

ΦΩΤΗΣ ΜΩΡΟΓΙΑΝΝΗΣ
ΔΡ.ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ
ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ, ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΚΑΙ
ΤΡΙΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2007

**Η πρόληψη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής στην Ελλάδα.
Προτάσεις για την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη,
καθώς και θεραπευτικές παρεμβάσεις.**

Με τον ερχομό του 20^{ου} αιώνα, παρατηρήθηκε για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, ΔΠΤ, (Ψυχογενής Ανορεξία και Ψυχογενής Βουλιμία) μεγάλο βιβλιογραφικό και επιστημονικό ενδιαφέρον με καλύτερες διαγνωστικές περιγραφές, καινούριες θεραπευτικές προτάσεις, με παράλληλη διαπίστωση της αύξησης της επικράτησής τους στις νέες γυναίκες των δυτικών κοινωνιών. Η ΨΑ θεωρείται σήμερα ένα ειδικό σύνδρομο με σαφείς κλινικές εικόνες που διακρίνεται από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Η αναγνώριση ότι η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας και οι συμπεριφορές αποβολής των τροφών μπορούν να συμβούν τόσο στους πάσχοντες από ΨΑ, όσο και σε ανθρώπους με φυσιολογικό βάρος, οδηγεί εκ των πραγμάτων στην περαιτέρω κλινική ταξινόμηση των διαταραχών αυτών και στην ένταξή τους στις ΔΠΤ. Η έρευνα στις ΔΠΤ περιλαμβάνει τη μελέτη της συνυπάρχουσας ψυχιατρικής νοσηρότητας και των ειδικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που κυριαρχούν στο άτομο που πάσχει.

Επί του παρόντος, η έρευνα έχει δείξει σαφή συσχέτιση τις τελειοθηρίας, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και της περιοριστικής μορφής της ψυχογενούς ανορεξίας, καθώς και μεταξύ παρορμητικών συμπεριφορών στις οποίες συμπεριλαμβάνεται ο αλκοολισμός και η χρήση ναρκωτικών με την επεισοδιακή πολυφαγία και τις συμπεριφορές αποβολής των τροφών. Ωστόσο, θα πρέπει να μελετηθεί περαιτέρω ο ρόλος των αγχώδων διαταραχών στην ανάπτυξη των ΔΠΤ.

Στην αρχή του 20^{ου} αιώνα η ΨΑ, είναι εξαιρετικά σπάνια και η διάγνωσή της, ασυνήθης. Στο τέλος του 20ου αιώνα η ΨΑ αφορά το 0,1 % του πληθυσμού των βιομηχανικών χωρών. Η ΨΒ η οποία δεν είχε περιγραφεί ως νόσος μέχρι το τέλος του 1970, έχει μια συχνότητα περίπου 1% στις βιομηχανικές χώρες. Επιπλέον η ΨΑ έχει την ψηλότερη θνητότητα από όλες τις ψυχιατρικές διαταραχές. Περίπου 0,5 % των ασθενών με ΨΑ, πεθαίνουν κάθε χρόνο. Εάν η θνησιμότητα μελετηθεί προϊόντος του χρόνου, σε 20-30 χρόνια το ποσοστό ανέρχεται στο 10-15% αντιστοίχως. Μακροπρόθεσμες μελέτες έχουν δείξει ότι μόνο το 1/3-1/4 των ανορεκτικών ασθενών ανακάμπτει πλήρως. Έτσι η πλειοψηφία των ασθενών αυτών, συνεχίζει να έχει λειτουργική έκπτωση εξαιτίας της νόσου. Η ΨΒ τείνει να είναι χρόνια με πολλές υποτροπές.

Η ηλικία έναρξης των ΔΠΤ είναι η εφηβεία, έτσι η έκπτωση της λειτουργικότητας επισυμβαίνει κατά τη διάρκεια των πιο παραγωγικών χρόνων των ασθενών και δυστυχώς συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της πρώιμης ενήλικης ζωής, περίοδο κατά την οποία η παραγωγικότητα του ανθρώπου είναι πολύ έντονη.

Ως προς τη θεραπεία, οι προτεινόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι πιο αποτελεσματικές για τη βουλιμία, παρά για την ανορεξία. Η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, όταν χορηγείται στην ΨΒ,

μειώνει τα επεισόδια υπερφαγίας και τις συμπεριφορές αποβολής των τροφών σε ποσοστό περίπου 50% των ασθενών, ενώ σε ένα ποσοστό 80-90% το περιορίζει σημαντικά. Δυστυχώς ειδικοί θεραπευτές που να εφαρμόζουν τη Συμπεριφορική θεραπεία είναι δυσεύρετοι, με αποτέλεσμα αυτό το είδος θεραπείας να μην είναι εύκολα διαθέσιμο. Η θεραπεία της ΨΒ επιπλέκεται από την ανάγκη για ταυτόχρονη αντιμετώπιση της συνυπάρχουσας ψυχιατρικής νοσηρότητας, όπως ο αλκοολισμός, η χρήση ναρκωτικών, οι παρορμητικές συμπεριφορές και η κατάθλιψη.

Όσον αφορά τη θεραπεία της ΨΑ υπάρχουν στη διάθεσή μας αρκετές μελέτες που δείχνουν ότι τόσο η πρόωμη διάγνωση της ΨΑ, όσο και η πρόωμη θεραπευτική παρέμβαση, στην οποία μάλιστα θα εμπλέκεται και η οικογένεια, όταν οι ασθενείς είναι μικρότεροι των 18 ετών, έχει σαφώς καλή έκβαση. Οι πάσχοντες από ΨΑ πάσχουν περίπου 6 χρόνια, αρνούμενοι και αποκρύπτοντας τις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η ενεργός αντίσταση στη θεραπεία και η ενίσχυση της αντίστασης από τα χαρακτηριστικά της διαταραχής, κάνουν την παρέμβαση μια πραγματική πρόκληση για κάθε θεραπευτή. Οι παρεμβάσεις ενίσχυσης του κινήτρου, δεν έχουν αποδώσει ιδιαίτερα αποτελέσματα. Όσον αφορά τις ιατρικές και τις σωματικές επιπλοκές που προκαλούν οι ΔΠΤ, κυρίως οφείλονται στον υποσιτισμό και στις συμπεριφορές αποβολής των τροφών (έμετοι, χρήση καθαρτικών). Πρόσφατες έρευνες για τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών αλλά και των γονιδίων πιθανόν να μας εξασφαλίσουν στο μέλλον, την ανάπτυξη φαρμακολογικών παρεμβάσεων, επίσης η κατανόηση των υποκείμενων βιολογικών διαταραχών που συμβαίνουν στις ΔΠΤ μπορούν να μας εξασφαλίσουν σημεία και συμπτώματα για την πρόωμη διάγνωση.

Καθώς πολλοί κλινικοί που εργάζονται στο χώρο των ΔΠΤ γνωρίζουν ότι η άρνηση και οι συμπεριφορές απόκρυψης και συγκάλυψης χαρακτηρίζουν τις ΔΠΤ, όπως και η χρονιότητά τους, η θεραπεία τους, αποτελεί για τους κλινικούς, ένα πραγματικά δύσκολο έργο. Πολλές από τις ιατρικές επιπλοκές των ΔΠΤ, συχνά συγχέονται με άλλα ιατρικά και ενδοκρινολογικά προβλήματα, προκαλώντας περαιτέρω σύγχυση. Εκτός από τη θνησιμότητα που είναι υψηλή, η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι υψηλότερη στις ΔΠΤ, σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη ψυχιατρική διαταραχή. Η οικονομική πλευρά των ΔΠΤ είναι ένα πολύπλοκο θέμα με εκτεταμένες κοινωνικές συνέπειες, και αρκετά προβλήματα που αφορούν τη μεθοδολογία, την αξιολόγηση και την αναγνώριση της ασθένειας. Το θέμα του κόστους των ΔΠΤ έχει ελάχιστα μελετηθεί. Από τα υπάρχοντα στοιχεία (ΗΠΑ και Ε.Ε) φαίνεται ότι το κόστος της θεραπείας της ΨΑ ή της ΨΒ είναι ίδιο με το κόστος που απαιτείται για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Η κοινωνική δυσπροσαρμοστικότητα είναι επίσης σοβαρή στους ασθενείς με ΨΑ και ΨΒ και αφορά ένα ευρύ φάσμα της κοινωνικής λειτουργικότητας όπως διαπροσωπικές και οικογενειακές σχέσεις, οικονομική επάρκεια, και εργασιακή συμπεριφορά.

Τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν με τις εμπειρίες των κλινικών και θέτουν ζητήματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης των ασθενών αυτών. Πιστεύουμε ότι τα δεδομένα που αφορούν τη σχέση κόστους αποδοτικότητας στη θεραπεία των ΔΠΤ, μας παρέχουν σοβαρές πληροφορίες για την εφαρμογή θεραπειών. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η φαρμακευτική

θεραπεία είναι καλύτερη όσον αφορά το κόστος και την αποδοτικότητα, αλλά ο συνδυασμός φαρμάκων-θεραπείας είναι περισσότερο αποτελεσματικός. Το πλαίσιο όπου θα εφαρμοστεί η θεραπευτική αγωγή (Ψυχιατρείο, Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου, Κέντρο Ημέρας, Κέντρο Ψυχικής Υγείας) έχει επίσης επίδραση στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στο σχεδιασμό για την αντιμετώπιση των ΔΠΤ.

