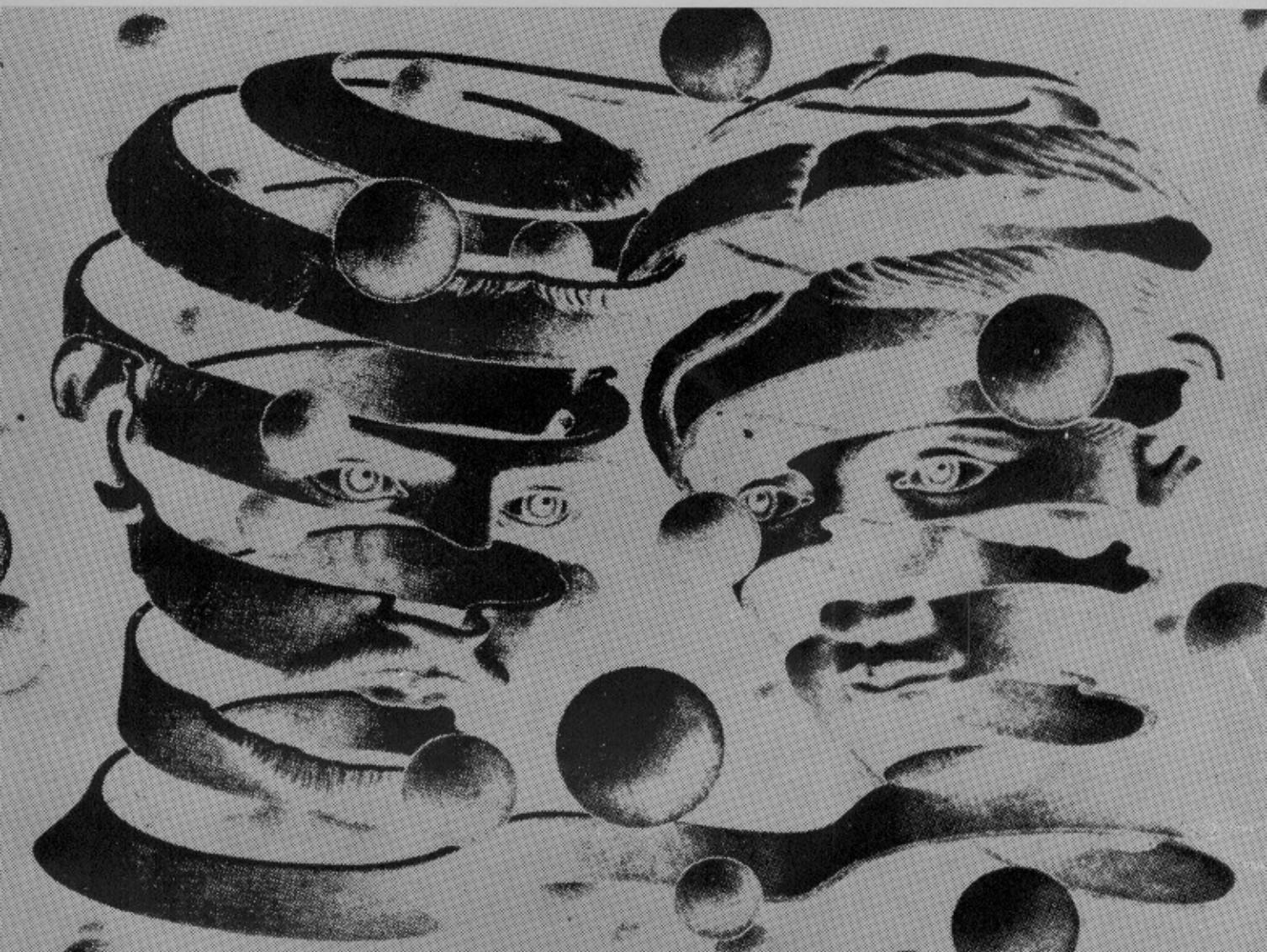


Τετράδια ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΨΝΑ
ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2002 • No 79 • € 6



ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Φώτης Μωρόγιαννης*

Η Μεθοδολογία της Επιδημιολογικής έρευνας των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής

*Βιβλιογραφική ανασκόπηση ***



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή της μεθοδολογίας της επιδημιολογίας των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, δηλαδή η κριτική παρουσίαση των μεθόδων που έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα διεθνώς για την διερεύνηση της επύπτωσης και της επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Ψυχογενούς Βουλήμιας, καθώς και η συσχέτιση των αποτελεσμάτων της έρευνας με την αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση των ιδιαίτερων αυτών ψυχιατρικών διαταραχών.

Περιγράφεται η μεθοδολογία της διαδικασίας διαγνωστικής αξιολόγησης (Screening) και η διαδικασία ανέγνευσης περιπτώσεων μιας νόσου (case finding).

Αναφέρονται αναλυτικά οι αρχές της διαγνωστικής αξιολόγησης, σύμφωνα με τους κανόνες που έχει ορίσει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Οι αρχές αυτές είναι δέκα και είναι οι εξής:

Πρέπει να υπάρχει μια αποδεκτή συμφωνία για αυτούς που θεωρούνται ασθενείς από την νόσο, η νόσος να αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα απομικής και δημόσιας υγείας, να είναι γνωστή η φυσική ιστορία της νόσου, να υπάρχει ένα λανθάνον ή ένα πολύ πρώιμο συμπτωματικό στάδιο της νόσου, το πρόγραμμα διαγνωστικής αξιολόγησης να περιλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού που θα διερευνήσει, να υπάρχει το κατάλληλο διαγνωστικό εργαλείο ή η κατάλληλη εξέταση και να είναι γνωστό ότι η διαγνωστική αξιολόγηση να οδηγεί σε πρώιμη έναρξη θεραπείας.

Τέλος, θα πρέπει να υπάρχει ειδική θεραπεία για τους ασθενείς από την υπο διαγνωστική αξιολόγηση νόσο, να υπάρχει σαφές πλεονέκτημα από την πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση και να υπάρχουν τα μέσα που απαιτούνται για τη θεραπεία.

Στο χώρο των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής η αποτελεσματικότητα (effectiveness) της διαγνωστικής αξιολόγησης – ως μέρος της δευτερογενούς πρόληψης – φαίνεται περιορισμένη αφ' ενός λόγω της σπανιότητας των, και αφ' ετέρου λόγω του ότι οι μέχρι τώρα εφαρμοζόμενες μέθοδοι είναι εν μέρει αποτελεσματικές.

Η αποδοτικότητα (efficiency) επίσης της διαγνωστικής αξιολόγησης περιλαμβάνει την ανάλυση της σχέσης κόστους προς αφελμάτητα κάτι που είναι ιδιαίτερα δύσκολο στην περίπτωση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, δεδομένου ότι ως προς το κόστος απαιτούνται πολλές ανθρωπο-ώρες και σχετικά λίγα χρήματα, ενώ ως προς την αφελμάτητα θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η άρνηση θεραπείας των ασθενών που έχουν διαγνωσθεί καθώς κι η ιατρογενής νοσηρότητα λόγω των παρενεργειών της παρέμβασης στο γενικό πληθυσμό.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας, εφόσον δεν υπάρχει μέχρι σήμερα κατάλληλη μεθοδολογία διαγνωστικής αξιολόγηση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής δεν κρίνεται απαραίτητη μια μεγάλης κλίμακας έρευνα διαγνωστικής αξιολόγησης στη χώρα μας, αλλά προέχει η ανάπτυξη υπηρεσιών Τριτογενούς Πρόσληψης (Δομές Νοσηλείας-Θεραπεία-Αποκατάσταση).

* Ψυχίατρος, Διδάκτωρ Ιατρικής Παν. Ιωαννίνων.

** Η παρόντα αποτελεί μέρος της διδακτορικής διατριβής που εκπονήθηκε στην Ιατρική Σχολή του Παν. Ιωαννίνων. Παρουσιάστηκε ως εισήγηση στο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα του ΚΥΥ Ιωαννίνων στις 20/6/2000.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Εισαγωγή

Η επιδημιολογική έρευνα των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι μια νέα ερευνητική περιοχή. Μια επισκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας δείχνει ότι η έρευνα για την διακρίβωση των ορθότερων μεθόδων συνεχίζεται. Επιπλέον δεν υπάρχει μια σαφής εκτίμηση της χρησιμότητας και της αποτελεσματικότητος των μεθόδων που έχουν δοκιμασθεί μέχρι τώρα, κάπι που θα προσπαθήσουμε σ' αυτό το άρθρο.

Χρησιμοποιώντας τη διάκριση μεταξύ πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόσληψης (*Vandereycken and Meerman 1984*), όπως έχουν περιγραφεί από τον Caplan (*Caplan 1984*), θα επικεντρωθούμε στην περιοχή της δευτερογενούς πρόσληψης που έχει σα σκοπό την πρώιμη ανίχνευση των περιπτώσεων μιας νόσου και την άμεση και πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση. Γενικά, σύμφωνα με τα παραπάνω, υπάρχουν δύο μέθοδοι δευτερογενούς πρόσληψης: πρώτον, η διαγνωστική αξιολόγηση και η ανίχνευση των περιπτώσεων μιας νόσου και δεύτερον η πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση (*Sackett and Holland 1975*).

Η Διαγνωστική Αξιολόγηση (Screening) ορίζεται ως διαδικασία ελέγχου των φαινομενικά υγιών ατόμων ενός πληθυσμού, με σκοπό τον διαχωρισμό τους σε δύο ομάδες με υψηλή και μικρή πιθανότητα, αντιστοίχως, νόσησης από την νόσο (*Sackett and Holland 1975*). Σε αυτή την περύπτωση η έναρξη της διαδικασίας δεν γίνεται από τον ασθενή, και ο σκοπός της διαγνωστικής αξιολόγησης είναι η πρώιμη διακρίβωση αυτών των νοσημάτων των οποίων η θεραπεία είτε είναι ευκολότερη, είτε είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν επιχειρείται σε αρχικά στάδια (κλασικό παράδειγμα αποτελούν οι έρευνες διακρίβωσης περιπτώσεων καρκίνου του μαστού).

Η ανίχνευση των περιπτώσεων μιας νόσου (Case finding) περιγράφεται ως η διαδικασία διακρίβωσης των ατόμων που πάσχουν από μια νόσο, όταν τα άτομα αυτά ζητούν ιατρική βοήθεια για συμπτώματα που δεν σχετίζονται με την προς διακρίβωση νόσο (*Sackett and Holland 1975*).

