

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΑΝΘΡΩΠΟ

Φοιτήτρια: Αθανασία Χαριζάνη

Θεσσαλονίκη, 2012

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΑΝΘΡΩΠΟ

Φοιτήτρια: Αθανασία Χαριζάνη

Επόπτης καθηγητής: Κυριακή Δερβίσογλου

Θεσσαλονίκη, 2012

1. Εισαγωγή

Το θέμα της πτυχιακής εργασίας «Διατροφικές διαταραχές στο σύγχρονο άνθρωπο», επιλέχθηκε διότι αποτελεί φαινόμενο της εποχής μας με συνεχώς αυξανόμενο ρυθμό εμφάνισης. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής χαρακτηρίζονται ως ένα πολυδιάστατο θέμα καθώς θεωρούνται μάστιγα του 21^{ου} αιώνα προσβάλλοντας και τα δύο φύλα ανεξαρτήτως ηλικίας.

Η εποχή της αφθονίας, της τεχνολογικής εξέλιξης και της αυτοματοποίησης, των ραγδαίων ρυθμών ζωής και των αμφισβητούμενων προβαλλόμενων προτύπων είναι τα γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν το σύγχρονο άνθρωπο. Ο άνθρωπος που λόγω της ανάπτυξης του βιοτικού του επιπέδου ανέδειξε στοιχεία απληστίας και αμετροέπειας. Απόδειξη των στοιχείων αυτών, η προσπάθεια του ατόμου να ξεφύγει από τον κάποτε παραδοσιακό τρόπο ζωής, με ηπιότερες για την υγεία και την ψυχολογία συνθήκες, με υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή, περιορισμένο άγχος, πραγματικές αξίες και πρότυπα και τη φυσική δραστηριότητα να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητάς του. Όλα αυτά οδήγησαν ένα ποσοστό ανθρώπων σε ένα κινήρι κατάκτησης κοινής αποδοχής και θαυμασμού από την κοινωνία που επιτυγχάνεται με την πλήρη υποταγή στα σύγχρονα «πρότυπα» ομορφιάς, πρότυπα ομορφιάς που κυρίως προάγουν την ελλειποβαρή, στα όρια της καχεξίας, εξωτερική εμφάνιση. Αφετέρου, ένα άλλο ποσοστό οδηγήθηκε στη σύγχυση διατροφικής ποσότητας – ποιότητας, εξαιτίας της διατροφικής εξέλιξης και βιομηχανοποίηση αυτής, απόρροια της οποίας η εμφάνιση βουλιμικών ατόμων και φαινομένων παχυσαρκίας. Ως αποτέλεσμα, έχουμε την υιοθέτηση εξαντλητικών διατροφικών σχημάτων, χρήση καθαρτικών και άλλων μέσων, για την εξασφάλιση αυτού του ανθρώπινου μοντέλου με καθορισμένες διαστάσεις στην πρώτη περίπτωση και αμετροέπεια στην κατανάλωση τροφών στη δεύτερη περίπτωση, που οδηγούν στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών. Αυτές οι διαταραχές παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην επιστημονική κοινότητα τα τελευταία χρόνια από ψυχολογική και βιολογική άποψη.

Σκοπός της εργασίας είναι να διευκρινιστούν οι διατροφικές διαταραχές, τα αίτια αυτών, οι συνέπειες και οι τρόποι αντιμετώπισής τους. Αρχικά παρατίθενται οι βασικοί ορισμοί που θα ακολουθήσουν στην εργασία. Στη συνέχεια οι διαταραχές πρόσληψης τροφής χωρίζονται σε 3 μέρη, τη νευρογενή ανορεξία, τη νευρογενή βουλιμία και την παχυσαρκία, όπου σε κάθε ένα από αυτά τα μέρη αναπτύσσεται η κάθε διαταραχή. Παρουσιάζονται λεπτομερώς οι ορισμοί των ποικίλων διαταραχών πρόσληψης τροφής, πληροφορίες εμφάνισής τους ανά δεκαετία, τα αίτια αυτών, οι συνέπειες και οι τρόποι αντιμετώπισής τους. Τέλος δίνονται αρκετά στοιχεία ερευνών για την ορθή αξιολόγηση και αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών ως ένα σύγχρονο κοινωνικό πρόβλημα.

Περίληψη

Με τον όρο διατροφικές διαταραχές εννοούμε μία επίμονη διαταραχή της διατροφής ή της σχετιζόμενης με τη διατροφή συμπεριφοράς, η οποία έχει σε σημαντικό βαθμό αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική υγεία ή την ψυχοκοινωνική λειτουργία του ατόμου. Στις διατροφικές διαταραχές εντάσσονται η νευρογενής ανορεξία, η νευρογενής βουλιμία, η παχυσαρκία και μη αλλιώς προσδιοριζόμενες διαταραχές λήψης τροφής που αποτελούν ξεχωριστή κατηγορία διότι δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας ή βουλιμίας.

Τα διατροφικά αυτά φαινόμενα προϋπήρχαν, αλλά στις μέρες μας σημειώνουν έξαρση. Η δύναμη και τεράστια επιρροή των κοινωνικών επιδράσεων στη διαμόρφωση του σωματικού βάρους, εντοπίζεται στο γεγονός ότι οι επιδράσεις αυτές είναι πολυεπίπεδες στην εκδήλωσή τους και μπορούν να αναγνωριστούν στην οικογένεια, στις διάφορες υπηρεσίες, στην κοινότητα και στην κοινωνία εν γένει. Αναμφισβήτητα αυτό το ιδανικό του λεπτόσωμου σώματος το έχει υιοθετήσει μεγάλο ποσοστό, κυρίως νέων γυναικών και λιγότερο ανδρών, οι οποίοι αν και έχουν ένα κανονικό, φυσιολογικό βάρος, αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως υπέρβαρο. Ως αποτέλεσμα έχουμε την εμφάνιση της ανορεξίας, με πλήρη αποχή από τη λήψη τροφής, τη βουλιμία με τα αδηφαγικά επεισόδια και την παχυσαρκία ως ψυχοσωματική αντίδραση στα προβαλλόμενα κοινωνικά πρότυπα και ένδειξη ανθρώπινης αδυναμίας.

Το γεγονός ότι μεγάλος αριθμός ανθρώπων επιχειρεί να ελέγξει την πρόσληψη τροφής, το μέγεθος και το σχήμα του σώματός του, φαίνεται να καθορίζεται από την κουλτούρα της κάθε κοινωνίας. Παράλληλα οι διαταραχές πρόσληψης τροφής φαίνεται να ανθίζουν σε κοινωνίες που προβάλλουν ως αξίες την αδύνατη σιλουέτα, συμβολίζοντας τη δυναμική του ατόμου και τα προσωπικά του επιτεύγματα.

Τα τελευταία χρόνια η έμφαση που έχει δοθεί στον αιτιολογικό ρόλο των κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων σε ό,τι αφορά στις διαταραχές λήψης τροφής, έχει συμβάλλει στην εντατικοποίηση αντιμετώπισης του προβλήματος. Τέτοιου είδους προσπάθειες μπορούν να ανατρέψουν την προβολή του προτύπου της λεπτόσωμης σιλουέτας ως ενδεικτικό ελκυστικότητας, επιτυχίας και αποδοχής και να αναστείλουν και να προλάβουν την ανάπτυξη αυτών των διαταραχών.

