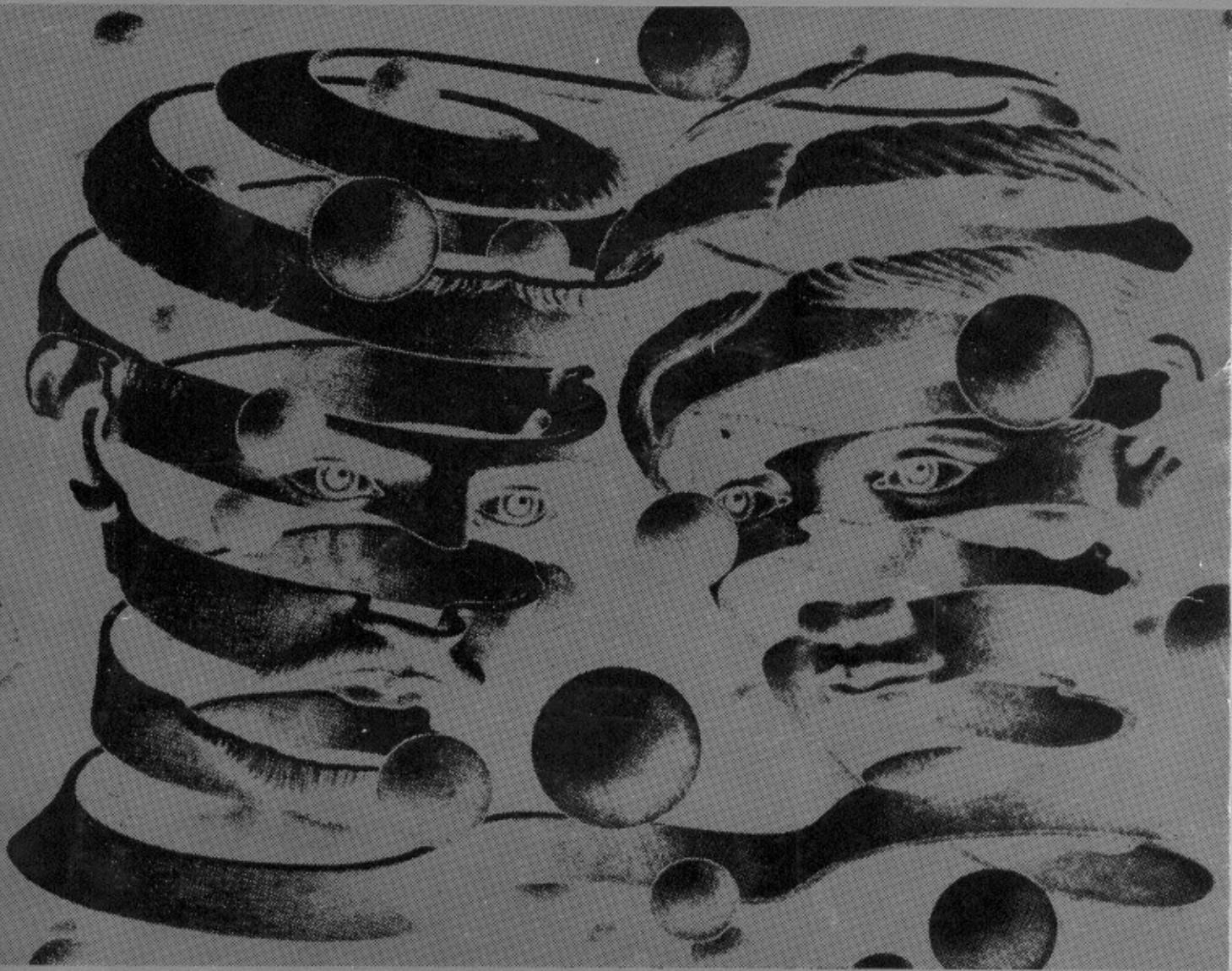


Τετράδια ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΨΝΑ
ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ • No 70 • ΔΡΧ. 2.000



ΕΛΛΑΣ

ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΑΡ. ΑΔ 414/90 Κ.Δ.Α

Φώτης Μωρογιάννης*

Θεραπευτικές ανάγκες ασθενών με διαταραχές διατροφής στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Πρωτογενής - Δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη**

Στις ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής κατατάσσονται η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία, οι άτυπες μορφές των και η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας. Πρόκειται για ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, που προβάλλουν άτομα εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας, κυρίως γυναίκες, έχουν πολυπαραγοντική αιτιολογία, χρόνια πορεία με υποτροπές, υψηλή θνητιμότητα, δύσκολη αντιμετώπιση, χωρίς ειδική θεραπεία. Επειδή φαίνεται ότι αυξάνουν σε συχνότητα τα τελευταία 15 χρόνια, μια προληπτική παρέμβαση είναι πολύ σημαντική. Η πρόληψη, άλλωστε, είναι ο κύριος σκοπός κάθε θεραπευτικής παρέμβασης, σε κάθε πρόβλημα (ατομικής και δημόσιας) υγείας. Η πρόληψη των διαταραχών διατροφής πρέπει να έχει προτεραιότητα καθόσον οι διαταραχές αυτές αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα ατομικής υγείας σε έναν σημαντικό αριθμό νέων ατόμων. Εκτός των οικονομικών προβλημάτων, που πάντοτε τίθενται δταν εφαρμόζονται προληπτικά προγράμματα, αναδύονται πολλά προβλήματα εξαιτίας της πολυπαραγοντικής αιτιολογικής φύσης των διαταραχών διατροφής, εφόσον δεν μπορεί να εντοπιστεί ένας συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγων ώστε να αντιμετωπιστεί η ανά-

πτυξή της διαταραχής.

