

ΤΕΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ – ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ, ΣΗΤΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΧΑΡΩΝΙΤΑΚΗ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Σ. ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ ΤΕΙ ΑΜ 341

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΗΤΕΙΑ 2009

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

ΣΗΤΕΙΑ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	3-4
Summary	5-6
Εισαγωγή	7-13
1 ^ο Κεφάλαιο	14-27
• Ορισμός	
• Διαγνωστικά κριτήρια	
• Διαφορική διαγνωστική	
2 ^ο Κεφάλαιο	28-47
• Διαιτολογική αντιμετώπιση	
• Ψυχοδυναμική αντιμετώπιση	
3 ^ο Κεφάλαιο	48-65
• Θεραπευτικές προσεγγίσεις	
4 ^ο Κεφάλαιο	66-74
• Πρόληψη	
Επίλογος.....	75-76
Βιβλιογραφία	77-87

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα πτυχιακή περιγράφεται το αντικείμενο της ψυχογενούς βουλιμίας. Βασίζεται στα κριτήρια της διαγνωστικής κατάταξης για τις διατροφικές διαταραχές σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, 4^η έκδοση, DSM-IV που εκδόθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση (APA) το 1994 καθώς και στα δεδομένα της διεθνούς κατάταξης των νόσων,

δέκατη αναθεώρηση, [(The ICD-10) Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ, 1992)]. Τα κριτήρια αυτά είναι μάλλον εξελικτικά. Όμως παρουσιάζουν μία βελτιωμένη αντίληψη των κλινικών εκδηλώσεων. Τα διαγνωστικά αυτά κριτήρια και των δύο εγχειριδίων επίσημα καθορίζουν και διαφοροδιαγιγνώσκουν τις δύο μεγαλύτερες διατροφικές διαταραχές: την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία.

Σήμερα η ψυχογενής βουλιμία αναγνωρίζεται ως μία πολυδιάστατη, πολυπαράγοντική με ψυχολογικό υπόβαθρο νόσος, η οποία μπορεί να έχει απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές. [Forman SF, 2009] Για τον λόγο αυτό η πτυχιακή αυτή εξετάζει εκτός από την επιδημιολογία, την παθογένεια, τις κλινικές εκδηλώσεις και την αντιμετώπιση της ψυχογενούς βουλιμίας.

Αυτή η μελέτη περιλαμβάνει πλήρη περιγραφή των ακολούθων θεμάτων σχετικά με την αντιμετώπιση:

1. Διατροφική θεραπεία

Η διαιτολογική προσέγγιση εφαρμόζεται σε ασθενείς με παχυσαρκία και περιλάμβανα δίαιτες ολιγοθερμιδικές, αλλά φαίνεται ότι έχει περιορισμένη αποτελεσματικότητα στη μείωση του βάρους.

2. Συμπεριφορική-γνωστική θεραπεία (ΣΓΘ)

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία είναι ο πλέον αποτελεσματικός τύπος ειδικής ψυχοθεραπείας για ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία. Δίνει έμφαση στη σχέση των σκέψεων και αισθημάτων προς τη συμπεριφορά και βοηθάει τους ασθενείς να αναγνωρίσουν τις σκέψεις και τα αισθήματα τα οποία οδηγούν στην παθολογική διατροφή. Η ΣΓΘ βοηθάει τους ασθενείς να διαχειρίζονται το άγχος που συνδέεται με τη διατροφή και την πτωχή αντίληψη για το σώμα αναπτύσσοντας πλέον αποδεκτές σκέψεις και εφαρμόσιμες στρατηγικές.

3. Διαπροσωπική θεραπεία

Η διαπροσωπική θεραπεία έχει αποδειχθεί ότι είναι περίπου το ίδιο αποτελεσματική, όπως περίπου η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία.

4. Διάφορες μορφές επεμβατικής θεραπείας

Οι παρεμβάσεις είναι πλέον αποτελεσματικές σε υψηλού κινδύνου ασθενείς που πρόκειται να αναπτύξουν ψυχογενή βουλιμία.

5. Φαρμακοθεραπεία

Το πλέον αποτελεσματικό φάρμακο είναι η φλουοξετίνη (Ladose) σε δόση 60 mg ημερησίως.

6. Ενδονοσοκομειακή θεραπεία

Τα βασικά κριτήρια είναι: Φυσική αστάθεια-Προσβολή οργάνου-Αυτοκτονικότητα-Αποτυχία της παρακολούθησης σε εξωτερική βάση

7. Εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση

Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία παρακολουθούνται ως εξωτερικοί ασθενείς στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Η μελέτη καταλήγει στο ότι η ψυχογενής βουλιμία απαιτεί αντιμετώπιση από διαιτολόγους, ψυχολόγους, ψυχιάτρους και άλλους ειδικούς.

SYMMARY

In the present project the subject of bulimia nervosa is described. Based on the diagnostic nomenclature for eating disorders, such as the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, [DSM-IV: American Psychiatric Association (APA), 1994] and the International Classification of Diseases, 10th revision [(ICD-10), World Health Organization (WHO), 1992], are rather evolutionary. However, they do convey improved understanding of clinical features. These diagnostic criteria are also relevant because they both formally define and distinguish the two major eating disorders, anorexia nervosa and bulimia nervosa.

Nowadays, bulimia nervosa is recognized as a multidimensional illness that involves complex and psychological issues and can have life-threatening medical consequences. [Forman SF, 2009]. Therefore the project is dealing, apart from the epidemiology, pathogenesis, clinical features with the therapeutic management of bulimia nervosa.

This project includes full description of the following issues of management:

1. Nutritional therapy

In patients with bulimia nervosa and obesity, dietary approaches, including low calorie diets, may be of benefit in reducing eating, but they appear to have only limited efficacy in reducing weight.

2. Cognitive-behavioral therapy (CBT)

Cognitive behavioural therapy is the most effective form of specialized psychotherapy for patients with bulimia nervosa. CBT emphasizes the relationship of thoughts and feelings to behavior and helps patients recognize the thoughts and feelings that lead to disordered eating. CBT helps the patient manage the anxiety related to eating and poor body image by developing more adaptive thoughts and coping strategies.

3. Interpersonal psychological therapy

Interpersonal therapy has been shown to be about as effective as cognitive behavioural therapy for the treatment of bulimia nervosa

4. Different types of interventional therapy

Interventions are more effective in high risk patients to develop bulimia nervosa.

5. Medication

The most effective drug is fluoxetine (Ladose) at a dose of 60 mg daily.

6. Hospitalization

The basic criteria are: -Organ involvement-physiologic instability-suicidality-failure of outpatient treatment.

7. Outpatient follow-up

The bulimic patients are followed-up as outpatients.

The project concludes that bulimia nervosa requires management by dietitians, psychologists, psychiatrists and other specialists.

Ψυχογενής βουλιμία

▪ Σκοπός της εργασίας

Σκοπός της εργασίας είναι να περιγραφεί η ευδιάκριτη αυτή διαταραχή της ψυχογενούς βουλιμίας και να προσδιορισθεί η αναμφισβήτητη σχέση της με την κατάθλιψη. Επίσης να επισημανθεί η σημαντική επίδραση της διατροφής και κατά συνέπεια ο ρόλος του διαιτολόγου-διατροφολόγου στην αλλαγή των διατροφικών συνηθειών των βουλιμικών ασθενών.

Εισαγωγή

1. Τί είναι η βουλιμία

Ο όρος ψυχογενής βουλιμία ανάγεται στην αρχαιότητα, προερχόμενος από τις ελληνικές λέξεις βους και λιμός. Απαντάται στα κλασσικά ιατρικά και βιολογικά εγχειρίδια με μια σταθερή σημασία, της παθολογικής κατάστασης αδηφαγίας που οδηγεί στην κατανάλωση υπερβολικών ποσοτήτων τροφής. Αυτή η ιδιαίτερη διαταραχή στη διατροφική συμπεριφορά, εμφανίζεται στην ψυχιατρική και ψυχοαναλυτική βιβλιογραφία εδώ και τουλάχιστον έναν αιώνα. Ο Freud(1925)για

έμετο ως υστερική άμυνα κατά της διατροφής και ο Finichel (1945) είδε τη βουλιμία ως μια τοξικομανία δίχως λήψη ναρκωτικών. Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από συχνά επεισόδια κατανάλωσης υπερβολικών ποσοτήτων τροφής σε συνδυασμό με αισθηματική στενοχώρια και μια αίσθηση απώλειας του ελέγχου συνοδευόμενα από αντισταθμιστικές μορφές συμπεριφοράς που στοχεύουν στην αποφυγή της αύξησης του σωματικού βάρους. Οι αντισταθμιστικές συμπεριφορές που χρησιμοποιούνται από άτομα με ψυχογενή βουλιμία συμπεριλαμβάνουν υπερβολική σωματική άσκηση, περιόδους νηστείας ή αυστηρής διαίτας, αυτοπροκαλούμενου εμέτου, κατάχρηση διουρητικών, κατάχρηση καθαρτικών και /ή λήψη φαρμάκων για την επιτάχυνση του μεταβολισμού(πχ. θυρεοειδική ορμόνη). Τα απαιτούμενα διαγνωστικά κριτήρια, σύμφωνα με την(DSM-IV-TR) Diagnostic &Statistical Manual –IV Text Revised είναι η υπερβολική κατανάλωση τροφής, τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για ένα τρίμηνο. Τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία αισθάνονται μειονεκτικά για τη μορφή του σώματός τους ή το βάρος τους ή και των δύο.

Ο ορισμός της υπερβολικής κατανάλωσης τροφής είναι η εντός ορισμένου χρόνου(πχ. μια ώρα)κατανάλωση τροφής σημαντικά περισσότερης από ότι καταναλώνει ένα άτομο στη διάρκεια της αυτής χρονικής περιόδου. Αυτό έχει σχέση με την αίσθηση της απώλειας του ελέγχου του φαγητού κατά το διάστημα αυτό. Η απλή κατανάλωση μιας ασυνήθιστα μεγάλης ποσότητας τροφής, στη διάρκεια ορισμένου χρόνου, χωρίς την ταυτόχρονη αίσθηση απώλειας του ελέγχου ονομάζεται υπερφαγία. Παρομοίως η κατανάλωση μάλλον μικρών ποσοτήτων εντός ορισμένου χρόνου με την αίσθηση της απώλειας του ελέγχου ονομάζεται υποκειμενικό βουλιμικό επεισόδιο.

Οι διατροφικές διαταραχές σαν σύνολο χαρακτηρίζονται από το φόβο της αύξησης του σωματικού βάρους και μια στρεβλή σωματική εικόνα με σχετικές ανωμαλίες της διάθεσης, αντίληψης, ανταπόκρισης στα φυσικά και συναισθηματικά ερεθίσματα και διατροφικές συμπεριφορές. Τα σύνδρομα διατροφικών διαταραχών χαρακτηρίζονται από διαταραγμένη σίτιση και οι προσπάθειες ελέγχου του βάρους μπορεί να προκαλέσουν διαιτητικό περιορισμό, εξάρσεις διατροφικές, ή άλλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές με σκοπό την πρόληψη αύξησης του βάρους.

Μεταξύ των διατροφικών διαταραχών, η ψυχογενής βουλιμία και η ψυχογενής ανορεξία είναι κατά πολύ πιο κοινές στις νέες γυναίκες, ενώ η υπερβολική

κατανάλωση τροφής είναι η πλέον κοινή διατροφική διαταραχή και συναντάται πιο συχνά σε ενήλικες με αναλογία 2:1 γυναικών προς άνδρες.

Η βουλιμία θεωρείται διαφορετική από το τελευταία αναγνωρισθέν σύνδρομο του υπερβολικού φαγητού(binge eating) κατά το οποίο καμία αντισταθμιστική συμπεριφορά δεν συνοδεύει τα επεισόδια. Το (DSM-IV-TR)Diagnostic&Statistical Manual-IV-Text Revised,αναγνωρίζει δύο μείζονες διαταραχές της ψυχογενούς βουλιμίας, την επειδεκτική αγωγής και την μη επηρεαζόμενη από την αγωγή(δηλαδή την υπερδιατροφή η οποία δεν επηρεάζεται από τη χρήση διορθωτικών αντισταθμιστικών μέτρων όπως η υπερβολική σωματική άσκηση, οι διεγερτικές ουσίες ή η δίαιτα).

Πολλές αναφορές σημειώνουν ότι άτομα με βουλιμία, συχνά έχουν ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας. Ορισμένοι μάλιστα πιστεύουν ότι αυτό συμβαίνει στα 60% των περιστατικών. Χαρακτηριστικό είναι ότι ενώ άτομα με απλό σύνδρομο υπερφαγίας έχουν την τάση να είναι παχύσαρκα, άτομα με ψυχογενή βουλιμία έχουν τυπικά το φυσιολογικό βάρος. Παρατηρείται αλληλοκάλυψη μεταξύ της μη επιδεχόμενης αγωγή ψυχογενούς βουλιμίας και της υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού.

Το φυσικό ιστορικό των διατροφικών διαταραχών είναι τέτοιο που οι πάσχοντες μπορεί να παρουσιαστούν με αρκετές διαγνώσεις κατά τη διάρκεια του χρόνου, εμφανίζοντας τα διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχογενή ανορεξία, την ψυχογενή βουλιμία και τη διαταραχή της υπερβολικής λήψης φαγητού. Η μετάπτωση σε ψυχογενή ανορεξία ατόμων πασχόντων από την ψυχογενή βουλιμία είναι πιθανή αν και σπάνια.

Εποχιακή κατανομή της ψυχογενούς βουλιμίας δεν φαίνεται πιθανή, αν και σε μία μελέτη μεταξύ ατόμων με ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας φάνηκε ότι οι περισσότεροι πάσχοντες γεννήθηκαν Μάρτιο.(Kalapatapu 2008)

▪ Συχνότητα

Η συνολική συχνότητα της βουλιμίας μετά βεβαιότητα φαίνεται ότι έχει αυξηθεί σημαντικά μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και μερικοί ισχυρίζονται ότι αυτό είναι κυρίως το αποτέλεσμα των αλλαγών που προκλήθηκαν στις κοινωνικομορφωτικές προσδοκίες των νέων γυναικών. Όμως η βουλιμία καθώς και οι

διατροφικές διαταραχές συνολικά εμφανίζονται στις δυτικές χώρες κυρίως και παρατηρούνται στις πλέον ανεπτυγμένες χώρες. Η υπόθεση ότι περιβαλλοντογενείς παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στη συχνότητα των διατροφικών διαταραχών, ισχυροποιείται από το γεγονός ότι οι μετανάστες από τις υπανάπτυκτες χώρες εμφανίζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα στις διατροφικές παθήσεις από τους συγγενείς τους που κατοικούν ακόμη στη χώρα προέλευσής τους.

Μερικές μελέτες τείνουν να αποδείξουν ότι η βουλιμία και οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται συχνότερα μεταξύ των μεσαίων και ανώτερων κοινωνικών τάξεων. Αν και συχνά περιγράφονται ως μοντέρνες νόσοι προσεκτική ανασκόπηση των μελετών της βιβλιογραφίας αποδεικνύουν ότι παρόμοιες παθήσεις έχουν περιγραφεί και στην αρχαιότητα. (Kalapatapu 2008)

Φυλετική κατανομή, φύλο, ηλικία

Η βουλιμία εμφανίζεται να έχει μια παγκόσμια κατανομή εμφανιζόμενη σε όλες τις φυλές και τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Όπως συμβαίνει με όλες τις διατροφικές νόσους, η βουλιμία παρατηρείται συχνότερα στις γυναίκες. Οι περισσότερες μελέτες καταγράφουν ότι η σχέση γυναίκες προς άνδρες είναι 10:1. Όμως μερικές αναφορές κάνουν λόγο για μεγαλύτερη συχνότητα μεταξύ των ανδρών, δεδομένου ότι η νόσος παρατηρείται σε ποσοστό 5-15% μεταξύ του ανδρικού πληθυσμού. Η τυπική ηλικία για την εμφάνιση της νόσου κυμαίνεται από 14 έως 30 ετών. Η συχνότητα εμφάνισης της βουλιμίας σε παιδιά νεότερα των 14 ετών ανέρχεται σε ποσοστό μικρότερο του 5%. Η βουλιμία επίσης παρατηρείται και στους ηλικιωμένους. (Kalapatapu 2008)

2. Διαιτολογική αντιμετώπιση

Η διατροφική προσέγγιση των πασχόντων από ψυχογενή βουλιμία πρέπει να βασίζεται στις τέσσερις ακόλουθες αρχές: 1η Η απορρύθμιση των διατροφικών συμπεριφορών χαρακτηρίζει κυρίως το κλινικό προστάδιο και αποτελεί τη βασική αιτία διαμαρτυρίας των ασθενών.

2η Οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές έχουν για έναν ορισμένο αριθμό ασθενών, νοσηρές συνέπειες.

3η Οι επαγόμενες ενδοκρinoμεταβολικές διαταραχές συντελούν με τη σειρά τους, στην αυτόματη διατήρηση των βουλιμικών συμπεριφορών.

4η Οι διατροφικές συνήθειες είναι μαθημένες συμπεριφορές, κατά συνέπεια μπορούν να αντικατασταθούν από άλλες. Φαίνεται επίσης ότι όποια και αν είναι η επιχειρούμενη θεραπεία υπάρχει ο κίνδυνος επιστροφής στις προηγούμενες διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, εάν στο μεταξύ ο πάσχων ή η πάσχουσα δεν έχει κατακτήσει νέες(εναλλακτικές)διατροφικές συμπεριφορές. (Aïmez,1991)

Οι αρχές αυτές υπογραμμίζουν τη στενή σύνδεση μεταξύ της ιατρικής προσέγγισης και της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας ή γενικότερα του συνόλου των θεραπευτικών προσεγγίσεων. Κατά συνέπεια δύσκολα θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί η ψυχογενής βουλιμία με μία μόνο καθαρά διατροφική προσέγγιση. Όμως είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί με δύο θεραπευτικές προσεγγίσεις: α) τη διατροφική θεραπεία και β) το σύνολο των γνωσιακών-συμπεριφορικών θεραπειών.

Η τρίτη προσέγγιση αφορά στην εκπαίδευση-πληροφόρηση του ασθενούς. Ο διαιτολόγος πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή για τη θετική επίδραση που έχει στην υγεία του η τήρηση των διαιτητικών κανόνων, η αποφυγή χρήσης καθαρικών, η αποφυγή της υπερβολικής φυσικής άσκησης καθώς και η νηστεία. Η προσέγγιση αυτή μπορεί να εφαρμοστεί σε προγράμματα αυτοβοήθειας, στην πρωτογενή πρόληψη ή στην παροχή βοήθειας στις οικογένειες.(Olmsted και συν.1991)Ο διαιτολόγος πρέπει να συμβάλλει στη διατήρηση του φυσιολογικού Δείκτη Μάζας Σώματος(BMI).Αυτό επιτυγχάνεται με τη ρύθμιση πρόσληψης υδατανθράκων δεδομένου ότι πολλοί βουλιμικοί ασθενείς βρίσκονται σε εσφαλμένο διατροφικό περιορισμό αυτών. Επίσης συμβάλλει στη φυσιολογική πρόσληψη των πρωτεϊνών αλλά και των απαραίτητων λιπαρών οξέων και λιποδιαλυτών βιταμινών. Ακόμη ο διαιτολόγος ρυθμίζει τη φυσιολογική πρόσληψη των πρωτεϊνών αλλά και των απαραίτητων λιπαρών οξέων και λιποδιαλυτών βιταμινών. Δια αυτού του τρόπου ο διαιτολόγος συμβάλλει από την πλευρά του στη διόρθωση των διαταραχών της εμμήνου ρύσεως και της ωορρηξίας που πιθανώς είναι δευτερογενής στα διατροφικά προβλήματα των βουλιμικών γυναικών. (Fichter, Pirke 1988).Με την συμβολή του διαιτολόγου διορθώνονται οι χαοτικές διατροφικές συνήθειες των βουλιμικών και συνεπώς διορθώνονται οι διαταραχές της προσοχής, της διάθεσης, του ύπνου και της libido(Keys και συνεργάτες 1956).Τέλος εφόσον ο διαιτολόγος μπορέσει να επιτύχει φυσιολογικό βάρος σώματος των βουλιμικών γυναικών αλλά και ανδρών

επιτυγχάνεται φυσιολογική μάζα σώματος και κατά συνέπεια φυσιολογική οστική μάζα. Έτσι αποφεύγεται ο κίνδυνος οστεοπόρωσης κυρίως μεταξύ των βουλιμικών γυναικών. Αυτό αποδεικνύεται με την μέθοδο της απορροφησιμετρίας ακτίνων Χ διπλής ενέργειας DEXA. (National Osteoporosis Foundation 1998).

3. Ψυχολογική αντιμετώπιση

Οι βουλιμικές συμπεριφορές ήταν γνωστές από πολύ παλιά και μάλιστα με διάφορες μορφές, με ή χωρίς εμέτους. Όμως μέχρι και τις τελευταίες δεκαετίες δεν θεωρούνταν παθολογικές. (Counreur 1991). Οι πρώτες αιτιοπαθογενετικές θεωρίες για την ερμηνεία τους εμφανίστηκαν μόλις έναν αιώνα πριν διότι τότε καταδείχτηκε η σύνδεση της βουλιμίας με την τοξικομανία, το χρόνιο αλκοολισμό και τη διατροφή. Τέλος συζητήθηκε η πιθανότητα διάγνωσης σχιζοφρένειας και μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης στα άτομα με βουλιμικές συμπεριφορές. Κατ' αυτήν την έννοια συγκρίνεται η πείνα των ασθενών με την παρόρμηση που τους οδηγεί να σκέφτονται την τροφή, με τη μορφομανία και το χρόνιο αλκοολισμό. Όλα αυτά περιλαμβάνονται στο διαγνωστικό πλαίσιο της πολύμορφης σχιζοφρένειας. (M. Flament, P. Jeammet 2006) Η υπόθεση της νευρωτικής σύγκρουσης, δηλαδή το ζήτημα που συνδέεται με τις δυσκολίες προσκόλλησης με την ταύτιση με τις γονεϊκές φιγούρες και την οργάνωση του οιδιποδίου, παραμένει αντικείμενο συζητήσεων. Εξίσου αμφισβητείται και η σημασία που αποδίδεται στην καταθλιπτική και αγχώδη διάσταση της βουλιμίας, καθώς και στη σχέση της με την παρορμητικότητα και τις εξαρτήσεις, όπως επίσης και με την παθολογία του ναρκισσισμού και τις ψυχώσεις. Καταλήγουμε έτσι να μιλάμε για σύνθετες παθολογίες της προσωπικότητας, για ακραίες καταστάσεις ή για πολυπαρορμητικές προσωπικότητες. (Lacey και Evans, 1986).

Πολλοί είναι εκείνοι που επιμένουν στις ομοιότητες μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και κυρίως μεταξύ της βουλιμίας και των συμπεριφορών εξάρτησης. (Bulik και συνεργάτες, 1992). Σε κλινικό επίπεδο οι διατροφικές διαταραχές φαίνεται να ανταποκρίνονται στα κριτήρια που καθόρισε ο Goodman (1990), τα οποία μπορούμε να συνοψίσουμε ως ακολούθως: υπάρχει εξάρτηση όταν μια συμπεριφορά που φυσιολογικά προκαλεί ευχαρίστηση και ανακούφιση χρησιμοποιείται κατά ένα ιδιόζοντα τρόπο που χαρακτηρίζεται από: 1) Αδυναμία του ατόμου να ελέγξει αυτή τη συμπεριφορά κατά το επεισόδιο και 2) εξακολούθηση αυτής της συμπεριφοράς παρά τις αρνητικές συνέπειές της. Δηλαδή στον ορισμό του Goodman βρίσκονται

ταυτόχρονα η παρόρμηση ως συνιστώσα της εξάρτησης με το βίωμα απώλειας του ελέγχου και τον καταναγκασμό με την επίγνωση της αρνητικής διάστασης της εν λόγω συμπεριφοράς και την προσπάθεια καταπολέμησής της. Σε ψυχοπαθολογικό και ειδικότερα σε ψυχαναλυτικό επίπεδο μπορούμε να εντοπίσουμε στην έννοια της εξάρτησης το κρίσιμο στοιχείο που μας επιτρέπει να κατανοήσουμε την ποικιλομορφία των ατόμων, των καταστάσεων, της βαρύτητας του προβλήματος και του συνόλου των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των διαφόρων φαινομένων εξάρτησης, που αφορούν στις σχέσεις ή στην συμπεριφορά. (Jeammet,1989)

Πάνω σ' αυτή τη βάση, η συμπεριφορά του εξαρτημένου ατόμου μπορεί να περιγραφεί ως αναζήτηση ενός εξωτερικού παράγοντα τον οποίον έχει ανάγκη για να διασφαλίσει την ισορροπία του και αδυνατεί να την βρει στο επίπεδο των εσωτερικών (ενδοψυχικών) αποθεμάτων του.

Η προσέγγιση αυτή, δεν αποκλείει την βιοψυχοκοινωνική θεωρία, που γενικά ενδείκνυται για την προσέγγιση των διαταραχών της συμπεριφοράς, ιδιαίτερα δε των προβλημάτων εξάρτησης. Αυτή η προσέγγιση, ορθή μεν αλλά όχι πλήρης, επιτρέπει να συνυπολογιστεί η επίδραση και των γενετικών παραγόντων δηλαδή των ατομικών, ψυχολογικών παραγόντων, που συνδέονται τόσο με την ιδιοσυγκρασία όσο και με την προσωπικότητα του ατόμου. Επίσης επιτρέπει να διατυπωθεί η θέση ότι το πάσχον άτομο ενδέχεται να υφίσταται επιδράσεις από το περιβάλλον του καθώς ακόμη και από οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες. (M. Flament, P. Jeammet 2006).

Βουλιμία, έλεγχος του βάρους και κατάθλιψη

Προ 15 περίπου ετών οι Hudson και Pope και στη συνέχεια πολλοί άλλοι ερευνητές ανέπτυξαν την υπόθεση της πρωτογενούς κατάθλιψης στη βουλιμία. Σύμφωνα με αυτήν την υπόθεση η βουλιμία αποτελεί τον κυρίαρχο τρόπο έκφρασης του συναισθηματικού άλγους. Οι συγγραφείς αυτοί βασίζουν την προσέγγισή τους σε πολυάριθμα κλινικά και βιολογικά δεδομένα. Στους βουλιμικούς ασθενείς έχει διαπιστωθεί αυξημένο ποσοστό μείζονος κατάθλιψης, ενδογενούς κατάθλιψης και διαταραχών της διάθεσης κατά το παρελθόν ή το παρόν, καθώς και αυξημένο ποσοστό οικογενειακού ιστορικού κατάθλιψης. Κατά συνέπεια, η αντιμετώπιση και θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας πρέπει να έχει δύο κατευθυντήριους άξονες: Α.Τον έλεγχο και θεραπεία της κατάθλιψης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και

σε συνεργασία με τον ψυχίατρο και ψυχολόγο και Β την αντιμετώπιση του αυξημένου σωματικού βάρους και των προβλημάτων που προκύπτουν από την αυξημένη λήψη τροφής, που πρέπει να αντιμετωπιστούν από τον διαιτολόγο/ διατροφολόγο. (Hudson J., Pope H.,1987).

1ο Κεφάλαιο

1.1 Ορισμός της βουλιμίας (και ιστορική αναδρομή)

Τα πρώτα διαγνωστικά κριτήρια για την βουλιμία προτάθηκαν από τον Russel, ο οποίος όρισε τρία βασικά χαρακτηριστικά της ψυχογενούς βουλιμίας. Κατά τον Russel οι ασθενείς πάσχουν από μια ακατανίκητη παρόρμηση για υπερβολική κατανάλωση τροφής. Προσπαθούν όμως να αποφύγουν την αύξηση του βάρους τους, προκαλώντας εμέτους, κάνοντας κατάχρηση καθαρτικών ή και τα δύο συγχρόνως. Χαρακτηρίζονται από μια νοσηρή φοβία ότι θα παχύνουν. (Russel 1979). Το 1983 ο Russel τοποθέτησε ένα επιπρόσθετο κριτήριο: Ένα προηγούμενο κλινικό ή υποκλινικό επεισόδιο ψυχογενούς ανορεξίας. (Russel 1983). Λίγο αργότερα οι Fairburn και Garner (1986) πρόσθεσαν στα κριτήρια του Russel, τον ακραίο διατροφικό περιορισμό ως αντιστάθμισμα των βουλιμικών επεισοδίων και έδωσαν έμφαση σε ένα ουσιαστικό χαρακτηριστικό των βουλιμικών κρίσεων. Η αίσθηση απώλειας του ελέγχου της διατροφής έχει μεγαλύτερη διαγνωστική αξία από τη συνολική ποσότητα της τροφής που καταναλώνεται κατά τις διατροφικές κρίσεις. Στην αμερικανική ταξινόμηση των κλινικών διαταραχών, η πρώτη αναφορά της βουλιμίας αναφέρεται στο DSM-III(3^η έκδοση του *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association* 1980). Η εξέλιξη των κρίσεων της βουλιμίας περιγράφεται ως εξής: Κρυφή κατανάλωση υπερθερμιδικών και ευκόλως απορροφούμενων τροφών. Λήξη των επεισοδίων με κοιλιακούς πόνους, υπνηλία, παύση λόγω κάποιου εξωτερικού γεγονότος ή πρόκληση εμέτου. Υπογραμμίζονται επίσης οι ψυχολογικοί παράγοντες που συνδέονται με τις διατροφικές κρίσεις: Φόβος μήπως τα άτομα δεν μπορέσουν να ελέγξουν την ποσότητα της τροφής που καταναλώνουν, θλίψη και υποτίμηση του εαυτού μετά τις βουλιμικές κρίσεις, επαναλαμβανόμενες απόπειρες απώλειας βάρους μέσω πολύ αυστηρής δίαιτας, προκλητών εμέτων ή χρήσης καθαρτικών ή διουρητικών καθώς και συχνές αυξομειώσεις του βάρους που εμφανίζουν οι ασθενείς.

