιμοκτονίας. Αυτή η συμπεριφορά εξηγεί γιατί τα σημάδια της υποθρεψίας δεν συμβαίνουν σε όλους τους ασθενείς σε όλες τις περιόδους.

3.6.1.1 ΑΞΟΝΑΣ ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΥ-ΥΠΟΦΥΣΗΣ-ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ

Αντιφατικά ευρήματα υπάρχουν σε αυτόν τον τομέα. Μια ομάδα ερευνητών μελέτησε την 24ωρη έκκριση της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης (ACTH) και της κορτιζόλης και βρήκαν ότι, αν και ο αριθμός των εκκριτικών επεισοδίων δεν μεταβλήθηκε, η συνολική συγκέντρωση και των δύο ορμονών ήταν ιδιαίτερα υψηλότερη στους βουλιμικούς ασθενείς από ότι στις ομάδες ελέγχου. Η απόκριση της ACTH και της κορτιζόλης στον παράγοντα φλοιοεπινεφριδιοτρόπου (ή κορτικοτροπινικής) απελευθέρωσης αμβλύθηκε, όπως συμβαίνει σε πολλές καταστάσεις υπερκορτιζολαιμίας. Αντίθετα άλλοι, παρατήρησαν φυσιολογικό επεισόδιο έκκρισης κορτιζόλης στους βουλιμικούς ασθενείς με τακτικούς έμμηνους κύκλους. Πάντως οι βουλιμικοί ασθενείς με αμηνόρρα βρέθηκε να έχουν υψηλά επίπεδα κορτιζόλης κατά την διάρκεια των

νυχτερινών ωρών. Η τελευταία ομάδα επίσης έδειξε μειωμένα επίπεδα τριωδοθυρονίνης και ανυψωμένα επίπεδα β-υδροξυβουτυρικού οξέος. Αυτά τα πρόσθετα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας είναι σε μια μεταβολική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μειωμένη θερμιδική πρόσληψη. Η ανταπόκριση της δοκιμής για την καταστολή της δεξαμεθαζόνης βρέθηκαν να είναι παθολογικής φύσεως από τους περισσότερους ερευνητές. Έχει αποδειχτεί ότι ο περιορισμός των θερμίδων συσχετίζεται με τα επίπεδα της κορτιζόλης στο πλάσμα, αποδεικνύοντας ότι η ανωμαλία στην δοκιμή της ανταπόκρισης της δεξαμεθαζόνης είναι μια συνέπεια της προσωρινής μειωμένης θερμιδικής πρόσληψης.

3.6.1.2 ΑΥΞΗΤΙΚΗ ΟΡΜΟΝΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗ

Αύξηση στο επίπεδο της αυξητικής ορμόνης κατά την διάρκεια της νύχτας, βρέθηκε στους ασθενείς με νευρογενή βουλιμία. Επειδή η νευρογενή ανορεξία και η λιμοκτονία εξαιτίας άλλων αιτιών σχετίζονται επίσης με αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης, μπορούμε να υποθέσουμε ότι η περιοδική δίαιτα είναι υπεύθυνη για την αύξησή της. Τα επίπεδα της προλακτίνης, αυξάνονται λιγότερο κατά την διάρκεια της νύχτας στους βουλιμικούς ασθενείς σε σχέση με τις δοκιμές σε υγιείς ανθρώπους. Αυτή η διαφορά πιθανόν προκαλείται από την μειωμένη οιστρογονική παραγωγή στους βουλιμικούς.

3.6.1.3. ΑΞΟΝΑΣ ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΥ- ΥΠΟΦΥΣΗΣ- ΟΡΓΑΝΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Η αμηνόρρεια συμβαίνει σε ποσοστό περίπου 50% των ασθενών με νευρική βουλιμία. Όταν μετρούνται τα επίπεδα των οιστρογόνων και της γοναδοτρόπου ορμόνης κατά την διάρκεια του έμμηνου κύκλου ή ακόμα και σε μεγαλύτερες χρονικές περιόδους, προκύπτει ότι περίπου το 50% των ασθενών με νευρική βουλιμία είναι ανωορρηκτικοί (στερούνται δηλαδή ωορρηξίας) και περίπου το 20% εμφανίζουν ανεπάρκεια κατά την φάση που αναφέρεται στο ωχρό σωματίο, όπως κρίθηκε από την χρονική περίοδο της παραγωγής της εστραδιόλης και της προγεστερόνης. Αυτά τα ευρήματα αποδεικνύουν ότι η συχνότητα των

διαταραχών των κύκλων είναι μεγαλύτερη στους βουλιμικούς ασθενείς από το αναμενόμενο βάση αποκλειστικά το ιατρικό ιστορικό. Η φύση της διαταραχής εκτιμήθηκε περαιτέρω με την μέτρηση των εκκριτικών επεισοδίων γοναδοτροπίνης σε διαφορετικές χρονικές στιγμές του κύκλου. Ασθενείς που στερούνται ωορρηξίας βρέθηκε ότι έχουν μειωμένη συχνότητα παλμού ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) όταν συγκρίθηκαν με υγιείς κατά την διάρκεια της πρώιμης θυλακιακής φάσης. Μερικοί, αλλά όχι όλοι ανωορρηκτικοί ασθενείς δεν έδειξαν εκκριτικά επεισόδια LH κατά την διάρκεια της 12ωρης περιόδου παρατήρησης, προτείνοντας ότι λειτουργεί ένας υποθαλαμικός μηχανισμός. Δεν είναι ξεκάθαρο γιατί μερικοί βουλιμικοί ασθενείς με φυσιολογική έκκριση της LH έχουν ανωορρηκτικούς κύκλους. Σε αντίθεση με τους ευμνηνοριακούς ασθενείς, οι ανωορρηκτικοί ασθενείς εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερη νυκτερινή έκκριση κορτιζόλης, μαζί με υψηλά επίπεδα του β-υδροξυβουτυρικού οξέος και χαμηλές τιμές T₃. Παραμένει ασαφές αν οποιοσδήποτε από αυτούς τους παράγοντες σχετίζεται αιτιολογικά με την διαταραχή του εμμηνορυσιακού κύκλου.

3.6.1.4 ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΠΕΠΤΙΔΙΚΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ

Οι περισσότερες από τις μελέτες που αφορούν τα πεπτίδια στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των βουλιμικών ασθενών έχουν διεξαχθεί από τον Kaye και τους συνεργάτες του. Βρήκαν λοιπόν φυσιολογικές τιμές των νευροπεπτιδίων Υ αλλά μειωμένα τα επίπεδα των PYY μετά από επιτυχή θεραπεία. Επειδή στα ζώα αυτό διεγείρει ισχυρά την διατροφική συμπεριφορά, το PYY πιθανόν να διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη της νευρογενούς βουλιμίας. Επειδή οι ενδορφίνες αναστέλλουν την διατροφική πρόσληψη θα περιμέναμε ότι οι βουλιμικοί ασθενείς θα επεδείκνυαν μειωμένη κεντρική ενδορφινική δραστηριότητα. Πράγματι, παρατηρήθηκαν χαμηλές τιμές β-ενδορφίνης, αλλά φυσιολογικές τιμές δυνορφίνης. Η χολοκυστοκινίνη παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον όσον αφορά τον κορεσμό. Βρέθηκε ότι, εν συγκρίσει με υγιείς εθελοντές, οι βουλιμικοί ασθενείς έχουν μειωμένα επίπεδα μετά από ένα δοκιμαστικό γεύμα. Επομένως, η ικανότητα των βουλιμικών ασθενών να

καταναλώνουν τεράστια ποσά φαγητού σε μικρό χρονικό διάστημα μπορεί εν μέρει να εξηγηθεί από τα χαμηλά επίπεδα χολοκυστοκινίνης, που φέρουν ως αποτέλεσμα χαμηλά επίπεδα κορεσμού.

3.6.1.5 NOREPINEΦΡΙΝΗ

Η νορεπινεφρίνη (NE) είναι ο νευροδιαβιβαστής του περιφερικού συμπαθητικού νευρικού συστήματος όπως επίσης ένας νευροδιαβιβαστής του κεντρικού νευρικού συστήματος. Κλινικά συμπτώματα (όπως βραδυκαρδία, υπόταση και υποθερμία) καθώς επίσης και μελέτες στην NE και τους μεταβολίτες της στο αίμα, στο νωτιαίο μυελό, και τα ούρα έδειξαν ξεκάθαρα μειωμένη δραστηριότητα του κεντρικού και περιφερικού συμπαθητικού νευρικού συστήματος στους ασθενείς με νευρική ανορεξία. Μελέτες σε βουλιμικούς ασθενείς έδειξαν παρόμοιες, αν και λιγότερο σοβαρές, εναλλαγές στην NE έκκριση.

Η μεθοξυδροξυφαινυλγλυκόλη (MHPG) είναι ένας μεταβολίτης του κεντρικού και περιφερικού νευρικού συστήματος. Η 24ωρη ουρική απέκκριση της MHPG είναι σημαντικά χαμηλότερη στους βουλιμικούς ασθενείς σε σχέση με τους ελέγχους σε υγιείς. Στην δοκιμή της ορθοστατικής πρόκλησης (orthostatic challenge test), μετράται η διαφορά ανάμεσα στα επίπεδα της NE στο πλάσμα κατά την όρθια στάση σώματος και με το σώμα στραμμένο ανάσκελα. Η NE απόκριση βρέθηκε να είναι μόνο κατά το ήμισυ υψηλή στους βουλιμικούς ασθενείς όσο σε εκείνους του κανονικού ελέγχου. Όταν έγινε μέτρηση με την εφαρμογή διαιτών υψηλών σε πρωτεΐνες και υδατάνθρακες φάνηκε ότι οι βουλιμικοί ασθενείς εμφάνισαν σημαντικά μικρότερη αύξηση των επιπέδων της NE από ότι συμβαίνει κατά την διεξαγωγή δοκιμών στις με υγιείς. Αυτή η παρατήρηση αντανακλά ότι η από την άσκηση, προκληθείσα αύξηση των επιπέδων NE καθορίζεται από την μυϊκή μάζα που είναι φυσιολογική στους βουλιμικούς ασθενείς. Σε αντίθεση με το φυσιολογικό στρες, το ψυχικό στρες προκαλεί μια μικρότερη αύξηση της NE στους βουλιμικούς ασθενείς σε σχέση με τους υγιείς. Η μειωμένη δραστηριότητα του νοραδρενεργικού συστήματος των βουλιμικών ασθενών συνοδεύεται από αυξημένη ικανότητα των α_2 -

αδρενεργικών υποδοχέων και αυξημένη ευαισθησία της αδενυλοκυκλάσης (ένζυμο που καταλύει την μετατροπή του αδενοσινοτριφωσφορικού οξέος σε κυκλικό αδενοσινομονωφωσφορικό και ανόργανο πυροφωσφορικό. Ενεργοποιείται με την σύνδεση ορμόνης ή νευρομεταβιβαστή σε ειδικό υποδοχέα της κυτταρικής μεμβράνης) σε σχέση με τις αναστελλόμενες και διεγχειρόμενες επιδράσεις της E₁ προσταγλανδίνης. Οι β₂-αδρενεργικοί υποδοχείς στα λεμφοκύτταρα δεν διαφοροποιούνται. Οι μεταβολές στον υποδοχέα είναι μια συνέπεια της μειωμένης δραστηριότητας της NE, επειδή αυτοί εξαφανίζονται κατά την διάρκεια επιτυχούς θεραπείας. Αν και δεν υπάρχουν απόλυτες αποδείξεις μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι ανωμαλίες στο αδρενεργικό σύστημα στους βουλιμικούς ασθενείς είναι μια συνέπεια της περιοδικής δίαιτας.

3.6.1.6 ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗ

Έχει προταθεί ότι μειωμένη δραστηριότητα του κεντρικού σεροτονικού συστήματος μπορεί να είναι ένας προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη της βουλιμίας. Αυτή η υπόθεση βασίζεται σε πειράματα σε ζώα στα οποία μελετήθηκε ο ρόλος της σεροτονίνης στην ρύθμιση της πείνας και του κορεσμού. Η χορήγηση των ανταγωνιστών της σεροτονίνης οδηγεί στην κατανάλωση μεγαλύτερων γευμάτων, προκαλώντας αύξηση στο βάρος του σώματος. Αντίθετα, η χορήγηση των σεροτονικών αγωνιστών οδηγεί σε μια μείωση στην πρόσληψη της τροφής. Υποστηρικτής αυτής της υπόθεσης είναι η παρατήρηση ότι η έκκριση της προλακτίνης μετά από θεραπεία με μ-χλωροφαινυλπιπεραζίνη (ένας αγωνιστής της σεροτονίνης) είναι σημαντικά χαμηλότερη στους βουλιμικούς ασθενείς παρά στους υγιείς. Επειδή η έκκριση της προλακτίνης εξαρτάται από τα οιστρογόνα, και επειδή τα επίπεδα των οιστρογόνων είναι χαμηλότερα στις γυναίκες με νευρική βουλιμία, αυτή η ερμηνεία πρέπει να ληφθεί υπόψη με προσοχή.

Υπάρχει και άλλος τρόπος να αποκομισθούν πληροφορίες σχετικές με την κεντρική σεροτονική δραστηριότητα. Έχει παρατηρηθεί ότι η σεροτονική περιεκτικότητα του εγκεφάλου ρυθμίζεται από λήψη στον εγκέφαλο της τρυπτοφάνης, που είναι ο πρόδρομος της σεροτονίνης. Από τα έξι μεγάλα ουδέτερα αμινοξέα λευκίνη, ισολευκίνη, φαινυλαλανίνη, βαλίνη, τρυπτοφάνη,

και τυροσίνη υπάρχει ένας κοινός μηχανισμός μεταφοράς στην στάθμη αίμα-εγκέφαλος. Συνεπώς η είσοδος της τρυπτοφάνης στον εγκέφαλο καθορίζεται από την αναλογία των επιπέδων της τρυπτοφάνης σε σχέση με τα άλλα μεγάλα ουδέτερα αμινοξέα. Μετά από ένα γεύμα άφθονο σε πρωτεΐνες, μόνο μικρά ποσά τρυπτοφάνης εισέρχονται στον εγκέφαλο, επειδή η αναλογία ανάμεσα στα επίπεδα της τρυπτοφάνης και σε αυτά των ανταγωνιστών της είναι χαμηλά. Η αιτία για αυτήν την αναλογία σε τρυπτοφάνη έγκειται στο γεγονός ότι η ζωική πρωτεΐνη περιέχει λίγη τρυπτοφάνη αλλά μεγάλα ποσά ανταγωνιστών της τρυπτοφάνης. Η ινσουλίνη απελευθερώνεται μετά από ένα υδατανθρακικό γεύμα. Η ινσουλίνη διεγείρει την είσοδο της γλυκόζης και της LNAA στους περιφερειακούς ιστούς, εκτός της τρυπτοφάνης. Συνεπώς, μετά από ένα υδατανθρακικό γεύμα, τα επίπεδα του πλάσματος σε ουδέτερα αμινοξέα μειώνονται, αλλά οι τρυπτοφανικές συγκεντρώσεις παραμένουν αμετάβλητες. Το τρυπτοφανικό πηλίκιο επομένως αυξάνεται. Σαν αποτέλεσμα, περισσότερη τρυπτοφάνη μεταφέρεται στον εγκέφαλο, και η περιεκτικότητα του εγκεφάλου σε σεροτονίνη αυξάνεται. Αν υπάρχει μείωση της αποτελεσματικότητας της ινσουλίνης, το πηλίκιο της τρυπτοφάνης μειώνεται. Επειδή χαμηλότερα επίπεδα ινσουλίνης βρέθηκαν στους βουλιμικούς ασθενείς, λιγότερη τρυπτοφάνη μπορεί να εισέλθει στον εγκέφαλο, δίνοντας περαιτέρω αποδείξεις για μειωμένη κεντρική σεροτονινοενεργητική δραστηριότητα στους βουλιμικούς ασθενείς. Ο Kaye και οι συνεργάτες του μέτρησαν το πηλίκιο της τρυπτοφάνης στο αίμα των βουλιμικών ασθενών κατά την διάρκεια και μετά από βουλιμικά επεισόδια και παρατήρησαν ότι τα επεισόδια σταματούσαν όταν το πηλίκιο της τρυπτοφάνης αυξήθηκε. Αυτό το εύρημα συστήνει ότι μειωμένη σεροτονική δραστηριότητα στον εγκέφαλο μπορεί να διευκολύνει ή ακόμα να επιταχύνει την υπερφαγία. Συνεπώς, η υπερφαγία μπορεί να θεωρείται τύπος αυτοθεραπείας χρησιμοποιούμενη για να πολεμήσει τις αρνητικές συνέπειες της μείωσης της σεροτονικής δραστηριότητας στον εγκέφαλο.[19]

3.6.1.7 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΕ ΥΓΡΑ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΕΣ

Οι συνέπειες της συχνής πρόκλησης του εμετού μπορεί να είναι σοβαρές, ιδιαίτερα στην περίπτωση των ατόμων που προσπαθούν να εκκενώσουν το

στομάχι τους, πίνοντας συνεχώς υγρά και κάνοντας εμετό έως ότου αυτός δεν περιέχει πια καθόλου τροφές. Η ισορροπία των υγρών και ηλεκτρολυτών μπορεί να διαταραχθεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, ορισμένοι από τους οποίους είναι σοβαροί. Η περισσότερο ανησυχητική ηλεκτρολυτική διαταραχή είναι η υποκαλιαιμία, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακές αρρυθμίες.[26]

Οι περισσότερες βουλιμικές συμπεριφορές, όπως ο εμετός και η χρήση καθαρτικών ή διουρητικών, οδηγούν σε απώλεια υγρών και μεταγενέστερη αφυδάτωση, η οποία με τη σειρά της συχνά οδηγεί σε μεταβολική αλκάλωση. Οι ασθενείς μεταγενέστερα χάνουν μεγάλα ποσά καλίου στα ούρα και, εξαιτίας του εμετού, μεγάλα ποσά χλωρίου στον εμετό.

Για αυτό, η πιο κοινή μεταβολική εικόνα είναι εκείνη της μεταβολικής αλκάλωσης (καθώς αναδείχτηκε από την αύξηση των επιπέδων του διττανθρακικού νατρίου στον ορό του αίματος), υποχλωραιμίας, και/ή υποκαλιαιμία. Συνολικά περίπου το 50% των βουλιμικών ασθενών, παρουσιάζουν ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες, που εντοπίζονται σε έρευνα ρουτίνας. Μεταβολική οξέωση επίσης συμβαίνει συνήθως σε ασθενείς που κάνουν υπερβολική χρήση καθαρτικών, που προκαλείται από την απώλεια διττανθρακικού νατρίου στα κόπρανα. Με αυτόν τον τρόπο, είναι δυνατόν να καθοριστεί ότι κάποιοι ασθενείς κρυφά κάνουν υπερβολική χρήση καθαρτικών. Σπάνια φαινόμενα είναι η υπονατρία, υπασβεστιαία, υποφωσφαταιμία, και υπομαγνησιαία. [19]

Τα συμπτώματα της διαταραχής υγρών ή ηλεκτρολυτών περιλαμβάνει υπερβολική δίψα, ζάλη, κατάχρηση υγρών που μπορεί να προκαλέσει πρήξιμο των χεριών και των ποδιών, αδυναμία και λήθαργο, μυϊκές συστολές και σπασμούς. Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι οι μισές γυναίκες που πάσχουν από νευρογενή βουλιμία αποδεικνύεται ότι παρουσιάζουν κάποιου είδους διαταραχή των ηλεκτρολυτών και των σωματικών τους υγρών, οι περισσότερες δεν εκδηλώνουν κανένα από αυτά τα συμπτώματα και η ηλεκτρολυτική τους διαταραχή είναι ήπια.

Αυτού του είδους οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές είναι αναστρέψιμες και υποχωρούν αμέσως μόλις το άτομο παραιτηθεί από την συνήθειά του να προκαλεί εμετό, ενώ σπάνια απαιτούν θεραπεία. Ωστόσο, οποιαδήποτε μορφή της πρέπει να επιβλέπεται από γιατρό.

Ένας μικρός αριθμός ατόμων προκαλούν εμετό με χημικούς τρόπους, όπως για παράδειγμα πίνοντας αλατόνερο. Κάτι τέτοιο πρέπει να αποφεύγεται, κυρίως γιατί αποτελεί μια ακόμα αιτία ηλεκτρολυτικών διαταραχών. [26]

3.7 ΠΙΘΑΝΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ

Η νευρική βουλιμία μπορεί να συσχετιστεί με σημαντικά δυσάρεστα ιατρικά συμπτώματα. Πάντως σε σχέση με την νευρική ανορεξία, οι ιατρικές επιπλοκές της διαταραχής αυτής είναι κατά κύριο λόγο, σχετικά ήπιες και ο δείκτης θνησιμότητας εμφανίζεται να είναι εκπληκτικά χαμηλός, παρά τις ακραίες συμπεριφορές που αυτοί οι ασθενείς συχνά παρουσιάζουν. Αυτές οι εκτιμήσεις σε καμία περίπτωση δεν απαλλάσσουν τον αξιολογόντα παθολόγο από την ευθύνη της προσεκτικής εκτίμησης και αν κριθεί απαραίτητο, τον έλεγχο συγκεκριμένων κλινικών παραμέτρων σε ασθενείς με ενεργό νευρική βουλιμία.

Παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς με νευρική βουλιμία γενικά έχουν λιγότερο σοβαρές και δυσάρεστες ιατρικές επιπλοκές σε σχέση με τους ανορεξικούς, αυτοί συνήθως αναφέρουν περισσότερο σωματικά παράπονα όταν πρωτοπάνε για θεραπεία. Συνήθως οι ασθενείς με νευρική βουλιμία παραπονιούνται για κόπωση, ατονία, και για «αίσθημα φουσκώματος». Ορισμένες φορές επίσης αναφέρουν ναυτία, δυσκοιλιότητα, κοιλιακούς πόνους και σπάνια, πρήξιμο στα πόδια και τα χέρια, καθώς επίσης ευαισθησία στα δόντια και ακανόνιστη έμμηνη ρύση. Τα αποτελέσματα των οργανικών εξετάσεων αυτών των ασθενών είναι γενικά φυσιολογικά, αν και συγκεκριμένες ενδεικτικές ανωμαλίες μπορεί να αποκαλυφθούν. Οι σιελογόνοι αδένες μπορεί να είναι διογκωμένοι. Το πρήξιμο αυτό μπορεί να είναι ανώδυνο, αλλά μπορεί να αυξήσει την παραγωγή σάλιου. Συνήθως πρήζονται περισσότερο οι παρωτιδικοί αδένες, δίνοντας στο πρόσωπο μια στρουμπουλή, στρογγυλή όψη.[26] Ουλές ή εκδορές - γδαρσίματα στη ράχη του χεριού μπορεί επίσης να βρεθούν. Οι ουλές δημιουργούνται λόγω της χρήσης του χεριού για την πρόκληση του εμετού.[19] Η πρόκληση του εμετού αποτελεί μια διαδικασία δύσκολη, μακροχρόνια και που απαιτεί δύναμη. Μπορεί λοιπόν να επέλθουν επιφανειακά τραύματα στο πίσω μέρος του φάρυγγα τα οποία μάλιστα μπορεί να μολυνθούν. Δεν είναι λίγες οι

γυναίκες οι οποίες παραπονιούνται για πόνο και βραχνάδα στο λαιμό. Τέλος, αρκετά συχνή κατάσταση αποτελούν «τα τραύματα καταπόνησης», τα οποία προκύπτουν από την υπερβολική σωματική άσκηση. [26]

Η διάβρωση του οδοντικού σμάλτου, η οποία παρουσιάζεται στην πλειοψηφία των ασθενών που κάνουν εμετό για 4 χρόνια ή παραπάνω, είναι παθολογικό χαρακτηριστικό της διαταραχής. Οίδημα μπορεί να βρεθεί και είναι ιδιαίτερα κοινό σε εκείνους που κάνουν χρήση καθαρτικών ή διουρητικών. [19]

3.7.1 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Πνευμονία που σχετίζεται με αναρρόφηση ξένου υλικού στους πνεύμονες, που σχετίζεται με τον αυτοπροκαλούμενο εμετό έχει αναφερθεί επίσης. [19]

3.7.2 ΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η διάβρωση του οδοντικού σμάλτου, στην οποία η γλωσσική επιφάνεια των ανώτερων δοντιών κυρίως επηρεάζεται, είναι ουσιαστικά παθολογικό του εμετού και οι περισσότεροι θεραπευτές που βλέπουν αυτή την ανωμαλία, μια φορά μπορούν εύκολα να την εντοπίσουν σε άλλες περιπτώσεις. Μια άλλη περιοχή στην οποία πρέπει να επικεντρωθούμε κατά τη διάρκεια της εξέτασης του στόματος είναι τα αμαλγάματα (ή σφραγίσματα), τα οποία μπορεί τελειωτικά να προβάλλει επάνω από την επιφάνεια των δοντιών επειδή, αντίθετα από το περιβάλλον σμάλτο, είναι σχετικά ανθεκτικά στο γαστρικό οξύ. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι περισσότεροι ασθενείς με νευρική βουλιμία που κάνουν εμετό για 4 χρόνια ή παραπάνω θα έχουν αρκετά φανερές ενδείξεις διάβρωσης του σμάλτου.

Πολλοί ασθενείς με νευρική βουλιμία υιοθετούν την συνήθεια να βουρτσίζουν τα δόντια τους μετά τον εμετό σαν έναν τρόπο εξουδετέρωσης της απεχθούς υπολειπόμενης γεύσης. Αυτή η πρακτική πάντως, δεν είναι σοφή και στην πραγματικότητα προάγει την απώλεια του σμάλτου, επειδή τα δόντια είναι εύθρυπτα εξαιτίας της πρόσφατης έκθεσής τους στο ιδιαίτερα όξινο γαστρικό περιεχόμενο. Είναι προτιμότερο να ενθαρρύνονται οι ασθενείς να ξεπλύνουν το

στόμα τους προσεχτικά μετά τον εμετό, χρησιμοποιώντας αν είναι δυνατό, μια αλκαλική ουσία, όπως ένα κουταλάκι του γλυκού σόδα σε νερό. Περιοδοντική ασθένεια και μια αυξημένη συχνότητα τερηδόνας έχει αναφερθεί αλλά δεν έχει μελετηθεί συστηματικά. [19]



2.7.3 ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Ποικιλία από γαστρεντερικές επιπλοκές έχουν αναφερθεί στους ασθενείς με νευρική βουλιμία και, αρκετές σχετίζονται με συγκεκριμένα συμπεριφορικά προβλήματα. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως η υπερτροφία των σιελογόνων αδένων, ιδιαίτερα εμπλέκοντας τους παρωτιδικούς αδένες, συναντάται σχετικά συχνά. Η παθοφυσιολογία δεν είναι ξεκάθαρη, και η υπερτροφία έχει ποικίλα αποδοθεί στην υψηλή πρόσληψη των υδατανθράκων ή στις ανωμαλίες των υγρών και των ηλεκτρολυτών. Αυτή η υπερτροφία έχει παρατηρηθεί ότι επιμένει, τουλάχιστον περιοδικά, για αρκετούς μήνες μετά την ομαλοποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς. Η υπεραμυλασαιμία έχει επίσης αναφερθεί αλλά δεν πρέπει να θεωρείται ότι ήταν σιελογόνος στην προέλευση. Ακτινολογικές μελέτες περιορισμένων δόσεων μπορεί να είναι χρήσιμες, στην περίπτωση που η νευρογενής βουλιμία έχει συνδεθεί επίσης με παγκρεατίτιδα, όπως περιπτώσεις χρόνιας υποτροπιάζουσας παγκρεατίτιδας που έχουν κακώς διαγνωστεί και δεν έχουν ανταποκριθεί στη συνήθη θεραπεία. Και η οισοφαγίτιδα και η οισοφαγική διάτρηση έχουν αναφερθεί στους ασθενείς με νευρική βουλιμία, επίσης σπάνια.

Μελέτες για την γαστρική κένωση, που αρκετά σταθερά έχουν δείξει καθυστερήσεις στην κλίμακα της κενώσεως στους ασθενείς με νευρική ανορεξία, έχουν αποφέρει μικτά αποτελέσματα στους ασθενείς με νευρική βουλιμία. Μερικές από αυτές δείχνουν σαφή καθυστέρηση και άλλες κανονική λειτουργία. Η γαστρική διαστολή, που προκαλεί τον κίνδυνο της γαστρικής ρήξης και τον θάνατο, έχει επίσης βρεθεί σε ασθενείς με νευρική βουλιμία και μπορεί να είναι η πιο κοινή αιτία της θνησιμότητας. Η ακριβής παθοφυσιολογία της γαστρικής

διαστολής δεν είναι σαφής, αλλά φαίνεται ότι, ίσως εξαιτίας των αλλαγών των πιέσεων στο έντερο μετά από ένα επεισόδιο υπερφαγίας, οι ασθενείς μπορεί να καθίστανται ανίκανοι να κάνουν εμετό. Η γαστρική διαστολή μπορεί να συνιστά έκτακτο ιατρικό/ χειρουργικό περιστατικό, επειδή η αποσυμπίεση είναι απαραίτητη για να εμποδίσει την γαστρική ρήξη. Η έκχυση του γαστρικού περιεχομένου μέσα στο κοιλιακό κοίλωμα είναι συνήθως μοιραία. Η ακριβής σχέση της ισχυρής γαστρικής διαστολής είναι άγνωστη, αλλά αρκετές δεκάδες περιστατικών έχουν αναφερθεί.

Τα περισσότερα βουλιμικά επεισόδια αφήνουν το άτομο με ένα αίσθημα πρηξίματος, το οποίο σε κάποιες περιπτώσεις είναι έντονο και οδυνηρό. Το γεγονός αυτό προφανώς αντανακλά την ταχεία κατανάλωση της τροφής. Οι άνθρωποι που τρώνε έως ότου νιώσουν έντονο πρήξιμο, συνήθως αισθάνονται δύσπνοια. Το αίσθημα αυτό οφείλεται στο διεσταλμένο στομάχι που πιέζει το διάφραγμα. Πολύ σπάνια, όταν τα τοιχώματα του στομάχου διαστέλλονται τόσο πολύ, καταστρέφονται ή και αποκολλώνται, οπότε απαιτείται άμεση χειρουργική επέμβαση.

Εξαιτίας της αφυδάτωσης και επίσης, σαν αποτέλεσμα της κατάχρησης των καθαρτικών, οι ασθενείς με νευρική βουλιμία συχνά αναπτύσσουν ανακλαστική δυσκοιλιότητα, η οποία σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί προοδευτικά να οδηγήσει σε cathartic colon «καθαρτικό κόλον» κατά το οποίο το κόλον παύει να λειτουργεί επαρκώς. Στεατόροια και πρωτεϊνικής απώλειας γαστρεντεροπάθεια έχει επίσης αναφερθεί δευτερογενώς λόγω της κατάχρησης καθαρτικών. Έχουν γίνει κάποιες αναφορές μη φυσιολογικής ηπατικής λειτουργίας. [19]

3.7.4 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Η μυοκαρδιοπάθεια και άλλου τύπου μυοπάθειες, δευτερογενείς στην κατάχρηση του Ipecac (Ipeκακουάνα: είδος φυτού και η παραγόμενη από αυτό φαρμακευτική ουσία) έχουν αναφερθεί σε βουλιμικούς ασθενείς. Το εμετικό Ipecac, όταν χρησιμοποιείται επανειλημμένως, αποθηκεύεται στον μυϊκό ιστό, και στον καρδιακό μύ, και το οποίο μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην μυϊκή συστολή. Υποκαλιαμική μυοκαρδιοπάθεια επίσης συμβαίνει αλλά είναι

πολύ σπάνια. Σημαντική απώλεια καλίου, μπορεί να προκαλέσει υποκαλιαιμία που μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα όπως μυϊκές κράμπες και αδυναμία, καρδιακή αρρυθμία, και ξαφνική καρδιακή ανακοπή.

Ιδιοπαθές οίδημα μπορεί να εμφανιστεί και είναι συχνά αντιπροσωπευτικό της κατάχρησης καθαρτικών και διουρητικών. Η ορθοστατική και η συμπτωματική υπόταση μπορεί να παρουσιαστεί σε ασθενείς που είναι σημαντικά αφυδατωμένοι, και πάλι, αυτές επικρατούν ιδιαίτερα σε αυτούς που κάνουν χρήση μεγάλων ποσοτήτων καθαρτικών ή διουρητικών. Άλλες αναφερθείσες καταστάσεις περιλαμβάνουν EKG ανωμαλίες και μια πιθανή αύξηση στην επικράτηση της πρόπτωσης της μιτροειδούς βαλβίδας. [19]

3.7.5 ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Οι ασθενείς με νευρική βουλιμία συχνά έχουν ξηρό δέρμα, μια κατάσταση που σχετίζεται με την αφυδάτωση που βιώνουν. Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, η φθορά στο δέρμα, πάνω από την άρθρωση των δακτύλων του χεριού είναι αποτέλεσμα της χρήσης του για την διέγερση της τάσης του εμετού μηχανικά. Στην αρχή εμφανίζονται γδαρσίματα στο χέρι και τελικά εμφανίζονται ουλές. Πρόκειται για μια ιδιαίτερα χαρακτηριστική ανωμαλία, γνωστή ως «σημάδι του Ράσελ», καθώς πρώτος την περιέγραψε ο καθηγητής Τζέραλντ Ράσελ στην γνωστή μελέτη του για την ψυχογενή βουλιμία. [19],[26]

3.7.6 ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι νεφρικές επιπλοκές στους ασθενείς με νευρική βουλιμία είναι σπάνιες. Περιστασιακά μια αύξηση των επιπέδων του αζώτου της ουρίας στον ορό του αίματος συναντώνται σε εξετάσεις ρουτίνας σε ασθενείς που είναι αρκετά αφυδατωμένοι, και υπάρχει κίνδυνος για καλιοπενική νεφροπάθεια σε αυτούς που είναι χρόνια αφυδατωμένοι και υποκαλιαιμικοί. [19]

3.8 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΣΗΜΑΔΙΑ

Ανώμαλα αποτελέσματα ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (EEG) έχουν αναφερθεί σε βουλιμικούς ασθενείς, αλλά αυτές οι EEG αλλαγές εμφανίζονται να είναι δευτερογενείς των ανωμαλιών σε υγρά και ηλεκτρολύτες. Δεν φαίνεται να υπάρχει ξεκάθαρος συσχετισμός ανάμεσα στην νευρική βουλιμία και seizure (παροξυσμός) διαταραχές. Οι εξετάσεις στον εγκέφαλο ορισμένων ασθενών με νευρική βουλιμία δείχνουν στοιχεία από ήπιες αυξήσεις στις κοιλιακές-εγκεφαλικές αναλογίες. Αυτές οι αυξήσεις είναι συχνά μετρίου βαθμού συγκρινόμενες με τις ανωμαλίες στις εξετάσεις εγκεφάλου που συναντώνται στους ασθενείς με νευρική ανορεξία. [19]

3.9 ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΣΤΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Πολλοί λίγες είναι οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί ως σήμερα σχετικά με τις επιπτώσεις των προβλημάτων βουλιμίας ως προς την γονιμότητα και στην εγκυμοσύνη. Ωστόσο τα αποτελέσματα ερευνών που έχουν γίνει μέχρι σήμερα για την ψυχογενή βουλιμία έχουν επικεντρωθεί σε γυναίκες, οι οποίες βρίσκονται στην ηλικία της γονιμότητας, καθώς η πλειοψηφία των ατόμων με ψυχογενή βουλιμία είναι γυναίκες στην ηλικία αυτή. Αυτές λοιπόν έδειξαν ότι τα προβλήματα βουλιμίας σταδιακά υποχωρούν μόλις οι γυναίκες αντιληφθούν την εγκυμοσύνη τους, καθώς η επιθυμία πολλών μητέρων να μην βλάψουν το έμβρυο συχνά είναι πολύ ισχυρή και αρκεί για πολλές από αυτές, ώστε να μην εκδηλώσουν την βουλιμική τους συμπεριφορά καθόλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους.

Γενικά, είναι γνωστό ότι οι δίαιτες αδυνατίσματος και η απώλεια βάρους έχει αρνητικές επιπτώσεις στην γονιμότητα, η κατάσταση αυτή όμως είναι εν πολλοίς αναστρέψιμη.

Είναι απίθανο η βουλιμία να επηρεάζει την πορεία ή την έκβαση της εγκυμοσύνης, εκτός αν συνοδεύεται από παχυσαρκία, που ο κίνδυνος επιπλοκών, όπως είναι η υψηλή αρτηριακή πίεση, αυξάνεται.

Πιο επιβλαβής είναι οι τεχνικές ελέγχου του βάρους, όπως η αυστηρή δίαιτα, η πρόκληση εμετού και η χρήση καθαρτικών και διουρητικών.

Ορισμένες μητέρες με ψυχογενή βουλιμία, φαίνεται να παίρνουν ελάχιστο βάρος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, με κίνδυνο να γεννήσουν μωρά χαμηλού βάρους.[26]

3.10 ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Οι σημαντικές υποχρεώσεις για την αξιολόγηση της κατάστασης από τους γιατρούς, ενός ασθενούς με νευρική βουλιμία είναι η λήψη ενός προσεκτικού ιατρικού ιστορικού και η εφαρμογή μιας φυσικής εξέτασης και αρκετών εργαστηριακών εξετάσεων. Ως μέρος του ιστορικού, είναι σημαντικό να επιβεβαιωθεί και η παρουσία και η συχνότητα των διάφορων μη φυσιολογικών συμπεριφορών που δημιουργούνται εξαιτίας της διατροφής, που μπορεί να οδηγήσουν σε δυσμενή ιατρικά αποτελέσματα. Αυτές οι συμπεριφορές συμπεριλαμβάνουν τον εμετό, την χρήση καθαρτικών, διουρητικών, χαπιών αδυνατίσματος, και Ιπεκακουάνας. Επίσης μύσημα και φτύσιμο της τροφής, νηστεία και υπερβολική άσκηση. Τουλάχιστον, ο παθολόγος θα πρέπει να λαμβάνει ζωτικής σημασίας σημάδια ψάχνοντας για στοιχεία σημαντικής ορθοστατικής υπότασης, και να αποκομίσει μετρήσεις των επιπέδων στον ορό ηλεκτρολυτών και διττανθρακικού νατρίου. Πέρα από αυτά τα βασικά, οι ιατρικές αξιολογήσεις, και οι έλεγχοι θα πρέπει να καθοδηγούνται από το ιστορικό του ασθενούς και από την κλινική του εικόνα. Για παράδειγμα, ένα ιστορικό κατάχρησης καθαρτικών θα πρέπει να παραπέμπει σε εξέταση των κοπράνων για αίμα, και ένα ιστορικό κατάχρησης Ιπεκακουάνας θα πρέπει να παραπέμπει σε μια πλήρη οργανική εξέταση, και πιθανόν στην εκτέλεση καρδιακού υπερηχογραφήματος επίσης. Ένα ιστορικό άτυπων συμπτωμάτων με στοιχεία από αρχικά νευρολογικά προβλήματα θα πρέπει να επαγρυπνήσει τους κλινικούς για την ανάγκη σχετικών μελετών. Έμφαση πρέπει να δίνεται στην προσαρμογή της διαγνωστικής εκτίμησης στη συμπεριφορά του ασθενούς, στα σημάδια, και τα συμπτώματα και στην διατήρηση λεπτομερών και ακριβών εξετάσεων για αυτούς που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο. [19]

3.10.1 ΠΙΘΑΝΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

α) Μελέτες σε ασθενείς με νευρική βουλιμία έχουν δείξει ως κοινό σημείο τα καταθλιπτικά συμπτώματα.[19] Πράγματι, μια καταθλιπτική κατάσταση και τάσεις αυτοκτονίας είναι συνήθεις στις μισές ή και στα $\frac{3}{4}$ των περιπτώσεων των βουλιμικών, σύμφωνα με τις μελέτες. Η διαγνωστική και κλινική σημασία αυτών των συμπτωμάτων δεν είναι εντελώς ξεκάθαρη. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα στην νευρική βουλιμία μπορεί να είναι δευτερογενή της διαταραχής πρόσληψης τροφής, σε αυτήν την περίπτωση εμφανίζονται σαν συνέπεια της αγωνίας που προκαλείται από την απώλεια του ελέγχου (υπερφαγία), την δυσμενή επίδραση του διαταραγμένου διατροφικού προτύπου αυτών των ασθενών, της τρομερής ανησυχίας για το σχήμα του σώματος και βάρους τους, και των αισθημάτων ντροπής και ενοχής που αφορούν στην μυστικότητα και την απάτη τους. Δύο πορείες κλινικών στοιχείων αποδεικνύουν αυτή την άποψη. Πρώτα, η σαφής μεταβολή της διάθεσης, που βιώνουν αυτοί οι ασθενείς, σχεδόν χαρακτηρίζει τον βαθμό του ελέγχου σχετικά με την πρόσληψη τροφής. Δεύτερον, μια βελτίωση στις διατροφικές τους συνήθειες, η οποία επέρχεται από θεραπευτικές τεχνικές που εφαρμόζονται αποκλειστικά σε ασθενείς με διαταραχή στην πρόσληψη τροφής, παρεπιπτόντως οδηγεί σε σημαντική βελτίωση της διάθεσης. Αν αυτή η εξήγηση για τις πηγές των διαταραχών της διάθεσης σε ανθρώπους με διαταραχή στην πρόσληψη τροφής ήταν ολοκληρωμένη, τα καταθλιπτικά συμπτώματα που παρουσιάζονται σε τέτοιους ανθρώπους δεν θα είχαν αιτιολογική σημασία και θα ήταν σπάνιο να επιφέρουν σημαντικές προγνωστικές συνέπειες.[19]

Οι διαταραχές της διάθεσης είναι τόσο συνήθεις στους βουλιμικούς ασθενείς που έχει προταθεί ότι η κατάσταση είναι ένας τύπος καταθλιπτικής ασθένειας. Πάντως, μια προσεκτική ανάλυση της ιστορίας συχνά αποκαλύπτει ότι η διαταραχή προηγείται της κατάθλιψης, και η ασθενής από μόνη της συχνά συσχετίζει την μελαγχολία της με το διατροφικό της πρόβλημα. Το ψυχικό στάδιο χαρακτηρίζεται από αισθήματα άγχους και έντασης, αχρηστίας αποτυχίας, και αυτό- αποδοκιμαστικές σκέψεις. Μερικοί ασθενείς αναφέρουν προηγούμενη σεξουαλική και σωματική κακοποίηση. Αυτές οι εμπειρίες

συνεισφέρουν στην χαμηλή τους αυτοεκτίμηση και αυτό- απέχθεια. Ο αυτό- ακρωτηριασμός είναι συνήθης, καθώς υπάρχουν σκέψεις αυτοκτονίας και μερικοί ασθενείς προσπαθούν να αυτοκτονήσουν μετά από ένα επεισόδιο υπερφαγίας. Από την άλλη πλευρά ,εξαιτίας των βουλιμικών επεισοδίων και της επακόλουθης κάθαρσης συχνά έχουν ένα αίσθημα ανακούφισης από το άγχος, άλλοι ασθενείς παραδέχονται ότι καταφεύγουν στα επεισόδια σε περιόδους όπου βιώνουν δυσκολίες απαλλαγής από το στρες.[19]

β) Οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές επίσης εκδηλώνουν σειρά από συμπτώματα άγχους. Συχνά, οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία αναφέρουν εμπειρίες με έντονο άγχος σε κοινωνικές εκδηλώσεις, όπου υπάρχει φαγητό ή αισθάνονται το σώμα τους εκτεθειμένο ή νιώθουν ότι βρίσκονται υπό παρατήρηση. Όπως συμβαίνει και στην περίπτωση των καταθλιπτικών, και τα συμπτώματα άγχους μπορεί να είναι δευτερογενή στην αρχική διατροφική διαταραχή. Η άποψη αυτή υποστηρίζεται από το γεγονός ότι αυτά τείνουν να βελτιωθούν ή να εξαφανιστούν σαν συνέπεια της βελτίωσης της διατροφικής διαταραχής. Και σε αυτήν την περίπτωση, αν αυτή η εξήγηση ήταν ολοκληρωμένη, τα συμπτώματα φόβου-άγχους -ανησυχίας σε ανθρώπους με διατροφικές διαταραχές, δεν θα είχαν αιτιολογικές συνέπειες και θα ήταν περιορισμένης προγνωστικής σημασίας.

Υπάρχει και μια άλλη, κάπως διαφορετική άποψη για αυτές τις διαταραχές σε ανθρώπους με διαταραχές στην πρόσληψη τροφής. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, αυτά τα παρορμητικά συμπτώματα, έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά με ξεχωριστές ψυχιατρικές διαταραχές, οι οποίες συνυπάρχουν με την διατροφική διαταραχή. Αυτή η πιθανότητα φέρνει στην επιφάνεια, σημαντικά κλινικά και επιστημονικά ερωτήματα.

γ) Αγοραφοβία, απλή φοβία, και διαταραχή πανικού, εμφανίζονται να μην είναι περισσότερο κοινές σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές από μη ψυχιατρικούς ελέγχους. Πάντως, η κοινωνική φοβία είναι κοινή ανάμεσα στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Σε μία γερμανική μελέτη σε ασθενείς με νευρική βουλιμία, οι μισές περιπτώσεις βρέθηκαν να ικανοποιούν τα κριτήρια για κοινωνική φοβία. Αριθμός μελετών επίσης αποκάλυψαν υψηλά ποσοστά ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής, ανάμεσα σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Παρόλα αυτά, σε μία αμερικανική μελέτη για

συννοσηρότητα, βρέθηκε ένα όριο ζωής 16%, τιμή τέσσερις φορές υψηλότερη από αυτή ανάμεσα στους ελέγχους. Και η γερμανική μελέτη ανέφερε ότι φανερώθηκαν παρόμοια υψηλά ποσοστά.[19]

δ) Η «Μετايχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας» είναι επίσης συχνή στα άτομα με νευρογενή βουλιμία, ωστόσο υπάρχουν δύο σχετικά προβλήματα με αυτή την υπόθεση. Το πρώτο είναι πως η όλη έννοια της «Μετايχμιακής Διαταραχής της Προσωπικότητας» είναι αμφιλεγόμενη, ενώ το δεύτερο είναι ότι ορισμένα γνωρίσματά της μπορεί να εμφανίζονται σαν συνέπεια του προβλήματος πρόσληψης τροφής, καθώς συχνά αυτά εξαφανίζονται με την εξάλειψή του. Αν λοιπόν, ήταν ένδειξη μιας βαθύτερης διαταραχής της προσωπικότητας, οι δυσχέρειες θα εξακολουθούσαν να είναι εμφανείς και μετά την διευθέτηση της διαταραχής πρόσληψης τροφής. Παρόλα αυτά, ορισμένοι άνθρωποι όντως εμφανίζουν πολλά τέτοια χαρακτηριστικά.[26]

3.11 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Το κεφάλαιο αυτό, περιγράφει σε γενικές γραμμές τα σημερινά δεδομένα για την απαλλαγή των προβλημάτων βουλιμίας. Εξετάζονται όλες οι μορφές θεραπείας, αλλά μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στην χρήση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, καθώς και σε μια βραχεία ψυχοθεραπεία δεδομένου ότι, και οι δύο αυτές προσεγγίσεις αποτέλεσαν το επίκεντρο ιδιαίτερα εντατικών ερευνητικών προσπαθειών.

Οποιαδήποτε μορφή θεραπείας, θεωρείται αποτελεσματική μόνο εφόσον καταλήγει σε μόνιμη βελτίωση. Οι αλλαγές που διαρκούν μόνο μερικές εβδομάδες ή μήνες έχουν περιορισμένη σημασία.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη πολύ σπάνια είναι αναγκαία (μόνο σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης και τάσεις αυτοκτονίας, όταν η σωματική κατάσταση του ατόμου απαιτεί ιατρική φροντίδα, γυναίκες σε αρχικά στάδια εγκυμοσύνης, ασθενείς οι οποίοι δεν ανταποκρίθηκαν στην εξωτερική θεραπεία, όταν ο στόχος είναι η διακοπή των κύκλων της βουλιμίας και των εμετών, ή όταν προγραμματίζεται η εφαρμογή ενός θεραπευτικού σχεδίου. «Διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς [26] πολλές φορές είναι πιθανό η νοσοκομειακή περίθαλψη να λειτουργήσει τελικά εις βάρος του ασθενούς και αυτό μπορεί να

εξηγηθεί ως εξής: Οι ασθενείς αμέσως μετά την είσοδό τους στο νοσοκομείο παύουν τις βουλιμικές συμπεριφορές και αυτό στο μυαλό ενός αφελούς θεραπευτή μπορεί να σημαίνει ότι ο ασθενής ξεπέρασε την βουλιμία του. Στην πραγματικότητα όμως, αντανακλά την αδυναμία των ασθενών να επιδοθούν στην βουλιμική τους συμπεριφορά αφενός για καθαρά πρακτικούς λόγους, (για παράδειγμα, έχουν ελάχιστες ευκαιρίες να μείνουν μόνοι τους, και δεν μπορούν να καταναλώσουν ανεμπόδιστα όσο φαγητό θα ήθελαν), επειδή ξαφνικά βρίσκονται σε έναν ξένο χώρο και αφετέρου γιατί εντός του νοσοκομείου δεν έρχονται αντιμέτωποι με το άγχος και τα προβλήματα της καθημερινής ζωής που τους προκαλούν τα βουλιμικά επεισόδια.

Ουσιαστικά λοιπόν, η βουλιμία τους κατά την νοσηλεία τους μπορεί να βρίσκεται σε μια λανθάνουσα κατάσταση, η οποία είναι πολύ πιθανό να ενεργοποιηθεί μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Ωστόσο, σε χώρες που η κοινωνική ιατρική δεν έχει ακόμα αναπτυχθεί, η ασφαλιστική κάλυψη αποτελεί το μόνο μέσον για την πληρωμή της θεραπείας, και πολλά ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν κυρίως τα έξοδα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, τα άτομα δεν έχουν άλλη επιλογή παρά να εισαχθούν σε νοσοκομεία. Ανεξάρτητα πάντως τους λόγους που οδηγούν σε αυτή την λύση, η ενδονοσοκομειακή θεραπεία, θα έπρεπε να λειτουργεί σαν ένα είδος προετοιμασίας για την εξωτερική θεραπεία, ώστε οι αλλαγές που επιτυγχάνονται στο νοσοκομείο να μπορούν εφαρμοζόμενες αποτελεσματικά να εξασφαλίσουν στον ασθενή ένα ευοίωνο μέλλον και στην προσωπική ζωή του ασθενούς. [26]

Τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή πολύ δύσκολα αναζητούν θεραπεία. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων. Κάποιοι από αυτούς είναι οι εξής:

- Οι άνθρωποι συνήθως πιστεύουν ότι το πρόβλημα θα ξεπεραστεί από μόνον του.
- Κάποιοι πιστεύουν ότι το πρόβλημά τους δεν είναι αρκετά σοβαρό ώστε να είναι απαραίτητη η θεραπεία, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι δεν τους αξίζει η χορήγηση βοήθειας.
- Τα προβλήματα αυτά συνοδεύονται από αισθήματα ενοχής και ντροπής. Αναζητώντας βοήθεια κινδυνεύουν να φανερώσουν στους άλλους το

πρόβλημά τους και να ξεσκεπαστούν όλα τα τεχνάσματα και τα ψέματα τόσων χρόνων.

- Οικονομικές δυσκολίες επίσης συχνά εμποδίζουν τους ασθενείς να απευθυνθούν σε ειδικούς.
- Ορισμένοι γιατροί από την άλλη δεν μπορούν να δεχτούν την ύπαρξη τέτοιων προβλημάτων, θεωρώντας τα άνευ σημασίας. Ενώ κάποιιοι άλλοι ίσως να μην έχουν την απαραίτητη γνώση ώστε να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα στην πραγματική του διάσταση ή να μην διαθέτουν τα κατάλληλα θεραπευτικά μέσα.
- Τέλος, ορισμένοι ασθενείς μπορεί να δυσκολεύονται να μιλήσουν σε γιατρό. (26)

Υπάρχουν δύο βασικοί στόχοι στην θεραπεία της νευρικής βουλιμίας. Ο πρώτος είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση θρέψης του ατόμου. Στα βουλιμικά άτομα αυτό σημαίνει να επιτευχθεί μεταβολική ισορροπία. Ο δεύτερος στόχος της θεραπείας είναι να τροποποιηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου, ούτως ώστε να διατηρηθεί το βάρος σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό τα επεισόδια υπερφαγίας, οι πρόκλητοι εμετοί, η λήψη καθαρτικών και όλες οι άλλες παθολογικές συμπεριφορές.[31]

3.11.1 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Παρόλο που έχει γίνει ουσιαστική έρευνα όσον αφορά στην φαρμακοθεραπεία των διατροφικών διαταραχών, και παρόλο που τα φάρμακα έχει αποδειχτεί ότι είναι ευεργετικά, ιδιαίτερα σε ασθενείς με νευρική βουλιμία, σημαντικά ερωτήματα παραμένουν αναπάντητα σχετικά με το πότε και σε ποιους ασθενείς πρέπει να εφαρμοστεί φαρμακοθεραπεία.

Σε αντίθεση με το μάλλον απογοητευτικό στάδιο στο οποίο βρίσκεται η φαρμακοθεραπεία της νευρικής ανορεξίας, έχουν διεξαχθεί γονιμότερες έρευνες όσον αφορά στην χρησιμότητα της φαρμακευτικής αγωγής στην διαχείριση της νευρικής βουλιμίας. Το πιο πειστικά δεδομένα υποστηρίζουν την χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Τα αποτελέσματα των δοκιμών ελέγχου άλλων παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των σπασμολυτικών, του λιθίου, και του

σεροτονικού αγωνιστή της φενφλουραμίνης (παράγωγο της αμφεταμίνης που χρησιμοποιείται υπό την μορφή υδροχλωρικού άλατος ως ανορεξιογόνο), βρέθηκαν είτε αρνητικά ή διφορούμενα, και αυτοί οι παράγοντες χρησιμοποιούνται σε σπάνιες περιπτώσεις για την θεραπεία της διαταραχής. Για παράδειγμα, η φενφλουραμίνη δεν έχει διεγερτική επίπτωση στο νευρικό σύστημα και δεν προκαλεί εξάρτηση. Χάρη στην επίδρασή της-ιδίως όσον αφορά τρόφιμα πλούσια σε γλυκίδια, τα οποία καταναλώνονται ανάμεσα στα γεύματα- προτείνονται μερικές φορές ως αγωγή στις βουλιμίες σακχάρων. Οι αμφεταμίνες από την άλλη, οι οποίες χρησιμοποιούνται λόγω της δράσης τους ως αναστολείς της πείνας, καθυστερούν την εκδήλωσή της και ελαττώνουν την ποσότητα των γευμάτων. Ωστόσο, επιφέρουν εγκεφαλική και φυσική διέγερση που ακολουθείται από μια καταθλιπτική περίοδο, η οποία απαιτεί νέα λήψη αμφεταμίνης και δημιουργεί εξάρτηση, ενώ στο μεταξύ παρατηρούνται καταθλιπτικές καταστάσεις και σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. [19] Έρευνες για τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα όσον αφορά στην χρησιμοποίησή τους στην θεραπεία της νευρικής βουλιμίας, ενισχύθηκαν από την πλέον ευρέως αποδεκτή παρατήρηση ότι υπάρχει αυξημένη συχνότητα διαταραχής της διάθεσης ταυτόχρονα με την διατροφική διαταραχή. Αυτές οι παρατηρήσεις, τελικά οδήγησαν σε μια σειρά από δοκιμασίες ελέγχου με ψευδοφάρμακο διπλής τύφλωσης, για τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Οι περισσότερες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών έχουν εξεταστεί, συμπεριλαμβανομένων των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, των MAO (μονοαμινοξειδάσες) αναστολέων, ιδιαίτερα του εκλεκτικού αναστολέα της σεροτονίνης, και μη τυπικών αντικαταθλιπτικών όπως μπουπροπρόνη και τραζοδόνη. Σχεδόν σε όλες τις δοκιμές ελέγχου, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αποδείχτηκαν ανώτερα από το ψευδοφάρμακο όσον αφορά στην μείωση της συχνότητας της υπερβολικής κατανάλωσης τροφής. Σε γενικές γραμμές, η διαταραχή της διάθεσης και η εμμονή με το μέγεθος και το σχήμα επίσης δείχνουν μεγαλύτερη βελτίωση με την φαρμακευτική αγωγή παρά με το ψευδοφάρμακο.

Ενώ τα στοιχεία από αυτές τις μελέτες παρουσιάζουν μια σημαντική συνεισφορά στις γνώσεις μας για τις θεραπευτικές στρατηγικές σχετικά την θεραπεία της νευρικής βουλιμίας, έχουν επίσης αναδείξει αριθμό προκλητικών και σημαντικών ερωτημάτων. Ένα σπουδαίο ερώτημα που παραμένει

αναπάντητο είναι γιατί τα αντικαταθλιπτικά είναι δραστικά στην θεραπεία της νευρικής βουλιμίας. Αν και, η χρήση των αντικαταθλιπτικών παρακινούνταν αρχικά από την παρατήρηση ότι η ύπαρξη της καταθλιπτικής διάθεση είναι αρκετά συχνή σε πολλούς ασθενείς, δεν φαίνεται ότι η «αντιβουλιμική» αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σχετίζεται με την δραστικότητα τους στην διάθεση. Σε καμία από τις δοκιμές ελέγχου η παρουσία ή ο βαθμός της διαταραχής της διάθεσης δεν είχε βρεθεί ότι είναι σημαντικός προάγγελος για την ανταπόκριση στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Σε αρκετές μελέτες, η ανταπόκριση των ασθενών με νευρική βουλιμία που δεν είχαν κατάθλιψη, δεν συγκρίθηκε με την ανταπόκριση παρόμοιων ασθενών που είχαν κατάθλιψη κατά την διάρκεια της αποκατάστασης. Γενικά, οι μη καταθλιπτικοί ασθενείς λαμβάνουν πλεονεκτήματα ισοδύναμα με αυτά που λαμβάνουν και οι καταθλιπτικοί ασθενείς. Συνεπώς, δεν παρουσιάζεται η προ-θεραπείας, παρουσία της κατάθλιψης να είναι οποιασδήποτε χρησιμότητας στην ταυτοποίηση αυτών των ασθενών, των οποίων η διατροφική συμπεριφορά είναι πιο πιθανό να αποκομίσει οφέλη από τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Έρευνες για τον συγκεκριμένο εκλεκτικό αναστολέα της σεροτονίνης και της φλουοξετίνης αποδείκνυαν ότι ο μηχανισμός με τον οποίο τα αντικαταθλιπτικά οδηγούν σε βελτίωση στους ασθενείς με νευρική βουλιμία μπορεί να διαφέρει από τον υπεύθυνο μηχανισμό για την ανακούφιση της κατάθλιψης. Σε μια κλινική δοκιμή που συμπεριλήφθηκαν περίπου 400 ασθενείς, βρέθηκε ότι χορήγηση 60 milligrams φλουοξετίνης την ημέρα, είχε σαφώς καλύτερα αποτελέσματα από το ψευδοφάρμακο. Επειδή η χορήγηση φλουοξετίνης σε δόση 20 milligrams την ημέρα, είναι γνωστό, πως είναι δραστική στην θεραπεία της κατάθλιψης, η παρατήρηση ότι υψηλότερη δόση ήταν απαραίτητη για την θεραπεία της νευρικής βουλιμίας, υποδηλώνει ότι ο μηχανισμός με τον οποίο η φλουοξετίνη προάγει την βελτίωση της νευρικής βουλιμίας μπορεί να είναι διαφορετικός από αυτόν με τον οποίο ανακουφίζει την κατάθλιψη.

Οι δοκιμές ελέγχου των αντικαταθλιπτικών για την νευρική βουλιμία έχουν επίσης αποκαλύψει δυο σημαντικά κλινικά προβλήματα για την χρήση αυτής της κατηγορίας φαρμάκων σαν αποκλειστικό τρόπο παρέμβασης. Πρώτον, στις περισσότερες μελέτες, μόνο σε μια μειοψηφία ασθενών επιτυγχάνεται ύφεση από

το υπερβολικό φαγοπότι και από την κένωση με καθαρτικά. Δεύτερον, δεν είναι ξεκάθαρο ότι η βελτίωση που πραγματοποιείται κατά την διάρκεια της θεραπείας με φαρμακευτική αγωγή συντηρείται με την συνέχιση των φαρμάκων, και είναι ακόμα πιο ασαφές αν μια περιορισμένης χρονικής περιόδου θεραπεία με φάρμακα θα προάγει διαρκή βελτίωση.