Οι ΔΠΤ αρχίζουν στην πρώιμη εφηβεία, όπως προαναφέραμε και όπως είναι φυσικό, σημαντικά εκπαιδευτικά προβλήματα όπως η παραμέληση των σπουδών, η υπολειπόμενη εκπαίδευση ή η αλλαγή εκπαιδευτικού προσανατολισμού είναι συχνά φαινόμενα χωρίς ωστόσο να έχει ερευνηθεί η επίπτωσή τους από τη σύγχρονη έρευνα.

Η οικογένεια των ανορεκτικών, συχνά εμπλέκεται σε μια αμφιθυμική σχέση με τον ασθενή που αφορά τη συμπεριφορά του στην πρόσληψη τροφής και ως εκ τούτου, η ένταση των μελών της οικογένειας είναι εκκοσημασμένη, γεγονός που παρατηρείται ιδιαίτερα στις οικογένειες της Νοτιοανατολικής Ευρώπης, όπου η διευρυμένη οικογένεια παραδοσιακά κρατά κοντά τους απογόνους της, έτσι ώστε η εξάρτησή τους από αυτήν να είναι παρατεταμένη. Κάτω από αυτές τις συνθήκες παρατηρείται σε όλα τα μέλη της οικογένειας πολύ σοβαρή ψυχολογική καταπόνηση, καθώς είναι γνωστό ότι η καταπόνηση αυτή είναι σοβαρή και έχει καταγραφεί στις οικογένειες που ένα μέλος τους πάσχει από σχιζοφρένεια ή κατάθλιψη.

Ιδιαίτερα για τη χώρα μας η ερμηνεία των επιδημιολογικών δεδομένων αποκαλύπτει ότι: Μία στις πέντε έφηβες βρίσκεται σε κίνδυνο για την ανάπτυξη μιας διαταραχής πρόσληψης τροφής και ότι από τη συγκριτική μελέτη αυτών των αποτελεσμάτων με προηγούμενα δεδομένα, το ποσοστό των μαθητών και φοιτητών με παθολογικές συνήθειες πρόσληψης τροφής, είναι μεταξύ των μεγαλύτερων, μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Για την Ελλάδα ιδιαίτερα, περιγράφονται ως κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση της συχνότητας των ΔΠΤ οι παρακάτω παρατηρήσεις:

Οι Ελληνίδες διαφοροποιούνται σαφώς από τις συμπεριφορών των μητέρων τους, των οποίων ο κυρίαρχος ρόλος ήταν η εξασφάλιση της διατροφικής ασφάλειας των μελών του νοικοκυριού και η διατήρηση οικογενειακής συνοχής μέσω της ανατροφής των μελών. Από την πλευρά των νέων κοινωνικών αξιών, το προσεγμένο σώμα που είναι κατά κανόνα ισχνό και η καλαισθησία του φαίνεται να αποτελεί τον κυρίαρχο στόχο των νέων γυναικών και αντικαθιστά τις παλιές αξίες της ηθικής ακεραιότητας του σώματος. Οι νέες γυναίκες στην Ελλάδα δίνουν μάχες μεταξύ ενός παραδοσιακού ρόλου και των τρεχόντων δεδομένων της γυναικείας ομορφιάς προς την κατεύθυνση ενός λεπτού σώματος. Αυτό αποτελεί την εκδήλωση του φαινομένου που ονομάζεται διατροφική αλλαγή και μετάβαση το οποίο συντονίζεται με τις πολιτιστικές αλλαγές που χαρακτηρίζουν τη μετάβαση από μια πατριαρχική κοινωνία σε ένα μοντέρνο κόσμο. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της πολιτιστικής μετάβασης και της πίεσης προς την κατεύθυνση της νεωτερικότητας η ψυχολογική πίεση συμμετέχει στην αύξηση των διαταραγμένων συμπεριφορών πρόσληψης τροφής, ιδιαίτερα στους εφήβους που παίρνουν συγχυτικά και ενίοτε

αλληλοσυγκρουόμενα μηνύματα από τους επαγγελματίες υγείας, την βιομηχανία τροφίμων, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και τους γονείς τους.

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Σε αυτή την ενότητα περιγράφονται ιδέες –προτάσεις και υποθέσεις που αφορούν την πρόσληψη των δυο μειζόνων ΔΠΤ(της ΨΑ και της ΨΒ).

Το μέγεθος και η έκταση του προβλήματος

Αν και τα δεδομένα ποικίλλουν σχετικά, ωστόσο 1 έως 2% των εφήβων γυναικών και των νέων γυναικών στις αναπτυγμένες κοινωνίες παρουσιάζουν κάποιο τύπο διαταραχή πρόσληψης τροφής.Μάλιστα στις ΗΠΑ σύμφωνα με τον Lucas η ΨΑ είναι η τρίτη πιο κοινή διαταραχή στις έφηβες, ενώ ο Fairburn σχετικά πρόσφατα περιέγραψε την ΨΒ ως μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας.Πάντως δεν είναι μόνο το μέγεθος του προβλήματος και η σημασία του, αλλά επίσης και οι επιπτώσεις του.Οι ΔΠΤ προκαλούν μακροπρόθεσμη καταπόνηση όχι μόνο στον πάσχοντα, αλλά επίσης στην οικογένεια, τους φίλους του, τους συνεργάτες τους, τους συντρόφους του κλπ.Επιπλέον διακόπτουν κάθε πλευρά της ζωής του πάσχοντος όπως προσωπικές σχέσεις, συναισθηματικές σχέσεις, επαγγελματικές σχέσεις, ερωτικές σχέσεις και εκπαιδευτική δραστηριότητα.Και αυτή η καταπόνηση αλλά και η διακοπή, διαρκεί για πάρα πολλά χρόνια.

Θεραπευσιμότητα και έκβαση των ΔΠΤ

Η θεραπεία συνήθως είναι εξαιρετικά δύσκολη, ως προς τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα και η πιθανότητα υποτροπής είναι εξαιρετικά υψηλή.Παρότι οι φυσιολογικού βάρους βουλιμικές ασθενείς συχνά απαντούν καλά σε δομημένες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις(οδηγίες βάση εγχειριδίου), οι ανορεκτικές ασθενείς, περιοριστικού τύπου, είναι εξαιρετικά δύσκολο να θεραπευτούν καθώς επίσης και οι ασθενείς που πάσχουν από το συνδυασμό ΨΑ και ΨΒ, στις οποίες η θεραπεία συναντά σκληρή αντίσταση.Ενώ οι μελέτες μέσης διάρκειας, περίπου 10 ετών, αναδεικνύουν έναν αριθμό 5-10%, μελέτες εικοσάχρονης παρακολούθησης αναδεικνύουν τη θνησιμότητα στο 20%.Τελικά οι ειδικοί θεραπευτές των ασθενών με ΔΠΤ θεωρούν ότι οι διαταραχές αυτές είναι ένα εξαιρετικά δύσκολο κλινικό φαινόμενο που τα χαρακτηριστικά του είναι χρονιότητα, αλαζονική υπεροψία, μη θεραπευσιμότητα, και υψηλή θνησιμότητα.

Μη αναστρέψιμες ιατρικές επιπλοκές

Τόσο για την ΨΑ, όσο και για την ΨΒ, οι ιατρικές επιπλοκές είναι πολυάριθμες κατά τη διάρκεια της έξαρσης της νόσου, αλλά παραδόξως περιορισμένες, μετά την πλήρη ανάκαμψη. Μεταξύ των πλέον τακτικών ιατρικών επιπλοκών είναι τα οδοντιατρικά προβλήματα και η οστεοπόρωση.

Υπογονιμότητα και ανεπαρκής γονεϊκότητα

Οι ανορεκτικές ασθενείς πάσχουν από υπογονιμότητα, και γεννούν παιδιά ελλιποβαρή. Η δε περιγεννητική θνησιμότητα είναι 6 φορές μεγαλύτερη από το μέσο όρο. Στις βουλιμικές ασθενείς έχουν αναφερθεί διάφορες περιγεννητικές και μαιευτικές επιπλοκές, μεταξύ των οποίων αυξημένος κίνδυνος αποβολής και αυξημένος κίνδυνος εμβρυϊκών ανωμαλιών. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι μητέρες που πάσχουν από ΔΠΤ έχουν ιδιαίτερα προβλήματα στη διατροφή των παιδιών τους. Περίπου το 1/5 των παιδιών, ανορεκτικών μητέρων, παρουσιάζουν μια ανεπαρκή ανάπτυξη κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου της ζωής, άλλοι ερευνητές βρήκαν ότι η ανάπτυξη των παιδιών ανορεκτικών μητέρων, εμποδίζεται και στα μεταγενέστερα στάδια, καθώς επίσης ότι τα παιδιά υποσιτίζονται και ότι υποφέρουν από ψυχοκοινωνική αποστέρηση

Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα από τις παραπάνω ενότητες προς την κατεύθυνση της πρόληψης είναι τα εξής:

1. Ένα σημαντικός αριθμός νέων γυναικών αναπτύσσουν ΔΠΤ ΨΑ, ΨΒ οι οποίες προκαλούν σοβαρή καταπόνηση και ανατροπή της ζωής, τόσο των ιδίων όσο και των οικογενειών των.
2. Οι διαταραχές αυτές είναι συχνά δύσκολο να θεραπευτούν, διαδράμουν χρονίως και συνοδεύονται από υψηλή θνησιμότητα
3. Οι διαταραχές αυτές συνεπάγονται σοβαρές ιατρικές επιπλοκές, μεταξύ των οποίων οι πιο σοβαρές είναι τα σοβαρά οδοντιατρικά προβλήματα και η πρόωμη οστεοπόρωση.
4. Οι νέες γυναίκες που αναπτύσσουν ΔΠΤ, είτε έχουν προβλήματα υπογονιμότητας, είτε έχουν σοβαρές δυσκολίες να συλλάβουν. Αντιμετωπίζουν δε προβλήματα στην ανατροφή των απογόνων τους. Αυτό αποτελεί ένα πρόβλημα εξαιρετικής σημασίας για την κοινωνία στο σύνολό της και για τη χώρα μας, δεδομένου του σοβαρού προβλήματος την υπογονιμότητας και της δημογραφικής γήρανσης.