Η αναθεωρημένη έκδοση του DSM-III-R (1987, American Psychiatric Association) εισάγει ως κριτήριο τη συχνότητα και επιμονή των κρίσεων, προκειμένου για κλινικά διαγνώσιμη βουλιμία, δηλαδή δύο τουλάχιστον κατά μέσο όρο βουλιμικά επεισόδια ανά εβδομάδα σε διάστημα τουλάχιστον τριών μηνών, υπογραμμίζοντας μία υποκείμενη ψυχοπαθολογική συμπεριφορά παρούσα και στην ψυχογενή ανορεξία, συγκεκριμένα στην υπέρμετρη και εμμένουσα ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος.

Τέλος στο DSM-IV (1994, American Psychiatric Association, σελ.545-550) αναθεωρήθηκε η καταλληλότητα των παραπάνω διαγνωστικών κριτηρίων καθώς δημοσιεύτηκε μια σειρά κλινικών και επιδημιολογικών μελετών με μεγάλα δείγματα βουλιμικών ατόμων. (Dansing et al 1998, Flament et al.1998, Garfinkel et al.1998, Mitchell 1998).

1.2 Διαγνωστικά κριτήρια

Κατωτέρω αναλύονται, η Ευρωπαϊκή περιγραφή καθώς και η Αμερικανική περιγραφή της ψυχογενούς βουλιμίας.

α.-Ευρωπαϊκή περιγραφή (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic criteria for research F 50.2, World Health Organization, Geneva,1992 , The ICD-10.Health Organization Geneva 1993)

Η ψυχογενής βουλιμία είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφής και υπερβολικής εμμονής για τον έλεγχο του σωματικού βάρους, οδηγώντας τον ασθενή στην υιοθέτηση υπερβολικών μέτρων με σκοπό τον περιορισμό των επιπτώσεων της παχυσαρκίας και του υπερβολικού σωματικού βάρους από την υπερβολική ποσότητα φαγητού που καταναλώθηκε. Ο όρος πρέπει να περιορίζεται στον τύπο της διαταραχής η οποία σχετίζεται με την ψυχογενή ανορεξία λόγω του ότι μοιράζονται την ίδια ψυχοπαθολογία.

Η κατανομή της ηλικίας και του φύλου είναι παρόμοια με την ψυχογενή ανορεξία αν και η εμφάνισή της τείνει να είναι σε κάπως μεγαλύτερη ηλικία. Η διαταραχή μπορεί να σημειωθεί σαν επακόλουθο της επιμένουσας ψυχογενούς ανορεξίας (αν και είναι πιθανό να παρατηρηθεί αντίστροφη σειρά εμφάνισης).Μια πρώην ανορεξική ασθενής, μπορεί να φανεί ότι βελτιώθηκε λόγω της αύξησης του

βάρους της και πιθανής επανεμφάνισης της εμμηνου ρύσεως, αλλά τότε εγκαθίσταται η κακοήθης μορφή της υπερφαγίας και του εμέτου. Ο επαναλαμβανόμενος έμετος είναι δυνατόν να οδηγήσει σε διαταραχές των ηλεκτρολυτών του αίματος και επιπλοκές όπως η τετανία, τα επιληπτικά επεισόδια, οι καρδιακές αρρυθμίες, μυϊκή αδυναμία και η επιπρόσθετη σοβαρή απώλεια σωματικού βάρους.

Διαγνωστικές κατευθύνσεις

Για την οριστική διάγνωση απαιτούνται όλα τα παρακάτω:

- 1.- Η επίμονη τάση για τροφή καθώς και μια ασίγησθη επιθυμία για τροφή. Ο ασθενής εμφανίζεται να έχει επεισόδια υπερφαγίας κατά τα οποία καταναλώνονται μεγάλες ποσότητες τροφής, εντός μικρών χρονικών διαστημάτων.
- 2.- Ο ασθενής προσπαθεί να αντιδράσει στην παχυσαρκία, καθώς και στην αύξηση του σωματικού του βάρους, αποτελέσματα της μεγάλης πρόσληψης τροφής με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: προκλητό έμετο, κατάχρηση περιοριστικών μέτρων, εναλλασόμενες περιόδους δίαιτας, χρήση φαρμάκων όπως τα κατασταλτικά της όρεξης, θυρεοειδικά σκευάσματα ή διουρητικά.
- 3.- Η ψυχοπαθολογία περιλαμβάνει ένα νοσηρό φόβο για παχυσαρκία και ο ασθενής ή η ασθενής θέτει σαφώς καθορισμένα όρια πολύ χαμηλότερα από το προ της νόσησης ιδανικό (φυσιολογικό) βάρος του/της, κατά τη γνώμη του ιατρού. Συχνά υπάρχει, όχι όμως πάντα ένα ιστορικό επεισόδιο ψυχογενούς ανορεξίας, ενώ το χρονικό διάστημα μεταξύ των δύο διαταραχών ποικίλλει από λίγους μήνες σε αρκετά χρόνια. Αυτό το πρώιμο επεισόδιο μπορεί να έχει εμφανισθεί πλήρως ή μπορεί να έχει εμφανισθεί με μια υποκλινική μορφή μέτριας απώλειας σωματικού βάρους και /ή με μία παροδική φάση αμηνόρροιας.(*The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic criteria for research F 50.2, World Health Organization, Geneva, 1992, The ICD-10. World Health Organization, Geneva, 1993*)

Συμπεριλαμβάνονται:4.-Βουλιμία,μη ειδικά καθοριζόμενη.5.-Ψυχογενής υπερφορεξία.

Διαφορική διάγνωση

Η ψυχογενής βουλιμία πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκειται πρώτα απ' όλα από 1) την ψυχογενή ανορεξία διότι η βουλιμία προϋποθέτει ένα προηγούμενο έκδηλο ή λανθάνον επεισόδιο ψυχογενούς ανορεξίας (Russel 1983), 2)Νόσους του ανώτερου γαστρεντερικού συστήματος που χαρακτηρίζονται από επαναλαμβανόμενους εμέτους (απουσιάζει η χαρακτηριστική ψυχοπαθολογία). 3)Μία περισσότερο γενικευμένη (αποδομημένη) ανωμαλία της προσωπικότητας(η διατροφική διαταραχή μπορεί να συνυπάρχει με εξάρτηση από το οινόπνευμα και μικρές παρανομίες όπως οι μικροκλοπές). 4) Κατάθλιψη (οι βουλιμικοί ασθενείς συχνά εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα). Επίσης 5) παθήσεις όπως η υπερφαγία και 6) το σύνδρομο Klein Levin, το οποίο χαρακτηρίζεται από περιόδους υπερβολικού ύπνου και υπερφαγίας που διαρκούν αρκετές εβδομάδες

χωρίς ο ασθενής να θυμάται αυτές τις προσβολές. Παρουσιάζεται συνήθως σε άρρενες εφήβους. 7) Από οριακές διαταραχές της προσωπικότητας.

β.-Αμερικανική περιγραφή

Διαγνωστικά κριτήρια

1. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα κριτήρια:
α) Κατανάλωση εντός ορισμένου χρόνου (πχ. εντός χρονικής περιόδου δύο ωρών), μιας ποσότητας τροφής η οποία είναι αποδεδειγμένα μεγαλύτερη από την ποσότητα που οι περισσότεροι άνθρωποι θα καταλάωναν σε παρόμοια χρονική περίοδο και υπό παρόμοιες συνθήκες.

β) Μία αίσθηση απώλειας ελέγχου κατά τη λήψη τροφής στη διάρκεια του επεισοδίου (πχ Ένα αίσθημα ότι κάποιος δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει το πόσο και τι τρώει).

2.-Επαναλαμβανόμενη ανεπαρκής αντιρροπιστική συμπεριφορά για την αποφυγή της αύξησης του σωματικού βάρους όπως προκλητός έμετος, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων σκευασμάτων, δίαιτας ή υπερβολικής σωματικής άσκησης.

3.-Υπερφαγία(πολυφαγία) και ανεπαρκείς αντιρροπιστικές συμπεριφορές, αμφότερες συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για τρεις μήνες.

4.-Η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται αναίτια από τη σωματική εμφάνιση και το βάρος.

5.-Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια των επεισοδίων της ψυχογενούς ανορεξίας.(DSM-IV: American Psychiatric Association, pp.545-550,1994).

▪ Καθορισμός τύπου

A. Καθαρήριος (εκκαθαριστικός) τύπος: Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας το άτομο προβαίνει συστηματικά σε προκλητούς εμέτους ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

B. Μη καθαρήριος (μη εκκαθαριστικός) τύπος: Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο χρησιμοποιεί άλλες, ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές όπως νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν προβαίνει συστηματικά σε προκλητούς εμέτους ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών. (Long P. W., 1995-2008, Willmuth, Leitenberg, Rosen & Cado, 1988; DSM-IV, 1994).

1.3 Επιδημιολογία

Η πλέον πρόσφατη ταξινόμηση των διαταραχών στις διατροφικές συμπεριφορές παρέχεται από το DSM-IV (1994). Η επιδημιολογία της βουλιμίας βασίζεται στα ευρήματα που προκύπτουν από την παρουσίαση της μελέτης του δικτύου κλινικής έρευνας πάνω στη βουλιμία.

Συγκεκριμένα από μία εκτενή πολυκεντρική μελέτη που διεξήχθη στη Γαλλία και στα πλαίσια της οποίας συνεργάστηκαν δύο μονάδες του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Ιατρικής Έρευνας και δεκαεννέα κλινικές μονάδες υποδοχής και θεραπείας, κυρίως βουλιμικών ασθενών, διερευνήθηκαν σύμφωνα με ένα ενιαίο ερευνητικό πρωτόκολλο, οι διαφορετικές επιδημιολογικές κλινικές και ψυχοπαθολογικές μορφές της βουλιμίας. {Flament et al.1993 και Flament et al.1998}

Πρόκειται για ένα δίκτυο κλινικής έρευνας που δραστηριοποιήθηκε από το 1990, με την υποστήριξη του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Ιατρικής Έρευνας (ΔίκτυοΕΙΥΙΕ,αρ.489014).Το δίκτυο αποτελείται από δύο μονάδες ΕΙΥΙΕ, δεκαεπτά κέντρα περίθαλψης της Γαλλίας, ένα κέντρο του Βελγίου και ένα κέντρο της Ελβετίας. Έτσι στη μελέτη αυτή συμπεριελήφθησαν 323 ασθενείς που ανταποκρίνονταν στα τυπικά κριτήρια του DSM-IV για τους τύπους της βουλιμίας:

- Ψυχογενής βουλιμία, καθαρτήριου τύπου που αποτελεί το 41% περίπου των βουλιμικών ασθενών. {Bulimia nervosa, Purging type}
- Ψυχογενής βουλιμία μη καθαρτήριου τύπου που αποτελεί το 14% περίπου των βουλιμικών ασθενών. {Bulimia nervosa Non-Purging type}
- Υποκλινικές μορφές βουλιμίας.

Σε αυτήν την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται όσοι βουλιμικοί ασθενείς δεν ανταποκρίνονταν σε όλα τα διαγνωστικά κριτήρια της βουλιμίας, περίπου 17% των μελετηθέντων ασθενών.

Η συχνότητα της ψυχογενούς βουλιμίας στις ΗΠΑ υπολογίζεται στο 1-3% των γυναικών της σχολικής και κολεγιακής ηλικίας. Ακόμη πιο συχνή, αν και δεν πληρεί τα κριτήρια της βουλιμίας είναι η ανεύρεση περιοδικού συνδυασμού υπερφαγίας και εκκαθάρισης. Περίπου 10-15% των πασχόντων από ψυχογενή

βουλιμία είναι άνδρες ενώ η νόσος παρατηρείται συχνότερα σε άνδρες ομοφυλόφιλους.

Σημαντική μελέτη δείχνει ότι μεταξύ των αθλητριών η παρουσία τροφικών διαταραχών συμπεριλαμβανομένης και της ψυχογενούς βουλιμίας μπορεί να είναι μέχρι και τέσσερις φορές μεγαλύτερη απ' ότι στο γενικό πληθυσμό. Μεταξύ των πελατών των εμπορικών προγραμμάτων απώλειας βάρους η παρουσία της ψυχογενούς βουλιμίας και της διαταραχής της υπερφαγίας υπολογίζεται περίπου σε 30-50% αυτών. Η παρουσία της ψυχογενούς βουλιμίας μεταξύ των ασθενών οι οποίοι υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις για την απώλεια σωματικού βάρους υπολογίζεται στο 25-70% αυτών. Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι γενικά η εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας φαίνεται να έχει αυξηθεί σημαντικά μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. (Kalapatapu, R.K., Goldfield GS, Blouin AG, Woodside DB., 2006; Johnson M.D.1994; Kalapatapu R.K., 2008).

1.4 Συμπτώματα

Οι εκδηλώσεις της ψυχογενούς βουλιμίας ομαδοποιούνται στις παρακάτω κατηγορίες Α, Β, Γ, Δ, Ε.

Α. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από αμφότερα τα ακόλουθα:

(1) Πρόσληψη τροφής σε διακριτή χρονική περίοδο (π.χ εντός μιας περιόδου δύο ωρών). Μία ποσότητα τροφής που είναι σίγουρα μεγαλύτερη από ότι οι περισσότεροι άνθρωποι θα έτρωγαν κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και υπό παρόμοιες συνθήκες (2) Μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου ως προς το φαγητό κατά τη διάρκεια του επεισοδίου(π.χ. ένα αίσθημα ότι κάποιος δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τί και πόσο τρώει)

Τα κύρια χαρακτηριστικά στην ψυχογενή βουλιμία είναι η συχνή επανάληψη επεισοδίων υπερφαγίας. Καθώς το κριτήριο Α δείχνει στο DSM-IV μία υπερφαγία καθορίζεται επί τη βάση δύο στοιχείων: κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής και αίσθηση απώλειας ελέγχου κατά τη διάρκεια του επεισοδίου της υπερφαγίας. Ερευνητές και συγγραφείς του DSM-IV έχουν προσπαθήσει να καθορίσουν το πότε ένα επεισόδιο φαγητού είναι «μεγάλο». Πολλά άτομα με προβλήματα διατροφής

περιγράφουν επεισόδια υπερφαγίας που δεν είναι αντικειμενικά «μεγάλα».(Walsh,1993). Για παράδειγμα ένα άτομο μπορεί να φάει μία φυσιολογική μερίδα επιδορπίου, αλλά επειδή σκόπευε να μη φάει επιδόρπιο το βλέπει σαν υπερφαγία και προκαλεί κατόπιν έμετο. Αν και αυτό είναι καθαρά ένα πρόβλημα συμπεριφοράς, δεν ανταποκρίνεται στο χαρακτηρισμό του DSM-IV σαν επεισόδιο υπερφαγίας, γιατί η ποσότητα του φαγητού που καταναλώνεται δεν είναι μεγαλύτερη από αυτήν που οι περισσότεροι άνθρωποι θα έτρωγαν σαν επιδόρπιο. Έτσι για τη διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας απαιτείται από τον ιατρό ή τον διαιτολόγο μια πληρέστερη περιγραφή του τυπικού ιστορικού υπερφαγίας του ατόμου. Ο κλινικός (ιατρός ή διαιτολόγος) πρέπει να κρίνει το βαθμό στον οποίο τα επεισόδια διατροφικών παρεκτροπών έχουν σχέση με την κατανάλωση ποσότητας φαγητού που θα μπορούσε καθαρά να προσδιοριστεί σαν μια μεγάλη ποσότητα τροφής (Walsh,1993)

Για τον καθορισμό των επεισοδίων υπερφαγίας ο κλινικός πρέπει να λάβει υπόψιν του και άλλα στοιχεία όπως: τι θα μπορούσε να είναι μία ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα τροφής εάν καταναλωθεί στις έντεκα το βράδυ μετά από ένα πλήρες δείπνο διότι μπορεί να μην είναι υπερβολικό εάν καταναλωθεί στο δείπνο μιας γιορτής. Το κριτήριο επίσης που πρέπει να λάβει υπόψιν είναι εάν η πρόσληψη τροφής πραγματοποιείται σε μία διακριτή, μικρή χρονική περίοδο. Διότι εάν ένα συνεχές τσιμπολόγημα πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της ημέρας δεν μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα επεισόδιο υπερφαγίας.

Τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία έχουν την τάση να καταναλώνουν μία ποικιλία τροφών κατά τη διάρκεια επεισοδίων υπερφαγίας. Ίσως το πιο τυπικό είναι η κατανάλωση επιδορπίου ή σνακς όπως μπισκότα, παγωτά και κέικς. Τα άτομα επίσης καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα υγρών κατά τη διάρκεια υπερφαγίας ίσως γιατί τους επιτρέπει να προκαλέσουν ευκολότερα έμετο.

B. Επαναλαμβανόμενη μη ορθή αντισταθμιστική συμπεριφορά με στόχο την αποφυγή απόκτησης σωματικού βάρους όπως αυτοπροκαλούμενοι έμετοι. Κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων. Νηστεία ή υπερβολική άσκηση.

Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό κριτήριο της ψυχογενούς βουλιμίας είναι ότι μετά τα επεισόδια υπερφαγίας τα άτομα εμπλέκονται σε ανορθόδοξες προσπάθειες

για να απαλλαγούν από την αύξηση του σωματικού τους βάρους. Η πιο συχνή συμπεριφορά είναι ο αυτοπροκαλούμενος έμετος. Ο έμετος είναι συχνά δύσκολο να προκληθεί όταν αρχίζει η νόσος αλλά γίνεται λιγότερο δύσκολος και πιο συνηθισμένος με την πάροδο του χρόνου. Πολλά άτομα με ψυχογενή βουλιμία καταλήγουν στο να προκαλούν έμετο όχι μόνο μετά από τα επεισόδια υπερφαγίας αλλά μετά την κατανάλωση οιαδήποτε γεύματος είτε μεγάλου είτε μικρού. Πολλά άτομα με ψυχογενή βουλιμία χρησιμοποιούν φάρμακα στην προσπάθεια να αντισταθμίσουν τα επεισόδια υπερφαγίας. Συχνά παίρνουν μεγάλες ποσότητες καθαρτικών χωρίς συνταγή για να προκαλέσουν διάρροια. Αν και η κατάχρηση καθαρτικών σίγουρα προκαλεί άμεση απώλεια βάρους αυτό οφείλεται στην αφυδάτωση μάλλον που προκαλείται από την λήψη των καθαρτικών παρά στην απώλεια θερμίδων. Και αυτό διότι τα καθαρτικά δρουν κατά κύριο λόγο στο παχύ έντερο ενώ αντιθέτως η απορρόφηση θερμίδων πραγματοποιείται κυρίως στο λεπτό έντερο.

Ορισμένα άτομα προσπαθούν να διαχειριστούν το βάρος τους μέσω άλλων μεθόδων όπως διουρητικά, υποκλυσμούς και φάρμακα του θυρεοειδούς.

Μερικά άτομα με ψυχογενή βουλιμία δεν εκκαθαρίζουν αλλά χρησιμοποιούν άλλες τεχνικές μετά από την υπερφαγία. Για παράδειγμα δεν τρώνε τίποτα με θερμιδική αξία για χρονική περίοδο 24 ωρών ή επιδίδονται σε υπερβολική άσκηση. Αν και οι περισσότεροι ιατροί και διαιτολόγοι συμφωνούν ότι αυτές οι πρακτικές είναι κλινικά σημαντικές αντισταθμιστικές μέθοδοι εμφανίζεται δυσκολία στο να παράσχουν χειροπιαστά κριτήρια για τον καθορισμό της νηστείας και της υπερβολικής άσκησης. Το DSM-IV(1994) καθορίζει ότι η νηστεία είναι η αποφυγή κατανάλωσης θερμίδων για 24 ώρες και η άσκηση είναι υπερβολική όταν επηρεάζει σημαντικές δραστηριότητες, γίνεται σε ακατάλληλους χρόνους και τόπους ή συνεχίζει να γίνεται παρά την παρουσία ιατρικών προβλημάτων.

Γ. Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές αμφοότερες λαμβάνουν χώρα κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για τρεις μήνες.

Το DSM-III-R και το DSM-IV απαιτούν για την υπερφαγία να λαμβάνουν χώρα κατά μέσο όρο δυο φορές την εβδομάδα για μια διάρκεια τριών μηνών ώστε να διαγνωστεί σαν ψυχογενής βουλιμία. Το DSM-IV έχει προσθέσει την απαίτηση οι

ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές να συμβαίνουν επίσης με την ίδια συχνότητα. Αν και αυτά είναι αμφιλεγόμενα βοηθούν στον χρήσιμο στόχο του περιορισμού της διάγνωσης για τα άτομα που έχουν ένα σχετικά επαναλαμβανόμενο και επίμονο πρόβλημα. Το ατυχές αποτέλεσμα είναι ότι άτομα των οποίων το πρόβλημα φαίνεται να μοιάζει με αυτό των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία (π.χ. άτομα που χαρακτηρίζονται από υπερφαγία και κάνουν έμετο μια φορά την εβδομάδα για χρόνια) δεν συμπληρώνουν τα επίσημα κριτήρια για να χαρακτηριστούν ως πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία και πρέπει να κατατάσσονται επί του παρόντος ως πάσχοντες από διαταραχές διατροφής μη ακριβώς καθοριζόμενες(EDNOS:Eating Disorders Not Otherwise Specified)

Δ. Η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται λανθασμένα από τη μορφή του σώματος και το βάρος.

Όπως οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία άτομα με ψυχογενή βουλιμία ανησυχούν με τη μορφή του σώματος και το βάρος τους. Η αυτοεκτίμησή τους ρυθμίζεται από τις υπερβολές αυτών των πλευρών της εμφάνισής τους. Αισθάνονται ισχυρή πίεση να κάνουν δίαιτα ώστε να αποφύγουν την αύξηση του βάρους. Όταν πάρουν βάρος συχνά παραπονούνται ότι είναι εξαιρετικά δυστυχημένοι.

Ε. Οι διαταραχές δεν συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

Ο στόχος του κριτηρίου E ο οποίος εισήχθη στο DSM-IV είναι να επιτρέψει στην ψυχογενή ανορεξία να περιορίσει τη διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας. Αυτό σημαίνει ότι ένα άτομο που ανταποκρίνεται στα κριτήρια και των δύο νόσων (π.χ. ένα άτομο με χαμηλό βάρος το οποίο βρίσκεται σε φάση υπερφαγίας και κάνει έμετο δύο φορές την εβδομάδα) έχει την αποκλειστική διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας, υπερφαγίας/εκκαθαριστικού τύπου και όχι τη διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας. Αυτό το κριτήριο βοηθάει στο να τονιστεί πως το άτομο αυτό έχει μία διατροφική νόσο και όχι δύο. Τονίζει επίσης τη βαρύτητα του χαμηλού σωματικού βάρους που είναι χαρακτηριστικό για τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας.

Η εισαγωγή του κριτηρίου E ήταν μία αλλαγή από το DSM-III-R κατά την οποία άτομα που πληρούσαν τα κριτήρια τόσο για την ψυχογενή ανορεξία όσο και για την ψυχογενή βουλιμία είχαν διάγνωση και για τα δύο.

Αυτή η αλλαγή εισάγει ένα προφανές πρόβλημα στο οποίο είναι ασαφές, ποια είναι τα κριτήρια μεταξύ της ψυχογενούς ανορεξίας σε μερική ανάνηψη και της

ψυχογενούς βουλιμίας. Για παράδειγμα μία γυναίκα με ψυχογενή ανορεξία, υπερφαγία/εκκαθαριστικού τύπου μπορεί να κερδίσει βάρος και να σταθεροποιηθεί η έμμηνος ρύση, αλλά συνεχίζει την υπερφαγία και την εκκαθάριση. Μπορεί καθαρά να φανεί ότι έχει εν μέρει ανανήψει από την ψυχογενή ανορεξία ή να διαγνωσθεί ως ψυχογενής βουλιμία. Όμως είναι σημαντικό για τον ιατρό και τον διαιτολόγο να καταλάβει ότι οι διαφορές μεταξύ αυτών των δύο διατροφικών νόσων είναι στην πραγματικότητα αμφιλεγόμενες υπό την έννοια ότι τα μεταξύ τους όρια έχουν καθορισθεί από τα ίδια τα διαγνωστικά κριτήρια. Δεν καθορίζουν καταστάσεις που είναι κλινικά διακριτές.

1.5 Επιπλοκές

Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από ένα σημαντικό αριθμό επιπλοκών, μερικές από τις οποίες απειλούν τη ζωή. Αυτές οι επιπλοκές είναι δυνατόν να περιλαμβάνουν:

- **Θάνατο:** Ο επιπολασμός των αποπειρών αυτοκτονίας στις βουλιμικές ασθενείς που ανταποκρίνονται στα κριτήρια του DSM-IV είναι της τάξης του 27,8%.
- **Καρδιοπάθεια:** Λόγω της λήψης μεγάλων ποσοτήτων τροφής αναπτύσσονται υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης, καταστάσεις οι οποίες προδιαθέτουν σε καρδιακή νόσο.
- **Κατάθλιψη:** Η κατάθλιψη από μόνη της οδηγεί σε επαναλαμβανόμενες απόπειρες αυτοκτονίας μερικές από τις οποίες χαρακτηρίζονται ως σοβαρές απόπειρες.
- **Αυτοκτονικό ιδεασμό:** Ο ιδεασμός αυτός οδηγεί επίσης σε απόπειρες αυτοκτονίας.
- **Απουσία εμμήνου ρύσεως (αμμηνόρροια):** Η διαταραχή αυτή οδηγεί σε απώλεια οστού και οστεοπόρωση με αποτέλεσμα κατάγματα των σπονδύλων αλλά και των μακρών οστών(ισχία).
- **Οστική απώλεια:** Και αυτή η κατάσταση οδηγεί σε οστεοπόρωση και σε οστικά κατάγματα.
- **Περιορισμένη ανάπτυξη:** Λόγω της ανεπαρκούς πρόσληψης των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών όπως οι βιταμίνες η βουλιμική ασθενής οδηγείται σε ανεπαρκή ανάπτυξη όπως π.χ σε μικρό για την ηλικία της ύψος και πιθανώς αβιταμινώσεις.

- Νευρική βλάβη: Λόγω των αναπτυσσόμενων σπασμών από την έλλειψη βιταμινών όπως της βιταμίνης D καθώς και λόγω των εμφανιζόμενων ηλεκτρολυτικών διαταραχών εμφανίζονται μόνιμες ή παροδικές νευρικές βλάβες κυρίως στα άκρα χέρια.(πιθανή υποασβεστιαμία)
- Σπασμούς: Αυτοί οι σπασμοί οφείλονται σε ελαττωμένη πρόσληψη βιταμινών όπως και στις ηλεκτρολυτικές διαταραχές.
- Δυσπεψία: Εμφανίζεται λόγω της ανώμαλης πρόσληψης τροφής, δηλαδή της πρόσληψης μεγάλων ποσοτήτων τροφής κατά ακανόνιστα χρονικά διαστήματα καθώς και λόγω των επιχειρούμενων υπό της βουλιμικής ασθενούς εμέτων.
- Ανωμαλίες του παχέος εντέρου: Χαρακτηρίζονται από δυσκοιλιότητα λόγω των εμέτων αλλά και από διαρροϊκές κενώσεις λόγω της λήψης καθαρτικών.
- Τα προβλήματα των ούλων και των οδόντων δεν απουσιάζουν από κανέναν βουλιμικό που καταφεύγει στον έμετο: προσβολή του οδοντικού σμάλτου, αποκάλυψη οδόντων, υποχώρηση ούλων, εξαπλούμενη τερηδόνα, απασβέστωση.
- Ρήξη οισοφάγου: Μπορεί να προκληθεί κατά τη διάρκεια που η ασθενής επιχειρεί προκλητό έμετο.
- Αρτηριακή υπέρταση: Αναπτύσσεται λόγω της αυξημένης πρόσληψης τροφής και της μειωμένης άσκησης των ασθενών.
- Διαβήτης τύπου 2 : Αναπτύσσεται λόγω της υπερφαγίας, αλλά και της μειωμένης κινητικότητας των ασθενών.
- Νόσος της χοληδόχου: Εμφανίζεται λόγω της παχυσαρκίας αλλά και της ελαττωμένης κινητικότητας των ασθενών. (Mayo Clinic Staff Jan.15, 2008 for *Medical Education and Research*(MFMER) (www.mayoclinic.com/print/eatingdisorders/DS00294/DSECTION=all&METHOD...11/15/2008))

1.6 Αίτια βουλιμίας

Ανάμεσα στα πιθανά κυρίαρχα αίτια και αυτών της βουλιμίας είναι αγχώδεις καταστάσεις, συναισθηματική φόρτιση, ανία και περιβαλλοντογενείς αιτίες γύρω από την τροφή και το φαγητό, κατάχρηση οινόπνευματος, κατάχρηση ουσιών και εξάντληση. Η πείνα είναι μια μάλλον ασυνήθης αιτία για τους βουλιμικούς κύκλους.