Λέξεις κλειδιά: Νευρογενής/ Ψυχογενής Ανορεξία, Νευρογενής/ Ψυχογενής Βουλιμία, Παχυσαρκία, Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, Διαταραχές Λήψης Τροφής, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Obesity

Πίνακας Περιεχομένων

1. Εισαγωγή.....	3
2. Δομές	
2.1. Ορισμοί	7
2.2. Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής	10
2.2.1. Γενικά στοιχεία	10
2.2.2. Ιστορική αναδρομή των ΔΠΤ	10
2.2.3. Η χρονική εξέλιξη των ΔΠΤ	14
2.2.4. Ταξινόμηση Διατροφικών Διαταραχών	16
2.2.5. Κλινικά χαρακτηριστικά	17
2.2.6. Θεωρίες αιτιολογίας	17
2.2.7. Άτομα που υποφέρουν από ΔΠΤ	18
2.2.8. Διαφορές στα δύο φύλα	19
2.2.9. Πολιτισμικές διαφορές	21
2.2.10. Ρόλος ΜΜΕ	24
2.2.11. Παράγοντες κινδύνου	25
2.3. Νευρογενής Ανορεξία	27
2.3.1. Γενικά στοιχεία	27
2.3.1.1. Επιπολασμός	28
2.3.1.2. Γενικευμένα διαγνωστικά κριτήρια	29
2.3.1.3. Τύποι Νευρογενούς Ανορεξίας	29
2.3.1.4. Παθογένεια και κλινικά γνωρίσματα	29
2.3.2. Ιστορική αναδρομή της ΝΑ	30
2.3.3. Το χρονολογικό προφίλ της ΝΑ	32
2.3.4. Επιδημιολογία	34
2.3.5. Διάγνωση	36
2.3.6. Ανάλυση Τύπων ΝΑ	38
2.3.7. Ανάλυση διαγνωστικών κριτηρίων	40
2.3.8. Αξιολόγηση	41
2.3.9. Διαστρεβλωμένη αυτό-εικόνα	43
2.3.10. Ιατρικές εξετάσεις και εργαστηριακά ευρήματα	46
2.3.11. Διαφοροδιάγνωση	46
2.3.12. Συνοσηρότητα	48
2.3.13. Παθοφυσιολογία.....	50
2.3.14. Ιατρικές Επιπλοκές.....	51
2.4. Νευρογενής Βουλιμία.....	53
2.4.1. Γενικά στοιχεία.....	53
2.4.1.1. Επιπολασμός.....	55
2.4.1.2. Γενικευμένα διαγνωστικά κριτήρια.....	55
2.4.1.3. Τύποι Νευρογενούς Βουλιμίας.....	56
2.4.1.4. Παθογένεια και κλινικά γνωρίσματα.....	56
2.4.2. Ιστορική αναδρομή της ΝΒ.....	57
2.4.3. Το χρονολογικό προφίλ της ΝΒ.....	58

2.4.4.	Επιδημιολογία.....	60
2.4.5.	Διάγνωση.....	64
2.4.6.	Ανάλυση Κλινικής εικόνας NB.....	65
2.4.7.	Ανάλυση διαγνωστικών κριτηρίων.....	65
2.4.8.	Αξιολόγηση.....	66
2.4.9.	Διαστρεβλωμένη αυτό-εικόνα.....	67
2.4.10.	Ιατρικές εξετάσεις και εργαστηριακά ευρήματα.....	70
2.4.11.	Διαφοροδιάγνωση.....	74
2.4.12.	Συνοσηρότητα.....	76
2.4.13.	Παθοφυσιολογία.....	77
2.4.14.	Ιατρικές επιπλοκές.....	80
2.5.	Παχυσαρκία.....	82
2.5.1.	Γενικά στοιχεία.....	82
2.5.2.	Ορισμός.....	82
2.5.3.	Η σύγχρονη επιδημία παχυσαρκίας.....	83
2.5.4.	Ταξινόμηση.....	84
2.5.5.	Αιτιοπαθογένεια.....	85
2.5.5.1.	Ενδοκρινικές αιτίες.....	85
2.5.5.2.	Ψυχολογικές αιτίες.....	85
2.5.5.3.	Κληρονομικότητα.....	86
2.5.6.	Παχυσαρκία στις διάφορες ηλικίες.....	86
2.5.7.	Ιστορική αναδρομή παχυσαρκίας.....	90
2.5.8.	Επιπτώσεις στην υγεία.....	91
2.5.8.1.	Σακχαρώδης διαβήτης τύπου Β.....	91
2.5.8.2.	Άλλες επιπτώσεις.....	91
2.5.9.	Επιπτώσεις παχυσαρκίας στην ψυχολογία.....	93
2.5.10.	Θεραπεία.....	94
2.5.11.	Θνησιμότητα.....	95
2.5.12.	Εικόνα σώματος και παχυσαρκία.....	96
3.	Επίλογος.....	98
	Βιβλιογραφία.....	99

2. Δομές

2.1 Ορισμοί

Οι διατροφικές διαταραχές που αναφέρονται στην παρούσα εργασία είναι:

1. Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ)
 2. Νευρογενής-Ψυχογενής Ανορεξία (ΝΑ)
 3. Νευρογενής-Ψυχογενής Βουλιμία (ΝΒ)
 4. Παχυσαρκία
 5. Μη αλλιώς Προσδιοριζόμενες Διαταραχές Λήψης Τροφής
 6. Διάχυση Σκέψης και Σωματικής Εικόνας (ΔΣΣΕ)
- Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ) αποτελούν μία κατηγορία ψυχιατρικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχές στη συμπεριφορά λήψης τροφής ενός ατόμου. Ενώ οι ΔΠΤ είναι σπάνιες στον γενικό πληθυσμό, είναι ιδιαίτερα συχνές στις έφηβες και τις νεαρές ενήλικες γυναίκες και σπανιότερα στους άνδρες (Hoek, Bartelds, Bosveld, Vandergraaf, Limpens, Maiwald, & Spaaij, 1995; Hoek & Van Hoeken, 2003). Στις ΔΠΤ η αυτοεικόνα και η αυτοαξία ορίζεται αποκλειστικά από το βάρος και το σχήμα του σώματος. Στο όνομα μίας εξιδανικευμένης λεπτότητας, οι ασθενείς με ΔΠΤ οδηγούνται σε απεγνωσμένες δίαιτες και σε άλλες ακραίες μεθόδους ελέγχου του σωματικού τους βάρους, βιώνουν έντονο άγχος και κατάθλιψη, με αποτέλεσμα να δυσλειτουργούν στους σημαντικούς τομείς της ζωής τους (Κωστοπούλου, 2007).
 - Η Νευρική Ανορεξία (ΝΑ) πιο γνωστή ως ανορεξία είναι μια διατροφική διαταραχή που χαρακτηρίζεται κυρίως από άρνηση για διατήρηση ενός υγιούς, φυσιολογικού βάρους και ένα μανιώδη φόβο για την απόκτηση βάρους, σε συνδυασμό με μια διαστρεβλωμένη εικόνα για τον εαυτό τους που μπορεί να διατηρηθεί από διάφορες προκαταλήψεις σχετικά με το σώμα του ή της, το φαγητό και την διατροφή τους. Τα άτομα με νευρική ανορεξία συνεχίζουν να νιώθουν πείνα αλλά επιτρέπουν στους εαυτούς τους μόνο πολύ μικρές ποσότητες φαγητού. Η μέση ημερήσια πρόσληψη θερμίδων για άτομα με ανορεξία είναι 600-800 θερμίδες αλλά υπάρχουν και ακραίες περιπτώσεις ολικούς αθρενίας. Είναι μια σοβαρή ψυχική αρρώστια με υψηλό ποσοστό παρενεργειών και το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από όλες τις ψυχικές ασθένειες. Η νευρική ανορεξία εκδηλώνεται συνήθως στην εφηβεία και είναι πιο συχνή στις έφηβους. Παρόλο που μπορεί να επηρεάσει ανθρώπους κάθε ηλικίας, φυλής και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης η νευρική ανορεξία επηρεάζει τις γυναίκες 10 φορές περισσότερο από τους άντρες. Ο όρος νευρική (ανορεξία)

καθιερώθηκε το 1873 από τον Σερ Γουίλλιαμ Γκαλ (Sir William Gull) έναν από τους προσωπικούς γιατρούς της Βασίλισσα Βικτωρίας. Ο όρος έχει ελληνική προέλευση από το \square ν -(πρόθεμα που δηλώνει άρνηση) και το \square ρεξις (όρεξη) άρα σημαίνει έλλειψη της επιθυμίας του ατόμου να τραφεί (Lask, 2012).