Επιπρόσθετα, δομημένες μορφές ψυχοθεραπείας, ιδιαίτερα εκείνων που χρησιμοποιούν γνωσιακές συμπεριφορικές τεχνικές, είναι σαφώς αποτελεσματικές στην θεραπεία της νευρικής βουλιμίας. Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί ως σήμερα υποδηλώνουν ότι, μια περίοδος ψυχοθεραπείας η οποία εστιάζεται στην θεραπεία της νευρικής βουλιμίας, παρέχει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με την χορήγηση για μια περίοδο ενός και μοναδικού αντικαταθλιπτικού παράγοντα. Υπάρχουν στοιχεία ότι όταν τέτοιοι τύποι ψυχοθεραπείας συνδυάζονται με αντικαταθλιπτικά φάρμακα, προστίθενται μικρά οφέλη στην θεραπεία, για παράδειγμα, στην ανακούφιση της κατάθλιψης. Πάντως, για τους περισσότερους ασθενείς, τα οφέλη είναι μικρά και πρέπει να ισορροπούνται ενάντια στον κίνδυνο για την πρόκληση παρενεργειών.

Στις παρούσες θεραπευτικές δυνατότητες για έναν ασθενή με νευρική βουλιμία, μπορεί να είναι ωφέλιμο να συμπεριληφθεί και η τρέχουσα γνώση όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα και της ψυχοθεραπείας και της φαρμακοθεραπείας. Για ασθενείς που δεν έχουν προηγουμένως θεραπευτεί και που δεν είναι σοβαρά καταθλιπτικοί, θεωρείται γενικά κατάλληλο να προταθεί μια δοκιμή ψυχοθεραπείας πριν την έναρξη της θεραπείας με φαρμακευτική αγωγή. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα θα έπρεπε να συστήνονται ιδιαίτερα όταν ο ασθενής έχει αποτύχει ή αποτυγχάνει να ανταποκριθεί επαρκώς σε μια περίοδο καλής ψυχοθεραπείας ή όταν ο ασθενής έχει ένα καταθλιπτικό σύνδρομο αρκετά σοβαρό ώστε να εφαρμοστεί θεραπεία ανεξαρτήτως του συσχετισμού της με την νευρική βουλιμία.

Παρόλο που δεν υπάρχουν δεδομένα που να αποδεικνύουν ότι ένα αντικαταθλιπτικό φάρμακο μπορεί να είναι αποτελεσματικότερο στην θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας από οποιοδήποτε άλλο, η φλουοξετίνη παρουσιάζει δύο πλεονεκτήματα. Η αποτελεσματικότητά της είναι δεδομένη όταν χρησιμοποιείται σε μια δόση των 60 milligrams ανά ημέρα και είναι σχετικά ελεύθερη παρενεργειών. Πρόσθετες μελέτες απαιτούνται ώστε να ταυτοποιηθούν

τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ενός ασθενούς με νευρική βουλιμία, τα οποία αν κάποιος ασθενής εμφανίζει θα είναι αποδεδειγμένο ότι θα ωφεληθεί από την χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. [19]

3.11.2 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ-ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Λίγα έχουν γραφτεί για την διατροφική διαχείριση της νευρικής ανορεξίας και της νευρογενούς βουλιμίας. Αυτό εκπλήσσει, διότι αποτελούν διαστρέβλωση της διατροφής, ή πιο σωστά, της διατροφικής συμπεριφοράς και γιατί ο προκύπτων υποσιτισμός που οδηγεί σε σοβαρές επιπλοκές διαφοροποιεί αυτές τις ασθένειες από άλλες διαταραχές. Έχει υποτεθεί ότι το μη φυσιολογικό διατροφικό πρότυπο, θα διορθωθεί από μόνο του εφόσον τα ψυχολογικά προβλήματα επιλυθούν, και έχει προταθεί ότι η προσοχή στα διαιτητικά θέματα είναι επικίνδυνη γιατί εστιάζει τον ασθενή στο «σύμπτωμα» παρά στην «παθολογία». Τέτοια συμβουλή είναι όσο γελοία είναι η απαγόρευση της συζήτησης της αλκοολικής συμπεριφοράς σε ασθενείς με ασθένειες που σχετίζονται με τον αλκοολισμό!

Αν και η διατροφική διαταραχή μπορεί να είναι σοβαρή και περίπλοκη, με ποικίλα επίπεδα πρωτεϊνικής έλλειψης, ανεπάρκειες σε απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και ηλεκτρολυτική ανισορροπία, είναι ουσιαστικά κατάσταση του υποσιτισμού που απορρέει από μια διατροφή που είναι ανεπαρκής να ανταποκριθεί στις ενεργειακές απαιτήσεις. Η ενεργειακή ανεπάρκεια μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολικό αδυνάτισμα (στην περίπτωση των ασθενών με νευρική ανορεξία) ή μπορεί να ωθήσει σε ένα χαοτικό πρότυπο διατροφής, με εναλλακτικά επεισόδια περιορισμού και αντισταθμιστική υπερφαγία (στην περίπτωση των ασθενών με νευρική βουλιμία). σε οποιαδήποτε περίπτωση, ο ασθενής είναι πιθανό να χρησιμοποιήσει συμπεριφορές που σχετίζονται με εκκένωση με καθαρτικά. Εκτός από τις περισσότερο σοβαρές περιπτώσεις, πάντως, το πεπτικό σύστημα είναι ακέραιο, και τα κυριότερα εμπόδια για την

διατροφική αποκατάσταση είναι συμπεριφορικά και ψυχολογικά. Η σύσταση για μια τροποποιημένη- ρυθμισμένη διαίτα υπάρχει πιθανότητα να είναι αναποτελεσματική, γιατί ενισχύει τα πιστεύω του ασθενούς ότι δεν θα έπρεπε να τρώει κανονικά. Δεν είναι τόσο πολύ η διαχείριση της διαίτας του ασθενούς που είναι περίπλοκη όσο η θεραπείας του ασθενούς ξεκινώντας αυτή τη διαίτα.

Το κατάλληλο άτομο για να κατευθύνει την διατροφική αποκατάσταση και για να παρέχει διατροφικές συμβουλές είναι ένας διαιτολόγος, που θα έπρεπε να αποτελεί ένα ζωτικό μέλος της θεραπευτικής ομάδας. Αντίθετα από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, νοσοκόμες, άλλους γιατρούς, ή ανειδίκευτους συμβούλους, έχουν μια πραγματικά ειδική γνώση των διαιτητικών θεμάτων, και το μη απειλητικό καθεστώς τους βοηθά ώστε να κάνει την συμβουλή τους εύκολα αποδεκτή από τον ασθενή. Από την άλλη πλευρά, οι διαιτολόγοι μπορεί να δυσχεραίνονται από τις προηγούμενες εμπειρίες τους. Είναι συνηθισμένοι να αντιμετωπίζουν τα αποτελέσματα της ασθένειας της υπερκατανάλωσης τροφής και των διαιτών με πολύ υψηλή ενέργεια και σχετικά χαμηλών σε απαραίτητα συστατικά. Για τους διαιτολόγους το διατροφικά διαταραγμένο άτομο προκαλεί ένα παράδοξο με το να εξασκεί την ιδιαίτερη συμπεριφορά των διαιτολόγων που ακολουθούν για τους παχύσαρκους ασθενείς τους. Για να είναι αποτελεσματικός, ο διαιτολόγος πρέπει να είναι ικανός να πηγαίνει πέρα από την χορήγηση των ιδεαλιστικών διαιτών αντίθετα να προάγουν την επιστροφή στην φυσιολογική, λογικά « καλή διατροφή» .

Η εμπιστοσύνη των ασθενών πρέπει να κερδίζεται εάν πρόκειται να αποκαλύψουν την έκταση του φόβου τους για την διατροφή και να ακολουθήσουν τις συμβουλές που τους δίνονται. Τέτοια εμπιστοσύνη προκαλείται όχι μόνο με το να παρέχονται αυστηρές ορθές διατροφικές πληροφορίες αλλά επίσης με το να γίνεται ο διαιτολόγος αρκετά συμπαθής ακροατής. Πάντως, δεν υπάρχει χώρος για συμβιβασμούς όσον αφορά τα ανθυγιεινά πιστεύω και συμπεριφορές του ασθενούς που σχετίζονται με την διατροφή ή δεν υπάρχει νόημα στην διαπραγμάτευση σχετικά με τους στόχους της θεραπείας. Αυτοί οι στόχοι θα πρέπει να είναι καθορισμένοι από το ξεκίνημα. Αυτοί είναι:

- Να επιτευχθούν και να διατηρηθούν φυσιολογικά προγράμματα

διατροφής στους ενήλικες και φυσιολογική ανάπτυξη στους εφήβους.

- Να εγκατασταθεί φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά.
- Να προαχθεί η φυσιολογική συμπεριφορά απέναντι στο φαγητό.
- Να προαχθούν οι φυσιολογικές απαντήσεις όσον αφορά πληροφορίες που αφορούν την πείνα και τον κορεσμό.

3.11.2.1 ΤΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Το πρώτο βήμα στη διατροφική διαχείριση των διατροφικών διαταραχών είναι να παρθεί το διαιτολογικό ιστορικό του ασθενούς. Αυτό το ιστορικό επιφέρει μια λεπτομερή ανάλυση του διατροφικού μοντέλου του ασθενούς και των διακυμάνσεων του βάρους του από την παιδική ηλικία ως το παρόν, τις μεθόδους ελέγχου βάρους που έχουν χρησιμοποιηθεί, τα τρόφιμα που αποφεύγονται, (τα οποία συνήθως είναι το κόκκινο κρέας, γαλακτοκομικά προϊόντα, και γλυκά και παχυντικά φαγητά), και τους λόγους για τους οποίους τα κάνουν αυτά, και τα περιστατικά χρήσης καθαρτικών, καθώς και της υπερφαγίας. Είναι απαραίτητο να εξαχθούν αυτές οι λεπτομέρειες στο ιστορικό, ώστε να διευκρινιστούν στις μελλοντικές συμβουλευτικές συνεδριάσεις. Μια ημιοργανωμένη συνέντευξη όπως Η εξέταση των Διατροφικών Διαταραχών μπορεί να είναι χρήσιμη στη λήψη κάποιων από αυτές τις πληροφορίες.

Τα πιστεύω των ασθενών για την θρέψη και οι συμπεριφορές απέναντι στην διατροφή πρέπει επίσης να εξερευνηθούν, καθώς επίσης και τα πιστεύω και οι διατροφικές συμπεριφορές άλλων μελών της οικογένειας. Τα παράξενα πιστεύω που αφορούν την διατροφή και που συχνά υπερασπιζόμαστε, όπως για παράδειγμα ότι τα τρόφιμα είναι είτε «καλά» , υγιεινά, και μη παχυντικά, ή «κακά» , ανθυγιεινά και παχυντικά. Οι ασθενείς εμφανίζουν ακραία την υπερβολή για τα αναρίθμητα φαγητά που δεν τους αρέσουν και την αποστροφή ή ακόμα και την περιγραφή τους για υποτιθέμενες αλλεργικές αντιδράσεις σε συγκεκριμένα συστατικά τροφίμων.

Βέβαια, τα διαιτολογικά ιστορικά δεν είναι πάντα ακριβή, επειδή οι ασθενείς μπορεί να είναι ανειλικρινείς σχετικά με την συμπεριφορά τους, αλλά δεν υπάρχει λόγος να γίνει πιστευτό ότι αυτά τα ιστορικά είναι λιγότερο αξιόπιστα από άλλους τύπους κλινικών στοιχείων, όπως ψυχιατρικά και ιατρικά

ιστορικά. Εντούτοις, είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί συνάντηση με σημαντικά μέλη της οικογένειας (συνήθως την μητέρα των ασθενών ή την σύζυγο) ώστε να επιβεβαιωθεί η ιστορία των ασθενών, να διαπιστωθεί εάν και άλλα μέλη της οικογένειας έχουν επίσης πρόβλημα με το φαγητό, και να βεβαιωθεί ότι δεν παραβλέπουν τις μη φυσιολογικές πρακτικές των ασθενών.

3.11.2.2 ΘΡΕΠΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Υπάρχουν μάλλον πολύ περισσότερες ομοιότητες από ότι διαφορές ανάμεσα στην διατροφική διαχείριση της νευρικής βουλιμίας και της νευρικής ανορεξίας. Αν και οι ασθενείς με νευρική βουλιμία έχουν προφανώς φυσιολογικό βάρος και δεν χρειάζεται να προχωρήσουν σε ένα πρόγραμμα πρόσληψης βάρους, χρειάζεται να επανακτήσουν φυσιολογική και ανακουφιστική διατροφή, να αποφεύγουν τις περιοριστικές πρακτικές, και να αντέχουν να βρίσκονται σε ένα βάρος το οποίο μπορεί να είναι αρκετά υψηλότερο από αυτό που θα ήθελαν.

Υπάρχουν αρκετοί λόγοι για τους οποίους οι διατροφικές συνεδρίες θα πρέπει να επιχειρηθούν νωρίς στην περίοδο της θεραπείας της νευρικής βουλιμίας. Το χαοτικό διατροφικό πρότυπο που χαρακτηρίζει την νευρική βουλιμία μπορεί να είναι τόσο ενοχλητικό που οι ασθενείς πρέπει να επανακτήσουν τον έλεγχο πάνω σε αυτό πριν εμπλακούν στην ουσιαστική ψυχοθεραπεία. Οι ασθενείς συχνά θεωρούν το πρόβλημά τους ως πρόβλημα υπερφαγίας, και δεν κατανοούν ότι ένα επεισόδιο υπερφαγίας είναι κατά ένα μεγάλο μέρος μια απάντηση στις περιοριστικές διατροφικές πρακτικές τους. Αυτοί οι ασθενείς έχουν πολλούς φόβους και λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με το φαγητό και τον έλεγχο του βάρους οι οποίες θα πρέπει να εντοπιστούν και να διορθωθούν. Οι βουλιμικοί πρώτα πιστεύουν ότι θα παχύνουν αν λαμβάνουν τακτικά γεύματα ή οποιαδήποτε φαγητά υψηλής θερμιδικής αξίας. Και συχνά η διατροφή τους έχει διαταραχθεί για τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα που έχουν πια χάσει την δυνατότητα να τρώνε φυσιολογικά. Πρέπει να ξαναμάθουν τις απαντήσεις σε τόσα βασικά ερωτήματα όπως, Τι είναι πείνα; Πότε θα έπρεπε να τρώω; Πόσο φαγητό είναι αρκετό; και, τι είναι η φυσιολογική διατροφή;

Όπως γίνεται και με τους ανορεξικούς ασθενείς, ο διαιτολόγος πρώτα

παίρνει ένα λεπτομερές διαιτολογικό ιστορικό του βουλιμικού ασθενούς και εξερευνά πλήρως την διατροφική του συμπεριφορά, τη γνώση του όσον αφορά τις δίαιτες και τη διατροφή, και την τοποθέτηση σχετικά με το φαγητό. Προκειμένου ο διαιτολόγος να αποδεχθεί την διαμαρτυρία του ασθενούς ότι δηλαδή το πρόβλημα είναι αποκλειστικά πρόβλημα υπερκατανάλωσης τροφής, ο διαιτολόγος πρέπει να δίνει έμφαση στο ότι η υπερκατανάλωση τροφής δεν είναι παρά η μία όψη ενός περίπλοκου προτύπου μιας διαταραγμένης συμπεριφοράς. Στην πραγματικότητα, είναι ο επίμονος και υπερβολικός διαιτητικός περιορισμός που αποτελεί το πρωταρχικό έναυσμα για την διαταραχή. Η υπερφαγία, είναι μια απάντηση στον μη ρεαλιστικό περιορισμό, και αυτός που υπερκαταναλώνει είναι στην πραγματικότητα ένας «άνευ ορίων» διατρεφόμενος. Αν αυτή/ος πειστεί να αρνηθεί τις περιοριστικές διατροφικές πρακτικές της/του και να επανακτήσει φυσιολογική διατροφή, η ώθηση προς την υπερφαγία θα εξαφανιστεί βαθμιαία.

Η γραμμή ανάμεσα στην νευρική ανορεξία και την νευρική βουλιμία είναι πολύ λεπτή, και πολλοί από τους ασθενείς που ψάχνουν βοήθεια για τα βουλιμικά συμπτώματα είναι ελαφρώς ελλιποβαρείς, αν και όχι τόσο λεπτοί ώστε να δικαιολογούν διάγνωση νευρικής ανορεξίας. Προκειμένου να διατηρήσουν τα χαμηλά βάρη τους, θα χρειάζονταν να συνεχίσουν να περιορίζουν την τροφική τους πρόσληψη, και μια τέτοια δίαιτα θα παρεμπόδιζε την επιστροφή τους στις φυσιολογικές διατροφικές πρακτικές. Για αυτό το λόγο, ο διαιτολόγος θα έπρεπε να ενθαρρύνει τον ασθενή να μην εστιάζεται στην διατήρηση ενός συγκεκριμένου βάρους, αλλά καλύτερα να δεχτεί ότι το υγιές βάρος της είναι εκείνο το οποίο θα διατηρήσει όταν διατρέφεται υγιεινά και όταν ενεργεί λογικά. Βέβαια, αυτό το μήνυμα είναι δύσκολο να γίνει αποδεκτό από όσους ασθενείς ασχολούνται υπερβολικά με το βάρος.

Ανάμεσα στα επεισόδια υπερφαγίας, οι βουλιμικοί ασθενείς, όχι μόνο περικόπτουν τα απόλυτα ποσά φαγητού που καταναλώνουν, αλλά επίσης περιορίζουν τις επιλογές φαγητών, αποφεύγοντας αυτά που θεωρούν ότι είναι ανθυγιεινά ή «επικίνδυνα», τρόφιμα υψηλής θερμιδικής περιεκτικότητας, (αυτά γίνονται τα τρόφιμα τα οποία καταναλώνουν κατά την διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας). Η βοήθεια του θεράπων ιατρού είναι να μεταβάλλει αυτή την λανθασμένη τελειομανία σχετικά με το φαγητό. Η φυσιολογική διατροφή δεν

σημαίνει να καταναλώνονται μόνο «υγιεινά» τρόφιμα. Σημαίνει την πρόσληψη μιας ισορροπημένης και με ποικιλία δίαιτας που περιλαμβάνει τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και επαρκείς θερμίδες για τις ανάγκες του σώματος. Είναι αποδεκτή μια «αρκετά καλή» δίαιτα, παρά επανειλημμένη αποτυχία να διατηρηθεί μία μη ρεαλιστική, τέλεια, «άριστη» δίαιτα. Ίσως το περισσότερο σημαντικό μήνυμα που πρέπει να διαβιβαστεί, είναι ότι η ποσότητα του φαγητού που απαιτείται, για την κάλυψη των ημερήσιων ενεργειακών αναγκών, είναι μεγαλύτερη από αυτήν που απαιτείται για τις απαιτήσεις σε απαραίτητα συστατικά, ώστε η καλή υγεία να επιτυγχάνεται προσθέτοντας μια δίαιτα με υγιεινά, «θρεπτικά» φαγητά με μια επιλογή μερικών υψηλής ενέργειας, λιγότερο «θρεπτικών» τροφίμων. Αν λοιπόν οι ασθενείς πεισθούν να λαμβάνουν μικρά ποσά υψηλής ενέργειας τρόφιμα κάθε τόσο, είναι λιγότερο πιθανό να πάθουν υπερφαγία κάνοντας αργότερα χρήση αυτών.

Ένα πρότυπο γευμάτων σχεδιάζεται, και ο ασθενής πείθεται να αφοσιωθεί σε αυτό και να μην προσπαθεί να ισοφαρίσει τα επεισόδια υπερφαγίας με περαιτέρω περιορισμό ή χρήση καθαρτικών. Ο χρόνος τίθεται κατά μέρος για τις κανονικές εκπαιδευτικές συνόδους, κατά την διάρκεια των οποίων δίνονται στον ασθενή ακριβείς πληροφορίες σχετικά με διατροφικά θέματα. Όταν είναι απαραίτητο, υπεύθυνα μέλη της οικογένειας συμμετέχουν σε αυτές τις συναντήσεις.

Οι βουλιμικοί ασθενείς κάνουν συχνά κατάχρηση καθαρτικών, είτε αυτά είναι φυσικά, είτε χημικά. Η ματαιότητα αυτής της συμπεριφοράς όσον αφορά την επίδρασή τους στην απώλεια βάρους, και τους προφανείς κινδύνους στην σωματική υγεία, απαιτεί ιδιαίτερη έμφαση.

Αν ο ασθενής ακολουθεί αυτή την διαιτητική συμβουλή, θα αρχίσει να αισθάνεται καλύτερα. Ο θεραπευτής υπολογίζει σε αυτήν την βελτίωση, εξάγοντας το συμπέρασμα ότι πολλά από τα συμπτώματα του ασθενούς, αποτελούν το άμεσο αποτέλεσμα της φτωχής διατροφής. Στα περισσότερα παραδείγματα, η επανάληψη των φυσιολογικών γευμάτων, και η παύση της κάθαρσης οδηγεί σε ελάχιστη αύξηση βάρους (συνήθως 1-3 κιλά), και αυτή η αύξηση οφείλεται κατά ένα μεγάλο μέρος σε έναν βαθμό επανενυδάτωσης. Οι ασθενείς συχνά εκπλήσσονται και ικανοποιούνται όταν μπορούν να τρώνε φυσιολογικά χωρίς να γίνονται παχύσαρκοι.

Οι περισσότεροι βουλιμικοί ασθενείς θεραπεύονται εξωνοσοκομειακά. Αυτοί θα πρέπει να παρακολουθούνται σε εβδομαδιαία βάση αρχικά, μετά λιγότερο συχνά καθώς βαθμιαία επανακτούν τον έλεγχο απέναντι στην διατροφή τους. Μια τακτική ανασκόπηση στα τροφικά ημερολόγια των ασθενών προσφέρει ένα κατάλληλο μέσο παρέχοντας συνεχή υποστήριξη και διαβεβαίωση και περαιτέρω εκπαιδευτικό υλικό. Οι ασθενείς συμβουλεύονται στρατηγικές που βοηθούν για να ρυθμίσουν την διατροφή τους, όπως να αποφεύγουν να παραλείπουν γεύματα ή ενδιάμεσα, χρησιμοποιώντας κατάλληλα εργαλεία, και όχι να τσιμπολογούν στο φαγητό. Ενθαρρύνονται να εισάγουν τρόφιμα που φοβούνται για υπερφαγία στην δίαιτα τους και να μην αισθάνονται ένοχοι σχετικά με τις περιστασιακές σχεδιασμένες εκπληρώσεις επιθυμιών. Τους έχει ειπωθεί ότι μικροί υποτροπιασμοί στην βουλιμική συμπεριφορά δεν θα πρέπει να μεταφραστούν σαν πλήρη αποτυχία αλλά μάλλον σαν στάδια στην διαδικασία της ανάρρωσης. Δίνονται συμβουλές για τον σχεδιασμό των γευμάτων, την προετοιμασία, και την διατροφή σε ποικίλες καταστάσεις ώστε οι ασθενείς να είναι ικανοί να προσαρμοστούν στις κοινωνικές προσδοκίες. Η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών όπως μαριχουάνα είναι αποθαρρυντική, επειδή αυτές οι συνθήκες είναι πιθανό να προκαλέσουν επανάληψη της διαταραγμένης διατροφής.

Όταν η θεραπεία τελειώνει, η πιθανότητα υποτροπής είναι απαραίτητο να αναγνωρίζεται. Υποτροπή μπορεί να συμβεί σε καιρούς άγχους ή αν ο ασθενής ξεκινάει ξανά την ενασχόληση με την εικόνα του λεπτού σώματος. Αν και όταν συμβεί υποτροπή, ο ασθενής θα πρέπει να επιστρέψει στο δομημένο σχέδιο γευμάτων. Η εύκολη πρόσβαση στο διαιτολόγο θα πρέπει να είναι διαβεβαιωμένη.

Ενώ οι ασθενείς με N.A. θεραπεύονται από ομάδα που περιλαμβάνει διάφορες ειδικότητες, της οποίας ο διαιτολόγος θα πρέπει να είναι ένα πολύτιμο στέλεχος, η θεραπεία των βουλιμικών ασθενών μπορεί μερικές φορές να επιληφθεί από έναν διαιτολόγο που δουλεύει μόνος του. Βέβαια, τα υφέρποντα ψυχολογικά προβλήματα δεν πρέπει να παραβλέπονται, αλλά σε πολλές περιπτώσεις αυτά τα προβλήματα δεν είναι αρκετά σημαντικά, και η παροχή υγιεινών διατροφικών συμβουλών και η συνεχής υποστήριξη συνεισφέρει ικανοποιητική θεραπεία. [19]

3.11.3 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ **ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ**

Η πείρα των ερευνητών και των θεραπευτών, οδηγεί στο συμπέρασμα πως η αληθινή ελπίδα για τους ανθρώπους με προβλήματα βουλιμίας εντοπίζεται στην ψυχολογική θεραπεία.

Πολλοί άνθρωποι που αναζητούν βοήθεια για τα προβλήματα βουλιμίας έχουν επιχειρήσει μία ή περισσότερες αποτυχημένες θεραπευτικές προσπάθειες. Αυτό συμβαίνει συχνά γιατί η μορφή της θεραπείας που τους υποδείχθηκε δεν ήταν η κατάλληλη, καθώς δεν βοηθούν όλα τα είδη θεραπείας τους ανθρώπους με προβλήματα βουλιμίας. Κάποια θεραπεία που είναι αποτελεσματική για κάποια άτομα, δεν είναι για κάποια άλλα. Πολλές ψυχολογικές θεραπείες έχουν προταθεί και χρησιμοποιηθεί για την θεραπεία ασθενών με νευρογενή βουλιμία, ωστόσο καμία δεν έχει φανεί τόσο αποτελεσματική όσο η γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση. [26]

Η γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση για την θεραπεία της νευρογενούς βουλιμίας, περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1981. Ένα λεπτομερές εγχειρίδιο θεραπείας δημοσιεύτηκε το 1985 και έχει αναθεωρηθεί κατά περιόδους στα πλαίσια της περαιτέρω εμπειρίας.

Η θεραπεία βασίζεται σε μια γνωσιακή άποψη των διαδικασιών που αναμειγνύονται στην διατήρηση της διαταραχής. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, η διαταραχή υφίσταται κατά ένα μεγάλο μέρος εξαιτίας των επιρροών συγκεκριμένων γνωσιακών χαρακτηριστικών, συγκεκριμένα της τάσης να κρίνει κανείς την αυτό-αξία του σχεδόν αποκλειστικά από το πρίσμα της σιλουέτας και του βάρους, της παρουσίας χαμηλής αυτοεκτίμησης και της τελειομανίας, και ενός διχοτόμου τρόπου σκέψης. Αυτά τα χαρακτηριστικά επιδρούν στους ασθενείς κάνοντάς τους να ζουν με τον φόβο του πάχους και της απόκτησης βάρους και όντας έντονα ευαίσθητοι σε μεταβολές του σχήματος και του βάρους τους, καθώς και στην συνεχή προσπάθεια να διατηρήσουν τον αυστηρό έλεγχο της διατροφής τους. Αυτή η δίαιτα δημιουργεί μια ευπάθεια στην υπερφαγία μέσω διάφορων αλληλεπιδρώντων φυσιολογικών και ψυχολογικών μηχανισμών. Για παράδειγμα, αυτοί οι ασθενείς αντιδρούν ενάντια ακόμα και σε μικρές αποκλίσεις από την αυθυποβολή στους διαιτητικούς τους στόχους. Αποκρίνονται

χαρακτηριστικά με την προσωρινή εγκατάλειψη του ελέγχου πάνω στην διατροφή τους και μετά ανανεώνουν τον προσδιορισμό τους να κάνουν δίαιτα.

Αυτή η γνωσιακή άποψη της διαχείρισης της νευρογενούς βουλιμίας υποστηρίζεται από το δεδομένο ότι αυτοί που έχουν αναρρώσει, εμφανίζουν πιθανότητες υποτροπής σχετιζόμενες άμεσα με την ανησυχία σχετικά με το σχήμα και το βάρος του σώματος. Έμμεση υποστήριξη αυτής της άποψης εξάγεται από το εύρημα ότι ηπιότερες συμπεριφοριακές εκδοχές της θεραπείας είναι λιγότερο αποτελεσματικές σε σχέση με την πλήρη θεραπεία.

Στην γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία της νευρικής βουλιμίας μια αλληλουχία από γνωσιακές και συμπεριφορικές διαδικασίες συνηθίζεται να μεταβάλλουν τις γνωσιακές και συμπεριφορικές όψεις της διαταραχής. Η θεραπεία περιλαμβάνει τρία στάδια. Στο πρώτο η έμφαση δίνεται στο να βοηθηθούν οι ασθενείς να ανακτήσουν τον έλεγχο της διατροφής τους και στο να υιοθετήσουν ένα πρότυπο φυσιολογικής διατροφής. Τα κυριότερα στοιχεία είναι συμπεριφορικά και εκπαιδευτικά. Το δεύτερο στάδιο είναι ευρύτερο και περιλαμβάνει διαδικασίες για να αντιμετωπίσει την δίαιτα και την κύρια έκταση της υπερφαγίας. Επιπρόσθετα, οι προβληματικοί τρόποι σκέψης διευθετούνται χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες γνωσιακές περιοριστικές διαδικασίες. Το τρίτο στάδιο αφορά στην σταθεροποίηση της προόδου και στην διαβεβαίωση ότι οι αλλαγές θα διατηρηθούν και στο μέλλον. Σε αυτό το στάδιο, χρησιμοποιούνται διαδικασίες πρόληψης της πιθανότητας υποτροπής.

Η θεραπεία γενικά διεξάγεται σε μια βάση ένα προς ένα και περιλαμβάνει συνεδρίες περίπου 20-50 λεπτών για μια περίοδο τεσσάρων έως 5 μηνών. Είναι ευεργετικό να παρευρίσκεται ο ασθενής σε 2 συνεδρίες την εβδομάδα για τις 2 πρώτες εβδομάδες, γιατί βοηθούν ώστε να διακοπούν τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας στις περισσότερες σοβαρές περιπτώσεις. Γενικά, οι τελικές συνεδρίες επαναλαμβάνονται ανά δύο εβδομάδες καθώς η θεραπεία ολοκληρώνεται σταδιακά.

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας έχει αποδειχθεί σε πολυάριθμες μελέτες. Έχει βρεθεί ότι είναι περισσότερο αποτελεσματική από ποικίλες άλλες θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων και των συμπεριφορικών μοντέλων της θεραπείας, έκθεση με πρόληψη απόκρισης, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, υποστηρικτική εκφραστική ψυχοθεραπεία και θεραπεία με αντικαταθλιπτικά

φάρμακα. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα στις μελέτες είναι δύσκολο, αλλά φαίνεται ότι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία επιδρά κατά μέσον όρο τουλάχιστον σε μια μείωση 70% της συχνότητας των επεισοδίων υπερφαγίας και των κενώσεων με καθαρτικά, και μεταξύ του ενός τρίτου και του ενός δεύτερου από τους ασθενείς, παύουν τις κενώσεις με καθαρτικά εντελώς. Τις συμπεριφορικές αλλαγές συνοδεύουν και η μείωση της ενασχόλησης με το σχήμα και το βάρος και μια χαρακτηριστική βελτίωση στην ψυχοκοινωνική λειτουργία. Είναι διαθέσιμα μερικά στοιχεία που αφορούν την συντήρηση της αλλαγής. Αρκετές μελέτες είχαν εξάμηνες έως ετήσιες περιόδους, και μια μελέτη ενημέρωσης των αποτελεσμάτων συμπληρώθηκε με στοιχεία ασθενών για έναν μέσο όρο 6 ετών. Τα ευρήματα προτείνουν ότι οι αλλαγές διατηρούνται ικανοποιητικά και ότι η υποτροπή δεν είναι συνήθη. Κάποιοι προάγγελοι των συνεπειών έχουν προκύψει, αν και οι ασθενείς με σοβαρή διαταραχή προσωπικότητας εμφανίζεται ότι τα καταφέρνουν λιγότερο ικανοποιητικά και είναι πολύ πιο πιθανό να εγκαταλείψουν. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελεί άλλο ένα κακό προγνωστικό χαρακτηριστικό γνώρισμα.[19]

3.11.4 ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

3.11.4.1 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δύο τύποι συμπεριφορικής θεραπείας έχουν μελετηθεί. Ο ένας είναι ένας τύπος έκθεσης με παράλληλη πρόληψη απόκρισης σχεδιασμένος για ασθενείς που κάνουν εμετό μετά από ένα επεισόδιο υπερφαγίας. Η θεραπεία περιλαμβάνει κατανάλωση φαγητού από τους εν λόγω ασθενείς μέχρι το σημείο στο οποίο αυτοί φυσιολογικά θα έκανα εμετό και έπειτα την προσφορά βοήθειας σε αυτούς ώστε να αναπτύσσουν ικανότητες που θα τους βοηθούν να αντισταθούν στην εν λόγω επιθυμία πρόκλησης εμετού. Συνεδρίες τέτοιου τύπου μπορεί να πάρουν αρκετές ώρες και πρέπει να πραγματοποιούνται επανειλημμένως. Επίσης περιλαμβάνουν και άλλες συμπεριφορικές και γνωσιακές διαδικασίες.

Όπως ήταν αναμενόμενο, η έκθεση με παράλληλη πρόληψη απόκρισης

δεν είναι δημοφιλής στους ασθενείς. Ενώ επιδρά σε μετέπειτα μεταβολές, δεν υπάρχουν στοιχεία ότι προσθέτει κάτι στην συνήθη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία. Η έκθεση με πρόληψη απάντησης δεν είναι συνεπώς ευρέως χρησιμοποιούμενη.

Η άλλη συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί έναν αποκλειστικά συμπεριφορικό τύπο της γνωσιακής συμπεριφορικής προσέγγισης. Αρκετές εκδόχες έχουν επινοηθεί, συμπεριλαμβανομένης μίας σχεδιασμένης ειδικά για διαιτολόγους. Αναλογικά, αυτές οι απλουστευμένες θεραπείες δεν φαίνεται να είναι όσο αποτελεσματική είναι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία. Για παράδειγμα, σε δυο μελέτες βρέθηκε ότι ενώ η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και η συμπεριφορική θεραπεία ήταν εφάμιλλες στα αποτελέσματά τους στο τέλος της θεραπείας, υπήρχε η τάση για υποτροπή στους ασθενείς που έλαβαν συμπεριφορική θεραπεία. Πάντως είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι μια αναλογία ασθενών ανταποκρίνεται σε αυτές τις απλοποιημένες συμπεριφορικές θεραπείες. Με άλλα λόγια, δεν χρειάζονται όλοι την πλήρη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία.[19]

3.11.4.2 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοεκπαιδευτική θεραπεία διεξάγεται σε μια οργανωμένη διεπιστημονική ομάδα και περιλαμβάνει την εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με την νευρική βουλιμία και τρόπους για να την ξεπεράσουν. Οι συμβουλές ακολουθούν γενικά αυτές που χρησιμοποιούνται στην γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία.

Πάλι, για κάποιους ανθρώπους η εκπαίδευση από μόνη της είναι επαρκής. Ο Olmsted και οι συνεργάτες του αξιολόγησαν έναν ιδιαίτερα ασυνήθιστο τύπο αυτής της θεραπείας, τον οποίο παρουσιάζουν σε ύφος διάλεξης. Βρήκαν ότι στους λιγότερο διαταραγμένους ασθενείς τα αποτελέσματα ήταν εφάμιλλα με αυτά που αποκτήθηκαν με την γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία. Πάντως, λίγα είναι γνωστά σχετικά με την διατήρηση των αλλαγών όταν ακολουθούμε ήπιες εκπαιδευτικές θεραπείες.[19]

3.11.4.3 ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αρκετοί τύποι εστιασμένης ψυχοθεραπείας έχουν αξιολογηθεί σαν θεραπείες για την νευρική βουλιμία συμπεριλαμβανομένης και της διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας (IPT) και της υποστηρικτικής εκφραστικής ψυχοθεραπείας. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αποτελεί μια βραχυπρόθεσμη ψυχοθεραπεία που επινοήθηκε αρχικά για την θεραπεία της κατάθλιψης. Εστιάζει στην ταυτοποίηση και στον προσδιορισμό αυτών των διαπροσωπικών προβλημάτων τα οποία θεωρούνται υπεύθυνα για τα επεισόδια κατάθλιψης. Αυτά τα προβλήματα περιλαμβάνουν θλίψη που δεν έχει ξεπεραστεί, φιλονικίες με φίλους ή συγγενείς, δυσκολίες στη διαμόρφωση ή στην διατήρηση των σχέσεων, και προβλήματα προσαρμογής στις μεταβατικές φάσεις της ζωής (π.χ. φυγή από το σπίτι, ο γάμος, ή το να γίνεται κανείς γονιός). Διαπροσωπικές δυσκολίες τέτοιου τύπου είναι συνήθεις στους ασθενείς με νευρική βουλιμία και μπορεί να συνεισφέρουν στην διατήρησή της.

Μέχρι σήμερα έχει γίνει μόνο μια μελέτη για τη χρήση της διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας για την θεραπεία της νευρογενούς βουλιμίας. Βρέθηκε ότι ενώ η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία δεν ήταν τόσο αποτελεσματική όσο η γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία στο τέλος της θεραπείας, ήταν επιτυχής σε τέτοιο βαθμό που ήταν τόσο αποτελεσματική 1 έως 6 χρόνια αργότερα. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία έχει ένα καθυστερημένο αλλά ισχυρό αποτέλεσμα.

Η υποστηρικτική εκφραστική ψυχοθεραπεία αποτελεί άλλη μια σύντομη μορφή ψυχοθεραπείας. Αυτή επίσης είναι σχεδιασμένη για να ταυτοποιεί τα διαπροσωπικά προβλήματα, αλλά δεν είναι τόσο εστιακή όσο η IPT. Όπως και η IPT αποτελεί το αποκλειστικό αντικείμενο μόνο μιας μελέτης. Βρέθηκε ότι επιφέρει σημαντικής μεταβολής, αλλά τα αποτελέσματα δεν ήταν τόσο καλά όσο αυτά που παράχθηκαν από την γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία. Δεν έχουν δημοσιευτεί στοιχεία για την διατήρηση των αλλαγών που έπονται της υποστηρικτικής εκφραστικής ψυχοθεραπείας.[19]

3.11.4.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η οικογενειακή θεραπεία δεν χρησιμοποιείται ευρέως στην θεραπεία της νευρικής βουλιμίας. Τα αποτελέσματα της μίας μελέτης ελέγχου δεν ήταν τόσο ελπιδοφόρα, αλλά η ομάδα των ασθενών δεν ήταν τυπική. Υπάρχουν πρακτικά εμπόδια σε αυτόν τον τύπο θεραπείας, καθώς οι περισσότεροι ασθενείς με νευρική βουλιμία βρίσκονται στα 20 τους και έχουν φύγει μακριά από την οικογένεια τους από την οποία κατάγονται. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει συναίνεση ότι οι οικογένειες των νεαρών ασθενών θα έπρεπε να συμμετάσχουν στην θεραπεία τους.[19]

3.11.4.5 ΟΜΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για αρκετούς λόγους η ομαδική θεραπεία φαίνεται ένας ελκυστικός τρόπος θεραπείας ασθενών με νευρική βουλιμία. Πολλοί ασθενείς αποθαρρύνονται από την σκέψη ότι αυτός/αυτή είναι το μόνο άτομο με αυτού του είδους το πρόβλημα. Και επειδή αυτοί οι ασθενείς δεν έχουν συζητήσει ποτέ ξανά αυτό το πρόβλημα με κανέναν, μπορεί να είναι δύσκολο να απομακρύνουν αυτήν την άποψη. Μοιράζοντας το πρόβλημα με άλλους μπορεί να είναι χρήσιμο καθώς έτσι μειώνεται το στίγμα, η ντροπή, και η αίσθηση της απομόνωσης που αυτοί οι ασθενείς αισθάνονται. Άλλο πλεονέκτημα της ομαδικής θεραπείας είναι ότι σε κατάλληλα οργανωμένα γκρουπ, τα μέλη μπορούν να μάθουν έμμεσα ο ένας από τον άλλο. Η θεραπεία των ανθρώπων σε ομάδες επίσης έχει πρακτικό νόημα, επειδή ένα μεγάλο μέρος της εκπαίδευσης και των συμβουλών που χρησιμοποιούνται στην γνωσιακή συμπεριφορική προσέγγιση είναι κατάλληλες για παρουσίαση σε ένα συγκεκριμένο τύπο. Επίσης υπάρχει οικονομική μείριμνα στην ομαδική θεραπεία, δεδομένου ότι μπορεί να είναι μια οικονομικώς αποδοτική εναλλακτική λύση στην θεραπεία του ατόμου.

Προς το παρόν, πάντως η σχετική αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας και της εξατομικευμένης θεραπείας είναι αβέβαιη. Αυτό που απαιτείται είναι άμεσες συγκρίσεις της ομαδικής και της εξατομικευμένης εκδοχής του ίδιου τύπου θεραπείας. Τέτοιες συγκρίσεις δεν έχουν γίνει.[19]

3.11.4.6 ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ

Η καθοδηγημένη αυτοβοήθεια είναι μια νέα προσέγγιση στην θεραπεία της νευρικής βουλιμίας. Είναι σχεδιασμένη να αποτελεί την εναρκτήρια επέμβαση σε ένα πρόγραμμα θεραπείας βήμα προς βήμα στο οποίο οι ασθενείς ακολουθούν ένα πρόγραμμα αυτοβοήθειας με την υποστήριξη και την καθοδήγηση ενός θεράποντα. Οι θεραπευτικές συνεδρίες δεν χρειάζεται να είναι χρονοβόρες (όχι περισσότερο από 30 λεπτά) και μπορεί γενικότερα να είναι λιγότερες σε σχέση με την πλειοψηφία των συμβατικών βραχυπρόθεσμων θεραπειών (5 με 10 συνεδρίες). Η καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια έχει αρκετά υψηλές πιθανότητες. Αρχικά, ενδυναμώνει τους ασθενείς, επειδή αισθάνονται ότι είναι στον έλεγχο της θεραπείας τους. Δεύτερον, επειδή δεν απαιτείται ένας εξειδικευμένος θεραπευτής, είναι κατάλληλη για χρήση στην πρώτου βαθμού φροντίδα. Και τρίτον, απαιτεί σχετικά λίγο από το χρόνο του θεράποντα και του ασθενούς.

Δύο προγράμματα αυτοβοήθειας βασισμένα στην γνωσιακή συμπεριφορική προσέγγιση έχουν δημοσιευτεί και μπορούν να χρησιμοποιηθούν με αυτόν τον τρόπο. Η καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια ακόμα πρέπει να αξιολογηθεί ικανοποιητικά.[19]

3.11.4.7 ΔΙΑΔΟΧΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ποιες είναι οι συνέπειες των ευρημάτων της έρευνας για την συνολική διαχείριση της νευρικής βουλιμίας; Για τους ανθρώπους που ψάχνουν επαγγελματική βοήθεια, οι συνέπειες είναι ξεκάθαρες. Η θεραπεία επιλογής είναι η γνωσιακή συμπεριφορική σε βάση μια προς μια. Οι περισσότεροι άνθρωποι ευεργετούνται μεταγενέστερα και, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, οι αλλαγές φαίνεται να διαρκούν. Είναι επίσης σημαντικό να προσθέσουμε ότι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία δεν είναι πανάκεια· ορισμένοι άνθρωποι δεν βελτιώνονται ή ευεργετούνται περιορισμένα. Σε αυτούς τους ανθρώπους απαιτούνται πρόσθετες ή εναλλακτικές θεραπείες. Από την άλλη, φαίνεται ότι άλλοι ανταποκρίνονται σε απλούστερους τύπους θεραπείας που συνήθως περιλαμβάνουν εκπαίδευση και συμβουλές.

Μερικά χρόνια πριν προτάθηκε από τον συγγραφέα (Chr. Fairburn) να υιοθετηθεί μια κλιμακωτή στρατηγική φροντίδας. Αυτή η στρατηγική περιλαμβάνει την προσφορά στους ασθενείς πρώτα μιας απλής θεραπείας, επειδή υπάρχει έδαφος για τη σκέψη ότι ένας σημαντικός αριθμός θα ανταποκριθεί. Μόνο εκείνοι που δεν ευεργετούνται συνεχίζουν στο επόμενο «βήμα», το οποίο περιλαμβάνει περισσότερο εντατική θεραπεία. Πάλι, ένας σημαντικός αριθμός είναι πιθανόν να ανταποκριθεί. Αυτοί που δεν συνεχίζουν στο επόμενο σκαλοπάτι και ούτως καθεξής.

Αυτή η στρατηγική έχει φανερό νόημα, αλλά ποια πρέπει να είναι τα βήματα; Η καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια φαίνεται ότι είναι ένα πολύ καλό πρώτο βήμα. Ένα εναλλακτικό μπορεί να είναι η ψυχοεκπαιδευτική ομάδα, αν και τέτοιες ομάδες είναι δύσκολο να στηθούν απουσία αξιόλογων αριθμών από παραπομπές. Λογικά το δεύτερο βήμα θα έπρεπε να είναι η πλήρης γνωσιακή συμπεριφορική προσέγγιση που διεξάγεται σε βάση μια προς μια. Πάντως, είναι λιγότερο ξεκάθαρο τι θα έπρεπε να ακολουθήσει. Οι πιθανότητες περιέχουν την διαπροσωπική ψυχοθεραπεία και την μερική η πλήρη εισαγωγή σε νοσοκομείο. Στην απουσία οποιασδήποτε έρευνας όσον αφορά την θεραπεία αυτών που αποτυγχάνουν να ανταποκριθούν στην γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, η απόφαση πρέπει να εξαρτάται από τις προτεραιότητες του θεράποντα και του ασθενούς και από το ποιες πηγές είναι διαθέσιμες.[19]

3.11.4.8 ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΣΥΝΤΟΜΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Με την έκθεση σαν κύρια θεραπευτική στρατηγική, το πρόγραμμα χαρακτηρίζεται από μιας μικρής διάρκειας θεραπεία, μία εστίαση στα συμπτώματα στόχους, και υψηλά εξατομικευμένες παρεμβάσεις. Το θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει τις παρακάτω φάσεις: εκτίμηση, γνωσιακή προετοιμασία, έκθεση και γνωσιακές παρεμβάσεις, και πρόληψη της υποτροπής και αυτό-διαχείριση.

3.11.5 ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Το θεραπευτικό πρόγραμμα ξεκινά με μια εμπειριστατωμένη ψυχολογική και ιατρική εκτίμηση που διαρκεί περίπου δύο ημέρες. Μετά από μια ψυχολογική συνέντευξη στον γενικό πληθυσμό, διεξάγεται μια ιατρική εξέταση για να ταυτοποιηθούν οι ιατρικές καταστάσεις που μπορεί να απαιτούν περαιτέρω θεραπεία ή σε δυσμενή περιστατικά- μπορεί ακόμα να συμπεριληφθεί η χρήση της θεραπείας έκθεσης.

Κατά το δεύτερο στάδιο των διαδικασιών εκτίμησης, διεξάγεται μια περίπου δομημένη συνέντευξη ώστε να γίνει η διάγνωση της νευρικής βουλιμίας ή/και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών στην βάση των κριτηρίων της DSM-IV. Επιπρόσθετα, μια ποικιλία διαγνωστικών εργαλείων, συμπεριλαμβανομένων και ψυχοσωματικών κριτηρίων, μετρήσεις της δυσαρέσκειας της εικόνας του σώματος, και μια σειρά ψυχομετρικών δοκιμασιών, χρησιμοποιούνται για να εκτιμηθούν τα βουλιμικά συμπτώματα και η σχετική με αυτά ψυχοπαθολογία.

Μια απόφαση βασισμένη στα αποτελέσματα της εκτίμησης λαμβάνεται, για ή ενάντια στην θεραπεία έκθεσης. Ασθενείς με σοβαρές ιατρικές ασθένειες, όπως η στεφανιαία νόσος, εξαιρούνται· μέχρι σήμερα καμία δεν έχει εξαιρεθεί.

3.11.6 ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Αξιοσημείωτη προσοχή δίνεται στην γνωσιακή προετοιμασία των ασθενών, ώστε να προαχθεί η αξιοπιστία της θεραπείας και να διευκολύνει το στόχο στον οποίο έχει επικεντρωθεί η θεραπεία. Σε αυτήν την θεραπευτική συνεδρία (διάρκεια: 2-3 ώρες) ο θεραπευτής και ο ασθενής εξελίσσουν ένα εύλογο μοντέλο για να εξηγήσουν την αιτιολογία και την διατήρηση των βουλιμικών συμπτωμάτων του/της. Η δομή αυτού του μοντέλου βασίζεται στον φαύλο κύκλο που έχει ήδη αναφερθεί, συν ορισμένες εξατομικευμένες υποθέσεις που αφορούν ην αιτιολογία. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του φαύλου κύκλου είναι εξατομικευμένα.

Ο στόχος κατά την διάρκεια της γνωσιακής προετοιμασίας όπως επίσης και κατά την διάρκεια της συνολικής θεραπείας, είναι να ολοκληρώσει τον πυρήνα των υποθέσεων του ασθενούς σχετικά με την αιτιολογία των βουλιμικών συμπτωμάτων του/της μέσα στο επιστημονικό μοντέλο. Ο θεραπευτής πρέπει να αποφεύγει να αμφισβητεί τις ιδέες του ασθενούς. Προτιμότερα, ο στόχος του

θεραπευτή πρέπει να είναι, να αναπτύξει ένα μοντέλο συνεργασίας με τον ασθενή. Μια συνεργατική ατμόσφαιρα δουλειάς, διευκολύνεται, για παράδειγμα, χρησιμοποιώντας έναν ενδιαφέρον πίνακα ώστε να διατηρεί στο μυαλό του γιατρού όπως και του ασθενούς ιδέες σχετικά με τους παράγοντες που διατηρούν την διατροφική διαταραχή. Για να προάγουν την αξιοπιστία του εξελιγμένου μοντέλου και για να διευκολυνθεί η συμμόρφωση του ασθενούς, ο θεραπευτής χρησιμοποιεί συγκεκριμένες ψυχολογικές στρατηγικές, συμπεριλαμβανομένης και της πρόβλεψης των αμφιβολιών των ασθενών, εκτιμώντας τα βουλιμικά συμπτώματα ως εύλογα και κατανοητά, ενδυναμώνοντας τις ιδέες των ασθενών που αφορούν τον φαύλο κύκλο, και χρησιμοποιώντας εξηγήσεις που μπορεί να μειώσουν τα αισθήματα ντροπής και ενοχής των ασθενών.

Βασισμένες στο αποτελεσματικό μοντέλο της νευρικής βουλιμίας, οι ενοχοποιήσεις για πιθανή συμπεριφορική μεταβολή επιλύονται συνεταιριστικά. Επιπλέον- χρησιμοποιώντας, για παράδειγμα το επονομαζόμενο ψυχολογικό πείραμα- συζητούνται τα πιθανά θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα της θεραπείας.

Δίνονται στον ασθενή λεπτομερείς πληροφορίες που αφορούν τα πιθανά αποτελέσματα της θεραπείας έκθεσης. Δεν ασκείται πίεση στον ασθενή να συμμετάσχει στην θεραπεία. Επιτρέπεται στον ασθενή για μερικές ημέρες να σκεφτεί τα υπέρ και τα κατά του προτεινόμενου θεραπευτικού προγράμματος και να αποφασίσει αν ή αν δεν αυτός/αυτή θα συμμετάσχει. Εάν ο ασθενής αποφασίσει να συμμετάσχει, η εντατική φάση της θεραπείας ξεκινά αμέσως.

3.11.6.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΚΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η ενδονοσοκομιακή θεραπεία διαρκεί 10 έως 14 ημέρες. Είναι σύνηθες ο ασθενής να έχει άμεση επαφή με τον θεραπευτή για 10 με 12 ώρες περίπου την ημέρα κατά τη διάρκεια των πρώιμων σταδίων της θεραπείας. Το ακόλουθο καθημερινό δρομολόγιο είναι τυπικό της έναρξης της θεραπείας:

- | | |
|----------|--|
| 8:00 π.μ | Σχεδιασμός του διατροφικού προγράμματος του ασθενούς και της θερμιδικής πρόσληψης. |
| 9:00 | Έκθεση: πρωινό (500 θερμίδες) |

10:30	Εκτίμηση και γνωσιακές παρεμβάσεις
11:00	Έκθεση: ενδιάμεσο (200 θερμίδες)
12:00 μ.μ.	Έκθεση: ζύγισμα του ασθενούς , με ταυτόχρονες ή μεταγενέστερες γνωσιακές παρεμβάσεις.
12:30	Έκθεση: Μεσημεριανό (600 θερμίδες)
2:00	Έκθεση: εικόνα σώματος, με ταυτόχρονες ή μεταγενέστερες γνωσιακές παρεμβάσεις.
4:00	Έκθεση: ενδιάμεσο (200 θερμίδες)
4:30	Εκτίμηση και γνωσιακές παρεμβάσεις
5:00	Έκθεση: υπερβολικό φαγητό
6:30	Έκθεση: δείπνο (500 θερμίδες)
7:30	Εκτίμηση, προετοιμασία των απογευματινών και το πρόγραμμα της επόμενης ημέρας.

Από την αρχή, οι ασθενείς μπορεί να εφαρμόσουν συγκεκριμένα τμήματα της θεραπείας μόνοι τους. Πάντως, η στενή θεραπευτική επίβλεψη είναι απαραίτητη ώστε να επιτύχει να συνηθίσει στο άγχος κατά την διάρκεια της έκθεσης. Ένα παρόμοιο πρόγραμμα διεξάγεται τις ημέρες που ακολουθούν αλλά με αυξημένο αυτοέλεγχο κατά την διάρκεια των συνεδρίων έκθεσης. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να πειραματιστεί με την φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά. Οι προϋποθέσεις που δημιουργούνται είναι όσο το δυνατόν παρόμοιες με το φυσικό περιβάλλον. Για παράδειγμα, ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με ψυχολογικούς ή κοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες που τυπικά πυροδοτούν την υπερφαγία του/της. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας οι ασθενείς κρατούν ημερολόγια της διατροφικής τους συμπεριφοράς καθώς επίσης και των συναισθηματικών και γνωσιακών αντιδράσεων.

Για να επιτευχθεί η συνήθεια των αποτελεσμάτων, η θεραπεία έκθεσης εστιάζει σε καταστάσεις και συμπεριφορές που προκαλούν τα άγχη που σχετίζονται με την απόκτηση βάρους και που αυξάνουν τη σφοδρή επιθυμία για υπερβολικό φαγητό: η έκθεση σε υποκειμενικά «απαγορευμένες» τροφές, έκθεση σε υπερβολικό φαγητό, και έκθεση σε συγκεκριμένους πυροδοτητές της υπερφαγίας καθώς επίσης στο σχήμα και το βάρος του σώματος.

3.11.6.2 ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ «ΑΠΑΓΟΡΕΥΜΕΝΟ» ΦΑΓΗΤΟ

Οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι κατά τη διάρκεια της ημέρας με απαγορευμένες τροφές όπως υψηλών θερμίδων ενδιάμεσα και κανονικά γεύματα. Τους ζητάται να καταναλώσουν αυτές τις απαγορευμένες τροφές και να εκφράσουν με λέξεις την γεύση, το άρωμα, την εμφάνιση και την συνεκτικότητα τους για επιτευχθεί η συνήθεια οποιαδήποτε συμπεριφορά αποφυγής αποτρέπεται. Οι πρωταρχικοί στόχοι αυτών των συνεδρίων έκθεσης είναι να μειώσουν το άγχος και να προάγουν τον αυτοέλεγχο σχετικά με κανονική διατροφή καθώς επίσης να ενθαρρύνουν την κατανάλωση μέτριων μερίδων τροφίμων υψηλών θερμίδων.

Οι συνεδρίες έκθεσης επαναλαμβάνονται αρκετές φορές την ημέρα και εκτελούνται κάτω από ποικίλες συνθήκες. Οι ασθενείς καταναλώνουν τα γεύματά τους μαζί με τους θεραπευτές τους καθώς επίσης και μόνοι τους ή με την συντροφιά άλλων ασθενών. Η διατροφή λαμβάνει χώρα στην καφετερία της κλινικής, στην κουζίνας εκπαίδευσης, σε διάφορα εστιατόρια, ακόμα και σε εστιατόρια γρήγορου φαγητού, στα σπίτια των ασθενών, και βέβαια με μια μεγάλη ποικιλία φαγητών.

3.11.6.3 ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟ ΦΑΓΗΤΟ ΚΑΙ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥΣ ΠΥΡΟΔΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

Αυτές οι θεραπευτικές συνεδρίες είναι σχεδιασμένες να επιτύχουν την συνήθεια της σφοδρής επιθυμίας που προκαλείται από την τροφή που καταναλώνεται κατά την διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας. Η έκθεση στο υπερβολικό φαγητό επίσης λαμβάνει χώρα σε διαφορετικές ώρες την ημέρα και κάτω από ποικίλες καταστάσεις. Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με μια ποικιλία φαγητών που καταναλώνονται κατά την διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας και πρέπει να δοκιμάσουν, να μυρίσουν, και να περιγράψουν την περιεκτικότητα και την εμφάνιση των τροφίμων. Κατά την διάρκεια των συνεδρίων, οι ασθενείς επαναλαμβανόμενα διατιμούν την επιθυμία

τους για υπερβολικό φαγητό. Η συνεδρία ολοκληρώνεται μόλις συμβεί απότομη μείωση στην επιθυμία για υπερβολικό φαγητό.

Αξιοσημείωτη προσοχή δίνεται στην προσομοίωση των φυσικών καταστάσεων σαν πυροδοτητές της σφοδρής επιθυμίας και του υπερβολικού φαγητού. Για παράδειγμα, ένα επεισόδιο ενός ασθενούς μπορεί να πυροδοτηθεί από αρνητικές σκέψεις που αφορούν την ανικανότητα του να γίνει μουσικός ή κατηγορώντας τον εαυτό του ότι είναι ανίκανος να δημιουργήσει σταθερές σχέσεις. Σε αυτήν την περίπτωση, ο ασθενής απαιτείται να ακούσει κασέτες στις οποίες αυτές οι αρνητικές σκέψεις επαναλαμβάνονται ξανά και ξανά. Ταυτόχρονα, λαμβάνει χώρα παρατεταμένη έκθεση σε μια ποικιλία φαγητών που καταναλώνονται κατά την διάρκεια ενός επεισοδίου υπερφαγίας. Επαναλαμβάνοντας αυτές τις συνεδρίες έκθεσης αρκετές φορές την ημέρα, η σχέση μεταξύ συγκεκριμένων πυροδοτητών της σφοδρής επιθυμίας και οι αισθήσεις που σχετίζονται με την πρόσληψη τροφής χωρίζονται.

3.11.6.4 ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΣΧΗΜΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η έκθεση στο σχήμα του σώματος γίνεται χρησιμοποιώντας έναν ειδικό καθρέπτη που παρέχει πλήρη θέα του σώματος. Επίσης χρησιμοποιείται βιντεοκάμερα. Στο ξεκίνημα της συνεδρίας της θεραπείας έκθεσης, οι ασθενείς φορούν τα φυσιολογικά τους ρούχα. Καθώς στέκονται μπροστά στον καθρέπτη ή παρακολουθώντας την βιντεοταινία περιγράφουν την εμφάνιση του σώματός τους λεπτομερώς· για παράδειγμα, το μέγεθος και τον τύπο της μύτης, το στόμα, ισχία, στήθη, χέρια, πόδια, και το χρώμα των μαλλιών και του δέρματος. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως η ερώτηση συγκεκριμένων αποριών, η διαμόρφωση ή παρεμπόδιση της συμπεριφοράς αποφυγής, βοηθά τους ασθενείς να επεκτείνουν τα κριτήριά τους για την αυτό-εκτίμηση του σχήματος του σώματος και της σωματικής ελκυστικότητας. Επιπρόσθετα, κατά την διάρκεια των παρατεταμένων συνεδριών, τα άγχη σχετικά με το σχήμα του σώματος συνηθίζονται.