Επομένως η προσπάθεια ξεκίνησε από τον ασθενή με σκοπό την λεπτομερή εξέταση της υγείας του.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η επιτυχία ενός πρόγραμματος διαγνωστικής αξιολόγησης εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως η συχνότητα της νόσου και η εξ αυτής νοσηρότητα, η εγκυρότητα των διαγνωστικών εργαλείων, τα προσδοκώμενα αποτε-

λέσματα μιας πρώιμης παρέμβασης καθώς και το κόστος του προγράμματος, παράγοντες που είναι και αλληλεξαρτώμενοι και αλληλοσυσχετιζόμενοι (Williams και συν. 1982) και που θα μελετηθούν αναλυτικά παρακάτω. Πριν όμως θα περιγραφούν αναλυτικά οι αρχές που πρέπει να διέπουν κάθε πρόγραμμα διαγνωστικής αξιολόγησης, όπως έχουν καθοριστεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (*Wilson and Jungner 1968*).

Οι Δέκα Αρχές για τη Διαγνωστική Αξιολόγηση των Νόσων (*Wilson and Jungner 1968*)

A. Προϋποθέσεις σχετικά με τη Νόσο

1. Η υπάρχει ευρέως μια αποδεκτή συμφωνία γι' αυτούς που θεωρούνται ασθενείς από τη νόσο.
2. Η νόσος είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας (ατομικής και δημόσιας).
3. Η φυσική ιστορία της νόσου, συμπεριλαμβανομένης της λανθάνουσας περιόδου (μέχρι να εκδηλωθεί ως νόσος) είναι ικανοποιητικά γνωστή.
4. Η υπάρχει ένας αναγνωρίσιμος χρόνος επωάσεως της νόσου (λανθάνον στάδιο) ή ένα πολύ πρώιμο συμπτωματικό στάδιο.

B. Προϋποθέσεις ως προς την καταλληλότητα της Διαγνωστικής Αξιολόγησης

5. Το πρόγραμμα διαγνωστικής αξιολόγησης θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού που θα διερευνήσει.
6. Θα πρέπει να υπάρχει το κατάλληλο διαγνωστικό εργαλείο ή η κατάλληλη εξέταση.
7. Η διαγνωστική αξιολόγηση να οδηγεί σε πρώιμη έναρξη θεραπείας.

G. Προϋποθέσεις ως προς τη θεραπεία

8. Η υπάρχει ειδική και ευρέως αποδεκτή θεραπεία για τους ασθενείς που πάσχουν από την - προς διαγνωστική αξιολόγηση - νόσο.
9. Η υπάρχει σαφές πλεονέκτημα της πρώιμης θεραπευτικής παρέμβασης.
10. Η υπάρχουν διαθέσιμα τα μέσα που χρειάζονται για τη θεραπεία.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Οι δέκα αυτές αρχές πρέπει να εκληφθούν ως κατευθυντήριες γραμμές οργάνωσης των πληροφοριών που προκύπτουν από την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, της καταλληλότητας και της χρησιμότητας της επιδημιολογικής έρευνας των διαταραχών πρόσληψης τροφής, δηλαδή της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας. Θα αναφερθεί, για κάθε αρχή, το νόημα και ο ρόλος της, στην έρευνα των διαταραχών αυτών, θα αναφερθεί επίσης η σημασία της έρευνας των διαταραχών πρόσληψης τροφής ως προς την πιθανότητα πρόσληψής των. Φυσικά, κάθε αρχή, θα εξετασθεί από την πλευρά των τριών παραπάνω κριτηρίων: χρησιμότητα, αποτελεσματικότητα, καταλληλότητα.

Το πρώτο ερώτημα που προκύπτει είναι, εάν οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι προστές και καταλληλες, εάν δηλαδή προσφέρονται για διαγνωστική αξιολόγηση. Η απάντηση στο θεμελιώδες αυτό ερώτημα, θα απαντηθεί καθώς γίνεται σχολιασμός της κάθε αρχής για τη διαγνωστική αξιολόγηση.

Αρχή 1: Υπάρχει μια ευρέως αποδεκτή συμφωνία γι' αυτούς που θεωρούνται ασθενείς από τη νόσο.

Η αρχή αυτή, θέτει με άλλα λόγια, το ερώτημα της ύπαρξης γενικά αποδεκτών, διαγνωστικών κριτηρίων για τη νόσο. Στην περίπτωση των διαταραχών πρόσληψης τροφής (ψυχογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία) είναι γενικά αποδεκτό ότι αυτοί που εκπληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ασθενείς και να λαμβάνουν θεραπεία. Στην πραγματικότητα όμως, ούτε όλοι οι άνθρωποι που εκπληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία λαμβάνουν θεραπεία, ούτε καν λαμβάνουν τη διάγνωση, και ως προς τη θεραπεία, είτε τη δέχονται όταν βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο, ή δεν τη δέχονται καθόλου (Hoek 1993, Beglin και Fairburn 1992, Fairburn και Beglin 1990, Patton και King 1991). Συνεπώς, ένα πρόγραμμα διαγνωστικής αξιολόγησης των διαταραχών αυτών, μπορεί να έχει αποτελεσματικότητα, σύμφωνα με τα παραπάνω, για δυο λόγους. Πρώτον, για να παράσχει θεραπεία σ' αυτούς που θέλουν τώρα, έστω και αν είναι σε προχωρημένο στάδιο, και δεύτερον σ' αυτούς που για οποιονδήποτε λόγο, δεν είχαν λάβει θεραπεία μέχρι τώρα.

Επιπλέον, περιγράφεται η διαγνωστική κατηγο-

ρία των άτυπων ή υποκλινικών μορφών της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας, όπου η ανάγκη για θεραπεία δεν είναι προφανής, καθόσον είναι γνωστό ότι κάποιες απ' αυτές τις περιπτώσεις έχουν καλή έκβαση (Fairburn και Beglin 1990, Vandereycken και Meermann 1992) αλλά δεν είναι γνωστό πώς συμβαίνει αυτό, με ποιο τρόπο και σε ποιο βαθμό (Patton και King 1991, Shaw και Garfinkel 1990).

Είναι γνωστό, στην ψυχιατρική, ότι σε πολλές καταστάσεις η διάγνωση υποκρύπτεται από τις άμυνες των ασθενών, κάτι που συμβαίνει στις αδιάγνωστες περιπτώσεις (Williams και MacDonald 1986). Οι ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι γνωστό ότι κυριαρχούνται από τέτοιες άμυνες (Vandereycken 1993). Γι' αυτό όταν γίνεται διαγνωστική αξιολόγηση των διαταραχών αυτών, η άρνηση της νόσου, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Ο μοναδικός τρόπος να τεθεί η διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας είναι η κλινική συνέντευξη ή η δομημένη συνέντευξη (Fairburn και Beglin 1990, Rathne 1992), καθόσον μόνο από τη βαθμολογία των αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων δεν μπορεί να τεθεί αξιόπιστη και έγκυρη διάγνωση (Fairburn και Beglin 1990, Garfinkel 1992, Vandereycken και Vanderlinden 1983, Williams και συν. 1982). Θα πρέπει να έχουμε υπόψη λοιπόν ότι υπάρχουν σαφή κριτήρια για τη διάγνωση των διαταραχών πρόσληψης τροφής και την αναγνώριση των ασθενών που θα λάβουν θεραπεία. Επίσης, ότι κάποιοι ασθενείς με τις διαταραχές αυτές αποκρύπτουν τα συμπτώματά τους και δε συνεργάζονται.

Αρχή 2: Η νόσος αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας.

Είναι γνωστό ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν σοβαρές επιπλοκές στην υγεία και τη ζωή του πάσχοντος και της οικογένειάς του. Η θνησιμότητα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι πολύ υψηλή σχετικά με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Κυμαίνεται μεταξύ 0%-20% συμπεριλαμβανομένης της αυτοκτονίας (Herzog και συν. 1988, Herzog και συν. 1992) και αυξάνεται όσο αυξάνεται ο χρόνος παρακολούθησης.

Για την ψυχογενή βουλιμία, δεν είναι γνωστά μέχρι στιγμής αυτά τα στοιχεία. Οι πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία σαφώς υπο-

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

φέρουν από τα συμπτώματά τους και η ποιότητα ζωής τους είναι σοβαρά διαταραγμένη καθόσον κυριαρχείται από αυτά (Garfinkel και Garner 1982). Επειδή δε, διαρκούν πολλά χρόνια, με μεγάλο αριθμό υποτροπών, επιφέρουν σοβαρή καταπόνηση μακράς διαρκείας, που δε βελτιώνεται από μόνη της με την πάροδο του χρόνου (Shisslak και συν. 1987, Noordenbos 1988). Σε κάποιες μάλιστα περιπτώσεις προκαλούνται σοβαρές και μόνιμες βιολογικές επιπλοκές (π.χ. οστεοπόρωση) (Garfinkel και Garner 1982). Επομένως, σε ατομικό επίπεδο οι διαταραχές διατροφής, αδιαμφισβήτητα, αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας. Εάν και κατά πόσον αποτελούν επίσης ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, αυτό εξαρτάται από το πόσο συχνές είναι. Αυτό το στοιχείο προσφέρεται από τα δεδομένα των επιδημολογικών ερευνών: της επίπτωσης και της επικράτησης.

Δεν υπάρχει μέχρι τώρα μια σαφής εικόνα της επίπτωσης (Incidence) (που ορίζει τον αριθμό των νέων περιπτώσεων ασθενών, ενός πληθυσμού, σε μια ορισμένη χρονική περίοδο) των διαταραχών διατροφής στο γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με την παρατηρηση του Hoek "επειδή η επίπτωση των διαταραχών διατροφής είναι μικρή, και πρέπει να γίνονται έρευνες σε μεγάλο αριθμό ατόμων, π.χ. 100000 για ένα χρόνο, κάτι που δεν είναι εύκολο, η επίπτωση υπολογίζεται από τις περιπτώσεις που προσέρχονται για θεραπεία στις υπηρεσίες υγείας (Hoek 1993). Υπάρχουν 10 τέτοιες μελέτες επίπτωσης της ψυχογενούς ανορεξίας μέχρι σήμερα. Βάσει αυτών των στοιχείων, υπολογίζεται ότι η επίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου 8 νέες περιπτώσεις ανά 100000 πληθυσμό, κατ' έτος. Πιθανόν, βέβαια, αυτές οι μελέτες να μην εκτιμούν την αληθή επίπτωση, αλλά λέγο μικρότερη, επειδή ούτε όλες οι περιπτώσεις ασθενών παραπέμπονται στις ψυχιατρικές υπηρεσίες, ούτε όλοι οι ασθενείς νοσηλεύονται.