- Ο όρος Νευρογενής-Ψυχογενής Βουλιμία (NB) ως επίσημη διαγνωστική κατηγορία πρωτοεμφανίζεται το 1980 στο DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ακαδημία για να περιγράψει επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας, το φόβο του ατόμου ότι αν αρχίσει να τρώει δε θα μπορέσει να σταματήσει, καθώς και καταθλιπτική διάθεση και σκέψη αυτομομφής μετά από κάθε επεισόδιο. Απόπειρες για απώλεια βάρους με δίαιτες, αυτοπροκαλούμενους έμετους ή τη χρήση καθαρτικών και/ή διουρητικών θα μπορούσαν να υπάρχουν ως σύμπτωμα, αλλά η διάγνωση της Βουλιμίας θα μπορούσε να μπει ακόμη και επί απουσίας τους. Ακόμη, ο όρος Νευρογενής Βουλιμία υποκαθιστά τον όρο Βουλιμία, έτσι ώστε να παραπέμπει περισσότερο προς μία συγκεκριμένη διαταραχή, παρά προς το συγκεκριμένο σύμπτωμα της βουλιμίας, της επεισοδιακής δηλαδή υπερφαγίας (Σίμος, 1996).
- Η παχυσαρκία είναι συνήθως αποτέλεσμα υπερβολικής πρόσληψης θερμίδων (υπερβολική κατανάλωση τροφών) και ανεπαρκούς άσκησης. Ορίζεται ως αύξηση του βάρους μεγαλύτερη από το 20% του φυσιολογικού για την ηλικία και το ύψος. Στις περιπτώσεις που η αύξηση του βάρους είναι μεγαλύτερη του 60% του φυσιολογικού για την ηλικία και το ύψος τότε μιλάμε για περιπτώσεις παχυσαρκίας υψηλού κινδύνου (Αμοιρίδου, 2005).
- Η κατηγορία των μη αλλιώς προσδιοριζόμενων διαταραχών λήψης τροφής, περιλαμβάνει Διαταραχές Λήψης Τροφής (ΔΛΤ) που προσομοιάζουν στην ανορεξία ή τη βουλιμία αλλά δεν πληρούν όλα τα διαγνωστικά κριτήρια οποιασδήποτε ειδικής διαταραχής και συνήθως είναι μικρότερης σοβαρότητας. Οι διαταραχές αυτές έχουν ονομαστεί μη αλλιώς προσδιοριζόμενες διατροφικές διαταραχές και είναι οι πιο συχνά εμφανιζόμενες (Schmidt et al., 2008).
- Η Διάχυση Σκέψης και Σωματικής Εικόνας (ΔΣΣΕ) ενεργοποιείται όταν ένα άτομο σκέφτεται ότι τρώει μία απαγορευμένη τροφή με αποτέλεσμα να πιστεύει ότι έχει πάρει βάρος ή ότι έχει αλλάξει το σχήμα του σώματός του, να αισθάνεται ότι έχει διαπράξει ηθικό λάθος και να αισθάνεται ότι είναι παχύτερο. Η ΔΣΣΕ σχετίζεται με την ενασχόληση με το σχήμα και με το βάρος του σώματος και με την έκταση της γνωσιακής διαστρέβλωσης

«σύντηξη σκέψης και πράξης», δηλαδή με την τάση ενός ατόμου να ταυτίζει μία σκέψη με μία πράξη και να τις θεωρεί ηθικά ισότιμες. Η ΔΣΣΕ σχετίζεται λιγότερο με συμπτώματα κατάθλιψης ή ιδεοψυχαναγκασμού. Η έκλυση της ΔΣΣΕ σε ασθενείς με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής δημιουργεί μία σειρά γνωσιακών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών αλλαγών οι οποίες εν μέρει διαφοροποιούνται σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία και σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Μετά την έκλυση της ΔΣΣΕ, τα άτομα με νευρογενή βουλιμία παρουσιάζουν αύξηση του άγχους, της ενοχής και της δυσαρέσκειας με το σώμα τους, και τα άτομα με νευρογενή ανορεξία εκτός από την αύξηση του άγχους και της ενοχής παρουσιάζουν και μία αυξημένη αίσθηση ελέγχου στο φαγητό. Η έκλυση της ΔΣΣΕ δημιουργεί επίσης υψηλά επίπεδα ώθησης για διόρθωση ή εξουδετέρωση της σκέψης κατανάλωσης ενός απαγορευμένου ή παχυντικού φαγητού. Οι νοητικές διεργασίες εξουδετέρωσης μειώνουν τις επιδράσεις της ΔΣΣΕ, με εξαίρεση την αίσθηση ότι τα άτομα διαπράττουν ηθικό λάθος μέσα από τη σκέψη ότι τρώνε, η οποία αποτελεί την ανθεκτικότερη στην εξουδετέρωση διάσταση της ΔΣΣΕ. Οι διορθωτικές συμπεριφορές και οι νοητικές διεργασίες εξουδετέρωσης της σκέψης ότι οι ασθενείς έχουν φάει, πιθανώς ενισχύουν την εμφάνιση της ΔΣΣΕ και διατηρούν την κεντρικότητα του βάρους και του σχήματος του σώματός τους στην συνολική τους αυτοαξιολόγηση. Η ΔΣΣΕ φαίνεται ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στις ΔΠΤ και για τον λόγο αυτό έχει σημαντικές θεωρητικές, ερευνητικές και ψυχοθεραπευτικές προεκτάσεις. Ο ειδικός ρόλος της ΔΣΣΕ στην ψυχοπαθολογία των ΔΠΤ και η συμβολή της στη θεραπεία μένουν να καθοριστούν σε μελλοντικές επαρκώς σχεδιασμένες μελέτες (Κωστοπούλου, 2007).

2.2 Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

2.2.1 Γενικά στοιχεία

Η τροφή είναι προϋπόθεση για τη ζωή και πρέπει να παρέχει ενέργεια, αλλά και οργανικές και ανόργανες ουσίες για το σχηματισμό των συστατικών του σώματος και τη διατήρηση των λειτουργιών του. Η φυσιολογική ρύθμιση της πρόσληψης τροφής γίνεται με το αίσθημα της πείνας και του κορεσμού, που ρυθμίζονται κυρίως από τα υποθαλαμικά κέντρα (Pennigton, 1986). Ωστόσο, η εικόνα σώματος φαίνεται πως έχει αλλάξει πολύ τα τελευταία χρόνια και συντελεί σημαντικά στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών.

Διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά είναι μία συνεχώς διαταραγμένη διατροφή ή διατροφική συμπεριφορά που επηρεάζει αρνητικά την υγεία ή τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού ή και τα δύο, και η οποία δεν είναι δευτερογενές αίτιο κάποιας άλλης αρρώστιας ή ψυχιατρικής διαταραχής (Fairburn et al., 2003).

Οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται σαν σημάδια συναισθηματικής ή ψυχολογικής ανισορροπίας, όπου η κατανάλωση τροφής και η αποχή από αυτήν συνοδεύονται με ανακούφιση ή ενοχές. Οποιοσδήποτε μπορεί να εμφανίσει διατροφικές διαταραχές, αλλά πιο επιρρεπείς είναι οι νεαρές γυναίκες 15-25 ετών. Τραυματικά γεγονότα ενισχύουν την εμφάνιση ανορεξίας ή βουλιμίας. Ακόμη πιο επιρρεπή είναι τα άτομα της ανώτερης και μέσης κοινωνικής τάξης, από αναπτυγμένες κοινωνικά χώρες.