Αν και η ακριβής αιτία για τη βουλιμία και τις άλλες διατροφικές διαταραχές παραμένει ασαφής, ορισμένοι παράγοντες που αναγνωρίζεται ότι παίζουν δυνητικά σημαντικό ρόλο στην αιτιοπαθογένειά τους, είναι οι ακόλουθοι: (Πίνακας1)

Πίνακας1: Παράγοντες που συμβάλλουν στην αιτιοπαθογένεια της βουλιμίας

1.Ψυχολογικοί
2.Ψυχοδυναμικοί
3.Κοινωνικομορφωτικοί
4.Γενετικοί
5.Αλληλεπιδράσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και των Γαστρεντερικών πεπτιδίων

Sadock,B.J.,and Sadock,V.A.Eating Disorders. In: Grebb,J.A., Pataki,C.S., and Sussman, N. Synopsis of Psychiatry. 10th Edition. Lippincott, Williams,&Wilkins; 2007: Chapter 23

- Ψυχολογικοί παράγοντες: Ανάμεσα σε αυτούς που αναφέρονται είναι οι δυσκολίες με την αυτοεκτίμηση και την αποτελεσματική αυτορύθμιση. Όμως είναι δύσκολο να οριστεί η προνοσολογική κατάσταση η οποία προδιαθέτει τα πρόσωπα να αναπτύξουν, κατόπιν, διατροφικές διαταραχές όπως η βουλιμία.
- Ψυχοδυναμικοί παράγοντες: Οι πάσχοντες από βουλιμία έχουν μειωμένο τον έλεγχο του υπερεγώ {superego} και την δύναμη του εγώ {ego} συγκριτικά προς ασθενείς με ανορεξία. Πολλοί ασθενείς έχουν ιστορικό δυσκολιών αποχωρισμού από αυτούς που τους φροντίζουν. Η προσπάθεια για την αποκοπή από μία μητριαρχική εικόνα, δημιουργεί μια αμφιταλάντευση για φαγητό. Οι πάσχοντες, με το να προσλαμβάνουν τροφή ίσως δείχνουν μια επιθυμία σύνδεσης με αυτούς που τους φροντίζουν. Και η κάθαρση δι'εμέτου

ίσως ασυναίσθητα, να εκφράζει μια επιθυμία για αποκοπή.(Kalapatapu R. K., 2008)

- Κοινωνικομορφωτικοί παράγοντες: Μία υπερβολική φροντίδα ως προς την σωματική εμφάνιση και μία υπερβολική ενασχόληση με τη λεπτή σωματική εμφάνιση φαίνεται ότι είναι κεφαλαιώδους σημασίας για αμφοότερες, τόσο την ψυχογενή ανορεξία όσο και την ψυχογενή βουλιμία. Μερικές ενδείξεις δείχνουν μία σχέση της ψυχογενούς βουλιμίας, ειδικότερα των επεισοδίων υπερφαγίας με τη μη αναστολή για τη λήψη τροφής.
- Γενετικοί παράγοντες: Αν και δεν έχουν ταυτοποιηθεί κληρονομούμενα σχήματα, μια οικογενής προδιάθεση φαίνεται να ενοχοποιείται για την ανάπτυξη γενικά των διατροφικών διαταραχών. Τα αποτελέσματα διπλών μελετών σε μονοζυγωτικούς και διζυγωτικούς διδύμους, δείχνουν ότι μια γενετική προδιάθεση στην αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών είναι πολύ ισχυρότερη στην ψυχογενή ανορεξία από ότι στην ψυχογενή βουλιμία.

Η πλέον πρόσφατη γενετική ανάλυση για την ψυχογενή βουλιμία δημοσιεύθηκε από τους Walter H. Kaye, Bernie Devlin, Nicole Barbarich et al (2004) στο *Wiley Interscience*. Ήταν μία διεθνής πολυκεντρική μελέτη που υποστηρίχθηκε από το ίδρυμα Price. Η μελέτη εξέτασε οικογένειες πασχόντων από ψυχογενή βουλιμία και ψυχογενή ανορεξία ούτως ώστε να ταυτοποιήσει αυτές τις γενετικές μεταβολές.

Όλοι οι πάσχοντες πληρούσαν τα τροποποιημένα κριτήρια για την ψυχογενή βουλιμία με ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας όπως καθορίζονται στην 4^η έκδοση του DSM-IV (1994). Όλοι οι νοσούντες συγγενείς πληρούσαν τα κριτήρια για ψυχογενή βουλιμία, ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία-ανορεξία ή διατροφικές διαταραχές μη κατατασσόμενες. Οι εξεταζόμενοι ασθενείς και οι νοσούντες συγγενείς εκτιμήθηκαν διαγνωστικά τόσο από εκπαιδευμένους εξεταστές, όσο και από δικές τους αυτοεκτιμήσεις. Δείγματα DNA ελήφθησαν από τους εξεταζόμενους, τους νοσούντες συγγενείς και τους βιολογικούς γονείς, όποτε αυτό ήταν δυνατό.

Αποτελέσματα: Εκτιμήθηκαν 163 πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία και 165 ασθενείς πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία-ανορεξία. Συνολικά υπήρξαν 365 ζευγάρια συγγενών διαθέσιμα για ανάλυση της συγγένειας. Από τους νοσούντες συγγενείς των πασχόντων από ψυχογενή βουλιμία 62 διαγνώστηκαν ως πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία (34,8%), 49 ως πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία-ανορεξία

(27,5%) 35 από ψυχογενή ανορεξία (19,7%) και 32 ως πάσχοντες από άλλες, μη καθοριζόμενες διατροφικές διαταραχές (18,0%). Μεταξύ των συγγενών των εξετασθέντων πασχόντων από ψυχογενή βουλιμία-ανορεξία οι 42 διαγνώστηκαν ως πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία (22,5%), 67 ως πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία-ανορεξία (35,8%), 48 ως πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία (25,7%) και 30 ως πάσχοντες από άλλες μη καθοριζόμενες διατροφικές διαταραχές (16,0%).

Συμπερασματικά η μελέτη αυτή αποτελεί τη μεγαλύτερη γενετική έρευνα για τις διατροφικές διαταραχές μέχρι σήμερα. Φαίνεται πιθανό ότι γενετικές διαταραχές συνδέονται με την παθογένεση τόσο της ψυχογενούς βουλιμίας όσο και της ψυχογενούς ανορεξίας. (Kaye W. H., Devlin B., Barbarich N., et al, 2004).

Αλληλεπιδράσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και των γαστρεντερικών πεπτιδίων: Φαίνεται ότι μία πολύπλοκη δυσλειτουργική αλληλεπίδραση υφίσταται μεταξύ ορεξιογόνων παραγόντων όπως είναι το νευροπεπτίδιο Y {NP-Y} και ανορεξιογόνων παραγόντων όπως η Χοληκυστοκινίνη {CCK} αλλά και με την βήτα ενδορφίνη. Οι ακριβείς λεπτομέρειες αυτής της αλληλεπίδρασης είναι υπό εντατική έρευνα ,αλλά διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν ότι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία έχουν φυσιολογικά επίπεδα νευροπεπτιδίου Y {NP-Y}, το οποίο αυξάνει μετά από επιτυχή θεραπεία. Επιπρόσθετα ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία έχουν μειωμένη βήτα-ενδορφίνη, φυσιολογική δυνορφίνη και χαμηλά επίπεδα χολοκυστοκινίνης {CCK}. Μειωμένη δράση του κεντρικού συστήματος σεροτονίνης φαίνεται ότι έχει ένα ρόλο στην ανάπτυξη της ψυχογενούς βουλιμίας. (Kalapatapu. R K., 2008)

2ο Κεφάλαιο

Διαιτολογική αντιμετώπιση

Η ψυχογενής βουλιμία και η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζονται από ένα πολύπλοκο σχήμα συμπεριφορών που στοχεύει στην επίτευξη απώλειας βάρους. Γι' αυτόν το λόγο ίσως είναι καλύτερα να αποκαλούνται, διαιτητικές διαταραχές, παρά διατροφικές διαταραχές. Σε αντίθεση με τους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, οι οποίοι είναι σοβαρά υποσιτιζόμενοι, οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία χαρακτηρίζονται από ένα προφανές φυσιολογικό βάρος ή είναι υπέρβαροι. Οι βουλιμικοί

ασθενείς έχουν ένα χαοτικό τρόπο διατροφής στον οποίο περίοδοι αυστηρού περιορισμού λήψεως τροφής εναλλάσσονται με επεισόδια καταβρόχθισης τροφής, βουλιμίας, ή υπερφαγίας. Οι ασθενείς αυτοί είναι δυνατόν να ασκούνται υπερβολικά αν και άσκοπα. Οι περισσότεροι βουλιμικοί ασθενείς χρησιμοποιούν επίσης εκκαθαριστικές συμπεριφορές, όπως ο έμετος ή η λήψη καθαρτικών για να αντισταθμίσουν την υπερφαγία. Αν και αυτές οι ανωμαλίες συμπεριφοράς είναι βασικές στην ψυχογενή βουλιμία σχετικά λίγη προσοχή έχει δοθεί στην βιβλιογραφία ως προς τον άμεσο χειρισμό και θεραπεία τους. Έτσι στην εντερική σίτιση πρέπει να γίνει περιγραφή του ρόλου των διατροφικών οδηγιών στην αποκατάσταση και βελτίωση της διατροφικής συμπεριφοράς των βουλιμικών ασθενών. (Flament M., Jeamnet P., 2006).

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

2.1 Εντερική σίτιση

Με τον όρο εντερική σίτιση στους βουλιμικούς ασθενείς περιγράφονται στην βιβλιογραφία δύο οδοί χορήγησης τροφής:

A. Η τροφή που χορηγείται από το στόματος. Αυτή η διατροφή καθορίζεται από κοινού από τον κλινικό ιατρό και τον διαιτολόγο. Σκοπό έχει να βοηθήσει τον ασθενή να διατηρήσει φυσιολογικό, κατά το δυνατό, σωματικό βάρος, αποφεύγοντας την κατάχρηση διουρητικών ή καθαρτικών ή ανορεξιογόνων παραγόντων καθώς και την υπερβολική σωματική άσκηση. Ο διαιτολόγος καθορίζει το είδος και την ποσότητα των τροφών που πρέπει να χορηγούνται δια αυτής της οδού για τη διατήρηση φυσιολογικού ισοζυγίου θερμίδων. **B. Εντερική τεχνητή διατροφή:** Με τον όρο εντερική τεχνητή διατροφή εννοούμε τη χορήγηση σε υγρή κατάσταση, όλων των θρεπτικών ουσιών σε τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα, μέσω ρινογαστρικών ή ρινογαστρεντερικών σωλήνων ή μέσω γαστροστομίας ή νησιδοστομίας. Ρινογαστρικός ή ρινογαστρεντερικός σωλήνας είναι εκείνος που μέσω της ρινός φτάνει μέχρι το στόμαχο ή μέχρι το έντερο αντίστοιχα. Γαστροστομία είναι η επέμβαση εκείνη με την οποία ο χειρουργός ανοίγει ένα στόμιο(οπή) στο στόμαχο του ασθενούς. Νησιδοστομία αντίστοιχα είναι το στόμιο(οπή) την οποία διανοίγει ο χειρουργός στο δεύτερο τμήμα του λεπτού εντέρου, τη νήστιδα. Τα διαλύματα της εντερικής διατροφής είναι δυνατόν να χορηγηθούν είτε από το στόμα,

είτε μέσω των ρινογαστρικών ή ρινογαστροεντερικών σωλήνων είτε τέλος μέσω των στομίων με ειδικούς σωλήνες διατροφής. (Παπαδημητρίου, I., 2001). Τα εντερικά διαλύματα διατροφής πρέπει να καλύπτουν τις ανάγκες των βουλιμικών ασθενών σε υδατάνθρακες, λίπη και πρωτεΐνες καθώς και σε βιταμίνες, ασβέστιο, σίδηρο και βιταμίνη D για την πρόληψη διαφόρων παθολογικών καταστάσεων όπως η αναιμία και η οστεοπενία. Οι ενεργειακές απαιτήσεις του οργανισμού καλύπτονται από υδατάνθρακες (4 cal/gr) και λίπη (9cal/gr) ενώ οι ημερήσιες απαιτήσεις σε πρωτεΐνη υπολογίζονται σε 0.8-1gr/kg σωματικού βάρους ημερησίως. (Παπαδημητρίου, I., 2001).

Όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία η εντερική τεχνητή διατροφή χορηγείται σε πολύ λίγους βουλιμικούς ασθενείς και ειδικότερα σε αυτούς που χαρακτηρίζονται από διάφορες αιτίες βαρέως πάσχοντες (Nutritional support in the critically ill). LM Bellini, MD., PE Parsons, MD., TO Lipman, MD., KC Wilson, MD., 2009). Οι βουλιμικοί αυτοί ασθενείς συνήθως οδηγούνται στην οξεία αυτή κατάσταση είτε από άρνηση λήψης τροφής λόγω βαρείας κατάθλιψης είτε από άλλους λόγους παθολογικούς με τους οποίους είναι δυνατόν να οδηγηθούν σε κώμα όπως επί παραδείγματι σε διαβητικό κώμα. (Bellini, L M, 2009)

2.2 Παρεντερική σίτιση

Η παρεντερική σίτιση και θρέψη εφαρμόζεται για να διατηρηθεί η μυϊκή μάζα των βουλιμικών ασθενών όταν αυτοί δεν σιτίζονται καθόλου δια της φυσιολογικής οδού. Τελευταία έχουν προσδιοριστεί οι θρεπτικές ανάγκες στις διάφορες παθολογικές καταστάσεις αλλά και στην ψυχογενή βουλιμία, συγκεκριμένα κατά τη φάση της αντιδραστικής βουλιμικής ανορεξίας. (Townsend C.M., Beauhamp R.C. & Mattox K.L., 1997)

2.2.α. Πρωτεΐνες

Οι πρωτεΐνες αποτελούν το σημαντικότερο θρεπτικό συστατικό και είναι οι θρεπτικές ουσίες από τις οποίες εξαρτώνται οι ενζυματικές καθώς και οι ανοσολογικές λειτουργίες του οργανισμού. Οι πρωτεΐνες είναι μοναδικές για τη σύνθεση των γονιδίων. Η σύνθεση και η αναδόμηση των πρωτεϊνών απαιτούν την κατανάλωση ενέργειας. Η αποδόμηση αποδίδει μόνο το 1/3 της ενέργειας που απαιτείται για τη σύνθεση. Έτσι η κινητοποίηση των πρωτεϊνών για ενέργεια είναι

ασύμφορη. Δια τον λόγο αυτό οι πρωτεΐνες πρέπει να χορηγούνται παρεντερικά. Δια των πρωτεϊνών χορηγούνται εις τον οργανισμό τα αμινοξέα. Τα αμινοξέα ομαδοποιούνται με βάση το ηλεκτρικό τους φορτίο και την πλευρική τους αλυσίδα. Διακρίνονται σε βασικά και μη βασικά αμινοξέα. Τα βασικά ή απαραίτητα αμινοξέα είναι εκείνα τα οποία ο άνθρωπος δεν μπορεί να συνθέσει και πρέπει να τα λάβει δια της τροφής. Αυτά είναι τα εξής οκτώ; βαλίνη, λευκίνη, ισολευκίνη, μεθειονίνη, φαινυλαλανίνη, θρεονίνη και τρυπτοφάνη. Η κυστεΐνη και η τυροσίνη είναι υπό συνθήκες απαραίτητα και συντίθενται από τα βασικά αμινοξέα μεθειονίνη και φαινυλαλανίνη αντίστοιχα. Η ιστιδίνη, η προλίνη, η υδροξυπρολίνη, η γλουταμίνη και η αργινίνη είναι επίσης απαραίτητα ιδιαίτερα όταν υπάρχουν αυξημένες ανάγκες όπως κατά την ανορεξική φάση των βουλιμικών ασθενών όπου υπάρχει πλήρης ασιτία. Δια τον λόγο αυτό πρέπει να χορηγούνται παρεντερικά, διότι οι χαμηλοί ρυθμοί σύνθεσης υπολείπονται των αυξημένων απαιτήσεων.

Οι βασικές αρχές της χορήγησης παρεντερικά αμινοξέων είναι για να πραγματοποιηθούν οι τρεις κύριες λειτουργίες των αμινοξέων που είναι :1) η σύνθεση πρωτεϊνών 2) οι καταβολικές αντιδράσεις που οδηγούν στην παραγωγή ουρίας από το άζωτο και διοξειδίου του άνθρακα από τον άνθρακα (τέτοιες αντιδράσεις οδηγούν είτε σε παραγωγή ενέργειας είτε σε αποθήκευση άνθρακα με τη μορφή υδατανθράκων ή/και λίπους) και 3) η σύνθεση των μη βασικών αμινοξέων και άλλων μικρομορίων όπως οι πουρίνες και οι πυριμιδίνες. (Alexander J.W., Mac Millan B.G., Stinnett J.D., et al,1980)

2.2.β Ρύθμιση των επιπέδων των αμινοξέων

Το ήπαρ παίζει ένα σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση των επιπέδων των αμινοξέων στο πλάσμα. Με τη χορήγηση ενός γεύματος παρατηρείται αιφνίδια άνοδος της συγκέντρωσης των αμινοξέων στο αίμα η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει σε ταχεία και μη επιθυμητή αύξηση της συγκέντρωσης των πρόδρομων νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου. Μόνο το 25% των προσλαμβανόμενων πρωτεϊνών φτάνουν στη συστηματική κυκλοφορία σαν ελεύθερα αμινοξέα. Το μεγαλύτερο μέρος (60%) μετατρέπεται σε ουρία, ένα μικρό ποσοστό 6% σε πρωτεΐνες του πλάσματος και το 14% γίνονται πρωτεΐνες του ήπατος. Εξαιτίας του υψηλού μεταβολισμού των ενδογενών πρωτεϊνών σε σχέση με την εξωγενή πρόσληψη, το μεγαλύτερο τμήμα της δεξαμενής των ελεύθερων αμινοξέων προέρχεται από τις ενδογενείς πρωτεΐνες. Τα επίπεδα των αμινοξέων του πλάσματος επηρεάζονται επίσης από την ανταλλαγή των αμινοξέων ανάμεσα στους σκελετικούς μύες, το έντερο και τα σπλάχνα. Στους μύς τα αμινοξέα διακλαδισμένης αλυσού, διαμινώνονται σε αλανίνη και γλουταμίνη. Η αλανίνη μετατρέπεται από το ήπαρ σε γλυκόζη και η γλουταμίνη διαμινώνεται σε αλανίνη από το έντερο, η οποία στη συνέχεια μεταφέρεται στο ήπαρ.

Από τις παραπάνω μεταβολικές αντιδράσεις γίνεται αντιληπτό το πόσο βασική είναι η σίτιση παρεντερικά των βουλιμικών ασθενών σε φάση ανορεξίας, για τη διατήρηση ασφαλούς σωματικού βάρους. Αυτό εξασφαλίζει βασικές λειτουργίες του σώματος όπως η αναπνευστική διότι δεν αδυνατίζουν πολύ οι αναπνευστικοί μύες, της καρδίας, διότι έτσι εξασφαλίζεται η καρδιακή λειτουργία αλλά και άλλων οργάνων όπως το ήπαρ και ο νεφρός, αφού ο νεφρός συμμετέχει στη νεογλυκογένεση. Επίσης με την εντερική σίτιση εξασφαλίζεται και η ανακύκλωση των πρωτεϊνών ,δεδομένου ότι ένας άνδρας 70 κιλών διαθέτει περίπου 10 ως 11 κιλά πρωτεΐνης. Η καθημερινή ανακύκλωση πρωτεϊνών ανέρχεται σε 250 ως 300 γραμμάρια ή 3%, διενεργείται κυρίως στο έντερο και οφείλεται σε εντερικά κύτταρα που αποπίπτουν και σε απεκκρινόμενα πεπτικά ένζυμα. Οι χορηγούμενες παρεντερικά πρωτεΐνες συντελούν ακόμη α) στη σύνθεση της πρωτεΐνης του πλάσματος β) στη σύνθεση της αιμοσφαιρίνης γ) στη σύνθεση των λευκών αιμοσφαιρίων και δ) στη σύνθεση των πρωτεϊνών του δέρματος. Συνολικά αποβάλλεται ημερησίως 0,34 γραμμάρια ολικής πρωτεΐνης ανά χιλιόγραμμο βάρους σώματος. Οι καθημερινές απαιτήσεις σε πρωτεΐνες ανέρχονται σε 0,8 γραμμάρια ανά χιλιόγραμμο βάρους σώματος ή σε 56 ως 60 γραμμάρια συνολικά.(Παπαδημητρίου,

I., 2001). Πρέπει να σημειωθεί ότι η καθημερινή πρόσληψη πρωτεΐνης σε μια δυτικού τύπου κοινωνία είναι διπλάσια(100-120 γραμμάρια).(Townsend C.M.,Beauhamp R.C.&Mattox K.L.,1997).

Με την παρεντερική σίτιση πρέπει να επιτυγχάνεται η επαρκής πρόσληψη θερμίδων.(Billiar T.R., Simmons R.L.,1996)

2.2.γ.Πηγές θερμίδων

Οι τρεις κύριες πηγές ενέργειας είναι οι πρωτεΐνες, οι υδατάνθρακες και τα λίπη. Τα αμινοξέα υπό φυσιολογικές συνθήκες είναι υπεύθυνα για το 15% της φυσιολογικής κατανάλωσης ενέργειας, με τα αμινοξέα διακλαδισμένης αλύσου να οξειδώνονται άμεσα σε φωσφορικά υψηλής ενέργειας χωρίς να μετατρέπονται πρώτα σε γλυκόζη, συνεισφέροντας στο 6-7% των ενεργειακών απαιτήσεων. Το υπόλοιπο 8 ως 9% προέρχεται από τη νεογλυκογένεση. Το 85% της κατανάλωσης ενέργειας προέρχεται από τους υδατάνθρακες και τα λίπη. Από αυτό, το 70-75% προέρχεται από τα λίπη, είτε μέσω άμεσης οξείδωσης είτε μέσω του μεταβολισμού του στο ήπαρ σε κετοσώματα. (Bower R.H., Cerra F.B., Bershadsky B, et al ,1995.)

2.2.δ. Υδατάνθρακες

Η γλυκόζη είναι η προτιμώμενη πηγή υδατανθράκων στην ολική παρεντερική διατροφή. Άλλοι υδατάνθρακες είναι η φρουκτόζη, η σορβιτόλη, η ξυλιτόλη και η γλυκερόλη. Ελάχιστα αποθέματα υδατανθράκων παραμένουν μετά από νηστεία 24 ωρών. Το γλυκογόνο του ήπατος εξαντλείται ενώ μπορεί να παραμείνουν μικρές ποσότητες γλυκογόνου στους μυς. Η πλήρης οξείδωση της γλυκόζης μέσα από τον κύκλο του Krebs, αποδίδει μεγαλύτερη ποσότητα φωσφορικών υψηλής ενέργειας σε σχέση με την ατελή οξείδωσή της σε γαλακτικό (αναερόβια γλυκόλυση).

Η χορήγηση γλυκόζης αποτελεί τον σημαντικότερο τρόπο διάσωσης των πρωτεϊνών με ελάχιστο όριο θερμίδων τις 400 ανά 24ωρο, σύμφωνα με την κλασσική πια εργασία του Gamble. Χορήγηση 1800 θερμίδων σε ασθενείς που βρίσκονται σε νηστεία στη φάση ηρεμίας ελαχιστοποιεί την πρωτεϊνόλυση , ιδιαίτερα μετά την περίοδο προσαρμογής. Η γλυκόζη προλαμβάνει το 50% της πρωτεϊνόλυσης, ενώ στη συνέχεια απαιτείται η χορήγηση αμινοξέων. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια, τα λευκά

αιμοσφαίρια και τα κύτταρα του κεντρικού νευρικού συστήματος χρησιμοποιούν γλυκόζη.

Οι βλαπτικές επιδράσεις της υπερβολικής χορήγησης γλυκόζης περιλαμβάνουν την ηπατική στεάτωση. Επίπεδα γλυκόζης αίματος μεγαλύτερα από 300 mg/dl επηρεάζουν αρνητικά τη λειτουργία των ουδετεροφίλων. Τέλος οι άλλες πηγές υδατανθράκων δεν χρησιμοποιούνται συχνά στην παρεντερική σίτιση.

2.2.ε. Το λίπος σαν θερμιδική πηγή

Κατά την αστία σε ηρεμία το λίπος παρέχει τον όγκο των θερμίδων με τη μορφή κετοσωμάτων, τα οποία κατασκευάζονται από το ήπαρ, από λιπαρά οξέα μακράς αλυσού. Η λιπόλυση προάγεται από τα στεροειδή, τις κατεχόλες, τη γλυκαγόνη και κάποιες κυτταροκίνες και αναστέλλεται πολύ εύκολα από την ινσουλίνη. Κατά το stress διενεργείται σημαντικού βαθμού λιπόλυση. Στις ΗΠΑ το 25-45% των θερμίδων προέρχεται από το λίπος. (Townsend C.M., Beauhamp R.C, Mattox K.L.,1997). Το λίπος παραλείπεται από το διάλυμα της πρώιμης παρεντερικής σίτισης λόγω της απουσίας ενός ασφαλούς γαλακτώματος. Όταν έγινε σαφές ότι η χορήγηση πλάσματος δύο φορές εβδομαδιαίως ήταν ανεπαρκής πηγή μεταλλικών ιχνοστοιχείων και βασικών λιπαρών οξέων, στα διαλύματα προστέθηκε λίπος για την κάλυψη του 4% των θερμίδων ώστε να προληφθεί η έλλειψη των βασικών λιπαρών οξέων. Σήμερα το λίπος χρησιμοποιείται τόσο ως θερμιδική πηγή όσο και ως πηγή βασικών λιπαρών οξέων. Επειδή τα λιπαρά οξέα αποτελούν πρόδρομες ουσίες των προσταγλανδινών, χορηγούνται, εναλλακτικά λίπη με διαμόρφωση ω-3, ώστε να προαχθεί η παραγωγή προσταγλανδίνης E3 (PGE3) αντί PGE2. Έτσι είναι δυνατή η τροποποίηση της φλεγμονώδους και της ανοσολογικής απάντησης.

Υπό φυσιολογικές συνθήκες ή σε μέτριο οξειδωτικό stress τόσο το λίπος όσο και οι υδατάνθρακες μπορούν να χρησιμοποιούνται εξίσου για τη διατήρηση του ισοζυγίου του αζώτου. Η ηπατική πρωτεϊνοσύνθεση συνεχίζεται κανονικά όταν το 25% των μη πρωτεϊνικών θερμίδων προέρχεται από το λίπος.

2.2.στ. Μελέτες βουλιμικών ασθενών σχετικά με την εντερική και την παρεντερική σίτιση.

Οι περισσότερες μελέτες έχουν γίνει κατά την εφηβεία διότι οι διαταραχές στις διατροφικές συμπεριφορές μπορούν να θεωρηθούν ως οι τυπικές παθολογίες της εφηβείας. Κατά την εφηβεία η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται συνήθως μεταξύ 14 και 17 ετών ενώ η ψυχογενής βουλιμία μεταξύ 15 και 18 ετών. (Russel,G., 1979; Hsu, L.K.και συν. 1979; Casper,R.C., και συν.1980). Ευρέως διαδεδομένη φαίνεται να είναι η άποψη ότι αυτές οι διαταραχές εμφανίζονται με όλο και μεγαλύτερη συχνότητα στο δυτικό κόσμο. Εκεί κατά συνέπεια έχουν γίνει και οι περισσότερες μελέτες.

Στη μελέτη των Whitaker J.S. και συν.(1989) όπου συμμετείχαν 2544 νεαρές έφηβοι από 13-18 ετών το 7,6% του συνολικού δείγματος πληρούσε όλα τα κριτήρια του DSM-III για την ψυχογενή ανορεξία εκτός από εκείνο που αφορούσε το σωματικό βάρος. Ανάμεσα στις 622 εφήβους που βρίσκονταν στο κατώτερο τεταρτημόριο του Δείκτη Μάζας Σώματος (24,4% του συνολικού δείγματος) το 49% επιθυμούσε να χάσει βάρος, το 10% θεωρούσε τον εαυτό του πολύ παχύ, το 10% φοβόταν μήπως πάρει βάρος, το 12% φοβόταν ότι φαινόταν παχύ και το 34% είχε κάνει δίαιτα κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους. Καμία από τις ασθενείς δεν υπεβλήθη σε παρεντερική σίτιση.

Η μελέτη των Ferrero F. και συν.(1987) επιβεβαιώνει αυτά τα δεδομένα εκτιμώντας τη συχνότητα των διατροφικών διαταραχών σε έναν πληθυσμό φοιτητριών σε δείγμα 1594 φοιτητριών ηλικίας 20-30 ετών, το 48% επιθυμούσε να χάσει βάρος, το 55% παρουσίασε επεισόδια αιφνίδιας λαιμαργίας, το 20.5% ακολουθούσε δίαιτα αδυνατίσματος, το 3.8% έπαιρνε ανορεξιογόνα φάρμακα, το 2.3% χρησιμοποιούσε διουρητικά και το 2.6%κατέφευγε σε προκλητούς εμέτους.