Η περίοδος της εφηβείας είναι η περίοδος των μεγάλων αλλαγών. Είναι η κατ' εξοχήν επικίνδυνη περίοδος, για την ανάπτυξη των διαταραχών διατροφής, ιδιαίτερα στα κορίτσια (Crisp 1986, Hill 1997). Για κάποιες έφηβες, οι ψυχολογικές, συναισθηματικές και βιολογικές ανάγκες που επισυμβαίνουν κατά τη μετάβαση από την παιδικότητα στην ενήλικη ζωή, φαίνονται ιδιαίτερα δύσκολες ως προς τη διαχείρισή τους. Σ' αυτό συμβάλλουν και οι επικρατούσες κοινωνικοπολιτιστικές πιέσεις, δηλαδή η αυξανόμενη πίεση στις γυναίκες να έχουν λεπτό σώμα, που θεωρείται αξιά, ώστε πολλά κορίτσια στην εφηβεία νοιάθουν μεγάλη δυσαρέσκεια για το σώμα τους και εξ αυτού να ξεκινούν δίαιτες με σκοπό να αισθανθούν καλύτερα με τον εαυτό τους και να νοιάθουν ότι είναι υπό έλεγχο. Το εύρημα αυτό έχει επιβεβαιωθεί σε πολλές επιδημιολογικές έρευνες. Ταυτόχρονα είναι ευρέως αποδεκτό, το γεγονός ότι η δίαιτα αποτελεί κεντρικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχών διατροφής (Stewart 1997).

Χρησιμοποιώντας την ορολογία της επιδημιολογίας μπορούμε κατ' αρχήν να σχεδιάσουμε προληπτι-

* Ψυχίατρος Κ.Ψ.Υ. Ιωαννίνων.

** Εισήγηση στο επιστημονικό Συνέδριο "Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Αξιολόγηση και Προοπτικές" Ιωάννινα Ιούνιος 1999.

ΦΑΣΜΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ (Slade 1995)

Πρωτογενής	Δευτερογενής	Τριτογενής
Πρόληψη Πρώιμη	Ανίχνευση	Παρέμβαση
Ενημέρωση	Αναγνώριση των πασχόντων	Θεραπεία
Εκπαίδευση	Εκτίμηση	Νοσηλεία
		Μετα-νοσοκομειακή φροντίδα

κά προγράμματα για τις διαταραχές διατροφής, σύμφωνα με τον πίνακα που καταγράφει το φάσμα των προληπτικών παρεμβάσεων (Πίνακας Α).

Πρωτογενής Πρόληψη

Η ερευνητική προσπάθεια των τελευταίων ετών έχει αρχίσει να εντοπίζει, άλλους, εκτός της δίαιατας, παράγοντες κινδύνου (βλέπε Πίνακες Β, Γ και Δ). Μεταξύ αυτών αναφέρονται το οικογενειακό ιστορικό διαταραχών διατροφής, παχυσαρκίας, κατάθλιψης και αλκοολισμού που λειτουργούν ως προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου. Το ατομικό αναμνηστικό κατάθλιψης, παχυσαρκίας και κάποιων τραυματικών εμπειριών στην παιδική ηλικία, φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο νόσησης. Επίσης, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας συμμετέχει στην αιτιολογία ως παράγων ευαλωτότητας για ανάπτυξη μιας διαταραχής διατροφής (Crisp 1986). Δεδομένης της τωρινής γνώσης των παραγόντων κινδύνου και της ανάγκης ότι πρέπει να υπάρξει παρέμβαση για την ελαχιστοποίηση της νοσηρότητας από διαταραχές διατροφής στους εφήβους, έχουν εντοπιστεί τέσσερις περιοχές όπου θα πρέπει να εστιασθεί η πρωτογενής προληπτική παρέμβαση:

