

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής: Νευρική Ανορεξία, Ψυχογενής Βουλιμία

ΓΚΑΛΤΕΜΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

Τελεióφοιτος του Τμήματος Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

Η πτυχιακή με τίτλο «Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής: Νευρική Ανορεξία, Ψυχογενής Βουλιμία» επιχειρεί μια σφαιρική προσέγγιση των διατροφικών διαταραχών (Eating Disorders). Η πτυχιακή προσδιορίζει τις διαταραχές (ορισμός βουλιμίας, ορισμός νευρικής ανορεξίας), τα διαγνωστικά τους κριτήρια (κατά DSM-IV (APA 1994)), τις υποκατηγορίες τους, αναφέρεται ενδελεχώς στην αιτιολογία τους (προδιαθεσικοί παράγοντες, εκλυτικοί παράγοντες, επιβαρυντικοί παράγοντες), εξετάζει την κλινική εικόνα των ασθενών ενώ ταυτόχρονα αναλύει και την σχετική διαφορική διάγνωση. Τέλος, ενδελεχώς εξετάζονται και οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις (όπως π.χ.: φαρμακευτική αντιμετώπιση, αντιμετώπιση ιατρικών επιπλοκών, αποκατάσταση του βάρους, ψυχολογική προσέγγιση – ατομική ή ομαδική θεραπεία και οικογενειακή θεραπεία κ.α.) των διαταραχών ενώ γίνεται αναφορά και στην πρόγνωσή τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ψυχογενής Ανορεξία (Anorexia Nervosa)

Ορισμός και Διαγνωστικά Κριτήρια

Το κεντρικό σύμπτωμα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η ακατανίκητη τάση για απίσχναση μέσω προκλητής ασιτίας και ο έντονος φόβος ότι το άτομο θα γίνει παχύ, ακόμη κι όταν είναι κάτισχυο (*Bruch 1982, Russell 1979*).

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από εκσεσημασμένη απώλεια βάρους που προκαλείται και διατηρείται συνειδητά από τον ίδιο τον πάσχοντα (*Διάκος 1973*). Η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται μέσω πολλών τεχνικών όπως με τη δίαιτα, την αποφυγή «παχυντικών» τροφών, τους προκλητούς εμετούς μετά το γεύμα, τη χρήση καθαρτικών, την υπερβολική και εντατική γυμναστική, τη χρήση διουρητικών φαρμάκων καθώς και την χρήση κατασταλτικών της όρεξης (ανορεξιογόνων) (*Beumont 1995*).

Κατά τον Crisp (*Crisp 1995,1997*) η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί τρόπο αντιμετώπισης της ζωής δια της αποφυγής της ανάπτυξης και όχι -μέσω της ασιτίας- πορεία προς τον θάνατο. Συμβολίζει τη λύση που υιοθετεί το υποκείμενο για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που συναντά και οι οποίες φαίνονται δισεπίλυτες. Αναπαριστά την έκφραση των συγκρούσεων ως προς την εξάρτηση, την αυτονομία και τον έλεγχο. Οι ανορεκτικοί τρομοκρατούνται με την ιδέα ότι θα χάσουν τον έλεγχο, εξ αυτού δε του φόβου, το φαγητό και η απώλεια βάρους εκλαμβάνουν πολύ μεγάλη σημασία. Αυτό δείχνει, ότι υπάρχει μια περιοχή της ζωής τους, την οποία νοιώθουν ικανοί να την ελέγχουν, έτσι ώστε με την επιτυχία τους να χάνουν βάρος, συγκαλύπτουν το βαθιά ριζωμένο φόβο τους για την αποτυχία. Η στάση ζωής των ανορεκτικών περιλαμβάνει έλλειψη αυτοεκτίμησης σε συνδυασμό με υψηλές προσδοκίες και τελειοθηρία. Η ψυχογενής ανορεξία σε καμιά περίπτωση δεν αποτελεί μια ηλίθια εμμονή για αδυνάτισμα ή μια πλανημένη προσπάθεια για λεπτότητα και ομορφιά, αλλά αποτελεί μια απεγνωσμένη προσπάθεια του ατόμου για ψυχολογική επιβίωση.

Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς ανορεξίας κατά DSM-IV (APA 1994)

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας, σύμφωνα με το DSM-IV, είναι τα κάτωθι (APA, 1.994):

A. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του. Δηλαδή το άτομο διατηρεί ή προσπαθεί να διατηρήσει ένα βάρος σώματος το οποίο είναι 85% του αναμενόμενου ή και μικρότερο. Κατά τη διάρκεια δε της περιόδου ανάπτυξης το άτομο δεν αποκτά το αναμενόμενο βάρος για την ηλικία και το ύψος του αλλά παραμένει σ1 ένα βάρος που είναι 85% του αναμενόμενου ή και μικρότερο.

B. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

Γ. Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει και αντιλαμβάνεται το βάρος και το σχήμα του σώματος του. Το άτομο αρνείται τη σοβαρότητα της κατάστασης εξαιτίας του εξαιρετικά χαμηλού βάρους. Υπεραξιολογεί αδικαιολόγητα το βάρος και το σχήμα του σώματος του, όταν αξιολογεί τον εαυτό του.

Δ. Σε γυναίκες εμμηνορρυσιακής ηλικίας, απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων (μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοι της έρχονται μόνο μετά χορήγηση ορμονών (π.χ. οιστρογόνων)).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας, κατά ICD-10 είναι τα κάτωθι (Στεφανής και συν. 1993):

1. Το σωματικό βάρος παραμένει τουλάχιστον 15% κάτω από το αναμενόμενο (είτε λόγω απώλειας είτε επειδή ποτέ δεν επιτεύχθηκε) ή ο δείκτης της σωματικής μάζας κατά Quetelet¹ είναι 17,5 ή λιγότερο. Σε ασθενείς προεφηβικής ηλικίας,

¹ Δείκτης σωματικής μάζας Quetelet: Βάρος (kg) [Υψος(m)]² (να χρησιμοποιείται μόνο μετά την ηλικία των 16 ετών)

μπορεί να παρατηρείται αδυναμία να επιτευχθεί η προσδοκώμενη για την ηλικία αύξηση του σωματικού βάρους.

2. Η απώλεια βάρους προκαλείται με την αποφυγή «παχυντικών τροφών». Είναι δυνατόν επίσης να υπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα επόμενα: αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, αυτοπροκαλούμενες κενώσεις με καθαρτικές ουσίες, υπερβολική σωματική άσκηση, χρήση φαρμάκων κατασταλτικών της όρεξης ή / και διουρητικών.
3. Παραμόρφωση της εικόνας του σωματικού εγώ υπό τη μορφή ειδικής ψυχοπαθολογίας, κατά την οποία ο φόβος του πάχους επιδιάρκει ως παρεμβλητή, υπεραξιολογούμενη ιδέα και ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του χαμηλό επίπεδο σωματικού βάρους.
4. Υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή, του υποθάλαμο-υποφυσιογοναδικού άξονα εκδηλούμενη στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας. (Προφανής εξαίρεση αποτελεί η επίμονη κολπική αιμορραγία σε ανορεκτικές γυναίκες, οι οποίες λαμβάνουν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης, συνηθέστατα υπό τη μορφή του αντισυλληπτικού χαπιού.) Δυνατόν επίσης να υπάρχουν αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης και κορτιζόλης, μεταβολές στον περιφερικό μεταβολισμό των θυροειδικών ορμονών και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης.
5. Εάν η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας τοποθετείται στην προεφηβική ηλικία η διαδοχή των διαφόρων γεγονότων της ήβης καθυστερεί ή αναστέλλεται (η ανάπτυξη του ατόμου σταματά, στα κορίτσια οι μαστοί δεν αναπτύσσονται και υπάρχει πρωτογενής αμηνόρροια, στα αγόρια τα γεννητικά όργανα παραμένουν παιδικά). Με την ανάρρωση, η ήβη συχνά συμπληρώνεται φυσιολογικά, αλλά η εμμηναρχή καθυστερεί.

Ειδικά στο DSM-IV περιγράφονται δυο υποκατηγορίες της Ψυχογενούς Ανορεξίας:

- **Περιοριστικός Τύπος (Αμιγής Ψυχογενής Ανορεξία):** Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου της Διαταραχής το άτομο δεν παρουσιάζει επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορές αποβολής των τροφών (προκλητοί έμετοι, χρήση καθαρτικών ή διουρητικών)

- **Βουλιμικός Τύπος ή Υπερφαγικός-Καθαρτικός Τύπος (Βουλιμική Ψυχογενής Ανορεξία):** Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου της Διαταραχής το άτομο παρουσιάζει επεισόδια υπερφαγίας και χρήσης καθαρτικών ή διουρητικών).

Αιτιολογία

Κατά τον Garner, (1993), η αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι πολυπαραγοντική (βλέπε Πίνακα «*Το Πολυπαραγοντικό μοντέλο παθογένειας της Ψυχογενούς Ανορεξίας*») και ο τρόπος εμφάνισης των συμπτωμάτων αναπαριστά έναν τελικό παθογενετικό δρόμο που είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης παραγόντων που ανήκουν σε 3 διαφορετικά επίπεδα και χαρακτηρίζονται ως Προδιαθεσιακοί (Ατομικοί, Οικογενειακοί, Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες), ως Εκλυτικοί (Δυσαρέσκεια για το σχήμα και το βάρος του σώματος, Δίαιτα με σκοπό την ενίσχυση του αυτοέλεγχου και της αυτοεκτίμησης) και ως Επιβαρυντικοί (Επιπλοκές της ασιτίας και άλλοι) (Garner 1993).

Από τους προδιαθεσιακούς παράγοντες, ο ρόλος των Ατομικών (Βιολογικών και Ψυχολογικών) των Οικογενειακών και των Κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων, θεωρείται ότι κυμαίνεται στον ετερογενή πληθυσμό των ασθενών αυτών. Οι Εκλυτικοί παράγοντες της διαταραχής δεν έχουν κατανοηθεί σαφώς, εκτός της δίαιτας που είναι σταθερά, ένα πρώιμο γεγονός (Hsu 1990). Ίσως η πλέον σημαντική πρόοδος τα τελευταία χρόνια έχει προκύψει από την κατανόηση του γεγονότος ότι η ασιτία καθ1 αυτή διαιωνίζει και συντηρεί τη διαταραχή μέσω των βιολογικών και ψυχολογικών συνεπειών της (Garner 1997).

Προδιαθεσιακοί Παράγοντες

α. Ατομικοί (Βιολογικοί και Ψυχολογικοί)

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η προνοσηρά προσωπικότης των ανορεκτικών χαρακτηρίζεται από πυρηνική συναισθηματική αστάθεια και ιδιαίτερη γνωσιακή συγκρότηση (στερεότερες παραμορφωτικές πίστεις, λογικά σφάλματα, παθολογική αντίληψη της εικόνας του σώματος) (*Bruch 1982, Garner και συν. 1997*).

Στο ατομικό αναμνηστικό των ανορεκτικών καταγράφονται, ιστορικό ψυχολογικού τραύματος, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής κακοποίησης, μια ιδιοσυστασιακή φυσική ευαλωτότητα (η ευαλωσία) από την παιδική ηλικία (ιστορικό λοιμώξεων, σπασμών, χαμηλό βάρος γέννησης, γαστρεντερικές διαταραχές (*Rastam 1992*) καθώς και μια τάση για πρόωμη ωρίμανση (τάση για παχυσαρκία, υψηλό ανάστημα) (*Crisp 1980*).

Ως προς τη γενετική προδιάθεση για νόσηση από ψυχογενή ανορεξία, οι ενδείξεις προέρχονται από μελέτες σε διδύμους όπου υπάρχει βαθμός συμφωνίας πάνω από 50% για τους μονοζυγωτικούς διδύμους και κάτω από 10% για τους διζυγωτικούς (*Treasure και Holland 1995*). Αυτές οι έρευνες δείχνουν ότι μπορεί να υπάρχει κάποιος γενετικός παράγον που μπορεί να συνεισφέρει μέσω μιας ειδικής ευαλωτότητας, ή μπορεί να παρεμβαίνει έμμεσα μέσω μιας προδιάθεσης για παχυσαρκία ή για κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που επιφέρουν αυστηρή δίαιτα και πολύ πιθανόν επομένως, ψυχογενή ανορεξία (*Kaye 1995*).

Οι νευροενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές που ενοχοποιούνται είναι οι διαταραχές του άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης - γονάδων που είναι οι πλέον σταθερές από τις ποικίλες ενδοκρινικές διαταραχές που σχετίζονται με την ψυχογενή ανορεξία (*Garfinkel και Garner 1982*). Οι διαταραχές που παρατηρούνται σε διάφορα συστήματα, στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι δευτεροπαθείς λόγω της αστίας. Παρ' όλα αυτά, η εγκατάλειψη της θεωρίας περί πρωτοπαθούς βιολογικής ευαλωτότητας για την ψυχογενή ανορεξία φαίνεται πρόωρη (*Garner 1993*). Η αμηνόρροια αναπτύσσεται σε αρκετές ασθενείς πριν από την απώλεια σημαντικού βάρους καθώς και, ο μη συμβατός με την ηλικία, τρόπος έκκρισης των γοναδοτροπινών επιμένει σε αρκετές ασθενείς παρ' ότι έχουν ανακτήσει το βάρος τους (*Garner 1993*). Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι το σεροτονινεργικό σύστημα που εμπλέκεται στη ρύθμιση της πρόσληψης τροφής και της διάθεσης παρουσιάζει μια ιδιαίτερη διαταραχή στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία (*Kaye 1995*).

Ως προς τη συννοσηρότητα άλλων ψυχιατρικών διαταραχών αναφέρεται η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κατάθλιψης, προ της έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας, κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης αλλά και μετά την ύφεση, με δια βίου επικράτηση της Μείζονος Κατάθλιψης σε ποσοστό 68%. Οι αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζονται συχνά με δια βίου επικράτηση 65%, η κοινωνική φοβία που είναι επίσης συχνή με δια βίου επικράτηση 34%, καθώς και η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, τόσο κατά την ενεργό φάση, όσο και μετά την αποκατάσταση του βάρους, με δια βίου επικράτηση 26% (*Halmi και συν. 1991*). Οι διαταραχές προσωπικότητας στους πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία, παρατηρούνται στο 23-80%, και οι μεν ασθενείς του Αμιγούς ή Περιοριστικού Τύπου, παρουσιάζουν διαταραχές προσωπικότητας της Ενότητας Γ (Αποφευκτική, Εξαρτημένη, Ψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική, Παθητική - Επιθετική) με προεξάρχουσα την Αποφευκτική (33%), οι δε ασθενείς που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία Βουλμικού Τύπου παρουσιάζουν διαταραχές προσωπικότητας της Ενότητας Β (Δραματική, Ναρκισσιστική, Αντικοινωνική, Οριακή) με προεξάρχουσα την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (40%) (*Herzog και συν. 1992*).