Στην εποχή μας πολλές έφηβοι ακολουθούν δίαιτες αδυνατίσματος. Πολλές εκφράζουν έντονες ανησυχίες για τη διατροφή και το σώμα τους. Ελάχιστες όμως θα εξελιχθούν προς την ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία. Κατά συνέπεια δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες μελέτες οι οποίες να δείχνουν την ευεργετική δράση της εντερικής ή της παρεντερικής σίτισης. Στο ευνοϊκό αυτό αποτέλεσμα από την εφαρμογή των δύο αυτών μεθόδων σίτισης στους βουλιμικούς ασθενείς, οδηγούμαστε από την εφαρμογή των μεθόδων αυτών στους χειρουργικούς ασθενείς οιασδήποτε αιτιολογίας. (Townsend C.M., Beauhamp R.C., Mattox K.L., 1997).

2.3 Εκπαίδευση γύρω απ' την ενεργειακή πρόσληψη (γύρω απ' την διατροφική πυραμίδα)

Η διατροφική προσέγγιση της βουλιμικής (και της ανορεξικής) παθολογίας, παρόλο που δύσκολα μπορεί να αξιολογηθεί ως προς τη μεμονωμένη αποτελεσματικότητά της, αξίζει να προτείνεται συχνότερα στους ασθενείς, σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές μεθόδους. Χρειάζονται ωστόσο περαιτέρω έρευνες. Η ίδια η διατροφική προσέγγιση είναι πολυδιάστατη. Εκτός από τη συνιστώσα της συμπεριφοράς (τροποποίηση των παθογόνων συμπεριφορών) και τη γνωσιακή συνιστώσα (τροποποίηση των σημαντικών δυσλειτουργικών γνωστικών στοιχείων που αφορούν στο σώμα και τη διατροφή) περιλαμβάνει και μια αντικειμενική σωματική διάσταση (διόρθωση των ελλειμμάτων βάρους και διατροφής και των ενδοκρινικών ελλειμμάτων) και μία υποκειμενική διάσταση: λαμβάνει υπόψη επίσης την κακομεταχείριση του σώματος, την απέχθεια, τον αποκλεισμό μέχρι και την άρνηση του τελευταίου. Αυτό πραγματοποιείται με την εφαρμογή μιας κατάλληλης διατροφής και μιας νέας σωματικής υγιεινής, υποστηρίζεται ο στόχος της ναρκισσιστικής επανεπένδυσης του σώματος και της βελτίωσης της εικόνας του σώματος. Χρήσιμη όμως είναι η εκπαίδευση γύρω από τη διατροφική πυραμίδα με συγκεκριμένες οδηγίες όπως:

Διαιτητικές οδηγίες για τη διατροφική πυραμίδα

Ο διαιτολόγος πρέπει να δίνει τις παρακάτω οδηγίες διατροφής στους βουλιμικούς ασθενείς:

- 1) Να γίνεται κατανάλωση τροφών πλούσιων σε λιπαρά οξέα όπως λιπαρά ψάρια (σολωμός, τόνος, πέστροφα, ρέγγα, σκουμπριά) καθώς και ελαιόλαδο και πράσινα φυλλώδη λαχανικά ή κατά προτίμηση η λήψη συμπληρωμάτων με τις παραπάνω ουσίες.
- 2) Χρησιμοποίηση μονοακορέστων ελαίων όπως το ελαιόλαδο σαν κύρια πηγή λιπών.

- 3) Σύσταση για κατανάλωση επτά ή και περισσότερων μερίδων φρούτων και λαχανικών κάθε ημέρα.
- 4) Σύσταση για κατανάλωση περισσότερων φυτικών πρωτεϊνών στις οποίες περιλαμβάνονται τα όσπρια.
- 5) Αποφυγή των κορεσμένων λιπών με την επιλογή άπαχου κρέατος και γαλακτοκομικών προϊόντων με χαμηλά λιπαρά.
- 6) Αποφυγή ελαίων όπως το αραβοσιτέλαιο, το ηλιέλαιο, το σογιέλαιο και το βαμβακέλαιο.
- 7) Μείωση της πρόσληψης trans-λιπαρών οξέων, αύξηση της κατανάλωσης λαχανικών και ελάττωση της πρόσληψης μαργαρίνης, των διαφόρων γλυκών του εμπορίου, του φυτικού μαγειρικού λίπους καθώς και των περισσότερων έτοιμων μικρών γευμάτων, των ετοιμών μειγμάτων και των πρόχειρων φαγητών.

Λίπος και αδυνάτισμα

- Σε αντίθεση με την πεποίθηση που επικρατεί, η κατανάλωση λίπους δεν παχαίνει, εκτός αν γίνεται η πρόσληψη πολύ μεγάλης ποσότητας θερμίδων ή κατανάλωση ακατάλληλων ειδών λιπών.
- Το βάρος μπορεί να μειωθεί ακόμα κι αν εφαρμοστεί μια δίαιτα υψηλών λιπαρών, υπό την προϋπόθεση ότι θα ελαττωθούν οι θερμίδες που λαμβάνονται.
- Η διατροφή με μια δίαιτα χαμηλών λιπαρών και πολλών υδατανθράκων δεν θα ενισχύσει τον μεταβολισμό, ούτε θα διευκολύνει ώστε να ξοδευτούν θερμίδες.
- Η διατροφή με μια δίαιτα πολύ χαμηλών λιπαρών μπορεί να μετατρέψει τον οργανισμό σε μηχανή παραγωγής λίπους η οποία μάλιστα θα παράγει κορεσμένο λίπος.
- Η διατροφή με υποκατάστατα λίπους δημιουργεί σφοδρή επιθυμία για πραγματικά λίπη.
- Στους ασθενείς συνιστάται η κατανάλωση περισσότερης τροφής στο πλαίσιο μιας δίαιτας χαμηλών λιπαρών και πολλών υδατανθράκων υπό την προϋπόθεση ότι θα περιοριστούν σε τρόφιμα ογκώδη, πλούσια σε σύνθετους υδατάνθρακες όπως είναι τα φρούτα και τα λαχανικά. Τα μπισκότα, τα

κρακεράκια, τα κέικ και τα παγωτά με χαμηλά ή καθόλου λιπαρά δεν παρέχουν τον όγκο που χρειάζεται το άτομο για να ικανοποιηθεί η όρεξή του με αποτέλεσμα να παίρνει υπερβολικά πολλές θερμίδες.(Flament M. & Jeammet P.,2006, Golay A,et al,1996).

2.4 Ρόλος του διαιτολόγου

Ο διαιτολόγος πρέπει:

1. Να προσδιορίζει το ιστορικό της διατροφικής διαταραχής.
2. Να διαπιστώνει τη σοβαρότητα της διατροφικής διαταραχής.
3. Να προσδιορίζει το Δείκτη Μάζας Σώματος(BMI).
4. Να συστήνει τις μεθόδους ελέγχου του βάρους.
5. Να διαπιστώνει τις συνοδές διαταραχές.
6. Να συνεργάζεται με τους ειδικούς για την κοινωνική-επαγγελματική προσαρμογή των ασθενών.
7. Να συνεργάζεται με τους ειδικούς γιατρούς για τη διατροφή των βουλιμικών ασθενών.

Έτσι ο διαιτολόγος πρέπει να προσδιορίζει την ηλικία έναρξης των διατροφικών προβλημάτων και μάλιστα την ηλικία έναρξης της ψυχογενούς βουλιμίας. Συνήθως οι κρίσεις της βουλιμίας αποκρύπτονται από τον άμεσο οικογενειακό περίγυρο συχνότερα στις χρόνιες παρά στις πρόσφατες μορφές. Για τον λόγο αυτό ο διαιτολόγος πρέπει να είναι σε θέση να διαπιστώνει άμεσα τη σοβαρότητα της διατροφικής διαταραχής.

Τα σωματομετρικά δεδομένα καταδεικνύουν την διατήρηση ενός αποτελεσματικού ελέγχου του βάρους μέσα στον χρόνο. Πράγματι ο μέσος BMI κατά την εποχή της ιατρικής εξέτασης αν και πιο υψηλός στις χρόνιες μορφές απ' ότι στις πρόσφατες παραμένει εντός φυσιολογικών ορίων. Από την αρχή της ενηλικίωσης, ο μέσος ελάχιστος BMI και ο μέσος μέγιστος BMI είναι σημαντικά υψηλότεροι στις χρόνιες απ'ότι στις πρόσφατες μορφές. Ο διαιτολόγος πρέπει να συμβάλλει με την παρέμβαση στο σωματικό βάρος κατά περίπτωση στη δημιουργία επιθυμητών BMI στους βουλιμικούς ασθενείς.

Στις μεθόδους ελέγχου του σωματικού βάρους περιλαμβάνονται η σωματική άσκηση, η σωματική άσκηση για αδυνατίσμα και η δίαιτα αδυνατίσματος. Με όλα αυτά ασχολείται ο διαιτολόγος σε συνεργασία με τον κλινικό ιατρό. Με αυτή τη

συνεργασία ο διαιτολόγος συμβάλλει αποφασιστικά στον έλεγχο του σωματικού βάρους των βουλιμικών ασθενών. Στις περιπτώσεις κλινικών ενδείξεων χορήγησης φαρμάκων την ευθύνη αυτή έχει αποκλειστικά ο κλινικός ιατρός όπως πχ. σε βουλιμικούς ασθενείς με οιδήματα των κάτω άκρων από καρδιακή ανεπάρκεια. Ο ιατρός πρέπει να χορηγεί διουρητικά για την απαλλαγή των ασθενών από την κατακράτηση υγρών με σκοπό τη βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας που προκύπτει από τη μείωση ή εξαφάνιση των οιδημάτων. Επίσης σε περιπτώσεις μεγάλης δυσκοιλιότητας χορηγούνται καθαρτικά για τη ρύθμιση των κενώσεων του εντέρου και όχι για αδυνάτισμα. Τέλος, ανορεξιογόνα φάρμακα χορηγούνται αποκλειστικά και μόνον από τον κλινικό ιατρό, όχι για αδυνάτισμα αλλά σαν μία προσπάθεια μείωσης της υπερβολικής όρεξης των ασθενών εφόσον τα φάρμακα αυτά δεν προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες (Flament M. & Jeammet P.,2006; Middleman A.B., 2009).

2.5 Ο ρόλος του διαιτολόγου στην διαχείριση βουλιμικών ασθενών μετά από υπερβαρική χειρουργική

A. Άμεση διαιτητική αντιμετώπιση (Αμέσως μετά την χειρουργική επέμβαση και μέχρι περίπου 12 εβδομάδες μετά από αυτήν).

Καθώς ο αριθμός των βουλιμικών ασθενών αυξάνεται τόσο στις ΗΠΑ όσο και παγκοσμίως αυξάνεται και η παχυσαρκία που έχει σαν αίτιο τη βουλιμία. Έτσι αυξάνεται και ο αριθμός των ασθενών με κλάση III παχυσαρκία (δείκτης σωματικής μάζας (BMI) μεγαλύτερη από 40 kg/m²). Κατά συνέπεια αυξάνεται και η συχνότητα των χειρουργικών επεμβάσεων, που στοχεύουν στη μείωση του σωματικού βάρους. Η χειρουργική αυτή αντιμετώπιση των παχύσαρκων ασθενών συμπεριλαμβανομένων των βουλιμικών αποτελεί την υπερβαρική χειρουργική. (Flegal, K.M. 2002; Balsiger B.M, 2000). Ο συνολικός αριθμός των επεμβάσεων αυτού του τύπου εκτιμάται ότι είναι μεγαλύτερος των 170.000 περιπτώσεων το 2006 στις ΗΠΑ. Μετά την υπερβαρική χειρουργική επέμβαση οι βουλιμικοί ασθενείς εμφανίζουν αλλαγές στις διατροφικές συμπεριφορές με αποτέλεσμα να απαιτείται αυτό που αποκαλείται διατροφική διαχείριση (nutritional management)

Η διατροφική διαχείριση διακρίνεται A) Στην άμεση μετεγχειρητική δίαιτα που αρχίζει αμέσως μετά την επέμβαση και B) Στην μακροχρόνια διαιτητική

αντιμετώπιση. Η άμεση μετεγχειρητική διαίτα αρχίζει με τη χορήγηση υγρών στον χειρουργηθέντα βουλιμικό ασθενή ώστε να αποφευχθεί η πρόκληση τραυματισμών των χειρουργηθέντων τμημάτων του στομάχου και ακολουθείται από τη χορήγηση τροφών. Ένα τυπικό πρόγραμμα πρέπει να περιλαμβάνει:

- Χορήγηση υγρών ελευθέρων σακχάρου (30 ml κάθε δύο ώρες όσο ο ασθενής είναι ξύπνιος).
- Μία ημέρα μέχρι δύο εβδομάδες μετεγχειρητικά χορήγηση ειδικών υγρών διαίτης υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνη. Ο διαιτολόγος πρέπει να συνεργάζεται με τον χειρουργό ιατρό ούτως ώστε να επιτυγχάνεται ο κύριος στόχος αυτής της διαιτητικής περιόδου ο οποίος είναι η παροχή επαρκούς ποσότητας υγρών και πρωτεϊνών χωρίς τη λήψη στερεών τροφών προς αποφυγή επιπλοκών.
- Δύο ως τέσσερις εβδομάδες μετεγχειρητικά ο διαιτολόγος χορηγεί μαλακή διαίτα. (πχ. γιαούρτι, σούπες, τυρί cottage, αυγά, μαλακά λαχανικά). Οι ασθενείς πρέπει να διδαχθούν ούτως ώστε να καταναλώνουν 1-1.5 γραμμάρια πρωτεϊνών ανά χιλιόγραμμο ιδανικού σωματικού βάρους (περίπου 73 γραμμάρια πρωτεϊνών ημερησίως). Οι ασθενείς θα πρέπει γενικά να τρώνε τέσσερις ως έξι φορές την ημέρα και να πίνουν νερό και υγρά χωρίς ζάχαρη (Still C.D., 2005)
- Τέσσερις ως έξι εβδομάδες μετεγχειρητικά πρέπει να χορηγείται από τον διαιτολόγο η ονομαζόμενη μεταβατική διαίτα. (π.χ μικρές φέτες κρέατος, μικρά κομμάτια τυριού, σαλάτες και φρούτα), επιπρόσθετα προς τη μαλακή διαίτα.
- Έπειτα από έξι εβδομάδες ο διαιτολόγος σε συνεργασία με τον χειρουργό μπορεί να χορηγήσει στον χειρουργηθέντα βουλιμικό ασθενή στερεή τροφή σε κάθε γεύμα. Οι μερίδες πρέπει όμως να παραμένουν μικρές και να προστίθενται και δύο σνακς στη συνολική διαίτα για να αποφευχθεί η ταχεία απώλεια σωματικού βάρους. Ο διαιτολόγος επίσης πρέπει να διδάξει τους ασθενείς να μάθουν να μασούν καλά την τροφή. Βαθμιαία προστίθενται στη διαίτα και τροφές που απαιτούν όμως προσοχή γιατί μπορεί να προκαλέσουν έλλειψη διαιτητικής ανοχής οι οποίες είναι:
 - Κόκκινα κρέατα
 - Ρύζι
 - Καλαμπόκι

- Ψωμί
- Φρούτα με σπόρους (πχ. Φράουλες, βατόμουρα)
- Τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος

Σε αυτή τη φάση πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα οι ασθενείς οι οποίοι έχουν την τάση να δοκιμάσουν από μόνοι τους περισσότερο ελκυστικές τροφές. (Still,C.D., 2005)

B. Μακροχρόνια διαιτητική αντιμετώπιση (Από δώδεκα εβδομάδες μετά την χειρουργική επέμβαση και για χρονικό διάστημα τριών μηνών).

Ο πλέον σημαντικός ρόλος του διαιτολόγου στη διαχείριση των μακροχρονίων διαιτητικών συμπεριφορών των βουλιμικών ασθενών μετά από την υπερβαρική χειρουργική είναι στην προσπάθεια που πρέπει να καταβληθεί ούτως ώστε να πεισθούν οι ασθενείς: α)να τρώνε μικρές μερίδες φαγητών και β)να μην ξεπερνούν τις 1000 kcal ανά ημέρα καταναμεμημένες σε τρία ως έξι γεύματα ημερησίως για μία περίοδο τριών μηνών. Και αυτό, διότι η γαστρική παράκαμψη (Gastric bypass) δεν μπορεί να ανεχθεί μεγαλύτερους όγκους τροφής από 30 κυβικά εκατοστά κάθε φορά, οι οποίοι απαιτούνται για τη χορήγηση περισσοτέρων θερμίδων. (Boan I., 2009). Μέχρι να επανέλθει ο ασθενής σε λήψη 1800 θερμίδων ημερησίως χορηγούνται συμπληρωματικά βιταμίνες, ασβέστιο και σίδηρος. (Boan I.,2009). Βαθμιαία οι ασθενείς πρέπει να οδηγούνται σε διαιτητικά προγράμματα ούτως ώστε να διατηρούν σταθερό το βάρος τους αναλόγως προς την ηλικία, φύλο και σωματικές τους δραστηριότητες.(Jarol B., 2009).

2.6 Ο ρόλος του διαιτολόγου στην αντιμετώπιση των βουλιμικών ασθενών

2.6.α.Γενικές προσεγγίσεις:

Υπάρχουν πολύ περισσότερες ομοιότητες από ότι διαφορές μεταξύ της διατροφικής θεραπείας στην ψυχογενή βουλιμία και σε αυτήν της ψυχογενούς ανορεξίας. (Beumont,P.J., O'Connor,M.E., Touyz,S.W. & Lennerts,W., 1990). Ακριβώς όπως η ανεπάρκεια ενέργειας έχει οδηγήσει σε απίσχναση τους ανορεξικούς ασθενείς κατά τον αυτό τρόπο έχει οδηγήσει σε ένα χαοτικό τρόπο διατροφής τους

βουλιμικούς ασθενείς, με περιόδους αυστηρού περιορισμού λήψης τροφής εναλλασσομένων από περιόδους αντισταθμιστικής βουλιμίας ή υπερφαγίας. Οι βουλιμικοί ασθενείς έχουν ένα σχετικά φυσιολογικό βάρος και δεν χρειάζεται να ενταχθούν σε ένα πρόγραμμα αύξησης του σωματικού βάρους, αλλά χρειάζεται να επανακτήσουν φυσιολογική και χαλαρή πρόσληψη τροφής, να αποφύγουν περιοριστικές πρακτικές και να μάθουν να ανέχονται ένα σωματικό βάρος που μπορεί να είναι σημαντικά υψηλότερο από ότι θα επιθυμούσαν.

Οι διατροφικές οδηγίες για την εντερική σίτιση πρέπει να παρέχονται νωρίς στην πορεία της θεραπείας.(Garner D.M., Garfinkel P.E., 1997) .Οι βουλιμικοί ασθενείς απαιτείται να επανακτήσουν τον έλεγχο πάνω στη χαοτική λήψη τροφής πριν να οδηγηθούν σε ψυχοθεραπεία. Οι βουλιμικοί βλέπουν το πρόβλημά τους πρωταρχικά σαν πρόβλημα υπερφαγίας και δεν αντιλαμβάνονται ότι η επεισοδιακή υπερφαγία είναι κατά μεγάλο μέρος μία απάντηση στον υπερβολικό διατροφικό περιορισμό. Έχουν πολλούς φόβους και λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με την τροφή και τον έλεγχο του βάρους τα οποία πρέπει να ταυτοποιηθούν και να διορθωθούν. Πιστεύουν ακράδαντα ότι θα αποκτήσουν πάχος αν λαμβάνουν κανονικά γεύματα ή τροφές υψηλής θερμιδικής αξίας. Συχνά η διατροφή τους έχει ξεφύγει για όσο διάστημα έχουν χάσει την ικανότητα να τρέφονται φυσιολογικά. Επίσης χρειάζεται να μάθουν τις απαντήσεις σε βασικές ερωτήσεις όπως: τί είναι η πείνα? Πότε πρέπει να φάω? Πόση τροφή είναι αρκετή? Και τι είναι η φυσιολογική διατροφή? (Abraham,S.F. & Beumont,P.J., 1982).

Ο διαιτολόγος πρέπει να πάρει ένα λεπτομερές διαιτητικό ιστορικό και να διερευνήσει πλήρως τις τροφικές συμπεριφορές του ασθενούς, την διαιτητική του γνώση καθώς και τις συμπεριφορές του προς την τροφή. Σε απάντηση των διαμαρτυριών του ασθενούς ότι το πρόβλημα είναι της υπερφαγίας ο διαιτολόγος τονίζει ότι αυτό δεν είναι παρά μία πλευρά ενός πολύπλοκου τρόπου άστατης διατροφής. Επίσης τονίζεται ότι ο επίμονος και υπερβολικός διαιτητικός περιορισμός είναι η κύρια διαταραχή αυτής της διατροφικής διαταραχής της βουλιμίας. Η υπερφαγία είναι μία απάντηση σε ένα μη ρεαλιστικό περιορισμό και αυτός, ο υπερφαγίας, είναι στην πραγματικότητα, ένας ανεμπόδιστος φαγάς. Εάν ο ασθενής πεισθεί να εγκαταλείψει τις περιοριστικές τροφικές πρακτικές και να επαναρχίσει κανονική και φυσιολογική λήψη τροφής, η επιθυμία για υπερφαγία βαθμιαία εξαφανίζεται.

Η γραμμή μεταξύ της ψυχογενούς βουλιμίας και της ψυχογενούς ανορεξίας είναι πολύ λεπτή. Πολλοί βουλιμικοί ασθενείς έχουν ελαφρά χαμηλότερο βάρος, αν και δεν είναι τόσο αδύνατοι ώστε να γίνεται η διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας ούτε θεραπεία με ένα πρόγραμμα διαιτητικής επανόρθωσης. Άλλοι είναι υπέρβαροι και προσπαθούν για χρόνια να χάσουν βάρος με δίαιτα. Η συνεχής δίαιτα αποκλείει την επάνοδο σε φυσιολογικές διαιτητικές πρακτικές. Για τον λόγο αυτό ο διαιτολόγος πρέπει να ενθαρρύνει τους βουλιμικούς ασθενείς να μην εστιάζουν την προσοχή τους στη διατήρηση ενός ορισμένου βάρους, αλλά αντιθέτως να δέχονται ότι ένα υγιές βάρος είναι το βάρος που διατηρούν όταν διατρέφονται με μία υγιή δίαιτα και είναι λογικά δραστήριοι. Βέβαια αυτό είναι δύσκολο για ασθενείς προκατειλημμένους με το βάρος, να το αποδεχθούν. Μέρος της ικανότητας του διαιτολόγου είναι να το παρουσιάζει επίμονα και πειστικά.

Μεταξύ επεισοδίων υπερφαγίας οι ασθενείς με βουλιμία όχι μόνο περιορίζουν την ποσότητα του φαγητού που τρώνε αλλά αποφεύγουν τελείως τροφές που θεωρούνται μη υγιείς ή επίφοβες δηλαδή τροφές που περιέχουν πολλές θερμίδες (Touyz et al.,1994). Οι τροφές αυτές είναι εκείνες που λαμβάνουν κατά τη διάρκεια της υπερφαγίας. Ο θεράπων διαιτολόγος προσπαθεί να αλλάξει αυτήν την κακώς εννοούμενη τελειότητα σχετικά με το φαγητό. Φυσιολογικό φαγητό δεν σημαίνει το να τρώει κάποιος μόνο, υγιείς τροφές, σημαίνει την πρόσληψη μικρών και ισορροπημένων τροφών που περιέχουν τα αναγκαία θρεπτικά υλικά αλλά και επαρκείς θερμίδες για τις ανάγκες του σώματος. Σημαίνει επίσης το να γίνει δεκτή μια δίαιτα, αρκετά καλή σε σχέση με την επαναλαμβανόμενη αποτυχία, για τη διατήρηση μιας μη ρεαλιστικής, τελειομανούς, δίαιτας. Το ποσόν της τροφής που χρειάζεται για την αντιμετώπιση των καθημερινών ενεργειακών απαιτήσεων είναι μεγαλύτερο από αυτό που χρειάζεται για τις στοιχειώδεις διατροφικές απαιτήσεις έτσι ώστε η καλή υγεία επιτυγχάνεται με τη συμπλήρωση μιας διατροφής αποτελούμενης από α)λογικά θρεπτικές τροφές και β)από την επιλογή μερικών υψηλής ενέργειας χαμηλότερης όμως διατροφικής αξίας τροφών. Εάν οι ασθενείς μπορεί να πειστούν να τρώνε μικρές ποσότητες τροφών υψηλής ενέργειας κατά αραιά χρονικά διαστήματα είναι λιγότερο πιθανόν να εμφανίσουν υπερφαγία αυτών των τροφών αργότερα. Οι βουλιμικοί ασθενείς πείθονται να διατηρήσουν ένα καθορισμένο διατροφικό σχήμα και να μη προσπαθούν να αντισταθμίσουν τα επεισόδια της βουλιμίας με επιπλέον περιορισμό της τροφής ή εκκαθάριση με εμέτους. Κάθε

ασθενής λαμβάνει επίσης ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την διατροφή, και εάν είναι δυνατό ένα κατάλληλο υπεύθυνο μέλος της οικογένειας συμμετέχει στις συνεντεύξεις-συναντήσεις του διαιτολόγου με τον πάσχοντα.

Συχνά γίνεται κατάχρηση καθαρτικών όσο και τροφών που αυξάνουν τον αριθμό των κενώσεων του εντέρου (όπως είναι τα δαμάσκηνα, τα σύκα κ.α.). Απαιτείται όμως έμφαση ώστε να πειστούν οι βουλιμικοί να αποφεύγουν την κατάχρηση των φαρμακευτικών καθαρτικών. Επίσης ο διαιτολόγος πρέπει να ενημερώνει τους βουλιμικούς ασθενείς για τους κινδύνους που προκύπτουν από την κατάχρηση των φαρμακευτικών καθαρτικών ουσιών και να τονίζεται στους ασθενείς η σημασία που έχει για την φυσική υγεία η απώλεια του σωματικού βάρους με φυσικές προσεγγίσεις όπως είναι α) η μείωση των προσλαμβανομένων τροφών και β) η φυσιολογική άσκηση. Εάν οι ασθενείς ακολουθούν όλες αυτές τις οδηγίες σε λίγες ημέρες αρχίζουν να αισθάνονται καλύτερα. Όταν συμβαίνει αυτό ο διαιτολόγος πρέπει να τονίζει ότι πολλά από τα συμπτώματα του ασθενούς ήταν τα άμεσα αποτελέσματα της μειωμένης διατροφής. Η επανάληψη φυσιολογικών γευμάτων και η διακοπή των εκκαθαρίσεων οδηγούν μόνο σε μία μικρή αύξηση του βάρους. (συνήθως ένα έως τρία κιλά). Η ενυδάτωση του ασθενούς πρέπει να είναι συνεχής έστω και αν ο ασθενής λαμβάνει μεγαλύτερες ποσότητες υγρών από τις αναγκαίες. Οι ασθενείς συχνά εκπλήσσονται και χαίρονται όταν αντιλαμβάνονται ότι μπορούν να τρώνε φυσιολογικά χωρίς να γίνονται υπέρβαροι.

Οι περισσότεροι βουλιμικοί ασθενείς παρακολουθούνται ως εξωτερικοί ασθενείς. Πρέπει να παρακολουθούνται σε εβδομαδιαία βάση αρχικά και λιγότερο συχνά καθώς βαθμιαία ελέγχουν τη διατροφή τους. Η τακτική ανασκόπηση των διατροφικών ημερήσιων αναγκών είναι μία λογική μέθοδος για την παροχή στήριξης, επαναβεβαίωσης και εκπαίδευσης. Οι ασθενείς εκπαιδεύονται σε στρατηγικές που βοηθούν στη ρύθμιση της διατροφής τους. Έτσι διδάσκονται να αποφεύγουν το χάσιμο γευμάτων ή μικρογευμάτων χρησιμοποιώντας τα κατάλληλα σκεύη και όχι τα τσιμπολογήματα (δηλαδή τη μικρή λήψη τροφής). Ενθαρρύνονται να λαμβάνουν ποσότητες τροφής στη δίαιτά τους που είναι δυνατόν να προκαλέσουν υπερφαγία καθώς επίσης να έχουν σχεδιασμένες περιοδικές, διαιτητικές ατασθαλίες. Δίδονται οδηγίες στο σχεδιασμό των γευμάτων, την παρασκευή γευμάτων και το φαγητό σε διάφορες καταστάσεις έτσι ώστε να συμβαδίζουν με τις κοινωνικές απαιτήσεις. Η

χρήση οινοπνεύματος ή φαρμάκων όπως η μαριχουάνα απαγορεύεται καθώς είναι πιθανόν να προκληθεί υποτροπή στην υπερφαγία.