Οι καταστάσεις ποικίλουν από συνεδρία σε συνεδρία. Για παράδειγμα, στις τελευταίες συνεδρίες, οι ασθενείς φορούν σφιχτά εφαρμοστά ρούχα που τονίζουν τις φιγούρες τους. Η αντιμετώπιση του σώματος χρησιμοποιώντας τον

καθρέπτη είναι επίσης σχεδιασμένη για να βοηθά τους ασθενείς να δέχονται και να αναγνωρίζουν τα ελκυστικά καθώς επίσης και τα λιγότερο ελκυστικά μέρη του σώματός τους. Οι ασθενείς επομένως ενθαρρύνονται να πειραματιστούν με τα αξεσουάρ τους, τα μαλλιά τους και τον καλλωπισμό τους. Για να εμπλουτιστούν οι ιδέες των ασθενών σχετικά με την ελκυστικότητά τους, τους ζητάται να πειραματιστούν με την αυτό-έκφραση. Αυτές οι συνεδρίες, οι οποίες λαμβάνουν χώρα σε ποικίλες καταστάσεις βιντεοσκοπούνται. Μετά, οι βιντεοταινίες συζητούνται.

Αυτές οι συνεδρίες έκθεσης πάντα διενεργούνται από μια (γυναίκα) θεραπεύτρια ή τουλάχιστον βοηθούνται από μια (γυναίκα) θεραπεύτρια.

ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

Το ζύγισμα διενεργείται επίσης κάτω από ποικίλες καταστάσεις. (π.χ. ζύγισμα το πρωί, ή το απόγευμα ή ζύγισμα πριν ή μετά από ένα πλούσιο γεύμα). Οι ασθενείς μαθαίνουν ότι οι διακυμάνσεις στο σωματικό βάρος είναι αρκετά φυσιολογικές, και καθώς οι συνεδρίες προχωρούν, τα άγχη τους μειώνονται. Μέσω αυτής της διαδικασίας, η ανησυχία που προκαλεί τις αντιλήψεις γίνεται προφανής στον ασθενή και τον θεραπευτή. Ο θεραπευτής εστιάζει σε αυτές τις αντιλήψεις κατά την διάρκεια των γνωσιακών παρεμβάσεων.

3.11.7 ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Οι γνωσιακές παρεμβάσεις οδηγούνται από ένα σύνολο συγκεκριμένων αρχών. Για παράδειγμα, ο θεραπευτής ποτέ δεν εναντιώνεται στις σκέψεις ή στους στόχους του ασθενούς, ούτε αυτός/αυτή προτείνει εναλλακτικές αντιλήψεις. Αντίθετα, μια θεραπευτική αρχή είναι να δείχνει στον ασθενή ότι οι υποθέσεις ή οι στόχοι του/της είναι εύλογοι και όχι ασυνήθιστοι. Λαμβάνοντας υπόψη το γνωσιακό σύστημα του ασθενούς- για παράδειγμα, εξιδανίκευση του ασθενούς για μια λεπτή σιλουέτα- συμπεριφορές όπως η δίαιτα και ο εμετός γίνονται κατανοητές.

Σαν δεύτερη θεραπευτική αρχή, ο θεραπευτής φαινομενικά τυχαία, εκφράζει με λέξεις πιθανά αρνητικά συμπεράσματα συγκεκριμένων

συμπεριφορών ή ερωτήσεις αν συγκεκριμένοι στόχοι μπορούν να είναι συμβατοί. (π.χ. το να συνεχίσει με την ακραία δίαιτα καθώς μειώνει την σφοδρή λαχτάρα και τις σκέψεις σχετικά με το φαγητό). Μέσω αυτής της στρατηγικής οι εσωτερικές συγκρούσεις του ασθενούς προεξέχουν. Κατά συνέπεια ο ασθενής αισθάνεται ένα είδος γνωσιακής σύγκρουσης ή γνωσιακής διχογνωμίας (π.χ. η επιθυμία να συνεχιστεί η δίαιτα προϋπάρχει με την επιθυμία να σταματήσει τα επεισόδια υπερφαγίας). Ο θεραπευτής τότε επιβεβαιώνει ότι είναι δύσκολο να μεταβληθεί ο στόχος κάποιου και ότι θα ήταν κατανοητό αν ο ασθενής αποφάσιζε να μην αλλάξει τους στόχους του/της. Κατά συνέπεια, η μεταβολή των στόχων γίνεται πρόκληση για τον ασθενή, και η αντίσταση καταρρέει.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ

Κατά την διάρκεια ολόκληρης της θεραπείας, χαρακτηριστικά σήματα στο σύνηθες περιβάλλον των ασθενών που μπορεί να προκαλέσουν υποτροπή αναμένονται και προσομοιώνονται. Το να παρασχούν στον ασθενή στρατηγικές που μπορεί να τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει την υποτροπή, τυπικά τα δυσλειτουργικά συναισθήματα και οι αντιλήψεις σχετικά με την υποτροπή είναι αναμενόμενα. Χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες γνωσιακές στρατηγικές, οι ασθενείς βοηθούνται να ερμηνεύσουν τις υποτροπές σαν ευκαιρίες να εξασκήσουν τις νέες μαθημένες στρατηγικές.

ΑΥΤΟ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Η φάση της ενδονοσοκομειακής θεραπείας ακολουθείται από μια περίοδο 6 έως 8 εβδομάδων δομημένης αυτό-διαχειριζόμενης θεραπείας. Κατά την διάρκεια της φάσης, οι ασθενείς ζουν στο σπίτι τους και επικοινωνούν με τους θεραπευτές τους τηλεφωνικά. Αν κρίνεται απαραίτητο, μια προσωπική συμβουλή ή ακόμα μια επανάληψη σύντομης ενδονοσοκομειακής παραμονής είναι δυνατό οποιαδήποτε στιγμή.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας αυτού του τύπου θεραπείας, εξακολουθεί να διεξάγεται έξι εβδομάδες, ένα χρόνο, και πέντε χρόνια μετά την θεραπεία. Οι μετρήσεις περιλαμβάνουν σχετικές ψυχομετρικές εκτιμήσεις της διατροφικής συμπεριφοράς, ψυχιατρικής διαταραχής, και της διάθεσης καθώς και πληροφορίες σχετικά με την κοινωνική διευθέτηση του ασθενούς. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα προτείνουν ότι αυτή η εντατική σύντομη ενδονοσοκομειακή θεραπεία, η οποία αναμιγνύει περίπου 35 ώρες θεραπευτών-ασθενών, επαρκεί στην διευκόλυνση της συνήθειας και της εξάλειψης των διαδικασιών και στην πρόληψη της συμπεριφοράς αποφυγής. Κατά συνέπεια ένα υψηλό ποσοστό ασθενών διατηρούν το ομαλοποιημένο διατροφικό πρότυπο και επιδεικνύουν μια σημαντική ύφεση στην συχνότητα των επεισοδίων υπερφαγίας τους. Πάντως, με βάση τις αναφορές περιπτώσεων, ασθενείς με σοβαρή κατάχρηση αλκοόλ και ψυχοενεργές ουσίες, συμπτώματα νευρικής ανορεξίας, ή σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές χρειάζονται περισσότερες θεραπευτικές συνεδρίες και φαίνεται να έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες υποτροπής.

Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα αυτής της θεραπείας αξιολογούνται ακόμα. Τα πρώιμα υποσχόμενα αποτελέσματα θα διατηρηθούν ενδεχομένως σε επακόλουθες μελέτες.[19]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΕΦΗΒΕΙΑ

4.1 ΤΙ ΟΝΟΜΑΖΟΥΜΕ ΕΦΗΒΕΙΑ

Εφηβεία ονομάζουμε την εξελικτική διεργασία στη ζωή του ανθρώπου που αρχίζει "βιολογικά" με τις μεταβολές της φυσιολογίας της ήβης και τελειώνει "ψυχολογικά" με την τελική οργάνωση της σεξουαλικότητας. Πρόκειται για ένα φαινόμενο ορμονικό, βιολογικό, πνευματικό. Είναι ένα προϊόν της ανθρώπινης διάνοησης.

Ο Rene Spitz είναι γνωστός στους επιστήμονες της ψυχικής υγείας λόγω μιας "θεωρίας" που, από το 1959 ως τις μέρες μας, δεν έχει ακόμη ξεπεραστεί. Πρόκειται για τη θεωρία των "ψυχικών οργανωτών", η οποία αίρει την καταγωγή από τα εμβρυολογικά μοντέλα. Εκεί ο επονομαζόμενος "οργανωτής" έχει σαν ρόλο να ρυθμίζει την αναπτυξιακή πρόοδο πάνω σε έναν ιδιαίτερο άξονα ανάπτυξης (Needham, 1939).

Ο Spitz εισήγαγε τον όρο "οργανωτής" για να συμπυκνώσει κάτω από ένα μεταβλητό σχήμα το πλήθος των κατακτήσεων στον τομέα της ωρίμανσης και της ανάπτυξης. Το πέρασμα με επιτυχία από τη μια φάση ανάπτυξης σε μια άλλη αποτελεί έναν αληθινό καταλύτη για την προώθησή της.

Όταν διάφορα αναπτυξιακά ρεύματα οργανώνονται και απαρτίζονται έτσι ώστε να λειτουργούν σαν μία ενότητα του ψυχικού συστήματος και μάλιστα σε ένα επίπεδο πιο σύνθετο, τότε αυτή ακριβώς η φάση αντιστοιχεί με μία επιτυχή εγκαθίδρυση του "οργανωτή". Εμείς θα προσεγγίσουμε την εφηβεία και την περιγραφή της, μεταξύ άλλων, και μέσα από τη θεωρία των "οργανωτών", σαν μια διαδοχή οργανωτικών φάσεων ή σταδίων με ιδιαίτερη σημασία. Δύο είναι, λοιπόν, κατά τον Spitz τα ουσιώδη "οργανωτικά στάδια" που θα συναντήσουμε στην ανάπτυξη ενός "φυσιολογικού" εφήβου.

- Το πένθος των γονεϊκών εικόνων και
- Η επιλογή ετερόφυλου "αντικειμένου"

4.2 ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΪΚΩΝ ΕΙΚΟΝΩΝ

Η βιολογική επανάσταση που επέρχεται με ιδιαίτερη δύναμη κατά την εφηβεία, καθώς και οι μετατροπές που προκαλεί στο σώμα απαιτούν μια σοβαρή επανατοποθέτηση τόσο του εφήβου σε σχέση με τον εαυτό του, όσο και του περιβάλλοντος προς τον έφηβο. Οι αλλαγές είναι ραγδαίες, τόσο στις σωματικές αναλογίες, όσο και στα πρωτογενή και δευτερογενή γενετικά χαρακτηριστικά. Έτσι επισυμβαίνουν σημαντικές αλλοιώσεις στην αντίληψη του εφήβου για τη "σωματική του εικόνα".

Υπάρχουν έφηβοι που δέχονται με ευκολία την καινούργια εικόνα του σώματός τους με τα χαρακτηριστικά του φύλου και άλλοι που θα αποπειραθούν να τα απαρνηθούν.

Το σώμα παίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στις ανθρώπινες σχέσεις και ρυθμίζει την αποδοχή ή όχι του εαυτού μας. Έτσι η στάση και οι κρίσεις που το περιβάλλον κάνει για τον έφηβο επηρεάζουν κατά πολύ την εικόνα που ο ίδιος δημιουργεί για τον εαυτό του. Είναι γεγονός ότι κατά την φυσιολογική εξέλιξη των εφήβων η σεξουαλική (γενετήσια) ωρίμανση κάνει τις γενετήσιες τάσεις να περνούν σε πρώτο επίπεδο (A. Freud).

Κατά τη διάρκεια της προ-εφηβείας η παιδική σεξουαλικότητα συναντά ένα ΕΓΩ που όμως είναι άκαμπτο και αντιτάσσει σοβαρές άμυνες στις ενορμητικές απαιτήσεις. Οι μηχανισμοί που το εγώ χρησιμοποιεί είναι αυτοί που πάντα χρησιμοποιούσε κατά την παιδική ηλικία (λανθάνουσα περίοδο) – η απόθηση, η μετάθεση, η απάρνηση.

Η άνθιση της εφηβείας θα επιφέρει σίγουρα και την αναβίωση του Οιδιπόδειου συμπλέγματος. Έτσι ο τρόπος που το νέο άτομο θα οργανώνει τις σχέσεις του, θα κινείται ανάμεσα στο "ιδεώδες του εγώ", στις γονεϊκές του εικόνες και στις εικόνες που η πραγματικότητα του δίνει για τον εαυτό του και για τους γονείς του (E. Kestemberg). Ο νέος ζει την ένταση της αναβίωσης του Οιδιπόδειου συμπλέγματος με σοβαρό άγχος, έντονες ενοχές και απώλεια της αυτό-εκτίμησης.

Ακριβώς για να ξαναχτίσει μια ισορροπία και για να οργανώσει εκ νέου ένα σύστημα σχέσεων σε αναλογία με αυτό των γονεϊκών προτύπων που έχει

κλονιστεί, ο έφηβος πρέπει να απορρίψει βίαια τα γονεϊκά πρότυπα ώστε να αυτό-επιβεβαιωθεί.

Κατά την περίοδο αυτή όπου προεξάρχει η γενετήσια ανάπτυξη και λόγω των φαντασιώσεων με τις οποίες επενδύονται οι γονεϊκές εικόνες οι έφηβοι βρίσκονται στην ανάγκη να αποστασιοποιηθούν από αυτές. Κατά τον Diatkine, μια συγκεκριμένη εικόνα που έχει δημιουργήσει ο έφηβος για τους γονείς του κατά τη διάρκεια της εξέλιξης των αμοιβαίων σχέσεων καταστρέφεται. Έτσι αντιδράσεις των εφήβων, "όπου τίποτα από το παρόν, ή το μέλλον δεν έχει ενδιαφέρον", εξηγούνται μέσω της νοσταλγίας που είναι και η έκφραση αυτής της σύγκρουσης ανάμεσα στην εξάρτηση από τους γονείς και την επανάσταση εναντίον τους. Η νοσταλγία αυτή φέρει τη σφραγίδα μιας τάσης προς παλινδρόμηση, η οποία χαρακτηρίζεται από την επώδυνη προσπάθεια ολοκλήρωσης μιας διαδικασίας αποχωρισμού (από την παιδικότητα, από τους γονείς).

Η οριστική και αναπότρεπτη εγκατάλειψη του "πρωτογενούς αντικειμένου αγάπης", δηλαδή της μητέρας ή και του πατέρα, μέσα από αυτό ακριβώς το πένθος των γονεϊκών προτύπων σηματοδοτεί και την επιτυχή εγκατάσταση του πρώτου οργανωτή της εφηβικής προσωπικότητας και βοηθά στον επαναπροσανατολισμό προς άλλα αντικείμενα σχέσεων. Έτσι το "πένθος" του εφήβου εμφανίζεται ως αποφασιστικός παράγων, ο οποίος επιτρέπει την πρόοδο της φυσιολογικής εξέλιξης.

Μόνο αφού καταρρεύσουν επιτυχώς τα "γονεϊκά πρότυπα" θα αρχίσει μια διεργασία προς την κατεύθυνση της αναζήτησης σχέσεων εκτός οικογενείας, οι οποίες έχουν πιθανότητες να επιζήσουν. Σύμφωνα με την A. Freud το πένθος της εφηβείας διεξάγεται μέσα σε ιδιαίτερα αντίξοες συνθήκες. Το εγώ αποσπάται από το υπερεγώ, το οποίο χάνει την αποτελεσματικότητά του και αφήνει το εγώ χωρίς σταθερό αντίβαρο. Έτσι πράγματι και ενώ το περιεχόμενο του υπερεγώ αντιστοιχεί από την παιδική ακόμη ηλικία στους εσωτερικευμένους γονεϊκούς κανόνες, κατά την εφηβεία, η απάρνηση των παιδικών δεσμών με τα αντικείμενα αγάπης που είναι οι γονείς, συμπαρασύρει και την απώλεια του περιεχομένου του υπερεγώ. Εδώ λοιπόν βλέπουμε ότι ο έφηβος όχι μόνο πρέπει να αποδεσμευτεί από όσα δεχόταν ως τώρα, αλλά, πράγμα που είναι και το σοβαρότερο, να απαρνηθεί ένα σημαντικό μέρος της προσωπικότητάς του. Όσο οι γονεϊκές

εικόνες υπήρχαν παντοδύναμες το παιδί έπαιρνε από αυτές ικανοποίηση. Η στιγμή όμως της απόρριψης είναι και μια σημαντική πηγή απώλειας της αυτό-εκτίμησης του εφήβου.

Έτσι θα μπορούσαμε, κάτω από αυτό το πρίσμα να εξηγήσουμε πολλές από τις αντικοινωνικές πράξεις των εφήβων. Σαν μία πρόκληση προς τους γονείς να ξαναπάρουν το ρόλο τους και για να καλύψουν το κενό που δημιούργησε η απόρριψή τους, συμβάλλοντας ταυτόχρονα και στη δημιουργία αμυνών ενάντια στο κύμα των ενορμητικών τάσεων.

Όλες αυτές οι "ψυχολογικές κινήσεις" μπορεί να εκληφθούν ως προσαρμοστικές προσπάθειες του εφήβου προς μια σύγχρονη ζωντανή πραγματικότητα, η οποία έρχεται να καταρρίψει την κεκτημένη παιδική εικόνα για τον κόσμο που ο έφηβος πρέπει να εγκαταλείψει καταστρέφοντάς την.

4.3 Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΕΤΕΡΟΦΥΛΟΥ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ

Πολλοί συγγραφείς έχουν σταθεί στη σημασία πού έχει ο τονισμός του ναρκισσισμού ο οποίος ακολουθεί τη φυσιολογική πορεία του πένθους που προαναφέραμε. Έτσι σύμφωνα με τον Jacobs "ο έφηβος περνά από ένα μεταβατικό στάδιο ναρκισσιστικής απόσυρσης", το οποίο φυσιολογικά πρέπει να ακολουθείται από την επιστροφή του ατόμου στον κόσμο των σχέσεων. Όπως θα 'λεγε ο Nietzsche "μάλλον υποχωρεί και σίγουρα το κάνει, αλλά υποχωρεί για να πηδήξει καλύτερα!"

Κατά τη διάρκεια αυτής της τόσο ταραγμένης περιόδου και ενώ φαίνεται σαν να διεξάγεται ένας αγώνας ανάμεσα σε αντίθετες δυνάμεις, όπως η πράξη και η αγωνία, το χάος και η αποσαφήνισή του, η χαρά και η απελπισία, η ανάπτυξη του εγώ βαδίζει προς την ολοκλήρωσή της.

Πριν λοιπόν μιλήσουμε για τη φυσική επιλογή ετερόφυλου αντικειμένου θα έπρεπε να αναφερθούμε στο χαρακτηριστικό της εφηβείας, το τόσο γνωστό και τόσο σημαντικό για τη δόμηση του ψυχισμού - την εξιδανίκευση.

Ως εξιδανίκευση θεωρούμε το σύνολο των δραστηριοτήτων που περιλαμβάνουν την Τέχνη και την Πνευματική έρευνα και ενασχόληση. Μια ενόρμηση λέγεται "εξιδανικευμένη" όταν προσανατολίζεται προς αντικείμενα κοινωνικά αποδεκτά.

Ορισμένοι έφηβοι, συνήθως οι περισσότεροι, κατά την περίοδο αυτή αναπτύσσουν νέα ταλέντα, δημιουργικότητα και ικανότητες που δεν υπήρχαν πριν. Συνήθως πρόκειται για τάλαντα ποιητικά, μέσω των οποίων ο έφηβος ψάχνει να εκφράσει μια ζωή κυρίως φαντασιωσική, ιδιαίτερα έντονη και μια θλίψη μπροστά στον αποχωρισμό του παιδικού κόσμου, ενώ ταυτόχρονα δηλώνουν και μια έντονη επιθυμία για συγκινησιακές ικανοποιήσεις.

Η εμφάνιση της ωριμότητας και η προσαρμογή του εφήβου στην πραγματικότητα, συνδυάζονται συχνά και συνηγορούν στην απώλεια των σπάνιων αυτών δώρων της εφηβείας.

Στους ειδικούς της φυσικής υγείας τίθεται συχνά ο προβληματισμός που αφορά στο συνδυασμό της γενετήσιας σεξουαλικής ενέργειας, ο οποίος είναι παρών κατά την εφηβεία και της δυνατότητας για εξιδανίκευση. Προεξάρχοντας του Freud, οι περισσότεροι επιστήμονες θεωρούν ότι η πρόωμη σεξουαλική ικανοποίηση, οι πρόωμες δηλαδή ολοκληρωμένες σχέσεις εμποδίζουν τη λειτουργία της εξιδανίκευσης και κατά συνέπεια μπλοκάρουν ένα σημαντικότατο στάδιο ανάπτυξης.

Έχει κλινικά παρατηρηθεί ότι ψυχολογικά ο έφηβος δεν παίρνει την ικανοποίηση που περιμένει από την πρόωμη σεξουαλική ολοκλήρωση διότι απλούστατα δεν είναι έτοιμος γι' αυτήν.

Είναι αναντίρρητο ότι ο έφηβος εκείνος που επενδύει όλη την libido του στην γενετήσια ικανοποίηση (ή στην εξεύρεσή της) "σπαταλά" την ενέργειά του δημιουργώντας πρόβλημα στη φυσιολογική του ικανότητα για εξιδανίκευση, ικανότητα που δεν θα μπορέσει ποτέ να αναπληρώσει τελείως κατά τη διάρκεια της ωρίμανσης.

Ένα απλό παράδειγμα κατάληξης της εξιδανίκευσης που έρχεται να υποστηρίξει τις πιο πάνω θέσεις είναι η ανάπτυξη τρυφερών αισθημάτων στις πρώτες σχέσεις με το οποιοδήποτε αντικείμενο αγάπης.

Η μεικτοποίηση των σχολείων δίνει εναύσματα για παρατηρήσεις συχνά παράδοξες σε αυτόν τον τομέα. Όπως αιώνες τώρα η αναζήτηση της αρμονίας ανάμεσα στην τρυφερότητα και τη σεξουαλικότητα, συναντά δυσκολίες, ακόμα και μέσα στο χαλαρό πια σύστημα της καθημερινής συνύπαρξης των δύο φύλων στα σχολεία, ιδιαίτερα στα Λύκεια. Ακόμη και σήμερα ο νέος έφηβος των 16-17 ετών, αν ξεπεράσει το όριο της σεξουαλικής προσέγγισης με τον καθημερινό

σύντροφο συχνά αισθάνεται μελαγχολία, ενοχές και φυσικά έκπληξη για τα συναισθήματά του αυτά. Συχνότερα οι έφηβες κοπέλες νιώθουν μιαν ασυνείδητη απαξίωση του εαυτού τους σαν συνέχεια της ολοκλήρωσης των σεξουαλικών σχέσεων, "πριν η φίλια μας ήταν υπέροχη, τώρα δεν ξέρω πια τι συμβαίνει...".

Οριστικό συμπέρασμα είναι ότι κατά τη διάρκεια της εφηβείας ο διαχωρισμός μεταξύ σεξ και αγάπης είναι ασαφής. Η εξιδανίκευση δεν έχει περατώσει το ρόλο της, ώστε να βοηθήσει στη δημιουργία σεξουαλικών σχέσεων ωριμότητας και αρμονίας. Εδώ όμως θίξαμε πια το σκέλος της επιλογής του "αντικειμένου" για το οποίο και θα μιλήσουμε αμέσως.

Όπως αναφέρθηκε το πρώτο στάδιο της επιλογής του αντικειμένου είναι η ναρκισσιστική αναδίπλωση. Μια μορφή αναζήτησης και επιλογής "αντικειμένου" είναι η τάση για ονειροπόληση, για φαντασιωσικού τύπου δραστηριότητες, για υπερευαισθησία και για αισθητηριακή οξύτητα. Αυτές οι δραστηριότητες που ανήκουν στη χωρία του φανταστικού έχουν ένα σοβαρό λόγο ύπαρξης στην εφηβεία. Το νέο άτομο μέσα από αυτές έχει τη δυνατότητα να αφομοιώνει σε μικρές δόσεις τις συναισθηματικές εμπειρίες προς τις οποίες το ωθεί η ανάπτυξή του.

Τα ομοφυλικά στοιχεία που συχνά ανιχνεύονται στην αναζήτηση του "αντικειμένου" είναι σε αυτές τις περιπτώσεις φυσιολογικά. Μια αγάπη εξιδανικευμένη, παθιασμένη του εφήβου για φίλους του ίδιου φύλου που αποτελούν ταυτόχρονα "αντικείμενα" και εικόνες του ιδανικού του εγώ, είναι χαρακτηριστικά φαινόμενα της ηλικίας αυτής.

Δεν θα μπορούσε καλύτερα συγγραφική πένα να περιγράψει αυτό το στάδιο ανάπτυξης όπως τούτη του μεγάλου Ν. Καζαντζάκη στην "Αναφορά στον Γκρέκο". Να το σχετικό απόσπασμα μια και αποτελεί διεθνώς παραδεκτή περιγραφή της προ-εφηβικής επιλογής αντικειμένου:

"Την παλιά εκείνη εποχή στον τόπο μας η ήβη ξυπνούσε πολύ αργά, κατακόκκινη από ντροπαλοσύνη και μάχονταν να κρυφτεί πίσω από λογής-λογής μάσκες. Η πρώτη μάσκα στάθηκε για μένα φίλια, το πάθος, για ένα ασήμαντο, το πιο ασήμαντο συμμαθητή μου. Κοντόχοντρος, στραβοπόδης, με βαρύ αθλητικό κορμί, χωρίς καμιά πνευματική περιέργεια. Αλλάζαμε φλογερά γράμματα κάθε μέρα και με έπαιρνε το παράπονο και συχνά το κλάμα τη μέρα που δεν είχα γράμμα του. Περιτριγύριζα το σπίτι του, τον παρακολουθούσα κρυφά, κοβόταν η

αναπνοή μου όταν τον έβλεπα να προβαίνει. Η σάρκα είχε ξυπνήσει και δεν κάτεχε ακόμα το πρόσωπο να δώσει την πεθυμιά της, καλά-καλά δεν είχε ξεχωρίσει ακόμα τι διαφέρει ο άντρας από τη γυναίκα. Όμως θα μου φάνταζε πολύ πιο ακίνδυνη, πιο βολική, η συναναστροφή με αγόρι παρά με κορίτσι, παράξενη αντιπάθεια μαζί και φόβο ένοιωθα αντικρίζοντας γυναίκα..."

Παράδειγμα επίσης χτυπητό για τον τρόπο επιλογής του αντικειμένου αποτελεί και μια ενδεχόμενη στροφή των νέων προς το θεό και τη θρησκεία. Τούτο θα μπορούσε να ερμηνευτεί και σαν αποτέλεσμα της αντίθεσης με τις γονεϊκές εικόνες π.χ. τον πατέρα. Ο πιο "αφηρημένος" εκπρόσωπος του πατέρα είναι ο Θεός ή της μητέρας η Παναγία.

Η πορεία προς την ωριμότητα περνά μέσα από την "καταστροφή του πατέρα", τον ησυχασμό του Υπερεγώ, την ανόρθωση του ιδανικού του Εγώ και τέλος την ενδυνάμωση της λειτουργίας εξιδανίκευσης μέσα από την ταύτιση με μια υποκατεστημένη γονική εικόνα.

Μια λοιπόν από τις δυσκολότερες προσπάθειες που κάνουν το Εγώ και το Υπερεγώ του εφήβου είναι ακριβώς αυτή η εγκαθίδρυση σταθερών και μόνιμων ταυτίσεων με τους γονείς, τους οποίους ο έφηβος αρχίζει να παραδέχεται ως άτομα με ανεξάρτητες από τη δική του γέννηση ενασχολήσεις. Αυτές ακριβώς οι ταυτίσεις θα του δώσουν σταδιακά το δικαίωμα να προχωρήσει και εκείνος στη δική του επιλογή ερωτικού ετερόφυλου συντρόφου.

Ο έφηβος γίνεται σταδιακά ένα πρόσωπο αυτόνομο, σεξουαλικά δραστήριο και ικανό ως εκ τούτου να δεχτεί το σταθερό και διαρκές καθρέφτισμα του εαυτού του στον Άλλον. "Η δημιουργία της ταυτότητας αρχίζει όταν οι ταυτίσεις του παρελθόντος τελειώνουν", λέει ο Erikson. Όταν λοιπόν οι συγκρούσεις, οι διακνυμάνσεις της αυτά-εκτίμησης και της ταυτότητας του εαυτού ρυθμιστούν, ο έφηβος μπορεί να στοχεύει αλλού, ιδιαίτερα σε σχέσεις με ετερόφυλα αντικείμενα σε πνευματικά ή επαγγελματικά ενδιαφέροντα. Αυτή ακριβώς η ύπαρξη και συνύπαρξη σχέσεων και στόχων μαρτυρεί την επιτυχημένη εγκαθίδρυση αυτού που θεωρούμε σαν το δεύτερο οργανωτή της εφηβείας. Η κατάσταση αυτή σηματοδοτεί το τέλος της εφηβείας και την αρχή της ενήλικης ζωής.

Πριν το τέλος της περιγραφής της ομαλής αναπτυξιακής πορείας του εφήβου θα έπρεπε να αναφερθεί η ιδιαίτερη θέση που κατέχουν οι ταυτίσεις και

το ιδανικό του εγώ. (Γίνομαι για μένα αυτός που θέλω εγώ και αυτός που θέλουν οι άλλοι).

Ο έφηβος βρίσκεται λοιπόν ανάμεσα σε γονεϊκές ταυτίσεις και καινούργιες ταυτίσεις με ήρωες, είδωλα, ηθοποιούς, που προκαλούν και μια σταδιακή απώλεια της ταυτότητάς του ως ατόμου. Ο P. Bloss μιλάει και για εφηβικές φιλίες που είναι τόσο παθιασμένες και εξυπηρετούν την ψυχική ισορροπία. Συντελούν στον εμπλουτισμό του εγώ.

Το εγώ ψάχνει για συμμάχους εσωτερικούς και εξωτερικούς, προκειμένου να ελέγξει τις παλινδρομήσεις, τη ντροπή και τις ενοχές και να εγκαταλείψει τους πρωτόγονους τρόπους ναρκισσιστικής ικανοποίησης. Οι φίλοι παίζουν το ρόλο των βοηθητικών εγώ και υπερεγώ στα οποία μπορεί να ανατρέξει για να βοηθήσει τις άμυνες ή για να τιμωρήσει μια συμπεριφορά που συνήθως θεωρείται απαράδεκτη.

Τώρα βέβαια θα πρέπει να οριστεί τι θεωρείται απαράδεκτη συμπεριφορά. Οι αρχές που προαναφέρθηκαν περιγράφουν τα φαινόμενα της εφηβείας διαχρονικά. Όταν όμως μιλούμε για συμπεριφορά σίγουρα τη συνδέουμε με τον εξωτερικό κόσμο και τις συνθήκες. Και μπαίνει εύλογο το ερώτημα: διαφέρουν οι σημερινοί έφηβοι από τους παλαιότερους και αν ναι σε ποια σημεία και γιατί.

4.4 ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Συχνά συναντούμε εφήβους γεμάτους ευθραυστότητα, που ζητούν συμβουλές για διάφορα θέματα, που τους απασχολούν. Συχνότερα, αντίθετα με ότι συμβαίνει στις μεγαλύτερες ηλικίες, πρόκειται για αγόρια. Τα προβλήματά τους είναι συχνά τάξεως "πνευματικής". Δυσκολίες στη μάθηση, επαγγελματικός προσανατολισμός, προβλήματα με καθηγητές, άγχος μπροστά στον ανταγωνισμό, κτλ. Τα κορίτσια θέτουν θέματα ανάλογα, όμως κάτω από ένα πρίσμα καθαρά συγκινησιακό, πιο "ερωτικό", θα λέγαμε. Συνήθως τα προβλήματά τους αλλάζουν σε επιφάνεια, αλλά το βάθος παραμένει το ίδιο. Το άγχος, η απόρριψη της μάνας και του πατέρα και η επανασύνδεση με βοηθητικά αντικείμενα. Πολλές πλευρές του ψυχολογικού προφίλ του εφήβου μπορούν να ονομαστούν "κοινωνιολογικά γεγονότα", πράγμα που σηματοδοτεί τις διαφορές ανάμεσα στις γενιές των εφήβων. Όχι μόνο τα χαρακτηριστικά αυτά

εμφανίζονται εκεί ακριβώς όπου εκτυλίσσονται τα κοινωνικά γεγονότα, αλλά πολλά από αυτά αποτελούν και μέρος των γεγονότων αυτών.

Συχνά θεωρείται, ότι συμπεριφορές των εφήβων έρχονται ως αποτέλεσμα διαφόρων εξωτερικών παραγόντων.

Η γενικευμένη πτώση του θρησκευτικού συναισθήματος, η γενική ενασχόληση όλων με προβλήματα οικονομικής φύσεως, προβλήματα τοπικά, πολιτικά, η απαξίωση όλων εκείνων με τους οποίους ο έφηβος πίστευε ότι θα μπορούσε να ταυτιστεί εποικοδομητικά, η τρομερή διαφορά στο διαμοιρασμό των αγαθών, η εξύψωση της ιδέας του πλουτισμού και της επιτυχίας με εύκολα μέσα, η μεγάλη σημασία που δίνουμε σήμερα στο κοινωνικό επίπεδο, ο παράλογος ανταγωνισμός, η κακώς εννοούμενη "πνευματική απόδοση" και το άνοιγμα των στεγανών, ώστε όλοι να θεωρούν τους εαυτούς τους έτοιμους ή ικανούς να ανταπεξέλθουν σε καταστάσεις, όπου παλαιότερα μόνο μια μικρή μειοψηφία τα κατάφερνε. όλα αυτά προσδίδουν το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό στους σημερινούς εφήβους, της έντασης και της αγωνίας.

Είναι λοιπόν φανερό, ότι οι αλλαγές του εξωτερικού περιβάλλοντος αλλάζουν και τους εφήβους. Ακόμη και αν τα βασικά χαρακτηριστικά μένουν ίδια, οι εξωτερικές τους εκδηλώσεις διαφοροποιούνται. Άρα κάθε γενιά μπορεί να αγναντεύει τους δικούς της εφήβους, π.χ. σε σχέση με τις σεξουαλικές σχέσεις. Παλαιότερα το αγόρι κατά το τέλος της εφηβείας είχε μια πάγια άποψη για το ποια κορίτσια ήταν "καλά" και για το ποια κορίτσια ήταν "κακά", δηλαδή σεξουαλικά προσπελάσιμα.

Στη σημερινή εποχή ο νέος άνδρας, ο μετέφηβος, είναι πολύ πιο ελεύθερος μια και οι προγαμιαίες σχέσεις ατόμων άνω των 20-22 ετών είναι πλέον κανόνας. Γι' αυτό και στη σημερινή εφηβεία σπάνια τα παιδιά υποφέρουν από το συναίσθημα που θα χαρακτηρίζαμε ως "έρωτα". Οι έφηβοι σήμερα μάλλον ερωτεύονται ή "τα φτιάχνουν" για να αστείευτούν περισσότερο και καθόλου για να πονέσουν.

Η ενδοσκόπηση, η έμφυτη ικανότητα των εφήβων να γυρνούν στον εαυτό τους και να τον εξετάζουν, είχε και έχει πάντοτε μια θετική αξία ως μηχανισμός άμυνας και αυτογνωσίας. Οι σημερινοί έφηβοι, όλο και λιγότερο καταφεύγουν σε αυτόν τρόπο σκέψης. Προτιμούν πιο άμεσους τρόπους αντίληψης της πραγματικότητας.

Τα τελευταία χρόνια έχει συχνάσει το φαινόμενο εκείνων των εφήβων που ενώ είχαν μια πορεία καθόλα φυσιολογική, ξαφνικά σαν νέοι μετέφηβοι εμφάνισαν "κατάθλιψη". Αν τους κοιτάξει κανείς θα δει ότι ως έφηβοι είχαν παραμείνει μόνοι, εξαιτίας μιας υπερεντατικοποιημένης σχολικής φοίτησης και μιας άριστης απόδοσης. Ξαφνικά το να είναι καλύτεροι έπαυσε να τους ικανοποιεί (ο ρόλος της μητέρας και του γενικώς απαξιωμένου πατέρα) και αισθάνονται ότι όλη η δουλειά και η απόδοσή τους έχουν αποβεί επί ματαίω.

Ύστερα ανάμεσα στους εφήβους κυκλοφορούν πληροφορίες υπό τύπον αξιολόγησης, όπου το να γίνει δεκτός ένας έφηβος από το τάδε ή το δείνα Πανεπιστήμιο αποτελεί έναν τίτλο κοινωνικής καταξίωσης, κύρους και υπερηφάνειας. Αυτό βέβαια είναι ένα διαχρονικό στοιχείο. Στη σημερινή όμως "ανοιχτή" κοινωνία όπου "όλα είναι εφικτά για όλους αρκεί να υπάρχουν τα χρήματα", οι έφηβοι πιέζονται, ιδίως από τους γονείς να φτάσουν στα ανώτατα επίπεδα μόρφωσης για να "γίνουν καλύτεροι" από τους ίδιους. Τόσο αυτοί που μπορούν, όσο και εκείνοι που δεν έχουν τα νοητικά προσόντα ή την ψυχολογική αντοχή να αντεπεξέλθουν.

Είναι δείγμα της εποχής μας η απαξίωση προς κάθε επάγγελμα που δεν προϋποθέτει ανώτατη μόρφωση, όσο παραγωγικό, ενδιαφέρον ή αποδοτικό και αν είναι. Έτσι τα παιδιά των τελευταίων δεκαετιών έχουν στα χέρια τους τον πιο σίγουρο αυτοκαταστροφικό οδηγό του μάταιου, εξαντλητικού και φθοροποιού αγώνα, για να φτάσουν κάπου που δεν θέλουν. Επειδή έτσι είναι καλύτερα ή "κοινωνικώς αποδεκτά". Σε αυτό φυσικά διαφέρουν από τον έφηβο της προηγούμενης γενιάς που μεγάλωνε με τον αφορισμό της "τίμιας δουλειάς" της οικογένειας και της θρησκείας. Στις προηγούμενες δε γενιές, ιδιαίτερα στην Ευρώπη μια σειρά από "-ισμούς" χρησίμευαν για να καθοδηγήσουν το επαναστατικό πνεύμα των νέων σε κανάλια πολιτικά (κομματικά) και κοινωνικά (αναρχισμός, κομμουνισμός, ουμανισμός, κ.ά.). Αυτές οι φιλοσοφίες δεν αντιστοιχούν σε τίποτα πια στη σημερινή μας ζωή. Για αυτό και οι περισσότεροι νέοι μένουν στο περιθώριο της πολιτικής δράσης.

"Οι επιδιώξεις των σημερινών εφήβων είναι περισσότερο προσωπικές, παρά κοινωνικές". Σε αντίθεση με τους νέους της μεταπολεμικής περιόδου και των προηγούμενων δεκαετιών οι νέοι μας εκφράζουν τα "περάσματα στην πράξη (actings-out) με ένα ντύσιμο ομοιογενές από το οποίο λείπει κάθε στοιχείο

διαφοροποίησης φύλου και ατόμου. Σε αντίθεση με το εγώ των παλαιότερων γενιών το εμείς και η προσπάθεια να ανήκουμε σε αυτό είναι το χαρακτηριστικό των σημερινών εφήβων. Βέβαια κατά μεγάλο μέρος και η νεολαία των καιρών μας παραμένει ακόμη ιδεαλίστρια. Αλλά είναι εμφανής η τάση να στρέφεται περισσότερο προς την πραγματικότητα. Πολύ περισσότερο από ό,τι δέκα χρόνια πριν, τα νέα παιδιά στην εφηβεία, έχουν ευκαιρίες για ανοιχτή και ενεργητική επανάσταση με διάφορους στόχους, όπως παρέμβαση στα σχολικά δρώμενα, στο είδος σπουδών που θα κάνουν, στην ελευθερία κινήσεων που θα έχουν, κτλ.

Οι προηγούμενες γενιές εφήβων, κοριτσιών ας πούμε, πάλευαν για την "κοινωνική ισότητα" των δύο φύλων. Σήμερα που αυτή έχει πλέον κατακτηθεί τα κορίτσια έχουν αιτήματα περισσότερο πνευματικά και ατομικές επιδιώξεις. Εξάλλου είτε με τα ρούχα, είτε με τις πράξεις τους τείνουν να εξομοιωθούν εντελώς με τα αγόρια. Ακόμα και όταν τα προσωπάκια τους είναι αγγελικά και μοιάζουν με "μικρές σειρήνες" από το λαιμό και κάτω καταφεύγουν στα αγορίστικο ντύσιμο σαν άμυνα απέναντι στους κινδύνους που τους επισείει η ίδια τους η σεξουαλικότητα, η ίδια τους η αρχόμενη γυναικεία φύση.

Η εφηβεία είναι το ξεχωριστό κομμάτι της ανθρώπινης ζωής. Είναι ίσως από τα πιο όμορφα. Το λιγότερο αλλά και περισσότερο αθώο. Πάντως είναι σίγουρο, ότι είναι το ποιητικό και το πιο ακανθώδες. Είναι επίσης και το πιο εύθραυστο.

4.5 Η ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Τα όρια του φυσιολογικού και του παθολογικού στην εφηβεία

Η εφηβεία είναι ένα φαινόμενο ορμονικό, βιολογικό, πνευματικό. Είναι ένα προϊόν της ανθρώπινης διάνοησης (Canguilhem). Με αυτόν τον εκπληκτικό αφορισμό θα ξεκινήσουμε την προσπάθεια να ορίσουμε τη διαφορά ανάμεσα σε μια προσαρμοστική αναπτυξιακή συμπεριφορά και σε μια συμπεριφορά παθολογική κατά τη διάρκεια της εφηβείας.

Σύμφωνα με τον B. Krammer είναι πιο εύκολο να απομονωθεί η παθολογία μια και βασιζόμαστε πάνω στη σπουδαιότητα των συμπτωμάτων, τις μορφοποιήσεις των συγκρούσεων και των αμυνών.

Συχνά μπορούμε να μπερδέψουμε την εφηβεία με όλες τις αρχικές μορφές ψυχασθένειας,. Η διάγνωση της παθολογίας ή της υγείας στηρίζεται κατ' ουσία (σύμφωνα με την A. Freud) πάνω στην εκτίμηση της ικανότητας για εξελικτική πρόοδο.

Υπάρχει κατάσταση υγείας όταν υπάρχει η εντύπωση μιας ικανοποιητικής εσωτερικής ισορροπίας στην οποία αντιστοιχεί ένας βαθμός προσαρμογής στο περιβάλλον. Αδιαφιλονίκητα σημαντικός είναι ο παράγων της οικογένειας, η οποία σε συνειδητό ή προ-συνειδητό επίπεδο σπρώχνει το υποκείμενο να δεχτεί το ρόλο του ασθενούς, έτσι ώστε να γίνει ο στόχος των οικογενειακών εντάσεων και ο φορέας των συμπτωμάτων. Αυτό που ονομάζεται σύμπτωμα στην εφηβεία είναι σχεδόν πάντα μια συμπεριφορά ρήξης. Ρήξης με το σύνολο της πρέπουσας συμπεριφοράς ή ρήξης με το περιβάλλον. Σε όλες τις περιπτώσεις είναι το απροσδόκητο και το απρόβλεπτο που μας συγκλονίζει.

Εξάλλου πάντα αναρωτιόμαστε: Η ανισορροπία που παρατηρείται στον έφηβο αντικατοπτρίζει μια φυσιολογική κρίση που πρέπει να αντιμετωπίσουμε με υπομονή και σταθερότητα ή πρόκειται για σύμπτωμα μιας ασθένειας που θα πρέπει να φροντίσουμε; Στην πρώτη περίπτωση πρόκειται για πρόβλημα παιδαγωγικό και στην άλλη για πρόβλημα ιατρικό.

Αν για το σώμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο ορισμός του Leriche ότι "υγεία είναι η σιωπή του σώματος", για τη συμπεριφορά μπορεί να ειπωθεί ότι "υγεία είναι η σιωπή της συμπεριφοράς". <Ως συμπτώματα Canguilhem εννοεί κάποιες ανωμαλίες, δηλαδή χαρακτηριστικά που αποσπώνται από το περιβάλλον τους. Κάθε ανωμαλία είναι ταυτόχρονα και μια στάση, μια συμπεριφορά που εγγράφεται μέσα σε συστήματα συμπεριφορών και στην έκφραση μιας υποκειμενικότητας. Εξάλλου η ανωμαλία δεν διαχωρίζεται ριζικά από τις υπόλοιπες συμπεριφορές του εφήβου, οι οποίες εντάσσονται στο σύνολο των πράξεών του.

Σε μια κοινωνία προοδευτική, κάθε συγκρουσιακή δυσαρμονία των εφήβων μπορεί να φαίνεται σαν εχέγγυο επιτυχίας. Ενώ σε κοινωνίες πιο παραδοσιακές και σταθερές η ίδια συγκρουσιακή δυσαρμονία φαίνεται σαν παθολογικό σύμπτωμα. Από αυτό καταλαβαίνουμε πόσο τα κριτήρια του φυσιολογικού ή του παθολογικού ορίζονται και χαρακτηρίζονται από κοινωνική σχετικότητα. Εξού και ορίζουμε ως ψυχική ασθένεια τα συστήματα εκείνα της

συμπεριφοράς που δεν επιτρέπουν την επιβίωση του ατόμου ή διαταράσσουν σοβαρά την προσαρμογή στο περιβάλλον.

Το ίδιο ισχύει και για τα συμπτώματα των εφήβων, που μοιάζουν να έρχονται σε ρήξη με το σύνολο της συμπεριφοράς τους. Η παθολογική τους σημασία εξαρτάται επίσης από προηγούμενα κριτήρια.

Ανάλογα με το περιβάλλον και την εποχή η σοβαρότητα των συμπτωμάτων ποικίλλει. Μια σχολική επιτυχία θεαματική ή μια κοινωνική περιθωριοποίηση μπορούν κάλλιστα να εγγραφούν τόσο στην ψυχοπαθολογία, όσο και στο αντίθετό της, η αξία όμως του συμπτώματος ποικίλλει ανάλογα με τις κοινωνικές αξίες και όχι με το ψυχολογικό περιεχόμενο.

Συχνά μπροστά σε μια θεαματική χειρονομία ή μια επικίνδυνη για τον ίδιο τον έφηβο και το περιβάλλον του συμπεριφορά προκύπτει η ανάγκη της διαπίστωσης, ότι δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο σύμπτωμα και στην ψυχοπαθολογική οργάνωση. Ένα πολύ ανησυχητικό σύμπτωμα μπορεί να εγγράφεται μέσα στο σύνολο μιας συμπεριφοράς ρευστής, ενώ ένα άλλο μέσα σε ένα σύστημα άκαμπτο, τυποποιημένο από πλευράς ψυχοπαθολογίας (π.χ. η τοξικομανία). Το ζήτημα είναι να εκτιμηθεί καταρχήν τη συνοχή της δομής και το σύνολο της προσωπικότητας.

Πρόκειται εδώ για ένα σύνολο χαρακτηριστικών που αλληλοφορτίζονται και έλκουν προς το μέρος τους και άλλες συμπεριφορές ώστε να τις αλλάξουν; Ή συμβαίνει το αντίθετο; Κάθε εφηβική συμπεριφορά πρέπει να εξετάζεται σε συνάρτηση με το σύστημα μέσα στο οποίο οργανώνεται.

Με σύντομο τρόπο αναφέρονται παρακάτω οι συχνότερες διαταραχές της εφηβείας: -Η τοξικομανία (εξάρτηση από ουσίες)

-Η νευρική ανορεξία

-Η κατάθλιψη

-Η αυτοκτονικές τάσεις [12]

1. Τοξικομανία

Το δόκιμο άρθρο της "Νευροψυχιατρικής του παιδιού και του εφήβου" αρχίζει με την απλή πρόταση: *Εν αρχή ην η αγωνία.* Και δεν υπάρχει πιο δόκιμη

ρήση τόσο από πλευρά των ίδιων των παιδιών που έχουν το πρόβλημα, όσο και από την πλευρά εκείνων που προσπαθούν να το ακουμπήσουν είτε ως γονείς είτε ως ειδικοί.

Η χρήση τοξικών ουσιών (ναρκωτικών) αποτελεί μια από τις συχνότερες αλλά και τις δυσκολότερα αντιμετωπίσιμες παθολογικές καταστάσεις της εφηβείας. Σε μια περίοδο σημαντικών αλλαγών και μεγάλης ψυχικής έντασης, όπως είναι η εφηβεία, τα ναρκωτικά παρουσιάζονται ως θαυματουργές ουσίες που υποτίθεται ότι λύνουν όλα τα προβλήματα. Βαθμιαία, ο έφηβος οδηγείται από τη χρήση στην εξάρτηση, στην αντικοινωνικότητα και την παραβατικότητα. Οι χρήστες παρουσιάζουν αυξημένη θνησιμότητα λόγω υπερβολικής δοσολογίας ή νοθευμένων ουσιών. Είναι επίσης ευάλωτοι σε μολύνσεις που μπορεί να προκαλέσουν ηπατίτιδα, AIDS, αποστήματα και γάγγραινα.

Η τοξικομανία ορίζεται ως η παθολογική κατάσταση κατά την οποία το άτομο έχει απολέσει τον έλεγχο της χρήσης της τοξικής ουσίας. Έχει αναπτύξει εξάρτηση και σε τυχόν διακοπή της λήψης παρουσιάζει στερητικό σύνδρομο. Η εξάρτηση καθιστά απαραίτητη την καθημερινή χρήση της ουσίας, η οποία με τη σειρά της προκαλεί εξασθένηση του επιθυμητού αποτελέσματος και ανοχή. Προκύπτει έτσι η ανάγκη συνεχούς αύξησης της ποσότητας της ουσίας, για να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα. Ο έφηβος καταναλώνει το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου του για να προμηθευτεί την ουσία, να τη χρησιμοποιήσει και να ανανήψει από τα αποτελέσματά της. Αν διακοπεί η χρήση ή μειωθεί η ποσότητα, εμφανίζεται το στερητικό σύνδρομο, το οποίο παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ανάλογα με την ουσία και εκδηλώνεται μέσω σωματικών συμπτωμάτων. Τα συχνότερα από αυτά είναι: σωματική δυσφορία με μυϊκή αδυναμία, ρίγη, διάρροια, πόνοι στην κοιλιά, στη μέση και στις αρθρώσεις, ιδρώτας, τρόμος, σπασμοί, αϋπνία, εριστικότητα και έντονη επιθυμία για χρήση της ουσίας. Εντούτοις, το στερητικό σύνδρομο που είναι αποτέλεσμα της σωματικής εξάρτησης διαρκεί λίγες ημέρες και αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά. Η ψυχολογική εξάρτηση διαρκεί πολύ περισσότερο και αποτελεί την κυριότερη αιτία διακοπής της θεραπείας.

Έρευνες που έγιναν από το Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής δείχνουν ότι η χρήση ναρκωτικών έχει διαδοθεί σημαντικά, ιδιαίτερα στους εφήβους, με επίπεδα χρήσης που προσεγγίζουν αυτά των άλλων ευρωπαϊκών

χωρών. Η μεγαλύτερη διάδοση εντοπίζεται στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα: Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Παρατηρείται όμως μια σαφής τάση επέκτασης του φαινομένου στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Τα στοιχεία από τις έρευνες φανερώνουν την ανοδική πορεία της χρήσης ουσιών από τις αρχές της δεκαετίας του '80. Την τελευταία πενταετία φαίνεται ότι ο ρυθμός αύξησης της χρήσης έχει επιταχυνθεί εξαιρετικά. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να εξηγηθεί από την υιοθέτηση νέων αντιλήψεων και συμπεριφορών που αρνούνται την επικινδυνότητα της χρήσης (κυρίως της κάνναβης), καθώς και από την αύξηση της διαθεσιμότητας των παράνομων ουσιών, οι οποίες πωλούνται κατεξοχήν στους χώρους νυχτερινής διασκέδασης των νέων. Διαδεδομένο είναι στους έφηβους και το φαινόμενο της πολλαπλής χρήσης ουσιών, δηλαδή η παράλληλη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών, όπως το οινόπνευμα, τα ψυχοδραστικά φάρμακα και τα συνθετικά ναρκωτικά (όπως η ουσία "έκσταση").[14]

2. Νευρική ανορεξία

Εμφανίζεται κυρίως στις έφηβες κοπέλες σαν νευρωτική διαταραχή. Εμφανίζεται καταρχήν με το προσωπίο μιας ελάττωσης της τροφής π.χ. μιας δίαιτας αδυνατίσματος, συνοδεύεται από υπερδραστηριότητα και από αμηνόρροια. Εξαρτάται συχνά από τη δομική βάση της προσωπικότητας και από τις σχέσεις με την οικογένεια.

3. Η κατάθλιψη

Είναι μια πολύ συχνή ψυχοπαθολογική οντότητα στους εφήβους. Εμφανίζεται κλινικά μέσω συναισθημάτων αποθάρρυνσης, θλίψης, με έλλειψη συγκέντρωσης, πτώση της σχολικής απόδοσης, από-επένδυση, έλλειψη ενδιαφέροντος, σωματική ασθένεια, υποχονδριακές εκδηλώσεις ή και άγχος.

Ως προς τη συμπεριφορά, η κατάθλιψη εμφανίζεται υπό μία μορφή φυγής μέσω μιας πράξεως (acting out ή agi). Ο νέος αποφεύγει το πρόβλημά του αντί να το αντιμετωπίσει.

Πολύ συχνά η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται και ως αντίδραση συναισθηματικού τύπου με βάσεις ψυχοβιολογικές.

Είναι συνηθισμένο φαινόμενο, συναισθήματα θλίψης και χαράς να αλληλοδιαδέχονται τα μεν τα δε στη ζωή των εφήβων. Όσο η ένταση αυτών των καταστάσεων δεν ξεπερνά ένα συγκεκριμένο όριο μπορούμε να τις εντάσσουμε ως φυσιολογικές αντιδράσεις απαραίτητες για την καλή λειτουργία του ψυχικού οργάνου.

Είναι καλό να γνωρίζουμε ότι μια αντίδραση μπορεί να χαρακτηριστεί ως φυσιολογική, όταν είναι ανάλογη με τη γενεσιουργό αιτία της και δεν παρατείνεται στο χρόνο χωρίς αιτιολογία.

Η εφηβεία είναι μία περίοδος ψυχοσυναισθηματικής ευθραυστότητας συνδεδεμένη με την αναβίωση καταθλιπτικών στάσεων, αποτελούμενη από αμφιβολίες και αβεβαιότητες. Η επιστροφή ή μάλλον η αναδρομή του εφήβου στην κατάθλιψη εκτυλίσσεται (σύμφωνα με τον Diatkine) ως εξής: "Το παιδί κατά τη διάρκεια της λανθάνουσας περιόδου ζει πιστεύοντας ότι οι επιθυμίες του θα πραγματοποιηθούν στο άμεσο μέλλον και ότι η εξουσία των γονιών και των δασκάλων εμποδίζουν για την ώρα την πραγματοποίησή τους. Όταν ο έφηβος ενεργοποιήσει κάποιες από αυτές τις επιθυμίες χωρίς να πετύχει το προσδοκώμενο αποτέλεσμα, τότε είναι δυνατόν να υιοθετήσει μια καταθλιπτική στάση".

Εάν η καταθλιπτική αντίδραση δεν περιέχει αντικοινωνικά περάσματα στην πράξη συνοδεύεται από παλινδρομήσεις που θέτουν αυτές οι ίδιες σε λειτουργία μηχανισμούς αποκατάστασης ή θεραπείας (ίσης).

4.5.1 Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΤΑΣΗ

Ο έφηβος κατά τη διάρκεια της απώλειας των γονεϊκών προτύπων βρίσκεται υπό την επήρεια της απώλειας του αντικειμένου αγάπης. Τότε, όπως τονίστηκε και προηγούμενα, ενδυναμώνεται μια ψυχική ευθραυστότητα που θα ευνοούσε τις αυτοκτονικές τάσεις. Φυσικά προς όφελος της ζωής οι περισσότεροι νέοι δεν αυτοκτονούν. Επουδενί όμως θα λέγαμε ότι μπορούν οι εφηβικές κρίσεις να ενοχοποιηθούν ως αιτίες που προκάλεσαν την αυτοκτονία. Πάντα είναι χρήσιμο να έχουμε υπόψη μας ότι πρέπει να προϋπάρχει μια τουλάχιστον ψυχολογική ιδιαιτερότητα στην οικογενειακή οργάνωση και στο περιβάλλον του παιδιού. Οι περισσότεροι συγγραφείς τείνουν να συμφωνήσουν στο ότι παράγοντες όπως η διάλυση της οικογένειας, η απουσία του πατέρα, η

εγκατάλειψη της μητέρας είτε λόγω ασυμφωνίας, είτε λόγω νέου γάμου, προδιαθέτουν αρνητικά. Συχνά στους αυτοκτονικούς εφήβους Παρατηρείται ότι υπάρχει μια πρόωμη έλλειψη του πατέρα ή μιας σταθερής πατρικής εικόνας. Εκτός οικογένειας ο νέος έρχεται πολύ νωρίς σε επαφή με το περιβάλλον και την κοινωνία. Αυτό δεν είναι εύκολο για ένα παιδί του οποίου η ηλικία χαρακτηρίζεται ακριβώς από τη δυσκολία να βρει τη θέση του μέσα στο περιβάλλον. Η κοινωνία μας (κατά τον Ajuuriaguera) δίνει στο νέο προϋποθέσεις μάλλον ανασφάλειας παρά σιγουριάς.

Η κοινωνική απομόνωση ορισμένων εφήβων, δεν επιτρέπει την κλασική πορεία της παλινδρόμησης και την ένταξή τους μέσα στην ομάδα, ώστε να δημιουργήσουν άμυνες ενάντια στην αυτοκτονική τάση.

Η πενία δευτερευόντων προτύπων, ώστε ο έφηβος να ταυτιστεί μαζί τους και η απομόνωση που αυτή συνεπάγεται, προσδιορίζουν μια αδυναμία στο να μπορεί ο έφηβος να δεχτεί οποιαδήποτε βοήθεια.

Οι ιδέες θανάτου είναι κοινές για όλους τους εφήβους. Η αυτοκτονία ωστόσο σηματοδοτεί εδώ, ως πέρασμα σε μια πράξη αυτοκαταστροφής, την αποτυχία των δευτερογενών (πιο εξελιγμένων) μηχανισμών άμυνας και την έλλειψη αποστασιοποίησης σε σχέση με τις συγκρουσιακές καταστάσεις της εφηβείας.

4.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Μάλλον πρόκειται για μεμονωμένα συμπτώματα που εκφράζουν τη δυσπροσαρμοστικότητα μιας εν εξελίξει συγκρουσιακής προσωπικότητας.

Η εφηβεία θεωρείται περίοδος διαλεκτικής αναδιοργάνωσης που θέτει εν αμφιβόλω τις σχέσεις του αντικειμένου με τον εαυτό του και με τον κόσμο. Δεν τα καταφέρνει πάντα κανείς να αποδεχτεί τους άλλους μέσα στην ατομικότητά τους, το φύλο τους, το σώμα τους, την κοινωνική τους θέση. Επειδή ο έφηβος ψάχνει για ταυτότητα, θέση και αυτονομία, προκαλεί την ανησυχία, το άγχος και την ανασφάλεια στους ενήλικες. Εξ ου και οι αμφιταλαντεύσεις στο οικογενειακό και ευρύτερο περιβάλλον τους.

Η ποικιλία των αντικοινωνικών πράξεων των εφήβων είναι η έκφραση μιας φάσης της ανθρώπινης ανάπτυξης, που σηματοδεύεται από βαθιές μεταλλαγές και πρόσκαιρη, αλλά έντονη ευθραυστότητα.

Η προσέγγισή μας στα προβλήματα αυτά της εφηβείας δεν πρέπει επουδενί να είναι διαγνωστική ή καταδικαστική. Μάλλον στόχος μας θα πρέπει να είναι να δούμε τι συμβαίνει και να βοηθήσουμε, αν είναι δυνατόν, θεραπευτικά.

