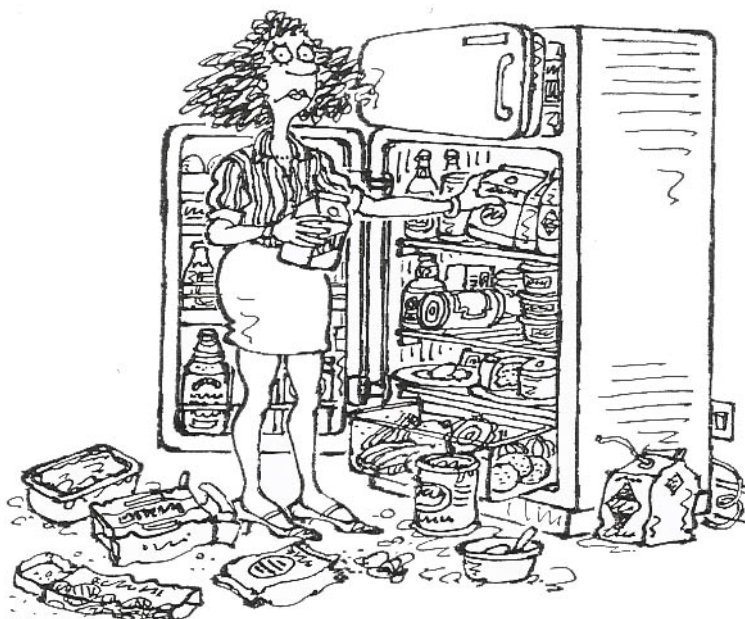


Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΣΤΙΣ
ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ –
ΜΕΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ –ΕΠΟΠΤΡΙΑ : ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ : ΑΒΡΑΜΑΚΗ ΑΘΗΝΑ

ΜΑΡΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΧΑΛΚΙΑΔΑΚΗ ΑΡΓΥΡΩ

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
-----------------	----------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
-----------------	----------

I. Θηλυκότητα & Βουλιμία	9
II. Διαταραχές πρόσληψης τροφής	10
1. Ψυχογενής Ανορεξία	11
2. Διαταραχή ανεξέλεγκτης υπερφαγίας	12
3. Ψυχογενής Βουλιμία	12
III. Η εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Τι είναι βουλιμία

1.1 Ορισμός ψυχογενούς βουλιμίας	15
1.2 Κλινικά Χαρακτηριστικά ψυχογενούς βουλιμίας	15
1.3 Διαγνωστικά κριτήρια	16
1.4 Διαφορική Διάγνωση	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του βουλιμικού ατόμου

2.1 Χαμηλή αυτοεκτίμηση	19
2.2 Τελειομανία	19
2.3 Σκέψη του όλα ή τίποτα	19
2.4 Παρορμητικότητα	19
2.5 Μεταιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας	20
2.6 Δυσaréσκεια για την εικόνα του σώματος	20
2.7 Η Υποταγή στην προβαλλόμενη ως ιδανική εικόνα σώματος	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Τα χαρακτηριστικά ενός επεισοδίου βουλιμίας

3.1 Συναισθήματα	23
3.2 Ταχύτητα κατανάλωσης τροφής	23
3.3 Αναστάτωση	23
3.4 Το αίσθημα διαταραχής της συνείδησης	23
3.5 Μυστικότητα	23
3.6 Απώλεια ελέγχου	24

3.7 Οι τροφές που καταναλώνονται κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας	24
3.8 Ο Μύθος της λαχτάρας για υδατάνθρακες	24
3.9 Το Μέγεθος και το Κόστος των Επεισοδίων Βουλιμίας	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Μέτρα που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο του βάρους σώματος

4.1 Δίαιτα	27
4.2 Αποφυγή κατανάλωσης τροφής	27
4.3 Μείωση της συνολικής ποσότητας τροφής	27
4.4 Η Αποφυγή ορισμένων τύπων τροφών	28
4.5 Δίαιτα κάτω από άλλα προσχήματα	28
4.6 Πρόκληση εμετού	28
4.7 Κατάχρηση καθαρτικών – διουρητικών	29
4.8 Διαιτητικά χάπια	29
4.9 Εντατική γυμναστική	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Αίτια των προβλημάτων βουλιμίας

5.A Παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν την έναρξη των προβλημάτων βουλιμίας

1. Κοινωνικοί Παράγοντες	33
2. Φύλο	33
3. Εθνικότητα	33
4. Κοινωνική τάξη	34
5. Ηλικία	35
6. Παχυσαρκία	35
7. Οικογενειακό περιβάλλον	35
8. Ψυχιατρικές διαταραχές μέσα στην οικογένεια	36
9. Ψυχιατρικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας	36
10. Τραυματικά γεγονότα και εμπειρίες της παιδικής ηλικίας	37
11. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας	37
12. Δίαιτα	37
13. Ο Ρόλος της σεροτονίνης στη ρύθμιση της όρεξης	38

5.B Παράγοντες που μπορεί να συντελέσουν στη διαίωσιση των προβλημάτων βουλιμίας

1. Συνεχής δίαιτα	39
2. Πρόκληση εμέτου και κατάχρηση καθαρτικών	39
3. Σχέσεις, γεγονότα και καταστάσεις	40
4. Εγκυμοσύνη	41
5. Η επιθυμία για αλλαγή	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΈΚΤΟ

Οι Σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της βουλιμίας

6.A Οι σωματικές επιπτώσεις	43
1. Συνέπειες στο στομάχι	43
2. Παχυσαρκία	43
3. Σωματικές συνέπειες της δίαιτας	44
4. Σωματικές συνέπειες πρόκλησης του εμέτου	44
i. Φθορά των δοντιών	44
ii. Διόγκωση των σιελογόνων αδένων	45
iii. Επιπτώσεις στον φάρυγγα	45
iv. Επιπτώσεις στον οισοφάγο	45
v. Επιπτώσεις στα χέρια	45
vi. Ηλεκτρολυτική διαταραχή	46
5. Σωματικές συνέπειες της κατάχρησης καθαρτικών	46
6. Σωματικές συνέπειες της κατάχρησης διουρητικών	46
7. Συνέπειες στη γονιμότητα και στην εγκυμοσύνη	46
6.B Ψυχολογικές επιπτώσεις	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

Βουλιμία και εθισμός

7.1 Η θεωρία της βουλιμίας ως εθισμού	50
7.2 Η σχέση μεταξύ βουλιμίας και κατάχρησης ουσιών	51
7.2.α Κατάχρηση ουσιών από ανθρώπους με προβλήματα βουλιμίας	51
7.2.β Προβλήματα βουλιμίας στα άτομα με προβλήματα κατάχρησης ουσιών	52
7.2.γ Οικογενειακές μελέτες	52
7.2.δ Η σχέση ανάμεσα στις διαταραχές μέσα στο χρόνο	52
7.2.ε Τα αποτελέσματα της θεραπείας	53
7.2.στ Ο μύθος του μοντέλου του εθισμού	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΌΓΔΩΟ

<i>Πρόληψη των προβλημάτων βουλιμίας</i>	55
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΈΝΑΤΟ

<i>Θεραπεία των Προβλημάτων Βουλιμίας</i>	57
9.1 Ψυχοθεραπευτικές Μεταβλητές	58
9.2 Αντικαταθλιπτικά Φάρμακα	59
9.3 Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία	61
9.4 Άλλες ψυχολογικές Θεραπείες	62
9.4.α Συμπεριφορική Θεραπεία	62

9.4.β Ψυχο-εκπαιδευτικές θεραπείες	62
9.4.γ Εστιασμένη ψυχοθεραπεία	62
9.4.δ Ομαδική Θεραπεία	63
9.4.ε «Διαδοχική φροντίδα» και αυτοβοήθεια	64
9.4.στ Ο ρόλος του διαιτολογίου στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχογενούς βουλιμίας	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ

Η επιδημιολογία της ψυχογενούς βουλιμίας

10.1 Τα ευρήματα των ερευνών της ψυχογενούς βουλιμίας	68
10.2 Έρευνες άλλων δημογραφικών ομάδων	70
10.3 Οι επιδημιολογικές έρευνες σε διεθνές επίπεδο	72
10.4 Οι επιδημιολογικές έρευνες στην Ελλάδα	73
10.5 Αυξάνονται τα προβλήματα βουλιμίας στις μέρες μας;	76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΔΕΚΑΤΟ – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

11.1 Μέθοδος – Υλικό	78
11.2 Ερωτηματολόγια	79
11.3 Ανάλυση Έρευνας	83
11.4 Συμπεράσματα – Σχόλια	129
11.5 Προτάσεις	131

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

«Τα πάντα εξαρτιόταν από το πώς ένιωθα όταν ξυπνούσα. Αν ήμουν δυστυχισμένη, ή αν κάποιος μου είχε πει κάτι για να με αναστατώσει, είχα μια έντονη παρόρμηση για να φάω. Με έλουζε κρύος ιδρώτας. Το μυαλό μου ξαφνικά άδειαζε και αυτόματα στρεφόμουν προς το φαγητό. Έτρωγα πολύ γρήγορα, σαν να φοβόμουν πως σε αντίθετη περίπτωση θα είχα πολύ χρόνο να σκεφτώ αυτό που έκανα. Έτρωγα όρθια ή περπατώντας, βλέποντας τηλεόραση ή διαβάζοντας ένα περιοδικό. Έτσι απέφευγα να σκέφτομαι, γιατί αυτό θα σήμαινε πως θα έρθω αντιμέτωπη μ' αυτό που θα έκανα. Το φαγητό μου συνήθως αποτελούνταν απ' όλες τις «απαγορευμένες» τροφές: σοκολάτες, κέικ, μπισκότα, μαρμέλαδα, συμπυκνωμένο γάλα, δημητριακά και πρόχειρες γλυκές τροφές όπως ωμό μείγμα για κέικ δηλαδή αυτές που μπορεί κανείς εύκολα να φάει, που δεν χρειάζονταν προετοιμασία. Δεν έτρωγα όλα αυτά τα πράγματα καθημερινά γιατί πάχαιναν πολύ. Όταν όμως με έπιανε βουλιμία, δεν χόρταινα με τίποτα.

Έτρωγα έως ότου δεν μπορούσαν στην κυριολεξία να φάω άλλο. Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας τα δάχτυλά μου, έκανα εμετό. Την επόμενη μισή ώρα πίνοντας νερό μετά από κάθε τέτοια πράξη, καθάριζα το στομάχι μου, απ' όλες τις τροφές. Έπειτα ένιωθα απογοήτευση, κατάθλιψη, μοναξιά και τρόμο γιατί είχα πάλι χάσει τον έλεγχο. Το σώμα μου διαμαρτυρόταν: ένιωθα εξουθένωση, ζαλάδα, αδυναμία, τα μάτια μου πρήζονταν και ο λαιμός μου πόναγε. Επίσης φοβόμουν, γιατί ήξερα ότι ήταν επικίνδυνο. Αφού έκανα αρκετές φορές εμετό, έως ότου άρχιζα να βγάξω πια αίμα, προσπαθούσα να σταματήσω. Τότε ξανάρχιζα να τρώω, αλλά ο φόβος που με κυριεύει ήταν τόσο έντονος που με ωθούσε να απαλλαγώ και πάλι από τις τροφές.

Η ζωή μου περιστρεφόταν γύρω από το φαγητό. Δεν μπορούσα να συγκεντρωθώ πια στη δουλειά μου, με αποτέλεσμα να έχει μείνει πίσω. Το πρόβλημά μου, μου προκαλούσε οικογενειακούς καυγάδες. Δεν ήμουν πια σε θέση που να μπορώ να απολαμβάνω τα γεύματα με την οικογένειά μου ή τους φίλους μου. Απομονώθηκα, είχα γίνει εσωστρεφής και είχα χάσει όλη την αυτοπεποίθηση και τον αυτοσεβασμό μου.»

Διαβάζοντας την παραπάνω μαρτυρία σε γνωστό περιοδικό και λαμβάνοντας υπόψη την διαρκώς αυξανόμενη δυσφορία των γυναικών για το σώμα τους, εξαιτίας των προτύπων που περιβάλλονται από τα ΜΜΕ, θελήσαμε να εξετάσουμε κατά πόσον οι διατροφικές διαταραχές, και συγκεκριμένα η ψυχογενής βουλιμία, προσβάλλουν, το γυναικείο πληθυσμό στην μικρή κοινωνία του Ηρακλείου.

Δια μέσου λοιπόν της εργασίας αυτής, θα μπορέσει ο καθένας να διακρίνει τα συμπτώματα της ψυχογενής βουλιμίας και τα βαθύτερα αίτια που οδηγούν σ' αυτήν. Επίσης, θα διαπιστώσει, ότι οι επιπτώσεις της παθολογικής αυτής κατάστασης είναι εμφανέστατες, τόσο στην σωματική όσο και στην φυσική υγεία των προσβληθέντων ατόμων, και θα ενημερωθεί για τους τρόπους θεραπευτικής αντιμετώπισης αυτής της διαταραχής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλοί λίγοι άνθρωποι στις μέρες μας , γνωρίζουν πως τα προβλήματα πρόσληψης τροφής μαστίζουν σε μεγάλο βαθμό το Δυτικό κόσμο. Οι περισσότεροι έχουμε ακούσει τη λέξη «βουλιμία» και τις «καθάρσεις», καθώς και για την «ασθένεια των αδυνάτων», την ψυχογενή ανορεξία. Μάλιστα, όροι σε σχέση με τη βουλιμία έχουν εισχωρήσει σε τόσο μεγάλο βαθμό στην καθομιλουμένη, με αποτέλεσμα ο ανορεκτικός να έχει γίνει συνώνυμος του πολύ αδύνατος. Εξαιτίας της διαδικασίας καθιέρωσής τους στο σύγχρονο λεξιλόγιο, η πραγματική σημασία πολλών όρων που περιγράφουν διαταραχές πρόσληψης της τροφής, έχει παραφθαρεί. Άρθρα πολύ γνωστών περιοδικών αναφέρονται επιφανειακά σε ζητήματα όπως «πρόβλημα πρόσληψης της τροφής» και «διαταραχή πρόσληψης της τροφής», χρησιμοποιώντας τα εναλλακτικά, χωρίς να κάνουν καμία απολύτως διάκριση ανάμεσα στα δύο. Η Αλήθεια είναι πως το «πρόβλημα πρόσληψης τροφής» δε σημαίνει «διαταραχή πρόσληψης τροφής», όπως άλλωστε «ανορεκτικός» δε σημαίνει «υπερβολικά αδύνατος»

Η αδικοχαμένη πριγκίπισσα Νταϊάνα είχε πει κάποια στιγμή : «Πολλοί πιστεύουν ότι η βουλιμία και η ανορεξία πηγάζουν από τη γυναικεία ματαιοδοξία. Πρόκειται όμως για λάθος. Οι διατροφικές διαταραχές παρατηρούνται σε άτομα που επιτίθενται οδυνηρά στον εαυτό τους , όταν νομίζουν πως απέχουν από τα πρότυπα της τελειότητας που προβάλλει η κοινωνία. Προσωπικά, πάθαινα 4 με 5 κρίσεις ημερησίως , έτρωγα τα πάντα και μετά ήθελα να πεθάνω. Κάποιοι φίλοι με έπεισαν να δώ γιατρό. Σας διαβεβαιώνω ότι όλοι οι άρρωστοι αυτού του είδους , μπορούν να θεραπευτούν». Τότε πολλές γυναίκες είχαν αναγνωρίσει στο πρόσωπό της , το δικό τους πρόβλημα.

I. ΘΗΛΥΚΟΤΗΤΑ & ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Στην «Αιτιολογία της βουλιμίας : μία «αναπτυξιακή θεώρηση» («Etiology of Binge Eating: A Developmental Perspective») η Dr. Ruth H. Striegel – Moore περιγράφει πώς ο τρόπος με τον οποίο οι γυναίκες βλέπουν τον εαυτό τους και οι προσδοκίες που τους επιβάλλει η κοινωνία συντελούν στο να τις κάνουν, ιδιαίτερα τις νεαρές, ευάλωτες στην παρουσία των προβλημάτων βουλιμίας.

Η Dr Striegel – Moore υποστηρίζει πως η εικόνα που έχει μία γυναίκα για τον εαυτό της βασίζεται στην επίγνωση των προσωπικών της χαρακτηριστικών, τα οποία ωστόσο «επιβεβαιώνονται μέσα στο πλαίσιο σημαντικών σχέσεων». Αυτό κάνει τις γυναίκες ιδιαίτερα ευάλωτες στη γνώμη των άλλων. Επειδή η «Εξωτερική εμφάνιση συμβάλλει σημαντικά στην επιτυχία στον κοινωνικό τομέα... δεν είναι παράξενο το ότι οι γυναίκες θέτουν την εμφάνιση και το βάρος τους σαν υψηλές προτεραιότητες στη ζωή τους».

Αυτό εξακολουθεί να ισχύει ακόμη και σήμερα, σε μία εποχή κατά την οποία ο κοινωνικός ρόλος των γυναικών αναβαθμίζεται και εμπλουτίζεται, δεδομένου ότι ξεχωρίζουν συνήθως νεαρές, κομπές, ιδιαίτερα ελκυστικές γυναίκες.

Τα λανθασμένα στερεότυπα εξακολουθούν να καθορίζουν την κατάσταση: «Οι γυναίκες που αντιτίθενται στις παραδοσιακές αξίες της Θηλυκότητας, είτε λόγω του πολιτικού τους προσανατολισμού (π.χ. φεμινισμός), είτε λόγω των σεξουαλικών τους προτιμήσεων (π.χ. λεσβίες) προβάλλονται ως μη ελκυστικές».

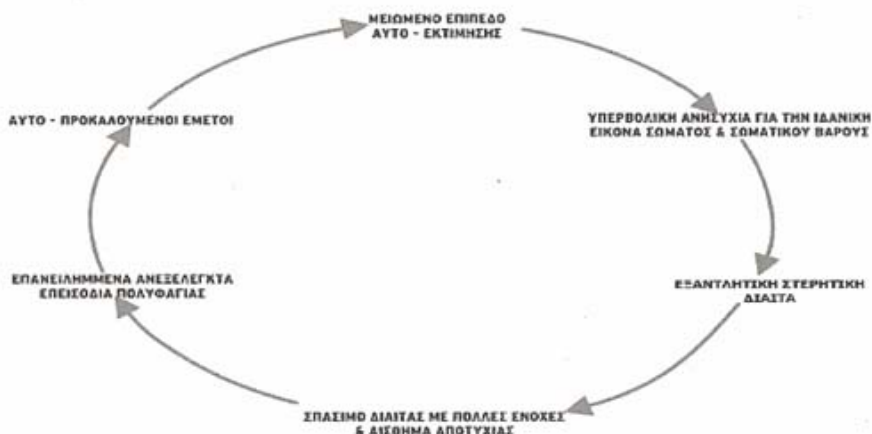
Το πρόβλημα μ' αυτούς τους ορισμούς της θηλυκότητας, ισχυρίζεται η συγγραφέας, είναι ότι ωθούν στη δίαιτα, η οποία μπορεί να οδηγήσει στη βουλιμία. «Οι κοπέλες που νιώθουν ανασφαλείς σχετικά με την ταυτότητα τους, ιδιαίτερα με το πώς τις βλέπουν οι άλλοι, μπορεί να στρέψουν όλη τους την προσοχή στην εξωτερική

τους εμφάνιση, γιατί έτσι βρίσκουν πραγματικό, συγκεκριμένο τρόπο να διαμορφώσουν την προσωπικότητά τους».

Φυσικά, όπως δηλώνει η Dr. Striegel – Moore , «για τις περισσότερες κοπέλες, το σύγχρονο ιδεώδες ομορφιάς είναι βιολογικά ανέφικτο». Η σωματική ωρίμανση τους τις απομακρύνει από το σημερινό πρότυπο ομορφιάς. Μπροστά στην αποτυχία τους να το προσεγγίσουν μέσω της διαίτας, είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Έτσι ξεκινά ένας φαύλος κύκλος.

II. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Ο Σύγχρονος τρόπος ζωής με την αφθονία, την υπερκατανάλωση και την προβολή εσφαλμένων προτύπων, έχει αυξήσει τα τελευταία χρόνια τις ψυχογενείς παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με τη διατροφή (νευρογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία ή υπερφαγία). Οι διατροφικές αυτές διαταραχές πλήττουν κυρίως γυναίκες, οι οποίες στην προσπάθειά τους να αποκτήσουν ένα «τέλειο σώμα», βρίσκονται σε μια διαρκή προσπάθεια για δίαιτα χωρίς να γνωρίζουν τους κινδύνους που εγκυμονεί η κατάσταση αυτή για τη σωματική και την ψυχική τους υγεία. Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται συνήθως στην εφηβική ηλικία ή στην αρχή της ενηλικίου ζωής . Η συχνότητα της ψυχογενούς βουλιμίας στο γενικό πληθυσμό είναι 3-6% και είναι διπλάσιο στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Μεμονωμένα επεισόδια υπερφαγίας χωρίς όμως την πλήρη εικόνα της ψυχογενούς βουλιμίας, έχουν αναφερθεί μέχρι και στο 40% των νεαρών γυναικών. Η ψυχογενής ανορεξία, μία από τις λίγες ψυχιατρικές διαταραχές που μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο, με παραπάνω από 10% θνησιμότητα έχει μέση ηλικία έναρξης τα 17 χρόνια. Μελέτες της συχνότητας της ανάμεσα σε γυναίκες όψιμης εφηβικής ηλικίας έχουν αποκαλύψει ποσοστά 0,5-1% γι' αυτές που πληρούν τα κριτήρια της κλινικής διάγνωσης . Υπολογίζεται πως 1 στις 100 έως 1 στις 800 γυναίκες ηλικίας 12-12 ετών είναι πιθανό να αναπτύξει τη διαταραχή αυτή.



Εικόνα 1 Ο Ψυχολογικός κύκλος των διατροφικών διαταραχών

Αν και υπάρχουν διαφορετικές θεωρίες που προσπαθούν να εξηγήσουν την ανάπτυξη και τη συντήρηση των Διαταραχών πρόσληψης τροφής, υπάρχει μία κοινά αποδεκτή άποψη για το τι τελικά συντελεί στην εξάπλωσή τους : η προοδευτικά μεγαλύτερη κοινωνική πίεση στις γυναίκες για να είναι πιο αδύνατες . Αυτός είναι και ο λόγος που οι διαταραχές αυτές αφορούν σχεδόν αποκλειστικά τις γυναίκες . Στην ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία η σχέση γυναικών / ανδρών είναι 9/1 , ενώ μόνο στη διαταραχή της βουλιμίας η σχέση γίνεται 3/2. Αν βέβαια τολμούσαμε

να κάνουμε μια πρόβλεψη για το μέλλον , θα λέγαμε πως πολύ σύντομα θα αυξηθούν τα προβλήματα αυτά και στους άνδρες , καθώς η κοινωνική πίεση για ένα πιο δυνατό σώμα μοιάζει να γίνεται όλο και πιο έντονη και προς αυτούς φορείς αυτής της πίεσης είναι η βιομηχανία της ομορφιάς από τη μία και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης από την άλλη.

II.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από την άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό για το ύψος και την ηλικία του, από έναν υπερβολικό φόβο ότι είναι ή θα γίνει παχύσαρκα ή θα γίνει παχύνει από τη διαστρέβλωση της σωματικής του εικόνας (ως προς το βάρος, το σχήμα ή το μέγεθος) και από αμνηστική στις γυναίκες . Ο νοσηρός φόβος των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία ότι είναι παχύσαρκα, ή ότι μπορούν πολύ εύκολα να παχύνουν , καθώς και η διαταραγμένη εικόνα που έχουν για το σώμα τους τα κάνει να ζουν κάτω από ένα πολύ αυστηρό και περιορισμένο διατροφής. Αν και η διαταραχή ονομάζεται ανορεξία, τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία εξακολουθούν να έχουν την ίδια όρεξη για φαγητό, όπως όλοι μας, κάτι, που όμως καταλαβαίνουμε, κάνει τις στερήσεις, στις οποίες υποβάλλονται ιδιαίτερα βασανιστικές. Ως αποτέλεσμα της φυσιολογικής τους όρεξης από τη μια πλευρά, και της παρατεταμένης δίαιτας και νηστειών από την άλλη, τα άτομα αυτά κάποτε υποκύπτουν στην ανάγκη να φάνε, προκαλώντας , έτσι, βουλιμικά επεισόδια διαφορετικής έκτασης και συχνότητας (Βουλιμικός Τύπος της Ψυχογενούς Ανορεξίας). Τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία είναι εξ' ορισμού πάρα πολύ αδύνατα γιατί ακόμα και αν υποκύπτουν σε βουλιμικά επεισόδια, καταφεύγουν σε επανορθωτικές στρατηγικές, όπως οι αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, με τις οποίες διατηρούν πολύ χαμηλό το σωματικό τους βάρος.

Για να γίνει διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας , το άτομο πρέπει να χαρακτηρίζεται από δύο κυρίως στοιχεία:

1. Να είναι ιδιαίτερα ελλιποβαρές, ως αποτέλεσμα δικών του προσπαθειών .
2. Να ανησυχεί ιδιαίτερα για το σχήμα του σώματός του, το βάρος του ή και τα δύο. Ωστόσο , αντί να αγωνιά για το χαμηλό του βάρος, το άτομο φοβάται μήπως πάρει κιλά και παχύνει. Μάλιστα, πολλά άτομα με ψυχογενή ανορεξία θεωρούν τους εαυτούς τους «παχείς» παρά τα λίγα κιλά τους.

Η ψυχογενή ανορεξία παρουσιάζεται κυρίως στις έφηβες και στις νεαρές γυναίκες. Οι άνθρωποι που υποφέρουν από τη διαταραχή αυτή, αποκτούν χαμηλό βάρος τρώγοντας πολύ λίγο ή με εντατική γυμναστική. Αποφεύγουν να καταναλώνουν τροφές , που θεωρούν παχυντικές και κάποιες φορές καταφεύγουν στη νηστεία. Περίπου το ένα τρίτο των ατόμων αυτών παρουσιάζει επεισόδιο βουλιμίας, κατά τη διάρκεια των οποίων οι προσπάθειες για περιορισμό του φαγητού αποτυγχάνουν με αποτέλεσμα να χαθεί εντελώς ο έλεγχος. Τα επεισόδια αυτά συνδέονται με έντονο άγχος και συνοδεύονται από αισθήματα ντροπής και ενοχής.

II.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΝΕΞΕΛΕΓΚΤΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

Η διαταραχή της ανεξέλεγκτης υπερφαγίας (Binge Eating Disorder) αποτελεί μια καινούργια διαγνωστική κατηγορία. Ο όρος σημαίνει την οργιαώδη απόλαυση χωρίς όρια και την ανεξέλεγκτη διατροφική υπερβολή, με γευστικές «καταβρωχθιστικές» ορμές.

Εμφανίζει τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια με την ψυχογενή βουλιμία ΕΚΤΟΣ από την εφαρμογή ακατάλληλων συμπεριφορών εξισορρόπησης (π.χ χωρίς εμετό), οι

οποίες γίνονται λόγω της νοσηρής φοβίας για την ενδεχόμενη αύξηση του σωματικού βάρους. Επιπλέον, τα επεισόδια ανεξέλεγκτης πολυφαγίας εναλλάσσονται με περιόδους διατροφικού περιορισμού και συνδέονται με τρία (ή και περισσότερα) από τα ακόλουθα κριτήρια (Διαγνωστικά κριτήρια για την διαταραχή ανεξέλεγκτης υπερφαγίας κατά τη διεθνή ψυχιατρική ορολογία και το διεθνές σύστημα ταξινόμησης DSM – IV (1994) και ICD – 10 των ψυχικών παθήσεων :

1. Ο ρυθμός πρόσληψης τροφής είναι πολύ ταχύτερος του φυσιολογικού.
2. Η πρόσληψη τροφής συνεχίζεται μέχρι του σημείου δυσάρεστης αίσθησης κορεσμού (καταναλωτική μανία)
3. Η πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων τροφής γίνεται ενώ απουσιάζει η φυσική αίσθηση της πείνας.
4. Το άτομο τρώει κρυφά (μόνο του), επειδή ντρέπεται για το πόσο πολύ τρώει.
5. Αισθάνεται απέχθεια και μίσος για τον εαυτό του, κατάθλιψη ή έντονες ενοχές μετά το επεισόδιο υπερφαγίας.

Συνοπτικά , δηλαδή , πρόκειται για εθιστική συμπεριφορά, μια υστερική κατάσταση με επαναλαμβανόμενες ψυχαναγκαστικές κρίσεις λαιμαργίας , «ψευτικής πείνας», με απώλεια αυτοελέγχου (του είδους και ποσότητας τροφής), μυστικότητα, μειωμένη αυτοπεποίθηση και άσχημο ψυχολογικό «υπόβαθρο» (συχνές τύψεις, μελαγχολία, ντροπή, εκνευρισμό, απομόνωση) εύκολη δικαιολογία για εκτόνωση – «καταφύγιο», το φαγητό , δηλαδή, δρα ως αγχολυτικό! Μερικές φορές αντανάκλαται ως ένα «βουνό» μίσους, δηλαδή μια εσωτερική «διαμάχη – εκδίκηση» του ατόμου με κάποια συγκεκριμένη «απαγορευμένη» τροφή, την οποία έχει «στερηθεί» για μεγάλο χρονικό διάστημα (ως ανταμοιβή, ως μορφή αποζημίωσης).

Η Κλινική εμπειρία και οι έρευνες αποδεικνύουν πως η διαταραχή της ανεξέλεγκτης υπερφαγίας έχει ευρύτερη κατανομή απ’ ότι η ψυχογενούς βουλιμίας. Είναι πιο ομαλά κατανομημένη σε άντρες και γυναίκες, άτομα της μαύρης φυλής παρουσιάζουν τον ίδιο κίνδυνο εκδήλωσης της διαταραχής με τους λευκούς, ενώ η ηλικία των ατόμων είναι ευρύτερης κλίμακας, κυμαινόμενη από τα είκοσι έως τα πενήντα χρόνια.

Στις μέρες μας επικρατεί η εσφαλμένη αντίληψη πως όλοι οι άνθρωποι που πάσχουν από τη διαταραχή της ανεξέλεγκτης υπερφαγίας είναι υπέρβαροι. Οι έρευνες στο γενικό πληθυσμό δείχνουν πως μόνο οι μισοί περίπου είναι υπέρβαροι.

II.3. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Στη ψυχογενή βουλιμία τα βουλιμικά επεισόδια αποτελούν κυρίαρχο χαρακτηριστικό, συμβαίνουν συνήθως τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα, και το άτομο συχνά αναγκάζεται να καταφύγει σε κάποιες επανορθωτικές συμπεριφορές για να αποφύγει να πάρει βάρος, όπως είναι οι αυτό προκαλούμενοι έμετοι, η κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών, οι επίπονες δίαιτες ή νηστείες, ή η υπερβολική άσκηση. Τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία ανησυχούν και ασχολούνται ιδιαίτερα με το σχήμα και το βάρος τους σώματός τους, σε τέτοιο σημείο, ώστε αυτά τα στοιχεία να παίζουν κυριαρχικό ρόλο στον προσδιορισμό της συνολικής τους αυτοεκτίμησης . Το βάρος των ατόμων αυτών είναι κατά κανόνα φυσιολογικό.

Η Ψυχογενής βουλιμία αναφέρεται ότι συμβαίνει με την ίδια περίπου συχνότητα σε όλες τις βιομηχανικές χώρες. Αφορά το 1-3% των γυναικών ενώ το χαμηλότερο είναι το ποσοστό των πασχόντων αντρών. Τα περισσότερα κρούσματα αποκλίνουν κατά πολύ από τα συνήθη δεδομένα, με αποτέλεσμα η διάγνωση και κατά συνέπεια η θεραπεία τους να καθίστανται προβληματικές

III Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Το ενδιαφέρον για τον αριθμό των ατόμων που υποφέρουν από βουλιμία ξεκίνησε με την εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας στα μέσα της δεκαετίας του '70. Η πρώτη μαρτυρία για την ύπαρξη της διαταραχής έκανε την εμφάνιση της με τη δημοσίευση ενός αριθμού άρθρων που περιέγραψαν τη «βουλιμαρέξια» ή το «σύνδρομο βουλιμίας – κάθαρσης» που παρουσίαζαν φοιτήτριες που έμεναν σε εστίες Αμερικανικών πανεπιστημίων.

Η διαταραχή κέρδισε ακόμη περισσότερο την προσοχή του κοινού με τη δημοσίευση το 1979 μίας εργασίας με τίτλο («Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa» «Ψυχογενής βουλιμία: Η άλλη όψη του νομίσματος της Ψυχογενούς Ανορεξίας») του Καθηγητή Gerald Russell από το Λονδίνο, μίας αξιοσέβαστης αυθεντίας στο χώρο της ψυχογενούς ανορεξίας.. Στην εργασία αυτή περιέγραφε τα χαρακτηριστικά τριάντα ασθενών (είκοσι, οκτώ γυναικών και δύο αντρών) τους οποίους παρακολουθούσε για εξήμισι χρόνια, από το 1972 ως το 1978. Οι ασθενείς αυτοί είχαν ψυχογενή βουλιμία έτσι όπως μας είναι γνωστή σήμερα.

Το πιο εντυπωσιακό πράγμα μ' αυτούς ήταν ότι οι περισσότεροι πίστευαν πως ήταν οι μόνοι μ' αυτό το πρόβλημα. Είχαν την εντύπωση πως μόνο εκείνοι υπέφεραν από επαναλαμβανόμενες κρίσεις ανεξέλεγκτης κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων τροφής, οι οποίες συνοδεύονταν από την πρόκληση εμετού ή τη λήψη καθαρτικών.

Η πεποίθηση τους αυτή δεν ήταν αδικαιολόγητη καθώς η ψυχογενής βουλιμία δεν ήταν ακόμη γνωστή στο ευρύ κοινό. Μάλιστα την εποχή εκείνη δεν είχε γίνει παρά μόνο πολύ λίγος λόγος για αυτή.

Οι περισσότερες ασθενείς είχαν με επιτυχία κρύψει το πρόβλημα τους για πολλά χρόνια. Αυτό το έκαναν, αφενός λόγω της ντροπής και της αηδίας που ένιωθαν για τον ίδιο τους τον εαυτό, αφετέρου επειδή πίστευαν πως με τίποτα δεν μπορούσαν να απαλλαχτούν από το πρόβλημα τους.. Η απόκρυψη του προβλήματος τους δεν ήταν κάτι το ιδιαίτερα δύσκολο καθώς οι περισσότεροι είχαν ένα μέσο βάρος και μπορούσαν να φάνε σχετικά φυσιολογικά όταν ήταν μαζί με άλλους. Εκδήλωναν τα επεισόδια βουλιμίας τους στα κρυφά. Κάποιοι δήλωναν πως επιστράτευαν όλο τους το κουράγιο προκειμένου να επισκεφτούν τον οικογενειακό τους γιατρό, ο οποίος τους έλεγε πως δεν είχαν πρόβλημα, καθώς το βάρος τους ήταν φυσιολογικό.

Το γεγονός ότι η ψυχογενής βουλιμία μπορούσε να διατηρηθεί κρυφή για πολλά χρόνια σήμαινε πως τελικά μπορεί να μην ήταν μία ασυνήθιστη παραλλαγή της ψυχογενούς ανορεξίας όπως είχε αποφανθεί ο καθηγητής Russell – αντιθέτως , ίσως είχαμε να κάνουμε μ' ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας με δική του υπόσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Τι είναι βουλιμία;

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Η ψυχογενής βουλιμία, χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια πρόσληψης μεγάλων ποσοτήτων τροφής, τα οποία συνοδεύονται από την αίσθηση της έλλειψης ελέγχου. Τα επεισόδια υπερφαγίας σταματούν με κοινωνική διατάραξη ή σωματική δυσφορία – όπως π.χ. κοιλιακό πόνο ή έμετους – ακολουθούμενα από αισθήματα ενοχής, κατάθλιψη και αυτό-αποστροφή. Το άτομο εμφανίζει, επίσης επαναλαμβανόμενες αντιρροπιστικές συμπεριφορές, όπως κάθαρση (προκλητοί έμετοι, επαναλαμβανόμενοι χρήση υπακτικών ή διουρητικών), νηστεία ή υπερβολική άσκηση, για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους.

Αντίθετα από τους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, αυτοί με ψυχογενή βουλιμία μπορεί να διατηρούν φυσιολογικό σωματικό βάρος. Σύμφωνα με τα Διαγνωστικά Κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας της τέταρτης έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM – IV), τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και οι αντιρροπιστικές συμπεριφορές πρέπει να εμφανίζονται κατά μέσο όρο 2 φορές την εβδομάδα επί 3 μήνες. Επιπρόσθετα, τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία αξιολογούν τον εαυτό τους με βάση το σχήμα και το βάρος του σώματός τους.

Σε αντίθεση με την αναθεωρημένη Τρίτη έκδοση του DSM (DSM-III-R) το DSM-IV προσθέτει, ότι μπορεί να μην τεθεί η διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας εάν εμφανίζεται αποκλειστικά στη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας. Επιπλέον, το DSM-IV προσθέτει μερικούς τύπους ψυχογενούς βουλιμίας. Στον «καθαριστικό τύπο» το άτομο καταφεύγει τακτικά σε προκλητούς εμέτους ή σε κατάχρηση υπακτικών ή διουρητικών. Στο «μη καθαριστικό τύπο», το άτομο, συχνά κάνει χρήση άλλων απρόσφορων αντιρροπιστικών συμπεριφορών, όπως νηστεία και άσκηση, ώστε να αποτρέψει την απόκτηση βάρους, αλλά όχι την κάθαρση.

Η ψυχογενούς βουλιμία, αποτελεί τη συμβολική έκφραση μιας ψυχικής σύγκρουσης, μια μορφή συμβιβασμού ανάμεσα στην επιθυμία και την «άμυνα» του οργανισμού στο πάχος. Είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης βιολογικών ψυχολογικών, συμπεριφορολογικών και πολιτισμικών παραγόντων.

1.2 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

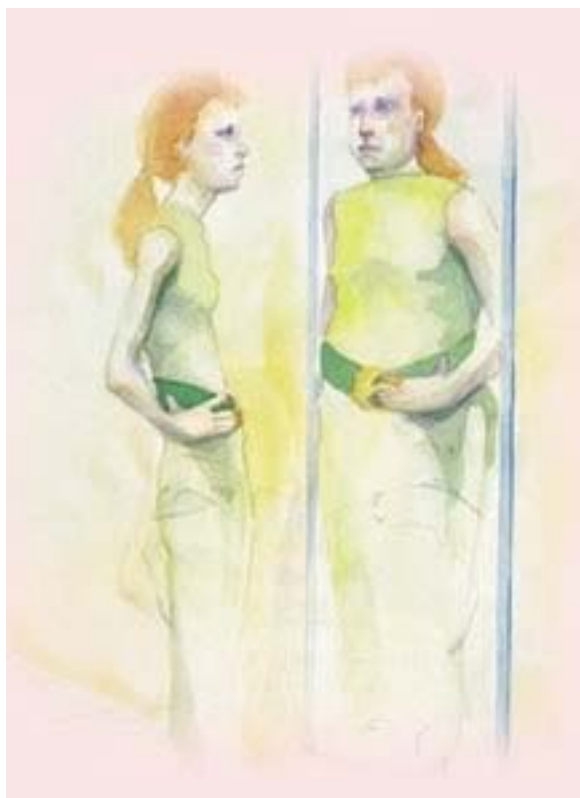
Σύμφωνα με το DSM-IV, τα ουσιαστικά χαρακτηριστικά της ψυχογενής βουλιμίας είναι τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας, η αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην πρόσληψη τροφής στη διάρκεια αυτών των επεισοδίων, οι προκλητοί έμετοι, η κατάχρηση υπακτικών ή διουρητικών, η νηστεία και η υπερβολική άσκηση για την αποτροπή αύξησης του βάρους και η επιμένουσα αυτοκριτική, που επηρεάζεται υπερβολικά από το σχήμα και το βάρος του σώματος. Η πολυφαγία προηγείται συνήθως των εμέτων περίπου κατά 1 έτος.

Οι έμετοι είναι συχνοί και προκαλούνται συνήθως με την τοποθέτηση του δακτύλου βαθιά στο φάρυγγα, αν και μερικοί άρρωστοι μπορούν να κάνουν εμετό κατά βούληση. Ο Έμετος μειώνει το κοιλιακό άλγος και την αίσθηση μετεωρισμού, επιτρέποντας παράλληλα στον ασθενή να συνεχίζει να τρώει, χωρίς να φοβάται ότι θα πάρει βάρος. Συχνά, το επεισόδιο ακολουθείται από κατάθλιψη, που έχει ονομαστεί «μεταπολυφαγική αγωνία». Στη διάρκεια των επεισοδίων, οι ασθενείς λαμβάνουν τροφή, που είναι γλυκιά, με πολλές θερμίδες και γενικά ήπιας υφής ή μαλακή, όπως κέικ και πάστες. Η τροφή λαμβάνεται κρυφά και με μεγάλη ταχύτητα και, μερικές φορές, χωρίς καν να τη μασούν.

Οι περισσότεροι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, βρίσκονται στα όρια του φυσιολογικού βάρους, αλλά μερικοί είτε είναι υπέρβαροι, είτε λιπόβαροι. Οι περισσότεροι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία ασχολούνται με τη σωματική τους

εμφάνιση, ανησυχούν για το πώς τους βλέπουν οι άλλοι και ενδιαφέρονται για την ερωτική τους ελκυστικότητα. Οι πλείστοι είναι σεξουαλικά δραστήριοι, σε αντίθεση με τους πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία, οι οποίοι δεν ενδιαφέρονται για το σεξ. Μερικές φορές, από το ιστορικό τους, αποκαλύπτονται υπερβολική όρεξη και διαμάχες στη διάρκεια των γευμάτων.

Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται σε ασθενείς με αυξημένη συχνότητα διαταραχών της διάθεσης και ελέγχου των παρορμήσεων. Έχει επίσης αναφερθεί, ότι η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα υψηλού κινδύνου για χρήση ουσιών και σε μια ποικιλία διαταραχών της προσωπικότητας. Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία εμφανίζουν, επίσης, αυξημένη συχνότητα διαταραχών άγχους, διπολικής διαταραχής τύπου I, διχαστικών διαταραχών και ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης.



1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Διαγνωστικά κριτήρια για ψυχογενή βουλιμία (Bulimia Nervosa) κατά τη Διεθνή Ψυχιατρική Ορολογία και το Διεθνές Σύστημα Ταξινόμησης DSM-IV (1994) και ICD-10 των ψυχικών παθήσεων.

1. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας. Ένα επεισόδιο πολυφαγίας επισημαίνεται από τα εξής δύο χαρακτηριστικά:
 - i. Πρόσληψη σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. δύο ωρών) ποσότητας τροφής, η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη απ' αυτή που θα μπορούσαν να καταναλώσουν τα περισσότερα άτομα κατά την ίδια χρονική περίοδο και κάτω από τις ίδιες περιστάσεις.
 - ii. Αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην πρόσληψη τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει).
2. Επαναλαμβανόμενη απρόσφορη αντιρροπιστική συμπεριφορά, προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση βάρους, όπως προκλητοί εμετοί, κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση.
3. Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και η απρόσφορη αντιρροπιστική συμπεριφορά παρουσιάζονται κατά μέσο όρο τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα για διάστημα 3 μηνών.
4. Η Αυτοκριτική επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.
5. Η Διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά στη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

Διακρίνονται δύο τύποι βουλιμικών ατόμων :

1. **Καθαρτικός τύπος** : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε προκλητούς εμετούς ή σε κακή χρήση υπακτικών , διουρητικών ή υποκλυσμών.
2. **Μη καθαρτικός τύπος** : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο χρησιμοποιεί άλλες απρόσφορες αντιρροπιστικές συμπεριφορές , όπως νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε προκλητούς εμέτους ή σε κακή χρήση υπακτικών , διουρητικών ή υποκλισμών, προκειμένου να διατηρήσει το βάρος του.

1.4 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο Κλινικός πρέπει να βεβαιωθεί , ότι ο ασθενής δεν έχει νευρολογική νόσο, όπως ισοδύναμες κρίσεις επιληψίας, όγκους του κεντρικού νευρικού συστήματος, σύνδρομο Kliver – Bucy ή σύνδρομο Kleine – Levin. Τα παθολογικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου Kliver – Bucy είναι : οπτική αγνωσία, ψυχαναγκαστικά γλειψίματα και δαγκώματα , εξέταση των αντικειμένων με το στόμα, αδυναμία να αγνοηθεί οποιοδήποτε ερέθισμα, μαλθακότητα, μεταβολική σεξουαλικής συμπεριφοράς (υπερσεξουαλικότητα) και μεταβολή των συνηθειών διατροφής, κυρίως υπερφαγία. Το σύνδρομο είναι εξαιρετικά σπάνιο και είναι απίθανο να προκαλέσει διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα.

Το σύνδρομο Kleine – Levin από υπερβολική υπερυπνία και υπερφαγία, που διαρκεί 2-3 εβδομάδες. Όπως και στη ψυχογενή βουλιμία , η έναρξη είναι συνήθως στην εφηβεία. Το σύνδρομο εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Ασθενείς με οριακή διαταραχή της προσωπικότητας, μερικές φορές, παρουσιάζουν επεισόδια πολυφαγίας, αλλά η πρόσληψη τροφής συνοδεύεται και από τα υπόλοιπα σημεία της διαταραχής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του
βουλευτικού ατόμου

2.1 ΧΑΜΗΛΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

Τα αισθήματα ανεπάρκειας και αναξιότητας είναι συνήθη στους ανθρώπους με προβλήματα βουλιμίας. Αν και συχνά θεωρούνται, μέρος της απογοήτευσης και της κατάθλιψης κι έτσι εξαφανίζονται καθώς το πρόβλημα υποχωρεί, είναι δυνατό να απηχούν την παρουσία ενός μακροχρόνιου χαρακτηριστικού προσωπικότητας. Ορισμένοι άνθρωποι περιγράφουν αυτά τα συναισθήματα ανατρέχοντας στην παιδική τους ηλικία.

2.2 ΤΕΛΕΙΟΜΑΝΙΑ

Ένα άλλο συνηθισμένο μόνιμο χαρακτηριστικό είναι η τελειομανία. Τα άτομα που υποφέρουν από βουλιμία έχουν την τάση να θέτουν ανέφικτους στόχους. Η τελειομανία τους επηρεάζει όλες τις πλευρές της ζωής τους, γίνεται όμως ακόμη περισσότερο εμφανής σε σχέση με τη διατροφή τους. Αυτό το χαρακτηριστικό έχει βέβαια και τη θετική του πλευρά. Οι άνθρωποι αυτοί μπορεί να έχουν εξαιρετική απόδοση στη δουλειά και στα σπορ. Η ουσία είναι αν τα στάνταρ τους είναι ρεαλιστικά. Αν όχι, θα αντιμετωπίσουν επαναλαμβανόμενες «αποτυχίες» ακόμη κι όταν η «απόδοση» τους είναι αντικειμενικά υψηλή. Αυτοί) του είδους οι αποτυχίες είναι επικίνδυνες, ιδιαίτερα αν η αυτοεκτίμηση είναι ήδη χαμηλή. Μάλιστα, ο συνδυασμός χαμηλής αυτοεκτίμησης και τελειομανίας είναι ιδιαίτερα συχνός στα άτομα με βουλιμία και πιθανότατα συντελεί στη διόγκωση του προβλήματος.