1. Σχολεία
2. Υπηρεσίες Υγείας
3. Οικογένεια

4. Μέσα μαζικής επικοινωνίας

Από την εμπειρία των χωρών της Δυτικής Ευρώπης, στην εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης των μαθητών για τις διαταραχές διατροφής, τα αποτελέσματα είναι άκρως απογοητευτικά και απαγορευτικά, καθόσον ούτε η προσφερόμενη γνώση για την επικίνδυνη φύση και πορεία των διαταραχών διατροφής και των συνεπειών των, είναι αρκετή και ικανή να αλλάξει τις συμπεριφορές και τις συνήθειες διατροφής των μαθητών, αλλά απεναντίας πολλές φορές φαίνεται ότι οι παθολογικές συμπεριφορές φαίνεται να υιοθετούνται και να προκαλείται ιατρογενής νοσηρότητα. Ο στόχος των προληπτικών παρεμβάσεων, που πρέπει να σχεδιάζονται κατάλληλα, πρέπει να είναι τέτοιος ώστε να προάγει την αυτοεκτίμηση των μαθητών και να διευκολύνει την αποδοχή της εικόνας του σώματός των. Είναι προφανές ότι σ' αυτή την περιοχή χρειάζεται περισσότερη ερευνητική εργασία για την αποσαφήνιση και διευκρίνηση των παραπάνω παρεμβάσεων. Παρ' ότι όμως χρειάζεται διερεύνηση των τεχνικών παρεμβάσεων, γενικά το σχολείο αποτελεί έναν ιδεώδη χώρο για την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και την αποδοχή της εικόνας του σώματος. Οι δάσκαλοι και οι καθηγητές παιζουν έναν καθοριστικό ρόλο ως προς την ενίσχυση της ικανότητας των μαθητών να νοιώθουν καλά με τον εαυτό τους. Επιτυχμένη προληπτική παρέμβαση θα είναι αυτή που θα εστιάσει στους καθηγητές και τους δασκάλους ώστε να ενημερώσει για τις

διαταραχές διατροφής με σκοπό την ενημέρωση των μαθητών για την υιοθέτηση φυσιολογικών συνηθειών και συμπεριφορών διατροφής, την ενημέρωση των μαθητών που θα βρουν βοήθεια από τους ειδικούς αν χρειάζεται, αλλά και την πρώιμη ανίχνευση περιπτώσεων νόσου από τους καθηγητές και τους δασκάλους (Hill 1997, Stewart 1997, Slade 1995).

Επειδή υπάρχει σαφής ερευνητική ένδειξη, ότι η θεραπεία και η πρόγνωση των διαταραχών διατροφής είναι καλύτερη, όσο πρωιμότερα γίνεται η θεραπευτική παρέμβαση, ο ρόλος των οικογενειακών γιατρών είναι καθοριστικός ως προς τη διακρίβωση μιας αρχόμενης διαταραχής σε έφηβες που παρουσιάζουν απώλεια βάρους, ιδιαίτερα όταν η δίαιτα αρχίζει από ένα σωματικό βάρος φυσιολογικό. Η έγκαιρη παρέμβαση των προς την κατεύθυνση της διατήρησης φυσιολογικών συνηθειών διατροφής είναι άκρως αναγκαία και επείγουσα. Αξιόλογη βοήθεια μπορούν να προσφέρουν επιδημιολογικές έρευνες διαγνωστικής αξιολόγησης των συνηθειών διατροφής σε πληθυσμούς φυσιολογικών εφήβων. Επιπλέον είναι σημαντικό να ενημερώνονται οι γονείς όταν τα παιδιά τους έχουν εξαιρετικά μεγάλο σωματικό βάρος. Θα πρέπει να διδεται έμφαση στην ενημέρωση, τη βοήθεια και τη φροντίδα, τόσο των γονέων, όσο και των ίδιων των παιδιών, ώστε να αποκτήσουν φυσιολογικές συνήθειες διατροφής (Hill 1997).

Είναι σημαντικό επίσης τα στελέχη των υπηρεσιών υγείας (ιατροί, επισκέπτες υγείας) να γνωρίζουν τον ρόλο του οικογενειακού ιστορικού διαταραχής διατροφής ως παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχής διατροφής στους απογόνους. Η ανίχνευση των πασχουσών μητέρων από διαταραχές διατροφής είναι καθοριστικό στοιχείο πρόληψης της επέκτασής των, στην επόμενη γενιά, καθόσον η έρευνα δείχνει ότι οι συνήθειες και συμπεριφορές των πασχουσών μητέρων, έχουν δυσάρεστες επιπτώσεις στα παιδιά τους, από πολύ μικρή ηλικία. Ίσως ο ρόλος των επισκεπτών υγείας και των κοινωνικών λειτουργών να είναι ενδιαφέρων προς την κατεύθυνση βοηθείας αυτών

των νεαρών μητέρων (Stewart 1997, Slade 1995).

Η καθοριστική σημασία της οικογένειας, πρέπει οπωσδήποτε να ληφθεί υπόψη σε κάθε προληπτικό προηγούμενο πρόγραμμα, καθόσον οι γονείς διαδραματίζουν έναν καθοριστικό ρόλο στην απόκτηση μιας ικανής αυτοεκτίμησης, την υιοθέτηση φυσιολογικών συνηθειών διατροφής και την οργάνωση ασφαλών ορίων, ώστε οι νεαρές κόρες (κυρίως) να διαβούν την περίοδο της εφηβείας έχοντας την αίσθηση του αιναγκαίου αυτοελέγχου και της καλής εικόνας για τον εαυτό τους, ώστε να μη χρειαστούν περαιτέρω μέτρα (δίαιτες, περιοριστικές συμπεριφορές κλπ.). Πολλοί γονείς νοιάθουν απροετοίμαστοι ώστε να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της εφηβείας των παιδιών τους, και αυτοί ίσως χρειάζονται συμβουλευτική στήριξη, μέσω προγραμμάτων για γονείς. Στόν πίνακα Ε παρατίθεται οι “10 εντολές” (Slade 1995).