Οι διατροφικές διαταραχές οφείλονται σε γενετική προδιάθεση, βιολογικούς παράγοντες, αυξημένες κοινωνικές ή επαγγελματικές απαιτήσεις. Όμως, πρόσφατες έρευνες σε μετανάστες έδειξαν ότι η κοινωνία έχει μεγαλύτερη επίδραση στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών από ότι η γενετική προδιάθεση (Sassaroli & Ruggiero, 2005).

2.2.2. Ιστορική αναδρομή των ΔΠΤ

Η ιστορική ανασκόπηση των ΔΠΤ αναδεικνύει τόσο τη σοβαρότητά τους όσο και την έκταση του φαινομένου. Οι ιστορικές αναφορές στην παθολογική λήψη τροφής εντοπίζονται χρονικά στην Αρχαία Ελλάδα. Σύμφωνα με τον Stunkard (1993) η βουλιμία είναι μία «αρχαία διάγνωση». Όπως άλλωστε υποδηλώνει και η ετοιμολογία της λέξης, ο «λιμός» στην αρχαία ελληνική γλώσσα σήμαινε «πείνα» και η προσθήκη του συνθετικού «βού» σήμαινε «μία μεγάλη ποσότητα», ή «βους» που σήμαινε «βόδι» (Liddell & Scott, 1972). Ο Ιπποκράτης, ο Ξενοφώντας και ο Αριστοφάνης αναφέρθηκαν στον «βουλιμό» ως μία νοσηρή μορφή πείνας η οποία έφερε από την φυσιολογική (Liddell & Scott, 1972). Σύμφωνα με τον Stunkard (1993), οι μετέπειτα Έλληνες και Ρωμαίοι συγγραφείς αναφερόντουσαν στον «βουλιμό» για

να περιγράψουν το αίσθημα πείνας, αδυναμίας και λιποθυμίας, καθώς και την υπερβολική κατανάλωση τροφής που ενεργοποιούσαν τα αισθήματα αυτά. Ο Γαληνός είχε τονίσει τη σημαντικότητα της τάσης για λιποθυμία και της απληστίας για το φαγητό ως χαρακτηριστικά του «βουλιμού» και λόγω της θέσης εξουσίας που κατείχε, η συγκεκριμένη ερμηνεία της λέξης επικράτησε για παραπάνω από 1000 χρόνια (Stunkard, 1993).

Περιπτώσεις αυτο-λιμού που αποδόθηκαν σε δαιμονικές δυνάμεις και θεραπεύονταν με εξορκισμούς τεκμηριώθηκαν στο διάστημα ανάμεσα στον 5ο και στον 8ο Μ.Χ. αιώνα (Lacey, 1982 στο Keel & Klump, 2003). Ο Bell (1985) εντόπισε την πιθανή ύπαρξη της «ιερής ανορεξίας» (“holy anorexia”) σε ιστορική του μελέτη σε 261 Αγίους στην Ιταλία από το 1200 μ.Χ. και έπειτα. Η ιερή ανορεξία περιλάμβανε την άρνηση του φαγητού και την απίσχνανση, οι οποίες κινητοποιούνταν από την πίστη των αγίων σε μία ανώτερη θεϊκή παρέμβαση. Το 1694, ο Richard Morton περιέγραψε για πρώτη φορά στην ιατρική βιβλιογραφία την «Νευρική Ανορεξία» ως μία πάθηση «νευρικής φθοράς» που προκαλείτο από μία «μελαγχολική και αγχωτική φροντίδα». Ο συγγραφέας εμπνεύστηκε από την ιστορία μίας γυναίκας η οποία παρουσίαζε συμπτώματα εξάντλησης, αμηνόρροια και αφοσίωση στη μελέτη και η οποία τελικά πέθανε διότι αρνείτο να δεχτεί οποιαδήποτε θεραπεία. Τα συμπτώματα αυτά, χαρακτηρίζουν τη σημερινή κλινική εικόνα της Ψυχογενούς Ανορεξίας (Σίμος, 1996).

Στον 18ο αιώνα η επιρροή του Γαληνού μειώθηκε, με αποτέλεσμα οι νεότερες περιγραφές της βουλιμίας να μην περιλαμβάνουν το κριτήριο της λιποθυμίας. Ο James (1743) περιέγραψε τον «αληθινό βουλιμό» (“true boulimus”), ο οποίος χαρακτηριζόταν από την έντονη ενασχόληση με το φαγητό και την υπερφαγία σε μικρά χρονικά διαστήματα. Ανέφερε επίσης μία παραλλαγή του φαινομένου, το “caninus appetitus” όπου η υπερφαγία ακολουθείτο από την πρόκληση εμετού (Stunkard, 1993). Το 1772, ο Cullen ανέφερε περιστατικά ασθενών οι οποίοι υπέφεραν από μία «τόσο δυνατή πείνα, κατά την οποία έτρωγαν περισσότερο απ’ ότι μπορούσαν να χωνέσουν» και διαχώρισε επτά διαφορετικά είδη βουλιμίας (Stunkard, 1993). Στις αρχές του 19ου αιώνα, η έννοια της βουλιμίας ως υπερφαγία αναγνωρίστηκε επαρκώς και εντάχτηκε στην εγκυκλοπαίδεια Encyclopedia Britannica (1797) και στο ιατρικό λεξικό Dictionnaire de Medecine et Chirurgie (1830). Το 1833, ο Descuret περιέγραψε μία περίπτωση «σύμφυτης βουλιμίας» (“congenital bulimia”) με βάση την περίπτωση μίας μαθήτριας η οποία απεβλήθη από το σχολείο της επειδή έκλεβε φαγητό από τις συμμαθήτριές της, ενώ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της στη ψυχιατρική κλινική του Σαλπετριέρ, κατανάλωνε πέντε κιλά ψωμί ημερησίως (Stunkard, 1993). Στα τέλη του 19ου αιώνα, δύο διακεκριμένοι γιατροί, ο Charles Lasègue και ο Sir William Gull περιέγραψαν την Ψυχογενή Ανορεξία. Ο Lasègue δημοσίευσε το 1873 το άρθρο του «Περί της Υστερικής

Ανορεξίας» (Χριστοδούλου και συν., 2000), όπου παρουσίασε οκτώ ασθενείς (οι περισσότερες ήταν νεαρές κοπέλες) στις οποίες η έναρξη της διαταραχής είχε προκληθεί από κάποιο συγκινησιακό ερέθισμα. Στις κλινικές του περιγραφές, ο Lasègue τόνισε την ικανοποίηση των ασθενών του με την κατάστασή τους, παρά την ανησυχία και τις απειλές των μελών της οικογένειάς τους και αντιλήφθηκε την νευρική ανορεξία ως «μία υστερία συνδεδεμένη με την υποχονδρία».