2.3 ΣΚΕΨΗ ΤΟΥ ΌΛΑ Η ΤΙΠΟΤΑ

Η σκέψη του όλα ή τίποτα (διχοτόμος τρόπος σκέψης) χαρακτηρίζει επίσης πολύ συχνά άτομα που υποφέρουν από βουλιμία και τα οποία έχουν την τάση να βλέπουν τα πράγματα μαύρα ή άσπρα.

Για παράδειγμα, μπορεί να κρίνουν τις μέρες είτε καλές είτε κακές, να νιώθουν είτε πως έχουν τον έλεγχο των πραγμάτων είτε όχι, να θεωρούν τις τροφές είτε παχυντικές είτε ακίνδυνες. Αυτός ο τρόπος σκέψης διαποτίζει όλο τους το γνωστικό σύστημα, και όχι απλά τη στάση τους απέναντι στο φαγητό. Πολύ συχνά συνδέεται με την τελειομανία. Έτσι, για παράδειγμα, οι άνθρωποι που υποφέρουν από βουλιμία θεωρούν επιτυχία σε διαγωνισμό ή εξετάσεις μόνο την πρωτιά - οποιοδήποτε άλλο αποτέλεσμα τους αφήνει ανικανοποίητους.

Το γεγονός αυτό εντείνει τη βουλιμία καθώς προκαλεί απώλεια του ελέγχου μετά και την παραμικρή παραβίαση της δίαιτας. Ακόμη κάνει τους ανθρώπους να θέτουν αυστηρούς και συγκεκριμενοποιημένους στόχους, και όχι γενικές κατευθυντήριες γραμμές όσον αφορά τη δίαιτα τους.

2.4 ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Μία μειοψηφία ανθρώπων με προβλήματα βουλιμίας έχει δυσχέρειες σε σχέση με τον αλκοολισμό ή τα ναρκωτικά. Οι γιατροί έχουν παρατηρήσει πως ορισμένοι αντιμετωπίζουν επίσης προβλήματα ελέγχου των παρορμήσεων τους. Για παράδειγμα, μπορεί να έχουν μειωμένες αναστολές ή να επιδίδονται στη χαρτοπαιξία ή στον τζόγο.

Ο καθηγητής Χιούμπερτ Λέισι από το νοσοκομείο του Σαιντ Τζορτζ του Λονδίνου ισχυρίστηκε πως αυτά τα άτομα έχουν μία «πολύ-παρορμητική» διαταραχή και πως η βουλιμία αποτελεί απλά μία έκφραση της.

Από τα στοιχεία που έχουμε στα χέρια μας είναι σαφές ότι αυτού του είδους τα προβλήματα επηρεάζουν μόνο μία μειοψηφία γυναικών από τις δύο ομάδες με τα προβλήματα βουλιμίας. Οι πιο δυσμενείς παρενέργειες είναι το κάπνισμα και η ονυχοφαγία.

Παρ' όλα αυτά, ο καθηγητής Λέισι ορθώς υποστηρίζει πως κάποιοι άνθρωποι με προβλήματα βουλιμίας έχουν όντως γενικότερες δυσκολίες σχετικά με τον έλεγχο των παρορμήσεων τους. Εφόσον αυτές οι συμπεριφορές φαίνεται πως υιοθετούνται για την εκτόνωση της έντασης, η θεραπεία τους πρέπει να περιλαμβάνει την ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση του άγχους με λιγότερο επιζήμιους τρόπους.

2.5 ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Μία παρατήρηση που συμπίπτει εν μέρει με την ιδέα της πολυ-παρορμητικής διαταραχής είναι ότι η «μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας.» είναι συχνή στα άτομα με προβλήματα βουλιμίας. Υπάρχουν ωστόσο τουλάχιστον δύο σχετικά προβλήματα μ' αυτή την υπόθεση.

Το πρώτο είναι πως η όλη έννοια της μεταιχμιακής διαταραχής της προσωπικότητας είναι αμφιλεγόμενη.

Το δεύτερο είναι πως ορισμένα γνωρίσματα της μπορεί να εμφανίζονται σε κάποιους ανθρώπους σαν συνέπειες του προβλήματος πρόσληψης τροφής, δεδομένου ότι συχνά εξαφανίζονται με την εξάλειψή του.

Αν ήταν ένδειξη μίας βαθύτερης διαταραχής της προσωπικότητας, οι δυσχέρειες θα εξακολουθούσαν να είναι εμφανείς και μετά τη διευθέτηση της διαταραχής πρόσληψης τροφής.

Παρ' όλα αυτά, ορισμένοι άνθρωποι όντως έχουν πολλά τέτοια χαρακτηριστικά. Έρευνες που διεξήχθησαν στο Πανεπιστήμιο του Σικάγο και πιο πρόσφατα του Στάνφορντ αποδεικνύουν πως αυτοί χρειάζονται περισσότερη θεραπεία απ' ότι οι άλλοι με προβλήματα βουλιμίας.

2.6 ΔΥΣΑΡΕΣΚΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Στις δυνατές κοινωνίες η λεπτόσωμη εμφάνιση στις γυναίκες έγινε συνώνυμη με τη δύναμη, την ευτυχία, την επιτυχία και τη σεξουαλική ελκυστικότητα, ενώ αντίθετα η παχυσαρκία αντιπροσωπεύει την οκνηρία, την αυτοεγκατάλειψη και την έλλειψη θέλησης.

Η απαγοσμένη αναζήτηση μίμησης του ιδανικού σώματος ως πρότυπου ομορφιάς (αποτυπώνεται στις κούκλες τύπου Barbie), προκαλεί έμμονες και λανθασμένες αντιλήψεις για τροφές, που «αδυνατίζουν» ή «παχαίνουν». Οι νέες γυναίκες στις δυτικές κοινωνίες δέχονται τεράστιες «πιέσεις» για να είναι «καλοφτιαγμένες, σφικτές και ηλιοκαμένες» .

Οι τηλεοπτικές σαπουνόπερες και διαφημίσεις παρουσιάζουν τις ηρωίδες λεπτές, νέες και όμορφες. Η «βιομηχανία της απώλειας βάρους» ανθεί. Κάθε χρόνο αρκετά βιβλία τσέπης και ειδικές εκδόσεις διάσημων περιοδικών εκθειάζουν μια «επαναστατική» νέα δίαιτα της μόδας, δήθεν ψυχολογικά και σωματικά ανώδυνη και με θαυματουργά εγγυημένα αποτελέσματα. Ασφαλώς δεν υπάρχει και δεν μπορεί να υπάρξει καμία τέτοια δίαιτα, η οποία κατά κανόνα εξαφανίζεται για να παραχωρήσει τη θέση της σε κάποια άλλη νεωτεριστική δίαιτα .

Έρευνες στις ΗΠΑ αναδεικνύουν τον επηρεασμό της κοινωνίας και τα αισθητικά πρότυπα, που αυτή αναπαράγει «καταδικάζοντας» τα παχύσαρκα άτομα σε κατάσταση «αποκλεισμού» και περιθωριοποίησης στην: εκπαίδευση, εργασιακή ζωή,

στις κοινωνικές σχέσεις. Πολλά παχύσαρκα άτομα τίθενται σε μια διαρκή «βασανιστική» δοκιμασία με έντονες διακρίσεις στους εργασιακούς χώρους, στο σχολείο κ.α. Ενδεχομένως, από κάποιον εργοδότη να προτιμηθεί για πρόσληψη κάποιος διαβητικός ή καρδιοπαθής, παρά ένα παχύσαρκο άτομο. Άντρες και γυναίκες με ωραία εμφάνιση είναι «αντικείμενα» ευνοϊκών προκαταλήψεων, όπου και θεωρούνται a priori πιο αγαπητοί και χαρισματικοί.

Αυτή η δυσaráσκεια ως προς το σώμα έχει εξαπλωθεί τόσο πολύ στην συντριπτική πλειοψηφία των νεαρών κοριτσιών (επιδημιολογικές διαστάσεις), που τείνει πια να αποτελέσει «φυσιολογικό» χαρακτηριστικό γνώρισμα της ηλικίας, με σοβαρότατες επιπτώσεις για τον αναπτυσσόμενο οργανισμό (αμηνόρροια, οστική πυκνότητα, σιδηροπενική αναιμία). Είναι αξιοσημείωτο, ότι ποσοστό > 50% των κοριτσιών εφηβικής ηλικίας πιστεύει, ότι είναι υπέρβαρο και παχύσαρκο, χωρίς όμως να είναι στην πραγματικότητα.

2.7 Η ΥΠΟΤΑΓΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΒΑΛΛΟΜΕΝΗ ΩΣ ΙΔΑΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η συχνότητα εμφάνισης διαταραχών πρόσληψης τροφής και ανορθόδοξων μεθόδων διατήρησης σωματικού βάρους κατά την εφηβική ηλικία είναι ιδιαίτερα αυξημένη.

Προφανώς η επιδίωξη των νεαρών μαθητριών για την απόκτηση τέλειου σώματος τις αποτρέπει έμμεσα στην υιοθέτηση ανέφικτων στόχων, αυστηρής αυτοκριτικής, παράλογων συγκρίσεων σωματικής κατάστασης ή εικόνας σώματος (τελειομανίας). Αυτός ο εγκλωβισμός, η έμμομη ιδέα και η σχεδόν καθολική υποταγή στην προβαλλόμενη ως ιδανική εικόνα σώματος (από ΜΜΕ, διαφημίσεις, μόδα, περιοδικά) προκαλεί «πανικό» κυρίως σ' αυτήν την ευαίσθητη ηλικιακή ομάδα του πληθυσμού. Όσο μεγαλύτερη είναι η διαφορά ανάμεσα στην πραγματική και στην επιθυμητή εικόνα σώματος, τόσο περισσότερο αυξάνεται η πιθανότητα χρήσης ανορθόδοξων πρακτικών αδυνατίσματος (χρήση διουρητικών, καθαρτικών, αυτοπροκαλούμενου εμέτου). Ταυτόχρονα παρατηρούνται : συγκεχυμένη και ασταθής ψυχοσυναισθηματική κατάσταση, συνεχής ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος (ακραίας στερητικής μορφής) που εξελίσσεται σε χρόνια παθολογική συμπεριφορά, συνοδευόμενη από έντονες ψυχολογικές διαταραχές.

Πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα, ότι ο φόβος δυσάρεστης κοινωνικής κριτικής και η συστηματική εφαρμογή αυστηρών διαίτων, θεωρούνται προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών στην εφηβική ηλικία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Τα χαρακτηριστικά ενός επεισοδίου βουλιμίας

3.1 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

Τα πρώτα λεπτά ενός επεισοδίου βουλιμίας μπορεί να είναι ευχάριστα. Η γεύση και η αίσθηση της τροφής φαίνεται ότι προσφέρουν μεγάλη απόλαυση. Αυτά τα συναισθήματα όμως, σπάνια διαρκούν πολύ. Πολύ σύντομα αντικαθίστανται από άλλα αηδίας, καθώς το άτομο καταναλώνει όλο και περισσότερο φαγητό. Ορισμένοι μάλιστα άνθρωποι νιώθουν αποστροφή γι' αυτό που κάνουν, αλλά δεν μπορούν να σταματήσουν.

3.2 ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Συνήθως, κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας, οι άνθρωποι τρώνε γρήγορα. Έρευνες από το Πανεπιστήμιο της Κολούμπια έχουν αποδείξει πως οι γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία τρώνε δύο φορές πιο γρήγορα απ' ό,τι οι φυσιολογικές: καταναλώνουν 81,5 θερμίδες το λεπτό εν σχέση με 38,4 θερμίδες το λεπτό. Πολλοί γεμίζουν το στόμα τους με φαγητό σχεδόν μηχανικά, μασώντας το ελάχιστα. Πολλοί επίσης πίνουν άφθονα υγρά για να βοηθήσουν την κατάποση κι αυτό τους κάνει να νιώθουν πληρότητα και φούσκωμα. Τα πολλά υγρά βοηθούν ακόμη κάποιους να βγάλουν αργότερα ό,τι έχουν φάει.

3.3 ΑΝΑΣΤΑΤΩΣΗ

Ορισμένοι άνθρωποι βηματίζουν πάνω κάτω ή περιφέρονται αμήχανα κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας. Νιώθουν τη λαχτάρα τους για φαγητό σαν μία πανίσχυρη δύναμη που τους οδηγεί σ' αυτή τη βλαβερή συνήθεια. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο χρησιμοποιείται συχνά ο όρος καταναγκαστική κατανάλωση τροφής. Η εξασφάλιση τροφής αποκτά τεράστια σημασία : μπορεί να πάρουν φαγητό από άλλους, να κλέψουν από σούπερ μάρκετ, ή να φάνε κάτι πεταμένο. Οι περισσότεροι ντρέπονται γι' αυτή τη συμπεριφορά τους και τη θεωρούν αηδιαστική και υποτιμητική.

3.4 ΈΝΑ ΑΙΣΘΗΜΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ

Συχνά οι άνθρωποι διηγούνται ότι αισθάνονται σαν να βρίσκονται σε κατάσταση ύπνωσης κατά τη φάση της βουλιμίας. Αν νιώθετε έτσι, τότε ξέρετε πως η συμπεριφορά σας είναι σχεδόν αυτοματοποιημένη, σαν να μην είστε πραγματικά εσείς αυτή που τρώει. Κάποιοι άλλοι αναφέρουν πως παρακολουθούν τηλεόραση, ακούν δυνατά μουσική ή χρησιμοποιούν κάποιο άλλο μέσο απόσπασης της προσοχής τους ώστε να μη χρειάζεται να σκέφτονται τι κάνουν.

3.5 ΜΥΣΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της τυπικής βουλιμίας είναι ότι δεν αποκαλύπτεται. Ορισμένοι άνθρωποι ντρέπονται τόσο πολύ για αυτή που κάνουν τα πάντα για να την κρύψουν, και μπορεί να το καταφέρουν για πολλά χρόνια. Ένας τρόπος με τον οποίο πετυχαίνουν κάτι τέτοιο είναι ότι τρώνε σχεδόν φυσιολογικά όταν είναι μαζί με άλλους, ή χρησιμοποιούν κάποια έξυπνα τεχνάσματα. Ίσως έχετε συναντήσει ανθρώπους που προσπαθούν να κρύψουν τη συμπεριφορά τους αυτή: Αφού φάνε ένα κανονικό γεύμα, επιστρέφουν κρυφά για να καταναλώσουν όλα τα

υπολείμματα. Κάποιοι άλλοι παίρνουν φαγητό στην κρεβατοκάμαρα ή στο μπάνιο για να μην έχουν το φόβο της παρακολούθησης.

3.6 ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟΥ

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η απώλεια του ελέγχου είναι κυρίαρχο στοιχείο της βουλιμίας, αλλά διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Ορισμένοι νιώθουν κάτι τέτοιο πολύ πριν αρχίσουν να τρώνε. Σε κάποιους άλλους εξελίσσεται σιγά-σιγά καθώς αρχίζουν, ή μπορεί να εκδηλωθεί ξαφνικά καθώς συνειδητοποιούν ότι έχουν φάει πολύ. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι ορισμένοι άνθρωποι που υποφέρουν από βουλιμία για πολλά χρόνια, δηλώνουν πως η αίσθηση της απώλειας του ελέγχου έχει εξασθενήσει με τον καιρό, γιατί η εμπειρία τους έχει διδάξει πως η βουλιμία τους είναι αναπόφευκτη, κι έτσι δεν προσπαθούν πια να της αντισταθούν. Ορισμένοι μάλιστα προγραμματίζουν τα αναπόφευκτα γεύματα τους. Ο προγραμματισμός επιτρέπει σ' αυτά τα άτομα να ασκήσουν κάποιον έλεγχο στο πότε και πού θα επιδοθούν στη βουλιμία τους, ελαχιστοποιώντας έτσι την παρεμπόδιση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων. Νιώθουν λοιπόν πως στην πραγματικότητα δεν έχουν χάσει τον έλεγχο. Αυτό ωστόσο δεν ισχύει, καθώς είναι ανίκανοι να σταματήσουν τη βουλιμία τους. Επιπλέον, πολλοί αναφέρουν πως από τη στιγμή που αρχίζουν να τρώνε, δεν μπορούν να σταματήσουν. Το ίδιο ακριβώς ισχύει ακόμη και στην περίπτωση που το βουλιμικό τους επεισόδιο διακόπτεται. Μπορεί να τους τελειώσει το φαγητό, να χτυπήσει το τηλέφωνο ή το κουδούνι. Στην περίπτωση αυτή, οι βουλιμικοί ξαναρχίζουν να τρώνε μετά τη διακοπή.

3.7 ΟΙ ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΟΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΟΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.

Όταν οι άνθρωποι που υποφέρουν από βουλιμία ερωτηθούν: «Τι τρώς όταν σε πιάνει βουλιμία;» συνήθως δίνουν δύο είδη απαντήσεων.

Η πρώτη έχει σχέση με το είδος της τροφής. Έτσι μπορεί ν' απαντήσουν «γλυκά» ή «χορταστικά πράγματα». Η δεύτερη έχει να κάνει με τη στάση τους απέναντι στο φαγητό. Μπορεί λοιπόν ν' απαντήσουν, «απαγορευμένες τροφές» «επικίνδυνες τροφές» ή «παχυντικές τροφές». Είναι ολοφάνερο ότι στα περισσότερα επεισόδια βουλιμίας, το άτομο καταναλώνει τροφές που προσπαθεί ν' αποφύγει.

3.8 Ο ΜΥΘΟΣ ΤΗΣ «ΛΑΧΤΑΡΑΣ ΓΙΑ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ»

Υπάρχει μύθος ότι τα επεισόδια βουλιμίας χαρακτηρίζονται από ένα υψηλό ποσοστό υδατανθράκων και ότι προκαλούνται από μία «λαχτάρα για υδατάνθρακες». Στην πραγματικότητα, το ποσοστό των υδατανθράκων που καταναλώνονται κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας δεν είναι ιδιαίτερα υψηλό, όχι τουλάχιστον μεγαλύτερο απ' ό,τι στα φυσιολογικά γεύματα.

Αυτό που χαρακτηρίζει τα επεισόδια βουλιμίας δεν είναι η αναλογία υδατανθράκων, λίπους και πρωτεϊνών, αλλά η συνολική ποσότητα που καταναλώνεται.

3.9 ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Η ποσότητα της τροφής που καταναλώνεται κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό από άτομο σε άτομο. Κάποιοι άνθρωποι καταναλώνουν τεράστιες ποσότητες θερμίδων κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας : ορισμένοι δηλώνουν πως τρώνε 15.000 με 20.000 σ' ένα γεύμα .

Αυτό ωστόσο δεν είναι αντιπροσωπευτικό. Όταν από τους βουλιμικούς ζητείται να περιγράψουν ακριβώς τι έχουν φάει και στη συνέχεια υπολογίζεται ο αριθμός θερμίδων , διαπιστώνεται ότι σ' ένα επεισόδιο βουλιμίας καταναλώνονται 1000 με 2000 θερμίδες. Το ένα τέταρτο περίπου των βουλιμικών καταναλώνουν περισσότερες από 2000 θερμίδες – περισσότερο απ' ό,τι καταναλώνουν κατά μέσο όρο καθημερινά πολλές γυναίκες.

Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι ένας στους πέντε ασθενείς με επεισόδια βουλιμίας κατανάλωνε περισσότερες από 5000 θερμίδες και ένας στους δέκα πάνω από 6000. Μια σημαντική ανακάλυψη όλων αυτών των ερευνών είναι ότι κατά τη διάρκεια κάποιων επεισοδίων βουλιμίας , τα οποία είναι ότι κατά τ' άλλα τυπικά, το άτομο καταναλώνει μέτριες ή ακόμη και μικρές ποσότητες τροφής. Τα επεισόδια αυτά δεν ανταποκρίνονται στον τεχνικό ορισμό του επεισοδίου βουλιμίας που καθιέρωσε η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία, εξαιτίας του μικρού τους μεγέθους. Παρ' όλα αυτά , το άτομο τα βιώνει σαν να είναι τέτοια, ακριβώς επειδή χάνει τον έλεγχο .

Η Εξέταση Διαταραχής Πρόσληψης τροφής, που αποσκοπούσε στην αξιολόγηση των χαρακτηριστικών των διαταραχών αυτών που ερευνήθηκαν από τη συγγραφέα και Δρα Zarfa Cooper, και θεωρείται κανόνας στο χώρο αυτό, περιγράφει αυτά τα επεισόδια βουλιμίας ως υποκειμενικά.

Αντιθέτως επεισόδια στα οποία καταναλώνονται μεγάλες ποσότητες τροφής ονομάζονται αντικειμενικά επεισόδια βουλιμίας. Ένα αποκαλυπτικό στοιχείο για τη βουλιμία γενικά είναι ότι τα υποκειμενικά επεισόδια βουλιμίας παρατηρούνται συχνά και ότι κι αυτά μπορούν να αποτελέσουν αιτία μεγάλο άγχους.

Όπως είναι φυσικό, η βουλιμία μπορεί να αποτελέσει μία ιδιαίτερα δαπανηρή διαταραχή. Τα άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες τροφής ίσως αντιμετωπίσουν οικονομικές δυσκολίες.

Μια μελέτη που διεξήχθη στο Σικάγο στις αρχές της δεκαετίας του '80 , έδειξε πως το μέσο κόστος ενός επεισοδίου βουλιμίας ήταν 8.30 δολάρια, ενώ κυμαινόταν από 1 έως 55 δολάρια . Το υψηλό κόστος της βουλιμίας εξηγεί εν μέρει το γιατί ορισμένα άτομα καταφεύγουν στην κλοπή τροφής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Μέτρα που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο του βάρους σώματος

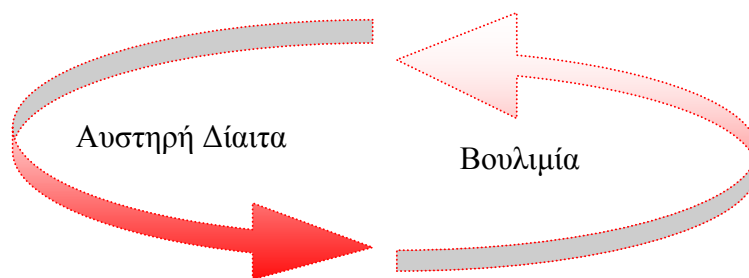
Η ΔΙΑΙΤΑ

Οι περισσότεροι άνθρωποι που υποφέρουν από βουλιμία κάνουν δίαιτα. Μάλιστα, η δίαιτα αποτελεί ένα καλό παράδειγμα για το πώς τα προβλήματα που συνδέονται με τη βουλιμία μπορούν να ενταχθούν στην κλασική ταξινόμηση είτε ως αιτίες είτε ως αποτέλεσμα.

Η δίαιτα συχνά προηγείται της βουλιμίας, αλλά είναι επίσης και το αποτέλεσμα της υπερβολικής κατανάλωσης τροφής. Φαίνεται πως υπάρχουν πειστικοί λόγοι για να πιστεύουμε πως παίζει ένα ρόλο-κλειδί στην έναρξη και στη διατήρηση πολλών προβλημάτων βουλιμίας.

Η δίαιτα που διακόπτεται από επεισόδια βουλιμίας αποτελεί μια συνηθισμένο φαινόμενο. Συναντάται σε μεγάλο βαθμό στις περιπτώσεις ψυχογενούς βουλιμίας και ανορεξίας, κατά τις οποίες το άτομο κάνει γενικά αυστηρή και μόνιμη δίαιτα. Όπως φαίνεται στο παρακάτω σχήμα, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που μπορεί να σας φανεί οικείος, με τη δίαιτα να ενισχύει τη βουλιμία και συγχρόνως να είναι και αποτέλεσμα της. Το σχήμα μπορεί να επαναλαμβάνεται συνεχώς: είναι ένας φαύλος κύκλος και είναι δυνατό να παραμείνει αμετάβλητος για πολλά χρόνια.

Επειδή η δίαιτα είναι ένας από τους κύριους παράγοντες που δημιουργούν ευπάθεια στη βουλιμία, η μείωση της τάσης προς αυτή αποτελεί στόχο των περισσότερων θεραπειών .



*Ο Κύκλος της δίαιτας και της βουλιμίας

4.1 ΑΠΟΦΥΓΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΡΟΦΗΣ.

Ορισμένοι άνθρωποι δεν τρώνε τίποτα ανάμεσα στα επεισόδια βουλιμίας τους. Μάλιστα μπορεί να μη φάνε για μέρες. Τις περισσότερες φορές όμως παύουν να τρώνε για όσο αντέξουν και συνήθως αποφεύγουν το βραδινό φαγητό. Αυτό ισχύει για περίπου ένα στους τέσσερις ανθρώπους με ψυχογενή βουλιμία, ενώ μόνο για ένα στους είκοσι με διαταραχή της βουλιμίας. Στο γενικότερο τώρα πληθυσμό, μόνο ένας στους εκατό αποφεύγει να τρώει όλη τη μέρα.

4.3 ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΠΟΣΟΤΗΤΑΣ ΤΡΟΦΗΣ.

Συνήθως η τεχνική αυτή αφορά τη διατήρηση της ποσότητας της τροφής κάτω από ένα συγκεκριμένο όριο θερμίδων. Για πολλούς ανθρώπους με ψυχογενή βουλιμία το όριο αυτό ανέρχεται στις 1.000 με 1.200 θερμίδες τη μέρα, πολύ λιγότερο από το ποσό που χρειάζεται ο ανθρώπινος οργανισμός για την καθημερινή φυσιολογική του λειτουργία. Πολλοί άνθρωποι επιβάλλουν στον εαυτό τους πολύ πιο αυστηρά όρια θερμίδων. Για παράδειγμα, προγράμματα νηστείας που προωθούν μόνο την κατανάλωση υγρών, επιτρέπουν τη λήψη 450 έως 800 θερμίδων.

4.4 ΑΠΟΦΥΓΗ ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΤΥΠΩΝ ΤΡΟΦΩΝ.

Οι άνθρωποι που υποφέρουν από βουλιμία αποφεύγουν ορισμένες τροφές επειδή τις θεωρούν παχυντικές ή επειδή η κατανάλωσή τους κατά το παρελθόν τους είχε προκαλέσει επεισόδια βουλιμίας. Συνήθως τις περιγράφουν ως «απαγορευμένες», «κακές», ή «επικίνδυνες». Από την έρευνα προκύπτει ότι περίπου μία στις πέντε γυναίκες από το γενικό πληθυσμό ακολουθεί μία τέτοια διαίτα. Αντιθέτως, τα τρία τέταρτα των γυναικών με ψυχογενή βουλιμία κάνουν αυτή τη διαίτα, όπως και οι μισές απ' εκείνες που υποφέρουν από διαταραχή της βουλιμίας. Οι τροφές που αποφεύγονται ποικίλλουν πολύ. Ιδιαίτερα οι γυναίκες που κάνουν πολύ αυστηρή διαίτα επιτρέπουν στον εαυτό τους ελάχιστες τροφές, εκτός βέβαια απ' εκείνες που έχουν καθιερωθεί ως «προϊόντα διαίτης».

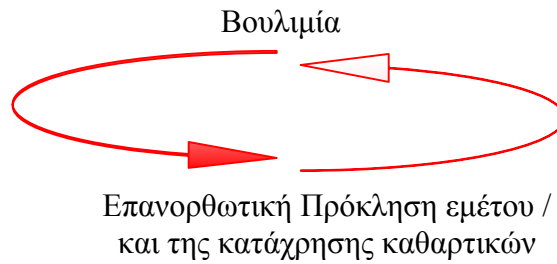
4.5 ΔΙΑΙΤΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΑΛΛΑ ΠΡΟΣΧΗΜΑΤΑ.

Ένα ενδιαφέρον φαινόμενο που έχει παρατηρηθεί πρόσφατα αφορά μία δυσμενή κριτική εναντίον των διαφόρων μορφών δίαιτας, ιδιαίτερα στις Ηνωμένες Πολιτείες. Εκεί η εκστρατεία εναντίον της έχει πάρει τέτοιες διαστάσεις που γίνεται πια λόγος για μία «εποχή κατά της δίαιτας» και μάλιστα σε κάποιες περιοχές η καταφυγή σε οποιοδήποτε είδος της θεωρείται οπισθοδρομική ενέργεια. Ως αποτέλεσμα, κάποιοι άνθρωποι χαρακτηρίζουν τη διαίτα τους σαν υγιεινή διατροφή ή αποδίδουν το γεγονός ότι καταναλώνουν περιορισμένα είδη τροφών στη χορτοφαγία ή στις αλλεργίες τους. Όπως όμως κι αν παρουσιάζονται, οποιοδήποτε περιορισμοί στη διατροφή που έχουν σαν στόχο να επηρεάσουν το βάρος ή τη σιλουέτα πρέπει να θεωρούνται κανόνες δίαιτας.

4.6 ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΕΜΕΤΟΥ.

Είναι πια γνωστό ότι το 5 με 10 τοις εκατό των νεαρών γυναικών παραδέχονται πως προκαλούν από μόνες τους έμετο και πως το 2 τοις εκατό των νέων ενήλικων γυναικών κάνουν το ίδιο μία ή περισσότερες φορές τη βδομάδα. Η «επιδημία» αυτή εκδηλώνεται, για παράδειγμα, κάποιες φορές σε φοιτητικές εστίες. Αν και οι περισσότεροι απ' αυτούς τους ανθρώπους προκαλούν έμετο για να απαλλαγούν από τις τροφές που έχουν καταναλώσει, - προσπαθούν δηλαδή να περιορίσουν την ποσότητα της τροφής που θα αφομοιώσουν- μπορεί να έχουν κι άλλα κίνητρα. Η εκτόνωση της έντασης που νιώθουν είναι το πιο συνηθισμένο. Οι περισσότεροι άνθρωποι κάνουν έμετο αφού έχουν φάει πάρα πολύ, αλλά ορισμένοι έστω και αν έχουν φάει ελάχιστα, ιδιαίτερα αν θεωρούν τις τροφές παχυντικές. Κάποια άτομα προκαλούν κάτι τέτοιο αμέσως μετά το φαγητό ώστε να απαλλαγούν από ένα μεγάλο μέρος των τροφών που έχουν καταναλώσει και να ανακουφιστούν από το άγχος και τις τύψεις που νιώθουν. Κάποιοι άλλοι προκαλούν τόσες φορές έμετο που στο τέλος δεν έχουν τίποτα να «βγάλουν». Η διαδικασία αυτή μπορεί να διαρκέσει μία ώρα ή και περισσότερο οδηγώντας τους σε σωματική εξάντληση.





*Ο Κύκλος της δίαιτας και της βουλιμίας, της πρόκλησης εμέτου και της κατάχρησης καθαρτικών.

4.7 ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΚΑΘΑΡΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΩΝ

Η χρήση καθαρτικών ή διουρητικών για τον έλεγχο του βάρους αποτελεί σπανιότερο φαινόμενο απ' ό,τι η πρόκληση εμετού. Το ένα τρίτο περίπου των ανθρώπων που υποφέρουν από ψυχογενή βουλιμία παίρνουν καθαρτικά και το 10 τοις εκατό διουρητικά. Και οι δύο μορφές κατάχρησης μπορεί να εκδηλωθούν μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με την τεχνική της πρόκλησης εμετού.

Όμως, τα καθαρτικά δεν έχουν παρά μία πολύ μικρή δραστηριότητα στην απορρόφηση θερμίδων, ενώ τα διουρητικά καμιά. Παρ' όλα αυτά, κάποιοι άνθρωποι θεωρούν τη χρήση τους ωφέλιμη, κυρίως επειδή προκαλούν απώλεια βάρους, έστω και προσωρινή, εξαιτίας των υγρών που χάνονται με τη διάρροια ή τη συχνουρία. Επιπλέον, ορισμένοι δηλώνουν πως τα καθαρτικά τους κάνουν να νιώθουν πως έχουν απαλλαγεί ή «καθαρίσει» απ' όλες τις τροφές που έχουν φάει. Με τον τρόπο αυτό τα καθαρτικά, όπως και η πρόκληση εμετού, μπορεί να προωθούν ακόμη περισσότερο τη βουλιμία.

4.8 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ

Ορισμένοι άνθρωποι που υποφέρουν από βουλιμία παίρνουν διαιτητικά χάπια (κατασταλτικά της όρεξης) τα οποία αγοράζουν με ιατρική συνταγή ή και αυθαίρετα, ελπίζοντας να ελέγξουν το πρόβλημα τους, παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν αποδείξεις για την αποτελεσματικότητά τους στην περίπτωση της πραγματικής βουλιμίας.

4.9 ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ

Οι άνθρωποι που υποφέρουν από βουλιμία κάνουν σε πολύ έντονους ρυθμούς γυμναστική για να επηρεάσουν το βάρος ή τη σιλουέτα τους. Η εντατική γυμναστική συχνά συντελεί στο χαμηλό βάρος των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία.

Όταν τα άτομα με πρόβλημα βουλιμίας κάνουν γυμναστική, ενεργούν μ' έναν παρορμητικό ή «καταναγκαστικό» τρόπο. Συνηθίζουν να αφιερώνουν πάρα πολύ χρόνο κάνοντας τις ασκήσεις τους όσο το δυνατόν πιο επίπονες.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι ότι δυσκολεύονται να αντισταθούν στη γυμναστική ακόμη κι όταν πρέπει να το κάνουν. Σαν αποτέλεσμα, τα «τραύματα καταπόνησης» αποτελούν συχνή κατάσταση.

Δεν είναι εύκολο να ερμηνεύσει κανείς την απάντηση των ανθρώπων με ψυχογενή βουλιμία, όταν ερωτώνται γιατί κάνουν τόσο σκληρή γυμναστική. Κάποιοι παραδέχονται πως θέλουν να κάψουν λίπος ή θερμίδες, κάποιοι άλλοι όμως όχι, αν κι' απ' ό,τι φαίνεται αυτό είναι το κυριότερο κίνητρό τους.

Σε ακραίες περιπτώσεις, η πρόσληψη τροφής και η γυμναστική γίνονται δύο τόσο άρρηκτα συνδεδεμένες διαδικασίες που τα άτομα δεν τρώνε αν δε βεβαιωθούν πως έχουν ήδη κάψει όλες τις απαραίτητες θερμίδες προκαταβολικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Αίτια των προβλημάτων βουλιμίας

Δυστυχώς δεν υπάρχει μία απλή – ή ολοκληρωμένη – απάντηση , όσον αφορά το γιατί αναπτύσσεται το πρόβλημα βουλιμίας. Η κατανόηση της αιτίας των προβλημάτων βουλιμίας είναι ακόμη περιορισμένη. Ένα πράγμα ωστόσο είναι ξεκάθαρο : Δεν ευθύνεται μόνο ένας παράγοντας: Κοινωνικοί, ψυχολογικοί και σωματικοί παράγοντες φαίνεται πως παίζουν ρόλο στην πρόκληση των προβλημάτων βουλιμίας. Για παράδειγμα, αναφέρεται πως η ψυχογενής βουλιμία είναι πρόσφατο φαινόμενο και πως παρατηρείται μόνο σε ορισμένες χώρες Αυτό δηλώνει πως οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κατέχουν κάποια θέση στην εκδήλωση της διαταραχής. Καθώς περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως οι μολυσματικές ασθένειες μπορούν να αποκλειστούν, η πρόσφατη εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας μπορεί κάλλιστα να αποδοθεί σε κοινωνικούς παράγοντες. Εξετάσθηκαν επίσης ορισμένοι από τους ψυχολογικούς παράγοντες που έρχονται στο παρασκήνιο, όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η τελειομανία, όπως άλλωστε αναφέρουμε και στο κεφάλαιο 2.

Γενετικά κληρονομημένα χαρακτηριστικά φαίνεται επίσης να συμβάλλουν. Αυτό σημαίνει πως ακόμη και οι σωματικοί παράγοντες παίζουν κάποιο ρόλο.

Οι λίγες έρευνες που έχουν γίνει πάνω στην ανάπτυξη των προβλημάτων βουλιμίας υποδηλώνουν πως υπάρχουν περισσότερες από μία κατευθύνσεις που οδηγούν σ' αυτά.

Για παράδειγμα , είναι αποδεδειγμένο πως η ψυχογενής ανορεξία προηγείται συχνά της ψυχογενούς βουλιμίας και πως η δίαιτα προηγείται της ψυχογενούς ανορεξίας.

Δίαιτα → Ψυχογενής ανορεξία → Βουλιμία → Ψυχογενής βουλιμία

Αντίθετα, κάποιοι άνθρωποι αναφέρουν πως παρουσίαζαν πρόβλημα βάρους από την παιδική τους ηλικία, πολύ πριν εκδηλώσουν βουλιμία. Γι' αυτούς ακολουθείται η πορεία από την παχυσαρκία στη δίαιτα και από τη δίαιτα στη βουλιμία.

Παχυσαρκία → Δίαιτα → Βουλιμία

Κάποια άλλα άτομα με διαταραχή της βουλιμίας αναφέρουν πως έτρωγαν πολύ από μικρή σχετικά ηλικία, πως στη συνέχεια έκαναν δίαιτα για να για να χάσουν βάρος και πως αυτή χειροτέρευε την κατάσταση, αφού συνέχιζαν να τρώνει πολύ και συγχρόνως κατάλαβαν πως αδυνατούσαν να χαλιναγωγήσουν την όρεξή τους.

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

Η τέταρτη κατεύθυνση που μπορεί να οδηγήσει στη βουλιμία είναι λιγότερο συνηθισμένη. Έχει να κάνει με μία άμεση πορεία προς τη βουλιμία στην οποία δεν παρεμβάλλεται στο στάδιο «δίαιτα». Συναντάται κυρίως σε άτομα που αντιμετωπίζουν έναν αριθμό προβλημάτων ελέγχου των παρορμήσεων. Σε αυτά, η υιοθέτηση της παρορμητικής συμπεριφοράς για την εκτόνωση της έντασης φαίνεται πως αποτελεί κυρίαρχο παράγοντα. Η δίαιτα δεν παίζει σημαντικό ρόλο.

Ο τρίτος λόγος για τον οποίο ο καθορισμός των αιτίων της βουλιμίας είναι τόσο δύσκολος είναι ότι η έκβαση ποικίλλει από άτομο σε άτομο.

Σε ορισμένες γυναίκες το πρόβλημα είναι βραχυχρόνιο και δεν επανεμφανίζεται. Κάποιες άλλες όμως θα τις βασανίζει για πολλά χρόνια. Αυτό μπορεί απλά να σημαίνει πως και κάποιοι περαιτέρω παράγοντες, συχνά διαφορετικοί

απ' εκείνους που ευθύνονται για την έναρξη του προβλήματος, συντελούν τα μέγιστα στη διαιώνισή του.

5.A ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΟΥΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Οι ακόλουθοι παράγοντες φαίνεται πως παίζουν αποφασιστικό ρόλο στην έναρξη των προβλημάτων βουλιμίας. Δεν θα πρέπει όμως να παραληφθεί πως οι έρευνες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα είναι περιορισμένες, γι' αυτό και οι συγκεκριμένες πληροφορίες δεν έχουν καθολική ισχύ.

5.A.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η "ψυχογενής βουλιμία, έκανε την εμφάνιση της στη δεκαετία του 1970 και του 1980, σε μέρη του κόσμου όπου είχαν ήδη παρατηρηθεί κρούσματα ψυχογενούς ανορεξίας, όπως Βόρεια Αμερική, Βόρεια Ευρώπη, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία. Επειδή πρόκειται για χώρες στις οποίες οι γυναίκες επιθυμούν διαρκώς να είναι αδύνατες και στις οποίες οι δίαιτες που ακολουθούν είναι σύνηθες φαινόμενο, θα μπορούσαμε να πούμε πως οι κοινωνικοί παράγοντες που τις παροτρύνουν προς τις δίαιτες οδηγούν στην ανάπτυξη του προβλήματος.

Το πρότυπο σιλουέτας που άρχισε να προβάλλεται από τα φωτομοντέλα έπαιξε καθοριστικό ρόλο. Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίστηκε όταν το να είναι κάποια υπερβολικά αδύνατη, όπως το διάσημο μοντέλο Τούιγκι από την Αγγλία, έγινε της μόδας

5.A.2 ΦΥΛΟ

Αποτελεί κοινή διαπίστωση πως η ψυχογενής βουλιμία είναι πολύ πιο συχνή στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες .

Γιατί όμως οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν προβλήματα βουλιμίας; Ένας βασικός λόγος είναι πιθανότατα το γεγονός ότι οι δίαιτες αποτελούν ιδίον των γυναικών.

Το γεγονός αυτό δημιουργεί ένα ακόμη ερώτημα: Γιατί οι γυναίκες κάνουν δίαιτα περισσότερο απ' ότι οι άντρες;

Πρώτον, γιατί οι κοινωνικές πιέσεις για λεπτή σιλουέτα εστιάζονται κυρίως στις γυναίκες.

Δεύτερον, οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς από τους άντρες στο να βασίσουν την αυτοπεποίθησή τους στην εξωτερική τους εμφάνιση.

Και οι δύο αυτές παρατηρήσεις θέτουν ευρύτερα σημαντικά θέματα που αφορούν τις διαφορές στην ανάπτυξη των δυο φύλων, καθώς και τους συγκρουόμενους και ανταγωνιστικούς ρόλους των γυναικών στις Δυτικές κοινωνίες.

5.A.3 ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ

Αναφορικά με τα δείγματα ασθενών, συνάγεται πως η ψυχογενής βουλιμία είναι περιορισμένη κυρίως σε λευκές γυναίκες. Δείγματα ασθενών εντούτοις δε θα έπρεπε να θεωρούνται αντιπροσωπευτικά.

Αντιθέτως, μελέτες στο γενικό πληθυσμό υποδηλώνουν πως η διαταραχή της βουλιμίας προσβάλλει στον ίδιο βαθμό τόσο τις λευκές, όσο και τις μαύρες γυναίκες.

Τα συμπεράσματα ωστόσο αυτά πρέπει να επιβεβαιωθούν, καθώς οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί ως σήμερα παρουσίαζαν σημαντικά μειονεκτήματα, ιδιαίτερα στην αξιολόγηση της βουλιμίας.

5.A.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ

Όσον αφορά τους ασθενείς, υπάρχουν ενδείξεις πως οι περισσότεροι άνθρωποι με ψυχογενή βουλιμία προέρχονται από ανώτερες ή μεσαίες, παρά από κατώτερες κοινωνικές τάξεις. Αλλά, γι' ακόμη μια φορά, αναφέρεται ότι αυτό μπορεί μόνο να σημαίνει πως τα άτομα των ανώτερων ή μεσαίων κοινωνικών τάξεων είναι πιο πιθανό να αναζητούν θεραπεία.

Η κατανομή στις κοινωνικές τάξεις της διαταραχής της βουλιμίας παραμένει ακόμη ένα θέμα προς διερεύνηση.

5.A.5 ΗΛΙΚΙΑ

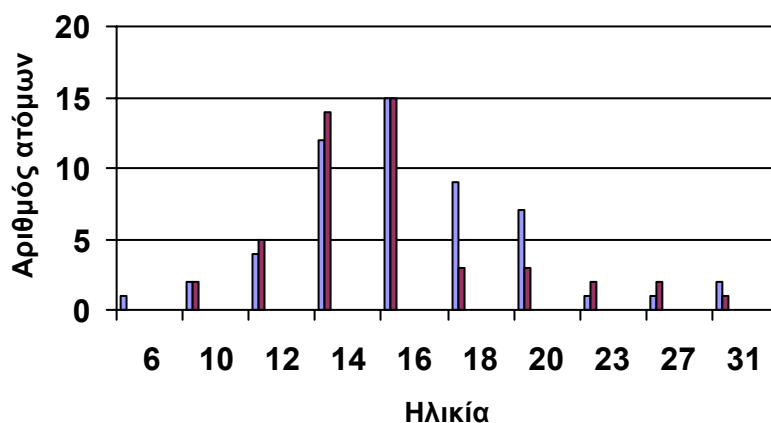
Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις, πως τα προβλήματα βουλιμίας συνήθως αναπτύσσονται στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Αυτό μπορεί πιθανότατα να αποδοθεί στο γεγονός πως οι γυναίκες, ιδιαίτερα αυτής της ηλικίας, καταφεύγουν πολύ συχνά στη διαίτα. Προφανώς αυτό είναι με τη σειρά του το αποτέλεσμα δύο παραγόντων:

Πρώτον, και όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς από τους άντρες στο να κρίνουν την αξία τους βάσει της εξωτερικής τους εμφάνισης, κάτι που τις χαρακτηρίζει ιδιαίτερα σ' αυτή την ηλικία.

Δεύτερον, πολλές έφηβες αποκτούν σιλουέτα που δε θεωρείται ιδανική στις μέρες μας, όπως τουλάχιστον αυτή προβάλλεται από τα μανεκέν. Δεν είναι λοιπόν παράξενο το ότι μία νεαρή κοπέλα, το υπό ανάπτυξη σώμα της οποίας δε μοιάζει με το ιδανικό, να επιχειρεί να το αποκτήσει μέσω της δίαιτας.

Ένας ακόμη παράγοντας σε σχέση με την ηλικία είναι πως η εφηβεία, όπως όλοι γνωρίζουμε, παρουσιάζει τεράστιες αναπτυξιακές αλλαγές στην εξωτερική εμφάνιση, διακυμάνσεις στη διάθεση, καθώς και αλλαγές στους κοινωνικούς ρόλους και προσδοκίες. Οι έφηβες με στοιχεία προσωπικότητας που θεωρείται πως τις θέτουν στον κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα βουλιμίας είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίσουν απώλεια του ελέγχου σ' αυτή την ηλικία.

Ηλικία έναρξης της ΨΒ



Ορισμένες γυναίκες διαπιστώνουν πως η δίαιτα αποκαθιστά τη δυνατότητα ελέγχου εκ μέρους τους, και σαν μία μορφή συμπεριφοράς κοινωνικά αποδεκτή από τους συνομηλίκους τους, τους προσφέρει ένα μετρήσιμο κριτήριο επιτυχίας. Γι' αυτές ισοδυναμεί με αυτοέλεγχο περισσότερο απ' οτιδήποτε άλλο, πεποίθηση που παραμένει αναλλοίωτη για πολλά ακόμη χρόνια.

Ορισμένες αλλαγές που εξαρτώνται από την ηλικία είναι επίσης σημαντικές. Ένα ιδιαίτερα σημαντικό γεγονός είναι η εισαγωγή στο πανεπιστήμιο που συνεπάγεται τη φυγή από την οικογένεια. Δεν είναι καθόλου σπάνιο φαινόμενο τα προβλήματα πρόσληψης τροφής να αναπτύσσονται ή να επιδεινώνονται σ' αυτό το διάστημα και είναι εύκολο να καταλάβουμε το γιατί.

Οι έφηβες δε βιώνουν απλά μια κατάσταση που τους προκαλεί άγχος, αλλά και για πρώτη φορά μπορούν να ελέγχουν τι και πότε τρώνε. Έτσι, ορισμένες περνούν ένα στάδιο ανεξέλεγκτου υποσιτισμού, ενώ άλλες τρώνε υπερβολικά αυξάνοντας σε σημαντικό βαθμό το βάρος τους.

5.A.6 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Είναι γνωστό πλέον πως η σωματική διάπλαση και το βάρος καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από γενετικούς παράγοντες. Ερευνητικά ευρήματα υποδεικνύουν πως οι άνθρωποι που αναπτύσσουν ψυχογενή βουλιμία διατρέχουν υψηλό κίνδυνο παχυσαρκίας, καθώς πολλοί υπήρξαν υπέρβαροι κατά την παιδική τους ηλικία, ενώ συγχρόνως παρατηρείται ένα αυξημένο ποσοστό παχυσαρκίας στα μέλη της οικογένειάς τους.