Ως προς την αύξηση της επίπτωσης της ψυχογενούς ανορεξίας στο γενικό πληθυσμό, τα δεδομένα είναι αντικρουόμενα, καθόσον άλλοι δέχονται ότι υπάρχει (Lucas 1991, Willi και Grossman 1983) ενώ άλλοι, ότι δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία που να δικαιολογούν κάτι τέτοιο (Van 't Hoff 1994).

Η επίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας υπολογίζεται περίπου 11,4 νέες περιπτώσεις ανά 100000 πληθυσμό, κατ' έτος (Hoek 1993, 1995), αλλά αυτή η τιμή πρέπει να ερμηνεύεται με πολλή προσοχή καθόσον δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία, υπάρχει μεγάλη άρνη-

ση, απόκρυψη και ντροπή για τη νόσο, αλλά και μηδότερη κατανόηση του συνδρόμου, συγκριτικά με την ψυχογενή ανορεξία, έτοις ώστε η ακριβής επίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας να είναι μυστικό -προς το παρόν, όπως ακριβώς και η νόσος για πολλούς ασθενείς (Hoek 1993). Δεν έχουν περιγραφεί, μέχρι στιγμής, αλλαγές στην επίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας (Fairburn και Beglin 1990).

Ως προς την επικράτηση (prevalence) των διαταραχών διατροφής, υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία από έναν μεγάλο αριθμό μελετών (Fairburn και Beglin 1990, Hoek 1993, Rathner 1992). Επειδή, τα δεδομένα των μελετών αυτών, δεν προέρχονται από αρχεία απογραφής ασθενών (case registers), η τιμή της επικράτησης -που ορίζεται ως ο αριθμός όλων (παλαιών και νέων) των περιπτώσεων σε ένα δεδομένο πληθυσμό, σε μια δεδομένη χρονική περίοδο- αποτελεί περισσότερο αξιόπιστο δείκτη της συχνότητας των διαταραχών διατροφής, σε σύγκριση με την τιμή της επίπτωσης. Δεδομένου ότι η συχνότητα των διαταραχών διατροφής είναι εξαιρετικά χαμηλή στο γενικό πληθυσμό, οι μελέτες επικράτησης απευθύνονται κυρίως σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου όπως έφηβες και νεαρές γυναίκες ηλικίας 15-25 ετών (Hoek 1993). Στη βιβλιογραφική επισκόπηση του Hoek (Hoek 1993) όπου γίνεται επεξεργασία των δεδομένων από 9 μελέτες υπολογισμού της επικράτησης, με τη μεθοδολογία των 2-σταδίων (two-stages screening surveys), σε πληθυσμούς νέων γυναικών, βρέθηκε βάσει αυστηρών κριτηρίων, ότι η επικράτηση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι περίπου 0,28% (λιγότερο από 1%) και της ψυχογενούς βουλιμίας περίπου 1%, ομοίως σε πληθυσμούς νέων γυναικών. Οι τιμές αυτές, πιθανόν να είναι μικρότερες των αληθών τιμών, εξαιτίας αφ' ενός της άρνησης της νόσου και αφ' ετέρου της μη συνεργασμότητας πολλών ασθενών με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία (Fairburn και Beglin 1990, Hoek 1993).

Από τα προαναφερθέντα στοιχεία, φαίνεται ότι οι διαταραχές διατροφής αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας σε ατομικό επίπεδο. Αυτό τεκμαίρεται από τη θνητιμότητα της νόσου, τη χρονιότητα, τη μειωμένη ποιότητα ζωής, τις υποτροπές, τις μη αναστρέψιμες επιπλοκές και τη συννοοηρότητα -που είναι επίσης υψηλή σε σχέση με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Στο επίπεδο, όμως, της κοινότητας, επειδή οι τιμές της επίπτωσης και της επικράτησης είναι μικρές, ο αριθμός των θανάτων κατ' έτος, είναι επίσης

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

σχετικά ασήμαντος. Έτοι, συγκριτικά με άλλες αρδώστιες (π.χ. τροχαία ατυχήματα, κακοήθειες, θάνατοι από ναρκωτικά) στο επίπεδο της κοινότητας και ανεξάρτητα από τις σοβαρές επιπλοκές της νόσου σε ατομικό επίπεδο, οι διαταραχές διατροφής, δε φαίνεται μέχρι στιγμής να αποτελούν συγκριτικά ένα ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Παρ' όλα αυτά, αυτό δε σημαίνει ότι το πρόβλημα θα πρέπει να υποτιμάται ως προς την καταγραφή του και το σχεδιασμό προληπτικών αλλά και θεραπευτικών παρεμβάσεων, ιδιαίτερα όταν περιορίζεται στις ομάδες κινδύνου (όπως η δική μας μελέτη) με σκοπό να είναι και κατάλληλες αλλά και χρήσιμες, κάτι που είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε μια εκτίμηση από πλευράς σύγκρισης κόστους-ωφελιμότητας.

Αρχή 3: *H φυσική ιστορία της νόσου (συμπεριλαμβανομένης της λανθάνουσας περιόδου, μέχρι να εκδηλωθεί ως νόσος) πρέπει να είναι ικανοποιητικά γνωστή.*

Είναι λογικό ότι, προκειμένου να γίνει παρέμβαση με σκοπό την αλλαγή της πορείας μιας νόσου, πρέπει να είναι αρκούντως γνωστή αυτή η πορεία.

Η γνώση της διαδικασίας έναρξης, των αιτίων που συμμετέχουν στην έναρξη και στην προκλινική φάση μιας νόσου, αναδεικνύουν τους παράγοντες κινδύνου και τους πληθυσμούς σε κίνδυνο, από τη νόσο και επομένως διευκολύνουν τη διαγνωστική αξιολόγηση, που σχεδιάζεται για τη διακρίβωση της.

Έχουν γραφεί πολλά για τα πιθανά αίτια των διαταραχών διατροφής. Για την ψυχογενή ανορεξία, έχουν διατυπωθεί ψυχολογικές, κοινωνιολογικές, ιατρικές, βιολογικές, πολιτιστικές-ιστορικές, ανθρωπολογικές και πολυπαραγοντικές προσεγγίσεις. Επειδή δεν είναι δυνατόν να γίνει περιδιάβαση σ' αυτές τις προσεγγίσεις, κάτι που έχει γίνει σε πολλές ανασκόπήσεις (Bemis 1978, Garfinkel και Garner 1982), απλώς θα καταχωριθεί, ως συμπέρασμα, η παραπομπή που προκύπτει απ' όλες τις παραπάνω προσεγγίσεις: καμιά από τις θεωρίες δεν μπορεί να καθορίσει ποιος και πότε θα νοσήσει από διαταραχή διατροφής αλλά και το αντίθετο (Fairburn και Bemis 1990, Garner 1993, Russell 1992). Μάλλον, θα πρέπει να γίνει αποδεκτό ότι η αιτιολογία των διαταραχών διατροφής είναι άγνωστη μέχρι σήμερα, ότι δεν είναι μονοπαραγοντική (Garfinkel και Garner 1982, Katz 1985), αλλά πολυπαραγοντική, δηλαδή ότι πολλοί πα-

θογενετικοί μηχανισμοί συμμετέχουν στην αιτιολογία και παθογένειά τους.

Τα δεδομένα που περιγράφουν και προσδιορίζουν την αιτιολογία και την πορεία των διαταραχών διατροφής, προέρχονται κυρίως από τις συνεντεύξεις των νοσηλευόμενων ασθενών με χρόνια νόσο, και όπως είναι φυσικό, τα αναδρομικά αυτά στοιχεία, από τον ιδιαίτερο αυτό πληθυσμό, πιθανόν παραμορφώνουν τη διακρίβωση των αιτιολογικών παραγόντων που συμμετέχουν (Cohen και Cohen 1984, Show και Garfinkel 1990, Vandereycken και Meermann 1992). Παρόλο, που δεν υπάρχει επαρκής κατοχύρωση αυτού του δεδομένου, δηλαδή της μη αντιπροσωπευτικότητας των κλινικών δειγμάτων, είναι ευρέως αποδεκτό, ότι υπάρχει χειρισμός των δεδομένων και ότι με τέτοιες μεθόδους, δεν είναι δυνατόν να εξαχθούν αξιόπιστα συμπεράσματα για την αιτιολογία των διαταραχών διατροφής. Λόγω αυτών των μειονεκτημάτων, πολλοί ερευνητές, στρέφονται στη διενέργεια προοπτικών ερευνών στην κοινότητα, και παρακολουθούν άτομα υψηλού κινδύνου ως προς την ανάπτυξη διαταραχών διατροφής.

Λόγω της μικρής επίπτωσης των διαταραχών διατροφής, τέτοιες έρευνες είναι εξαιρετικά δύσκολο να πραγματοποιηθούν, και λίγες έχουν ολοκληρωθεί (επισκόπηση: Rathner 1992) με αποτελέσματα όχι ιδιαίτερως σημαντικά. Αν εξετάσουμε τη διατίστωση των Patton και King (1991) ότι η ανάπτυξη διαταραχών διατροφής συνδέεται με την έναρξη δίαιτας -σε κάποιο χρόνο ενωρίτερα και ότι σχετίζεται με την ύπαρξη γενικής ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, δεν υπάρχουν άλλα ευρήματα, από έρευνες αυτής της περιοχής. Οι ίδιοι ερευνητές (Patton και King 1991) σχολίαζουν ένα αναπάντητο ερώτημα, πόσο συχνά δηλαδή συμβαίνει οι άνθρωποι που παρουσιάζουν μια άτυπη μορφή ή κάποια συμπτώματα του συνδρόμου (Partial Syndrome) να οδηγούνται στην ανάπτυξη ενός πλήρους συνδρόμου ψυχογενούς ανορεξίας. Οι λίγες προοπτικές μελέτες που έχουν γίνει για τη διερεύνηση της πορείας από το μερικό σύνδρομο προς την ανάπτυξη του πλήρους συνδρόμου ψυχογενούς ανορεξίας ή ψυχογενούς βουλιμίας, έχουν δείξει ότι οι πληθυσμοί που παρουσιάζουν υποκλινικές μορφές, είναι ιδιαίτερα ετερογενείς και ότι δε διαπιστώνονται τέτοιες αλλαγές από το μερικό σύνδρομο, στην ανάπτυξη του πλήρους αντίστοιχου συνδρόμου (Fairburn και Beglin 1990, Rathner και Messner 1993).