Ο Gull (1874) χαρακτήρισε το σύνδρομο της «Νευρικής Ανορεξίας» ως «μία διαστροφή του Εγώ» το οποίο εμφανιζόταν με άρνηση της τροφής, αμηνόρροια, απώλεια βάρους και υπερβολική σωματική άσκηση και είχε τις ρίζες του στο νοσογόνο ρόλο της οικογένειας της ασθενούς (Stunkard, 1993). Σύμφωνα με τον Stunkard (1993), ο Charcot υπήρξε ο πρώτος που αναγνώρισε τις ανησυχίες των ασθενών με ανορεξία για την εικόνα του σώματός τους και το ατέρμονο κυνήγι της λεπτότητας. Το κύρος του Charcot στη Γαλλική ιατρική κοινότητα οδήγησε και άλλους Γάλλους ιατρούς όπως τον Janet (1903) στην περαιτέρω διερεύνηση της αναζήτησης της λεπτότητας που εμφάνιζαν οι ασθενείς με ανορεξία. Για πολλά χρόνια, οι περιγραφές της Ψυχογενούς Ανορεξίας περιορίζονταν στην ανάλυση ατομικών περιπτώσεων, με αποτέλεσμα την επικράτηση μίας μακροχρόνιας σύγχυσης αναφορικά με την φύση της Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Μετά τις περιγραφές του 19ου αιώνα, η νοσολογική οντότητα της Ψυχογενούς Ανορεξίας σχετίστηκε με την «πανυποφυσιακή καχεξία» δηλαδή με τη γενικευμένη υπολειτουργία της υπόφυσης, η οποία περιγράφηκε από τον Simmonds το 1914. Αν και η Ψυχογενής Ανορεξία διαφοροποιήθηκε από την πανυποφυσιακή καχεξία το 1949, η υπεργενίκευση της αποφυγής λήψης τροφής στην οποία παρέπεμπε ο όρος «ανορεξία», προκάλεσε παράταση της σύγχυσης μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1960. Εν τω μεταξύ, με την βαθιά επιρροή του ψυχαναλυτικού ρεύματος στα τέλη του 1930, η Ψυχογενής Ανορεξία αποδόθηκε σε ασυνείδητες ενορμήσεις και ενδοψυχικές συγκρούσεις των ασθενών. Ο Sigmund Freud στο βιβλίο «Τρεις Μελέτες για την Θεωρία της Σεξουαλικότητας» (1905) συνέδεσε τη διατροφή με τη σεξουαλικότητα και ερμήνευσε την αηδία απέναντι στη τροφή, ως αποτέλεσμα της απώθησης του στοματικού ερωτισμού του ατόμου και την αμηνόρροια ως την άρνηση της γενετήσιας σεξουαλικότητας.

Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, ένα νέο σύνδρομο γεννήθηκε. Οι πρώτες περιγραφές μίας σειράς ασθενών με Ανορεξία που ανέφεραν υπερφαγία και πρόκληση εμέτου πραγματοποιήθηκαν από τον Crisp (1967), ο οποίος διαπίστωσε ότι το 18% των ασθενών με ανορεξία παρουσίαζαν και συμπεριφορές κάθαρσης/υπερφαγίας. Τα ευρήματα των δημοσιεύσεων των Casper, Eckert, Halmi, Goldberg, και Davis (1980) και των Garfinkel, Moldofsky, και Garner (1980) οδήγησαν στην πρόταση ενός νέου υπότυπου της Ψυχογενούς

Ανορεξίας – την υπερφαγικού/ καθαρτικού τύπου ανορεξία με βάση την παρουσία ή την απουσία της υπερφαγίας (Stunkard, 1993).

Οι εργασίες της Hilde Bruch (1962), η οποία περιέγραψε τη χαρακτηριστική «ανυποχώρητη επιδίωξη της λεπτότητας» και του Crisp (1967) ο οποίος απέδωσε κεντρικό ρόλο στη «φοβία του πάχους», συνέβαλλαν στην αποσαφήνιση της φύσης και της εκδήλωσης της ανορεξίας και στην κατανόηση των σύγχρονων διαγνωστικών κριτηρίων που τη διέπουν. Παράλληλα, η εργασία του Russell (1979) με τίτλο «Ψυχογενής Βουλιμία: η άλλη όψη του νομίσματος της Ψυχογενούς Ανορεξίας» ήταν καινοτόμα. Ο Russell περιέγραψε τα κοινά χαρακτηριστικά 30 γυναικών ασθενών τις οποίες παρακολουθούσε στο διάστημα 1972-1978, οι οποίες παρουσίαζαν συμπτώματα έντονης και ανεξέλεγκτης παρόρμησης για υπερβολικό φαγητό, αποφυγή πρόσληψης βάρους μέσω του αυτοπροκαλούμενου εμετού, νοσηρό φόβο του πάχους και υπερβολική ενασχόληση με το σχήμα και με το βάρος του σώματός τους.

Στη δεκαετία του 1980 παρουσιάστηκε μία ανακοίνωση του Αμερικανικού περιοδικού *Cosmopolitan* η οποία περιέγραφε τα συμπτώματα της βουλιμίας και καλούσε όσους τα παρουσίαζαν να απαντήσουν σε ένα απόρρητο και ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Το ερευνητικό ενδιαφέρον για την βουλιμία εξαπλώθηκε, με αποτέλεσμα την επίσημη αναγνώριση της βουλιμίας ως ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας, με αυτόνομη κλινική υπόσταση και συγκεκριμένα νοσολογικά χαρακτηριστικά (Fairburn, 1999). Το εκλαϊκευτικό αυτό γυναικείο περιοδικό, έδωσε φωνή και ορατότητα σε ένα φαινόμενο που παρέμενε σιωπηλό και άγνωστο στο ευρύ κοινό. Η σύντομη ιστορική αναδρομή στις ΔΠΤ αντανάκλα την ποικιλότητα των διαφορετικών θεωρητικών προσεγγίσεων που επικρατούσαν στις διαφορετικές χρονικές περιόδους. Οι παλαιότερες αναφορές της βουλιμίας την κατανοούσαν ως μία νοσηρή μορφή πείνας που οδηγούσε σε απληστία απέναντι στο φαγητό και την ψυχογενή ανορεξία ως υποχονδρία ή ως απόρροια δαιμονικών δυνάμεων που έχρηζε εξορκισμό. Στην πορεία η ανορεξία συνδέθηκε με τη μελαγχολία και το άγχος και η βουλιμία με την έντονη ενασχόληση με το φαγητό και την υπερφαγία. Ο νοσογόνος ρόλος της οικογένειας και οι επιδράσεις ασυνείδητων δυνάμεων στην έκφραση των ΔΠΤ απέκτησαν σημαντική θεωρητική υπόσταση κατά την επιρροή του ψυχαναλυτικού ρεύματος τη δεκαετία 1930-1940, ενώ μετά το 1960 άρχισαν να τίθενται οι βάσεις για τη σύγχρονη κατανόηση της φύσης και της εκδήλωσης των ΔΠΤ. Οι επιστημονικές προσεγγίσεις οι οποίες αυξάνονται με ταχύτατο ρυθμό τα τελευταία χρόνια, σηματοδοτούν τις διαστάσεις και τη σοβαρότητα των ΔΠΤ που οι επιδημιολογικές μελέτες έρχονται να τεκμηριώσουν.

2.2.3. Η χρονική εξέλιξη των ΔΠΤ

Οι ΔΠΤ εκδηλώνονται συνήθως στα τέλη της εφηβείας και στην αρχή της ενηλικίωσης. Οι επιδημιολογικές έρευνες αναφέρουν ότι το ποσοστό επίπτωσης των ΔΠΤ είναι περίπου 2.8% μέχρι την ηλικία των 18 ετών και μειώνεται στο 1.3% στο ηλικιακό φάσμα των 19 με 23 ετών (Lewinsohn et al., 2000). Στην Ψυχογενή Ανορεξία η ηλικιακή ομάδα με τον μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής είναι τα 15-19 έτη, καθ' ότι το 40% των κλινικών περιπτώσεων εντοπίζονται στις ηλικίες αυτές (Hoek & Van Hoeken, 2003). Η διαταραχή εμφανίζεται σταδιακά, ενώ είναι δύσκολο να ορισθεί επακριβώς το χρονικό σημείο εμφάνισής της καθότι αυτό εξαρτάται από τη χρονική στιγμή κατά την οποία η ασθενής θα επιζητήσει ιατρική θεραπεία όπου και θα μετρηθεί το βάρος της προκειμένου να κριθεί αν θα θεωρηθεί ή όχι «κλινική περίπτωση» (Lucas et al., 1999). Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι μία χρόνια ασθένεια (Le Grange, 1999). Η πρόγνωσή της δεν είναι ικανοποιητική: πέντε έως δέκα χρόνια μετά από την έναρξη της διαταραχής το 25% των ασθενών θεραπεύεται πλήρως, το 55% παραμένει σε μία κυμαινόμενη χρονιότητα, ενώ το υπόλοιπο 20-25% δεν εμφανίζει θεραπευτική βελτίωση (Fairburn & Harrison, 2003; Μαδιανός, 2004).

