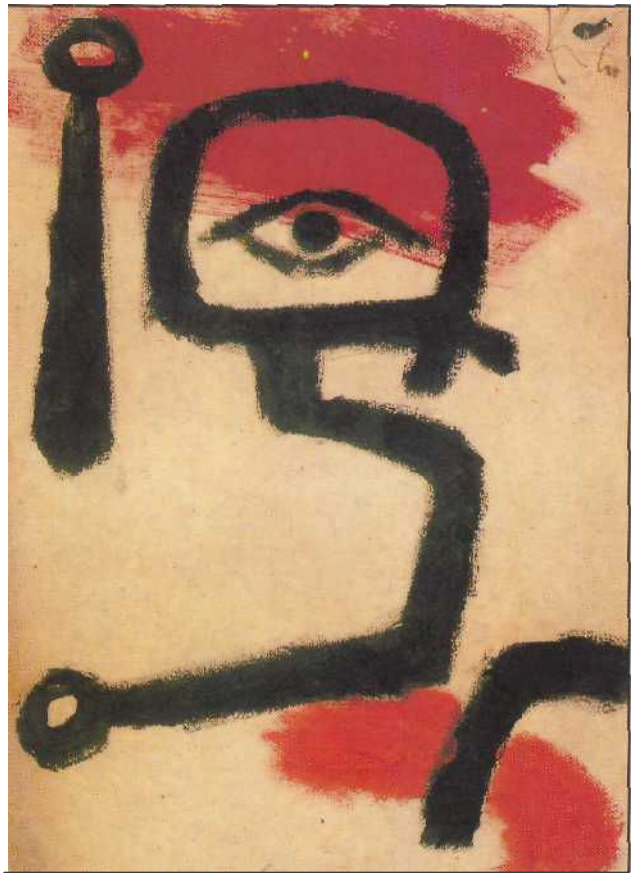
ΒΑΣΙΚΗ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

ΤΟΜΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΣ
ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΦΗΒΕΙΑ



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ Ι. ΤΣΙΑΝΤΗΣ

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ

Διαταραχές διατροφής στην εφηβική και μετεφηβική ηλικία

Φ. Μωρόγιαννης, Α. Λιάκος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής (eating disorders) κατατάσσονται η ψυχογενής ανορεξία (anorexia nervosa), η ψυχογενής βουλιμία (bulimia nervosa), οι άτυπες μορφές τους και η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (binge eating disorder). Προσβάλλουν σχεδόν αποκλειστικά γυναίκες εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας, έχουν πολυπαραγοντική αιτιολογία, κατά κανόνα χρόνια πορεία με υποτροπές και υψηλή θνησιμότητα.

Η ονομασία τους είναι παραπλανητική, καθόσον δεν πρόκειται για διαταραχές που αφορούν πρωταρχικά στη διατροφή, δηλαδή διαταραχές του μεταβολισμού των τροφών, ούτε πρόκειται για ιδιοτροπίες των ανθρώπων που θέλουν να είναι λεπτόσωμοι. Αντιθέτως, αποτελούν σοβαρές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, όπου η ασιτία και η υπερφαγία αποτελούν συμπτώματα που οφείλονται σε υποκείμενες ψυχολογικές και συναισθηματικές δυσκολίες.

Από την πλευρά του υποκειμένου οι διαταραχές διατροφής αποτελούν, ασυνείδητα, έναν τρόπο αντιμετώπισης της ζωής τον οποίο υιοθετεί όταν βρίσκεται μπροστά σε προβλήματα που φαίνονται δύσκολα και δυσεπίλυτα και για τα οποία δε διαθέτει επαρκή προετοιμασία. Η εστίαση στο φαγητό, η υπερφαγία ή η άρνηση πρόσληψης τροφής αποκλείουν την επεξεργασία επώδυνων συναισθημάτων, των οποίων η έκφραση και η διαχείριση με οποιονδήποτε άλλο τρόπο βιώνονται από το υποκείμενο ως ανέφικτες. Έτσι, οι διαταραχές διατροφής αναπαριστούν μια διαδικασία αποφυγής της εφηβείας, της ψυχολογικής ωρίμανσης και της σεξουαλικής απαρτίωσης, μια «φυγή» από τη διαδικασία της ανάπτυξης. Στην αρχή φαίνεται ότι αποτελούν «λύση», μέσω

του ελέγχου αυτών των αναπτυξιακών γεγονότων, αλλά σταδιακά ο έλεγχος επεκτείνεται, καλύπτει και ανακόπτει την ίδια τη ζωή, ολόκληρη τη ζωή.

Επειδή οι διαταραχές διατροφής επιδρούν καταστροφικά στη ζωή της οικογένειας και αντιμετωπίζονται δύσκολα, σημασία έχει η έγκαιρη ανίχνευση (από οικογενειακούς γιατρούς, καθηγητές, φίλους) των περιπτώσεων και η παραπομπή για θεραπεία.

Σε αυτό το κεφάλαιο περιγράφονται οι δύο κύριες διαταραχές διατροφής, δηλαδή η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία, ως διακριτές κλινικές οντότητες.

α) Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό όριο 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 της περιόδου ανάπτυξης το άτομο δεν αποκτά το αναμενόμενο βάρος για την ηλικία και το ύψος του, αλλά παραμένει σε ένα βάρος που είναι 85% του αναμενόμενου ή και μικρότερο.

β) Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

γ) Διαταραχή στον τρόπο που βιώνει και αντιλαμβάνεται κανείς 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 αν οι περίοδοι της έρχονται μόνο μετά από χορήγηση ορμονών, όπως, π.χ., οιστρογόνων).

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

α) Το σωματικό βάρος παραμένει τουλάχιστον 15% κάτω από το αναμενόμενο (είτε λόγω απώλειας είτε επειδή ποτέ δεν επιτεύχθηκε) ή ο Δείκτης Σωματικής Μάζας, κατά Quetelet,* είναι 17,5 ή λιγότερο. Σε ασθενείς προεφηβικής ηλικίας μπορεί να παρατηρείται αδυναμία να επιτευχθεί η προσδοκώμενη για την ηλικία αύξηση του σωματικού βάρους.

β) Η απώλεια βάρους αυτό 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.

γ) Υπάρχει παραμόρφωση της εικόνας του σωματικού εγώ υπό τη μορφή ειδικής ψυχοπαθολογίας, κατά την οποία ο φόβος του πάχους

Δείκτης Σωματικής Μάζας Quetelet = $\frac{\text{Βάρος (kg)}}{[\text{Υψος (cm)}]^2}$

(να χρησιμοποιείται μόνο μετά την ηλικία των 16 ετών)

επιδιαρκεί ως παρεμβλητή, υπεραξιολογούμενη ιδέα και ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του χαμηλό επίπεδο στοματικού βάρους.

δ) Υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή του υποθαλαμο-υποψυσιογοναδικού άξονα, εκδηλούμενη στις γυναίκες, ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας. (Προφανώς, 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 θυρεοειδικών ορμονών και ανωμαλίες στην έκκριση της ινσουλίνης.

ε) Αν 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.

Τόσο στο DSM-1V όσο και στο ICD-IO περιγράφονται δύο υποκατηγορίες της ψυχογενούς ανορεξίας:

α) *Περιοριστικός τύπος* (αμιγής ψυχογενής ανορεξία). Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου της διαταραχής το άτομο δεν παρουσιάζει επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορές αποβολής των τροφών (προκλητοί εμετοί, χρήση καθαρτικών ή διουρητικών).

β) *Βονλίμικός* ή *νπερφαγικός-καθαρτικός τύπος* (βουλιμική ψυχογενής ανορεξία). Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου της διαταραχής το άτομο παρουσιάζει επεισόδια υπερφαγίας και χρήσης καθαρτικών ή διουρητικών.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Παρότι έχουν περιγραφεί περιπτώσεις σε άτομα 6-60 ετών και των δύο φύλων, η διαταραχή είναι συντριπτικά συχνότερη στις γυναίκες εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας (Szmukler, 1985). Η ακριβής συχνότητα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι δύσκολο να υπολογιστεί, αλλά φαίνεται OTL τα τελευταία χρόνια αυξάνεται (Lucas et al., 1991). Η επίπτωση της νόσου είναι 8,1 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατά έτος, ενώ για τις

γυναίκες 15-24 ετών 10-11 νέες περιπτώσεις (Hoek, 1995* EDA, 1995). Επιδημιολογικές έρευνες στη Μ. Βρετανία αναφέρουν ότι 1 στις 200 μαθήτριες πάσχει από τη νόσο (Crisp, 1976). Η επικράτηση της στο γενικό πληθυσμό είναι μικρότερη από 1%. Σε πληθυσμούς μαθητριών και φοιτητριών η επικράτηση αφορά στο 1%-2%, ενώ το 5% του ίδιου πληθυσμού παρουσιάζει άτυπες μορφές της διαταραχής (Szmukler, 1985). Η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας επισυμβαίνει συνήθως στην εφηβεία (στα μεν κορίτσια στην ηλικία 16-18 ετών, ενώ στα αγόρια στο 12ο έτος). Η αναλογία κοριτσιών προς αγόρια είναι 9:1, αλλά οι άρρενες ασθενείς προεφηβικής ηλικίας αποτελούν το 25% των πασχόντων (Lask, 1997). Προσβάλλονται σχεδόν αποκλειστικά άτομα λευκής φυλής που ανήκουν στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις, αλλά και στις μεσαίες (Garner, 1993). Παρατηρείται συχνότερα σε γυμναστές, αθλητές, μοντέλα, μπαλαρίνες (Brownell, 1995). Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την έρευνα δύο σταδίων του Fichter (Fichter et al., 1983), βρέθηκε ότι η επικράτηση της ψυχογενούς ανορεξίας σε μαθήτριες 13-19 ετών των νομών Ιωαννίνων και Ημαθίας είναι 0,35% και 0,42% αντίστοιχα.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Κατά τον Garner, η αιτιολογία είναι πολυπαραγοντική (βλέπε πίνακα 1, *Το πολυπαραγοντικό μοντέλο παθογένειας της ψυχογενούς ανορεξίας,* σ. 105) και ο τρόπος εμφάνισης των συμπτωμάτων αναπαριστά έναν τελικό παθογενετικό δρόμο ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης παραγόντων που ανήκουν σε τρία διαφορετικά επίπεδα και χαρακτηρίζονται ως «προδιαθεσιακοί» (ατομικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες), ως «εκλυτικοί» (δυσαρέσκεια για το σχήμα και το βάρος του σώματος, δίαιτα με σκοπό την ενίσχυση του αυτοελέγχου και της αυτοεκτίμησης) και ως «επιβαρυντικοί» (επιπλοκές της ασιτίας και άλλοι) (Garner, 1993).

Όσον αφορά στους προδιαθεσικούς παράγοντες, ο ρόλος των ατομικών (βιολογικών και ψυχολογικών), των οικογενειακών και των κοινώνικοπολιτισμικών παραγόντων θεωρείται ότι ποικίλλει 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 καθεαυτήν διαιωνίζει και συντηρεί τη διαταραχή μέσω των βιολογικών και ψυχολογικών συνεπειών της (Garner, 1997).