Φυσικά αυτή η ευπάθεια στην παχυσαρκία είναι πιθανόν να ενθαρρύνει τη δίαιτα, δεδομένων των κοινωνικών πιέσεων που ήδη αναφέρθηκαν. Ακόμη, η ύπαρξη ενός μέλους της οικογένειας με σημαντικό πρόβλημα βάρους είναι δυνατόν να ευαισθητοποιήσει το άτομο απέναντι στο «πάχος», κάνοντας το να πασχίζει να το αποφύγει μέσω της δίαιτας.

5.A.7 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Ένας αριθμός μελετών οδήγησαν στο συμπέρασμα πως οι διαταραχές πρόσληψης τροφής εκδηλώνονται σε οικογένειες. Ένας τρόπος διερεύνησης αυτής της πιθανότητας είναι η μελέτη δίδυμων και η εξέταση των ποσοστών των προβλημάτων πρόσληψης τροφής σε μονοζυγωτικά και μη ζευγάρια δίδυμων.

Τα μονοζυγωτικά δίδυμα έχουν τα ίδια γονίδια κι έτσι διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο εφόσον η διαταραχή είναι κληρονομική, ενώ τα διζυγωτικά μοιράζονται περίπου κατά το ήμισυ τα γονίδια που έχουν, όπως ακριβώς και τα κανονικά αδέρφια.

Η καλύτερη έρευνα σε δίδυμα που έχει γίνει μέχρι σήμερα έδειξε τον αδιαμφισβήτητο ρόλο των γενετικών παραγόντων στην ανάπτυξη της ψυχογενούς βουλιμίας. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό ποιο ακριβώς χαρακτηριστικό κληρονομείται. Υπάρχουν πολλές πιθανότητες, μεταξύ των οποίων η τάση του ατόμου να έχει ένα ορισμένο βάρος, οι βιολογικές ή ψυχολογικές αντιδράσεις του στη δίαιτα, καθώς και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας.

Το γεγονός ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής συναντώνται σε οικογένειες δεν αποδεικνύει απαραίτητα ότι οι κληρονομικοί παράγοντες είναι εν μέρει ή ακόμη και καθ' ολοκληρία υπεύθυνοι για τη διαταραχή μέσα στην οποιαδήποτε οικογένεια. Η εξάπλωση της διαταραχής σε αυτές μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα μέλη τους «μολύνουν» το ένα το άλλο.

Ένας αριθμός μελετών για τη συμπεριφορά και τις στάσεις σε σχέση με το φαγητό, τη διατροφή, τη σιλουέτα και το βάρος έχουν γίνει σε μέλη οικογενειών

ατόμων με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Μέχρι σήμερα, οι έρευνες αυτές έχουν εστιαστεί στη μελέτη συγγενών των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία και τα ευρήματα τους ποικίλλουν σημαντικά. Ορισμένες ανακάλυψαν υψηλά ποσοστά ασυνήθιστης συμπεριφοράς και στάσεων, ενώ κάποιες άλλες όχι.

Στην κλινική πρακτική, οι αφηγήσεις περιστατικών μετάδοσης της διαταραχής δεν αποτελούν σπάνιο φαινόμενο. Ένα παράδειγμα είναι οι μητέρες που πιέζουν τις κόρες τους να τις ακολουθήσουν στη διαίτα .

5.A.8 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η πιθανότητα να αποτελεί η ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής στην οικογένεια παράγοντα πρόκλησης κινδύνων, όσον αφορά την πρόσληψη τροφής, έχει επίσης μελετηθεί. Η ψυχιατρική διαταραχή που έχει περισσότερο διερευνηθεί μέχρι σήμερα είναι η κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν πως η παρουσία έντονης κατάθλιψης μέσα σε μία οικογένεια αυξάνει τον κίνδυνο οι κόρες να αναπτύξουν διαταραχή πρόσληψης τροφής.

Δεν είναι γνωστό ακόμη ποιος μηχανισμός μπορεί να ευθύνεται γι' αυτό. Μπορεί να πρόκειται για μία κοινή οργανική διαταραχή, όπως μία ανωμαλία στη ρύθμιση της σεροτονίνης , μίας χημικής ουσίας που θεωρείται πως εμπλέκεται στην κατάθλιψη καθώς και στον έλεγχο πρόσληψης τροφής. Από την άλλη, ίσως να έχουμε να κάνουμε με τις συνέπειες της ανατροφής ενός παιδιού από έναν καταθλιπτικό γονιό.

5.A.9 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Συνήθως οι άνθρωποι με ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν συχνά κλινική κατάθλιψη, αλλά γενικά φαίνεται πως αυτή αποτελεί συνέπεια του προβλήματος βουλιμίας - είτε συμπίπτει είτε έπεται της έναρξης του προβλήματος πρόσληψης τροφής.

Πρόσφατα συμπεράσματα της ερευνητικής ομάδας του Christopher Fairburn στην Οξφόρδη δείχνουν πως δεν είναι ασυνήθιστο φαινόμενο τα άτομα με τη διαταραχή να είχαν εκδηλώσει κατάθλιψη πριν την έναρξη της και πως η πρόωμη έναρξη της κατάθλιψης αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης της διαταραχής. Η σχέση ανάμεσα σε άλλες ψυχιατρικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας και σε αυτές της πρόσληψης τροφής δεν έχει ακόμη μελετηθεί επαρκώς.

5.A.10 ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Οι θεραπευτές που δουλεύουν με άτομα που υποφέρουν από προβλήματα βουλιμίας δεν μπορούν παρά να έρθουν αντιμέτωποι με το τόσο συχνό φαινόμενο των τραυματικών γεγονότων που έχουν συμβεί κατά την παιδική τους ηλικία. Θάνατοι, αποχωρισμοί, οικογενειακοί καυγάδες, σωματικές αρρώστιες, πειράγματα, απειλές στιγματίζουν με προκλητική συχνότητα τις ζωές των ατόμων αυτών. Ωστόσο, δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο αν αυτού του είδους τα γεγονότα συμβαίνουν πιο συχνά σ' αυτούς τους ασθενείς απ' ότι σε άλλους, που πάσχουν από διαφορετικές ψυχιατρικές διαταραχές.

Η σεξουαλική κακοποίηση είναι το ένα τραυματικό γεγονός που μελετήθηκε σε ικανοποιητικό βαθμό. Αρχικά επικρατούσε η αντίληψη πως το ποσοστό της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης ήταν ιδιαίτερα υψηλό στα άτομα με ψυχογενή βουλιμία. Ωστόσο, έρευνες του πανεπιστημίου του Λέστερ στην Αγγλία έδειξαν πως

το ποσοστό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης σε ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής δεν είναι υψηλότερο απ' εκείνο των ασθενών με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.

Καθώς οι τρεις ομάδες είχαν επιλεγεί από το γενικό πληθυσμό της κοινότητας, το ενδεχόμενο να μελετηθούν μόνο οι γυναίκες που είχαν καταφύγει στη θεραπεία είχε αποφευχθεί.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχει μια σχέση ανάμεσα στην παιδική σεξουαλική κακοποίηση και στη μετέπειτα ανάπτυξη μίας διαταραχής: κατά την πρόσληψη τροφής, πιθανότατα όμως όχι συγκεκριμένη.

Συνεπώς, τα δεδομένα υποδηλώνουν πως οι γυναίκες που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να εκδηλώσουν κάποια ψυχιατρική διαταραχή γενικά, και όχι συγκεκριμένες, που αφορούν την πρόσληψη τροφής. Αν και αυτή η διαπίστωση δείχνει πως ο συγκεκριμένος ρόλος της σεξουαλικής κακοποίησης είναι περιορισμένος, δε μειώνει φυσικά τη σημασία της ως αιτιολογικού παράγοντα σε μεμονωμένες περιπτώσεις.

5.A.11 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Όπως αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 2 ορισμένοι άνθρωποι με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας φαίνεται πως είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στο να αναπτύξουν προβλήματα βουλιμίας.

Απ' ό,τι φαίνεται, τα άτομα που παρουσιάζουν ψυχογενή βουλιμία είναι πολύ υπάκουα και ευσυνείδητα ως παιδιά. Συνήθως είναι κάπως συνεσταλμένα και μοναχικά και δυσκολεύονται να έρθουν σε επαφή με τα άλλα. Συνήθως είναι κάπως συνεσταλμένα και μοναχικά και δυσκολεύονται να έρθουν σε επαφή με τα άλλα παιδιά. Επιπλέον, τείνουν να είναι ανταγωνιστικά άτομα και να επιδιώκουν την επιτυχία. Θέτουν υψηλά στάνταρ και κάνουν τα πάντα για να ανταποκριθούν σ' αυτά. Αυτά τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά φαίνεται πως αποτελούν το προοίμιο της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της τελειομανίας, που παρατηρούνται σε πολλούς ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία.

Η αναλυτική ψυχοθεραπεία συχνά επιβεβαιώνει αυτές τις διαπιστώσεις. Ο Δρ. Μάικλ Στρόμπερ από το UCLA, αυθεντία στις διαταραχές πρόσληψης τροφής και προσωπικότητας, δήλωσε πως μία λεπτομερής διερεύνηση του εσωτερικού κόσμου αυτών των ασθενών αποκαλύπτει «τον πανταχού παρόντα φόβο τους μήπως φανούν αδύναμοι, ανεπαρκείς και μέτριοι, την ανικανότητα τους να αντλήσουν ικανοποίηση από την ξεκούραση και τη διασκέδαση, ένα δισταγμό να ρισκάρουν και να αντιμετωπίσουν νέες καταστάσεις, να συμμετάσχουν σε αυθόρμητες ή τολμηρές πράξεις ή να εκφράσουν τα συναισθήματα τους και να διατυπώσουν τη στάση τους απέναντι στις παρορμήσεις και στις επιθυμίες τους τις οποίες θεωρούν εμπόδια που τους αποσπών από την επίτευξη ανώτερων ηθικών στόχων». Ο Δρ. Στρόμπερ ισχυρίζεται πως αυτού του είδους τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας αφήνουν τα άτομα «απελπιστικά απροετοίμαστα» απέναντι στις αναπτυξιακές απαιτήσεις της εφηβείας.

5.A.12 ΔΙΑΙΤΑ

Αρχικά εξετάστηκε η σχέση μεταξύ βουλιμίας και δίαιτας και αποδείχθηκε ότι και τα δύο αποτελούν μέρος ενός κύκλου που τείνει να διαιωνίζεται. Η δίαιτα ωστόσο αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ενός προβλήματος βουλιμίας. Στην ουσία αποτελεί τον πιο επιβεβαιωμένο παράγοντα κινδύνου.

Για παράδειγμα , μια έρευνα έδειξε ότι οι έφηβοι που έκαναν δίαιτα παρουσίαζαν οκτώ φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ψυχογενή βουλιμία απ' ότι εκείνοι που δεν έκαναν. Παρ' όλα αυτά, η πλειοψηφία των ατόμων που κάνουν δίαιτα δεν παρουσιάζουν προβλήματα πρόσληψης τροφής. Συνεπώς, άλλοι παράγοντες που ήδη αναφέρθηκαν συνδυάζονται με τη δίαιτα και έτσι μεγιστοποιείται ο κίνδυνος ανάπτυξης προβλημάτων βουλιμίας. Ακόμη, μόνο ορισμένα είδη δίαιτας έχουν την ιδιότητα να θέτουν τους σε κίνδυνο.

5.A.13 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ ΣΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΟΡΕΞΗΣ

Το σύστημα της σεροτονίνης, γνωστού νευροδιαβιβαστή του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ), παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον. Η αρχή της λειτουργίας του βασίζεται στην υπόθεση της μεταφοράς αμινοξέων δια μέσου του αιματοεγκεφαλικού φραγμού. Η πρόδρομη ουσία της σεροτονίνης είναι το αμινοξύ τρυπτοφάνη, ενώ η τυροσίνη είναι πρόδρομος των άλλων νευροδιαβιβαστών, της νοραδρεναλίνης, της αδρεναλίνης και της ντοπαμίνης.

Η επίδραση της σεροτονίνης σε βασικές εγκεφαλικές λειτουργίες, όπως η διάθεση, ο ύπνος, η πνευματική και σωματική δραστηριότητα, είναι γνωστή . Το καρδιαγγειακό, επίσης, επηρεάζεται από τη σεροτονίνη. Μια κεντρική αύξηση της σεροτονίνης έχει σαν αποτέλεσμα τη δραστηριοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και τη μείωση της αρτηριακής πίεσης. Το αίσθημα του πόνου έχει άμεση σχέση με τη σεροτονίνη και είναι γνωστή η επίδραση της τρυπτοφάνης στην αναισθησία. Η έκκριση γνωστών ορμονών, όπως η αυξητική και η προλακτίνη, ρυθμίζονται επίσης από νευρώνες σεροτονίνης .

Μετά από τη λήψη ενός πλούσιου σε πρωτεΐνες γεύματος με μεγάλη περιεκτικότητα σε ουδέτερα αμινοξέα, το πηλίκο αυτών των αμινοξέων με την τρυπτοφάνη μειώνεται, περιορίζεται η μεταφορά της στο ΚΝΣ και μειώνεται η σύνθεση της σεροτονίνης και η δράση των σεροτονινεργικών νευρώνων. Αντίθετα, το πλούσιο σε υδατάνθρακες γεύμα έχει σαν επακόλουθο την έκκριση ινσουλίνης, που έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της μεταφοράς των άλλων αμινοξέων στο ΚΝΣ και την αύξηση της εισόδου της τρυπτοφάνης. Η παραγωγή της σεροτονίνης από τρυπτοφάνη στο ΚΝΣ έχει επακόλουθο την αύξηση των αεροτονινεργικών δραστηριοτήτων, όπως είναι και η μείωση της όρεξης.

Με τα δεδομένα αυτά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η εμφανιζόμενη στην παχυσαρκία ινσουλινοαντίσταση έχει ένα σημαντικό επακόλουθο: παρεμποδίζει τη χρησιμοποίηση της τρυπτοφάνης και μεταβάλλει το σεροτονινεργικό σύστημα. Πειράματα σε ποντικούς που διατρέφονταν με μειωμένες θερμίδες, έδειξαν ότι τα πειραματόζωα έχασαν το 80% του αρχικού τους βάρους σε διάστημα 3 εβδομάδων. Τα πειραματόζωα αυτά χωρίστηκαν σε δυο ομάδες, από τις οποίες η μια τρεφόταν με υδατανθρακούχο και η άλλη με πρωτεϊνούχο δίαιτα . Η ομάδα που διατρεφόταν με πρωτεϊνούχο δίαιτα, είχε μειωμένο πηλίκο επιπέδων τρυπτοφάνης / αμινοξέων στο ΚΝΣ. Όταν, όμως, η δίαιτα αντί καθίστατο με υδατανθρακούχο, 2 ώρες πριν από το τέλος του πειράματος, παρατηρείτο αύξηση του προαναφερομένου πηλίκου. Η αρχική υπόθεση των Fernström και Wurtman φαίνεται ότι ισχύει τουλάχιστον στα πειραματόζωα, ενώ για τον άνθρωπο θα πρέπει να βασιστούμε αποκλειστικά στα επίπεδα σεροτονίνης και αμινοξέων στον ορό.

Οι παχύσαρκοι που παραμένουν επί μακρό χρόνο νηστικοί βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση, συγκριτικά με τους πάσχοντες από νευρογενή ανορεξία . Όταν οι ασθενείς αυτοί διατρέφονται αποκλειστικά με ένα πλούσιο σε πρωτεΐνες ή υδατάνθρακες γεύμα, τα εργαστηριακά ευρήματα είναι παρόμοια με εκείνα που παρατηρούνται σε κατάσταση υποσιτισμού. Αυτό συμβαίνει επειδή αναπτύσσεται δευτεροπαθώς μια ινσουλινοαντίσταση που, επίσης, παρατηρείται σε καταστάσεις

προσπάθειας σταθεροποίησης του βάρους. Κατά την περίοδο νηστείας, το πηλίκο τρυπτοφάνη/αμινοξέα μειώνεται, όπως και η σύνθεση της σεροτονίνης. Μετά από πλούσιο σε υδατάνθρακες γεύμα παρατηρείται αύξηση του πηλίκου που, επίσης, παρατηρείται σε καταστάσεις ανορεξίας, συγκρινόμενο πάντα με φυσιολογικούς μάρτυρες. Δυστυχώς, όλες οι προαναφερόμενες μετρήσεις έχουν γίνει στο αίμα και καθόλου στον εγκέφαλο.

Παρόμοια μείωση των επιπέδων σεροτονίνης παρατηρήθηκε και σε καταστάσεις βουλιμίας. Η βουλιμία είναι ένα σύνδρομο, το οποίο σε πολλά μοιάζει με τη νευρογενή ανορεξία. Στη βουλιμία παρατηρούνται, επίσης, φάσεις υπέρμετρης λήψης τροφής που ακολουθούνται από προκλητό έμετο.

Η δράση της σεροτονίνης στην όρεξη περιγράφηκε ήδη και είναι ενδιαφέρον για τον άνθρωπο να γνωρίζουμε ποιες είναι ακριβώς οι ουσίες των τροφών που ερεθίζουν το ΚΝΣ για την παραγωγή σεροτονίνης. Έτσι, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ένα γεύμα με 10% περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη θα μπορούσε να παρεμποδίσει την ευεργετική δράση των υδατανθράκων στη σύνθεση σεροτονίνης. Σε κάθε, λοιπόν, ασθενή με αυξημένη όρεξη θα πρέπει να ερευνάται ο μεταβολισμός υδατανθράκων, ώστε να έχουμε μια έμμεση εικόνα της παραγωγής σεροτονίνης.

5.B. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΝΤΕΛΕΣΟΥΝ ΣΤΗ ΔΙΑΙΩΝΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ .

Δεν έχει εξεταστεί διεξοδικά το πώς τα προβλήματα της βουλιμίας μεταβάλλονται σταδιακά και ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την πορεία τους. Έτσι είναι δύσκολο να πούμε τι προκαλεί τη διατήρηση αυτών των προβλημάτων τι τα κάνει να υποχωρήσουν και τι οδηγεί σε επανεμφάνισή τους. Ορισμένοι παράγοντες φαίνεται ωστόσο πως παίζουν καθοριστικό ρόλο.

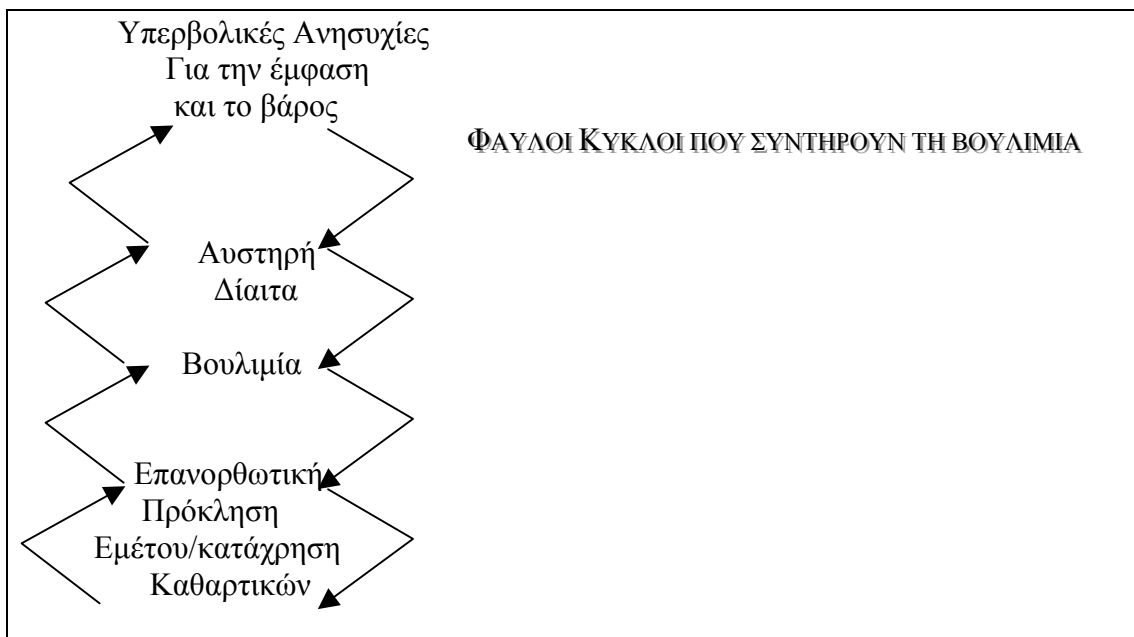
5.B.1 ΣΥΝΕΧΗΣ ΔΙΑΙΤΑ

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι, με τους οποίους η διαίτα κάνει τα άτομα επιρρεπή στη βουλιμία. Αν η διαίτα είναι «ακραία» (δηλαδή αν το άτομο που την ακολουθεί περιορίζει αισθητά την τροφή του) θα δημιουργηθούν έντονες σωματικές ανάγκες για φαγητό. Αν η διαίτα είναι «αυστηρή» (το άτομο θέτει συγκεκριμένους στόχους σε σχέση με αυτή και προσπαθεί να τους υλοποιήσει) θα τείνει να παραπαίει μεταξύ δίαιτας και βουλιμίας. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο πολλές θεραπείες δίνουν έμφαση στην εξάλειψη ή στη μείωση της δίαιτας. Η διαίτα φαίνεται πως προκαλεί τα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφής ακόμη και στους ανθρώπους που δεν υποφέρουν από βουλιμία. Χάρη σε πολλές εργαστηριακές έρευνες διαπιστώθηκε πως τα άτομα που κάνουν δίαιτα παρουσιάζουν μία «απορυθμιστική αντίδραση», μία τάση να εγκαταλείπουν τη διαίτά τους και να τρώνε υπερβολικά κάτω από επίδραση ορισμένων συγκυριών.

5.B.2 ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΕΜΕΤΟΥ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΚΑΘΑΡΤΙΚΩΝ

Και οι δύο αυτές μέθοδοι ελέγχου του βάρους τείνουν να συνδράμουν τη βουλιμία, καθώς η πίστη στην αποτελεσματικότητά τους εξουδετερώνει έναν τεράστιο ανασταλτικό παράγοντά της, δηλαδή το φόβο αύξησης του σωματικού βάρους.

Έτσι, στην περίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας όπου αυτές οι μέθοδοι αποτελούν συχνό φαινόμενο, ένας αριθμός αλληλεπιδρώντων φαύλων κύκλων προωθούν τη βουλιμία όπως φαίνεται στο παρακάτω ακριβώς σχήμα.



5.B.3 ΣΧΕΣΕΙΣ, ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Μία ποικιλία γεγονότων και καταστάσεων είναι δυνατόν να επηρεάσουν την πορεία των προβλημάτων βουλιμίας. Οι προσωπικές σχέσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικές απ' αυτή την άποψη, Για παράδειγμα, η δημιουργία μιας τρυφερής και σταθερής σχέσης μ' ένα σύντροφο μπορεί να βελτιώσει την αυτοεκτίμηση, να μειώσει τις ανησυχίες για το βάρος και την εμφάνιση και να απομακρύνει ορισμένες πηγές άγχους, προωθώντας έτσι τη θεραπεία. Η κατάρρευση της μπορεί να έχει το αντίθετο αποτέλεσμα.

5.B.4 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η εγκυμοσύνη έχει μία ιδιαίτερα σαφή επίπτωση στα προβλήματα βουλιμίας. Ορισμένες έγκυες γυναίκες δε νιώθουν πλέον υπεύθυνες για το βάρος τους και συνεπώς δεν επιθυμούν να κάνουν δίαιτα, αφού ο φόβος μήπως κάνουν κακό στο έμβryo τις ωθεί να την αποφύγουν. Αυτή η μείωση οποιασδήποτε τάσης για δίαιτα εξηγεί τη διαπίστωση ότι τα προβλήματα βουλιμίας συνήθως υποχωρούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ορισμένες μάλιστα φορές εξαφανίζονται εντελώς. Δυστυχώς, πολλές απ' αυτές τις γυναίκες ξαναρχίζουν δίαιτα αμέσως μετά τη γέννηση του παιδιού τους.

5.B.5 Η ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΗ

Δυστυχώς έχουν διεξαχθεί πολύ λίγες έρευνες πάνω στους παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία των προβλημάτων βουλιμίας. Αυτού του είδους οι έρευνες είναι απαραίτητες, όχι μόνο για την κατανόηση αυτών των προβλημάτων, αλλά και για την ανάπτυξη νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Οι παράγοντες που αναφερθήκαν παραπάνω δεν εξαντλούν το όλο το θέμα της διατήρησης των προβλημάτων βουλιμίας. Στην ουσία δεν αναφέρθηκε ένας παράγοντας - κλειδί, αυτός της κινητοποίησης για αλλαγή. Ορισμένοι άνθρωποι δεν επιθυμούν σε μεγάλο βαθμό την αλλαγή. Δέχονται το πρόβλημα τους και ρυθμίζουν όλη τους τη ζωή βάσει αυτού. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, το πρόβλημα τείνει να διαιωνίζεται. Κάποιοι άλλοι αποφασίζουν ν' αλλάξουν, να κάνουν μία καινούργια αρχή. Μάλιστα, έχοντας πάρει μία τόσο σημαντική απόφαση, κάποιες γυναίκες είναι σε θέση ν' αλλάξουν από μόνες τους, άλλες όμως όχι. Χρειάζονται εξωτερική βοήθεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΈΚΤΟ

Οι Σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της βουλιμίας

Τα προβλήματα βουλιμίας σχετίζονται με μία ποικιλία ψυχολογικών και κοινωνικών δυσκολιών. Με τον καιρό μπορούν να επιφέρουν δυστυχία σε μία αρμονική, ευτυχισμένη ζωή, βλάπτοντας όχι μόνο το άτομο με το πρόβλημα, αλλά και τις σχέσεις του με την οικογένεια και τους φίλους του.

Είναι φανερό ότι η βουλιμία δεν αποτελεί μία αβλαβή συνήθεια και οι συνέπειες της δεν είναι μόνο ψυχολογικές αφού μπορεί να βλάψει με πολλούς τρόπους το σώμα, είτε σαν άμεση συνέπεια της υπερβολικής κατανάλωσης τροφής, είτε σαν αποτέλεσμα των παρεπομένων της προσπάθειας ελέγχου του βάρους, όπως της δίαιτας και της πρόκλησης εμέτου. Πολλές από τις σωματικές συνέπειες της βουλιμίας είναι αναστρέψιμες, αλλά κάποιες είναι μόνιμες. Οι περισσότερες επιδεινώνονται με την πάροδο του χρόνου και για το λόγο αυτό δεν πρέπει να παραβλέπονται.

6.A ΟΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

6.A.1 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ

Τα περισσότερα επεισόδια της αφήνουν το άτομο μ' ένα αίσθημα πρηξίματος, το οποίο, σε κάποιες περιπτώσεις, είναι έντονο και οδυνηρό. Οι άνθρωποι που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να νιώσουν έντονο πρήξιμο μετά από ένα επεισόδιο βουλιμίας απ' ότι αυτοί που πάσχουν από διαταραχή βουλιμίας. Το γεγονός αυτό προφανώς αντανακλά τη σχετική ταχύτητα κατανάλωσης της τροφής.

Οι άνθρωποι που τρώνε έως ότου νιώσουν έντονο πρήξιμο, δηλώνουν πως κάποιες φορές αισθάνονται δύσπνοια. Αυτό οφείλεται στο διεσταλμένο στομάχι που πιέζει το διάφραγμα. Πολύ σπάνια, όταν τα τοιχώματα του στομάχου διαστέλλονται τόσο πολύ που καταστρέφονται ή και αποκολλώνται, απαιτείται άμεση χειρουργική επέμβαση.

6.A.2 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η σχέση της βουλιμίας και παχυσαρκίας δεν είναι απλή, αλλά πολύπλοκη, και δεν έχει γίνει ακόμα πλήρως κατανοητή. Καταρχάς είναι λογικό να προβλεφθεί ότι η βουλιμία οδηγεί ορισμένους ανθρώπους στην παχυσαρκία ή τουλάχιστον στην αύξηση βάρους.

Από την άλλη, έχει αποδειχθεί πέρα από κάθε αμφιβολία ότι η σωματική διάπλαση και το βάρος καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από γενετικούς παράγοντες. Έτσι, είναι δυνατόν οι άνθρωποι με προβλήματα βουλιμίας να είναι γενετικά προγραμματισμένοι να γίνουν υπέρβαροι. Αυτό τους ωθεί να κάνουν δίαιτα, γεγονός που με τη σειρά του τους οδηγεί στη βουλιμία. Με άλλα λόγια, αντί η βουλιμία να προκαλεί παχυσαρκία, ισχύει το αντίστροφο: Η παχυσαρκία καταλήγει στη βουλιμία.

Παχυσαρκία → Δίαιτα → Βουλιμία

Ο μόνος αξιόπιστος τρόπος για να διαπιστωθεί αν η βουλιμία προκαλεί την παχυσαρκία ή αντίστροφα, είναι να διερευνηθεί η αλλαγή των ανθρώπων μέσα στο χρόνο. Φυσικά, ένας τρόπος με τον οποίο διογκώνονται τα προβλήματα βουλιμίας είναι η παχυσαρκία. Αλλά ακόμη κι όταν αυτή προηγείται της βουλιμίας, είναι πιθανό η βουλιμία, από τη στιγμή που θα εκδηλωθεί, να συντελέσει άμεσα στη διατήρηση ή στην επιδείνωση της παχυσαρκίας, δημιουργώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο.

συμπεράνουν την αιτία του. Η φθορά του σμάλτου είναι μη αναστρέψιμη, αλλά όχι οριστική. Με άλλα λόγια, σταματά από τη στιγμή που το άτομο παύει να προκαλεί έμετο. Το ξέπλυμα του στόματος με νερό μετά απ' αυτήν την επιβλαβή συνήθεια θεωρείται πως, αντί να καθυστερεί, επιταχύνει τη φθορά των δοντιών.

6.A.4.II ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΤΩΝ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Γύρω από το στόμα υπάρχουν αδένες που παράγουν το σάλιο. Σε ορισμένους ανθρώπους που προκαλούν έμετο αυτοί οι αδένες πρήζονται σιγά σιγά. Το πρήξιμο αυτό είναι ανώδυνο, αλλά μπορεί να αυξήσει την παραγωγή σάλιου. Συνήθως πρήζονται περισσότερο οι παρωτιδικοί αδένες(αυτοί που προσβάλλονται στην περίπτωση της παρωτίτιδας), δίνοντας στο πρόσωπο μία στρογγυλή, στρουμπουλή όψη. Οι άνθρωποι με πρησμένες παρωτίδες, έχουν την τάση να βλέπουν το πρόσωπο τους «παχουλό» και θεωρούν πως έτσι είναι και όλο τους το σώμα. Φυσικά, αυτό αυξάνει την ανησυχία τους για την εμφάνιση και το βάρος τους, διαιωνίζοντας έτσι το πρόβλημα πρόσληψης τροφής.

Το πρήξιμο των σιελογόνων αδένων είναι αναστρέψιμο και υποχωρεί προοδευτικά καθώς οι διατροφικές συνήθειες βελτιώνονται.

6.A.4.III ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΦΑΡΥΓΓΑ

Οι περισσότεροι άνθρωποι προκαλούν έμετο ερεθίζοντας μηχανικά το φαρυγγικό αντανακλαστικό τους. Αυτό μπορεί να αποτελεί δύσκολη και μακροχρόνια διαδικασία που απαιτεί δύναμη. Μπορεί να επέλθουν επιφανειακά τραύματα στο πίσω μέρος του φάρυγγα τα οποία μάλιστα είναι δυνατό να μολυνθούν. Δεν είναι σπάνια τα παράπονα γυναικών για πόνο και βραχνάδα στο λαιμό.

6.A.4.IV ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΟΙΣΟΦΑΓΟ

Πολύ σπάνια η βίαιη πρόκληση εμέτου οδηγεί σε αποκόλληση και σε αιμορραγία του τοιχώματος του οισοφάγου, του σωλήνα που εκτείνεται από το στόμα ως το στομάχι. Υπάρχει ένας πολύ μικρός κίνδυνος ρήξης του οισοφάγου. Κάτι τέτοιο συνιστά επείγον ιατρικό περιστατικό. Η παρουσία μεγάλων ποσοτήτων φρέσκου αίματος στον έμετο πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη και να εξασφαλίζεται άμεση ιατρική βοήθεια, αφού μπορεί να οφείλεται σε τραυματισμό του οισοφάγου.

6.A.4.V ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ

Μία άλλη μηχανική συνέπεια της πρόκλησης εμέτου παρατηρείται σε ορισμένους ανθρώπους που χρησιμοποιούν τα δάχτυλα τους για να διεγείρουν το φαρυγγικό αντανακλαστικό τους. Προκαλείται φθορά στο δέρμα, πάνω από την άρθρωση των δακτύλων του χεριού που χρησιμοποιεί κάθε φορά το άτομο. Στην αρχή εμφανίζονται γδαρσίματα στο χέρι και τελικά σχηματίζονται ουλές. Πρόκειται για μια ιδιαίτερα χαρακτηριστική ανωμαλία, γνωστή στην ιατρική ως «σημάδι του Ράσελ», γιατί πρώτος τον περιέγραψε ο καθηγητής Τζέραλντ Ράσελ από το Λονδίνοστη γνωστή μελέτη του για την ψυχογενή βουλιμία.

6.A.4.vi ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Οι συνέπειες της συχνής πρόκλησης εμέτου μπορεί να είναι σοβαρές, ιδιαίτερα στην περίπτωση των ατόμων που προσπαθούν να «καθαρίσουν» το στομάχι τους, πίνοντας συνεχώς υγρά και κάνοντας έμετο έως ότου αυτός δεν περιέχει πια καθόλου τροφές. Η Ισορροπία των σωματικών υγρών και ηλεκτρολυτών (νάτριο, κάλιο, κτλ.) μπορεί να διαταραχθεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, ορισμένοι από τους οποίους είναι σοβαροί. Η Περισσότερο ανησυχητική ηλεκτρολυτική διαταραχή είναι η υποκαλιαιμία (χαμηλό κάλιο) καθώς μπορεί να οδηγήσει και καρδιακές αρρυθμίες.

Τα συμπτώματα της διαταραχής υγρών ή ηλεκτρολυτών περιλαμβάνουν υπερβολική δίψα, ζάλη, κατακράτηση υγρών που προκαλεί πρήξιμο των ποδιών και χεριών, αδυναμία και λήθαργο, μυικές συστολές και σπασμούς. Ωστόσο παρά το γεγονός ότι οι μισές γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία αποδεικνύεται πως παρουσιάζουν κάποιου είδους διαταραχή των ηλεκτρολυτών και των σωματικών τους υγρών, οι περισσότερες δεν εκδηλώνουν κανένα απ' αυτά τα συμπτώματα και η ηλεκτρολυτική τους διαταραχή είναι ήπια.

6.A.5 ΟΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΚΑΘΑΡΤΙΚΩΝ

Τα βουλιμικά άτομα παίρνουν καθαρτικά για να διαμορφώσουν το βάρος και τη σιλουέτα τους, αν και δεν ακολουθούν την τακτική αυτή συχνότερα απ' ό τι την πρόκληση εμέτου. Ορισμένες παίρνουν πολύ μεγάλες ποσότητες, που μπορεί να φτάσουν τα 50 ή 100 τη φορά. Ανεξάρτητα από την ποσότητα, τα καθαρτικά έχουν πολύ μικρή δραστηριότητα στην απορρόφηση θερμίδων. Δρουν στο χαμηλότερο μέρος του εντέρου ενώ οι θερμίδες απορροφώνται υψηλότερα .

Η κατάχρηση καθαρτικών όπως η πρόκληση εμέτου προκαλούν ποικίλες ανωμαλίες των υγρών και των ηλεκτρολυτών του σώματος. Τα άτομα που προκαλούν έμετο και κάνουν κατάχρηση καθαρτικών διατρέχουν υψηλό κίνδυνο. Ορισμένα καθαρτικά, όταν λαμβάνονται σε μεγάλες δόσεις και για μεγάλα διαστήματα, προκαλούν μόνιμη βλάβη στα τοιχώματα του εντέρου.

Γενικά όμως, οι δυσάρεστες σωματικές συνέπειες είναι αναστρέψιμες. Κάποιος που έχει κάνει τακτική χρήση τους μπορεί να συγκρατήσει υγρά (νερό) για μία βδομάδα ή περισσότερο μετά την απότομη διακοπή τους. Φυσικά, αυτό θα προκαλέσει προσωρινή αύξηση βάρους.

6.A.6 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΩΝ

Ορισμένοι άνθρωποι παίρνουν διουρητικά, δηλαδή παρασκευάσματα που δε χρειάζονται ιατρική συνταγή, ώστε να αλλάξουν τη σιλουέτα και το βάρος τους. Όπως τα καθαρτικά, έτσι και τα διουρητικά προκαλούν απώλεια υγρών, μέσω της μεγάλης παραγωγής ούρων, και έτσι δε δρουν παρά βραχυπρόθεσμα όσον αφορά το σωματικό βάρος. Όταν λαμβάνονται σε μεγάλες ποσότητες, μπορούν να προκαλέσουν αναστρέψιμη διαταραχή των υγρών και των ηλεκτρολυτών. Όπως και με τα καθαρτικά, τα άτομα που σταματούν τα διουρητικά μετά από τακτική τους χρήση, θα καταλάβουν ότι επέρχεται μια προσωρινή κατακράτηση υγρών. Φυσικά, τότε δεν πρέπει να πάρουν κι άλλα διουρητικά, γιατί με τον τρόπο αυτό θα εμπλακούν σε ένα φαύλο κύκλο.

6.A.7 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Έως σήμερα έχουν γίνει λίγες έρευνες για τις συνέπειες των προβλημάτων βουλιμίας στη γονιμότητα και στην εγκυμοσύνη. Είναι γνωστό πως οι δίαιτες και η απώλεια βάρους βλάπτουν τη γονιμότητα, κατάσταση όμως που είναι εν πολλοίς αναστρέψιμη.

Είναι απίθανο η βουλιμία να επηρεάζει την πορεία ή την έκβαση της εγκυμοσύνης, αν και όταν συνδυάζεται με παχυσαρκία ο κίνδυνος επιπλοκών, όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση, αυξάνεται.

Πιο επιβλαβείς είναι οι τεχνικές ελέγχου του βάρους, όπως η αυστηρή δίαιτα, η πρόκληση εμέτου και η κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών. Είναι πλέον γνωστό πως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία διατρέχουν τον κίνδυνο να πάρουν πολύ λίγο βάρος με αποτέλεσμα να γεννήσουν αδύνατα μωρά.

Το αποτέλεσμα μίας μελέτης που διεξήχθη από ερευνητές του Πανεπιστημίου της Μιννεζότα οδηγούν στο συμπέρασμα πως οι γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά αποβολών. Η παρατήρηση ωστόσο αυτή απαιτεί επιβεβαίωση.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός, ότι ορισμένες γυναίκες που παρουσιάζουν ανεξήγητη στειρότητα ακολουθούν πολύ αυστηρές δίαιτες. Συχνά είναι πολύ δυνατές. Όταν 29 γυναίκες που ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία παραπέμφθηκαν σ' ένα πρόγραμμα αύξησης βάρους, οι 26 απ' αυτές κατέληξαν να πάρουν τόσα κιλά ώστε να προσεγγίσουν το ιδανικό γι' αυτές βάρος. Δεκαεννέα από αυτές (73%) συνέλαβαν αμέσως μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Τρεις γυναίκες αρνούταν να δεχτούν την άποψη ότι οι δίαιτες μπορεί να αποτελούσαν την αιτία της στειρότητάς τους. Καμία απ' αυτές δεν επέστρεψε για περαιτέρω θεραπεία.

6.B ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Απ' ότι φαίνεται από διάφορες μαρτυρίες αν υπάρχει πρόβλημα ψυχογενούς βουλιμίας, η ποιότητα ζωής υποβαθμίζεται. Το άτομο νιώθει κατάθλιψη και απογοήτευση.

Πολλοί άνθρωποι ντρέπονται για την έλλειψη αυτοπεποίθησης και νιώθουν τύψεις για τη μυστικότητα και τα ψέματα τους. Κρίνουν πολύ αυστηρά τον εαυτό τους. Κάποιοι, απελπίζονται τόσο πολύ που κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας. Στις περισσότερες περιπτώσεις η κατάθλιψη, αν και σοβαρή, αποτελεί μάλλον δευτερεύον πρόβλημα. Συνήθως υποχωρεί μόλις το άτομο επανακτήσει τον έλεγχο του φαγητού. Τα αισθήματα ανικανότητας μπορεί ωστόσο να παραμείνουν σ' αυτές τις περιπτώσεις. Υπάρχουν συχνά ενδείξεις μακροχρόνιας χαμηλής αυτό εκτίμησης.

Για μία μειοψηφία, ίσως το ένα δέκατο των ατόμων αυτών, η κατάθλιψη δεν είναι ήσσονος σημασίας ζήτημα. Στις περιπτώσεις αυτές, απαιτείται θεραπευτική αντιμετώπισή της.

Τα άτομα που υποφέρουν από βουλιμία, είναι επίσης επιρρεπή στο άγχος, ενώ κάποια αποφεύγουν τις κοινωνικές εκδηλώσεις, ιδιαίτερα εκείνες οι οποίες συμπεριλαμβάνουν φαγητό. Αυτό σημαίνει πως μπορεί να χάσουν το γάμο ενός στενού τους φίλου, το πάρτι, αποφοίτησης ενός αγαπημένου ξαδέρφου τους, η το πάρτι γενεθλίων του γονέα τους - γεγονός που πληγώνει και το άτομο με το πρόβλημα και τους φίλους ή την οικογένεια του.

Εκτός απ' αυτού του είδους το άγχος, οι ψυχολογικές μεταπτώσεις είναι ιδιαίτερα συχνές. Ορισμένα άτομα γίνονται ευέξαπτα. Μάλιστα, ένα μικρό ποσοστό γυναικών μ' αυτά τα προβλήματα αυτοτραυματίζονται, ώστε να εκτονώσουν την

ένταση που νιώθουν. Επίσης, προβλήματα σε σχέση με τον αλκοολισμό και τα ναρκωτικά μπορεί να κάνουν την εμφάνιση τους.

Στη χειρότερη περίπτωση, τα προβλήματα βουλιμίας επηρεάζουν κάθε πτυχή της ζωής του ατόμου. Δε μένει τίποτα όρθιο. Το πρόβλημα αποσπά τόσο πολύ χρόνο και προσπάθεια που το άτομο δεν μπορεί ν' ασχοληθεί παρά σε πολύ μικρό βαθμό με οτιδήποτε άλλο. Οι σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους μπορεί μάλιστα να γίνουν αφόρητες.

Επίσης, αυτού του είδους τα προβλήματα ίσως έχουν αντίκτυπο και στην ανατροφή των παιδιών. Αν και προς το παρόν οι γνώσεις για τις συνέπειες των προβλημάτων βουλιμίας στην ανατροφή των παιδιών βασίζονται αποκλειστικά σε μεμονωμένες περιπτώσεις κατά τις οποίες έχουν παρατηρηθεί δυσκολίες, υπάρχουν αποδείξεις ότι ορισμένοι άνθρωποι απεχθάνονται την στρουμπουλή εμφάνιση του παιδιού τους και προσπαθούν να το κάνουν ν' αδυνατίσει. Κάποιοι περιορίζουν την ποσότητα των τροφών στο σπίτι για να το αποτρέψουν να φάει πολύ ή αγοράζουν μόνο διαιτητικά προϊόντα. Όταν τα παιδιά μεγαλώσουν, ιδιαίτερα τα κορίτσια, αναγκάζονται ν' ακολουθήσουν τη δίαιτα της μητέρας τους. Δεν είναι δύσκολο να κατανοηθεί πως κάτι τέτοιο αυξάνει τον κίνδυνο να εμφανίσουν και τα ίδια πρόβλημα πρόσληψης τροφής.

Όπως και τα συναισθήματα της κατάθλιψης, έτσι και τα διαπροσωπικά προβλήματα υποχωρούν πολύ με την εξασθένηση της βουλιμίας. Ίσως μάλιστα και να εκλείψουν.

Μία από τις πιο ευχάριστες παραμέτρους της βοήθειας που παρέχει κάποιος στους ανθρώπους για να ξεπεράσουν τα προβλήματα βουλιμίας τους είναι να παρατηρεί την ανάδυση του πραγματικού τους εαυτού καθώς αυτά υποχωρούν σταδιακά. Η κατάθλιψη, η ένταση και το άγχος εξασθενίζουν, ο βαθμός συγκέντρωσης βελτιώνεται και τα παλιά ενδιαφέροντα επιστρέφουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

Βουλιμία & Εθισμός

7.1 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΩΣ ΕΘΙΣΜΟΥ

«Η Εταιρεία των Ανώνυμων Βουλιμικών (Overeaters Anonymous) υποστηρίζει ότι η καταναγκαστική βουλιμία είναι μία ασθένεια με τρεις διαστάσεις: σωματική, ψυχική και συναισθηματική. Την ερμηνεύουμε ως εθισμό, ο οποίος όπως και ο αλκοολισμός και η χρήση ναρκωτικών, μπορεί να ανασταλεί αλλά όχι να θεραπευτεί.»

Φυλλάδιο των Ανώνυμων Βουλιμικών

Βάσει της θεωρίας, ότι η βουλιμία είναι, μία μορφή εθισμού -το αποκαλούμενο «μοντέλο» εθισμού της βουλιμίας γίνεται κατανοητό, ότι πρόκειται για το αποτέλεσμα μίας βαθύτερης ασθένειας ή αρρώστιας, παρόμοιας μ' εκείνη που ευθύνεται για τον αλκοολισμό.

Οι άνθρωποι που υποφέρουν από βουλιμία είναι βιολογικά ευάλωτοι σε ορισμένες τροφές (συνήθως ζάχαρη και άμυλο) με αποτέλεσμα να «εθίζονται» σ' αυτές. Οι τροφές αυτές θεωρούνται «τοξικές». Τα ευάλωτα αυτά άτομα δεν μπορούν να ελέγξουν τον εαυτό τους κατά την πρόσληψη αυτών των τροφών «ι έτσι προοδευτικά καταναλώνουν ολοένα και μεγαλύτερες ποσότητες. Καθώς η ευπάθεια τους έχει βιολογικό υπόβαθρο, δεν μπορούν ποτέ να θεραπευτούν από το πρόβλημα (ή την «αρρώστια»). Έτσι, είναι προτιμότερο να μάθουν να το δέχονται και να ρυθμίζουν τη ζωή τους ανάλογα.

Είναι άραγε βάσιμο το μοντέλο εθισμού; Όπως τονίζει ο Δρ. Τέρενς Ουίλσον. «Η έννοια του εθισμού έχει εκφυλιστεί λόγω της ανακριβούς και επιπόλαιας χρήσης της για την περιγραφή οποιασδήποτε, στην κυριολεξία, μορφής επαναλαμβανόμενης συμπεριφοράς». Ορισμένοι καθώς λένε, «είμαστε εθισμένοι στην αγάπη», άλλοι «εθισμένοι στην τηλεόραση», κλπ. Συνεπώς, δεν είναι, πλέον ξεκάθαρο το τι σημαίνει να είναι κανείς εθισμένος σε κάτι. Καθώς η λέξη χρησιμοποιείται μ' αυτόν τον ασαφή, αδιάκριτο τρόπο, οι περισσότεροι θα μπορούσαν να θεωρηθούν «εθισμένοι» στο ένα ή στο άλλο. Είναι επομένως ολοφάνερο ότι πρέπει να υπάρχει ιδιαίτερη προσοχή στον ορισμό της βουλιμίας ή οποιασδήποτε άλλης συμπεριφοράς ως εθισμού.

Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν ορισμένες ομοιότητες ανάμεσα στη βουλιμία και στους τυπικούς εθισμούς σε σχέση με το αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών, πάνω στις οποίες βασίζονται ορισμένοι προκειμένου να στηρίζουν την άποψη τους περί μοντέλου εθισμού της βουλιμίας. Τονίζουν πως είτε η συμπεριφορά αφορά κατάχρηση αλκοόλ / ναρκωτικών, είτε βουλιμία, το άτομο:

- Νιώθει έντονη την επιθυμία ή την παρόρμηση να ενδώσει στη συμπεριφορά.
- Νιώθει μία απώλεια ελέγχου σε σχέση με αυτή.
- Βασανίζεται από σκέψεις σε σχέση με τη συμπεριφορά.
- Μπορεί να καταφύγει στη συμπεριφορά για να ανακουφισθεί από την ένταση και τα αρνητικά συναισθήματα.
- Αρνείται τη σοβαρότητα του προβλήματος.
- Προσπαθεί να το κρύψει.
- Επαναλαμβάνει τη συμπεριφορά, παρ' όλες τις δυσάρεστες συνέπειες.
- Κάνει συχνές αποτυχημένες προσπάθειες να απαλλαγεί από αυτή.

Οι ομοιότητες αυτές είναι ωστόσο επιφανειακές. Παρουσιάζουν ενδιαφέρον και ορισμένες είναι σχετικές με τη θεραπεία - για παράδειγμα η εκδήλωση της συμπεριφοράς για την εκτόνωση της έντασης - αλλά το γεγονός ότι κάποια πράγματα μοιάζουν, ή έχουν κοινές ιδιότητες δεν τα καθιστά ταυτόσημα. Η εστίαση του ενδιαφέροντος αποκλειστικά σ' αυτές τις ομοιότητες αποσπά την προσοχή από τις

διαφορές μεταξύ τους, οι οποίες είναι καθοριστικές τόσο για την κατανόηση τους όσο και για μια πετυχημένη θεραπεία.

Οι διαφορές ανάμεσα στην ψυχογενή βουλιμία και στην κατάχρηση ουσιών είναι περισσότερο εμφανείς σε σχέση με άλλες διατροφικές διαταραχές.

- **Η έντονη επιθυμία και προσπάθεια αποφυγής της συμπεριφοράς.** Οι άνθρωποι με ψυχογενή βουλιμία προσπαθούν διαρκώς να περιορίσουν το φαγητό τους. Αυτό που τους βασανίζει σε σχέση με τη βουλιμία τους είναι ότι αυτή αντανάκλα την αποτυχία τους να ελέγξουν την όρεξη τους και ενέχει τον κίνδυνο αύξησης του βάρους τους.

Δεν υπάρχει αντίστοιχο φαινόμενο στον αλκοολισμό ή στη χρήση ναρκωτικών. Τα άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ δε νιώθουν την επιθυμία ή την παρόρμηση να το αποφύγουν. Στην ουσία ένας σημαντικός στόχος των θεραπευτικών προγραμμάτων εθισμού είναι να εμψυχήσουν στον πάσχοντα την αποφασιστικότητα να μην ενδώσει στην εθιστική συμπεριφορά. Στην ψυχογενή βουλιμία αντιθέτως, η αποφασιστικότητα αυτή υπάρχει με τη μορφή της έντονης επιθυμίας για έλεγχο στο φαγητό. Πράγματι, η τάση αυτή αποτελεί πρόβλημα που πρέπει οπωσδήποτε να αντιμετωπιστεί κατά τη θεραπεία

- **Ο φόβος να ενδώσουν στη συμπεριφορά.** Στην ψυχογενή βουλιμία, η επιθυμία για δίαιτα συνοδεύεται από μία σειρά αντιλήψεων σε σχέση με τη σιλουέτα και το βάρος, που χαρακτηρίζονται από έναν έντονο φόβο αύξησης των κιλών και από έναν αγώνα για μία κομψή σιλουέτα, εξουσιάζοντας έτσι τη ζωή αυτών των ανθρώπων. Κρίνουν την αξία τους ως άτομα σχεδόν αποκλειστικά βάσει της εμφάνισης και του βάρους τους, διαιώνοντας τη διαταραχή. Δεν υπάρχει αντίστοιχο φαινόμενο στην περίπτωση του αλκοολισμού. Τα αλκοολικά άτομα δε φοβούνται μήπως μεθύσουν ώστε να προσπαθούν να είναι νηφάλια.

Με άλλα λόγια, η προσπάθεια περιορισμού του φαγητού δραστηριοποιεί τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία, ενώ αυτά που είναι εθισμένα στο αλκοόλ ή στα ναρκωτικά δεν είναι ευάλωτα στην κατάχρηση αυτών των ουσιών, προσπαθώντας να τις αποφύγουν.

Έτσι, οι διαφορετικοί μηχανισμοί που εμπλέκονται στη βουλιμία και στην κατάχρηση ουσιών υποδεικνύουν δύο εκ διαμέτρου αντίθετες θεραπευτικές προσεγγίσεις: Στη βουλιμία η θεραπεία πρέπει να επικεντρώνεται στη **μείωση** του αυτοπεριορισμού, ενώ στην περίπτωση του εθισμού στην **ενίσχυσή** του.

7.2 Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΤΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ

Ακόμη κι αν η βουλιμία δεν αποτελεί από μόνη της εθισμό, θα μπορούσε άραγε να θεωρηθεί οι ομοιότητες μεταξύ αυτής και της κατάχρησης ουσιών είναι ενδεικτικές μίας σχέσης τους; Είναι δυνατόν και τα δύο προβλήματα να προκαλούνται από μία κοινή βαθύτερη ανωμαλία; Προκειμένου να απαντηθούν αυτά τα ερωτήματα, έχουν διεξαχθεί έρευνες με στόχο να προσδιορίσουν πόσο συχνά και κάτω από ποιες συνθήκες τα δύο προβλήματα εμφανίζονται στο ίδιο άτομο.

7.2.Α ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Αν και οι υπέρμαχοι του μοντέλου εθισμού της βουλιμίας συχνά ισχυρίζονται πως τα ποσοστά κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών είναι δυσανάλογα υψηλά στους

ανθρώπους με προβλήματα βουλιμίας, στην πραγματικότητα τα ερευνητικά ευρήματα υπήρξαν αντιφατικά.

Για παράδειγμα, ενώ οι γιατροί του Πανεπιστημίου της Μιννεζότα έχουν δηλώσει πως πάνω από το ένα τρίτο των ασθενών τους με ψυχογενή βουλιμία έχουν ένα ιστορικό προβλημάτων σε σχέση με το αλκοόλ ή άλλες ουσίες, το αντίστοιχο ποσοστό από την έρευνα της Οξφόρδης είναι περίπου το 10 τοις εκατό.

Η διαφορά αυτή στα ποσοστά των δύο ερευνών, είναι πιθανό να είναι το αποτέλεσμα διαφορών των τοπικών θεραπευτικών μονάδων, ή μπορεί να οφείλεται απλά στην προσέλευση των δύο ομάδων.

Εντούτοις από τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα των ερευνών δεν υπάρχουν ισχυρά ερείσματα για να διαπιστωθεί ότι η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών αποτελεί συχνό φαινόμενο σε ανθρώπους που υποφέρουν από βουλιμία, όπως επίσης και ότι υπάρχει μία συγκεκριμένη σχέση μεταξύ των δύο.

7.2.Β ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ

Αν όντως υπάρχει μία συγκεκριμένη σχέση μεταξύ βουλιμίας και κατάχρησης ουσιών, τότε τα άτομα που είναι εθισμένα στο αλκοόλ και σε διάφορες ουσίες πρέπει να παρουσιάζουν ένα αυξημένο ποσοστό προβλημάτων βουλιμίας. Πρόσφατα οι ερευνητές άρχισαν να εξετάζουν αυτό το θέμα. Τα αποτελέσματα των ερευνών τους υποδηλώνουν πως πράγματι ενυπάρχει ένα αυξημένο ποσοστό προβλημάτων τροφής, και συγκεκριμένα βουλιμίας. Ως σήμερα ωστόσο έχουν εξεταστεί μόνο τα άτομα που αναζητούν θεραπεία.

Επιπλέον υπάρχουν αποδείξεις πως το ποσοστό προβλημάτων πρόσληψης τροφής των ασθενών με άλλα ψυχολογικά προβλήματα είναι επίσης υψηλό, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα η σχέση μεταξύ των δύο να είναι συγκεκριμένη. Συνεπώς, έχει σημασία να γίνεται προσεχτικά η εξαγωγή συμπερασμάτων, αφού οι αποδείξεις για την ύπαρξη μιας συγκεκριμένης σχέσης είναι ακόμα ανεπαρκείς.

7.2.Γ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Ορισμένες μελέτες έχουν φέρει στο φως ένα υψηλότερο από το αναμενόμενο ποσοστό κατάχρησης ουσιών στους συγγενείς με ψυχογενή βουλιμία. Η διαπίστωση αυτή είναι ενδιαφέρουσα, αλλά όπως και αυτές που ήδη αναφέρθηκαν, είναι δύσκολο να ερμηνευτεί. Τα ποσοστά δεν είναι υψηλότερα από εκείνα που παρουσιάζουν οι συγγενείς των ασθενών με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Τα ποσοστά των προβλημάτων πρόσληψης τροφής στους συγγενείς των ατόμων που κάνουν κατάχρηση ουσιών δεν έχουν μελετηθεί. Και σε αυτή την περίπτωση, η έρευνα έχει επικεντρωθεί σε δείγματα ασθενών, όχι σε δείγματα γενικού πληθυσμού.

7.2.Δ Η ΣΧΕΣΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΧΡΟΝΟ

Για να κατανοηθεί η σχέση ανάμεσα στις δυο διαταραχές, έχει σημασία να εξετασθεί αν η μία οδηγεί στην άλλη ή αντίστροφα. Οι έρευνες που έχουν γίνει σε αλκοολικούς ασθενείς που έπασχαν από κάποιο πρόβλημα πρόσληψης τροφής υποδηλώνουν πως ο αλκοολισμός έπεται.

Η διαπίστωση αυτή είναι ωστόσο δύσκολο να εκτιμηθεί, καθώς τα προβλήματα πρόσληψης τροφής συνήθως εκδηλώνονται σε μία μικρότερη ηλικία απ' ό,τι αυτά του αλκοολισμού.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι ασθενείς που υποφέρουν και από τα δύο είναι συνήθως νεότεροι από εκείνους που υποφέρουν μόνο από πρόβλημα αλκοολισμού. Αυτό σημαίνει πως τα προβλήματα πρόσληψης τροφής είναι πιθανό να προωθούν κατά κάποιο τρόπο τον αλκοολισμό.

7.2.Ε ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Αν πίσω από τη βουλιμία και την κατάχρηση ουσιών κρύβεται μια μεμονωμένη βαθύτερη διαταραχή, τότε η πετυχημένη θεραπεία του ενός απ' αυτά τα προβλήματα μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση του άλλου (εκτός αν έχει θεραπευτεί και η βαθύτερη διαταραχή). Το φαινόμενο αποκαλείται ορισμένες φορές υποκατάσταση συμπτωμάτων. Δεν υπάρχουν όμως αποδείξεις ότι εκδηλώνεται.

Αν και δεν είναι γνωστό τίποτα για την ανάπτυξη των προβλημάτων πρόσληψης τροφής στα άτομα που έχουν υποβληθεί σε πετυχημένη θεραπεία κατά της κατάχρησης ουσιών, υπάρχουν πληροφορίες για την πορεία των ατόμων που ακολούθησαν θεραπεία κατά της ψυχογενούς βουλιμίας. Η κατάχρηση ουσιών αποτελεί σπάνιο φαινόμενο.

7.2.ΣΤ Ο ΜΥΘΟΣ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΕΘΙΣΜΟΥ

Βάσει όσων είναι γνωστά μέχρι τώρα, είναι ξεκάθαρο πως υπάρχει μία σχέση μεταξύ βουλιμίας και κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών σε ορισμένα άτομα. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό αν οι ίδιες οι διαταραχές συνδέονται μεταξύ τους, και σίγουρα δεν έχουμε αποδείξεις ότι οποιαδήποτε τέτοια σχέση είναι συγκεκριμένη.

Συνεπώς, είναι σαφές ότι η ύπαρξη κάποιου μοντέλου εθισμού της βουλιμίας - το οποίο προϋποθέτει μία συγκεκριμένη σχέση - δεν επιβεβαιώνεται βάσει των δεδομένων. Μόνο επιφανειακές ομοιότητες υπάρχουν μεταξύ βουλιμίας και κατάχρησης ουσιών, ούτε και υπάρχουν αποδείξεις ότι η βουλιμία είναι το αποτέλεσμα μίας βαθύτερης βιολογικής ανωμαλίας. Η άποψη ότι οι άνθρωποι μπορούν να «εθιστούν» σε ορισμένες τροφές (τουλάχιστον με την τεχνική σημασία της λέξης) είναι παρατραβηγμένη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΎΓΔΟΟ

Πρόληψη των προβλημάτων βουλιμίας

Θα πρέπει με έμφαση να τονισθεί ότι πολλά από τα αίτια για νόσηση από διαταραχές πρόσληψης τροφής μπορεί να προληφθούν. Η σημαντικότερη κοινωνική παράμετρος που σχετίζεται με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι η επίμονη ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος. Ως προς την πρόληψη τέτοιων πεποιθήσεων τα σχολεία μπορεί να παίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο (Hill 1997). Η χρησιμοποίηση μαθημάτων από την πρώιμη κιόλας ηλικία στο νηπιαγωγείο και στο σχολείο, που ενθαρρύνουν την έκφραση των προσωπικών συναισθημάτων, αλλά και η εμπέδωση της άποψης πώς ο καθένας παίζει ένα σημαντικό ρόλο στο χτίσιμο ενός δίκαιου και ασφαλούς κόσμου μπορεί να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη δημιουργία μιας θετικής αντίληψης για τον εαυτό και να περιορίσει την εμμονή για το τέλειο σώμα. Η θετική επίδραση του σχολείου με σαφείς τεχνικές, εξειδικευμένες και εστιασμένες ενάντια στην εμμονή αυτή, μπορεί να μειώσει τα καταστροφικά αποτελέσματα της παθολογικής ενασχόλησης με το σχήμα και το βάρος του σώματος. Επίσης μαθήματα που ενθαρρύνουν την ανάλυση του ρόλου των media, θα ενισχύσουν την κρίση των παιδιών και θα τα ενθαρρύνουν ώστε να κατανοήσουν τους τρόπους με τους οποίους τα media μπορούν να παραποιήσουν εικόνες, ιδέες και έννοιες προς δικό τους όφελος και όχι προς όφελος των ίδιων των νέων. Επιπλέον στο σύστημα αξιών του σχολείου θα πρέπει να ενταχθεί κάποιο πρόγραμμα που θα συμβάλλει στη βελτίωση του αισθήματος της αυτοπεποίθησης των μαθητών. Αυτό θα βοηθήσει γενικότερα, στην πρόληψη της αντιμετώπισης και άλλων επικίνδυνων συμπεριφορών όπως, της κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών, των αυτοκαταστροφικών τάσεων, της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, της επιθετικότητας και των ιδιαίτερως επικίνδυνων σεξουαλικών εκδραματίσεων των εφήβων. Επιπλέον θα πρέπει να δίδεται συστηματικά κάποια βοήθεια και στήριξη στον ψυχολογικό-συναισθηματικό τομέα, επομένως χρειάζεται να έχουμε για τα παιδιά διαθέσιμες τις κατάλληλες λέξεις προκειμένου να εξηγήσουμε πως αισθανόμαστε ώστε το ίδιο να μάθουν να κάνουν και τα παιδιά. Επίσης είναι πολύ σημαντικό να τους εξηγούμε αναλυτικά και χωρίς ντροπές ή ενοχές τις φυσικές αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα κατά τη διάρκεια της εφηβείας και να εξετάσουμε τα συναισθήματα που αναδύονται εξαιτίας αυτών των αλλαγών σε σχέση πάντα με τη σύγχρονη τάση των γυναικών για λεπτότητα. Η αποδοχή της ποικιλίας των ανθρώπων σε όλους τους τομείς, περιλαμβανομένου και του σχήματος και του βάρους του σώματος, θα πρέπει να αποτελεί αντικείμενο εστίασης. (Hill 2003).

Επιπλέον επιβάλλεται η κατανόηση αλλά και η πλήρης ενημέρωση σε ότι αφορά το πρόβλημα, από το προσωπικό του σχολείου, τους νέους εργαζομένους, από τους ειδικούς στο χώρο υγείας και από τους κοινωνικούς λειτουργούς έτσι ώστε να διασφαλισθεί ότι τα σοβαρά προβλήματα αυτού του είδους επιβάλλεται να αναγνωρίζονται *a priori*, ώστε να προληφθούν και να αντιμετωπισθούν πριν οδηγήσουν στην έναρξη μιας σοβαρής και δυνητικά θανατηφόρας ασθένειας.

Η προληπτική παρέμβαση από ειδικούς των υπηρεσιών υγείας (σχολικούς ψυχολόγους - γενικούς γιατρούς), αλλά και η κατάλληλη υποστήριξη όσων βρίσκονται στα πρώιμα στάδια της διαταραχής θα βοηθήσει στην αποτροπή της έναρξης μιας σοβαρής και μακρόχρονης ασθένειας, όπως είναι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής. Η βοήθεια μπορεί να είναι ευρεία και να περιλαμβάνει: ομάδες υποστήριξης των ευπαθών ατόμων, υπηρεσίες εικοσιτετράωρης υποστήριξης του ασθενούς, παραπομπή σε υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής ψυχολογικής φροντίδας, ειδικά όταν οι ειδικές δομές για θεραπεία δεν είναι διαθέσιμες. Οι κρατικές υπηρεσίες υγείας επίσης θα βοηθήσουν με την έκδοση οδηγιών που αφορούν τον τρόπο θεραπείας των διαταραχών πρόσληψης τροφής, γιατί είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε πού υπάρχουν διαθέσιμες ειδικές υπηρεσίες για τη θεραπεία και από ποιους θα προσφερθεί μια ικανοποιητική θεραπευτική αντιμετώπιση σε όσους την έχουν ανάγκη (Slade P 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΈΝΑΤΟ

Θεραπεία των προβλημάτων βουλιμίας

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

Η ικανότητα της θεραπείας να επιφέρει μία μόνιμη αλλαγή είναι, ζωτικής σημασίας, διότι τα προβλήματα βουλιμίας απλώνουν βαθιά τις ρίζες τους, πριν καλά – καλά το άτομο προλάβει να ζητήσει βοήθεια.

Πολλοί άνθρωποι καταφεύγουν στην ιατρική συνδρομή μετά από πέντε χρόνια συνεχών προβλημάτων. Αν είχαν υποβληθεί σε οποιαδήποτε θεραπεία κατά το παρελθόν, τα οφέλη θα ήταν συνήθως βραχυπρόθεσμα. Εξαιτίας αυτού, για να θεωρηθεί οποιαδήποτε θεραπεία για τη βουλιμία αποτελεσματική, πρέπει είναι βέβαια ότι καταλήγει σε μία μόνιμη βελτίωση. Οι αλλαγές που διαρκούν μόνο βδομάδες ή μήνες έχουν περιορισμένη σημασία.

Μία προκαταρκτική ερώτηση που μπορεί να θέσουν τα άτομα των οποίων τα προβλήματα πρόσληψης τροφής εξακολούθησαν να υπάρχουν ακόμη και μετά από διάφορες θεραπευτικές προσπάθειες είναι αν θα χρειαστούν νοσοκομειακή περίθαλψη.

Στην πραγματικότητα, η νοσοκομειακή περίθαλψη πολύ σπάνια είναι αναγκαία. Η κλινική και η ερευνητική εμπειρία δείχνουν πως η πλειοψηφία των ατόμων με προβλήματα βουλιμίας μπορούν να θεραπευθούν ακολουθώντας την κατάλληλη αγωγή στο σπίτι τους.

Μάλιστα, η νοσοκομειακή περίθαλψη όχι μόνο δεν είναι απαραίτητη, αλλά μπορεί και να αποβεί εις βάρος του ασθενή.

Οι άνθρωποι συνήθως παύουν να είναι βουλιμικοί αμέσως μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Συνεπώς, ένας θεραπευτής θα μπορούσε εσφαλμένα να συμπεράνει πως η περίθαλψη βοηθά το άτομο να ξεπεράσει το πρόβλημα. Στην ουσία όμως, οι άνθρωποι αυτοί δεν εκδηλώνουν βουλιμία στο νοσοκομείο επειδή βρίσκονται ξαφνικά σ' ένα ξένο περιβάλλον όπου δεν μπορούν ανεμπόδιστα να καταναλώσουν όσο φαγητό θέλουν.

Επίσης, στο χώρο αυτό δεν επηρεάζονται από το άγχος της καθημερινής ζωής, το οποίο προκαλεί τα επεισόδια βουλιμίας τους.

Τέλος, στο νοσοκομείο έχουν πολύ λίγες ευκαιρίες να μείνουν μόνοι τους και να ενδώσουν στη γνωστή συνήθειά τους.

Έτσι, στην πραγματικότητα η βουλιμία τους απλά βρίσκεται σε μία λανθάνουσα κατάσταση, η οποία είναι πολύ πιθανό να ενεργοποιηθεί με την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

Τα αποτελεσματικότερα προγράμματα που απευθύνονται στους εσωτερικούς ασθενείς προσπαθούν να αποτρέψουν τις υποτροπές, βοηθώντας τους να αναπτύξουν ικανότητες για την αντιμετώπιση των αιτιών που τους οδηγούν στη βουλιμία. Το πρόβλημα είναι πως το νοσοκομείο δεν αποτελεί το κατάλληλο περιβάλλον για κάτι τέτοιο. Ο θεραπευτής και ο ασθενής οφείλουν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα, στην πραγματική του μορφή, δηλαδή όπως αυτό εκδηλώνεται στον έξω κόσμο.

Φυσικά, υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις κατά τις οποίες τη νοσοκομειακή περίθαλψη επιβάλλεται. Από αυτές, οι σημαντικότερες είναι πέντε:

1. Ορισμένοι άνθρωποι με προβλήματα βουλιμίας υποφέρουν σε τόσο μεγάλο βαθμό από κατάθλιψη που δεν μπορούν να επωφεληθούν από εξωτερική θεραπεία.
2. Κάποιοι έχουν τάσεις αυτοκτονίας και κατά συνέπεια χρειάζονται την προστασία που παρέχει ένα νοσοκομείο.
3. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η σωματική υγεία του ατόμου αποτελεί λόγο για την εξασφάλιση φροντίδας.

4. Είναι καλό οι γυναίκες που βρίσκονται στα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης τους να εισάγονται στο νοσοκομείο, εφόσον οι συνήθειες διατροφής τους είναι διαταραγμένες, γιατί υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι επέρχεται ένα αυξημένο ποσοστό αποβολών σ' αυτές τις περιπτώσεις.

5. Η νοσοκομειακή περίθαλψη ενδείκνυται επίσης για τα άτομα που δεν ανταποκρίθηκαν στην παρεχόμενη εξωτερική θεραπεία.

Στην πράξη, οι καταστάσεις αυτές καλύπτουν πιθανότατα λιγότερο από το 5 τοις εκατό των περιπτώσεων. Υπάρχει ωστόσο ένας ακόμη λόγος που καθιστά αναγκαία τη νοσοκομειακή περίθαλψη, ιδιαίτερα όσον αφορά ένα μεγάλο αριθμό ατόμων.

Σε χώρες όπου η κοινωνική ιατρική δεν έχει ακόμη αναπτυχθεί, η ασφαλιστική κάλυψη αποτελεί το μόνο μέσο για την πληρωμή της θεραπείας, και πολλά ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν κυρίως τα έξοδα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Κάτω απ' αυτές τις συνθήκες, τα άτομα δεν έχουν άλλη επιλογή από το να εισαχθούν σε νοσοκομείο.

Πάντως, ανεξάρτητα από τους λόγους που οδηγούν σε αυτή τη λύση, η νοσοκομειακή περίθαλψη θα έπρεπε να θεωρείται ως προετοιμασία για την εξωτερική θεραπεία, ώστε οι αλλαγές που επιτυγχάνονται στο νοσοκομείο να μπορούν, εφαρμοζόμενες αποτελεσματικά και στην προσωπική ζωή του ασθενή, να του εξασφαλίσουν ένα ευοίωνο μέλλον.

9.1 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΑΗΤΕΣ

Θεραπευτικό πλαίσιο: Η θεραπεία γίνεται μία ή δύο φορές την εβδομάδα στην αρχή ανάλογα με την βαρύτητα των συμπτωμάτων και σε εξωνοσοκομειακή βάση. Αρχικά, πρέπει να επιλεγεί εάν ο ασθενής πάσχει από μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, αν έχει αυτοκτονικό ιδεασμό αν αντιμετωπίζει σοβαρές σωματικές επιπλοκές λόγω της βουλιμίας (π.χ. διαταραχή στους ηλεκτρολύτες) ή αν η εξωνοσοκομειακή παρέμβαση έχει αποτύχει. Η ομαδική θεραπεία μπορεί να είναι επιτυχής με την προϋπόθεση ότι η ομάδα των ασθενών είναι ομοιογενής.

Μεταβλητές τους ασθενούς: Οι ασθενείς είναι κατά βάση γυναίκες. Μία ενδιαφέρουσα έρευνα βρήκε μεγάλη ποσοστά ομοφυλοφιλία στους άνδρες που έχουν διαγνωσθεί με βουλιμία, το οποίο αποδόθηκε σε διαταραχές στην ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη σε σχέση με τις γυναίκες. Σύμφωνα με τον Andersen οι άνδρες και οι γυναίκες με βουλιμία είναι περισσότερο όμοιοι παρά διαφορετικοί και μοιράζονται τον ίδιο πυρήνα διατροφικής ψυχοπαθολογίας και ανταπόκριση στη θεραπεία. Οι περισσότεροι ασθενείς με βουλιμία αναζητούν θεραπεία στο τέλος της εφηβείας ή στην αρχή της ενηλικίωσης (Hsu), 1990)

Μεταβλητές του θεραπευτή : Στην γνωσιακή θεραπεία πρωτεύουσα σημασία έχει το χτίσιμο μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης. Ο γνωσιακός θεραπευτής πρέπει ιδανικά να επιδεικνύει τις μη-ειδικές θεραπευτικές δεξιότητες όπως είναι η ζεστασιά, η αυθεντικότητα, η ειλικρίνεια. Είναι σημαντικό ο θεραπευτής να κερδίσει την εμπιστοσύνη και τον σεβασμό του ασθενούς. Στα πλαίσια της γνωσιακής θεραπείας, ο ασθενής θα διεκπεραιώσει καθήκοντα που ενδέχεται να είναι απειλητικά για τον ίδιο αντίθετα σε βαθιά ριζωμένες πεποιθήσεις του ως προς το φαγητό και τον έλεγχο του βάρους. Για παράδειγμα του ζητείται να τρώει 3 γεύματα την ημέρα, ώστε να μειώσει τη δίαιτα, τα βουλιμικά επεισόδια και τις αντιρροπιστικές συμπεριφορές και έτσι να «φυσιολογικοποιήσει» τη διατροφική του συμπεριφορά. Ωστόσο, οι περισσότεροι ασθενείς με βουλιμία φοβούνται ότι αυτό θα τους οδηγήσει στη πρόσληψη βάρους. Η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών του ασθενούς προϋποθέτει την απόλυτη εμπιστοσύνη του στον θεραπευτή και την πίστη του στην αξιοπιστία της θεραπευτικής μεθόδου.

Πολλοί ασθενείς με βουλιμία ντρέπονται για την συμπεριφορά τους και είναι ευάλωτοι σε ερεθίσματα που σηματοδοτούν απόρριψη από τρίτους. Αυτό πιθανώς συνδέεται όχι μόνο με τις συνέπειες της διατροφικής διαταραχής αλλά και με βαθιά ριζωμένες δυσλειτουργικές απόψεις που δομούν μια γενικότερη αρνητική εικόνα.

Πρωτεύουσας σημασίας για το θεραπευτή είναι να καταφέρει να μεταδώσει στον ασθενή την άνευ ορίων αποδοχή, την κατανόηση απέναντι στο πρόβλημα του και να καταφέρει να δει το πρόβλημα μέσα από την προοπτική του ασθενούς. Ειδικότερα στην γνωσιακή θεραπεία η κατανόηση του προβλήματος με την έννοια της ενσυναίσθησης σημαίνει ακριβής κατανόηση των γνωσιακών μηχανισμών που πυροδοτούν και διατηρούν το πρόβλημα. Αυτό δεν σημαίνει ότι ο θεραπευτής δίνει ερμηνείες για τα βαθύτερα αίτια της βουλιμίας, όπως συμβαίνει στην ψυχανάλυση αλλά ότι μπορεί και προβλέπει τα ερεθίσματα που ενισχύουν το πρόβλημα και τις ανάλογες σκέψεις και συμπεριφορές που το διαιωνίζουν και είναι διαρκώς έτοιμος να προσφέρει μια πιο πειστική ερμηνεία για τα ίδια γεγονότα.

Το φύλο του θεραπευτή δεν έχει βρεθεί ότι επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας της βουλιμίας.

Σημαντικές δεξιότητες του θεραπευτή είναι : η διαπροσωπική επικοινωνία, η φροντίδα, η τεχνική ικανότητα. Ο θεραπευτής θα πρέπει να γνωρίζει τη φύση των διαταραχών διατροφής και να έχει ειδικευτεί στη θεραπεία τους. Είναι σημαντικό να κατέχει γνώσεις για τις βιολογικές διαταραχές που συνδέονται με την βουλιμία ώστε να μπορεί να παρεμβαίνει ή να παραπέμπει τον ασθενή όταν αυτό χρειαστεί. Η επαρκής κλινική εμπειρία θα βοηθήσει το θεραπευτή να αναγνωρίζει και να θεραπεύει τις συνοσηρές ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη.

Η αποτελεσματικότητα της γνωσιακής – συμπεριφορικής θεραπείας θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό από το κίνητρο του ασθενούς να πάρει έναν ενεργητικό ρόλο στη θεραπεία. Αυτό συνεπάγεται ότι συμπληρώνει εβδομαδιαίως τη δουλειά για το σπίτι, παίρνει πρωτοβουλίες για τη δημιουργία της θεραπευτικής συνεδριακής ατζέντας, διερευνά ο ίδιος και εντοπίζει τις δυσλειτουργικές σκέψεις και τις συμπεριφορές που διατηρούν το πρόβλημα. Ο ενεργός ρόλος του θεραπευτή, δηλ. η δημιουργία δομής και κατεύθυνσης στην θεραπεία είναι σημαντικό συστατικό στη γνωσιακή ψυχοθεραπεία. Η ενδοσυνεδριακή χρήση τεχνικών έκθεσης φαγητού και πρόληψης αυτοπροκαλούμενου εμέτου που στηρίζεται από τον θεραπευτή μοιάζει να είναι αποτελεσματική.

9.2 ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Το ενδιαφέρον για τη χρήση των αντικαταθλιπτικών για τη θεραπεία των προβλημάτων βουλιμίας εκδηλώθηκε το 1982 με τη δημοσίευση δύο επιστημονικών άρθρων που περιέγραφαν μία ευνοϊκή αντίδραση των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία.

Τον επόμενο χρόνο δημοσιεύτηκαν τα αποτελέσματα δύο θεραπευτικών δοκιμών, κατά τις οποίες τα αποτελέσματα ενός αντικαταθλιπτικού φαρμάκου είχαν συγκριθεί μ' εκείνα ενός εικονικού φαρμάκου (placebo).

Σε μία απ' αυτές τις μελέτες διαπιστώθηκε πως το αντικαταθλιπτικό φάρμακο ήταν σαφώς δραστικότερο από το εικονικό. Η άλλη μελέτη δεν κατέληξε ο' αυτό το συμπέρασμα. Παρ' όλα αυτά επικράτησε ενθουσιασμός, ο οποίος μάλιστα ενισχύθηκε από τη δημοσίευση το 1984 ενός βιβλίου με τον τίτλο *New Hope for Binge Eaters* (Νέα Ελπίδα για τους Βουλιμικούς) στο οποίο οι Δόκτορες Χάρρισον Πόουπ (Harrison Pope) και Τζέιμς Χάτζσον (James Hudson), ως επικεφαλής της έρευνας με τα θετικά αποτελέσματα, υποστήριξαν δυναμικά τη χρήση αυτών των φαρμάκων.

Από την εποχή της κυκλοφορίας αυτού του βιβλίου έχουν διεξαχθεί πολύ περισσότερες έρευνες και τα δεδομένα έχουν πλέον γίνει πολύ πιο σαφή. Έχουν

μελετηθεί τα σημαντικότερα είδη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και προέκυψαν τρία θετικά συμπεράσματα:

1. Μέσα σε λίγες βδομάδες θεραπείας υπάρχει, κατά μέσο όρο, μείωση κατά 50 με 60 τοις εκατό της συχνότητας των επεισοδίων βουλιμίας.
2. Σε συνδυασμό μ' αυτό το γεγονός, παρατηρείται και μία αντίστοιχη μείωση της συχνότητας πρόκλησης εμετού, μία βελτίωση της διάθεσης και της αίσθησης ελέγχου στο φαγητό, και τέλος μειωμένη ενασχόληση με το φαγητό.
3. Η αντικαταθλιπτική δράση του φαρμάκου είναι το ίδιο πιθανό να εκδηλωθεί, είτε ο ασθενής παρουσιάζει στην αρχή κατάθλιψη είτε όχι.

Δυστυχώς όμως έχουν παρατηρηθεί και διάφορα προβλήματα. Το πρώτο είναι ότι ορισμένα αντικαταθλιπτικά, και ιδιαίτερα ουσίες όπως φαινελζίνη (Nardil), έχουν παρενέργειες. Οι περισσότερες είναι σοβαρές από ιατρικής πλευράς, αν και η χρήση ενός φαρμάκου, της βουπροπιόνης (Wellbutrin) έχει συνδεθεί με επιληπτικές .

Δυστυχώς όμως έχουν παρατηρηθεί και διάφορα προβλήματα. Το πρώτο είναι ότι ορισμένα αντικαταθλιπτικά, και ιδιαίτερα ουσίες όπως η φαινελζίνη (Nardil), έχουν παρενέργειες. Οι περισσότερες δεν είναι σοβαρές από ιατρικής πλευράς, αν και η χρήση ενός φαρμάκου, της βουπροπιόνης (Wellbutrin) έχει συνδεθεί με επιληπτικές κρίσεις σε ορισμένους ασθενείς.

Το δεύτερο πρόβλημα είναι ότι πολλοί άνθρωποι αρνούνται να πάρουν τα φάρμακα γιατί δεν τα βλέπουν ως τα καταλληλότερα μέσα αντιμετώπισης του προβλήματός τους.

Το σημαντικότερο όμως είναι το τρίτο πρόβλημα: υπάρχουν σοβαρές αμφιβολίες για τη διάρκεια των ευεργετικών αποτελεσμάτων. Αν και ήδη αναφέρθηκε ότι τα βραχυπρόθεσμα θεραπευτικά αποτελέσματα έχουν περιορισμένη αξία όσον αφορά την προσφορά βοήθειας σε ανθρώπους με προβλήματα βουλιμίας, εντούτοις οι περισσότερες μελέτες για την αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών ήταν μικρής χρονικής διάρκειας -συνήθως οκτώ βδομάδων.

Πρόσφατα ευρήματα, δείχνουν πως πολλοί άνθρωποι που αρχικά βοηθήθηκαν απ' αυτά τα φάρμακα, «πέφτουν» ξανά στη βουλιμία είτε συνεχίσουν είτε όχι να τα παίρνουν.

Οι έρευνες έχουν επίσης δείξει πως τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δρουν επιλεκτικά κατά των προβλημάτων βουλιμίας.

Αν και πολλά άτομα που κάνουν χρήση αυτών εκδηλώνουν με μικρότερη συχνότητα βουλιμία (επίσης καταφεύγουν σε μικρότερο βαθμό στις τεχνικές πρόκλησης εμετού και κατάχρησης καθαρτικών), εξακολουθούν να κάνουν δίαιτα στον ίδιο βαθμό.

Ίσως λοιπόν το γεγονός της συνεχούς δίαιτας να εξηγεί γιατί οι ευεργετικές επιδράσεις των αντικαταθλιπτικών συχνά διαρκούν τόσο λίγο.

Η γνωστοποίηση ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχουν περιορισμένη μακροπρόθεσμη αξία, οδήγησε στην υποχώρηση του ενθουσιασμού όσον αφορά τη χρήση τους. Ακόμη κι εκείνες οι ερευνητικές ομάδες που ενδιαφέρονταν κυρίως για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αυτών των φαρμάκων στρέφουν τώρα την προσοχή τους στην αξιολόγηση των ψυχολογικών θεραπειών.

9.3 ΓΝΩΣΤΙΚΗ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα βασικά στοιχεία της γνωστικής συμπεριφοράς προσέγγισης είναι τα παρακάτω .

ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ

Λεπτομερής καταγραφή όλων των επεισοδίων βουλιμίας τη στιγμή εκδήλωσής τους, μαζί με τις παρεπόμενες σκέψεις και τα ανάλογα συναισθήματα.

Εισαγωγή ενός μοτίβου φυσιολογικών συνηθειών διατροφής, με συνέπεια την εξάλειψη πολλών επεισοδίων βουλιμίας.

Υιοθέτηση μίας εναλλακτικής συμπεριφοράς για την ενίσχυση της αντίστασης στις παρορμήσεις βουλιμίας.

Εκπαίδευση πάνω στο φαγητό, στις συνήθειες διατροφής, στη σιλουέτα και στο Βάρος.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ

Εισαγωγή τροφών που αποφεύγονται, βάσει του διαιτολογίου και σταδιακή μείωση άλλων μορφών αυστηρής δίαιτας.

Ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση δυσκολιών που σε άλλες περιπτώσεις θα προκαλούσαν επεισόδια βουλιμίας.

Αναγνώριση και μεταβολή των προβληματικών τρόπων σκέψης.

Εξέταση των αιτίων του προβλήματος βουλιμίας και του ρόλου των οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων.

ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ

Προγραμματισμός για το μέλλον βάσει ρεαλιστικών προσδοκιών και μεθόδων που μπορεί να ακολουθηθεί το άτομο σε περίπτωση επανεμφάνισης του προβλήματος.

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία έχει στόχο να εξαλείψει, σταδιακά το πρόβλημα, χρησιμοποιώντας μία προσεκτικά σχεδιασμένη σειρά παρεμβάσεων.

Ξεκινά με την εφαρμογή συμπεριφορικών και εκπαιδευτικών τεχνικών για να βοηθήσει το άτομο να επανακτήσει τον έλεγχο της κατανάλωσης τροφής, καθώς και να καταρτίσει ένα βασικό φυσιολογικό πρόγραμμα διατροφής κατά τη διάρκεια της ημέρας που στοχεύει στην αποφυγή των επεισοδίων βουλιμίας.

Ωστόσο, η δυνατότητα για έλεγχο του φαγητού είναι συζητήσιμη, καθώς οι περισσότεροι άνθρωποι παραμένουν επιρρεπείς στη βουλιμία.

Συνεπώς, στο δεύτερο στάδιο της θεραπείας η προσοχή στρέφεται στη μείωση αυτής της αδυναμίας μέσω της καταπολέμησης της τάσης για δίαιτα και εκείνων των προβληματικών τρόπων σκέψης που διαιωνίζουν το πρόβλημα της βουλιμίας. Το τελευταίο στάδιο αφορά την επανεξέταση των πιο χρήσιμων τεχνικών ώστε το άτομο να μπορέσει να σχεδιάσει ένα πλάνο για την αντιμετώπιση τυχόν μελλοντικών δυσκολιών.

Η γνωστική – συμπεριφορική προσέγγιση για τη θεραπεία προβλημάτων βουλιμίας έχει μελετηθεί εκτενώς τα τελευταία χρόνια.

Όπως και, με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, βάσει των τελευταίων μελετών - απεδείχθη πως η γνωστική - συμπεριφορική θεραπεία έχει σαν άμεση ευεργετική συνέπεια σημαντική μείωση της συχνότητας των επεισοδίων βουλιμίας.

Ακόμη πιο ενθαρρυντικό όμως είναι το γεγονός ότι η επίδραση δεν είναι μόνο εντονότερη απ' ό,τι εκείνη των αντικαταθλιπτικών, αλλά και πιο μακροχρόνια.

Επίσης η μείωση της συχνότητας των επεισοδίων βουλιμίας συνοδεύεται από βελτίωση της διάθεσης, της συγκέντρωσης και της δυνατότητας ελέγχου του φαγητού όπως ακριβώς συνέβη και με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Επιπλέον όμως υποχωρούν και οι ανησυχίες για την εμφάνιση και το βάρος, όπως άλλωστε και η τάση προς τη δίαιτα. Ίσως μάλιστα αυτός να είναι και ο λόγος, σε αντίθεση με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, για τον οποίο οι αλλαγές που επιτυγχάνονται με τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία διαρκούν.

9.4 ΆΛΛΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Πολλοί άνθρωποι που αναζητούν βοήθεια για τα προβλήματα βουλιμίας που αντιμετωπίζουν έχουν επιχειρήσει μία ή περισσότερες αποτυχημένες θεραπευτικές προσπάθειες. Αυτό συμβαίνει συχνά επειδή η μορφή της θεραπείας που τους υποδείχθηκε δεν ήταν η κατάλληλη -δε βοηθούν όλα τα είδη της τους ανθρώπους με προβλήματα βουλιμίας. Επίσης, όπως ήδη αναφέρθηκε, μία συγκεκριμένη θεραπεία που είναι αποτελεσματική για κάποια άτομα, δεν είναι για κάποια άλλα.

Παρά το γεγονός ότι καμιά θεραπεία δε φαίνεται τόσο αποτελεσματική όσο η γνωστική-συμπεριφορική, υπάρχουν και ορισμένες άλλες ψυχολογικές θεραπείες που αποδείχθηκε πως βοηθούν κάποιους ανθρώπους.

9.4.Α ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Έχουν μελετηθεί δύο μορφές συμπεριφορικής θεραπείας: μία που αποκαλείται έκθεση με πρόληψη απάντησης και μια απλοποιημένη μορφή της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας .

ΈΚΘΕΣΗ ΜΕ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ. Μελετημένη από τους Δρς Τζέιμς Ρόουζεν και Χάρολντ Λάιτεμπεργκ του Πανεπιστημίου του Βέρμοτ, αυτή η μορφή θεραπείας απευθύνεται στους ανθρώπους που κάνουν έμετο μετά από κάθε επεισόδιο βουλιμίας. Στην πιο τυπική μορφή της στοχεύει να οδηγήσει τους ανθρώπους σε τέτοιο βαθμό βουλιμίας, ώστε να τους «αναγκάσει» να καταφύγουν στην τεχνική πρόκλησης εμέτου. Στη συνέχεια όμως τους βοηθά να αντισταθούν στην παρόρμηση αυτή. Οι συναντήσεις για αυτή τη θεραπεία μπορεί να διαρκέσουν αρκετές ώρες.

Όπως είναι λογικό, οι ασθενείς συνήθως δε «συμπαθούν» αυτή τη θεραπεία. Η παρόρμηση για έμετο μετά από κάθε επεισόδιο βουλιμίας είναι ιδιαίτερα ισχυρή και η αντίσταση σ' αυτή είναι πολύ οδυνηρή.

Οι υπέρμαχοι της ισχυρίζονται πως η πρόκληση εμέτου είναι ένας βασικός παράγοντας διαίωσις της βουλιμίας: υποστηρίζοντας αυτήν την άποψη τονίζουν ότι οι άνθρωποι με ψυχογενή βουλιμία που ξέρουν πως τις περισσότερες φορές δεν θα μπορέσουν να κάνουν έμετο, μπορούν να αντισταθούν στη παρόρμηση για βουλιμία.

Ανεξάρτητα όμως απ' αυτό, καθώς και από το γεγονός ότι ο έμετος επιδεινώνει πράγματι τα προβλήματα βουλιμίας, η έκθεση με πρόληψη της απάντησης προσφέρει ελάχιστα ώστε να την προτείνουμε. Είναι δυσάρεστη, χρονοβόρα και όχι τόσο αποτελεσματική όσο η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία.

Από την άλλη, μπορεί να προσφέρει κάποια βοήθεια στα άτομα εκείνα που δεν επωφελούνται από τη γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία.

ΑΠΛΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ. Αυτή η θεραπευτική προσέγγιση επικεντρώνεται στη βελτίωση των συνηθειών διατροφής του ατόμου. Ενσωματώνει τα συμπεριφορικά και εκπαιδευτικά στοιχεία της γνωστικής – συμπεριφορικής θεραπείας , αποκλείοντας τις πιο απαιτητικές γνωστικές τεχνικές, γεγονός που καθιστά τη χορήγηση της ευκολότερη απ' εκείνη της γνωστικής – συμπεριφορικής θεραπείας . Αυτό σημαίνει ότι μπορούν άνετα να την ακολουθήσουν οι λιγότεροι εκπαιδευμένοι θεραπευτές.

Τα ερευνητικά δεδομένα που έχουμε στα χέρια μας μέχρι σήμερα δείχνουν πως δεν είναι τόσο αποτελεσματική όσο η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία, αφού μετά το τέλος της εκδηλώνονται υποτροπές. Παρ' όλα αυτά, είναι κατάλληλη για ορισμένα άτομα . Κι αυτό είναι ένα σημαντικό στοιχείο: Δε χρειάζονται όλοι οι άνθρωποι την ολοκληρωμένη γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία.

9.4.Β ΨΥΧΟ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Τα ψυχο-εκπαιδευτικά θεραπευτικά προγράμματα τα οποία συνήθως διεξάγονται σε ομαδική βάση στοχεύουν στο να ενημερώσουν τους ανθρώπους για τα προβλήματα βουλιμίας και να τους συμβουλευσουν για τον κατάλληλο χειρισμό τους. Οι συμβουλές βασίζονται συνήθως σ' εκείνες που προσφέρουν και οι γνωστικές-συμπεριφορικές.

Ερευνητές από το Τορόντο μελέτησαν την αποτελεσματικότητα μίας μορφής αυτής της θεραπείας η οποία ήταν πρωτότυπη καθώς διεξαγόταν υπό τη μορφή διδασκαλίας.

Διαπίστωσαν πως η ψυχο-εκπαιδευτική θεραπεία απέδωσε αποτελέσματα παρόμοια μ' εκείνα της γνωστικής-συμπεριφορικής, εκτός από την περίπτωση των ασθενών με πιο σοβαρά προβλήματα πρόσληψης τροφής. Δυστυχώς, η τυχόν μονιμοποίηση της αλλαγής δε μελετήθηκε σε ικανοποιητικό βαθμό, κι έτσι τα πραγματικά πλεονεκτήματα αυτής της θεραπείας δεν είναι ακόμη σαφή.