Όταν η θεραπεία τελειώσει ο διαιτολόγος πρέπει να ενημερώνει τον βουλιμικό ασθενή ότι υπάρχει πιθανότητα υποτροπής. Οι υποτροπές μπορεί να συμβούν σε περιόδους άγχους ή ακόμη σε κάποιον ασθενή ο οποίος προσπαθεί ξανά να επιτύχει αδυνάτισμα. Όταν συμβαίνει μια υποτροπή ο ασθενής πρέπει αμέσως να επιστρέψει σε ένα δομημένο διαιτητικό σχήμα και πρέπει να εξασφαλίζεται άμεση πρόσβαση στο διαιτολόγο.

Οι περισσότεροι βουλιμικοί ασθενείς παρακολουθούνται από ομάδα πολλών ειδικοτήτων μεταξύ των οποίων ο διαιτολόγος αποτελεί ένα σημαντικό μέλος. Επίσης οι βουλιμικοί ασθενείς είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν μερικές φορές μόνο από ένα διαιτολόγο που εργάζεται μόνος. Βεβαίως υποκείμενα ψυχολογικά προβλήματα δεν πρέπει να παραβλέπονται αλλά πρέπει να αντιμετωπίζονται κατάλληλα. Για πολλούς βουλιμικούς ασθενείς η διατροφική συμβουλευτική οδηγία και η συνεχής υποστήριξη αποτελούν επαρκή θεραπεία. (Laessle et al., 1991; Garner D. M., Garfinkel P. E. 1997)

2.6.β.Ειδικότερες προσεγγίσεις:

Οι περισσότεροι διαιτολόγοι είναι κλινικοί διαιτολόγοι ή θεραπευτές διαιτολόγοι, δηλαδή ασχολούνται με την παροχή διατροφικών προγραμμάτων σε ασθενείς που αποστέλλουν σε αυτούς οι κλινικοί ιατροί χωρίς να επεμβαίνουν στη νοσηλεία τους. Οι κλινικοί διαιτολόγοι ελέγχουν ιατρικά δεδομένα και συνομιλούν με τους συγγενείς του ασθενούς. Συνεργάζονται με επαγγελματίες υγείας και κοινωνικές ομάδες παρέχοντας διατροφικά θεραπευτικά προγράμματα και καθοδηγητικές οδηγίες βοηθώντας έτσι άτομα όλων των ηλικιών και ποικίλων νοσημάτων. Αυτό επιτυγχάνεται με τη δημιουργία ατομικών σχεδιασμών για την αντιμετώπιση των διατροφικών αναγκών. Οι κλινικοί διαιτολόγοι συμμετέχουν και στις διάφορες κλινικές μελέτες που έχουν ως σκοπό την αποκάλυψη και την αντιμετώπιση διαφόρων κατηγοριών βουλιμικών ασθενών. Σημαντική είναι η συμμετοχή των διαιτολόγων στις παρακάτω κλινικές μελέτες:

- A. Σύγκριση μεταξύ βουλιμικών ασθενών κατά DSM-IV και υποκλινικών βουλιμικών γυναικών.(Flament και συν.,1993;Flament και συν.,1998).
- B. Μελέτη του βάρους των βουλιμικών ασθενών.(McCann και συν.,1991).

Γ. Βουλιμία στους άνδρες.(Andersen A.E.,1990).

Στην μελέτη A συμπεριελήφθησαν νεαρές γυναίκες που ήταν λίγο- πολύ βουλιμικές και μία ομάδα ασθενών οι οποίες αν και ήταν σε παρακολούθηση για βουλιμικές κρίσεις δεν παρουσίαζαν το σύνολο των κλινικών χαρακτηριστικών που σχετίζονται με τη βουλιμία. Οι γυναίκες αυτές όμως αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό (40%) των ασθενών που παρακολουθούντο στο πλαίσιο της μελέτης. Οι κλινικοί διαιτολόγοι συμμετείχαν στη μελέτη και παρείχαν ιατρική διατροφική θεραπεία σύμφωνα με την πορεία της νόσου. Παρείχαν ακόμα διαιτητικές συμβουλές στους ασθενείς και τα μέλη των οικογενειών τους. Ήλεγχαν επίσης τις κάρτες νοσηλείας και τις διατροφικές απαιτήσεις τόσο των νοσηλευόμενων όσο και των εξωτερικών ασθενών με σκοπό να εκτιμήσουν τους ασθενείς και να δημιουργήσουν ένα σχέδιο αντιμετώπισης βασισμένο στις παρατηρήσεις τους. Πέραν αυτού, οι κλινικοί διαιτολόγοι ήλεγχαν τους ασθενείς και σε μικρότερες μονάδες, παρέχοντας ή δημιουργώντας προγράμματα για εξωτερικούς ασθενείς.

Στη μελέτη αυτή (Μελέτη δικτύου κλινικής έρευνας πάνω στη βουλιμία, Δίκτυο EYIE Γαλλίας) συμπεριελήφθησαν δύο ομάδες γυναικών: η πρώτη με 313 βουλιμικές γυναίκες κατά DSM-IV και η δεύτερη με 206 γυναίκες με υποκλινική βουλιμία. Το ποσοστό των γυναικών με εμμονή στη διατροφή ήταν 90% στις βουλιμικές γυναίκες και 87% στις γυναίκες με την υποκλινική βουλιμία ενώ εμμονή με το βάρος είχαν 87% των γυναικών με βουλιμία έναντι 83% στις γυναίκες με υποκλινική βουλιμία. Επίσης δυσαρέσκεια ως προς το σώμα είχαν 78% των βουλιμικών και 84% των υποκλινικών βουλιμικών, ενώ αίσθηση ότι είναι πολύ παχιές είχαν 65% των βουλιμικών γυναικών έναντι 82% των γυναικών με υποκλινική βουλιμία. Τέλος όσον αφορά τις μεθόδους ελέγχου του βάρους περιοριστικά προγράμματα δίαιτας εφάρμοζε το 85% των βουλιμικών γυναικών έναντι 87% των υποκλινικών, ανορεξιογόνα ελάμβανε το 51% των βουλιμικών, έναντι 52% των γυναικών με υποκλινική βουλιμία. Περίπου παρόμοια ήταν τα ποσοστά μεταξύ των δύο συγκρινομένων ομάδων γυναικών όσον αφορά στη λήψη καθαρτικών και διουρητικών. Μόνο όσον αφορά στην πρόκληση εμέτων το ποσοστό ήταν 78% στις γυναίκες με βουλιμία κατά DSM-IV και μόνο 43% μεταξύ των γυναικών με υποκλινική βουλιμία. Στην ανεύρεση των παραμέτρων αυτών συμμετείχαν οι διαιτολόγοι με τις μεθόδους που αναφέρθηκαν παραπάνω. (Flament και συν.,1993; Flament και συν.,1998).

Κατά τη δεύτερη μελέτη (μελέτη Β) έγινε έλεγχος του βάρους των βουλιμικών ασθενών. Είναι γνωστό εδώ και πολλά χρόνια ότι υπάρχουν δύο μορφές βουλιμίας που διακρίνονται από το είδος των μεθόδων που χρησιμοποιούν οι ασθενείς για να ελέγξουν το βάρος τους:

- Ψυχογενής βουλιμία καθαρτήριου τύπου.
- Ψυχογενής βουλιμία μη καθαρτήριου τύπου.

Μεταξύ των γυναικών που συμπεριελήφθησαν στη μελέτη οι οποίες ανταποκρίνονταν στα κριτήρια της βουλιμίας κατά DSM-IV οι 213 (74.5%) παρουσίαζαν τον καθαρτήριο τύπο ενώ οι 73(25.5%) τον μη καθαρτήριο τύπο. Η σύγκριση των χαρακτηριστικών μεταξύ των δύο κλινικών τύπων βουλιμίας έδειξε τα ακόλουθα: οι ασθενείς με βουλιμία καθαρτήριου τύπου υπέφεραν από συχνότερες και διαρκέστερες κρίσεις βουλιμίας απ' ότι εκείνες με βουλιμία μη καθαρτήριου τύπου. Και στις δύο ομάδες, ποσοστό μεγαλύτερο του 85% των ατόμων έχουν εμμονές με το βάρος ή τη διατροφή τους, ενώ οι εμμονές είναι ακόμη ισχυρότερες στις βουλιμικές που καταφεύγουν στον έμετο. Οι ασθενείς με βουλιμία μη καθαρτήριου τύπου εμφανίζουν συχνότερα αισθήματα δυσαρέσκειας για το σώμα τους γεγονός που φαίνεται να συμβαδίζει με το αυξημένο σωματικό τους βάρος. Οι διαιτολόγοι συμμετείχαν με διατροφικά προγράμματα τα οποία συνέβαλαν στη βελτίωση της υγείας μέσω της σωστής διατροφής, επιβλέποντας την παρασκευή του φαγητού και δημιουργώντας εναλλακτικές δίαιτες. Επίσης παρακολουθούσαν τον Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) των ασθενών καθώς και το σωματικό τους βάρος. Στην ομάδα των ασθενών με βουλιμία καθαρτήριου τύπου το 74.5% των ασθενών παρουσίαζαν κανονικό βάρος (BMI μεταξύ 18 και 25), το 17.1% βάρος κατώτερο του κανονικού (BMI <18) και το 7.6% ήταν υπέρβαροι (BMI.>25). Αυτή η κατανομή ποσοστών διέφερε σημαντικά από εκείνη της άλλης ομάδας δηλαδή των βουλιμικών ασθενών μη καθαρτήριου τύπου όπου τα ποσοστά ήταν αντίστοιχα 49.3%, 8.2% και 42.5% (Mc Cann και συν.,1991).

Στην τρίτη μελέτη συγκρίθηκαν δύο ομάδες βουλιμικών ασθενών. Η Α που συμπεριελάμβανε δεκατρείς βουλιμικούς άνδρες που πληρούσαν τα κριτήρια κατά DSM-IV και η Β που συμπεριελάβε 65 βουλιμικές γυναίκες σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV.Οι παράμετροι που συγκρίθηκαν ήταν οι ακόλουθες:

- α) Σοβαρότητα της βουλιμίας και BMI.
- β) Ανησυχίες αναφορικά με το σώμα και τη διατροφή
- γ) Μέθοδοι ελέγχου του βάρους

δ) Συνοδός ψυχοπαθολογία

Και σε αυτή τη μελέτη συνεργάστηκαν οι κλινικοί ιατροί με τους διαιτολόγους για την αξιολόγηση των ευρημάτων και συμπερασμάτων, τα οποία είχαν ως εξής:

1. Η σοβαρότητα της βουλιμίας ήταν περίπου η ίδια και στις δύο ομάδες βουλιμικών ασθενών.(ανδρών και γυναικών).
2. Η συχνότητα των κρίσεων ευρέθηκε επίσης περίπου η αυτή και στις δύο ομάδες.
3. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) βρέθηκε μεγαλύτερος μεταξύ των ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες. Αυτό όμως πιθανώς δεν οφείλεται στη βουλιμία αλλά ίσως αποτελεί φυλετικό χαρακτηριστικό.
4. Τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες το 92% των ατόμων είχαν το φόβο μήπως παχύνουν, είχαν εμμονή με τη διατροφή και με το σωματικό τους βάρος. Επίσης επιθυμούσαν, άνδρες και γυναίκες να είναι πιο αδύνατοι.
5. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία (κατά κλίμακα Beck) ήταν σημαντικά υψηλότερη στους βουλιμικούς άνδρες σε σχέση με τις βουλιμικές γυναίκες.
6. Οι καταστάσεις μέθης ήταν πιο συχνές στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες.
7. Το χαρακτηριστικότερο εύρημα ήταν η μελέτη της ψυχοσεξουαλικότητας όπου μεταξύ των ανδρών παρατηρήθηκε υποσεξουαλικότητα συγκριτικά προς τις γυναίκες με αποτέλεσμα οι άνδρες να εμφανίζουν μειωμένη σεξουαλική συμπεριφορά.(Andersen A.E.,1990).

3^ο Κεφάλαιο

3.0 Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Η οποιαδήποτε θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να λαμβάνει υπόψη της και τους τρεις αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας. Συγκεκριμένα: α. τους βιολογικούς παράγοντες, β. τους κοινωνικούς παράγοντες και γ. τους ψυχολογικούς παράγοντες.

Έτσι η θεραπευτική προσέγγιση της ψυχογενούς βουλιμίας περιλαμβάνει ποικίλες παρεμβάσεις: ατομική ψυχοθεραπεία με γνωσιακή-συμπεριφορική ή διαπροσωπική προσέγγιση, ομαδική ψυχοθεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, διαιτητική συμβουλευτική και φαρμακοθεραπεία. Επειδή συχνά υπάρχει παράλληλη νοσηρότητα με συναισθηματικές ή αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας, ο ψυχίατρος και ο διαιτολόγος πρέπει να συνεκτιμήσουν όλα τα δεδομένα για να προτείνουν το καταλληλότερο θεραπευτικό πρόγραμμα (Flament M.,Jeammet P.2006).

Οι περισσότεροι ασθενείς με μη επιλεγμένη βουλιμία, δηλαδή βουλιμία χωρίς επιλοκές μπορούν να αντιμετωπιστούν εξωνοσοκομειακά. Στις περιπτώσεις ωστόσο που υπάρχει είτε διαιτητικό χάος με συνεχή επεισόδια υπερφαγίας, λήψεις καθαρικών, είτε έντονη ψυχοπαθολογία με τάση για αυτοκτονία και κατάχρηση ουσιών η νοσηλεία στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη, τουλάχιστον για κάποιο μικρό χρονικό διάστημα. Το ίδιο ισχύει για τις περιπτώσεις σοβαρών σωματικών επιπλοκών.(Χριστοδούλου Γ.Ν., 2004)

Η φαρμακοθεραπεία είναι επίσης απαραίτητη για τη θεραπευτική προσέγγιση της ψυχογενούς βουλιμίας και περιγράφεται παρακάτω.

Οι πάσχουσες από ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν κατά κανόνα δυσκολίες προσαρμογής στις απαιτήσεις της εφηβείας και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ωστόσο είναι συνήθως πιο εξωστρεφείς, θυμωμένες ή παρορμητικές σε σχέση με τις ανορεκτικές ασθενείς. Συχνά συνυπάρχουν στην ψυχογενή βουλιμία έντονη συναισθηματική ευμεταβλητότητα ακόμα και απόπειρες αυτοκαταστροφής, εξάρτηση από αλκοόλ και κλεπτομανία. Γενικά πάντως οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία βιώνουν την έλλειψη ελέγχου στην πρόσληψη τροφής ως πολύ δυσάρεστη και ενοχλητική εμπειρία και γι' αυτό είναι πρόθυμες να ζητήσουν βοήθεια από τον ειδικό.

Χαρακτηρίζονται από δυσκολίες στον έλεγχο των παρορμήσεων, είναι συχνά εξαρτητικές, με αδυναμία εγκατάστασης σταθερών, ισότιμων σχέσεων. Γι' αυτό συχνά εμπλέκονται σε αμφιθυμικές ή σαδομαζοχιστικές σεξουαλικές σχέσεις. Στο ιστορικό πολλών τέτοιων ασθενών διαπιστώνονται δυσκολίες αποχωρισμού και έντονα αμφιθυμική σχέση με τη μητέρα.(Χριστοδούλου Γ.Ν,2004).

Μεταξύ των δεδομένων που θα πρέπει να αξιολογηθούν επακριβώς προκειμένου να προταθεί στον ασθενή το καταλληλότερο για

τη δική του περίπτωση θεραπευτικό σύστημα, ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα ακόλουθα:

- Οι καθαρά συμπτωματολογικές όψεις της διαταραχής που συνδέονται με την παλαιότητά της, με την ύπαρξη συχνών και καθιερωμένων εμέτων κατά τη διάρκεια πολλών ετών να θεωρείται στοιχείο ιδιαίτερα κακής πρόγνωσης από τους περισσότερους συγγραφείς. (Olmsted και συν.1994)
- Η θέση και η λειτουργία του συμπτώματος στην ψυχική οικονομία του ασθενούς που καθορίζει τις ικανότητές του για επίγνωση και ενδιαφέρον για την ίδια του την ψυχική λειτουργία.
- Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και το επίπεδο προγενέστερης κοινωνικής προσαρμογής με τον εντοπισμό άλλων διαταραχών της συμπεριφοράς και παρορμητικών εκδηλώσεων, σημείο μιας μεταιχμιακής οργάνωσης να θεωρείται στοιχείο κακής πρόγνωσης από πολλούς ερευνητές. Σημείο μεταιχμιακής οργάνωσης θεωρείται ακόμη οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης ή άλλων συναισθηματικών διαταραχών (Steiger και συν.1993).
- Το οικογενειακό περιβάλλον, δηλαδή ο περίγυρος συχνά συμμετέχει στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς. Όμως οι σχέσεις αυτές ενδέχεται να αποτελούν εμπόδιο για την επιτυχή εξέλιξη μιας θεραπείας, κάτι που σε πολλές περιπτώσεις απαιτεί μία ιδιαίτερη θεραπευτική συνεργασία με αυτόν τον περίγυρο με τον οποίο πρέπει να υπάρξει μία ικανοποιητική συμμαχία που αποβλέπει στη θεραπεία των βουλιμικών ασθενών (Blouin και συν.1994).
- Τέλος αξίζει να γίνει μία προσεκτική αξιολόγηση των προγενέστερων θεραπειών του ασθενούς, των αποτελεσμάτων τους καθώς και των τρόπων διακοπής τους χωρίς τάση υποτίμησης καμίας θεραπευτικής μεθόδου.

3.1 Ψυχοδυναμική αντιμετώπιση (Psychodynamic treatment)

Ψυχοδυναμικοί θεωρητικοί διαφόρων αντιλήψεων έχουν προσπαθήσει να εξηγήσουν και να κάνουν αντιληπτές τις περίεργες συμπεριφορές και τον πολύπλοκο εσωτερικό κόσμο των ασθενών με τροφικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της ψυχογενούς βουλιμίας. Έτσι η ψυχοδυναμική αντιμετώπιση βασίστηκε στην ψυχοαναλυτική θεωρία η οποία περιλαμβάνει τρία θεωρητικά μοντέλα ή επιμέρους θεωρίες.

A. Μοντέλο δράσης-αντίδρασης.

Η πρώτη μεγάλη ψυχοαναλυτική προσπάθεια για την αντίληψη της τροφικής διαταραχής χρησιμοποίησε το μοντέλο της δράσης-αντίδρασης του Freud (1923/1961). Ο Freud ανέπτυξε αυτό το μοντέλο παρατηρώντας την πατριαρχική, καλά δομημένη αλλά σεξουαλικά καταπιεσμένη κοινωνία της Βιέννης, του τέλους του 19^{ου} και αρχών του 20^{ου} αιώνα. Οι θεωρητικοί του μοντέλου δράση-αντίδραση πιστεύουν ότι η παθολογία προέρχεται από μία εσωτερική διαμάχη μεταξύ των τριών στοιχείων του ανθρώπινου ψυχισμού: το εκείνο, το εγώ και το υπερεγώ.

B. Θεωρία των αντικειμενικών σχέσεων.

Το μοντέλο των αντικειμενικών σχέσεων βασίζεται κυρίως στη θεωρία του Mahler (1968) η οποία βασίστηκε σε παρατηρήσεις σε παιδιά. Το παιδί κινείται από τον παιδικό αυτισμό στη συμβίωση, στο χωρισμό-ανεξαρτητοποίηση και κατόπιν στην αντικειμενική σταθερότητα. Κατά τη μετακίνηση αυτή δημιουργείται ένταση που είναι δυνατόν να προκαλέσει διατροφικές διαταραχές.

Γ. Θεωρία της αυτοψυχολογίας.

Οι αυτοψυχολόγοι δίδουν την τυπική εικόνα ενός νέου, βουλιμικού κοριτσιού που από την έναρξη της βουλιμίας είναι ένα παιδί που υποφέρει περισσότερο από άγχος και έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση με αποτέλεσμα η βουλιμία να εισέρχεται κατά την εφηβεία και ενηλικίωση χωρίς όμως να συμβάλλει στη ρύθμιση των διαθέσεων και της αυτοεκτίμησής της. Έτσι η βουλιμική ασθενής στρέφεται προς την χειραγώγηση του σώματος με τη μορφή υπερφαγίας, εκκαθαρίσεως και ελέγχου του

βάρους, ώστε προσωρινά να επαναφέρει ένα αίσθημα αναζωογονήσεως και αυτοεκτιμήσεως (Garner D.M., Garfinkel P.E 1997).

3.1.α Τρόπος αντιμετώπισης βουλιμικών ασθενών με ψυχοδυναμική θεραπεία

Όταν αναφερόμαστε στην ψυχοδυναμική θεραπεία ασθενών με ψυχογενή βουλιμία αναφερόμαστε αποκλειστικά στην ενδοπροσωπική ψυχοδυναμική κατεύθυνση ή την ψυχοαναλυτική πρόσβαση. Αυτήν δηλαδή που πραγματοποιεί ο ψυχίατρος ή ο ψυχαναλυτής ατομικά με τον βουλιμικό ασθενή και μερικές φορές ομαδικά με βουλιμικούς ασθενείς. Η κλινική εμπειρία και η έρευνα δείχνουν ότι αυτές οι μέθοδοι θεραπείας μπορούν να βοηθήσουν σε συνυπάρχουσες ανωμαλίες διάθεσης, άγχους, διαταραχών της προσωπικότητας, ενδοπροσωπικών τραυματισμών ή καταχρήσεων οι οποίες συχνά συνοδεύουν την ψυχογενή βουλιμία.(Agras WS, 2000)

Αν και υπάρχουν πολλοί τρόποι εφαρμογής της, οι περισσότερες ελεγχόμενες μελέτες εφάρμοσαν βραχυχρόνιες, χρονικά περιορισμένες παρεμβάσεις όπως η ψυχοθεραπεία είκοσι ατομικών συνεντεύξεων για διάστημα δεκαέξι εβδομάδων.(Garner DM,1993).

Μεταξύ των ασθενών που υποβλήθηκαν στην ψυχοδυναμική αυτή αντιμετώπιση, καταγράφηκαν σημαντικές μειώσεις στην υπερφαγία και την κατάχρηση εμέτων και καθαρτικών. Όμως το ποσοστό των ασθενών που βελτιώθηκαν απέχοντας ή περιορίζοντας την υπερφαγία ή το ξεκαθάρισμα ποικίλλει. Συχνά ένας μόνο μικρός αριθμός ασθενών φαίνεται ότι βελτιώθηκε στις υπάρχουσες μελέτες. Όπου υπάρχουν ελεγχόμενες μελέτες και συγκεκριμένα μελέτη που να περιλαμβάνει: α)ομάδα ασθενών που υποβλήθηκε σε συνδυασμό ψυχοδυναμικής θεραπείας και διατροφικών συμβουλών και β)ομάδα ασθενών στους οποίους δόθηκαν μόνο διατροφικές συμβουλές, φαίνεται ότι οι ασθενείς της α ομάδας που είχαν ψυχοδυναμική αντιμετώπιση και διατροφικές συμβουλές βελτιώθηκαν σε σχέση με τους ασθενείς της ομάδας β που έλαβαν μόνο διατροφικές συμβουλές. Στις περισσότερες μελέτες, όπου εφαρμόστηκε η ψυχοδυναμική αντιμετώπιση παρατηρήθηκαν βελτιώσεις των βουλιμικών συμπεριφορών είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από τον ιατρό που εφάρμοζε την ψυχοδυναμική θεραπεία. (Wilson G.T.,1999).

Οι ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπείας στα συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας προέρχονται κυρίως από αναφορές κλινικών

περιπτώσεων. Έχουν όμως μελετηθεί και σε κλινικές μελέτες που φαίνεται να επιβεβαιώνουν την ευνοϊκή έκβασή τους στην ψυχογενή βουλιμία. Γενικά αυτές οι μελέτες δείχνουν ότι η ψυχοδυναμική θεραπεία είναι αποτελεσματική στην άμεση αντιμετώπιση της ψυχογενούς βουλιμίας. Ωστόσο σε άλλες μελέτες φάνηκε ότι η εφαρμογή αυτής της θεραπείας παρουσίασε χαμηλή ανταπόκριση των βουλιμικών ασθενών σε συνδυασμό με υψηλό ποσοστό εγκαταλείψεων.(Thompson-Brenner H, 2005).

3.2 Γνωστική-Συμπεριφορική αντιμετώπιση(Cognitive Behavioural Therapy)

Το θεωρητικό πλαίσιο της γνωστικής ψυχοθεραπείας διαμορφώθηκε κυρίως από τη φαινομενολογική προσέγγιση, η οποία δίνει έμφαση στον τρόπο που ένα άτομο δομεί τον εαυτό του και τον κόσμο που το περιβάλλει. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή η νοητική δόμηση του ατόμου για τον εαυτό του και τον κόσμο ασκεί καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του. Πρόκειται για μια θεώρηση που έχει τις ρίζες της στην αρχαία ελληνική φιλοσοφία, κυρίως τη στωϊκή. Ένας από τους αντιπροσώπους της στωϊκής φιλοσοφίας, ο Επίκτητος, διεκήρυττε ότι δεν είναι τα πράγματα που ενοχλούν τους ανθρώπους αλλά οι ιδέες των ανθρώπων για τα πράγματα-ρήση που αποτυπώνει ανάγλυφα το πνεύμα της σύγχρονης γνωστικής προσέγγισης (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2004).

Η επιστημολογική θέση της γνωστικής ψυχοθεραπείας διατυπώθηκε από τον Εμμανουήλ Κάντιο, ο οποίος διέκρινε μεταξύ των πραγμάτων καθ'αυτών (νοούμενα), τα οποία δεν μπορούμε να γνωρίσουμε άμεσα και των υποκειμενικών εμπειριών (φαινόμενα) που αναφέρονται στα πράγματα καθ'αυτά, εμπειρίες οι οποίες διαμορφώνονται ή δυϊλίζονται μέσα από τις εκ των προτέρων δοσμένες δομές γνώσης.(Beck J.S.,1995).

Παρ' όλα αυτά η Επικτητική εννοιατικότητα μόνο τα τελευταία τριάντα περίπου χρόνια αξιοποιήθηκε και αναπτύχθηκε ως μία σημαντική ψυχολογική και ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Στην εξέλιξη αυτή συνέβαλλε και η σύγχρονη γνωστική ψυχολογία με τον κυριότερο αντιπρόσωπό της, τον G.A.Kelly που ήταν ο πρώτος που περιέγραψε την προσωπικότητα με όρους γνωστικούς και τόνισε τη σημασία των πεποιθήσεων ή των νοητικών κατασκευών στην ανθρώπινη συμπεριφορά.

Το κλινικό πλαίσιο διαμορφώθηκε κυρίως από επιστήμονες που αρχικά ακολουθούσαν είτε την ψυχανάλυση (Adler, Frankl) είτε την συμπεριφορολογία (Tolman, Bandura), τις δύο μεγάλες και επικρατούσες σχολές της ψυχολογίας από τις οποίες όμως διαφοροποιήθηκαν στη συνέχεια. Τα τελευταία χρόνια επιτεύχθηκε μία θεαματική αλλαγή στη στάση της επιστημονικής κοινότητας με αποτέλεσμα η γνωστική να προβάλλει ως μια κύρια ψυχολογική προσέγγιση σε ερευνητικό, κλινικό και ακαδημαϊκό επίπεδο, μια εξέλιξη που έχει χαρακτηριστεί ως – γνωστική επανάσταση- (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2004)

Η βασική αρχή της γνωστικής προσέγγισης από την οποία απορρέουν πλήθος άλλων προτάσεων ή πορισμάτων μπορεί να διατυπωθεί ως ακολούθως: ο τρόπος με τον οποίο το άτομο κατασκευάζει νοητικά τον κόσμο ασκεί αποφασιστική επίδραση πάνω στη συμπεριφορά του. Η αρχή αυτή θέλει τον άνθρωπο όχι απλό διαχειριστή των διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων αλλά ένα ον που διαθέτει σημαντικό βαθμό αυτονομίας. Περισσότερο από κάθε άλλη ύπαρξη ο άνθρωπος ξεχωρίζει όχι τόσο από τον τρόπο που αντιδρά στα γεγονότα του περιβάλλοντός του όσο κυρίως από τον τρόπο που αναπαριστάνει ή δομεί νοητικά τα γεγονότα. Αυτή η εσωτερική ή νοητική ανακατασκευή ή πιο σωστά αυτή η νοητική παραλλαγή ή εκδοχή-γιατί δεν πρόκειται για ένα ακριβές φωτογραφικό ή φωνογραφικό αντίγραφο- του εξωτερικού ή φυσικού κόσμου πραγματοποιείται με μία σειρά αδιάκοπων και πολύπλοκων διεργασιών. Οι διεργασίες αυτές δίνουν τη δυνατότητα στο νου να αγνοήσει ή να διατηρήσει, να μετασχηματίσει και να χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες που φτάνουν από τον εξωτερικό κόσμο, αλλά και να προκαλέσει την έναρξη μιας δράσης ή να κατευθύνει την ήδη υπάρχουσα δράση. Όλες αυτές οι νοητικές δραστηριότητες καθιστούν το άτομο ικανό να απαντά όχι τόσο στα εξωτερικά ερεθίσματα καθαυτά, αλλά κυρίως στη νοητική αναπαράσταση των ερεθισμάτων αυτών.