Σχήμα 1

Το πολυπαραγοντικό μοντέλο παθογένειας της ψυχογενούς ανορεξίας (Garner, 1993)

Α. ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Β. ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ		Γ. ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
1. ΑΤΟΜΙΚΟΙ ->-_ 2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ 3. ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ -*	Δυσαρέσκεια για το σχήμα και το βάρος του σώματος	Δίαιτα με σκοπό την ενίσχυση του αυτοελέγχου παι της αυτοεκτί,μησης	1. Συμπτώματα εξαιτίας της ασιτίας 2. Αντιδράσεις από τους άλλους

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1) *Ατομικοί (βιολογικοί και ψυχολογικοί)*

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

Στο ατομικό αναμνηστικό των ανορεκτικων καταγράφονται ιστορικό ψυχολογικού τραύματος -συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής κακοποίησης- μια ιδιοσυστασιακή φυσική ευαλωτότητα από την παιδική ηλικία -ιστορικό λοιμώξεων, σπασμών, χαμηλό βάρος γέννησης, γαστρεντερικές διαταραχές (Rastam, 1992)- καθώς και μια τάση για πρώιμη 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 and Holland, 1995). Αυτές οι έρευνες δείχνουν ότι μπορεί να υπάρχει κάποιος γενετικός παράγοντας που ίσως να συνεισφέρει μέσω μίας ειδικής ευαλωτοτητας ή να παρεμβαίνει έμμεσα μέσω μιας προδιάθεσης για παχυσαρκία ή για κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που οδηγούν σε αυστηρή δίαιτα - και επομένως, πολύ πιθανόν, σε ψυχογενή ανορεξία (Kaye, 1995),

Οι νευροενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές που ενοχοποιούνται είναι οι διαταραχές του άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης - γονάδων, οι οποίες είναι οι πλέον σταθερές από τις ποικίλες ενδοκρινικές διαταραχές που σχετίζονται με την ψυχογενή ανορεξία (Garfinkel and Garner, 1982). Οι διαταραχές που παρατηρούνται σε διάφορα συστήματα στις περισσότερες περιπτώσεις είναι δευτεροπαθείς, λόγω της ασιτίας. 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, ενώ ο μη συμβατός με την ηλικία τρόπος έκκρισης των γοναδοτροπινών επιμένει σε αρκετές ασθενείς παρότι έχουν ανακτήσει το βάρος τους. 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 συν-νοσηρότητα 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 διά βίου επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης 68%. Οι αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζονται συχνά με διά βίου επικράτηση 65%, η κοινωνική φοβία, που είναι επίσης συχνή, με διά βίου επικράτηση 34% και η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή -τόσο κατά την ενεργό φάση όσο και μετά την αποκατάσταση του βάρους- με διά βίου επικράτηση 26% (Halrni et al., 1991). Οι διαταραχές προσωπικότητας στους πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία παρατηρούνται σε ποσοστό 23-80%. 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 βουλιμικού τύπου παρουσιάζουν διαταραχές προσωπικότητας της ενότητας Β (δραματική, ναρκισσιστική, αντικοινωνική, οριακή), με προεξάρχουσα την οριακή διαταραχή προσωπικότητας (40%) (Herzog et al., 1992).

Όσον αφορά στην αντίληψη του εαυτού, οι ανορεκτικές φαίνονται -με μια πρώτη ματιά και εκτίμηση- άτομα αποτελεσματικά, αποφασιστικά, γεμάτα σιγουριά. Έπειτα από μια πιο προσεκτική προσέγγιση αποδεικνύεται ότι είναι έντρομες στην ιδέα ότι αυτό που κάνουν δε θα είναι αρκούντως καλό. Ανησυχούν για την επιτυχία και την επιδιώκουν. Θέλουν να είναι άριστες σε όλα όσα κάνουν. Δυστυχώς όμως, σύμφωνα με τη θεώρηση τους όσα κι αν κάνουν, ποτέ δεν είναι αρκε-

τά. Θεωρούν τους άλλους πιο χαρισματικούς, πιο έξυπνους, πιο αποδεκτούς και πιστεύουν ότι τα μέλη των οικογενειών τους και οι φίλοι τους συμμερίζονται τις απόψεις τους. Θέτουν για τον εαυτό τους μέτρα και στόχους πολύ πέρα από τα συνήθη, στην ουσία ανέφικτα. Έτσι, ποτέ δεν είναι ευτυχισμένες και θεωρούν τον εαυτό τους αποτυχημένο.

Η τυπική περίπτωση του ατόμου που πιθανόν να νοσήσει από ψυχογενή ανορεξία είναι το εσωστρεφές και ευσυνείδητο παιδί με την 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 συνδυάζονται με μια γενική έλλειψη ευχαρίστησης από τη ζωή ή όταν το υποκείμενο συναντιέται με τα γεγονότα της 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 εξετάσει 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 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 υποκείμενα, συνδέονται με την έλλειψη αποδοχής του εαυτού τους όπως πράγματι είναι, αλλά και με την εξάντληση των δυνατοτήτων και των ορίων τους (Bruch, 1982" Crisp, 1997).

2) *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 ως παθητικοί και αναποτελεσματικοί (Yager, 1982). Ορισμένες φορές η διαταραχή φαίνεται να διαδραματίζει έναν ομοιοστατικό και σταθεροποιητικό ρόλο στην οικογένεια. Στις οικογένειες αυτές έχουν παρατηρηθεί ειδικά πρότυπα συμπεριφοράς και αλληλοσυσχέτισης, όπως παγιδευτική εμπλοκή, σύγχυση ρόλων, υπερπροστασία, ακαμψία και αποφυγή επίλυσης των συγκρούσεων (Minuchin, 1978). Η παθολογία της οικογένειας μπορεί κάλλιστα να είναι αποτέ-

λεσμα της διαταραχής παρά αίτιο. Παρ' όλα αυτά, οι διαταραχές διατροφής έχουν μια οικογενειακή κατανομή. Μελέτες της διά βίου επίπτωσης των διαταραχών διατροφής σε οικογένειες με ψυχογενή ανορεξία δείχνουν ότι οι γυναίκες πρώτου βαθμού συγγενείς των ασθενών αντιμετωπίζουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχών διατροφής (Halmi et al., 1991 · Strober et al., 1990).

Παρότι παρατηρούνται ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά στις οικογένειες με ανορεκτικό μέλος, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι κάθε οικογένεια είναι διαφορετική και ότι κάθε οικογένεια, ακόμα και η πιο λειτουργική, έχει τα δικά της προβλήματα και διανύει περιόδους πολλών δυσκολιών. Αν και δεν είναι σωστό να θεωρούμε ένοχη την οικογένεια για την ψυχογενή ανορεξία ενός μέλους της, πολλοί συγγραφείς διατείνονται ότι κάποιοι παράγοντες που συνδέονται με την οικογένεια μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας.

«Όταν ήταν μικρή, ήταν ένα υπερβολικά ήσυχο παιδί, που δεν αντιμιλούσε, δεν έκανε φασαρία και σπάνια θύμωνε, λιγότερο από τα αδέρφια του», λένε OL γονείς για το παιδί τους. Όταν θυμάται τα παιδικά του χρόνια, το LOLO το παιδί λέει ότι προσπαθούσε να κάνει αυτό που σκεφτόταν ότι οι άλλοι ήθελαν να κάνει. Προσπαθούσε να είναι το «καλό» και «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 από αυτά και θέλουν να είναι επιτυχημένα. Παραβλέπουν όμως ότι, για να εκπληρο θούν, οιμεγάλες προσδοκίες 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. Νιώθει 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 νιώθει την ανάγκη να παρουσιάσει την πιο πειθαρχημένη πλευρά του εαυτού του: το LOLO του το σώμα καθίσταται το σπουδαιότερο «επίτευγμα» του (Dare, 1997).

Άλλοι ερευνητές θεωρούν την ψυχογενή ανορεξία 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 το

πλαίσιο της οικογένειας, αλλά ταυτόχρονα νιώθει 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 τρόπο τα αισθήματα της ένδειας και της εξάρτησης που νιώθει (Yager, 1982* Bruch, 1982).

3) *Κοινωνικοπολιτισμικοί*

Η αναγνώριση ότι οι κοινωνικοπολιτισμικές πιέσεις για δίαιτα στις γυναίκες συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχογενούς ανορεξίας είναι μια εντελώς πρόσφατη διαπίστωση. Η δυσαρέσκεια για το σώμα, ενδημική στις νέες γυναίκες των δυτικών κοινωνιών, επιφέρει αυστηρές δίαιτες περιοριστικού τύπου, που αυξάνουν την ευαλωτότητα στις διαταραχές διατροφής (Hsu, 1990). Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται και στην Ελλάδα. Δεδομένα από δύο πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι περίπου το 25% των μαθητριών λυκείου σε Ιωάννινα και Θεσσαλονίκη παρουσιάζουν παθολογικές τιμές στο Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής EAT-26 (Σίμος, 1996- Μωρόγιαννης, 1997). Μια έντονη ανησυχία για την εξωτερική εμφάνιση φαίνεται να χρονολογείται πριν από την ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας (Rastam, 1992). Η διαταραχή διατροφής συσχετίζεται με την αφομοίωση μιας κουλτούρας που εμπεριέχει την αξία του λεπτού σώματος ως συνείδηση (Mumford et al., 1991). Το στίγμα της παχυσαρκίας και οι δύσκολες θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της θεωρούνται παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχών διατροφής. Υπάρχει ένδειξη ότι η ψυχογενής ανορεξία καθεαυτήν τυγχάνει μιας ιδιαίτερα θετικής αποδοχής και ότι τα συμπτώματα της θεωρούνται από την κοινή γνώμη συνήθη και καθόλου παθολογικά, γεγονός που σχετίζεται με την κυρίαρχη και αυξανόμενη αξία που αποδίδεται στο λεπτό και αδύνατο σώμα των γυναικών στις κοινωνίες των ανεπτυγμένων χωρών. Αλλοι κοινώνικοπολιτισμικοί παράγοντες, όπως ο αμφιθυμικός και συγκρουσιακός ρόλος της γυναίκας στη σύγχρονη κοινωνία, η τελειοθηρία, 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).

ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όπως αναφέρθηκε ήδη, η περιοριστική δίαιτα μπορεί να προκαλέσει ψυχογενή ανορεξία σε αυτούς που έχουν ευαλωτότητα (Hsu, 1990). Η δίαιτα υποκινείται είτε εξαιτίας τού ότι μια έφηβη αισθάνεται συνήθως «παχουλή» είτε λόγω σχολίων από άλλους. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι ένα εκλυτικό αίτιο σε ορισμένες περιπτώσεις (Rastam, 1992). Υποστηρίζεται ότι η ψυχογενής ανορεξία έχει έναν εποχιακό τύπο εκδήλωσης, αντίστοιχο με αυτόν των διαταραχών της διάθεσης και των αυτοκτονιών (Nielsen, 1992). Όσον αφορά στις δεξιότητες στρατηγικής αντιμετώπισης των προβλημάτων, φαίνεται ότι είναι ανεπαρκείς, 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 αναγνωριστεί ως δυνητικά εκλυτικά αίτια, ειδικά σε ασθενείς με όψιμη έναρξη (Mynors-Wallaceetal., 1992).

ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
(ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΗΡΟΥΝ ΚΑΙ ΔΙΑΙΩΝΙΖΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ)

Οι ψυχολογικές και φυσικές επιπτώσεις της ασιτίας έχουν σαφώς διακριβωθεί και από τα κλινικά ευρήματα αλλά και από πειραματικές συνθήκες (Hsu, 1990- Garner 1997). Είναι ενδιαφέρον για την κατανόηση της ψυχογενούς ανορεξίας να επισημανθεί ότι, πρώτον, τα **συμπτώματα** που παλαιότερα θεωρούνταν ότι αντανακλούσαν την πρωτοπαθή ψυχοπαθολογία αναγνωρίζονται τώρα ως κοινά σε λιμοκτονούντες ασθενείς, ανεξαρτήτως του αιτίου της **ασιτίας,** και, δεύτερον, ότι η **ασιτία** καθεαυτήν οδηγεί σε δευτεροπαθή συμπτώματα, που εν συνεχεία παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαιώνιση της διαταραχής (Garfinkel and 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 υπερανασχόληση με τις τροφές, καθιστώντας τον έλεγχο της πρόσληψης τους ακόμα πιο **επιτακτικό** και αναγκαίο. Η καθυστερημένη γαστρική κένωση και η μειωμένη γαστρική κινητικότητα ενισχύουν την αντίληψη της γαστρικής πληρότητας, και επομένως συμβάλλουν στην περαιτέρω μείωση της προσλαμβανόμενης τροφής (Stacher et a]., 1992). Υπάρχουν επίσης ψυχολογικοί, διαπροσωπικοί και πολιτισμικοί παράγοντες που συντηρούν τη διαταραχή. Τα συμπτώματα μπορεί να προ-

χαλούν, μέσω θετικής επανατροφοδότησης (feed-back), σταθεροποίηση στα Οικογενειακά και ψυχολογικά συστήματα ή μπορεί να διασώζουν τις ισορροπίες, εκτρέποντας την εστίαση μακριά από δυσάρεστες περιοχές (Dare, 1997).

ΚΛΙΝΤΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

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, οπότε με το πέρασμα του χρόνου γίνονται μυστικοπαθείς και. κοινωνικά απομονωμένοι. Μπορεί να παρουσιάσουν υπερδραστηριότητα και έντονη ανησυχία, ενώ η εμμηνορρυσία διακόπτεται στις γυναίκες. Πολλοί ανορεκτικοί υποφέρουν από χα συμπτώματα της ασιτίας, όπως σοβαρή δυσκοιλιότητα, κοιλιακούς πόνους, ζαλάδες, πρήξιμο στο στομάχι, στο πρόσωπο και στους αστραγάλους. Συνήθης είναι η ανάδυση χνουδωτής τρίχωσης στο δέρμα του σώματος και η αραίωση του τριχωτού της κεφαλής. Οι συνέπειες της ελαττωμένης κυκλοφορίας στην περιφέρεια του σώματος εκδηλώνονται με έντονη ευαισθησία στο κρύο και στην ξηρασία, καθώς και με αποχρωματισμένο δέρμα.

Η διαταραγμένη αντίληψη των ανορεκτικών για τον εαυτό τους και τη ζωή τους έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία να δεχτούν βοήθεια. Αν όμως αντιμετωπιστούν οι υποκείμενες συναισθηματικές δυσκολίες και αποκατασταθεί το πρόγραμμα διατροφής, η ανάκαμψη αρχίζει σύντομα και ολοκληρώνεται σταδιακά. Το ανθρώπινο σώμα διαθέτει τεράσαα αποθέματα αντοχής και οι φυσιολογικές λειτουργίες του αποκαθίστανται σχεδόν εξ ολοκλήρου, χωρίς να φέρουν σχεδόν 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
3. σώματος.
4. Υπερβολική σωματική άσκηση.
5. Προκλητοί εμετοί - Χρήση καθαρτικών ή διουρητικών.
6. Κοινωνική απομόνωση - Απομάκρυνση από φίλους.
7. Συναισθηματική αστάθεια, ευερεθιστότητα, κρίσεις θυμού.
8. Δυσκολίες στον ύπνο.

8. Αμηνόρροια (=τρεις κύκλοι) 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 ασιτίας. Σημεία αφυδάτωσης, διόγκωσης των σιελογόνων 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 et al., 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 Τ3, αύξηση αυξητικής ορμόνης, αύξηση κορτιζόλης, μείωση γοναδοτροπινών, μείωση τεστοστερόνης (στους άν δρες), ανωμαλίες στην έκκριση της ινσουλίνης.
• *Ούρα:* Σημεία αφυδάτωσης, μείωση ρυθμού σπειραματικής διή θησης.
• *ΗΚΓ:* Βραδυκαρδία, αρρυθμίες, παράταση Ο-Τ διαστήματος, πτώ ση του ST διαστήματος, επιπέδωση ή αντιστροφή των Τ-κυμάτων, U κύμα (Beumont et al., 1993" Treasure and Szmukler, 1995).

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Εκτός της διαφορικής διάγνωσης από άλλες ψυχιατρικές νόσους, που είναι σχετικά εύκολη, πρέπει να αποκλείονται επίσης: α) τα οργανικά νοσήματα που προκαλούν απώλεια βάρους, όπως τα κακοήθη νοσήματα, β) οι όγκοι του εγκεφάλου, γ) οι παθήσεις του γαστρεντερικοΰ (νόσος του Crohn, σύνδρομα δυσαπορρόφησης, σύνδρομο άνω μεσεντερίων αγγείων), δ) το AIDS, ε) ο υποθυρεοειδισμός και στ) η κροταφική επιληψία.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

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

Η ψυχογενής ανορεξία, σύμφωνα με τα όσα έχουν καταγραφεί μέχρι τώρα, τόσο από ιατρική άποψη όσο και από άποψη ψυχοπαθολογίας είναι μια σύνθετη, σοβαρή και συχνά χρόνια κατάσταση. 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.

Στόχοι της θεραπείας

Η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει πρωτίστως στην αποκατάσταση του φυσιολογικού βάρους και στην επαναφορά των φυσιολογικών διατροφικών συνηθειών, προκειμένου να διορθωθούν οι βιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της ασιτίας, που συντηρούν και διαιωνίζουν την παθολογική διατροφική συμπεριφορά. Οι συνοδοί στόχοι αφορούν στην επισήμανση και στην 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 πρέπει να περιλαμβάνουν:

α) Την αποκατάσταση του βάρους στο επίπεδο του βάρους-στόχου.

β) Την επαναφορά του φυσιολογικού τρόπου διατροφής, με ενθάρρυνση του ασθενούς να εξοικειωθεί με μια κανονική και θερμιδικά ισορροπημένη πρόσληψη τροφών.

γ) Τη διάγνωση και τη θεραπεία των ιατρικών επιπλοκών εξαιτίας της ασιτίας και των συμπεριφορών που τη συντηρούν.

δ) Την επισήμανση των αρνήσεων και των δυσλειτουργικών σκέψεων, πίστεων και πεποιθήσεων.

ε) Την παρέμβαση στην οικογένεια με σκοπό τη συνεργασία και την αποφυγή της εμπλοκής.

στ) Την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την ενίσχυση της

αυτονομίας, τη διευκόλυνση της διαμόρφωσης ταυτότητας, τη στήριξη της διαδικασίας αποκατάστασης της αυτοεκτίμησης και την αντιμετώπιση του αισθήματος αναξιότητας.

ζ) Την προληπτική παρέμβαση και εκπαίδευση για την αποφυγή υποτροπής (Hsu, 1990" Beumont et al., 1993- APA, 1993, Crisp, 1997).

Αποκατάσταση τον βάρους

Υπάρχει γενική συμφωνία ότι η αποκατάσταση του βάρους θα πρέπει να είναι κεντρικός και πρωταρχικός στόχος της θεραπείας. Το επιθυμητό βάρος-στόχος θα πρέπει να είναι το ατομικά καθορισμένο φυσιολογικό βάρος σώματος, το οποίο εξασφαλίζει την αποκατάσταση της αναπαραγωγικής λειτουργίας.

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. Για ασθενείς μικρότερης ηλικίας πρέπει να γίνεται χρήση ειδικά! πινάκων (Touyz and Beumont, 1997· Crisp et at, 1994).

Ως προς το περιεχόμενο των γευμάτων και τον υπολογισμό της θερμιδικής πρόσληψης, είναι καλύτερα ο καθορισμός του περιεχομένου των γευμάτων και του αριθμού των θερμίδων να γίνεται εξαρχής 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. Πάντως, βασική αρχή της προτεινόμενης διατροφής είναι να περιλαμβάνονται απαραιτήτως σε κάθε γεύμα υδατάνθρακες, λευκώματα και λίπη, χωρίς να παραλείπονται τα λαχανικά και τα φρούτα, *των* οποίων η αποφυγή είναι συχνά επιθυμία των ασθενών και θα πρέπει να ελέγχεται. Συνήθως η αρχική θερμιδική πρόσληψη κυμαίνεται στις 30-40 Kcal/kg την ημέρα (περίπου 1.000-J .600 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 KcaJ/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).

Επιλογή τον θεραπευτικού πλαισίου

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

Σε πιο 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 δυνατότητες και τις ικανότητες του τοπικού ψυχιατρικού και ιατρικού προσωπικού. Κατά τη γνώμη μας, η νοσηλεία 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 OL 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 OI οικογένειες τους να 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 kg/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).

Κριτήρια εξόδου από το νοσοκομείο

Είναι γενικά παραδεκτό ότι η θεραπεία των ανορεκτικών ασθενών στο νοσοκομείο ολοκληρώνεται όταν η φυσική τους κατάσταση είναι ιατρικά σταθεροποιημένη, όταν το βάρος-στόχος έχει επιτευχθεί, όταν η διατροφική συμπεριφορά έχει διορθωθεί σε ικανοποιητικό βαθμό και όταν έχει γίνει αρκετή προετοιμασία για την αντιμετώπιση το>ν ψυχολογικών και των οικογενειακών παραγόντων που εμπλέκονται στη διαταραχή.

Αντιμετώπιση ιατρικών επιπλοκών

Η ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης *τον* βάρους και των συνηθειών διατροφής θα πρέπει να περιλαμβάνει την εξέταση των ζωτικών σημείων, τον υπολογισμό της πρόσληψης και της 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, λόγω της ασιτίας, των εμετών 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 όταν υπάρχουν κίνδυνοι για τη ζωή του ασθενούς. Τέτοιου τύπου παρεμβάσεις θα πρέπει να πραγματοποιούνται μόνο για όσο χρονικό διάστημα είναι απολύτως αναγκαίες, ενώ θα πρέπει να συνεχίζεται η μέριμνα για την αποκατάσταση της φυσιολογικής διατροφής (Beumont et al., 1993).

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Παρότι τα τελευταία σαράντα χρόνια έχει σημειωθεί πολύ σημαντική πρόοδος στην ψυχοφαρμακολογία, κανένα φάρμακο δεν έχει αποδειχτεί 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 χρόνια 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 υψηλές δόσεις χλωροπρομαζίνης, οι οποίες γίνονται καλώς ανεκτές και συμβάλλουν στην επιτυχή ενδονοσοκομεια-

κή νοσηλεία- πιμοζίδη) σε χαμηλές δόσεις για την ψυχαναγκαστικότητα, το άγχος κοα τον ψυχα)σικόμορφο τρόπο σκέψης, καθώς και τα αγχολυτικά φάρμακα (λοραζεπάμη), που χρησιμοποιούνται εκλεκτικά πριν από τα γεύματα για να μειώσουν το άγχος αναμονής που σχετίζεται με το φαγητό.

Οι περισσότεροι ειδικοί πιστεύουν ότι: ■

α) Οι ασθενείς με υποθρεψία και κατάθλιψη είναι περισσότερο επιρρεπείς στις ανεπιθύμητες παρενέργειες της αντικαταθλιπτικής αγωγής απ' *ό,τι* άλλοι ασθενείς με κατάθλιψη, ενώ παράλληλα ανταποκρίνονται λιγότερο σε αυτήν.

β) Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο υπότασης και αρρυθμίας στους ασθενείς με ανορεξία, ειδικότερα σε αυτούς που κάνουν χρήση υπακτικών και των οποίων η ενυδάτωση είναι ανεπαρκής και η καρδιακή λειτουργία διαταραγμένη.

γ) Μερικά συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να υποχωρήσουν με την αύξηση του βάρους.

δ) Τα αντικαταθλιπτικά βοηθούν στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που επιμένουν, μειώνουν την ψυχαναγκαστικότητα και γενικώς περιορίζουν τον κίνδυνο υποτροπής μετά τη φάση της αποκατάστασης του βάρους.

ε) Σε περιπτώσεις ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, και ιδίως όταν είναι αναγκαίο ο ασθενής να παραμείνει κλινήρης κατά τη φάση της απόκτησης φυσιολογικού βάρους, βαθμιαία αυξανόμενες δόσεις χλωροπρομαζίνης (μέχρι 400 mg ημερησίως) γίνονται καλώς ανεκτές και βοηθούν σημαντικά στην παραμονή του ασθενούς στο κρεβάτι και στη συμμόρφωση του προς την ενδεικνυόμενη σίτιση.

Συμπερασματικά, κανένα φάρμακο δεν έχει ειδική επίδραση στην ψυχογενή ανορεξία, και όσα έχουν χρησιμοποιηθεί έχουν μόνο μερική ένδειξη για την αντιμετώ)πιση ορισμένων συμπτωμάτων και για περιορισμένο χρόνο (Garfinkei and Walsh, 1997).

Οικογενειακή παρέμβαση

Η οικογένεια πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στο θεραπευτικό σχεδιασμό από την αρχή και να συμμετέχει στη θεραπευτική προσπάθεια. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία (αν είναι δυνατόν, και με τους δύο γονείς, αν 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 ερ-

γασία. 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 and Eisler, 1997).