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Συμπερασματικά, λόγα είναι γνωστά για την αιτιολογία και την πορεία των διαταραχών διατροφής. Ως λόγοι αναφέρονται αφ' ενός ότι οι πληροφορίες προέρχονται από αναδρομικές μελέτες ασθενών που έχουν νοσηλευτεί και άρα παρουσιάζουν μικρή αξιοπιστία, και αφ' ετέρου ότι υπάρχει δυσκολία πραγματοποίησης προοπτικών μελετών λόγω της μικρής επιπτωσης των διαταραχών διατροφής. Από τις υπάρχουσες προοπτικές έρευνες δεν μπορούν να εξαχθούν σημαντικά συμπεράσματα.

Αρχή 4: *Υπάρχει ένας αναγνωρισμένος χρόνος επώσεως της νόσου ή ένα πολύ πρώιμο συμπτωματικό στάδιο.*

Έχει καταγραφεί, ότι οι πάσχοντες από διαταραχές πρόσοληψης τροφής, παρουσιάζουν την ιδιαιτερότητα να μοιάζουν φαινομενικά με υγιείς (Frankenburg, Garfinkel και Garner 1982) με αποτέλεσμα η διάγνωση των περισσότερων περιπτώσεων να γίνεται κάποια χρόνια αργότερα από την έναρξη των διαταραχών αυτών (Fairburn και Beglin 1990, Noordenbos 1994). Σύμφωνα με την παρατήρηση των Vandereycken και Meermann (1984) δυο λόγοι συμβάλλουν: καθυστέρηση εξαιτίας του ασθενούς και καθυστέρηση εξαιτίας του γιατρού. Η καθυστέρηση που οφείλεται στον ασθενή αποδίδεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς αυτοί δε ζητούν βοήθεια εξαιτίας των μηχανισμών άρνησης που κινητοποιούν (Weeda - Mannak 1984) εξαιτίας της ντροπής που αισθάνονται (Russell 1992) ή επειδή θεωρούν τη διαταραχή διατροφής ως λύση και όχι ως πρόβλημα (Noordenbos 1988). Η άρνηση των ασθενών ενισχύεται και υποστηρίζεται από την άρνηση της νόσου που υιοθετείται από πρόσωπα της οικογένειας και φίλους (Branch και Eurman 1980, Crisp 1979). Η καθυστέρηση διάγνωσης των διαταραχών διατροφής οφείλεται στο γεγονός ότι πολλοί γιατροί δε λαμβάνουν υπόψη τους διαφοροδιαγνωστικά τις διαταραχές αυτές, είτε επειδή δεν είναι ιδιαίτερα γνωστές και συχνές στην κλινική πρακτική, είτε επειδή οι ασθενείς τους παραπλανούν κρύβοντας τα συμπτώματά τους, είτε επειδή δεν τις έχουν διδαχθεί και τις αγνοούν. Η δυσκολία αναγνώρισης της διαταραχής διατροφής παρατηρείται περισσότερο στους πάσχοντες που δεν ανήκουν στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, δηλαδή στα αγόρια και στις γυναίκες μέσης ηλικίας.

Παρ' ότι υπάρχουν μερικά πρώιμα συμπτώματα που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη από τον οικογενει-

ακό γιατρό (τον παθολόγο, τον παιδίατρο ή τον γυναικολόγο) όπως η αμμηνόρροοια, (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής) που αρχίζει λίγο μετά την έναρξη διαταραχών από τη μεγάλη απώλεια βάρους, η αναστολή της σωματικής ανάπτυξης -κυρίως του ύψους, και η υπερδραστηριότητα, για τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας. Η διόγκωση των σιαλογόνων αδένων (λόγω των εμέτων), η σκληρία των δακτύλων (λόγω των εμέτων που προκαλούνται με το δάκτυλο), ο πόνος στο στήθος και η βραχινάδα (λόγω των εμέτων) που παρατηρούνται σε χρόνιους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία αλλά και ψυχογενή βουλιμία, μπορεί να οδηγήσουν το γιατρό στην αναγνώριση της διαταραχής. Πρέπει όμως, παρ' όλα τα παραπάνω, να επισημανθεί ότι δεν υπάρχει σαφώς αναγνωρίσιμο λανθάνον στάδιο ανάπτυξης των διαταραχών διατροφής, κάτι που είναι απολύτως αληθές για την περίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας, κάτι που επιπλέκεται με τη συγκαλυνψή της νόσου από την πλευρά των πασχόντων.

Αρχή 5: *To πρόγραμμα διαγνωστικής αξιολόγησης θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού που θα διερευνήσει.*

Όπως έχει αναφερθεί στην αρχή 2, για τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας είναι απαραίτητη η κλινική εξέταση του ατόμου, αλλά αυτή η μέθοδος δεν είναι δυνατόν να εφαρμοσθεί σε μεγάλο αριθμό ατόμων που ανήκουν σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Η ψυχιατρική επιδημιολογία παρέχει τη μέθοδο των 2-σταδίων, που έχει εφαρμοσθεί και σε άλλες μελέτες για τη διερεύνηση σπάνιων νόσων (Williams, Tarnapolsky και Hand 1980). Κατ' αρχήν χορηγείται ένα ερωτηματολόγιο και εν συνεχείᾳ γίνεται κλινική εξέταση με συνέντευξη σ' αυτούς που παρουσιάζουν υψηλές τιμές στο ερωτηματολόγιο (Hoek 1993, Rathner 1992).

Μέχρι τώρα, η μέθοδος των 2-σταδίων δεν έχει εφαρμοσθεί αρκετά, για λόγους διαγνωστικής σξιολόγησης. Η αποτελεσματικότητα, η καταλληλότητα και η πρακτικότητα των επιδημιολογικών ερευνών με τη μέθοδο των 2-σταδίων θα συζητηθεί αναλυτικά, επομένως θα αποκαλυφθεί η χρησιμότητά της ως προς τις τρεις παραμέτρους. Για τη συζήτηση αυτή, θα παρουσιασθούν τα ευρήματα 4 μεγάλων επιδημιολογικών ερευνών με τη μεθοδολογία των 2-σταδίων.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Εργασία Πρώτη των Meadows και συν. (1986)

Σε 634 νέες γυναίκες (φοιτήτριες) ηλικίας 18-22 ετών εστάλη ταχυδομικώς το ερωτηματολόγιο EAT και ακολούθως σχεδιάστηκε να γίνει κλινική συνέντευξη. Από τις 634 αποσταλείσες επιστολές, 50 δεν ελήφθησαν από τους παραλίπτες, ενώ 173 δεν επεστράφησαν, δηλαδή δε συμπλήρωσαν και δεν επέστρεψαν το ερωτηματολόγιο. Από τα 411 απαντηθέντα ερωτηματολόγια, 28 είχαν τιμές >30 στο EAT (7% πληθυσμός κινδύνου). Οι 28 γυναίκες έλαβαν γράμμα για ένα ραντεβού για κλινική εξέταση με συνέντευξη. 6 αρνήθηκαν να συμμετάσχουν και 7 δεν προσήλθησαν στο ραντεβού. Από τις 15 που εξετάσθηκαν (54% του πληθυσμού υψηλού κινδύνου) 1 πληρούσε τα κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας κατά DSM-III. Δέχθηκε να αρχίσει θεραπεία αλλά γρήγορα διέκοψε. Διαπιστώθηκε και μια περύπτωση ψυχογενούς ανορεξίας, κατά την πρώτη φάση της έρευνας, με παράδοξο τρόπο. Παρ' ότι το ερωτηματολόγιο τις είχε χαμηλή τιμή, η ίδια παρακινούμενη από την έρευνα, απευθύνθηκε στο γιατρό της, που κατά σύμπτωση την παρέπεμψε στους ερευνητές. Κατά την κλινική συνέντευξη και εξέταση στο EAT, οι τιμές ήταν υψηλές (Meadows και συν. 1986).

Εργασία Δεύτερη (Johnson-Sabine, Wood, Patton, Mann, Wakeling 1988)

Σε 1010 κορίτσια - μαθήτριες έγινε η πρώτη φάση της έρευνας ενώ λόγο αργότερα ερευνήθηκε η στάση των μαθητριών ενός σχολείου που δεν απάντησαν στο ερωτηματολόγιο (Patton και συν. 1990).

Εκ των 210 κοριτσιών 79% συμπλήρωσαν, ενώ 21% δε συμπλήρωσαν. Από τις 46 που δε συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, οι 17 δεν ανευρέθησαν, ενώ οι 29 δέχθηκαν την κλινική συνέντευξη.

Για τις 17 που δεν είχαν ευρεθεί και δεν είχαν συμπλήρωσει το ερωτηματολόγιο, ελήφθησαν πληροφορίες από τους καθηγητές των. 7 ήσαν συστηματικά απούσες, 2 έκαναν θεραπεία για ψυχογενή ανορεξία, 2 ήσαν πολύ αδύνατες και είχαν έντονο άγχος, και 6 αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα για λόγους άσχετους με τη διατροφή. Σ' αυτή την έρευνα, φαίνεται ότι η μεθοδολογία των 2-σταδίων, δεν προσφέρεται για τη διερεύνηση των διαταραχών διατροφής.

Εργασία Τρίτη (King 1989)

Σε 748 ασθενείς ενός ιατρείου γενικής Ιατρικής,

άνδρες και γυναίκες 16-35 ετών, χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο EAT-26 και απαντήθηκε από τους περισσότερους (96% συμπληρώσαντες). Ευρέθησαν 76 με υψηλή τιμή (10,1%), εκ των οποίων στους 7 δεν κατέστη δυνατό να γίνει κλινική εξέταση. Εκ των 69 που εξετάσθηκαν, βρέθηκαν 7 περιπτώσεις ψυχογενούς βουλιμίας (1 άνδρας και 6 γυναίκες) σύμφωνα με τα κριτήρια του Russell (1979) και καμιά περύπτωση ψυχογενούς ανορεξίας. Στην ανάλυση των 7 που δε δέχθηκαν συνέντευξη, οι 2 δεν ευρέθησαν, 2 έδωσαν ψευδή στοιχεία και 3 αρνήθηκαν. Για τους 3 αναζητήθηκαν στοιχεία από το αρχείο και βρέθηκε ότι 1 είχε πολλές επισκέψεις, κατά τα τελευταία δυο χρόνια, ενδιαφερόταν για δίαιτα και ανησυχούσε για το βάρος του, και οι άλλοι δυο, είχαν επισκέψεις λόγω ψυχολογικών προβλημάτων αλλά και λόγω ανησυχιών για το βάρος τους.