Παρ' όλα αυτά, η ανακάλυψη της ενισχύει την άποψη πως θεραπείες απλούστερες απ' ό,τι η γνωστική-συμπεριφορική μπορούν να είναι αποτελεσματικές για έναν αριθμό ατόμων με προβλήματα βουλιμίας.

9.4.Γ ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο όρος εστιασμένη ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται γενικά για όλες εκείνες τις σύντομες μορφές ψυχοθεραπείας που εντοπίζουν αρχικά ένα ή περισσότερα ζητήματα που θεωρούνται μείζονος σημασίας για το πρόβλημα του ασθενούς και στη συνέχεια επικεντρώνονται, αποκλειστικά στην επίλυση τους. Η σημασία που δίνεται σε αυτή τη συγκεκριμένη εστίαση στο πρόβλημα αποτελεί το ιδιαίτερο γνώρισμα τους.

Η διαπροσωπική είναι μία από τις περισσότερο μελετημένες μορφές της εστιασμένης ψυχοθεραπείας. Σχεδιασμένη αρχικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης, δίνει έμφαση στην αναγνώριση και στην αλλαγή των διαπροσωπικών προβλημάτων που θεωρούνται υπεύθυνα για τα συμπτώματα κατάθλιψης -συνεχής θλίψη, διαμάχες με τους φίλους ή τους συγγενείς, δυσκολίες δημιουργίας ή διατήρησης σχέσεων και προβλήματα αντιμετώπισης των μεταβατικών σταδίων της ζωής.

Καθώς οι διαπροσωπικές δυσκολίες αποτελούν συνήθη κατάσταση των ατόμων με προβλήματα βουλιμίας και μπορούν να συντελέσουν στη διατήρησή τους είναι εύλογο να πιστεύουμε στην αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπείας.

9.4.Δ ΟΜΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Υπάρχουν αρκετοί λόγοι για τους οποίους η ομαδική θεραπεία μπορεί να αποτελέσει σημαντική πηγή βοήθειας για τα άτομα με προβλήματα βουλιμίας, αφού δύναται να αλλάξει την άποψη του ατόμου, ότι είναι το μόνο μ' αυτό το πρόβλημα, γεγονός που θα το βοηθήσει πολύ. Μπορεί να προσφέρει ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο τα μέλη θα μάθουν το ένα από το άλλο, εφόσον βέβαια η ομάδα λειτουργεί σωστά.

Αλλά αυτή η μορφή θεραπείας ενδείκνυται και από πρακτικής πλευράς, καθώς ένα μεγάλο μέρος της διδασκαλίας και των συμβουλών που απαιτούνται για να βοηθηθούν τα άτομα με προβλήματα βουλιμίας είναι δυνατό να παρουσιάζονται με συγκεκριμένο τρόπο.

Δυστυχώς, έως ότου γίνει μία άμεση συσχέτιση των ομαδικών και ατομικών μορφών της ίδιας θεραπείας, δεν είναι σίγουρη η συγκριτική αποτελεσματικότητα τους.

Μέχρι σήμερα οι έρευνες αποδεικνύουν πως η ομαδική θεραπεία είναι λιγότερο αποτελεσματική. Επιπλέον, ορισμένοι άνθρωποι θεωρούν αδιανόητη την προοπτική αυτή, αφού έχουν τόση ευαισθησία με το πρόβλημα τους που δεν μπορούν να σκεφτούν την πιθανότητα να υποβληθούν σε θεραπεία παρουσία και άλλων.

9.4.Ε «ΔΙΑΔΟΧΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ» ΚΑΙ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ

Η συνιστώμενη θεραπεία είναι η γνωστική-συμπεριφορική σε ατομική βάση. Οι περισσότεροι άνθρωποι ωφελούνται ουσιαστικά, και τις περισσότερες φορές οι αλλαγές φαίνεται πως διαρκούν.

Έχει, ωστόσο, σημασία να γίνει κατανοητό ότι ορισμένοι δε βελτιώνονται ή ότι σημειώνουν πολύ μικρή πρόοδο, οπότε τους χρειάζεται και επιπλέον ιατρική συνδρομή.

Από την άλλη, κάποιοι ανταποκρίνονται σε πιο απλές μορφές θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων των συμβουλών και της διδασκαλίας.

Γι' αυτό το λόγο, έχει προταθεί από τον Christopher Fairburn θεραπευτικό πρόγραμμα «διαδοχικής φροντίδας», το οποίο ενσωματώνει όλες τις γνώσεις και την κλινική πείρα και γλιτώνει τους ανθρώπους από την περιττή διαδικασία της ατομικής θεραπείας.

Η προσέγγιση αυτή προσφέρει μια απλή βοήθεια στην αρχή, γιατί υπάρχουν σοβαροί λόγοι που οδηγούν στο συμπέρασμα, ότι ένας σημαντικός αριθμός ανθρώπων θα ανταποκριθεί. Μόνο τα άτομα που δεν παρουσιάζουν βελτίωση προχωρούν στο επόμενο βήμα στο οποίο εντάσσεται μία πιο εντατική θεραπεία. Αναμένεται, ότι και πάλι θα ανταποκριθεί ένας σημαντικός αριθμός ατόμων. Μόνο εκείνοι που δεν ανταποκρίνονται προχωρούν στο επόμενο βήμα και ούτω καθεξής.

Θεωρείται πως η αυτοβοήθεια είναι το καταλληλότερο πρώτο βήμα για πολλούς ανθρώπους, κυρίως εφόσον μπορεί να ακολουθηθεί χωρίς να συνοδεύεται από ιατρική θεραπεία.

Πολλοί άνθρωποι με πρόβλημα βουλιμίας διστάζουν να ζητήσουν εξωτερική βοήθεια για αυτό. Συνεπώς, η αυτοβοήθεια αποτελεί την ιδανικότερη λύση γι' αυτούς.

Όποιος δεν τα καταφέρνει να λειτουργήσει ως θεραπευτής του εαυτού του, μπορεί να προχωρήσει στο βήμα 2 αυτού του προγράμματος, το οποίο αποκαλείται κατευθυνόμενη αυτοβοήθεια.

Σύμφωνα με το βήμα αυτό, ο ασθενής ακολουθεί ένα πρόγραμμα αυτοβοήθειας με την υποστήριξη και την καθοδήγηση του θεραπευτή, ο οποίος μπορεί και να μην είναι ειδικός στη θεραπεία των προβλημάτων πρόσληψης τροφής.

Έρευνες από το Λονδίνο και το Κέμπριτζ υποστηρίζουν πως το βήμα αυτό μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά.

Βήμα 1	ΜΗ ΕΠΙΒΛΕΠΟΜΕΝΗ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ
Βήμα 2	ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ
Βήμα 3	ΓΝΩΣΤΙΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
Βήμα 4
Ένα πρόγραμμα διαδοχικής φροντίδας	

Το τρίτο βήμα, σε περίπτωση που η αυτοβοήθεια αποδειχθεί ανεπαρκής, είναι η ολοκληρωμένη γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία που διεξάγεται σε ατομική βάση. Στο σημείο αυτό, είναι απαραίτητη η συνδρομή του ειδικού.

Η μεγαλύτερη δυσκολία έγκειται στο τι πρέπει να γίνει σε περίπτωση που απαιτείται επιπλέον θεραπεία. Εναλλακτικές λύσεις αποτελούν η εστιασμένη ψυχοθεραπεία, η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και η προσωρινή ή μόνιμη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Προς το παρόν δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που να υποδεικνύουν τι θα ήταν καλύτερο. Η απόφαση εξαρτάται συνεπώς από τις υπάρχουσες θεραπευτικές δυνατότητες .

9.4.ΣΤ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟΥ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.

Η παρέμβαση στις διαταραχές λήψης τροφής απαιτεί τη συνεργασία θεραπειών από διαφορετικές ειδικότητες λόγω της πολυπλοκότητας της ασθένειας αλλά και των πολλαπλών παραμέτρων που πρέπει να αντιμετωπισθούν . Μαζί με τον ψυχίατρο ή και τον ψυχολόγο, το νοσηλευτή, τον κοινωνικό λειτουργό, ο διαιτολόγος συμπληρώνει σημαντικά τη θεραπευτική ομάδα, διότι επωμίζεται τα ζητήματα επανεκπαίδευσης του ασθενή στη φυσιολογική σίτιση, με σκοπό την ανάρρωση σε πρώτη φάση και τη διατήρηση της υγείας στη συνέχεια. Ο διαιτολόγος θα πρέπει να είναι κατάλληλα καταρτισμένος ώστε να παρεμβαίνει σε θέματα διαιτητικής συμπεριφοράς, διατηρώντας απέναντι στον ασθενή στάση κατανόησης και αποφεύγοντας υποκειμενικές κρίσεις και χαρακτηρισμούς.

Οι βασικοί στόχοι της διατροφικής παρέμβασης στην ψυχογενή βουλιμία είναι η αποκατάσταση του βάρους σε υγιή επίπεδα και η επαναφορά του ασθενούς στο φυσιολογικό τρόπο σίτισης. Οι στρατηγικές όμως για την υλοποίηση τους διαφοροποιούνται μεταξύ τους. Έτσι, οι στρατηγικές της παρέμβασης του διαιτολόγου επικεντρώνονται κυρίως :

- Στην κατανάλωση επαρκούς ενεργειακής πρόσληψης, ώστε να διατηρείται το ισοζύγιο ενέργειας και σταθερό το σωματικό βάρος.
- Στην απόκτηση ενός φυσιολογικού ρυθμού σίτισης, ο οποίος θα απαρτίζεται από τρία ισορροπημένα και σαφώς προγραμματισμένα γεύματα και ένα με δύο σνάκ ημερησίως.
- Στην αποφυγή διαφόρων μεθόδων αδυνατίσματος, υπερβολικής άσκησης καθώς και άλλων καθαρτηρίων μεθόδων, όπως πρόκληση εμέτων , χρήση διουρητικών και καθαρτικών.
- Στη σταδιακή εισαγωγή «απαγορευμένων» τροφίμων στο διαιτολόγιο

- Στην παρακολούθηση του σωματικού βάρους σε τακτά και προκαθορισμένα διαστήματα

Τέλος, ο διαιτολόγος είναι συχνά ο πρώτος ειδικός του χώρου της υγείας που έρχεται αντιμέτωπος με ηπιότερες μορφές διαταραχών της διαιτητικής συμπεριφοράς, και για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να διαθέτει κατάλληλες δεξιότητες, ώστε να βοηθήσει τον ασθενή να συνειδητοποιήσει την προβληματική του συμπεριφορά, να κινητοποιηθεί και να αναζητήσει βοήθεια και από άλλους θεραπευτές (ψυχολόγο ή ψυχίατρο). Σε κάθε περίπτωση, η παρέμβαση διαφοροποιείται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά, τα συμπτώματα και τις διαιτητικές συνήθειες του ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ

Η Επιδημιολογία της ψυχογενούς βουλιμίας

10.1 ΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Από το 1980 έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως περισσότερες από εξήντα έρευνες για την συχνότητα της ψυχογενούς βουλιμίας. Πολλές έχουν δώσει και ποσοστά .

Οι έρευνες αυτές έχουν επικεντρωθεί σε γυναίκες ηλικίας μεταξύ δεκατεσσάρων και σαράντα χρόνων, καθώς πιστεύεται πως αυτές διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο.

Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν συγκεντρώσει τα στοιχεία τους ζητώντας από ανθρώπους να συμπληρώσουν έναν αριθμό απλών ερωτηματολογίων . Ένα από τα κύρια ευρήματα τους είναι η διαπίστωση ότι πολλές νεαρές γυναίκες δηλώνουν πως «έχουν βουλιμία». Πράγματι, σύμφωνα με τις έρευνες , αυτό ισχύει για ένα ποσοστό μεγαλύτερο από το ένα τρίτο, ενώ 16 τοις εκατό ομολογούν πως έχουν επεισόδια βουλιμίας τουλάχιστον κάθε εβδομάδα . Πρόκειται για ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά.

Για πολλούς λόγους η αξιοπιστία αυτών των ποσοστών είναι αμφισβητήσιμη. Ένας λόγος είναι ότι οι περισσότερες έρευνες δεν έχουν βασιστεί στον τεχνικό ορισμό του επεισοδίου βουλιμίας έτσι όπως περιγράφηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία. Αντί γι' αυτό, πολλές θέτουν απλά ερωτήσεις όπως «Σας πιάνει βουλιμία;» και στη συνέχεια βασίζονται σχεδόν εξ' ολοκλήρου στις δοθείσες απαντήσεις. Κατά συνέπεια, τα ποσοστά αντανakλούν περισσότερο μια υποκειμενική αίσθηση υπερβολικής κατανάλωσης τροφής, παρά αληθινά επεισόδια βουλιμίας.

Ένα ακόμη πρόβλημα είναι ότι οι περισσότερες από τις μισές έρευνες έχουν χρησιμοποιήσει ως άτομα αναφοράς φοιτήτριες που σπουδάζουν σε διακεκριμένα ιδιωτικά πανεπιστήμια . Οι φοιτήτριες αυτές μπορεί να μην αντιπροσωπεύουν τις νεαρές γυναίκες γενικότερα.

Πιο αξιόπιστες είναι οι λίγες έρευνες που βασίζονται σε συνεντεύξεις από δείγματα του γενικότερου πληθυσμού. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο στόχος ήταν να διερευνηθούν τα ποσοστά εξάπλωσης της ψυχογενούς, παρά της εν γένει βουλιμίας. Οι έρευνες αυτές απέδωσαν σχετικά σταθερά αποτελέσματα, δείχνοντας πως η ψυχογενής βουλιμία προσβάλλει ένα ποσοστό μεταξύ 1 και 2 τοις εκατό των νεαρών ενήλικων γυναικών.

Καμιά από τις έρευνες δεν έδωσε ποσοστά για την επικράτηση της βουλιμίας έτσι όπως αυτή ορίζεται σήμερα, με μία μόνο εξαίρεση, η οποία ήταν μία έρευνα που έγινε στο Οξφορντσάιρ στην Αγγλία και σύμφωνα με την οποία το 10 τοις εκατό των γυναικών ηλικίας από δεκαέξι ως τριανταπέντε χρονών είχαν επεισόδια βουλιμίας τουλάχιστον κάθε μήνα, ενώ το 3 τοις εκατό τουλάχιστον κάθε εβδομάδα. Τα ποσοστά αυτά είναι πολύ μικρότερα απ' εκείνα της προηγούμενης ομάδας ερευνών, αλλά είναι πιο έγκυρα, καθώς η αξιολόγηση έγινε μέσω συνέντευξης και συγχρόνως χρησιμοποιήθηκε ο νέος τεχνικός ορισμός που δεν είχε ακόμη διατυπωθεί κατά τη διεξαγωγή των προηγούμενων ερευνών.

Φαίνεται συνεπώς πως περίπου το 1 τοις εκατό των νεαρών ενήλικων γυναικών πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία και πως περίπου το 3 τοις εκατό έχουν τακτικά επεισόδια βουλιμίας. Τα ποσοστά αυτά είναι ανησυχητικά, δεδομένου ότι τα προβλήματα βουλιμίας συνήθως είναι μακροχρόνια και μπορούν να έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής συμπεριλαμβανομένης και της σωματικής υγείας.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει μία από τις πρώτες έρευνες που διεξήχθη στις αρχές του 1980 με τη βοήθεια ενός γυναικείου περιοδικού.

Για να διαπιστωθεί αν η ψυχογενής βουλιμία αποτελούσε σοβαρό, αλλά ανεξιχνίαστο για την εποχή πρόβλημα υγείας, δημοσιεύτηκε μία ανακοίνωση στη σελίδα με τα Θέματα Υγείας στο τεύχος Απριλίου 1980 του γυναικείου περιοδικού *Cosmopolitan* . Ζητούσε από ανθρώπους που χρησιμοποιούσαν την τεχνική της πρόκλησης εμέτου ως μέσο έλεγχου του βάρους τους, να γράψουν στο περιοδικό αν

δέχονταν να γράψουν να συμπληρώσουν ένα εμπιστευτικό ερωτηματολόγιο . Η πρόκληση εμέτου ορίστηκε ως το κυρίαρχο χαρακτηριστικό στην αναγνώριση των πιθανών περιπτώσεων ψυχογενούς βουλιμίας, καθώς είναι το λιγότερο ασαφές από τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής .

Ορισμένοι ψυχίατροι ανησυχούν τον τελευταίο καιρό για την εμφάνιση μιας νέας παράξενης διαταραχής πρόληψης τροφής που προσβάλλει κυρίως τις νεαρές γυναίκες στα τέλη της εφηβείας τους και στην ηλικία των είκοσι. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά είναι η συχνή και κρυφή πρόκληση εμέτου καθώς και ένας έντονος φόβος αύξησης του σωματικού βάρους.

Οι πάσχοντες έχουν μία ακαταμάχητη επιθυμία να φάνε και να πιούν, αλλά διατηρούν το βάρος τους σε φυσιολογικά επίπεδα κάνοντας έμετο.

Η Θεραπεία αυτής της κατάστασης είναι δύσκολη – πολλοί παθολόγοι μπορεί να μη γνωρίζουν επαρκώς τα συμπτώματα και τους κινδύνους – αλλά ακόμη και στην ήπια μορφή της μπορεί να έχει σοβαρές σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες.

Οι ψυχίατροι ήθελαν να μάθουν περισσότερα για τη διαταραχή αυτή. Όποιος παρουσιάζει αυτά τα συμπτώματα πρόκλησης εμέτου, θα μπορούσε να συμβάλει στην έρευνα συμπληρώνοντας ένα εμπιστευτικό ερωτηματολόγιο.

Η ανακοίνωση στο περιοδικό *Cosmopolitan* (από τη σελίδα τα Θέματα Υγείας του τεύχους Απριλίου 1980).

Μέσα σε λίγες μέρες έφτασαν περισσότερες από χίλιες απαντήσεις. Στα πρώτα 800 άτομα στάλθηκε ένα ερωτηματολόγιο σχεδιασμένο ώστε να συγκεντρώσει πληροφορίες για το βάρος, τις συνήθειες πρόσληψης τροφής και τη στάση απέναντι στο βάρος και στη σιλουέτα. Επιστράφηκαν 669 (84%) συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Βάσει των απαντήσεων κατέστη σαφές ότι 499 άτομα έπασχαν από ψυχογενή βουλιμία.

Και τα 499 άτομα ήταν γυναίκες (μην ξεχνάτε πως το περιοδικό είναι γυναικείο). Ο Μέσος όρος ηλικίας τους ήταν τα 24 χρόνια και τα δύο τρίτα ήταν γύρω στα 20. Πάνω από τα τρία τέταρτα (83%) είχαν φυσιολογικό, για την ηλικία και το ύψος τους, βάρος.

Στις περισσότερες γυναίκες το πρόβλημα είχε εμφανιστεί στην εφηβεία και συνεχιζόταν κατά μέσο όρο για 5 χρόνια. Το ένα τέταρτο (27%) των γυναικών παρουσίαζε επεισόδια βουλιμίας σχεδόν κάθε μέρα, και πάνω από τις μισές (56%) έκαναν καθημερινά έμετο. Το δεκαεννιά τοις εκατό έκαναν κατάχρηση καθαρτικών .

Οι γυναίκες αυτές αισθάνονταν πολύ μεγάλη απογοήτευση . Πολλές είχαν γράψει μεγάλα γράμματα κάνοντας έκκληση για βοήθεια. Τα δύο τρίτα (68%) παρουσίαζαν σοβαρά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Οι περισσότερες δέχτηκαν με έκπληξη και ανακούφιση το γεγονός ότι δεν ήταν οι μόνες που αντιμετώπιζαν τέτοιο πρόβλημα.

Αν και οι περισσότερες από τις μισές απ' αυτές τις γυναίκες πίστευαν πως χρειαζόνταν οπωσδήποτε ιατρική βοήθεια, μόνο το 2,5% ακολουθούσαν κάποια μορφή θεραπείας . Μεταξύ εκείνων που ήθελαν βοήθεια, οι λιγότερες από τις μισές (43%) είχαν αναφέρει το πρόβλημα τους σε γιατρό.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας οδηγούσαν στο συμπέρασμα πως η ψυχογενής βουλιμία ήταν ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας που δεν είχε ακόμη ερευνηθεί επαρκώς .

Την ίδια περίπου στιγμή στο Σικάγο , ο Δρ. Craig Johnson και οι συνάδελφοι του δέχονταν πολλές εκκλήσεις για ενημέρωση μετά τη δημοσίευση πολλών γνωστών άρθρων για την ψυχογενή βουλιμία. Αυτοί με τη σειρά τους έστειλαν έναν αριθμό ερωτηματολογίων και με τον τρόπο αυτό εντόπισαν 361 γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία (στην Αμερική επικρατούσε ακόμη ο όρος βουλιμία). Οι γυναίκες αυτές παρουσίαζαν παρόμοια συμπτώματα μ' εκείνες του *Cosmopolitan*, αν και υπήρχαν κάποιες παράξενες και ανεξήγητες διαφορές ανάμεσα στα δύο δείγματα, όπως φαίνεται στον Πίνακα παρακάτω :

Μία σύγκριση των Δειγμάτων που χρησιμοποιήθηκαν στις Δύο Πρώτες Αγγλικές και Αμερικάνικες Έρευνες για την ψυχογενή Βουλιμία

	Αγγλικό δείγμα	Αμερικάνικο δείγμα
Ηλικία (σε χρόνια)	23,8	23,7
Οικογενειακή Κατάσταση		
Παντρεμένη (%)	20,7	18,4
Βουλιμικά επεισόδια		
Ηλικία έναρξης (χρόνια)	18,4	18,1
Διάρκεια (χρόνια)	5,2	5,4
Συχνότητα – τουλάχιστον καθημερινά (%)	27,2	50,0
Πρόκληση έμετου		
Συχνότητα – τουλάχιστον καθημερινά (%)	56,1	45,7
Κατάχρηση καθαρτικών		
Τακτική χρήση (%)	18,8	33,0
Βάρος		
Φυσιολογικό βάρος	83,2	61,6
Υπέρβαρη σε οποιαδήποτε φάση της ζωής (%)	45,2	50,1
Διαταραχή της περιόδου	46,6	50,7

Πηγή: Αγγλικό δείγμα – Fairburn CG, Cooper PJ Self-induced vomiting and bulimia nervosa: An undetected problem – British Medical Journal 1982 – 284 : 1153 – 1155

Αμερικάνικο δείγμα – Johnson CL, Stuckey MK, Lewis LD, Schwartz DM. A survey of 509 cases of self-reported bulimia. Στο Anorexia Nervosa : Recent Developments in research. Edited by Darby , PE Garfinkel, DM Garner, DV Coscina. Alan Liss, New York, 1983.

Το διάστημα εκείνο στη Ν. Υόρκη η Δρ Katherine Halmi και οι συνάδελφοί της από το Πανεπιστήμιο του Cornell, διεξήγαγαν μία έρευνα για τα προβλήματα βουλιμίας των σπουδαστών ενός καλοκαιρινού σχολείου. Ανακάλυψαν πως περίπου το 10 τοις εκατό από αυτούς παρουσίαζαν σημαντικά προβλήματα βουλιμίας, και πως περίπου το 2 τοις εκατό προκαλούσαν έμετο τουλάχιστον μία φορά τη βδομάδα. Εκ των υστέρων αποδείχθη ότι πολλοί είχαν ψυχογενή βουλιμία.

Από τη στιγμή που διεξήχθησαν αυτές οι έρευνες, η ψυχογενής βουλιμία αναγνωρίστηκε ως ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν άνθρωποι σε πολλές χώρες, ιδιαίτερα στη Βόρειο Αμερική, στη Βόρειο Ευρώπη, στην Αυστραλία και στη Νέα Ζηλανδία, ενώ πρόσφατα έχει εξαπλωθεί και στις Μεσογειακές χώρες όπως στην Ισπανία και στην Ιταλία. Επίσης, η διαταραχή αρχίζει σιγά-σιγά να εμφανίζεται και σε χώρες της Κεντρικής Ευρώπης, όπως για παράδειγμα στη Δημοκρατία της Τσεχίας.

10.2 ΈΡΕΥΝΕΣ ΑΛΛΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ

Παρόλο που οι κοινοτικές έρευνες μας έχουν δώσει μία εικόνα για την εξάπλωση της ψυχογενούς βουλιμίας σας νεαρές ενήλικες γυναίκες, αποδεικνύεται πως αυτή η διαταραχή περιορίζεται σε αυτή την κοινωνική ομάδα.

ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Η ηλικιακή κατανομή της ψυχογενούς βουλιμίας δείχνει πως είναι κυρίως πρόβλημα των νεαρών, παρά των μεγαλύτερων γυναικών. Όπως φαίνεται από τις περισσότερες έρευνες, η πλειοψηφία των γυναικών βρίσκεται κοντά στην ηλικία των είκοσι, αν και οι γυναίκες που καταφεύγουν στη θεραπεία είναι κατά μέσο όρο λίγο μεγαλύτερες.

Μία από τις λίγες έρευνες που ασχολήθηκαν με τις μεγαλύτερες γυναίκες έδειξε πως σε σχέση με τις νεαρότερες, ελάχιστες είχαν παρουσιάσει οποτεδήποτε στη ζωή τους ψυχογενή βουλιμία. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει πως η ευπάθεια στην ανάπτυξη της διαταραχής είναι ένα σχετικά πρόσφατο φαινόμενο.

ΑΝΤΡΕΣ

Οι κλινικοί έχουν συναντήσει ελάχιστες περιπτώσεις ψυχογενούς βουλιμίας σε άντρες και για το λόγο αυτό θεώρησαν λογικό να συμπεράνουν πως η διαταραχή αυτή δεν τους αφορά. Ωστόσο, πρόσφατες ενδείξεις καταδεικνύουν πως ο αριθμός των αντρών που προσβάλλονται αυξάνεται.

Ήταν λοιπόν λάθος το προηγούμενο συμπέρασμα; Ίσως απλά οι άντρες να μην αναζητούν θεραπεία ή οι γιατροί να μην εντοπίζουν το πρόβλημα ή να μην τους παραπέμπουν για θεραπεία. Καμιά εξήγηση δεν μπορεί να δικαιολογήσει τα αποτελέσματα των πολύ λίγων ερευνών του γενικού πληθυσμού που είχαν ως υποκείμενα μελέτης άντρες. Οι έρευνες αυτές, συμπεριλαμβανομένης εκείνης του Κράιστσερτς που, περιγράφεται παρακάτω και εκείνης που έγινε από τον Christopher Fairburn και τον Δρα Πιτερ Κουπερ σε συνεργασία με το BBC εντόπισαν λίγες περιπτώσεις. Δεν υπάρχουν λοιπόν ισχυρές βάσεις για τους ισχυρισμούς ότι παρατηρείται μία αύξηση της εκδήλωσης της ψυχογενούς βουλιμίας στους άντρες.

Ο βαθμός εκδήλωσης της διαταραχής της βουλιμίας στους άντρες είναι άγνωστος.

Τα αποτελέσματα μίας έρευνας που δημοσιεύτηκε το 1991 δείχνουν πως η διαταραχή είναι σχεδόν το ίδιο κατανεμημένη στα δύο φύλλα, αλλά η αξιοπιστία αυτής της διαπίστωσης είναι αμφισβητήσιμη. Ο ορισμός της βουλιμίας που χρησιμοποιήθηκε τότε διέφερε από το σημερινό τεχνικό ορισμό και η αξιολόγηση έγινε με ερωτηματολόγιο και όχι με συνέντευξη. Σε κλινικά δείγματα ανθρώπων που πάσχουν από τη διαταραχή της βουλιμίας, οι γυναίκες είναι πολύ περισσότερες από τους άντρες.

Η έρευνα του Κραιστσερτς

Για την πραγματοποίηση αυτής της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα γενικού πληθυσμού, αποτελούμενου από άτομα ηλικίας 18 ως 64 χρονών από την περιοχή του Κραιστσερτς της Νέας Ζηλανδίας. Από τα 1498 άτομα που έδωσαν συνέντευξη, τα 994 ήταν γυναίκες με την εξής κατανομή ηλικίας :

187: 18-24 χρονών

590: 25-44 χρονών

217: 43-64 χρονών

Σκοπός της συνέντευξης ήταν να διαπιστωθεί αν το άτομο είχε παρουσιάσει ψυχογενή βουλιμία οποτεδήποτε στο παρελθόν. Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής :

4,5%: 18-24 χρονών
2,0%: 25-44 χρονών
0,4%: 45-64 χρονών

Καθώς λίγες από τις μεγαλύτερες γυναίκες δήλωσαν πως είχαν εκδηλώσει ψυχογενή βουλιμία στο παρελθόν, αποδεικνύεται ότι η ευπάθεια στην ανάπτυξη της διαταραχής είναι εμφανώς πρόσφατο φαινόμενο. Τα ποσοστά εκδήλωσης της διαταραχής ήταν πολύ χαμηλότερα για τους 504 άνδρες που εξετάστηκαν .

0,0%: 18-24 χρονών
0,7%: 25-44 χρονών
0,0%: 45-64 χρονών

Η έρευνα του BBC

Μετά τη δημοσίευση της ανακοίνωσης στο τεύχος Απριλίου 1980 του περιοδικού *Cosmopolitan*, το Βρετανικό Ίδρυμα Ραδιοφωνίας (BBC) ετοίμασε ένα τηλεοπτικό ντοκιμαντέρ για την ψυχογενή βουλιμία. Προβλήθηκε τον Ιανουάριο του 1981 και ήταν η πρώτη φορά που η ψυχογενής βουλιμία «απέκτησε» τόσο μεγάλη δημοσιότητα στην Αγγλία. Το πρόγραμμα περιέγραφε λεπτομερώς το πρόβλημα και ορισμένοι πάσχοντες (μεταξύ των οποίων και ένας άντρας) αφηγήθηκαν τα βιώματά τους. Στο τέλος ζητήθηκε από τους τηλεθεατές που πίστευαν πως είχαν ψυχογενή βουλιμία και επιθυμούσαν να συμπληρώσουν ένα εμπιστευτικό ερωτηματολόγιο, να γράψουν στον ερευνητή. Η ανταπόκριση ήταν θεαματική. Από τα 1827 ερωτηματολόγια που είχαν σταλεί, επεστράφησαν 1391 (76%) σωστά απαντημένα. Από τις απαντήσεις τους, 579 γυναίκες φαινόταν πιθανό πως είχαν ψυχογενή βουλιμία.

Στην έρευνα συμμετείχαν και 45 άνδρες, από τους οποίους ου δύο φαινόταν πως έπασχαν από ψυχογενή ανορεξία και οι εννιά από ψυχογενή βουλιμία. Τα προβλήματα στην πρόσληψη τροφής αυτών των εννιά ανδρών έμοιαζαν μ' εκείνα των 579 γυναικών .

Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν πως η ψυχογενής βουλιμία συναντάται σπανίως στους άνδρες .

Η Κλινική εμπειρία δείχνει πως η ψυχογενής βουλιμία προσβάλλει κυρίως τις λευκές γυναίκες. Όπως όμως αναφέρθηκε και παραπάνω, τα στοιχεία που βασίζονται σε δείγματα ασθενών μπορεί να είναι παραπλανητικά.

Έρευνες στη Βόρειο Αμερική έδειξαν πως η διαταραχή της βουλιμίας συναντάται το ίδιο τόσο στις μαύρες, όσο και στις λευκές γυναίκες.

10.3 ΟΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ

Ένα από τα πρώτα θέματα που απασχόλησαν τη διεθνή επιστημονική κοινότητα ήταν η έκταση που μπορεί να έχουν οι διαταραχές πρόσληψης τροφής. Είναι πολυάριθμες πλέον οι έρευνες που έγιναν σε γενικούς πληθυσμούς, σε

κλινικούς, καθώς και σε μαθητικούς – σπουδαστικούς πληθυσμούς για τη διερεύνηση της συχνότητά τους. Αν και τα αποτελέσματα τέτοιων ερευνών προήλθαν αρχικά από τη Δυτική Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, σήμερα έχουμε πληροφορίες και από μέρη που εκτείνονται από την Αίγυπτο και το Πακιστάν έως την Κίνα και τη Νέα Ζηλανδία. Ένα πρώτο συμπέρασμα των ερευνών αυτών είναι ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι συχνότερες από ότι αρχικά πιστευόταν . Το δεύτερο συμπέρασμα είναι ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής συνεχώς αυξάνονται . Το τρίτο ότι η συχνότητα των διαταραχών πρόσληψης τροφής συμβαδίζει με το βαθμό δυτικοποίησης μιας κοινωνίας.

Η διερεύνηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας στη Νέα Ζηλανδία έδειξε πως ο ετήσιος ρυθμός παραπομπών περιστατικών ψυχογενούς βουλιμίας σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, αναφορικά με γυναίκες 15-29 ετών, αυξήθηκε στο διάστημα 1977-1986 κατά 8 περίπου φορές.

Η μελέτη της συχνότητας της ψυχογενούς βουλιμίας στη Δανία για το διάστημα 1970-1989, έδειξε πως η ετήσια εμφάνιση νέων περιπτώσεων ψυχογενούς βουλιμίας τετραπλασιάστηκε μέσα σε αυτή την εικοσαετία.

Σε ότι αφορά λιγότερο τυπικές μορφές διαταραχές πρόσληψης τροφής, και κυρίως συμπεριφορές που συνδέονται με τη βουλιμία, υπάρχει και εδώ πλούσια βιβλιογραφία. Ενδεικτικά είναι τα παρακάτω ευρήματα:

Η διερεύνηση βουλιμικών συμπεριφορών σε μία ομάδα 369 γυναικών μίας υπηρεσίας οικογενειακού προγραμματισμού στη Νότιο Αγγλία, μέσης ηλικίας 24 ετών, έδειξε πως το 21% των γυναικών αυτών ανέφερε επεισόδια βουλιμίας, το 5% χρησιμοποιούσε υπακτικά, και το 3% επιδιόταν σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ως μέσο για τον έλεγχο του σωματικού βάρους .

Μία ανασκόπηση 38 μελετών που έγιναν με τη βοήθεια αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων και που αφορούσε έφηβες και νεαρές ενήλικες γυναίκες, φανέρωσε , στους υπό μελέτη πληθυσμούς, επεισόδια βουλιμίας σε ποσοστό 36%, αυστηρή δίαιτα ή νηστεία σε ποσοστό 29%, και αυτοπροκαλούμενους εμέτους σε ποσοστό 8%.

10.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η αντίληψη πως οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι πολύ συχνότερες στις βιομηχανικές κοινωνίες βασίζεται στο γεγονός πως σε αυτές το να θεωρείται μία γυναίκα ελκυστική συσχετίζεται ιδιαίτερα με το να είναι αδύνατη, καθώς και στη διαπίστωση πως η δυτικοποίηση μίας κοινωνίας συνδέεται σταθερά με την αύξηση του ποσοστού των παθολογικών στάσεων και συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής, έτσι ώστε, και λόγω της επίδρασης των ΜΜΕ, καμία κοινωνία να μη θεωρείται πλέον απροσπέλαστη στην ανάπτυξη των διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Με την παραπάνω λογική είναι αυτονόητο πως η συχνότητα διαταραγμένων στάσεων και συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής, στον ελληνικό χώρο αυξάνει.

Η πρώτη προσπάθεια διερεύνησης της συχνότητας των διαταραχών πρόσληψης τροφής στον ελληνικό χώρο έγινε από μία ελληνο-γερμανική επιστημονική ομάδα τη δεκαετία του 1980. Η έρευνα αυτή έδειξε πως η συχνότητα της Ψυχογενούς Ανορεξίας σε κορίτσια ηλικίας 13-19 ετών ήταν 0,41% σε μαθήτριες σχολείων της Βέροιας και 0,35% των Ιωαννίνων. Τα ποσοστά αυτά ίσως φαίνονται μικρά, πρέπει όμως να συνυπολογίσουμε πως η έρευνα έγινε πριν από αρκετά χρόνια, και πως οι πόλεις της Βέροιας και των Ιωαννίνων δεν αντιπροσωπεύουν ίσως τον τυπικό αστικό και βιομηχανοποιημένο χαρακτήρα της ελληνικής πραγματικότητας.

Μία πρόσφατη έρευνα στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο της Θεσσαλονίκης αφορούσε τη διερεύνηση διαταραγμένων στάσεων και συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής σε μαθητές και μαθήτριες λυκείων της πόλης της Θεσσαλονίκης,

ηλικίας 17 ετών. Το ποσοστό των κοριτσιών με τις «παθολογικές» στάσεις και συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής ήταν ιδιαίτερα υψηλό 24,8% ενώ το αντίστοιχο στα αγόρια 7,8%. Τα ποσοστά αυτά είναι από τα μεγαλύτερα που αναφέρονται στη βιβλιογραφία σε παρόμοιους πληθυσμούς. Η μέτρηση του βάρους και του ύψους αυτών των μαθητών αποκάλυψε ταυτόχρονα πως ενώ το μέσο βάρος τους (ανάλογα με το ύψος τους) ήταν μέσα σε φυσιολογικά πλαίσια, εντούτοις ήταν υψηλότερο από αυτό αντίστοιχων δειγμάτων άλλων κρατών. Μία προσπάθεια ερμηνείας αυτών των ευρημάτων, αν και δε μας δίνει άμεσα τα ποσοστά των βουλιμικών ή ανορεκτικών ατόμων, μας επιτρέπει να συμπεράνουμε πως το πρόβλημα είναι αρκετά έντονο, έστω σε μία προ-κλινική ή υπο-κλινική μορφή. Με άλλα λόγια, η ιδιαίτερη δυσφορία και δυσαρέσκεια που βιώνουν οι ελληνίδες έφηβες για το σώμα τους, σε συνάρτηση με τα ακραία πρότυπα εικόνας σώματος που έχουν, τις κάνει να καταφεύγουν σε παθολογικές συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής, και κατά συνέπεια προκαλούνται κίνδυνοι ανάπτυξης ανορεκτικών και βουλιμικών συνδρόμων.

Η παραπάνω υπόθεση επιβεβαιώνεται και από τις απαντήσεις τους σε μία σειρά ερωτήσεων σχετικών με το βάρος τους και τη διαίτα.

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

- Δύο στα τρία κορίτσια (65%), σε αντίθεση με 1 στα 3 αγόρια (33,5%), θα ήθελαν να χάσουν κιλά, φανερώνοντας έτσι ότι ένα 15% των κοριτσιών, παρότι θεωρεί το βάρος του κανονικό, θα ήθελε να αδυνατίσει.

- Δύο περίπου στα 3 κορίτσια (66%) και 1 στα 4 αγόρια (27%) είχαν προσπαθήσει κατά το παρελθόν να χάσουν κιλά.

- Τρία στα 4 περίπου κορίτσια (73%) και 1 στα 2 αγόρια (52%) που προσπάθησαν να χάσουν κιλά τα κατάφεραν.

- Παρότι το 48% του συνόλου των κοριτσιών είχε στο παρελθόν καταφέρει να χάσει κιλά, το γεγονός πως το 65% εξακολουθούσε επί του παρόντος να δηλώνει πως θα ήθελε να πετύχει κάτι τέτοιο, αφήνει ανοικτές δύο υποθέσεις: ή παρότι υπήρξε μια απώλεια βάρους αυτή δεν κρινόταν επαρκής, γεννώντας έτσι την επιθυμία για περαιτέρω αδυνάτισμα, ή ότι μέρος του βάρους που χάθηκε με διαίτα ξανακερδήθηκε.

- Ένας περίπου στους 4 συμμετέχοντες (25%) στα κορίτσια και 30% στα αγόρια) ανέφερε πως ήταν κάποτε ένα μάλλον παχύ παιδί, κάτι που μόνο κατά ένα μικρό μέρος εξηγεί τις προηγούμενες απόπειρες για απώλεια βάρους.

- Τα κορίτσια ζυγίζονται πολύ συχνότερα από τα αγόρια. Καθημερινή ενασχόληση με το βάρος του παρουσίαζε ένα 15% των κοριτσιών.

Οι σχετικές διαθέσεις και συμπεριφορές ενός φοιτητικού δείγματος, καθώς και η σύγκριση των ευρημάτων αυτών με αντίστοιχα 19 άλλων ευρωπαϊκών κρατών, είδαν το 1999 το φως της δημοσιότητας. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή («Ενδιαφέρον για το σωματικό βάρος και συνήθειες διατροφής: Μία έρευνα στο φοιτητικό πληθυσμό της Ευρώπης») το 52% των νέων Ελληνίδων δήλωσε ότι προσπαθεί να χάσει βάρος και το 36% βρίσκεται μόνιμα σε δίαιτα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους άνδρες ήταν 27% και 9% αντίστοιχα, που γενικότερα ήταν από τα πιο υψηλά σε σχέση με τους συνομηλίκους τους των υπολοίπων 19 χωρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Το 33,3% των νέων Ελληνίδων δήλωσε ότι θεωρεί τον εαυτό του υπέρβαρο, ενώ το 8,4% παχύσαρκο. Τα ίδια ποσοστά ήταν αυξημένα και για τους άνδρες, καθώς το 36% δήλωσαν ότι νιώθουν υπέρβαροι και το 5,5% παχύσαρκοι. Στην πραγματικότητα όμως, μόνο το 8% είχε πρόβλημα περιττού βάρους και λιγότερο από το 1% ήταν παχύσαρκοι. Οι παραπάνω διαθέσεις και συμπεριφορές αποδόθηκαν από τους συμμετέχοντες μόνο σε κοινωνικούς και αισθητικούς λόγους, καθώς το πάχος θεωρήθηκε «ντροπή» και η κοινωνική πίεση για αδυνάτισμα ιδιαίτερα μεγάλη.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω ευρήματα για την κατάσταση στον ελληνικό χώρο σήμερα με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής μπορούμε να πούμε ότι οι νεαρές ελληνίδες

α) Παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά διαταραγμένων συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής που σημαίνει πως αρκετές από αυτές έχουν πολύ πιθανόν αναπτύξει ανορεκτική ή βουλιμική παθολογία

β) Παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά δυσaréσκειας για το σώμα τους

γ) Ασχολούνται αρκετά συχνά με (πιθανόν μη ικανοποιητικά αποτελέσματα) με δίαιτες .

Συνοψολογίζοντας τα παραπάνω , αλλά και τα μηνύματα των ΜΜΕ όπως περιγράφηκαν πριν, μπορούμε να συμπεράνουμε πως το πρόβλημα των διαταραχών πρόσληψης τροφής στην ελληνική πραγματικότητα είναι και υπαρκτό και ίσως πολύ περισσότερο διαδεδομένο από ότι εμφανίζεται στην πράξη .

ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ

Πολύ λίγες έρευνες έχουν διεξαχθεί για τον προσδιορισμό των ποσοστών των προβλημάτων βουλιμίας στους ανθρώπους των αναπτυσσόμενων χωρών. Εκτιμάται πάντως πως τα ποσοστά είναι ιδιαίτερα χαμηλά .

ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η εκδήλωση βουλιμικών επεισοδίων σε παχύσαρκους ανθρώπους είναι αμφίβολη, αλλά πιθανότατα προσβάλλει ένα ποσοστό 5 με 10 τοις εκατό των ατόμων αυτών. Ανάμεσα σε αυτούς που συμμετέχουν σε προγράμματα ελέγχου του βάρους τους, το 20 με 40 τοις εκατό αναφέρονται ως βουλιμικοί.

Μια έρευνα του Πανεπιστημίου του Ράτζερς – από τις πιο αξιόπιστες μέχρι σήμερα λόγω των μεθόδων δειγματοληψίας και αξιολόγησης – θεωρεί πως αν μιλήσουμε για ποσοστά γύρω στο 20 τα εκατό, θα προσεγγίσουμε περισσότερο την πραγματική εικόνα. Αντιθέτως, η ψυχογενής βουλιμία συναντάται σπάνια στους παχύσαρκους ανθρώπους, καθώς ελάχιστοι προκαλούν από μόνοι τους έμετο ή κάνουν κατάχρηση καθαρτικών .

Η έρευνα του Εθνικού Κέντρου Ελέγχου του Βάρους

Εκατόν εβδομήντα άτομα (71 άνδρες και 99 γυναίκες) που ακολουθούσαν το πρόγραμμα του Εθνικού Κέντρου Ελέγχου του Βάρους συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο ειδικά σχεδιασμένο ώστε να εντοπίσει όσους υπέφεραν από προβλήματα βουλιμίας. Ο Ορισμός του βουλιμικού επεισοδίου που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα ήταν εκείνος που είναι σήμερα γενικά αποδεκτός..

Δεκαοκτώ τοις εκατό -22 τοις εκατό γυναίκες και 13 τοις εκατό άνδρες – είχαν προβλήματα βουλιμίας. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν τα 41 έτη. Παρά το γεγονός ότι τα άτομα αυτά είχαν το ίδιο βάρος μ' εκείνα που δεν υπέφεραν από βουλιμία, ένιωθαν υπέρβαρα, φοβόντουσαν μήπως πάρουν βάρος, ήταν πολύ δυσαρεστημένα με τα κιλά τους και είχαν την τάση να κρίνουν την αξία τους βάση της σιλουέτας ή του βάρους τους. Συνεπώς, είχαν πολλά κοινά στοιχεία μ' εκείνους που υποφέρουν από ψυχογενή βουλιμία.

ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Διάφορες έρευνες με τη χρήση ερωτηματολογίων αναφέρουν πως οι νεαρές γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη αποτελούν ομάδες υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη προβλημάτων πρόσληψης τροφής. Ωστόσο, πρόσφατες έρευνες βασισμένες στην τεχνική της συνέντευξης αποδεικνύουν πως αυτό δεν ισχύει και πως οι προσπάθειες αυτών των ατόμων να ακολουθήσουν τους κανόνες διατροφής που τους επιβάλλει η ασθένειά τους ευθύνονται για τις παραπλανητικά υψηλές βαθμολογίες τους στα απλά ερωτηματολόγια.

10.5 ΑΥΞΑΝΟΝΤΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΣΤΙΣ ΜΕΡΕΣ ΜΑΣ;

Έρευνες όπως εκείνη του Κράιστσερτς δείχνουν πως η ψυχογενής βουλιμία αποτελεί πιο συχνό φαινόμενο στις μέρες μας απ' ότι παλαιότερα. Η πραγματικότητα αυτή προκαλεί ένα εύλογο ερώτημα : Τα προβλήματα βουλιμίας αποκτούν όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις; Οι μόνες πληροφορίες που έχουμε αφορούν τα ποσοστά της ψυχογενούς βουλιμίας των τελευταίων δεκαετιών . Μια μεγάλη έρευνα που έγινε σε δίδυμες γυναίκες βάσει των μητρώων των δίδυμων κοριτσιών της Βιρτζίνια έδειξε πως εκείνες που είχαν γεννηθεί από το 1960κι έπειτα είχαν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν ιστορικό ψυχογενούς βουλιμίας, εκείνες που είχαν γεννηθεί μεταξύ 1950 και 1959 κινδύνευαν λιγότερο, ενώ εκείνες που είχαν γεννηθεί πριν το 1950 είχαν ελάχιστη πιθανότητα να παρουσιάσουν τη διαταραχή.

Επίσης τα τελευταία χρόνια, οι γιατροί συναντούν ολοένα και περισσότερες περιπτώσεις ψυχογενούς βουλιμίας. Θεραπευτές από τόσο μακρινά μεταξύ τους μέρη όπως η Νέα Ζηλανδία το Ηνωμένο Βασίλειο και ο Καναδάς έχουν παρατηρήσει μία δραματική αύξηση στον αριθμό των ατόμων που σπεύδουν για θεραπεία βουλιμίας. Έτσι, ενώ η ψυχογενής βουλιμία ήταν ένα σχετικά σπάνιο φαινόμενο στη δεκαετία του '70, σήμερα αποτελεί πια συνήθη αιτία ιατρικής βοήθειας.