Οι αρχές που διέπουν τη δημιουργία και τη λειτουργία της κατασκευής αυτής είναι παρόμοιες με τις αρχές και τους κανόνες της μάθησης που ισχύουν και για τη φανερή συμπεριφορά με μία βασική διαφορά: η έννοια της μάθησης θα πρέπει να διευρυνθεί, ώστε πλην της κλασσικής και εγχειρηματικής εξάρτησης να συμπεριλάβει και παραδείγματα από την παρατηρησιακή (μάθηση μέσα από την παρατήρηση) και τη γνωστική μάθηση (μάθηση με τη βοήθεια των συμβόλων).

Κύρια αποστολή του νοητικού συστήματος είναι η κατασκευή νοητικών αντιγράφων της πραγματικότητας, ώστε με την καθοδήγηση των κατασκευών αυτών

το άτομο να έχει τη δυνατότητα να αντιλαμβάνεται, να προβλέπει και να σχεδιάζει έγκαιρα αποτελεσματικούς τρόπους για το χειρισμό ή τον έλεγχο του περιβάλλοντος. (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2004)

3.2.α. Κλινική περιγραφή των γνωστικών κατασκευών-σκέψη

Οι όροι- νοητική ή γνωστική κατασκευή- και «γνωσία» περιγράφουν τα ψυχολογικά φαινόμενα που παρεμβάλλονται μεταξύ των ερεθισμάτων και των απαντήσεων και αναφέρονται στην απόκτηση, στη διατήρηση και στη χρήση των πληροφοριών και γενικότερα της γνώσης.

3.2.β Δυσλειτουργικές γνωσίες και ψυχοπαθολογία

Διαταραχές του περιεχομένου της λειτουργίας και της δομής της σκέψης συμβάλλουν στην αιτιοπαθογενετική αλυσίδα που οδηγεί στην εκδήλωση ορισμένων ψυχιατρικών (αλλά και σωματικών) διαταραχών. Η μελέτη αυτών των δυσλειτουργικών, δυσπροσαρμοστικών ή παθολογικών νοητικών δραστηριοτήτων είναι σημαντική και απαραίτητη αφού εξ'ορισμού οι δραστηριότητες αυτές αποτελούν τον κύριο επεμβατικό στόχο της γνωστικής προσέγγισης. Οι κυριότερες διαταραχές της σκέψης, κυρίως από πλευράς περιεχομένου, που χαρακτηρίζουν τις πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές είναι:

1. Κατάθλιψη
2. Μανία
3. Αυτοκτονικότητα
4. Αγχώδεις διαταραχές
5. Κατάχρηση ουσιών
6. Σχιζοφρενικές και άλλες ψυχώσεις
7. Διαταραχές προσωπικότητας
8. Διαταραχές στη λήψη τροφής

Το γνωστικό παρουσιαστικό χαρακτηρίζεται από μεγάλη αντιπροσώπευση νοητικών δραστηριοτήτων που σχετίζονται με τη λήψη τροφής και την εικόνα του σώματος (Βάρος, Σχήμα, Μέγεθος). Επιπλέον αυτές οι νοητικές δραστηριότητες συνδέονται άμεσα και καθοριστικά με πεποιθήσεις που αναφέρονται στον εαυτό και στις αξίες του, όπως λόγου χάρι στην πεποίθηση ενός ατόμου ότι αν κάποιος είναι παχύς τότε είναι ανάξιος.

3.2.γ. Περιγραφή της γνωστικής-ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης

Πρόκειται για μία μορφή ψυχοθεραπείας που βασίζεται στην ενεργητική συνεργασία μεταξύ θεραπευτή και ασθενούς και εστιάζεται κυρίως στα παρόντα προβλήματα του ασθενούς και την αντιμετώπισή τους. Τεχνική αποκαλείται κάθε

συνειδητή προσπάθεια του θεραπευτή και του ασθενούς που στοχεύει στην εντόπιση και αντιμετώπιση εκείνων των νοητικών κατασκευών που θεωρούνται υπεύθυνες για τη συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία.

Η γνωστική ψυχοθεραπεία με ή χωρίς φάρμακα θεωρείται με βάση τα ερευνητικά δεδομένα ότι αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για τη βουλιμική διαταραχή. (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2004)

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, ατομική ή ομαδική, είναι ένας από τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας πολλών υπηρεσιών που εξειδικεύονται στη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών. Συνοδεύεται συχνά από φαρμακευτική θεραπεία και ψυχοθεραπεία και σε αυτήν την περίπτωση επιλέγεται για την αρχική φάση της θεραπείας. Η επιλογή μιας ατομικής ή ομαδικής θεραπείας, εξαρτάται από έναν ορισμένο αριθμό παραγόντων σχετικών με την ένταση των διαταραχών συμπεριφοράς, την προσωπικότητα του ατόμου, την ενδεχόμενη παρουσία συνοδών ψυχικών διαταραχών και κυρίως με τα κίνητρα του ατόμου για ένταξη σε μία γνωστική-συμπεριφορική πορεία. (Flament M., & Jeammet P., 2006)

Στη θεραπεία της συμπεριφοράς, ο καθορισμός των στόχων και η επιλογή των θεραπευτικών μεθόδων καθορίζονται από τα δεδομένα της λειτουργικής ανάλυσης της διατροφικής συμπεριφοράς:

- Εκτίμηση της συχνότητας και της έντασης των δυσλειτουργικών συμπεριφορών (βουλιμία, έμετοι, λήψη καθαρτικών, διουρητικών, ανορεξιογόνων, ποσοτικός ή και ποιοτικός περιορισμός της διατροφής).
- Εντοπισμός των λειτουργικών συμπεριφορών (κανονικότητα στη λήψη των γευμάτων, ποικιλία στη διατροφή, λήψη γευμάτων εκτός του σπιτιού).
- Εδραίωση νέων συμπεριφορών με μεθόδους επανεκμάθησης.

Οι τεχνικές που συνήθως χρησιμοποιούνται στους βουλιμικούς ασθενείς είναι εκείνες της έκθεσης σε ερεθίσματα και πρόληψης της αντίδρασης, με σκοπό τη μείωση μέχρι και την εξαφάνιση των βουλιμικών κρίσεων και των εμέτων καθώς και των πεποιθήσεων του τύπου –όλα ή τίποτα-.

Η μέθοδος έκθεσης σε ερεθίσματα και πρόληψης της αντίδρασης αποσκοπεί να εξαλείψει τις βουλιμικές κρίσεις μέσω της κατάργησης των εμέτων, των οποίων είναι γνωστός ο ενισχυτικός ρόλος στις κρίσεις βουλιμίας. Ο ασθενής εκτειθέμενος σε τροφές που συνήθως είναι εκλυτικές κρίσεων, χωρίς να έχει τη δυνατότητα να καταφύγει στον έμετο, εξαναγκάζεται να βρει διατροφικές στρατηγικές που θα του

επιτρέψουν να μειώσει την αγχώδη παράμετρο που συνδέεται με τις κρίσεις και να σπάσει τον κύκλο βουλιμίας-εμέτου με τον έλεγχο των κρίσεων.

Για να αυξηθεί η συχνότητα των λειτουργικών συμπεριφορών (της ποικιλίας στη διατροφή, της σταθεροποίησης του βάρους) επιστρατεύονται τεχνικές όπως η μίμηση προτύπων και η εξαρτημένη μάθηση. Αυτές οι τεχνικές είναι οι εξής:

A. Τεχνική της εξαρτημένης μάθησης: Στη γνωστική ψυχοθεραπεία, οι διάφορες επεμβατικές διαδικασίες δεν είναι δεδομένες και αυθύπαρκτες, αλλά επινοούνται κατά κάποιον τρόπο στη διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας. Η πεμπτουσία επομένως των γνωστικών επεμβάσεων (γνωστική αναδόμηση) είναι δυνατόν να συμπυκνωθεί στο Σωκρατικό δίπτυχο: **μειωτική**, (απόσπαση και καταγραφή) και **έλεγχος**, (αξιολόγηση, αμφισβήτηση και τροποποίηση) των δυσλειτουργικών νοητικών κατασκευών.

B. Τεχνική της μίμησης προτύπων: Αυτή η τεχνική βασίζεται στην απόσπαση των σκέψεων όταν ο ασθενής βρίσκεται κάτω από συναισθηματική φόρτιση ή σωματική ένταση. Ο κλινικός προσπαθεί να στρέψει τις σκέψεις των βουλιμικών ασθενών προς ορισμένα πρότυπα, ιδανικών ή φυσιολογικών από απόψεως σωματικού βάρους, μέσω σχημάτων που αφορούν πιο φυσιολογικές σωματικές κατασκευές. Το θεματικό περιεχόμενο ενός σχήματος μπορεί να προσδιοριστεί με ποικίλους τρόπους όπως μέσα από τη συνέντευξη και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο δομεί την εμπειρία του. Κατόπιν με τη μέθοδο της προσωπικοποίησης ο ασθενής συσχετίζει άλλα εξωτερικά πρότυπα σώματος με τον εαυτό του χωρίς να υπάρχει βάσιμος λόγος για μια τέτοια σύνδεση (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2004).

Τέλος η προβολή των νέων συμπεριφορών προσεγγίζει τις μεθόδους επανεκμάθησης οι οποίες εγγράφονται στο πλαίσιο θεραπευτικών συνεδριών ή εκπαιδευτικών ομάδων και θεραπευτικών συμβολαίων, που συνοδεύονται από γνωσιακές τεχνικές. Πράγματι η σταδιακή αντιμετώπιση συγκεκριμένων καταστάσεων συνοδευόμενων από συναισθήματα πικρίας ή θλίψης επιτρέπει την καλύτερη διαχείριση των γεγονότων.

Υιοθετώντας τις βασικές αρχές του προγράμματος που διαμορφώθηκε από τους Faiburn και συν. (1993) η θεραπεία εκτυλίσσεται μέσα σε μία περίοδο δεκαοκτώ εβδομάδων σε τρία στάδια:

α) Πρώτο στάδιο (έξι εβδομάδες): το στάδιο αυτό επιτρέπει τον εντοπισμό των διαφόρων διατροφικών προβλημάτων: την διαλεύκανση του γενικού ιστορικού του ατόμου και του ιστορικού της νόσου, την αναγνώριση των δυσλειτουργικών σκέψεων και συναισθημάτων και τη συνειδητοποίηση της λειτουργίας της βουλιμίας και των

εμέτων μέσα στη ζωή του ατόμου (χρησιμοποίηση διατροφικού ημερολογίου, έλεγχος, παρατήρηση του εαυτού και αυτοέλεγχος).

Επιτρέπει επίσης μία ακριβή πληροφόρηση (σε ατομικές και ομαδικές συνεδριάσεις), σχετικά με τις σωματικές συνέπειες των βουλιμικών συμπεριφορών, των εμέτων και της κατάχρησης καθαρτικών, διουρητικών ή ανορεξιογόνων, καθώς και τον –ενισχυτικό–ρόλο αυτών των πρακτικών στις κρίσεις υπερφαγίας.

Τέλος επιτρέπει την εδραίωση τεχνικών διατροφικού ελέγχου (ρυθμικότητα-καλοί τρόποι-κατά τη διάρκεια των γευμάτων, ποικιλία στη διατροφή) και τον έλεγχο των ερεθισμάτων (περιορισμός των ερεθισμάτων στην αγορά τροφίμων και κατανάλωση διαφόρων τροφών)

β) Δεύτερο στάδιο (οκτώ εβδομάδες): Επιτρέπει την εφαρμογή γνωστικών τεχνικών που αποσκοπούν στην τροποποίηση των παράλογων πεποιθήσεων και των δυσλειτουργικών στάσεων οι οποίες διαιωνίζουν τις βουλιμικές συμπεριφορές. Μεταξύ των τελευταίων συμπεριλαμβάνονται οι διαπροσωπικές δυσκολίες που αφορούν στην επικοινωνία με τους άλλους ή την αυτοεπιβεβαίωση. Επίσης, συμπεριλαμβάνονται η μειωμένη αυτοεκτίμηση και το μόνιμο αίσθημα απαξίωσης, η τελειομανία, η διχοτομική σκέψη, η προσωποποίηση, η λανθασμένη απόδοση της ευθύνης για τα γεγονότα στον εαυτό και η γενίκευση ως σκέψεις και στάσεις που προκαλούν ιδιαίτερο άγχος. Αυτό το στάδιο επιτρέπει επίσης την κατάδειξη των διαταραχών στην εικόνα του σώματος.

Επίσης σ' αυτό το στάδιο επιδιώκεται η εμπλοκή του ασθενούς στην ανάλυση του προβλήματος. Η τεχνική αυτή επιτρέπει στον ασθενή να εντοπίσει επακριβώς τις δυσχέρειες και να καθορίσει τις κατάλληλες λύσεις χωρίς να οδηγηθεί σε ακρότητες, επιλέγοντας μία από τις προτεινόμενες λύσεις και εκτιμώντας τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της.

γ) Τρίτο στάδιο (τέσσερις εβδομάδες): Σκοπός αυτού του σταδίου είναι η διατήρηση της βελτίωσης στις διατροφικές συμπεριφορές και η πρόβλεψη-προετοιμασία για τις ενδεχόμενες υποτροπές. Αυτές πρέπει να αποδραματοποιηθούν και να προσφέρουν την ευκαιρία για έναν επαναπροσδιορισμό των νέων πιθανών στρατηγικών.

Σε μία ενδιαφέρουσα μελέτη οι Fairburn και συν.(1991), επιχείρησαν να συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα στους βουλιμικούς ασθενείς:

-μιας γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας που αποσκοπούσε να τροποποιήσει τις δυσλειτουργικές στάσεις που αφορούσαν στο βάρος και στο σχήμα του σώματος,

καθώς και τα γνωστικά στοιχεία που αφορούσαν στην αρνητική εικόνα του εαυτού και στην τελειομανία (η θεραπεία αυτή συνοδευόταν από διατροφικές συμβουλές)

- μιας αποκλειστικά συμπεριφορικής θεραπείας που αντιστοιχούσε μόνο στην πρώτη φάση της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας, χωρίς να επικεντρώνεται στα γνωστικά στοιχεία σχετικά με το βάρος και τη σωματική εικόνα.
- μιας διαπροσωπικής θεραπείας, εμπνευσμένης από ψυχοδυναμικές τεχνικές και με σκοπό την βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων του ατόμου.

Η μελέτη αυτή κατέδειξε την υπεροχή των γνωστικών-συμπεριφορικών τεχνικών έναντι της διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας, τόσο στο συμπτωματικό επίπεδο, όσο και στο επίπεδο των αλλαγών στην αντίληψη του σώματος και του βάρους.

3.3 Οικογενειακή –Συστημική θεραπεία (Family-Systemic Therapy)

Στη θεραπεία οικογένειας το θεραπευτικό ενδιαφέρον στρέφεται στη στάση της οικογένειας απέναντι στο μέλος της που εκδηλώνει κάποια συμπτωματολογία, καθώς και στον αντίκτυπο που έχει η ατομική συμπτωματολογία στα υπόλοιπα μέλη. Διερευνώνται δηλαδή οι ενδοοικογενειακές σχέσεις τόσο πριν την εκδήλωση ενός ψυχιατρικού νοσήματος όσο και μετά από αυτήν. Πρόδρομος στη θεραπεία οικογένειας υπήρξε ο ψυχαναλυτής N.Ackerman ο οποίος ήδη από το 1937 στο άρθρο του: η οικογένεια ως κοινωνική και συναισθηματική μονάδα, έγραφε: «Κανένας μας δεν ζει μόνος, πρωταρχικά ζούμε με τους άλλους και στα πρώτα χρόνια σχεδόν αποκλειστικά με τα μέλη της οικογένειάς μας» (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2004)

Η συστημική θεραπεία οικογένειας συνίσταται σε αραιές μάλλον συνεδρίες με ολόκληρη την οικογένεια ή ένα μέρος της. Ο θεραπευτής υποστηρίζεται συνήθως στο έργο του από τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, που παρακολουθούν τη συνεδρία πίσω από μονόδρομο καθρέπτη. Κατά τη θεραπεία επισημαίνονται θετικά οι υγιείς εφεδρείες της οικογένειας. Συζητώνται η ατομική συμπτωματολογία ή αυτό που προσκομίζει η οικογένεια ως πρόβλημα και συνδέονται με αλλαγές ή σημαντικά γεγονότα στη ζωή της οικογένειας καθώς και με τις ενδοοικογενειακές σχέσεις. Ανιχνεύονται πιθανές σημασίες και ρόλοι που μπορεί να κρύβει η ατομική συμπτωματολογία ή η προβληματική συμπεριφορά.

Παράδειγμα: Μία νέα δεκαεπτά ετών εκδηλώνει συμπτώματα ψυχογενούς βουλιμίας όταν ο μεγαλύτερος αδελφός της φεύγει για σπουδές. Κατά τη συστημική

θεραπεία οικογένειας αναδεικνύονται και άλλες πτυχές του προβλήματος: Μετά την αναχώρηση του αδελφού η μητέρα είχε αρχίσει να εκδηλώνει συμπτώματα κατάθλιψης. Η ίδια η ασθενής έχει δυσκολία να αποχωριστεί τους δικούς της όταν έρθει η σειρά της. Η παράταση της συμπτωματολογίας της συνεπάγεται μεταξύ άλλων την απομάκρυνση της προοπτικής της δικής της αποδέσμευσης ενώ παράλληλα η μητέρα έχει ολόψυχα αφοσιωθεί στο πρόγραμμα σίτισης της ασθενούς. Το συζυγικό χάσμα φαίνεται να έχει γεφυρωθεί αφού οι γονείς συνεργάζονται αρμονικά για την αντιμετώπιση της διαταραχής και ο αδελφός σπουδάζει απερίσπαστος. (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2004)

Στη θεραπεία οικογένειας επιδιώκεται η εξάλειψη του συμπτώματος μέσω αλλαγών στο σύστημα. Κατά το θεραπευτικό διάλογο ανταλλάσσονται περιγραφές, εξηγήσεις και σημασίες των δρώμενων, που προφανώς διευρύνουν το γνωσιακό ορίζοντα των μελών της οικογένειας. Η διεύρυνση αυτή συνεπάγεται αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών δηλαδή ποικίλου βαθμού αναδόμηση του οικογενειακού συστήματος. Η αναδόμηση αυτή παρακάμπτει ως περιττό το σύμπτωμα το οποίο προηγουμένως έπαιζε ρόλο ρυθμιστή κάποιας δυσλειτουργίας (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2004).

Η οικογενειακή-συστημική θεραπεία βασίζεται στην σπουδαιότητα που έχουν, υπό το πρίσμα των θεωριών της μάθησης, οι θετικές ή αρνητικές ενισχύσεις που το κάθε μέλος δέχεται από τους άλλους για τη συμπεριφορά του. Η χρήση της αρνητικής ενίσχυσης, εκτρέφει δυσλειτουργικές σχέσεις. Η συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας διακρίνεται για τις τεχνικές της στη συλλογική επίλυση προβλήματος καθώς και για την εκπαίδευση της οικογένειας στην απόκτηση δεξιοτήτων επικοινωνίας.

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας αποδείχθηκε από αρκετές συγκριτικές μελέτες οι οποίες κατέδειξαν ότι η ψυχοεκπαιδευτική και συμπεριφορική παρέμβαση σε οικογένειες ψυχοπαθών ως συμπλήρωση της ατομικής παρακολούθησης και της φαρμακευτικής αγωγής μειώνουν σημαντικά τις υποτροπές και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τόσο του ασθενούς όσο και της οικογένειας. (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2004)

Παρά ταύτα, η εφαρμογή της, είναι δύσκολη για λόγους μάλλον πρακτικούς παρά θεωρητικούς. Τέτοιοι λόγοι είναι η προχωρημένη ηλικία των βουλιμικών ασθενών που προσέρχονται στις κλινικές υπηρεσίες, η συχνή και αποτελεσματική μυστικότητα την οποία τηρούν αυτοί οι ασθενείς σχετικά με την πάθησή τους και η

σχετική σπανιότητα της νοσηλείας της. Επιπλέον οι βουλιμικοί ασθενείς εμφανίζουν περισσότερους αυθόρμητους ενδοιασμούς ως προς την εμπλοκή της οικογένειάς τους εξαιτίας του σταδίου στο οποίο έχουν φτάσει στην αναζήτηση της ανεξαρτησίας τους.

Στην σχετική βιβλιογραφία δεν ανευρίσκονται αναφορές σχετικά με την οικογενειακή θεραπεία της βουλιμίας, οι οποίες να έχουν δημοσιευτεί πριν το 1985. Η πρώτη δημοσίευση είναι η-οικογενειακή θεραπεία της βουλιμίας-(Family Therapy for Bulimia)-των Richard Schwartz και συν.(1985). Οι συγγραφείς επεξεργάζονται ορισμένες επεξηγηματικές υποθέσεις (κυρίως κοινωνικοπολιτισμικές) στη βάση των κλινικών τους διαπιστώσεων και σε σύγκριση με τις οικογένειες των ανορεξικών ασθενών που περιγράφονται από το Minuchin (Minuchin και συν.,1978). Πιο συγκεκριμένα εντοπίζουν μία μεγαλύτερη ανομοιογένεια στη λειτουργία της οικογένειας των βουλιμικών ασθενών σε σύγκριση με τη λειτουργία της οικογένειας των ανορεξικών ασθενών. Όλοι οι μεταγενέστεροι συγγραφείς συμφωνούν σε αυτό το σημείο.

Οι πιο λεπτομερείς περιγραφές της οικογενειακής λειτουργίας και των διαφόρων χαρακτηριστικών της συμπεριλαμβάνονται στην εξολοκλήρου αφιερωμένη σε αυτό το θέμα εργασία των Maria Root και συν.(1986). Οι συγγραφείς απομονώνουν τρεις μεγάλους τύπους οικογενειών βουλιμικών στη βάση διαφόρων θεμάτων (κύκλος οικογενειακής ζωής, εξατομίκευση, διαχωρισμός, όρια, έκφραση των συναισθημάτων κα.) που είναι η «τέλεια οικογένεια» ένας τύπος που πλησιάζει τις οικογένειες των ανορεξικών, η-υπερπροστατευτική οικογένεια-που πλησιάζει τις οικογένειες των ψυχοσωματικών ασθενών και η -χαοτική οικογένεια-που πλησιάζει τις οικογένειες των αλκοολικών και των τοξικομανών.

Μόνο μία μελέτη μέχρι σήμερα έχει προχωρήσει σε αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της οικογενειακής θεραπείας σε ανορεξικούς και βουλιμικούς ασθενείς. (Russell και συν. 1985). Πρόκειται για μία προσπάθεια συγκριτικής αξιολόγησης της ατομικής υποστηρικτικής θεραπείας και της οικογενειακής θεραπείας σε ένα δείγμα 80 ασθενών χωρισμένων σε διάφορες υποομάδες. Αν και υπάρχουν μεθοδολογικές δυσκολίες που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την εκτίμηση της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων, στη συγκεκριμένη μελέτη καταδεικνύεται μία μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της οικογενειακής θεραπείας στις περιπτώσεις ανορεξίας με έναρξη νωρίς (πριν τα 19 χρόνια) ενώ για τη βουλιμία δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο μορφών θεραπείας (δηλαδή της ατομικής και της οικογενειακής)

3.4 Ομαδική θεραπεία(Group Therapy)

Η ομαδική θεραπεία της βουλιμίας εμφανίζει ορισμένες ιδιαιτερότητες. Προϋποθέτει όπως υποστηρίζει ο Rosenvinge (1990), μια κλινική και κοινωνικο-δημογραφική ομοιογένεια των ασθενών, παρότι στο επίπεδο της ομάδας είναι απαραίτητο να συμπεριληφθούν και άτομα που έχουν ελαφρύτερη συμπτωματολογία από τα άλλα, με σκοπό οι θεραπευτές να μπορέσουν να περάσουν από το διατροφικό πρόβλημα στις άλλες ψυχολογικές διαστάσεις που συνδέονται με την ίδια τη διατροφική διαταραχή.

Ορισμένοι κλινικοί προτείνουν την τοποθέτηση των ανορεξικών και των βουλιμικών ασθενών σε διαφορετικές θεραπευτικές ομάδες καθώς οι τελευταίοι εμφανίζουν γενικά μεγαλύτερη συναισθηματική εκφραστικότητα και μικρότερη ανοχή στις συγκρούσεις, αν και γνωρίζουν τη συχνότητα του ιστορικού ανορεξίας στους βουλιμικούς ασθενείς και το αντίστροφο. Οι μεγαλύτερες αντενδείξεις για την ένταξη σε μια θεραπευτική ομάδα, είναι οι σοβαρές, σωματικές επιπλοκές ή οι σημαντικές ψυχιατρικές επιπλοκές, (όπως η εξέλιξη της διαταραχής σε ένα πλαίσιο σχιζοφρένειας). Ένα από τα βασικά οφέλη της ένταξης σε ομάδα για τους ασθενείς είναι η αποκάλυψη κοινών εμπειριών, ακόμη και όταν αυτές αφορούν μόνο στα διατροφικά συμπτώματα: πρόκειται για το πρώτο επίπεδο σύνδεσης των μελών της ομάδας.

Ο βασικός στόχος μιας ομαδικής θεραπείας είναι η συμπτωματική βελτίωση και συγκεκριμένα η ελάττωση της συχνότητας και της έντασης των κρίσεων βουλιμίας, η αποκατάσταση και σταθεροποίηση του βάρους, καθώς και η επαναφορά της ποικιλίας στη διατροφή. Αυτά παραπέμπουν στην εφαρμογή θεραπευτικών στρατηγικών όπως ο αυτοέλεγχος, η αναγνώριση των εσφαλμένων γνωστικών στοιχείων και η ανάλυση των συναισθημάτων. Ο θεραπευτής ανασυνθέτει τα προβλήματα και τα κοινά θέματα που αναδύονται μέσα από τις ομαδικές ιστορίες ζωής των ασθενών και τους παρακινεί να εφαρμόσουν στρατηγικές επίλυσης των προβλημάτων. Στη συνέχεια η ομάδα περνά από το στάδιο της αναγνώρισης (επίγνωση) των συμπτωμάτων και των γνωστικών στοιχείων, στους μηχανισμούς που υποκινούν αυτές τις διαταραχές, στη διατροφική συμπεριφορά.

Ο Vandereycken (1987) και οι Johnson και Schlundt (1985) συνέκριναν την αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας σε νοσηλεύομενους και σε εξωτερικούς

ασθενείς. Και οι δύο μελέτες έδειξαν μία υπεροχή της ενδονοσοκομειακής θεραπείας. Προφανώς επειδή πρόκειται για ένα πλήρες πρόγραμμα που απαιτεί τη μόνιμη εμπλοκή του ασθενούς ο οποίος μετέχει σε ποικίλες αλληλεπιδράσεις με το προσωπικό και με τους άλλους ασθενείς.

Οι μελέτες πάνω στην αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας σε βουλιμικά άτομα (Dedman και συν.1988, Cox και Merkel,1989) δείχνουν συμπτωματική βελτίωση στο 40% των ατόμων. Οι Schneider και συν.(1985) κατέδειξαν επίσης μία μείωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Στην έρευνα των Kirkely και συν. (1985), η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας σε σύγκριση με μία μη κατευθυντική θεραπεία συμβάδιζε με την καλύτερη τήρηση της θεραπευτικής αγωγής. Τέλος, οι Freeman και συν. (1988), σε μία μελέτη σε 92 βουλιμικές γυναίκες δεν εντόπισαν αξιόλογες διαφορές μεταξύ ατομικής και ομαδικής θεραπείας, καθώς και οι δύο είχαν εξίσου ικανοποιητικό αποτέλεσμα σε σύγκριση με μία ομάδα ελέγχου που δεν δέχθηκε καμία θεραπεία.

3.5 Ψυχοφαρμακευτική αντιμετώπιση (Psychopharmaceutic Therapy)

Η φαρμακοθεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας εμφανίζεται ότι είναι αποτελεσματικότερη μετά την χρησιμοποίηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία έχουν μελετηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό. Ένας αριθμός μελετών έχει δείξει μία βελτιωμένη πορεία σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία στους οποίους έχει δοθεί φλουοξετίνη (εμπορικό όνομα Ladose). Σαν παράδειγμα σε μία διπλή τυφλή μελέτη (S.F.Forman,MD.,T.L.Schwenk,MD.,A.B.Middleman,MD.,H.N.Sokol MD.,2009) ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο (placebo) 387 ασθενείς ορίστηκε τυχαία να λάβουν φλουοξετίνη σε δόση 20 mg ή σε δόση 60 mg την ημέρα για οκτώ εβδομάδες ή να λάβουν εικονικό φάρμακο. Η θεραπεία με τη χαμηλότερη δόση της φλουοξετίνης, δηλαδή εκείνης των 20mg, είχε σαν αποτέλεσμα μείωση της υπερφαγίας και μείωση της συχνότητας των εμέτων σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (45% έναντι 33% και 29% έναντι 5% αντιστοίχως). Οι ασθενείς που έλαβαν 60 mg φλουοξετίνης είχαν μεγαλύτερη βελτίωση: μία μείωση 67% στην υπερφαγία και 56% μείωση στον έμετο. Η αμερικανική υπηρεσία τροφών και φαρμάκων (The US Food and Drug Administration) έχει εγκρίνει τη χρήση της φλουοξετίνης για τη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας (Bacaltchuk, J., Hay, P. 2001; Goldstein, D.J., Wilson, M.G., Thompson, V.L., et al. 1995; Walsh, B.T., Wilson, G.T., Loeb, K.L., et al. 1997.)