Η οικογενειακή θεραπεία είναι περισσότερο χρήσιμη για νεότερους ασθενείς - πολλοί ειδικοί πιστεύουν *όπ* πρέπει να είναι υποχρεωτική για παιδιά και νεαρούς εφήβους. Η θεραπεία ζεύγους μπορεί να είναι χρήσιμη για παντρεμένους ασθενείς (Dare and £isler, 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, επιστρατεύοντας διάφορα τεχνάσματα. Η στήριξη της θεραπευτικής ομάδας από την οικογένεια κατά τη διάρκεια της φάσης ανάκτησης φυσιολογικού βάρους είναι απαραίτητη προϋπόθεση της θεραπείας.

Ατομική ψυχοθεραπεία

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

Η συναισθηματική δοτικότητα και υποστήριξη, η ενίσχυση της εναισθησίας, η εκπαίδευση και η 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, καθώς και η ανάγκη για ουσιαστική αλλαγή κατά τη διάρκεια της ανάκαμψης απαιτούν μακροχρόνια ψυχολογική φροντίδα, τουλάχιστον για ένα χρόνο (Crisp. 1997), ή χρόνο ψ υ χο θεραπεία ς ίσο με αυτόν από την έναρξη της διαταραχής (EDA, 1995).

Η ερμηνεία των ψυχολογικών διαταραχών που απαντούν σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία βασίζεται σε ψυχοδυναμικές (Crisp, 1995" Bruch, 1982), ψυχαναλυτικές (Goodsitt, 1997), γνωσιακές (Garner et *am* 1997), συστημικές (Minuchin et al., 1978· Palazzoli, 1978), κοινωνικοπολιτισμικές (Striegel-Moore, 1993) και φεμινιστικές θεωρίες (Orbach, 1986), από τις οποίες απορρέουν και OI αντίστοιχες ψυχοθεραπευτικές

τεχνικές, που όλες έχουν εφαρμοστεί, με διαφορετική αποτελεσματικότητα η καθεμιά τους.

0 ρόλος της ψυχοθεραπείας στην οξεία φάση της ενδονοσοκομειαχης αντιμετώπισης του σοβαρά υποσίτιζα μενού ασθενούς παραμένει ασαφής. Η εμπειρία από προγράμματα με μεγάλο αριθμό ασθενών και επιτυχή αντιμετώπιση δείχνει ΟΤΙ 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, 1980).

Γενικά, κάθε ψυχοθεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει αφενός να εστιάζει στα εσώτερα προβλήματα του ανορεκτικού ασθενούς (αισθήματα κενού, άρνηση και· φόβος έναντι των προσωπικών αναγκών, αίσθημα αναποτελεσματικότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, εχθρότητα προς εαυτό) και αφετέρου να τον βοηθά να επεξεργαστεί 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 γενικά να αποφεύγεται σε κάθε προσέγγιση είναι η χρησιμοποίηση τακτικών και τεχνικών που εκλαμβάνονται ως εξαναγκαστικές από τους ασθενείς, για τους οποίους είναι γνωστό ότι ο έλεγχος είναι κάτι πολύ σημαντικό (Hsu, 1990).

Μακροπρόθεσμοι στόχοι

Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι περιλαμβάνουν σταθεροποίηση της συναισθηματικής διάθεσης, διευθέτηση των δυσλειτουργικών στοιχείων της προσωπικότητας, βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινοονικής λειτουργικότητας. Οι υποστηρικτικές και ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να αρχίσουν από τα πρώτα στάδια της ψυχοθεραπείας και να συνεχιστούν καθ' όλη τη διάρκεια της. Οι ασθενείς πρέπει να διευκολύνονται να δημιουργήσουν μια θεραπευτική σχέση με έναν ειδικό όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Το φύλο του θεραπευτή δεν έχει τόσο μεγάλη σημασία όσο η εμπειρία του και οι ικανότητες του (Waller, 1997).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Τα αποτελέσματα από έγκυρες μελέτες παρακολούθησης νοσηλευθέντων ασθενών για τουλάχιστον τέσσερα χρόνια μετά την έναρξη της διαταραχής δείχνουν ΟΙL περίπου το 44% των ασθενών είχε καλή έκ-

βάση (το βάρος επανήλθε στο 15% του προτεινόμενου και αποκαταστάθηκε η εμμηνορρυσία), στο 24% περίπου τα αποτελέσματα ήταν φτωχά (το βάρος ποτέ δεν έφτασε στο 15% του προτεινόμενου, και η έμμηνος ρύση δεν αποκαταστάθηκε ή ήταν σποραδική), στο 28% περίπου σημειώθηκαν ενδιάμεσα αποτελέσματα και ποσοστό μικρότερο από 5% είχε αποβιώσει (πρώιμη θνησιμότητα) (Hsu, 1990). Αντίστοιχα αποτελέσματα προκύπτουν (καλή έκβαση 43%, βελτίωση 36%, χρόνια πορεία 20%, θνησιμότητα 5%) από πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (68 μελέτες - 3.104 ασθενείς) (Steinhausen, 1995).

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

Η θνησιμότητα, οφειλόμενη κυρίως σε καρδιακή προσβολή ή σε αυτοκτονία (1-5%), αυξάνεται όσο παρατείνεται η παρακολούθηση και φτάνει περίπου στο 20% μεταξύ ασθενών που παρακολουθούνται για περισσότερο από είκοσι χρόνια (Theander, 1985). Συνήθως κυμαίνεται μεταξύ 4% (Crisp et al., 1992) και 17% (Ratnasurya et al., 1991). Επιπλέον, περίπου τα δύο τρίτα των ασθενών συνέχισαν να εκδηλώνουν συνεχή νοσηρή ενασχόληση με το φαγητό και το βάρος, πάνω από 40% είχαν βουλιμικά συμπτώματα, ενώ πολλοί παρουσίαζαν δυσθυμία, κοινωνική φοβία, ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά συμπτώματα και κατάχρηση ουσιών (Halmi et al., 1991). Πρέπει να επισημανθεί ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών (~ 25%) εισέρχεται στη χρόνια μορφή της διαταραχής, που συνοδεύεται από σοβαρές ιατρικές επιπλοκές.

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ (BULIMIA NERVOSA)

Πρόκειται για σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, από υπερβολική 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», πρόκληση εμέτων, χρήση καθαρτικών, χρήση ανορεξιογόνων φαρμάκων, Θυρεοειδικών ορμονών και διουρητικών. Οι ασθενείς έχουν κατά κανόνα φυσιολογικό βάρος και οι γυναίκες κανονική εμμηνορρυσία.

Πρόκειται για μια νέα νόσο, που περιγράφηκε από τον G. Russell το 1979 (Russell, 1979). Προέρχεται από τη σύνθετη ελληνική λέξη «βουλιμία», που σημαίνει ακατανίκητη πείνα (βους= βόδι ή ταύρος + λιμός, που σημαίνει μεγάλη πείνα* έχει τουλάχιστον δύο σημασίες: πείνα τόσο μεγάλη όσο ενός ταύρου/βοδιού ή πείνα τόσο μεγάλη ώστε να καταβροχθίσει κάποιος ένα βόδι) (Parry-Jones B. and Parry-Jones W.L., 1991).

ΛΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

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

α) Επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Κατανάλωση σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ., μέσα σε δύο ώρες) μιας 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.
- 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) Επανειλημμένη μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση.

γ) Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας όσο και η μη φυσιολογική αντί-

σταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα τριών μηνών.

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

ε) Η διαταραχή δεν εμφανίζεται μόνο κατά τη διάρκεια επειοο-δ ίων ψυχογενούς ανορεξίας.

Προσδιορίστε τον τύπο:

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 εμέτους ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών,

Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας κατά 1CD-10.

α) Επιμένουσα υπεραπασχόληση με τη διατροφή και ακατανίκητη επιθυμία για λήψη τροφής. Ο ασθενής υποκύπτει στην επιθυμία τον να τρώει υπερβολικά, με επεισόδια υπερφαγίας κατά τα οποία πολύ μεγάλες ποσότητες τροφής καταναλώνονται σε βραχείες χρονικές περιόδους.

β) Ο ασθενής προσπαθεί να αντιρροπίσει την «παχυντική» επίδραση της τροφής με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: αυτοπροκαλούμενους εμετούς, κατάχρηση καθαρτικών ουσιών, εναλλασσόμενες περιόδους αποχής από τη λήψη τροφής, χρήση φαρμάκων όπως ανορεξιογόνα, θυρεοειδικά σκευάσματα ή διουρητικά. (Διαβητικοί ασθενείς με βουλιμία είναι δυνατόν να παραμελήσουν τη θεραπεία τους με ινσουλίνη.)

γ) Η ψυχοπαθολογία εκφράζεται ως νοσηρός φόβος πάχυνσης. 0 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 πάντα, 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 ψυχο-

γενούς ανορεξίας και ενός ψυχογενούς βουλιμίας μπορεί να κυμαίνεται από λίγους μήνες μέχρι μερικά χρόνια. Σύμφωνα με το ICD-10, δεν περιγράφονται δύο τύποι, όπως στο DSM-IV.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η επίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας είναι 11,4 νέες περιπτώσεις/100.000 ανά έτος (EDA, 1995) και η επικράτηση της είναι 1,2% στις νέες γυναίκες της Δυτικής Ευρώπης και των ΗΠΑ. Κάποιοι εκτιμούν ότι υπερβαίνει το 10% (Halmi et al., 1981* Schotte et at, 1987).

Η ηλικία έναρξης είναι η εφηβεία ή η πρώτη ενηλικίωση - συνήθως αργότερα από την ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας.

Αφορά γυναίκες και είναι σπάνια στους άνδρες. Μπορεί να συνυπάρχει με ψυχογενή ανορεξία και παχυσαρκία, όμως συχνότερα απαντά σε γυναίκες φυσιολογικού βάρους. Είναι επίσης σπάνια εκτός των δυτικών κοινωνιών. Είναι συχνότερη από την ψυχογενή ανορεξία (Whitaker et al., 1990).

ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Πρόκειται για κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υπερφαγία και εξισορροπητική 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 τη συμπεριφορά του είτε μέσω προκλητών εμετών ή λήψεως φαρμάκων (καθαρτικών ή διουρητικών) είτε μέσω αποχής από το φαγητό. Είναι μια οργανωμένη συμπεριφορά, ένας τρόπος ζωής που καθορίζει πλήρως την καθημερινότητα του ατόμου, ενός ατόμου που σχεδόν κάθε μέρα -και σε διαφορετική έκταση- αναλώνεται στα ψώνια, στις τροφές, στο μαγείρεμα, στην υπερφαγία και τελικώς στην αποβολή των τροφών που θα φάει.

Είναι ένα διακριτό κλινικό σύνδρομο, που αρχίζει συνήθως μεταξύ 15 και 20 ετών και συχνά εμφανίζεται σε άτομα που είχαν προβλήματα στις συνήθειες διατροφής και στο βάρος τους, όπως, π.χ., ψυχογενή ανορεξία, παιδική παχυσαρκία, εφηβικό βάρος στα ανώτερα φυσιολογικά όρια, ιστορικό μεγάλων διακυμάνσεων του βάρους. Σε πολλές περιπτώσεις, η ψυχογενής βουλιμία αρχίζει με δίαιτα που γίνεται μετά από κάποιο στρεσογόνο γεγονός (διακοπή σχέσης) ή καινούργιο

συμβάν (έναρξη πρωταθλητισμού) ή οποιαδήποτε κατάσταση που παροτρύνει το άτομο να ασχοληθεί με το σχήμα του σώματος του και τη σχέση του με τον αυτοέλεγχο, ενώ ταυτόχρονα παρέχει δημοσιότητα και υπόσχεται σπουδαία επιτεύγματα. Δεν είναι τυχαίο το 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 ένα φαύλο κύκλο συμπεριφορών που ενισχύεται από τα συναισθήματα τους, την ενοχή, την ντροπή, την αηδία και την απέχθεια για τον εαυτό τους. Αισθάνονται πολύ μεγάλη ενοχή για τη βουλιμική συμπεριφορά τους, ώστε αποφεύγουν την κοινωνική ζωή για να μην αποκαλυφθούν, παρότι είναι ιδιαίτερα κοινωνικά άτομα (Polivy and Herman, 1993).

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

Για την κατανόηση του επεισοδίου υπερφαγίας (binge eating) περιγράφεται ότι 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, βούτυρο και τυρί. Φυσικά, στο «μενού» περιλαμβάνονται και πολλά άλλα προϊόντα τα οποία έχουν εκ των προτέρων συλλεχθεί μετά από μια ειδική «αποστολή» στα καταστήματα με μοναδική έγνοια και αποκλειστικό σκοπό την κατανάλωση τους (Blundell and Hill, 1993).