Προτάσεις για την Πρωτογενή Πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη αναφέρεται στις προσπάθειες για παρέμβαση πριν από την ανάπτυξη της διαταραχής.Κλινικά εμπεριέχει τις προσπάθειες να μεταβάλλουμε τους παράγοντες κινδύνου.Έτσι για παράδειγμα στην περίπτωση της στεφανιαίας νόσου, η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει όλες τις δράσεις που αναφέρονται στην αλλαγή των συνηθειών, όσον αφορά τη διατροφή και το κάπνισμα , την αύξηση της σωματικής άσκησης και της βελτίωσης της σωματικής εικόνας , καθώς επίσης και την τροποποίηση των συμπεριφορών που προέρχονται από τον τύπο Α της προσωπικότητας.Η κύρια στρατηγική που χρησιμοποιείται στην πρωτογενή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου είναι ένα ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Στην ΨΑ και ΨΒ υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός από δυνητικούς στόχους της πρωτογενούς πρόληψης.Ένας από αυτούς είναι η ιοχνοέφεση και η συνοδός προσπάθεια για μείωση του σωματικού βάρους μέσω της διαίτας.Η οποία τάση για λεπτότητα είναι τόσο επικρατούσα επί του παρόντος μεταξύ των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων γυναικών στις αναπτυγμένες κοινωνίες.Ο Arthur Crisp το 1985 στη Μ.Βρετανία σε μια μελέτη του, ανέφερε ότι πάνω από το 60% των 17-18 ετών μαθητών προσπαθούσαν να αλλάξουν τη σωματική τους εικόνα και το σωματικό τους βάρος, επειδή αισθάνονταν παχείς.Αυτά τα ευρήματα είναι πολύ ενδιαφέροντα και ίδια με αυτά που παρατήρησε ο Nylander σε μια μελέτη του στις Σκανδιναβικές χώρες.Πρόσφατα τα αποτελέσματα από μεγάλες μελέτες στις ΗΠΑ, αναφέρουν ότι το 64% των 16χρονων και το 69% των 19χρονων κοριτσιών προσπαθούν να κάνουν διαίτα κατά τη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου από τη μελέτη.Υπάρχει μια καθαρή συμφωνία ότι η πλειοψηφία των νέων γυναικών στις αναπτυγμένες κοινωνίες ανησυχούν πολύ για το σωματικό τους βάρος και προσπαθούν να παρέμβουν , να αλλάξουν την εικόνα και το σχήμα του σώματός τους, μέσω της μειωμένης διαιτητικής πρόσληψης.Αυτή η γενική ανησυχία γύρω από το σωματικό βάρος, το σχήμα, το μέγεθος και το βάρος, καθώς επίσης και αυτή η τάση ιοχνοέφεσης που αναφέραμε, έχει ονομαστεί η κουλτούρα του λεπτού γυναικείου σώματος.Επιπλέον μια πρόσφατη έρευνα παρουσίασε μια σαφή σύνδεση μεταξύ των κοινωνιών οι οποίες έχουν το πρότυπο του λεπτού σώματος ως αξία και την επικράτηση των ΔΠΤ σε αυτές τις κοινωνίες.Έτσι αν και δεν είναι όλη η αλήθεια σε αυτή την ιστορία, ζώντας σε μια κοινωνία που δίνει έμφαση στη λεπτότητα και στο λεπτό σώμα και απεχθάνεται το παχύ σώμα, θα μπορούσε να αυξηθεί ένας αυξημένος κίνδυνος, ιδιαίτερα στις γυναίκες να αναπτύξουν μια διαταραχή διατροφής.

Για πρώτη φορά αντικειμενική ένδειξη που να παρουσιάζει την άμεση σύνδεση μεταξύ της έκθεσης στις αναπαραστάσεις των ΜΜΕ, όσον αφορά τη λεπτότητα του γυναικείου σώματος και της εικόνας του σώματος γενικά και των παραμορφωτικών αντιλήψεων που μας δείχνουν τα ΜΜΕ.Οι ερευνητές Hamilton και Waller ρώτησαν ανορεκτικές και βουλιμικές γυναίκες, σε αντιπαράθεση με μια ομάδα ελέγχου, προκειμένου να σχολιάσουν το δικό τους σωματικό βάρος και μέγεθος

σώματος συγκρίνοντας τον εαυτό τους με φωτογραφίες από περιοδικά, φωτογραφίες μοντέλων και απλών γυναικών. Η συγκριτική ομάδα ελέγχου ήταν εντελώς ανεπιηρέαστη από αυτό το χειρισμό, αυτοί όμως που έπασχαν από ΔΠΤ υπερεκτιμούσαν το σωματικό τους βάρος και το σχήμα του σώματός τους και κατά τρόπο σημαντικό, θεωρούσαν ότι υπάρχει μια πολύ σημαντική επίδραση εξαιτίας της έκθεσης στις φωτογραφίες των μοντέλων. Φυσικά δεν μπορούμε να ξέρουμε αν αυτή η ειδική ευαισθησία από την πλευρά της ομάδας που είχαν ιστορικό ΔΠΤ, ήταν παρούσα ή δεν ήταν παρούσα πριν από την έναρξη της διαταραχής. Παρόλα ταύτα ξέρουμε πολύ καλά ότι τα ΜΜΕ ενισχύουν αυτήν έφεση προς τη λεπτότητα και από εκεί και πέρα η πιθανότητα για την ανάπτυξη διαταραχής διατροφής μπορεί να είναι πολύ ισχυρή. Αυτό από μόνο του θα μπορούσε να είναι μια προσπάθεια για την πρωτογενή πρόληψη των ΔΠΤ. Πώς όμως μπορεί να γίνει αυτή παρέμβαση; Θα μπορούσε να γίνει μια προσπάθεια να πειστούν σημαντικοί άνθρωποι των ΜΜΕ, π.χ γυναίκες εκδότριες μεγάλων περιοδικών μόδας, να εντάξουν στα περιοδικά τους ένα ευρύ φάσμα από τα γυναικεία σώματα και να περιλαμβάνουν γυναίκες όλων των κατηγοριών. Το κρίσιμο μήνυμα που θα δοθεί μέσα από μια τέτοια προσέγγιση δεν θα είναι ότι η λεπτότητα είναι κακή, αλλά ότι υπάρχει στην κοινωνία ένα ευρύ φάσμα γυναικείων σωμάτων και διάφοροι τύποι γυναικών και ενίοτε ακόμη και επιθυμητοί. Το συνοδό μήνυμα είναι ότι ενισχύουμε την αξία της υποκειμενικότητας και της αποδοχής του εαυτού σε αντίθεση με την καταναγκαστική πίεση να συμμορφωθούμε σε ένα ιδεώδες λεπτό σώμα. Μια δεύτερη πιθανότητα η οποία έχει υιοθετηθεί από ερευνητές όπως οι Salmons, Hamilton και Waller, είναι να χρησιμοποιήσουμε προγράμματα εκπαίδευσης υγείας στα σχολεία. Αυτοί προτείνουν ότι στους μαθητές μπορούμε να δώσουμε οδηγίες στο πώς θα δέχονται και θα επεξεργάζονται κριτικά τα μηνύματα τα οποία προκύπτουν από τα γυναικεία περιοδικά και πώς θα αντιστέκονται σε αυτά που τους προτείνουν.