Ο ρόλος των ΜΜΕ και η διαμόρφωση προτύπων γυναικείας ομορφιάς μέσω της ενίσχυσης της αξίας του λεπτού γυναικείου σώματος (λεπτό, αιθλητικό, ελκυστικό, ερωτικό, επιτυχημένο, αποδεκτό, γεμάτο δύναμη και σιγουριά), έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει επηρεάζοντας πολλά κορίτσια στην εφηβική ηλικία, ώστε να αρχίσουν δίαιτα με σκοπό τη μείωση του σωματικού βάρους και τη λεπτότητα. Μια προληπτική παρέμβαση μπορεί να αντιπαραθέσει το επιχείρημα ότι τέτοιες απόφεις είναι όχι μόνο καταναλωτικές και απάνθρωπες (Eating Disorder Association 1995).

Από τις πληροφορίες που παρέχει ο πίνακας Α θα πρέπει να ενθυμούμεθα, ότι η πρόληψη δεν είναι μόνο η πρωτογενής πρόληψη (δηλαδή η μείωση του αριθμού των νέων περιπτώσεων μιας νόσου) αλλά επεκτείνεται στη δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη με σκοπούς, από την αναγνώριση των περιπτώσεων και τη θεραπευτική παρέμβαση μέχρι τη θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Στην περίπτωση των διαταραχών διατροφής το ερώτημα της ιεράρχησης των παρεμβάσεων χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Π.χ. τι είναι πιο σημαντικό, να εξετάσουμε όλα τα κο-

ρίτσια μιας κοινότητας με σκοπό τον εντοπισμό 5-10 πασχόντων από διαταραχές διατροφής ή να οργανώσουμε υπηρεσίες για την αντιμετώπιση αυτών των περιπτώσεων; Η απάντηση φυσικά δεν είναι μόνο μία.

Δεν πρέπει να διαφεύγει, όταν γίνεται σχεδιασμός προληπτικών παρεμβάσεων σε πληθυσμούς εφήβων για ψυχιατρικές παθήσεις και ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, ότι υπάρχουν κοινοί παράγοντες κινδύνου, και συνεπώς καταστάσεις ή συνθήκες που προστατεύουν από μια διαταραχή, προστατεύουν ταυτόχρονα από μια άλλη ή άλλες. Στην περίπτωση των διαταραχών διατροφής έχει εξαριθμηθεί ότι στην αιτιολογία τους συμμετέχουν παράγοντες που προκαλούν γενική ψυχοπαθολογία αλλά και ταυτόχρονα ειδικοί παράγοντες κινδύνου που επιφέρουν δυσαρέσκεια για το σώμα (βλέπε πίνακες Β και Γ). Επομένως οι διαταραχές διατροφής μπορεί να προληφθούν, όταν μπορεί να προληφθεί η ψυχιατρική νόσηση των εφήβων. Άρα η κινητοποίηση δικτύων κοινωνικής υποστήριξης των εφήβων, η ενίσχυση της αυτοεκτίμησής των και η εκπαίδευσή των στην ανάπτυξη δεξιοτήτων στρατηγικής αντιμετώπισης των προβλημάτων, μπορεί να αποδειχθούν σταθερά εργαλεία - όπλα των προληπτικών παρεμβάσεων (Vandereycken and Meerman 1987).

Ως προς τη δυσαρέσκεια για το σώμα, φαίνεται ότι ξεκινούν από κοινού με τη δίαιτα, από τη διαπίστωση ότι το βάρος του σώματος είναι μεγαλύτερο του φυσιολογικού, συχνά σύμφωνα με τα κριτήρια του ιδανικού βάρους που παρουσιάζουν τα ΜΜΕ, αλλά και την απαράδεκτη έως ρατσιστική εικόνα που καλλιεργούν για τους υπέρβαρους και παχύσαρκους (ότι είναι κατώτεροι, χαζοί, θα μείνουν φτωχοί, δε θα είναι αποδεκτοί, ότι θα πεθάνουν νωρίς, ότι δεν είναι ερωτικοί, ότι δεν είναι ανταγωνιστικοί, και επιτυχημένοι κλπ.). Εκτός των παραπάνω παραπλανητικών διαπιστώσεων, η κοινή γνώμη, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών, πιέζεται να συμπεριλάβει, γενικώς και αδιακρίτως, ως παράμετρο βιοψυχοκοινωνικής υγείας το σωματικό βάρος, κάτι που δεν είναι ακριβώς αληθές. Πλην όμως, το να απευθύνεσαι σ' έναν πληθυσμό π.χ.

Βρετανών με 50% υπέρβαρους ή Ελληνίδων γυναικών με άνω του 33% υπέρβαρες, με σκοπό τη μείωση του βάρους, ως δήθεν προληπτική πολιτική ατομικής και δημόσιας υγείας, αποτελεί σύγουρα κερδοφόρο επιχείρηση, παρά παραγωγή υγείας και πρόληψη νοσηρότητας. Δεν πρέπει αφ' ενός η μείωση του βάρους γενικώς ανεξαρτήτως του επιπέδου του βάρους, που αρχίζει η προσπάθεια για μείωση, να θεωρείται αφέλιμη, ούτε αφ' ετέρου να θεωρείται η παχυσαρκία και η αντιμετώπιση της όταν χρειάζεται, αντίθετη προς τις διαταραχές διατροφής και την πρόληψή τους (Hill 1997, Fairburn 1997, Eating Disorders Association 1995).

Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη των διαταραχών διατροφής, θεωρείται, σε σχέση με την πρωτογενή, περισσότερο ορεάλιστικός στόχος. Αφορά στην αναχαίτιση της ανάπτυξης του πλήρους συνδρόμου της διαταραχής και περιλαμβάνει πρώιμη αναγνώριση και παρέμβαση (Vandereycken and Meerman 1984). Υπάρχουν τα εξής προαπαιτούμενα για να θεωρηθεί μια προσέγγιση δευτερογενούς πρόληψης επιτυχής. Πρώτον, να υπάρχει ένα απλό ευαίσθητο και αξιόπιστο εργαλείο διαγνωστικής αξιολόγησης για την αναγνώριση των αρχικών σημείων και συμπτωμάτων της προς αξιολόγησης διαταραχής και να είναι δυνατόν να εντοπιστούν οι υποψήφιοι να νοσήσουν από τη νόσο, επειδή ανήκουν στον πληθυσμό υψηλού κινδύνου. Το δεύτερο προαπαιτούμενο είναι να υπάρχει η κατάλληλη θεραπεία ώστε να είναι επιτυχής όταν εφαρμοστεί ευθύς αμέσως μετά την πρώιμη αναγνώριση.

Ως προς το πρόβλημα της πρώιμης αναγνώρισης, υπάρχουν επίσης δύο προσεγγίσεις, η πρώτη στα πρώιμα συμπτώματα και σημεία ενώ η δεύτερη εστιάζει στον εντοπισμό των διακριτών κλινικών εικόνων των ανθρώπων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο νόσησης.

Το Ερωτηματολόγιο Διαταραχής Διατροφής

(EAT) αποτελεί το πλέον διαδεδομένο εργαλείο διαγνωστικής αξιολόγησης, που δημιουργήθηκε από τους Garner και Garfinkel (Garner και Garfinkel 1979 και Garner και συν. 1982) και εισήχθη ως ερωτηματολόγιο εκτίμησης των συμπτωμάτων της ψυχογενούς ανορεξίας. Χρησιμοποιήθηκε σε εκτεταμένες επιδημιολογικές έρευνες με σκοπό τη διερεύνηση των συνθησιών και συμπεριφορών διατροφής υγιών ατόμων (Button και Whitehouse 1981, Mann και συν. 1983, Eisler και Szumukler 1986, Johnson-Sabine και συν. 1988). Τα κύρια ευρήματα από τη χρήση του EAT είναι ότι το ερωτηματολόγιο διαθέτει καλή ευαισθησία (sensitivity) (π.χ. η πλειονότητα των ασθενών με διατροφές διατροφής λαμβάνουν υψηλή τιμή, πάνω από την τιμή κατωφλίου) αλλά πολύ χαμηλή ειδικότητα (specificity) (π.χ. πολλοί άνθρωποι που κάνουν δίαιτα (normal dieters) έχουν επίσης υψηλές τιμές στο EAT, πάνω από την τιμή κατωφλίου). Παραδείγματα προέρχονται από τις αντίστοιχες έρευνες. Στην έρευνα των Mann και συν. (1983) βρέθηκε ότι εκ των 1012 μαθητών (αγοριών και κοριτσιών) της έρευνάς του, οι 83 (8,2%) έλαβαν τιμές πάνω από την τιμή κατωφλίου, αλλά μόνο 4 (4,8%) εκ των 83 βρέθηκε να πληρούν τα κριτήρια διατροφής κατά την κλινική συνέντευξη. Αντιστοίχως, στην έρευνα των Eisler και Szumukler (1986) βρέθηκε ότι εκ των 1331 μαθητών ιδιωτικών σχολείων, 65 (4,9%) είχαν τιμές, πάνω από την τιμή του κατωφλίου, ενώ κατά τη συνέντευξη μόνον 8, δηλαδή 0,6% εκ των 65, βρέθηκε να πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία. Όταν τα κριτήρια, συμπεριέλαβαν και τις άτυπες μορφές και τις περιπτώσεις μερικού συνδρόμου "partial syndrome", ο αριθμός έγινε 38 περιπτώσεις (2,85%) ο οποίος είναι περίπου το μισό του πρώτου αριθμού που είναι το ποσοστό των ατόμων με τιμές στο EAT, πάνω από την τιμή κατωφλίου. Οι ερευνητές σχολίασαν ότι οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο EAT επηρεάζοντο από την κοινωνική τάξη των ερωτηθέντων. Παρ' όλα δυνατά παραπάνω, το ερωτηματολόγιο EAT αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο και για κλινική εργασία αλλά και για ερευ-

νητική εργασία καθόσον μας παρέχει τη δυνατότητα αναγνώρισης των παθολογικών συνηθειών διατροφής που είναι τα πρώτα σημεία κάποιας διαταραχής διατροφής.

Παρακάτω παρατίθενται τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του EAT στις έρευνες που αναφέρθηκαν καθώς και στη δική μας, όπου το ποσοστό των μαθητών και μαθητριών με βαθμολογία μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου ήταν 5,2% για τα αγόρια και 25,35 για τα κορίτσια. Αντιστοίχως, παρατίθενται και τα ποσοστά εκτίμησης της επικράτησης της Ψ.Α.