Σχετικά με την φαινομενολογία της ΨΑ οι ανορεκτικές φαίνονται -από πρώτη ματιά και εκτίμηση, άτομα αποτελεσματικά, αποφασιστικά, γεμάτα σιγουριά. Πιο προσεκτική προσέγγιση αποδεικνύει ότι είναι έντρομες με την ιδέα ότι, αυτό που κάνουν, δε θα είναι και αρκούντως καλό. Ανησυχούν για την επιτυχία και την επιδιώκουν, θέλουν να είναι άριστες σ' όλα όσα κάνουν. Δυστυχώς όμως, σύμφωνα με τη θεώρηση τους οσαδήποτε και αν κάνουν, ποτέ δεν είναι αρκετά. Βλέπουν τους άλλους πιο χαρισματικούς, πιο έξυπνους, πιο αποδεκτούς και πιστεύουν ότι τα μέλη των οικογενειών τους και οι φίλοι τους συμερίζονται τις απόψεις τους. Θέτουν για τους εαυτούς τους μέτρα και σταθμά πιο πέρα από τα συνήθη, που είναι πολύ μακριά από τα εφικτά. Έτσι δεν είναι ποτέ ευτυχισμένες και βλέπουν τους εαυτούς τους αποτυχημένους.

Σύμφωνα με τις περιγραφές του P. Slade (*Slade 1995*) που παρουσιάζεται στον σχετικό πίνακα (βλ. πίνακα, «*το μοντέλο της ΨΑ*»), η τυπική περίπτωση του ατόμου που πιθανόν να νοσήσει από ψυχογενή ανορεξία είναι το εσωστρεφές και ευσυνείδητο παιδί με καλή συμπεριφορά που ποτέ δε θα δημιουργήσει προβλήματα στο σπίτι ή στο σχολείο. Πολλοί ερευνητές αναφέρουν ότι έχει υψηλή νοημοσύνη και ενδιαφέρεται υπερβολικά και σχολαστικά για την εξωτερική του εμφάνιση. Τα πιο

χαρακτηριστικά και σταθερά στοιχεία της προσωπικότητας του είναι η τελειοθηρία και η ψυχαναγκαστικότητα. Και όταν αυτά τα χαρακτηριστικά εμπλέκονται με μια γενική έλλειψη ευχαρίστησης από τη ζωή ή όταν το άτομο συναντιέται με τα γεγονότα ζωής χωρίς επαρκή προετοιμασία, τότε η ψυχογενής ανορεξία γίνεται μια «βιώσιμη εναλλακτική λύση».

Η ανορεκτική ασθενής, επικεντρώνοντας την προσοχή της σε μια προσπάθεια να μην παχύνει ή μάλλον να γίνει, πιο λεπτή, αποφεύγει να προσέξει το συνολικό εαυτό της, τις σχέσεις της με τους άλλους, τα συναισθήματα της και τα όρια των δυνατοτήτων της. Τότε, η ψυχογενής ανορεξία αναδύεται ως «λύση», ως ένας τρόπος αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων μέσω της αποφυγής της ανάπτυξης. Άλλοι καταφεύγουν στο αλκοόλ, άλλοι χρησιμοποιούν ναρκωτικά. Φαίνεται ότι όλες αυτές οι συμπεριφορές που υιοθετούνται ως «λύσεις» από τα νεαρά συνήθως άτομα, συνδέονται με την έλλειψη αποδοχής του εαυτού των, όπως πράγματι είναι, αλλά και με την εξάντληση των δυνατοτήτων και των ορίων των (Bruch 1982, Crisp 1997).

β. Οικογενειακοί

Κάποιες από τις πλέον πρώιμες περιγραφές της ψυχογενούς ανορεξίας δίνουν έμφαση στον παθογενετικό ρόλο της οικογένειας. Οι μητέρες έχουν περιγραφεί ως κυριαρχικές, αδιάκριτες και αμφιθυμικές, ενώ οι πατέρες έχουν περιγραφεί ως παθητικοί και αναποτελεσματικοί (Yager 1982). Η διαταραχή, κάποιες φορές φαίνεται να υπηρετεί έναν ομοιοστατικό και σταθεροποιητικό ρόλο στην οικογένεια. Ειδικά πρότυπα συμπεριφοράς και αλληλοσυσχέτισης έχουν παρατηρηθεί στις οικογένειες αυτές, όπως παγιδευτική εμπλοκή, σύγχυση ρόλων, υπερπροστασία, ακαμψία, και αποφυγή επίλυσης των συγκρούσεων (Minuchin και συν. 1978). Η παθολογία της οικογένειας, μπορεί θαυμάσια να είναι αποτέλεσμα της διαταραχής, παρά αίτιο. Παρ' όλα αυτά, οι διαταραχές διατροφής έχουν μία οικογενειακή κατανομή. Μελέτες της δια βίου επίπτωσης διαταραχών διατροφής σε οικογένειες με ψυχογενή ανορεξία δείχνουν ότι οι γυναίκες - πρώτου βαθμού συγγενείς των ασθενών - έχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχών διατροφής (Halmi και συν. 1991, Strober και συν. 1990).

Παρ' ότι καταγράφονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά στις οικογένειες με ανορεκτικό μέλος, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι κάθε οικογένεια είναι διαφορετική και ότι κάθε οικογένεια, ακόμη και η πιο λειτουργική, έχει τα δικά της προβλήματα και περιόδους πολλών δυσκολιών. Αν και δεν είναι σωστό να θεωρούμε ένοχη την οικογένεια για την ψυχογενή ανορεξία ενός μέλους της, πολλοί συγγραφείς θεωρούν ότι κάποιοι παράγοντες που προέρχονται από την οικογένεια μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας.

«Όταν ήταν μικρή, ήταν ένα υπερβολικά ήσυχο παιδί, που δεν αντιμιλούσε, δεν έκανε φασαρία, που σπάνια θύμωνε, λιγότερο από τα αδέρφια της», λένε οι γονείς για το παιδί τους. Όταν θυμάται τα παιδικά του χρόνια, το ίδιο το παιδί, λέει ότι προσπαθούσε να κάνει, αυτό που οι άλλοι σκέπτονταν ότι ήθελε να κάνει. Προσπαθούσε να είναι το «καλό» και το «χαρούμενο» παιδί. Έτσι προσπαθούσε να παρουσιάζεται, ανεξάρτητα αν αυτό ανταποκρινόταν στα πραγματικά του συναισθήματα.

Οι γονείς των ανορεκτικών περιγράφονται, ως εξαιρετικά απαιτητικοί από τα παιδιά τους. Έχουν μεγάλες προσδοκίες και θέλουν να είναι επιτυχημένα. Παραβλέπουν όμως ότι οι μεγάλες προσδοκίες για να εκπληρωθούν, πρέπει να συνοδεύονται από επαρκή αγάπη και στήριξη για τα παιδιά ως άτομα. Το ανορεκτικό παιδί δεν ξέρει, δεν έχει ακούσει και δεν έχει αισθανθεί ότι αγαπιέται ως άτομο, ως άνθρωπος. Νοιώθει ότι αποκτά αξία, μόνο μέσα από τα επιτεύγματα του αλλά δεν αισθάνεται την πραγματική και ουσιαστική φροντίδα των γονέων του. Κάποτε όλα αυτά κορυφώνονται και τότε το ανορεκτικό παιδί νοιώθει την ανάγκη να παρουσιάσει την πιο πειθαρχημένη πλευρά του εαυτού του: το ίδιο του το σώμα, γίνεται το σπουδαιότερο «επίτευγμα» του (*Dare, Crowther 1995*).

Άλλοι ερευνητές θεωρούν την ψυχογενή ανορεξία ως αποτέλεσμα συμβιβασμού μεταξύ ισχυρών αλλά αντίρροπων αναγκών τόσο για εξάρτηση όσο και για αυτονομία. Πολλοί ανορεκτικοί ανήκουν σε πολύ κλειστές οικογένειες, που επιδιώκουν να κρατούν τα παιδιά, ασφυκτικά κοντά τους. Το παιδί που θα παρουσιάσει ψυχογενή ανορεξία, θέλει να χαράξει τη δική του πορεία και να αποδείξει ότι αξίζει έξω από την οικογένεια αλλά ταυτόχρονα νοιώθει απροετοίμαστο και ανέτοιμο για κάτι τέτοιο, γεγονός που το οδηγεί σε αναζήτηση προστασίας και φροντίδας πάλι από την οικογένεια. Ασυνείδητα, τη λύση αυτή του διλήμματος,

αντιπροσωπεύουν τα συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας. Με τον απόλυτο και άκαμπτο έλεγχο των αναγκών του σώματος, δίνει ένα σαφές μήνυμα ότι αυτό και μόνο είναι υπεύθυνο για τη ζωή του, ενώ ταυτόχρονα, ως άρρωστο παιδί, δηλαδή μέσω της αρρώστιας φανερώνει με έκδηλο τόπο τα αισθήματα της ένδειας και της εξάρτησης που νοιώθει (Yager 1982, Bruch 1982).

γ. Κοινωνικο-πολιτιστικοί Παράγοντες

Η αναγνώριση ότι οι κοινωνικο-πολιτιστικές πιέσεις για δίαιτα στις γυναίκες συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχογενούς ανορεξίας είναι μία εντελώς πρόσφατη διαπίστωση. Η δυσαρέσκεια για το σώμα, ενδημική στις νέες γυναίκες των δυτικών κοινωνιών επιφέρει αυστηρές περιοριστικού τύπου δίαιτες που αυξάνουν την ευαλωτότητα για διαταραχές διατροφής (Hsu 1990). Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται και στην Ελλάδα. Τα δεδομένα από την έρευνα της Θεσσαλονίκης (Σίμος, 1996), καθώς και αυτό που προέκυψε από την παρούσα έρευνα, δείχνουν ότι 25% των μαθητριών Λυκείου σε Ιωάννινα και Θεσσαλονίκη, έχουν παθολογικές τιμές στο ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής, EAT-26. Μια έντονη ανησυχία περί την εξωτερική εμφάνιση φαίνεται να χρονολογείται πριν από την ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας (Rastam 1992). Η διαταραχή συμπεριφοράς διατροφής συσχετίζεται με την αφομοίωση μιας κουλτούρας που εμπεριέχει την αξία της λεπτότητας ως συνείδηση (Mumford και συν. 1991). Το στίγμα της παχυσαρκίας και οι δύσκολες θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της θεωρούνται ως παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχών διατροφής. Υπάρχει ένδειξη ότι η ψυχογενής ανορεξία καθ' εαυτή έχει αναπτύξει μία ιδιαίτερα θετική αποδοχή και ότι τα συμπτώματα της θεωρούνται από την κοινή γνώμη συνήθη, και καθόλου παθολογικά, γεγονός που σχετίζεται με την προεξάρχουσα και αυξανόμενη αξία που αποδίδεται στο λεπτό και αδύνατο σώμα των γυναικών, στις κοινωνίες των αναπτυγμένων χωρών.

Άλλοι κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες, όπως ο αμφιθυμικός και συγκρουσιακός ρόλος της γυναίκας στη σύγχρονη κοινωνία, η ελειοθηρία, η επίδραση των ΜΜΕ στη διαμόρφωση της εικόνας του ιδανικού γυναικείου σώματος, η επιλογή του επαγγέλματος με έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση, εμπλέκονται επίσης στην παθογένεια των διαταραχών διατροφής (Katzman 1997).

Εκλυτικοί Παράγοντες

Όπως αναφέρθηκε ήδη, η περιοριστική δίαιτα μπορεί να προκαλέσει ψυχογενή ανορεξία σ' αυτούς που έχουν ευαλωτότητα (Hsu 1990). Η δίαιτα υποκινείται είτε εξαιτίας του ότι μια έφηβη αισθάνεται συνήθως «παχουλή», είτε λόγω σχολίων από άλλους. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι ένα εκλυτικό αίτιο σε κάποιες περιπτώσεις (Rastam 1992). Υποστηρίζεται ότι η ψυχογενής ανορεξία έχει έναν εποχιακό τύπο εκδήλωσης, αντίστοιχο μ' αυτό των διαταραχών της διάθεσης και των αυτοκτονιών (Nielsen 1992). Όσον αφορά τις δεξιότητες στρατηγικής αντιμετώπισης των προβλημάτων φαίνεται ότι είναι ανεπαρκείς στους ανορεκτικούς, καθόσον η ψυχογενής ανορεξία αναδύεται ως απάντηση σε νέες εμπειρίες όπως η εφηβεία, η εγκατάλειψη του σπιτιού, η εισαγωγή στο Πανεπιστήμιο. Επίσης δυσμενή γεγονότα ζωής έχουν αναγνωρισθεί ως δυνητικά εκλυτικά αίτια, ειδικά σε ασθενείς με όψιμη έναρξη (Mynors-Wallis και συν. 1992).

Επιβαρυντικοί Παράγοντες (Παράγοντες που Συντηρούν και Διαιωνίζουν τη Διαταραχή)

Οι ψυχολογικές και φυσικές επιπτώσεις της ασιτίας έχουν σαφώς διακριβωθεί και από τα κλινικά ευρήματα αλλά και από πειραματικές συνθήκες (Keys και συν., 1950, Hsu 1990, Garner 1997). Είναι ενδιαφέρον για την κατανόηση της ψυχογενούς ανορεξίας να επισημανθεί ότι, πρώτον τα συμπτώματα που παλαιότερα εθεωρούντο ότι αντανακλούν την πρωτοπαθή ψυχοπαθολογία, αναγνωρίζονται τώρα, ως κοινά σε λιμοκτονούντες ασθενείς, ανεξαρτήτως του αιτίου της ασιτίας και δεύτερον ότι η ασιτία καθεαυτή οδηγεί σε δευτεροπαθή συμπτώματα που εν συνεχεία παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στη διαίωση της διαταραχής (Garfinkel και Garner 1982). Έτσι, ενώ η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε δίαιτα με σκοπό την ανάκτηση της αυτοεκτίμησης, η ασιτία προκαλεί περαιτέρω αποδιοργάνωση της διάθεσης. Η ασιτία αυξάνει την υπερενασχόληση με τις τροφές καθιστώντας τον έλεγχο της πρόσληψης τους ακόμη περισσότερο επιτακτικό και αναγκαίο. Η καθυστερημένη γαστρική κένωση και η μειωμένη γαστρική κινητικότητα ενισχύουν την αίσθηση πληρότητας του στομάχου και επομένως συμβάλλουν στην περαιτέρω μείωση της

προσλαμβανόμενης τροφής (*Stacher και συν. 1992*). Υπάρχουν επίσης ψυχολογικοί, διαπροσωπικοί και πολιτιστικοί παράγοντες που συντηρούν τη διαταραχή. Τα συμπτώματα μπορεί να προκαλούν μέσω θετικής επανατροφοδότησης (feedback), σταθεροποίηση στα οικογενειακά και ψυχολογικά συστήματα ή μπορεί να διασώζουν τις ισορροπίες εκτρέποντας την εστίαση μακριά από δυσάρεστες περιοχές (*Vandereyken 1990*).