Στη Ψυχογενή Βουλιμία η ηλικιακή ομάδα με τον υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής είναι τα 20-24 έτη (Hoek et al., 1995). Η διαδρομή της Ψυχογενούς Βουλιμίας θεωρείται χρόνια και εναλλασσόμενη (Fairburn, Stice, Cooper, Doll, Norman, & O' Connor, 2003; Μαδιανός, 2004). Τα βουλιμικά επεισόδια αρχίζουν συνήθως κατά τη διάρκεια ή μετά από περίοδο δίαιτας (Fairburn, 1999) ενώ ο μέσος όρος διάρκειας του ιστορικού του προβλήματος είναι τα πέντε έτη (Fairburn & Harrison, 2003). Ως προς τη μακροχρόνια εξέλιξη της Ψυχογενούς Βουλιμίας, οι έρευνες φανερώνουν ότι το 35% των περιπτώσεων δεν έχει καλή πρόγνωση, το 35% εμφανίζει μερική βελτίωση των συμπτωμάτων, ενώ τέλος, το 30% των ασθενών παρουσιάζει ύφεση των συμπτωμάτων (Μαδιανός, 2004). Σύμφωνα με επιδημιολογική έρευνα της Hay (1998) σε 3000 άτομα στην κοινότητα της Νοτίου Αυστραλίας, τα επεισόδια υπερφαγίας και η δίαιτα ήταν συχνότερα στις γυναίκες μεταξύ των 30 και 35 ετών και η πρόκληση εμετού ήταν συχνότερη στις γυναίκες των 35 με 44 ετών. Η συγγραφέας υποστήριξε ότι τα ευρήματά της αντανακλούν μία πιθανή αύξηση της ηλικίας της έναρξης των βουλιμικών ΔΠΤ και την επιμονή μέσα στο χρόνο των συμπτωμάτων των ΔΠΤ. Η χρονιότητα της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Ψυχογενούς Βουλιμίας έχει άλλωστε αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία (Fairburn, 1999; Lucas et al., 1999).

Η έναρξη της Διαταραχής Κρίσεων Επεισοδιακής Υπερφαγίας (ΔΚΕΥ) εντοπίζεται μεταγενέστερα από την Ψυχογενή Ανορεξία και την Ψυχογενή Βουλιμία, περίπου στα 21 έτη (Pike et al., 2001), και συνήθως ακολουθεί μία περίοδο δίαιτας στην οποία έχει επέλθει σημαντική απώλεια βάρους. Η ΔΚΕΥ ακολουθεί μία χρόνια πορεία (Diagnostic and

Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994).

Σύμφωνα με τις υπάρχουσες έρευνες, οι ΔΠΤ έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια (Fairburn & Harrison, 2003; Gelder, 2001; Lucas, Crowson, O'Fallon, & Melton, 1999; Σίμος, 1996; Turnbull, Ward, Treasure, Jick, & Derby, 1996). Τόσο οι Hoek και Hoeken (2003) όσο και ο Wakeling (1996) σε επισκόπηση των υπαρχόντων επιδημιολογικών μελετών, ανέφεραν μία σημαντικά ραγδαία αύξηση της επίπτωσης της Ψυχογενούς Ανορεξίας στις νεαρές γυναίκες της ηλικίας των 15-24 ετών τα τελευταία 50 χρόνια. Σύμφωνα με άλλες μελέτες επίπτωσης της Ψυχογενούς Βουλιμίας, τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί τα νέα κρούσματα της διαταραχής. Για παράδειγμα οι Soundy, Lucas, Suman και Melton (1995) υπολόγισαν ότι τα ετήσια ποσοστά επίπτωσης της Ψυχογενούς Βουλιμίας αυξήθηκαν από 7.4 γυναίκες ανά 100.000 άτομα του πληθυσμού το 1980, σε 49.7 γυναίκες ανά 100.000 του πληθυσμού το 1983 και σταθεροποιήθηκαν στις 30 περιπτώσεις γυναικών ανά 100.000 άτομα του πληθυσμού μέχρι το 1990. Αντίστοιχα οι Turnbull και συν. (1996) ανέφεραν μία σημαντική αύξηση των ετήσιων ποσοστών επίπτωσης της Ψυχογενούς Βουλιμίας σε κορίτσια και γυναίκες της ηλικίας των 10-39 ετών, από 14.6 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα πληθυσμού το 1988, σε 51.7 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα πληθυσμού το 1993. Οι Lucas και συν. (1999) υποστήριζαν ότι η αύξηση των νέων κρουσμάτων οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο υπάρχον πολιτισμικό ήθος που επιτάσσει στις σημερινές γυναίκες να είναι αδύνατες, ενώ η ηλικία των 15- 24 έτη αποτελεί επίσης το ευαλωτότερο ηλικιακό φάσμα στις επιρροές των σύγχρονων κοινωνικών και ψυχολογικών πιέσεων.

Η αύξηση των ΔΠΤ δεν είναι ξεκάθαρο αν (α) αντανακλά μία πραγματική ποσοστιαία αύξηση του φαινομένου στην κοινότητα, ή (β) οι ασθενείς είναι περισσότερο κινητοποιημένοι σήμερα να αναζητήσουν θεραπευτική βοήθεια απ' ότι παλαιότερα, ή (γ) ευθύνεται το μεγαλύτερο εύρος των σύγχρονων υπηρεσιών ψυχικής υγείας που παρέχονται, σε συνδυασμό με το ότι, (δ) η σημερινή ψυχιατρική προσέγγιση σήμερα είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένη στον εντοπισμό, τη διάγνωση και την θεραπευτική αντιμετώπιση των ΔΠΤ, ή (ε) ένας συνδυασμός των παραπάνω λόγων εξηγεί καλύτερα την αύξησή τους (Fairburn & Harrison, 2003; Hoek & Van Hoeken, 2003; Wakeling, 1996). Αν και δεν υπάρχει σαφής απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα, αποκαλυπτικό είναι το εύρημα ότι η πλειοψηφία των ατόμων που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για τις ΔΠΤ δεν αναζητούν θεραπεία στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Fairburn & Harrison, 2003; Lewinsohn, Seeley, Moerk, & Striegel-Moore, 2002; Loeb, Wilson, Gilbert, & Labouvie, 2000; Pike, Dohm, Striegel-Moore, Wilfley, & Fairburn, 2001; Striegel-Moore, Dohm, Kraemer, Taylor, Daniels, Crawford & Schreiber, 2003; Striegel-Moore, Leslie, Petrill, Garvin, & Rosenheck, 2000).

Συγκεκριμένα, μόνο μία στις τρεις ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία και έξι στις εκατό ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία λαμβάνουν ψυχιατρική βοήθεια σήμερα, σύμφωνα με τους Hoek και Van Hoeken (2003). Τα πιθανά αίτια σχετίζονται με την βαθιά ντροπή που οι ασθενείς με ΔΠΤ νιώθουν για την φύση της διαταραχής τους (Fairburn, 1997), την άρνησή τους να αποδεχτούν το πρόβλημά τους, τους παράλογους φόβους ότι θα πάρουν βάρος (Wilson & Pike, 1993) ή ότι θα χάσουν τον έλεγχο αν κάνουν ψυχοθεραπεία.