Ένας δεύτερος δυνητικά στόχος για την πρωτογενή πρόληψη των ΔΠΤ είναι η γνώση της κοινής γνώμης, όσον αφορά τη φύση και τη σοβαρότητα των ΔΠΤ. Αν και οι μελέτες έχουν δείξει ότι πολλοί άνθρωποι έχουν ακούσει για τις διαταραχές αυτές, ειδικά για την ΨΑ και ότι είναι εξοικειωμένοι με τις πολύ σοβαρές και σημαντικές συμπεριφορικές της μορφές, ωστόσο οι έρευνες μελετητών έχουν δείξει ότι η κοινή γνώμη είναι αβέβαιη γύρω από πολλές ενδιαφέρουσες αιτιολογικές παραμέτρους των ΔΠΤ, δεν ξέρει καθόλου για τη θεραπεία, καθώς επίσης δεν γνωρίζει τους προγνωστικούς παράγοντες για την έκβαση των διαταραχών αυτών. Σε μια πρόσφατη μελέτη, οι ειδικοί από το χώρο των ΔΠΤ και ένας αριθμός απλών ανθρώπων που επιλέχτηκαν τυχαία, συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο μετρά τη γνώση και τις συνήθειες των ανθρώπων που πάσχουν από ΨΑ και ΨΒ. Τα δυο δείγματα των ειδικών και της κοινής γνώμης, βρέθηκε ότι διέφεραν πολύ σημαντικά στις 29 από τις 40 παραμέτρους που δείχνει ένα μεγάλο βαθμό δυσαρμονίας μεταξύ των δυο ομάδων. Είναι πολύ σημαντικό το γεγονός ότι σε πολλές παραμέτρους οι ειδικοί είχαν μια καθαρή γνώμη ενώ η κοινή γνώμη ήταν αβέβαιη και διχασμένη. Για παράδειγμα στη απάντηση ότι η διαίτα οδηγεί στην ΨΑ το 86 % των ειδικών απάντησε ότι αυτό είναι λάθος, ενώ το 46% απάντησε ότι αυτό είναι αλήθεια. Το 39% απάντησε ότι η

παρατήρηση είναι λάθος ενώ το 14% ήταν αβέβαιο. Ένα δεύτερο παράδειγμα που δείχνει τη διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων είναι οι απαντήσεις στην παρατήρηση: Οι περισσότεροι ανορεκτικοί ασθενείς αγωνίζονται μέσω της λιμοκτονίας για να πεθάνουν. Ενώ το 96% των ειδικών απάντησε ότι αυτή η απάντηση είναι λάθος. Το 35% της κοινής γνώμης απάντησε ότι αυτή είναι σωστή, το 48% απάντησε ότι είναι λάθος και το 17% δεν ξέρουν/δεν απαντούν. Ένα τρίτο παράδειγμα αφορά τις απαντήσεις στην παρατήρηση: Οι περισσότεροι ανορεκτικοί ασθενείς ανακάμπτουν σε λίγους μήνες, όπου το 93% των ειδικών απάντησε ότι η παρατήρηση αυτή είναι λάθος, ενώ το 24% των ανθρώπων της κοινής γνώμης, απάντησε ότι είναι αληθινή, 37% ότι ήταν λάθος και 39% ότι δεν ξέρουν να απαντήσουν. Τα κύρια ευρήματα συγκρίνοντας τις γνώμες των ειδικών και της κοινής γνώμης, ήταν

- Η αβεβαιότητα γύρω από το εάν η διατροφή οδηγεί στην ΨΑ και εάν η ΨΑ οδηγεί στο θάνατο. Εδώ σχολιάζεται ο μύθος που κυκλοφορεί ότι η ΨΑ είναι μια ιδιαιτερότητα των γυναικών για διατροφή.
- Ως προς το εάν τα φάρμακα έχουν ένα θεραπευτικό ρόλο στην θεραπεία της ΨΑ, αβέβαιες απαντήσεις υπήρχαν όσον αφορά τον χρόνο που είναι απαραίτητος για την ανάκαμψη της νόσου και τελευταίο, αβέβαιες απαντήσεις όσον αφορά την φύση της ΨΒ.

Το πρωταρχικό συμπέρασμα ήταν ότι υπάρχει ένα χάσμα που δίνουν τα ΜΜΕ προς το κοινό. Στο Ηνωμένο Βασίλειο οργανισμοί όπως η Εταιρεία πρόληψης Διατροφικών Διαταραχών εργάζεται σκληρά για να εκπαιδεύσει την κοινή γνώμη γύρω από τη φύση των διαταραχών αυτών και να διορθώσει πολλές από τις αντιλήψεις που κυκλοφορούν στο κοινό, οι οποίες είναι επικρατούσες, αλλά εντελώς λανθασμένες.

Ένας τρίτος δυνητικός χώρος για πρωτογενή πρόληψη, είναι η παρέμβαση στις ομάδες υψηλού κινδύνου απευθείας. Στις ομάδες αυτές εντάσσονται οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες. Ο Καθηγητής Crisp είπε ότι η παρέμβαση αυτή πρέπει να γίνεται απευθείας στα παιδιά στα σχολεία και πρέπει να έχει τρεις τύπους:

Πρώτη λοιπόν μορφή είναι η παροχή της πληροφορίας, τα δεδομένα και οι έννοιες. Για παράδειγμα η γνώση γύρω από τους παράγοντες κινδύνου και τη φυσική ιστορία των ΔΠΤ, καθώς επίσης και των ιδιαιτεροτήτων όσον αφορά την παραμορφωτική αντίληψη για το βάρος και το σχήμα του σώματος.

Δεύτερο πεδίο η παροχή των συμβουλών και των διδαχών για σχετικές ικανότητες και συμπεριφορικές τεχνικές που θα μπορούσαν να κάνουν τα παιδιά πιο ανθεκτικά στα μηνύματα που παίρνουν, από το πολιτιστικό πλαίσιο, τα ΜΜΕ και το περιβάλλον.

Τρίτον, η παροχή προσωπικών ευκαιριών στα νέα παιδιά για να γνωρίζουν καλύτερα τους εαυτούς τους.

Υπάρχει μια συμφωνία ότι η γενική εκπαιδευτική κατεύθυνση και προληπτική αξία όλων των τριών τομέων που πρότεινε ο Καθηγητής Crisp, μπορούν να λάβουν ειδική προσοχή.

Η δική μου εμπειρία, εργαζόμενος με τις ΔΠΤ για πολλά χρόνια, παρότι συνήθως προέρχεται από ένα περιβάλλον όπου εργάζονται αρκετά εύποροι άνθρωποι, συχνά φαίνεται ότι οι άνθρωποι αυτοί έχουν μια συναισθηματική

και προσωπική επικοινωνιακή αποστέρηση με πολύ λίγο καθαρές ιδέες ως προς το από πού προέρχονται και που πάνε.

Η ιδέα ενός προληπτικού εκπαιδευτικού προγράμματος στα παιδιά δεν είναι καινούρια. Στον Καναδά η Barbara Carney εισήγαγε ένα δομημένο πρόγραμμα για την ΨΑ και ΨΒ το οποίο ήταν βασισμένο σε ένα πρόγραμμα ομαδικής συζήτησης για τις διαταραχές αυτές και ένα πρόγραμμα πειραματικής εκπαιδευτικής διαδικασίας. Τα δομημένα εκπαιδευτικά υλικά που χρησιμοποιήθηκαν στην τάξη κάλυπταν τις παρακάτω ενότητες:

- Μια επιτομή για τους δασκάλους, οδηγίες όσον αφορά τη διατροφή και τις ΔΠΤ
- Ανησυχίες των αγοριών για τις ΔΠΤ
- Οι Κοινωνικοπολιτιστικές πιέσεις και το κοινωνικοπολιτιστικό υπόβαθρο των ΔΠΤ στην Β.Αμερική
- Οι κοινωνικοπολιτιστικές επιδράσεις που προδιαθέτουν για την ανάπτυξη των ΔΠΤ και ποιες κοινωνικοπολιτιστικές επιδράσεις προλαμβάνουν την επίδραση τους.
- Σκοπός των παρεμβάσεων της Carney ήταν αν αλλάξει τις συνήθειες γύρω από τη λεπτότητα, τη διαίτα, τον ανταγωνισμό και τους ρόλους των εφήβων γυναικών και κοριτσιών στην κοινωνία.

Και οι τρεις από τις υποθέσεις για την πρωτογενή πρόληψη που περιγράφηκαν μέχρι εδώ, περιλαμβάνουν μια προσπάθεια για να αλλάξουν κάτι στο παρόν. Ωστόσο υπάρχει και άλλη μια προσέγγιση που εντάσσεται στην πρωτογενή πρόληψη και είναι οι προσπάθειες να παρέμβουμε στη φυσική ιστορία της ανάπτυξης των διαταραχών αυτών. Μέχρι στιγμής καμία προοπτική μελέτης που να παρακολουθεί την πορεία των ομάδων υψηλού κινδύνου, δεν υπάρχει κανένα δεδομένο για το πότε εμφανίζονται αυτές οι διαταραχές, ή ποιοι παράγοντες αποτρέπουν ή ενισχύουν την ανάπτυξή τους. Έχουμε αφήσει αναδρομικά δεδομένα από τις κλινικές παρατηρήσεις που αποτελούν μοναδικές πηγές τεκμηρίωσης γύρω από τις εμπειρίες μας γύρω από το μέγλωμα των παιδιών και τα δεδομένα από την ανατροφή τους από τις μητέρες τους. Για παράδειγμα υπάρχουν αρκετές μελέτες που χρησιμοποιούν το ερωτηματολόγιο, το οποίο μελετά τις συμπεριφορές των παιδιών στο οποίο οι πάσχοντες από ΔΠΤ και οι ομάδες σύγκρισης ερωτώνται να βαθμολογήσουν τις συμπεριφορές των γονιών τους, ξεχωριστά πατέρων μητέρων, γύρω από τις κλίμακες γλυκότητα-υπερπροστατευτικότητα. Οι πάσχοντες από ΔΠΤ τείνουν να βαθμολογούν τους γονείς τους λιγότερο ζεστούς και γλυκείς και περισσότερο προστατευτικούς, και κάποια ευρήματα πάνω σε αυτά είναι αντιφατικά. Ενώ το ενδιαφέρον λόγω των σταθερών μορφών αυτών των ευρημάτων είναι μεγάλο, αυτές οι μελέτες έχουν μικρή αξιοπιστία, γιατί βασίζονται σε αναδρομικά δεδομένα που στηρίζονται στις αναμνήσεις των πασχόντων.