Κλινική Εικόνα

Τα κεντρικά συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η απώλεια βάρους και η έντονη ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος. Οι ανορεκτικοί φοβούνται ότι είναι ή ότι θα γίνουν παχείς. Στη ζωή τους, κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζουν οι θερμίδες, το φαγητό, η αποφυγή τροφών έτσι ώστε να γίνονται συν τω χρόνω, μυστικοπαθείς και κοινωνικά απομονωμένοι. Μπορεί να παρουσιάσουν υπερδραστηριότητα και έντονη ανησυχία, ενώ η εμμηνορρυσία διακόπτεται στις γυναίκες. Πολλοί ανορεκτικοί υποφέρουν από τα συμπτώματα της ασιτίας, όπως σοβαρή δυσκοιλιότητα, κοιλιακούς πόνους, ζαλάδες, πρήξιμο στο στομάχι, στο πρόσωπο και τους αστραγάλους. Συνήθης είναι η ανάδυση χνουδωτής τρίχωσης στο δέρμα του σώματος και η τριχόπτωση στο τριχωτό της κεφαλής. Οι συνέπειες της ελαττωμένης κυκλοφορίας στην περιφέρεια του σώματος, εκδηλώνονται με έντονη ευαισθησία στο κρύο και την ξηρασία καθώς και αποχρωματισμένο δέρμα.

Η διαταραγμένη αντίληψη των ανορεκτικών για τον εαυτό τους και τη ζωή τους έχει σαν αποτέλεσμα τη δυσκολία να δεχθούν βοήθεια. Εάν όμως επιλυθούν οι υποκείμενες συναισθηματικές δυσκολίες και αποκατασταθεί το πρόγραμμα διατροφής, η ανάκαμψη αρχίζει σύντομα και ολοκληρώνεται σταδιακά. Το ανθρώπινο σώμα διαθέτει τεράστια αποθέματα αντοχής και οι φυσιολογικές λειτουργίες του αποκαθίστανται, με ελάχιστα ή καθόλου στίγματα του παρελθόντος.

Τα συμπτώματα της διαταραχής συνοψίζονται ως ακολούθως (EDA, 1995):

1. Σοβαρή απώλεια βάρους (βάρος < 85% Φ.Β.)
2. Παραμορφωμένη αντίληψη για το βάρος και το σχήμα του σώματος
3. Υπερβολική σωματική άσκηση
4. Προκλητοί έμετοι - Χρήση καθαρτικών ή διουρητικών
5. Κοινωνική απομόνωση - Απομάκρυνση από φίλους
6. Συναισθηματική αστάθεια, ευερεθιστότητα, κρίσεις θυμού
7. Δυσκολίες στον ύπνο

8. Αμηνόρροια (> 3 κύκλους) για τις γυναίκες Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας για τους άνδρες
9. Φτωχή περιφερική κυκλοφορία
10. Χνουδωτή τρίχωση του σώματος
11. Τελειοθηρία και ψυχαναγκαστικότητα
12. Χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Παθολογικά Ευρήματα και Σημεία

Οι ασθενείς είναι εξαιρετικά λεπτοί και βρίσκονται σε κατάσταση αστίας. Σημεία αφυδάτωσης, διόγκωσης των σιαλογόνων αδένων, ρωγμές της αδαμαντίνης των δοντιών και περιοδοντίτιδα, χνουδωτή τρίχωση του προσώπου και της ράχης και σημεία φτωχής περιφερικής κυκλοφορίας (κρύα και λευκά άκρα) είναι παρόντα. Διατηρείται όμως η τρίχωση της μασχάλης και του εφηβαίου (Crisp και συν. 1980).

- Αιματολογικά: Λευκοπενία, Θρομβοκυτοπενία
- Μεταβολικά: Μεταβολική αλκάλωση, υποκαλιαιμία, υποχλωραιμία, αύξηση αμυλάσης ορού, υπογλυκαιμία, μείωση Zn πλάσματος, υπερχοληστεριναιμία, και φυσιολογικά επίπεδα πρωτεϊνών και αλβουμίνης πλάσματος.
- Ορμόνες: Μείωση T3, αύξηση αυξητικής ορμόνης, αύξηση κορτιζόλης, μείωση γοναδοτροπινών, μείωση τεστοστερόνης (στους άνδρες), ανωμαλίες στην έκκριση της ινσουλίνης.
- Ούρα'- Σημεία αφυδάτωσης, μείωση ρυθμού σπειραματικής διήθησης.
- ΗΚΓ: Βραδυκαρδία, αρρυθμίες, παράταση Q-T διαστήματος, πτώση του
- ST διαστήματος, επιπέδωση ή αντιστροφή των T-κυμάτων, U κύμα
- (Beumont 1995, Treasure και Sz mukler 1995).

Διαφορική Διάγνωση

Εκτός της διαφορικής διάγνωσης από άλλες ψυχιατρικές νόσους που είναι σχετικά εύκολη, πρέπει να αποκλείονται επίσης:

- τα οργανικά νοσήματα που προκαλούν απώλεια βάρους, όπως τα κακοήθη νοσήματα,

- οι όγκοι του εγκεφάλου
- οι παθήσεις του γαστρεντερικού, (Νόσος του Crohn, σύνδρομο δυσαπορρόφησης, σύνδρομο άνω μεσεντερίων αγγείων)
- το AIDS
- ο υποθυρεοειδισμός και
- η κροταφική επιληψία.

Θεραπεία

Η διαταραχή, με τα συμπτώματα και τα σημεία της, η πορεία και η σοβαρότητα της πρέπει να εξηγηθεί στην πάσχουσα και την οικογένεια της. Προϋπόθεση αποτελεί η εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Σ' αυτό το πλαίσιο θα συμφωνηθεί η αποκατάσταση του βάρους.

Η ψυχογενής ανορεξία, σύμφωνα με τα όσα έχουν καταγραφεί μέχρι τώρα, είναι τόσο από την ιατρική πλευρά, όσο και από την πλευρά της ψυχοπαθολογίας σύνθετη, σοβαρή και συχνά χρόνια κατάσταση που η θεραπεία της απαιτεί συνεχή προσπάθεια και προσοχή και ένα πλήρες θεραπευτικό πλάνο που να περιλαμβάνει α) ιατρική και ψυχιατρική αντιμετώπιση, β) ατομική ψυχοθεραπεία και γ) οικογενειακή θεραπεία.

Η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει πρώτιστα στην αποκατάσταση του φυσιολογικού βάρους και στην επαναφορά φυσιολογικών διατροφικών συνηθειών προκειμένου να διορθωθούν οι βιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της ασιτίας που συντηρούν και διαιωνίζουν την παθολογική συμπεριφορά διατροφής. Οι συνοδοί στόχοι αφορούν την επισήμανση και την αντιμετώπιση των υποκείμενων ψυχολογικών, γνωσιακών, συμπεριφορικών, οικογενειακών και κοινωνικών προβλημάτων έτσι ώστε να διατηρηθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα και να αποφευχθεί η υποτροπή.

Οι στόχοι της θεραπείας λοιπόν, πρέπει να περιλαμβάνουν:

1. την αποκατάσταση του βάρους στο επίπεδο του βάρους-στόχου
2. την επαναφορά φυσιολογικού τρόπου διατροφής, με ενθάρρυνση του ασθενούς να εξοικειωθεί με μια κανονική και θερμιδικά ισορροπημένη πρόσληψη τροφών
3. τη διάγνωση και τη θεραπεία των ιατρικών επιπλοκών εξαιτίας της ασιτίας και των συμπεριφορών που τη συντηρούν
4. την επισήμανση των αρνήσεων και των δυσλειτουργικών σκέψεων, πίστεων και πεποιθήσεων

5. την παρέμβαση στην οικογένεια με σκοπό τη συνεργασία και την αποφυγή της εμπλοκής
6. την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την ενίσχυση της αυτονομίας, τη διευκόλυνση της διαμόρφωσης ταυτότητας, τη στήριξη της διαδικασίας αυτοεκτίμησης και την αντιμετώπιση του αισθήματος αναξιοότητας
7. την προληπτική παρέμβαση και εκπαίδευση για την αποφυγή υποτροπής (*Hsu 1990, Beumont και συν. 1993, APA 1993, Crisp 1997*)

A. Αποκατάσταση του βάρους

Υπάρχει γενική συμφωνία ότι η αποκατάσταση του βάρους θα πρέπει να είναι κεντρικός και πρώτος στόχος της θεραπείας. Το επιθυμητό βάρος-στόχος θα πρέπει να είναι το ατομικά καθορισμένο φυσιολογικό βάρος σώματος στο οποίο θα αποκατασταθεί η αναπαραγωγική λειτουργία.

Ως προς το περιεχόμενο των γευμάτων και τον υπολογισμό της θερμιδικής πρόσληψης, είναι καλύτερα, εξ αρχής ο καθορισμός του περιεχομένου των γευμάτων και του ποσού των θερμίδων να γίνεται από το διαιτολόγο ή το γιατρό. Είναι επίσης σημαντικό να επισημανθεί και να συμφωνηθεί με τον ασθενή ότι ο στόχος της θεραπείας είναι το φυσιολογικό βάρος και ότι το υπερβολικό βάρος δεν είναι επιθυμητό και πρέπει να αποφεύγεται. Σα βασική πάντως αρχή της προτεινόμενης διατροφής είναι να περιλαμβάνονται απαραίτητως σε κάθε γεύμα υδατάνθρακες, λευκώματα και λίπη, χωρίς να αποφεύγονται τα λαχανικά και φρούτα, των οποίων η αποφυγή είναι συχνά επιθυμία των ασθενών και θα πρέπει να ελέγχεται. Συνήθως η αρχική θερμιδική πρόσληψη κυμαίνεται μεταξύ 30-40 Kcal/kg την ημέρα (περίπου 1000-1600 Kcal /την ημέρα) πιθανόν όμως να πρέπει να αυξηθεί σε 70-100 Kcal/kg την ημέρα για ορισμένους ασθενείς κατά τη διάρκεια της φάσης αύξησης του βάρους, ώστε να σταθεροποιηθεί στις 40-60 Kcal/kg την ημέρα κατά τη φάση διατήρησης του βάρους. Η συνεχής εκπαίδευση και υποστήριξη του ασθενούς για τη διατήρηση φυσιολογικών συνηθειών διατροφής είναι ουσιαστική παράμετρος της θεραπείας καθ' όλη τη διάρκεια της (*Hsu 1990*).

Ο υπολογισμός του βάρους-στόχου γίνεται βάσει του Δείκτη Σωματικής Μάζας, που προσδιορίζεται από το πηλίκο του βάρους σε kg, δια του τετραγώνου

του ύψους σε εκατοστά. Για ασθενείς ηλικίας 16 ετών και άνω, ο ελάχιστος Δείκτης Σωματικής Μάζας πρέπει να είναι 20. Γι' αυτούς που είναι 14 και 15 ετών ο Δείκτης Σωματικής Μάζας πρέπει να είναι τουλάχιστον 18,5 - 19,5. Για ασθενείς μικρότερης ηλικίας πρέπει να γίνεται χρήση ειδικών πινάκων (Touyz και Beumont 1997, Crisp και συν. 1994).

Οι ανορεκτικοί ασθενείς που το βάρος τους είναι έως 20% κάτωθεν του φυσιολογικού βάρους πρέπει πρώτα να αντιμετωπίζονται εξωνοσοκομειακά, ιδιαίτερα όταν υπάρχει υψηλό κίνητρο, όταν η οικογένεια είναι συνεργάσιμη και όταν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρή (APA 1993).

Σε περισσότερο σοβαρές περιπτώσεις ασθενών με εξαιρετικά χαμηλό βάρος, απαιτείται ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση και συνολική θεραπεία, προκειμένου να επιτευχθεί η αύξηση του βάρους. Η απόφαση για νοσηλεία σε ψυχιατρική μονάδα αντί για παθολογική ή παιδιατρική, εξαρτάται από την ιατρική κατάσταση του ασθενούς και από τις επιδεξιότητες και ικανότητες του τοπικού ψυχιατρικού και ιατρικού προσωπικού. Κατά τη γνώμη μας πρέπει να γίνεται σε ψυχιατρικές κλινικές και απαιτεί έμπειρο και ειδικευμένο προσωπικό.

Στα προγράμματα ενδονοσοκομειακής θεραπείας θα πρέπει να καθορίζονται με ακρίβεια τόσο το βάρος-στόχος όσο και ο ρυθμός ελεγχόμενης αύξησης του βάρους αλλά και να πείθονται οι ασθενείς ότι μπορούν να αποκτήσουν τον έλεγχο επί των υγιών διατροφικών συνηθειών, στις οποίες εκπαιδεύονται. Ένα υποστηρικτικό και ενθαρρυντικό προσωπικό με το οποίο οι ασθενείς και οι οικογένειες τους μπορούν να αναπτύξουν ρεαλιστικές σχέσεις εμπιστοσύνης, είναι απολύτως αναγκαίο. Στο πρόγραμμα θα πρέπει να περιλαμβάνεται ένας λογικός ρυθμός αύξησης του βάρους (π.χ. 1,5 kg/εβδομάδα για ενδονοσοκομειακούς ασθενείς ή 1 Kgr/εβδ. για εξωτερικούς ασθενείς ή ασθενείς ημέρας) καθώς και ορισμένες θετικές και αρνητικές ενισχύσεις (παραμονή στο κρεβάτι, απαγόρευση προνομίων εκτός μονάδας, άσκηση εξαρτώμενη από την αύξηση του βάρους) (Hsu 1990, APA 1993).

Η θεραπεία των ανορεκτικών ασθενών στο νοσοκομείο ολοκληρώνεται όταν η φυσική τους κατάσταση είναι ιατρικά σταθεροποιημένη, όταν το βάρος-στόχος έχει αποκατασταθεί, όταν η συμπεριφορά διατροφής έχει ικανοποιητικά διορθωθεί, και όταν έχει γίνει αρκετή προετοιμασία για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών και των οικογενειακών παραγόντων που εμπλέκονται στη διαταραχή.

B. Αντιμετώπιση ιατρικών επιπλοκών

Η ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης του βάρους και των συνηθειών διατροφής θα πρέπει να περιλαμβάνει την εξέταση των ζωτικών σημείων, τον υπολογισμό πρόσληψης και απώλειας υγρών, την παρακολούθηση για ανάπτυξη οιδημάτων λόγω γρήγορης αύξησης του βάρους εξαιτίας κατακράτησης υγρών, την αποφυγή συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, και την αντιμετώπιση των γαστρεντερικών συμπτωμάτων.

Ενίοτε, ένεκα της ασιτίας, των εμέτων και των καθαρτικών, παρατηρούνται σοβαρές επιπλοκές όπως ηλεκτρολυτικές διαταραχές, καρδιακή ανεπάρκεια, υπόταση, αφυδάτωση, αρρυθμίες και νεφρική ανεπάρκεια που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση στο νοσοκομείο.

Η χρήση ρινογαστρικού καθετήρα ή, σε εξαιρετικές περιπτώσεις, η χορήγηση παρεντερικής διατροφής είναι εναλλακτικές λύσεις που χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν κίνδυνοι για τη ζωή του ασθενή. Τέτοιου τύπου παρεμβάσεις θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο για όσο χρονικό διάστημα είναι απολύτως αναγκαίες, ενώ θα πρέπει να συνεχίζεται η μέριμνα για την αποκατάσταση της φυσιολογικής διατροφής (*Beumont και συν. 1993*).