Εργασία Τέταρτη (Rathner and Messner 1993)

Πρόκειται για μια εργασία σχεδιασμένη μεθοδολογικά σωστά. Περιελάμβανε 2 στάδια, αλλά και τρίτο στάδιο που αξιολογούσε τα δυο πρώτα. Αναδομικά, ήλεγχαν όλες τις παραπομπές στα 4 τοπικά νοσοκομεία, με σκοπό την ανίχνευση κάποιας περύπτωσης που διέφυγε, στα δυο πρώτα στάδια. Για τη διερεύνηση επίσης της ανάπτυξης τυπικών περιπτώσεων από ένα στάδιο άτυπων ή υποκλινικών διαταραχών, μεσολάβησε μεταξύ αρχικού ελέγχου με ερωτηματολόγια και κλινικής εξέτασης με συνέντευξη, ένας χρόνος. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Νότιο Τυρόλο της Ιταλίας, μια αγροτική δίγλωσση πόλη, με πεντε γερμανόφωνα σχολεία και πληθυσμό κοριτσιών 11-20 ετών, 1066 άτομα. Εξ αυτών μόνον 517 έλαβαν μέρος στην έρευνα, με ρυθμό αποχής 52%. Το 30% των κοριτσιών αυτής της ηλικίας, δεν πήγαινε σχολείο, στο 20% των κοριτσιών δεν επετράπη η συμμετοχή στην έρευνα και το 5% απουσίαζε την ημέρα της έρευνας. Βάσει της βαθμολογίας των ερωτηματολόγιων δημιουργήθηκαν 3 ομάδες. Ομάδα υψηλού κινδύνου, ομάδα χαμηλού κινδύνου και ομάδα χωρίς κίνδυνο. Τα άτομα των ομάδων αυτών, και συγκεκριμένα όλες οι περιπτώσεις της ομάδος υψηλού κινδύνου ($n=50$), οι μισές περύπτου περιπτώσεις με τυχαία επιλογή της ομάδος χαμηλού κινδύνου ($n=25$, ποσοστό 45%) και ένα μικρό τυχαιοποιημένο δείγμα της ομάδος χωρίς κίνδυνο ($n=32$, ποσοστό 8%), εξετάσθηκαν επισταμένα, ένα χρόνο αργότερα. Βρέθηκαν 2 περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας και καμιά πε-

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

ρίπωση ψυχογενούς βουλιμίας. Οι πάσχουσες από ψυχογενή ανορεξία, εκτληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου και κατά τη διάρκεια του ελέγχου με ερωτηματολόγια, και ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου. Η μια ασθενής ελάμβανε ήδη ψυχολογική θεραπεία και η άλλη δεν είχε λάβει καμιά θεραπευτική αγωγή.

Στην τρίτη φάση της έρευνας, δε βρέθηκαν περιπώσεις πασχουσών από ψυχογενή βουλιμία, αλλά μόνον 2 περιπτώσεις που είχαν νοσηλευτεί για ψυχογενή ανορεξία και που ανήκαν στο αρχικό δείγμα των 1066 κοριτσιών. Η μια ασθενής βρέθηκε κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 2-σταδίων. Η άλλη ασθενής ανήκε στην ομάδα χαμηλού κινδύνου κατά τη φάση των 2 πρώτων σταδίων, ανέπτυξε εν συνεχεία, τυπική ψυχογενή ανορεξία, αλλά δεν επιλέχθηκε στο τυχαίο δείγμα για κλινική συνέντευξη. Συμπερασματικά, παρ' ότι οι επιδημιολογικές έρευνες 2-σταδίων σε μαθητές, έχουν μεγάλο κύρος στη διερεύνηση των διαταραχών διατροφής, έχουν και μερικά μειονεκτήματα, όπως, ότι δεν εξετάζουν τον πληθυσμό της ίδιας ηλικίας που δε συμμετέχει στο σχολείο, και ότι οι έρευνες των 2-σταδίων, ακυρώνονται στην πράξη, από την άρνηση της νόσου των συμμετεχόντων που πάσχουν από τη νόσο και από την επίμονη άρνηση συμμετοχής είτε στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων, είτε στην κλινική συνέντευξη. Ο Rathner (1992) προτείνει π.χ. ότι η ημέρα της έρευνας με ερωτηματολόγια στα σχολεία, δεν πρέπει να ανακοινώνεται από πριν. Επίσης επισημαίνει ότι πρέπει να γίνεται διασταύρωση (cross-validation) των πληροφοριών που καταγράφονται κατά τη συνέντευξη, από πληροφορίες τρίτων προσώπων (συγγενών, οικογενειακών γιατρών, αρχείων νοσοκομείων) για να αποφένονται οι μηχανισμοί άμυνας που συγκαλύπτουν και ακυρώνουν κάθε διαγνωστική αλλά και θεραπευτική παρέμβαση στις πάσχουσες από διαταραχές διατροφής.

Άρχη 6: Θα πρέπει να υπάρχει το κατάλληλο διαγνωστικό εργαλείο ή διαγνωστική εξέταση, για την ανίχνευση περιπτώσεων μιας νόσου.

Σύμφωνα με τις υποδείξεις των Holland και Stewart (1990), ένα ερωτηματολόγιο θα πρέπει να εκπληρώνει 6 κριτήρια. Να είναι απλό και κατανοητό (simplicity), να είναι αποδεκτό (acceptability), να είναι ακριβές και ορθό (accuracy), να είναι φθηνός

(cost), να έχει επαναληπτικότητα (precision ή repeatability) και να διαθέτει εγκυρότητα (validity).

Στο χώρο της επιδημιολογικής έρευνας των διαταραχών διατροφής κυριαρχεί το Ερωτηματολόγιο Διαταραχών Διατροφής (Eating Attitudes Test) (Garner και Garfinkel 1979) ως το πλέον συχνά χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο. Εισήχθη, από τους Garner και Garfinkel, για να χρησιμοποιείται ως μέτρο της ψυχοπαθολογίας της ψυχογενούς ανορεξίας. Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο με 40 ερωτήσεις.

Το ολικό άθροισμα των ερωτήσεων (Eat-total score), έχει αποδειχθεί ότι είναι έγκυρο μέτρο εκτίμησης των παθολογικών συμπτεριφορών διατροφής (Mann, Wakeling, Wood, Monck, Dobbs και Szmukler 1983) καθώς και ότι μια τιμή αθροίσματος πάνω από μια οριακή τιμή, αποτελεί σαφή ένδειξη για νόσηση από διαταραχή διατροφής. Αποτελείται από 26 ερωτήσεις, και η οριακή τιμή έχει υπολογισθεί ότι είναι η τιμή 20 (Garner, Olmsted, Bohr, Garfinkel 1982).

Ως προς τα προαναφερθέντα 6 κριτήρια, η απλότητα και η αποδοχή του EAT-26 είναι ευρέως γνωστά. Η ακρίβεια του δεν είναι εντελώς ικανοποιητική, καθόσον δεν είναι δυνατόν να καθορίσει ποιος αποτελεί περίπτωση για θεραπεία ή όχι. Επίσης, το ερωτηματολόγιο καταγράφει παθολογικές συμπεριφορές διατροφής που συναντώνται επίσης και σε άλλες καταστάσεις (Williams, Hand, Tarnapolksky 1982).

Το κόστος της χορήγησης του EAT είναι μικρό.

Η εκτίμηση της εγκυρότητας του EAT ως εργαλείο διαγνωστικής αξιολόγησης απαιτεί την εκτίμηση ειδικότερων παραμέτρων (ειδικότητα: specificity, ευαισθησία: sensitivity, θετική προγνωστική αξία: positive predictive value, αρνητική προγνωστική αξία: negative predictive value).

Η ειδικότητα του EAT είναι εντελώς ικανοποιητική (Beglin και Fairburn 1992). Η θετική προγνωστική του αξία κυμαίνεται μεταξύ 20-40% και θεωρείται χαμηλή (Rathner 1992). Για την ευαισθησία του EAT δεν υπάρχουν πολλές πληροφορίες, όπως και καμιά ουσιαστική πληροφορία για την αρνητική προγνωστική αξία του EAT (που απαιτεί την κλινική εξέταση με συνέντευξη όλων των ατόμων μιας έρευνας 2-σταδίων, κάτι που δεν είναι εύκολο να γίνει) (Beglin, Fairburn 1992). Στην Ελλάδα η αξιολόγηση του EAT-26 έγινε από τον Γ.Σύμο (1996) και από την ομάδα του Αιγινήτειου(Βάρσου και συν...1991).

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Άρχη 7: *H διαγνωστική αξιολόγηση να οδηγεί σε πρώμη έναρξη θεραπείας*

Η διαδικασία διαγνωστικής αξιολόγησης μιας νόσου, δεν έχει από μόνη της καμιά επίδραση στην πορεία της νόσου, μπορεί όμως να επισημάνει και να καθορίσει την ανάγκη της έγκαιρης θεραπευτικής παρέμβασης (Crisp 1988, Holland και Stewart 1990), κάτι που δημιουργεί την εντύπωση ότι η διαγνωστική αξιολόγηση αυτόματα οδηγεί στη θεραπευτική παρέμβαση. Δυο στοιχεία αναιρούν την παραπάνω θέση: πρώτον, ότι υπάρχουν άνθρωποι που επισημαίνονται κατά τη διαγνωστική αξιολόγηση ως πάσχοντες, αλλά οι άνθρωποι αυτοί κάνουν ήδη θεραπεία. Δεύτερον, ότι υπάρχουν άνθρωποι που παρ' ότι επισημαίνονται ως πάσχοντες κατά τη διαγνωστική αξιολόγηση, δεν επιθυμούν να αρχίσουν θεραπεία, λόγω άρνησης της νόσου των. Και στις δυο παραπάνω περιπτώσεις, παρ' ότι η διαγνωστική αξιολόγηση ως διαδικασία είναι αποτελεσματική, δεν έχει καμιά επίδραση στην εξέλιξη και πορεία της νόσου. Το πρόβλημα της μη-συμμόρφωσης στη θεραπεία των ασθενών με διαταραχές διατροφής λόγω άρνησης της νόσου, είναι γνωστό (Vandereycken 1993). Άλλο πρόβλημα πρέπει να θεωρείται η μη απάντηση των ατόμων στις επιδημιολογικές έρευνες (αποχή από τη φάση συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και μη αποδοχή για κλινική συνέντευξη) που είδαμε ότι σε κάποιες έρευνες πλησιάζει ένα ποσοστό 50% (Rathner 1992). Σοβαρό πρόβλημα επίσης θεωρείται η ψευδώς αρνητική βαθμολογία ορισμένων πασχόντων από διαταραχές διατροφής, ως αποτέλεσμα μη-χανισμών άρνησης της νόσου και πιθανότητας αποκάλυψης που οδηγεί στην ανεπιθύμητη θεραπεία.