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994), αποτέλεσε για την παρούσα διατριβή, το πλαίσιο αναφοράς με βάση το οποίο πραγματοποιήθηκε η επιλογή του κλινικού δείγματος της έρευνας. Σύμφωνα με αυτό, οι ΔΠΤ ομαδοποιούνται σε τρεις βασικές κατηγορίες, την Ψυχογενή Ανορεξία, την Ψυχογενή Βουλιμία και τη Διαταραχή στην Πρόσληψη Τροφής Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Πρόσφατα προτάθηκε και μία νέα κατηγορία, η Διαταραχή Κρίσεων Επεισοδιακής Υπερφαγίας (“Binge Eating Disorder”). Η ταξινόμηση των ψυχιατρικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994) θέτει διαγνωστικά κριτήρια για κάθε μία Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής.

2.2.4. Ταξινόμηση Διατροφικών Διαταραχών

Οι διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνουν τη νευρογενή ανορεξία (NA), τη νευρογενή βουλιμία (NB), τη βιγορεξία (Σύνδρομο Άδωνη), τη νευρική ορθορεξία και το σύνδρομο νυχτερινής υπερφαγίας. Η NA και η NB θα αναπτυχθούν διεξοδικά στη συνέχεια.

Η βιγορεξία εμφανίζεται στους άντρες και χαρακτηρίζεται από μυϊκή δυσμορφία. Ο ασθενής έχει το φόβο ότι έχει ανεπαρκή μυϊκή ανάπτυξη και κάνει συχνή χρήση στεροειδών και άλλων αυξητικών ορμονών. Ακόμη έχει εμμονή ότι το σώμα δεν είναι αρκετά μυώδες και ανησυχία για μια μικρή μυϊκή ανάπτυξη και όχι για παχυσαρκία ή αυξημένο σωματικό βάρος, με αποτέλεσμα να απέχει από εκδηλώσεις αναψυχής όπου μπορεί να εκτεθεί το σώμα. Συνήθως συνοδεύεται από κετονικές δίαιτες. Η νευρική ορθορεξία εμφανίζεται σε άντρες και γυναίκες και χαρακτηρίζεται από εμμονή για μια «αγνή» ποιοτικά δίαιτα για μεγάλο χρονικό διάστημα (μεγαλύτερο από ένα μήνα). Κατά τη νευρική ορθορεξία το φαγητό χαλαρώνει και αποτελεί ιεροτελεστία και καταναλώνονται ωμά φαγητά. Η υιοθέτηση ενός θρησκευτικά μοντέλου διατροφής δεν αποτελεί ορθορεξία. Το σύνδρομο νυχτερινής υπερφαγίας εμφανίζεται σε νεαρές ηλικίες και χαρακτηρίζεται από πρωινή ανορεξία, αποφυγή πρωινού

γεύματος, βραδινή υπερφαγία και αϋπνία, δυσκολίες στον ύπνο, καθώς και από αυξημένο άγχος και συναισθηματικές διαταραχές.

Ακόμη, στις διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνονται και οι μη προσδιοριζόμενες διαταραχές, με το «τσιμπολόγημα» (binge eating) ως πιο σημαντική από αυτές. Στις μη προσδιοριζόμενες διαταραχές ανήκει και η αθλητική ανορεξία (anorexia athletic, AA), η οποία είναι μια ειδική κατηγορία διατροφικών διαταραχών που παρατηρείται στους αθλητές (Syndgot-Borgen, 1994).

2.2.5. Κλινικά χαρακτηριστικά των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής

Η υπερβολική ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος και η υπεραξιολόγησή τους ως προς τη συνολική αυτοεικόνα, είναι το κεντρικό κλινικό χαρακτηριστικό των ασθενών με ΔΠΤ (Fairburn & Harrison, 2003). Ενώ οι περισσότεροι άνθρωποι αξιολογούν τον εαυτό τους με βάση τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται την επίδοσή τους σε διάφορους τομείς (π.χ. στις διαπροσωπικές τους σχέσεις ή την εργασία τους), οι ασθενείς με ΔΠΤ κρίνουν την αυτοαξία τους σχεδόν αποκλειστικά με βάση το σχήμα και το βάρος του σώματός τους και την ικανότητά τους να το ελέγχουν. Από την έντονη αυτή ενασχόληση απορρέουν οι γνωσιακές διαστρεβλώσεις, δηλαδή οι γνωσιακές παραπονήσεις της τρέχουσας εμπειρίας, οι οποίες διατηρούν τις βαθύτερες δυσλειτουργικές πεποιθήσεις του ατόμου αναφορικά με τη σημασία του βάρους και του σχήματος του σώματός του. Η διερεύνηση των γνωσιακών διαστρεβλώσεων που μετέχουν στη διατήρηση των ΔΠΤ αποτελούν το αντικείμενο της παρούσας έρευνας. Στο σημείο αυτό κρίνεται σημαντική η αναφορά στους παράγοντες προδιάθεσης που μετέχουν στην υπεραξιολόγηση τους βάρους και του σχήματος του σώματος, οι οποίοι άλλωστε αποτελούν έναν σημαντικό στόχο πρόληψης των ΔΠΤ (Κωστοπούλου, Μ. (2007). *Γνωσιακές Διαστρεβλώσεις στις διαταραχές πρόσληψης τροφής: Η "σύγχυση σκέψης και σωματικού εαυτού"*. Μη εκδεδομένη διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα).

2.2.6. Αίτια Διατροφικών Διαταραχών

Πολυάριθμοι εμφανίζονται οι παράγοντες που οδηγούν τον άνθρωπο στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Αρχικά, το κοινωνικό πλαίσιο υποστηρίζει πως το λεπτό σώμα ταυτίζεται με το σεξουαλικά επιθυμητό σώμα και ταυτόχρονα συνδέεται με τις έννοιες της νεότητας, της υγείας και της κομψότητας. Το προσωπικό πλαίσιο, (για παράδειγμα η εφηβεία, η ενηλικίωση και η μετάβαση στην ωριμότητα σχετίζονται με βαθιές αλλαγές στο σώμα, στον κοινωνικό ρόλο και στην αίσθηση του

εαυτού της γυναίκας), ωθεί τη γυναίκα στο να ασχολείται ιδιαίτερα με το σώμα της. Επίσης, το πρότυπο της διατροφής και η σχέση με την τροφή, διαμορφώνονται ως αποτέλεσμα των οικογενειακών επιδράσεων η και των εμπειριών κατά την παιδική ηλικία, όπως η κακοποίηση ή διάφορες αντίξοες συνθήκες ζωής.

Ψυχολογικοί παράγοντες όπως το άγχος, η κατάσταση διάθεσης, η τελειομανία, η συναισθηματική απορρύθμιση, ο προβληματισμός σχετικά με το βάρος και τη σωματική διάπλαση, η διαταραγμένη εικόνα σώματος και η αυτοεκτίμηση φαίνεται να εμπλέκονται στην πολυπαραγοντική αιτιολόγηση των διατροφικών διαταραχών (Hewitt & Flett, 1991; Markey & Vander Wal, 2007; Sassaroli & Ruggiero, 2005). Ορισμένοι ψυχολογικοί παράγοντες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορούν να προδιαθέσουν τους ανθρώπους να διαμορφώσουν τις διατροφικές διαταραχές. Πολλοί άνθρωποι με διατροφικές διαταραχές υποφέρουν από χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα απελπισίας και έντονη δυσαρέσκεια με τον τρόπο που κοιτάζουν.