Πρέπει να γίνει σαφές για τους μελετητές και τους κλινικούς να εστιάζουν το ενδιαφέρον τους σε πολύ επίσημες εμπειρίες από τα ιστορικά των ασθενών τους, τα οποία μπορούν στο μέλλον να συμβάλλουν στην

αποκάλυψη μεγάλων προοπτικών μελετών με ευρήματα συγκεκριμένα. Κάποιοι προσπάθησαν πολλά χρόνια πριν να καταγράψουν τέτοια δεδομένα, αλλά τα ευρήματα ακόμη δεν είναι γνωστά. Πολύ πρόσφατα οι ειδικοί εστίασαν το ενδιαφέρον στους στο ποιες πρέπει να είναι οι οδηγίες και οι συμβουλές που πρέπει να δίνουν οι γονείς στα παιδιά τους, προκειμένου να αποτρέψουν την εμφάνιση μιας ΔΠΤ. Με βάση τη βιβλιογραφία από την κλινική εμπειρία έχουν διαμορφωθεί 10 προτάσεις για τους γονείς. Αυτές οι προτάσεις είναι βασισμένες σε παρατηρήσεις που δεν είναι ειδικές για την αποτροπή της ανάπτυξης μιας ΔΠΤ, ούτε είναι ουσιώδεις για την πρόληψή τους αποκλειστικά. Ωστόσο αν οι γονείς είναι ικανοί να ακολουθήσουν αυτές τις 10 συμβουλές, τα παιδιά τους θα έχουν μικρό κίνδυνο για να αναπτύξουν μια ΔΠΤ.

1. Μην ασκείτε φυσική βία στα παιδιά σας.
2. Αποφεύγετε αυστηρά τη σεξουαλική προσβολή και κακοποίηση των παιδιών σας.
3. Μην δίνετε υπερβολική σημασία στις τροφές και το φαγητό.
4. Μην δίνετε υπερβολικό ενδιαφέρον στο βάρος και στο σχήμα του σώματος των παιδιών σας.
5. Δείξτε αγάπη και ενδιαφέρον για τα παιδιά σας χωρίς υπερβολικό έλεγχο και χωρίς να γίνετε υπερπροστατευτικοί.
6. Μην έχετε υπερβολικές ή ανέφικτες απαιτήσεις από τα παιδιά σας.
7. Μην επιζητάτε μια άριστη συμπεριφορά από το παιδί σας συνεχώς.
8. Να αναγνωρίζετε και να ανταμείβετε τα επιτεύγματα των παιδιών σας, στο παρόν και να αποφεύγετε να δίνετε έμφαση στα αναμενόμενα μεγάλα επιτεύγματα στο μέλλον.
9. Ενισχύστε την αυτονομία του παιδιού σας.
10. Ενθαρρύνετε το παιδί σας να γίνει κοινωνικό και να σχετίζεται με άλλα παιδιά.

Στόχοι της δευτερογενούς πρόληψης.

Η δευτερογενής πρόληψη, αναφέρεται στις προσπάθειες να ανασταλεί η ανάπτυξη της διαταραχής και περιλαμβάνει: 1. Την πρόωπη αναγνώριση (έγκαιρη διάγνωση) και πρόωπη παρέμβαση. Αν και σαφώς περιβάλλεται από προβλήματα έχει θεωρηθεί ότι στο πεδίο των ΔΠΤ η δευτερογενής πρόληψη είναι πλέον εφικτός και ρεαλιστικός στόχος από ότι η πρωτογενής πρόληψη. Υπάρχουν 2 λογικές προδιαγραφές για μια επιτυχή προσέγγιση της δευτερογενούς πρόληψης ως μεθοδολογίας. Το πρώτο είναι ότι χρειάζεται να διαθέτουμε ένα απλό εύχρηστο ευαίσθητο και αξιόπιστο διαγνωστικό εργαλείο για την αναγνώριση των πρόδρομων σημείων και συμπτωμάτων της διαταραχής και για τον εντοπισμό των υποψηφίων να νοσήσουν που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο. Η δεύτερη προϋπόθεση είναι ότι θα πρέπει να έχουν κατοχυρωθεί αποτελεσματικές μέθοδοι θεραπείας που θα είναι απολύτως αποτελεσματικές όταν εφαρμοστούν στις περιπτώσεις που διαπιστωθούν εγκαίρως.

Έγκαιρη διάγνωση και αναγνώριση των πασχόντων από ΔΠΤ

Υπάρχουν δυο δυνατές προσεγγίσεις για την έγκαιρη διάγνωση των ΔΠΤ. Η πρώτη εστιάζει στα πρόδρομα συμπτώματα και σημεία και η δεύτερη στις πολύ ειδικές ξεχωριστές και διακριτές συμπεριφορές των ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο, νόσησης από ΔΠΤ. Με βάση την πρώτη προσέγγιση, έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως το ερωτηματολόγιο συνηθειών πρόσληψης τροφής (EAT) το πολύ δημοφιλές αυτό ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε από τους Garner και Garnfinkel 1979 σαν ένα εργαλείο καταγραφής των συμπτωμάτων της ΨΑ. Διαθέτει 40 παρατηρήσεις και έχει χρησιμοποιηθεί σε πάρα πολλές μελέτες για την αποκάλυψη και καταγραφή των παθολογικών συνηθειών πρόσληψης τροφής, καθώς και των παθολογικών συμπεριφορών πρόσληψης τροφής στον γενικό πληθυσμό. Τα κύρια ευρήματα από τις πολυάριθμες μελέτες ως προς την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, αποδεικνύουν ότι έχει πολύ καλή ευαισθησία (το ποσοστό των ασθενών που πάσχουν από ΔΠΤ με βαθμολογία πάνω από την τιμή κατωφλίου), καθώς και σχετικά καλή ειδικότητα (πολλά άτομα που βρίσκονται σε δίαιτα επίσης έχουν βαθμολογίες ανώτερες της τιμής κατωφλίου π.χ παραθέτοντας παραδειγματικά μερικές έρευνες ο Mann το 1983 βρήκε ότι 83(8,2%) από τα 1012 παιδιά του σχολείου, βαθμολογήθηκαν πάνω από την τιμή κατωφλίου, ενώ μόνο 4 (4.8%) βρέθηκε ότι εκπληρώνουν τα κριτήρια και ότι έπασχαν από μια ΔΠΤ που διαπιστώθηκε με κλινική εξέταση. Ομοίως οι Eisler & Szmukler 1986, βρήκαν ότι από ένα δείγμα 1031 κοριτσιών ιδιωτικών σχολείων τα 65(4.9%) βαθμολογήθηκαν με τιμές του EAT πάνω από την τιμή κατωφλίου, ενώ, μόνο 8 (0,6%) διαπιστώθηκε ότι πάσχουν από ΔΠΤ κατά τη διάρκεια της επακόλουθης κλινικής εξέτασης. Όταν κατά την κλινική εξέταση τα κριτήρια για τη διάγνωση γίνουν ευρύτερα ώστε να συμπεριληφθούν οι άτυπες μορφές, το ποσοστό γίνεται 2,85% και οι περιπτώσεις των πασχόντων 38, παρότι το ποσοστό αυτό είναι το μισό από τον αριθμό των ατόμων που βαθμολογήθηκε με υψηλή βαθμολογία (άνω της τιμής κατωφλίου στο EAT). Επίσης οι παραπάνω βρήκαν ότι οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο EAT είχαν διαφορές από την κοινωνική τάξη προέλευσης των ερωτηθέντων. Παρόλα τα προβλήματα που αναφέραμε και αφορούν το EAT, είναι ένα εντελώς χρήσιμο εργαλείο επιδημιολογικής έρευνας και ερευνητικές εργασίες στο χώρο των ΔΠΤ όσο και κλινικής αξιολόγησης των ευρημάτων για την πρόωπη αναγνώριση και έγκαιρη διάγνωση των ατόμων που πάσχουν αλλά και αυτών που βρίσκονται σε κίνδυνο να νοσήσουν από ΔΠΤ. Στη χώρα μας το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τους Τρίκα και Βάρσου και τα επιδημιολογικά του δεδομένα έχουν αξιολογηθεί, ως προς την αξιοπιστία, την εγκυρότητα, ευαισθησία και ειδικότητα από τον Γ. Σίμο και έχει χρησιμοποιηθεί στις αντίστοιχες επιδημιολογικές έρευνες στη Θεσσαλονίκη, (Σίμος και συν. 1996) σε μαθητές Λυκείου και στα

Ιωάννινα από τον συγγραφέα της παρούσης (Φ.Μωρόγιαννης , 2000), καθώς και σε πληθυσμούς της Αθήνας, του Μεσολογγίου και της Κοζάνης, από την Γιαννακούλια Μ.2002.

Έγκαιρη διάγνωση ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να νοσήσουν

Η εναλλακτική προσέγγιση για την έγκαιρη διάγνωση, πρόωμη αναγνώριση, έγκαιρη παρέμβαση είναι ο προσδιορισμός των ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να νοσήσουν από ΔΠΤ.Ενώ πολλοί ειδικοί σε αυτό το χώρο έχουν προτείνει διάφορες υποθέσεις αναφορικά με τα προνοσηρά χαρακτηριστικά αυτών των ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να νοσήσουν από ΔΠΤ, λίγα έχουν γίνει αποδεκτά ότι σχετίζονται αξιόπιστα με μεθοδολογικές προσπάθειες δευτερογενούς πρόληψης.Ο Καθηγητής A.Crisp στο Λονδίνο, 1986, προτείνοντας μεθόδους για την πρωτογενή πρόληψη των ΔΠΤ, παρουσίασε ένα κατάλογο με τους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της ΨΑ

- 1.Ταχύς ρυθμός σωματικής ανάπτυξης και υψηλό “κατώφλι” σωματικού βάρους.
- 2.Ιστορικό παιδικής παχυσαρκίας
- 3.Βουλιμία
- 4.Γνωσιακή ακαμψία
- 5.Ανικανότητα ανοχής της αβεβαιότητας
- 6.Εφηβική δυσφορία με φυσιολογικό σωματικό βάρος
- 7.Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- 8.Ανεπάρκεια κοινωνικών δεξιοτήτων
- 9.Προδιάθεση για αποφευκτικές συμπεριφορές
- 10.Απουσία επικοινωνιακών δυνατοτήτων.