Άρχη 8: *Na υπάρχει ειδική και ευρέως αποδεκτή θεραπεία για ασθενείς που πάσχουν από τη νόσο προς διαγνωστική αξιολόγηση.*

Σύμφωνα με τους Wilson και Jungner (1968), το πιο σημαντικό κριτήριο για την αποτελεσματικότητα της διαγνωστικής αξιολόγησης μιας συγκεκριμένης νόσου, είναι η δυνατότητα να προσφερθεί επαρκής και κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση. Σύμφωνα με τον Smead (Smead 1985a), η επάρκεια και η καταλληλότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης αποτελεί -εκ των ων ουκ άνευ- κριτήριο αποτελεσματικότητας ερευνητικής δοκιμασίας μιας διαγνωστικής αξιολόγησης μιας νόσου. Βάσει των ανωτέρω, για παθο-

λογικές καταστάσεις που μπορούν να αντιμετωπίστούν χωρίς ειδική θεραπευτική παρέμβαση, η διαγνωστική αξιολόγηση (screening) είναι εντελώς άνευ ουσίας και χρησιμότητας.

Ως προς τα δεδομένα που αφορούν τα προγνωστικά χαρακτηριστικά των πασχόντων από διαταραχές διατροφής, κυριαρχεί η παραπήρηση του G. Russell "ότι στους πάσχοντες από διαταραχές πρόσληψης τροφής, είναι αδύνατον μέχρι στιγμής να καθοριστεί, εξαπομικευμένα η πρόγνωση της διαταραχής (Russell 1992). Υπάρχουν μέχρι σήμερα λίγες συγκριτικές μελέτες σ' αυτό το πεδίο (Gowers και συν. 1994). Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, η έκβαση των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία, ανεξαρτήτως του είδους της θεραπείας, κυμαίνεται, συγκεκριμένα αναφέρεται στο 40% βελτίωση, στο 30% καμιά βελτίωση, ενώ ένα ποσοστό ασθενών περίπου 30% χειροτερεύει. Στην περιπτώση της ψυχογενούς βουλιμίας, η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι μεγαλύτερη (Herzog και συν. 1988). Γενικά όμως οι περισσότεροι ερευνητές, αποδέχονται ότι υπάρχει μόνον εν μέρει αποτελεσματική θεραπεία των διαταραχών αυτών (της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας) καθόσον είναι γνωστό, ότι στις περισσότερες περιπτώσεις, παρατηρούνται υποτροπές (Herzog και συν. 1988, Vandereycken και Meermann 1992).

Έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία ότι, κάποιοι ασθενείς, από διαταραχές διατροφής, ανακαμπτούν μόνοι τους, χωρίς θεραπευτική παρέμβαση. Πιθανόν κάποια από τα αποτελέσματα που παρατηρούνται 10 έως 20 χρόνια μετά την έναρξη της θεραπείας μπορεί να οφειλούνται στη φυσική πορεία της διαταραχής, καθόσον γι' αυτήν είναι λέγα γνωστά (Vandereycken και Meermann 1992). Στις ελάχιστες μελέτες που έχουν γίνει για την έκβαση ασθενών με διαταραχές διατροφής που δεν έλαβαν καμιά θεραπεία, δε βρέθηκε ότι είναι τόσο χειρότερη απ' αυτή των ασθενών που έλαβαν θεραπεία, ωστόσο τέτοια συμπεράσματα είναι πολύ παρακινδυνευμένα. Σύμφωνα με τους Vandereycken και Meermann (1992), δυο παρατηρήσεις επί του θέματος αυτού έχουν σημασία: πρώτον, ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία, είναι κατά κανόνα πολύ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Άρχιτη 7: Η διαγνωστική αξιολόγηση να οδηγεί σε πρώτη έναρξη θεραπείας

Η διαδικασία διαγνωστικής αξιολόγησης μιας νόσου, δεν έχει από μόνη της καμιά επίδραση στην πορεία της νόσου, μπορεί όμως να επισημάνει και να καθορίσει την ανάγκη της έγκαιρης θεραπευτικής παρέμβασης (Crisp 1988, Holland και Stewart 1990), κάτι που δημιουργεί την εντύπωση ότι η διαγνωστική αξιολόγηση αυτόματα οδηγεί στη θεραπευτική παρέμβαση. Δυο στοιχεία αναιρούν την παραπάνω θέση: πρώτον, ότι υπάρχουν άνθρωποι που επισημαίνονται κατά τη διαγνωστική αξιολόγηση ως πάσχοντες, όλα οι άνθρωποι αυτοί κάνουν ήδη θεραπεία. Δεύτερον, ότι υπάρχουν άνθρωποι που παρ' ότι επισημαίνονται ως πάσχοντες κατά τη διαγνωστική αξιολόγηση, δεν επιθυμούν να αρχίσουν θεραπεία, λόγω άρνησης της νόσου των. Και στις δυο παραπάνω περιπτώσεις, παρ' ότι η διαγνωστική αξιολόγηση ως διαδικασία είναι αποτελεσματική, δεν έχει καμιά επίδραση στην εξέλιξη και πορεία της νόσου. Το πρόβλημα της μη-συμμόρφωσης στη θεραπεία των ασθενών με διαταραχές διατροφής λόγω άρνησης της νόσου, είναι γνωστό (Vandereycken 1993). Άλλο πρόβλημα πρέπει να θεωρείται η μη απάντηση των απόμων στις επιδημιολογικές έρευνες (αποχή από τη φάση συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και μη αποδοχή για κλινική συνέντευξη) που είδαμε ότι σε κάποιες έρευνες πλησιάζει ένα ποσοστό 50% (Rathner 1992). Σοβαρό πρόβλημα επίσης θεωρείται η ψευδώς αρνητική βαθμολογία ορισμένων πασχόντων από διαταραχές διατροφής, ως αποτέλεσμα μη-χανισμών άρνησης της νόσου και πιθανότητας αποκάλυψης που οδηγεί στην ανεπιθύμητη θεραπεία.

Άρχιτη 8: Να υπάρχει ειδική και ευρέως αποδεκτή θεραπεία για ασθενείς που πάσχουν από τη νόσο προς διαγνωστική αξιολόγηση.

Σύμφωνα με τους Wilson και Jungner (1968), το πιο σημαντικό κριτήριο για την αποτελεσματικότητα της διαγνωστικής αξιολόγησης μιας συγκεκριμένης νόσου, είναι η δυνατότητα να προσφερθεί επαρκής και κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση. Σύμφωνα με τον Smead (Smead 1985a), η επάρκεια και η καταλληλότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης αποτελεί -εκ των αν ουκ άνευ- κριτήριο αποτελεσματικότητας ερευνητικής δοκιμασίας μιας διαγνωστικής αξιολόγησης μιας νόσου. Βάσει των ανωτέρω, για παθο-

λογικές καταστάσεις που μπορούν να αντιμετωπίστούν χωρίς ειδική θεραπευτική παρέμβαση, η διαγνωστική αξιολόγηση (screening) είναι εντελώς άνευ ουσίας και χρησιμότητας.

Ως προς τα δεδομένα που αφορούν τα προγνωστικά χαρακτηριστικά των πασχόντων από διαταραχές διατροφής, κυριαρχεί η παραπήρηση του G. Russell "ότι στους πάσχοντες από διαταραχές πρόσληψης τροφής, είναι αδύνατον μέχρι στιγμής να καθοριστεί, εξαπομπεύμενα η πρόγνωση της διαταραχής (Russell 1992). Υπάρχουν μέχρι σήμερα λίγες συγκριτικές μελέτες σ' αυτό το πεδίο (Gowers και συν. 1994). Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, η έκβαση των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία, ανεξαρτήτως του είδους της θεραπείας, κυμαίνεται, συγκεκριμένα αναφέρεται στο 40% βελτίωση, στο 30% καμιά βελτίωση, ενώ ένα ποσοστό ασθενών περίπου 30% χειροτερεύει. Στην περίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας, η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι μεγαλύτερη (Herzog και συν. 1988). Γενικά όμως οι περισσότεροι ερευνητές, αποδέχονται ότι υπάρχει μόνον εν μέρει αποτελεσματική θεραπεία των διαταραχών αυτών (της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας) καθόσον είναι γνωστό, ότι στις περισσότερες περιπτώσεις, παρατηρούνται υποτροπές (Herzog και συν. 1988, Vandereycken και Meermann 1992).

Έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία ότι, κάποιοι ασθενείς, από διαταραχές διατροφής, ανακάμπτουν μόνοι τους, χωρίς θεραπευτική παρέμβαση. Πιθανόν κάποια από τα αποτέλεσματα που παρατηρούνται 10 έως 20 χρόνια μετά την έναρξη της θεραπείας μπορεί να οφείλονται στη φυσική πορεία της νόσου και ίσως όχι στη θεραπεία την ίδια. Είναι βέβαια εξαιρετικά δύσκολο να αξιολογήσουμε την ακριβή αποτελεσματικότητα της θεραπείας και να διακρίνουμε τα αποτελέσματά της, από τα αποτέλεσματα που οφείλονται στη φυσική πορεία της διαταραχής, καθόσον γ' αυτήν είναι λίγα γνωστά (Vandereycken και Meermann 1992). Στις ελάχιστες μελέτες που έχουν γίνει για την έκβαση ασθενών με διαταραχές διατροφής που δεν έλαβαν καμιά θεραπεία, δε βρέθηκε ότι είναι τόσο χειρότερη απ' αυτή των ασθενών που έλαβαν θεραπεία, ωστόσο τέτοια συμπεράσματα είναι πολύ παρακινδυνευμένα. Σύμφωνα με τους Vandereycken και Meermann (1992), δυο παρατηρήσεις επί του θέματος αυτού έχουν σημασία: πρώτον, ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία, είναι κατά κανόνα πολύ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

βαριά στην αρχή της θεραπείας και δεύτερον ότι -παραδόξως, η μη θεραπεία είναι μια εναλλακτική λύση για κάποιους ασθενείς.