Ανάμεσα στο 1990 και στο 1998, οι ψυχίατροι διέκριναν μία αύξηση στο ετήσιο ποσοστό παραπομπών (από έξι έφτασαν στις σαράντα τέσσερις περιπτώσεις) ανά 100.000 νεαρές γυναίκες του τοπικού πληθυσμού. Μία παρόμοια απότομη αύξηση παρατηρήθηκε και στο Λονδίνο. Κάτι ανάλογο συνέβη και σε ένα μεγάλο κέντρο διαταραχών πρόσληψης τροφής του Τορόντο .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΔΕΚΑΤΟ

Στατιστική μελέτη

11.1 ΜΕΘΟΔΟΣ – ΥΛΙΚΟ

Στην ενότητα αυτή θα ασχοληθούμε με την μεθοδολογική πορεία της έρευνας. Θα αναφερθούμε σε πληροφορίες σχετικές με την πορεία της διεξαγωγής της έρευνας, όπως επιλογή του δείγματος, συλλογή του ερευνητικού υλικού και την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων, δηλαδή στο δείγμα, τη συλλογή του ερευνητικού υλικού και τη στατιστική επεξεργασία. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας μη πιθανότητας και συγκεκριμένα με τη δειγματοληψία της ευκολίας.

Σε δείγμα αναφέρουμε 320 υποκείμενα , εκ των οποίων, τα 200 είναι κορίτσια στην περίοδο της εφηβείας (15-18 ετών), και τα 120 είναι γυναίκες κατά την περίοδο της μέσης ηλικίας (45-60 ετών).

Η έρευνα διεξήχθη σε πόλη (Ηράκλειο) και επαρχία (Αρχάνες), με ίση κατανομή των ερωτηματολογίων . Δόθηκαν λοιπόν στην πόλη 100 ερωτηματολόγια, που αφορούν τα κορίτσια κατά την περίοδο της εφηβείας και άλλα 100 στην επαρχία (που φοιτούν από Γ τάξη Γυμνασίου έως και Γ τάξη Λυκείου).

Η κατανομή των ερωτηματολογίων όσον αφορά την πόλη έγινε ως εξής :

- Γυμνάσιο & Λύκειο «Τάλως» Ηρακλείου , 30 ερωτηματολόγια
- 4^ο Γυμνάσιο & Λύκειο Ηρακλείου 33 ερωτηματολόγια
- Γυμνάσιο & Λύκειο Γαζίου , 37 ερωτηματολόγια

Όσον αφορά την επαρχία δόθηκαν άλλα 100 ερωτηματολόγια στο Γυμνάσιο και Λύκειο Αρχανών.

Προκειμένου να διερευνήσουμε την εμφάνιση βουλιμίας σε γυναίκες μέσης ηλικίας επιλέξαμε 60 γυναίκες που κατοικούν στο Ηράκλειο , από 45-60 ετών και 60 γυναίκες που κατοικούν στις Αρχάνες της ίδιας ηλικίας και τους ζητήσαμε να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια.

Τονίστηκε σ' όλες τις ερωτηθείσες ότι τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και ότι επρόκειτο καθαρά για μία έρευνα πτυχιακής εργασίας.

Κατά την διεκπεραίωση της έρευνας παρατηρήσαμε ότι τα έφηβα κορίτσια δεν αντιμετώπισαν με την ανάλογη σοβαρότητα τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Όμως, αφού τους γνωστοποιήσαμε τη συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου ανά τον κόσμο και τους εξηγήσαμε ότι επιθυμούμε να εξετάσουμε το αν εμφανίζεται ή όχι και στη δική μας κοινωνία έδειξαν περισσότερο ενδιαφέρον.

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για την έρευνα εμφανίζονται παρακάτω.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Το ερωτηματολόγιο που σας δίνεται είναι εμπιστευτικό και ανώνυμο. Σκοπός μας είναι η διερεύνηση των διατροφικών διαταραχών των εφήβων, για την εκπόνηση πτυχιακής εργασίας, φοιτητριών του τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

Έτος γέννησης:

Ύψος:

Ηλικία:

Βάρος:

Τόπος κατοικίας:

Ενδιαφέροντα:

Οικογενειακή Κατάσταση :

1. Σας είναι γνωστός ο όρος βουλιμία;

Αν ΝΑΙ από πού ;

Τηλεόραση

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Οικογενειακό περιβάλλον

Σχολείο

Φίλους

Ιατρούς

Περιοδικά / εφημερίδες

2. Τι είναι βουλιμία;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν Ναι πού;

Αρρώστια

Φυσιολογική κατάσταση

Παχυσαρκία

Τίποτα ιδιαίτερο

Δεν γνωρίζω

3. Πιστεύετε ότι έχετε συμπτώματα βουλιμίας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

4. Ανησυχώ υπερβολικά μήπως πάρω κιλά.

ΝΑΙ

ΟΧΙ

5. Κάνω συχνά δίαιτα ή αισθάνομαι έντονα την ανάγκη αυτή.

ΝΑΙ

ΟΧΙ

6. Δε νιώθω πολύ καλά με τον εαυτό μου όταν παίρνω κιλά.

ΝΑΙ

ΟΧΙ

7. Η διάθεσή μου εξαρτάται σε υπερβολικό βαθμό από το βάρος μου. Έτσι , εάν πάρω μερικά κιλά αισθάνομαι:

Θλίψη

Απογοήτευση

Νευρικότητα

Τίποτα

8. Μετά από ένα πολύ μεγάλο γεύμα έμεινα την επόμενη μέρα εντελώς νηστικός – ή (προκειμένου να αντισταθμίσετε το λάθος).

ΝΑΙ

ΟΧΙ

9. Το φαγητό αποτελεί ένα είδος παρηγοριάς για εμένα

ΝΑΙ

ΟΧΙ

10. Είμαι απογοητευμένος –η από το μέγεθος και το σχήμα του σώματός μου.	NAI	OXI
11. Εάν πάρω ένα – δύο κιλά αισθάνομαι ότι θα χάσω τον έλεγχο και θα συνεχίσω να παίρνω βάρος χωρίς να μπορώ να σταματήσω.	NAI	OXI
12. Κατά τη διάρκεια της ημέρας σκέφτομαι αρκετά συχνά τι θα φάω και πότε .	NAI	OXI
13. Προσπαθώ με διάφορους τρόπους να «κρύψω» το πόσο πολύ τρώω.	NAI	OXI
14. Πολλές φορές σκέφτομαι να προκαλέσω εμετό.	NAI	OXI
15. Πολλές φορές έχω προκαλέσει εμετό.	NAI	OXI
16. Αισθάνομαι ενοχές και ανυπόφορες τύψεις όταν τρώω απαγορευμένες και παχυντικές τροφές .	NAI	OXI
17. Συνεχίζω να τρώω ακόμα κι όταν νιώθω χορτάτος χορτάτη .	NAI	OXI
18. Κάποιες φορές τρώω μέχρι να «σκάσω».	NAI	OXI
19. Αφού έχω φάει, χρησιμοποιώ διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα (όπως διουρητικά ή καθαρτικά)	NAI	OXI
20. Μετά το φαγητό, συχνά καταφεύγω σε «εξοντωτικές» ασκήσεις, προκειμένου να μην πάρω κιλά.	NAI	OXI
21. Αισθάνομαι ότι βρίσκομαι σε μόνιμο διαφορετικό περιορισμό	NAI	OXI

22. Τι πιστεύετε ότι σας οδηγεί συχνά σε επεισόδια ανεξέλεγκτης υπερφαγίας;

- Άγχος
- Μοναξιά / πλήξη
- Επιθυμία να φάτε κάτι
- Οικογενειακή Προβλήματα
- Εργασιακά Προβλήματα
- Επιθυμία για συγκεκριμένες τροφές
- Παραβίαση διαιτητικού κανόνα
- Δεν ξέρω
- Άλλο (περιγράψτε τι)_____

23. Πιστεύετε ότι αντιμετωπίζετε πρόβλημα με το βάρος σας; **NAI** **OXI**

Αν ΝΑΙ που θα απευθυνόσασταν ;

- Ιατρό
- Διαιτολόγο
- Κέντρο Αδυνατίσματος
- Γυμναστήριο

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας!!!

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Το ερωτηματολόγιο που σας δίνεται είναι εμπιστευτικό και ανώνυμο. Σκοπός μας είναι η διερεύνηση των διατροφικών διαταραχών στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της μέσης ηλικίας, για την εκπόνηση πτυχιακής εργασίας, φοιτητριών του τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

Έτος γέννησης:

Ύψος:

Ημερομηνία τελευταίας εμμήνου ρύσεως:

Επάγγελμα :

Τόπος κατοικίας:

Ενδιαφέροντα:

Οικογενειακή Κατάσταση :

- | | | |
|--|------------|------------|
| 1. Ξέρετε τι είναι η βουλιμία; | NAI | OXI |
| Αν ΝΑΙ τι; | | |
| <input type="checkbox"/> Παθολογική Κατάσταση | | |
| <input type="checkbox"/> Κάτι Παροδικό | | |
| <input type="checkbox"/> Φυσιολογική Κατάσταση | | |
| <input type="checkbox"/> Παχυσαρκία | | |
| 2. Εάν υποπτευόσασταν ότι είχατε βουλιμία θα απευθυνόσασταν κάπου; | NAI | OXI |
| Εάν Ναι πού; | | |
| <input type="checkbox"/> Διαιτολόγος | | |
| <input type="checkbox"/> Ιατρός | | |
| <input type="checkbox"/> Κέντρα αδυνατίσματος | | |
| <input type="checkbox"/> Γυμναστήριο | | |
| 3. Πιστεύετε ότι για τις διαταραχές στις διατροφικές σας συνήθειες φταίει η βουλιμία; | NAI | OXI |
| 4. Ανησυχώ υπερβολικά μήπως πάρω κιλά. | NAI | OXI |
| 5. Κάνω συχνά δίαιτα ή αισθάνομαι έντονα την ανάγκη αυτή. | NAI | OXI |
| 6. Δε νιώθω πολύ καλά με τον εαυτό μου όταν παίρνω κιλά. | NAI | OXI |
| 7. Το φαγητό αποτελεί ένα είδος παρηγοριάς για μένα. | NAI | OXI |
| 8. Είμαι απογοητευμένη από το μέγεθος και το σχήμα του σώματός μου. | NAI | OXI |
| 9. Μετά από ένα πολύ μεγάλο γεύμα έμεινα την επόμενη μέρα εντελώς νηστικός – ή (προκειμένου να αντισταθμίσετε το λάθος). | NAI | OXI |
| 10. Κατά τη διάρκεια της ημέρας σκέφτομαι αρκετά συχνά τι θα φάω και πότε . | NAI | OXI |
| 11. Τρώω με γρήγορο ρυθμό | NAI | OXI |
| 12. Συνεχίσω να τρώω ακόμα κι όταν νιώθω χορτάτη (λαίμαργα). | NAI | OXI |

13. Τρώω μεγάλες ποσότητες φαγητού χωρίς να υπάρχει σωματική πείνα.	ΝΑΙ	ΟΧΙ
14. Νιώθω ενοχές, κατάθλιψη ακόμη και αηδία με τον εαυτό μου, μετά το υπερφαγικό επεισόδιο.	ΝΑΙ	ΟΧΙ
15. Πολλές φορές σκέφτομαι να προκαλέσω έμετο.	ΝΑΙ	ΟΧΙ
16. Πολλές φορές έχω προκαλέσει έμετο.	ΝΑΙ	ΟΧΙ
17. Αφού έχω φάει, χρησιμοποιώ διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα (όπως διουρητικά ή καθαρτικά).	ΝΑΙ	ΟΧΙ
18. Αφού έχω φάει, καταφεύγω σε εξοντωτική φυσική άσκηση προκειμένου να μην πάρω κιλά .	ΝΑΙ	ΟΧΙ
19. Αισθάνομαι ότι βρίσκομαι σε μόνιμο διατροφικό περιορισμό.	ΝΑΙ	ΟΧΙ
20. Πιστεύετε ότι έχουν αλλάξει οι διατροφικές σας συνήθειες μετά την εμμηνόπαυση;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν Ναι τι αλλαγές παρατηρείτε _____		

21. Τι πιστεύετε ότι σας οδηγεί συχνά σε επεισόδια ανεξέλεγκτης υπερφαγίας;

- Άγχος
- Μοναξιά / πλήξη
- Επιθυμία να φάτε κάτι
- Οικογενειακή Προβλήματα
- Εργασιακά Προβλήματα
- Επιθυμία για συγκεκριμένες τροφές
- Παραβίαση διαιτητικού κανόνα
- Δεν ξέρω
- Άλλο (περιγράψτε τι) _____

22. Υπήρξατε ποτέ πριν παχύσαρκη;

Αν ΝΑΙ πότε;

- 15-25
- 25-35
- 34-45

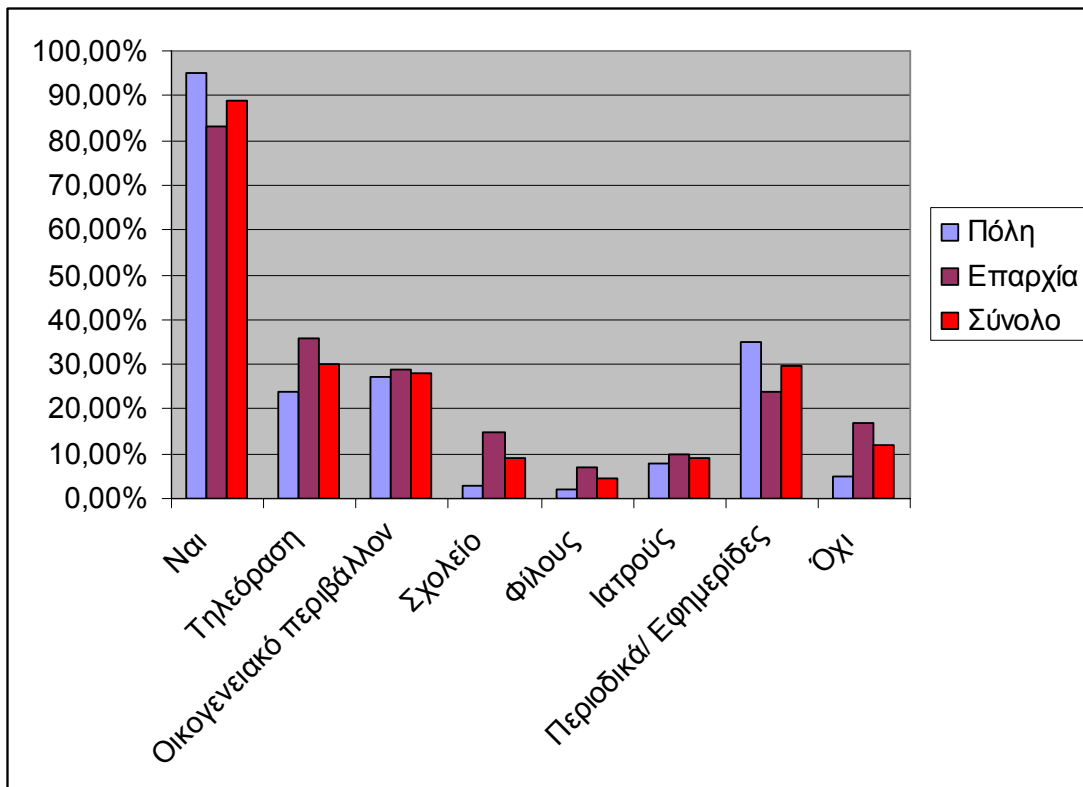
ΝΑΙ ΟΧΙ

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας!!!

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΦΗΒΩΝ

1. Σας είναι γνωστός ο όρος βουλιμία;

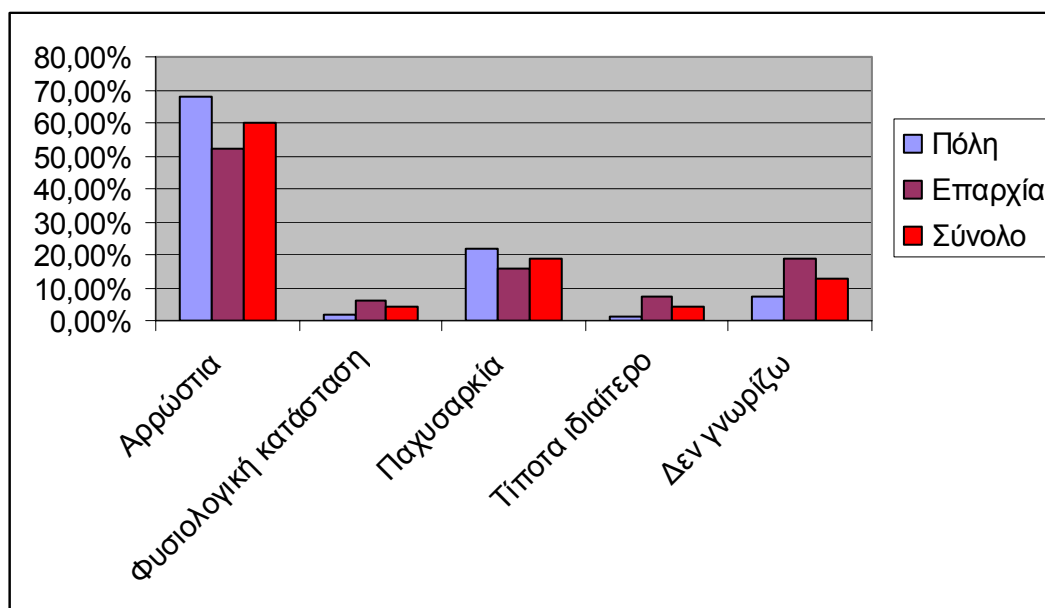
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	95,00%	83,00%	89,00%
Τηλεόραση	24,00%	36,00%	30,00%
Οικογενειακό περιβάλλον	27,00%	29,00%	28,00%
Σχολείο	3,00%	15,00%	9,00%
Φίλους	2,00%	7,00%	4,50%
Ιατρούς	8,00%	10,00%	9,00%
Περιοδικά/ Εφημερίδες	35,00%	24,00%	29,50%
Όχι	5,00%	17,00%	12,00%



Η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε ότι γνωρίζει την έννοια του όρου «βουλιμία». Στο δείγμα του πληθυσμού της επαρχίας το 83% απάντησε θετικά, ενώ στην επαρχία το ποσοστό στην ίδια ερώτηση ήταν 95%. Όσον αφορά τον τρόπο ενημέρωσης δόθηκαν περισσότερες από μία απαντήσεις. Τόσο στην πόλη όσο και στην επαρχία φαίνεται να υπάρχει μεγαλύτερη ενημέρωση από τα ΜΜΕ και το οικογενειακό περιβάλλον, σε αντίθεση με το ποσοστό ενημέρωσης από το σχολείο, γιατρούς και φίλους.

2. Τι είναι βουλιμία

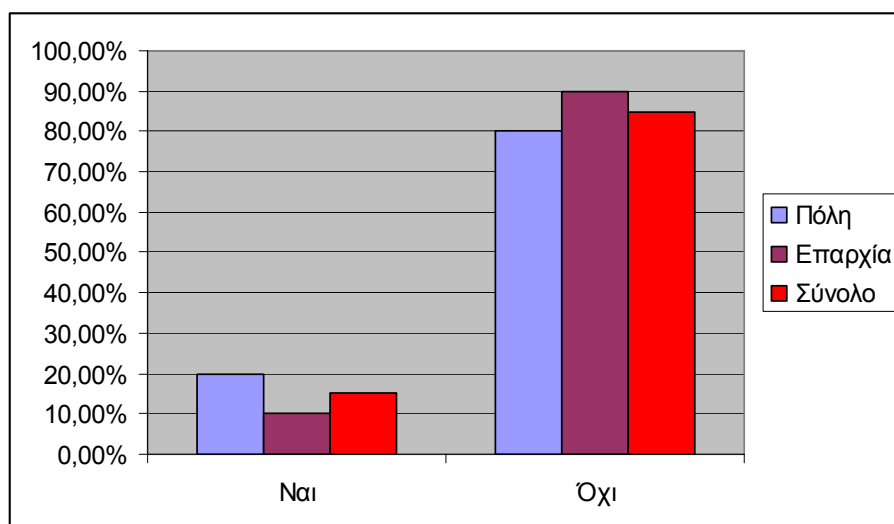
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Αρρώστια	68,00%	52,00%	60,00%
Φυσιολογική κατάσταση	2,00%	6,00%	4,00%
Παχυσαρκία	22,00%	16,00%	19,00%
Τίποτα ιδιαίτερο	1,00%	7,00%	4,00%
Δεν γνωρίζω	7,00%	19,00%	13,00%



Παρόλο που το μεγαλύτερο ποσοστό πιστεύει, ότι η βουλιμία είναι ασθένεια ή παχυσαρκία, παρατηρείται μια σημαντική διαφορά ανάμεσα στον πληθυσμό της πόλης και της επαρχίας. Δηλαδή, το 6% του δείγματος της επαρχίας υποστηρίζει ότι η βουλιμία είναι μία «φυσιολογική κατάσταση» και το 7% «τίποτα ιδιαίτερο» σε αντίθεση με το δείγμα της πόλης όπου τα ποσοστά είναι 2% και 1% αντίστοιχα.

3. Πιστεύετε ότι έχετε συμπτώματα βουλιμίας;

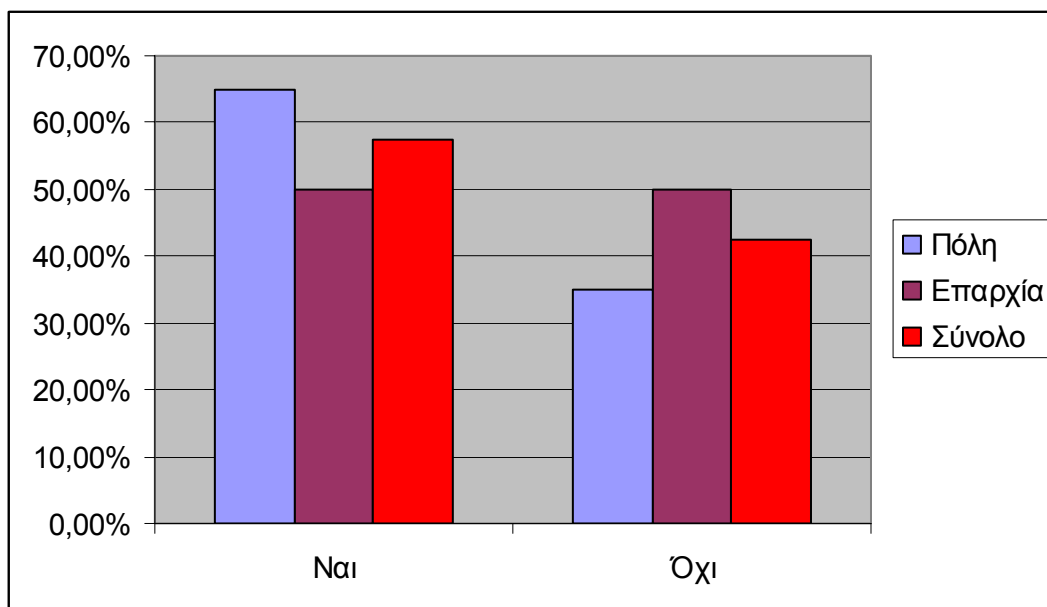
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	20,00%	10,00%	15,00%
Όχι	80,00%	90,00%	85,00%



Σ' αυτήν την ερώτηση το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε αρνητικά τόσο στην πόλη με 80% όσο και στην επαρχία με 90%.

4. Ανησυχείτε μήπως πάρετε κιλά ;

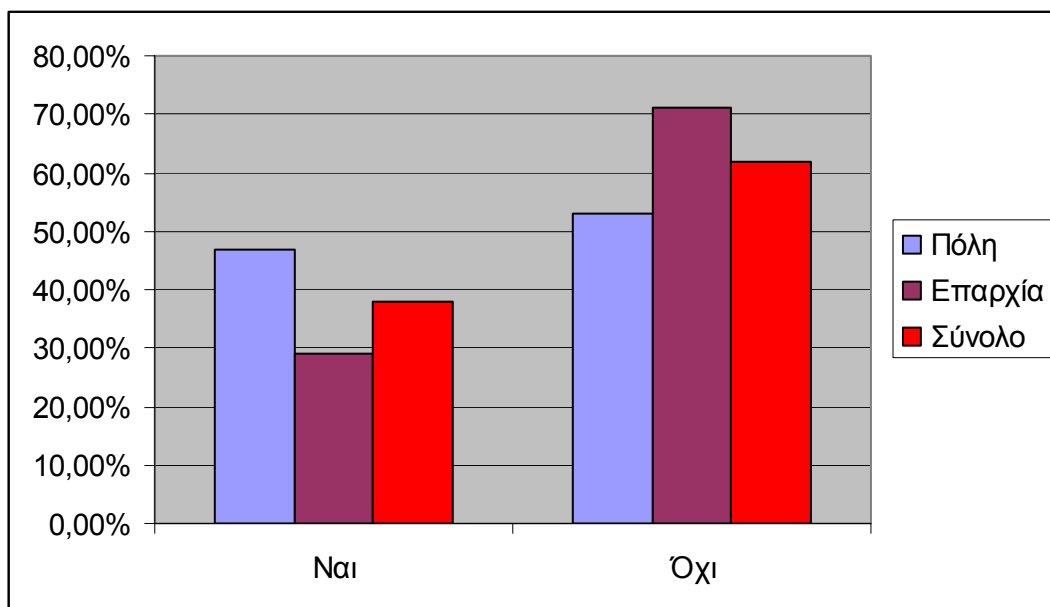
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	65,00%	50,00%	57,50%
Όχι	35,00%	50,00%	42,50%



Το 65% των κοριτσιών , που ζουν στην πόλη, ανησυχούν υπερβολικά μήπως πάρουν κιλά, ενώ για τα κορίτσια , που ζουν στην επαρχία το ποσοστό αυτό είναι μόλις το 50%.

5. Κάνω συχνά δίαιτα ή αισθάνομαι έντονα την ανάγκη αυτή .

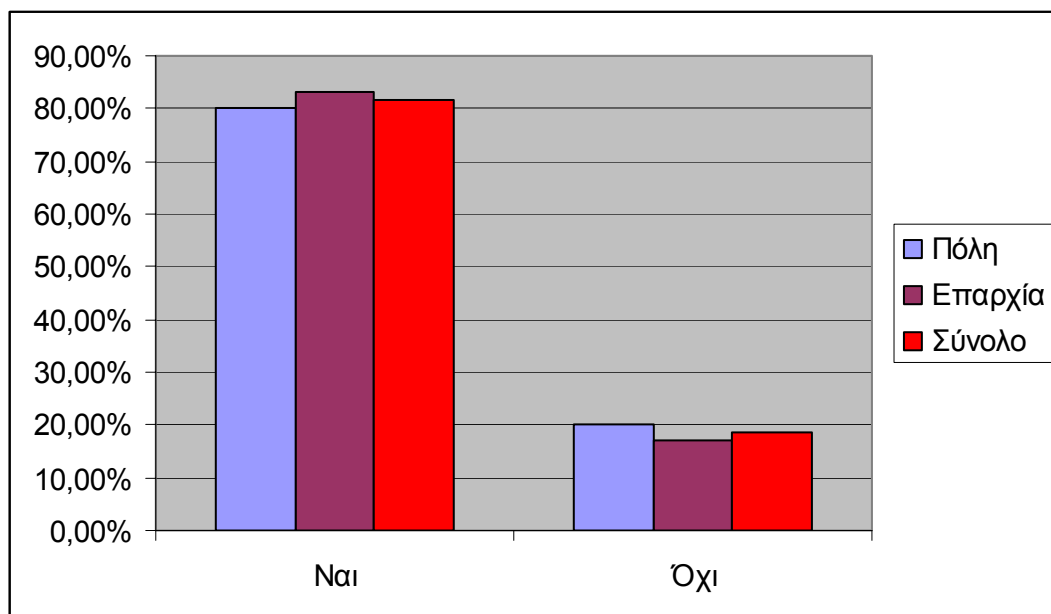
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	47,00%	29,00%	38,00%
Όχι	53,00%	71,00%	62,00%



Τα κορίτσια , που ζουν στην πόλη , κάνουν συχνά δίαιτα ή αισθάνονται έντονα την ανάγκη αυτή σε ποσοστό 47% , ενώ για την επαρχία , το ποσοστό αυτό είναι 29%.

6. Δεν νιώθω πολύ καλά με τον εαυτό μου όταν παίρνω κιλά .

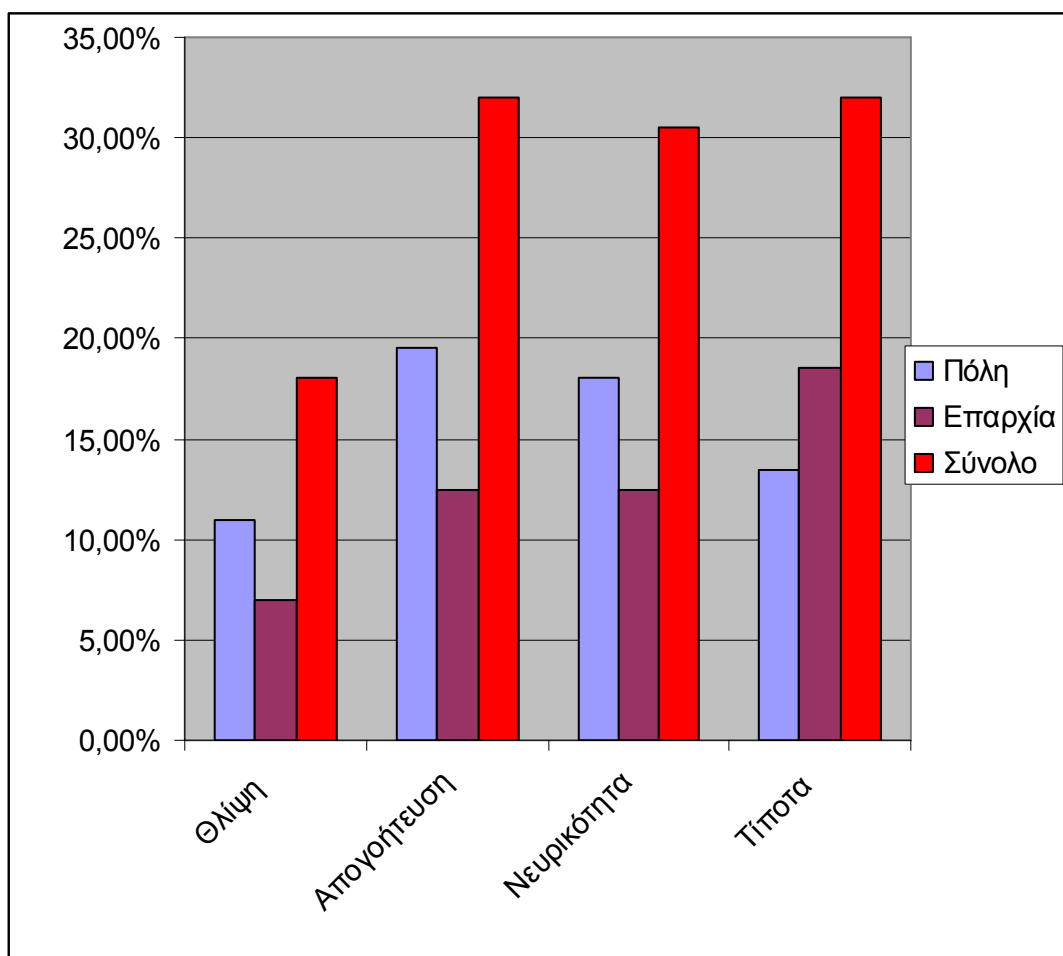
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	80,00%	83,00%	81,50%
Όχι	20,00%	17,00%	18,50%



Η πλειοψηφία των κοριτσιών απάντησε , ότι δε νιώθει καλά με τον εαυτό του, όταν παίρνει κιλά, με το ποσοστό στην πόλη να φτάνει το 80% και στην επαρχία το 83%.

7. Η διάθεση μου εξαρτάται σε υπερβολικό βαθμό από το βάρος μου. Έτσι εάν πάρω μερικά κιλά αισθάνομαι : Θλίψη / απογοήτευση / νευρικότητα / τίποτα.

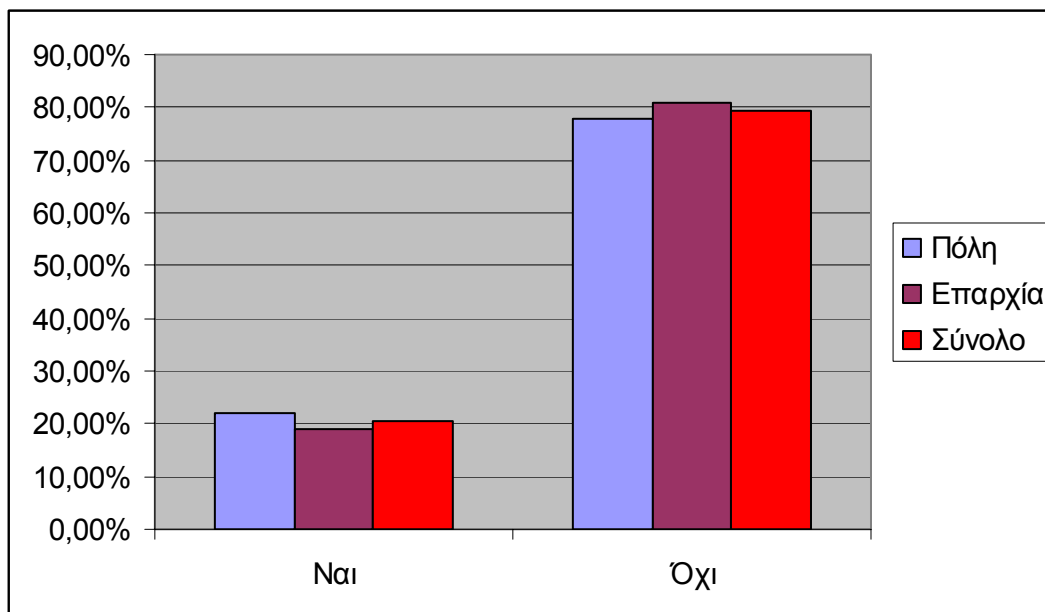
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Θλίψη	11,00%	7,00%	18,00%
Απογοήτευση	19,50%	12,50%	32,00%
Νευρικότητα	18,00%	12,50%	30,50%
Τίποτα	13,50%	18,50%	32,00%



Σε αυτήν την ερώτηση δόθηκαν περισσότερες από μία απαντήσεις. Παρατηρείται, η διάθεση των κοριτσιών, που κατοικούν στην επαρχία δεν επηρεάζεται υπερβολικά από το βάρος τους σε ποσοστό 37%. Αντίθετα, τα κορίτσια που ζουν στην πόλη νιώθουν απογοήτευση σε ποσοστό 39% και νευρικότητα σε ποσοστό 36% όταν παίρνουν μερικά κιλά.

8. Μετά από ένα πολύ μεγάλο γεύμα έμεινα την επόμενη μέρα εντελώς νηστική (προκειμένου να αντισταθμίσετε το λάθος)

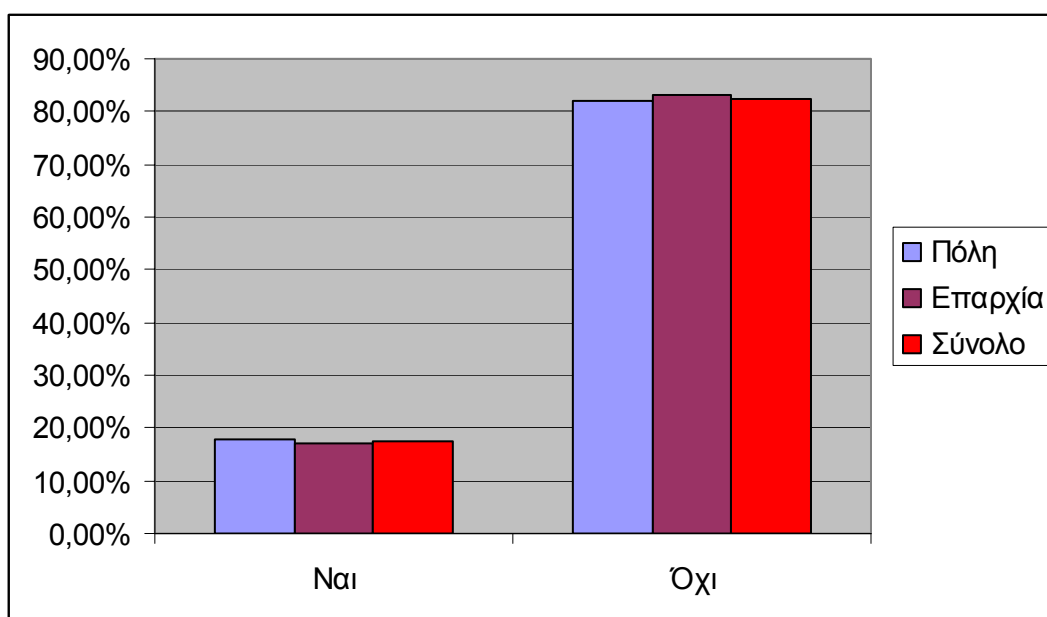
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	22,00%	19,00%	20,50%
Όχι	78,00%	81,00%	79,50%



Το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων ήταν αρνητικό σ' αυτήν την ερώτηση . Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε , ότι στην επαρχία απάντησε το 81% αρνητικά και στην πόλη το 78%.

9. Το φαγητό αποτελεί ένα είδος παρηγοριάς για εμένα .

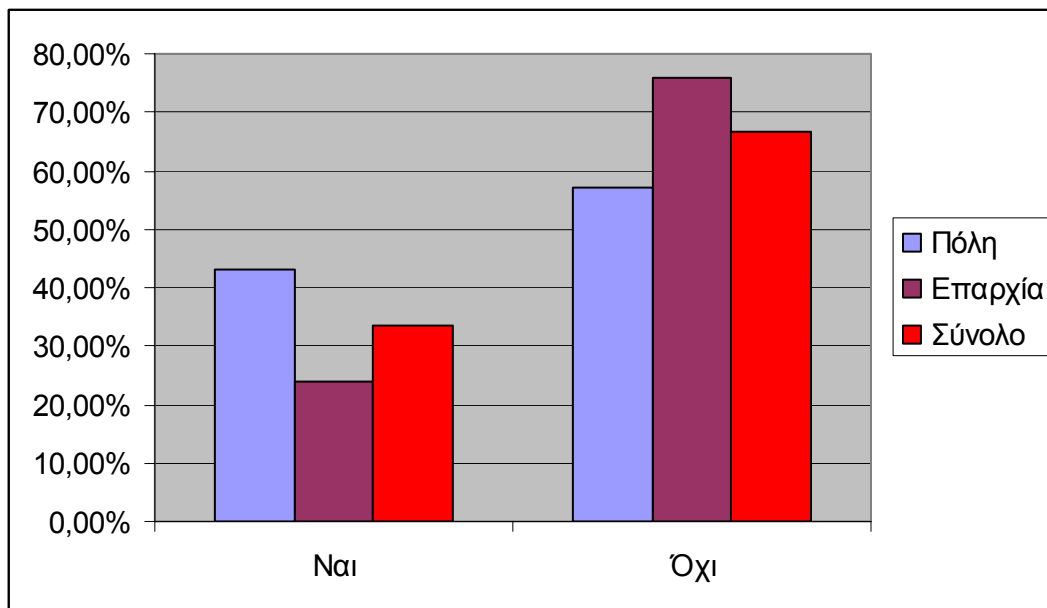
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	18,00%	17,00%	17,50%
Όχι	82,00%	83,00%	82,50%



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε ότι το φαγητό δεν αποτελεί ένα είδος παρηγοριάς γι' αυτές . Το ποσοστό για την πόλη ήταν 82% , ενώ για την επαρχία ήταν 83%.

10. Είμαι απογοητευμένη από το μέγεθος και το σχήμα του σώματος μου.

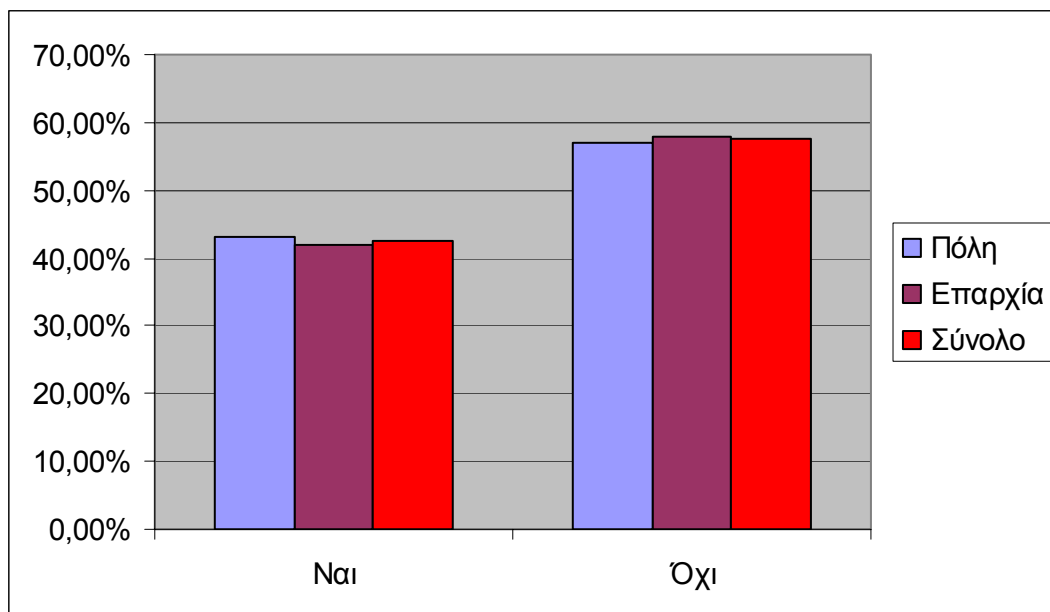
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	43,00%	24,00%	33,50%
Όχι	57,00%	76,00%	66,50%



Παρόλο που ο μεγαλύτερος αριθμός των απαντήσεων ήταν αρνητικός 66,5% αξίζει να σημειωθεί ότι τα κορίτσια που μένουν στην πόλη δηλώνουν περισσότερο απογοητευμένα με το σώμα τους 43% , απ' ότι στην επαρχία 24%.

11. Εάν πάρω ένα – δύο κιλά αισθάνομαι ότι θα χάσω τον έλεγχο και θα συνεχίσω να παίρνω βάρος χωρίς να μπορώ να σταματήσω .

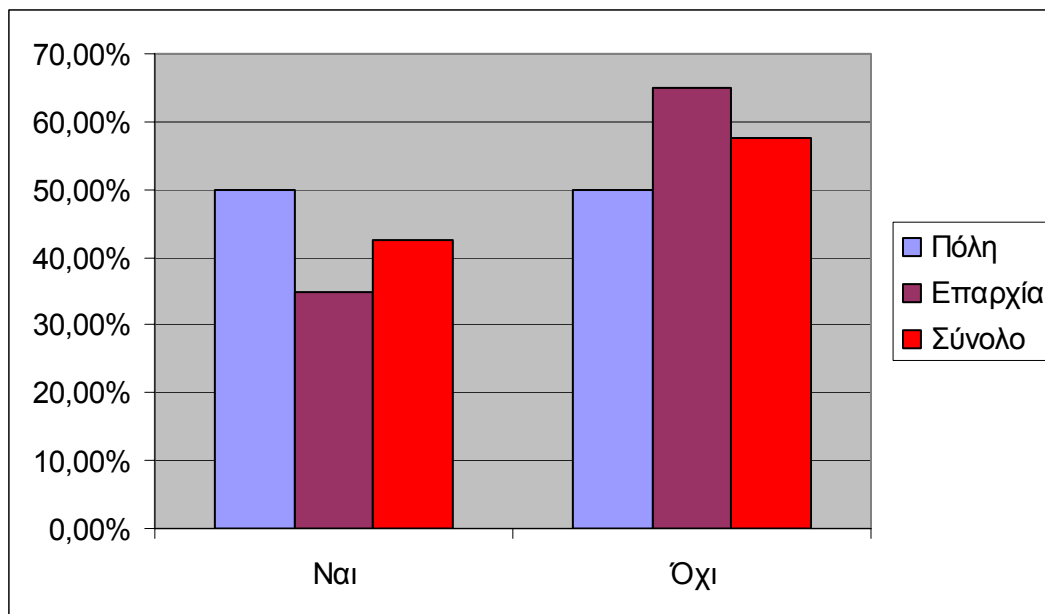
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	43,00%	42,00%	42,50%
Όχι	57,00%	58,00%	57,50%



Όσον αφορά την ερώτηση αυτή το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων κοριτσιών απάντησε αρνητικά χωρίς να παρατηρείται ιδιαίτερη διαφορά στα ποσοστά πόλης 57% και επαρχίας 58%.

12. Κατά τη διάρκεια της ημέρας σκέφτομαι αρκετά συχνά τι θα φάω και πότε.

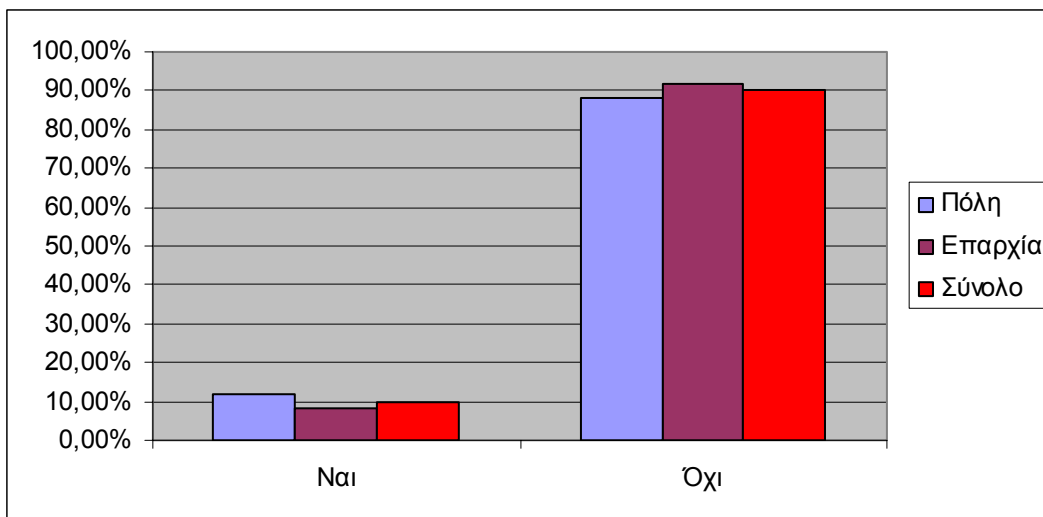
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	50,00%	35,00%	42,50%
Όχι	50,00%	65,00%	57,50%



Οι περισσότερες απαντήσεις που δόθηκαν ήταν αρνητικές. Αξίζει να αναφερθεί ότι στην επαρχία παρατηρήθηκε μεγαλύτερο ποσοστό αρνητικών απαντήσεων , 65%, απ' ότι στην πόλη, 50%.

13. Προσπαθώ με διάφορους τρόπους να «κρύψω» το πόσο πολύ τρώω.