Η αντικοινωνική συμπεριφορά με τη μορφή της καταστροφής, ή του αναρχισμού κτλ. μπορεί (όπως η κλινική πείρα αποδεικνύει) να σχετίζεται με απώλεια του αντικειμένου αγάπης σαν συνέπεια ενός θανάτου ή μιας αρρώστιας.

Συχνά όμως η αντικοινωνική συμπεριφορά των νέων οφείλεται και στην έλλειψη καλής ποιότητας προτύπων για να ταυτιστούν μαζί τους. Γι' αυτό συνήθως ενοχοποιείται μια επιθετική ή απορριπτική οικογένεια.

Συχνά πολλές από τις παράλογες επιθετικές πράξεις έχουν ένα επιθετικό βάρος, εάν τις δούμε κάτω από το εξής πρίσμα: Μετάθεση Π.χ. σε μια "επίσημη αρχή" της σύγκρουσης που έχει ο έφηβος με τους γονείς του (π.χ. διαδηλώσεις και έκτροπα). [12]

4.7 ΤΟ ΣΩΜΑ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ

Το σώμα του εφήβου αλλάζει τόσο γοργά στα 11 και 16 του χρόνια, που θα χρειαστεί ίσως λίγο καιρό για να αισθανθεί άνετα μ' αυτό. Όλο το σχήμα του σώματός του αλλάζει: τα κορίτσια αναπτύσσουν στενή μέση και ευρύτερους γοφούς ενώ τα' αγόρια φαρδαίνουν στους ώμους. Ακόμη και το σχήμα του προσώπου αλλάζει. Η μύτη και το σαγόι γίνονται πιο προτεταμένα και το μέτωπο ψηλότερο. Ίσως να μην αισθάνεται σαν ενήλικας ή να μην είναι έτοιμος για να έχει σώμα ενηλίκου. Και καθώς οι άνθρωποι διαφέρουν πολύ μεταξύ τους, ίσως να ανησυχεί επειδή οι αλλαγές που παρατηρεί στον εαυτό του δεν είναι ακριβώς αυτό που περίμενε ή αυτό που παρατήρησε στους φίλους του. Όλες αυτές οι αλλαγές προέρχονται από τις ορμόνες. Πρόκειται για χημικές ουσίες που παράγονται από τους αδένες (όπως ο θυρεοειδής για αγόρια και κορίτσια, οι ωοθήκες στα κορίτσια και οι όρχεις στα αγόρια) και οι οποίες επηρεάζουν όχι μόνο την ανάπτυξη αλλά και τη διάθεσή του. Ίσως έχεις παρατηρήσει ότι τη μία

χρονιά μπορεί να έχεις ψηλώσει επτά πόντους και την επόμενη ελάχιστα, ή ότι το δέρμα σου είναι τέλειο τον ένα μήνα και γεμάτο κηλίδες τον άλλο. Οι αλλαγές αυτές μπορεί να είναι απρόβλεπτες και ίσως να σε αναστατώνουν, αλλά είναι εντελώς φυσιολογικές. Όσο μεγαλώνει ο έφηβος, οι αλλαγές θα αυξάνονται ή δε θα είναι πια τόσο δραστικές.[14]

4.8 Η ΕΦΗΒΕΙΑ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Οι μετασχηματισμοί της εφηβείας που αφορούν στο σωματικό εαυτό, στη διαμόρφωση ταυτότητας, στην ανάγκη για αυτονομία και κατ' επέκταση στην ενεργοποίηση διεργασιών λήψης αποφάσεων τοποθετούνται τόσο σε μια μεταβατική φάση στην εξέλιξη της οικογενειακής ζωής, όσο και σε ένα ταχύτατα μεταβαλλόμενο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο.

Το στοιχείο το οποίο θα πρέπει να τονιστεί είναι ότι ο βαθμός του κοινωνικού κόστους με το οποίο επιφορτίζονται τόσο τα άτομα, όσο και το ευρύτερο σύστημα στα σημεία διατομής ατομικής και κοινωνικής αλλαγής αποτελεί δείκτη της δυνατότητας να αποφευχθεί η δυσλειτουργία. Είναι επομένως απαραίτητο να αξιολογηθούν όχι μόνο οι συγκεκριμένες εντάσεις που δημιουργούνται στα κομβικά σημεία του κύκλου της ζωής αλλά και οι συναρθρώσεις τους με την ευρύτερη διάσταση των οικογενειακών σεναρίων, των συμμαχιών και των χαρακτηρισμών που περνούν μέσα από το κοινωνικό-ιστορικό χρόνο.

Η βιολογική αναταραχή της εφηβείας και οι απαιτήσεις για εσωτερική αυτονόμηση είναι συστατικά της ναρκισσιστικής κρίσης που βιώνεται σε αυτή τη μεταβατική φάση. Ο /η έφηβος βιώνει μια αίσθηση απώλειας ελέγχου του εγώ, που του δημιουργεί μεγάλη αποσταθεροποίηση. Παράλληλα αναγκάζεται να εγκαταλείψει σταδιακά την αυταπάτη που συνόδευε τις εξιδανικευμένες εικόνες της παιδικής ηλικίας και στη θέση της, μέσα από μια διαδικασία πένθους, θα αποδεχθεί την πραγματικότητα. Στην πορεία μετασχηματισμού και απαρτίωσης του υπερεγώ η συμμετοχή στην ομαδική διεργασία είναι ιδιαίτερα ευεργετική και για τα δυο φύλα – το καθένα με τις ιδιαιτερότητες του – διότι η

ευθύνη «μοιράζεται», το άγχος μειώνεται και ενθαρρύνεται η συναισθηματική διαφοροποίηση.

Επιπλέον καθώς ο/η έφηβος υποστηρίζεται από την ομάδα βοηθιέται στο σχηματισμό της ταυτότητας, διεργασία που επιτελείται μέσα από μια σειρά ταυτίσεις και οδηγεί στη σύνθεση διαφορετικών πλευρών της προσωπικότητας κατά τρόπον ώστε να αποκτηθεί προοδευτικά επίγνωση των δυνάμεων και των αδυναμιών ως προς τη θέση στον κοινωνικό χώρο. Σε αυτό το προσανατολισμό του ο/η έφηβος χρειάζεται να υιοθετήσει μια ιδεολογία με τις λιγότερες δυνατόν εσωτερικές αντιφάσεις και ένα σταθερό σύστημα Αξιών που θα τον /τη βοηθήσουν να αντιμετωπίσει την πολυπλοκότητα του κοινωνικού χώρου.

Στο παραδοσιακό πλαίσιο με τους βραδείς εξελικτικούς ρυθμούς, όπου η ομάδα ήταν λειτουργική, το ιδεολογικό και αξιολογικό σύστημα σαφές, οι ρόλοι σε κάθε ηλικιακή κατηγορία αυστηρά προδιαγεγραμμένοι και καθορισμένοι από συλλογικές κοινωνικό – οικονομικές και πολιτισμικές διεργασίες στο επίπεδο της κοινότητας, οι επιλογές ήταν μικρές και οι οριοθετήσεις ευκολότερες. Στη σημερινή πραγματικότητα της τεχνολογικής ανάπτυξης αντιμετωπίζουμε, αυξημένη πολυπλοκότητα, ταχύτατες αλλαγές και ρευστή ιδεολογία. Κατά κανόνα οι αξίες αλλάζουν γρηγορότερα απ' ότι η κοινωνική πραγματικότητα. Με το ένα πόδι στο ρήγμα του παρελθόντος και με νέα ιδεολογία υπό διαμόρφωση τείνουμε να θεωρούμε την πολυσημία περισσότερο απειλητική παρά προκλητική.

Στη σύγχρονη πραγματικότητα ανοίγεται μια προοπτική ατομικής διαφοροποίησης, η οποία συνεπάγεται τη δυνατότητα επεξεργασίας των πολλαπλών πληροφοριών, την αναγνώριση πολλών εναλλακτικών λύσεων και την επιλογή της εκάστοτε προσφορότερης, που θα εκφράζει προσωπικές αξίες και θα προάγει προσωπικούς στόχους συμβάλλοντας στη προώθηση της αυτονομίας. Η νέα ιδεολογία απαιτεί την αξιοποίηση της ατομικής θέσης των μελών της ομάδας, τα οποία μέσα από συνεργατικές διεργασίες θα βοηθήσουν να αναδυθεί η θέση της ομάδας. [16]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

«Για μεγάλο χρονικό διάστημα η ψυχολογία ήταν ενσωματωμένη στην φιλοσοφία. Ωστόσο, σταδιακά εξασφάλισε την αυτονομία της. Το ίδιο συνέβη και με την κλινική ψυχολογία σε σχέση με την ιατρική. Ο όρος «κλινική ψυχολογία», όπως το επισημαίνει ο S.M.Prevost, το 1988, είχε επωφεληθεί από τον πρώτο σημασιολογικό της ορισμό, λόγω της δημιουργίας στο Παρίσι, από τον Δεκέμβριο του 1997 έως τον Δεκέμβριο του 1901, `του Revue de psychologie clinique et therapeutique.`ο S.M.Prevost υπογραμμίζει ότι ο πρώτος στόχος αυτού του περιοδικού ήταν να αποτίσει φόρο τιμής στον ιατρικό κόσμο, προτείνοντας συγχρόνως έναν καταλυτικό ορισμό της κλινικής ψυχολογίας, στο βαθμό που της επέτρεπε να εκδηλωθεί αλλά και να διαφοροποιηθεί σαφώς από την πειραματική ψυχολογία.»[4]



Εισαγωγή στην κλινική ψυχολογία. Δοκίμιο πάνω στη μεταβίβαση της θεωρίας και της πρακτικής . Εκδόσεις Καστανιώτη:Ψυχολογία. Έλσα Σμιντ Κιτσίκι

5.1 ΙΣΤΟΡΙΑ

Η κατάθλιψη είχε περιγραφεί ήδη από την αρχαιότητα. Μπορούν να βρεθούν πολλά αρχαία κείμενα με περιγραφές αυτού που σήμερα ονομάζουμε διαταραχή της διάθεσης. Η ιστορία του Βασιλιά Σαούλ, στην Παλαιά Διαθήκη, όπως και η ιστορία της αυτοκτονίας του Αίαντα, στην Ιλιάδα, περιγράφουν σύνδρομα κατάθλιψης. Περίπου στο 400 π.Χ. ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους "μανία" και "μελαγχολία" προκειμένου να περιγράψει ψυχικές διαταραχές. Γύρω στο 30 μ.Χ. ο Aulus Cornelius Celsus περιέγραψε τη μελαγχολία, στο έργο του *De re medicina*, σαν μια από μέλαινα χολή προκαλούμενη κατάθλιψη. Ο όρος συνέχισε να χρησιμοποιείται και από άλλους ιατρικούς συγγραφείς, συμπεριλαμβανομένων του Αρεταίου (120-180 μ.Χ), του Γαληνού (129-199 μ.Χ.) και του Αλεξάνδρου από τις Τράλλεις τον 6ο αιώνα. Ο Εβραίος γιατρός του 12ου αιώνα Μαμωνίδης θεωρούσε τη μελαγχολία ως διακριτή νοσολογική οντότητα. Το 1686 ο Bonet περιέγραψε μια ψυχική νόσο την οποία ονόμασε *maniaco-melancholicus*.

Το 1854 ο Jules Falret περιέγραψε, με την ονομασία *folie circulaire*, μια κατάσταση κατά την οποία ο άρρωστος βίωσε εναλλασσόμενες διαθέσεις κατάθλιψης και μανίας. Την ίδια περίπου εποχή, ένας άλλος Γάλλος ψυχίατρος, ο Jules Baillarger περιέγραψε την κατάσταση *folie a double forme*, κατά την οποία ο άρρωστος αφού γινόταν βαθιά καταθλιπτικός και έπεφτε σε κατάσταση εμβροντησίας, τελικά επανερχόταν. Το 1882, ο Γερμανός ψυχίατρος Karl Kahlbaum, χρησιμοποιώντας τον όρο "κυκλοθυμία", περιέγραψε τη μανία και την κατάθλιψη ως φάσεις της ίδιας νόσου.[31]

EMIL KRAEPELIN

Το 1899 ο Emil Kraepelin, οικοδομώντας επάνω στις γνώσεις των Γάλλων και Γερμανών ψυχιάτρων που είχαν προηγηθεί, περιέγραψε την έννοια της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης, η οποία κάλυπτε τα περισσότερα από τα κριτήρια που χρησιμοποιούν οι ψυχίατροι σήμερα, για να θέσουν τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής I. Με βάση το ότι η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση δεν οδηγούσε σε άνοια και αποδιοργάνωση, τη διαφοροποίησε από την πρόιμη άνοια (δηλαδή τη σχιζοφρένεια). Ο Kraepelin περιέγραψε έναν ακόμη τύπο

κατάθλιψης, στις γυναίκες, με έναρξη μετά την εμμηνόπαυση και στους άνδρες κατά τη διάρκεια της προχωρημένης ενήλικης ζωής, που έγινε γνωστή ως μελαγχολία της εξέλιξης¹ σήμερα πλέον θεωρείται μία μορφή διαταραχής της διάθεσης, χαρακτηριστικό της οποίας είναι η όψιμη έναρξη.[31]



5.2 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Καταστάσεις που χαρακτηρίζονται κυρίως από ένα ανώμαλο συναίσθημα μάλλον παρά από μια διαταραχή σκέψης ή συμπεριφοράς συνιστούν τις λεγόμενες συναισθηματικές διαταραχές. Αλλά τι είναι εκείνο που διαφοροποιεί ένα συναίσθημα ; Αισθανόμαστε λύπη, χαρά, φόβο, γιατί υπάρχει κάποιος λόγος που δικαιολογεί τέτοια συναισθήματα. Μας λυπεί ένα θλιβερό γεγονός, όπως μια αποτυχία ή μια απώλεια. Μας χαροποιεί ένα ευχάριστο γεγονός, όπως μια επιτυχία ή συνάντηση με ένα πρόσωπο αγαπημένο. Φοβόμαστε ή αισθανόμαστε άγχος όταν κάτι μας απειλεί, όπως ο κίνδυνος μιας αποτυχίας, μιας απώλειας, μιας καταστροφής. Δεν υπάρχει τίποτα το παθολογικό στα συναισθήματα αυτά, έστω και αν είναι εξαιρετικά έντονα, έστω και αν εκφράζονται με τρόπο υπερβολικό ή ανάρμοστο. Οι συναισθηματικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από συναισθήματα που δεν έχουν λόγο να υπάρχουν, που δεν έχουν λογική δικαιολογία. Το άτομο που τα αισθάνεται μπορεί να τα δικαιολογεί, αλλά η δικαιολογία που δίνει δεν πείθει. Φυσικά, υπάρχει κάποιος λόγος, αλλά δεν είναι αυτός που δίνει ο άρρωστος.

Κάτι άλλο που χαρακτηρίζει τις συναισθηματικές διαταραχές είναι η διάρκειά τους. Και όταν ακόμα υπάρχει κάτι το συγκεκριμένο που τις προκαλεί, δεν πρόκειται για αντιδράσεις που έρχονται και φεύγουν με το ερέθισμα. Όπως όλες, άλλωστε, οι ψυχιατρικές διαταραχές, πρόκειται για καταστάσεις που

διαρκούν ή επαναλαμβάνονται με έναν τρόπο που δε δικαιολογείται από τη λογική των πραγμάτων, από τις συνθήκες που χαρακτηρίζουν την πραγματικότητα του αρρώστου.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τις συναισθηματικές διαταραχές στα παιδιά και τους εφήβους είναι περίπου τα ίδια με αυτά των ενηλίκων, αλλά περιλαμβάνουν την ευερεθιστότητα μάλλον παρά το καταθλιπτικό συναίσθημα. Η κατάθλιψη στα νεαρά άτομα δεν διαγιγνώσκεται εύκολα στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, παρά το γεγονός ότι είναι η πιθανότερη αιτία δυσπροσαρμοστικών διαταραχών αλλά και αποπειρών αυτοκτονίας.

Η συχνότητα στο γενικό πληθυσμό των νεαρών ατόμων για την μείζονα κατάθλιψη φτάνει στα 2,5-8%, για την δε δυσθυμία στο 1-2%..

Η συχνότητα της διπολικής διαταραχής είναι πολύ χαμηλή στα παιδιά και διαγιγνώσκεται με την πάροδο του χρόνου, επειδή η μανία τυπικά εμφανίζεται για πρώτη φορά στην εφηβεία.

Η αιτιολογία της κατάθλιψης στα παιδιά και τους εφήβους δεν είναι τελείως ξεκαθαρισμένη. Βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες ενοχοποιούνται, με ανάλογο τρόπο όπως και στους ενήλικες. Μεταξύ των γονέων και των συγγενών παιδιών με κατάθλιψη, βρέθηκε σχετικά μεγάλη συχνότητα της πάθησης. Κάποιες εργασίες απέδειξαν πιθανή σχέση κατάθλιψης και διαταραχής στην έκκριση αυξητικής και θυρεοειδικής ορμόνης. Από τις κοινωνικές συνθήκες φαίνεται ότι κάποια επίδραση έχουν η κατάσταση της συζυγικής ζωής των γονέων, η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση της οικογένειας, διαζύγια, σταθερότητα οικογενειακού περιβάλλοντος κ.α. Υπάρχουν παρόλα αυτά κάποιες σοβαρές ενδείξεις ότι αγόρια, που ο πατέρας τους πέθανε πριν φτάσουν στην ηλικία των δεκατριών ετών, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη.

Η μείζον κατάθλιψη διαγιγνώσκεται εύκολα σε ένα παιδί, εάν αρχίσει αιφνίδια και δεν υπάρχουν άλλα ψυχιατρικά συμπτώματα. Αυτό όμως δεν είναι κανόνας. Συνήθως, η έναρξη της νόσου είναι ασαφής και εμφανίζεται σε παιδιά που τα προηγούμενα χρόνια παρουσίαζαν κάποιες διαταραχές, όπως υπερδραστηριότητα, άγχος αποχωρισμού ή ασταθή καταθλιπτικά συμπτώματα.

Μερικά από τα κυριότερα συμπτώματα που η παρουσία τους βοηθά την διάγνωση είναι: καταθλιπτική ή ευερέθιστη διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, απώλεια σωματικού βάρους, αϋπνία ή υπερυπνία, ψυχοκινητική διέγερση ή βραδύτητα, αίσθημα διαρκούς κόπωσης και απώλεια ενεργητικότητας, αίσθημα αναξιότητας ή παράλογης ενοχής, μείωση της ικανότητας για σκέψη και συγκέντρωσης της προσοχής και επαναλαμβανόμενες αιτίες θανάτου. [17]



Ο Ελβετός νευροψυχίατρος Otto Varaguth περιέγραψε μία ιδιόμορφη τριγωνική πτύχωση στη ρινική γωνία του άνω βλεφάρου. Αυτή η πτυχή συνδέεται συχνά με κατάθλιψη και ονομάζεται πτυχή του Varaguth. Στη φωτογραφία απεικονίζονται τα χαρακτηριστικά του προσώπου μίας γυναίκας 50 ετών, στη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Η πτυχή του Varaguth μπορεί να παρατηρη-

θεί επίσης και σε άτομα που δεν έχουν κλινική κατάθλιψη, συνήθως όταν αντιμετωπίζουν κάποιο ήπιο καταθλιπτικό συναίσθημα. Έχει δείχθει, ηλεκτρομυογραφικά, ότι η κατάθλιψη συνοδεύεται από διακριτές αλλαγές του τόνου του επισπαστήρα και του ζυγματικού μύος (παραχώρηση του Heinz E. Lehmann, M.D.).

5.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Από την αρχαιότητα ως τις ημέρες μας, έχουν γίνει αμέτρητες προσπάθειες να ταξινομηθούν οι συναισθηματικές διαταραχές. Συνήθως, ταξινομούνται με έναν διχοτομικό τρόπο: *ενδογενείς* και *εξωγενείς* ή *αντιδραστικές*, *ψυχωτικές* και *νευρωτικές*, *διεγερτικές* και *κατατονικές*, *διπολικές* και *μονοπολικές*, *καταθλιπτικές* και *μανιακές*. Κατά μίαν άλλη πρόσφατη εναλλακτική ταξινόμηση, οι συναισθηματικές διαταραχές διακρίνονται σε *πρωτοπαθείς* και *δευτεροπαθείς*, ανάλογα με το αν εμφανίζονται πριν ή έπειτα από άλλες ψυχικές ή σωματικές διαταραχές. Οι πρωτοπαθείς διακρίνονται σε διπολικές διαταραχές, που χαρακτηρίζονται από καταθλιπτικά και μανιακά ή απλώς μανιακά επεισόδια και, σε μονοπολικές διαταραχές, που χαρακτηρίζονται από ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά ή μανιακά (πολύ πιο σπάνια) επεισόδια.

Οι συναισθηματικές διαταραχές είναι βασικά δύο: η *μελαγχολία* ή *κατάθλιψη* και η *μανία*. Κι όταν συμβαίνει να διαδέχονται η μια την άλλη, να εναλλάσσονται, έχουμε τη *μανιοκαταθλιπτική* ή *διπολική διαταραχή*.

Όταν δεν δικαιολογούνται από τη λογική των πραγμάτων, τις κατατάσσουμε με τις ψυχωτικές διαταραχές.[17]

5.4 Η ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ Η ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ I

Η τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχωτικών Διαταραχών (DSM-IV) αναγνωρίζει πλέον επίσημα και περιλαμβάνει τις κατά το παρελθόν αναγνωρισμένες κλινικές ταξινομήσεις των αρρώστων με διαταραχή της διάθεσης, αφού αποτέλεσαν αντικείμενο μελέτης της κλινικής και βιολογικής έρευνας.

Η διαταραχές της διάθεσης χωρίζονται στις δυο μείζονες διαταραχές οι οποίες είναι η μείζον καταθλιπτική διαταραχή και η διπολική διαταραχή I ή διπολική διαταραχή. Επίσης, άλλος χαρακτηρισμός αυτών των διαταραχών είναι η επονομασία συγκινησιακές διαταραχές. Η παθολογία αυτών των διαταραχών αφορά τη διάθεση, την υφιστάμενη δηλαδή εσωτερική συναισθηματική κατάσταση ενός ανθρώπου και όχι τη συγκίνηση, την εξωτερική έμφαση του τρέχοντος συναισθηματικού περιεχομένου.

Οι ασθενείς που προσβάλλονται μόνο από καταθλιπτικά επεισόδια λέγεται ότι εμφανίζουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, η οποία μερικές φορές ονομάζεται και μονοπολική κατάθλιψη (όρος που δεν χρησιμοποιείται στο DSM-IV). Οι ασθενείς που εμφανίζουν τόσο μανιακά όσο και καταθλιπτικά επεισόδια, όπως και αυτοί που εμφανίζουν μόνο μανιακά επεισόδια, θεωρείται ότι πάσχουν από διπολική διαταραχή I. Οι όροι "μονοπολική μανία" και "καθαρή μανία" (όροι που δεν υπάρχουν στο DSM-IV) χρησιμοποιούνται καμιά φορά για τους αρρώστους που πάσχουν από διπολική διαταραχή I και δεν εμφανίζουν καταθλιπτικά επεισόδια.

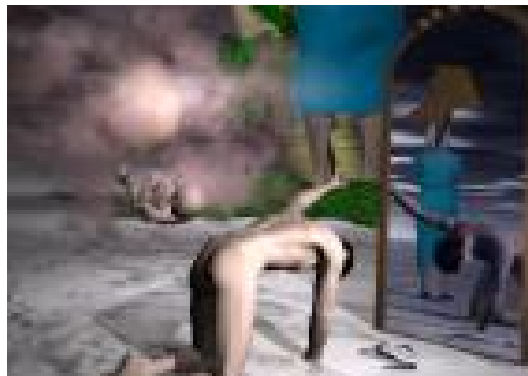
Αντικείμενο κλινικής αξιολόγησης, για ένα διάστημα, έγιναν δύο ακόμα διαταραχές της διάθεσης: η δυσθυμική και η κυκλοθυμική. Η δυσθυμική και η κυκλοθυμική διαταραχή χαρακτηρίζονται από την παρουσία ταυτόσημων συμπτωμάτων, αλλά μικρότερης βαρύτητας από τα συμπτώματα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και της διπολικής διαταραχής I, αντίστοιχα. Το DSM-IV έχει κωδικοποιήσει και άλλες επιπρόσθετες διαταραχές της διάθεσης, οι οποίες έχουν ενταχθεί τόσο στο κυρίως κείμενο, όσο και στα παραρτήματα. Σε αυτές τις διαταραχές συμπεριλαμβάνονται σύνδρομα που σχετίζονται με κατάθλιψη (ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή, υποτροπιάζουσα, βραχεία, καταθλιπτική διαταραχή και

προεμμηνορρυσιακή, δυσφορική διαταραχή) και διαταραχές που σχετίζονται με τη διπολική διαταραχή I (διπολική διαταραχή II). Στην ελάσσονα καταθλιπτική διαταραχή, η βαρύτητα των συμπτωμάτων είναι μικρότερη αυτής που είναι αναγκαία για να τεθεί η διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Στην υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή, η βαρύτητα των καταθλιπτικών επεισοδίων πλησιάζει αυτή των συμπτωμάτων που απαιτείται για να τεθεί η διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, αλλά μόνο για βραχεία χρονική περίοδο, μη επαρκούσα για την ικανοποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Η διπολική διαταραχή II χαρακτηρίζεται από την παρουσία μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων τα οποία εναλλάσσονται με επεισόδια υπομανίας, δηλαδή με επεισόδια μανιακών συμπτωμάτων τα οποία δεν ικανοποιούν πλήρως τα κριτήρια των μανιακών επεισοδίων που παρατηρούνται στη διπολική διαταραχή I. Υπάρχουν και άλλες διαγνώσεις διαταραχών της διάθεσης, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι διαταραχές της διάθεσης οι οφειλόμενες σε κάποια γενική σωματική κατάσταση, οι προκαλούμενες από ουσίες διαταραχές της διάθεσης και οι μη προσδιοριζόμενες αλλιώς διαταραχές της διάθεσης (ΜΠΑ).

Η διάθεση μπορεί να είναι φυσιολογική, εξηρμένη ή καταθλιπτική. Τα φυσιολογικά άτομα βιώνουν μεγάλο εύρος διαθέσεων και εμφανίζουν εξίσου μεγάλο εύρος συγκινησιακών εκφράσεων, αισθάνονται να ελέγχουν λίγο-πολύ τις διαθέσεις και τις συγκινήσεις τους. Οι διαταραχές της διάθεσης αποτελούν ομάδα κλινικών καταστάσεων που χαρακτηρίζονται από απώλεια της αίσθησης αυτού του ελέγχου και από ένα υποκειμενικό βίωμα μεγάλης δυσφορίας. Οι άρρωστοι με εξηρμένη διάθεση (δηλαδή με μανία) εμφανίζουν διαχυτικότητα, ιδεοφυγή, μείωση του ύπνου, αυξημένη αυτοεκτίμηση και ιδέες μεγαλείου. Οι άρρωστοι με καταθλιπτική διάθεση (δηλαδή με κατάθλιψη) εμφανίζουν απώλεια της ενεργητικότητας και του ενδιαφέροντος, αισθήματα ενοχής, δυσκολία στη συγκέντρωση, απώλεια της όρεξης και σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας. Άλλα σημεία και συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης συμπεριλαμβάνουν αλλαγές στο επίπεδο δραστηριότητας, τις γνωσιακές ικανότητες, στην ομιλία και στις λειτουργίες του νευροφυτικού (όπως στον ύπνο, στην όρεξη, στη σεξουαλική δραστηριότητα και σε άλλους βιολογικούς ρυθμούς). Αυτές οι διαταραχές οδηγούν, ουσιαστικά πάντοτε, σε έκπτωση της λειτουργικότητας, σε σχέση με τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνικότητα και το επάγγελμα.

Είναι δελεαστικό να θεωρούνται οι διαταραχές της διάθεσης μέρος μιας συνέχειας φυσιολογικών κλιμακώσεων της διάθεσης. Εντούτοις, οι άρρωστοι με διαταραχές της διάθεσης αναφέρουν συχνά μια λεκτικά μη εκφράσιμη, αλλά διακριτή ποιότητα στην παθολογία τους. Ως εκ τούτου, η έννοια του συνεχούς ίσως να αντιπροσωπεύει υπερταύτιση του γιατρού με το παθολογικό, πράγμα που πιθανόν παραβλάπτει την προσέγγιση προς τους αρρώστους με διαταραχή της διάθεσης.

Υπάρχουν τουλάχιστον τρεις μείζονες θεωρίες όσον αφορά τη σχέση μεταξύ μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και διπολικής διαταραχής I. Η πλέον αποδεκτή υπόθεση, η οποία υποστηρίζεται από διάφορες γενετικές και βιοχημικές μελέτες, είναι ότι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή και η διπολική διαταραχή αντιπροσωπεύουν δύο διαφορετικές διαταραχές. Πρόσφατα, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η διπολική διαταραχή μπορεί να είναι μία σοβαρότερη έκφραση της ίδιας παθοφυσιολογικής διεργασίας, με αυτή που παρατηρείται στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Μία τρίτη υπόθεση είναι ότι η κατάθλιψη και η μανία, είναι τα δύο άκρα ενός υποτιθέμενου συνεχούς της συναισθηματικής εμπειρίας. Αυτή η άποψη δεν υποστηρίζεται από την κοινή κλινική παρατήρηση ότι πολλοί άρρωστοι εμφανίζουν μικτές εικόνες, τόσο με καταθλιπτικά, όσο και με μανιακά χαρακτηριστικά.[31]



5.4.1 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

1) Καταθλιπτική διάθεση

Το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική διαταραχή συνήθως περιγράφει τη διάθεση του σαν καταθλιπτική, λέγοντας ότι νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία κτλ. Η καταθλιπτική αυτή διάθεση χαρακτηριστικά κυριαρχεί στη ζωή του ατόμου. Συχνά, είναι έτσι και τα εύκολα κλάματα. Μπορεί όμως το άτομο να περιγράψει τη διάθεσή του και με λόγια όπως «δεν με νοιάζει πια» ή μπορεί ακόμη να μας λέει ότι δεν νιώθει θλίψη. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα συχνό σε παιδιά, που όμως δείχνουν την κατάθλιψη στο πρόσωπο τους. Όπως, ήδη τονίσαμε, ψάχνουμε και για άλλα συμπτώματα πέρα από την καταθλιπτική διάθεση, σε άτομα που δεν την παρουσιάζουν, αλλά πιστεύουμε ότι πάσχουν από κατάθλιψη. Επίσης, όπως στη συνέντευξη με κάποιο σχιζοφρενικό ασθενή που δεν έχει χαρακτηριστικά συμπτώματα η αίσθηση παράξενου στον κλινικό εξεταστή μπορεί να βοηθήσει, έτσι και στην επικοινωνία με καταθλιπτικό ασθενή, ο εξεταστής μπορεί να νιώσει θλίψη, πολλές φορές αφόρητη, ενώ ο ασθενής δεν αναφέρει θλίψη.[8]

2) *Ανηδονία*

Βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης αποτελεί η απώλεια της ευχαρίστησης (=ανηδονία), η οποία χρειάζεται μεγάλη προσοχή καθώς το άτομο μπορεί να μην το έχει συναισθανθεί και να μην παραπονιέται για αυτό.

Το στοιχείο όμως αυτό, η οικογένεια μπορεί να το προσέξει, καθώς οι δραστηριότητες που παύουν να είναι ευχάριστες είναι το φαγητό, το σεξ, τα σπορ, τα χόμπι και οι κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις.[8]

3) *Άγχος*

Ένα άλλο χαρακτηριστικό των καταθλιπτικών ασθενών είναι το άγχος το οποίο οι ίδιοι το βιώνουν με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, ευερεθιστότητας και αισθήματος επικείμενου κινδύνου ή ακόμη και με τη μορφή προσβολών πανικού με συνοδά φυτικά συμπτώματα όπως εφίδρωση, αίσθημα παλμών.[8]

ΦΥΤΙΚΟ (ΑΥΤΟΝΟΜΟ) ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Σημαντική είναι η συχνή παρουσία συμπτωμάτων του φυτικού νευρικού συστήματος καθώς η αναγνώρισή τους είναι σημαντική για τη διάγνωση όπως και για την θεραπεία της κατάθλιψης.[8]

1) Διαταραχή του ύπνου

Η αϋπνία και μερικές φορές και η υπερυπνία είναι οι μορφές διαταραχής του ύπνου που παρουσιάζουν οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς. Η αϋπνία μπορεί να συνίσταται στη δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί (αρχική αϋπνία), σε αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας και δυσκολία να ξανακοιμηθεί (μέση αϋπνία) και σε αφύπνιση νωρίς το πρωί (τελική αϋπνία), η οποία είναι ιδιαίτερα συχνή και ενοχλητική καθώς το άτομο ξυπνά στις τέσσερις, πέντε το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί. [8]

2) Διαταραχή της όρεξης

Η ανορεξία είναι ένα από τα συνοδά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης η οποία ενίοτε παρουσιάζεται με απώλεια βάρους και κάποιες φορές όχι. Η απώλεια βάρους τους ασθενούς μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή του ασθενούς. Κάποιες φορές ωστόσο εμφανίζεται και το φαινόμενο της αύξησης της όρεξης στους καταθλιπτικούς ασθενείς, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική πρόσληψη βάρους ιδιαίτερα σε νεαρές γυναίκες και σε άτομα με διπολική διαταραχή [8].

3) Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)

Ένα αίσθημα κόπωσης, εξάντλησης σαν όλη η ζωτικότητα που έχουν μέσα τους να έχει φύγει, είναι ένα επίσης συχνό παράπονο των καταθλιπτικών ασθενών. Με βάση αυτό το χαρακτηριστικό μπορούμε να παρακολουθήσουμε τις ημερήσιες διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης, οπότε συνεπαγωγικά μπορούμε να έχουμε μεγαλύτερη κατάθλιψη και κόπωση, εξάντληση το πρωί και βελτίωση και των δυο καθώς προχωράει η μέρα. [8]

4) Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)

Συχνή είναι η ελάττωση της libido, ιδιαίτερα στους άνδρες, καθώς μπορεί να εκφράζεται και με διαταραχή της στύσης, και παράλληλα τραυματίζει ακόμη περισσότερο την αυτοεκτίμησή τους. [8]

5) Ψυχοκινητική επιβράδυνση

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων. Έτσι, οι απαντήσεις τους είναι φτωχές ή και μονολεκτικές, ο λόγος γίνεται μονότονος και βραδύς, το βλέμμα είναι απλανές, οι κινήσεις του σώματος αργές και η όλη εικόνα μπορεί να φθάσει να μοιάζει με κατατονία.[8]

6) Ψυχοκινητική διέγερση

Ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς, ιδιαίτερα ηλικιωμένα άτομα, παρουσιάζουν εκνευρισμό, ανησυχία, ένταση ή και διέγερση αντί για επιβράδυνση. Έτσι οι ασθενείς αυτοί βηματίζουν πάνω κάτω, στριφογυρνούν τα χέρια τους, τραβούν τα μαλλιά τους, το δέρμα τους, τα ρούχα τους, παραπονιούνται έντονα ή φωνάζουν.[8]



5.4.2 ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

1) Απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες

Η ελάττωση της κινητοποίησης σε όλες τις εκφράσεις της ζωής είναι ένα από τα κύρια στοιχεία των καταθλιπτικών παράλληλα με την απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση. Καθημερινά χαρακτηριστικά της ζωής τους όπως εργασία, οικογενειακή ζωή, σπορ κλπ. χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νιώθει ότι δεν έχει πλέον τη διάθεση ή την ικανότητα να εκτελέσει αυτές τις συνηθισμένες ασχολίες. [8]

2) Ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας

Η ανημπόριά του καταθλιπτικού να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του ακόμα και το πώς να φροντίσει την εμφάνιση του και την υγιεινή του, είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό το οποίο δημιουργεί στον ασθενή την αίσθηση ότι δεν υπάρχει ελπίδα για το μέλλον και την κατάσταση του. [8]

3) Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας

Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μεγάλη. Υπολογίζεται ότι 1% των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Σε ασθενείς που υποφέρουν από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης το ποσοστό ανεβαίνει στο 15%. Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι στην περίοδο των 6 έως 9 μηνών που ακολουθεί τη συμπτωματική βελτίωση των ασθενών. Κι αυτό, αν και φαίνεται παράδοξο, οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στο ότι την περίοδο αυτή ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή «ενεργητικότητα» για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά η θεώρηση της ζωής του, που τη θεωρεί αρκετά αρνητική ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει.[8]



5.4.3 ΣΚΕΨΗ-ΑΝΤΙΑΛΗΨΗ

1) Αισθήματα-σκέψεις ενοχής ή/και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση

Οι σκέψεις ενοχής για παρελθούσες ή τρέχουσες αποτυχίες και λάθη εκφράζονται συχνά από καταθλιπτικούς ασθενείς. Ο βαθμός της αυτοκατηγορίας τις περισσότερες φορές είναι υπερβολικός, πράγμα το οποίο φαίνεται από τα γεγονότα τα οποία περιγράφονται και ενώ είναι μηδαμινά, η αναφορά σε αυτά είναι υπερβολική, καθώς ο ασθενής αποδίδει στον εαυτό του περισσότερη ευθύνη από εκείνη που του αναλογεί. Επίσης το συναίσθημα αναξιότητας το οποίο παρουσιάζουν οι πιο πολλοί ασθενείς κυμαίνεται από συναίσθημα ανεπάρκειας μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου με τον ανάλογο τρόπο επηρεάζεται η αυτοεκτίμηση καθώς οι ασθενείς είναι ανίκανοι να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την απόδοσή τους στις καθημερινές υποχρεώσεις. [8]

2) Δυσκολία στη συγκέντρωση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να είναι τόσο έντονα ενασχολημένοι με τις καταθλιπτικές τους σκέψεις που δυσκολεύονται να προσέξουν τι γίνεται γύρω τους. Επίσης, παραπονούνται για «έκπτωση της μνήμης» ή για δυσκολία συγκέντρωσης που φαίνεται στην προσπάθειά τους να διαβάσουν, να δουν τηλεόραση κτλ. Επειδή τα ανοϊκά άτομα ουσιαστικά έχουν δυσκολία με τη μνήμη και τη συγκέντρωση, μερικές φορές είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνώσει κανείς την κατάθλιψη από την άνοια στα ηλικιωμένα άτομα.

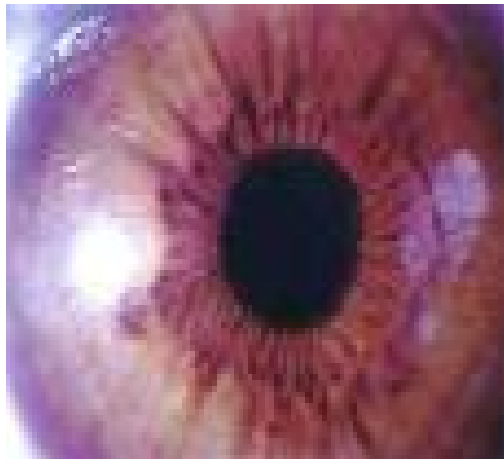
Οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επίσης συχνά και επιβράδυνση της σκέψης και αναποφασιστικότητα. [9]

3) Ψύχωση

Ψυχωτικά συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες μπορεί να παρουσιάσουν οι καταθλιπτικοί ασθενείς όταν η πάθησή τους είναι πολύ βαριάς μορφής. Το περιεχόμενο αυτών των παραληρητικών ιδεών και των ψευδαισθήσεων μπορεί να είναι σύντονο με την κατάθλιψη (π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν επειδή είναι αμαρτωλό ή έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις που τον κατηγορούν για τα λάθη του).

Μπορεί επίσης να παρουσιαστούν παραληρητικές ιδέες καταστροφής του κόσμου ή του εαυτού του και σωματικές παραληρητικές ιδέες καρκίνου ή άλλης σοβαρής ασθένειας.

Λιγότερο συχνά, το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών δεν έχει σχέση με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες ασύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση). Ένα παράδειγμα θα μπορούσε να είναι ότι το άτομο πιστεύει ότι, χωρίς να μπορεί ο ίδιος να εξηγήσει τον λόγο, το καταδιώκουν.



5.4.4 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΟΧΛΗΣΕΙΣ

Εκτός από τα κλασικά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα που αναφέραμε παραπάνω, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν έκφραση του καταθλιπτικού συνδρόμου. Στην κλινική πράξη, παθολόγοι, γενικοί γιατροί κ.ά., βομβαρδίζονται με τέτοια ερωτήματα, όπως πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί (κράμπες, ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, οπισθοστερνικό κάψιμο, δυσκολία στην αναπνοή, υπέρπνοια, πόνος στο στήθος κ.ά. Μεγάλος αριθμός εξετάσεων γίνεται χωρίς λόγο και τελικά ο γιατρός καταλήγει ότι όλα αυτά ήταν «ψυχολογικά». Ο όρος «καλυμμένη κατάθλιψη» έχει χρησιμοποιηθεί για τις περιπτώσεις αυτές. Δεν πρόκειται, όμως, για άλλου είδους κατάθλιψη. Απλά ο γιατρός πρέπει να σκεφθεί ότι το άτομο με τέτοια συμπτώματα μπορεί να έχει κατάθλιψη, οπότε ρωτώντας για άλλα συμπτώματα κατάθλιψης, εκτός των πόνων κτλ, οδηγείται στη διάγνωση της. [8] βλ. παράρτημα 1.5



5.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Περιγραφές της υπάρχουν από τότε που άρχισε να καταγράφεται η ανθρώπινη ιστορία. Ο Ιπποκράτης την ονόμασε μελαγχολία, επειδή πίστευε ότι την προκαλούσε η επίδραση της «μαύρης χολής» στο μυαλό. Τη χαρακτηρίζει κυρίως το συναίσθημα της λύπης, άλλα χαρακτηριστικά επίσης, όλα τα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να βάλει κανένας με το νου του: άγχος και συναισθήματα ενοχής, τύψεις, θυμός, μίσος, ανία, κούραση,

απελπισία, θλίψη μάλλον παρά λύπη, επίσης φόβος, συναισθήματα που δηλώνουν ψυχικό πόνο και απαισιοδοξία. Γενικά, μπορούμε να τα χαρακτηρίσουμε ως συναισθήματα δυσφορίας. Προκαλούνται ή καλύτερα συνοδεύονται από έναν αριθμό αρνητικών συμπτωμάτων, που έχουν να κάνουν με τις πνευματικές ή σωματικές λειτουργίες και την ενεργητικότητα του ατόμου: αϋπνία ή υπερυπνία, δυσπεψία, δυσκοιλιότητα, ανορεξία ή υπερφαγία, αδυνάτισμα ή αύξηση βάρους, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση της προσοχής, ελάττωση ή απώλεια της ενεργητικότητας, της ικανότητας να παίρνει κανένας αποφάσεις, της παραγωγικότητας, της σεξουαλικότητας και, στις γυναίκες, πολύ συχνά αμηνόρροια.

Χαρακτηριστικές και επικίνδυνες είναι οι ιδέες της αυτοκτονίας που μπορεί να έχει ο καταθλιπτικός άρρωστος. Συνοδεύονται και τροφοδοτούνται από συναισθήματα αναξιότητας ή ενοχής ή από έμμονες ιδέες κάποιας τερματικής αρρώστιας ή επικείμενης καταστροφής, που μπορεί να φτάσουν ως το παραλήρημα και όχι σπάνια τις ψευδαισθήσεις. Άλλες φορές υπάρχει μια φτώχεια ιδεών, μια μεγάλη αδιαφορία. ([17] βλ. παράρτημα 1.7)



ΕΝΔΟΓΕΝΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η καταθλιπτική διαταραχή διακρίνεται σε ενδογενή και εξωγενή από τον καιρό του Κρέπελιν και πρωτύτερα. Η διάκριση αυτή αναφέρεται σε κάποιον εκλυτικό παράγοντα όπως απώλεια αγαπημένου προσώπου ή κάποια σοβαρή προσωπική αποτυχία.

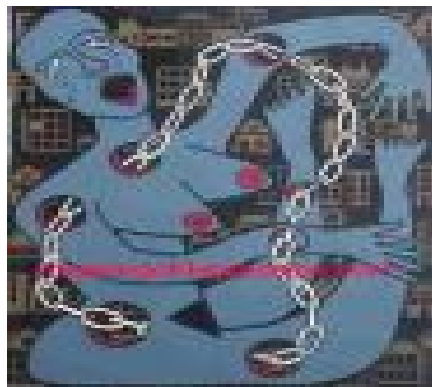
Η ενδογενής κατάθλιψη, χωρίς φανερή αιτία, παρουσιάζει πρωινή κυρίως αϋπνία, ανορεξία και πτώση βάρους, ημερήσια διακύμανση

δυσφορικών συναισθημάτων και επεισοδιακό χαρακτήρα, με διαλείμματα ομαλότητας μεταξύ των επεισοδίων. Πολύ συχνά, στο οικογενειακό ιστορικό του αρρώστου υπάρχουν ένας ή περισσότεροι συγγενείς εξ αίματος με παρόμοια επεισόδια.

Συχνή στο ιστορικό του ασθενούς που πάσχει από εξωγενή κατάθλιψη είναι η σημείωση προηγούμενης δυσπροσαρμογής της προσωπικότητας. Αυτή η κατάσταση έχει πολλά κοινά με τη νευρωτική κατάθλιψη. Η έναρξη της συνδέεται εύκολα με κάποια εξωτερική ή εσωτερική σημαντική για τον ασθενή αντιξοότητα ή κάποια απώλεια ή απόρριψη και ατυχία. [17]

ΥΠΟΣΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Κατά την κλιμακτήριο περίοδο ή και λίγο αργότερα συναντάμε συχνά την αγχώδη κατάθλιψη. Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από αυξημένο βαθμό άγχους σοβαρή αϋπνία και ταραγμένη συμπεριφορά. Η διαταραχή δεν έχει σχέση με κάποια καταστροφική κατάσταση στη ζωή του ασθενούς, οφείλεται καθαρά την αίσθηση της απώλειας της αναπαραγωγικότητας στις γυναίκες και τον φόβο της μοναξιάς ο οποίος προκαλείται από την απομάκρυνση των παιδιών από το σπίτι. Στους άνδρες, από την άλλη, οδυνηρή είναι η συνταξιοδότηση και μαζί με αυτή η απομάκρυνση τους από ανθρώπους και συνήθειες μιας ζωής. Όσον αφορά τις ενδοκρινικές και μεταβολικές αλλαγές που επέρχονται με την ηλικία αυτή δεν φαίνεται να επηρεάζουν την διαταραχή αυτή. Οι άνθρωποι που πάσχουν από τη διαταραχή αυτή είναι συνήθως άτομα με ψυχαναγκαστικό χαρακτήρα και από το ιστορικό τους απουσιάζουν διακυμάνσεις κυκλοθυμικές. [17]



5.6 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι γυναίκες εμφανίζουν επιπολασμό ζωής 15% (πιθανόν και μέχρι 25%) περίπου μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Στους ασθενείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η επίπτωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι υψηλότερη από ότι συνήθως. Στους ασθενείς αυτούς η διαταραχή προσεγγίζει το 10%, όπως και στους νοσηλευόμενους για κάποια οργανική διαταραχή, στους οποίους φτάνει το 15%.

Η διπολική διαταραχή I είναι λιγότερο συνήθης από ό,τι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, με επιπολασμό ζωής 1% περίπου, παρόμοιο δηλαδή με αυτόν της σχιζοφρένειας. Με δεδομένη τη συνεχώς επιβεβαιωμένη εκτίμηση ότι η πορεία της διπολικής διαταραχής I δεν είναι εξίσου ευνοϊκή με την πορεία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, αντιλαμβάνεται κανείς πόσο σημαντικό είναι το κόστος της διπολικής διαταραχής I για τους αρρώστους, τις οικογένειες τους και την κοινωνία. Μια άλλη διαφορά ανάμεσα στη διπολική διαταραχή I και στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή είναι η εξής: ενώ τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή I τελικά περιέρχονται στην προσοχή κάποιου γιατρού και λαμβάνουν θεραπεία, από το σύνολο των ατόμων που πάσχουν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή μόνο το 50% θα λάβει κάποια στιγμή ειδική θεραπεία. Αν και το Εθνικό Ινστιτούτο για την Ψυχική Υγεία (NIMH) των ΗΠΑ έχει ξεκινήσει ένα πρόγραμμα με στόχο να αυξηθεί η ικανότητα τόσο του γενικού πληθυσμού, όσο και των γιατρών να αναγνωρίζουν την κατάθλιψη, οι εκδηλώσεις της συχνά διαφεύγουν, επειδή εκλαμβάνονται ως κατανοήσιμες αντιδράσεις στο στρες, ως ενδείξεις αδύναμης θέλησης ή απλώς ως συνειδητή προσπάθεια να αποσπαστεί κάποιο δευτερογενές όφελος. [31]

ΦΥΛΟ

Ο διπλάσιος περίπου επιπολασμός της μονοπολικής κατάθλιψης στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες είναι μία επισήμανση, σχεδόν σε παγκόσμια κλίμακα, ανεξάρτητα από χώρα ή πολιτισμό. Παρά το ότι οι λόγοι αυτής της

διαφοράς είναι άγνωστοι, η έρευνα έχει δείξει σαφώς ότι αυτό στις δυτικές χώρες, δεν είναι αποτέλεσμα κοινωνικά προκατειλημμένων διαγνωστικών πρακτικών. Η διαφοροποίηση αυτή έχει υποτεθεί ότι οφείλεται σε ορμονικές διαφορές, στις επιπτώσεις από τη γέννηση παιδιών, στο διαφορετικό είδος στρεσογόνων παραγόντων που υφίστανται οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, όπως και σε συμπεριφορικά μοντέλα γυναικών που μαθαίνουν συμπεριφορικά να είναι ή να προσποιούνται τις αβοήθητες (μαθημένη θυματοποίηση -Learned Helpness). Σε αντίθεση με τον επιπολασμό της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, ο επιπολασμός της διπολικής διαταραχής I είναι ίδιος για γυναίκες και άνδρες.[31]

ΗΛΙΚΙΑ

Γενικά, η έναρξη της διπολικής διαταραχής I είναι πρωιμότερη από ό,τι της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Η έναρξη της διπολικής διαταραχής I κυμαίνεται από την παιδική ηλικία (ήδη από 5 ή 6 ετών) μέχρι τα 50 χρόνια ή ακόμη αργότερα, σε σπάνιες περιπτώσεις, με μέση ηλικία έναρξης τα 30 έτη. Η μέση ηλικία έναρξης της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι περίπου τα 40 χρόνια το 50% του συνόλου των αρρώστων εμφανίζει το πρώτο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο σε ηλικία μεταξύ 20 και 50 ετών. Η μείζον καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί για πρώτη φορά στην παιδική ηλικία ή στο γήρας, αν και αυτό δεν είναι σύνηθες. Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα συνηγορούν στο ότι η επίπτωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να αυξάνεται σε άτομα κάτω των 20 ετών. Εάν αυτή η παρατήρηση είναι ορθή, τότε ίσως αυτό να σχετίζεται με την αύξηση της χρήσης οινοπνεύματος και άλλων ουσιών από αυτή την ηλικιακή ομάδα. [31]

ΦΥΛΗ

Δεν υπάρχει διαφορά του επιπολασμού των διαταραχών της διάθεσης ανάμεσα στις φυλές. Ωστόσο, υπάρχει η τάση στους εξεταστές να υποδιαγιγνώσκουν τις διαταραχές της διάθεσης και να υπερδιαγιγνώσκουν τη σχιζοφρένεια σε ασθενείς με διαφορετική φυλετική και πολιτισμική προέλευση, από τη δική τους. Για παράδειγμα, οι Λευκοί ψυχίατροι τείνουν να

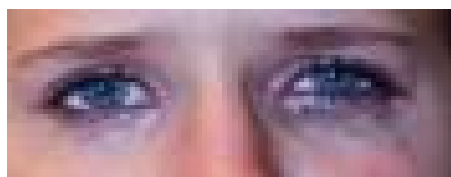
υποδιαγιγνώσκουν τις διαταραχές της διάθεσης στους Μαύρους και στους Ισπανόφωνους. [31]

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σε γενικές γραμμές, η μονοπολική κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα που δεν έχουν στενές διαπροσωπικές σχέσεις ή που είναι διαζευγμένα ή σε διάσταση. Η διπολική διαταραχή I συναντάται μάλλον συχνότερα μεταξύ των ατόμων που ζουν μόνα τους ή που είναι διαζευγμένα σε σύγκριση με τους παντρεμένους, αν και αυτή η διαφορά πιθανόν να αντανακλά την πρόωμη έναρξη και τις συνακόλουθες συζυγικές διαφωνίες που χαρακτηρίζουν αυτή τη διαταραχή.[31]

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ

Δεν υπάρχει κανένας συσχετισμός μεταξύ κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Η διπολική διαταραχή I φαίνεται να έχει μεγαλύτερη επίπτωση στις υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, γεγονός που πιθανόν να οφείλεται σε προκατειλημμένες διαγνωστικές πρακτικές. Η κατάθλιψη ίσως είναι συχνότερη στις αγροτικές παρά στις αστικές περιοχές. Η διπολική διαταραχή I είναι συνηθέστερη σε άτομα που δεν έχουν τελειώσει το κολλέγιο από ό,τι σε αυτά που το έχουν τελειώσει (γεγονός που πιθανόν αντανακλά μια σχετικά πρόωμη ηλικία έναρξης αυτής της διαταραχής).[31]



5.7 ΠΟΡΕΙΑ, ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ενδογενής κατάθλιψη έχει γενικά καλύτερη πρόγνωση από την εξωγενή και η νευρωτική καλύτερη από την ψυχωτική. Ένα καταθλιπτικό επεισόδιο διαρκεί κατά μέσο όρο έξι μήνες, χωρίς θεραπευτική επέμβαση ενώ ένα (υπό)μανιακό επεισόδιο περίπου το μισό χρονικό διάστημα δηλαδή 2-3 μήνες. Το θετικό την υπόθεσης είναι

ότι ένα μικρό ποσοστό καταλήγει τελικώς σε μια χρόνια νοσηρή κατάσταση. Πολλοί άρρωστοι παρουσιάζουν ένα μόνο επεισόδιο συναισθηματικής διαταραχής, χωρίς υπότροπη μεταξύ επεισοδίων.

Πιο συγκεκριμένα:

Αυτοκαταστροφικότητα: το 30-40% των καταθλιπτικών θα αποπειραθούν να βάλουν τέρμα στην ζωή τους. Το 10-15% αυτών των ασθενών τελικά θα αυτοκτονήσουν. Στο σύνολο των αυτοκτονιών το ποσοστό των συναισθηματικών αρρώστων φτάνει στο 30-40%.

Υποτροπές: τουλάχιστον το 75% των συναισθηματικών αρρώστων θα έχουν ένα δεύτερο επεισόδιο κατάθλιψης στους πρώτους έξι μήνες μετά το πρώτο επεισόδιο. Ο μέσος όρος των συνολικών επεισοδίων για όλη τους τη ζωή είναι περίπου 5.

Πρόγνωση: το 50 % των αρρώστων αναρρώνουν. Το 30% αναρρώνουν μερικώς. Το 20% έχουν μια χρόνια πορεία.

Όσον αφορά στη θεραπεία του ανθρώπου που πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή το πρώτο πράγμα που θα πρέπει να επιμελείται είναι ο άρρωστος αυτός να νιώθει προστασία, κατανόηση και ζεστασιά πράγμα το οποίο θα απέτρεπε μian απόπειρα αυτοκτονίας. Η αυτοκτονία αποτελεί συνοδό της κατάθλιψης αν και ο βαθμός κίνδυνου διαφέρει ανάλογα με το στάδιο της πάθησης και τον τύπο της διαταραχής. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος υπάρχει στην αγχώδη μορφή της μελαγχολίας εκεί όπου ο άρρωστος υποφέρει από συναισθήματα αναξιότητας και ενοχής. Τέλος, μεγάλος κίνδυνος παρατηρείται όταν ο άρρωστος επανέρχεται στην ζωή και όλα δείχνουν ότι δεν υπάρχει πια κίνδυνος (χαμογελαστή κατάθλιψη). [17] (βλ. παράρτημα 1,πίνακας 1.1)

5.7.1 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ιδέα μιας τόσο επιθετικής επέμβασης στον εγκέφαλο και στο σώμα όσο είναι η χρήση ηλεκτροσπασμοθεραπείας, γενικά δημιουργεί ενδοιασμούς και ιδιαίτερα όταν δεν είμαστε βέβαιοι για τον τρόπο με τον οποίο ενεργεί. Ωστόσο τα αποτελέσματα της σε βαριές και επικίνδυνες περιπτώσεις, μπορεί να φανούν σωτήρια. Έτσι όταν ο κίνδυνος είναι μεγάλος και η ιδέα της αυτοκτονίας είναι άμεση και ύστερα από επανειλημμένες απόπειρες που χαρακτηρίζουν μια βαριά, παρατεταμένη κατάθλιψη, ενδείκνυται η χρήση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας.

5.7.2 ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΑ

Στις περισσότερες περιπτώσεις τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά, αλλά συνήθως όχι αμέσως. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να χρειαστούν δύο ως τέσσερις εβδομάδες προτού αρχίσουν να ενεργούν θεραπευτικά. Αν όχι, μια δεύτερη επιλογή σε αυτό το σημείο και όχι ταυτόχρονη χρήση, τρικυκλικού ή άλλου αντικαταθλιπτικού μπορεί να φέρει το ποθητό αποτέλεσμα. Ως υποκατάστατα των τρικυκλικών είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης. Αλλά το γεγονός ότι σε συνδυασμό με διάφορες αρκετά κοινές τροφές προκαλούν παρενέργειες, κάνει τα φάρμακα αυτά δύσχρηστα.

Η θεραπευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι ανάγκη να συνεχιστεί για κάμποσους μήνες (οκτώ με δέκα) ύστερα από τη φαινομενική ανάρρωση του αρρώστου, γιατί αλλιώς υπάρχει κίνδυνος υποτροπής. [17] (βλ. παράρτημα 1, πίνακας 1.9)



5.7.3 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χρησιμότητα της ψυχοθεραπείας αποδεικνύεται εδώ για άλλη μια φορά καθώς είναι γενικά παραδεκτό ότι οι σωματικές και βιολογικές θεραπείες, παρόλη την αποτελεσματικότητά τους, είναι σκόπιμο να συνδυαστούν με μια μέθοδο ψυχοθεραπείας η οποία θα ακολουθήσει ακόμη και μετά την διακοπή τους. Ωστόσο, η διαδικασία της ψυχανάλυσης δεν είναι ορθό να εφαρμόζεται σε οποιαδήποτε φάση της πάθησης. Για παράδειγμα κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης, η ψυχανάλυση πρέπει να αποφεύγεται. Αργότερα, και, ιδιαίτερα στην περίπτωση

κατά την οποία η κατάθλιψη παρουσιάζει συγκεκριμένα ψυχωτικά στοιχεία, η ψυχανάλυση μπορεί να προσφέρει την καλύτερη βοήθεια στον ασθενή ιδίως σε ότι αφορά την πρόληψη μελλοντικών επεισοδίων.[17] (βλ. παράρτημα 1,πίνακας 1.4)



5.7.4 ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Είναι ευνόητη η πρόταση νοσηλείας του ασθενούς ο οποίος βρίσκεται σε οξεία φάση και όσο διαρκεί ο κίνδυνος αυτοκτονίας. Είναι προτιμότερο και συχνά απαιτείται μια τέτοια κατάσταση να αντιμετωπισθεί σε ψυχιατρική κλινική ή σε ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου. Ένα τέτοιο μέτρο φέρει συχνά θετικά αποτελέσματα στην προστασία του ασθενούς, ο οποίος διαμαρτύρεται στη αρχή, αλλά στην πορεία νοιώθει καλύτερα, καθώς το γεγονός ότι έχει απομακρυνθεί από την οικογένεια του, στην οποία βιώνει άγχος, τον κάνει να μην μπορεί να ανταποκριθεί συναισθηματικά.