Γ. Φαρμακευτική Αντιμετώπιση

Παρ' ότι τα τελευταία 40 χρόνια έχει σημειωθεί ιδιαίτερα σημαντική πρόοδος στην ψυχοφαρμακολογία, κανένα φάρμακο δεν έχει αποδειχθεί χρήσιμο στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας. Επειδή λοιπόν η κεντρική ψυχοπαθολογία της διαταραχής αυτής, είναι εξαιρετικά ανθεκτική στη φαρμακευτική προσέγγιση, τα φάρμακα δεν πρέπει να χορηγούνται ως μοναδική θεραπεία. Η φαρμακευτική αγωγή όμως είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της ασιτίας και για τη θεραπεία της συνυπάρχουσας νοσηρότητας που παρατηρείται στους ανορεκτικούς ασθενείς με χρονιά πορεία (25% των πασχόντων).

Τα φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί περισσότερο είναι τα αντικαταθλιπτικά (αμιτριπτυλίνη, χλωριμιπραμίνη - σε ασθενείς με κατάθλιψη που επιμένει παρά την αύξηση του βάρους) τα νευροληπτικά (χλωροπρομαζίνη - κατά την ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση και ιδιαίτερα κατά την περίοδο που ο ασθενής παραμένει κλινήρης, έχουν χρησιμοποιηθεί βοηθητικά οι υψηλές δόσεις χλωροπρομαζίνης, οι οποίες γίνονται καλώς ανεκτές και συμβάλλουν στην επιτυχή ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, η πιμοζίδη σε χαμηλές δόσεις για την ψυχαναγκαστικότητα, το άγχος και τον ψυχωσικόμορφο τρόπο σκέψης) καθώς και τα αγχολυτικά φάρμακα (λοραζεπάμη) που χρησιμοποιούνται εκλεκτικά πριν από τα νεύματα για να μειώσουν το άγχος αναμονής που σχετίζεται με το φαγητό.

Οι περισσότεροι ειδικοί πιστεύουν ότι:

1. Οι ασθενείς με υποθρεψία και κατάθλιψη είναι περισσότερο επιρρεπείς στις ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαταθλιπτικής αγωγής απ' ό,τι άλλοι ασθενείς με κατάθλιψη, ενώ παράλληλα ανταποκρίνονται λιγότερο σ' αυτή.
2. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο υπότασης και αρρυθμίας στους ασθενείς με ανορεξία ειδικότερα σε ασθενείς που κάνουν χρήση υπακτικών και των οποίων η ενυδάτωση είναι ανεπαρκής και η καρδιακή λειτουργία διαταραγμένη
3. Μερικά συμπτώματα κατάθλιψης μπορούν να υποχωρήσουν με την αύξηση του βάρους
4. Τα αντικαταθλιπτικά βοηθούν στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που επιμένουν, μειώνουν την ψυχαναγκαστικότητα και γενικώς περιορίζουν τον κίνδυνο υποτροπής, μετά τη φάση αποκατάστασης του βάρους
5. Σε περιπτώσεις ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και ιδιαίτερα όταν είναι αναγκαίο ο ασθενής να παραμείνει κλινήρης κατά τη φάση απόκτησης φυσιολογικού βάρους, βαθμιαία αυξανόμενες δόσεις χλωροπρομαζίνης (μέχρι 400 mg ημερησίως), γίνονται καλά ανεκτές και βοηθούν σημαντικά στην παραμονή του ασθενή στο κρεβάτι και τη συμμόρφωση στην ενδεικνυόμενη σίτιση.

Συμπερασματικά, κανένα φάρμακο δεν έχει ειδική επίδραση στην ψυχογενή ανορεξία, και όσα έχουν χρησιμοποιηθεί έχουν μόνο μερική ένδειξη για την

αντιμετώπιση ορισμένων συμπτωμάτων και για περιορισμένο χρόνο (*Garfinkel και Walsh 1997*).

Δ. Οικογενειακή παρέμβαση

Η οικογένεια πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στο θεραπευτικό σχεδιασμό από την αρχή και να συμμετέχει στη θεραπευτική προσπάθεια. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία (εάν είναι δυνατόν με τους δυο γονείς τουλάχιστον εάν όχι με όλα τα μέλη της οικογένειας) θα πρέπει να αρχίσει όταν τα μέλη της οικογένειας μπορούν να συμμετάσχουν χωρίς να κρατούν κριτική στάση, απέναντι στον ασθενή και όταν κανένα μέλος της οικογένειας δεν είναι τόσο χαοτικό ώστε να αποκλείει την παραγωγική εργασία. Υπερβολικά αυστηροί γονείς θα πρέπει πρώτα να αντιμετωπίζονται χωρίς την παρουσία του ασθενούς ώστε να γίνει η σχετική προετοιμασία για να συμμετάσχουν στην οικογενειακή θεραπεία που περιλαμβάνει και τον ασθενή (*Dare και Eisler 1997*).

Η οικογενειακή θεραπεία είναι περισσότερο χρήσιμη για νεότερους ασθενείς και πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι η οικογενειακή θεραπεία πρέπει να είναι υποχρεωτική για παιδιά και νεαρούς εφήβους. Η θεραπεία ζεύγους μπορεί να είναι χρήσιμη σε παντρεμένους ασθενείς (*Dare και Eisler 1997*).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επισημανθεί στην οικογένεια ότι οι θεραπευτικοί χειρισμοί θα πρέπει να αποφασίζονται από τη θεραπευτική ομάδα. Συχνά οι ασθενείς προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν την οικογένεια ώστε να διακοπεί η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία πριν το βάρος-στόχος επιτευχθεί με διάφορα τεχνάσματα. Η στήριξη της θεραπευτικής ομάδας από την οικογένεια κατά τη διάρκεια της φάσης ανάκτησης φυσιολογικού βάρους, είναι απαραίτητη προϋπόθεση της θεραπείας.

Ε. Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία θα πρέπει να προσαρμόζεται σύμφωνα με το επίπεδο γνωσιακής συγκρότησης, το στυλ και την πολυπλοκότητα του συγκεκριμένου ασθενή και της οικογένειας του.

Συναισθηματική δοτικότητα και υποστήριξη, ενίσχυση της εναισθησίας, εκπαίδευση και εκμάθηση τεχνικών επίλυσης προβλημάτων αποτελούν βασικές περιοχές εργασίας και μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν ο ασθενής είναι επιδεκτικός σε τέτοιες παρεμβάσεις.

Η ψυχοθεραπεία, ατομική ή ομαδική χρειάζεται να συνεχιστεί για πολλά χρόνια, ίσως με διαλείμματα που εξαρτώνται από την ψυχοπαθολογία του ασθενούς και την ιατρική του κατάσταση. Η επίμονη και συχνά χρόνια φύση της ψυχοπαθολογίας αλλά και των διαταραχών της προσωπικότητας στην ψυχογενή ανορεξία, και η ανάγκη για ουσιαστική αλλαγή κατά τη διάρκεια της ανάκαμψης, απαιτούν μακροχρόνια ψυχολογική αντιμετώπιση τουλάχιστον για ένα χρόνο (*Crisp 1997*) ή ίσο χρόνο ψυχοθεραπείας με τον χρόνο από την έναρξη της διαταραχής (*EDA, 1995*).

Η ερμηνεία των ψυχολογικών διαταραχών που απαντώνται σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία βασίζεται σε ψυχοδυναμικές (*Crisp 1995, Bruch 1982*), ψυχαναλυτικές (*Goodsitt 1997*), γνωσιακές (*Garner και συν. 1997*), συστημικές (*Minuchin και συν. 1978, Palazzoli 1978*), κοινωνικοπολιτισμικές (*Striegel-Moore 1993*) και φεμινιστικές θεωρίες (*Orbach 1986*), από τις οποίες απορρέουν και οι αντίστοιχες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, που όλες έχουν εφαρμοσθεί, με άλλοτε, άλλη επιτυχία.

Ο ρόλος της ψυχοθεραπείας στην οξεία φάση της ενδονοσοκομειακής αντιμετώπισης του σοβαρά υποσιτιζόμενου ασθενή παραμένει ασαφής. Η εμπειρία από προγράμματα με μεγάλο αριθμό ασθενών και επιτυχή αντιμετώπιση δείχνουν ότι η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας αρχίζει να φαίνεται μετά την αποκατάσταση του βάρους. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, χωρίς ταυτόχρονη πρόοδο στην απόκτηση του βάρους, συνήθως δεν είναι αποτελεσματικές (*Crisp και συν 1991*).

Γενικά, κάθε ψυχοθεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να εστιάζει αφ1 ενός στα εσώτερα προβλήματα του ανορεκτικού ασθενούς (αισθήματα κενού, άρνηση και φόβος έναντι των προσωπικών αναγκών, αίσθημα αναποτελεσματικότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, εχθρότητα: προς εαυτό) και αφ' ετέρου να τον βοηθήσει να επεξεργασθεί τις αναπτυξιακές προκλήσεις της εφηβείας. Ο θεραπευτής πρέπει να εκπαιδεύει, να διευθετεί, να υποστηρίζει, να προτείνει, να συζητά, να

διαπραγματεύεται, να ενθαρρύνει, να εκπλήσσει και να αποτελεί πρότυπο για τον ασθενή του. Κάτι που πρέπει να αποφεύγεται γενικά σε κάθε προσέγγιση είναι η χρησιμοποίηση διαφόρων τακτικών και τεχνικών που εκλαμβάνονται ως εξαναγκαστικές από τους ασθενείς, για τους οποίους είναι γνωστό ότι ο έλεγχος είναι κάτι πολύ σημαντικό (*Hsu 1990*).

ΣΤ. Μακροπρόθεσμοι Στόχοι και Πρόγνωση

Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι περιλαμβάνουν σταθεροποίηση της συναισθηματικής διάθεσης, διευθέτηση των δυσλειτουργικών στοιχείων της προσωπικότητας, βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινωνικής λειτουργικότητας. Οι υποστηρικτικές και ψυχο-εκπαιδευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να αρχίσουν από τα πρώτα στάδια της ψυχοθεραπείας και να συνεχιστούν καθ' όλο το διάστημα της θεραπείας. Οι ασθενείς πρέπει να διευκολύνονται να δημιουργήσουν μια θεραπευτική σχέση μ' έναν ειδικό όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Το φύλο του θεραπευτή δεν έχει τόσο σημασία, όσο η εμπειρία του και οι ικανότητες του (*G. Waller 1997*),

Ως προς την πρόγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας τα αποτελέσματα από έγκυρες μελέτες παρακολούθησης νοσηλευθέντων ασθενών, για τουλάχιστον 4 χρόνια μετά την έναρξη της διαταραχής δείχνουν ότι: περίπου το 44% των ασθενών είχε καλή έκβαση (το βάρος επανήλθε στο προτεινόμενο βάρος και αποκαταστάθηκε η εμμηνορρυσία), στο 24% περίπου τα αποτελέσματα ήταν Φτωχά (το βάρος ποτέ δεν έφτασε το προτεινόμενο, και η έμμηνος ρύση δεν αποκαταστάθηκε ή ήταν σποραδική), στο 28%, περίπου, υπήρχαν ενδιάμεσα αποτελέσματα, και λιγότεροι από 5% είχαν πεθάνει (πρώιμη θνησιμότητα) (*Hsu 1990*). Αντίστοιχα αποτελέσματα προκύπτουν (καλή έκβαση 43%, βελτίωση 36%, χρόνια πορεία 20%, θνησιμότητα 5%) από εντελώς πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (68 μελέτες - 3104 ασθενείς) (*Steinhausen 1995*).

Η κακή πρόγνωση έχει συσχετιστεί με το πολύ χαμηλό αρχικά βάρος, την παρουσία εμέτων, την αποτυχία ανταπόκρισης σε προηγούμενη θεραπεία, τις διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις και το γάμο (*Hsu 1990*).

Η θνησιμότητα, οφειλόμενη πρωταρχικά σε καρδιακή προσβολή ή αυτοκτονία, (1-5%) αυξήθηκε όσο παρατεινόταν η παρακολούθηση και έφτασε περίπου το 20% μεταξύ ασθενών που παρακολουθούνταν για περισσότερο από 20 χρόνια (*Theander 1995*). Συνήθως κυμαίνεται μεταξύ 4% (*Crisp και συν. 1992*) και 17% (*Ratnasurya και συν. 1991*). Επιπλέον, περίπου τα 2/3 των ασθενών συνέχισαν να έχουν συνεχή νοσηρή ενασχόληση με το φαγητό και το βάρος, πάνω από 40% είχαν βουλιμικά συμπτώματα και πολλοί είχαν δυσθυμία, κοινωνική φοβία, ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά συμπτώματα και κατάχρηση ουσιών (*Halmi και συν. 1991*). Πρέπει να επισημανθεί ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών (25% περίπου) εισέρχεται στη χρόνια μορφή της διαταραχής που συνοδεύεται από σοβαρές ιατρικές επιπλοκές (*Garfinkel and Walsh, 1997*).

Ψυχογενής Βουλιμία (Bulimia Nervosa)

Ορισμός – Διαγνωστικά Κριτήρια

Πρόκειται για σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, από υπερβολικά ενασχόληση με τον έλεγχο του σωματικού βάρους, από ένα νοσηρό φόβο πάχυνσης που οδηγεί το άτομο να υιοθετεί παράδοξους τρόπους μείωσης του σωματικού βάρους, όπως αποφυγή «παχυντικών τροφών», προκλητούς εμετούς, χρήση καθαρτικών, χρήση ανορεξιογόνων φαρμάκων, θυρεοειδικών ορμονών και διουρητικών. Οι ασθενείς έχουν κατά κανόνα φυσιολογικό βάρος και οι γυναίκες κανονική εμμηνορρυσία.

Πρόκειται για μία νέα νόσο, που περιεγράφη από τον G. Russell 1979 (*Russell 1979*). Προέρχεται από τη σύνθετη ελληνική λέξη βουλιμία που σημαίνει ακατανίκητη πείνα (βου: βόδι ή ταύρος, και λιμός που σημαίνει μεγάλη πείνα και έχει τουλάχιστον δύο σημασίες: πείνα, τόσο μεγάλη όση ενός ταύρου ή ενός βοδιού, ή πείνα, τόσο μεγάλη ώστε να καταβροχθίσει κάποιος ένα βόδι) (*Parry-Jones B και Parry-Jones WL 1991*).

Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας κατά DSM-IV (APA 1994)

A. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

1. Την κατανάλωση, σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε δύο ώρες), μίας ποσότητας τροφής, η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις.
2. Την αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην υπερφαγία κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. ένα αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει).

Β. Επανελημμένη μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική άσκηση.

Γ. Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και η μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα 3 μηνών.