Αντίστοιχα ο κατάλογος που παρουσίασε ο Fairnburn 1997 με τους παράγοντες κινδύνου για νόσηση από Ψυχογενή Βουλιμία είναι ο εξής:

- 1.Ιστορικού Ψυχογενούς Ανορεξίας
- 2.Ιστορικό Παιδικής Παχυσαρκίας
- 3.Προδιάθεση για καταθλιπτική αντίδραση ή διαταραχή
- 4.Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών
- 5.Παρορμητικότητα
- 6.Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- 7.Μειωμένη αντοχή στη ματαιώση
- 8.Διαπροσωπική ευαισθησία
- 9.Ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία
- 10.Οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης/αλκοολισμού

Παρεπιμπτόντως το πρώτο από αυτά τα χαρακτηριστικά έχει λάβει εντελώς ξεχωριστή αξία καθώς υποστηρίζεται από επιδημιολογικά δεδομένα στην κοινότητα όπου βρέθηκε ότι: τα κορίτσια που είχαν στοιχεία πρώιμης ανάπτυξης βρέθηκε ότι είχαν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη μια ΔΠΤ. Αν θεωρήσουμε τον κατάλογο του Crisp σαν ένα σύνολο, κάποιους από τους παράγοντες κινδύνου που καταγράφονται θεωρούμε ότι θα πρέπει να αναγνωρίζονται από τους γιατρούς των παιδιών αυτών, τους δασκάλους και τους γονείς τους. Επομένως, οι παιδίατροι και οι γενικοί γιατροί των παιδιών και της οικογένειας, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο για τον Έγκαιρο καθορισμό των υποψηφίων να νοσήσουν από ΔΠΤ και με αυτή την έννοια διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο για την αναγνώριση των περιπτώσεων αυτών και την έγκαιρη παραπομπή για πρώιμη παρέμβαση που είναι συνήθως συμβουλευτική του ατόμου ή της οικογένειας. Αντίστοιχο ρόλο διαδραματίζουν οι δάσκαλοι και οι καθηγητές στα σχολεία, καθώς επίσης και οι γονείς. Μια άλλη προσέγγιση για τον καθορισμό και τον εντοπισμό των ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να νοσήσουν από ΔΠΤ βασίζεται στη δημογραφία (Slade 1988). Υπάρχει μια γενική παραδοχή ότι η κατηγορία που βρίσκεται σε υψηλότερο κίνδυνο να νοσήσει από ΔΠΤ είναι τα κορίτσια στην εφηβεία και οι νεαρές ενήλικες γυναίκες που ζουν στην αναπτυγμένες κοινωνίες. Αν θεωρήσουμε λοιπόν ότι αυτός είναι ο πληθυσμός στόχος για την ανάπτυξη παρεμβάσεων δευτερογενούς πρόληψης, ποιο είναι ο ακριβής αριθμός στον οποίο επιτέλους αναφερόμαστε; Ας μελετήσουμε ορισμένα παραδείγματα: Στην Βρετανία σύμφωνα με την απογραφή του 1981 ο συνολικός πληθυσμός ήταν 54 εκατομμύρια άνθρωποι. Δεδομένου ότι ο πληθυσμός των γυναικών μεταξύ των ηλικιών 16-24 είναι 7%, ο πληθυσμός αναφοράς είναι 3,8 εκατομμύρια. Πιο συγκεκριμένα η πόλη του Λίβερπουλ έχει πληθυσμό 510.000 και ο πληθυσμός των νέων γυναικών 16-24 ετών είναι 8%, άρα ο πληθυσμός στόχος είναι 48.000. Επομένως αυτός ο πληθυσμός υψηλού κινδύνου που καθορίζεται από την ηλικία και το φύλο και υπολογίζεται ότι αποτελεί το 7-8% του συνολικού πληθυσμού είναι ο πληθυσμός στον οποίο θα πρέπει να απευθυνθούμε. Επιπλέον για την περαιτέρω έρευνα, από αυτόν τον πληθυσμό θα πρέπει να εντοπίσουμε μια συγκεκριμένη υποομάδα ως προς το φύλο και την ηλικία, ο οποίος θα διαθέτει μια ειδική ευαλωτότητα για την ανάπτυξη μιας ΔΠΤ. Επομένως το ερευνητικό ενδιαφέρον θα πρέπει να εστιαστεί στην ανάπτυξη ενός απλού διερευνητικού εργαλείου ή μιας μεθοδολογικής προσέγγισης που θα μας αποκαλύψει ποια είναι τα άτομα που ανήκουν σε αυτή την υποομάδα και πώς θα τα εντοπίσουμε. Αφεταιρία για τη διαδικασία αυτή αποτελεί το μοντέλο που περιγράφει την παθογένεια της ΨΑ, έτσι όπως έχει περιγραφεί από τους ερευνητές των ΔΠΤ. Σύμφωνα με τον Slade οι βασικές προϋποθέσεις που περιλαμβάνουν τους προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη της ΨΑ εμπεριέχουν την ταυτόχρονη συνύπαρξη στο άτομο που πρόκειται να νοσήσει, από τη μια της τελειοθηρίας ως χαρακτηριστικού της προσωπικότητας και από την άλλη μιας γενικής δυσaréσκειας από τον εαυτό και τη ζωή ή την έλλειψη χαράς. Επιπλέον το άτομο που πρόκειται να νοσήσει από ΔΠΤ πιστεύει σε

υψηλές προσδοκίες για τον εαυτό του και για τη ζωή του, τις οποίες αισθάνεται ότι δεν μπορεί να πραγματοποιήσει. Κατά συνέπεια, βιώνει μια ισχυρή ανάγκη να ελέγξει πλήρως κάποιες πλευρές της ζωής του. Δεδομένου ότι υπάρχουν σχετικά λίγες περιοχές της ζωής όπου κάποιος μπορεί να ελπίζει ότι μπορεί να ασκήσει ένα πλήρη έλεγχο (αυτομάτως αποκλείεται ό,τι έχει σχέση με τους άλλους ανθρώπους), το άτομο στρέφεται αυτομάτως προς τον έλεγχο του εαυτού του γενικά και ιδιαίτερος αυτού που αφορά το σωματικό του είναι που είναι και το πιο υλικό και χειροπιαστό τμήμα της ύπαρξής μας. Εάν το άτομο αυτό που βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο, προσπαθήσει να ελαττώσει το σωματικό του βάρος, μέσω του περιορισμού της διατροφικής πρόσληψης (δίαιτα), και η προσπάθεια αυτή στεφθεί με επιτυχία, έστω και για λίγο χρονικό διάστημα, το άμεσο συναίσθημα της επιτυχίας και του αυτοελέγχου που αναπτύσσεται, παρέχει μια πολύ ισχυρή ενθάρρυνση στη συμπεριφορά ελέγχου του σωματικού βάρους. Με άλλα λόγια το άτομο, που βιώνει μια διάχυτη αίσθηση αποτυχίας σε κάθε πλευρά της ζωής του, ξαφνικά ανακαλύπτει ότι είναι εξαιρετικά επιτυχημένο σε μια περιοχή, στον έλεγχο του σωματικού βάρους. Για το λόγο αυτό είναι πολύ πιθανό να αφοσιωθεί μόνο σε αυτόν τον τομέα στην ζωή του. Όμως έτσι εμπλέκεται όλο και πιο πολύ με τη δίαιτα και την απώλεια βάρους, με αποτέλεσμα αυτό να μετατραπεί σε εμμονή, η οποία αποσπά το άτομο από όλες τις φυσιολογικές δραστηριότητες της ηλικίας του, γεγονός που τον καθιστά ανήμπορο να αποφύγει τα πιο σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζει, καθώς επίσης και να αντιμετωπίσει αυτά που τον δυσαρεστούσαν εξ αρχής. Ο ισχυρισμός μου είναι ο εξής: εξαιτίας της ιδιαίτερης φύσης των συνθηκών που ευνοούν (εφηβεία, ηλικία, φύλο) και των προδιαθεσικών παραγόντων (βλ. 10 παράγοντες) ο έλεγχος του σωματικού βάρους διατηρείται μέσω ενός συνδυασμού τόσο θετικών ενισχυτικών αλληλεπιδράσεων (αισθήματα επιτυχίας εξαιτίας αυτοελέγχου) και αρνητικών ενισχυτικών αλληλεπιδράσεων (αποφυγή του προβλήματος).