Τέλος εφόσον το νοσοκομείο πληρεί τις προϋποθέσεις για μια κατάλληλη θεραπεία περιβάλλοντος (όπως αρμόζει σε ένα ψυχιατρικό ίδρυμα), τότε η απόφαση της νοσηλείας ήταν αναμφισβήτητα σωστή. [17]

5.7.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΑΝΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Στην οξεία της μορφή, μια μανιακή διαταραχή απαιτεί επίσης άμεση νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα νευροληπτικά φάρμακα έχουν κατευναστική επίδραση. Παράγωγα της φαινο-θειαζίνης, κυρίως αλειφατικά όπως η

χλωροπρομαζίνη, και παράγωγα της βουτυροφαινόνης, όπως η αλοπεριδίνη, είναι φάρμακα επιλογής.

Ειδική αντιμανιακή δραστηριότητα έχουν τα άλατα του λιθίου. Αλλά αν και μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση αμέσως, είτε μόνο είτε σε συνδυασμό με ένα νευροληπτικό, το λίθιο είναι πιο αποτελεσματικό ως φάρμακο συντηρήσεως σε δόσεις που καθορίζονται εργαστηριακά με τη μέτρηση του επιπέδου της ουσίας στο αίμα για την πρόληψη υποτροπών. Εάν δεν έχει αποτελέσματα μέσα σε δέκα μέρες, κατά πάσα πιθανότητα δεν πρόκειται να έχει ούτε αργότερα. [17]

5.8 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

5.8.1 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Δύο είναι τα συμπτώματα κλειδιά της κατάθλιψης: η καταθλιπτική διάθεση και η απώλεια ενδιαφέροντος. Η καταθλιπτική διάθεση έχει συχνά μια διακριτή ποιότητα από την κοινή λύπη και οι άρρωστοι αναφέρουν ότι αισθάνονται απελπισμένοι, λυπημένοι και ότι «έχουν τα χάλια τους». Το σύμπτωμα της κατάθλιψης αναφέρεται από τους άρρωστους ως μια αγωνιώδη ψυχική οδύνη.

Το ζήτημα της αυτοκτονίας στους καταθλιπτικούς άρρωστους είναι αρκετά σημαντικό ειδικά αν λάβουμε υπόψη μας τα στατιστικά στοιχεία που αναφέρουν ότι τα 2/3 περίπου των καταθλιπτικών αρρώστων αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν και το 10-15 % τελικά αυτοκτονεί. Πολλές φορές οι καταθλιπτικοί δεν έχουν επίγνωση της κατάθλιψης τους και δεν παραπονιούνται για διαταραχή της διάθεσης τους αν και υπάρχει στην ζωή τους το φαινόμενο της απομάκρυνσης από την οικογένεια, τους φίλους και τα ενδιαφέροντα τους. Επίσης οι καταθλιπτικοί άρρωστοι πολλές φορές παραπονιούνται ότι δεν μπορούν να κλάψουν, ένα σύμπτωμα το οποίο εξαλείφεται σταδιακά με την βελτίωση της ψυχικής τους υγείας.

Η μειωμένη ενεργητικότητα είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό που απασχολεί το 97% των αρρώστων με καταθλιπτική διαταραχή. Ως συνέπεια της μειωμένης ενεργητικότητας εμφανίζονται αναμενόμενα η μειωμένη απόδοση στη δουλειά, στις σπουδές, στις γενικότερες υποχρεώσεις τους και εν γένει παρατηρείται μειωμένη διάθεση να αναλάβουν νέες δραστηριότητες. Σχεδόν το 80% των αρρώστων παραπονιέται για σοβαρή διαταραχή του ύπνου, ειδικά για πρόωμη αφύπνιση (τελική

αϋπνία) και πολλαπλές αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια των οποίων μηρυκάζουν τα προβλήματα τους.

Οι ποικίλες αλλαγές στην πρόσληψη τροφής και στην ανάπαυση είναι δυνατό να επιδεινώσουν συνυπάρχουσες σωματικές νόσους, όπως το διαβήτη, την υπέρταση, τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και τα καρδιακά νοσήματα. Άλλα συμπτώματα από το νευροφυτικό περιλαμβάνουν διαταραχές στην έμμηνο ρύση, μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας για σεξουαλική δραστηριότητα. Τα σεξουαλικά προβλήματα, εάν ο γιατρός δεν κατορθώσει να διακρίνει την υποκείμενη καταθλιπτική διαταραχή, είναι δυνατό να οδηγήσουν σε άστοχες παραπομπές, όπως για σεξουαλική θεραπεία ή συμβουλευτική γάμου.

Στοιχεία που περιπλέκουν την θεραπεία της κατάθλιψης είναι το άγχος (συμπεριλαμβανόμενων και των κρίσεων πανικού), η κατάχρηση αλκοόλ και τα σωματικά ενοχλήματα (όπως κεφαλαλγίες και δυσκοιλιότητες). Αρκετοί ασθενείς (το 50% περίπου) αναφέρουν μια ημερήσια διακύμανση των συμπτωμάτων τα οποία φαίνεται το πρωί να είναι πιο έντονα και καθώς περνάει η μέρα να κατευνάζουν. Οι καταθλιπτικοί άρρωστοι αναφέρουν, τέλος, αδυναμία στη συγκέντρωση (48% των αρρώστων) και στη σκέψη (67% των αρρώστων όπως φαίνεται από μελέτες).

Κατάθλιψη στα παιδιά και τους εφήβους. Στους έφηβους συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να υποδηλώνουν πράξεις όπως αντικοινωνική συμπεριφορά, κακές επιδόσεις σε σπουδές, κατάχρηση ουσιών, σεξουαλική ασυδοσία, αδικαιολόγητες απουσίες από το σχολείο και φυγή. Επίσης, η υπερβολική προσκόλληση στους γονείς και η σχολική φοβία μπορεί να αποτελέσουν ένδειξη εφηβικής κατάθλιψης.

Κατάθλιψη στο γήρας. Από 25 έως σχεδόν 50% κυμαίνεται ο επιπολασμός που προκύπτει από διάφορες μελέτες για τους ηλικιωμένους οι οποίοι παρατηρούμε ότι εμφανίζουν συχνότερα κατάθλιψη από ότι ο γενικός πληθυσμός. Είναι αβέβαιο ποιο ποσοστό αυτών των περιπτώσεων αναφέρεται στην μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Τα αιτία που συνδέονται με την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία φαίνεται να είναι η απώλεια του/της συζύγου, χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, κανονική απομόνωση και κάποια συνυπάρχουσα σωματική νόσος. Σε ό,τι αφορά τη διάγνωση της κατάθλιψης σε αυτή την ηλικία συνήθως αυτή υποδιαγιγνώσκεται και υποθεραπεύεται. Αυτή η δυσκολία των γενικών ιατρών να αναγνωρίσουν την κατάθλιψη προκύπτει από το γεγονός ότι αυτή συνυπάρχει συχνά με άλλα σωματικά ενοχλήματα, πράγμα το οποίο δεν φαίνεται να συμβαίνει στις νεαρότερες ηλικίες. Εν κατακλείδι, πολλοί ιατροί θεωρούν απλά

«φυσιολογικά» τα συμπτώματα κατάθλιψης σε αυτές τις ηλικίες ή τουλάχιστον σε σύγκριση με τα ίδια συμπτώματα σε νεαρότερες ηλικίες. [31]



5.8.2 MANIAKA ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Η διάθεση, εντούτοις, μπορεί άλλες φορές να είναι ευερέθιστη, ιδιαίτερα όταν τα υπερβολικά φιλόδοξα σχέδια του αρρώστου ματαιώνονται. Συχνά, ο άρρωστος εμφανίζει αλλαγή της κυριαρχούσας διάθεσης, από την ευφορία που κυριαρχεί στην πρώτη φάση της πορείας της νόσου, σε ευερεθιστότητα που επικρατεί αργότερα.

Η περίθαλψη των μανιακών αρρώστων είναι δυνατό να περιπλακεί από το ότι θέτουν σε δοκιμασία τα όρια των κανονισμών του τμήματος νοσηλείας, από μία τάση που έχουν να μεταθέτουν την ευθύνη των πράξεων τους στους άλλους και να εκμεταλλεύονται τις αδυναμίες τους, και από την τάση τους να διχάζουν το νοσηλευτικό προσωπικό. Εκτός νοσοκομείου, οι μανιακοί άρρωστοι συχνά πίνουν αλκοόλ σε μεγάλες ποσότητες, ίσως σε μια προσπάθεια αυτοφαρμακοθεραπείας. Η άρση αναστολών σε αυτούς τους αρρώστους φαίνεται στον υπερβολικό τρόπο που χρησιμοποιούν το τηλέφωνο, ειδικά όταν κάνουν υπεραστικά τηλεφωνήματα τις πρώτες πρωινές ώρες. Η παθολογική χαρτοπαιξία, η τάση να γδύνονται σε δημόσιους χώρους, να φορούν ρούχα και κοσμήματα με έντονα χρώματα σε ασυνήθεις συνδυασμούς και η παραμέληση λεπτομερειών (π.χ. ξεχνούν να κλείσουν το ακουστικό του τηλεφώνου), αποτελούν εκδηλώσεις της διαταραχής. Ο παρορμητικός χαρακτήρας πολλών ενεργειών του αρρώστου συμπληρώνεται από μια αίσθηση αυτοπεποίθησης και σκοπού. Ο άρρωστος είναι συχνά απασχολημένος με θρησκευτικές, πολιτικές, σεξουαλικές ή διωκτικού περιεχομένου ιδέες, οι οποίες μπορεί να εξελιχθούν σε κάποιο περίπλοκο συστηματοποιημένο παραλήρημα. Κατά καιρούς, αυτοί οι άρρωστοι παλινδρομούν, με αποτέλεσμα να "παίζουν" με τα ούρα τους και με τα κόπρανα τους. [31]



5.9 ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ ΤΡΥΠΤΟΦΑΝΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Η μελέτη των σχέσεων διατροφή-συμπεριφορά είναι μια υπόσχεση και ένας ολοένα και αναπτυσσόμενος κλάδος της έρευνας. Η καλά ελεγχόμενη εμπειρική ερευνητική θα έπρεπε να ενισχύει την κατανόηση των σχέσεων εγκεφαλου-συμπεριφοράς και να προωθήσει ωφέλιμη πρακτική ιατρικής. Τρεις μηχανισμοί έχουν ενεργοποιηθεί για να εξηγήσουν την επιρροή των υδατανθράκων στη συμπεριφορά: επίδραση προσδοκίας, υπογλυκαιμία, και επιδράσεις στους εγκεφαλικούς νευροδιαβιβαστές. Η υπόθεση ότι η σχέση διατροφής-συμπεριφοράς προέκυψε από ένα ψευδοφάρμακο έχει πάψει να υποστηρίζεται από πειραματικά πλέον δεδομένα (ανακαλύψεις). Όμως όπως και να έχει, ελεγχόμενες έρευνες ακόμα χρειάζονται για το ξεκαθάρισμα της υπόθεσης κατά την οποία οι διαιτητικές θεραπείες χρησιμοποιούνται ως μέσον αντιμετώπισης για ένα κλινικό πρόβλημα.

Στα φυσιολογικά άτομα μερικά στοιχεία υποστηρίζονται και μερικά έρχονται σε αντίθεση με την υπόθεση ότι οι υδατάνθρακες προκαλούν αλλαγή της συμπεριφοράς η οποία προκύπτει από τη υπογλυκαιμία. Η υπόθεση η οποία υποστηρίζεται καλύτερα από εμπειρικά ευρήματα είναι ότι οι υδατάνθρακες επηρεάζουν την συμπεριφορά ενδυναμώνοντας την εγκεφαλική ροή της τρυπτοφάνης πρόδρομο της σεροτονίνης των νευροδιαβιβαστών

Η επιθεώρηση διάφορων μελετών, αποκαλύπτει, κινώντας την περιέργεια, πρόσφατα αναπτυγμένη βιβλιογραφία με περίπλοκα αποτελέσματα. Η έρευνα για τα παιδιά είναι η πιο εκτενής και δυο συμπεράσματα εμφανίζονται. Καταρχάς, εκτός από τη σταθερή δημοφιλή άποψη ότι η ζάχαρη εντείνει την υπερενεργητική συμπεριφορά

των παιδιών η πλειοψηφία των καλά ελεγχόμενων πειραματικών στοιχείων παρήγαγε μελέτες αμφισβητώντας αυτή την προϋπόθεση. Οι περισσότερες μελέτες έχουν αποτύχει να ανιχνεύσουν επίδραση της ζάχαρης στα επίπεδα δραστηριότητας η έχουν σημειώσει ακόμη και μια μείωση στη δραστηριότητα. Δεύτερον σχετικά με την επιρροή μιας οξείας πρόκλησης ζάχαρης στην απόδοση οι πλειοψηφία των μελετών δεν έχει ανιχνεύσει καμία επίδραση. Σε αντίθεση με την πρόκληση της ζάχαρης ένα πλήρες γεύμα υδατανθράκων φαίνεται να επηρεάζει την συγκέντρωση των παιδιών. Δεν είναι ξεκάθαρο γιατί ένα γεύμα υδατανθράκων επιδρά στη συμπεριφορά, πράγμα το οποίο δεν παρατηρείται με την πρόκληση της ζάχαρης. Οι διαφορές στη δοσολογία (διατροφική ποσότητα) αντιπροσωπεύει μια εξήγηση. Στον ενήλικο κλινικό πληθυσμό επιταχύνει το έναρξη του ύπνου και μειώνει την ανοσοανοχή. Επίσης, έχει προταθεί ότι η τρυπτοφάνη μειώνει την επιθετική συμπεριφορά αν και τα στοιχεία είναι ασυμβίβαστα. Σε ορισμένες μελέτες, τα γεύματα υδατανθράκων έχουν χρησιμοποιηθεί ως προσθήκες στην τρυπτοφάνη. Επιπρόσθετες έρευνες προσπαθούν να εξετάσουν εάν τα γεύματα υδατανθράκων που δίνονται μεμονωμένα, μπορούν να παράγουν παρόμοιες επιδράσεις ή να ελαττώσουν την αναγκαία δόση τρυπτοφάνης. Στους υγιείς ενήλικους η κατανάλωση μιας ανισόρροπης πρόσληψης υδατανθράκων και, το πρωτεϊνικά, φτωχό γεύμα τείνει να προκαλεί την υπνηλία, ειδικά στις γυναίκες. Η μείωση της απόδοσης έχει σημειωθεί και στους άνδρες, στις γυναίκες και κυρίως στους ηλικιωμένους. Η τρυπτοφάνη και οι υδατάνθρακες επηρεάζουν την διάθεση ομοίως αν και η επίδραση των υδατανθράκων είναι λεπτότερη. Τα συμπεριφορικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν τις δυσκολίες υπνηλίας και συγκέντρωσης, οι οποίες εμφανίζονται στο μέγιστο περίπου δυο ώρες μετά την πρόσληψη υδατανθράκων.

Η εμφάνιση της ελεγχόμενης εμπειρικής ερευνάς για τις σχέσεις διατροφής-συμπεριφοράς είναι έγκυρη και εκφράζει το δημόσιο ενδιαφέρον. Η ερμηνεία των μελλοντικών μελετών θα βοηθηθεί από την προσοχή σε επτά μεθοδολογικούς παράγοντες.

Καταρχάς αν και οι σχετικές μελέτες έπαιξαν έναν σημαντικό ρόλο στη γενίκευση των υποθέσεων τα ευρήματα μπορούν να είναι αρκετά απατηλά όταν η ερμηνεία που τους δίνουμε είναι η σχέση αιτίας-αποτελέσματος, όπως συμβαίνει στα σχετικά ευρήματα που αφορούν τη ζάχαρη και τα επίπεδα δραστηριότητας των παιδιών.

Δεύτερον, η προσεκτική περιγραφή των απλών χαρακτηριστικών είναι χρήσιμη κυρίως εν όψη πιθανών διαφορικών ευαισθησιών οι οποίες σχετίζονται με ψυχοπαθολογία, με το γένος και με την ηλικία.

Τρίτον, υπάρχει ανάγκη για πιο προσεκτική συγκεκριμενοποίηση των διατροφικών ελέγχων και των συνακόλουθων διαιτητικών συνηθειών. Σε ορισμένες μελέτες, οι ερευνητές πρέπει να προσδιορίσουν την ταχύτητα, την διάρκεια και τις διατροφικές δόσεις. Θα πρέπει να σταθεροποιήσουν και να ελέγξουν την πρόσληψη άλλων τροφών αντί να τα αξιολογούν, αλλά να τους επιτρέπουν την ποικιλία. Στην πράξη, τα δείγματα ποικίλουν εμφανώς ανάλογα με το σωματικό βάρος. Οι διατροφικές δόσεις θα πρέπει να είναι ανάλογες του βάρους παρά να είναι απόλυτες. Η επιλογή ενός ενδεδειγμένου διατροφικού ελέγχου ή ψευδοφαρμάκου είναι μια πιεστική διαδικασία, ειδικά υπό την έλλειψη γνώσης για το εάν η ασπαρτάμη επιφέρει συμπεριφορικές διαταραχές. Επιπλέον, επειδή τα στοιχεία προτείνουν ότι κάθε γεύμα με υψηλό ποσοστό θερμίδων, ακόμη και ανακατεμένων τροφών, παράγει μια κλίμακα (βαθμό) μετά γεύματος μείωσης, συνιστάται η έγλεισις γρήγορα ελεγχόμενης ομάδας.

Τέταρτον, η επιλογή ενός διαστήματος μεταξύ διατροφικής πρόσληψης και συμπεριφορικών ελέγχων, πιθανόν να επηρεάσει επικριτικά τα αποτελέσματα. Επειδή η διάθεση και η απόδοση μετά την λήψη των υδατανθράκων δυο ώρες νωρίτερα ή δυο ώρες αργότερα αλλάζει, ο έλεγχος μπορεί να χάσει αυτές τις επιδράσεις. Υπάρχει ωστόσο η ανάγκη να λάβουμε δείγμα σε πολύ κοντινό διάστημα μετά την λήψη των υδατανθράκων επειδή κάποιες ανέκδοτες αναφορές σημειώνουν πολύ γρήγορα αποτελέσματα.

Το πέμπτο αποτέλεσμα είναι η σημαντικότητα του να λαμβάνουμε δείγμα τον χρόνο εξέλιξης των βιολογικών παραμέτρων (πχ πλάσμα, γλυκόζη, ινσουλίνη) και συσχετίζοντας τα με συμπεριφορικές διακυμάνσεις, να κατανοήσουμε τους μηχανισμούς.

Έκτον, είναι επιθυμητό για τους ερευνητές να χρησιμοποιούν κάποια κοινά μέτρα των συμπεριφορικών μεταβολών, έτσι ώστε τα αποτελέσματα να μπορούν να συγκριθούν με τις υπόλοιπες μελέτες. Τέλος, είναι αναγκαίος ο έλεγχος και η διερεύνηση μεταβολών όπως το κάπνισμα και η εξάσκηση (φυσική δραστηριότητα), τα οποία μπορεί να ασκούν μέτριες επιδράσεις στη σχέση διαίτας-συμπεριφοράς. Σε αυτό το κείμενο έχουμε αναφέρει στοιχεία τα οποία προτείνουν ότι η τρυπτοφάνη και οι υδατάνθρακες μπορούν να δράσουν ως φάρμακα τα οποία τροποποιούν την βιοχημεία του εγκεφάλου και συνοδεύουν την διάθεση και τη συμπεριφορά και ως μεμονωμένα αυτοχορηγούμενα φάρμακα που ρυθμίζουν τα συμπτώματα της συμπεριφοράς και τη διάθεση έτσι ώστε τα άτομα να μάθουν να επιλέγουν και να διαχειρίζονται τροφές για να φτάσουν στο ίδιο αποτέλεσμα.

Στα φυσιολογικά άτομα οι υδατάνθρακες περισσότερο επιδεινώνουν (επιφέρουν) την κόπωση και βλάπτουν την απόδοση. Προκύπτει ένα ερώτημα το οποίο αφορά το γιατί τα άτομα που επιθυμούν τους υδατάνθρακες θα έπρεπε να καταναλώνουν επιλεγμένα την τροφή που προκαλεί τέτοια επίδραση. Πρόσφατες έρευνες προτείνουν ότι τα άτομα τα οποία καταναλώνουν επιλεκτικά μικρά θρεπτικά γεύματα (snacks) υδατανθράκων δοκιμάζουν την αυξημένη δραστηριότητα, χαμηλά επίπεδα άγχους ή άλλες θετικές διαθέσεις αντί της νωθρότητας. Εάν οι ατομικές διαφορές σε ανάγκες για υδατάνθρακες αποδειχθούν σοβαρές η προέλευση τους θα είναι ενδιαφέρουσα.

Είναι άγνωστο εάν οι διαφορετικές διατροφικές ευαισθησίες προέρχονται από γενετικές ή επίκτητες επιρροές ή προκύπτουν από χρόνια χορήγηση μη ισορροπημένων διαιτολογίων.

Διάφορες ενδιαφέρουσες κλινικές προοπτικές μπορεί να διαμορφωθούν στο μέλλον. Μια εκ των οποίων είναι η δυνατότητα ανάπτυξης διαιτητικών δειγμάτων τα οποία βελτιώνουν την απόδοση στην εργασία και την τάξη. Το δεύτερο είναι η προοπτική ότι μη συνηθισμένες διατροφικές ευαισθησίες ή προτιμήσεις σε τροφές μπορεί να επηρεάσουν την διάγνωση λειτουργικών διαφοροποιήσεων στην εγκεφαλική νευροδιαβίβαση οι οποίες όμως να είναι οι άσημες.

Το τρίτο στοιχείο είναι ότι τα θρεπτικά στοιχεία από μόνα τους ή σε συνδυασμό με φάρμακα μπορεί να έχουν κλινικές εφαρμογές στη θεραπεία διαταραχών της διάθεσης, του ύπνου και των άλγεων. [51]



5.10 ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗ, ΔΙΑΘΕΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΩΝ

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ

Αυτοί που αποζητούν τη λήψη υδατανθράκων παρουσιάζουν πολύ χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης μετά από ένα ελαφρύ θρεπτικό γεύμα (snack) τη στιγμή που οι υπόλοιποι βρίσκονται σε κόπωση και υπνηλία. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι αυτοί που αποζητούν με κάθε τρόπο τη λήψη υδατανθράκων, μπορεί να καταναλώνουν ελαφριά θρεπτικά γεύματα, έτσι ώστε να αποκαταστήσουν την έλλειψη ζωντάνιας με τον ίδιο τρόπο που κάποιοι άλλοι άνθρωποι μπορεί να βάλουν ένα ακόμη ποτήρι όταν τα επίπεδα ενέργειας και συγκέντρωσης τους ελαττώνονται. (Wurtman & Wurtman, 1989, σελ. 53)

Η πιο σημαντική και ευρέως δοκιμασμένη ιδέα που αφορά την επίδραση των τροφών στη διάθεση είναι μια υπόθεση που έχει προταθεί από τον R. J. Wurtman και τους συνεργάτες του, βάσει της οποίας συνδέεται η λήψη υδατανθράκων, των πρωτεϊνών, η σεροτονεργική λειτουργία του εγκεφάλου (5-υδροξυτρυπταμίνη) με τη διάθεση και τη συμπεριφορά. Αυτό βασίστηκε σε αποτελέσματα μελετών τα οποία διενεργήθηκαν κυρίως σε επίμυες. Στις βασικές τις γραμμές η υπόθεση περιγράφεται παρακάτω.

Η κατανάλωση γευμάτων με υψηλή συγκέντρωση υδατανθράκων αυξάνει τα επίπεδα συγκέντρωσης του πλάσματος του αμινοξέος τρυπτοφάνη που σχετίζεται με το άθροισμα άλλων ουδέτερων αμινοξέων (πχ. Τυροσίνη, φαινυλαλανίνη, λευκίνη, ισολευκίνη και βαλίνη). Αυτό συμβαίνει διότι η ινσουλίνη που απελευθερώνεται στο φορτίο του υδατάνθρακα, διευκολύνει τη λήψη των περισσότερων αμινοξέων, αλλά όχι της τρυπτοφάνης στους περισσότερους περιφερικούς ιστούς όπως στους μύες.

Αποκλειστικά στην περίπτωση των αμινοξέων η τρυπτοφάνη συνδέεται με την αλβουμίνη στο αίμα και η σύνδεση της αλβουμίνης με την τρυπτοφάνη αυξάνεται, πράγματι σε απόκριση προς τη ινσουλίνη καθώς τα ελεύθερα λιπαρά οξέα αφομοιώνονται από την αλβουμίνη που κυκλοφορεί (λόγω της επίδρασης της ινσουλίνης στην εξαφάνιση των λιπαρών οξέων από την κυκλοφορία).

Η τρυπτοφάνη είναι πρόδρομος του νευροδιαβιβαστή της σεροτονίνης (neurotransmitter serotonin) και από τη στιγμή που η τρυπτοφάνη και άλλα ουδέτερα αμινοξέα ανταγωνίζονται για την είσοδο τους στον εγκέφαλο και καθώς το ένζυμο που περιορίζει την παραγωγή της σεροτονίνης (υδροξυλάση τρυπτοφάνης) δεν έχει πλήρως κορεστεί με την ουσία στην οποία δρα το ένζυμο υπό φυσιολογικές συνθήκες, παρατηρείται μια αύξηση της τρυπτοφάνης στο πλάσμα, η οποία οδηγεί

στην αύξηση της σύνθεσης της σεροτονίνης και σε αυξημένη σεροτονεργική νευροδιαβίβαση. Αντίθετα, κατανάλωση γεύματος με υψηλή συγκέντρωση πρωτεϊνών αναμένεται να έχει αντίθετο αποτέλεσμα κυρίως γιατί οι περισσότερες πρωτεΐνες περιέχουν σχετικά ελάχιστη τρυπτοφάνη. Οι συμπεριφορικές συνέπειες που προβλέπεται ότι ακολουθεί εξαιτίας των αλλαγών από τη λήψη του γεύματος στο επίπεδο της νευροδιαβίβασης συμπεριλαμβάνουν διαφοροποιημένη διατροφική επιλογή και λήψη τροφής καθώς και αλλαγές στην ευαισθησία σχετικά με τον πόνο, την επιθετικότητα, την διάθεση και την ανησυχία (Spring και συνεργάτες, 1981, Wurtman & Wurtman 1989)

Οι αποδείξεις των επιδράσεων αυτών εντούτοις δεν είναι σαφείς. Σε πολλές μελέτες βρέθηκαν διαφορές στις επιδράσεις που επέφεραν γεύματα με υψηλή συγκέντρωση υδρογονανθράκων και υψηλή συγκέντρωση πρωτεϊνών προς την προβλεπόμενη κατεύθυνση αυξημένης υπνηλίας και ηρεμίας με τη λήψη υδρογονανθράκων, αλλά τα αποτελέσματα αυτά δεν εμφανίσθηκαν σταθερά σε όλες τις ομάδες μελέτης και η πλειοψηφία των μετρήσεων σε ότι αφορά την διάθεση και τις επιδόσεις δεν επηρεάσθηκε από τη σύνθεση των γευμάτων. Επίσης, πιο πρόσφατες μελέτες δεν κατάφεραν να αποδείξουν σαφή επίδραση των υδατανθράκων στη διάθεση σε σύγκριση με τις πρωτεΐνες, παρά την επιβεβαίωση που υπάρχει στην τελευταία μελέτη για την ύπαρξη σημαντικών επιδράσεων στις συγκέντρωσης της τρυπτοφάνης. Οι Pinonka και Grunewald (1990) βρήκαν ότι ένα διάλυμα παρουσία ζάχαρης (sugar sweetened drink) αυξάνουν τα επίπεδα υπνηλίας και μειώνει την συγκέντρωση σε σχέση με την επίδραση του ίδιου ποτού στο οποίο είχαμε προσθέσει ασπαρτάμη ή τον ίδιο όγκο νερού. Οι διαφορές εμφανίζονταν περί τις 30 ημέρες μετά την κατανάλωση του ποτού. Εν τούτοις άλλες παρόμοιες μελέτες δεν έχουν αποδείξει τόσο σαφή αποτελέσματα και τα πειράματα αυτά δεν δοκίμασαν την επίδραση των πρωτεϊνών και άλλων θρεπτικών φορτίων. Πέραν των επιδράσεων της σύνθεσης των γευμάτων στη συγκέντρωση οι Wurtman & Wurtman (1989) ανέπτυξαν μια περαιτέρω υπόθεση η οποία προτείνει ότι οι υδατάνθρακες μπορούν να θεραπεύσουν την κατάθλιψη. Η υπόθεση σχετίζεται συγκεκριμένα με τις διαταραχές στους παχύσαρκους λόγω υπερβολικής πρόσληψης υδατανθράκων (εφεξής CCO), το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο (εφεξής PMS) και τη διαταραχή λόγω εποχιακής αλλαγής (εφεξής SAD). Τα χαρακτηριστικά των διαταραχών αυτών περιλαμβάνουν καταθλιπτική διάθεση και πιθανόν ανάγκη για αυξημένη λήψη τροφών με υψηλή συγκέντρωση που εμπλέκουν την ελλιπή

σεροτονεργική λειτουργία στην αιτιολογία της κατάθλιψης, οδήγησαν στην υπόθεση ότι η αύξηση λόγω λήψης υδατανθράκων αποτελεί φυτοθεραπεία στην καταπολέμηση της κατάθλιψης. Αντίθετα, σε ότι αφορά το CCO η αυξημένη λήψη υδατανθράκων (και λιπών) προκαλεί παχυσαρκία. Με άλλα λόγια, το CCO αποτελεί πάθηση της διάθεσης στην οποία ο έλεγχος της όρεξης θυσιάζεται προς όφελος της συναισθηματικής κατάστασης. Για αυτόν τον λόγο η πρόβλεψη είναι η κατανάλωση γεύματος με υψηλή περιεκτικότητα υδατανθράκων και χαμηλή περιεκτικότητα πρωτεϊνών θα πρέπει να έχει διαφορετική επίδραση σε άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη και μη.

Σχετικά λίγες μελέτες έχουν άμεσα ελέγξει αυτή την υπόθεση παρά το γεγονός ότι έχει αποδειχθεί ότι οι υδατάνθρακες επιφέρουν σε πολύ χαμηλότερο βαθμό κατάσταση ηρεμίας στα άτομα που πάσχουν από CCO, SAD και PMS σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου. Ο Lieberman και οι συνεργάτες του (1986) απέδειξαν επίσης τις προβλεπόμενες επιδράσεις σε καταθλιπτική διάθεση στο CCO. Σε υποκείμενα που έπασχαν από PMS αποδείχθηκε ότι γεύμα με υδατάνθρακες βελτιώνει σημαντικά διάφορες πλευρές της διάθεσης συμπεριλαμβανομένου του θυμού, της έντασης, της κατάθλιψης και της σύγχυσης. Όλα αυτά τα σημεία της διάθεσης είχαν μείνει ανεπηρέαστα στα υποκείμενα ελέγχου. Αμφότερες αυτές οι μελέτες, εν τούτοις, δεν κατάφεραν να αποδείξουν εάν η επίδραση στη διάθεση οφειλόταν στους υδατάνθρακες επειδή δεν ελέγχθηκε η απόκριση σε όλα τα γεύματα όπως παραδείγματος χάριν σε γεύματα υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος και πρωτεΐνες. Σε μελέτες με ποικιλία γευμάτων ο de Castro (1987) βρήκε ένα σημαντικό συσχετισμό μεταξύ της κατάθλιψης που κάποιος δήλωνε ότι ένιωθε και της αναλογίας υδατανθράκων (% ενέργειας) που κατανάλωνε κάποιος για μια χρονική περίοδο εννέα ημερών. Αντίθετα, υπάρχει θετικός συσχετισμός κατάθλιψης και κατ' αναλογία πρόσληψης πρωτεϊνών. Ενώ το αίσθημα της ενέργειας συσχετίστηκε θετικά με την κατ' αναλογία πρόσληψη υδατανθράκων, εντούτοις, αυτοί οι συσχετισμοί δεν ήταν εμφανείς σε μια ανάλυση της διάθεσης γεύμα προς γεύμα και πρόσληψη τροφής. Η κατεύθυνση των επιδράσεων δεν ήταν όπως είχε προβλέψει ο Wurtman και οι συνεργάτες του καθώς πρώτα απ' όλα τα υποκείμενα δεν είχαν κατάθλιψη. Η πρόσληψη υψηλών ποσοστών υδατανθράκων, χαμηλών ποσοστών πρωτεϊνών, υποτίθεται ότι πρέπει να αυξάνει την υπνηλία, αλλά να μην έχει επίδραση στη κατάθλιψη σε άτομα που δεν πάσχουν από κατάθλιψη.

Τέλος, η επίδραση της ιδέας της τρυπτοφάνης στη διάθεση και στη συμπεριφορά παρουσιάζει ενδιαφέρον καθώς μπορεί να αποτελέσει δοκιμή για τα όρια της υπόθεσης στη σεροτονίνης της διατροφής.

Διάφορες μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ότι η χορήγηση δια στόματος αποκλειστικά τρυπτοφάνης (οξεία δόση 1,5 έως 5 γρ) ή σε συνδυασμό με υδατάνθρακες επιφέρει σημαντική επίδραση στη συγκέντρωση πλάσματος της τρυπτοφάνης και περιορίζει το αίσθημα της υπνηλίας και της κόπωσης, μειώνει την νύστα και περιορίζει την όρεξη συμπεριλαμβανομένης της προσμετρούμενης πείνας και της πραγματικής πρόσληψης τροφής. Η καθημερινή πρόσληψη τρυπτοφάνης, από θεραπευτικές πηγές, κυμαίνεται από 1 έως 1,5 γρ. Η τρυπτοφάνη σε μεγαλύτερες φαρμακευτικές δόσεις μπορεί να είναι ένα αποτελεσματικότερο αντικαταθλιπτικό τόσο όταν χορηγείται από μόνη της όσο και σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες. Διαφαίνεται ότι άνθρωποι που πάσχουν από ήπιας ή περιορισμένης μορφής κατάθλιψη επωφελούνται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τη θεραπεία με τρυπτοφάνη, παρά το γεγονός ότι είναι λιγότερο ισχυρή απ' ότι τα συνήθη αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Αυτό συνάδει με την άποψη ότι η έλλειψη σεροτονεργικής δραστηριότητας είναι σημαντική καθώς αποτελεί παράγοντα ευαισθησίας αλλά δεν είναι η συγγενής αιτία πρόκλησης κατάθλιψης. Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι η τρυπτοφάνη βελτιώνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα στο SAD και το PMS παρά το γεγονός ότι προφανώς δεν έχει ελεγχθεί για το CCO. Μια άλλη στρατηγική της έρευνας ήταν να μετρηθούν τα αποτελέσματα χορήγησης μειγμάτων αμινοξέων απουσία τρυπτοφάνης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μείωση της διάθεσης μετά από κατάχρηση της τρυπτοφάνης παρουσιάζει πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα σε άτομα με υψηλά σκορ κατάθλιψης εξαρχής ή σε άτομα τα οποία είχαν οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης. Εάν λάβουμε υπόψη μας αυτές τις μελέτες για την τρυπτοφάνη και την κατάχρηση της τρυπτοφάνης τότε προσθέτουμε σημαντικά στοιχεία στις ενδείξεις που μας υποδεικνύουν ότι η σεροτονίνη παίζει ρόλο στην αιτιολογία της κατάθλιψης. Εντούτοις, όπως αποδεικνύεται η φαρμακολογική διαχείριση της πρόσληψης της τρυπτοφάνης δεν αποτελεί απόδειξη της επιρροής στη διάθεση τρυπτοφάνης ή μακροθρεπτικών στοιχείων σε συνήθεις τυπικές δίαιτες. [40]



5.11 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

5.11.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στην κατάθλιψη παρατηρούνται μεταβολές στην εγκεφαλική λειτουργία. Επηρεάζεται ο ύπνος, προκαλείται επιβράδυνση της δραστηριότητας των περιοχών του εγκεφάλου που ελέγχουν τις θετικές ενισχύσεις και τα θετικά συναισθήματα, και αυξάνεται η δραστηριότητα των περιοχών που ελέγχουν τα αρνητικά συναισθήματα. Επίσης, πολύ σημαντικές είναι και οι αλλαγές που εμφανίζονται στον τρόπο μετάδοσης των πληροφοριών στον εγκέφαλο. Αν και η σύγχρονη έρευνα δεν έχει καθορίσει με ακρίβεια όλες τις μεταβολές, θεωρούνται ότι έχουν μεγάλη σημασία εκείνες που σημειώνονται στις μονοαμινεργικές νευρικές οδούς του εγκεφάλου. Μια ολοκληρωμένη νευροχημική περιγραφή είναι μάλλον περίπλοκη, αλλά θεωρείται ότι η χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων μπορούν να ενεργήσουν προκαλώντας αύξηση της δραστηριότητας των τμημάτων του μονοαμινεργικού συστήματος που ελέγχουν τα θετικά συναισθήματα και μειώνοντας την δραστηριότητα των περιοχών που ελέγχουν τα αρνητικά συναισθήματα. Ωστόσο, όλα τα αντικαταθλιπτικά δεν δρουν με τον ίδιο ακριβώς τρόπο. Το ερώτημα είναι γιατί συνέβησαν αυτές οι αλλαγές στον εγκέφαλο.

Ο εγκέφαλός μας μπορεί να επηρεαστεί και να μας κάνει επιρρεπείς στην κατάθλιψη με τρεις κυρίως τρόπους.

Τα γονίδια: Η πρώτη εκδοχή είναι η γενετική προδιάθεση. Ο εγκέφαλός μας παράγει και χρησιμοποιεί νευρικές ουσίες οι οποίες όταν δεν λειτουργούν σωστά, τότε υπάρχει το ενδεχόμενο να εμφανίσουμε κατάθλιψη. Αυτή η δυσλειτουργία μπορεί να οφείλεται στα γονιδιά μας, δηλαδή στα τμήματα του DNA που ελέγχουν έναν τεράστιο αριθμό χημικών διεργασιών. Για να γίνει αποδεκτή η άποψη αυτή θα πρέπει να εξετάσουμε αν η κατάθλιψη τείνει να είναι κληρονομική, δηλαδή θα πρέπει να δούμε αν η κατάθλιψη παρουσιάζεται σε άτομα που είναι συγγενείς.

Η σοβαρότερη από τις ενδείξεις θα ήταν αν σε μία μελέτη εκδήλωσης κατάθλιψης σε μονοζυγωτικούς (ιδανικούς) διδύμους που ανατράφηκαν ξεχωριστά, αυτοί να παρουσιάζουν τον ίδιο βαθμό προδιάθεσης για εκδήλωση κατάθλιψης. Με δεδομένα τα παραπάνω, μια τέτοια κατάσταση θα μπορούσε να εξελιχθεί ως εξής: αν διαπιστωθεί ότι ένας από τους δύο μονοζυγωτικούς διδύμους έχει κατάθλιψη, η πιθανότητα να αναπτύξει κατάθλιψη και ο άλλος είναι πολύ μεγαλύτερη από την πιθανότητα που έχει ένα άτομο το οποίο επιλέγεται τυχαία από τον γενικό πληθυσμό. Στις σοβαρές μορφές κατάθλιψης (ψυχοσική ή διπολική) το φαινόμενο αυτό παρατηρείται πολύ πιο έντονα. Παρόμοια ευρήματα (σε μικρότερα ποσοστά) αναφέρονται και για τους διζυγωτικούς (απλούς) διδύμους. Άρα, με βάση τα στοιχεία αυτά φαίνεται ότι σε ορισμένες μορφές κατάθλιψης εμπλέκονται και τα γονίδια. Ο ρόλος των γονιδίων και η επιρροή τους αφορά την «ουδό» ή αλλιώς την ευκολία με την οποία ενεργοποιούνται στον εγκέφαλο καταστάσεις κατάθλιψης εξαιτίας κάποιων γεγονότων της ζωής μας.

Οι υπεραπλουστεύσεις του τύπου «όλα τα είδη κατάθλιψης είναι κληρονομικά» δεν είναι σημεία στα οποία πρέπει να καταλήγουμε χρησιμοποιώντας τα παραπάνω ευρήματα. Τα γονίδια (αν και αυξάνονται τα ευρήματα για ύπαρξη γενετικής συνιστώσας, τουλάχιστον σε ορισμένες μορφές κατάθλιψης) δεν είναι υπεύθυνα για όλες τις μορφές της κατάθλιψης. Εν γένει, υπάρχει η πιθανότητα κάποια άτομα να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κάποιας μορφής κατάθλιψης όταν και επειδή ένας κοντινός (γενετικά) συγγενής τους υποφέρει από κάποια άλλη πάθηση, αν λάβουμε υπόψη μας το άγχος και την πιθανή χρήση αλκοόλ. Ωστόσο, είναι προφανές ότι ο κάθε άνθρωπος έχει μοναδικό γενετικό

κώδικα (εξαιρούνται οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι) και ότι ουδείς είναι ακριβές αντίγραφο κάποιου άλλου ανθρώπου.

Η ανάπτυξη: Ο ρόλος των γονιδίων είναι θεμελιώδης. Ελέγχουν το χρώμα των ματιών, των μαλλιών, είναι υπεύθυνα για την ωρίμανση των γεννητικών μας οργάνων καθώς μεγαλώνουμε κ.ο.κ. Επιπρόσθετα, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο όσον αφορά την διαμόρφωση της προσωπικότητας του κάθε ατόμου και καθορίζουν την προδιάθεση για εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης. Ωστόσο, ο εγκέφαλος δεν αποτελεί ένα κλειστό σύστημα το οποίο ακολουθεί ένα προκαθορισμένο πρότυπο ανάπτυξης ανεξάρτητα με όσα συμβαίνουν στο εξωτερικό περιβάλλον. Είναι γεγονός ότι η ποιότητα και η μορφή των πρώιμων σχέσεων μας επηρεάζουν την διαμόρφωση των συνδέσεων των νευρικών κυττάρων στον εγκέφαλό μας. Γνωρίζουμε, σήμερα, ότι ο εγκέφαλος διαθέτει μεγάλη πλαστικότητα από αυτήν την άποψη. Ο τρόπος με τον οποίο ωριμάζει ο εγκέφαλος κατά την νηπιακή και την πρώιμη παιδική ηλικία εξαρτάται από τα κοινωνικά ερεθίσματα. Ο εγκέφαλος ενός παιδιού, το οποίο υφίσταται κακοποίηση και νιώθει διαρκή απειλή ωριμάζει με τελείως διαφορετικό τρόπο σε σχέση με ενός άλλου, το οποίο νιώθει ότι το αγαπούν και το θέλουν.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι, οι διάφορες εμπειρίες διαμορφώνουν τον εγκέφαλό μας και ότι αυτός αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα σε όσα διαδραματίζονται στο εξωτερικό μας περιβάλλον και σε εκείνα που διαδραματίζονται μέσα μας (στον εγκέφαλο μας δηλαδή και σε όλο μας το σώμα). Παραδείγματος χάριν, σε περιόδους ψυχολογικής πίεσης, διάφορες ορμόνες, όπως η κορτιζόλη και άλλες χημικές ουσίες επηρεάζουν τον εγκέφαλό μας. Με την πάροδο του χρόνου επιφέρουν αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιείται η νευροδιαβίβαση στον εγκέφαλο, επηρεάζοντας τους υποδοχείς και το είδος των συνδέσεων μεταξύ των νευρικών κυττάρων ή νευρώνων. Η προδιάθεση για εκδήλωση κατάθλιψης μπορεί να έχει τις ρίζες της πολύ νωρίς τη ζωή. Για παράδειγμα, όλο και περισσότερα ευρήματα συνηγορούν υπέρ του ότι τα άτομα με προδιάθεση για την εκδήλωση χρόνιων μορφών κατάθλιψης έχουν ιστορικό κακοποίησης και ότι ένα ποσοστό αυτών των ατόμων παρουσιάζει αυξημένη ευαισθησία.

Αυτό υποδηλώνει ότι η βιολογική προδιάθεση για κατάθλιψη μπορεί να είναι αποτέλεσμα πρώιμων εμπειριών οι οποίες επηρεάζουν την ανάπτυξη και ωρίμανση του εγκεφάλου. [29]



5.11.2 ΜΗ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟΙ ΨΥΧΟΠΙΕΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο εγκέφαλός μας μπορεί να βιώσει μια κατάσταση κατάθλιψης εξαιτίας ορισμένων ψυχοπιεστικών γεγονότων. Ο καθηγητής Martin Seligman ανακάλυψε πριν από μερικά χρόνια ότι τα ζώα που εκτίθενται σε μη ελεγχόμενα ψυχοπιεστικά ερεθίσματα υιοθετούν παθητική στάση και συμπεριφέρονται με τρόπο παρόμοιο με αυτόν των ανθρώπων που έχουν κατάθλιψη. Πολλοί ερευνητές οι οποίοι εξέτασαν αυτά τα σημαντικά ευρήματα αναζητούσαν να βρουν τι είδους αλλαγές συμβαίνουν στον εγκέφαλο των ζώων που εκτίθενται σε μη ελεγχόμενα ψυχοπιεστικά ερεθίσματα. Εκείνο που προέκυψε είναι η διαπίστωση ότι ορισμένες αλλαγές που προέκυψαν στον εγκέφαλο των ζώων ήταν παρόμοιες με αυτές που προκαλεί η κατάθλιψη (π.χ. μείωση της δραστηριότητας των περιοχών που ελέγχουν τα θετικά συναισθήματα και τις θετικές συμπεριφορές). Επιπλέον, άλλα ζώα που εκτέθηκαν στους ίδιους παράγοντες αλλά που είχαν την δυνατότητα ελέγχου τους, παρουσίαζαν διαφορετικές αλλαγές (π.χ. αύξηση της δραστηριότητας των περιοχών του εγκεφάλου που ελέγχουν τα θετικά συναισθήματα και τις ενεργητικές συμπεριφορές). Εντελώς διαφορετικές αλλαγές σε βιολογικό επίπεδο προκαλούνται από τους ίδιους ψυχοδραστικούς παράγοντες όταν αυτοί ελέγχονται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό. Αν αντιμετωπίζετε έναν ψυχοπιεστικό παράγοντα και μπορείτε να κάνετε κάτι για να τον ελέγξετε, ο εγκέφαλός σας θα αντιδράσει με έναν συγκεκριμένο τρόπο αλλά αν δεν μπορείτε να κάνετε τίποτα, τότε ο εγκέφαλος θα αντιδράσει εντελώς διαφορετικά.

Από τα παραπάνω ευρήματα προκύπτει ένα πολύ σημαντικό συμπέρασμα το οποίο αναφέρεται στο γεγονός ότι όσο περισσότερο έλεγχο ασκούμε στους

ψυχοπιεστικούς παράγοντες που αντιμετωπίζουμε, τόσο λιγότερο πιθανό είναι να απορυθμιστεί η νευροχημεία του εγκεφάλου μας. [29]



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1.1 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διαπιστωθεί αν ήδη από την εφηβική ηλικία διαμορφώνεται κάποια σχέση μεταξύ των διατροφικών συνηθειών-καταθλιπτικής διάθεσης και διαταραχών πρόσληψης τροφής, συγκεκριμένα της ψυχογενούς ανορεξίας όπως έχει ήδη αποδειχθεί από έρευνες σε ενήλικους

6.1.2 ΜΕΘΟΔΟΣ

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 500 έφηβους μαθητές γυμνασίου-λυκείου, ηλικίας 13-18, εκ των οποίων οι 250 διαμένουν στην Κρήτη και οι 250 στην Αθήνα. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν 1) ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Χαρακτηριστικών (για τη λήψη προσωπικών στοιχείων), 2) το Eating Attitude Test (EAT), και 3) την Σταθμισμένη Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck.

6.1.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η επικράτηση για τη διάρκεια ζωής για τα συμπτώματα νευρικής ανορεξίας των μαθητών της Κρήτης (250 μαθητές) βρέθηκε ότι ο μέσος όρος δείκτη ανορεξίας είναι 1,30. Η επικράτηση για τη διάρκεια ζωής, για την κατάθλιψη στους μαθητές της Κρήτης βρέθηκε ότι εμφανίζει μέσο όρο δείκτη 0.14 Τα αντίστοιχα ποσοστά για την επικράτηση συμπτωμάτων νευρικής

ανορεξίας στους μαθητές της Αθήνας (250 μαθητές), βρέθηκε ότι εμφανίζει μέσο όρο δείκτη 1.20 ενώ για την κατάθλιψη ο μέσος όρος δείκτη ανέρχεται στο 0.19. Συνολικά, για τους μαθητές της Αθήνα και της Κρήτης (500 μαθητές), το ποσοστό επικράτησης των συμπτωμάτων νευρικής ανορεξίας βρέθηκε ότι έχουν ως εξής: το 15% αυτών (76 άτομα) εμφανίζουν ήπια συμπτώματα ανορεξίας και το 4.8 αυτών (24 άτομα) εμφανίζουν σοβαρά συμπτώματα ανορεξίας. Αντίστοιχα η επικράτηση της κατάθλιψης συνολικά βρέθηκε ότι ανέρχεται στο 16.8%. Τέλος, η επικράτηση για την εμφάνιση συμπτωμάτων ανορεξίας και κατάθλιψης ταυτόχρονα για το σύνολο των 500 μαθητών, βρέθηκε ότι αφορά το 7.2% (36 άτομα) εκ των οποίων το 63.9% (23 άτομα) εμφανίζουν ήπια συμπτώματα ανορεξίας και το 36.1% αυτών (13 άτομα) εμφανίζουν σοβαρά συμπτώματα ανορεξίας..

6.2 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Ο Swift και οι συνεργάτες του (1986), με βάση κλινικά, ψυχομετρικά, οικογενειακά, φαρμακολογικά και άλλα δεδομένα, συμπέραναν ότι υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ των διαταραχών της σίτισης και της κατάθλιψης, αλλά η φύση της σχέσης τους μας διαφεύγει. Οι Devlin και Walse (1989), αναφορικά με το είδος της σχέσης, διαβλέπουν τρεις πιθανότητες:

- Η κατάθλιψη είναι δευτερογενής στις διαταραχές σίτισης, πιθανόν μέσα από το μηχανισμό της ασιτίας ή του ψυχολογικού stress.
- Οι διαταραχές σίτισης, αποτελούν ένα είδος καταθλιπτικού ισοδυνάμου ή συγκεκριμένης κατάθλιψης, και τέλος,
- Οι δύο καταστάσεις μπορούν να θεωρηθούν σαν τελικό «προϊόν» κοινής ευαισθησίας, που δημιουργήθηκε από διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.»

6.2.1 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η χρήση αυτοχορηγούμενων ερωτηματολογίων για τη συλλογή ερευνητικών στοιχείων αποτελεί μια μέθοδο η οποία παρουσιάζει αρκετά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα εν συγκρίσει με τη μέθοδο της συνεντεύξεως όταν διεξάγεται έρευνα στον γενικό πληθυσμό ώστε να αναγνωριστούν τα άτομα τα οποία βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν διατροφική διαταραχή ή διαταραχή της διάθεσης. Το ερωτηματολόγιο είναι οικονομικό και σχετικά γρήγορο σε σχέση με τις κλινικές συνεντεύξεις ή συνεντεύξεις από εκπαιδευμένο προσωπικό. Με τη χρήση ερωτηματολογίων δίνεται η δυνατότητα εξαγωγής ακριβέστερων στοιχείων όσον αφορά σε θέματα ταμπού ή ευαίσθητα κοινωνικά ζητήματα, όπως είναι οι δυο διαταραχές που μελετάμε, διότι με αυτόν τον τρόπο διατηρείται η ανωνυμία του εξεταζόμενου. Επίσης, η χρήση ερωτηματολογίων προσδίδει την δυνατότητα της ακριβούς εκτίμησης των διάφορων πρότυπων της διατροφικής συμπεριφοράς. Ωστόσο, ερωτήσεις που αφορούν «κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής» ή «την υπερβολική ανησυχία σχετικά με το βάρος και το σχήμα σώματος καθώς και για το νόημα που προσδίδει ο ενδιαφερόμενος στην έκφραση «απώλεια ελέγχου» μπορεί να μην είναι σαφής, εξαιτίας της υποκειμενικότητας των απαντήσεων και της ελλιπούς κατανόησης των ερωτήσεων. Στοιχεία τα οποία είναι ακόμα πιο πολύπλοκα εννοιολογικά μπορεί επίσης να είναι δύσκολο να εξηγηθούν και να απαντηθούν, ενώ άλλα στοιχεία που έμειναν κενά, πιθανότατα να δημιουργήσουν προβλήματα στην τελική ανάλυση και την εξήγηση. Αυτά τα ζητήματα είναι ιδιαίτερα σημαντικά όταν γίνεται προσπάθεια να ταξινομηθούν διατροφικές διαταραχές σε έφηβους στηριζόμενοι αποκλειστικά στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σε αυτοχορηγούμενα ερωτηματολόγια. Τα ευρήματα των ερευνών που διεξάγονται με την χορήγηση ερωτηματολογίων, γενικά επιβεβαιώνονται από τα ευρήματα ερευνών που βασίζονται σε μελέτες υπό μορφή συνεντεύξεων. Ωστόσο, η συχνότητα των διατροφικών διαταραχών εμφανίζεται υψηλότερη στις έρευνες που διεξάγονται με τη χρήση ερωτηματολογίων.

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να συλλεχθούν πληροφορίες σχετικά με την αλληλεπίδραση της διάθεσης και των διατροφικών συνηθειών,

με τη χρήση αυτοχορηγούμενων ερωτηματολογίων, σε δείγμα εφήβων και των δυο φύλων, ώστε να παρέχουν διαγνώσεις για νευρική ανορεξία και καταθλιπτική διαταραχή ταυτόχρονα.

6.2.2 ΜΕΘΟΔΟΣ

6.2.2.1 ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Συνολικά τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε 500 έφηβους ηλικίας 13-18 ετών (προέκυψαν ωστόσο, μαθητές μεγαλύτερης ηλικίας πχ. 23 ετών), στις αίθουσες κατά τη διάρκεια των σχολικών ωρών σε 3 διαφορετικά σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της Κρήτης και σε 3 διαφορετικά σχολεία της Αθήνας.

Απαραίτητη ήταν η χορήγηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, από τα Γραφεία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και από Σχολικές Αρχές καθώς και της συγκατάθεσης των γονέων οι οποίοι πληροφορήθηκαν μέσω του συλλόγου γονέων και κηδεμόνων και των μαθητών. Οι φορείς, οι γονείς και οι συμμετέχοντες πληροφορήθηκαν για την ανωνυμία και την εθελοντική συμμετοχή στην έρευνα. Σε αυτό τον τομέα αντιμετωπίστηκαν προβλήματα. Αρχικά σε ιδιωτικά σχολεία της Αθήνας όπου στατιστικά κατά κύριο λόγο φοιτούν παιδιά οικονομικά ευκατάστατων οικογενειών, οι Σχολικές Αρχές και οι γονείς αρνήθηκαν την συμμετοχή των μαθητών τους στην διεξαγωγή της έρευνας, εξαιτίας της φύσης συγκεκριμένων λημμάτων τα οποία εμπεριείχονταν στα ερωτηματολόγια και αποτελούν θέματα ταμπού (πχ σκέψεις αυτοκτονίας). Έτσι η έρευνα τελικά διεξήχθη σε δημόσια σχολεία στα οποία το χαρακτηριστικό ήταν ότι βρίσκονταν σε περιοχές στις οποίες διαμένουν πολίτες μέσης ή χαμηλής οικονομικής κατάστασης. Όσον αφορά τους συμμετέχοντες μαθητές αντιμετωπίστηκαν προβλήματα όπως επιστροφή κενών ερωτηματολογίων, έλλειψη υπευθυνότητας ως προς την ορθή συμπλήρωση των

ερωτηματολογίων και δυσκολία εννοιολογικής κατανόησης ορισμένων ερωτήσεων (πχ. αγχώνομαι πριν το φαγητό)

Η διαδικασία της χορήγησης και συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε παρουσία των ερευνητών στις σχολικές αίθουσες. Ο χρόνος που δαπανήθηκε για να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια στις σχολικές τάξεις διήρκησε περίπου μια εκπαιδευτική ώρα (ο προτεινόμενος χρόνος συμπλήρωσης και των τριών ερωτηματολογίων κυμαίνεται περίπου στα 45 λεπτά) και τα ερωτηματολόγια επεστράφησαν αμέσως. Ενώ σε άλλες περιπτώσεις οι μαθητές συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια στο σπίτι τους και τα επέστρεψαν την επόμενη μέρα στο σχολείο.

6.2.2.2 ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ-ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ

Για την διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν 1) Δημογραφικό Ερωτηματολόγιο, 2) το Eating Attitude Test και 3) η Σταθμισμένη Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck.

Το Δημογραφικό Ερωτηματολόγιο περιέχει πληροφορίες για τα προσωπικά στοιχεία, ιατρικό ιστορικό, στοιχεία που αφορούν την οικογένεια, ανθρωπομετρικά στοιχεία και διατροφικές συνήθειες (βλ. παράρτημα). Σκοπός της παράθεσης του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου ήταν η διαπίστωση της αιτιολογικής σχέσης ανάμεσα στα κοινωνικό-οικονομικά στοιχεία και των συμμετεχόντων που εμφάνισαν συμπτώματα νευρικής ανορεξίας και σε μερικές περιπτώσεις ταυτόχρονη κατάθλιψη.

Διάφορες κλίμακες έχουν προταθεί για την μελέτη των διατροφικών διαταραχών συμπεριλαμβανομένων του Eating Attitude Test (EAT-40), το οποίο σχεδιάστηκε για την ανίχνευση ακόμη και των πρώτων σταδίων της νευρικής ανορεξίας από τον Garner και Garfinkel, 1979. Ως τότε το EAT χρησιμοποιούνταν ευρέως, τόσο στην ολοκληρωμένη όσο και στην συντομευμένη έκδοση του, αν και μέχρι σήμερα έχουν διεξαχθεί λίγες μελέτες ώστε να εκτιμηθούν οι ψυχομετρικές του ιδιότητες. Το αυθεντικό EAT-40 σχεδιάστηκε υπό την μορφή αυτοχορηγούμενου ερωτηματολογίου εστιάζοντας στις διατροφικές διαταραχές και συνήθειες. Σύμφωνα με τους συντάκτες του

οργάνου το EAT-40 επικυρώθηκε όταν χρησιμοποιήθηκε σε δυο δείγματα ασθενών με νευρική ανορεξία από το Clark Institute of Psychiatry in Toronto, Canada (N=32, N=33). Οι ασθενείς πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για νευρική ανορεξία σύμφωνα με τον Feighner και τους συνεργάτες του, αν και βρίσκονταν σε διαφορετικές φάσεις της νόσου. Έπειτα συγκρίθηκαν με δυο ομάδες ελέγχου φοιτητών (N=34, N=59) από το πανεπιστήμιο του Τορόντο.

Το EAT-40 είναι ένα αυτοχορηγούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο περιλαμβάνει 40 ερωτήσεις και είναι σχεδιασμένο ώστε να ταυτοποιεί τις μη φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες και τις ανησυχίες που αφορούν το βάρος και το σχήμα το σώματος. Οι συμμετέχοντες επιλέγουν την «πρόταση» που τους αντιπροσωπεύει καλύτερα. (Α. παράρτημα). Εκτός από τις ερωτήσεις οι οποίες σχετίζονται άμεσα με το φαγητό, το σχήμα και το βάρος του σώματος, περιλαμβάνονται και άλλοι τύποι ερωτήσεων όπως «υποφέρω από δυσκοιλιότητα». Τα αποτελέσματα είναι άκρως εμπιστευτικά.

Θεωρία κατάθλιψης του Μπέκ (Beck) :

Η θεωρία του Μπέκ, μεταξύ των γνωστικών –συμπεριφορικών θεωριών της κατάθλιψης θεωρείται ότι είναι η πιο γνωστικά προσανατολισμένη και συχνά αναφέρεται στην βιβλιογραφία ως η γνωστική θεωρία της κατάθλιψης (Blackburn & Davidson, 1995, Carlson & Buskist, 1997, Fernald, 1997, Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1988). Η κλινική εμπειρία και οι μελέτες πάνω στην κατάθλιψη στα τέλη της δεκαετίας του 1950 αποδείχτηκαν καθοριστικά από τον Μπέκ, ο οποίος φαίνεται να επηρεάζεται από αυτά (Beck & Hurvich, 1959, Beck & Valin, 1953). Ανακάλυψε λοιπόν ότι οι καταθλιπτικοί χαρακτηρίζονται από έναν ιδιαίτερο τρόπο σκέψης. Φαίνεται να έχουν την τάση να θεωρούν τον εαυτό τους χαμένο και συνεχώς «ματαιωμένο», «αποστερημένο» και «εμποδισμένο». Κατά την άποψη του Μπέκ οι καταθλιπτικοί εκτιμούν τις προοπτικές τους για το μέλλον ως σκοτεινές και απαισιόδοξες και αισθάνονται σχεδόν ανίκανοι να βελτιώσουν την τύχη τους. Ο Μπέκ σχολιάζοντας την μαζοχιστική φύση του περιεχομένου των ονείρων και των ελεύθερων συνειρμών των καταθλιπτικών,

παρατήρησε ότι αυτοί εμπλέκονται σε έναν τυπικά σταθερό αρνητικό τρόπο σκέψης.