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά όπως η δεσιπραμίνη, η ιμιπραμίνη (εμπορικό όνομα Tofranil) και η αμιτρυπτιλίνη (εμπορικό όνομα Saroten) και η βουπροπρόνη (εμπορικό όνομα Bupropion) είναι επίσης περισσότερο αποτελεσματικά από ότι το εικονικό φάρμακο στη μείωση της υπερφαγίας και του εμέτου σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία. (Hughes, P.L., Wells, L.A., Cunningham, C.J., et al, 1986; Pope, H.G., Hudson, J.I., Jonas, J.M., et al, 1983; Mitchell, J.E., Groat, R.1984; Horne, R.L., Ferguson, J.M., Pope, H.G., et al., 1988.) Όμως η μεγαλύτερη ασφάλεια και τα κλινικά χαρακτηριστικά των SSRI'S (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) όπως η φλουοξετίνη κάνουν αυτά τα φάρμακα πλέον ελκυστικά ως φάρμακα χρησιμοποιούμενα για την έναρξη της θεραπείας. Οι λιγότερες δηλαδή και ελαφρότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε σχέση με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά τα κατατάσσουν ως φάρμακα πρώτης γραμμής στη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας.

Δύο άλλα φάρμακα που μπορεί να είναι χρήσιμα σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία είναι το αντιεπιληπτικό τοπιραμάτη (Topamax) και ο εκλεκτικός ανταγωνιστής σεροτονίνης οντανσεντρόν (Zofron):

- Η τοπιραμάτη σε μία δόση 25-600mg ημερησίως, (μέση δόση 212 mg ημερησίως) σε μία τυχαιοποιημένη μελέτη 61 εξωτερικών ασθενών με διαταραχή υπερφαγίας (όχι ψυχογενούς βουλιμίας) μείωσαν σημαντικά τη συχνότητα της υπερφαγίας και του σωματικού βάρους σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (μείωση 94% έναντι 46% και πρόσληψη 5.9 kgf έναντι 1.2 kgf. πρόσληψης σωματικού βάρους αντίστοιχα). Όμως ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών τόσο στην ομάδα της τοπιραμάτης όσο και στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου δεν συμπλήρωσαν τις 14 εβδομάδες θεραπείας (46.7% και 38.7% αντίστοιχα) λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών. Η τοπιραμάτη μπορεί να προκαλέσει παραισθησίες, διαταραχές στη γεύση και δυσκολίες στη συγκέντρωση.
- Το οντανσεντρόν (24 mg ημερησίως) μείωσε την υπερφαγία και τον προκλητό έμετο σε μία ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη 29 ασθενών με ψυχογενή βουλιμία. (McElroy, S.L., Arnold, L.M., Shapira, N.A., et al. 2003; Faris, P.L., Kim, S.W., Meller, W.H., et al 2000). Περαιτέρω μελέτη αυτών των φαρμάκων (δηλαδή της τοπιραμάτης και του οντανσεντρόν) είναι αναγκαία πριν να μπορεί να θεωρηθούν θεραπευτικές επιλογές σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία.

Το λίθιο και η ναλτρεξόνη (εμπορική ονομασία Vivitrol) έχουν ερευνηθεί για τη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας και κανένα εκ των δύο δεν φάνηκε ότι έχει αποτελεσματικότητα. (Hsu, L.K., Clement, Santhous, R., et al., 1991; Mitchell, J.E., Christenson, G., Jennings, J., et al. 1989).

3.5.a Θεραπεία υπερφαγίας

Ένας αριθμός φαρμακευτικών θεραπειών συμπεριλαμβανομένων της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά SSRI και της θεραπείας με κατασταλτικά της όρεξης όπως η σιμπουτραμίνη βελτιώνουν τα συμπτώματα της υπερφαγίας. Επίσης όπως ανωτέρω αναφέρεται μία μελέτη του αντιεπιληπτικού φαρμάκου τοπιραμάτη (εμπορικό όνομα Topamax) δείχνει ότι μπορεί να είναι αποτελεσματικό στη θεραπεία της υπερφαγίας. (Arnold, L.M., McElroy, S.L., Hudson, J.I., et al. 2002; Appolinario, J.C., Bacaltchuk, J., Sichieri, R., et al. 2003; Wilfley, D.E., Crow, S.J., Hudson, J.I., et al., 2008)

3.6 Θεραπεία μέσω τέχνης (Art therapy)

Η θεραπεία μέσω τέχνης είναι μία μορφή εκφραστικής θεραπείας, που χρησιμοποιεί καλλιτεχνικά υλικά όπως μπογιές, κιμωλία, μαρκαδόρους, σχέδιο, ζωγραφική, γλυπτική, φωτογραφία καθώς και άλλες μορφές οπτικής καλλιτεχνικής έκφρασης. Ο σκοπός της θεραπείας μέσω τέχνης είναι ο ίδιος περίπου σαν οιοδήποτε άλλο ψυχοθεραπευτικό μέσο: τη βελτίωση ή τη διατήρηση της ψυχικής υγείας και της συναισθηματικά ευχάριστης κατάστασης. (Killick, K., Schaverien, J., 1997).

Εκ παραλλήλου η ομαδική ψυχοθεραπεία θεωρείται σήμερα ως μία από τις βασικότερες μορφές της ψυχοθεραπείας. Η ανάπτυξη και η εξέλιξή της φαίνεται να συνδέεται με αλλαγές που έγιναν στον κοινωνικό χώρο και στις διαπροσωπικές σχέσεις, ιδιαίτερα το δεύτερο μισό του περασμένου αιώνα, αλλαγές που επηρέασαν την ποιότητα της επικοινωνίας των ανθρώπων. Στη διάρκεια των χρόνων αυτών τα παλαιότερα υποστηρικτικά συστήματα που είχε ο καθένας άρχιζαν να ατονούν, οι διαπροσωπικές σχέσεις γίνονταν όλο και περισσότερο χαλαρές, η έμμεση επικοινωνία κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος σε σχέση με την διαπροσωπική εμπλοκή και ακόμη και αυτή η επαφή και σχέση με την πραγματικότητα αρχίζει να περνά μέσα από τα κανάλια της εικονικής πραγματικότητας. Συνέπειες των παραπάνω αλλαγών

βλέπει κανείς στη γενικότερη αίσθηση του ανθρώπου ως αβοήθητου και απομονωμένου και στην ποιοτική και συναισθηματική συρρίκνωση των σχέσεων.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία ωθήθηκε σε ανάπτυξη για να καλύψει την ανάγκη για συστηματική επικοινωνία και ακόμη ως μια ανθρώπινη απάντηση σ' αυτές τις αλλαγές, που οδηγούν στην απανθρωποποίηση, καθώς φέρνει το άτομο αντιμέτωπο με τις βασικές και βαθύτερες ανθρώπινες του αξίες τη στιγμή που αυτές βιώνονται στο πλέγμα των διαπροσωπικών σχέσεων της ομαδικής διεργασίας.

Στο βιβλίο της, Ομαδική Διαντιδραστική Art Therapy η Diane Waller (1993) μας δείχνει μέσα από την διαντιδραστική ομαδική θεραπεία μέσω τέχνης πως η αξία της ομαδικής διαντίδρασης συνδέεται και ενισχύεται από ένα ιδιαίτερο και ευαίσθητο κομμάτι της ανθρώπινης έκφρασης, την τέχνη. Στη θεραπευτική αυτή προσέγγιση η επικοινωνία γίνεται μέσα από την αλληλουχία της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας. Σχήματα, χρώματα και εικόνες ανακινούν συναισθήματα και μνήμες που σχετίζονται με σημαντικές καταστάσεις που έχουν βιώσει τα μέλη της ομάδας και τα ενεργοποιούν σε μία-εμπαθητική- επικοινωνία στο εδώ και τώρα.

Η Diane Waller με την διαντιδραστική ομαδική θεραπεία μέσω τέχνης μας οδηγεί στο συμπέρασμα, πως οι πρώτες ανάγκες του ανθρώπου για σχέση και επικοινωνία εκφράζονται μέσα από γραμμές και σχήματα. (Waller D., 2001).

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν μελέτες που να δείχνουν ότι η θεραπεία μέσω τέχνης (art therapy) έχει εφαρμοστεί σε ασθενείς πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία. Εξαιρεση αποτελεί η χρησιμοποίηση των φωτογραφιών. Οι φωτογραφίες, κατά προτίμηση φωτογραφίες της ασθενούς πριν από τη νόσο μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε διάφορες στιγμές της θεραπείας. Έτσι η ασθενής πείθεται και ωθείται στο να αποκτήσει την εμφάνιση που είχε στις φωτογραφίες πριν από την έναρξη της θεραπείας. Με αυτό τον τρόπο η βουλιμική ασθενής μπορεί να περιορίσει το σωματικό της βάρος και πιθανώς να επανέλθει στην προηγούμενη σωματική της κατάσταση.

4ο Κεφάλαιο

4.1 Πρόληψη

Η πρόληψη της ψυχογενούς βουλιμίας επιτυγχάνεται με μία σειρά από μέτρα που έχουν ως σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και την εφαρμογή των θεραπευτικών

προσεγγίσεων όσο το δυνατόν σε πρώιμα στάδια. Ειδικότερα κατά την περίοδο της εφηβείας σε νεαρά κορίτσια πρέπει να παρακολουθείται η έμμηνος ρύση (ολιγομηνόρροια ή αμμηνόρροια) και να ελέγχεται κατά πόσον αυτό το σύμπτωμα είναι σύμπτωμα μιας οργανικής πάθησης δηλαδή πάθησης των ενδοκρινών αδένων ή των γεννητικών οργάνων της νεαρής εφήβου ή αποτελεί σύμπτωμα της ψυχογενούς βουλιμίας. Για το λόγο αυτό απαιτείται η συνεργασία του κλινικού γιατρού με τον κλινικό διαιτολόγο (Paradise J, et al, 2009).

Επίσης πρέπει να διερευνάται το ιστορικό των νεαρών εφήβων κοριτσιών για την ύπαρξη κατάθλιψης ή σοβαρής απόπειρας αυτοκτονίας. Αυτό επειδή οι ασθενείς που είχαν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας κατά το παρελθόν είναι δυνατόν να εμφανίσουν βουλιμική συμπτωματολογία συχνότερα από τις άλλες ασθενείς (Forman S, 2009). Συνεπώς για την πρόληψη της ψυχογενούς βουλιμίας απαιτείται επίσης η στενή συνεργασία των κλινικών ιατρών, των ψυχιάτρων, με τον κλινικό διαιτολόγο για την ανακάλυψη και θεραπεία αφενός μεν της κατάθλιψης ή άλλων ψυχικών αιτιών και την εφαρμογή ειδικής δίαιτας για την εξάλειψη των τροφικών διαταραχών. Πολλοί συγγραφείς θεωρούν την απόπειρα αυτοκτονίας ως δείκτη σοβαρότητας της βουλιμίας και δια τον λόγο αυτό συνιστούν και την εξέταση και άλλων διαταραχών όπως η τοξικομανία και ο αλκοολισμός. Κατά συνέπεια για την πρόληψη της βουλιμίας πρέπει να εξετάζεται και η ύπαρξη των καταστάσεων αυτών (Lacey G.H. 1986).

Όλες αυτές οι προληπτικές προσεγγίσεις για την ανίχνευση της ψυχογενούς βουλιμίας σε πρώιμα στάδια καλούνται παρεμβάσεις (interventions). Έτσι έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες πρόληψης της ψυχογενούς βουλιμίας μεταξύ ομάδων ατόμων υψηλού κινδύνου (high risk), όπως παραπάνω περιγράφηκαν, συγκριτικά με ομάδες υγιών ατόμων. Μία μεταανάλυση που έγινε από τους Stice και Shaw το 2004 περιγράφεται ακολούθως: η μεταανάλυση αυτή περιέλαβε 29 μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν μεταξύ των ετών 1987 και 2002. Συνολικά μελετήθηκαν 4.496 ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία, υπερφαγία και ψυχογενή ανορεξία. Η ηλικία τους ήταν από 10-19 έτη. Η μεταανάλυση έδειξε ότι οι παρεμβάσεις αυτές υπήρξαν περισσότερο επιτυχείς μεταξύ των ασθενών της ομάδας υψηλού κινδύνου (high risk). Οι παρεμβάσεις μπορούν ακόμη να περιλαμβάνουν: ενημερωτικά φυλλάδια, βίντεο, διδακτικά ή ψυχοεπιμορφωτικά προγράμματα μέσω υπολογιστών, ασκήσεις αυτοεκτίμησης και εκλαϊκευμένα προγράμματα με τη βοήθεια των μέσων ενημέρωσης. (Stice E, 2004).

4.2 Ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση

Επί του παρόντος, δεν έχουν γίνει ελεγχόμενες κλινικές μελέτες για να εκτιμηθούν τα κριτήρια με τα οποία θα γίνεται η εισαγωγή των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία στο νοσοκομείο. Ωστόσο υπάρχουν ορισμένα κριτήρια τα οποία είναι δυνατόν να οδηγήσουν τον ασθενή σε νοσηλεία. Αυτά είναι: 1.μεγάλη αύξηση του σωματικού βάρους που έχει σαν αποτέλεσμα: α)υπερτασική κρίση ή βαριά υπέρταση και β)σακχαρώδης διαβήτης.

Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται εισαγωγή στο νοσοκομείο και αντιμετώπιση από ομάδα ειδικών ιατρών, δηλαδή παθολόγων, διαβητολόγων και υπερτασιολόγων. Η συνεργασία με τον διαιτολόγο είναι προφανής διότι πρέπει να καθοριστεί το καθημερινό ολιγοθερμιδικό διαιτολόγιο για την αντιμετώπιση των παραπάνω σοβαρών παθολογικών καταστάσεων. 2.Διαταραχές ηλεκτρολυτών (υποκαλιαιμία, υπονατριαιμία, υποφωσφαταιμία) 3.Καρδιακή δυσρυθμία.

Και αυτές οι καταστάσεις αντιμετωπίζονται ενδονοσοκομειακά με τη συνεργασία των κλινικών ιατρών με τον διαιτολόγο. Επιπρόσθετα οι καταστάσεις αυτές είναι δυνατόν να οφείλονται στην χρήση φαρμακευτικών ή τοξικών ουσιών όπως λ.χ τα διουρητικά και η χρήση ναρκωτικών ουσιών. Σ'αυτές τις περιπτώσεις στην ομάδα αντιμετώπισης προστίθενται ακόμη ψυχίατρος και ψυχολόγος. 4.Βαρείας μορφής βραδυκαρδία.(λιγότεροι από 50 σφυγμοί ανά λεπτό κατά την ημέρα και λιγότεροι από 45 κατά τη νύχτα. 5. Ορθοστατικές μεταβολές στον σφυγμό (περισσότεροι από 20 σφυγμοί διαφορά ανά λεπτό) και στην αρτηριακή πίεση(μεγαλύτεροι από 10 χιλιοστά υδραργύρου). 6. Αναστολή της σωματικής αύξησης και ανάπτυξης.7.Αποτυχημένη εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση. 8.Οξεία άρνηση τροφής. 9. Ανεξέλεγκτη υπερφαγία και εκκαθάριση. 10.Οξείες ιατρικές επιπλοκές λόγω της κακής διατροφής (όπως π.χ συγκοπτικές κρίσεις, καρδιακή ανεπάρκεια, παγκρεατίτιδα.). 11.Οξεία ψυχιατρικά προβλήματα(π.χ. αυτοκτονικός ιδεασμός, οξεία ψύχωση). 12. Διάγνωση πρόσθετης νοσηρότητας η οποία επηρεάζει την αγωγή για την ψυχογενή βουλιμία. (π.χ. βαρεία κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση, σοβαρή οικογενειακή δυσλειτουργία).

Για όλα αυτά τα κριτήρια εισαγωγής μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο απαιτείται στενή συνεργασία των ειδικών κλινικών ιατρών με τον διαιτολόγο για την

εφαρμογή τόσο της εντερικής όσο και της παρεντερικής σίτισης των βουλιμικών ασθενών.(Forman S.F.,2009; Berkman N.D,et al 2006).

Οι τελευταίες οδηγίες της αμερικανικής ψυχιατρικής εταιρείας παρουσιάζουν άλλα κριτήρια για την εισαγωγή σε νοσοκομείο. Η αμερικανική ψυχιατρική εταιρεία τονίζει ότι η απόφαση για την εισαγωγή πρέπει να βασίζεται σε ψυχιατρικούς, συμπεριφορικούς και γενικά σε ιατρικούς παράγοντες και παρέχει τις ακόλουθες οδηγίες με ειδικές παραμέτρους για ενήλικες, παιδιά και εφήβους.(American Psychiatric Association.2006).

Οδηγίες αμερικανικής ψυχιατρικής εταιρείας για την εισαγωγή των βουλιμικών ασθενών σε νοσοκομείο

- Διαγνωστική αβεβαιότητα (δηλαδή όταν ο θεράπων κλινικός ιατρός και ο διαιτολόγος αδυνατούν να θέσουν μετά βεβαιότητας τη διάγνωση της βουλιμίας).
- Ιατρική αστάθεια (σημαντική βραδυκαρδία, υπέρταση ή υπόταση, μεταβολικές ανωμαλίες: γλυκόζης ή ηλεκτρολυτών, αφυδάτωση ή ένδειξη κινδύνου από κάποιο όργανο, συνυπάρχουσες λοιμώξεις).
- Αυτοκτονικός ιδεασμός
- Συνυπάρχουσες ψυχιατρικές παθήσεις
- Ασθενείς με μειωμένη θέληση που απαιτείται στήριξη η οποία επιτυγχάνεται μόνο σε υψηλά δομημένο περιβάλλον.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη μπορεί να γίνει είτε σε ιατρική πτέρυγα είτε σε ψυχιατρική πτέρυγα ανάλογα με την ηλικία, την ιατρική κατάσταση του ασθενούς και τις τοπικές δυνατότητες. Η νοσοκομειακή μονάδα πρέπει να διαθέτει έμπειρο προσωπικό για τη φροντίδα των βουλιμικών ασθενών και να υπάρχουν οδηγίες ή κάποιο πρωτόκολλο. Επίσης, εκτός του ιατρικού και διαιτολογικού προσωπικού πρέπει να υπάρχουν έμπειροι νοσηλευτές και νοσηλεύτριες για μια επιτυχημένη νοσοκομειακή περίθαλψη.(Sylvester,CJ&Forman,S.F.2008;Debate RD et al 2007).

4.2.α Ολοκληρωμένη ενδονοσοκομειακή παρέμβαση

Η ολοκληρωμένη ενδονοσοκομειακή παρέμβαση αποτελείται από δύο παραμέτρους:

- α. Την εισαγωγή των ασθενών σε παθολογικό τμήμα Γενικού Νοσοκομείου και
- β. Την εισαγωγή των ασθενών στο Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο

α. Η εισαγωγή των βουλμικών ασθενών σε Γενικό Νοσοκομείο αποσκοπεί στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασθενών αυτών που αφορούν κυρίως στη σωματική υγεία. Έτσι εμπλέκονται ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων για την αντιμετώπιση των σοβαρών παθολογικών καταστάσεων όπως είναι: η υπέρταση, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η υπεργλυκαιμία δηλαδή το διαβητικό-οξεωτικό κώμα, η υπογλυκαιμία δηλαδή το υπογλυκαιμικό κώμα, καθώς και η καρδιακή δυσλειτουργία. Στην αντιμετώπιση των βουλμικών ασθενών με αυτά τα προβλήματα συμβάλλουν ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων όπως παθολόγοι, καρδιολόγοι, ενδοκρινολόγοι, καθώς και εργαστηριακοί γιατροί για την εκτέλεση των διαφόρων εργαστηριακών εξετάσεων που σκοπό έχουν να αποκαλύψουν τη βαρύτητα της υποκείμενης παθολογίας. Σημαντικός είναι ο ρόλος των διατροφολόγων-διαιτολόγων οι οποίοι καθορίζουν το είδος και την ποσότητα των παρεχομένων τροφών προσαρμοσμένων στην εκάστοτε υποκείμενη παθολογία. (στη νοσηρή δηλαδή κατάσταση που αντιμετωπίζουν οι κλινικοί ιατροί). Επίσης οι διαιτολόγοι-διατροφολόγοι χρησιμοποιούν παρεντερικά γαλακτώματα για έγχυση σε εκείνους τους βουλμικούς ασθενείς οι οποίοι δεν μπορούν να τραφούν από το στόμα για διαφόρους λόγους όπως επί παραδείγματι στα κώματα με σκοπό την εξασφάλιση θετικού ισοζυγίου θερμίδων για την κάλυψη των θερμιδικών αναγκών των βουλμικών ασθενών.

β. Οι βουλμικοί ασθενείς εισάγονται στο Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο όταν απαιτείται αποκλειστικά ψυχιατρική αντιμετώπιση για τη θεραπεία της βουλιμίας. Αυτοί οι ασθενείς συνήθως χαρακτηρίζονται από βαριά κατάθλιψη ή άλλα ψυχικά νοσήματα για την αντιμετώπιση των οποίων πρωτεύουσα θέση κατέχει ο ψυχίατρος και πρέπει να αντιμετωπιστούν σε ψυχιατρική μονάδα. Η ψυχιατρική μονάδα συνήθως περιλαμβάνει:

- Ψυχιατρική κλινική κλειστής ή και ανοικτής νοσηλείας
- Εξωτερικά ιατρεία
- Υπηρεσία συμβουλευτικής διασυνδεδετικής ψυχιατρικής

Οι υπηρεσίες αυτές υποστηρίζονται από νοσηλευτική υπηρεσία, ψυχολογικό εργαστήριο και ομάδα κοινωνικών λειτουργών. Επιπλέον η ψυχιατρική μονάδα μπορεί να οργανώσει νοσοκομείο ημέρας, κέντρα ψυχικής υγείας, ψυχιατρικούς

ξενώνες για την αντιμετώπιση ασθενών στους οποίους περιλαμβάνονται και οι βουλιμικοί ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα. Γίνεται φανερό ότι καθοριστικός είναι ο ρόλος του ψυχιάτρου, όμως ο διαιτολόγος –διατροφολόγος μπορεί να συμμετέχει στην αντιμετώπιση αυτών των ασθενών χορηγώντας τα ενδεικνύμενα διαιτολόγια για την κάλυψη των θερμιδικών αναγκών των βουλιμικών ασθενών.(Lipowski ZJ.1991,Σακκάς Π.1997)

4.3 Εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση

Οι περισσότεροι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές και ιδιαίτερα εκείνοι που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία παρακολουθούνται από γιατρούς, διαιτολόγους και ψυχολόγους χωρίς την εισαγωγή σε νοσοκομείο εκτός αν υπάρξει σοβαρή φυσική επιπλοκή οπότε απαιτείται η ενδονοσοκομειακή παρακολούθηση.

Είναι σημαντική η θεραπευτική αντιμετώπιση σε πρώιμα στάδια της νόσου διότι με την πάροδο του χρόνου αυτός ο τρόπος της βουλιμικής συμπεριφοράς εμφυτεύεται βαθύτερα και είναι δύσκολο να αλλάξει. Τα άτομα με βουλιμία που αρχίζουν τη θεραπεία νωρίς έχουν περισσότερες πιθανότητες για πλήρη ίαση σε σχέση με αυτούς τους ασθενείς που έχουν το πρόβλημα πολλά χρόνια πριν αρχίσει η αγωγή. Σαν μέρος του υποστηρικτικού κύκλου ενός ατόμου με βουλιμία, η οικογενειακή αγωγή περιλαμβάνει την παρακολούθηση της συμπεριφοράς και την τήρηση ενός λογικού διατροφικού σχήματος. Χρειάζεται υποστήριξη και παρότρυνση για να βοηθηθεί ο ασθενής να αρχίσει και να συνεχίσει τη θεραπεία. Το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς πρέπει να σιγουρευτεί ότι ο ασθενής τηρεί τα ραντεβού του με τους γιατρούς, τους ψυχολόγους και τους διαιτολόγους.(Fairburn C.G.et al 1993).

▪ Ιατρική αγωγή

Ο ορθός χειρισμός της βουλιμίας απαιτεί μία πολύπλευρη προσέγγιση. Ο ελάχιστος αριθμός ειδικών που απαιτείται για τη φροντίδα αυτών των ασθενών είναι α)ο κλινικός που παρέχει αυτήν τη φροντίδα β)ο ψυχίατρος γ)ο ψυχοθεραπευτής και δ) ο διαιτολόγος. Συνιστάται η συμμετοχή ενός ψυχοθεραπευτή με εμπειρία στο χειρισμό διατροφικών διαταραχών. Ο έλεγχος της διατροφής και της τροφικής επανένταξης χρειάζεται έναν διπλωματούχο διατροφολόγο-διαιτολόγο. Ανάλογα με τις συνθήκες και τις επιπλοκές ίσως οι πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία να χρειάζονται επιπλέον την επιστημονική βοήθεια ενός ενδοκρινολόγου ή χειρουργού.(Safer DL et al 2001)

▪ **Οι στόχοι της θεραπείας είναι:**

- Η μείωση και αν είναι δυνατόν η εξάλειψη της υπερφαγίας και της εκκαθάρισης.
- Η θεραπεία φυσικών επιπλοκών.
- Η ενδυνάμωση της θέλησης του ασθενούς για συνεργασία με στόχο την επαναφορά υγιών διατροφικών σχημάτων και η συμμετοχή του στη θεραπευτική αγωγή.
- Η εκπαίδευση επί της υγιούς διατροφής και των διατροφικών σχημάτων.(Shapiro JR et al 2007)
- Η βοήθεια προς τους ασθενείς στην επανεκτίμηση και μεταβολή των σημαντικών δυσλειτουργικών σκέψεων, συμπεριφορών, προσδοκιών, ερεισμάτων και συναισθημάτων συνδεδεμένων με τη βουλιμία.
- Η θεραπεία συνυπαρχουσών ψυχιατρικών καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένης της ανεπάρκειας στη ρύθμιση της διάθεσης, της παρορμητικότητας, της αυτοεκτίμησης και της συμπεριφοράς.
- Η συστράτευση της οικογενειακής στήριξης και η παροχή οικογενειακών συμβουλών και θεραπείας όπου χρειάζεται.
- Η πρόληψη υποτροπής.
Η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να είναι ευρεία και πολύπλευρη και μπορεί να συμπεριλαμβάνει και τα ακόλουθα:
- Συμβουλές για τη διατροφική επανένταξη. Ένα καλά δομημένο διατροφικό σχήμα είναι το μέσον για τη μείωση των επεισοδίων διαιτητικών περιορισμών και της επιθυμίας για υπερφαγία και εκκαθάριση. Η επαρκής λήψη θρεπτικών τροφών μπορεί να εμποδίσει την πείνα και να προάγει τον κορεσμό. Η εκτίμηση της κατανάλωσης θρεπτικών τροφών για όλους τους ασθενείς ακόμη και αυτούς με φυσιολογικό βάρος(ή φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος)είναι σημαντική γιατί το φυσιολογικό βάρος δεν εξασφαλίζει τη σωστή λήψη θρεπτικών ουσιών ή τα συστατικά ενός φυσιολογικού σώματος. Μεταξύ ατόμων με φυσιολογικό βάρος οι διατροφικές συμβουλές είναι χρήσιμο τμήμα της θεραπείας και βοηθάει στη μείωση των διατροφικών περιορισμών, αυξάνει την ποικιλία των τροφών που καταναλώνονται και προάγει υγιή αλλά όχι καταναγκαστικά σχήματα σωματικής άσκησης.(Vandereycken W,1990).

Στην ενίσχυση των στόχων της θεραπείας συμπεριλαμβάνονται δύο ακόμη θεραπευτικές προσεγγίσεις: α) θεραπεία ζευγαριών και β) ομάδες υποστήριξης και αυτοβοήθειας.

▪ **Θεραπεία ζευγαριών**

Οι ασθενείς με συζυγικές διαφωνίες μπορούν να κερδίσουν από τη θεραπεία των ζευγαριών. Μεταξύ των ατόμων με βουλιμία με σχέση γάμου ή άλλης νόμιμης ενήλικης σχέσης, η σχετική έρευνα είναι περιορισμένη. Γενικά αυτές οι σχέσεις φαίνονται να είναι υποτονικές με την παρουσία μειωμένων επιπέδων οικειότητας και υποτονικές μορφές επικοινωνίας. Το αυτοσυναίσθημα και η αυτοσιωπή κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης καθώς και αγχώδεις καταστάσεις μπορεί να είναι υπεύθυνες για τα βουλιμικά συμπτώματα. Οι συμβουλές και η ειλικρίνεια σχετικά με τα προβλήματα αυτά μπορεί να συμβάλλουν στο χειρισμό της βουλιμίας. (Schwarz RC et al, 1985. Agras WS et al 1999).