Πίνακας ΣΤ

Δομές που έχουν Νοσηλεύσει ασθενείς με Ψ.Α.

- | | |
|----|---|
| 1. | Ψυχιατρική Κλινική Παν. Ιωαννίνων - Α.Θ.Κ. (7 δημοσιεύσεις) (22 ασθενείς) |
| 2. | Ψυχιατρική Κλινική Παν. Αθηνών (1 δημοσίευση) (10 ασθενείς) |
| 3. | Ψυχιατρική Κλινική Νοσ. Νίκαιας (2 δημοσιεύσεις) (18 ασθενείς) |
| 4. | Τμήμα Ψυχολογικής Παιδιατρικής Νοσ. Παιδών (1 δημοσίευση)
(παιδιά - έφηβοι, έως 15 ετών, 15 ασθενείς) |
| 5. | Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Θεσσαλονίκης (1 δημοσίευση) (13 ασθενείς) Β' Παν/κη Κλινική Νοσ. Θεσσαλονίκης |
| 6. | Ψυχιατρική Κλινική Σισμανόγλειου Γ.Π.Ν.Α. (2 δημοσιεύσεις) (5 ασθενείς) |
| 7. | Ψυχιατρική Κλινική Νοσ. Ευαγγελισμός (1 δημοσίευση) (3 ασθενείς) |

(Szumukler και συν. 1986).

N=1331

EAT>20 Κριτήρια για ΨΑ Ευρεία κριτήρια για Δ.Δ.

N=65 N=8

(4,9%) (0,6%)

N=38

(2,85%)

(Mann και συν. 1983)

N=1012

EAT>20 Κριτήρια για Ψ.Α.

N=83

(8,2%) N=4 (4,8%)

(Δική μας έρευνα, Μωρόγιαννης και συν. 1999)

N=854 (Αγόρια=385, Κορίτσια=471)

Κριτήρια για ΨΑ

A. BMI<17,5 (Δεύτης σωματικής μάζας μικρότερος ή ίσος του 17,5)

B. EAT>20 (Ολική βαθμολογία του EAT-26 μεγαλύτερη ή ίση του 20)

Γ. Αμηνόρροια > 3 μήνες (Αμηνόρροια μεγαλύτερη ή ίση των 3 μηνών)

Εκτίμηση επικράτησης ΨΑ και παθολογικών Συμπεριφορών Διατροφής στα κορίτσια.

	Σύνολο	Ποσοστό
Κριτήρια 1,2,3	0	0
Πιθανή ΨΑ	4/471	0,85%
Άτυπη ΨΑ	6/471	1,27%
Με παθολογικές συμπεριφορές διατροφής	119/471	25,3%

Τριτογενής Πρόβληψη

I. Θεραπεία της Ψ.Α.

Αρχές

1. Εγκατάσταση Θεραπευτικής συμμαχίας με τους γονείς
2. Εγκατάσταση Θεραπευτικής σχέσης με την ασθενή

Στόχοι της Θεραπείας

1. Την αποκατάσταση του βάρους στο επύπεδο του βάρους - στόχου.

2. Την επαναφορά φυσιολογικού τρόπου διατροφής, με ενθάρρυνση του ασθενούς να εξοικειωθεί με μια κανονική και θεραπευτική 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, πίστεων και πεποιθήσεων.
5. Την παρέμβαση στην οικογένεια με σκοπό τη συνεργασία και την αποφυγή της εμπλοκής.
6. Την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την ενίσχυση της αυτονομίας, τη διευκόλυνση της διαμόρφωσης ταυτότητας, τη στήριξη της διαδικασίας αυτοεκτίμησης και την αντιμετώπιση του αισθήματος αναξιότητας.
7. 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?
- (Ελάχιστες δομές έχουν δημοσιεύσει στοιχεία Βλ. Πίνακα)
- 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 B και C).

Ψυχιατρική αντιμετώπιση

- Θεραπεία της συνυπάρχουσας Ψυχιατρικής Νόσου

Ψυχοθεραπεία

- Οικογενειακή ή των γονέων
- Ατομική ψυχοθεραπεία
- Τουλάχιστον για ένα χρόνο (Crisp 1997)
- Όσο χρόνο με την διάρκεια της νόσου (EDA 1995)

Λόγω της διάρκειας της Ψυχοθεραπείας η Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της Ψ.Α. έχει εξαιρετικά υψηλό κόστος, που σε κάποιες περιπτώσεις αποτελεί αύτιο διακοπής της θεραπείας και επομένως υποτροπής.

Πρόγνωση

Καλή έκβαση 43%

Βελτίωση 36%

Χρόνια Πορεία 20%

Θνητιμότητα 5% (κατ' έτος)

(Steinhausen 1995)

II Θεραπεία Ψ.Β.

Αρχές

- Εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης με ασθενή.

Στόχοι

1. Εγκατάσταση κανονικού προγράμματος διατροφής και διακοπής του φαύλου κύκλου Υπερφαγίας - Εμετών.
2. Τροποποίηση Σκέψεων, Πίστεων και Συναισθημάτων που συντηρούν την βουλιμική συμπεριφορά βάσει του γνωσιακού μοντέλου.
3. Θεραπεία των Ιατρικών Επιπλοκών της βουλιμίας.
4. Αντιμετώπιση των συνυπάρχοντων Ψυχιατρικών

συμπτωμάτων που είναι συνήθη στη βουλιμία.