Τα λάθη λογισμικού συλλογισμού, και το συμπέρασμα ότι οι αρνητικές σκέψεις και οι ιδέες που τυπικά χαρακτηρίζουν τον καταθλιπτικό (π.χ. τάση για αρνητική ερμηνεία των γεγονότων), εκτός από τον γενικά αρνητικό τρόπο σκέψης, βρίσκονται πιθανόν στη βάση της καταθλιπτικής διάθεσης. Ο Μπεκ είναι ουσιαστικά ο πρώτος που έδωσε έμφαση στην πρωταρχικότητα αυτών των γνωστικών διαδικασιών για την κατανόηση τόσο της αιτιολογίας και της διατήρησης της κατάθλιψης, όσο και των μηχανισμών που εμπλέκονται στην θεραπεία και αντιμετώπιση αυτής. Λαμβάνοντας υπόψη τις παρατηρήσεις αυτές ο Μπεκ ανέπτυξε μια καινούρια θεωρία της κατάθλιψης, σύμφωνα με την οποία «η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται ως συνέπεια της διαταραχής και στις σκέψεις και ιδέες ενός ατόμου».

Παρότι ο Μπεκ αναγνωρίζει τον ρόλο που διαδραματίζουν τα διάφορα οργανικά συστήματα και οι ψυχολογικοί μηχανισμοί ο ίδιος δίνει έμφαση στις διαταραχές του τρόπου σκέψης που επηρεάζουν τα κίνητρα καθώς και τις συναισθηματικές, συμπεριφορικές και νευροφυτικές εκδηλώσεις. Για τον Μπεκ (1971), τα συναισθήματα είναι στενά συνδεδεμένα με τις σκέψεις και τις ιδέες ενός ατόμου. Ο Μπεκ (1963, 1964, 1976) αφήνει να εννοηθεί ότι τα συναισθήματα οφείλονται σε γενικές γραμμές στην σημασία που αποδίδεται στα γεγονότα και ότι τα συναισθηματικά προβλήματα προκαλούνται από την αλλοιωμένη και την μη αντικειμενική σημασία που δίνεται στα γεγονότα.

Τέλος, η θεωρία της κατάθλιψης του Μπεκ, επικεντρώνεται σε τρεις αλληλένδετες πλευρές του τρόπου σκέψης των καταθλιπτικών ατόμων: Τη «γνωστική τριάδα», τα «γνωστικά σχήματα ή πεποιθήσεις» και τις «γνωστικές παραποιήσεις ή λανθασμένη πρόσληψη ή επεξεργασία πληροφοριών».(19)

6.3 ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΟΥ ΜΠΕΚ (BECK) ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Το ερωτηματολόγιο του Μπέκ για την μέτρηση της έντασης της κατάθλιψης (Beck και οι συνεργάτες του 1961) ανήκει στις αυτοσυντηρούμενες

κλίμακες. Ο Beck (1974) αναφέρει ότι είναι η καλύτερα αναπτυγμένη και ευρύτερα χρησιμοποιημένη αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα για την μέτρηση της βαρύτητας της κατάθλιψης και επισημαίνει το γεγονός ότι αυτή προέκυψε από μια σειρά μελετών για την αξιοπιστία της διάγνωσης.

Τα λήμματα του ερωτηματολογίου σχηματίστηκαν με κλινικά κριτήρια. Ο Μπεκ δηλαδή κατέγραψε συστηματικά τις διάφορες στάσεις απέναντι στις επιμέρους παραμέτρους της κατάθλιψης, καθώς και τα συμπτώματα καταθλιπτικών ασθενών κατά τη διάρκεια ψυχοθεραπευτικών συνεντεύξεων. Διάλεξε μια ομάδα από αυτά (στάσεις και συμπτώματα) που φαινόταν ότι είναι ειδικά για τους άρρωστους αυτούς και που, παράλληλα, ταίριαζαν με το περιεχόμενο της κατάθλιψης σύμφωνα με την ψυχιατρική βιβλιογραφία (Beck και συνεργάτες 1961).

Από την παραπάνω επιλογή προέκυψαν 21 κατηγορίες-λήμματα, που συμβολίζονται με γράμματα του αλφάβητου. Κάθε λήμμα αναφέρεται και σε μια εκδήλωση-σύμπτωμα της κατάθλιψης και περιέχει 4-5 προτάσεις. Οι προτάσεις αυτές έχουν τοποθετηθεί σε μια σειρά, η οποία δείχνει την έκταση της βαρύτητας του αντιστοίχου συμπτώματος από το «καθόλου» μέχρι το «μέγιστο». Κάθε πρόταση βαθμολογείται με 0, 1, 2, 3, ανάλογα με την βαρύτητα που δηλώνει. Σε μερικά λήμματα, δυο ή και τρεις προτάσεις που θεωρήθηκε ότι δηλώνουν την ίδια βαρύτητα βαθμολογήθηκαν με τον ίδιο αριθμό, αλλά διαχωρίστηκαν με τα γράμματα α, β, γ. Η τελική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών των προτάσεων που διάλεξε ο εξεταζόμενος. Έτσι, συνυπολογίζονται σε αυτήν και ο αριθμός των συμπτωμάτων που αναφέρει και η ένταση του κάθε συμπτώματος. Η βαθμολογία αυτή μπορεί να διακυμανθεί από 0 έως 62 και δηλώνει την ένταση της κατάθλιψης την στιγμή της εξέτασης.

Δεν υπάρχει μια συγκεκριμένη βαθμολογία που να διαχωρίζει τους καταθλιπτικούς από τους μη καταθλιπτικούς. Η διαχωριστική βαθμολογία είναι σχετική και καθορίζεται, κατά περίπτωση, ανάλογα με τον σκοπό του σχηματισμού μιας ομάδας καταθλιπτικών ή πιθανών καταθλιπτικών. Αν σκοπός είναι η επισήμανση καταθλιπτικών μέσα σε μια ευρύτερη ομάδα (screening) τότε υπάρχει η απαίτηση να μικρύνει, κατά τι δυνατό, ο αριθμός των λανθασμένα αρνητικών περιπτώσεων και η προτεινόμενη βαθμολογία είναι 13 (Beck και συνεργάτες 1971).

Αν ο σκοπός είναι η συγκρότηση μιας «αμιγούς» ομάδας καταθλιπτικών για ερευνητικούς λόγους, υπάρχει απαίτηση να μικρύνει, όσο το δυνατόν περισσότερο, ο αριθμός των λανθασμένα θετικών περιπτώσεων και η προτεινόμενη διαχωριστική βαθμολογία είναι το 21 (Beck και συνεργάτες 1974).

6.4 ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Στατιστικές αναλύσεις διεξήχθησαν χρησιμοποιώντας το SPSS και το Excel. Το άθροισμα των σκορ των ερωτηματολογίων προέκυψε χρησιμοποιώντας το Excel και στη συνέχεια μεταφέρθηκαν τα αθροίσματα στο SPSS όπου έγινε η στατιστική τους ανάλυση όπως φαίνεται παρακάτω

Στο Eating Attitude Test (EAT-40) τέθηκαν τα εξής όρια:

- αν το σκορ που προκύπτει είναι πάνω από 30 τότε το άτομο εμφανίζει συμπτώματα ανορεξίας (στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα όρια 30-45 για να δηλώσουν «απλά» συμπτώματα νευρικής ανορεξίας.)
- αν το σκορ είναι αρκετά μεγαλύτερο από 30 (στην έρευνα μας χρησιμοποιήθηκαν τα όρια 45 και άνω), τότε το άτομο εμφανίζει σοβαρά συμπτώματα νευρικής ανορεξίας.

Στη σταθμισμένη Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck τα όρια που τέθηκαν είναι τα εξής:

- αν το σκορ που προκύπτει είναι 20 και άνω, τότε το άτομο εμφανίζει σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης. Στη βιβλιογραφία του Beck η οποία αναφέρεται στην ανάλυση των ερωτηματολογίων, αν και θεωρείται ότι κάθε σκορ το οποίο μπορεί να προκύψει (1-62) μπορεί να δηλώσει ένα ποσοστό κατάθλιψης, ωστόσο προτείνει για να μειωθεί η πιθανότητα σφάλματος σε έρευνες, το σκορ το οποίο θα δηλώνει σίγουρα συμπτώματα κατάθλιψης να είναι το 20.

6.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕ ΠΙΝΑΚΕΣ – ΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΜΑΘΗΤΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Συμπτώματα Κατάθλιψης * ΤΟΠΟΣ	500	100,0%	0	,0%	500	100,0%
Συμπτώματα Ανορεξίας * ΤΟΠΟΣ	500	100,0%	0	,0%	500	100,0%

Report

ΤΟΠΟΣ		Συμπτώματα Κατάθλιψης	Συμπτώματα Ανορεξίας
ΑΘΗΝΑ	Mean	,19	1,20
	N	250	250
	Std. Deviation	,395	,463
ΚΡΗΤΗ	Mean	,14	1,30
	N	250	250
	Std. Deviation	,352	,589
Total	Mean	,17	1,25
	N	500	500
	Std. Deviation	,374	,532

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι οι μαθητές της Κρήτης εμφανίζουν αυξημένο μέσο όρο δείκτη ανορεξίας (1.30) έναντι των μαθητών της Αθήνας (1.20), ενώ οι μαθητές της Αθήνας εμφανίζουν αυξημένο μέσο όρο δείκτη κατάθλιψης (0.19) έναντι των μαθητών της Κρήτης (0.14)

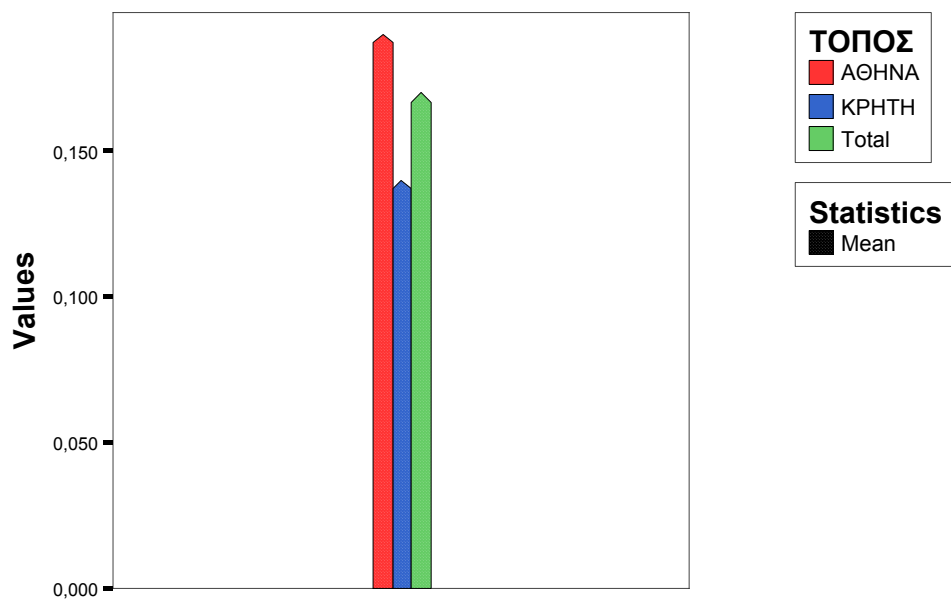
Report

Συμπτώματα Κατάθλιψης

Mean	ΑΘΗΝΑ	,19
	ΚΡΗΤΗ	,14
	Total	,17

Report

Variables : Συμπτώματα Κατάθλιψης



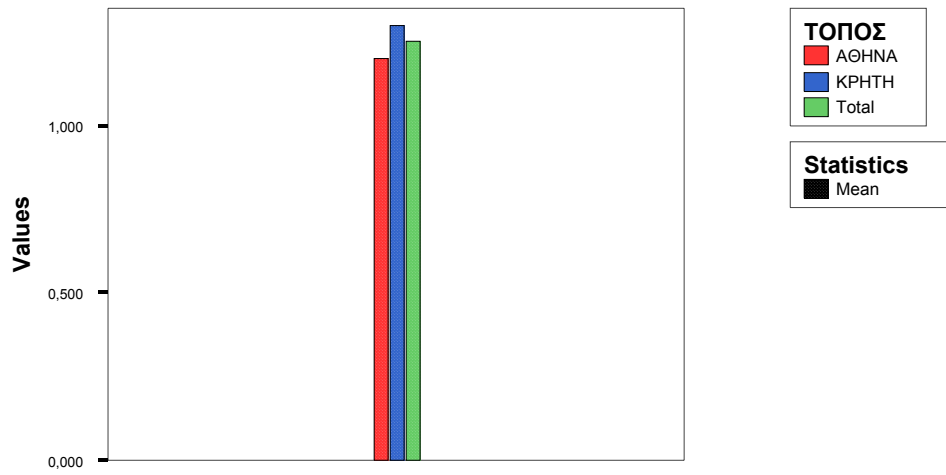
Report

Συμπτώματα Ανορεξίας

Mean	ΑΘΗΝΑ	1,20
	ΚΡΗΤΗ	1,30
	Total	1,25

Report

Variables : Συμπτώματα Ανορεξίας



ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ (ΑΘΗΝΑ + ΚΡΗΤΗ)

Statistics

		ανρ_κατ>1 & dep_κατ>0 (FILTER)	Συμπτώματα Ανορεξίας	depress_all	anorexia_all	Συμπτώματα Κατάθλιψης
N	Valid	500	500	500	500	500
	Missing	0	0	0	0	0

Συμπτώματα Ανορεξίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χωρίς συμπτώματα Ανορεξίας	400	80,0	80,0	80,0
	Ηπια συμπτώματα Ανορεξίας	76	15,2	15,2	95,2
	Σοβαρά Συμπτώματα Ανορεξίας	24	4,8	4,8	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

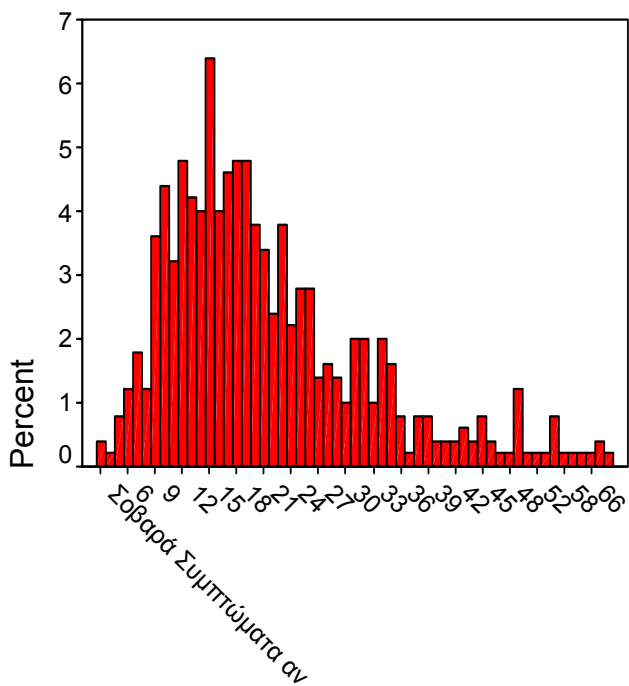
anorexia_all

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Σοβαρά Συμπτώματα ανορεξίας	2	,4	,4	,4
4	1	,2	,2	,6
5	4	,8	,8	1,4
6	6	1,2	1,2	2,6
7	9	1,8	1,8	4,4
8	6	1,2	1,2	5,6
9	18	3,6	3,6	9,2
10	22	4,4	4,4	13,6
11	16	3,2	3,2	16,8
12	24	4,8	4,8	21,6
13	21	4,2	4,2	25,8
14	20	4,0	4,0	29,8
15	32	6,4	6,4	36,2
16	20	4,0	4,0	40,2
17	23	4,6	4,6	44,8
18	24	4,8	4,8	49,6
19	24	4,8	4,8	54,4
20	19	3,8	3,8	58,2
21	17	3,4	3,4	61,6
22	12	2,4	2,4	64,0
23	19	3,8	3,8	67,8
24	11	2,2	2,2	70,0
25	14	2,8	2,8	72,8
26	14	2,8	2,8	75,6
27	7	1,4	1,4	77,0
28	8	1,6	1,6	78,6
29	7	1,4	1,4	80,0
30	5	1,0	1,0	81,0
31	10	2,0	2,0	83,0
32	10	2,0	2,0	85,0
33	5	1,0	1,0	86,0
34	10	2,0	2,0	88,0
35	8	1,6	1,6	89,6
36	4	,8	,8	90,4
37	1	,2	,2	90,6
38	4	,8	,8	91,4
39	4	,8	,8	92,2
40	2	,4	,4	92,6
41	2	,4	,4	93,0
42	2	,4	,4	93,4
43	3	,6	,6	94,0
44	2	,4	,4	94,4
45	4	,8	,8	95,2
46	2	,4	,4	95,6
47	1	,2	,2	95,8
48	1	,2	,2	96,0
49	6	1,2	1,2	97,2
51	1	,2	,2	97,4
52	1	,2	,2	97,6
53	1	,2	,2	97,8
56	4	,8	,8	98,6
58	1	,2	,2	98,8
59	1	,2	,2	99,0
63	1	,2	,2	99,2
66	1	,2	,2	99,4
73	2	,4	,4	99,8
120	1	,2	,2	100,0
Total	500	100,0	100,0	

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι το 80 % (400 άτομα) των μαθητών δεν εμφανίζουν συμπτώματα ανορεξίας, το 15% (76 άτομα) εμφανίζει ήπια συμπτώματα ανορεξίας και το 4.8% (24 άτομα) εμφανίζουν σοβαρά συμπτώματα ανορεξίας.



anorexia_all



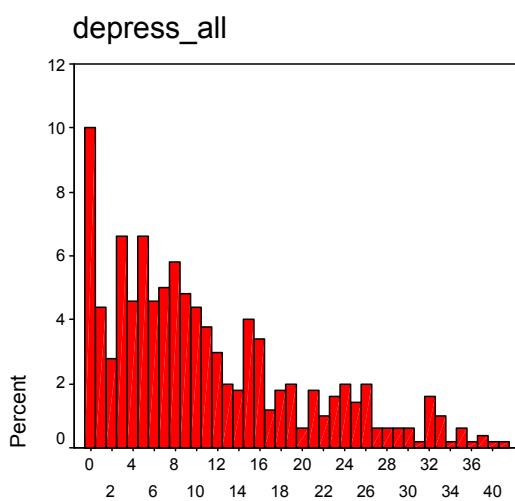
anorexia_all

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.3

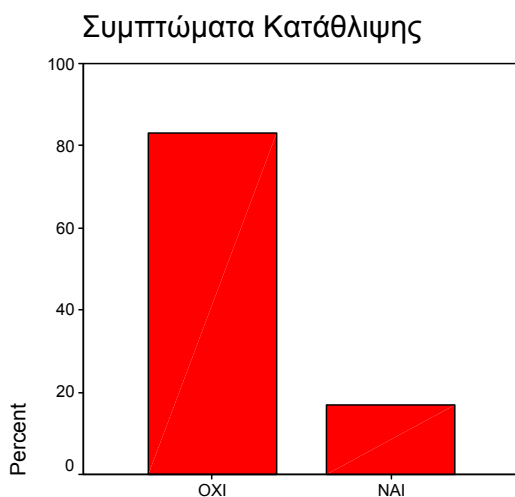
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΜΑΘΗΤΩΝ (ΑΘΗΝΑ +ΚΡΗΤΗ)

Συμπτώματα Κατάθλιψης

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI	416	83,2	83,2	83,2
	NAI	84	16,8	16,8	100,0
	Total	500	100,0	100,0	



depress_all



Συμπτώματα Κατάθλιψης

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι το 83.2% των μαθητών δεν εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης ενώ το 16.8 εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης.

depress_all

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	50	10,0	10,0	10,0
1	22	4,4	4,4	14,4
2	14	2,8	2,8	17,2
3	33	6,6	6,6	23,8
4	23	4,6	4,6	28,4
5	33	6,6	6,6	35,0
6	23	4,6	4,6	39,6
7	25	5,0	5,0	44,6
8	29	5,8	5,8	50,4
9	24	4,8	4,8	55,2
10	22	4,4	4,4	59,6
11	19	3,8	3,8	63,4
12	15	3,0	3,0	66,4
13	10	2,0	2,0	68,4
14	9	1,8	1,8	70,2
15	20	4,0	4,0	74,2
16	17	3,4	3,4	77,6
17	6	1,2	1,2	78,8
18	9	1,8	1,8	80,6
19	10	2,0	2,0	82,6
20	3	,6	,6	83,2
21	9	1,8	1,8	85,0
22	5	1,0	1,0	86,0
23	8	1,6	1,6	87,6
24	10	2,0	2,0	89,6
25	7	1,4	1,4	91,0
26	10	2,0	2,0	93,0
27	3	,6	,6	93,6
28	3	,6	,6	94,2
29	3	,6	,6	94,8
30	3	,6	,6	95,4
31	1	,2	,2	95,6
32	8	1,6	1,6	97,2
33	5	1,0	1,0	98,2
34	1	,2	,2	98,4
35	3	,6	,6	99,0
36	1	,2	,2	99,2
39	2	,4	,4	99,6
40	1	,2	,2	99,8
43	1	,2	,2	100,0
Total	500	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.4

ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ (ΑΘΗΝΑ + ΚΡΗΤΗ)

Statistics

		ανρ_κατ>1 & dep_κατ>0 (FILTER)	Συμπτώματα Ανορεξίας	depress_all	anorexia_all	Συμπτώματα Κατάθλιψης
N	Valid	36	36	36	36	36
	Missing	0	0	0	0	0

ανρ_κατ>1 & dep_κατ>0 (FILTER)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Selected	36	100,0	100,0	100,0

depress_all

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21	1	2,8	2,8	2,8
	22	2	5,6	5,6	8,3
	23	2	5,6	5,6	13,9
	24	2	5,6	5,6	19,4
	25	3	8,3	8,3	27,8
	26	3	8,3	8,3	36,1
	27	1	2,8	2,8	38,9
	28	3	8,3	8,3	47,2
	29	1	2,8	2,8	50,0
	31	1	2,8	2,8	52,8
	32	7	19,4	19,4	72,2
	33	3	8,3	8,3	80,6
	34	1	2,8	2,8	83,3
	35	1	2,8	2,8	86,1
	36	1	2,8	2,8	88,9
	39	2	5,6	5,6	94,4
	40	1	2,8	2,8	97,2
	43	1	2,8	2,8	100,0
Total		36	100,0	100,0	

Συμπτώματα Κατάθλιψης

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	36	100,0	100,0	100,0

anorexia_all

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30	1	2,8	2,8	2,8
	31	1	2,8	2,8	5,6
	32	3	8,3	8,3	13,9
	33	2	5,6	5,6	19,4
	34	6	16,7	16,7	36,1
	35	1	2,8	2,8	38,9
	37	1	2,8	2,8	41,7
	38	2	5,6	5,6	47,2
	39	1	2,8	2,8	50,0
	41	1	2,8	2,8	52,8
	43	1	2,8	2,8	55,6
	44	1	2,8	2,8	58,3
	45	2	5,6	5,6	63,9
	46	1	2,8	2,8	66,7
	47	1	2,8	2,8	69,4
	49	2	5,6	5,6	75,0
	52	1	2,8	2,8	77,8
	56	3	8,3	8,3	86,1
	58	1	2,8	2,8	88,9
	66	1	2,8	2,8	91,7
	73	2	5,6	5,6	97,2
	120	1	2,8	2,8	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

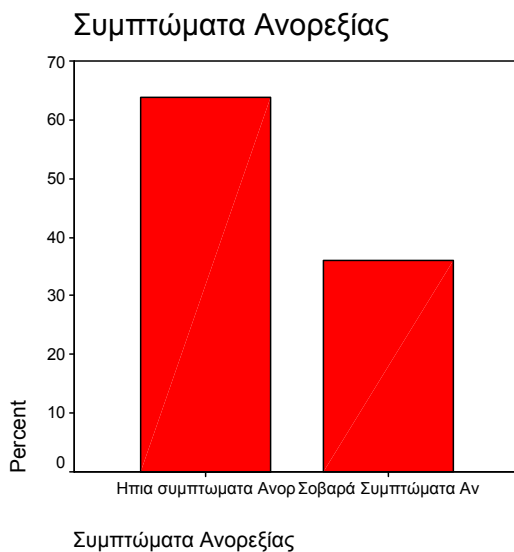
Συμπτώματα Ανορεξίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ηπια συμπτώματα Ανορεξίας	23	63,9	63,9	63,9
	Σοβαρά Συμπτώματα Ανορεξίας	13	36,1	36,1	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

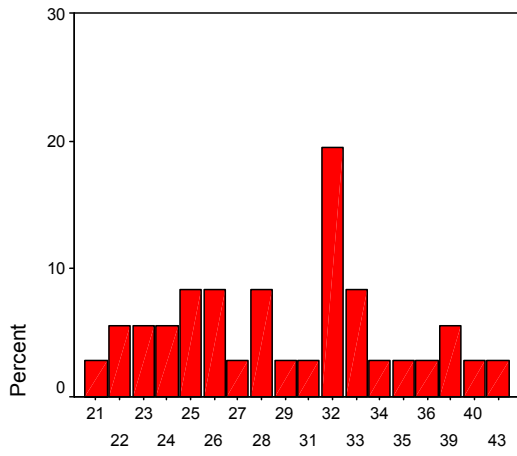
ανρ_κατ>1 & dep_κατ>0 (FILTER)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Selected	464	92,8	92,8	92,8
	Selected	36	7,2	7,2	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι από το σύνολο των μαθητών εκείνοι που εμφανίζουν ταυτόχρονα συμπτώματα ανορεξίας και κατάθλιψης είναι το 7.2% (36 άτομα) ενώ το 92.8% (464 άτομα) δεν εμφανίζουν ταυτόχρονα συμπτώματα. Από τους μαθητές που εμφανίζουν ταυτόχρονα συμπτώματα το 63.9% (23 άτομα) εμφανίζουν ήπια συμπτώματα ανορεξίας και το 36.1% (13 άτομα) εμφανίζουν σοβαρά συμπτώματα ανορεξίας.

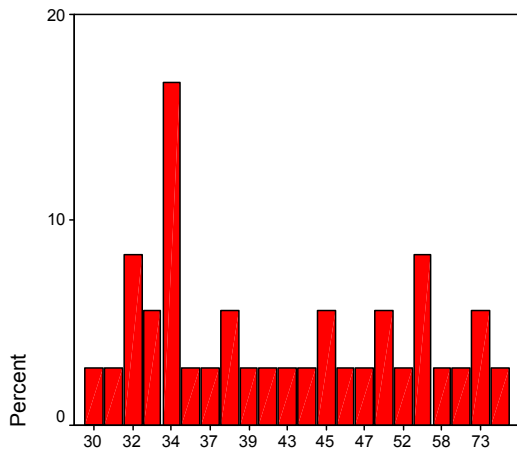


depress_all

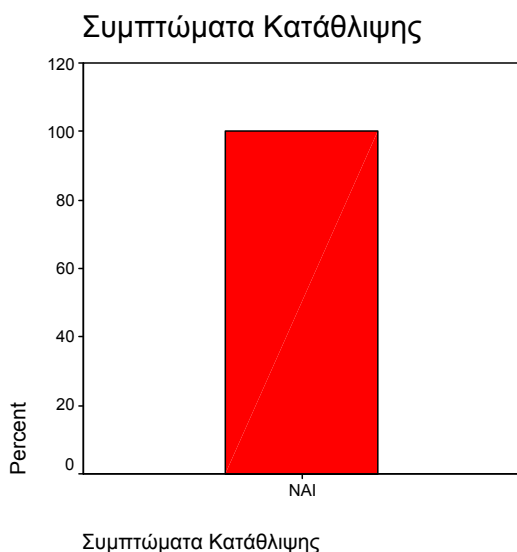


depress_all

anorexia_all



anorexia_all



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ

Correlations (παρουσιάζεται Ισχυρή θετική συσχέτιση)

		depress_all	anorexia_all
depress_all	Pearson Correlation	1	,439**
	Sig. (2-tailed)	,	,000
	N	500	500
anorexia_all	Pearson Correlation	,439**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,
	N	500	500

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι ανάμεσα στις δυο παθήσεις (ανορεξία και κατάθλιψη) παρουσιάζεται ισχυρή θετική συσχέτιση με δείκτη Pearson 0.439 και με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας P ίση με 0.001 μικρότερο του 0.01.

6.6 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

ΦΥΛΟ

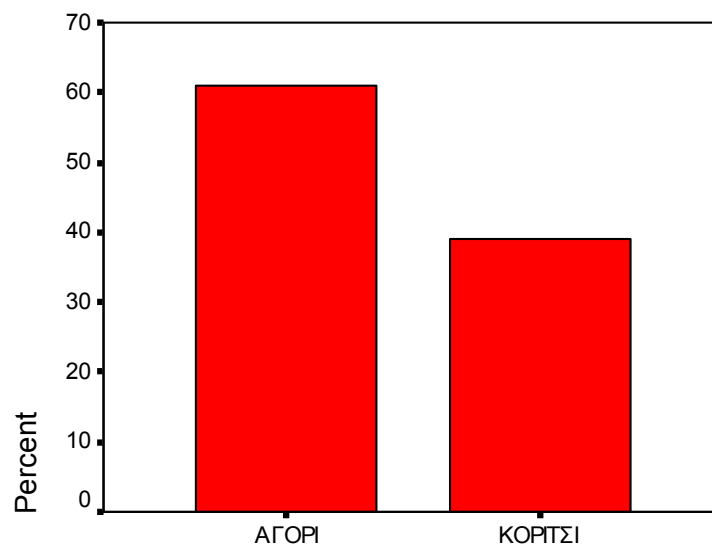
Κατάσταση υγείας			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Valid					
Υγιεις		ΑΓΟΡΙ	243	60,9	60,9	60,9
		ΚΟΡΙΤΣΙ	156	39,1	39,1	100,0
		Total	399	100,0	100,0	

Ανορεξικοί	Valid	ΑΓΟΡΙ	76	76,0	76,0	76,0
		ΚΟΡΙΤΣΙ	24	24,0	24,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0	

Από το παραπάνω παρατηρούμε ότι το 24% των παιδιών που εμφάνισαν συμπτώματα νευρικής ανορεξίας είναι θηλυκά, ενώ το 76% αυτών των παιδιών φαίνεται να είναι αρσενικά

FYLO

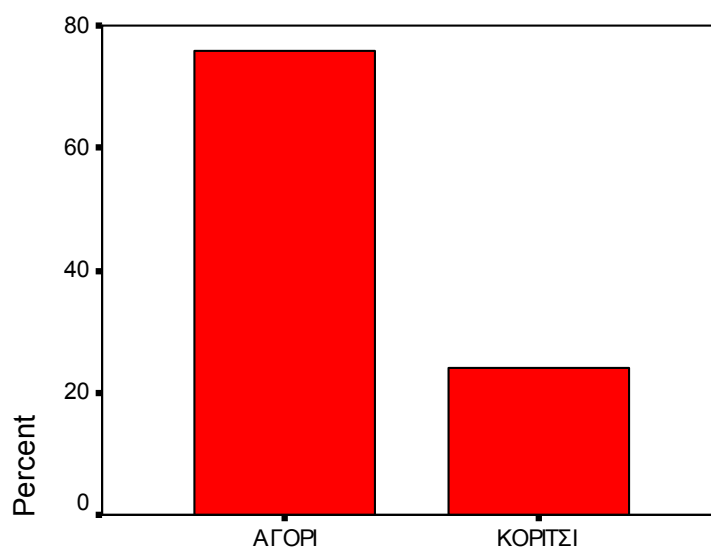
VAR00001: 1 ΥΓΙΕΙΣ



FYLO

FYLO

VAR00001: 2 Ανορεξικοί



FYLO

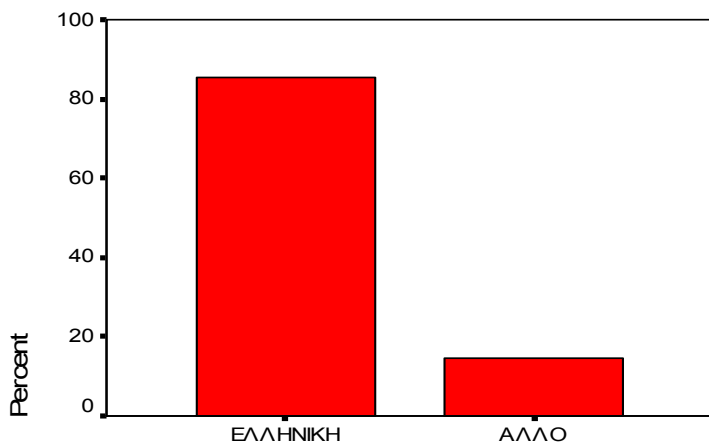
ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ

Κατάσταση υγείας			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Υγιείς	Valid	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	340	85,2	85,2	85,2
		ΑΛΛΟ	59	14,8	14,8	100,0
		Total	399	100,0	100,0	
Ανορεξικοί	Valid	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	87	87,0	87,0	87,0
		ΑΛΛΟ	13	13,0	13,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0	

Από το παρακάτω γράφημα παρατηρούμε ότι από την έρευνα προέκυψε ότι το 13% των μαθητών που εμφανίζουν συμπτώματα νευρικής ανορεξίας έχουν ξένη ιθαγένεια , ενώ το 87% έχουν ελληνική.

ΙΤΗΑΓΕΝΙΑ

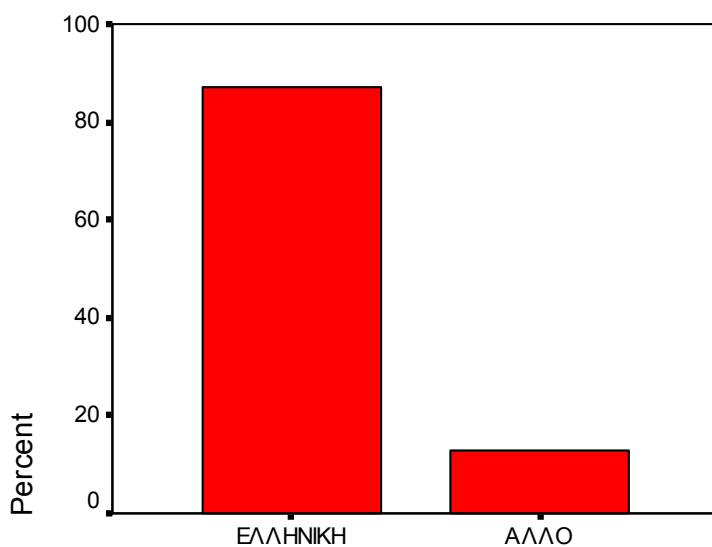
VAR00001: 1 ΥΓΙΕΙΣ



ΙΤΗΑΓΕΝΙΑ

ΙΤΗΑΓΕΝΙΑ

VAR00001: 2 Ανορεξικοί



ΙΤΗΑΓΕΝΙΑ

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ

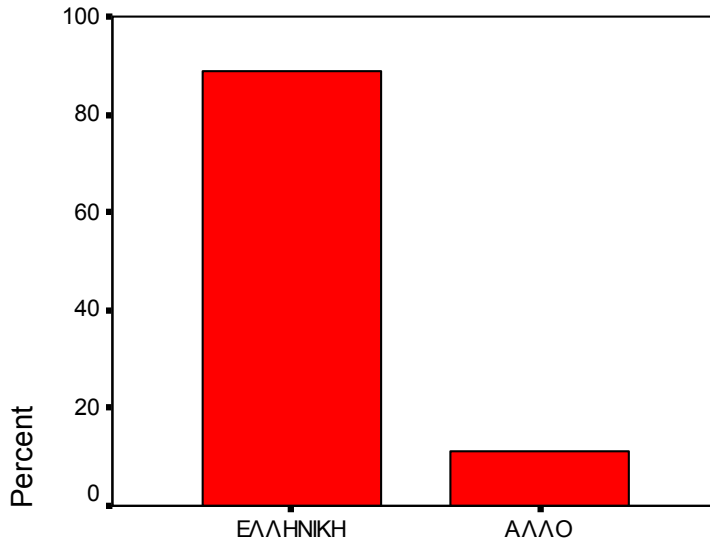
Κατάσταση υγείας		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Υγιείς	Valid ΕΛΛΗΝΙΚΗ	355	89,0	89,0	89,0
	ΆΛΛΟ	44	11,0	11,0	100,0
	Total	399	100,0	100,0	
Ανορεξικοί	Valid ΕΛΛΗΝΙΚΗ	88	88,0	88,0	88,0
	ΆΛΛΟ				

ΑΛΛΟ	12	12,0	12,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Το 12% των μαθητών με συμπτώματα νευρικής ανορεξίας έχει ξένη υπηκοότητα ενώ το 88% έχει ελληνική υπηκοότητα.

ΥΡΗΚΟΟΤΗΤΑ

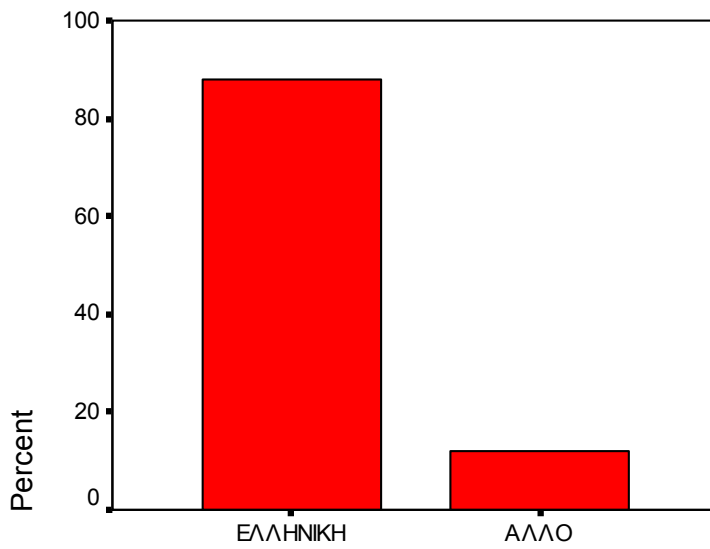
VAR00001: 1 ΥΓΙΕΙΣ



ΥΡΗΚΟΟΤΗΤΑ

ΥΡΗΚΟΟΤΗΤΑ

VAR00001: 2 Ανορεξικοί



ΥΡΗΚΟΟΤΗΤΑ

ΑΠΕΥΘΥΝΘΗΚΑΤΕ ΠΟΤΕ ΣΕ ΨΥΧΟΛΟΓΟ – ΨΥΧΙΑΤΡΟ?

Κατάσταση υγείας		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Υγιείς	Valid	0	1	,3	,3
		ΝΑΙ	19	4,8	4,8
		ΟΧΙ	379	95,0	95,0
		Total	399	100,0	100,0
Ανορεξικοί	Valid	ΝΑΙ	10	10,0	10,0
		ΟΧΙ	90	90,0	90,0
		Total	100	100,0	100,0

ΑΝ ΝΑΙ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ?

Κατάσταση υγείας		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Υγιείς	Valid	0	3	,8	,8
		ΝΑΙ	4	1,0	1,0
		ΟΧΙ	392	98,2	98,2
		Total	399	100,0	100,0
Ανορεξικοί	Valid	ΝΑΙ	4	4,0	4,0
		ΟΧΙ	96	96,0	96,0
		Total	100	100,0	100,0

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΥΤΗ ΕΙΝΑΙ:

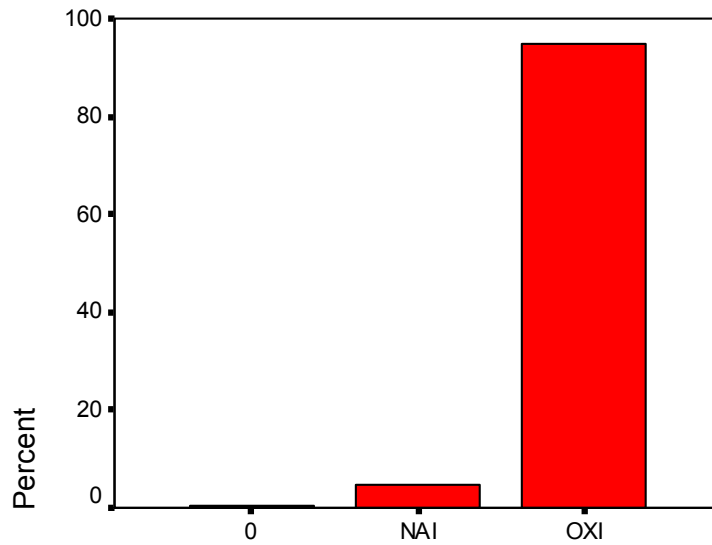
Κατάσταση υγείας		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Υγιείς	Valid	0	383	96,0	96,0
		ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	6	1,5	1,5
		ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	10	2,5	2,5
		Total	399	100,0	100,0
Ανορεξικοί	Valid	0	95	95,0	95,0
		ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	3	3,0	3,0
		ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	1	1,0	1,0
		ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ	1	1,0	1,0
		Total	100	100,0	100,0

Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι το 10% των μαθητών με συμπτώματα Ν.Α. απευθύνθηκαν σε ψυχολόγο – ψυχίατρο το 4% αυτών

ακολούθησε κάποια θεραπεία η οποία ήταν κυρίως ψυχοθεραπεία (3%) και λιγότερο φαρμακοθεραπεία (1%) ή συνδυασμός (1%), ενώ από τους μαθητές που δεν εμφάνισαν συμπτώματα ΝΑ μόλις το 4.8% απευθύνθηκε σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο.

APEYUYNTHHTE SE PSIXOLOGO

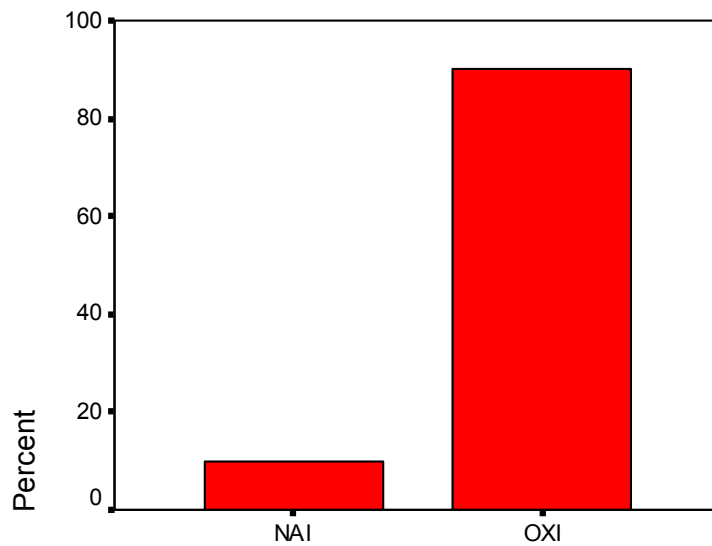
VAR00001: 1 ΥΓΙΕΙΣ



APEYUYNTHHTE SE PSIXOLOGO PSIXIATRO

APEYUYNTHHTE SE PSIXOLOGO

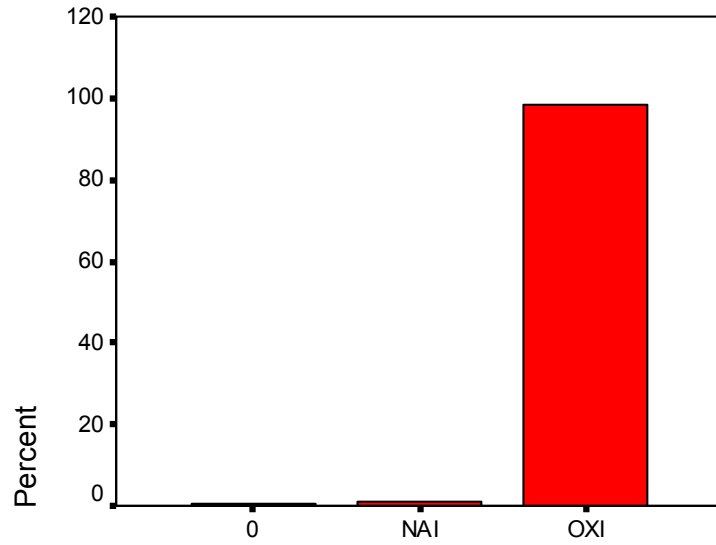
VAR00001: 2 Ανορεξικοί



APEYUYNTHHTE SE PSIXOLOGO PSIXIATRO

AN NAI AKOLOYTHITAI THERAP

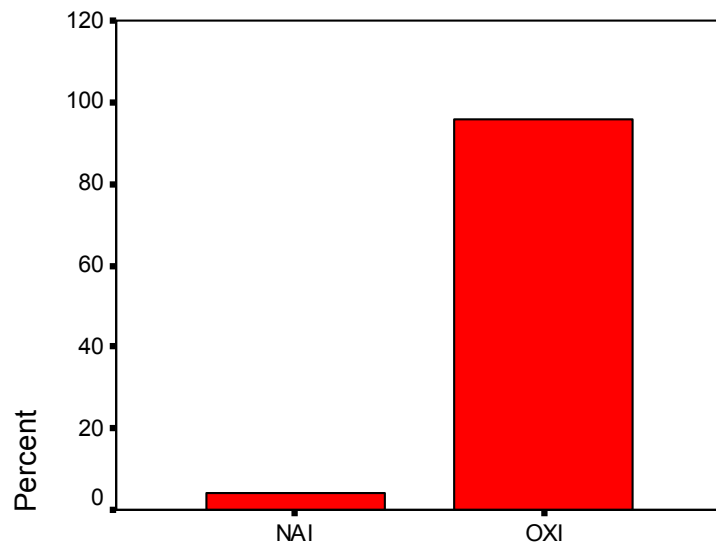
VAR00001: 1 ΥΓΙΕΙΣ



AN NAI AKOLOYTHITAI THERAPIA

AN NAI AKOLOYTHITAI THERAP

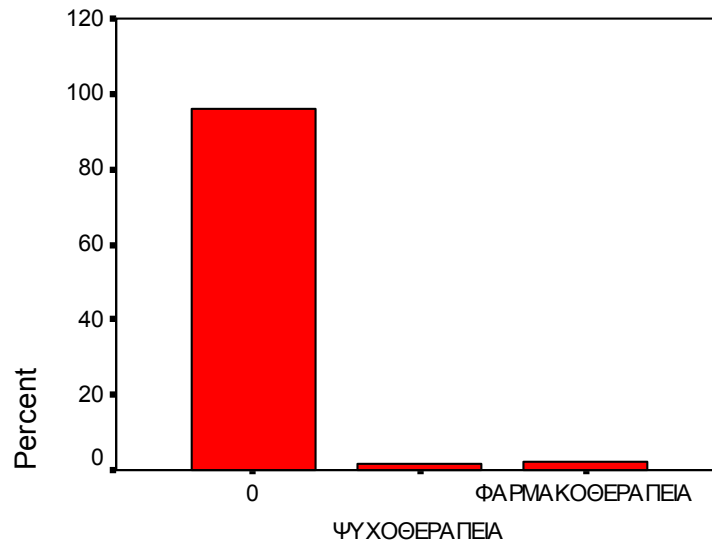
VAR00001: 2 Ανορεξικοί



AN NAI AKOLOYTHITAI THERAPIA

Η THERAPIA ΗΤΑΝ

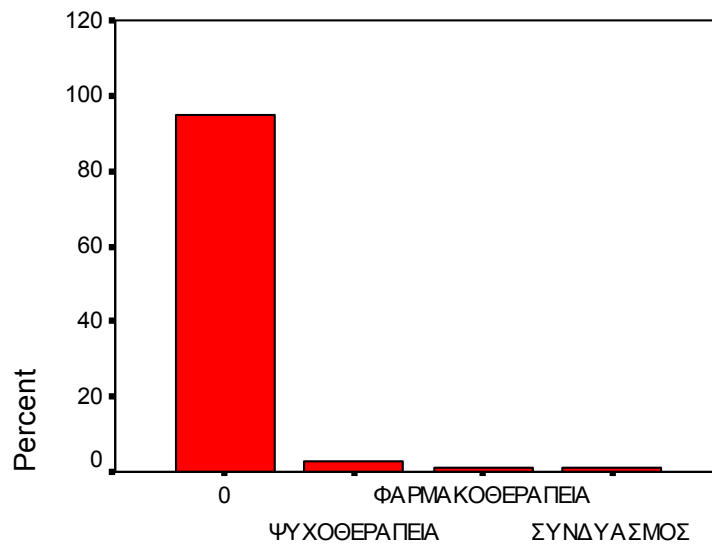
VAR00001: 1 ΥΓΙΕΙΣ



Η THERAPIA ΗΤΑΝ

Η THERAPIA ΗΤΑΝ

VAR00001: 2 Ανορεξικοί



Η THERAPIA ΗΤΑΝ

ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Κατάσταση υγείας			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Υγιείς	Valid	NAI	27	6,8	6,8	6,8
		OXI	372	93,2	93,2	100,0
		Total	399	100,0	100,0	
Ανορεξικοί	Valid	NAI	14	14,0	14,0	14,0
		OXI	86	86,0	86,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0	

ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Κατάσταση υγείας			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Υγιείς	Valid	NAI	7	1,8	1,8	1,8
		OXI	392	98,2	98,2	100,0
		Total	399	100,0	100,0	
Ανορεξικοί	Valid	NAI	7	7,0	7,0	7,0
		OXI	93	93,0	93,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0	

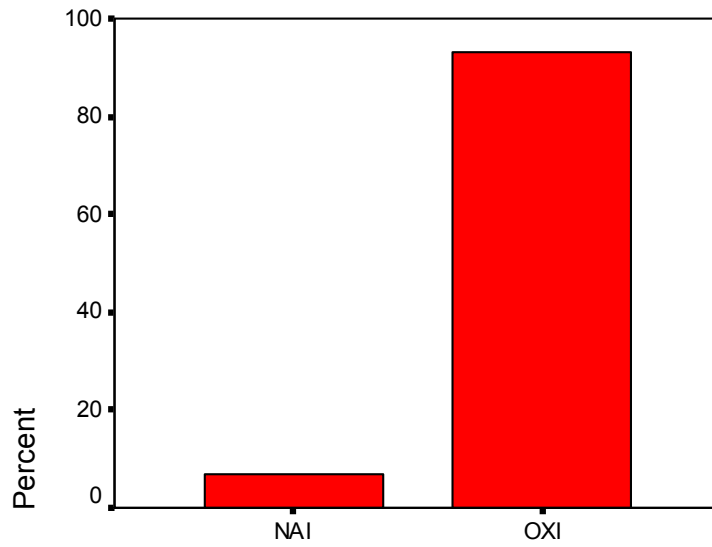
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Κατάσταση υγείας			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Υγιείς	Valid	NAI	32	8,0	8,0	8,0
		OXI	367	92,0	92,0	100,0
		Total	399	100,0	100,0	
Ανορεξικοί	Valid	NAI	18	18,0	18,0	18,0
		OXI	82	82,0	82,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0	

Από τα παραπάνω παρατηρούμε ότι οι μαθητές που εμφάνισαν συμπτώματα ανορεξίας συννοσούν κατά το 14% τους σωματικά, κατά το 7% ψυχικά και το 18% αυτών έχει ακολουθήσει φαρμακευτική αγωγή. Αντίθετα οι μαθητές που δεν εμφανίζουν συμπτώματα ανορεξίας συννοσούν μόλις κατά το 6.8% σωματικά, κατά το 1.8 ψυχικά και το 8% τους ακολούθησε κάποια φαρμακευτική αγωγή.

SOMATIKI ASTHENIA

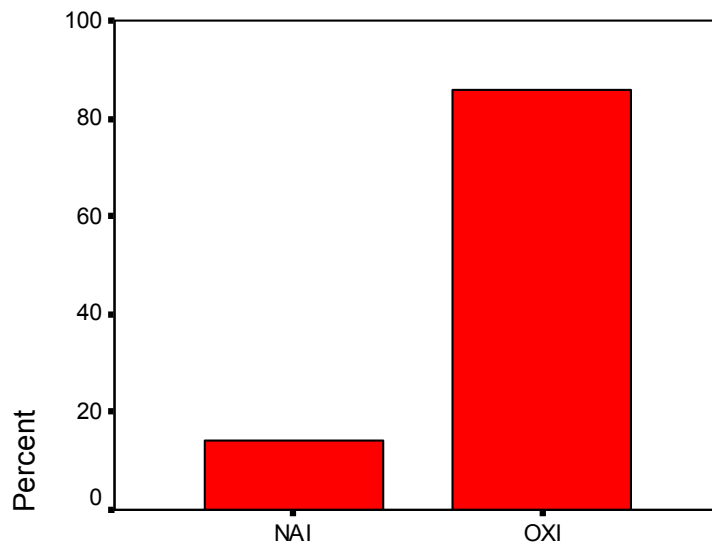
VAR00001: 1 ΥΓΙΕΙΣ



SOMATIKI ASTHENIA

SOMATIKI ASTHENIA

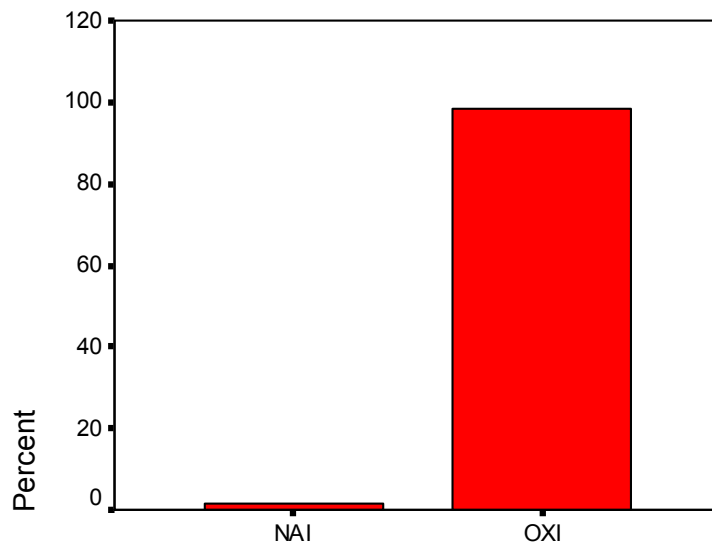
VAR00001: 2 Ανορεξικοί



SOMATIKI ASTHENIA

PRIXIKI ASTHENIA

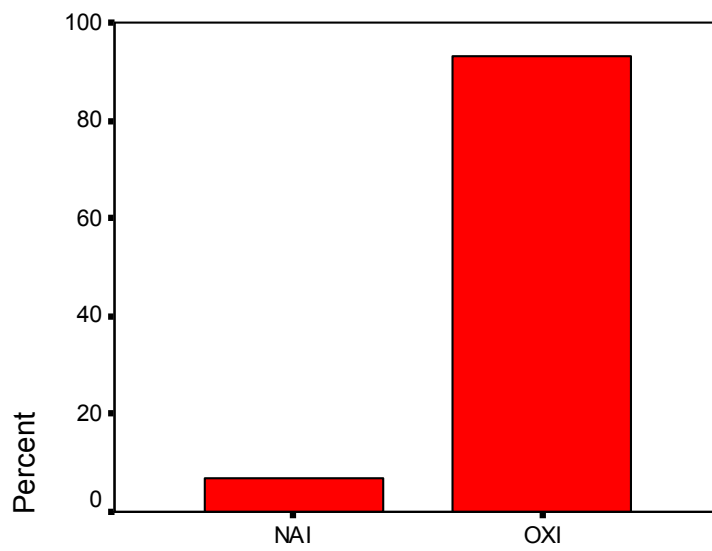
VAR00001: 1 ΥΓΙΕΙΣ



PRIXIKI ASTHENIA

PRIXIKI ASTHENIA

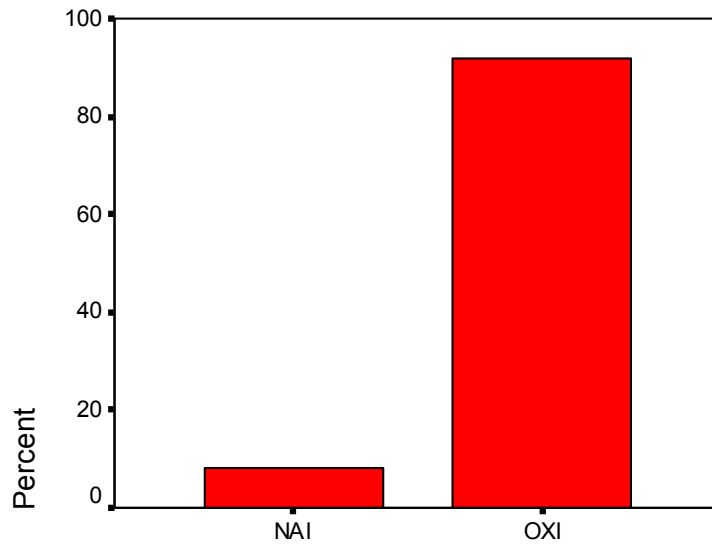
VAR00001: 2 Ανορεξικοί



PRIXIKI ASTHENIA

FARMAKEYTIKI AGOGI

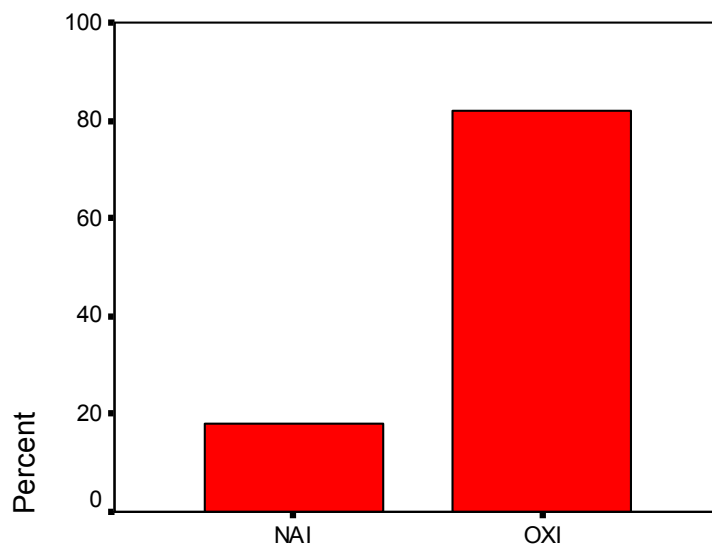
VAR00001: 1 ΥΓΙΕΙΣ



FARMAKEYTIKI AGOGI

FARMAKEYTIKI AGOGI

VAR00001: 2 Ανορεξικοί



FARMAKEYTIKI AGOGI

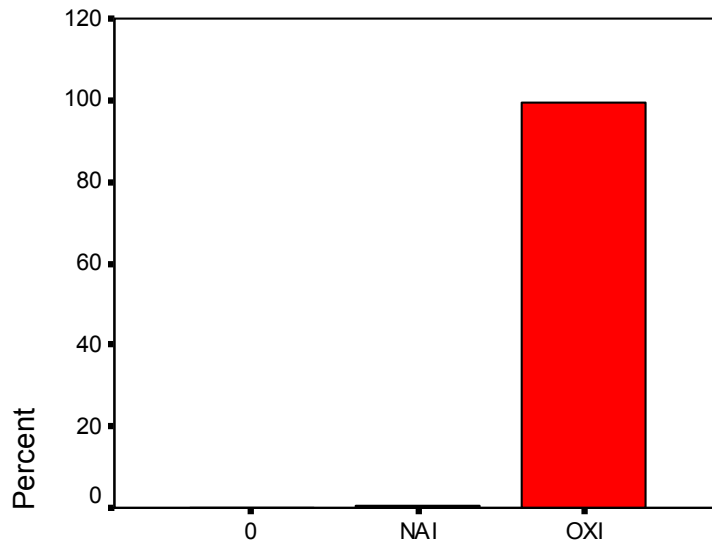
ΚΡΙΣΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Κατάσταση υγείας		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Υγιείς	Valid	0	1	,3	,3
		NAI	2	,5	,8
		OXI	396	99,2	100,0
		Total	399	100,0	100,0
Ανορεξικοί	Valid	NAI	2	2,0	2,0
		OXI	98	98,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0

Από το παραπάνω φαίνεται ότι ένα ποσοστό 2% των μαθητών με συμπτώματα ΝΑ παρουσιάζουν κρίσης επιληψίας ενώ από τους μαθητές που είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων μόλις το 0.3% παρουσιάζει κρίσης επιληψίας.