Δ. Η εκτίμηση του εαυτού επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Ε. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Προσδιορίζονται δύο τύποι ΨΒ:

Καθαρτικός Τύπος:

Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

Μη Καθαρτικός Τύπος:

Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες μη φυσιολογικές, αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως η νηστεία ή η υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας κατά ICD-10

(Στεφανής και συν. 1993)

- Επιμένουσα υπεραπασχόληση με τη διατροφή και ακατανίκητη επιθυμία για λήψη τροφής. Ο ασθενής υποκύπτει στην επιθυμία του να τρώει υπερβολικά, με επεισόδια υπερφαγίας κατά τα οποία πολύ μεγάλες ποσότητες τροφής καταναλίσκονται σε βραχείες χρονικές περιόδους.
- Ο ασθενής προσπαθεί να αντιρροπήσει την «παχυντική» επίδραση της τροφής με ένα ή περισσότερα από τα επακόλουθα: αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, κατάχρηση καθαρτικών ουσιών, εναλλασσόμενες περίοδοι αποχής από τη λήψη τροφής, χρήση φαρμάκων, όπως ανορεκτικών, θυροειδικών σκευασμάτων ή διουρητικών. (Διαβητικοί ασθενείς με βουλιμία δυνατόν να παραμελήσουν τη θεραπεία τους με ινσουλίνη).
- Η ψυχοπαθολογία εκφράζεται ως νοσηρός φόβος πάχυνσης. Ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του ένα αυστηρά καθορισμένο όριο σωματικού βάρους, πολύ κάτω από το προνοσηρό επίπεδο, το οποίο και αποτελεί το άριστο ή το κατά τη γνώμη του γιατρού συμβατό με την υγεία σωματικό βάρος. Συχνά, αλλά όχι πάντοτε, αναφέρονται στο ιστορικό επεισόδια ψυχογενούς ανορεξίας. Τυχόν προηγούμενο επεισόδιο μπορεί να έχει πλήρη κλινική έκφραση ή να είχε προσλάβει ελάσσονα λανθάνουσα μορφή με μέτρια μόνο απώλεια βάρους ή / και παροδική φάση αμηνόρροιας. Το μεσοδιάστημα μεταξύ ενός επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας και ενός ψυχογενούς βουλιμίας μπορεί να κυμαίνεται από λίγους μήνες μέχρι μερικά χρόνια. Σύμφωνα με το ICD-10 δεν περιγράφονται οι δύο υπότυποι, όπως στο DSM-IV.

Για την κατανόηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας, επειδή πρόκειται για νέα νόσο, αξίζει να καταγραφούν τα παρακάτω αποσαφηνιστικά σχόλια. Πρόκειται, όπως αναφέρθηκε ήδη, για μία κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υπερφαγία και αντιρροπιστική αποβολή των τροφών που προσλαμβάνονται. Ο ασθενής, χωρίς να μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του, καταναλώνει εξαιρετικά μεγάλες ποσότητες τροφών και εν συνεχεία προσπαθεί να αντισταθμίσει την συμπεριφορά του, είτε μέσω προκλητών εμετών ή λήψεως φαρμάκων (καθαρτικών ή διουρητικών) ή μέσω αποχής από το φαγητό. Είναι μία οργανωμένη συμπεριφορά -έναν τρόπο ζωής που καθορίζει

πλήρως την καθημερινότητα του ατόμου- ενός ατόμου, που σχεδόν κάθε μέρα και σε διάφορη έκταση, καταναλώνεται στα ψώνια, τις τροφές, το μαγείρεμα, την υπερφαγία και τελικώς την αποβολή των τροφών που θα φάει.

Είναι ένα διακριτό κλινικό σύνδρομο που αρχίζει συνήθως μεταξύ 15-20 ετών, και συχνά εμφανίζεται σε άτομα που είχαν προβλήματα στις συνήθειες διατροφής και το βάρος του, όπως, ψυχογενή ανορεξία, παιδική παχυσαρκία, εφηβικό βάρος στα ανώτερα φυσιολογικά όρια και ιστορικό μεγάλων διακυμάνσεων του βάρους. Σε πολλές περιπτώσεις η ψυχογενής βουλιμία αρχίζει με δίαιτα, που γίνεται μετά από κάποιο στεσσογόνο γεγονός (διακοπή σχέσης) ή καινούριο συμβάν (έναρξη πρωταθλητισμού) ή οποιαδήποτε κατάσταση που παροτρύνει το άτομο να ασχοληθεί με το σχήμα του σώματός του και τη σχέση του με τον αυτοέλεγχο, ενώ ταυτόχρονα παρέχει δημοσιότητα και υπόσχεται σπουδαία επιτεύγματα. Δεν είναι τυχαίο, ότι στις ηλικίες που παρουσιάζεται η ψυχογενής βουλιμία επισυμβαίνουν παράλληλα, η μετάβαση από το λύκειο στην επόμενη βαθμίδα αλλά και η μετάβαση από την οικογένεια στην ανεξάρτητη ζωή.

Αυτοί που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία, παγιδεύονται σε έναν φαύλο κύκλο συμπεριφορών που ενισχύεται από τα συναισθήματά τους, την ενοχή, την ντροπή, την αηδία και την απέχθεια για τον εαυτό τους. Αισθάνονται υπερβολικά μεγάλη ενοχή για τη βουλιμική συμπεριφορά τους, ώστε να αποφεύγουν την κοινωνική ζωή για να μην αποκαλυφθούν, παρότι είναι ιδιαίτερα κοινωνικά άτομα (Polivy και Herman 1993).

Η ντροπή και η απομόνωση που νοιώθουν, ενισχύει αισθήματα ανεπάρκειας και έλλειψης ελκυστικότητας. Όπως αναφέρθηκε, πρόκειται για ιδιαίτερα κοινωνικά άτομα που παρουσιάζουν έναν κοινωνικό εαυτό, με αυτοπεποίθηση, επιτυχία και ευτυχία, για αυτό η υποκείμενη διαταραχή διαδράμει απαρατήρητη για χρόνια. Το δυσάρεστο γεγονός είναι ότι νοιώθουν απόγνωση, δεν είναι πραγματικά ευτυχισμένοι, έχουν ιδιαίτερα χαμηλή αυτοεκτίμηση και μπορεί να παρουσιάσουν σοβαρή κατάθλιψη. Ωστόσο, διατηρούν το σωματικό βάρος σε φυσιολογικά όρια, ανεξάρτητα αν έχει προηγηθεί ψυχογενής ανορεξία, και τρώνε φυσιολογικά όταν είναι με άλλους (Fairburn 1995).

Για την κατανόηση του επεισοδίου υπερφαγίας (Binge Eating) περιγράφεται ότι, υπερφαγία επισυμβαίνει όταν η συμπεριφορά διατροφής είναι εντελώς εκτός

ελέγχου. Τεράστιες ποσότητες τροφών καταναλώνονται με μανία, έτσι ώστε οι τροφές να τρώγονται μισομαγειρεμένες ή κατευθείαν από το ψυγείο. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας, περιέχει σχεδόν αποκλειστικά τροφές υψηλής θερμιδικής περιεκτικότητας. Πρόκειται συνήθως για υδατάνθρακες και λίπη. Οι τροφές είναι συνήθως γλυκά, σοκολάτες, μπισκότα, ψωμί, μέλι, βούτυρο και τυρί. Υπάρχουν φυσικά και πολλά άλλα προϊόντα τα οποία έχουν εκ των προτέρων συλλεχθεί μετά από μία ειδική αποστολή στα καταστήματα, με το μυαλό και την έννοια στην κατανάλωσή τους.

Οι βουλιμικοί απεχθάνονται και νοιώθουν αηδία για τον φαύλο κύκλο υπερφαγίας-αποβολής τροφών που έχουν παγιδευτεί. Η αντιρροπιστική αποβολή και απομάκρυνση των τροφών, αποτελεί μια «καθαρή συμπεριφορά» και εκλαμβάνεται από τους ίδιους ως αυτό-επιβεβλημένη τιμωρία για το χάσμα που χωρίζει την εικόνα του κοινωνικού εαυτού από τον ιδιωτικό εαυτό, αυτόν τον εαυτό, τον ήδη απεγνωσμένο και καθημαγμένο από αισθήματα ενοχής, που θεωρεί το υποκείμενο με ακόμη μεγαλύτερη αποστροφή. Πολλοί πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία, αναφέρουν ότι αυτή η συμπεριφορά τους -υπερφαγία- είναι κάτι που προέρχεται από κάποια κρυμμένη πλευρά της προσωπικότητάς τους, μια αχαλίνωτη τάση για αυτό, και ότι τους καθορίζει εντελώς, ώστε εκείνη τη στιγμή να βρίσκονται εντελώς εκτός ελέγχου. Είναι τόσο ισχυρός και ακατανίκητος αυτός ο καταναγκασμός για υπερφαγία, ώστε κάποιες φορές, δεν είναι κυριολεκτικά τίποτα δυνατόν, να τον σταματήσει. Το αποτέλεσμα είναι να θεωρείται από τους ίδιους ότι αυτός ο φαύλος κύκλος, είναι αδύνατον να καταπολεμηθεί, ακόμη και όταν δηλώνεται η αποφασιστικότητα του πάσχοντος να αλλάξει συμπεριφορά (Russell 1979, Fairburn 1995, Polivy και Herman 1993).

Αιτιολογία

Αιτιολογία της ψυχογενούς βουλιμίας

Στην αιτιολογία της Ψυχογενούς Βουλιμίας, βάσει του πολυπαραγοντικού μοντέλου, περιγράφεται η διαπλοκή Προδιαθεσικών παραγόντων (Ατομικών, Οικογενειακών, Κοινωνικό-πολιτιστικών), Εκλυτικών παραγόντων και Επιβαρυντικών παραγόντων.

Προδιαθεσικοί παράγοντες

α. Ατομικοί (Βιολογικοί και ψυχολογικοί)

Σε κάποιες έρευνες έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ επεισοδίων υπερφαγίας και αντιρροπιστικών συμπεριφορών αποβολής των τροφών και της δράσης των νευροδιαβιβαστών, νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από την κλινική ανταπόκριση των συμπτωμάτων της ψυχογενούς βουλιμίας στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα (τρικυκλικά και σεροτονεργικά) (Pirke 1995).

Έχει βρεθεί επίσης ότι τα επίπεδα των ενδορφινών στο αίμα είναι αυξημένα σε ορισμένους ασθενείς που κάνουν εμετούς. Πιθανόν το αίσθημα της ικανοποίησης που βιώνουν οι ασθενείς αυτοί μετά τον εμετό, να οφείλεται στη διαμεσολάβηση των ενδορφινών (Kaplan, Sadock, Grebb 1994).

Άλλες αλλαγές στα νευροενδοκρινικά συστήματα που έχουν βρεθεί στους ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία μοιάζουν με αυτές που βρίσκονται στους πάσχοντες από συναισθηματικές διαταραχές (καθυστερημένη απάντηση της TSH στην πρόκληση με TRH στο 80% των ασθενών, ανωμαλία καταστολής κορτιζόλης στη δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη -θετική δοκιμασία DST- στο 67% των ασθενών) (Gwirtsman και συν. 1989).

Δίδυμοι ασθενών με βουλιμία, επίσης εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά βουλιμίας με υψηλότερη επίπτωση στους μονοζυγωτικούς (βαθμός συμφωνίας 23-100%) από ότι στους διζυγωτικούς διδύμους (βαθμός συμφωνίας 0-33%) (Treasure,

Holland 1995). Τα στοιχεία σχετικά με τα ποσοστά βουλιμίας σε γυναίκες συγγενείς πρώτου βαθμού είναι αντιφατικά (Kendler και συν. 1991).

Ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης έχει αναφερθεί στο 20-50% των ασθενών με βουλιμία (Fallon και Wonderlich 1997).

Τα στοιχεία προσωπικότητας που κυριαρχούν στους βουλιμικούς ασθενείς είναι η παρορμητικότητα, η διαπροσωπική ευαισθησία και η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενώ επιπλέον μέσω μελετών σε βουλιμικούς ασθενείς με τη χρήση του MMPI, περιγράφεται ένα προφίλ προσωπικότητας με μικρό έλεγχο των ενορμήσεων, χρόνια κατάθλιψη, συμπεριφορές εκδραμάτισης και ελάχιστη αντοχή στη ματαίωση (Wonderlich 1995).

Ως προς την διάγνωση των διαταραχών προσωπικότητας σε βουλιμικούς ασθενείς, το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 21-77% και ο τύπος που κυριαρχεί είναι η ενότητα B (Δραματικά άτομα με έντονα συναισθήματα και ασταθή στις διαπροσωπικές σχέσεις) σύμφωνα με το DSM-IV. Η συχνότερη διαταραχή προσωπικότητας στους βουλιμικούς ασθενείς είναι η οριακή διαταραχή (2-47%) και η μελέτη της σχέσης των δύο διαταραχών προκαλεί ένα συνεχές ερευνητικό ενδιαφέρον (Wonderlich 1995).

Στους βουλιμικούς ασθενείς παρατηρούνται διασχιστικά συμπτώματα, σεξουαλικές παρεκκλίσεις και παρορμητικές συμπεριφορές (υπερβολική σπατάλη χρημάτων, κλοπές καταστημάτων, σεξουαλικής εκδραμάτισης, αυτοακρωτηριασμοί), και απόπειρες αυτοκτονίας (Mitchell και συν. 1985).

Ως προς τη συνυπάρχουσα ψυχιατρική νοσηρότητα (συννοσηρότητα) σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, έχουν αναφερθεί αυξημένα ποσοστά Μείζονος Κατάθλιψης (46%), αγχωδών διαταραχών (43%), εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες (49%) και διπολικής συναισθηματικής διαταραχής (12%) (Steere και συν. 1990, Halmi και συν. 1991).

Δυσκολίες ως προς την αντιμετώπιση των προβλημάτων της εφηβείας είναι κυρίαρχες και στους βουλιμικούς ασθενείς όπως και στους ανορεκτικούς. Οι βουλιμικοί είναι όμως περισσότερο εξωστρεφείς, επιθετικοί και παρορμητικοί (Russell 1979). Επειδή βιώνουν τα συμπτώματά τους περισσότερο μη-σύντονα από

ότι οι ανορεκτικοί, προσέρχονται πιο εύκολα και αναζητούν βοήθεια (Treasure, Ward 1997).

Ως προς την ψυχοδυναμική συγκρότηση, οι βουλιμικοί φαίνεται να υστερούν ως προς τον υπερεγωτικό έλεγχο και την ισχύ του εγώ, σε σχέση με τους ανορεκτικούς. Ιστορικό δυσκολιών αποχωρισμού και απουσία μεταβατικού αντικειμένου είναι διακριτά στοιχεία της βουλιμικής ψυχοσυγκρότησης. Αναφέρεται ότι οι ασθενείς αυτοί χρησιμοποιούν το ίδιο τους το σώμα ως μεταβατικό αντικείμενο. Ο αγώνας για τον αποχωρισμό από το μητρικό πρόσωπο μεταφέρεται ως αμφιθυμία για το φαγητό. Το να τρως αντιπροσωπεύει τις ανάγκες συγχώνευσης με τη μητέρα, και το να αποβάλεις τις τροφές την ασυνείδητη επιθυμία για αποχωρισμό και αυτονομία (Dare and Crowther 1995).