Οι βουλιμικοί απεχθάνονται και νιώθουν αηδία για το φαύλο κύκλο υπερφαγίας-αποβολής τροφών στον οποίο έχουν παγιδευτεί. Η αντιρροπιστική αποβολή και απομάκρυνση των τροφών αποτελεί μια «καθαρτήρια συμπεριφορά» και εκλαμβάνεται από τους ίδιους ως αυτοεπιβεβλημένη τιμωρία για το χάσμα που χωρίζει την εικόνα του κοινωνικού

εαυτού από τον ιδιωτικό εαυτό, αυτό τον εαυτό, τον ήδη απεγνωσμένο και καθημαγμένο από συναισθήματα ενοχής, που θεωρεί το άτομο με ακόμα μεγαλύτερη αποστροφή. Πολλοί πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία αναφέρουν ότι αυτή η συμπεριφορά τους -η υπερφαγία- είναι κάτι που προέρχεται από κάποια κρυμμένη πλευρά της προσωπικότητας τους, μια αχαλίνωτη τάση, και ότι τους καθορίζει απόλυτα, ώστε εκείνη τη στιγμή να βρίσκονται εντελούς εκτός ελέγχου. EivaL τόσο ισχυρός και ακατανίκητος αυτός ο καταναγκασμός για υπερφαγία, ώστε κάποιες φορές κυριολεκτικά είναι αδύνατον να τους σταματήσει κάτι. Το αποτέλεσμα είναι να θεωρείται από τους ίδιους ότι αυτός ο φαύλος κύκλος είναι αδύνατον να σπάσει, ακόμα κι όταν δηλώνεται η αποφασιστικότητα του πάσχοντος να αλλάξει συμπεριφορά (Russell, 1979- Fairburn, 1995- Polivy and Herman, 1993).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Στην αιτιολογία της ψυχογενούς βουλιμίας, βάσει του πολυπαραγοντικού μοντέλου, περιγράφεται η διαπλοκή προδιαθεσικών παραγόντων (ατομικών, οικογενειακών, κοινωνικοπολιτισμικών), εκλυτικών παραγόντων και επιβαρυντικών παραγόντων.

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ατομικοί (βιολογικοί και ψυχολογικοί)

Σε κάποιες έρευνες έχει αποδειχτεί ότι υπάρχει συσχέτιση των επεισοδίων υπερφαγίας και των αντιρροπιστικών συμπεριφορών αποβολής των τροφών με τη δράση των νεύρο διαβιβαστών νορεπινεφρίνη και σεροτονίνη. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από την κλινική ανταπόκριση των συμπτωμάτων της ψυχογενούς βουλιμίας στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα (τρικυκλικά και σεροτονινεργικά) (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 έμετο να οφείλεται στη διαμεσολάβηση των ενδορφινών (Kaplan, Sadock, Grebb, 1994).

Άλλες αλλαγές στα νεύρο ενδοκρινικά συστήματα που έχουν παρατηρηθεί στους ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία μοιάζουν με αυτές που

παρατηρούνται, στους πάσχοντες από συναισθηματικές διαταραχές (καθυστερημένη απάντηση της TSH στην πρόκληση με TRH στο 80% των ασθενών, ανωμαλία καταστολής της κορτιζόλης στη δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη -θετική δοκιμασία DST- στο 67% των ασθενών) (Gwirtsman et al., 1989).

Δίδυμα αδέλφια ασθενών με βουλιμία επίσης εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά βουλιμίας, με υψηλότερη επίπτωση στους μονοζυγωτικούς (βαθμός συμφωνίας 23%-100%) απ[1] ό,τι στους **διζυγωτικούς** διδύμους (βαθμός συμφωνίας 0%-33%) (Treasure, 1995). Τα στοιχεία σχετικά με τα ποσοστά βουλιμίας σε γυναίκες συγγενείς πρώτου βαθμού είναι αντιφατικά (Kendier et al., 1991).

Ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης έχει αναφερθεί στο 20%-50% των περιπτώσεων ασθενών με βουλιμία (Pope and Hudson 1992- Fallon and Wonderlich, 1997).

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

Ως προς τη διάγνωση των διαταραχών προσωπικότητας σε βουλιμικούς ασθενείς, το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 21%-77% και ο τύπος που κυριαρχεί είναι η ενότητα Β (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 (2%-47%) και η μελέτη της σχέσης των δύο διαταραχών προκαλεί ένα συνεχές ερευνητικό ενδιαφέρον (Vitousek, 1994-Wonderlich, 1995).

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

Ως προς τη συνυπάρχουσα ψυχιατρική νοσηρότητα (συν-νοσηρότητα) σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, έχουν αναφερθεί αυξημένα ποσοστά μείζονος κατάθλιψης (46%), αγχωδών διαταραχών (43%), εξάρτησης από ψυχοδραστικέ ς ουσίες (49%) και διπολικής συναισθηματικής διαταραχής (12%) (Steere et al., 199Θ- Halmi et al., 1991).

Οι δυσκολίες ως προς την αντιμετώπιση των προβλημάτων της εφηβείας είναι κυρίαρχες και στους βουλιμικούς ασθενείς και στους α-

νορεκτικούς. Οι βουλιμικοί όμως είναι περισσότερο εξωστρεφείς, επιθετικοί, και παρορμητικοί (Russell, 1979). Επειδή βιώνουν τα συμπτώματα τους λιγότερο σύντονα απ' ό,τι οι ανορεκτικοί, προσέρχονται και αναζητούν βοήθεια πιο εύκολα (Treasure, 1997).

Ως προς την ψυχοδυναμική σύγκρουση, οι βουλιμικοί φαίνεται να υστερούν στον υπερεγωτικό έλεγχο και στην ισχύ του εγώ σε σχέση με χους ανορεκτικούς. Ιστορικό δυσκολιών αποχωρισμού και απουσίας μεταβατικού αντικειμένου είναι διακριτό στοιχείο 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 αποβάλλεις τις τροφές την ασυνείδητη επιθυμία για αποχωρισμό και αυτονομία (Dare and Crowther, 1995).

Οικογενειακοί και κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες

Οι οικογένειες των βουλιμικών διαφέρουν από αυτές των ανορεκτικών. Είναι λιγότερο κλειστές, αλλά με περισσότερο συγκρουσιακές σχέσεις. Επίσης, οι οικογένειες βουλιμικών εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα κατάχρησης ουσιών (κυρίως αλκοολισμού), συναισθηματικών διαταραχών lαι 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 et al, 1985- Fairburn et al., 1997).

ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σύμφωνα με το κυρίαρχο γνωσιακό μοντέλο (Fairburn, 1997), η χαμηλή αυτοεκτίμηση προκαλεί μια ιδεατή υπεραπασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος, που οδηγεί σε περιοριστική δίαιτα. Η δίαιτα έχει ως αποτέλεσμα τα επεισόδια υπερφαγίας, που, βεβαίως, προκαλούν εκ των υστέρων συμπεριφορά αποβολής τροφών (προκλητούς εμετούς, καθαρτικά ή καταναγκαστική γυμναστική), αίσθηση απώλειας του ελέγχου και ενίσχυση της χαμηλής αυτοεκτίμηση ς, με συνεχή αναπαραγωγή καθημερινώς του ίδιου, πανομοιότυπου φαύλου κύκλου (βλέπε οχήμα 2, *Το γνωσιακό μοντέλο για την ψυχογενή βουλιμία,* σ. 128, που εξηγεί το φαύλο κύκλο της διαταραχής). Οι βουλιμικοί ασθενείς, παρότι έχουν συνήθως φυσιολογικό βάρος, λόγω του χαοτικού τρόπου δια-

τροφής τους βρίσκονται σε κατάσταση ισοδύναμη με την ασιτία, γεγονός που λειτουργεί, όπως και στην ψυχογενή ανορεξία, ως επιβαρυντικός παράγοντας, που διαιωνίζει και συντηρεί τη διαταραχή.

Σύμφωνα με την πολύ πρόσφατα διατυπωθείσα άποψη του Fairburn, 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 του εαυτού πριν από την εκδήλωση της ψυχογενούς βουλιμίας, *καθώς* και συγκρουσιακές γονεϊκές σχέσεις στην οικογένεια (Fairburn et al., 1997b).

1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

) *Τα συμπτώματα και τα χαρακτηριστικά των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία (ΕΌΑ, 1995)*

1. Επαναλαμβανόμενα και ανεξέλεγκτα επεισόδια υπερφαγίας.

2. Αντιρροπιστική προσπάθεια ανατροπής των αποτελεσμάτων της υπερφαγίας μέσω αυτοπροκαλούμενων εμετών, *περιοριστικής* δίαι-

τας, εξαντλητικής γυμναστικής, χρήσης νόμιμων ή παράνομων κατασταλτικών της όρεξης, καθαρτικών ή διουρητικών φαρμάκων.

3. Συχνή εξαφάνιση στην τουαλέτα μετά τα γεύματα, με σκοπό την απομάκρυνση των προσληφθεισών τροφών.

4. Διαταραχές εμμηνορρυσίας.

5. Ιστορικό μεγάλων διακυμάνσεων του σωματικού βάρους.

6. Αφυδάτωση, λέπτυνση και κακή υγεία του δέρματος.

7. Βλάβες της αδαμαντίνης των δοντιών και των δακτύλων (

8. σημείο του Russell) λόγω των προκλητών εμετών.

9. Ληθαργικότητα.

10Συναίσθημα ενοχής και αυτομομφής, έλλειψης βοήθειας και μο ναξιάς.

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 αλ κοόλ και ναρκωτικών, κλοπές).

2) *Παθολογικά ευρήματα και σημεία*

Όταν στην αντιρροπιστική συμπεριφορά κυριαρχούν οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, προσβάλλονται σοβαρά τα δόντια και τα ούλα.Σχισμές fell ρωγμές της σκληρής ουσίας των δοντιών και προοδευτικός τερηδονισμός, ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα και απόπτωση των δοντιών είναι η κατάληξη (Milosevic A. et al, 1997).

Σε αυτούς που χρησιμοποιούν καθαρτικά ή διουρητικά μπορεί να παρουσιαστούν σημεία σοβαρών, ίσως και μοιραίων, επιπλοκών, με σημαντικότερη τη διαταραχή 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, ακόμα -σε σοβαρές περιπτώσεις- και κώμα ή θάνατο (Mitchell et al., 1987).

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Εκτός της διαφορικής διάγνωσης από τις ψυχιατρικές νόσους, η διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση πρέπει να περιλαμβάνει τη διαφοροποίηση από;

α) Επιληψία (τύπου επιληπτικών ισοδύναμων).
β) Όγκους ΚΝΣ.
γ) Σύνδρομο Kluver-Bucy.
δ) Σύνδρομο Kleine-Levin.
ε) Οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

Η διαφορική διάγνωση των νευρολογικών νόσων θα στηριχθεί στο ιστορικό, στην κλινική εξέταση και στον εργαστηριακό έλεγχο. Στο σύνδρομο Kluver-Bucy παρατηρείται έκπτωση της δυνατότητας ανάκλησης πρόσφατων γεγονότων, οπτική αγνωσία, καταναγκαστικές λειχίες και δαγκώματα των χείλέων, 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 ιπποκάμπιου σχηματισμού. Το σύνδρομο Kleine-Levin χαρακτηρίζεται από περιόδους υπερυπνίας που διαρκούν για δύο ή τρεις εβδομάδες και από επεισόδια υπερφαγίας. Αρχίζει στην εφηβεία και είναι mo συχνό στους άνδρες. Οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας εμφανίζουν επεισόδια υπερφαγίας αλλά και τα λοιπά χαρακτηριστικά της διαταραχής (Kaplan, Sadock and Grebb, 1994).