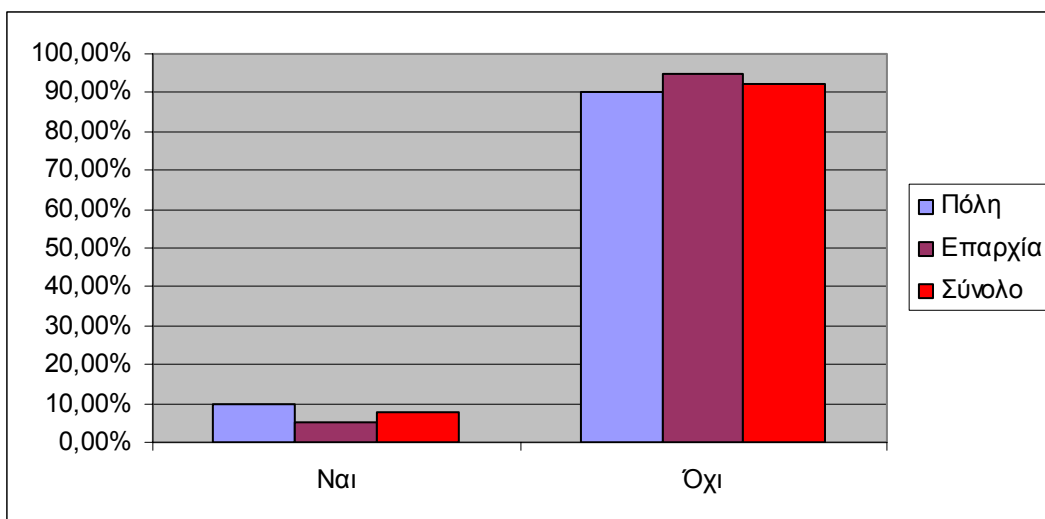
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	12,00%	8,00%	10,00%
Όχι	88,00%	92,00%	90,00%



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων κοριτσιών , απάντησε , ότι δεν προσπαθεί να κρύψει το πόσο πολύ τρώει, με το ποσοστό για τα κορίτσια της πόλης να φτάνει το 88% και για τα κορίτσια της επαρχίας το 92%.

14. Πολλές φορές σκέφτομαι να προκαλέσω έμετο.

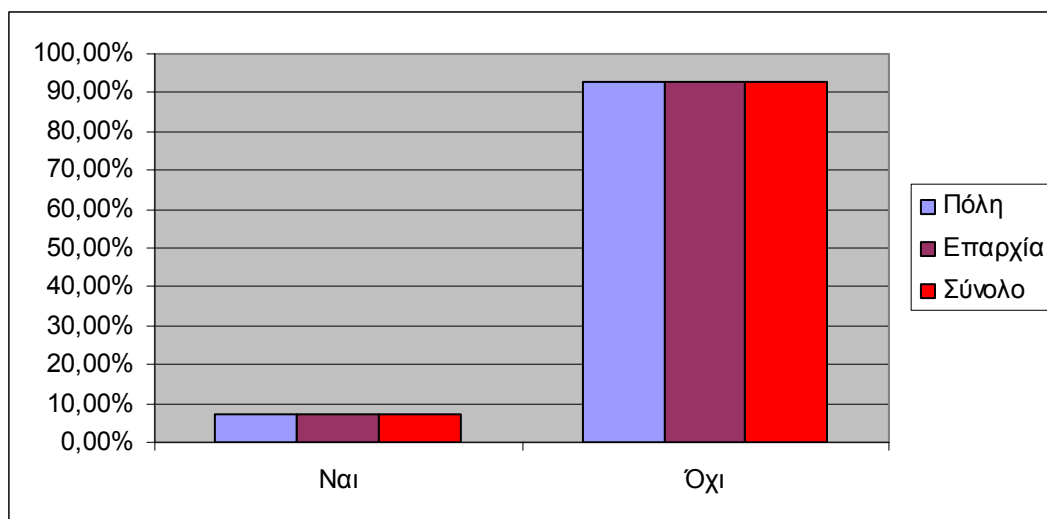
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	10,00%	5,00%	7,50%
Όχι	90,00%	95,00%	92,50%



Μόνο το 10% των κοριτσιών που κατοικούν στην πόλη, και το 5% των κοριτσιών που ζουν στην επαρχία έχουν σκεφτεί να προκαλέσουν έμετο.

15. Πολλές φορές έχω προκαλέσει έμετο.

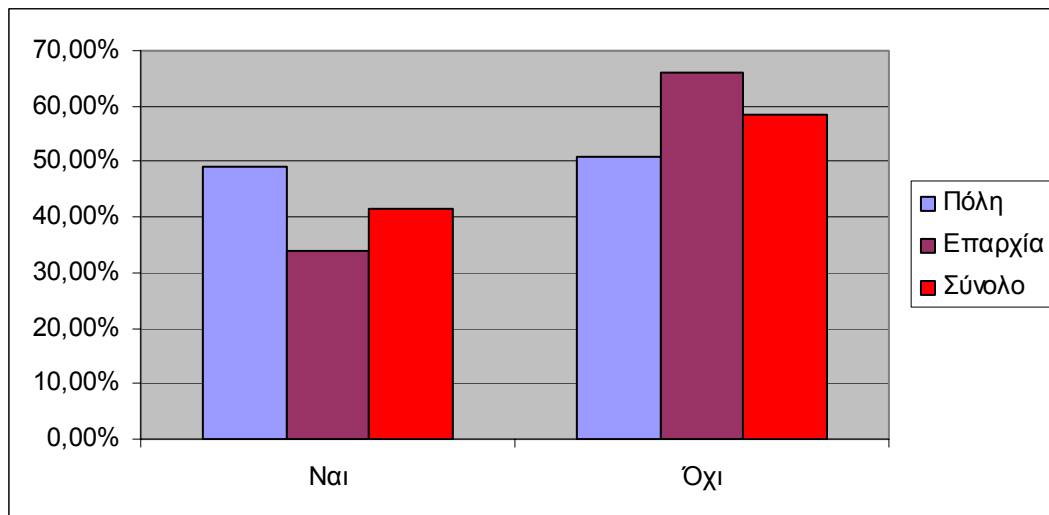
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	7,00%	7,00%	7,00%
Όχι	93,00%	93,00%	93,00%



Το ποσοστό των κοριτσιών που έχει απαντήσει θετικά σ' αυτήν την ερώτηση είναι πολύ μικρά , μόλις 7% τόσο στην πόλη , όσο και στην επαρχία.

16. Αισθάνομαι ενοχές και ανυπόφορες τύψεις όταν τρώω απαγορευμένες και παχυντικές τροφές.

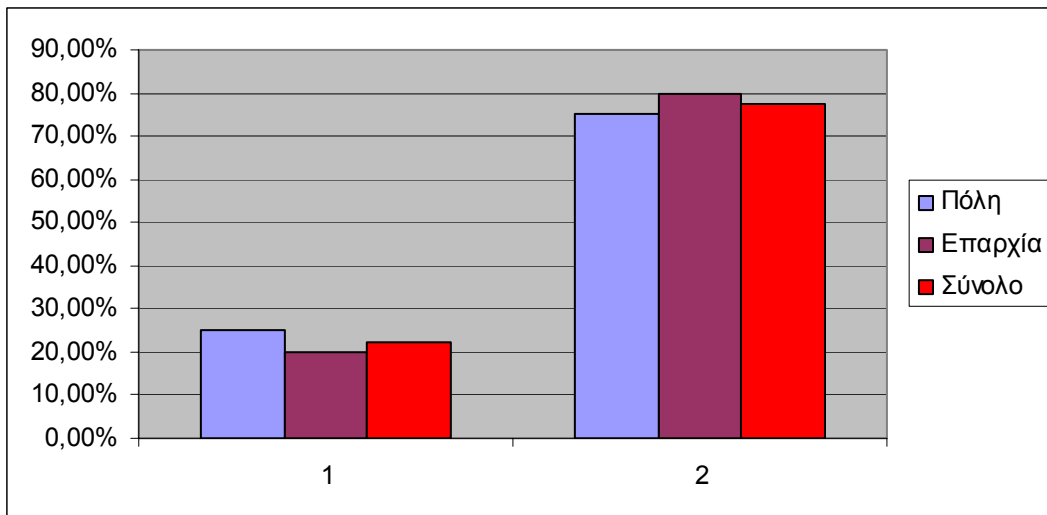
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	49,00%	34,00%	41,50%
Όχι	51,00%	66,00%	58,50%



Τα κορίτσια που κατοικούν στην πόλη σε ποσοστό 51% δεν νιώθουν ενοχές και τύψεις όταν τρώνε απαγορευμένες τροφές ενώ το ποσοστό αυτό για την επαρχία φτάνει το 66%.

17. Συνεχίζω να τρώω ακόμα κι όταν νιώθω χορτάτη (λαίμαργα).

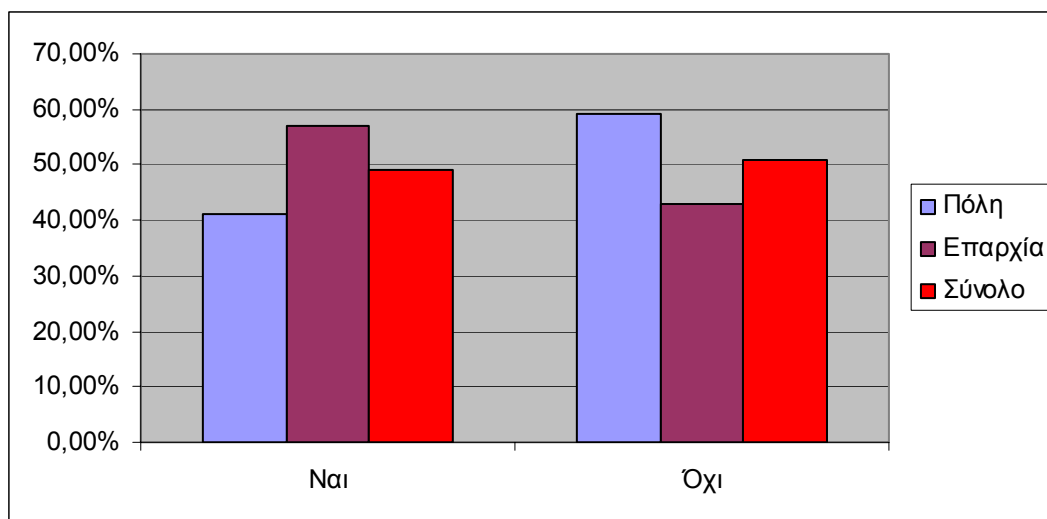
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	25,00%	20,00%	22,50%
Όχι	75,00%	80,00%	77,50%



Η πλειοψηφία των απαντήσεων σ' αυτήν την ερώτηση ήταν αρνητική τόσο στην πόλη, σε ποσοστό 75%, όσο και στην επαρχία, σε ποσοστό 80%.

18. Κάποιες φορές τρώω μέχρι να «σκάσω».

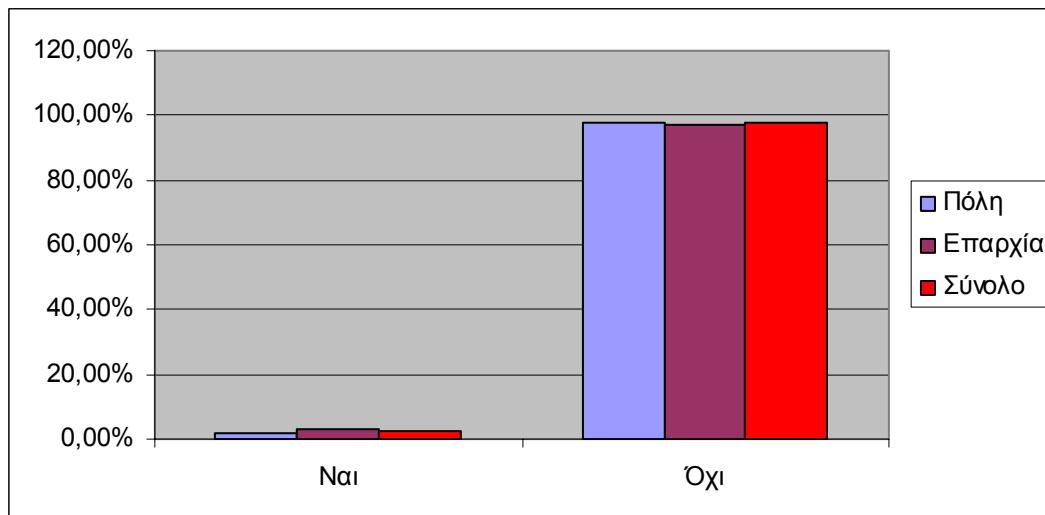
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	41,00%	57,00%	49,00%
Όχι	59,00%	43,00%	51,00%



Σ' αυτήν την ερώτηση , παρατηρείται, ότι τα κορίτσια που κατοικούν στην πόλη έχουν απαντήσει αρνητικά σε ποσοστό 59% ενώ τα κορίτσια , που κατοικούν στην επαρχία έχουν απαντήσει θετικά σε ποσοστό 57%.

19. Αφού έχω φάει, χρησιμοποιώ διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα (όπως διουρητικά ή καθαρτικά).

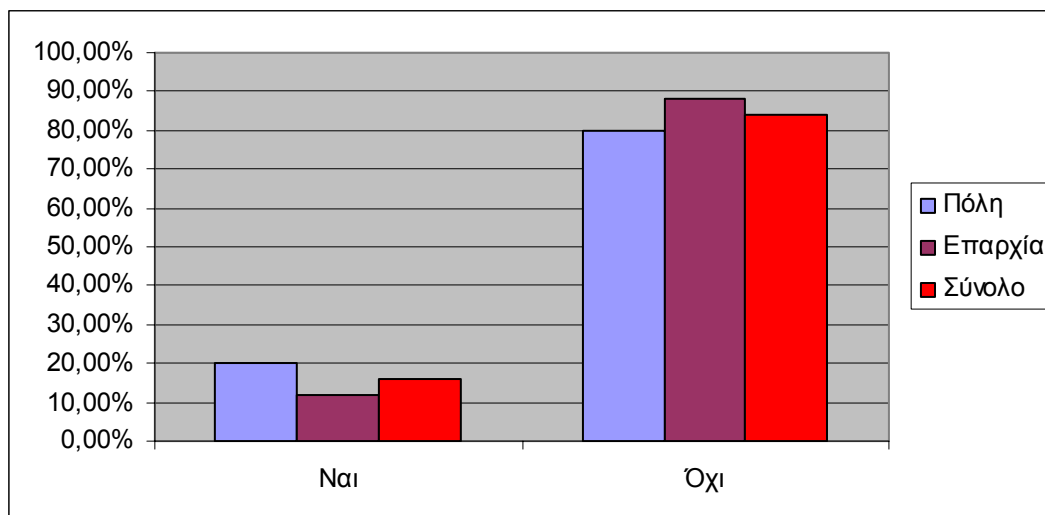
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	2,00%	3,00%	2,50%
Όχι	98,00%	97,00%	97,50%



Η πλειοψηφία των απαντήσεων ήταν αρνητική χωρίς να παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές στα ποσοστά, στην πόλη , 98% και στην επαρχία, 97%.

20. Μετά το φαγητό, συχνά καταφεύγω σε «εξοντωτικές» ασκήσεις, προκειμένου να μην πάρω κιλά .

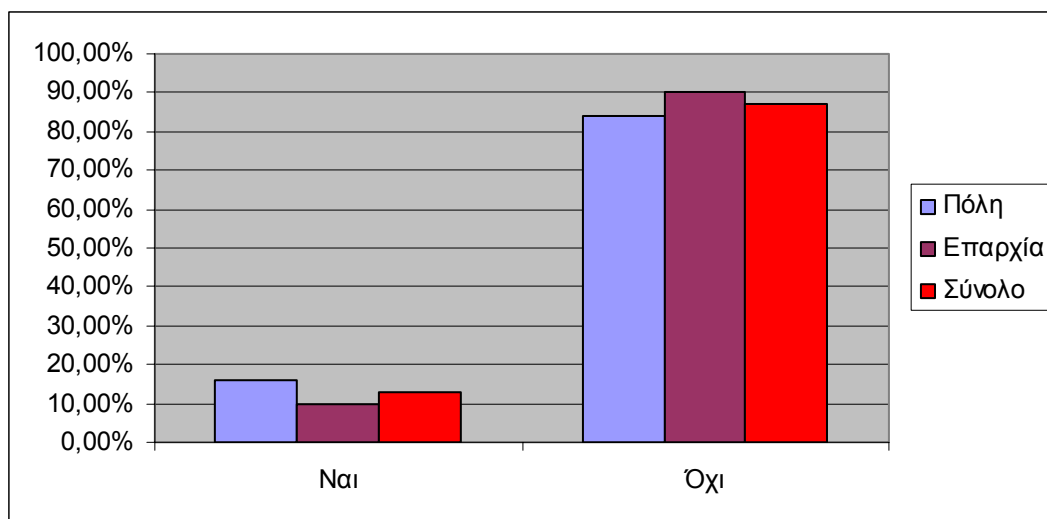
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	20,00%	12,00%	16,00%
Όχι	80,00%	88,00%	84,00%



Σ' αυτήν την ερώτηση ένα μικρό ποσοστό απάντησε θετικά έτσι, στην πόλη το ποσοστό ήταν 20% και στην επαρχία 12%.

21. Αισθάνομαι ότι βρίσκομαι σε μόνιμο διατροφικό περιορισμό.

	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	16,00%	10,00%	13,00%
Όχι	84,00%	90,00%	87,00%

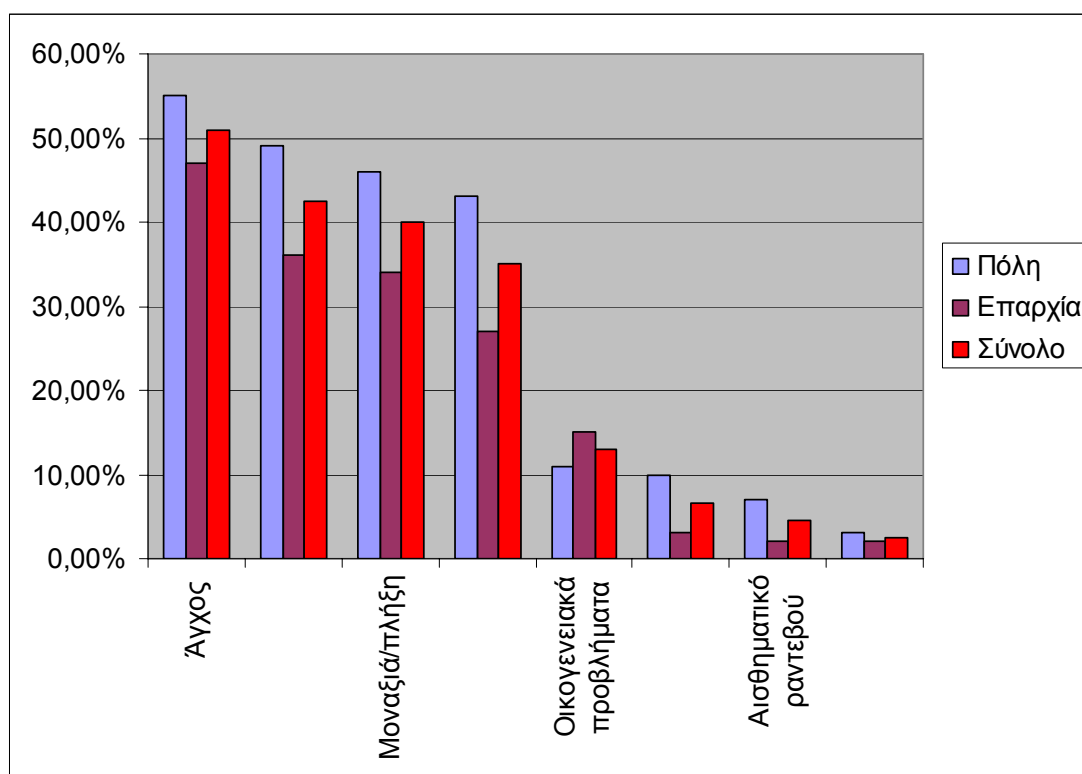


Το ποσοστό των κοριτσιών , που ζουν στην πόλη και αισθάνονται , ότι βρίσκονται σε μόνιμο διατροφικό περιορισμό είναι μόλις το 16% και των κοριτσιών , που ζουν στην επαρχία είναι 10%.

22. Τι πιστεύετε ότι σας οδηγεί συχνά σε επεισόδια υπερφαγίας;

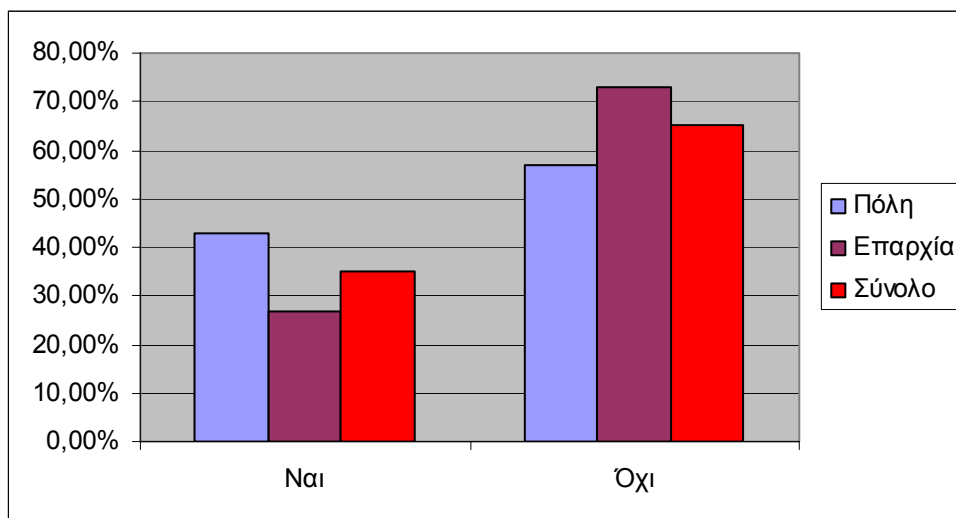
Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες, που οδηγούν συχνά σε επεισόδιο υπερφαγίας περιγράφησαν ως εξής:

	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Άγχος	55,00%	47,00%	51,00%
Έντονη επιθυμία μεγάλης κατανάλωσης τροφίμων πριν την έμμηνο ρύση	49,00%	36,00%	42,50%
Μοναξιά / πλήξη	46,00%	34,00%	40,00%
Εξεταστική περίοδος	43,00%	27,00%	35,00%
Οικογενειακά προβλήματα	11,00%	15,00%	13,00%
Δεν ξέρω / Δεν απαντώ	10,00%	3,00%	6,50%
Αισθηματικό ραντεβού	7,00%	2,00%	4,50%
Παραβίαση διαιτητικού κανόνα	3,00%	2,00%	2,50%

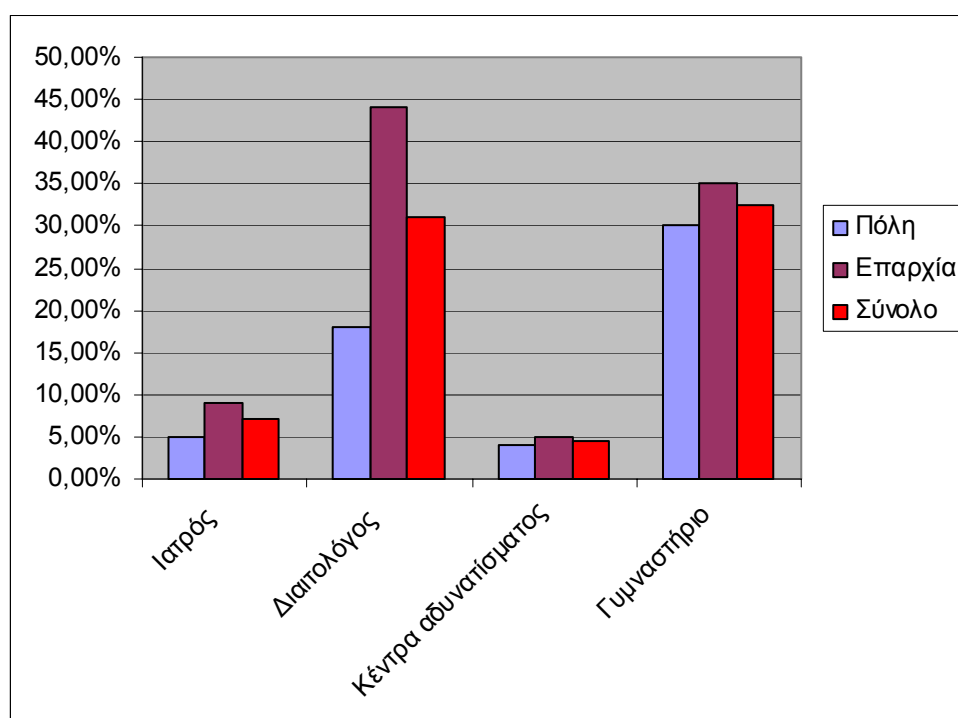


23. Πιστεύετε ότι αντιμετωπίζετε πρόβλημα με το βάρος σας; Αν ναι που θα απευθυνόσασταν ;

	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	43,00%	27,00%	35,00%
Όχι	57,00%	73,00%	65,00%



	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ιατρός	5,00%	9,00%	7,00%
Διαιτολόγος	18,00%	44,00%	31,00%
Κέντρα αδυνατίσματος	4,00%	5,00%	4,50%
Γυμναστήριο	30,00%	35,00%	32,50%

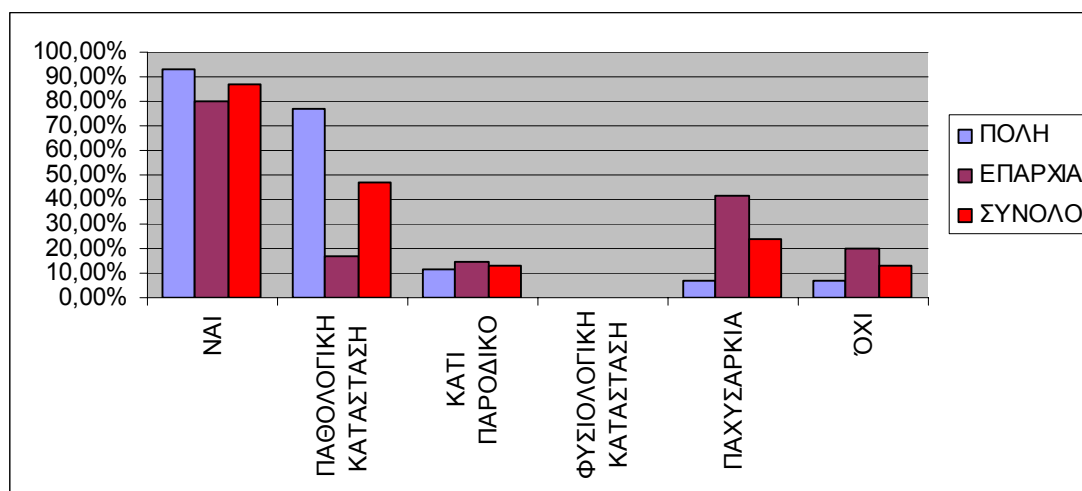


Τα κορίτσια, που κατοικούν στην πόλη, σε ποσοστό 43% πιστεύουν, ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα με το βάρος τους και για τη λύση αυτού του προβλήματος τα περισσότερα θα κατάφευγαν σε γυμναστήριο σε ποσοστό 30%. Από την άλλη πλευρά, το 27% των κοριτσιών, που κατοικούν στην επαρχία, πιστεύουν, ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα με το βάρος τους και γι' αυτό το λόγο θα κατέφευγαν σε διαιτολόγο, σε ποσοστό 44%.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

1 Ξέρετε τι είναι η βουλιμία;

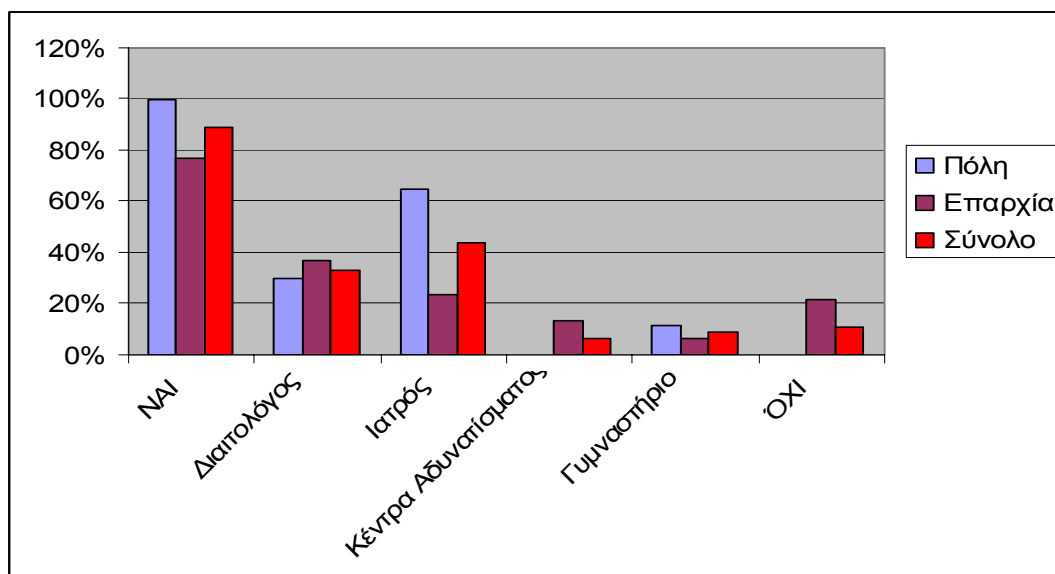
	ΠΟΛΗ	ΕΠΑΡΧΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	93,30%	80%	86,60%
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	76,60%	16,60%	46,60%
ΚΑΤΙ ΠΑΡΟΔΙΚΟ	11,60%	15%	13,30%
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ			0
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	6,60%	41,6%	24,10%
ΌΧΙ	6,60%	20%	13,30%



Η πλειοψηφία των γυναικών δήλωσε, ότι γνωρίζει τι είναι βουλιμία, στην πόλη σε ποσοστό 93,3% και στην επαρχία σε ποσοστό 80%. Καμία από τις γυναίκες που ερωτήθηκαν δεν απάντησε, ότι βουλιμία είναι μια φυσιολογική κατάσταση. Οι περισσότερες γυναίκες που κατοικούν στην πόλη πιστεύουν, ότι η βουλιμία είναι μια παθολογική κατάσταση σε ποσοστό 76,6%, ενώ οι περισσότερες γυναίκες, που κατοικούν στην επαρχία πιστεύουν, ότι η βουλιμία είναι παχυσαρκία σε ποσοστό 41,6%.

2 Εάν υποπτευόσασταν ότι είχατε βουλιμία θα απευθυνόσασταν κάπου;

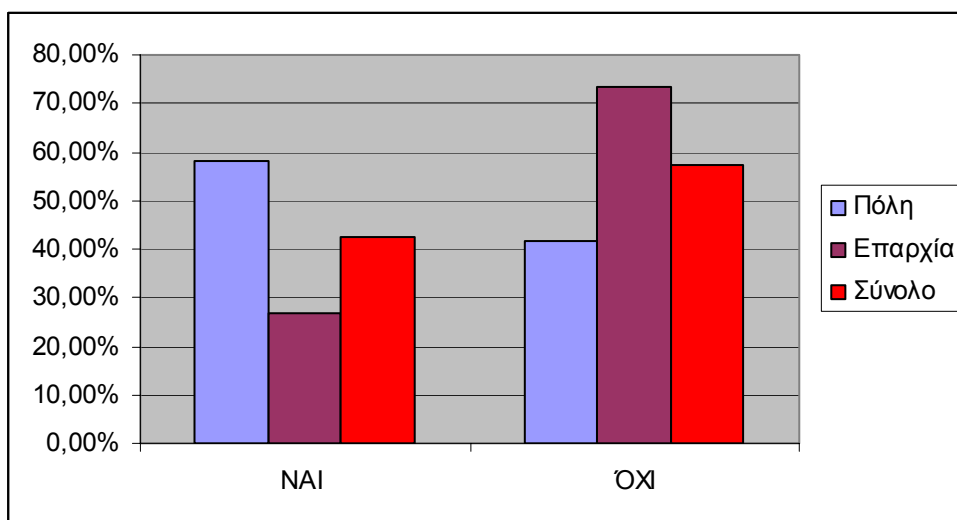
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	100%	76,60%	89,10%
Διαιτολόγος	30%	36,60%	33,30%
Ιατρός	65%	23,30%	44,10%
Κέντρα Αδυνατίσματος	0%	13,30%	6,60%
Γυμναστήριο	11,60%	6,60%	9,10%
ΟΧΙ	0%	21,60%	10,80%



Το 100% των γυναικών, που ζουν στην πόλη, δήλωσε, ότι θα απευθυνόταν κάπου, αν υποπτευόταν, ότι είχε βουλιμία. Οι περισσότερες απάντησαν, ότι θα απευθύνονταν σε γιατρό σε ποσοστό 65% ενώ το 30% θα απευθυνόταν σε διαιτολόγο. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες, που κατοικούν σε επαρχία, σε ποσοστό 76,6%, απάντησαν ότι θα απευθυνόταν κάπου αν είχαν βουλιμία, ενώ στην ερώτηση «που θα απευθύνονταν» απάντησαν σε διαιτολόγο σε ποσοστό 36,6% και σε γιατρό σε ποσοστό 23,3%

3 Πιστεύετε ότι για τις διαταραχές στις διατροφικές σας συνήθειες φταίει η βουλιμία;

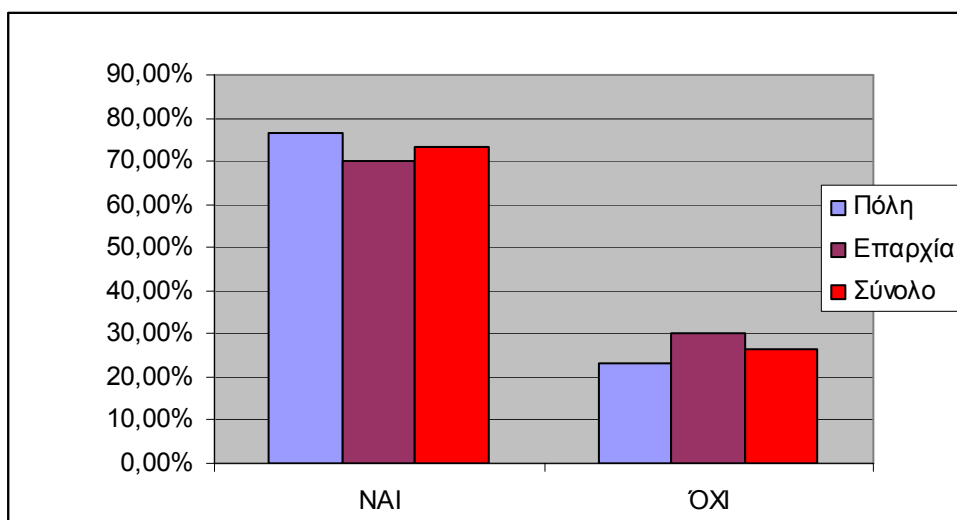
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	58,30%	26,60%	42,50%
ΌΧΙ	41,60%	73,30%	57,50%



Οι γυναίκες που ζουν στην πόλη, πιστεύουν, ότι για τις διατροφικές τους συνήθειες ευθύνεται η βουλιμία σε ποσοστό 58,3%, ενώ οι γυναίκες, που ζουν στην επαρχία, δεν συνδέουν τις διαταραχές στις διατροφικές τους συνήθειες με τη βουλιμία σε ποσοστό 73,3%.

4 Ανησυχώ υπερβολικά αν πάρω κιλά

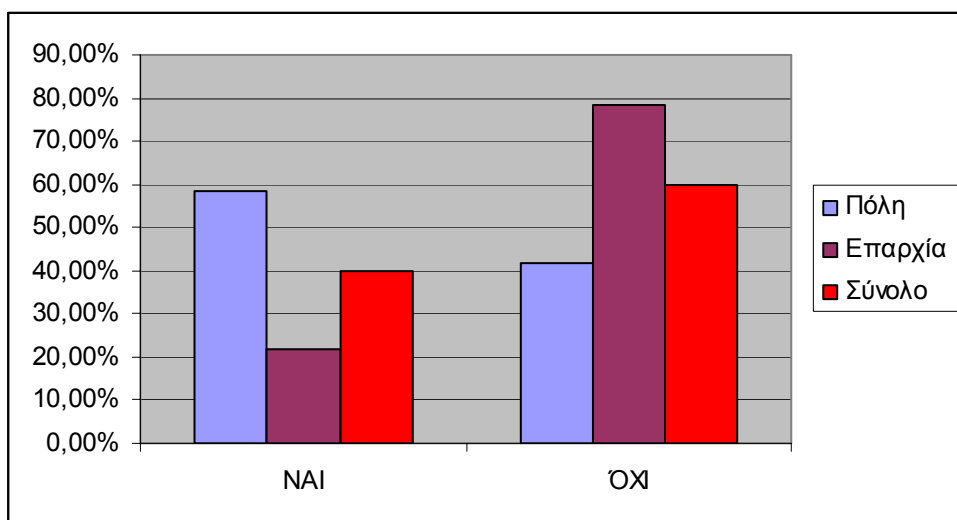
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	76,60%	70,00%	73,30%
ΌΧΙ	23,30%	30,00%	26,60%



Το σύνολο των γυναικών, που ερωτήθηκαν δεν ανησυχούν υπερβολικά μήπως πάρουν κιλά, οι γυναίκες στην πόλη σε ποσοστό 76,6% και στην επαρχία 70%.

5 Κάνω συχνά δίαιτα ή αισθάνομαι έντονα την ανάγκη αυτή.

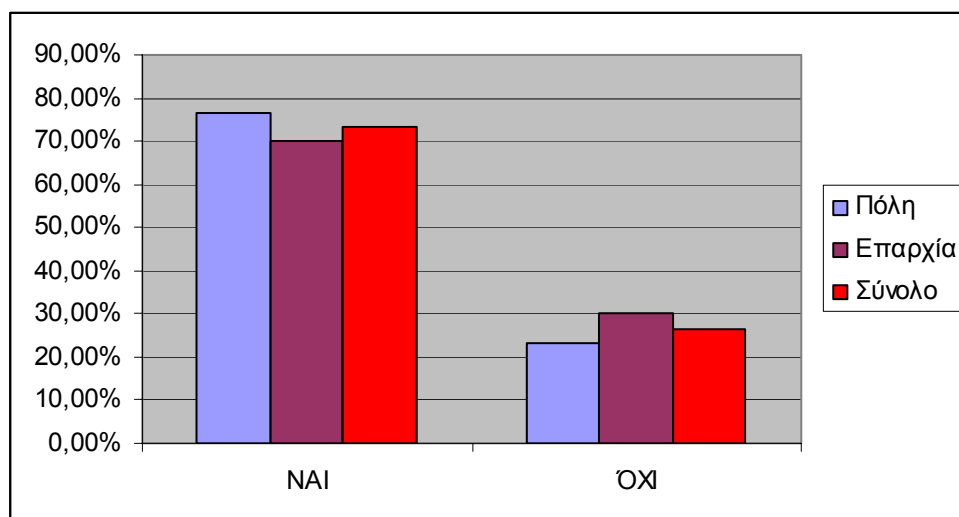
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	58,30%	21,60%	40%
ΌΧΙ	41,60%	78,30%	60%



Το 58,3% των γυναικών, που κατοικούν στην πόλη, κάνουν συχνά δίαιτα ή αισθάνονται την ανάγκη αυτή, σε αντίθεση με τις γυναίκες, που κατοικούν στην επαρχία, οι οποίες απάντησαν αρνητικά σε ποσοστό 78,3%.

6 Δε νιώθω πολύ καλά με τον εαυτό μου όταν παίρνω κιλά

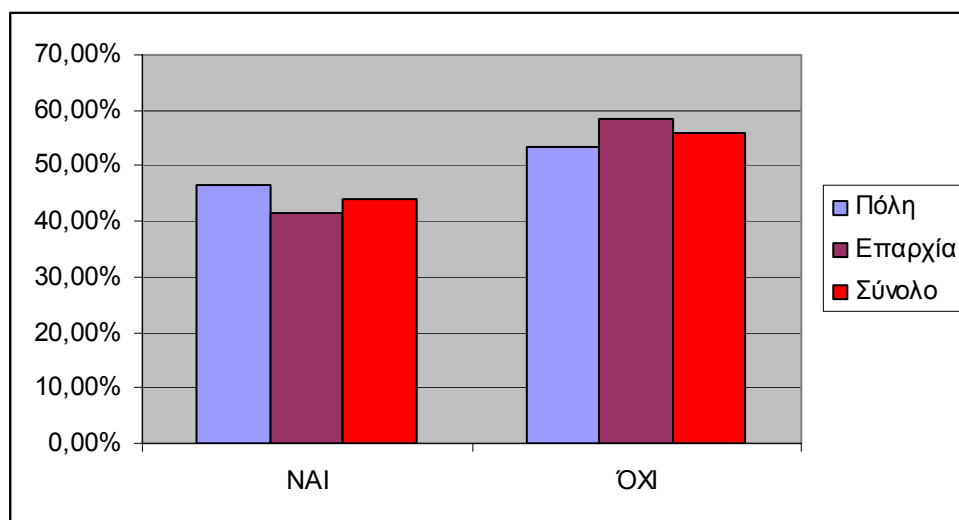
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	76,60%	70%	73,30%
ΌΧΙ	23,30%	30%	26,60%



Η πλειοψηφία των γυναικών, που ρωτήθηκαν, δεν αισθάνονται καλά με τον εαυτό τους, όταν πάρουν κιλά σε ποσοστό 76,6% όσον αφορά την πόλη και 70% όσον αφορά την επαρχία.

7 Το φαγητό αποτελεί ένα είδος παρηγοριάς για μένα .

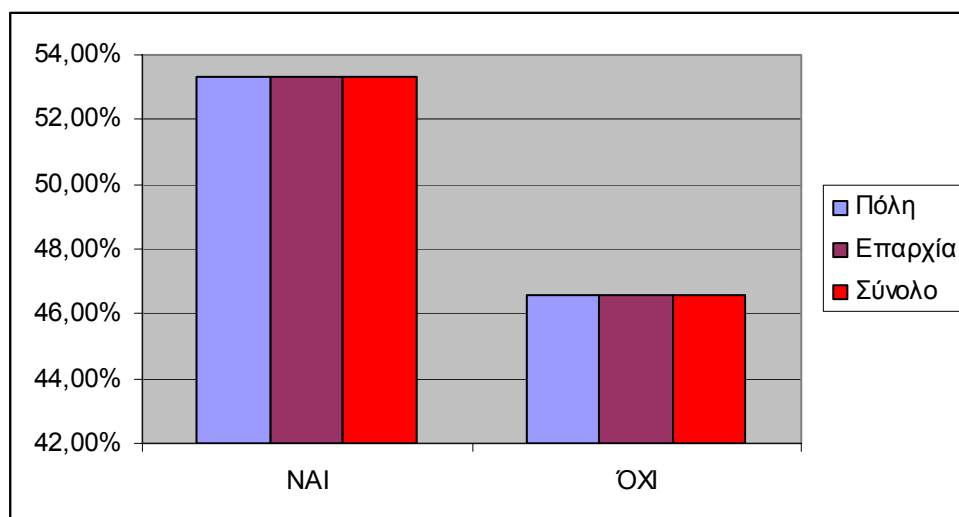
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	46,60%	42%	44,10%
ΌΧΙ	53,30%	58%	55,80%



Οι περισσότερες γυναίκες δεν νιώθουν, ότι το φαγητό αποτελεί ένα είδος παρηγοριάς για αυτές, στην πόλη σε ποσοστό 53,3% & στην επαρχία σε ποσοστό 58,3%.

8 Είμαι απογοητευμένη από το μέγεθος και το σχήμα του σώματός μου.

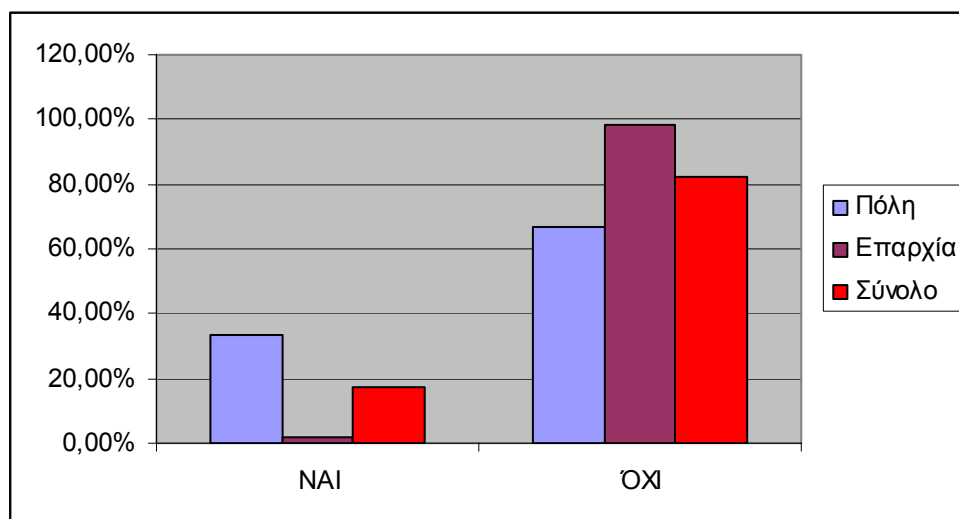
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	53,30%	53,30%	53,30%
ΌΧΙ	46,60%	46,60%	46,60%



Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, που ρωτήθηκαν νιώθει απογοητευμένο από το μέγεθος & το σχήμα του σώματός του σε ποσοστό 53,3% τόσο στην πόλη, όσο και στην επαρχία.

9. Μετά από ένα πολύ μεγάλο γεύμα έμεινα την επόμενη μέρα εντελώς νηστική (προκειμένου να αντισταθμίσετε το λάθος)

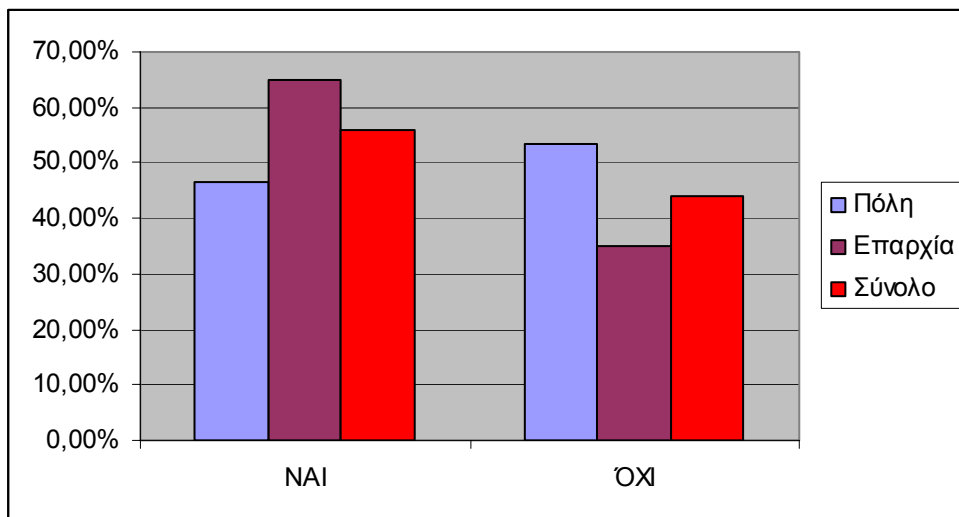
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	33,30%	1,60%	17,50%
ΌΧΙ	66,60%	98,30%	82,50%



Το 33,3% των γυναικών, που ζουν στην πόλη, απάντησαν θετικά, ενώ για τις γυναίκες, που ζουν στην επαρχία, το ποσοστό αυτό έφτασε μόλις το 1,6%.