Τα αποτελέσματα των θεραπειών που έχουν δημοσιευθεί μέχρι σήμερα, προέρχονται από ομάδες ασθενών που έχουν νοσηλευθεί σε εξειδικευμένα κέντρα, που σημαίνει ότι ο πληθυσμός αυτών των ασθενών δεν είναι αντιπροσωπευτικός του συνολικού πληθυσμού των πασχόντων από διαταραχές διατροφής, καθόσον όπως έχει αναφερθεί στη συζήτηση της αρχής 3, οι ασθενείς αυτών των κέντρων είναι χρόνιοι, έχοντας εμπειρία πολλών θεραπευτικών παρεμβάσεων που απέτυχαν στο παρελθόν, αλλά και που παρουσιάζουν ψυχιατρική συννοοηρότητα. Δεδομένου ότι οι παραπάνω περιορισμοί ισχύουν, δεν είναι δυνατόν να θεωρηθούν αξιόπιστα τα δεδομένα, όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας γενικά. Από την άλλη πλευρά, ούτε από τον πληθυσμό των ασθενών στην κοινότητα, μπορεί να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, καθόσον σε κάποιους ασθενείς υπάρχουν αποτελέσματα που οφείλονται στη φυσική πορεία της διαταραχής διατροφής. Επομένως, το ζήτημα της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων παραμένει, για τους λόγους που εξηγήθηκαν, αναπάντητο και ανοικτό για έρευνα.

Μ' άλλα λόγια και σαν συμπέρασμα, δεν υπάρχει μια και μοναδική αποδεκτή θεραπεία -που να είναι αποτελεσματική σε όλους τους ασθενείς με διαταραχές διατροφής (Garner 1993, Shaw και Garfinkel 1990). Αυτό το συμπέρασμα, ενισχύει την κατεύθυνση της πρωτογενούς πρόληψης σε βάρος της δευτερογενούς πρόληψης, γεγονός που έχει τονισθεί σε προγενέστερη δημοσίευση (Μωρόγιαννης 2000a).

Άρχη 9: *Να υπάρχει σαφής υπεροχή της πρώιμης θεραπευτικής παρέμβασης, σε σχέση με τη θεραπεία αργότερα.*

Παρ' ότι πολλοί ερευνητές δέχονται ότι έχει προγνωστική αξία η χρονική διάρκεια που έχει κάποιος τη διαταραχή, ως προς την έκβαση της, στις ήδη υπάρχουσες μελέτες, τόσο για την ψυχογενή ανορεξία, όσο και για την ψυχογενή βουλιμία, ότι δηλαδή η πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση, είναι περισσότερο αποτελεσματική σε σχέση με την καθυστερημένη (Bryant-Waugh και συν. 1992, Crisp 1979, Herzog και συν. 1988, Shisslak και συν. 1990, Steinhause και συν. 1991). Στον αντίλογο, υπάρχει η άποψη του Schoemaker (Schoemaker 1996), που σε μια εκτετα-

μένη βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώνει ότι βάσει των υπαρχόντων δεδομένων δεν μπορεί να διαπιστωθεί αφελιμότητα ως προς την αποτελεσματικότητα της πρώιμης θεραπείας στην ψυχογενή ανορεξία, ενώ στην ψυχογενή βουλιμία, σύμφωνα με την παρατήρηση του Herzog (Herzog και συν. 1988) η διάρκεια της νόσου έχει μικρή ή καθόλου προγνωστική αξία για την έκβαση της διαταραχής.

Άρχη 10: *Να υπάρχουν διαθέσιμα τα απαιτούμενα μέσα για τη θεραπεία.*

Στις περισσότερες δυτικές χώρες υπάρχουν ειδικά κέντρα για την αντιμετώπιση των διαταραχών διατροφής. Αν εξαιρέσουμε την έρευνα του Crisp και συν. 1997 που παραθέτει δεδομένα της δικής του μονάδας για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων, δεν υπάρχουν μελέτες που να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών μεθόδων που εφαρμόζονται στα ειδικά κέντρα. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ειδικά κέντρα, ούτε έχουν δημοσιευθεί στοιχεία για τη θεραπεία ασθενών με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία, παρά μόνο προκαταρκτικά και ενδεικτικά. (Μωρόγιαννης 2000β).

Γενικά σχόλια

Η αποτελεσματικότητα της διαγνωστικής αξιολόγησης, ως μέρος της δευτερογενούς πρόσληψης των διαταραχών πρόσληψης τροφής, φαίνεται περιορισμένη, λόγω της σπανιότητος των διαταραχών αυτών αφ' ενός, αλλά και εκ του γεγονότος ότι οι μέχρι σήμερα υπάρχουσες θεραπευτικές μέθοδοι, είναι εν μέρει μόνο αποτελεσματικές. Επίσης, είναι ανοικτά τα ερωτήματα, εάν οι μέχρι τώρα εφαρμοζόμενες θεραπείες είναι πράγματι πιο αποτελεσματικές από τη μη θεραπεία, και εάν η πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση οδηγεί σε καλύτερη έκβαση ή όχι. Ακόμη, ως προς την αποτελεσματικότητα της μεθοδολογίας της διαγνωστικής αξιολόγησης υπάρχουν ερωτηματικά. Πώς είναι δυνατόν να θεωρείται επιτυχής μια επιδημιολογική έρευνα 2-σταδίων, όταν έχει ως αποτέλεσμα να ανιχνεύει αθεράπευτες περιπτώσεις που θα οδηγήθουν σε θεραπεία, αλλά σύντομα θα την εγκαταλείψουν; Βάσει των ανωτέρω, τα οφέλη που προκύπτουν από τη διαγνωστική αξιολόγηση των διαταραχών διατροφής είναι πολύ μικρά, όταν γίνεται μόνη της, γίνονται όμως σπουδαία όταν η διαγνωστική αξιολόγηση σχετίζεται με τη διερεύνηση της αιτιολογίας των

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

-όπως στην έρευνά μας (Μωρόγιαννης 2000β), που σχετίζεται με τη διακρίβωση σχέσης με τη γενική ψυχοπαθολογία ή όταν γίνεται ως μέρος μιας προοπτικής έρευνας που θα διερευνά και πάλι αιτιολογικούς παράγοντες (Fairburn και Beglin 1990, Patton και King 1990, Casper και Offer 1990).

Για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας της διαγνωστικής αξιολόγησης πρέπει να συγχριθεί το κόστος και η αφελμότητα, κάτι που δεν είναι εύκολο. Ως προς το κόστος, μπορούμε να πούμε ότι είναι σχετικά μικρό, καθόσον απαιτούνται μόνο ανθρωπώρες και λίγα σχετικά χρήματα. Ίσως όμως να γίνεται σημαντικό, εάν συγχριθεί προς την αφελμότητα, που φαίνεται ως διακρίβωση 1 ή 2 ασθενών με διαταραχές διατροφής, που δεν κάνουν θεραπεία. Πρέπει όμως να ληφθεί υπόψη και κάτι ακόμη, ως προς την ιατρογενή νοσηρότητα, που κάθε πρόγραμμα διαγνωστικής αξιολόγησης προκαλεί, π.χ. ναρκωτικά. Στην περίπτωση των διαταραχών πρόσληψης τροφής μπορεί σ' ένα υγιές άτομο, να υιοθετηθούν λαθεμένοι και παθολογικοί τρόποι ελέγχου του σωματικού βάρους, όπως π.χ. έμετοι ή χρήση καθαριτικών, διουρητικών, ανορεξιογόνων φαρμάκων (Chioldo και Latimer 1983, Herzog 1982, Garner 1985, Smead 1985, Μωρόγιαννης 2000β). Αυτή η περιοχή, της ιατρογενούς νοσηρότητος μέσω της διαγνωστικής αξιολόγησης, δεν έχει διερευνηθεί μέχρι τώρα. Άλλα προβλήματα αποτελούν το υψηλό ποσοστό ψευδών θετικών απαντήσεων υγιών ατόμων και οι άχρηστες συνεντεύξεις αυτών των ατόμων, καθώς και οι αρνητι-

κές επιδράσεις μιας προτεινόμενης θεραπείας σ' αυτά τα άτομα. Τελικά, και το κόστος είναι υπολογίσιμο, αλλά και οι κίνδυνοι δε φαίνεται να είναι αμελητέοι, κάτι όμως που μέχρι τώρα δεν μπορεί σοβαρά να καταμετρήθει και να υπολογισθεί. Ίσως αξίζει μια μελέτη σ' αυτή την περιοχή.

Εφόσον λοιπόν, ούτε υπάρχει κατάλληλη μεθοδολογία διαγνωστικής αξιολόγησης, ούτε υπάρχει επίσης αποτελεσματική θεραπεία, δε δικαιολογείται μια, μεγάλης κλίμακας, έρευνα διαγνωστικής αξιολόγησης, κάτι που στην έρευνά μας αποφεύχθηκε, αφ' ενός με τη χρήση ενός ικανοποιητικού δείγματος μέσω της μεθοδολογίας της συστηματικής δειγματοληψίας (856 άτομα από συνολικό πληθυσμό περίπου 6000) και αφ' ετέρου ενισχύθηκε η σχέση διαγνωστικής αξιολόγησης και αιτιολογίας των διαταραχών αυτών με τη μελέτη της συσχέτισης παθολογικών συμπεριφορών διατροφής και ψυχοπαθολογίας, σ' έναν πληθυσμό υψηλού κινδύνου. Θα πρέπει όμως να τονισθεί ότι στην έρευνά μας έχουν εξασφαλισθεί αφ' ενός η εκτίμηση των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής σ' ένα δείγμα πληθυσμού φυσιολογικών εφήβων (μέσω των ερωτηματολογίων EAT-26 και BITE) (Μωρόγιαννης 2000β) που θεωρείται πληθυσμός κινδύνου, και αφ' ετέρου η διερεύνηση της συσχέτισης των συμπεριφορών αυτών με την ψυχοπαθολογία των ατόμων αυτών (όπως καταμετρήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου SCL-90R) αλλά και άλλων δημογραφικών παραμέτρων, με σκοπό την αιτιολογική διερεύνηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM IV)*. Washington D.C.: APA.
2. Beglin, S.J. & Fairburn, C.G. (1992b). Evaluation of a new instrument for the detection of eating disorders in community samples. *Psychiatry Research*, 44, 101-201.
3. Bemis, K.M. (1978). Current approaches to the etiology and treatment of anorexia nervosa. *Psychological Bulletin*, 85, 593-617.
4. Branch, C.H.H. & Eurman, L.J. (1980). Social attitudes toward patients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 137, 631-632.
5. Bryant-Waugh, R.J., Lask, B.D., Shafran, R.L. & Fosson, A.R. (1992). Do doctors recognize eating disorders in children? *Archives of Disease in Childhood*, 67, 103-105.
6. Burr, M.L. & Elwood, P.C. (1985). Research and development of health promotion services - screening. In W.W. Holland, R. Detels, & G. Knox (Eds.), *Oxford textbook of public health, volume 3: Investigative methods in public health* (pp. 373-384). Oxford: Oxford University Press.
7. Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
8. Chioldo, J. & Latimer, P.R. (1983). Vomiting as a learned weight-control technique in bulimia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14, 131-135.
9. Cochrane, A. L. & Holland, W. W. (1971). Validation of screening procedures. *British Medical Bulletin*, 27, 3.
10. Cohen, P. & Cohen, J. (1984). The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1178-1182.
11. Cooper, Z., Cooper, P. & Fairburn, C. (1985). The specificity of Eating Disorder Inventory. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 129-130.
12. Cox, G. L. & Merkel, W. T. (1989). A qualitative review of psychosocial treatments for bulimia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 77-84.
13. Crisp, A. H. (1979). Early recognition and prevention of anorexia nervosa. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 21, 393-395.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