Οικογενειακοί και Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες

Οι οικογένειες των βουλιμικών διαφέρουν από των ανορεκτικών. Είναι λιγότερο κλειστές με περισσότερο συγκρουσιακές σχέσεις. Επίσης, οι οικογένειες βουλιμικών εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα κατάχρησης ουσιών (κυρίως αλκοολισμού), συναισθηματικών διαταραχών και παχυσαρκίας. Οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία, όπως και οι ανορεκτικοί, έχουν υψηλούς στόχους και μεγάλη ευαισθησία στις πολιτισμικές πιέσεις ως προς τη λεπτότητα του σώματος (Mitchell και συν. 1985, Fairburn και συν. 1997)

1. Εκλυτικοί Παράγοντες και Επιβαρυντικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο (Fairburn 1997A) η χαμηλή αυτοεκτίμηση προκαλεί μια ιδεατή υπεραπασχόληση για το σχήμα και το βάρος του σώματος που οδηγεί σε περιοριστική δίαιτα. Η δίαιτα έχει ως αποτέλεσμα τα επεισόδια υπερφαγίας που βεβαίως προκαλούν είσοδο σε φαύλο κύκλο, με εκ των υστέρων συμπεριφορά αποβολής τροφών (προκλητούς εμετούς, καθαρτικά ή καταναγκαστική γυμναστική), αίσθηση απώλειας του ελέγχου και ενίσχυση της χαμηλής αυτοεκτίμησης, με συνεχή αναπαραγωγή καθημερινώς του ίδιου και πανομοιότυπου φαύλου κύκλου (βλ. πίνακα: *Το γνωσιακό μοντέλο που εξηγεί τον φαύλο κύκλο στην Ψυχογενή Βουλιμία*). Η βουλιμικοί ασθενείς, παρότι έχουν συνήθως φυσιολογικό βάρος, λόγω του

χαοτικού τρόπου διατροφής τους, βρίσκονται σε κατάσταση, ισοδύναμο ασιτίας, γεγονός που λειτουργεί, όπως και στην ψυχογενή ανορεξία, ως επιβαρυντικός παράγων, που διαιωνίζει και συντηρεί τη διαταραχή.

Σύμφωνα με μία άποψη, η ψυχογενής βουλιμία εκδηλώνεται ως αποτέλεσμα της ταυτόχρονης δράσης των παραγόντων κινδύνου για νόσηση από ψυχιατρική διαταραχή γενικά, και των παραγόντων κινδύνου για έναρξη δίαιτας. Στο ιστορικό των ασθενών παρατηρείται αρνητική εκτίμηση εαυτού, πριν από την εκδήλωση της ψυχογενούς βουλιμίας καθώς και συγκρουσιακές γονεϊκές σχέσεις στην οικογένεια (Fairburn και συν. 1997).

Το αιτιολογικό μοντέλο της ψυχογενούς ανορεξίας (Slade 1995)



Το γνωσσιακό μοντέλο για την Ψυχογενή Βουλιμία
(Fairburn 1997)

Χαμηλή αυτοεκτίμηση

Υπεραπασχόληση με το σχήμα και το βάρος
του σώματος

Εντατική δίαιτα

Επεισόδια Υπερφαγίας

Καταναγκαστική πρόκληση εμέτων, χρήση
καθαρτικών ή διουρητικών

Κλινική Εικόνα

Τα συμπτώματα, τα σημεία και τα χαρακτηριστικά των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία (EDA 1995) είναι τα κάτωθι:

1. Επαναλαμβανόμενα και ανεξέλεγκτα επεισόδια υπερφαγίας.
2. Αντιρροπιστική προσπάθεια ανατροπής των αποτελεσμάτων της υπερφαγίας μέσω αυτό-προκαλούμενων εμετών, περιοριστικής διαίτας, εξαντλητικής γυμναστικής, χρήσης νόμιμων ή παράνομων κατασταλτικών της όρεξης, χρήσης καθαρτικών ή διουρητικών φαρμάκων.
3. Συχνή εξαφάνιση στην τουαλέτα μετά από τα γεύματα, με σκοπό την απομάκρυνση των προσληφθεισών τροφών.
4. Διαταραχές εμμηνορρυσίας.
5. Ιστορικό μεγάλης διακύμανσης του σωματικού βάρους.
6. Αφυδάτωση – Λέπτυνση και κακή υγεία του δέρματος.
7. Βλάβες της αδαμαντίνης των δοντιών και σημάδια στα δάκτυλα (σημείο του Russell) λόγω των προκλητών εμετών.
8. Ληθαργικότητας.
9. Αίσθημα ενοχής και αυτομομφής, έλλειψης βοήθειας και μοναξιάς.
10. Παρορμητική συμπεριφορά με διαταραχή του ελέγχου των ενορμήσεων και μεταπτώσεις στη διάθεση.
11. Συμπεριφορές συγκάλυψης, απόκρυψης και εξαπάτησης (μυστικοπάθεια, ψευδολογία).
12. Χρόνιο άγχος, υπερένταση, κατάθλιψη.
13. Εκδραματίσεις (σεξουαλικές, αυτοτραυματισμοί, κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών, κλοπές).

Όταν στη συμπεριφορά αντιρρόπησης, κυριαρχούν οι αυτό-προκαλούμενοι εμετοί, προσβάλλονται σοβαρά τα δόντια και τα ούλα. Σχισμές και ρωγμές της σκληρής ουσίας των δοντιών και προοδευτικά τερηδονισμός, ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα και απόπτωση των δοντιών είναι η κατάληξη (Milosevic A και συν. 1997).

Σε αυτούς που χρησιμοποιούν καθαρτικά ή διουρητικά μπορεί να παρουσιαστούν σημεία σοβαρών ίσως και μοιραίων επιπλοκών, με σημαντικότερη

την αποδιοργάνωση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας των υγρών του σώματος, που, ως γνωστόν, επηρεάζει σοβαρά την καρδιακή και νεφρική λειτουργία (Διαταραχή ισορροπίας ύδατος-ηλεκτρολυτών) και εκδηλώνεται με κόπωση, πλήρη εξάντληση, ακόμη -σε σοβαρές περιπτώσεις- και κώμα ή θάνατο (Mitchell και συν. 1987).

Διαφορική Διάγνωση

Η διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση της Ψυχογενούς Βουλιμίας εκτός της διαφορικής διάγνωσης με τις ψυχιατρικές νόσους θα πρέπει να περιλαμβάνει την Επιληψία -τύπου Επιληπτικών Ισοδύναμων, τους Όγκους του ΚΝΣ, το Σύνδρομο Kluver-Bucy και το Σύνδρομο Kleine- Levin, καθώς και Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας. Η διαφορική διάγνωση των νευρολογικών νόσων θα στηριχθεί στο ιστορικό, στην κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο. Στο Σύνδρομο Kluver-Bucy, παρατηρείται έκπτωση της μνήμης για ανάκληση πρόσφατων γεγονότων, οπτική αγνωσία, καταναγκαστικές λειχίες και δαγκώματα των χειλέων, έλεγχος των αντικειμένων με το στόμα, ανικανότητα του ατόμου να αδιαφορεί για κάποια ερεθίσματα, απαλλαγή από το αίσθημα του φόβου, αύξηση της σεξουαλικής ορμής και υπερφαγία. Πρόκειται για εξαιρετικά σπάνιο σύνδρομο, οφειλόμενο σε βλάβη της μέσης και κάτω κροταφικής έλικας και του υποκάμπειου σχηματισμού. Το σύνδρομο Kleine-Levin χαρακτηρίζεται από περιόδους υπερυπνίας που διαρκούν για 2 ή 3 εβδομάδες και από επεισόδια υπερφαγίας. Αρχίζει στην εφηβεία και είναι πιο συχνό στους άνδρες. Οι ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας εμφανίζουν επεισόδια υπερφαγίας αλλά και τα λοιπά χαρακτηριστικά της διαταραχής (Kaplan, Sadock, Grebb 1994).

Επιπλοκές και Πορεία

Οι φυσικές επιπλοκές της βουλιμικής συμπεριφοράς περιλαμβάνουν ηλεκτρολυτικές διαταραχές (κυρίως υποκαλσιαιμική, υποχλωραιμική αλκάλωση σε ασθενείς που κάνουν εμετό), διαταραχή του ισοζυγίου ύδατος-ηλεκτρολυτών, υπομαγνησισαιμία, γαστρικό και οισοφαγικό ερεθισμό και αιμορραγία, σοβαρές εντερικές ανωμαλίες λόγω της κατάχρησης υπακτικών, φθορά της οδοντικής αδαμαντίνης, διόγκωση των παρωτίδων και συνοδό υπεραμυλασαιμία.

Σύνδρομο Mallory-Waiss συμβαίνει σπάνια. Κατάχρηση υπεκακούαναας για πρόκληση εμετού μπορεί να προκαλέσει μυοκαρδιοπάθειες (με ξαφνικό θάνατο) ή περιφερική μυϊκή αδυναμία (Mitchell και συν. 1987).

Βραδυκαρδία στην ανάπαυση, υπόταση και ελαττωμένος ρυθμός μεταβολισμού παρατηρούνται σε μερικούς βουλιμικούς ασθενείς και μπορεί να αντανakλούν μειωμένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και του θυροειδικού άξονα (Obarzanek και συν. 1991).

Επιπρόσθετα, παρόλο που οι βουλιμικοί ασθενείς μπορεί να είναι μέσα στα πλαίσια του φυσιολογικού βάρους, λόγω της χαοτικής διατροφής τους μπορεί να εμφανίζουν βιολογικά και ψυχολογικά ισοδύναμα ασιτίας. Έτσι, η οριστική ψυχολογική εκτίμηση μπορεί να είναι δύσκολο να ολοκληρωθεί προτού η διατροφή και το βάρος σταθεροποιηθούν.

Η πορεία της ψυχογενούς βουλιμίας περιλαμβάνει περιόδους κατά τις οποίες εμφανίζονται εξάρσεις με επεισόδια υπερφαγίας και απώλεια του ελέγχου οι οποίες ακολουθούνται από μεγάλες περιόδους νηστείας και ασιτίας. Η ασιτία και η λιμοκτονία ως καταστάσεις, προκαλούν μία ακατανίκητη και επίμονη επιθυμία για φαγητό η οποία γίνεται ακαταμάχητη και αξεπέραστη ώστε να οδηγήσει σε εκ νέου απώλεια του ελέγχου με αποτέλεσμα τα επεισόδια υπερφαγίας. Μετά το επεισόδιο υπερφαγίας, οι βουλιμικοί καταφεύγουν στη χρήση καθαρτικών ή διουρητικών φαρμάκων, κάνουν εμετούς με πρόκληση, ώστε να αποβάλουν τις τροφές που έφαγαν. Πολλοί ασθενείς έχουν προηγούμενο ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας και πιστεύουν ότι λύνουν το δίλημμα, τρώγοντας αυτά που θέλουν αλλά και ταυτόχρονα μένοντας λεπτοί.

Στην αρχή, η ψυχογενής βουλιμία, φαίνεται ότι προσφέρει στήριξη στα άτομα εκείνα που είναι δυσαρεστημένα από τη ζωή τους και ανικανοποίητα από αυτό που είναι. Πρόκειται για εξαιρετικά άστοχη και «επιφανειακή» λύση και «απάντηση», καθώςον γρήγορα ανακαλύπτουν ότι έχουν παγιδευτεί σε έναν εξαιρετικά επικίνδυνο φαύλο κύκλο που ενισχύει και ενισχύεται από την αυτό-υποτίμηση και τον ευτελισμό, την ντροπή και την ενοχή. Παρότι κάποιοι βουλιμικοί ασθενείς δεν αναφέρουν ποτέ ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας, εμφανίζουν παρολαυτά τις παθολογικές ανησυχίες

των ανορεκτικών γύρω από το σχήμα και το βάρος του σώματος, έλεγχο και απώλεια του ελέγχου καθώς και μια πρωταρχική ανάγκη να εκλαμβάνουν τα ελαττώματά τους ως ενδείξεις δυνάμεως και ισχύος. Τέλος, υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις βουλιμικών ασθενών που παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις του σωματικού βάρους, από πολύ υψηλό σε πολύ χαμηλό, έτσι ώστε να θυμούμεθα ότι η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία μπορεί να αλληλοδιαδέχονται η μία την άλλη (Garfinkel και Garner 1982).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Οι στόχοι της θεραπείας της Ψυχογενούς Βουλιμίας περιγράφονται παρακάτω (Hsu 1990, APA 1993, Garner και Needleman 1997)Q

1. Εγκατάσταση κανονικού προγράμματος διατροφής και διακοπής του φαύλου κύκλου Υπερφαγίας-Εμετών.
2. Τροποποίηση Σκέψεων, Πίστεων και Συναισθημάτων που συντηρούν τη Βουλιμική συμπεριφορά βάση του γνωσιακού μοντέλου.
3. Θεραπεία των Ιατρικών Επιπλοκών της Βουλιμίας
4. Αντιμέτωπιση των συνυπαρχόντων ψυχιατρικών συμπτωμάτων που είναι συνήθη στη Βουλιμία
5. Ψυχολογική προσέγγιση
 - Ατομική ή Ομαδική ψυχοθεραπεία:
 - a. Γνωσιακή-συμπεριφορική (θεραπεία εκλογής)
 - b. Διαπροσωπική
 - c. Ψυχοδυναμική
 - Οικογενειακή θεραπεία
6. Φάρμακα
7. Πρόληψη των υποτροπών, καθόσον η πορεία της νόσου χαρακτηρίζεται από περιόδους υφέσεως, εξάρσεως.

Η νοσοκομειακή θεραπεία γενικά, δεν είναι απαραίτητη. Οι ασθενείς που πάσχουν από μη επιλεγμένη ψυχογενή βουλιμία θα πρέπει να αντιμετωπίζονται πρώτα ως εξωτερικοί ασθενείς ή σε νοσοκομεία ημέρας. Η νοσηλεία στα νοσοκομεία θα πρέπει να γίνονται όταν:

1. Υπάρχει μεγάλη διακύμανση του βάρους.
2. Υπάρχει αστάθεια στην ισορροπία ύδατος-ηλεκτρολυτών
3. Παρατηρείται αυτοκτονικός ιδεασμός ή αυτοκτονική πρόθεση
4. Συνυπάρχει σοβαρή κατάχρηση αλκοόλ ή ψυχοδραστικών φαρμάκων
5. Υπάρχουν επικίνδυνα για τη ζωή ιατρικά προβλήματα που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν έξω από το νοσοκομείο
6. Υπάρχει κύηση 1^{ου} τριμήνου, λόγω κινδύνου αποβολής
7. Επίσης, η εισαγωγή στο νοσοκομείο μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη για τους ασθενείς των οποίων η διαταραχή διατροφής είναι εξ ολοκλήρου εκτός ελέγχου, και οι οποίοι δεν έχουν καμία ουσιαστική πρόοδο κατά τη διάρκεια μιας αρκετά μεγάλης περιόδου εξονοσοκομειακής αντιμετώπισης (APA 1993)

Η θεραπεία Διαιτητικής αποκατάστασης έχει ως σκοπό να εκπαιδεύσει τον ασθενή με ψυχογενή βουλιμία ώστε (Hsu 1990):

1. Να υιοθετήσει τις αρχές της σωστής διατροφής (να τρώει κανονικά γεύματα, να αυξήσει την ποικιλία των τροφών που τρώει, να μειώσει την ταχύτητα πρόσληψης των τροφών και να αρχίσει να τρώει τις απαγορευμένες τροφές με κανονικό τρόπο.
2. Να αντιληφθεί τη συσχέτιση υποθρεψίας και υπερφαγίας.
3. Να κατανοήσει τις καταστρεπτικές επιπτώσεις των εμετών και της χρήσης καθαρτικών.
4. Να προσλαμβάνει ισορροπημένα γεύματα σε τακτικότητα και συχνότητα
5. Να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα γυμναστικής σύντομο με το πρόγραμμα διατροφής, και να κατανοήσει τη συσχέτιση (ισοζύγιο πρόσληψης-κατανάλωσης ενέργειας).