Από το παραπάνω θεωρητικό μοντέλο προκύπτει ότι τα άτομα που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να νοσήσουν από ΔΠΤ είναι εκείνα στα οποία, συνυπάρχουν τόσο η τελειοθηρική προσωπικότητα σε συνδυασμό με το αίσθημα μίας γενικής δυσαρέσκειας από τον εαυτό και τη ζωή κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Περιγραφικά θα μπορούσαμε να αποδώσουμε το συνδυασμό των δυο παραπάνω παραμέτρων με τον κλινικό όρο "νευρωτική τελειοθηρία". Εάν επομένως θελήσουμε να εντοπίσουμε τα άτομα που εξαιτίας των δυο αυτών χαρακτηριστικών βρίσκονται σε κίνδυνο για την ανάπτυξη μιας ΔΠΤ θα πρέπει να χρησιμοποιήσουμε στον ειδικό αυτό πληθυσμό των εφήβων κοριτσιών, ένα διαγνωστικό ερωτηματολόγιο για το σκοπό αυτό που έχουν κατασκευαστεί και υπάρχουν στη βιβλιογραφία (βλ. Slade and Dewy)

Έγκαιρη παρέμβαση

Τεκμηριωμένα στοιχεία από μελέτες μακροπρόθεσμες παρακολούθησης αποδεικνύουν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια των συμπτωμάτων πριν από την έναρξη της θεραπείας, τόσο αυξάνει ο κίνδυνος για φτωχή ή κακή έκβαση της διαταραχής. Επομένως όσο πιο έγκαιρα γίνει η πρώτη παρέμβαση αφενός είναι απλούστερη όσον αφορά την τεχνική και αφετέρου, σχετίζεται σαφέστατα με καλύτερη ή άριστη έκβαση. Αυτό είναι ένα σταθερό εύρημα και από την εμπειρία μου, σύμφωνα με την οποία όσα άτομα παραπέμπονται για θεραπεία έγκαιρα, απαντούν πολύ καλά απλά και μόνο με την εφαρμογή απλών συμβουλών για τη διατροφή και την ανάπτυξη και μιας συμβουλευτικής υποστήριξης.

Υπάρχουν κάποιοι πολλοί σοβαροί λόγοι που θα πρέπει να πιστεύουμε ότι η έγκαιρη παρέμβαση είναι όντως αποτελεσματική, αλλά θα πρέπει να καθοριστεί με σαφήνεια πρώτον: ΠΟΙΟΣ θα πρέπει να την εφαρμόσει, δεύτερον: ΠΟΤΕ θα πρέπει να σχεδιαστεί και τρίτον: ΠΩΣ θα πρέπει να εφαρμοστεί. Φυσικά δεν θα πρέπει να παραβλέπεται και θα πρέπει να αναγνωρίζεται σοβαρά η διαπίστωση ότι κάποιοι ασθενείς ή άτομα σε κίνδυνο να νοσήσουν είναι εξαιρετικά πρόθυμοι να δεχτούν βοήθεια και αρνούνται εντελώς ότι έχουν κάποιο πρόβλημα που χρειάζεται συμβουλευτική ή παρέμβαση. Ωστόσο η εντύπωση μου είναι ότι αυτή η απροθυμία και η άρνηση της νόσου αλλά και της παρεχόμενης βοήθειας, εγκαθίσταται μετά από την υιοθέτηση από το άτομο της αλαζονείας του ανορεκτικού ρόλου. Επομένως πρέπει πάση θυσία η έγκαιρη παρέμβαση να εφαρμοστεί πριν το πρόβλημα φτάσει σε αυτό το σημείο.

Όπως αναφέρθηκε προγενέστερα τα πρόσωπα που βρίσκονται σε πλεονεκτική θέση να αναγνωρίσουν εγκαίρως τα άτομα που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να νοσήσουν από ΔΠΤ και αυτό θα γίνει μέσω της αναγνώρισης των πρώιμων σημείων και συμπτωμάτων, όπως έχουν περιγραφεί παραπάνω, είναι οι γονείς, οι φίλοι, οι δάσκαλοι, οι καθηγητές, οι γενικοί γιατροί, οι οικογενειακοί γιατροί και οι παιδίατροι, οι παθολόγοι που παρακολουθούν τα άτομα αυτά (γενικώς οι γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας που συναντούν για ιατρικούς λόγους, για πρώτη φορά τα άτομα αυτά). Στην Ευρωπαϊκή Ένωση ο ρόλος των γενικών γιατρών για τον εντοπισμό των ατόμων που πρόκειται να νοσήσουν και βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο, είναι θεσμοθετημένος νομικά, ενώ στη χώρα μας υπολείπεται η οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με αποτέλεσμα, τόσο η ευθύνη των γιατρών να διαχέεται, όσο και η έγκαιρη παρέμβαση να καθυστερεί. Παρόλα ταύτα οι πρώτες ενδείξεις και τα πρώτα ανησυχητικά στοιχεία που θα πρέπει να κινήσουν την διαγνωστική υποψία του γενικού οικογενειακού ή ειδικού γιατρού που για πρώτη φορά θα συναντήσει μια έφηβη που πιθανόν να νοσήσει από ΔΠΤ είναι

Η διάχυτη συναισθηματική δυσφορία και η κοινωνική απομόνωση- απόσυρση από σχέσεις στην εφηβεία. Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η διάχυτη συναισθηματική δυσφορία μπορεί να συγκαλύπτεται από τα άτομα αυτά, η απομόνωση όμως από τους φίλους και η κοινωνική απόσυρση σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να αποκρυφθεί. Σε αυτό ακριβώς το στάδιο, μια προσεκτική και εμπειρική συμβουλευτική παρέμβαση από τον καθηγητή, τον γενικό γιατρό ή τον σχολικό ψυχολόγο, (αν ο ρόλος του κάποτε κατοχυρωθεί) έχει εξαιρετική αποτελεσματικότητα και είναι

επιβεβλημένη. Εάν το άτομο που βρίσκεται σε κίνδυνο να αναπτύξει μια ΔΠΤ, έχει ήδη υιοθετήσει συνήθειες με σκοπό τον περιορισμό της πρόσληψης τροφής (δίαιτα, εντατική γυμναστική, αποβολή των τροφών) και έχει σαφώς επιτύχει να μειώσει το σωματικό του βάρος, γεγονός που είναι ολοφάνερο από γονείς, καθηγητές και γιατρούς, το άτομο αυτό θα πρέπει αμέσως να παραπεμφθεί σε έναν ειδικό ψυχίατρο, παιδοψυχίατρο ή κλινικό ψυχολόγο. Η παρέμβαση που θα πρέπει να γίνει αμέσως από τον ειδικό έχει δυο σκέλη: Ατομική ψυχοθεραπεία και συμβουλευτική και δεύτερον οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Η ατομική ψυχοθεραπεία και συμβουλευτική σε αυτή την αρχική φάση, πρέπει να περιλαμβάνει ψυχοεκπαιδευτικά στοιχεία και θα πρέπει να εμπεριέχει τα ακόλουθα: 1 Να ενημερώσει το άτομο για τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις και κινδύνους που επιφέρει η υιοθέτηση παθολογικών συνηθειών πρόσληψης τροφής (αυστηρή δίαιτα, εκλεκτική αποφυγή των τροφών, εντατική γυμναστική, έμετοι, έναρξη καπνίσματος ως ανορεξιογόνου, χρήση καθαρικών κλπ). Είναι εξαιρετικά σημαντικό να γίνει ενημέρωση σε βάθος με σαφή έμφαση τους κινδύνους που προκύπτουν από την ανορεξία ή τη βουλιμία, δεδομένου ότι, τόσο η ανορεκτική, όσο και η βουλιμική συμπεριφορά, έχουν λάβει μια γοητευτική εικόνα από τους εφήβους μέσω των ΜΜΕ, της βιομηχανίας του φαγητού και των ενδυμάτων και της τέχνης βλ φωτογραφίες της διαφήμισης των ρούχων Benetton

2. Να ενημερώσει το άτομο για την πιθανότητα και τη δυνατότητα που έχει να υιοθετήσει εναλλακτικές λύσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του (συναισθηματικών δυσκολιών, κοινωνικής απομόνωσης, επίμονης τελειοθηρίας), αλλά και της μείωσης του βάρους μέσω της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης.

3. Να ενημερώσει κατηγορηματικά και να διαβεβαιώσει τον έφηβο ή την έφηβη ότι το σωματικό βάρος και η ευτυχία δεν συνδέονται σε καμία περίπτωση. Η προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην ανάπτυξη μιας αποδεκτής εικόνας του σώματος και στις καταστροφικές επιπτώσεις της λιμοκτονίας, αστίας και υποσιτισμού.

4. Να συζητηθούν τα συνήθη προβλήματα που αντιμετωπίζει ο έφηβος σε αυτή την αναπτυξιακή φάση της ζωής του

5. Να εξηγηθεί στον έφηβο ότι κάποιοι φόβοι και κάποια προβλήματα στη ζωή μας όχι μόνο δεν πρέπει να θεωρούνται ως πρόβλημα, αλλά ότι συνθέτου και αποτελούν τη ξεχωριστή μας ταυτότητα.

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματική και θα πρέπει να εφαρμόζεται σε κάθε πάσχοντα από ΔΠΤ που είναι μέχρι 19 ετών και το ιστορικό της ανορεκτικής ή βουλιμικής συμπεριφοράς είναι μικρότερο από 3 χρόνια. Επομένως και η οικογενειακή ψυχοθεραπεία, εφαρμοζόμενη σε αυτή την ομάδα των πασχόντων, αποτελεί έγκαιρη παρέμβαση επιλογής για τη δευτερογενή πρόληψη των ατόμων που πάσχουν από ΔΠΤ.