Το ζευγάρι μπορεί να θεωρηθεί είτε ως σύστημα, είτε ως δίκτυο δύο ατόμων, τα οποία αλληλεπιδρούν και των οποίων οι ανάγκες εναρμονίζονται ή και συγκρούονται. Στην πρώτη περίπτωση, θεραπευτική σπουδαιότητα έχουν οι κανόνες και το πλαίσιο της δυαδικής επικοινωνίας. Στη δεύτερη, το θεραπευτικό ενδιαφέρον εστιάζεται α. στην προσωπική ιστορία του κάθε μέλους της δυάδας, η οποία είναι ικανή να επηρεάσει τόσο την επιλογή συντρόφου όσο και τα δυναμικά της παρούσας σχέσης. β. στις αμοιβαίες ανατροφοδοτούμενες συμπεριφορές, οι οποίες οδηγούν τη σχέση στην επίτευξη ή απώλεια ισορροπίας. Η ψυχογενής βουλιμία εντάσσεται στα προβλήματα που αφορούν το ένα μέλος του ζευγαριού και είναι δυνατόν να συνοδεύεται από την εμφάνιση ψυχιατρικής ή ψυχοσωματικής συμπτωματολογίας και των δύο μελών του ζευγαριού. Επίσης το ζευγάρι μπορεί να εμφανίσει δυσλειτουργία στο σεξ ή να καταφύγει στη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Ένα άλλο πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί κατά τη θεραπεία ζευγαριού είναι ότι ενδεχομένως ο σύντροφος που πάσχει από ψυχογενή βουλιμία να αδυνατεί να εκφράσει αιτήματα και επιθυμίες στον άλλο. Έτσι η ψυχοθεραπεία του ζευγαριού μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμο εργαλείο στην αντιμετώπιση της ψυχογενούς βουλιμίας. (Guerin P. 1987).

▪ **Ομάδες υποστήριξης και αυτοβοήθειας**

Ο όρος ομάδες υποστήριξης και αυτοβοήθειας αναφέρεται στις μικρές ομάδες (5-10 μελών) ασθενών που υποφέρουν ή υπέφεραν από διατροφικές

διαταραχές συμπεριφοράς και συνέρχονται τακτικά(περίπου μια φορά το μήνα)για να συζητήσουν τους προβληματισμούς τους και να εξετάσουν από κοινού ερωτήματα και λύσεις.

Η συμμετοχή στις ομάδες αυτές είναι δωρεάν και δεν υπάρχει θεραπευτής. Δεν πρόκειται επομένως για θεραπευτικές ομάδες, παρόλο που η τακτική συμμετοχή σε αυτές προσφέρει ποικίλλα οφέλη. Μέσα στις ομάδες που λειτουργούν υπό την εποπτεία της Γαλλικής Ομάδας Μελέτης της Ανορεξίας και της Βουλιμίας(GEFAB),ζητείται από κάθε συμμετέχοντα να ακολουθήσει μία θεραπεία της επιλογής του, για την αποκατάσταση της διαταραγμένης σχέσης του με τη διατροφή και με το σώμα. Έτσι σε καμία περίπτωση η ομάδα δεν δίνει μια πρόφαση για την αποφυγή ή την επιβράδυνση των απαραίτητων θεραπευτικών ενεργειών. Σε γενικές γραμμές οι ομάδες αυτοβοήθειας εμπνυχώνονται και συντονίζονται από παλαιούς ασθενείς που έχουν αποθεραπευθεί ή βρίσκονται σε σωστό δρόμο ως προς τη θεραπεία τους. Ο ρόλος των συντονιστών είναι να παρακολουθούν τη δυναμική της ομάδας, να διασφαλίζουν την ακρόαση όλων των μελών και να αποφεύγουν τις υπερβολικές εντάσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στη διάλυση της ομάδας.

Η επιστημονική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ομάδων αυτοβοήθειας δεν είναι εφικτή. Στο σύνολό τους οι βουλιμικές και ανορεξικές ασθενείς που επιλέγουν να συμμετέχουν στις ομάδες αυτοβοήθειας δηλώνουν πολύ ικανοποιημένες. Η ομάδα βγάζει την ασθενή από τον εγκλεισμό της μέσα σε μία παθολογική κατάσταση, όπου συνήθως αισθάνεται μόνη. Κυρίως η βουλιμία χάνει τη μορφή της μοναχικής και ατιμωτικής διαστροφής, για να γίνει μία αντιληπτή ως δυσπροσαρμοστική συνήθεια την οποία μοιράζονται πολλές νέες γυναίκες και κορίτσια. Έτσι η ομάδα απενοχοποιεί. Από την άλλη πλευρά στα πλαίσια της ομάδας οι συμμετέχουσες ανταλλάσσουν εθελοντικά μορφές συμπεριφοράς. Τα πρώην ανορεξικά και τα πρώην βουλιμικά μέλη δίνουν ερεθίσματα στην ομάδα διότι γνωρίζουν το μακρύ θεραπευτικό μονοπάτι. Αν αναλυθεί η δυναμική αυτών των άνευ θεραπευτών ομάδων θα αναγνωριστεί ότι αντικατοπτρίζει τις ψυχοδυναμικές ή γνωσιακές συμπεριφορικές θεραπείες που ακολουθούν τα περισσότερα μέλη τους. Όλα τα βασικά θέματα αυτών των θεραπειών προσεγγίζονται και επισημαίνονται εκ νέου κατά τις συνεδρίες των ομάδων αυτοβοήθειας:η διατροφή, το σώμα, η σωματική εικόνα, ο αισθησιασμός, οι γονείς, οι σύντροφοι, ο ρόλος της γυναίκας, η επιβεβαίωση του εγώ, η αυτοεκτίμηση και η αντιμετώπιση των προβλημάτων. Έτσι μέσα στις ομάδες συντελείται αμοιβαία ενίσχυση των κινήτρων των συμμετεχουσών

για μια εκ νέου κοινωνικοποίησή τους με ιδιαίτερα σημαντική και θετική επίδραση στην εξέλιξή τους.(Aimez P.1991)

4.3.α.Ολοκληρωμένη εξωνοσοκομειακή παρέμβαση

Η ολοκληρωμένη εξωνοσοκομειακή παρέμβαση μπορεί να πραγματοποιείται:

α. στα εξωτερικά ιατρεία των Γενικών Νοσοκομείων

β. στο εξωτερικό ιατρείο του Ειδικού Ψυχιατρικού Νοσοκομείου

Οι βουλιμικοί ασθενείς και στις δύο περιπτώσεις αξιολογούνται και εκτιμώνται από πλευράς βαρύτητας της κατάστασής τους σε εξωτερική βάση, χωρίς δηλαδή να εισάγονται στα τμήματα. Οι εργαστηριακές εξετάσεις αλλά και οι συνεντεύξεις πραγματοποιούνται από ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό στο οποίο περιλαμβάνονται και οι διατροφολόγοι-διαιτολόγοι. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι επί περιπτώσεων βουλιμικών ασθενών με κατάθλιψη ή άλλα ψυχικά νοσήματα απαραίτητη είναι η χορήγηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σε συνδυασμό με τα ειδικά διαιτολόγια για την κάλυψη των θερμιδικών αναγκών των βουλιμικών ασθενών.(Gelder M,1999).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στα προηγθέντα κεφάλαια της παρούσας εργασίας εξετάστηκαν τα εξής θέματα:

1. Τα διαγνωστικά κριτήρια,η επιδημιολογία,τα συμπτώματα και η αιτιολογία της ψυχογενούς βουλιμίας.
2. Η διαιτολογική αντιμετώπιση που περιλαμβάνει:την εντερική και παρεντερική σίτιση σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία ,η εκπαίδευση γύρω απ'την ενεργειακή πρόσληψη των βουλιμικών ασθενών καθώς και ο ρόλος του διαιτολόγου.
3. Η ψυχοδυναμική αντιμετώπιση,η γνωστική -συμπεριφορική αντιμετώπιση,η οικογενειακή-συστημική θεραπεία,η ομαδική θεραπεία, η ψυχοφαρμακευτική αντιμετώπιση καθώς και η θεραπεία μέσω τέχνης των βουλιμικών ασθενών.
4. Η πρόληψη,η ενδονοσοκομειακή και η εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση των βουλιμικών ασθενών.

Όπως προκύπτει από τη διεθνή βιβλιογραφία σημαντικά θέματα πρέπει ακόμη να εξεταστούν:

A. Η ψυχογενής βουλιμία ανήκει στις διατροφικές διαταραχές(Eating Disorders)ή είναι μία ψυχοσωματική νόσος; (Sara F. Forman, MD 2009)

Οι καθαρά διατροφικές ανωμαλίες που εμφανίζουν οι βουλιμικοί ασθενείς δηλαδή η υπερβολική κατανάλωση τροφής σε ένα ή περισσότερα γεύματα, η πρόσληψη τροφής κατά ακανόνιστα χρονικά διαστήματα, η συνήθως παρατηρούμενη πρόσληψη μικρογευμάτων που αυξάνουν το σωματικό βάρος (σνακς ή γλυκίσματα)πείθουν ότι πράγματι η ψυχογενής βουλιμία ανήκει στις διατροφικές διαταραχές.(Pope,HG Jr, 2006)

Η εμφάνιση όμως ορισμένων κλινικών χαρακτηριστικών της ψυχογενούς βουλιμίας κατά την εφηβεία ή κατά την κύηση πρέπει να εξεταστούν. Κατά την εφηβεία είναι δυνατόν να παρατηρηθούν τάσεις για αυτοκτονία ή δυσμηνόρροια. Και οι δύο αυτές παθολογικές καταστάσεις συνδέονται με την κατάθλιψη, μία σοβαρή ψυχιατρική νόσο. Οι ασθενείς προσπαθούν υποσυνείδητα να βρουν κάποια απόλαυση(ηδονή) για να μετριάσουν ή να εξαλείψουν τα βαρέα συμπτώματα της κατάθλιψης η οποία συνήθως οδηγεί τους βουλιμικούς ασθενείς σε αποχή από τις φυσιολογικές χαρές της ζωής.Έτσι αναπτύσσουν έναν αμυντικό μηχανισμό απόλαυσης και στρέφονται προς την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες τροφής αδιαφορούν για την επίπτωση στη γενικότερη σωματική τους υγεία.Έτσι παρατηρείται π.χ. η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής από καταθλιπτικούς ασθενείς που έχουν συγκεκριμένα σωματικά νοσήματα όπως σακχαρώδη διαβήτη ή υπέρταση.

Η μείζονα κατάθλιψη οδηγεί τους ασθενείς σε μεγάλη λήψη τροφής για να εξασφαλιστεί κάποιο ίχνος ευδαιμονισμού(ηδονής) αδιαφορώντας για την σωματική επιβάρυνση. Αδιαφορούν δηλαδή για τους κινδύνους που ελλοχεύουν για την υγεία τους. Άρα οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, σύμπτωμα ψυχιατρικών νόσων. (Spear, BA.2002, Jenkins,S,2005).

B. Ποια πρέπει να είναι η θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας:

- α. Ψυχολογική;
- β. Φαρμακευτική;
- γ. Συνδυασμός φαρμακευτικής και ψυχολογικής αντιμετώπισης.

(G.Terence Wilson 1999)

Ασφαλώς η ψυχογενής βουλιμία είναι ένα πολύπλοκο νόσημα πολυπαραγοντικής αιτιολογίας. Η καλύτερη σήμερα αντιμετώπισή της επιτυγχάνεται τόσο ενδονοσοκομειακά όσο και εξωνοσοκομειακά από ομάδα ειδικών που περιλαμβάνει: κλινικούς ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, ψυχιάτρους, ψυχολόγους, διαιτολόγους και ειδικευμένους νοσηλευτές. Συνεπώς η ενδεδειγμένη αντιμετώπισή της είναι ο συνδυασμός ψυχολογικής και φαρμακευτικής αγωγής με την χορήγηση μικρών αλλά θερμιδικά επαρκών γευμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abraham, S. F., & Beumont, P. J. V. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine*, **12**, 625-635.

Agras WS, Hammer LD, Mc Nicholas F. (1999). A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *Int J Eat Disord.* **25**:253-262{C}.

Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC:(2000). "A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*; **57**:459-466

Aimez P. (1991). Le GEFAB: une structure originale de prevention et de soins. *In: Les Nouvelles addictions*, sous la direction de J. L. Venisse, Paris, Mason.p.p.237-243.

Alexander J. W., Mac Millan BG, Stinnet JD (1980). "Beneficial effects of aggressive protein feeding in severely burned children. *Ann Surg.* 192;505"

Andersen A. E(1990). *Males with Eating Disorders*, New York, Brunner et Mazel

Appolinario, JC, Bacaltchuk, J, Sichieri, R, et al. (2003). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of sibutramine in the treatment of binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 60:1109.

Arnold, LM, McElroy, SL, Hudson, JI, et al. (2002). A placebo-controlled, randomized trial of fluoxetine in the treatment of binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry*. 63:1028.

Bacaltchuk, J, Hay, P. (2001). Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 4:CD003391.

Balsiger, BM, Murr, MM, Poggio, JL, Sarr, MG. (2000). Bariatric surgery. Surgery for weight control in patients with morbid obesity. *Med Clin North Am*. 84:477.

Beck JS. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York, Guilford Press.

Bellini L. M., Parsons P. E., Wilson K. C., Lipman T. O. (2009). Nutritional support in the critically ill. www.uptodate.com

Berkman ND, Bulik CM, Brownley K.A., Lohr KN, Sedway JA, Rooks A, Gartlehner G. (2006). Management of eating disorders. *Evid. Rep Technol Assess*. 135:1-166.

Beumont, P. J. V., O'Connor, M., Touyz, S. W., & Lennerts, W. (1990). Nutritional counseling in the treatment of bulimia. In M. M. Fichter (Ed.), *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy*. Chichester, England, Wiley

Billiar TR., Simmons R. L. (1996). Arginine and nitric oxide. In G. E. Fischer (ed): *Surgical Nutrition, 2nd ed*. Boston, Little, Brown.

Blouin J. H., Carter J., Blouin A. G. et coll. (1994). Prognostic indicators in bulimia nervosa treated with cognitive behavioural group therapy. *Int. J. Eat. Disord*, **15**, 2, 113-123.

Boan J., Mun EC., (2009). Management of patients after bariatric surgery. www.uptodate.com

Bower RH, Cerra FB, Bershadsky B, et al(1995). Early enteral administration of a formula (Impact)supplemented with arginine, nucleotides and fish oil in intensive care unit patients:Results of a randomized prospective clinical trial. *Crit Care Med* 23:436.

Bulik C. M., Beidel D. C., Duchmann E., Weltzin T. E., Kaye W. H. (1992). Comparative psychopathology of women with bulimia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, **33**, 4, 262-268.

Casper R. C., Eckert E. D., Halmi K. A. et coll. (1980). Bulimia. Its incidence and clinical importance with anorexia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry* , **37**, 1030-1035.

Couvreur C. (1991). Sources historiques et perspectives contemporaines. In: B. Brusset, (ed), *La Boulimie*, PUF, Paris.

Cox G., Merkel W. T. (1989). A qualitative review of psychosocial treatments for bulimia. *J. Mental Disease* 177, 77-84.

Dansing B. S. (1998). The nature and prevalence of binge eating disorder in a national sample of women. In:*DSM-IV.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.Washington DC.

American Psychiatric Association.

Debate RD, Shuman D, Tedesco LA. (2007). Eating disorders in the oral health curriculum. *Journal of Dental Education*. **71**(5):655-663

Dedman P. A., Shuron F. N., Wakeling A. (1988). A cognitive behavioural group approach for the treatment of bulimia nervosa. *J. Psycosom Res.* **32**, 285-290.

DSM-III-R (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D. C. American Psychiatric Association.

DSM-IV, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D. C. American Psychiatric Association.

Fairburn C. G., Peveler R. C., Jones R., Hope T. A., Doll H. A. (1993). Predictors of 12 month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *J. Consult. Clinic. Psychol*, **61**, 4, 696-698

Fairburn C. G., Garner D. M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* **5**. 403-419

Fairburn C. G., Jones R., Peveler R. C., Carn S. J., Solomon R. A., O'Connor M. E., Burton J., Hope R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Arch. Gen Psychiatry* **48**.

Faris, PL, Kim SW, Meller WH, et al. (2000). "Effect of decreasing afferent vagal activity with ondansetron on symptoms of bulimia nervosa: a randomised, double-blind trial. *Lancet*; 355:792.

Ferrero F., Archinard M., Jeanneret R. et coll. (1987). Les troubles de l'alimentation dans une population etudiante. *Psychiatr. Psychobiol.* **2**, 334-342.

Fichter M. M., Pirke K. M., Pollinger J. et coll. (1988). Restricted caloric intake causes neuroendocrine disturbances in bulimia. In: K. M., Pirke. W. Vandereycken W., D. Plog., Ed. *The Psychobiology of Bulimia Nervosa*. Springer-Verlag. p. p. 42-56.

Finichel R. M., (1945). Anorexia, Bulimia and the Athletic Triad: Evaluation and Management. In M. Flament, P. Jeammet (Ed.). *Η βουλιμία*. Αθήνα. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε.

Flament M., Jeammet P. (2006). *Η βουλιμία*. Αθήνα, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε.

Flament M. F., Godart N., Vigan C., (1998). The epidemiology and comorbidity of eating disorders. *European Psychiatry*, **13**(suppl. 4), 155s.

Flament M. F., Ledoux S., Jeammet P., Choquet M., Dantchev N., Remy B., Laget J. (1993). Boulimie et autres troubles des comportements alimentaires a l'adolescence: etude epidemiologique dans une population francaise scolarisee. *Annales Medico-Psychologiques*, **151**, 635-642.

Flament M. F., Payan C., Simon Y., Venisse J. L., Bailly D, Franck N., Jeammet P. (1993). Criteres diagnostiques de la boulimie: reevaluation et propositions a partir d'une population de 539 cas. *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*. **41**, 327-336.

Flegal, K M, Carrol, MD, Ogden, CL, Johnson, CL. (2002). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *Jama* 288 :1723

Forman S (2009). Eating disorders: Treatment and outcome. *www.uptodate.com*.

Forman S. F. (2009). Eating disorders: Epidemiology, pathogenesis and clinical features. *www.uptodate.com*.

Forman S. F., Middleman A. B., Sokol N. H. (2009). Eating disorders: Epidemiology, pathogenesis and clinical features. *www.uptodate.com*.

Forman S. F., Schwenk T. L., Middleman A. B., Sokol H. N. (2009). *www.uptodate.com*.

Freeman C. P., Barry F., Dunkeld-Turnbull J., Henderson A. (1988). Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. *Brit. Med. J. Clin. Res.* 296, 521-525

Freud S. (1925). Inhibitions, symptoms and anxiety. In M. Tort(Ed). *Inhibition, symptome et angoisse*. Paris. SE, XX. PUF

Freud, S. (1961). The ego and the id. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*(**Vol. 19**, p. p. 3-66). London: Hogarth Press. (Original work published 1923)

Garfinkel P. E., Goldbloom D., Davis R., Olmsted M. P., Garner D. M., Halmi K. A. (1998). Body dissatisfaction in bulimia nervosa: Relationship to weight and shape concerns and psychological functioning. In: *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC. American Psychiatric Association

Garner D. M., Garfinkel P. E. (1997). *Handbook of treatment for eating disorders*. New York, London. The Guilford Press.

Garner, D. M., Rockert, W., Garner, M. V., Davis, R., Olmsted, M. P., & Eagle, M. (1993). Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150, 37-46.

Gelder M., Mayou H., Geddes J. (1999). *Psychiatry*. Oxford, Oxford University Press.

Golay A., Eigenheer C., Morel Y., Kujawski P., Lehman T., de Tonnac N. (1996). Weight loss with a low or high carbohydrate diet? *Int J Obesity*, 20:1062-72.

Goldstein, DJ, Wilson, MG, Thompson, VL, et al. (1995). Long-term fluoxetine treatment of bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* . 166:660.

Goodman A. (1990). Addiction, definition and applications. *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408.

Guerin P., Fay L, Burden S, Kautto JG. (1987). *The Evaluation and Treatment of Marital Conflict*. New York, Basic Books.

Horne, RL, Ferguson, JM, Pope, HG Jr, et al. (1988). Treatment of bulimia with bupropion: A multicenter controlled trial. *J Clin Psychiatry* 49:262

Hsu L. K., Crisp A. M., Harding B. (1979). Outcome of anorexia nervosa. *Lancet* 1, 61-65.

Hsu, LK, Clement, L, Santhous, R., et al. (1991). "Treatment of bulimia nervosa with lithium carbonate. A controlled study. *J Nerv Ment Dis*;179:351"

Hudson J.J.,Pope H.G.Jr.(1987).Depression and eating disorders.In:*Presentations of Depression:Depressive symptoms in Medical and Other Psychiatric Disorders*.New York.O.G.Cameron.John Wiley and Sons.

Hughes, P. L., Wells, LA., Cunningham, CJ, Ilstrup, DM. (1986). Treating bulimia with desipramine. A double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen psychiatry*. 43:182.

Jarol B. (2009). Nutritional management and food intolerance. *www.uptodate.com*

Jeammet P(1989). Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires a l'adolescence. Valeur heuristique du concept de dependance. *Confrontations Psychiatriques* **31**, 177-202.

Jenkins, S, Horner, SD. (2005). Barriers that influence eating behaviors in adolescents. *J Pediatr Nurs*. **20**:258

Johnson W. G., Schlundt D. G. (1985). Eating disorders: assessment and treatment. *Clin. Obst. Gynecol*. **28**, 598-614

Kalapatapu R.K, (2008). Bulimia. *www.emedicine.medscape.com*.

Kaye W. H., Devlin B., Barbarich N., Bulik C. M., Thornton L., et al (2004). Genetic Analysis of Bulimia Nervosa: Methods and Sample Description. Wiley InterScience (*www.interscience.wiley.com*). DOI:10. 1002/eat. 10271

Keys A., Brozek J., Henschel A. et coll. (1956). *The Biology of Human Starvation*. University of Minnesota Press, Minneapolis. 17. 161.

Killick, Katherine;Schaverien, Joy(1997). *Art, Psychotherapy and Psychosis*. ISBN 0-415-13841-8.London and New York:Routledge.

Kirkely B. G., Schneider A. H., Agras W. S., Bachman J. A. (1985). Comparison of two group treatments for bulimia. *J. Consult. Clin. Psychol.* **53**, 43-48.

Lacey J. H., Evans B. A. (1986). The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *Br. J. Addiction*, **81**, 641-649

Laessle, R. G., Beumont, P. J. V., Butow, P. Lennerts, W., O'Connor, M., Pirke, K. M., Touyz, S. W., & Waadi, S. (1991). A comparison of nutritional management and stress management in the treatment of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, **159**, 250-261

Lipowski ZJ(1991). Consultation-Liaison Psychiatry 1990. *Psychother Psychosom.* **155**:62-68

Long P.W. (2008). Bulimia Nervosa reevaluated. *www.uptodate.com*

Flament M., Jeammet P. (2006). *Η βουλιμία*. Αθήνα. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε.

Mahler, M. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York:International Universities Press.

McCann U. D., Rossiter E., King R. J. et coll. (1991). Non purging bulimia: a distinct subtype of bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.*, **10(6)**, 679-687.

McElroy, SL, Arnold, LM, Shapira, NA, et al. (2003). Topiramate in the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*. 160:255.

Middleman A. B., Forman S. F., Sokol H. N., (2009). Eating disorders: Epidemiology, pathogenesis and clinical features. *www.uptodate.com*

Minuchin S., Rosman B., Baker L. (1978). *Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in context*. Cambridge.

Mitchell J. E. (1998). Subtyping of bulimia nervosa. In: *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC. American Psychiatric Association.

Mitchell, JE, Christenson, G, Jennings, J et al. (1989). A placebo-controlled, double-blind, crossover study of naltrexone hydrochloride in outpatients with normal weight bulimia. *J Clin Psychopharmacol.* 9:94.

Mitchell, JE, Groat, R. (1984). A placebo-controlled, double-blind trial of amitriptyline in bulimia. *J Clin Psychopharmacol*;4:186.

National Osteoporosis Foundation(1998) Physician's Guide to Prevention and Treatment of osteoporosis. *Belle Mead, NJ, Excerpta Medica.*

Olmsted M. P., Davis R., Rockert N., Irvine M. J., Eagle M., Garner D. M. (1991). Efficacy of a brief psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behav. Res. Ther.*, **29**, 71-83.

Olmsted M. P., Kaplan A. S., Rockert W. (1994). Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa. *Am. J. Psychiatry* **151**, 738-743.

Paradise J (2009). Evaluation of oligomenorhea in adolescence. www.uptodate.com

Pope, HG Jr, Hudson, JI, Jonas, JM, Yurgelun-Todd, D. (1983). Bulimia treated with imipramine: A placebo-controlled, double-blind study. *Am J Psychiatry* ;140:554

Pope, HG Jr, Lalonde, JK, Pindyck, LJ, et al. (2006). Binge eating disorder: a stable syndrome. *Am J Psychiatry.* 163:2181

Root M. P., Fallon P., Frederick W. (1986). *Bulimia-A Systems Approach to Treatment*. New York, Norton.

Rosenvinge J. H. (1990). Group therapy for anorexic and bulimic patients. *Acta Psychiatr. Scand.*, 361, 82, 38-43.

Russel G., Sz mukler G., Dare C., Eisler I. (1985). An evaluation of family therapy in anorexia and bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry*, **44**, 1047-1056.

Russel G. F. (1983). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In:G. F. Russel, L. Hersov., *The Neuroses and Personality Disorders*. Handbook of Psychiatry. **vol. 4**. Cambridge, Cambridge University Press

Russel G. F. M. (1979). Bulimia nervosa:an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol. Med.* **9**, 429-448

Sadock B. J., Sadock V. A. (2007). Eating Disorders. In:J. A. Grebb, . C. S. Pataki and N. S. Sussman(Ed). *N. Synopsis of Psychiatry. 10th Edition*.Chapter 23 Lippincott, Williams&Wilkins

Safer DL, Telch CF, Agras WS. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. **158**:632-634

Schneider J. A., Agras W. S. (1985). A cognitive-behavioural group treatment of bulimia. *Brit. J. Psychiatry*, 146, 66-69.

Schwartz R., Piercy F., Sprenkle D., Wetchler J. (1985). Family therapy for bulimia. In: D. Garner and P. Garfinkel. *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*..New York,London,Guilford Press, p. p. 280-307.

Schwartz RC, Barett MJ, Saba G(1985). *Family Therapy for Bulimia*. New York, Guilford.

Spear, BA. (2002). Adolescent growth and development. *J Am Diet Assoc.* 102:S23

Steiger H., Leung F. Thibaudeau J. (1993). Prognostic value of pretreatment social adaptation in bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.*, **14**, 269-276.

Stice, E, Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: a metaanalytic review. *Psychol Bull.* 130:206

Still, CD. (2005). Management of morbid obesity: before and after surgery: the team approach to management. *J Fam Pract.* Suppl:S18.

Sylvester, CJ, Forman, S.F. (2008). Clinical practice guidelines for treating restrictive eating disorder patients during medical hospitalization. *Curr Opin Pediatr*;20:390

Thompson-Brenner H, Western D(2005). Personality subtypes in eating disorders: validation of a classification in a naturalistic sample. *Br J Psychiatry* **186**:516-524{G}

Touyz, S. W., &Beumont, P. J. V. (1994). Neuropsychological assessments of patients with anorexia and bulimia nervosa. In S. Touyz, D. Byrne, &A. Gilandas (Ed.), *Neuropsychology in clinical practice* (p. p. 305-326). New York: Academic Press.

Townsend C. M., Beauhamp R. C., Evers B. M., Mattox K. L., (1997). *Textbook of Surgery*, New York, W. B. Saunders Company

Vandereycken W. (1987). The management of patients with anorexia nervosa and bulimia:basic principles and general guidelines. In:Beumont P.J.V.,Burrows G.D.,Carper R.C:*Handbook of Eating Disorders*,Part 1: *Anorexia and bulimia nervosa*, p. p. 235-253.

Vandereycken W.,Kog E.&Vanderlinden J.(1990).*The family approach to eating disorders*.New York:PMA.

Waller D. (2001). *Ομαδική Διαντιδραστική Art Therapy. Η χρησιμότητά της στην εκπαίδευση και στη θεραπεία.* Θεσσαλονίκη. University Studio Press.

Walsh, B. T. (1993). Binge eating in bulimia nervosa. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Ed.), *Binge eating: Nature, assesment, and treatment*. New York. Guilford Press.

Walsh, BT, Wilson, GT, Loeb, K. L, et al. (1997). Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 154:523.

Whitaker A., Davies M., Shaffer D. et coll. (1989). The struggle to be thin:a survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. *Psychol. Med.* **19**, 143-163.

Wilfley, DE, Crow, SJ, Hudson, JI, et al. (2008). Efficacy of sibutramine for the treatment of binge eating disorder:A randomized multicenter placebo-controlled double blind study. *Am J Psychiatry*. 165:51.

Willmuth M.E., Leitenberg H., Rosen J.C., Cado A. (1988). A comparison of purging and non purging normal weight bulimics. *Int. J. Eat Disord.* **7**, 825-835

Wilson G T, Loeb KL, Walsh BT, Labouvie E, Petcova E, Liu X, Wateraux C (1999). Psychological versus pharmacological treatments of bulimia nervosa:predictors and processes of change. *J.Consult Clin Psychol*, **67**, 4,451-459

Παπαδημητρίου Ι., (2001). *Σύγχρονη Γενική Χειρουργική*, Αθήνα, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε.

Σακκάς Π. (1997). *Στοιχεία Συμβουλευτικής - Διασυνδετικής Ψυχιατρικής*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

Χριστοδούλου Γ. Ν., Ραμπαβίλας Α.Δ., Σολδάτος Κ.Ρ., Κονταξάκης Β.Π. (2004). *Ψυχιατρική*. Αθήνα.Εκδόσεις Βήτα.