Η ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές είναι: η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (Wilson GT και συν. 1997), οι ψυχοδυναμικές θεραπείες και η ψυχανάλυση (Goodsitt 1997, Tobin 1993), η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (Fairburn 1997B), η θεραπεία βάση του μοντέλου απεξάρτησης (Vandereycken 1990), η οικογενειακή θεραπεία όταν ενδείκνυται (Schwartz και συν 1985) και η ομαδική ψυχοθεραπεία όλων των κατευθύνσεων (Polivy και Federoff 1997).

Έρευνες δίνουν έμφαση στην αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας που περιγράφεται ως θεραπεία εκλογής καθώς και στη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (Fairburn 1997A,B).

Η ψυχοθεραπευτική εργασία πρέπει να επικεντρωθεί σε κοινά θέματα όπως η ανάπτυξη, η διαμόρφωση της προσωπικότητας, η απαρτίωση της ταυτότητας του φύλου και της σεξουαλικότητας, οι σεξουαλικές δυσκολίες, η έκφραση του συναισθήματος, η οικογενειακή δυσλειτουργία, οι τρόποι αντιμετώπισης των δυσκολιών και οι τεχνικές επίλυσης των προβλημάτων. Ασθενείς με συνυπάρχουσα ψυχογενή ανορεξία και / ή συνυπάρχουσα οριακή διαταραχή προσωπικότητας συνήθως απαιτούν παρατεταμένη θεραπεία (Garner 1993, Dennis και Sansone 1997).

Η οικογενειακή θεραπεία θεωρείται απαραίτητη σε εφήβους που ζουν ακόμα με τους γονείς τους, αλλά και σε μεγαλύτερους ασθενείς με συνεχιζόμενες συγκρουσιακές σχέσεις με τους γονείς τους και σε ασθενείς με συζυγικά προβλήματα (Schwartz και συν. 1985).

Σχετικά με την φαρμακευτική αντιμετώπιση, έχει γίνει γνωστό ότι, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα περιορίζουν τα συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας ανεξάρτητα από την παρουσία ή όχι κατάθλιψης, και για αυτό είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν ως μέρος του αρχικού θεραπευτικού προγράμματος σε πολλούς ασθενείς, δεν πρέπει όμως να αποτελούν το μοναδικό θεραπευτικό μέσο. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμα σε ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής, συμπτώματα διαταραχής του ελέγχου των παρορμήσεων και σε ασθενείς που έχουν αποτύχει σε προηγούμενες προσπάθειες ψυχοκοινωνικής θεραπείας. Συνήθως, διάφορα αντικαταθλιπτικά φάρμακα θα πρέπει να δοκιμαστούν διαδοχικά προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο αποτέλεσμα. Οι δόσεις των αντικαταθλιπτικών που έχουν χρησιμοποιηθεί

στην θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας (ιμιπραμίνη, δεσιπραμίνη, τραζοδόνη, φλουοξετίνη) ήταν αντίστοιχες εκείνων που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, αν και στην περίπτωση της φλουοξετίνης απαιτούνται υψηλότερες δόσεις από αυτές που χρησιμοποιούνται στην κατάθλιψη (60 mg/ημέρα) (Garfinkel και Walsh 1997).

Πρόγνωση

Ως προς την πρόγνωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας, λίγα είναι γνωστά για τη φυσική ιστορία ή τη μακροπρόθεσμη έκβασή της. Τα ποσοστά των ασθενών που έχουν λάβει βραχυπρόθεσμη ψυχοκοινωνική ή φαρμακευτική θεραπεία και έχουν κάποια ανταπόκριση κυμαίνονται κατά πολύ, π.χ. αναφέρεται ότι κάποιοι ασθενείς είχαν 50-90% ελάττωση των επεισοδίων υπερφαγίας και της χρήσης καθαρτικών με έναν μέσο όρο βελτίωσης 70% περίπου. Αυτοί που αντιμετωπίστηκαν ως εξωτερικοί ασθενείς διατηρούν τα καλά αποτελέσματα πάνω από 6 χρόνια, αν και μερικά συμπτώματα συχνά επιμένουν (Hsu 1990).

Ασθενείς με καλύτερη γενική κατάσταση και με ηπιότερα συμπτώματα στην αρχή της θεραπείας, και που αντιμετωπίζονται ως εξωτερικοί ασθενείς, έχουν συχνά καλύτερη πρόγνωση από αυτούς με κακή γενική κατάσταση και σοβαρά συμπτώματα. Αντίθετα, βουλιμικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν ,3 χρόνια μετά, περίπου 27% είχαν καλά αποτελέσματα (εμφάνιση συμπτωμάτων λιγότερο από μία φορά το μήνα), 40% έχουν ενδιάμεσα αποτελέσματα, και 33% έχουν φτωχά αποτελέσματα (καθημερινά επεισόδια υπερφαγίας και έμετοι ή συνέχιση κατάχρησης καθαρτικών-διουρητικών) (Swift και συν. 1987).

Είναι επίσης γνωστό ότι οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία που χρησιμοποιούν καθαρτικά έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης σοβαρών ιατρικών προβλημάτων (Russell 1979).

Πολύ λίγα είναι γνωστά για την πρόγνωση της ανθεκτικής και της παρορμητικής (multi-impulsive) ψυχογενούς βουλιμίας (Lacey 1993).

Κατά τη διάρκεια μίας περιόδου 1-2 χρόνων, βουλιμικοί ασθενείς που δεν έλαβαν καμία θεραπεία αναφέρουν μέτρια αυτόματη βελτίωση με ελάττωση περίπου 25-30% των επεισοδίων υπερφαγίας και της χρήσης καθαρτικών.

Γενικά, από τα μέχρι σήμερα δεδομένα για την έκβαση της Ψυχογενούς Βουλιμίας, σύμφωνα με τη μελέτη του Fichter, όπου καταγράφονται τα δεδομένα παρακολούθησης ασθενών με ψυχογενή βουλιμία – καθαρτικού τύπου, 6 χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, φαίνεται ότι το 60% έχουν καλή έκβαση, 30% ενδιάμεση και 10% των ασθενών έχουν κακή έκβαση. Η θνησιμότητα ήταν 1.1%, και το ποσοστό ασθενών με ψυχογενή ανορεξία 3.7% (Fichter και συν. 1997).

Συμπεράσματα

Η ψυχογενής βουλιμία, είναι νεότερη νόσος και συχνότερη από την ανορεξία με χαρακτηριστικά επεισόδια υπερφαγίας, αντιρροπιστικές συμπεριφορές αποβολής των τροφών και φόβο πάχυνσης. Πολλοί παράγοντες (βιολογικοί, γενετικοί, προσωπικότητα, συννοσηρότητα, τραύμα, οικογένεια, πολιτισμός) εμπλέκονται στην αιτιολογία της. Σχετίζεται περισσότερο με ψυχοπαθολογία, κυρίως με τις συναισθηματικές διαταραχές και τις διαταραχές προσωπικότητας. Συνυπάρχει με την ψυχογενή ανορεξία αλλά και με την παχυσαρκία αλλά κυρίως αφορά γυναίκες φυσιολογικού βάρους. Έχει χρόνια πορεία, πιθανόν καλύτερη έκβαση, καθόσον μόνο το 1/5 των ασθενών έχει κακή έκβαση, και φαίνεται να ανταποκρίνεται καλύτερα στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Πιστεύεται ότι ανταποκρίνεται καλύτερα στη θεραπευτική αγωγή (αντικαταθλιπτικά και SSRI) καθώς και στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που έχουν καλύτερα σχεδιαστεί και αξιολογηθεί ως προς την αποτελεσματικότητά τους, ιδιαίτερα δε η γνωσιακή-συμπεριφορική και η διαπροσωπική θεραπεία. Δεν υπάρχει ειδική πρόληψη. Συγκεντρώνει μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον (Μωρόγιαννης, 2000).

NEA

ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ο Nordbø RH και συν. (Ιούνιος 2008), σε έρευνά τους με τίτλο «*Επεκτείνοντας την ιδέα του κινήτρου για αλλαγή: Το «περιεχόμενο» των επιθυμιών των ασθενών να αναρρώσουν από την νευρική ανορεξία*» τόνισαν ότι «οι κινητήριες προσεγγίσεις στην νευρική ανορεξία σχετίζονται κυρίως ποιότητα (Motivational Quality) και την ποσότητα (Motivational Quantity)».

Για να μελετήσει η ομάδα του Nordbø το «περιεχόμενο» των επιθυμιών των ασθενών για ανάρρωση, πέρασε από ενδελεχή συνέντευξη 18 γυναίκες, ηλικίας 18 έως 39 ετών, με χρήση ενός φαινομενολογικού σχεδίου μελέτης. Οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν και εν συνεχεία αναλύθηκαν με χρήση του λογισμικού QSR-N*Vivo.

Τέσσερις κινητήριες «περιοχές περιεχομένου» χαρακτήρισαν τις επιθυμίες των επιθυμιών των συμμετεχόντων να αναρρώσουν: Η «Αίσθηση της ζωτικότητας» (π.χ., χαρά, συγκέντρωση, αυθορμητισμός, ενέργεια), Η «Αίσθηση της αυτονομίας» (π.χ., επιλογή για ανάρρωση, νέες μέθοδοι κυριότητας, αυτοδιάθεση), Η «Αίσθηση της διορατικότητας» (π.χ., συνειδητοποίηση, που βλέπει τις αποχρώσεις, τον περιορισμό των στόχων, αυτογνωσία) και Οι «αρνητικές συνέπειες» (π.χ., απώλεια μέλλοντος, να αισθάνεσαι άρρωστος ή λεπτός, κοινωνικές δαπάνες, φυσικές δαπάνες).

Η ομάδα του Nordbø κατέληξε ότι η συνεχής θεραπευτική επιτυχία μπορεί να στηριχθεί στην ικανότητα του θεράποντος να εντοπίζει και να «συμμαχήσει» με τα κίνητρα του ασθενούς για ανάρρωση.

Ένα μήνα νωρίτερα (Μάιος 2008), ο Graap H και συν., μελέτησαν όχι μόνο τις ανάγκες των ίδιων των ασθενών μα και τις ανάγκες του στενού τους περιβάλλοντος. Σε μια πειραματική μελέτη με τίτλο «*Οι ανάγκες των φροντιστών: συγκριτική μελέτη της σχιζοφρένειας και των διαταραχών πρόσληψης τροφής*», έγινε σύγκριση του επιπέδου καταπόνησης και της ανάγκης για υποστήριξη ανάμεσα σε όσους φροντίζουν ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής (νευρική ανορεξία, ψυχογενή βουλιμία) και ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Τριάντα δύο άνθρωποι που φροντίζουν ασθενείς με νευρική ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία και τριάντα άνθρωποι που φροντίζουν ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια συμπλήρωσαν το γενικό ερωτηματολόγιο υγείας (GHQ-12) καθώς και το BI (Burden Inventory). Επιπλέον, πέρασαν από συνέντευξη με ημι-δομημένη ερευνητική συνέντευξη (την αξιολόγηση των αναγκών των φροντιστών (CAN)), ώστε να αξιολογηθούν οι σχετικές προβληματικές περιοχές καθώς επίσης και η ανάγκη για χρήσιμες επεμβάσεις.

Για να αξιολογηθεί το επίπεδο της διαταραχής, οι ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής πέρασαν από συνέντευξη με την εξέταση διατροφικής διαταραχής (EDE) και οι ασθενείς με σχιζοφρένια με τη θετική και αρνητική κλίμακα συνδρόμου (PANSS).

Η έρευνα έδειξε πως η μέση διάρκεια της ασθένειας ήταν 5.3 έτη στους ασθενείς με τις διατροφικές διαταραχές και 7.3 έτη στους ασθενείς με τη σχιζοφρένια. Οι περισσότεροι από τους φροντιστές ήταν μητέρες ή συνεργάτες. Η CAN έδειξε μεγάλους αριθμούς προβλημάτων καθώς επίσης και μεγάλους αριθμούς αναγκών για επεμβάσεις που δεν ικανοποιήθηκαν. Τα πιο συχνά προβλήματα ήταν η απογοήτευση που προκλήθηκε από τη χρόνια πορεία της ασθένειας, οι ανησυχίες για το μέλλον του ασθενή καθώς και τα προβλήματα στην επικοινωνία με τον ασθενή. Την ίδια στιγμή, η πιο συχνή ανάγκη των ανθρώπων που φρόντιζαν τους ασθενείς ήταν η ανάγκη για συμβουλή και υποστήριξη από έναν επαγγελματία. Οι φροντιστές των ασθενών με μια διατροφική διαταραχή και οι φροντιστές των ασθενών με τη σχιζοφρένια επιφορτίζονται με παρόμοια προβλήματα και έχουν υψηλά επίπεδα αναγκών που δεν ικανοποιούνται και συνήθως δεν καλύπτονται στην κλινική πρακτική. Οι φροντιστές των ανορεκτικών ασθενών έχουν τα πιο υψηλά επίπεδα δυσκολιών έναντι των φροντιστών των βουλιμικών ασθενών και δεν διέφεραν από τους φροντιστές των ασθενών με τη σχιζοφρένια.

Στα τέλη Μαρτίου (2008), ο Nielsen J και συν. εξέτασαν τις 5 περιπτώσεις ασθενών που κατέληξαν σε θάνατο κατά τη διάρκεια των 10 τελευταίων ετών. Σύμφωνα με την ομάδα του Nielsen, το Κέντρο Διαταραχών Τροφής (Centre for Eating Disorders) του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Odense (Odense University Hospital) της Δανίας.

Η έρευνά τους με τίτλο «Βαριά Νευρική Ανορεξία: Πέντε θανάσιμες υποθέσεις» έδειξε πως κανένας εκ των ασθενών με νευρική ανορεξία δεν πέθανε από αυτοκτονία - κάτι το οποίο, σύμφωνα με την ομάδα έρευνας, είναι αναπάντεχο επειδή οι ασθενείς με νευρική ανορεξία είναι γνωστοί για τις αυξημένες τάσεις αυτοκτονίας τους.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι αν και η υποχρεωτική θεραπευτική αγωγή αποδείχθηκε αποτελεσματική στην νοσηλεία (και θεραπεία) των ασθενών με νευρική ανορεξία, μόνο τρεις εκ των πέντε ασθενών εισήχθησαν στο νοσοκομείο υποχρεωτικά και μόνο ένας εισήχθησε αρκετές φορές. Το σημαντικότερο πρόβλημα στην θεραπεία παραμένει η εγκατάλειψη των προσπαθειών, καθώς τέσσερις από τους πέντε ασθενείς που κατέληξαν, απεβίωσαν μετά την εγκατάλειψη του θεραπευτικού τους προγράμματος.