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

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

Σΰνδρομο Mallory-Waiss παρατηρείται σπάνια. Κατάχρηση ιπεκακουάνας για πρόκληση εμέτου μπορεί να προκαλέσει μυοκαρδιοπάθειες (με ξαφνικό θάνατο) ή περιφερική μυϊκή αδυναμία (Mitchell et al, 1987). Βραδυκαρδία στην ανάπαυση, υπόταση και ελαττωμένος ρυθμός μεταβολισμού παρατηρούνται σε μερικούς βουλιμικούς ασθενείς και μπορεί να αντανακλούν μειωμένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και του θυρεοειδικού άξονα (Obarzanek et al., 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.

ΠΟΡΕΙΑ

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 μια 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 και προκαλούν οι ίδιοι εμετούς 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», καθόσον γρήγορα ανακαλύπτουν ότι έχουν παγιδευτεί οε έναν εξαιρετικά επικίνδυνο φαύλο κύκλο, που ενισχύει και ενισχύεται από την αυτο-υποτίμηση και τον ευτελισμό, την ντροπή και την ενοχή. Παρότι κάποιοι βουλίμικοί ασθενείς δεν αναφέρουν ποτέ ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας, εμφανίζουν 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 ελαττώματα 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, γι' αυτό και θα πρέπει να θυμοῦμεθα ότι η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία μπορεί να άλληλοδιαδέχονται η μία την άλλη (Garfinkei and Garner, 1982).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Οι στόχοι της θεραπείας είναι (Hsu, 1990* APA, 1993' Garner and Needleman, 1997):

α) Εγκατάσταση κανονικού προγράμματος διατροφής και διακοπή του φαύλου κύκλου υπερφαγίας-εμέτων.

β) Τροποποίηση σκέψεων, πίστεων και συναισθημάτων που συντηρούν τη βουλψική συμπεριφορά βάσει του γνωσιακού μοντέλου.

γ) Θεραπεία των ιατρικών επιπλοκών της βουλιμίας.

δ) Αντιμετώπιση των συνυπαρχόντων ψυχιατρικών συμπτωμάτων που είναι συνήθη στη βουλιμία.

ε) Ψυχολογική προσέγγιση, με

- Ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία:
  i) Γνωσίακή-συμπεριφορική (θεραπεία εκλογής)
  ii) Διαπροσωπική iii) Ψυχοδυναμική
- Οικογενειακή θεραπεία,

στ) Φάρμακα

ζ) Πρόληψη των υποτροπών, καθόσον η πορεία της νόσου χαρακτηρίζεται από περιόδους ύφεσης και έξαρσης.

Επιλογή τον θεραπευτικού πλαισίου

Η νοσοκομειακή θεραπεία γενικά δεν είναι απαραίτητη. Οι ασθενείς που πάσχουν από μη επιπλεγμένη ψυχογενή βουλιμία θα πρέπει να αντιμετωπίζονται πρώτα ως εξωτερικοί ασθενείς ή σε νοσοκομεία ημέρας. Η νοσηλεία στο νοσοκομείο θα πρέπει να γίνεται όταν: α) υπάρχει μεγάλη διακύμανση του βάρους, β) υπάρχει αστάθεια στην ισορροπία ΰδατος-ηλεκτρολυτών, γ) παρατηρείται αυτοκτονικός ιδεασμός ή αυτοκτονική πρόθεση, δ) συνυπάρχει σοβαρή κατάχρηση αλκοόλ ή ψυχοδραστικών φαρμάκων, ε) υπάρχουν επικίνδυνα για τη ζωή ιατρικά προβλήματα που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν έξω από το νοσοκομείο, στ) υπάρχει κύηση πρώτου τριμήνου (λόγω κινδύνου αποβολής). Επίσης, η εισαγωγή στο νοσοκομείο μπορεί να αποδειχτεί χρήσιμη για τους ασθενείς των οποίων η διαταραχή διατροφής είναι εξ ολοκλήρου εκτός ελέγχου και που δεν παρουσιάζουν καμία ουσιαστική πρόοδο κατά τη διάρκεια μιας αρκετά μεγάλης περιόδου εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης (APA, 1993).

Δαιτητιχή εκπαίδευση και αποκατάσταση

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

α) Να υιοθετήσει τις αρχές της σωστής διατροφής (να τρώει κανονικά γεύματα, να αυξήσει την ποικιλία των τροφών που καταναλώνει, να μειώσει την ταχύτητα πρόσληψης των τροφών και να αρχίσει να τρώει τις απαγορευμένες τροφές με κανονικό τρόπο).

β) Να αντιληφθεί τη συσχέτιση υποθρεψίας και υπερφαγίας.

γ) Να κατανοήσει τις καταστρεπτικές επιπτώσεις των εμέτων και % χρήσης καθαρτικών.

δ) Να προσλαμβάνει ισορροπημένα γεύματα συχνά και με τακτι-

ε) Να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα γυμναστικής σύμφωνο με το πρόνραμμα διατροφής και να κατανοήσει τη συσχέτιση τους (ισοζύγιο πρόσληψης-κατανάλωσης ενέργειας).

Ατομικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές είναι η γνωσιακή-συμπερκρορική θεραπεία (Wilson GT et aL, 1997), OI ψυχοδυναμικές θεραπείες και η ψυχανάλυση (Goodsitt, 1997- Tobin, 1993), η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (Fairburn, 1997c), η θεραπεία βάσει του μοντέλου απεξάρτησης (Vandereycken, 1990), η οικογενειακή θεραπεία, όταν ενδείκνυται (Schwartz et ai, 1985), και η ομαδική ψυχοθεραπεία όλων των κατευθύνσεων (Polivy and Federoff, 1997).

Πρόσφατες έρευνες δίνουν έμφαση στην αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας, που περιγράφεται ως «θεραπεία εκλογής», καθώς και στη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (Fairburn, 1997a, 1997c).

Η ψυχοθεραπευτική εργασία πρέπει να επικεντρωθεί σε 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 and Sansone, 1997).

Οικογενειακή ψυχοθεραπεία

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

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Είναι γνωστό ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα περιορίζουν τα συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας, ανεξάρτητα από την παρουσία ή όχι κατάθλιψης, γι' αυτό και είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν ως μέρος του αρχικού θεραπευτικού προγράμματος σε πολλούς ασθενείς, σίγουρα όμως δεν πρέπει να αποτελούν το μοναδικό θεραπευτικό μέσο. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμα σε ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής και διαταραχής του ελέγχου των παρορμήσεων και σε ασθενείς των οποίων έχουν αποτύχει προηγούμενες προσπάθειες ^[>υχο κοινωνική ς θεραπείας. Συνήθως διάφορα αντικαταθλιπτικά φάρμακα θα πρέπει να δοκιμαστούν διαδοχικά προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Οι δόσεις των αντικαταθλιπτικών που έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας (ιμίπραμίνη, δεσιπραμίνη, τραζοδόνη, φλουοξετίνη) είναι 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 and Walsh, 1997).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Λίγα είναι γνωστά για τη φυσική εξέλιξη ή τη μακροπρόθεσμη έκβαση της ψυχογενούς βουλιμίας. Τα ποσοστά βραχυπρόθεσμης ανταπόκρισης των ασθενών που λαμβάνουν ψυχοκοινωνική ή φαρμακευτική θεραπεία κυμαίνονται. Αναφέρονται ασθενείς που παρουσίασαν ελάττωση των επεισοδίων υπερφαγίας και της χρήσης καθαρτικών κατά 50%-90%, με ένα μέσο όρο βελτίωσης 70% περίπου. Αυτοί που αντιμετωπίστηκαν ως εξωτερικοί ασθενείς διατηρούν τα καλά αποτελέσματα πάνω από έξι χρόνια, αν και συχνά μερικά συμπτώματα επιμένουν (Hsu, 1990). Ασθενείς με καλύτερη γενική κατάσταση και με ηπιότερα συμπτώματα στην αρχή της θεραπείας οι οποίοι αντιμετωπίζονται ως

εξωτερικοί ασθενείς συχνά έχουν καλύτερη πρόγνωση από αυτούς με κακή γενική κατάσταση και σοβαρά συμπτώματα. Αντίθετα, από βουλιμίκούς ασθενείς που νοσηλεύτηκαν περίπου το 27% τρία χρόνια αργότερα είχε καλά αποτελέσματα (εμφάνιση συμπτωμάτων λιγότερο από μία φορά το μήνα), το 40% είχε ενδιάμεσα αποτελέσματα και το 33% είχε φτωχά αποτελέσματα (καθημερινά επεισόδια υπερφαγίας και εμετοί ή συνέχιση κατάχρησης καθαρτικών-διουρητικών) (Swift et al., 1987). Είναι επίσης γνωστό ότι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία που χρησιμοποιούν καθαρτικά διατρέχουν 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 μιας περιόδου ενός ή δύο χρόνων βουλιμικοί ασθενείς που δεν έλαβαν καμιά θεραπεία αναφέρουν μέτρια αυτόματη βελτίωση, με ελάττωση κατά 25%-30% περίπου των επεισοδίων υπερφαγίας και της χρήσης καθαρτικών.

Συμπερασματικά, από τα μέχρι σήμερα δεδομένα για την έκβαση της ψυχογενούς βουλιμίας προκύπτουν τα ακόλουθα (Hsu, 1995):

α) Από τους ασθενείς που έλαβαν γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και είχαν, επιπροσθέτως, συστηματική παρακολούθηση περίπου το 50% ανέκαμψε, δηλαδή ήταν χωρίς συμπτώματα της νόσου για διάστημα δύο έως δέκα ετών από την έναρξη της θεραπείας.

β) Υπάρχει μια ομάδα βουλιμικών ασθενών (20% περίπου) με ανθεκτικά συμπτώματα

γ) Το υπόλοιπο 30% των ασθενών έχει μια πορεία με περιόδους υφέσεων και εξάρσεων της νόσου, αλλά και ανθεκτικών συμπτωμάτων υποκλινικού επιπέδου. Είναι μέχρι στιγμής άγνωστο ποια θεραπευτική προσέγγιση μπορεί να βοηθήσει αυτούς τους ασθενείς.

δ) Οι προγνωστικοί παράγοντες, εκτός της έγκαιρης θεραπευτικής παρέμβασης (μικρό διάστημα νόσου), είναι άγνωστοι.

ε) Στη μελέτη του Fichter, όπου καταγράφονται τα δεδομένα παρακολούθησης ασθενών με ψυχογενή βουλιμία καθαρτικού τύπου έξι χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, φαίνεται ότι το 60% έχει καλή έκβαση, το 30% ενδιάμεση και το 10% των ασθενών έχει κακή έκβαση. Η θνησιμότητα ήταν 1,1%, περίπου τρεις φορές μεγαλύτερη *mo* αυτήν του γενικού πληθυσμού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για *:ονς* ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία είναι 3,7% (Fichter et al., 1997).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ψυχογενής ανορεξία είναι διαταραχή που προσβάλλει κυρίως νεαρές γυναίκες, φαίνεται ότι αυξάνεται σε συχνότητα τελευταία, έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία (γενετικοί, βιολογικοί, ατομικοί, οικογενειακοί παράγοντες, φύλο, τραύμα, προσωπικότητα, κοινωνία, πολιτισμός), χαρακτηριστική κλινική εικόνα, με προεξάρχοντα γνωρίσματα την ασιτία, την αμηνόρροια, το φόβο πάχυνσης, την άρνηση νόσου και βοήθειας. Συχνά έχει χρόνια πορεία, δύσκολη αντιμετώπιση, ενώ ένα ποσοστό (25%) έχει κακή έκβαση, με υψηλή θνησιμότητα. Επειδή δεν έχει διακριβωθεί η αιτιοπαθογένεια της διαταραχής, δεν υπάρχει σαφής και συγκεκριμένη θεραπεία εκλογής. Η αντιμετώπιση της ασιτίας και η αποκατάσταση του βάρους ενδονοσοκομειακά ή σε συνθήκες μερικής ή εξωτερικής νοσηλείας, όταν υπάρχει κίνητρο, είναι θέμα γενικής αποδοχής. Δεν υπάρχει ειδική φαρμακευτική αντιμετώπιση. Παρά τη μεγάλη εξειδίκευση των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων (ατομικές ή ομαδικές με ψυχοδυναμικό προσανατολισμό, διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, γνωσιακή-συμπεριφορική και οικογενειακή θεραπεία), τα αποτελέσματα είναι ποικίλα. Στη βιβλιογραφία παρατηρείται ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε σχέση με όλες τις πλευρές της ψυχογενούς ανορεξίας. 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, συν-νοσηρότητα, *τραύμα,* οικογένεια, πολιτισμός) εμπλέκονται στην αιτιολογία της. Από την άποψη της ψυχοπαθολογίας, σχετίζεται κυρίως με τις συναισθηματικές διαταραχές και τις διαταραχές προσωπικότητας. Συνυπάρχει με την ψυχογενή ανορεξία και με την παχυσαρκία, αλλά κυρίως αφορά γυναίκες φυσιολογικού βάρους. Έχει χρόνια πορεία, πιθανόν καλύτερη έκβαση (καθόσον μόνο το ένα πέμπτο των ασθενών έχει κακή πορεία) και φαίνεται να ανταποκρίνεται καλύτερα στις θεραπευτικές παρεμβάσεις σε σχέση με την ψυχογενή ανορεξία. Πιστεύεται ότι ανταποκρίνεται καλύτερα στη φαρμακευτική αγωγή (αντικαταθλιπτικά και SSRI), καθώς και στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί καλύτερα και αξιολογηθεί προσφάτως ως προς την αποτελεσματικότητα τους (ιδίως στη γνωσιακή-συμπεριφορική και στη διαπροσωπική θεραπεία). Δεν υπάρχει ειδική πρόληψη. Συγκεντρώνει, όπως και η μελέτη της ψυχογενούς ανορεξίας, μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον.