14. Crisp, A. H. (1988). Some possible approaches to prevention of eating and body weight / shape disorders, with particular reference to anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 1-17.
15. Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
16. Frankenborg, F., Garfinkel, P. E. & Garner, D. M. (1982). Anorexia nervosa: Issues in prevention. *Journal of Preventive Psychiatry*, 1, 469-483.
17. Garfinkel, P. E. (1992). Classification and diagnosis. In K. A. Halmi (Ed.), *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa* (pp. 37-60). Washington, DC: American Psychiatric Press.
18. Garfinkel, P. E. & Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner / Mazel.
19. Garner, D. M. (1985). Iatrogenesis in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 701-726.
20. Garner, D. M. (1987). Psychotherapy outcome research in bulimia nervosa. *Psychotherapy Psychosomatics*, 48, 129-140.
21. Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2 Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
22. Garner, D. M. (1993). The pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 341, 1631-1635.
23. Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitude Test: An index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
24. Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitude Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
25. Garner, D. M., Olmsted, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
26. Gowers, S., Norton, K., Halek, C. & Crisp, A. H. (1994). Outcome of outpatients psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 165-177.
27. Herzog, D. B. (1982). Bulimia: The secretive syndrome. *Psychosomatics*, 23, 481-484.
28. Herzog, D. B., Keller, M. B. & Lavori, P. W. (1988). Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 131-143.
29. Herzog, D. B., Keller, M. B., Sacks, N. R., Yeh, C. J. & Lavori, P. W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-818.
30. Herzog, W., Rathner, G. & Vandereycken, W. (1992). Long-term course of anorexia nervosa: A review of the literature. In W. Herzog, H. -C. Deter & W. Vandereycken (Eds.). *The Course of Eating disorders* (pp. 15-29). Heidelberg: Springer.
31. Hoek, H. W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 61-74.
32. Hoek, H. W., Bartelds, A. I. M., Bosveld, J. J. F., Graaf, Y van der, Limpens, V. E. L., Maiwald, M. & Spaaij, C. J. K. (1995). The impact of urbanization on the detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*.
33. Hof, S. E. van 't (1994). *Anorexia nervosa: The historical and cultural specificity. Fallacious theories and tenacious 'facts'*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
34. Holland, W. W., & Stewart, S. (1990). *Screening in health care: Benefit or bane?* London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
35. Hsu, L. K. G. (1992). Critique of follow-up studies. In K. A. Halmi (Ed.), *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa* (pp. 125-147). Washington D. C.: American Psychiatric Press.
36. Hurley, J., Palmer, R. & Stretch, D. (1990). The specificity of the Eating Disorders Inventory: A reappraisal. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 419-424.
37. Johnson - Sabine, E., Wood, K., Patton, G., Mann, A. & Wakeling, A. (1988). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls - a prospective epidemiological study: Factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychological Medicine*, 18, 615-622.
38. Katz, J. L. (1985). Some reflections on the nature of the eating disorders: On the need for humility. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 617-626.
39. King, M. B. (1986). Case finding for at risk drinking in general practice: cost-benefit analysis. *Psychological Medicine*, 16, 359-363.
40. King, M. B. (1989). *Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics, and follow-up at 12 to 18 months*. Psychological Medicine [Monograph supplement 14].
41. Mann, A. H., Wakeling, A., Wood, K., Monck, E., Dobbs, R. & Szmukler, G. (1983). Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15-year-old schoolgirls. *Psychological Medicine*, 13, 573-580.
42. Meadows, G. N., Palmer, R. L., Newball, E. U. M. & Kenrick, J. M. T. (1986). Eating attitudes and disorder in young women: A general practice based survey. *Psychological Medicine*, 16, 351-357.
43. Newman, S. C., Shrout, P. E. & Bland, R. C. (1990). The efficiency of two-phase designs in prevalence surveys of mental disorders. *Psychological Medicine*, 20, 183-193.
44. Noordenbos, G. (1988). *Onbegrensd lijnen*. Leiden: DSWO Press.
45. Noordenbos, G. (1994). Problems and possibilities of the prevention of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 2, 126-142.
46. Palmer, R. L., Oppenheimer, R. & Marshall, P. D. (1988). *Eating-disordered patients remember their patients: A study using the Parental-Bonding Instrument*. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 101-106.
47. Patton, G. C. (1988). *The spectrum of eating disorder*

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

- in adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 579-584.
48. Patton, G. C., Johnson - Sabine, E., Wood, K., Mann, A. H. & Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls - a prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*, 20, 383-394.
49. Patton, G. C. & King, M. B. (1991). Epidemiological study of eating disorders: time for a change of emphasis. *Psychological Medicine*, 21, 287-291.
50. Rathner (1992). Aspects of the natural history of normal and disordered eating and some methodological considerations. In W. Herzog, H. -C. Deter & W. Vandereycken (Eds), *The Course of Eating disorders* (pp. 198-213). Heidelberg: Springer.
51. Rathner, G. & Messner, K. (1993). Detection of eating disorders in a small rural town: An epidemiological study. *Psychological Medicine*, 23, 175-184.
52. Russell (1992). The prognosis of eating disorders: A clinician's approach. In W. Herzog, H. -C. Deter & W. Vandereycken (Eds), *The Course of Eating disorders* (pp. 198-213). Heidelberg: Springer.
53. Sackett, D. L., Haynes, R. B. & Tugwell, P (1985). *Clinical Epidemiology: A basic science for clinical medicine*. Boston: Little, Brown and Company.
54. Sackett, D. L. & Holland, W. W. (1975). Controversy in the detection of disease. *Lancet*, i, 357-359.
55. Schoemaker, C. G. (1995). Screening for eating disorders. The principle and some data. Nijmegen: Ph. D. thesis.
56. Schoemaker, C. (1996). Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment-outcome literature. *International Journal of Eating Disorders*, 20, ?-?.
57. Schoemaker, C., Van Strien, T. & Van Der Staak, C. (1994). Validation of the Eating Disorders Inventory in a non-clinical population using transformed and untransformed responses. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 387-393.
58. Shaw, B. F. & Garfinkel, P. E. (1990). Research problems in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 545-555.
59. Shisslak, C. M., Crago, M. & Neal, M. E. (1990). Prevention of eating disorders among adolescents. *American Journal of Health Promotion*, 5, 100-106.
60. Shisslak, C. M., Crago, M. & Neal, M. E. & Swain, B. (1987). Primary prevention of eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 660-667.
61. Skuse, D. & Williams, P. (1984). Screening for psychiatric disorder in general practice. *Psychological Medicine*, 14, 365-377.
62. Smead, V. S. (1985a). Labeling eating disorders: weighing costs and benefits. *Transactional Analysis Journal*, 15, 17-20.
63. Smead, V. S. (1985b). Considerations prior to establishing preventative interventions for eating disorders. *Ontario Psychologist*, 17, 12-17.
64. Steinhausen, H. -C., Rauss-Mason, C. & Seidel, R. (1991). Follow-up studies of anorexia nervosa: A review of four decades of outcome research. *Psychological Medicine*, 21, 447-454.
65. Vandereycken, W. (1993). Naughty girls and angry doctors: Eating disorder patients and their therapists. *International Review of Psychiatry*, 5, 13-18.
66. Vandereycken, W. & Hoek, H. W. (1992). Are eating disorders culture-bound syndromes? In K. A. Halmi (Ed.), *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa* (pp. 19-36). Washington, DC: American Psychiatric Press.
67. Vandereycken, W. & Meermann, R. (1984). *Anorexia nervosa. A clinician's guide to treatment*. Berlin / New York: De Gruiter.
68. Vandereycken, W. & Meermann, R. (1992). The significance of follow-up investigations. In W. Herzog, H. -C. Deter & W. Vandereycken (Eds.). *The course of eating disorders: long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa* (pp. 3-14). Berlin: Springer.
69. Vandereycken, W. & Vanderlinden, J. (1983). Denial of illness and the use of self-reporting measures in anorexia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 101-107.
70. Weeda-Mannak, W. L. (1984). *Anorexia nervosa: Towards an early identification*. Hilversum: Benedictus.
71. Williams, P. (1983). Community screening for mental illness [Letter to the editor]. *British Journal of Psychiatry*, 142, 310.
72. Williams, P., Hand, D. & Tarnapolsky, A. (1982). The problem of screening for uncommon disease - a comment on the Eating Attitude Test. *Psychological Medicine*, 12, 431-434.
73. Williams, P. & MacDonald, A. (1986). The effect of non-response bias on the results of two-stage screening surveys of psychiatric disorder. *Social Psychiatry*, 21, 182-186.
74. Williams, P., Tarnapolsky, A. & Hand, D. (1980). Case definition and case identification in psychiatric epidemiology: Review and assessment. *Psychological Medicine*, 10, 101-114.
75. Wilson, J. M. G. & Jungner, G. (1968). *Principles and practice of screening for disease, public health papers 34*. Geneva: World Health Organization.
76. Μωρόγιαννης Φ. (2000a): Θεραπευτικές ανάγκες ασθενών με Διαταραχές Διατροφής στο Πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Πρωτογενής, Δευτερογενής και Τριτογενής Πρόληψη. Τετράδια Ψυχιατρικής No 70, Απρίλιος - Μάιος - Ιούνιος 2000, σελ 21-31).
77. Μωρόγιαννης Φ. (2000b): "Διαταραχές Διατροφής και Ψυχοπαθολογία", Επιδημιολογική έρευνα σε μαθητές Λυκείου στο Νομό Ιωαννίνων, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα.
78. Σίμος Γ(1996) Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόσληψης. Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτελέο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.
79. Βάρδου Ε., Τρύκας Γ.(1991) Τα ερωτηματολόγια διερεύνησης των διαταραχών πρόσληψης τροφής EDI, EAT-26, BITE σε Ελληνικό Πληθυσμό. Ανακοίνωση στο 12o Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Βόλος 1991.