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

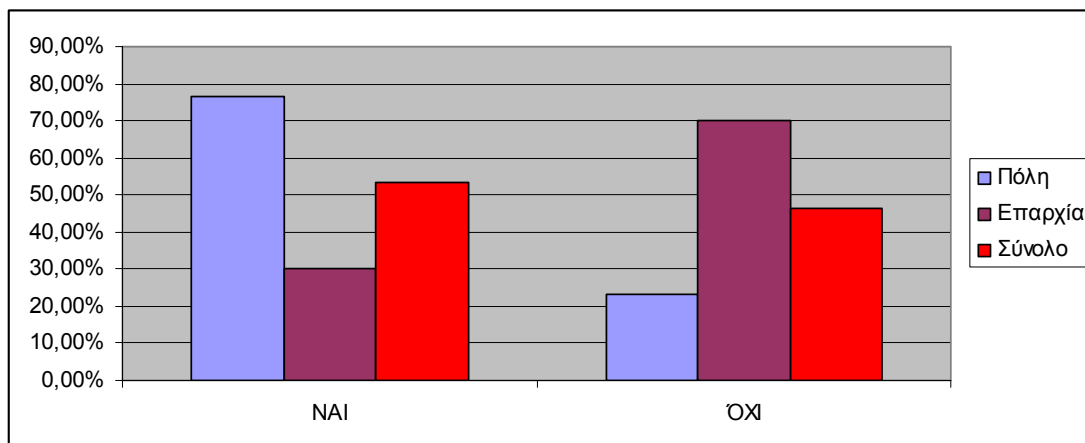
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	46,60%	65,00%	55,80%
ΌΧΙ	53,30%	35,00%	44,10%



Το 53,3% των γυναικών , που ζουν στην πόλη, απάντησαν αρνητικά σ' αυτήν την ερώτηση , σε αντίθεση με το 65% των γυναικών, που ζουν στην επαρχία, οι οποίες απάντησαν θετικά.

11. Τρώω με γρήγορο ρυθμό

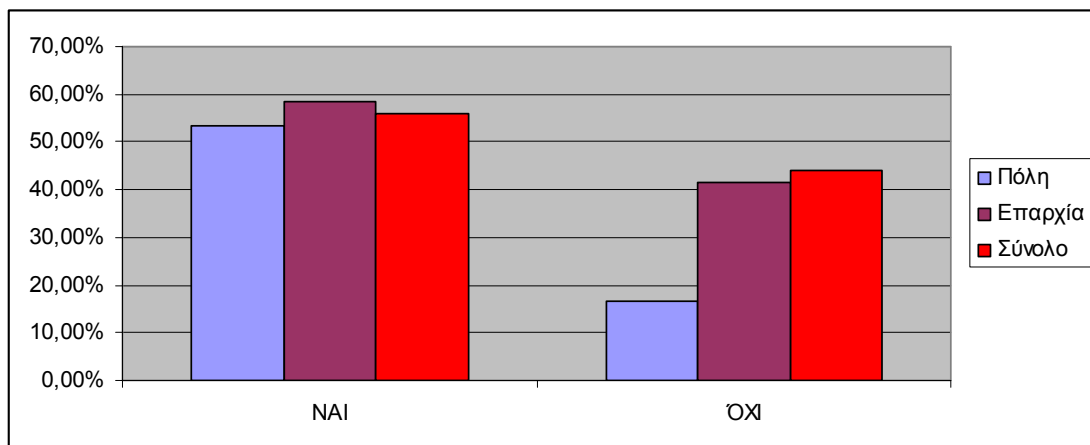
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	76,60%	30,00%	53,30%
ΌΧΙ	23,30%	70,00%	46,60%



Το 76,6% των γυναικών, που ζουν στην πόλη, απάντησαν, ότι τρώνε με γρήγορο ρυθμό, σε αντίθεση με το 70% των γυναικών, που ζουν στην επαρχία, οι οποίες απάντησαν αρνητικά.

12. Συνεχίζω να τρώω ακόμα κι όταν νιώθω χορτάτη (λαίμαργα).

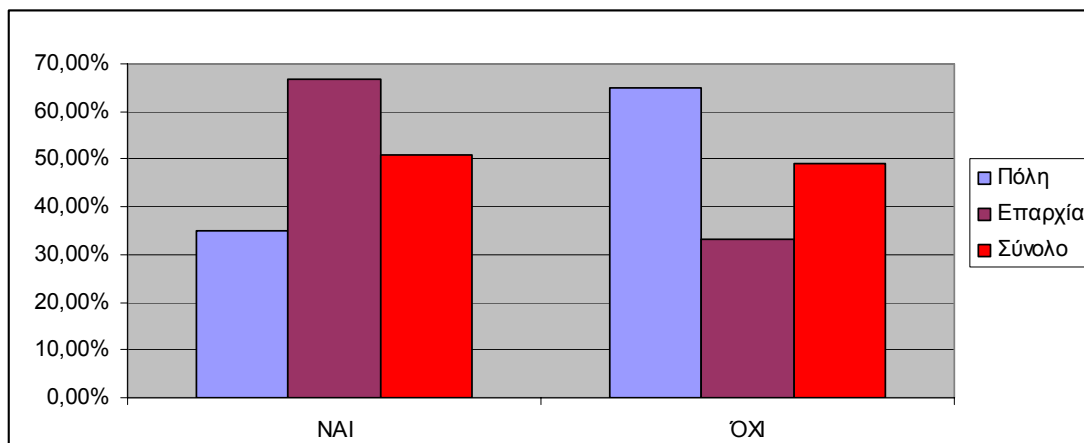
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	53,30%	58,30%	55,80%
ΌΧΙ	16,60%	41,60%	44,10%



Η Πλειοψηφία των γυναικών, που ρωτήθηκαν, απάντησαν θετικά σ' αυτήν την ερώτηση, με ποσοστό των γυναικών, που ζουν στην πόλη φτάνει το 53,3% και των γυναικών, που ζουν στην επαρχία το 58,3%.

13. Τρώω μεγάλες ποσότητες φαγητού, χωρίς να υπάρχει σωματική πείνα.

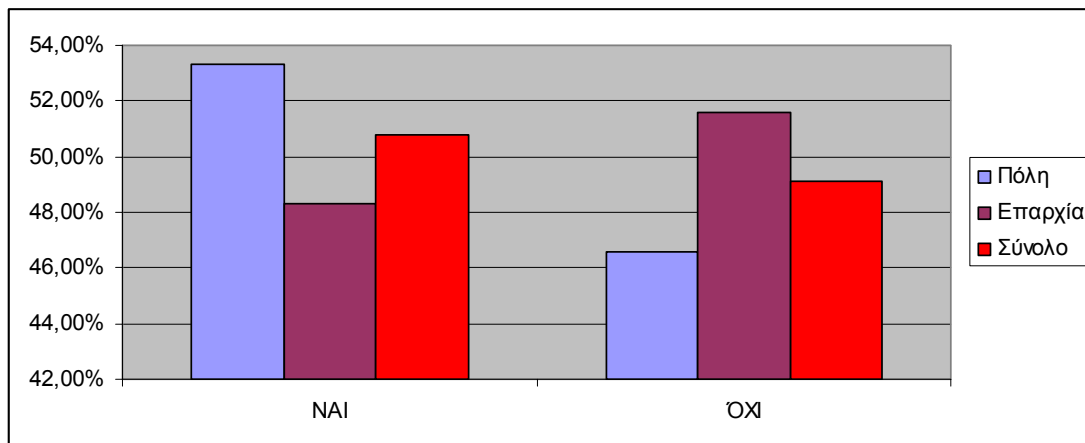
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	35,00%	66,60%	50,80%
ΌΧΙ	65,00%	33,30%	49,10%



Το 65% των γυναικών, που ζουν στην πόλη, απάντησε αρνητικά σ' αυτήν την ερώτηση, σε αντίθεση με το 66,6% των γυναικών, που ζουν στην επαρχία, οι οποίες απάντησαν θετικά.

14. Νιώθω ενοχές, κατάθλιψη ακόμη και αηδία με τον εαυτό μου, μετά από υπερφαγικό επεισόδιο .

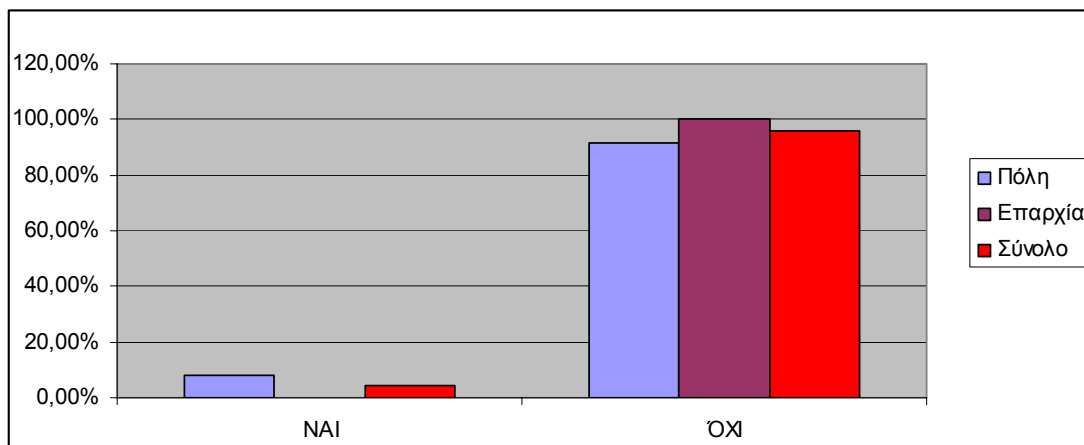
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	53,30%	48,30%	50,80%
ΌΧΙ	46,60%	51,60%	49,10%



Το 53,3% των γυναικών, που ζουν στην πόλη, απάντησε θετικά , σε αντίθεση με το 51,6% των γυναικών, που ζουν στην επαρχία, οι οποίες απάντησαν αρνητικά.

15. Πολλές φορές σκέφτομαι να προκαλέσω έμετο.

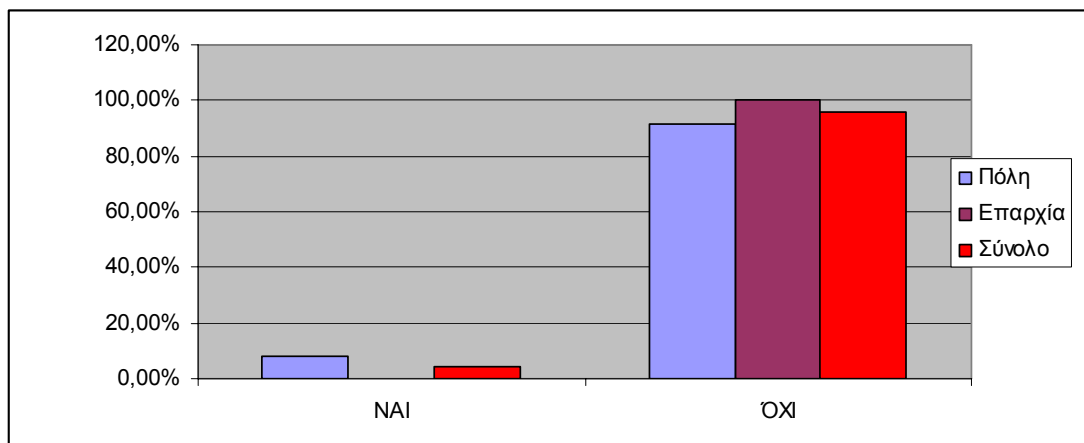
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	8,30%	0,00%	4,10%
ΌΧΙ	91,60%	100,00%	95,80%



Το 100% των γυναικών , που ζουν στην επαρχία, δεν σκέφτονται να προκαλέσουν έμετο, ενώ οι γυναίκες, που ζουν στην πόλη το σκέφτονται σε ποσοστό μόλις 8,3%.

16. Πολλές φορές έχω προκαλέσει έμετο.

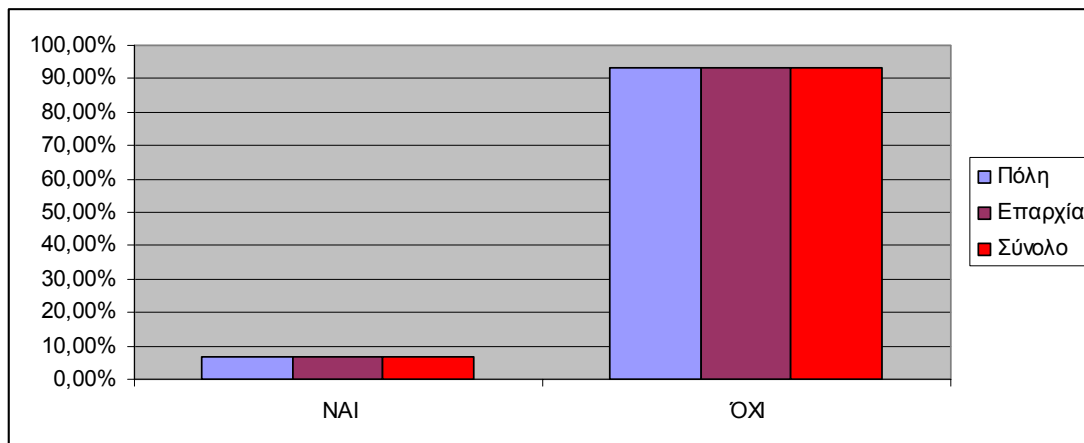
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	8,30%	0,00%	4,10%
ΌΧΙ	91,60%	100,00%	95,80%



Μόλις το 8,3% των γυναικών, που ζουν στην πόλη, έχουν προκαλέσει έμετο, ενώ όσον αφορά τις γυναίκες, που ζουν στην επαρχία δεν δόθηκε καμία θετική απάντηση σ' αυτήν την ερώτηση .

17. Αφού έχω φάει, χρησιμοποιώ διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα (όπως διουρητικά ή καθαρτικά)

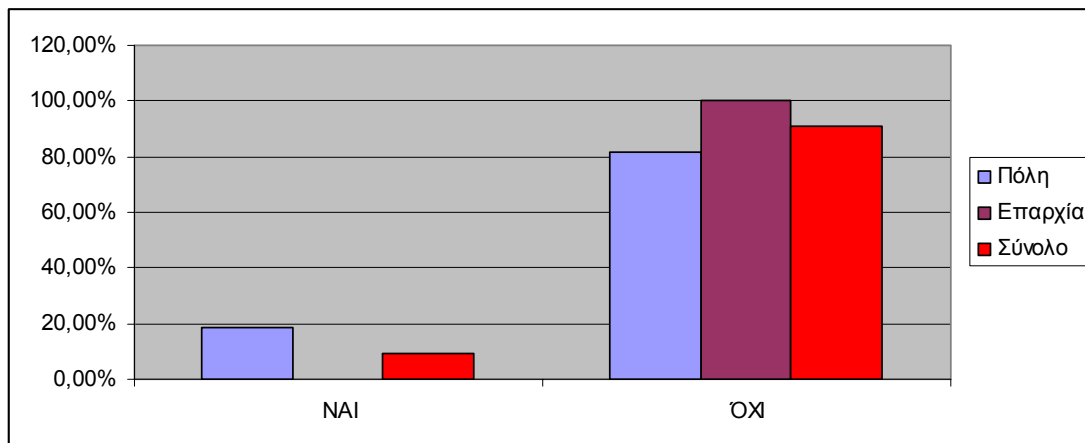
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	6,60%	6,60%	6,60%
ΌΧΙ	93,30%	93,30%	93,30%



Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, που ρωτήθηκαν, απάντησαν, ότι δεν χρησιμοποιούσαν φαρμακευτικά σκευάσματα (όπως διουρητικά ή καθαρτικά) αφού έχουν φάει, σε ποσοστό 93,3% τόσο στην πόλη, όσο και στην επαρχία.

18. Αφού έχω φάει, καταφεύγω σε εξοντωτική φυσική άσκηση προκειμένου να μην πάρω κιλά .

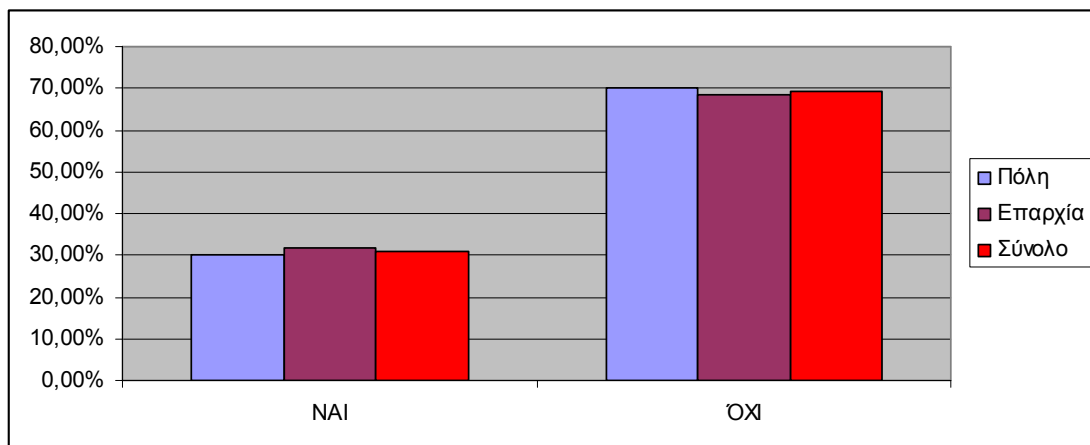
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	18,30%	0,00%	9,10%
ΌΧΙ	81,60%	100,00%	90,80%



Μόλις το 18,3% των γυναικών, που ζουν στην πόλη καταφεύγουν σε «εξοντωτική» φυσική άσκηση , προκειμένου να μην πάρουν κιλά, ενώ το 100% των γυναικών, που ζουν στην επαρχία, απάντησε αρνητικά στην ίδια ερώτηση.

19. Αισθάνομαι ότι βρίσκομαι σε μόνιμο διατροφικό περιορισμό .

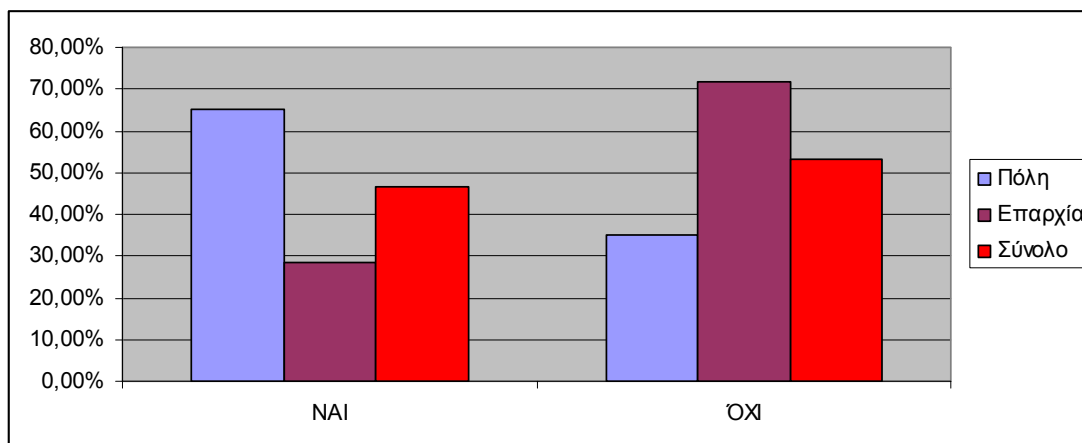
	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	30,00%	31,60%	30,80%
ΌΧΙ	70,00%	68,30%	69,10%



Η πλειοψηφία των γυναικών, που ρωτήθηκαν, απάντησε αρνητικά, με το ποσοστό για τις γυναίκες της πόλης να φτάνει το 70% και το ποσοστό για τις γυναίκες της επαρχίας το 68,3%.

20. Πιστεύετε ότι έχουν αλλάξει οι διατροφικές σας συνήθειες μετά την εμμηνόπαυση; Εάν ΝΑΙ τι αλλαγές παρατηρείτε _____

	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
ΝΑΙ	65,00%	28,30%	46,60%
ΌΧΙ	35,00%	71,60%	53,30%



Στην ερώτηση αυτή το 65% των γυναικών , που ζουν στην πόλη, απάντησαν θετικά, ενώ το 71,6% των γυναικών , που ζουν στην επαρχία, απάντησαν αρνητικά. Σε σχέση με το τι αλλαγές παρατηρούν , δόθηκαν κυρίως δύο απαντήσεις :

A) Ότι τρώνε μεγαλύτερη ποσότητα φαγητού

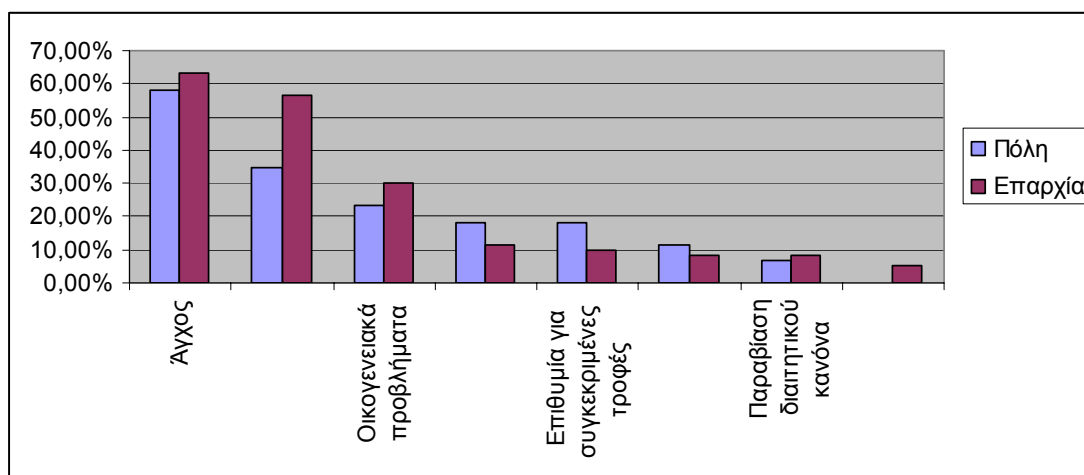
B) Ότι τρώνε περισσότερα γλυκά.

Το ποσοστό για την πρώτη απάντηση ήταν 15% και για τη δεύτερη 25% στην πόλη, ενώ στην επαρχία τα ποσοστά ήταν 11,6% και 16,6% αντίστοιχα.

21. Τι πιστεύετε ότι σας οδηγεί συχνά σε επεισόδια ανεξέλεγκτης υπερφαγίας;

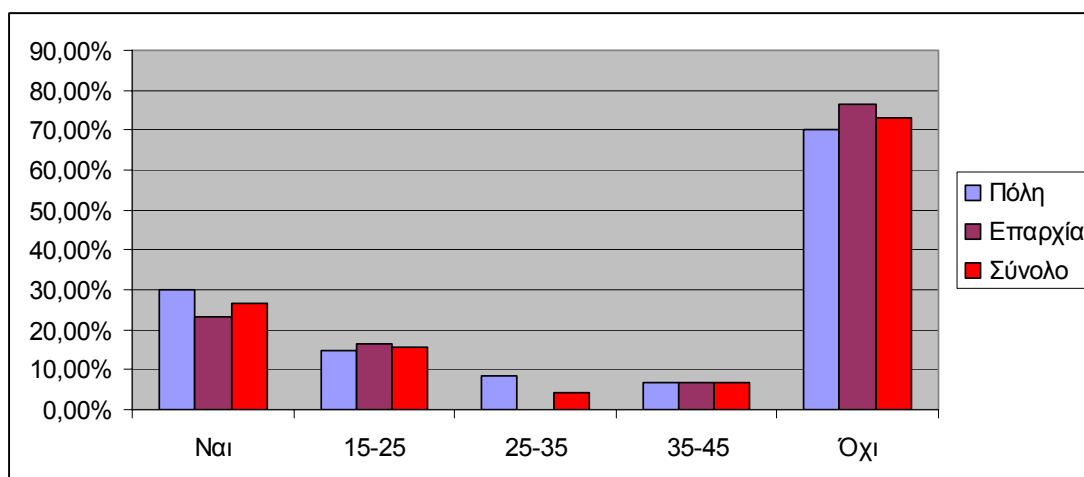
Οι περισσότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες , που οδηγούν τις γυναίκες σε επεισόδια ανεξέλεγκτης υπερφαγίας διαμορφώθηκαν ως εξής:

	Πόλη	Επαρχία
Άγχος	58,30%	63,30%
Επιθυμία να φάτε κάτι	35,00%	56,60%
Οικογενειακά προβλήματα	0,233	0,3
Μοναξιά/πλήξη	18,30%	11,60%
Επιθυμία για συγκεκριμένες τροφές	18,30%	10,00%
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	0,116	0,083
Παραβίαση διαιτητικού κανόνα	6,60%	8,30%
Εργασιακά Προβλήματα	0,00%	5,00%



22. Υπήρξατε ποτέ πριν παχύσαρκη; Αν ΝΑΙ πότε;

	Πόλη	Επαρχία	Σύνολο
Ναι	30,00%	23,30%	26,60%
15-25	15,00%	16,60%	15,80%
25-35	8,30%	0,00%	4,10%
35-45	6,60%	6,60%	6,60%
Όχι	70,00%	76,60%	73,30%



Όσον αφορά τις γυναίκες, που ζουν στην πόλη, το 30% απάντησαν ότι υπήρξαν παλαιότερα παχύσαρκες, ενώ για την επαρχία το ποσοστό ήταν 23,3%. Οι περισσότερες από αυτές δήλωσαν ότι υπήρξαν παχύσαρκες κατά την ηλικία 15-25.

11.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΧΟΛΙΑ

Από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων που δόθηκαν στα κορίτσια 15-18 ετών που κατοικούν στην πόλη του Ηρακλείου, προκύπτει ότι , το 68% πιστεύει ότι η βουλιμία είναι ασθένεια.

Όσον αφορά την ενημέρωσή τους σε αυτό το θέμα απαντούν ότι προέρχεται περισσότερο από τα περιοδικά και τις εφημερίδες, σε ποσοστό 35%.

Θέλοντας να απαντήσουμε στην ερώτηση «Υπάρχουν τελικά περιπτώσεις βουλιμίας στο Ηράκλειο;» διακρίναμε ότι 25% των κοριτσιών φαίνεται να εμφανίζουν συμπτώματα βουλιμίας, αφού, συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια, έδωσαν περισσότερες θετικές απαντήσεις στο σύνολο των ερωτήσεων απ' ότι αρνητικές .

Παρ' όλο που η πλειοψηφία των κοριτσιών σε ποσοστό 57% φαίνεται να μην ανησυχεί υπερβολικά με το βάρος του, το 25% των κοριτσιών είναι απογοητευμένα με το σχήμα και το βάρος του σώματος τους και καταφεύγουν συχνά σε δίαιτες σε ποσοστό 44 %, παρόλο που από τα δημογραφικά στοιχεία φαίνεται ότι δεν είναι υπέρβαρες.

Από τις απαντήσεις τους , επίσης, φαίνεται ότι πολλές φορές τρώνε ακόμα κι όταν δεν νιώθουν σωματική πείνα σε ποσοστό 25% κι έπειτα προκαλούν έμετο σε ποσοστό 7% ή χρησιμοποιούν διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα σε ποσοστό 2%, ή καταφεύγουν σε εξοντωτικές ασκήσεις σε ποσοστό 20% για να μπορέσουν να αντισταθμίσουν το λάθος.

Το σύνολο των ερωτηθέντων απαντά ότι αυτό που τους οδηγεί συχνότερα σε επεισόδια υπερφαγίας είναι το άγχος με ποσοστό 55%, η έντονη επιθυμία για φαγητό πριν την έμμηνο ρύση με 49% , η μοναξιά με 46% , η εξεταστική περίοδος με 43%, τα οικογενειακά προβλήματα με 11%, ένα αισθηματικό ραντεβού με 7%, η παραβίαση της δίαιτας με 3%, ενώ ένα 10% απαντά ότι δεν γνωρίζει την αιτία των υπερφαγικών επεισοδίων.

Τέλος, προκειμένου να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα με το βάρος τους , απαντούν ότι θα χρησιμοποιούσαν το γυμναστήριο με ποσοστό 30%.

Αντίθετα, στην επαρχία των Αρχανών τα κορίτσια που εμφανίζουν συμπτώματα βουλιμίας σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν φαίνεται να είναι το 3%.

Η συμπεριφορά των εφήβων κοριτσιών που κατοικούν στην επαρχία φαίνεται να διαφοροποιείται από την συμπεριφορά των εφήβων κοριτσιών που κατοικούν στην πόλη . Έτσι, ενώ υποστηρίζουν ότι ανησυχούν μήπως πάρουν κιλά σε ποσοστό 50%, δεν επηρεάζεται η διάθεση τους από αυτό σε ποσοστό 37% και δεν καταφεύγουν σε δίαιτα σε ποσοστό 71%.

Αξίζει να αναφερθεί ότι το 73% των εφήβων που κατοικούν στην επαρχία θεωρεί ότι δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα με το βάρος του, ενώ αν αντιμετώπιζε θα προσπαθούσε να το λύσει με την βοήθεια ενός διαιτολόγου σε ποσοστό 44%.

Σε σχέση με τα αίτια που τις οδηγούν σε υπερφαγικά επεισόδια, στην πρώτη θέση συναντάμε το άγχος με ποσοστό 47%, ενώ ακολουθούν η εξεταστική περίοδος με 36%, η έντονη επιθυμία για φαγητό πριν την έμμηνο ρύση με 34%, η μοναξιά – πλήξη με 27%, τα οικογενειακά προβλήματα με 3%, η παραβίαση της δίαιτας με 2%, το αισθηματικό ραντεβού με 2%, ενώ το 15% απαντά ότι δεν γνωρίζει την αιτία.

Είναι αξιοσημείωτο λοιπόν, ότι το 14% του συνόλου των κοριτσιών 15-18 ετών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, παρουσιάζει συμπτώματα βουλιμίας, γεγονός το οποίο δεν πρέπει να μας αφήνει αδιάφορους!

Όσον αφορά τις γυναίκες 45-60 ετών, που κατοικούν στην πόλη του Ηρακλείου, θεωρούν, ότι η βουλιμία είναι μία παθολογική κατάσταση σε ποσοστό 76,6% κι αν αντιμετώπιζαν τέτοιο πρόβλημα θα απευθύνονταν στο γιατρό σε ποσοστό 65% , σε αντίθεση με τις γυναίκες, που ζουν στις Αρχάνες, οι οποίες έχουν συνδέσει την βουλιμία με την παχυσαρκία σε ποσοστό 41,6% και προκειμένου να την αντιμετωπίσουν θα απευθύνονταν σε διαιτολόγο σε ποσοστό 36,6%.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν το 16,7% των γυναικών που κατοικούν στο Ηράκλειο φαίνεται να παρουσιάζουν συμπτώματα βουλιμίας ενώ, στις Αρχάνες το ποσοστό ανέρχεται στο 6,7%.

Οι γυναίκες που κατοικούν στο Ηράκλειο ανησυχούν για το βάρος τους σε ποσοστό 76,6% κι έτσι κάνουν αρκετά συχνά δίαιτα σε ποσοστό 58,3%, σε αντίθεση με τις γυναίκες που κατοικούν στις Αρχάνες, οι οποίες παρόλο που ανησυχούν , μήπως πάρουν κιλά σε ποσοστό 70%, μόνο το 21,6% καταφεύγει σε δίαιτες.

Επίσης, οι γυναίκες που κατοικούν στο Ηράκλειο πιστεύουν ότι έχουν αλλάξει οι διατροφικές τους συνήθειες κατά την περίοδο της κλιμακτηρίου σε ποσοστό 65%, σε αντίθεση με το 71,6% της επαρχίας, οι οποίες δεν παρατηρούν σημαντικές αλλαγές.

Σε σχέση με τα αίτια που τις οδηγούν σε επεισόδια υπερφαγίας , οι γυναίκες που κατοικούν στο Ηράκλειο, απαντούν ότι ευθύνεται το άγχος με ποσοστό 58,3%, η επιθυμία να φάνε κάτι με 35%, τα οικογενειακά προβλήματα με 23,3%, η μοναξιά – πλήξη με 18,3%, η επιθυμία για συγκεκριμένες τροφές 18,3%, η παραβίαση δίαιτας με 6,6%, ενώ το 11,6% απαντά ότι δεν γνωρίζει. Τα εργασιακά προβλήματα φαίνεται ότι δεν αποτελούν αιτία υπερφαγικού επεισοδίου για τις γυναίκες που κατοικούν στο Ηράκλειο.

Όσον αφορά τις γυναίκες που κατοικούν στις Αρχάνες , οι αιτίες που τις οδηγούν σε υπερφαγικά επεισόδια, διαμορφώνονται ως εξής: η επιθυμία να φάνε κάτι 63,3% , το άγχος 56,6%, η μοναξιά – πλήξη 30%, η παραβίαση δίαιτας 11,6%, τα οικογενειακά προβλήματα και η επιθυμία για συγκεκριμένες τροφές 8,3%, τα εργασιακά προβλήματα 5% ενώ το 10% δηλώνει ότι δεν γνωρίζει την αιτία.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι το 11,7% του συνόλου των γυναικών 45-60 ετών, παρουσιάζει συμπτώματα βουλιμίας.

Αξίζει, επίσης , να σημειωθεί, ότι μέσα από μία ολιγόλεπτη συζήτηση που είχαμε με κάθε γυναίκα, αφού είχε συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο, καταλήξαμε στα παρακάτω ενδιαφέροντα συμπεράσματα . Όσον αφορά τις γυναίκες που ζουν στην πόλη, παρατηρήσαμε, ότι το 16,7% των γυναικών, που φαίνεται να παρουσιάζει συμπτώματα βουλιμίας , δεν αντιμετώπιζε πρόβλημα με το βάρος του κατά τη διάρκεια της εφηβείας αλλά τα τελευταία χρόνια και ενώ έχουν αλλάξει οι διατροφικές τους συνήθειες έχουν αρχίσει να παίρνουν βάρος. Αυτό συμβαίνει διότι μετά από την είσοδό τους στην κλιμακτήριο, όπως υποστηρίζουν οι ίδιες , τρώνε περισσότερα γλυκά κι οτιδήποτε έχει έντονη γεύση (λιπαρά, αλμυρά). Η επιθυμία τους αυτή είναι τόσο έντονη που δεν μπορούν να την ελέγξουν και να σταματήσουν ενώ έχουν ήδη χορτάσει. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες που ζουν στην επαρχία υποστηρίζουν ότι δεν έχουν αλλάξει σημαντικά οι διατροφικές τους συνήθειες, γεγονός το οποίο εξηγεί το μικρότερο ποσοστό «βουλιμικών» γυναικών (6,7%) που βρίσκονται στην επαρχία , σε σχέση με την πόλη.

11.5 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αναφορικά με το τι μπορεί να γίνει προκειμένου να προληφθούν περιπτώσεις βουλιμίας αλλά και για να αντιμετωπισθούν οι ήδη υπάρχουσες, θα λέγαμε ότι χρειάζεται να υπάρξει ενημέρωση γύρω από το θέμα. Η διατροφική εκπαίδευση αποτελεί σημαντική ασπίδα προστασίας, έτσι το μάθημα της σωστής διατροφής, θα πρέπει να ενταχθεί στα σχολεία από την πρώιμη κιόλας ηλικία. Αυτό θα βοηθήσει ώστε να γίνει σαφές ότι το χαμηλό βάρος, δεν σημαίνει απαραίτητα και υγεία, αφού όσο υπάρχουν κίνδυνοι από την παχυσαρκία, άλλο τόσο υπάρχουν και από το πολύ χαμηλό σωματικό βάρος.

Σημαντικό είναι επίσης να υπάρχει σωστή διαπαιδαγώγηση από το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον ώστε οι νέοι να μην επηρεάζονται σε τόσο μεγάλο βαθμό από τα πρότυπα τα οποία προβάλλονται από τα ΜΜΕ . Να συνειδητοποιήσουν ότι κάθε άνθρωπος είναι ξεχωριστός και ότι δεν έχει μεγαλύτερη σημασία η εξωτερική εμφάνιση από τα ψυχικά χαρίσματα . Κάθε άνθρωπος πρέπει να υπερασπίζεται τον εαυτό του όπως είναι και να μην έχει την ψευδαίσθηση ότι για να είναι ευτυχισμένος και επιτυχημένος πρέπει να έχει αδύνατο σώμα .

Καλό θα ήταν επίσης, να αλλάξει η προβολή αυτών των προτύπων από τα ΜΜΕ. Να μην περιστρέφονται συνέχεια γύρω από το τέλειο σώμα προβάλλοντας κέντρα αδυνατίσματος, εξοντωτικές δίαιτες και να υποβαθμίζουν όλο και περισσότερο τις πνευματικές αξίες του κάθε ατόμου και τις σωματικές ατέλειες που τυχόν έχει.

Από την άλλη πλευρά, πρέπει να ενθαρρυνθεί το κοινωνικό σύνολο, ώστε να στραφεί σε άλλες δραστηριότητες που θα ενισχύσουν την αυτοπεποίθησή του. Έτσι, θα ήταν εύλογο να αναφέρουμε την γυμναστική η οποία ενισχύει την φυσική κατάστασή μας , απαλλάσσει από την ένταση και συγχρόνως μας βοηθάει να καταλάβουμε την αξία της υγιεινής διατροφής. Με αυτό τον τρόπο, θα εισχωρήσουν ιδέες όπως «γυμναστική = υγεία» και όχι «αδύνατος = υγιείς».

Για όλους τους παραπάνω λόγους, και ξέροντας τις δυσμενείς συνέπειες, που έχει η βουλιμία στην ψυχοσωματική ισορροπία των ατόμων που έχουν προσβληθεί απ' αυτή, χρίζει ιδιαίτερης προσοχής, η συνειδητοποίηση της κατάστασης αυτής και η έγκαιρη και επαρκής ενημέρωση του κοινού για να αλλάξουν οι λανθασμένες αντιλήψεις μας, πριν πάρει μεγαλύτερες διαστάσεις στην κοινωνία μας .

«...Καθώς μεγαλώνω, συνειδητοποιώ με μεγάλη λύπη πόση ενέργεια έχω καταναλώσει στο να ελέγγω το βάρος και τη διατροφή μου, καθώς και όλη τη δυστυχία που μου φέρνουν τα επακόλουθα επεισόδια βουλιμίας. Θα μπορούσα να διοχετεύσω δημιουργικά την ενεργητικότητα μου – να δημιουργήσω σχέσεις, να διαβάσω , να γράψω. Δεν ξέρω τι θα μπορούσα να κάνω, αλλά δε θέλω ο τάφος μου να γράφει «Η Τζένη επιθυμούσε να είναι αδύνατη». Ήταν αυτό τελικά που μ' έκανε να αποφασίσω να αλλάξω.»

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abraham S – J. Lewelly (1997), “Eating disorders the facts”, Oxford university press, England.
- Agras St. (1987), “Eating Disorders – Management of Obesity, Bulimia, Anorexia nervosa”, Pergamon Press U.S.A.
- Andersen Arnold (1995), “Eating disorders in males” στο “Eating disorders and obesity a comprehensive handbook”, Guilford press, USA.
- Βάρσου Ελευθερία (2000), «ψυχογενής βουλιμία», στο «Ψυχιατρική» του Γ.Ν. Χριστοδούλου και συν. Πρώτος τόμος, εκδόσεις Βήτα , Αθήνα.
- Ελληνική Εταιρία ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας εφήβου παιδιού, «Παιδί – έφηβος ψυχική υγεία και ψυχοπαθολογία» τόμος πρώτος τεύχος 2, φθινόπωρο 1999, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Κονταξάκης (1997), «Θνησιμότητα και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στις διαταραχές πρόσληψης τροφής», στο 23^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, συντονιστής Χριστοδούλου Γ. (1997) «Διαταραχές πρόσληψης τροφής», εκδόσεις Ιατρική εταιρία Αθηνών, Αθήνα.
- Λύκουρας Ελευθέριος (1997), «Το βιολογικό υπόστρωμα των διαταραχών πρόσληψης τροφής» στο Χριστοδούλου Γ. «Διαταραχές πρόσληψης τροφής» εκδόσεις Ιατρική εταιρία Αθηνών, Αθήνα.
- Μαράτος Ιάσων (1988), «Διαταραχές πρόσληψης τροφής» στο βιβλίο «Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής», των Τσιάντη Ιωάννη, Μανωλόπουλου Σωτήρη, δεύτερος τόμος, μέρος β, Αθήνα.
- 23^ο Πανελλήνιο Ιατρικό συνέδριο (1997), συντονιστής Χριστοδούλου Γ. «Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής», εκδόσεις Ιατρική εταιρία Αθηνών , Αθήνα.
- Σίμος Γρηγόριος (1996), «Διερεύνηση ψυχογενών διαταραχών στην πρόληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόληψης» Διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Σχολή επιστημών υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Θεσσαλονίκη.
- Τσιάντης Ιωάννης (1988), «Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής», δεύτερος τόμος, μέρος β, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Τσιάντης – Ξυπολιτάς, Ζαχαριάδης, (2000), «Ψυχοσωματικά προβλήματα των παιδιών», εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Κονταξάκης (1997), «Θνησιμότητα και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στις διαταραχές πρόσληψης τροφής», στο 23^ο Πανελλήνιο Ιατρικό συνέδριο, συντονιστής Χριστοδούλου Γ. (1997) «Διαταραχές πρόσληψης τροφής», εκδόσεις Ιατρική εταιρία Αθηνών , Αθήνα.
- Lucas Alexaxander (1996), "Anorexia nervosa & bulimia Nervosa", στο "Child & Adolescent Psychiatry a Comprehensive Text Book". edited by Melvin Lewis, USA.
- Palmer Bob (2000) “Helping people with eating disorders a clinical guide to assessment and treatment”. Saxon press, England.
- Parry-Jones Brenda, William L. Parry-Jones (1995), “History of Bulimia nervosa” στο "Eating disorders and obesity, a comprehensive handbook” των Kelly D Brownell-C.G Fairburn. The Guilford Press.
- Rutter Michael-Hersov L (1985), Child & Adolescent Psychiatry Modern Approaches, Blackwell scientific publications, London.
- Scwartz R, Barrett, M Saba. (1985) “Family therapy for bulimia” στο βιβλίο “Handbook of psychotherapy of anorexia and bulimia” των Garner D- Garfinkel, The Guilford Press.

- Steinhausen Hans Chr, (1994), “Anorexia and bulimia nervosa, in child and adolescent psychiatry” by Rutter M Taylor E. Hersov L, Pergamon press.
- Treasure J- Schmidt Ur (1997) “Getting better bite to bite a survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders”, Psychological Press, England
- Beardsworth A. – Keil T (2000), “Sociology of the menu”, London
- Brush H (1972), “Eating Disorders: Obesity Anorexia Nervosa” Cambridge Harvard, unpublished press.
- Brownell Kelly D-C.G.Fairbum(1995), "Eating disorders and obesity a comprehensive handbook", Guilford press.
- Counihan C (1999), “The anthropology of food and body” Routledge, New York
- Conger John Janeway, Nancy L. Calambos (1997) “Adolescence and youth psychological development in a changing world”, Longman press, USA.
- Fairburn Cristopher & Terene Wilson (1993), “Binge Eating Nature assessment & Thretament”, The Guilford Press N.Y. , London.
- Lask Bryan, Rachel, Bryant – Waugh (1995), “Childhood – onset eating disorders” Στο βιβλίο Eating disorders and obesity a comprehensive handbook, Guilford press , USA.
- Lask Bryan , Rachel, Bryanth Waugh (2000), “Anorexia nervosa & related eating disorders in childhood and adolescence”, psychology press.
- World Health Organization (1992), επιμέλεια Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας,
- «Ταξινόμηση Ψυχικών διαταραχών και Διαταραχών της συμπεριφοράς- ICD-10», Γενεύη. Χριστοδούλου Γ.Ν και συν.(2000), «Ψυχιατρική» τόμος πρώτος, εκδόσεις Βήτα, Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- Hall Richard, E. Blakey, Klassen Hall Anna, Bulimia Nervosa-four uncommon Subtypes, in Psychosomatics The Journals of the Academy of psychosomatics medicine, volume 33, Number 4, fall1992.
- Hall R, Tice L, Beresford P T. Wooley B, Klasen Hall A.(1992) Sexual abuse in patients with anorexia nervosa and bulimia στο “Psychosomatics The Journals of the Academy of psychosomatics medicine”, volume 33, Number 4
- Jaqueline C. Carter, Marion P Olmsted, Allan S. Kaplan, Randi E. McCube, Jennifer S. Mills, Annie Aime, “A self-help for bulimia nervosa a randomized controlled trial”, στο “The American Journal of psychiatric Association” volume 160, number 5, May 2003.
- Lynn Johnson, 1990, Perspective creative therapies in the treatment of addictions: the art of transforming shame, “The arts in psychotherapy, VOL17, pergamon press, USA
- Mini International Neuropsychiatric interview, MINI 5.0.0(1^η Ιανουαρίου 2002).
- Morril, Nichols-Richardson, 2001 “Bulimia during pregnancy: a review στο journal of the American Dietetic Association, April volume 101
- Μωρογιάννης Φώτης, «Οι επιπτώσεις των ψυχιατρικών διαταραχών πρόσληψης τροφής στο άτομο, στην οικογένεια και στην κοινωνία», Τετράδια

ψυχιατρικής Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 2003, Νο 82, εκδόσεις Ηλεκτρονικές τέχνες, Αθήνα.

- Nichols D, Chater R, Lask B, 2000, “Children into DSM-IV don’t go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence” στο International journal of eating disorders, November vol 28.
- Ora Nakash-Eisikovits, Any Dierberger, Drew Western, «Πολυδιαστασιακή Μετανάλυση της φαρμακοθεραπείας για την ψυχογενή βουλιμία: Συνοπτική παρουσίαση του εύρους των εκβάσεων σε ελεγχόμενες κλινικές μελέτες» (Harvard Review of psychiatry) στο “Eating disorders” volume 10, Μάρτιος – Απρίλιος 2003.
- Σαράντογλου Γ-Venisse j, Dupuis G, «Ο εξαρτησιακός χαρακτήρας των διαταραχών πρόσληψης τροφής», Τετράδια ψυχιατρικής, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2002, Νο 80 εκδόσεις Ηλεκτρονικές τέχνες ΕΠΕ, Αθήνα.

Internet

- www.eatright.org
- www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed
- www.iatrotek.org/ioart.asp
- www.nutr.teithe.gr
- www.childhealth.ac.cy/public/anorexia.htm
- www.e-psychology.gr/forum/eDarday.php
- www.gomedica.org/gomed_voulimia.htm
- <http://Health.in.gr/news/article.asp?ngArticleID=32610>
- www.iatronet.gr/htmlpages/mainpages/ygianosoi/psychologia/psihia/asth_psy
- www.ediet.gr/html/article_3.html
- www.cvdiet.org/announcementsR8.htm
- www.hda.gr/articles/020404/5.htm
- www.care.gr/mag/topic/?id=78
- www.jeremy-nutritfit.gr/eating_disorders.htm