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ (ANOREXIA NERVOSA)

Το κεντρικό σύμπτωμα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η ακατανίκητη τάση για απίσχνανση μέσω προκλητής ασιτίας και ο έντονος φόβος ότι το άτομο θα γίνει παχύ, ακόμα κι όταν είναι κάτισχνο (Bruch, 1982· Russell, 1987).

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από εκσεσημασμένη απώλεια βάρους, που προκαλείται και διατηρείται συνειδητά από τον ίδιο τον πάσχοντα (Λιάκος, 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 τη χρήση κατασταλτικών της όρεξης (ανορεξιογόνων) (Beumont, 1995).

Κατά τον Crisp, η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί τρόπο αντιμετώπισης της ζωής διά της αποφυγής της ανάπτυξης και όχι -μέσω της ασιτίας- πορεία προς το θάνατο. Συμβολίζει τη λύση που υιοθετεί το υποκείμενο για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που συναντά και οι οποίες φαίνονται δυσεπίλυτες. Αναπαριστά την έκφραση των συγκρούσεων ως προς την εξάρτηση, την αυτονομία και τον έλεγχο. Οι ανορεπτικοί τρομοκρατούνται με την ιδέα *ότι* θα χάσουν τον έλεγχο, και εξαιτίας αυτού του φόβου το φαγητό και η απώλεια βάρους αποκτούν τέτοια σημασία. Αυτό δείχνει ότι είναι μια περιοχή της ζωής τους την οποία νιώθουν ικανοί να ελέγχουν, οπότε με την ικανότητα 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. Είναι μια απεγνωσμένη προσπάθεια του ατόμου για ψυχολογική επιβίωση (Crisp, 1980, 1997).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας σύμφωνα με το DSM-IV είναι τα κάτωθι (APA, 1994):

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1993). «Practice Guideline for Eating Disorders». Am. *Journal of Psychiatry,* 150 (2): 207-228.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994).[4]. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV),* Washington, σ. 544-545.

BEUMONT, P.J.V., RUSSELL, D.J., TOUYZ, S.W. (1993). «Treatment of anorexia nervosa». *Lancet,* 341:1635-1640.

BEUMONT, P.J.V. (1995). «The clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa». In Brownell K.D., Fairburn G.C. (eds), *Eating Disorders and Obesity,* σ. 151-158.

BLUNDELL, J.E., HILL, J.A. (1993). «Binge eating: Psychological mechanisms». In Fairburn C.G., Wilson T.G. (eds), *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment,* The Guilford Press, ο. 206-226.

BROWNELL, K. (1995). «Eating disorders in athletes». In Brownell K., Fairburn C. (eds), *Eating Disorders and Obesity,* The Guilford Press, σ. 191-196.

BRUCH, HILDE (1982). «Anorexia nervosa: Therapy and theory». Am. *Journal of Psychiatry,* 139 (12): 1531-1538.

CRISP, A.H. (1976). «How common is anorexia nervosa? A prevalence study». *Br, J. of Psych.,* 128: 549-554.

CRISP, A.H. (1995). *Anorexia Nervosa: Let me Be,* London, I.E.A.

CRISP, A.H., HSU, L.K.G., HARDING, B., HARTSHORN, J. (1980). «Clinical features of anorexia nervosa». *Journal of Psychosomatic Research,* 24:179-191.

CRISP, A., CALLENDER, J.S., HALEK, C, HSU, L.K.G. (1992). «Long term mortality in anorexia nervosa: A 20-year follow-up of the St. George's and Aberdeen cohorts». *British Journal of Psychiatry,* 161:104-107.

CRISP. A.H., McCLELLAND, LISA (1994). *Anorexia Nervosa: The St. George's Approach,* Dep. of Mental Health Sciences, London.

CRISP, A.H. (1997). «Anorexia nervosa as flight from growth: Assessment and treatment based on the model». In Garner D., Garfinkel P. (eds), *Handbook of Treatment to Eating Disorders,* New York, London, The Guiford Press, σ. 248-277.

DARE, G, CROWTHER, C. (1995). «Psychodynamic models of eating disorders». In Szmukler G-, Dare C, Treasure J. (eds), *Handbook of Eating Disorders,* Wiley, ο. 125-139.

DARE, C, EISLER, I. (1997). «Family therapy for anorexia nervosa». In Garner D., Garfinkel P. (eds), *Handbook of Treatment for Eating Disorders,* The Guilford Press, σ. 307-324.

DENNIS, A.B., SANSONE, A.R. (1997). «Treatment of patients with personality disorders». In Garner D., Garfinkel P. (eds), *Handbook of Treatment for Eating Disorders,* The Guilford Press, σ. 437-449.

EATING DISORDERS ASSOCIATION (1995). *A Guide for Primary Care,* London.

FAIRBURN, C. (1995). «Physiology of anorexia nervosa». Γη Brownell K., Fairburn C (eds), *Eating Disorders and Obesity,* The Guilford Press, σ. 251-254.
FAIRBURN, C.G. (1995). *Overcoming Binge Eating,* New York, The Guilford Press.
FAIRBURN, C. (1997a). «Cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa». In Garner D., Garfinkel P. (eds), *Handbook of Treatment for Eating Disorders,* The Guilford Press, σ. 67-93.
FAIRBURN, C, WELSH, S., DOLL, E., DAVIES, B., O'CONNOR (1997b). «Risk factors for bulimia nervosa: A community based case-control study». *Arch of Gen. Psych,,* 54, 509-517.
FAIRBURN, C. (1997c). «Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa». In Garner D-, Garfinkel P. (eds), *Handbook of Treatment for Eating Disorders,* The Guilford Press, σ. 278-293.
FALLON, P., WONDERLICH, S. (1997). «Sexual abuse and other forms of trauma». In Garner D., Garfinkel P. (eds), *Handbook of Treatment for Eating Disorders,* The Guilford Press, σ. 394-414.
FICHTER, MM., WEYERER, S-, SOURDI, L.. SOURDI, Z. (1983). «The epidemiology of anorexia nervosa; A comparison of Greek adolescents living in Germany and Greek adolescents living in Greece». In Darby PL., Garfinkel P.M., Gardner D.M. & V. Coscina D. (eds), *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research,* New York, Liss, o. 95-105.
FICHTER, M.M., GUADFIEG, N. (1997). «Six year course of bulimia nervosa». *Int. Journal of Eating Disorders,* 22: 361-384.
GARFINKEL, P., GARNER, D. (1982). *Anorexia Nervosa: A Multidimentional Perspective,* New York, Brunner, Mazel.
GARFINKEL, P., WALSH, T.B. (1997). «Drug treatment». In Garner D.. Garfinkel P. (eds), *Handbook of Treatment for Eating Disorders,* The Guilford Press, σ. 372-380.
GARNER, D. (1993). «Pathogenesis of anorexia nervosa». *Lancet,* 341: 1631-1635.
GARNER, D., NEEDLEMAN, L. (1997). «Sequencing and integration of treatments». In Garner D., Garfinkel P. (eds). *Handbook of Treatment for Eating Disorders,* The Guilford Press, σ. 50-63.
GARNER, D.. VITUSE, K.K., PIKE, K. (1997). «Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa». Γη Garner D., Garfinkel P. (eds), *Handbook of Treatment for Eating Disorders,* The Guilford Press, σ. 94-144.
GARNER, D. (1997). «Psychoeducational principles in treatment». In Garner D., Garfinkel P. (eds), *Handbook of Treatment for Eating Disorders,* The Guilford Press, σ. 145477.
GOODSITT, A. (1997). «Eating disorders: A self psychological perspective». In Garner D., Garfinkel P. (eds). *Handbook of Treatment for Eating Disorders,* The Guilford Press, σ. 205-228.
GWIRTSMAN, H.E., KAYE, W.H., GEORGE, D.T.. JIMERSON, D.C., EBERT, M.H., GOLD. P.W. (1989). «Central and peripheral ACTH and Cortisol levels in anorexia nervosa and bulimia». *Arch, Gen. Psychiatry,* 46 (1): 6J-69.
HALMI, K., FOLK, J.R., SCHWARTZ, E. (L981). «Binge eating and vomiting: A survey of a college population». *Psychol. Med.,* 11: 697-706.
HALMI, K.A., ECKERT, E., MARCHI, P., SAMPUGNARO, V., APPLE, R., COHEN, J.

(1991). «Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa». *Arch. Gen. Psychiatry,* 48: 712-718.

HERZOG, D.B., KELLER, M.B., SACKS, N.R., YEH, C.J., LAVORI, P.W. (1992). «Psychiatric morbidity in treatment seeking anorexics and bulimics». *Journal of the Am. Ac. of Child and Adol. Psychiatry,* 31: 810-818.

HOEK, H. (1995). «The distribution of eating disorders». In Brownell K.D., Fairburn G.C. (eds), *Eating Disorders and Obesity,* The Guilford Press, o. 207-211.

HSU.L.K.G. (1990). *Eating Disorders,* Guilford Press.

HSU, G.L.K. (1995). «Outcome of bulimia nervosa». In Brownell K., Fairburn C. (eds), *Eating Disorders and Obesity,* The Guilford Press, σ. 238-244.

KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J., GREBB, J.A. (1994). «Synopsis of psychiatry», 7th ed., *Eating Disorders,* Williams and Wilkins, σ. 689-698.

KAYE, W.H. (1995). «Neurotransmitters and anorexia nervosa». In Brownell K.D., Fairburn C.G. (eds), *Eating Disorders and Obesity,* New York, The Guilford Press, σ. 255-260.

KATZMAN, M. (1997). «Getting the difference right: It's power not gender that matters». *Eur. Journal of Eating Disorders,* 5 (2): 71-74.

KENDLER, K.S., MACLEAN, C, NEALE, M, KESSLER, R., HEATH, A., EAVES, L. (1991). «The genetic epidemiology of bulimia nervosa». *Am. Journal of 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.

LASK, B., BRYANT-WAUGH, R. (1997). «Prepubertal eating disorders». In Garner D., Garfinkel P. (eds), *Handbook of Treatment for Eating* Disorders, Wiley, σ. 476-483.

ΛΙΑΚΟΣ, Α. (1973). «Ψυχογενής ανορεξία». Στο Στεφανής και συν. (επι,μ.). *Θέματα Ψυχιατρικής,* Αθήνα, σ. 313-316.

LUCAS, A.R., BEARD, CM., O'FALLON, W.M., BURLAND, L.T. (1991). «50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester Minneapolis: A population-based study». *Am. Journal of Psychiatry,* 148: 917-922.

MILOSEVIC, A., BRODIE, D, SLADE, P. (1997). «Dental erosion, oral hygiene and nutrition in eating disorders». *Int. Journal of Eating Disorders,* 21: 195-199.

MINUCHIN, S., ROSMAN, B.L,, BAKER, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context.* Cambridge, Mass, Harvard University Press.