- 5. Ψυχολογική προσέγγιση

Ατομική ή Ομαδική ψυχοθεραπεία:

A) Γνωσιακή - συμπεριφορική (θεραπεία εκλογής)

B) Διαπροσωπική

G) 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, Διαιτητική εκπαίδευση)
- Γνωσιακή - συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία
- Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία
- Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία

Λόγω της μεγάλης συννοσηρότητας από Δ.Π. (κυρίως Οριακή και της ενότητας B) και από κατάχρηση ψυχοδραστικών Ουσιών και Αλκοόλης ή κατ' εξοχής θεραπευτική Βοήθεια ως προς το πλαίσιο παρέχεται σε Κέντρα Ημέρας και Κέντρα Εξειδικευμένης Φροντίδας που είναι αναγκαίο γρήγορα να λειτουργήσουν στην χώρα μας.

Πρόγνωση

Καλή Έκβαση 60%

Ενδιάμεση 30%

Κακή 10%

Θνητιμότητα: 3 φορές μεγαλύτερη από αυτή του γενικού πληθυσμού.

(Fichter και συν 1997)

ΠΙΝΑΚΑΣ Β

Παράγοντες κινδύνου για νόσηση από Ψυχογενή
Ανορεξία (Crisp 1986)

1. Ταχύς ρυθμός σωματικής ανάπτυξης και υψηλός “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.

ΠΙΝΑΚΑΣ Γ

Παράγοντες κινδύνου για νόσηση από Ψυχογενή
Βουλιμία (Fairburn 1997)

1. Ιστορικό 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 ματαίωση.
8. Διαπροσωπική ευαισθησία.
9. Ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία (?).
10. Οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης / αλκοολισμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ Δ

ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

1. Οικογενειακό ιστορικό διαταραχής διατροφής (Holland 1984, Holland 1988, Kasset 1989, Hsu 1990, Strober 1990, Kendler 1991).
2. Οικ. Ιστορικό συναισθηματικής διατ/χής Kasset 1989, Winokur 1980, Hudson 1983, Gershon 1984, Rivinus 1984, Hudson 1987, Logue 1989.
3. Οικογ. Ιστορικό κατάχρησης ουσιών (Kasset 1989, Hudson 1983, Rivins 1984, Hudson 1987, Bulik 1987).
4. Οικογ. Ιστορικό Παχυσαρκίας (Garfinkel 1980, Steber 1981, Fairburn 1985).
5. Ιστορικό γεγονότων ζωής (Schmidt και συν 1993).
6. Ιστορικό κακοποίησης (φυσική και σεξουαλική) (Welch 1994, Everill 1995, Welsh 1996).
7. Χαρακτηριστικά προσ/τας (Ψυχαναγκαστικότητα - τελειοθηρία - υπερβολική συμμόρφωση) (Gartinkel 1982, Johnson και Connors 1987).

ΠΙΝΑΚΑΣ Ε

ΔΕΚΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

1. Μην ασκείτε φυσική βία στα παιδιά σας.
2. Αποφεύγετε αυστηρά τη σεξουαλική προσβολή και κακοποίηση των παιδιών σας.
3. Μη δίνετε υπερβολική σημασία στις τροφές και το φαγητό.
4. Μη δίνετε υπερβολικό ενδιαφέρον στο βάρος και το σχήμα του σώματος των παιδιών σας.
5. Δείξτε αγάπη και ενδιαφέρον για τα παιδιά σας χωρίς υπερβολικό έλεγχο και χωρίς να γίνεστε υπερπροστατευτικοί.
6. Μην έχετε υπερβολικές ή ανέφικτες απαιτήσεις από τα παιδιά σας.
7. Μην επιζητάτε μία άριστη συμπεριφορά από το παιδί σας, συνεχώς.
8. Να αναγνωρίζετε και να ανταμείβετε τα μικρά

- 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.

(Slade 1995)

Συμπεράσματα

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και σύμφωνα με τα παραπάνω, επισημαίνονται τα εξής:

1. Οι διαταραχές διατροφής είναι συχνές και συνήθως σοβαρές καταστάσεις με ανθεκτικότητα στις θεραπευτικές προεμβάσεις. 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 διαταραχές διατροφής 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 δίαιτας, 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 κινδύ-

νους για ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία (βλέπε πίνακες Β και Γ).

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

4. Στην χώρα μας, ο χώρος είναι “παρθένος” και χρειάζεται προσοχή στο σχεδιασμό των προληπτικών προεμβάσεων - αν γίνουν, για να αποφευχθούν λάθη, όπως αυτά με τα ναρκωτικά. Πιθανότατα, πρόεχει η οργάνωση υπηρεσιών και των τριών βαθμίδων - κυρίως δύμως τριτογενούς πρόληψης.

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

5. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των αισθενών με Ψ.Α και Ψ.Α απαιτεί Ειδικά Κέντρα, όπως τα Κέντρα Ημέρας, τα Κέντρα Εξειδικευμένης Φροντίδας και τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και έμπειρο προσωπικό.