Τον Ιούνιο του 2008, ο Coughlin JW και συν., σε έρευνά τους με τίτλο «Πόνος, καταστροφή και συμπτώματα κατάθλιψης στους ασθενείς με διαταραχές διατροφής» ανέφεραν ότι αν και οι διατροφικές διαταραχές (EDS) συνδέονται με πολυάριθμες

φυσιολογικές επιπλοκές, πολύ λίγη έρευνα έχει εξετάσει τις υποκειμενικές αναφορές πόνου και σχετιζόμενων με πόνο σχετικών παραγόντων κινδύνου στους ασθενείς με διαταραχές διατροφής.

Σκοπός της έρευνας ήταν να εξετάσει τη σχέση μεταξύ της συμπτωματολογίας των διαταραχών διατροφής και των σχετιζόμενων με τον πόνο μεταβλητών, συμπεριλαμβανομένης της έντασης και της θέσης του πόνου. Ένας άλλος στόχος ήταν να συγκριθούν οι γυναίκες με διαταραχές διατροφής με τις γυναίκες που υφίστανται διαφορετικούς τύπους πόνου και διαφορά στην ένταση του πόνου. Περαιτέρω, η έρευνα στόχευσε στην αξιολόγηση της σχέσης των συμπτωμάτων κατάθλιψης και της έντασης του πόνου σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές.

Εβδομήντα γυναίκες με διατροφικές διαταραχές και 422 άλλες γυναίκες (από υγιείς γυναίκες μέχρι γυναίκες με συμπτώματα πόνου όπως πονοκέφαλοι, ημικρανίες, temporomandibular διαταραχές ή πόνος στην πλάτη), συμμετείχαν σε αυτήν την μελέτη και προέβησαν στην αυτό-καταγραφή του επιπέδου του πόνου και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Ούτε η διάγνωση των διαταραχών διατροφής (νευρική ανορεξία / βουλιμία) ούτε η συμπεριφοριστικές τους υποκατηγορίες δεν συνδέθηκαν με τη θέση του πόνου, την ένταση πόνου. Οι γυναίκες με διαταραχές διατροφής ανέφεραν ότι ο πόνος ήταν ήπιος και λιγότερο έντονος από τις γυναίκες με τα επίπονα συμπτώματα. Εντούτοις, ένα σημαντικό κομμάτι των ασθενών με διαταραχές διατροφής (36%), ανέφεραν μέτρια έως σημαντικά επίπεδα πόνου.

Η έρευνα κατέδειξε τέλος πως η κατάθλιψη και ο πόνος συσχετίζονται στενά στις διαταραχές διατροφής. Οι μελλοντικές έρευνες πρέπει να χαρακτηρίσουν τους ασθενείς με κλιμακούμενο πόνο και να εξετάσουν τη σχέση μεταξύ του πόνου, των ψυχολογικών παραγόντων και της έκβασης της θεραπείας.

Τον Ιανουάριο του 2008, οι Keel PK και Haedt A. σε έρευνά τους με τίτλο «Βασισμένες σε στοιχεία ψυχοκοινωνικές θεραπείες για προβλήματα διατροφής και διαταραχές πρόσληψης τροφής» ανέφεραν ότι οι διατροφικές διαταραχές αντιπροσωπεύουν μια σημαντική πηγή ψυχολογικής εξασθένησης στους εφήβους. Εντούτοις, οι περισσότερες μελέτες ελεγχόμενης θεραπείας έχουν εστιάσει στους ενήλικους πληθυσμούς.

Η έρευνα παρουσίασε μια σύνθεση των υπάρχοντων στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διάφορων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για τις διατροφικές διαταραχές σε δείγμα εφήβων. Οι τρόποι θεραπείας που εξετάστηκαν στην περίπτωση αυτή περιελάμβαναν την οικογενειακή θεραπεία, τη γνωσιακή θεραπεία, τη συμπεριφοριστική

θεραπεία, και τη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία σε ασθενείς κυρίως με νευρική ανορεξία.

Τα στοιχεία της αποτελεσματικότητας για άλλες θεραπείες και άλλες καταστάσεις περιορίστηκαν από διάφορους μεθοδολογικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του μικρού αριθμού μελετών, της αποτυχίας να χρησιμοποιηθούν οι κατάλληλες συνθήκες ελέγχου ή διαδικασίες randomization, καθώς και τα μικρά δείγματα (δηλ., λιγότεροι από 10 συμμετέχοντες ανά τμήμα θεραπείας). Οι πιθανοί μεσολαβητές και οι μεσολαβητές της επίδρασης επεξεργασίας αναθεωρούνται.

Σύμφωνα με τους Keel PK και Haedt A., πολλά από τα ευρήματα που σχετίζονται με την γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας στους ενήλικους, πιθανά επεκτείνονται και στους εφηβικούς πληθυσμούς.

Τον Απρίλιο του 2008, οι Wesemann D. και Grunwald M. παρουσίασαν μια έρευνα με τίτλο «Online ομάδες συζητήσεων για την βουλιμία: Μια επαγωγική προσέγγιση της διαδικτυακής επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών».

Οι δυο ερευνητές, με την πεποίθηση ότι τα online discussion groups χρησιμοποιούνται συχνά από τους ανθρώπους με διαταραχές διατροφής, ανέλυσαν 2072 θέματα με συνολικά 14903 καταχωρήσεις σε ένα μη διαχειριζόμενο (non-moderated) pro-recovery Γερμανικό forum για ασθενείς με βουλιμία. Η μελέτη διήρκησε από τον Οκτώβριο του 2004 έως τον Μάιο του 2006. Τα θέματα αναλύθηκαν επαγωγικά και τα ευρήματα αναλύθηκαν εκ νέου με σκοπό τον εντοπισμό διαφορών σε χρονικές και ποσοτικές παραμέτρους.

Η επικοινωνία στις διαδικτυακές κοινότητες συζητήσεων εμφανίστηκε σε τρεις τύπους θεμάτων: α) προσανατολισμένα στο πρόβλημα θέματα (78.8% των threads), β) προσανατολισμένα στην επικοινωνία θέματα (15.3% των threads), και γ) θέματα μετά-επικοινωνίας (2.6% των threads). Τα θέματα μετά-επικοινωνίας, ωστόσο, αν και λιγότερα, περιείχαν περισσότερες απαντήσεις από τα μέλη και ως εκ τούτου είχαν υψηλότερα ποσοστά επισκεψιμότητας.

Οι Wesemann D. και Grunwald M. κατέληξαν ότι τα θέματα που σχετίζονται με την ενεργή διαχείριση των διαταραχών διατροφής τυγχάνουν υψηλής προσοχής στα pro-recovery forums συζητήσεων στο Διαδίκτυο.

Βιβλιογραφία

- **Coughlin JW, Edwards R, Buenaver L, Redgrave G, Guarda AS, Haythornthwaite J.** (2008) Pain, catastrophizing, and depressive symptomatology in eating disorders. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21287, USA.
- **Dare C., Crowther C.** (1995). Psychodynamic models of Eating Disorders. In: Szmukler G, Dare C, Treasure J (Eds) Handbook of Eating Disorders pp. 125-139, Wiley
- **Dennis AB, Sansone AR** (1997). Treatment of Patients with Personality disorders. In: Garner D, Garfinkel P (Eds) Handbook of Treatment for Eat. Dis. pp. 437-449, The Guilford Press
- **Fairburn C** (1995). Physiology of Anorexia nervosa. In: Brownell K, Fairburn C (Eds) Eating Disorders and Obesity pp. 251-254, The Guilford Press
- **Fairburn C** (1997 A). Cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa In: Garner D, Garfinkel P (Eds) Handbook of Treatment for Eating Disorders pp. 67-93, The Guilford Press
- **Fairburn C, Welsh S, Doll E, Davies B, O' Connor** (1997 B). Risk factors for bulimia nervosa: A community based case-control study. Arch of Gen. Psych. 54, 509-517
- **Fairburn CG** (1995). Overcoming Binge Eating, New York The Guilford Press
- **Fallon P, Wonderlich S,** (1997). Sexual abuse and other forms of trauma. In: Garner D, Garfinkel P (Eds) Handbook of Treatment for Eating Disorders pp. 394-414 The Guilford Press
- **Fichter MM, Guadfig N** (1997). Six Year Course of Bulimia Nervosa Int. Journal of Eating Disorders, 22, 361-384
- **Garfinkel P, Garner D** (1982). Anorexia nervosa: A multidimensional perspective. New York, Brunner, Mazel

- **Garfinkel Paul, Walsh TB** (1997). Drug Treatment In: Garner D. and Garfinkel P (Eds) Handbook of Treatment for Eat. Dis. pp. 372-380, The Guilford Press
- **Garner D** (1993). Pathogenesis of Anorexia Nervosa. Lancet, 341, 1631-1635
- **Garner D, Needleman L** (1997). Sequencing and intergration of Treatments. In: Garner D, Garfinkel P (Eds) Handbook of Treatment for Eat. Dis. pp. 50-63, The Guilford Press
- **Goodsitt A** (1997). Eating Disorders: A self psychological perspective. In: Garner D, Garfinkel P (Eds) Handbook of Treatment for Eat. Dis. pp. 205-228 The Guilford Press
- **Graap H, Bleich S, Herbst F, Scherzinger C, Trostmann Y, Wancata J, de Zwaan M.** (2008). The needs of carers: a comparison between eating disorders and schizophrenia. Dept. of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Hospital Erlangen, Schwabachanlage 6, 91054, Erlangen, Germany.
- **Gwirtsman E. Harry, Kaye H. Walter, George T. D. Jimerson C. David, Ebert H. Michael, Gold W. Philip** (1989). Central and Peripheral ACTHH and Cortisol Levels in Anorexia Nervosa and Bulimia Archives of Gen. Psychiatry, 46, 61-69.
- **Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J** (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry 48:712-718
- **Hsu L.K.G.** (1990). Eating Disorders, Guilford Press
- **Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA** (1994). Synopsis of psychiatry 7th ed. Ch. 22 Eating Disorders pp. 689-698 Williams and Wilkins
- **Keel PK, Haedt A.** (2008) Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders. Department of Psychology, University of Iowa, Iowa, City, IA 52242, USA.
- **Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L** (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. Am J Psychiatry 148:1627-1637
- **Lacey H. J.** (1993). Self-damaging and Addictive behaviour in Bulimia Nervosa. A Catchment Area Study British Journal of Psychiatry, 163, 190-194

- **Milosevic A, Brodie D, Slade P** (1997). Dental Erosion, Oral Hygiene and Nutrition in Eating Disorders *Int. J. of Eat. Dis.* 21, 195-199
- **Mitchell E.J., Hatsukami D., Eckert D.E., Pyle L.R.** (1985). Characteristics of 275 Patients with Bulimia. *Am. J. Psychiatry*, 1985, 142, 482-485
- **Mitchell JE, Seim HC, Colon E, Pomeroy C** (1987). Medical complications and medical management of bulimia. *Anr Intern Med* 107:71-77
- **Nielsen J, Jeppesen NE, Brixen KT, Hørder K, Støving RK.** (2008). Severe anorexia nervosa: five fatal cases. Odense Universitetshospital, Center for spiseforstyrrelser, Odense C.
- **Nordbø RH, Gulliksen KS, Espeset EM, Skårderud F, Geller J, Holte A.** (2008). Expanding the concept of motivation to change: The content of patients' wish to recover from anorexia nervosa. Division of Mental Health, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway.
- **Obarzanek E, Lesem MD, Goldstein DS, Jimerson DC** (1991). Reduced resting metabolic rate in patients with bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 48:456-462
- **Parry-Jones B, Parry-Jones WL** (1991). Bulimia: An archival review of its history in psychosomatic medicine. *Int. J. of Eat. Dis.* 10, 129-143
- **Pirke KM** (1995). Physiology of Bulimia nervosa. In: Brownell K, Garfinkel P (Eds) *Eating Disorders and Obesity* pp. 261-265, The Guilford Press
- **Polivy and Herman PC** (1993). Etiology of Binge Eating: Psychological mechanisms In: Fairburn C, Wilson GT (Eds) *Binge Eating, Nature, Assessment and Treatment* pp. 173-205 The Guilford Press
- **Polivy J, Federoff I.** (1997). Group psychotherapy. In: Garner D, Garfinkel P (Eds) *Handbook of Treatment for Eat. Dis.* pp. 462-475, The Guilford Press
- **Russell G** (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*: 429-448
- **Schwartz RC, Barrett MJ, Saba G** (1985). Family therapy for bulimia. In: Garner D, Garfinkel P (Eds) *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, pp. 280-307, The Guilford Press
- **Slade P** (1995). Prospects of prevention. In: Szumukler G, Dare C, Treasure J. *Handbook of Eating Disorders. Theory, Treatment and Research.* pp. 385-398. Wiley

- **Steere J, Butler G, Cooper P** (1990). The anxiety Symptoms of bulimia nervosa. *Int. Journal of Eat. Dis.* 9, 293-301
- **Swift WJ, Ritholz M, Kalin NH, Kaslow N** (1987). A follow-up study of thirty hospitalized bulimics. *Psychosom Med* 49:45-55.
- **Tobin D** (1993). Psychodynamic Psychotherapy and Binge Eating. In: Fairburn C, Wilson GT (Eds) *Binge Eating, Nature, Assessment and Treatment* pp. 287-313
- **Treasure J and Holland A** (1995). Genetic factors in Eating Disorders. In: Szukler G, Dare C, Treasure J (Eds) *Handbook of Eating Disorders Theory, Treatment and Research*, (pp. 65-81) John Wiley
- **Treasure J and Ward A** (1997). A practical guide to the use of motivational interviewing in Anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 5, 102-121.
- **Vandereycken W** (1990). The addiction model in eating disorders: Some critical remarks and a selected bibliography. *Int. J. of Eat. Dis.* 9, 95-101
- **Wesemann D, Grunwald M.** (2008). Online discussion groups for bulimia nervosa: An inductive approach to internet-based communication between patients. Faculty of Medicine, University of Leipzig, Germany.
- **Wilson GT, Fairburn C and Agras SW** (1997). Cognitive-Behavioral therapy for bulimia nervosa. In: Garner D, Garfinkel P (Eds) *Handbook of Tr. for E. D.* pp. 67-93 The Guilford Press.
- **Wonderlich S** (1995). Personality and Eating Disorders In: Brownell K and Fairburn C (Eds) *Eating Disorders and Obesity* pp. 171-176 The Guilford Press.
- **Μωρόγιαννης Φώτης** (2000). Διαταραχές διατροφής και ψυχοπαθολογία
- **Στεφανής Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β** (1993). Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς, Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση, σ. 218-225. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.