KRISEIS EPILIPSIAS

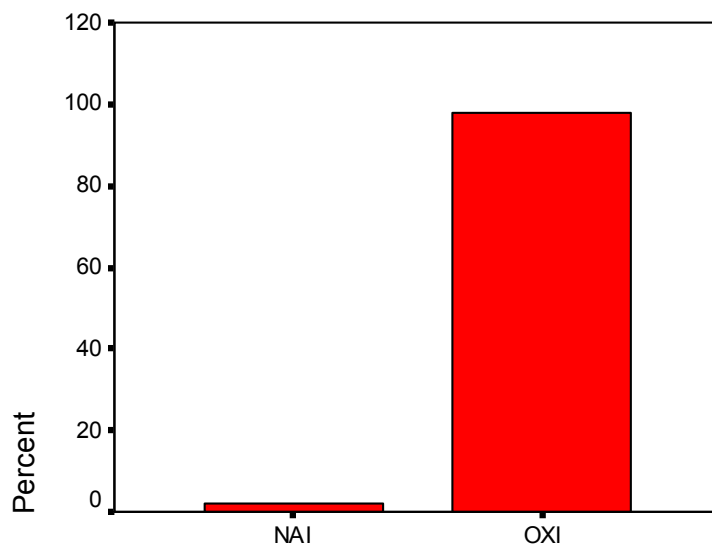
VAR00001: 1 ΥΓΙΕΙΣ



KRISEIS EPILIPSIAS

KRISEIS EPILIPSIAS

VAR00001: 2 Ανορεξικοί



KRISEIS EPILIPSIAS

ΠΟΣΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ?

Κατάσταση υγείας		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent		
Υγιείς	Valid	0	327	82,0	82,4	82,4	
		1	1	,3	,3	82,6	
		2	6	1,5	1,5	84,1	
		3	2	,5	,5	84,6	
		5	4	1,0	1,0	85,6	
		6	1	,3	,3	85,9	
		7	3	,8	,8	86,6	
		8	1	,3	,3	86,9	
		10	10	2,5	2,5	89,4	
		15	4	1,0	1,0	90,4	
		20	16	4,0	4,0	94,5	
		22	3	,8	,8	95,2	
		25	4	1,0	1,0	96,2	
		30	14	3,5	3,5	99,7	
		40	1	,3	,3	100,0	
			Total	397	99,5	100,0	
	Missing System	2	,5				
	Missing Total	399	100,0				
Ανορεξικοί	Valid	0	77	77,0	77,8	77,8	
		2	1	1,0	1,0	78,8	
		6	1	1,0	1,0	79,8	
		11	1	1,0	1,0	80,8	
		15	2	2,0	2,0	82,8	
		20	13	13,0	13,1	96,0	
		25	1	1,0	1,0	97,0	
		30	1	1,0	1,0	98,0	
		40	2	2,0	2,0	100,0	
			Total	99	99,0	100,0	
			Missing Total	9	1,0		
	Total	100	100,0				

ΠΟΣΑ ΠΟΤΑ ΠΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ?

Κατάσταση υγείας		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Υγιείς	Valid	0	256	64,2	64,3	64,3
		1	28	7,0	7,0	71,4
		2	45	11,3	11,3	82,7
		3	31	7,8	7,8	90,5
		4	9	2,3	2,3	92,7
		5	15	3,8	3,8	96,5
		6	4	1,0	1,0	97,5
		7	4	1,0	1,0	98,5
		8	1	,3	,3	98,7
		10	1	,3	,3	99,0
		11	1	,3	,3	99,2

		12	2	,5	,5	99,7
		40	1	,3	,3	100,0
		Total	398	99,7	100,0	
	Missing	9	1	,3		
	Total		399	100,0		
Ανορεξικοί	Valid	0	53	53,0	53,0	53,0
		1	12	12,0	12,0	65,0
		2	6	6,0	6,0	71,0
		3	9	9,0	9,0	80,0
		4	5	5,0	5,0	85,0
		5	4	4,0	4,0	89,0
		6	7	7,0	7,0	96,0
		7	1	1,0	1,0	97,0
		8	1	1,0	1,0	98,0
		10	1	1,0	1,0	99,0
		12	1	1,0	1,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0	

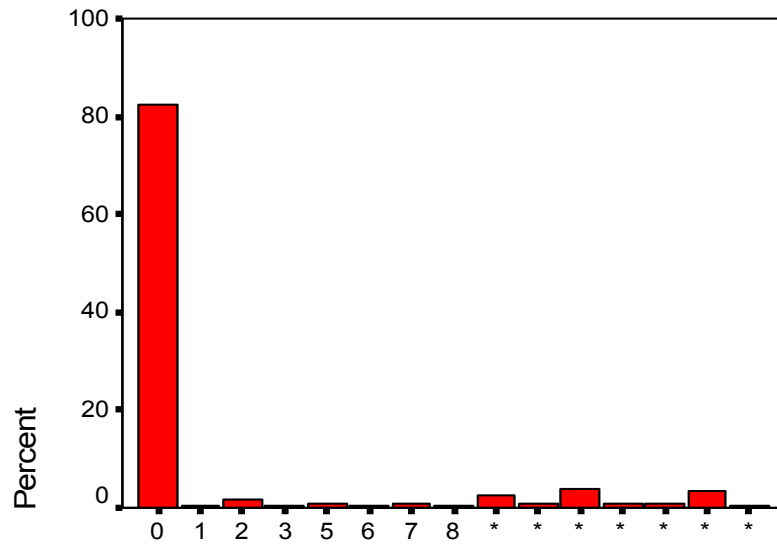
Από το παραπάνω προκύπτει ότι οι μαθητές με συμπτώματα ΝΑ καπνίζουν και πίνουν πολύ περισσότερο από τους μαθητές που είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων.

Ενδεικτικά ποσοστά καπνίσματος: το 4,8 των υγιή μαθητών καπνίζει 20 τσιγάρα/ημερα και το 0,3 αυτών καπνίζει 40 τσιγάρα/ημερα, ενώ το 13% των μαθητών με συμπτώματα ΝΑ καπνίζουν 20 τσιγάρα/ημερα και το 2% καπνίζει 40 τσιγάρα/ημερα..

Ενδεικτικά ποσοστά ποτών: το 2.3 των υγιή μαθητών πίνουν 4 ποτα/εβδομαδα και το 1% πίνει 6 ποτα/εβδομαδα, ενώ το 5% των μαθητών με συμπτώματα ΝΑ πίνουν 4 ποτα/εβδομαδα και το 7% πίνουν 6 ποτα/εβδομαδα.

POSO TSIGARA KAPNIZETAI HM

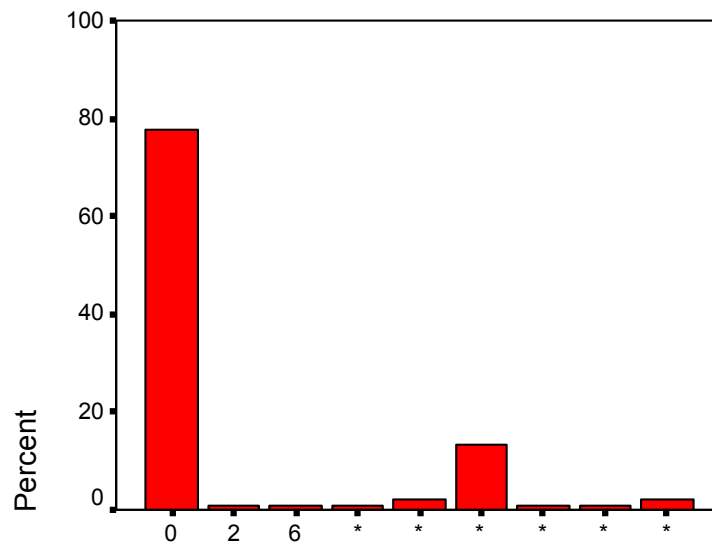
VAR00001: 1 ΥΓΙΕΙΣ



POSO TSIGARA KAPNIZETAI HMERISIOS

POSO TSIGARA KAPNIZETAI HM

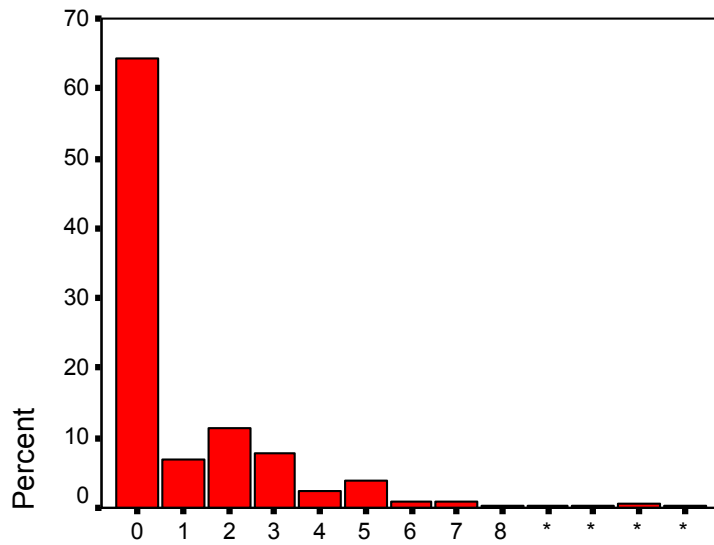
VAR00001: 2 Ανορεξικοί



POSO TSIGARA KAPNIZETAI HMERISIOS

POSO POTA PINETAI THN EBDO

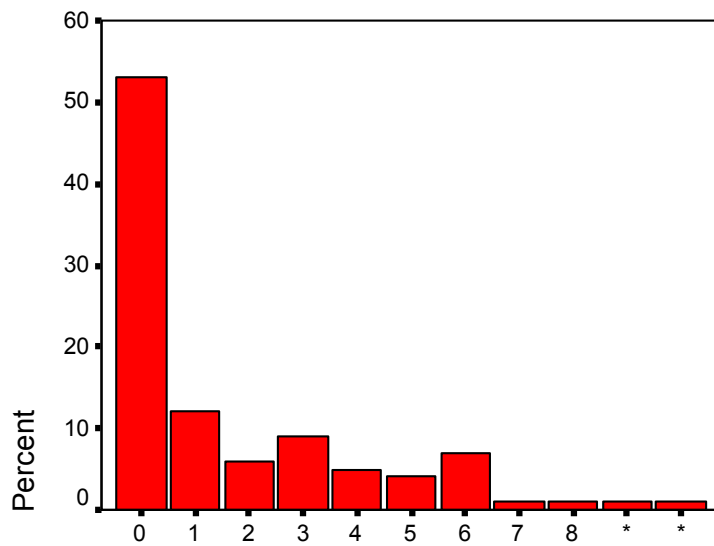
VAR00001: 1 ΥΓΙΕΙΣ



POSO POTA PINETAI THN EBDOMADA

POSO POTA PINETAI THN EBDO

VAR00001: 2 Ανορεξικοί



POSO POTA PINETAI THN EBDOMADA

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

Κατάσταση υγείας		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Υγιείς	Valid	0	2	,5	,5	
		ΔΗΜ.	98	24,6	24,6	25,1
		ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ	104	26,1	26,1	51,1
		ΕΛ. ΕΠΑ.	157	39,3	39,3	90,5
		ΑΓΡΟΤΗΣ	14	3,5	3,5	94,0
		ΑΝΕΡΓΟΣ	5	1,3	1,3	95,2
		ΕΙΣΟΔΗΜ	1	,3	,3	95,5
		ΑΤΙΑΣ				
		ΟΙΚΙΑΚΑ	3	,8	,8	96,2
		ΑΛΛΟ	15	3,8	3,8	100,0
		Total	399	100,0	100,0	
	Ανορεξικοί	Valid	0	1	1,0	1,0
		ΔΗΜ.	21	21,0	21,0	22,0
		ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ	11	11,0	11,0	33,0
		ΕΛ. ΕΠΑ.	56	56,0	56,0	89,0
		ΑΓΡΟΤΗΣ	10	10,0	10,0	99,0
		ΑΛΛΟ	1	1,0	1,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0	

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

Κατάσταση υγείας		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Υγιείς	Valid	0	2	,5	,5	
		ΔΗΜ.	60	15,0	15,0	15,5
		ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ	118	29,6	29,6	45,1
		ΥΠ				
		ΕΛΕΥΘ.	56	14,0	14,0	59,1
		ΕΠ				
		ΑΓΡΟΤΗΣ	4	1,0	1,0	60,2
		ΑΝΕΡΓΟΣ	4	1,0	1,0	61,2
		ΕΙΣΟΔΗΜ	2	,5	,5	61,7
		ΑΤΙΑΣ				
		ΟΙΚΙΑΚΑ	147	36,8	36,8	98,5
		ΑΛΛΟ	6	1,5	1,5	100,0
	Total	399	100,0	100,0		
Ανορεξικοί	Valid	ΔΗΜ.	18	18,0	18,0	18,0
		ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ	21	21,0	21,0	39,0
		ΥΠ				
		ΕΛΕΥΘ.	22	22,0	22,0	61,0
		ΕΠ				
		ΑΓΡΟΤΗΣ	3	3,0	3,0	64,0
		ΟΙΚΙΑΚΑ	35	35,0	35,0	99,0
		ΑΛΛΟ	1	1,0	1,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0	

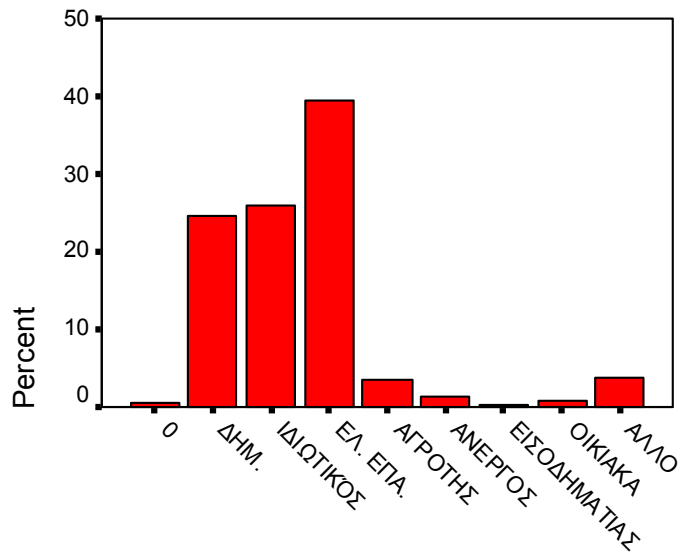
•

Το ποσοστό με το συχνότερο είδος επαγγέλματος των πατεράδων των μαθητών με συμπτώματα ΝΑ είναι οι ελεύθεροι επαγγελματίες (56%) σε αντίθεση με τους πατεράδες των μαθητών χωρίς συμπτώματα ΝΑ όπου το ποσοστό των Ελεύθερων επαγγελματιών ανέρχεται στο 39.3%.

Το 35% των μανάδων των μαθητών με συμπτώματα ΝΑ είναι νοικοκυρές ποσοστό το οποίο είναι περίπου ίδιο (36.8) και στις μανάδες των μαθητών που δεν εμφανίζουν συμπτώματα ΝΑ.

EPAGELMA PATERA

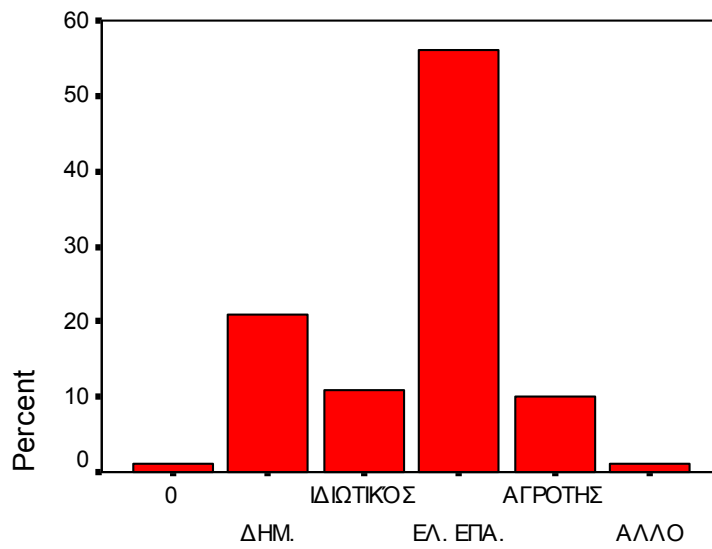
VAR00001: 1 ΥΓΙΕΙΣ



EPAGELMA PATERA

EPAGELMA PATERA

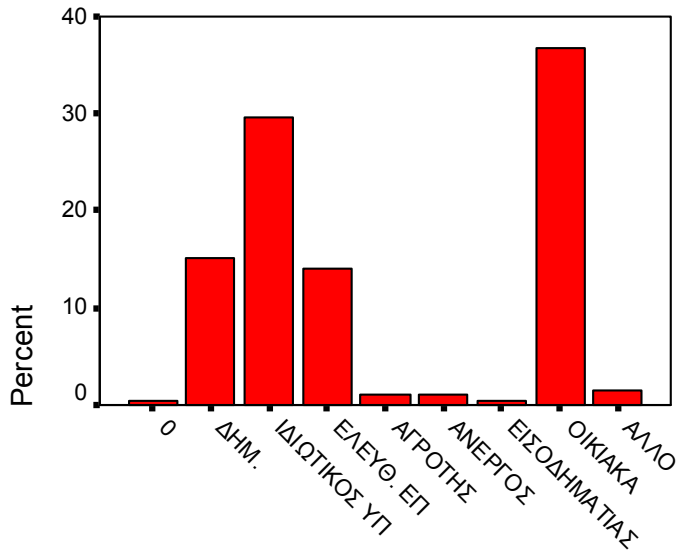
VAR00001: 2 Ανορεξικοί



EPAGELMA PATERA

ΕΠΑΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

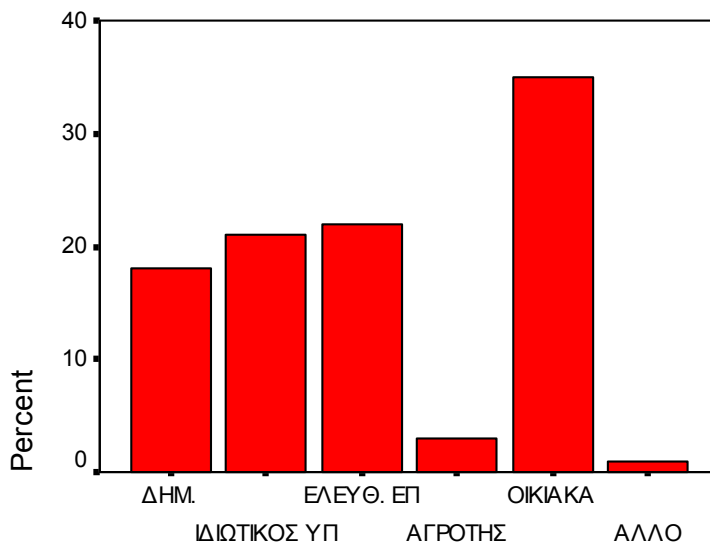
VAR00001: 1 ΥΓΙΕΙΣ



ΕΠΑΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

ΕΠΑΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

VAR00001: 2 Ανορεξικοί



ΕΠΑΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

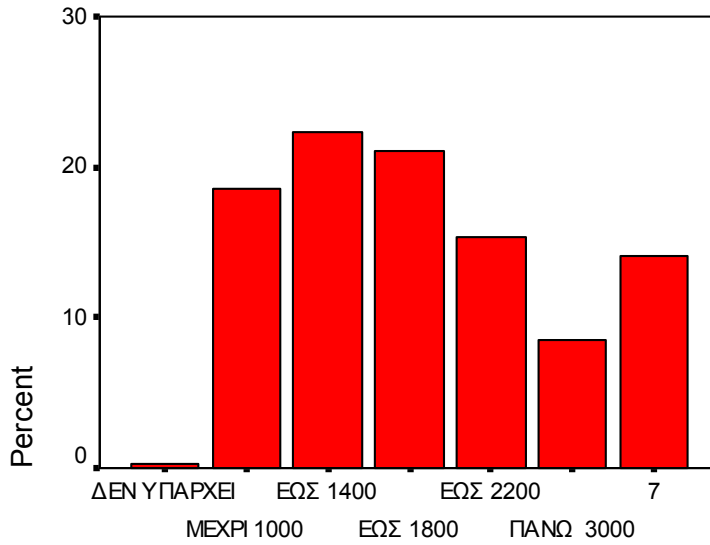
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

Κατάσταση υγείας		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Υγιείς	Valid ΔΕΝ	1	,3	,3	,3	
	ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΕΧΡΙ 1000	74	18,5	18,5	18,8	
	ΕΩΣ 1400	89	22,3	22,3	41,1	
	ΕΩΣ 1800	84	21,1	21,1	62,2	
	ΕΩΣ 2200	61	15,3	15,3	77,4	
	ΠΑΝΩ 3000	34	8,5	8,5	86,0	
	7	56	14,0	14,0	100,0	
	Total	399	100,0	100,0		
	Ανορεξικοί	Valid ΔΕΝ	3	3,0	3,0	3,0
		ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΕΧΡΙ 1000	17	17,0	17,0	20,0
ΕΩΣ 1400		19	19,0	19,0	39,0	
ΕΩΣ 1800		18	18,0	18,0	57,0	
ΕΩΣ 2200		11	11,0	11,0	68,0	
ΠΑΝΩ 3000		18	18,0	18,0	86,0	
7		14	14,0	14,0	100,0	
Total		100	100,0	100,0		

Από το παραπάνω φαίνεται ότι το 18% των γονέων των μαθητών με συμπτώματα ΝΑ έχουν μηνιαίο εισόδημα πάνω από 3000 ευρώ ενώ μόνο το 8.5% των γονέων των μαθητών που είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων έχει μηνιαίο εισόδημα πάνω από 3000 ευρώ.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

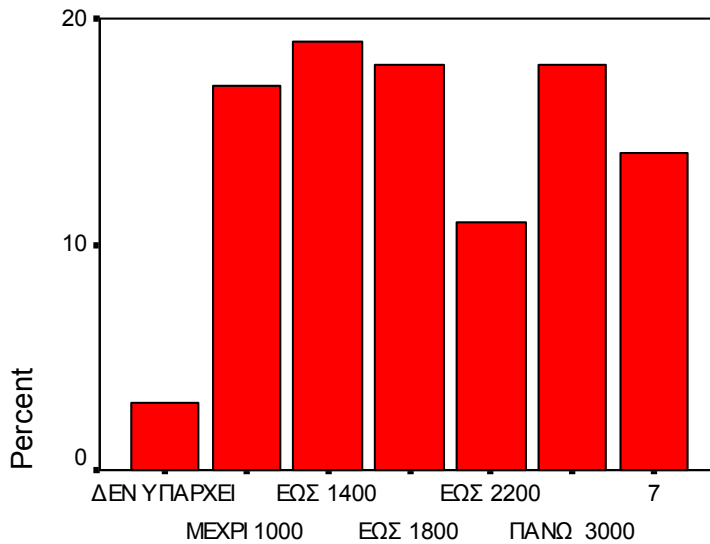
VAR00001: 1 ΥΓΙΕΙΣ



ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

VAR00001: 2 Ανορεξικοί



ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ ΠΑΤΕΡΑ

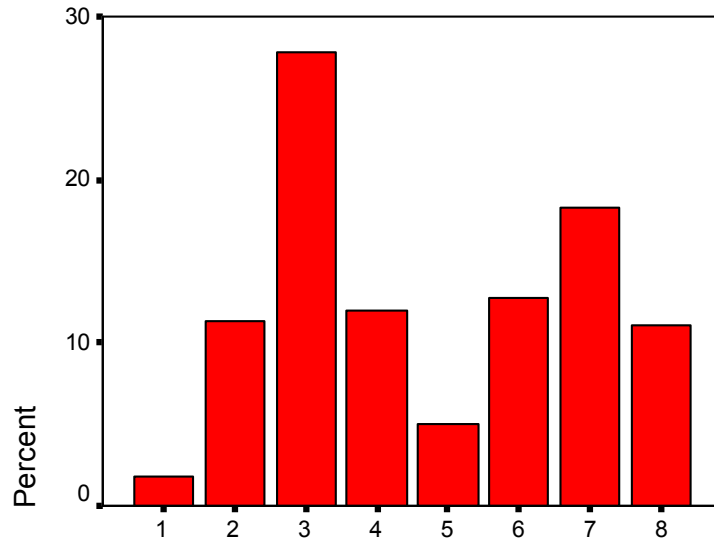
Κατάσταση υγείας		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Υγιείς	Valid	1	7	1,8	1,8
		2	45	11,3	11,3
		3	111	27,8	27,8
		4	48	12,0	12,0
		5	20	5,0	5,0
		6	51	12,8	12,8
		7	73	18,3	18,3
		8	44	11,0	11,0
		Total	399	100,0	100,0
Ανορεξικοί	Valid	1	1	1,0	1,0
		2	13	13,0	13,0
		3	30	30,0	30,0
		4	14	14,0	14,0
		5	3	3,0	3,0
		6	9	9,0	9,0
		7	21	21,0	21,0
		8	9	9,0	9,0
		Total	100	100,0	100,0

ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ ΜΗΤΕΡΑΣ

Κατάσταση υγείας		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Υγιείς	Valid	1	6	1,5	1,5
		2	39	9,8	9,8
		3	110	27,6	27,6
		4	66	16,5	16,5
		5	15	3,8	3,8
		6	51	12,8	12,8
		7	54	13,5	13,5
		8	58	14,5	14,5
		Total	399	100,0	100,0
Ανορεξικοί	Valid	1	2	2,0	2,0
		2	7	7,0	7,0
		3	27	27,0	27,0
		4	17	17,0	17,0
		5	6	6,0	6,0
		6	7	7,0	7,0
		7	19	19,0	19,0
		8	15	15,0	15,0
		Total	100	100,0	100,0

EIPEDO SPOYDVN PATERA

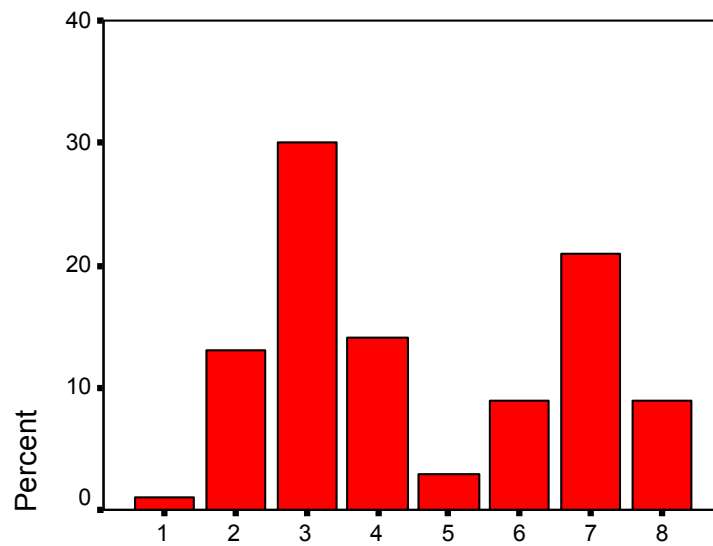
VAR00001: 1 ΥΓΙΕΙΣ



EIPEDO SPOYDVN PATERA

EIPEDO SPOYDVN PATERA

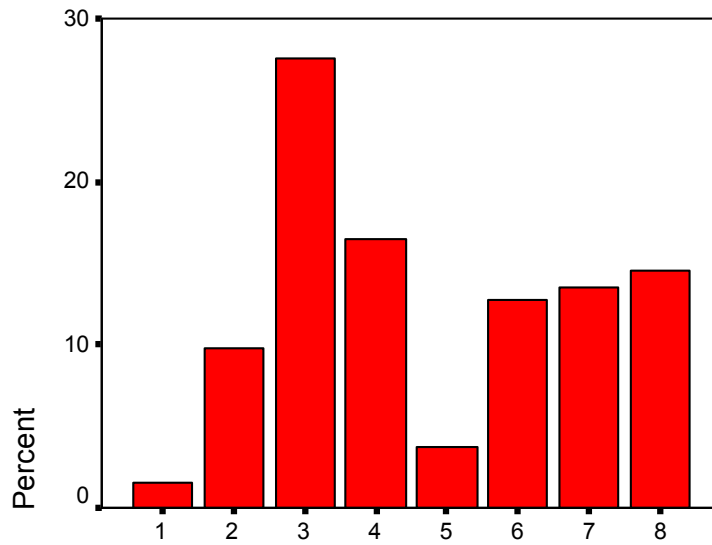
VAR00001: 2 Ανορεξικοί



EIPEDO SPOYDVN PATERA

EIPEDO SPOYDON MHTERAS

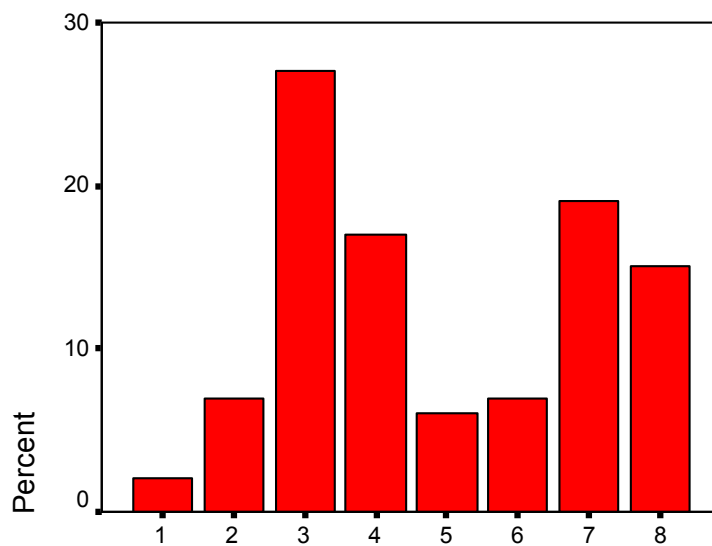
VAR00001: 1 ΥΓΙΕΙΣ



EIPEDO SPOYDON MHTERAS

EIPEDO SPOYDON MHTERAS

VAR00001: 2 Ανορεξικοί



EIPEDO SPOYDON MHTERAS

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Τα συμπεράσματα αυτής της πτυχιακής μελέτης θα μπορούσαν να θεωρηθούν πηγή γρήγορης ενημέρωσης και καλός σύμβουλος ατόμων που πιστεύουν ότι αναγνωρίζουν μερικά από τα στοιχειωμένα σημάδια της μαστιγας που σήμερα ονομάζεται νευρική ανορεξία, αλλά και της νευρικής βουλιμίας καθώς και του «μικρού θανάτου», την καταθλιπτική διαταραχή.

Οι διατροφικές διαταραχές όπως έχουν δείξει αρκετές μελέτες, δεν κατανέμονται τυχαία στον πληθυσμό. Οι νεαρές θηλυκές αποτελούν την πιο ευπαθή ομάδα. Συγκεκριμένα, η νευρική ανορεξία κάνει την εμφάνιση της κυρίως στην ηλικία της μέσης εφηβείας όπου όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά στο ένθετο «Ιατρικά» της Ελευθεροτυπίας, 18-2-03, μια στις 100 κοπέλες από 12-18 ετών, θα πέσει θύμα της νευρικής (ψυχογενούς) ανορεξίας, ενώ από τις κοπέλες που θα πλήξει αυτή η αρρώστια, το 5-20% θα καταλήξει στο θάνατο. Τα αίτια που την προκαλούν είναι πολλά και διάφορα. Παρουσιάζεται κυρίως στην εφηβεία καθώς όπως αναφέρει ο Dr Alain Meunier (ψυχίατρος-ψυχοθεραπευτής) «η ηλικία αυτή είναι μια κατάσταση πραγματικής αναγέννησης, με τους δικούς της μηχανισμούς, τα δικά της στοιχήματα και απρόοπτα». Σε αυτή την πολύ δύσκολη στιγμή, κατά την οποία πραγματοποιείται η εγκατάλειψη της παιδικής ηλικίας και της γονικής ασφάλειας και η/ο νεαρά/ός ανοίγεται σε ένα πέρασμα άγνωστων κανόνων ζωής, οποιεσδήποτε άλυτες συγκρούσεις, στερήσεις, ανασφάλειες και τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας έρχονται να δυσκολέψουν ακόμα και να ανατρέψουν την ομαλή πορεία προς την ενηλικίωση. Ένα από τα σημαντικά στοιχεία που θα πρέπει να αναφερθεί και να μελετηθεί με ιδιαίτερη επιμέλεια είναι η πιθανότατη συνύπαρξη την νευρικής ανορεξίας με την καταθλιπτική διαταραχή. Η κατάθλιψη είναι αν όχι η σοβαρότερη, μια από τις πιο σοβαρές παθήσεις της «ψυχής». Οι παράγοντες πρόκλησης της είναι πολλοί και αφορούν διάφορους αιτιολογικούς τομείς. Ευτυχώς στις μέρες μας, η διάγνωση και κυρίως η θεραπεία της «μαύρης χολής» στο μυαλό βρίσκονται σε

ικανοποιητικότατο στάδιο. Έτσι, με τη βοήθεια των φαρμάκων και της ψυχοθεραπείας ένας άνθρωπος ο οποίος πάσχει από κατάθλιψη μπορεί να επανέλθει πλήρως και ο «μεγάλος πόνος της ψυχής του» να τεθεί υπό έλεγχο. Λαμβάνοντας υπόψη την σοβαρότητα όλων των παραπάνω στοιχείων θεωρήσαμε σκόπιμο να συμπεριλάβουμε στην έρευνα που συνοδεύει την παρούσα πτυχιακή μελέτη, την ανίχνευση μιας ταυτόχρονης συνύπαρξης συμπτωμάτων νευρικής ανορεξίας με συμπτώματα κατάθλιψης στο ίδιο άτομο.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έρχονται να επιβεβαιώσουν τα μέχρι τώρα γνωστά επιδημιολογικά στοιχεία που αφορούν στην νευρική ανορεξία, αναδίδοντας μάλιστα πολύ μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης της νόσου από ότι συνήθως. Τα ποσοστά παραμένουν σημαντικά ακόμα και αν θεωρήσουμε ότι στην διεξαγωγή της έρευνας ενυπήρχε ένα ποσοστό σφάλματος. Συγκεκριμένα, από την ανάλυση φάνηκε ότι συνολικά από το 100% του δείγματος (500 άτομα) το 15% (76 άτομα) των μαθητών εμφανίζει ήπια συμπτώματα νευρικής ανορεξίας και το 4.8% (24 άτομα) αυτών εμφανίζει πολύ σοβαρά συμπτώματα ανορεξίας. Το ίδιο δείγμα παρουσιάζει σε ποσοστό 16.8%(84 άτομα) συμπτώματα κατάθλιψης ενώ το επόμενο σημαντικό στοιχείο το οποίο προέκυψε είναι ότι το 7.2% (36 άτομα) των ατόμων με συμπτώματα νευρικής ανορεξίας εμφανίζουν ταυτόχρονα συμπτώματα κατάθλιψης. Το 7.2% περιλαμβάνει κατά το 63.9% (23 άτομα) μαθητές με ήπια συμπτώματα ανορεξίας (σκορ 30 – 45) και το 36.1% (13 άτομα) μαθητές με σοβαρά συμπτώματα ανορεξίας (σκορ 45 και άνω). Το 92.8% (464 άτομα) αυτών φαίνεται ότι δεν παρουσιάζουν ταυτόχρονα συμπτώματα ανορεξίας και κατάθλιψης. Η βιβλιογραφία αναφέρει την πιθανότητα της αμφίδρομης σχέσης ανάμεσα στις δυο παθήσεις όπου άτομα με νευρική ανορεξία στην πορεία της νόσου οδηγούνται σε κατάθλιψη ή ασθενείς με κατάθλιψη στις περισσότερες περιπτώσεις καταλήγουν σε ανορεξία. Η συνύπαρξη των δυο παθήσεων δεν έχει αναφερθεί μόνο ως πιθανή στην βιβλιογραφία αλλά έχει επιβεβαιωθεί και από έρευνες. Στην παρούσα έρευνα το ποσοστό που προέκυψε επιβεβαίωσε τα μέχρι τώρα επιστημονικά δεδομένα που αναφέρουν την συνύπαρξη των δυο παθήσεων.

Όσον αφορά τα ποσοστά που προέκυψαν από την έρευνα και αφορούν την κατάθλιψη και αυτά φαίνεται να είναι αρκετά υψηλά 16.8% (84 άτομα). Το

ποσοστό θα μπορούσε να θεωρηθεί αναμενόμενο αν αναλογιστούμε το ηλικιακό πλαίσιο το οποίο αφορά (εφηβεία). Ωστόσο εν συγκρίσει με το υγιές και το μη παθολογικό γενικότερα το ποσοστό αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί αρκετά υψηλό ποσοστό.

Όσον αφορά στην σύγκριση ποσοστών συμπτωμάτων ΝΑ μεταξύ των ατόμων του δείγματος αυτή επιτευχθεί με τον διαχωρισμό του δείγματος σε δυο ομάδες ανάλογα με τον τόπο διαμονής τους (Αθήνα –Κρήτη). Το ένα μέρος πλαισιώνουν οι 250 μαθητές που διαμένουν στην Κρήτη και το άλλο μέρος οι 250 μαθητές που διαμένουν στην Αθήνα. Η σύγκριση που γίνεται μεταξύ των δυο μεγαλουπόλεων στηρίζεται στον διαφορετικό τρόπο ζωής των ατόμων που διαμένουν σε αυτές τις πόλεις αν και τα άτομα αυτά έχουν βασικά κοινά χαρακτηριστικά όπως ηλικία δραστηριότητα κα. Τα αποτελέσματα ήταν διαφορετικά και αντίστροφα για τις δυο πόλεις. Κατά την ανάλυση φάνηκε μια διαφορά ανάμεσα στους μαθητές της Κρήτης και της Αθήνας. Η διαφορά αυτή έχει ως εξής: οι μαθητές της Κρήτης εμφανίζουν μεγαλύτερο μέσο όρο δείκτη 1.30 συμπτωμάτων νευρικής ανορεξίας έναντι των μαθητών της Αθήνας που εμφανίζουν μέσο όρο δείκτη 1.20, ενώ οι μαθητές της Αθήνας εμφανίζουν μεγαλύτερο μέσο όρο δείκτη συμπτωμάτων κατάθλιψης 0.19 έναντι των μαθητών της Κρήτης οι οποίοι έχουν μέσο όρο δείκτη 0.14. Το φαινόμενο αυτό σε ότι αφορά τη κατάθλιψη πιθανολογούμε ότι προκύπτει από τον διαφορετικό τρόπο ζωής των έφηβων στην Αθήνα. Οι έφηβοι στην Αθήνα ζουν μια ζωή περισσότερο απαιτητική, πιο κλειστή και μακριά από τα βασικά στοιχεία της φύσης. Χαρακτηριστικές καταστάσεις τις οποίες οι μαθητές της Κρήτης δεν αντιμετωπίζουν ως επί το πλείστον στην καθημερινότητα τους. Όλα αυτά πιθανόν να έπαιξαν κάποιο ρόλο στην εμφάνιση μεγαλύτερου ποσοστού κατάθλιψης στους έφηβους που διαμένουν στην Αθήνα. Όσον αφορά το αυξημένο ποσοστό ανορεξίας στην Κρήτη έναντι της Αθήνας, το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η Κρήτη είναι μια τουριστική περιοχή με αποτέλεσμα οι έφηβοι που διαμένουν εκεί πιθανών να έχουν ξενόφερτες Δυτικές επιρροές.

Επιπρόσθετα, από την μελέτη των προσωπικών στοιχείων των εξεταζόμενων οι οποίοι εμφάνισαν συμπτώματα νευρικής ανορεξίας προέκυψε ότι το 12% αυτών είναι αλλοδαποί μετανάστες (ξένη υπηκοότητα) ενώ το

υπόλοιπο 88% Έλληνες. Το στοιχείο αυτό δικαιολογεί την άποψη ότι οι μετανάστες αποτελούν μια ευπαθή ομάδα του πληθυσμού οι οποίοι εμφανίζουν ποσοστά ανορεξίας στον τόπο που έχουν μεταναστεύσει και ζουν από τους ομοεθνείς τους στον τόπο καταγωγής τους. Αυτό πιθανόν να προκύπτει ως απόρροια μίας γενικότερης αντίδρασης στις δυσκολίες προσαρμογής στο καινούργιο κοινωνικό σύνολο και ως αποτέλεσμα αντίδρασης σε διάφορου τύπου φαινόμενα ρατσισμού. Η συνοσηρότητα, η οποία θα μπορούσε να υποστηρίξει την εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας δευτεροπαθώς στη ανάλυση της δικής μας έρευνας, φαίνεται σε ότι αφορά την σωματικού επιπέδου συνοσηροτητα από τα ποσοστά: 14% σε άτομα με συμπτώματα NA ενώ εμφανίζεται μόνο στο 6.8% των ατόμων χωρίς συμπτώματα NA. Σε ότι αφορά την συνοσηροτητα σε ψυχικό επίπεδο και εδώ τα ποσοστά που εμφανίζουν τα άτομα με συμπτώματα NA είναι υψηλότερα από αυτών χωρίς συμπτώματα NA με ποσοστά για τους μεν πρώτους 14% και για τους δεύτερους 1.8%. Τα στοιχεία αυτά μας επιβεβαιώνουν την ευπάθεια ; που χαρακτηρίζει τα άτομα με συμπτώματα NA και την επιβαρημένη σωματική και ψυχική τους κατάσταση όταν αυτοί παρουσιάζουν χαρακτηριστικά της νευρικής ανορεξίας. Τέλος από τα άτομα τα οποία συννοσούν, το 18% αυτών εμφανίζουν συμπτώματα NA ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή ενώ μόλις το 8% εκείνων που δεν χαρακτηρίζονται από συμπτώματα NA ακολουθούν κάποια στιγμή φαρμακευτική αγωγή. Και αυτό το στοιχείο δείχνει τον μεγάλο βαθμό απώλειας ελέγχου των ατόμων με συμπτώματα NA καθώς απευθύνονται πιο εύκολα και σε μεγαλύτερο ποσοστό στα φάρμακα από τους υγιείς. Όλα τα παραπάνω έρχεται να τα επιβεβαιώσει το εύρημα ότι το 2 % των ατόμων με συμπτώματα NA παθαίνει κρίσεις επιληψίας ενώ μόνο το 0.5% των υγιή παθαίνει κρίσεις επιληψίας στη ζωή του.

Στην ερώτηση «απευθυνθήκατε ποτέ σε ψυχίατρο ;» το 10% των ατόμων με συμπτώματα NA απάντησε θετικά ενώ μόνο το 4.8% των ατόμων χωρίς συμπτώματα NA απάντησε ναι. Αυτό συμβαίνει γιατί τα άτομα με συμπτώματα NA έχουν διαταραγμένη ψυχική κατάσταση και παρουσιάζουν αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης (και άλλων διαταραχών) ταυτόχρονα με αποτέλεσμα να έχουν μεγαλύτερη ανάγκη από ψυχολόγο – ψυχίατρο από τους άλλους. Άλλο στοιχείο που επιβεβαιώνει την αδυναμία των ανορεξικών είναι το

γεγονός ότι το 4% των ατόμων που απευθύνθηκαν σε ψυχολόγο και έχουν συμπτώματα ανορεξίας ακολούθησε θεραπεία ενώ το 1,0% των υγιή ατόμων που απευθύνθηκαν σε ψυχολόγο έχουν ακολουθήσει κάποια θεραπεία.

Όσον αφορά καθημερινές επιβλαβείς συνήθειες τα άτομα με συμπτώματα ΝΑ πάλι εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά από τους υγιείς. Σε ότι έχει να κάνει με το κάπνισμα ενδεικτικά αναφέρουμε δυο τιμές αντιπροσωπευτικές : το 13% των ατόμων με συμπτώματα ΝΑ καπνίζουν ημερησίως 20 τσιγάρα ενώ από τα άτομα χωρίς συμπτώματα ανορεξίας καπνίζουν 20 τσιγάρα ημερησίως κατά το 4.8% τους (άλλη τιμή άτομα με συμπτ. ΝΑ κατά το 0.3% καπνίζουν 40 τσιγάρα ανά ημέρα ενώ τα άτομα χωρίς συμπτ.ΝΑ κατά το 2% τους 40 τσιγάρα ημερησίως.). Η χρήση αλκοόλ έχει παρόμοια αποτελέσματα όπου ενδεικτικά το 2.3 % των υγιή πίνουν 4 ποτά / εβδομάδα και το 1% 6 ποτά /εβδομάδα σε αντίθεση με τα άτομα τα οποία εμφανίζουν συμπτώματα ανορεξίας τα οποία το 2.3% πίνει 4 ποτά / εβδομάδα και το 7% 6 ποτά / βδομάδα. Το παραπάνω δίδει την ξεκάθαρη εξάρτηση των ατόμων με συμπτώματα ΝΑ από κάπνισμα και αλκοόλ πράγμα το οποίο ισχύει και αυτό φαίνεται από άλλες έρευνες και για την εξάρτηση τους από ναρκωτικές ουσίες.

Εκείνο που έχει ενδιαφέρον να σημειωθεί τέλος είναι ότι τα αποτελέσματα για το επάγγελμα των γονέων και συγκεκριμένα των πατέρων έδειξε ότι στους πατεράδες των παιδιών με συμπτώματα ΝΑ το μεγαλύτερο ποσοστό 56% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες. Η σύγκριση με τους πατεράδες των υγιή παιδιών οι οποίοι είναι ελ. επαγγελματίες κατά το 39.3% τους μας επιβεβαιώνει ότι το γεγονός ότι οι πατεράδες των παιδιών με συμπτώματα ΝΑ είναι ελ. επαγγελματίες δεν είναι τυχαίο. Το αυξημένο αυτό ποσοστό θα μπορούσαμε να πούμε ότι δικαιολογεί την βιβλιογραφική αναφορά ότι ο πατέρας της ανορεξικής είναι απών μέσα στην οικογένεια. Αν αναλογιστούμε την πολύωρη απουσία του πατέρα ελεύθερου επαγγελματία από το σπίτι η παραπάνω υπόθεση φαίνεται να επιβεβαιώνεται.

Ένα σημαντικότατο εύρημα το οποίο προέκυψε από την παρούσα έρευνα είναι ότι από τους έφηβους που φάνηκε να εμφανίζουν συμπτώματα ΝΑ το 76% αυτών είναι αρσενικά ενώ το 24% είναι θηλυκά. Το εύρημα αυτό είναι σημαντικό γιατί έρχεται σε αντίθεση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η οποία

υποστηρίζει ότι η ΝΑ είναι μια πάθηση η οποία ως επί το πλείστον αφορά έφηβες κοπέλες.

Τέλος την θεωρία ότι η ανορεξία είναι μια πάθηση που πλήττει κυρίως τους πλούσιους φαίνεται να επιβεβαιώνει η παρούσα έρευνα αφού έδειξε ότι το 18% των γονέων των έφηβων με συμπτώματα ΝΑ έχουν εισόδημα άνω των 3000 ευρώ μηνιαίως ενώ μόλις το 8.5% γονέων των υγιή έφηβων έχουν μηνιαίο εισόδημα άνω των 3000 ευρώ.

Όπως η νευρική ανορεξία έτσι και η νευρική βουλιμία ταλαιπωρεί ολοένα και μεγαλύτερη μερίδα ανθρώπων και κυρίως θηλυκών. Η παράσταση του μέσου όρου για το σημείο επικράτησης της νευρικής βουλιμίας ανάμεσα σε νεαρές γυναίκες, χρησιμοποιώντας αυστηρά διαγνωστικά κριτήρια είναι περίπου 1000 ανά 100.000 (1%) στις ηλικίες 14-40 όπου μόλις το 6% αυτών ομολογούν επεισόδια βουλιμίας κάθε εβδομάδα. Και εδώ οι παράγοντες πρόκλησης είναι πολλοί και διάφοροι ενώ οι θεραπείες φαίνονται αισιόδοξες.

Όπως στην νευρική ανορεξία, την νευρική βουλιμία έτσι και στην κατάθλιψη ο κίνδυνος είναι άμεσος και οδηγεί στον θάνατο. Με δεδομένο αυτό προτείνουμε σε όσους αναγνωρίζουν συμπτώματα των παραπάνω παθήσεων στους εαυτούς τους ή σε άλλους ανθρώπους γύρω τους να απευθυνθούν στους ειδικούς για βοήθεια, καθώς μόνο έτσι μπορούμε να προλάβουμε μια σοβαρή ταλαιπωρία με άγνωστες συνέπειες και κατάληξη. Τα νοσοκομεία, τα ιατρικά κέντρα, διάφοροι ενημερωτικοί φορείς καθώς και εξωνοσοκομειακοί ιατροί, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι και άλλοι σύμβουλοι υγείας μπορούν να προσφέρουν κατευθυντήριες γραμμές στα άτομα τα οποία εμφανίζουν συμπτώματα των παραπάνω παθήσεων.

Προτείνουμε, στους μελλοντικούς φοιτητές του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας να επαναλάβουν την έρευνα ούτως ώστε να διασφαλίσουμε την επαλήθευση της ή την διάψευση της.

Πίνακας 1.1.

Η ιατρική Εξέταση τον καταθλιπτικού ασθενή

Έλεγχος ρουτίνας

Ιατρικό ιστορικό-συμπεριλαμβανόμενης της χρήσης φαρμάκων-
οουσιών

Φυσική εξέταση

Γενική αίματος

Βιοχημικές εξετάσεις αίματος

Έλεγχος λειτουργίας θυρεοειδούς

Ανάλυση ούρων Επιπρόσθετος έλεγχος

Νευρολογική εξέταση

Ακτινογραφία θώρακος

Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Αξονική τομογραφία (ή/και μαγνητική τομογραφία, SPECT κ.ά.)

Νευροψυχολογικές δοκιμασίες

Πίνακας 1.2.

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Ψυχογενή Ανορεξία

- A. Άρνηση** του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης, που οδηγεί σε βάρος σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο).
- B.** Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- Γ.** Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος ή το σχήμα του σώματος του, αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην εκτίμηση του εαυτού ή άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους.
- Δ.** Σε γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου, αμηνόρροια, δηλ. απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών.
(Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοι της έρχονται μόνον μετά χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων).

Προσδιορίστε τύπο:

Περιοριστικός Τύπος: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο δεν είχε εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης (δηλ. προ-κλητό εμετό ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων)

Τύπος Υπερφαγίας/Κάθαρσης: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης (δηλ. προκλητό εμετό ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων)

Πίνακας 1.3

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Ψυχογενή Βουλιμία

- A. Επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο τα παρακάτω:
- (1) το να τρώει κάποιος μέσα σε μια διακριτή χρονική περίοδο (π.χ. σε μια περίοδο 2 ωρών) μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις
 - (2) μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου του πόσο τρώει κάποιος κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. μια αίσθηση ότι κάποιος δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι ή πόσο τρώει)
- B. Επανειλημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους, όπως π.χ. πρόκληση εμετού, κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, ενεμάτων ή άλλων φαρμάκων" νηστεία" υπερβολική άσκηση.
- Γ. Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, και τα δύο, συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για 3 μήνες.
- Δ. Η εκτίμηση του εαυτού αδικαιολόγητα επηρεάζεται από το σχήμα του σώματος και το βάρος.
- Ε. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Προσδιορίστε τύπο:

Τύπος Κάθαρσης: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμετού ή την κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.

Τύπος Μη Κάθαρσης: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία ή υπερβολική άσκηση, αλλά δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμετού ή την κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.

Πίνακας 1.4.

Κύρια χαρακτηριστικά τριών Ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων στην Κατάθλιψη

Χαρακτηριστικά	Ψυχοδυναμική προσέγγιση	Γνωσιακή προσέγγιση	Διαπροσωπική προσέγγιση
Μεγαλύτεροι θεωρητικοί	Freud, Abraham, Jacobson, Kohut	Πλάτων, Adler, Beck, Rush	Meyer, Sullivan, Klerman, Weissman
Έννοιες που περιγράφουν την παθολογία και την αιτιολογία	Παλινδρόμηση του εγώ: βεβλημένη αυτοεκτίμηση και ανεπλήρης σύγκρουση οφειλόμενη σε απώλεια αντικειμένου και απογοήτευση κατά την παιδική ηλικία	Διαστρεβλωμένος τρόπος σκέψης: δυσφορία η οποία οφείλεται σε μάθημένους αρνητικούς τρόπους θεώρησης του εαυτού, των άλλων και του κόσμου	Παραβλεπόμενες διαπροσωπικές σχέσεις: λείπουν ή εάν υπάρχουν δεν είναι ικανοποιητικοί οι σημαντικοί κοινωνικοί δεσμοί
Κύριοι στόχοι και μηχανισμοί αλλαγής	Να ευδοθεθεί η αλλαγή της προσωπικότητας μέσα από την κατανόηση των παρελθουσών συγκρούσεων να επιτευχθεί επίγνωση των αμυνών, των παραμορφώσεων του εγώ και των ανεπαρκειών του υπereγώ' να παρασχεθεί ένα μοντέλο ρόλου- να επιτραπεί η "καθαριστική" απελευθέρωση της επιθετικότητας	Να παρασχεθεί ανακούφιση από τα συμπτώματα μέσω αλλαγής των σκέψεων - στόχων να τακτοποιηθούν οι αυτοκαταστροφικές γνώσεις ¹ να τροποποιηθούν ορισμένες ειδικές λανθασμένες υποθέσεις- να ευδοθεθεί ο αυτοέλεγχος επάνω στους τρόπους σκέψης	Να παρασχεθεί ανακούφιση από τα συμπτώματα μέσω επίλυσης των τρεχόντων διαπροσωπικών προβλημάτων να μειωθεί το στρες σε σχέση με την οικογένεια και τη δουλειά: να βελτιωθούν οι δεξιότητες σε σχέση με τη διαπροσωπική επικοινωνία
Κύριες τεχνικές και πρακτικές	Εκφραστική - ενσυναισθητική: πλήρης ή μερική ανάλυση της μεταβίβασης και της αντίστασης- αντιπαράθεση με τις άμυνες- αποσαφήνιση των παραμορφώσεων του εγώ και του υπereγώ	Συμπεριφεριολογική - γνωσιακή: καταγραφή και παρακολούθηση των γνω-σιών διόρθωση των παραμορφωμένων θεμάτων μέσω της λογικής και του πειραματικού ελέγχου ¹ παροχή εναλλακτικού περιεχομένου σκέψης ¹ παροχή δουλειάς για το σπίτι	Επικοινωνιακή - περιβαλλοντική: διασαφήνιση και διευθέτηση των δυσπροσαρμοστικών σχέσεων μάθηση νέων τρόπων συσχετισμού με τους άλλους και τον κόσμο, μέσω επικοινωνίας και εκπαίδευσης επάνω σε κοινωνικές δεξιότητες: πληροφόρηση σχετικά με τη νόσο
Ο ρόλος του θεραπευτή - θεραπευτική σχέση	Ερμηνευτικός - ανακλαστικός: εδραίωση και διερεύνηση της μεταβίβασης-θεραπευτική συμμαχία για την εδραίωση μιας καλοήθους εξάρτησης και για την επίτευξη ενσυναισθητικής κατανόησης	Εκπαιδευτικός - διαμορφωτικός: θετική σχέση αντιμεταβίβασης- συνεργατικός εμπειρισμός ως βάση του κοινού επισημονικού (λογικού) υπό επιτέλεση έργου	Εξερευνητικός - διατακτικός: θετική σχέση - μεταβίβαση χωρίς ερμηνεία- ενεργητικός ρόλος του θεραπευτή που ανασκοπεί στο να επηρεάσει και να συμβουλέψει
Ο ρόλος του γάμου - της οικογένειας	Πλήρης αποκλειστικότητα του ατόμου- αποκλεισμός των σημαντικών άλλων με εξαίρεση τις καταστάσεις όπου απειλείται η ζωή	Χρησιμοποιείται ο/ή σύζυγος ως αντικειμενικός παρατηρητής: θεραπεία ζεύγους για τις διαταραγμένες γνωστές που εξακολουθούν να υπάρχουν στη συζυγική σχέση	Ο/ή σύζυγος παίζει αποφασιστικό ρόλο στη θεραπεία- εξέταση του ρόλου του/της συζύγου στην προδιάθεση του/της αρρώστου στην κατάθλιψη και των επιπτώσεων της νόσου στο γάμο

Πίνακας από TB Karasu: Toward a clinical model of psychotherapy for depression: I. Systematic comparison of three psychotherapies, Am J Psychiatry 147: 141, 1990. Χρήση κατόπιν αδείας.