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

Βιβλιογραφία

1. Beumont PJV, Russell DJ, Touyz SW (1993): Treatment of Anorexia Nervosa, *Lancet* 341, 1635-1640.
2. Bulik CM (1987) Drug and alcohol abuse by bulimic women and their families *Am J Psychiatry* 144: 1604-1606.
3. Button EJ and Whitehouse A (1981) Subclinical Anorexia nervosa *Psych. Med.* 11, 509-516.
4. Crisp AH (1986): The integration of "self-help" and "help" in the prevention of Anorexia nervosa. *Br. Rev. Bul. Anor. Nervosa*, 1, 27-28.
5. Crisp A.H. (1997) Anorexia Nervosa as Flight from Growth: Assessment and Treatment based on the Model, in Garner D, Garfinkel P. *Handbook of Treatment to Eating Disorders*, p.p. 248-277, The Guilford Press, New York, London.

6. Eating Disorders Association (1995): A Guide for primary Care
7. Eisler I and Szmukler G (1986) Social class as a confounding variable in the eating attitudes test. In: Szmukler et al. (Eds) *Anorexia Nervosa and Bulimic Disorders*. Oxford, Pergamon Press
8. Fairburn C και συν. (1997) Risk factors for bulimia nervosa: A community case-control study. *Arch of Gen. Psychiatry* 54, 509-517
9. Fichter MM, Guadfieg N (1997) Six Year Course of Bulimia Nervosa *Int. Journal of Eating Disorders*, 22, 361-384.
10. Garfinkel PE, Moldofsky H, Garner DM (1980) The heterogeneity of anorexia nervosa: bulimia as a distinct subgroup *Arch Gen Psychiatry* 37: 1036-1040.
11. Garner DM and Garfinkel (1979) The Eating Attitudes Test: an Index of the symptoms of Anorexia nervosa. *Psych. Med.* 9, 273-279.
12. Garner DM, Olmstead MP, Bohr V and Garfinkel PE (1982) The EAT: Psychometric features and clinical correlates *Psych. Med.* 12, 871-878.
13. Gershon ES, Schreiber JL, Hamovit JR, Dibble ED, Kaye W, Nurnberger JL, Andersen AE, Ebert M (1984) Clinical findings in patients with anorexia nervosa and affective illness in their relatives *Am J Psychiatry* 141: 1419-1422.
14. Hill AJ (1997) Prevention of Eating Disorders. *Signpost*, December 1997 p. 1-4
15. Holland AJ, Hall A, Murray R, Russell GFM, Crisp AH (1984) Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets *Br J Psychiatry* 145:414-419.
16. Holland AJ, Sicotte N, Treasure JL Anorexia nervosa: evidence for a genetic basis. (1988) *J Psychosom Res.* 32: 561-571.
17. Hsu L.K.G. (1990) *Eating Disorders*, Guilford Press
18. Hsu L.K.G., Chelser BE, Santhouse R. (1990) Bulimia nervosa in eleven sets of twins: a clinical report. *Int J Eat Disord.* 9: 275-282.
19. Hudson JL, Pope HG, Jonas JM, Yurgelun-Todd D (1983) Family history study of anorexia nervosa and bulimia. *Br J Psychiatry* 142: 133-138.
20. Hudson JL, Pope HG, Jonas JM, Yurgelun-Todd D, Frankenborg FR (1987) A controlled family history study of bulimia *Psychol Med* 17: 883-890.
21. Johnson-Sabine E, Wood K, Patton G et al (1988) Abnormal eating attitudes in London schoolgirls. A prospective epidemiological study. Factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psych. Med.* 18, 615-622.
22. Kasset JA, Gershon ES, Maxwell ME, Guroff JJ, Kazuba DM, Smith AL, Brandt HA, Jimerson DC (1989) Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa *Am J Psychiatry* 146: 1468-1471
23. Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L (1991) The genetic epidemiology of bulimia nervosa *Am J Psychiatry* 148: 1627-1637.
24. Logue CM, Crowe RR, Brean JA (1989) A family study of anorexia nervosa and bulimia *Compr Psychiatry* 30: 179-188.
25. Mann AH, 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. *Psych. Med.* 13, 573-580
26. Rivinus TM, Biederman J, Herzog DB, Kemper K, Harper GP, Harmatz JS, Houseworth S (1984) Anorexia nervosa and affective disorders: a controlled family history study *Am J Psychiatry* 141: 1414-1418
27. Slade P (1995) Prospects for prevention: In: Szmukler G, Dare C, Treasure J (Eds) *Handbook of Eating Disorders*, p.p. 385-398
28. Steinhause CH (1995) The course and outcome of anorexia nervosa. In: Brownell K, Fairburn C (Eds) *Eating Disorders and Obesity*, pp. 234-237

- The Guilford Press
29. Stewart A (1997) Prevention of Eating Disorders in Adolescents, *Signpost*, December 1997 p. 4-5
30. Strober M, Lampert C, Morrell W, Burroughs J, Jacobs C. (1990) A controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggression and lack of shared transmission with affective disorders. *Int J Eat Disord.* 9: 239-253.
31. Vandereycken W and Meerman R (1984) Anorexia Nervosa: Is prevention possible? *Int. J. Psych. Med.* 14, 191-205
32. Winokur A, March V, Mendels J (1980) Primary affective disorder in relatives of patients with anorexia nervosa Am J Psychiatry 137: 695-698.