Τριτογενής Πρόληψη

1.Θεραπεία της Ψ.Α

Αρχές

- 1.Εγκατάσταση θεραπευτικής συμμαχίας με τους γονείς
- 2.Εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή

Στόχοι της θεραπείας

- 1.Την αποκατάσταση του βάρους στο επίπεδο του βάρους –στόχου.
- 2.Την επαναφορά φυσιολογικού τρόπου διατροφής με ενθάρρυνση του ασθενούς να εξοικειωθεί με μια κανονική και θερμιδικά ισορροπημένη πρόσληψη τροφών.
- 3.Τη διάγνωση και τη θεραπεία των ιατρικών επιπλοκών εξαιτίας της αστίας και των συμπεριφορών που την συντηρούν
- 4.Την επισήμανση των αρνήσεων και των δυσλειτουργικών σκέψεων, πίστευων και πεποιθήσεων .
- 5.Την παρέμβαση στην οικογένεια με σκοπό την συνεργασία και την αποφυγή της εμπλοκής.
- 6.Την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την ενίσχυση της αυτονομίας, τη διευκόλυνση της διαμόρφωσης ταυτότητας, τη στήριξη της διαδικασίας αυτοεκτίμησης και την αντιμετώπιση του αισθήματος αναξιοσύνης.

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

Πλαίσιο θεραπείας

1.Εξωνοσοκομειακό

- Βάρος 20% μικρότερο του Φ.Β
- Ισχυρό κίνητρο
- Συνεργάσιμη οικογένεια
- Διάρκεια νόσου μικρή
- Δομές: Κέντρα Ημέρας
- Κέντρα εξειδικευμένης φροντίδας
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας

2.Ενδονοσοκομειακό

- Παθολογική/Ενδοκρινολογική/Παιδιατρική ή Ψυχιατρική Κλινική
- Αναγκαστική ή Εκούσια Νοσηλεία;
- Σε ψυχιατρικές κλινικές Γενικού Νοσοκομείου με έμπειρο και εξειδικευμένο προσωπικό
- Σε Κέντρα Ημέρας και Κέντρα Εξειδικευμένης

Φροντίδας για ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας (Cluster και

C).

Ψυχιατρική αντιμετώπιση

- Θεραπεία της συνυπάρχουσας Ψυχιατρικής Νόσου
- Ψυχοθεραπεία

- Οικογενειακή ή των γονέων
- Ατομική Ψυχοθεραπεία
- Τουλάχιστον για ένα χρόνο (Crisp 1997)
- Ίσο χρόνο με τη διάρκεια της νόσου(EDA 1995)

Λόγω της διάρκειας της Ψυχοθεραπείας η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της ΨΑ έχει εξαιρετικά υψηλό κόστος που σε κάποιες περιπτώσεις αποτελεί αίτιο διακοπής της θεραπείας και επομένως υποτροπής.

Πρόγνωση

Καλή έκβαση 43%

Βελτίωση 36%

Χρόνια Πορεία 20%

Θνησιμότητα 5%(κατ' έτος)
(Steinhausen 1995)

Η θεραπεία της ΨΒ

Αρχές

-Εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης με ασθενή

Στόχοι

1.Εγκατάσταση κανονικού προγράμματος διατροφής και διακοπής του φαύλου κύκλου Υπερφαγίας και εμετών.

2.Τροποποίηση Σκέψεων, Πίστεων και Συναισθημάτων που συντηρούν τη βουλιμική συμπεριφορά, βάση του γνωσιακού μοντέλου

3.Θεραπεία των Ιατρικών Επιπλοκών της βουλιμίας

4.Αντιμετώπιση των συνυπαρχόντων Ψυχιατρικών συμπτωμάτων που είναι συνήθη στη βουλιμία

5.Ψυχολογική προσέγγιση

Ατομική και Ομαδική ψυχοθεραπεία

A.Γνωσιακή-συμπεριφορική (θεραπεία εκλογής)

B.Διαπροσωπική

Γ.Ψυχοδυναμική

Οικογενειακή θεραπεία

6.Φάρμακα

7.Πρόληψη των υποτροπών , καθόσον η πορεία της νόσου χαρακτηρίζεται από περιόδους υφέσεως , εξάρσεως.

Πλαίσιο

- Νοσοκομειακή (δεν είναι συνήθως απαραίτητη)
- Εξωνοσοκομειακή
- Ιατρική Ψυχιατρική αντιμετώπιση(επιπλοκές, φάρμακα, διατητητική εκπαίδευση)
- Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία
- Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία
- Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία

Λόγω της μεγάλης συννοσηρότητας από Δ.Π (κυρίως Οριακή και της ενότητας Β) και από κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών και αλκοόλης, η κατεξοχήν θεραπευτική βοήθεια ως προς το πλαίσιο παρέχεται σε κέντρα ημέρας και κέντρα εξειδικευμένης φροντίδας που είναι αναγκαίο να λειτουργήσουν γρήγορα στη χώρα μας.

Πρόγνωση

Καλή έκβαση 60%

Ενδιάμεση 30%

Κακή 10%

Θνησιμότητα: 3 φορές μεγαλύτερη από αυτή του γενικού πληθυσμού

(Fichter και συν 1997)

Συμπεράσματα

Από όλα τα παραπάνω επισημαίνουμε ότι:

1.Οι ΔΠΤ είναι συχνές και συνήθως σοβαρές καταστάσεις με ανθεκτικότητα στις θεραπευτικές παρεμβάσεις.Προκαλούν βιολογικές και φυσικές επιπλοκές, όπως οδοντικές ανωμαλίες και οστεοπόρωση, επηρεάζουν την αναπαραγωγική λειτουργία και την ανατροφή των παιδιών.Όλοι συμφωνούν ότι η προσπάθεια αποφυγής της νόσησης από ΔΠΤ είναι το πρώτιστο καθήκον.

2.Υπάρχουν κάποιοι στόχοι της πρωτογενούς πρόληψης όπως :οι κοινωνικές πιέσεις για το λεπτόσωμο γυναικείο σώμα, η ενημέρωση της κοινής γνώμης για τους κινδύνους της διαίτας, ο διαχωρισμός της ψυχογενούς ανορεξίας ως νόσου και όχι ως ιδεώδους και οι συναισθηματικές δυσκολίες των έφηβων και νέων γυναικών , οι οδηγίες προς τους γονείς και η εντόπιση των ατόμων που εκτίθενται στους παράγοντες κινδύνου για ΨΑ και ΨΒ.

3.Η αποτελεσματικότητα της δευτερογενούς πρόληψης εξαρτάται από την επιτυχή πρώιμη αναγνώριση των περιπτώσεων και την επιτυχή έγκαιρη παρέμβαση.

4.Στη χώρα μας , ο χώρος είναι “παρθένος” και χρειάζεται προσοχή στο σχεδιασμό των προληπτικών παρεμβάσεων-αν γίνουν, για να αποφευχθούν τα λάθη, όπως αυτά με τα ναρκωτικά.Πιθανότητα, προέχει η οργάνωση υπηρεσιών και των τριών βαθμίδων-κυρίως όμως τριτογενούς πρόληψης.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι οι ΔΠΤ προκαλούν σοβαρά προβλήματα στο άτομο που πάσχει και την οικογένειά του, για μεγάλο χρονικό διάστημα.Η προληπτική παρέμβαση είναι ιδιαίτερα δύσκολη , χρειάζεται δε περισσότερη έρευνα στην αξιολόγηση διαφορετικών προσεγγίσεων, τόσο ως προς την κατεύθυνση της πρωτογενούς πρόληψης, όσο και ως προς την αποτελεσματικότητα της πρώιμης παρέμβασης.

5.Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με ΨΑ και ΨΒ απαιτεί ειδικά κέντρα, όπως τα Κέντρα Ημέρας, τα Κέντρα Εξειδικευμένης Φροντίδας και τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και έμπειρο προσωπικό.

Η νοσηλεία να γίνεται εκουσίως (κατά τον δυνατόν) και η αναγκαστική νοσηλεία να αποφεύγεται.Λόγω της μεγάλης διάρκειας της απαιτούμενης ψυχοθεραπείας και του υπερβολικού κόστους η οργάνωση δομών του δημοσίου τομέα, στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης είναι απαραίτητη.

18 Οκτωβρίου 2007

Βιβλιογραφία

1.Slade Peter : “Prospects for Prevention”, in Handbook of Eating Disorders, Theory, Treatment and Research, Edited by G.Szmukler, C.Dare&J.Treasure Ch. 21, p.p.385-398.Willey 1995

2.Ruggiero G,M :”A map of the epidemiology and sociocultural risk factors for Eating Disorders in nine Mediterranean Countries, Croatia, Egypt, Greece, Israel, Italy, Portugal, Spain,Tunisia and Turkey” in Eating Disorders in the Mediterranean Area, An exploration in Transcultural Psychology, ch.XIV, p.p185-195, NOVA, 2003.

3.Mai M.,Halmi K., Lopez –Ibor JJ, Sartorius N, Liakos A.: “Eating Disorders” , WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry Volume 6, p.p.1-2 , 422-423. Willey 2003

4.Μωρόγιαννης Φ:” Θεραπευτικές ανάγκες ασθενών με διαταραχές πρόληψης διατροφής στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.Πρωτογενής- δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη” στο Τετράδια Ψυχιατρικής τευχος 70, ΑΠΡ -Μ-Ι 2000, σελ:21-31.