Πίνακας 1.5.
Νευρολογικά, Παθολογικά και
Φαρμακευτικά αίτια καταθλιπτικών
συμπτωμάτων

Νευρολογικά

- Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
- Άνοιες(συμπεριλαμβανόμενης της νόσου Alzheimer)
- Επιληψία*
- Νόσος του Huntington*
- Υδροκέφαλος
- Λοιμώξεις (συμπεριλαμβανόμενων: HIV και νευροσφιίτιδας)
- Ημικρανίες*
- Κατά πλάκας σκλήρυνση
- Ναρκοληψία
- Νεοπλάσματα*
- Νόσος του Parkinson
- Προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση
- Άπνοια ύπνου
- Τραύματα*
- Νόσος του Wilson*

Ενδοκρινικά

- Επινεφριδιακά (νόσος του Cushing, νόσος του Addison*)
- Υπεραλδοστερονιομός
- Σχετικά με την έμμηνη ρύση προβλήματα*
- Παραθυροειδικές διαταραχές (υπέρ- και υπο-)
- Επιλόχειες διαταραχές*
- θυροειδικές διαταραχές (υποθυροειδισμός και απαθής

υπερθυροειδισμός)*

Λοιμώδη και Φλεγμονώδη

- Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)*
- Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης
- Λοιμώδης μονοπυρήνωση
- Πνευμονία (ιογενής και βακτηριδιακή)
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Αρτηρίτιδα Sjogren
- Συστηματικός ερυθρεματώδης λύκος*
- Κροταφική αρτηρίτιδα
- Φυματίωση

Διάφορα Παθολογικά

- Καρκίνος (ειδικά του παγκρέατος και άλλων θέσεων του γαστρεντερικού συστήματος)
- Καρδιοπνευμονική νόσος
- Πορφυρία
- Ουραιμία (και άλλα νεφρικά νοσήματα)*
- Ελλείψεις βιταμινών (B₁₂, C, φυλλικού, νιασίνης, θειαμίνης)*

Φαρμακευτικά (αντιπροσωπευτικά φάρμακα)

Αναλγητικά – αντιφλεγμονώδη

- Ιβουπροφένφηνη
- Ινδομεθαικίνη
- Οπιούχ
α
- Φαινακετίνη

Αντιβακτηριδιακά-

αντίμυκητιασικά

- Αμπικιλίνη
- Κυκλοαερίνη
- Εθειοναμίδη
- Γκριζεοφουλβίνη
- Μετρονιδαζόλη
- Ναλιδικό οξύ
- Νιτροφουραντοΐνη
- Στρεπτομυκίνη
- Σουλφαμεθοξαζόλη
- Σουλφοναμίδες
- Τετρακυκλίνες

• Αντιυπερτασικά και καρδιολογικά

- α-μεθυλ-Dopa
- Bethanidine
- β-αναστολείς (προπρανολόλη)
- Κλονιδίνη
- Δακτυλίτιδα
- Γουανεθιδίνη
- Υδραλαζίνη
- Λιδοκαΐνη
- Πραζοσίνη
- Προκαϊναμίδη
- Quinapril
- Reserpine
- Ρεζερπίνη
- Veratrum

Αντινεοπλασματικά

- C-ασπαργινάση

- Αζαθειοπρίνη (AZT)
- 6-αζουριδίνη
- Βλεομυκίνη
- Τριμεθοπρίμη
- Βινκριστίνη

• Νευρολογικά - Ψυχιατρικά

- Αμανταδίνη
- Αντιψυχωτικά (βουτυροφαινόλες, φαινοθειαζίνες, οξυϊνδολόλες)
- Βακλοφαΐνη
- Βρωμοκρυπτίνη
- Καρβαμαζεπίνη
- Λεβοντόπα
- Φαινοτοΐνη
- Κατασταλτικά-υπνωτικά (βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες, ένυδρη χλωράλη)
- Τραβεναζίνη

Στεροειδή -Ορμόνες

- Κορτικοστεροειδή (συμπεριλαμβανομένης και της ACTH)
- Δαναζόλη
- Αντισυλληπτικά per os
- Πρεδνιζολόνη
- Τριαμσινολόλη

Διάφορα

- Ακεταζολαμίδη
- Χολίνη
- Σιμετιδίνη
- Κυπροεπταδίνη

- Διφαινοξυλάτη
- Δίσουλφιράμη
- Μεθυσσεργίδη
- Διεγερτικά (αμφεταμίνες, φαινφλουραμίν

Πίνακας 1.6

Προφίλ των φαρμάκων σε σχέση με τις παρενέργειές τους

Φάρμακο και πιθανότητα εμφάνισης της παρενέργειάς του	Βαρύτητα		
	Ενόχληση	Μέτρια Δυσφορία	Αφόρητη ή αδύνατο να γίνει αποδεκτή
Φλουοξετίνη			
Συχνά	Ναυτία	Άγχος Αϋπνία	
Περιστασιακά		Καταστολή Μείωση της λίμπιντο Κεφαλαλγία	
Σπάνια	Ανορεξία	Εξάνθημα Μετεωρισμός Ανοργασμία Πρόσληψη βάρους Ανικανότητα	Εμετοί
Βουπροπιόνη			
Συχνά			
Περιστασιακά	Ναυτία Ευερεθιστότητα Αϋπνία	Άγχος	
Σπάνια		Σεξουαλική δυσλειτουργία Γνωσιακές δυσκολίες	Επιληπτικές κρίσεις
Τριτοταγείς αμίνες: Ιμιπραμίνη, Αμιτριητυλίνη			

Τριμηπραμίνη			
Συχνά	Καταστολή Ξηροστομία	Δυσκοιλιότητα	
Περιστασιακά	Αίσθημα ελαφρότητας της κεφαλής Ζάλη Δυσκολίες στη χρήση	Σοβαρή δυσκοιλιότητα Εφίδρωση Πρόσληψη βάρους 10 λιβρών Ταχυκαρδία Δυσκολίες στη χρήση Εξάνθημα Θόλωση όρασης	Λιποθυμική τάση Πτώσεις
Σπάνια		Άγχος κατά την εκσπερμάτιση Προβλήματα από τη μνήμη Βαριά θόλωση της όρασης Τρόμος Διέγερση Ακαθισία	
Δευτεροταγείς αμίνες: Νοτριπτυλίνη ηΔεσιπραμίνη Προτριπτυλίνη			
Συχνά	Ήπια ξηροστομία	Τρόμος Ταχυκαρδία	
Περιστασιακά	Ξηροστομία Ζάλη	Ευερεθιστότητα Άγχος Δυσκοιλιότητα Εφίδρωση	
Σπάνια		Καταστολή Εξάνθημα Δυσκολίες στη χρήση	Επιληπτικές κρίσεις Προβλήματα μνήμης Μανία
ΜΑΟ.Ι: Φαινελζίνη Τρανυλκπρομίνη			

Ισοκαρβοξαζίδη			
Συχνά	Αϋπνία	Πρόσληψη βάρους	
Περιστασιακά	Ημερήσια καταστολή	Αίσθημα ελαφρότητας της κεφαλής Ανοργασμία Μείωση της πίεσης του αίματος	Επεισόδια υπέρτασης
Σπάνια		Έντονη εφίδρωση Ξηροστομία Δυσκολίες κατά την ούρηση	Λιποθυμία Ηπατική τοξικότητα Υπερτασικές κρίσεις Αγγειοεγκεφαλική νόσος Μανία
Τροζοδόνη			
Συχνά		Καταστολή	
Περιστασιακά	Ξηροστομία Δυσκοιλιότητα Αίσθημα ελαφρότητας της κεφαλής	Ναυτία Κεφαλαλγία Δίκην γρίπης αδιαθεσία	Έμετοι
Σπάνια		Πρόσληψη βάρους Ξηροστομία	Λιποθυμία Πριαπισμός Μανία

Πίνακας 1.7.

Κριτήρια Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου

A. Πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα ήταν παρόντα κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου 2 εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μία αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργικότητα· τουλάχιστον το ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση, είτε (2) απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης.

Σημείωση: Μη συμπεριλαμβάνετε συμπτώματα που είναι σαφές ότι οφείλονται σε γενική σωματική διαταραχή ή ασύμβατες με τη διάθεση παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις

1. καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά, όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική αναφορά (π.χ. αισθάνεται θλίψη ή κενό), είτε με την παρατήρηση των άλλων [π.χ. φαίνεται ευσυγκίνητος(-η)]. **Σημείωση:** Στα παιδιά και στους εφήβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση
2. έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες, ή σχεδόν όλες, τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά (όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική εκτίμηση, είτε με την παρατήρηση των άλλων)
3. σημαντική απώλεια βάρους, ενώ δεν είναι σε δίαιτα, ή αύξηση του βάρους (π.χ. μεταβολή πάνω από 5% του σωματικού βάρους σε 1 μήνα), ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά.
Σημείωση: Στα παιδιά λάβετε υπόψη την αποτυχία πρόσληψης του αναμενόμενου βάρους
4. αϋπνία ή υπερυπνία, σχεδόν καθημερινά
5. ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, σχεδόν καθημερινά (παρατηρήσιμη από τους άλλους- όχι απλώς υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης)
6. κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας, σχεδόν καθημερινά
7. αισθήματα αναξιότητας ή υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής (τα οποία μπορεί να είναι παραληρητικά), σχεδόν καθημερινά (όχι απλώς αυτομομφή ή ενοχή επειδή είναι ασθενής)
8. ελαττωμένη ικανότητα να σκεφθεί ή να συγκεντρωθεί ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν καθημερινά (είτε απ'την υποκειμενική εκτίμηση, είτε με την παρατήρηση των άλλων)
9. επανερχόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επανερχόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός, χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή μία απόπειρα αυτοκτονίας ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο να αυτοκτονήσει

B. Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια ενός μικτού επεισοδίου

- Γ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής λειτουργικότητας ή άλλων σημαντικών περιοχών της
- Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μίας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή γενικής σωματικής κατάστασης (π.χ. υποθυρεοειδισμός)
- Ε. Τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα με πένθος, δηλ., μετά την απώλεια αγαπημένου προσώπου τα συμπτώματα επιμένουν για περισσότερο από 2 μήνες ή χαρακτηρίζονται από έντονη λειτουργική έκπτωση, νοσηρή ενασχόληση με αισθήματα αναξιότητας, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση

Πίνακας από το DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed 4. Copyright American Psychiatric Association, Washington, 1994. Χρήση κατόπιν αδείας.

Πίνακας 1.8

Κριτήρια Προσδιορισμού Βαρύτητας/Ψυχωτικότητας/Ύφεσης του τρέχοντος (ή του τελευταίου) Μείζονος Καταθλιπτικού επεισοδίου

Σημείωση: Κωδικοποιήστε στο 5ο ψηφίο. Μπορεί να εφαρμοστεί στο τελευταίο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο σε μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και σε μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο σε διπολική I ή II διαταραχή, μόνο αν είναι ο πιο πρόσφατος τύπος επεισοδίου της διάθεσης

Ήπιο: Λίγα, αν υπάρχουν, συμπτώματα παραπάνω από αυτά που απαιτούνται για να τεθεί η διάγνωση και συμπτώματα που προκαλούν μικρή μόνο έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα ή στις συνήθειες κοινωνικές δραστηριότητες ή στις σχέσεις με τους άλλους

Μέτριο: Παρουσία συμπτωμάτων ή λειτουργικής έκπτωσης, μεταξύ "ήπιας" και "βαριάς"

Βαρύ χωρίς ψυχωτικά στοιχεία: Πολλά συμπτώματα επιπλέον αυτών που απαιτούνται για να τεθεί η διάγνωση τα συμπτώματα παρεμποδίζουν σαφώς την επαγγελματική λειτουργικότητα ή τις συνήθειες κοινωνικές δραστηριότητες ή τις σχέσεις με τους άλλους

Βαρύ με ψυχωτικά στοιχεία: Παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις. Αν είναι δυνατό, προσδιορίστε αν τα ψυχωτικά στοιχεία είναι συμβατά ή ασύμβατα με τη διάθεση:

Συμβατά με τη διάθεση ψυχωτικά στοιχεία: Παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, το περιεχόμενο των οποίων είναι εντελώς σύμφωνο με τα τυπικά καταθλιπτικά θέματα της προσωπικής ανεπάρκειας, της ενοχής, της νόσου, του θανάτου, του μηδενισμού ή της δίκαιης τιμωρίας

Ασύμβατα με τη διάθεση ψυχωτικά στοιχεία: Παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, το περιεχόμενο των οποίων δεν αφορά στα τυπικά καταθλιπτικά θέματα της προσωπικής ανεπάρκειας, της ενοχής, της νόσου, του θανάτου, του μηδενισμού ή της δίκαιης τιμωρίας. Περιλαμβάνονται συμπτώματα, όπως διωκτικό παραλήρημα (το οποίο δεν σχετίζεται άμεσα με καταθλιπτικά θέματα), παρεμβολή σκέψεων, εκπομπή σκέψεων και παραληρητικές ιδέες εξωτερικού ελέγχου

Σε μερική ύφεση: Υπάρχουν συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, αλλά δεν πληρούνται τα κριτήρια, ή υπάρχει μία περίοδος χωρίς κανένα σημαντικό σύμπτωμα μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, η οποία διαρκεί λιγότερο από 2 μήνες, μετά το τέλος του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. (Αν το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο είχε επικαθίσει σε δυσθυμική διαταραχή, τίθεται μόνη η διάγνωση της δυσθυμικής διαταραχής, από τη στιγμή που δεν πληρούνται πλέον τα κριτήρια του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου)

Σε πλήρη ύφεση: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 μηνών δεν υπήρχαν οποιαδήποτε σημαντικά σημεία ή συμπτώματα της διαταραχής

Απροσδιόριστο

Πίνακας από το DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed 4. Copyright American Psychiatric Association, Washington, 1994. Χρήση κατόπιν αδείας

Πίνακας 1.9 .

Πιθανές κλινικές συνέπειες ορισμένων Φαρμακολογικών ιδιοτήτων των Αντικαταθλιπτικών

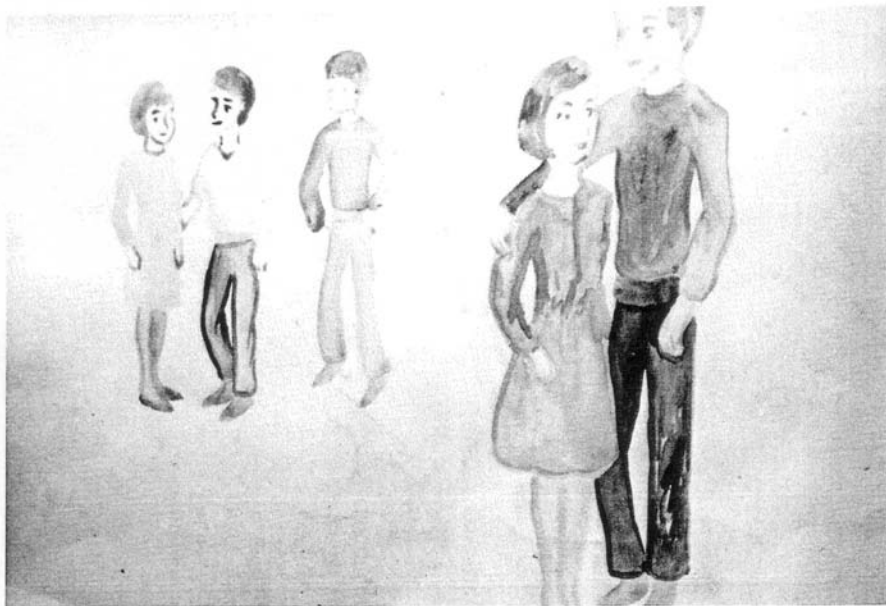
Ιδιότητα	Πιθανές κλινικές συνέπειες
Αποκλεισμός της πρόσληψης νορεπινεφρίνης στις νευρικές απολήξεις	<ul style="list-style-type: none">▪ Τρόμος▪ Ταχυκαρδία▪ Αϋπνία▪ Διαταραχές στη στύση και στην εκσπερμάτωση▪ Αποκλεισμός της αντihuπερτασικής δράσης της γουανεθιδίνης (Ismelin και Esimil) και του guanadrel (Hylorrel)▪ Αύξηση της διεγερτικής δράσης των συμπαθητικομιμητικών αμινών
Αποκλεισμός της πρόσληψης σεροτονίνης στις νευρικές απολήξεις	<ul style="list-style-type: none">▪ Αύξηση της διεγερτικής δράσης των συμπαθητικομιμητικών αμινών▪ Γαστρεντερικές διαταραχές▪ Αύξηση ή μείωση του άγχους (δοσοεξαρτώμενη)▪ Σεξουαλική δυσλειτουργία▪ Εξωπυραμιδικές παρενέργειες▪ Αλληλοεπιδράσεις με την L-τρουπτοφάνη, τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης και της φαινφλουραμίνης
Αποκλεισμός της πρόσληψης ντοπαμίνης στις νευρικές απολήξεις	<ul style="list-style-type: none">▪ Βελτίωση του πάρκινσονισμού▪ Επιδείνωση της ψύχωσης

<p>Αποκλεισμός των ισταμινικών H₂ υποδοχέων</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ισχυροποίηση των φαρμάκων που προκαλούν κεντρική καταστολή ▪ Πρόσληψη βάρους ▪ Υπόταση
<p>Αποκλεισμός των μυοκαρδινικών υποδοχέων</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Θόλωση της όρασης ▪ Ξηροστομία ▪ Φλεβοκομβική ταχυκαρδία ▪ Δυσκοιλιότητα ▪ Κατακράτηση ούρων ▪ Διαταραχές μνήμης
<p>Αποκλεισμός των α₁- αδρενεργικών υποδοχέων</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ισχυροποίηση της αντιυπερτασικής δράσης της πραζοσίνης (Minipress) και της τεραζοσίνης (Hytrin) ▪ Ορθοστατική υπόταση, ζάλη ▪ Αντανακλαστική ταχυκαρδία
<p>Αποκλεισμός των α₂- αδρενεργικών υποδοχέων</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αποκλεισμός της αντιυπερτασικής δράσης της κλονιδίνης (Catapressan) του guanabenz (Wytensin) της α-μεθυλοντόπα (Aldomet) και της guanfacine (Tenex) ▪ Πριαπισμός
<p>Αποκλεισμός των D₂ ντοπαμινικών υποδοχέων</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Εξωπυραμιδικές κινητικές διαταραχές ▪ Ενδοκρινικές αλλαγές ▪ Σεξουαλικές δυσλειτουργίες (άρρηνες)
<p>Αποκλεισμός των 5-HT₁</p>	

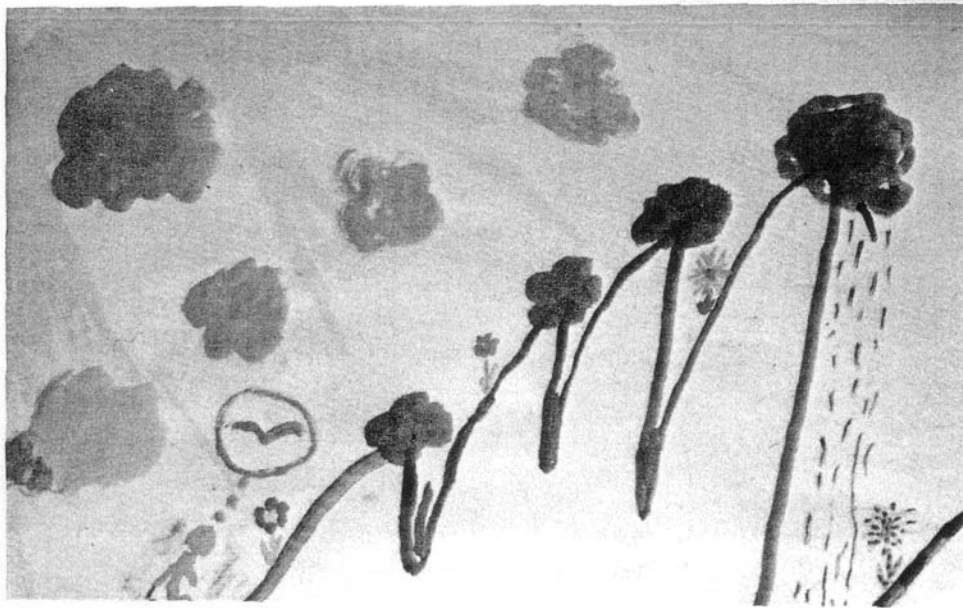
σεροτονινεργικών υποδοχέων	<ul style="list-style-type: none">▪ Διαταραχές στην εκσπερμάτιση
Αποκλεισμός των 5-HT ₂ σεροτονινεργικών υποδοχέων	<ul style="list-style-type: none">▪ Υπόταση▪ Αποτροπή των κεφαλαλγιών τύπου ημικρανίας

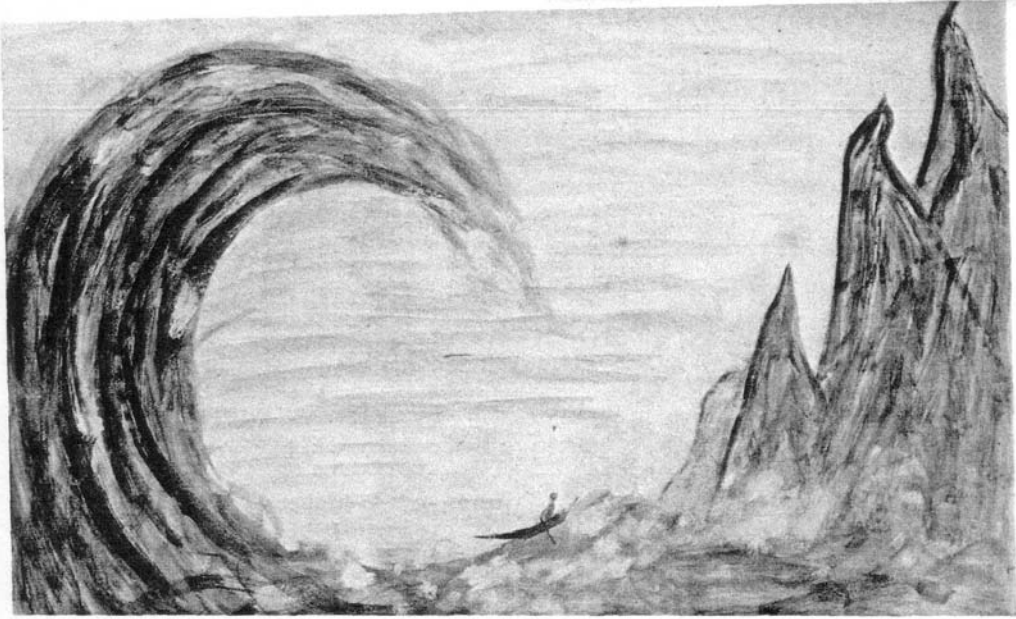
Πίνακας από E Richelson: Biological basis of depression and therapeutic relevance. J Clin Psychiatry 52: (6, **Suppl**): 8,1991.

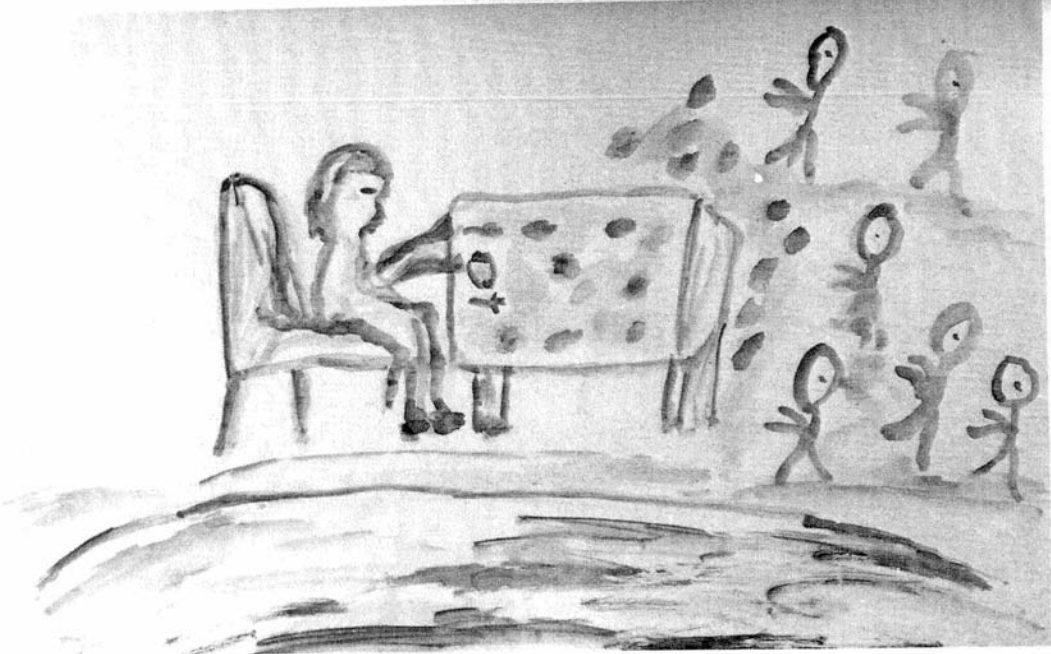
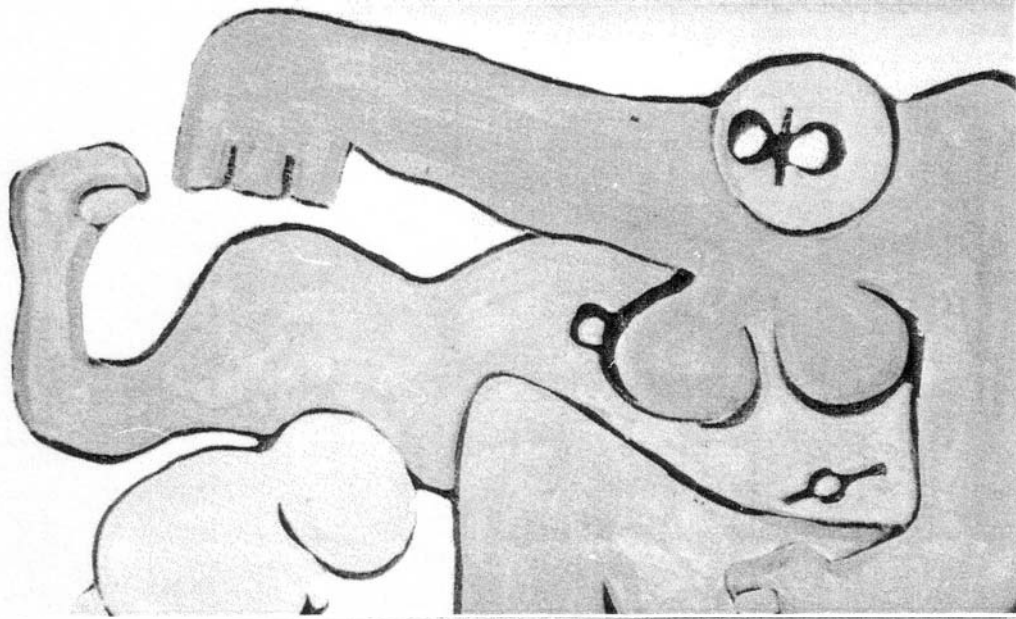
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2



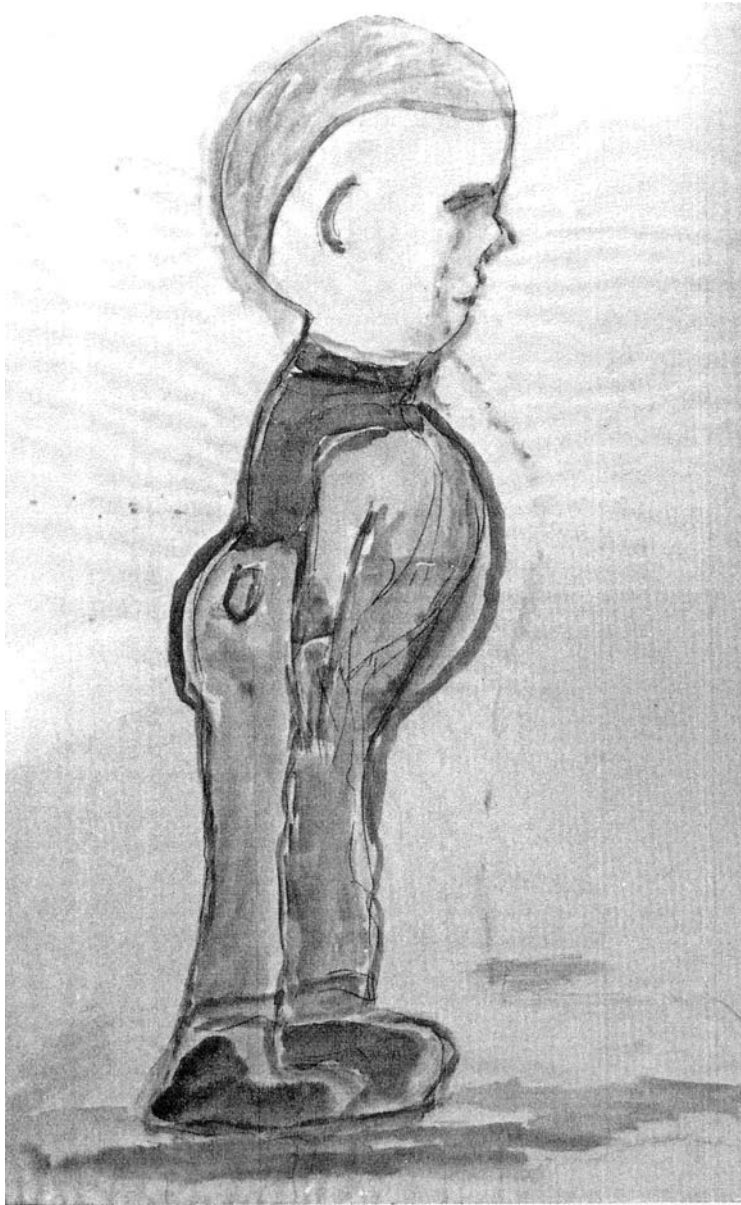
(b) This newly admitted patient painted her family. She showed herself allied with her husband and distanced from her parents. As she regained weight she began to paint herself moving towards her parents and away from her husband – a process that mirrored her changing needs at this time.





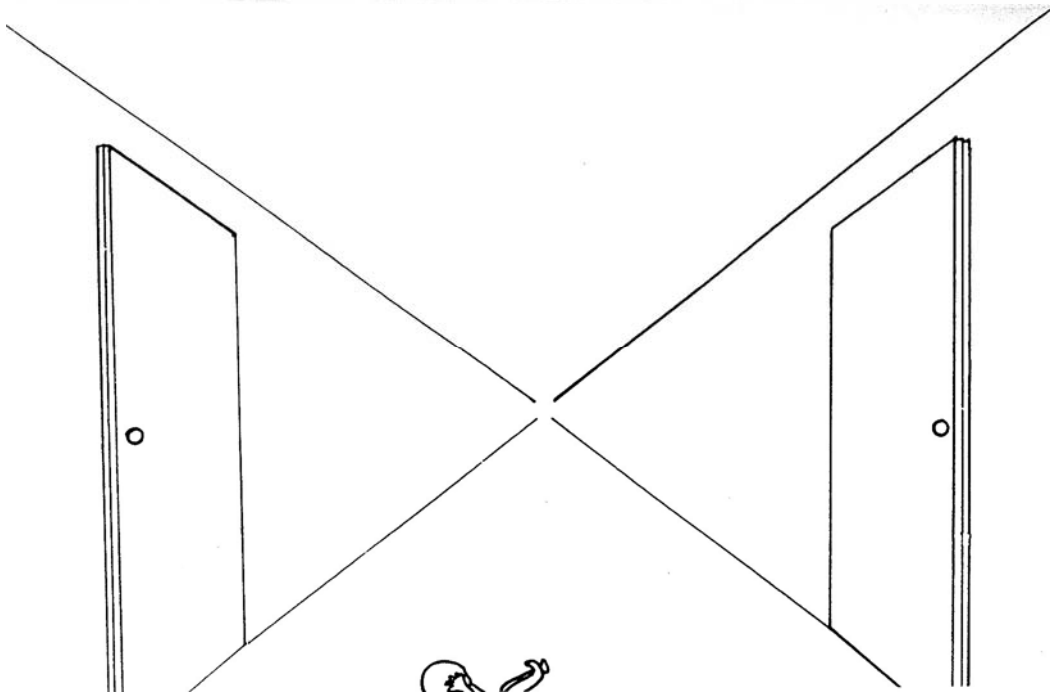
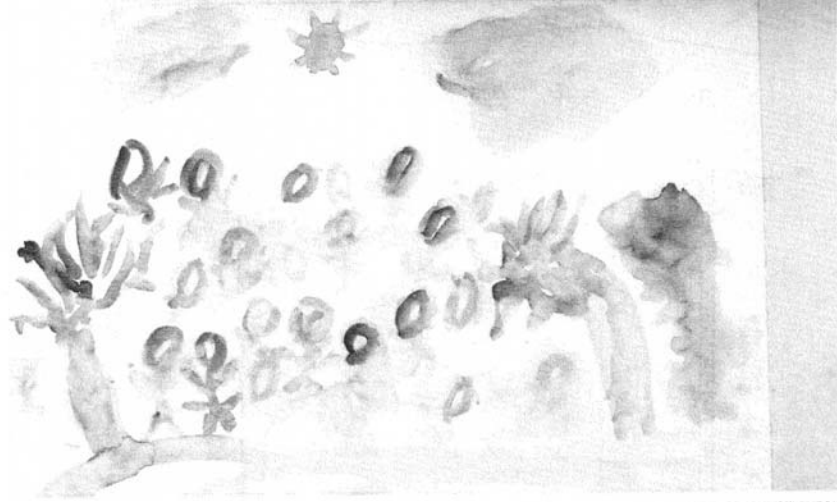


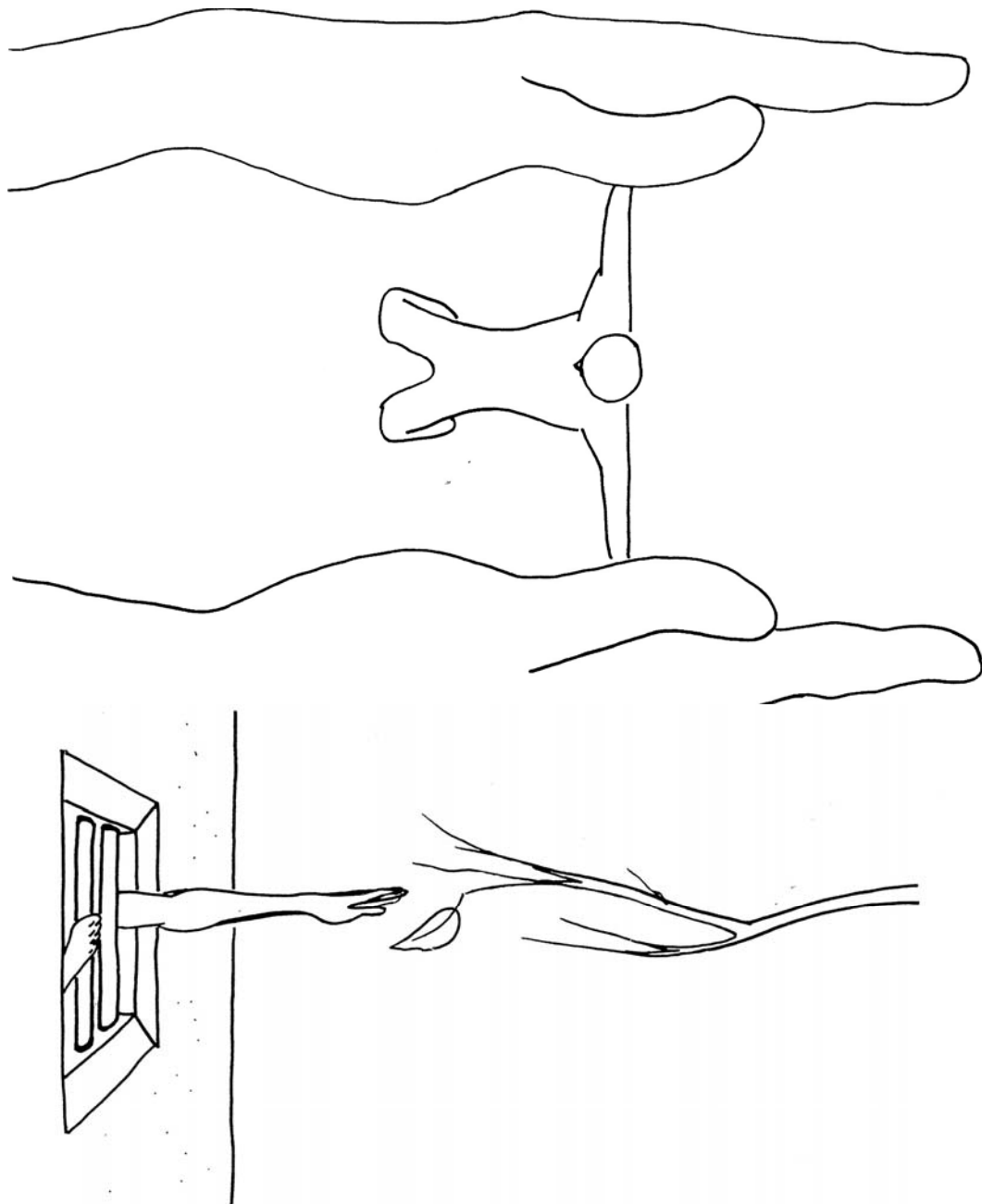




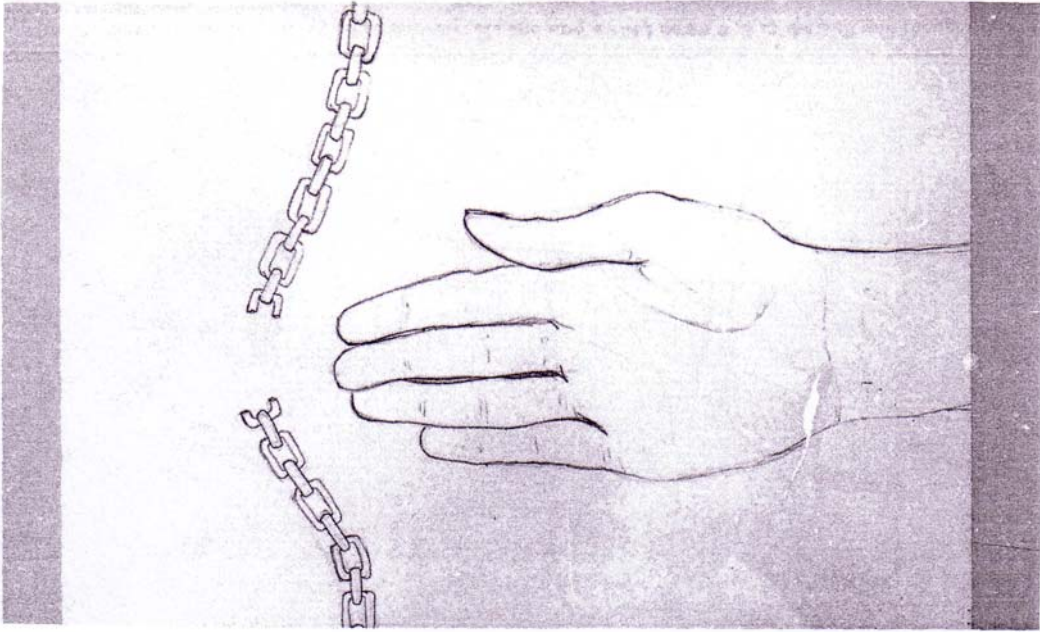


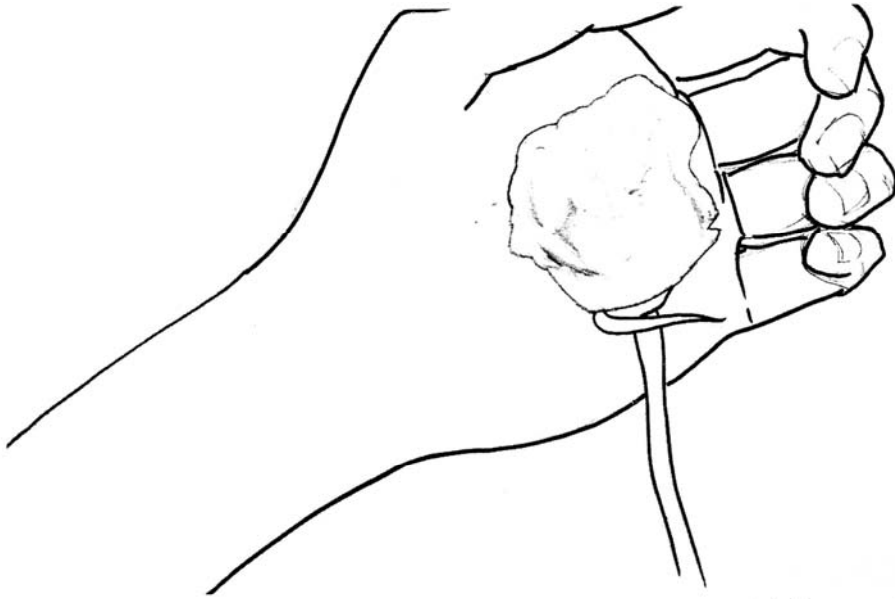
(g) Asked to paint the future she sketched it as a garden full of trees and pretty colourful flowers but with no people. In the foreground is a wall which she still has to get through before she can reach the garden. There has been a series of walls to get through and this is the last one. She has found it a long and exhausting struggle achieving target weight and she feels that she needs a rest before tackling this next obstacle. However she feels some hope about the future and expects to get into the garden and to find it peopled.



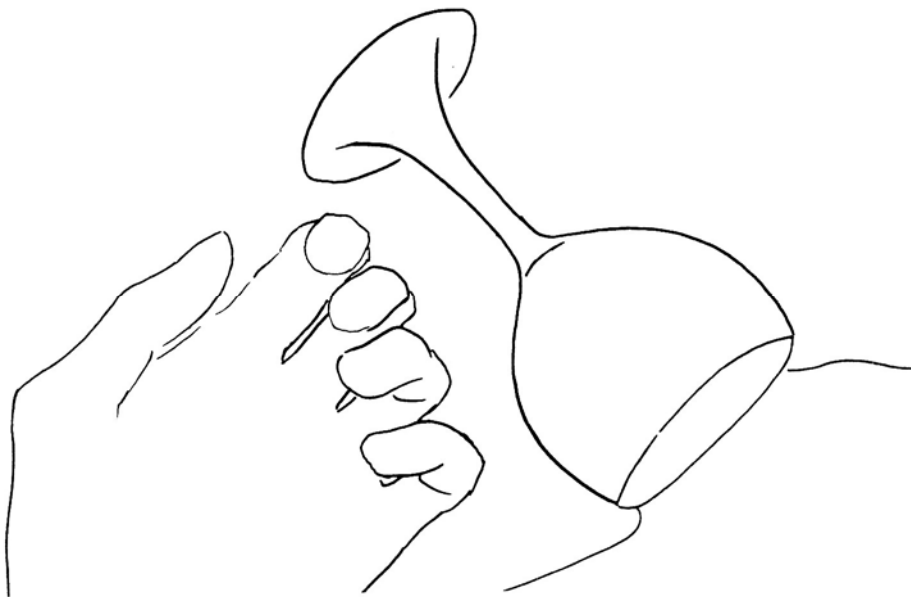


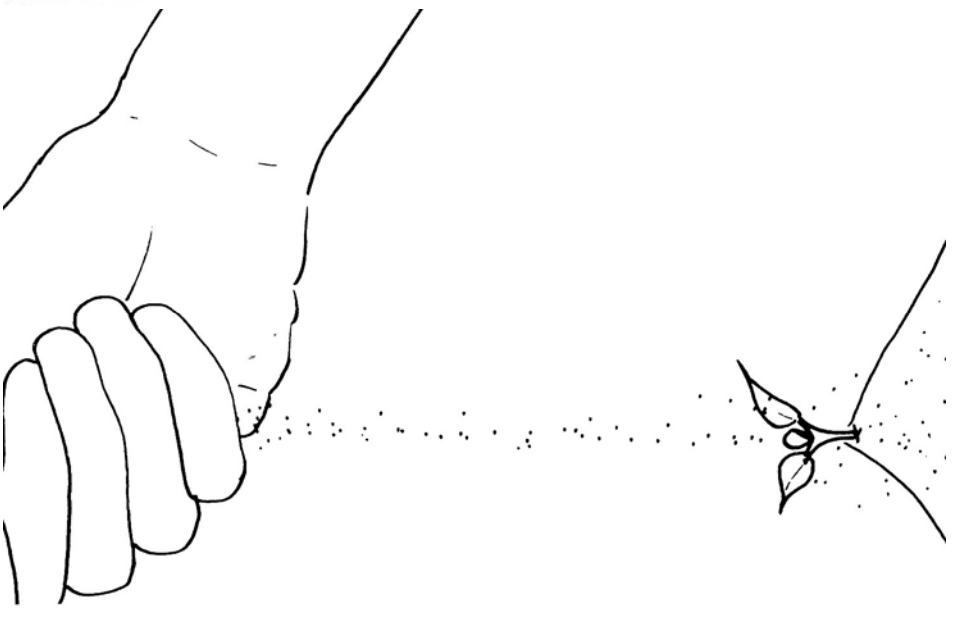
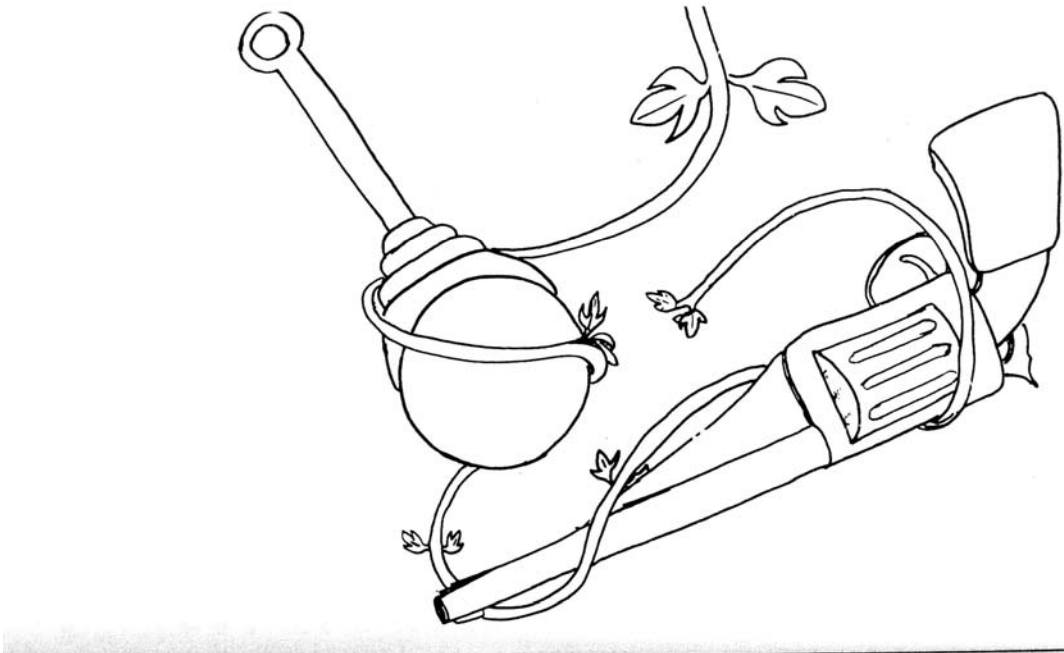
(c) A very important picture for him which he drew at a time when he was feeling the restrictions of bed rest. He described it as being confined to being ill, whilst the leaf on an otherwise barren tree, represented life. Whilst he could reach out nothing could get into him because he was behind bars and because the window was high up. He felt removed and distant—out of touch with reality. At this stage he was still intellectualizing and resisting the friendly availability of the staff.

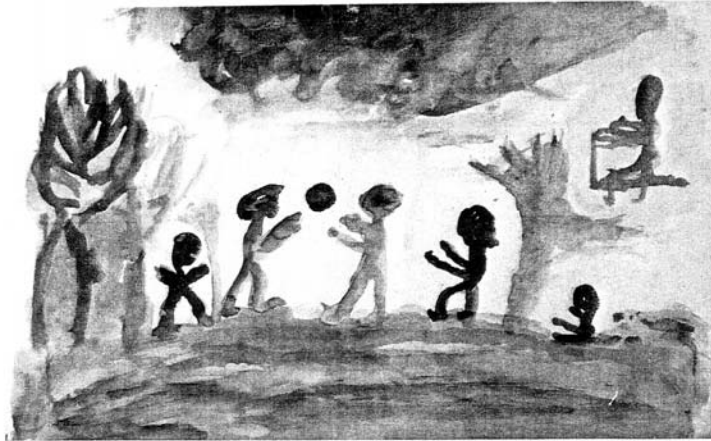




(e) The ambiguous hand. He drew it as his own hand protecting the rose but he agreed that it could also be seen as a hand about to crush it. The rose which is still quite fresh represents life. He had now settled down well in the unit and thought there was a real possibility that he could grow in personality.







(a) Asked to paint her family she portrayed her two brothers playing ball. Watching them subservient but in the same arena and allowed to pick up the ball when it dropped, is her sister who until recently also had anorexia nervosa. Behind the tree, bottom right, is the childlike figure of the 24-year old patient, ten years an anorectic, separated off from her siblings. Above her is the formidable figure of her mother, separated from the rest of the family and especially from the isolated figure of the father on the left-hand side of the picture. Although the mother dominates the patient and, through the anorexia nervosa, retains the patient's allegiance and hence continues not to reject her, there is also a barrier between them. The patient saw this as due to their inability to share feelings and to the potential ambivalence within their relationship which would be acutely activated once the patient had gained weight and in other ways moved away from her anorectic stance.



IIAPAPTHMA 3

Family functioning in anorexia nervosa: British and Italian mothers' perceptions

Francesca Emanuelli^{a, *}, Roberto Ostuzzi^b, Massimo Cuzzolaro^c, Beth Watkins^a, Bryan Lask^a and Glenn Waller^a

^a Department of Psychiatry, St. George's Hospital Medical School, Jenner Wing, Cranmer Terrace, London SW17 0RE, UK

^b Casa di Cura Villa Margherita, Arcugnano, Vicenza, Italy

^c Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Età Evolutiva, Università La Sapienza, Rome, Italy Available online 8 November 2002.

Abstract

This study tested the hypothesis that cultural differences would influence individuals' perceptions of family functioning. Mothers of British and Italian children and adolescents with anorexia nervosa completed the Family Assessment Device (FAD). British mothers perceived their families' communication and role definition as less healthy than did the Italian mothers. In contrast, the Italians perceived their families' behavior control methods as less healthy than did the British mothers. The findings might be explained by differences between British and Italian interpretations of the role of "family," particularly giving the British emphasis on independence and the Italian emphasis on family life. It is suggested that these culturally divergent attitudes towards family life might have different influences on anorexia nervosa. Finally, implications for family therapy are discussed, taking into account those characteristics that are more relevant for each cultural group.

Keywords: Anorexia nervosa; Family functioning; Cross-cultural

Hyperactivity in anorexia nervosa: A case study using experience sampling methodology

Kristof Vansteelandt^{a, b}, Guido Pieters^b, Walter Vandereycken^{a, b}, Laurence Claes^a, Michel Probst^{b, c} and Iven Van Mechelen^a

^a Department of Psychology, Katholieke Universiteit Leuven, Tiensestraat 102, B-3000, Leuven, Belgium

^b University Center, St. Jozef, Kortenberg, Belgium

^c Department Rehabilitation Sciences, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, Belgium

Accepted 22 July 2003. ; Available online 28 August 2003.

Abstract

Hyperactivity is frequently observed in eating disorders, and several biopsychological mechanisms have been proposed to explain its pathogenetic role. In view of the lack of a reliable method to study hyperactive behavior, we did an experiment with experience sampling methodology (ESM). During 1 week, an anorexia nervosa (AN) patient was asked at nine random times a day to report her momentary tendency to be physically active, her emotions and several other variables including calorie expenditure, drive for thinness, attractiveness, obsessions, compulsions, and attitudes towards hyperactivity. Results indicate that the patient's tendency to be hyperactive was (a) positively related to her weight preoccupation and her negative emotions, and (b) negatively related to her positive emotions and the absence of depression. In this patient, obsessions and compulsions were not related to hyperactivity. The usefulness

Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years)

Einar Kjelsås,. Christian Bjørnstrøm and K. Gunnar Götestam

Department of Neuroscience, Division of Psychiatry and Behavioral Medicine, Faculty of Medicine, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), MTF5, NO-7489, Trondheim, Norway

Accepted 22 July 2003. ; Available online 27 August 2003.

Abstract

Objective

The main aim of the present study is to establish the prevalence of eating disorders (ED) in adolescents of both genders. To our knowledge, such data have not previously been published using both DSM-IV and DSM-III-R criteria.

Method

The study sample consisted of 1960 adolescents (1026 girls and 934 boys), 14–15 years of age. The participants completed the Survey for Eating Disorders (SEDs), including DSM-III-R and DSM-IV diagnoses for all subcategories of ED.

Results

Lifetime prevalence of any ED among girls was 17.9% anorexia nervosa (AN) 0.7%, bulimia nervosa (BN) 1.2%, binge eating disorder (BED) 1.5%, and EDs not otherwise specified (EDNOS) 14.6%. Corresponding numbers for boys for any ED is 6.5%, AN 0.2%, BN 0.4%, BED 0.9%, and EDNOS 5.0%.

Discussion

Our prevalence rates on AN, BN, and BED largely support previous school/community-based studies, while our figures on EDNOS were rather high. Generally, we found high numbers for boys with ED.

Keywords: Eating disorders; Adolescents; Gender; Assessment; DSM-IV; DSM-III-R

*1 A preliminary version of this study was presented at the International Society of Behavioural Medicine's Seventh Annual Meeting, Helsinki, September 2002.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Βάρβογλη Λιζα, (2005). *«Τι συμβαίνει στο παιδί;» Νευροεξελκτικές διαταραχές της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας*, εκδόσεις Καστανιώτη.
2. Ελληνική εταιρία ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας παιδιού και έφηβου, (2004). *Παιδί και έφηβος, ψυχική υγεία και ψυχοπαθολογία*, εκδόσεις Καστανιώτη, τόμος 2^{ος}, τεύχος 2^ο.
3. Ελληνική εταιρία ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας παιδιού και εφήβου, (2004). *Παιδί και έφηβος, ψυχική υγεία και ψυχοπαθολογία*, εκδόσεις Καστανιώτη τόμος 7^{ος}, τεύχος 1^ο.
4. Κιτσίκη-Σμιντ Έλσα, (2005). *Εισαγωγή στην κλινική ψυχολογία «Δοκίμιο πάνω στη μεταβίβαση της θεωρίας και της πρακτικής*, εκδόσεις Καστανιώτη.
5. Κλεφταράς Γιώργος, (1998). *Η κατάθλιψη σήμερα Περιγραφή, Διάγνωση, Θεωρίες και Ερευνητικά Δεδομένα*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
6. Μαδιανός Μιχάλης, (2005). *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*, εκδόσεις Καστανιώτη.
7. Κρίστεβα Τζούλια, (1996). *«Μαύρος ήλιος» Κατάθλιψη και μελαγχολία*, εκδόσεις Καστανιωτη.
8. Μάνου Νίκος, (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, University Studio Press.
9. Μανωλόπουλος Σ. & Τσιαντή Γ., *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, εκδόσεις Καστανιώτη.
10. Ματσανιώτης Ν.-Καρπάθιος, (1999). *Παιδιατρική*, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Β' τόμος.
11. Μπάλλης Θεόδωρος, (2000). *Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής*, University studio press.
12. Ρομπότη Σοφία, κλινική ψυχολόγος. Δευτεροβάθμια εκπαίδευση: εφηβεία, κέντρο ψυχολογικών μελετών [On line]. Available: <http://www.systech.gr/cpsrl>
13. Σαραντόγλου Γιώργος-Venice Jean-Luc-Chupin Maurice, (1987). *Η ψυχογενής ανορεξία*, εκδόσεις Χατζηνικολή.

14. Στυλιανός Αντώνιος, ψυχοθεραπευτής παιδιών έφηβων και νέων.
15. Τσιάντας Γ. και Ξυπολυτά-Ζαχαριάδη Α. (επιμ.), (2000). *Ψυχοσωματικά Προβλήματα των Παιδιών*, εκδόσεις Καστανιώτη.
16. Τσιάντης Ι. και Αναστασόπουλος Δ., Χαντζάρα Β., Λιακοπούλου Μ., Χριστιανοπουλος Κ, (1998). *Εφηβεία «Ένα μεταβατικό στάδιο σ'έναν μεταβαλλόμενο κόσμο»*, εκδόσεις Καστανιώτη
17. Χαρτοκόλλης Πέτρος, (1991). *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, εκδόσεις Θεμέλιο.
18. 36^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Δορυφορικό Συμπόσιο, (1998). *Νεότερες απόψεις στην διατροφή «Από το νεογνό στον έφηβο»*.

Ξενογλώσση

19. Brownele Kelly D., Fairburn Christopher G., (1995). *Eating Disorders and Obesity A Comprehensive Handbook*, Guilford Press.
20. Cassin Stephanie E. and von Ranson Kristin M., (November 2005) Personality and eating disorders: A decade in review *Clinical Psychology Review*, Volume 25, Issue 7, pages 895-916.
21. Cotrufo Paolo, & Gnisci Augusto, & Caputo Immacolata (2005, February). Brief report: Psychological characteristics of less severe forms of eating disorders: an epidemiological study among 259 female adolescents, *Journal of Adolescence*, Volume 28, Issue 1, 2005, Pages 147-154.
22. Dolto Fr & Dolto-Tolits C., *Εφηβοί. Προβλήματα και ανησυχίες*, Πατάκης.
23. Emanuelli Francesca, Ostuzzi Robert, Cuzzolaro Massimo, Watkins Beth, Lask Bryan and Waller Glen, (2002). *Family Functioning in Anorexia Nervosa: British and Italian Mothers Perceptions*, Elsevier Science ltd..
24. Emanuelli Francesca, Ostuzzi Roberto, Cuzzolaro Massimo, Watkins Beth, Lask Bryan and Waller Glenn, (2003, March). Family functioning in anorexia nervosa: British and Italian mothers' perceptions *Eating Behaviors*, Volume 4, Issue 1, pages 27-39.
25. Fairburn Christopher and Wilson G. Terence (eds.), *Binge Eating «Nature, Assessment, and Treatment»* Guilford Press.
26. Fairburn Christopher, (2005). *Βουλιμία «Ξανά κερδίστε τον έλεγχο»*, εκδόσεις Πατάκη.
27. Fornari Victor, Wlodarczyk-Bisaga Katarzyna, Matthews Michael, Sandberg David, Mandel Francine and S. Katz Jack L 1999 (November-December) Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa *Comprehensive Psychiatry*, Volume 40, Issue 6, pages 434-441.
28. Gilbert Sara, (2000). *Counseling for Eating*, editor Windy Dryden.
29. Gilbert Paul, (1999). *Ξεπερνώντας την Κατάθλιψη*.
30. Gomez Joan Dr. *How to Cope with Bulimia*, Press Sheldon.

31. Kaplan Harold I. - Sadock Benjamin J.- Grebb Jack A., (2000).“*KAPLAN AND SADOCK’S*” *Ψυχιατρική*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
32. Kiefer Ingrid, Rathmanner Theres and Kunze Michael, (2005, June). Eating and dieting differences in men and women *The Journal of Men's Health & Gender*, Volume 2, Issue 2, pages 194-201
33. Kjelsas Einar, Bjornstrom Christian, Gotestam K Gunnar, (2004). “*Prevalence of Eating Disorders in Female and Male Eating Behaviours*” *Eating Behaviour*, p. 13-25.
34. Kotler L. A. and Walsh B. T., (2000).“*Eating disorders in Children and Adolescents: Pharmacological Therapies*”, 9 *European Child & Adolescent Psychiatry*: I/108-I/116.
35. Lask Bryan and Bryant-Waugh Rachel, (2000). *Anorexia Nervosa and Related eating Disorders in Childhood and Adolescence*
36. Lauer Christoph J., Krieg Jurgen- Christian, (2004). *Sleep in eating disorders* *Sleep Medicine Reviews*.
37. Lemperiere T. - Feline A. *et al.*, (1995). *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων* εκδόσεις Παπαζήση, Α΄ Τόμος.
38. Levenkron Steven, (2000). Anatomy of Anorexia. In Levenkron Steven, (2000). *Treating and overcoming Anorexia Nervosa* .
39. Mehler Philip S., (2002). *Osteoporosis in Anorexia Nervosa: Prevention and Treatment*, Department of Internal Medicine, Denver Health and the University of Colorado Health Sciences Center, Denver, Colorado.
40. Mela David J. and Rogers Peter J., (1998). *Food, Eating and Obesity*, Chapman & Hall Pub.
41. Meunier Vanessa & Dr Alain, (2003). *Στο Λαβύρινθο της Ανορεξίας, Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής*, εκδόσεις Θυμάρι.
42. Miller, D., *Ενδιάμεση ηλικία. Εφηβεία και Θεραπεία*, εκδόσεις Καστανιώτη.
43. Monro Fiona J. and Huon Gail. F., (2006, January) Media-portrayed idealized images, self-objectification, and eating behaviour, *Journal of Adolescent Health*, Volume 38, Issue 1.
44. Μπρακονιέ Αλαιν, Μαρτσέλι Ντανιέλ, (1999). *Τα χίλια πρόσωπα της εφηβείας*, εκδόσεις Καστανιώτη.
45. Nestle Marion, (1987). *Διατροφή στην Κλινική Πράξη*, Αθήνα, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισίανος.

46. (NIMH), National Institute of Mental Health (2001). Expert Assistance provided by Hyman Steven E., and Cuthbert Bruce N., Dolan-Sewell Regina, Vitiello Benedetto, Wittenberg Clarissa and Burr Constance. *NIHM Publication No. 01-4901*, updated August 06 2002.
47. (NIMH) National Institute of Mental Health (1993, January). *Decade of the Brain*, NIH Publication, No. 93-3477.
48. Palmer Bob, (2000). *Helping People with Eating Disorders*, Willey Publications.
49. Ramon-Rivie, B., *Η κοινωνική ανάπτυξη του εφήβου*, εκδόσεις Καστανιώτη, τομ. II.
50. Sokol Mae S., Kaufman Jessica R., Hall Mel and Stoural Joyce M., (2006, February) Anorexia Nervosa: Weekly weight gain in hospitalized children and adolescents, *Journal of Adolescent Health*, Volume 38, Issue 2, p. 16.
51. Spring Bonnie, Chiodo June, and Bowen Deborah J., (1987). *Carbohydrates, Tryptophan, and Behaviour: A Methodological Review*, Texas Tech University.
52. Vansteelandt Kristof, Pieters Guido, Vandereycken Walter, Claes Laurence, Probst Michel and Van Mechelen Iven, (2004, January). Hyperactivity in anorexia nervosa: A case study using experience sampling methodology *Eating Behaviors*, Volume 5, Issue 1, pages 67-74.
53. Wurtman Ritchard J. and Wurtman Judith J., (1989, January). “*Carbohydrates and Depression*”, Scientific American.
54. Zmukler G. S., Dare C. and Treasure J. (eds.), (1995). *Handbook of eating disorders Theory, Treatment and Research*