MITCHELL, E.J., HATSUKAMI, D., ECKERT, D.E., PYLE, L.R. (1985). «Characteristics of 275 patients with bulimia». Am. *Journal of Psychiatry,* 142: 482-485.

MITCHELL, J.E., SEIM, H.C., COLON, E., POMEROY, C. (1987). «Medical complications and medical management of bulimia». *Ann. Intern. Med.,* 107: 71-77.

MUMFORD, D.B., WHITEHOUSE, A.M., PLATTS, M. (1991). «Sociocultural correlates of eating disorders among Asian schoolgirls in Bradford». *Br. Journal of Psychiatry,* 158: 222-228.

MYNORS-WALLACE, L., TREASURE, J., CHEE, D. (1992). «Life events and eating disorders: Differences between early and late onset cases». *Int. Journal of Eating Disorders,* 11: 369-375.

ΜΩΡΟΓΙΑΝΝΗΣ. Φ. (1997). *Διαταραχές Διατροφής και Ψυχοπαθολογία στους Εφή-*

(1991). «Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa». *Arch. Gen. Psychiatry,* 48: 712-718.

HERZOG, D.B., KELLER, M.B., SACKS, N.R., YEH, C.J., **LAVORI,** P.W. (1992). «Psychiatric morbidity in treatment seeking anorexics and bulimics». *Journal of the Am. Ac. of Child and Adol. Psychiatry,* 31: 810-818.

HOEK, H. (1995). «The distribution of eating disorders». In Brownell K.D., Fairburn G.C. (eds), *Eating Disorders and Obesity,* The Guilford Press, σ. 207-211.

HSU, L.K.G. (1990). *Eating Disorders,* Guilford Press.

HSU, G.L.K. (1995). «Outcome of bulimia nervosa». In **Brownell** K., Fairburn C. (eds), *Eating Disorders and Obesily,* The Guilford Press, σ. 238-244.

KAPLAN, Hi., SADOCK, B.J., GREBB, J.A. (1994). «Synopsis of psychiatry», 7th ed., *Eating Disorders,* Williams and Wilkins, σ. 689-698.

KAYE, W.H. (1995). «Neurotransmitters and anorexia nervosa». In Brownell K.D., Fairburn C.G. (eds), *Eating Disorders and Obesity,* New York, The Guilford Press, σ. 255-260.

KATZMAN, M. (1997). «Getting the difference right: It's power not gender that matters». *Eur. Journal of Eating Disorders,* 5 (2): 71-74.

KENDLER, K.S., MACLEAN, C, NEALE, M, KESSLER, R., HEATH, A., EAVES, L. (1991). «The genetic epidemiology of bulimia nervosa». *Am. Journal of 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.

LASK, B., BRYANT-WAUGH, R. (1997). «Prepubertal eating disorders». In Garner D., GarfinkelP. (eds), *Handbook of Treatment for Eating Disorders,* Wiley, σ. 476-483.

ΛΙΑΚΟΣ, Α. (1973). «Ψυχογενής ανορεξία». Στο Στεφανής και συν. (επιμ.), *Θέματα Ψυχιατρικής,* Αθήνα, α. 313-316.

LUCAS, A.R., BEARD, CM., O'FALLON, W.M., BURLAND, L.T. (1991). «50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester Minneapolis: A population-based study». *Am. Journal of Psychiatry,* 148: 917-922.

MILOSEVIC, A., BRODIE, D., SLADE, P. (1997). «Dental erosion, oral hygiene and nutrition in eating disorders». *Int. Journal of Eating Disorders,* 21: 195-199.

KHNUCHIN, S-, ROSMAN, B.L., BAKER, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context.* Cambridge, Mass, Harvard University Press.

MITCHELL, E.J., HATSUKAMI, D., ECKERT, D.E., PYLE, L.R. (1985). «Characteristics of 275 patients with bulimia». *Am. Journal of Psychiatry,* 142: 482-485.

MITCHELL, J.E., SEIM, H.C., COLON, E., POMEROY, C. (1987). «Medical complications and medical management of bulimia». *Ann. Intern. Med.,* 107: 71-77.

MUMFORD, D.B., WHITEHOUSE, A.M., PLATTS, M. (1991). «Sociocultural correlates of eating disorders among Asian schoolgirls in Bradford». *Br. Journal of Psychiatry,* 158: 222-228.

MYNORS-WALLACE, L., TREASURE, J., CHEE, D. (1992). «Life events and eating disorders: Differences between early and late onset cases». *Int. Journal of Eating Disorders,* 11: 369-375.

ΜΩΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, Φ. (1997). *Διαταραχές Διατροφής και Ψυχοπαθολογία στους Εφή-*

βονς (διδακτορική διατριβή - αδημοσίευτα στοιχεία), Ιωάννινα, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

NIELSEN, S. (1992). «Seasonal variation in anorexia nervosa? Some preliminary findings from a neglected area of research». *Int. Journal of Eating Disorders,* 11: 25-35.

OBARZANEK, E., LESEM, M.D., GOLDSTEIN, D.S., JIMERSON, D.C. (1991). «Reduced resting metabolic rate in patients with bulimia nervosa». *Arch. Gen. of Psychiatry,* 48: 456-462.

ORBACH, S. (1986). *Hunger Strike: The Anorectic's Struggle as a Metaphor for Ow Age,* New York, W.W. Norton.

PALAZZOLL M. (1978). *Self Starvation: From Individual to Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa,* New York, Jason Aronson.

PARRY-JONES, B., PARRY-JONES, W.L. (1991). «Bulimia: An archival review of its history in psychosomatic medicine». *Int. Journal of Eating Disorders,* 10:129-143.

PIRKE, K.M. (1995). «Physiology of bulimia nervosa». In Brownell K., Garfinkel P. (eds), *Eating Disorders and Obesity,* The Guilford Press, σ. 261-265.

POLIVY & HERMAN, P.C. (1993). «Etiology of binge eating: Psychological mechanisms». In Fairburn C, Wilson G.T. (eds), *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment,* The Guilford Press, σ. 173-205.

POLIVY, J., FEDEROFF, I. (1997). «Group psychotherapy». In Garner D., Garfinkel P (eds), *Handbook of Treatment for Eating Disorders,* The Guilford Press, σ. 462-475.

POPE. H.G., HUDSON. J.I. (1992). «Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa?». *Am. Journal of Psychiatry,* 149: 455-463.

RASTAM, M. (1992). «Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: Premorbid problems and comorbidity». *Journal of the Acad, of Child and Adolescent Psychiatry,* 31: 819-829.

RATNASURYA. R.H., EISLER, I., SZMUKLER, G.I., RUSSELL, G.F.M. (1991). «Anorexia nervosa outcome and prognostic factors after 20 years». *Br. Journal of Psychiatry,* 158: 495-503.

RUSSELL, G. (1979). «Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa». *Psychol. Med.:* 429-448.

RUSSELL, G.F., SZMUKLER, G.I., DARE, C, EISLER, I. (1987). «An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa». *Arch. Gen. of Psychiatry,* 44: 1047-1056.

RUSSELL, G.F.M. (1997). «The history' of bulimia nervosa». In Garner D., Garfinkel P. (eds), *Handbook of Treatment for Eating Disorders,* The Guilford Press, σ. 11-24.

SCHOTTE, D.E., STUNKARD, AJ. (1987). «Bulimia versus bulimic behaviors on a college campus». *Journal of the American Med.* Association, 258: 1213-1215.

SCHWARTZ, R.C., BARRETT, M.J., SABA, G. (1985). «Family therapy for bulimia». In Garner D, Garfinkel P. (eds), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia,* The Guilford Press, σ. 280-307.

ΣΙΜΟΣ, Γ. (1996). *Διερεύνηση των Ψυχογενών Διαταραχών στην Πρόσληψη Τροφής και των Δυνατοτήτων Πρόσληψης* (διδακτορική διατριβή), Θεσσαλονίκη, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο.

STACKER, G-, BERGMANN, H., WIESNAGROTZKI, S-, STEINER-MITTELBACH, G., KISS, A., ABATZ1, TH.-A. (1992). «Primary anorexia nervosa: Gastric emptying and an-

trai motor activity in 53 patients». *International Journal of Eating Disorders,* 11 (2): 163-172.

STEERE, J., BUTLER, G-, COOPER, P. (1990). «The anxiety symptoms of bulimia nervosa». *Int. Journal of Eating Disorders,* 9: 293-301.

ΣΓΕΦΑΝΗΣ, Κ., ΣΟΛΔΑΤΟΣ, Κ., ΜΑΥΡΕΑΣ, Β. (1993). *Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχώ ν και Διαταραχών της Συμπεριφοράς, Κλινικές Περιγραφές και Οδηγίες για τη Διάγνωση,* Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, σ. 218-225.

STEINHAUSEN, C.H. (1995). «The course and outcome of anorexia nervosa». In Brownell K., Fairburn C. (eds), *Eating Disorders and Obesity,* The Guilford Press, α. 234-237.

STRIEGEL-MOORE, R. (J993). «Etiology of binge eating: A developmental perspective». In Fairburn C.G., **Wilson** T.G. (eds), ***Binge*** *Eating: Nature, Assessment and Treatment,* The Guilford Press, σ. 144-172.

STROBER, M, LAMBERT, C, MORRELL, W., BURROUGHS, J., JACOBS. C. (1980). «A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders». *Int. Journal* of *Eating Disorders,* 9: 239-253.

SWIFT, W.J., RITHOLZ, M., KALIN, N.H., KASLOW, N. (1987). «A follow-up study of thirty hospitalized bulimics». *Psychosom. Med.,* 49: 45-55.

SZMUKLER, G. (1985). «The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia». *Journal of Psychiatric Research,* 19: 143-153,

THEANDER, S, (1985). «Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: Some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study». *Journal ofPsychiatr. Res.,* 19: 493-508.

TOBIN, D. (1993). «Psychodynamic psychotherapy and binge eating». In Fairburn C, Wilson **T.G.** (eds), ***Binge*** *Eating: Nature, Assessment and Treatment,* The Guilford Press, σ. 287-313.

TOUYZ, W.S., BEUMONT, P.J.V. (1997). «Behavioral treatment to promote weight gain in A.N.». In Garner D., Garfinkel P. (eds), *Handbook of Eating Disorders,* The Guilford Press, σ. 361-371.

TREASURE. J. & HOLLAND, A. (1995). «Genetic factors in eating disorders». In Szmu-Icier G., Dare C, Treasure J. (eds), *Handbook of Eating Disorders Theory, Treatment and Research,* John Wiley, σ. 65-81.

TREASURE, J. & SZMUKLER, G. (1995). «Medical complications of anorexia nervosa». In Szrnukler G., Dare C, Treasure J. (eds), *Handbook of Eating Disorders,* Wiley, α 197-220.

TREASURE, J. & WARD, A. (1997). «A practical guide to the use of motivational interviewing in anorexia nervosa». *European Eating Disorders Review, 5:* 102-114.

VANDEREYCKEN, W. (1990). «The addiction model in eating disorders: Some critical remarks and a selected bibliography». *Int. Journal of Eating Disorders, 9:* 95-101.

VlTOUSEK, K., MANKE, F. (1994). «Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa». *Journal of Abnormal Psychol.,* 103 (7): 137-147.

WALLER. G. (1997). *Therapist Gender and Treatment of Eating Disorders.* Workshop, The Third London Int. Conference on Eating Disorders, London 15-17/4/1997.

WHITAKER, A., JOHNSON, J.. SHAFFER, D., RAPPAPORT, J.L., KALIKOW, K., WALSH,

B.T., DA VIES, M., BRAIMAN, S., DOUNSKY, A. (1990). «Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population». *Arch, of Gen. Psychiatry,* 47: 487-496.

WILSON, G.T., FAIRBURN, C, AGRAS, S.W. (1997). «Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa», In Garner D., Garfinkel P. (eds), *Handbook of Eating Disorders,* The Guilford Press, a. 67-93.

WONDERUCH, S. (1995). «Personality and eating disorders». In Brownell K: & Fairburn C. (eds), *Eating Disorders and Obesity,* The Guilford Press, σ. 171-176.

YAGER, J. (i 982). «Family issues in the pathogenesis of anorexia nervosa». *Psychosomatic Medicine,* 44: 43-60.