Υπάρχουν και ειδικά χαρακτηριστικά που συνδέονται με κάθε μία από τις διαταραχές. Οι άνθρωποι με ανορεξία έχουν την τάση να είναι τελειομανείς, για παράδειγμα, ενώ τα άτομα με βουλιμία είναι συχνά παρορμητικά. Επίσης ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων μπορούν να επισπεύσουν τις διατροφικές διαταραχές σε ευαίσθητα άτομα. Τα μέλη της οικογένειας ή των φίλων μπορεί να πειράζουν τους ανθρώπους επανειλημμένα για το σώμα τους. Τα άτομα μπορούν να συμμετέχουν στη γυμναστική ή άλλα αθλήματα που δίνουν έμφαση χαμηλό σωματικό βάρος ή μια συγκεκριμένη εικόνα του σώματος. Αρνητικά συναισθήματα ή τραύματα, όπως ο βιασμός, η κακοποίηση, ή ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου μπορεί επίσης να προκαλέσει διαταραχές. Ακόμη και ένα χαρούμενο γεγονός, όπως ο τοκετός, μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές λόγω του στρες των επιπτώσεων της εκδήλωσης για τον νέο ρόλο του ατόμου και την εικόνα του σώματος. Όταν οι άνθρωποι αρχίζουν να ασχολούνται με μη ομαλές διατροφικές συμπεριφορές, το πρόβλημα μπορεί να διαιωνίσει το ίδιο (Brownell, K. (21 Οκτωβρίου, 2011). *Eating Disorders*. Ανακτήθηκε 29 Μαΐου, 2012, από <http://www.apa.org/helpcenter/eating.aspx>).

2.2.7. Άτομα που υποφέρουν από ΔΠΤ

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, οι διατροφικές διαταραχές επηρεάζουν κυρίως τα κορίτσια και τις γυναίκες. Όμως, οι διατροφικές διαταραχές δεν είναι απλώς ένα πρόβλημα για τις γυναίκες στην εφηβική ηλικία που τόσο συχνά απεικονίζονται στα μέσα ενημέρωσης. Οι άνδρες και τα αγόρια μπορούν να είναι επίσης ευάλωτοι. Για παράδειγμα, περίπου το ένα τέταρτο των προεφηβικών περιπτώσεων ανορεξίας συμβαίνουν σε αγόρια. Και επεισοδιακή υπερφαγία εμφανίζεται εξίσου σε άνδρες και γυναίκες. Οι

άνθρωποι μερικές φορές έχουν διατροφικές διαταραχές χωρίς η οικογένεια ή οι φίλοι τους να έχουν υποψία ότι αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα. Γνωρίζοντας ότι η συμπεριφορά τους είναι ανώμαλη, τα άτομα με διατροφικές διαταραχές μπορεί να αποχωρήσουν από τις κοινωνικές επαφές τους, κρύβουν τη συμπεριφορά τους και αρνούνται ότι οι διατροφικές τους συνήθειες είναι προβληματικές. Κάνοντας μια ακριβή διάγνωση απαιτείται η εμπλοκή ενός ψυχολόγου ή άλλο κατάλληλο ειδικό ψυχικής υγείας (Brownell, K. (21 Οκτωβρίου, 2011). *Eating Disorders*. Ανακτήθηκε 29 Μαΐου, 2012, από <http://www.apa.org/helpcenter/eating.aspx>).

2.2.8. Διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα στις ΔΠΤ

Οι ΔΠΤ εμφανίζονται συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άντρες σε αναλογία 10:1 (Hoek & Van Hoeken 2003; Woodside, Garfinkel, Lin, Goering, Kaplan, Goldbloom, & Kennedy, 2001). Οι άντρες αποτελούν το 5-10% των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία (Lucas et al., 1991; Sharp, Clark, Dunan, Blackwood, & Shapiro, 1994) και το 10-15 % των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία στην κοινότητα (Carlat & Camargo, 1991; Garfinkel et al., 1995; Hoek & Van Hoeken, 2003). Σύμφωνα με τους Lucas και συν. (1999) η επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας στους άνδρες υπολογίζεται στις 0.5 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα του πληθυσμού ανά έτος, ενώ η επίπτωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας υπολογίζεται στις 0.8 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα του πληθυσμού ανά έτος (Hoek et al., 1995). Σύμφωνα με έρευνα των Braun, Synday, Huang, και Halmi (1999) σε δείγμα 51 αντρών και 693 γυναικών, οι άντρες παρουσίαζαν μέσο όρο έναρξης των ΔΠΤ στα 20 έτη και οι γυναίκες στα 17 έτη. Η μεταγενέστερη ηλικιακή έναρξη των ΔΠΤ στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, έχει διαπιστωθεί και σε άλλες έρευνες (Carlat & Camargo, 1991; Sharp et al., 1994) και έχει αποδοθεί στον ρόλο της προεφηβικής περιόδου, η οποία αποτελεί έναν από τους σοβαρότερους παράγοντες κινδύνου στην εμφάνιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας και ξεκινά ενάμισι με δύο χρόνια αργότερα στα αγόρια από ότι στα κορίτσια.

Επίσης οι έρευνες φανερώνουν ότι το ποσοστό των αντρών που εμφανίζονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για να αναζητήσουν βοήθεια για τα διατροφικά τους προβλήματα είναι μικρότερο από το ποσοστό που εμφανίζει συμπτώματα ΔΠΤ στην κοινότητα (Carlat & Camargo, 1991; Lucas et al., 1991; Striegel-Moore et al., 2000). Είναι πιθανόν αυτό να οφείλεται στην ανεπαρκή γνώση των ανδρών για τις ΔΠΤ. Οι Murray, Toyz, και Beaumont (1990) συμπέραναν ότι μόνο το 16% των ανδρών σε σχέση με το 70% των γυναικών είχαν ακούσει για τη Ψυχογενή Βουλιμία. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια οι επισκέψεις των αντρών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για τις ΔΠΤ έχει αυξηθεί (Braun et al., 1999). Η ολοένα μεγαλύτερη και ευρύτερη πληροφόρηση για τις ΔΠΤ τόσο στο κοινό όσο και στους ίδιους τους θεραπευτές φαίνεται ότι έχει συμβάλλει στην αύξηση αυτή (Lewinsohn et al., 2002).

Ενδιαφέρον αποτελεί το εύρημα ότι η ΔΚΕΥ (Διαταραχή Κρίσεων Επεισοδιακής Υπερφαγίας) εμφανίζεται μόνο 1.5 φορά συχνότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994) ενώ στην κοινότητα, η ΔΚΕΥ εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα ανάμεσα στα δύο φύλα (Spitzer et al., 1992, 1993 στο Lewinson et al., 2002). Στην έρευνα της Hay (1998), τα συστηματικά επεισόδια υπερφαγίας ήταν το ίδιο συχνά στις γυναίκες (3.4%) όσο και στους άνδρες (3%) και παράλληλα σχετιζόνταν με μεγαλύτερο σωματικό βάρος και στα δύο φύλα. Σε μία από τις μεγαλύτερες επιδημιολογικές έρευνες που έχει συμπεριλάβει ανδρικό πληθυσμό (Garfinkel et al., 1995), η Ψυχογενής Βουλιμία παρουσίασε δέκα φορές μεγαλύτερη επικράτηση στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, αλλά ο αριθμός των ανδρών με υποουδικές ΔΠΤ ήταν ιδιαίτερα υψηλός. Οι άνδρες ήταν λιγότερο πιθανόν να χρησιμοποιήσουν αντισταθμιστικές μεθόδους ελέγχου του βάρους τους, όπως η πρόκληση εμετού ή η χρήση καθαρτικών, σε σχέση με τις γυναίκες. Το εύρημα αυτό είναι συναφές με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που αναφέρουν ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη ευπάθεια στην εκδήλωση σοβαρών μορφών ΔΠΤ, ενώ οι άνδρες είναι περισσότερο ευάλωτοι στην εμφάνιση υποουδικών ΔΠΤ (Hay, 1998; Striegel-Moore & Franko, 2003).

Οι γυναίκες όσο και οι άνδρες με ΔΚΕΥ, βιώνουν τα ίδια επίπεδα συναισθήματος ντροπής, αν και η ντροπή στους άνδρες συνδέεται με τη δυσαρέσκεια με το σώμα τους, ενώ στις γυναίκες συνδέεται με την ενασχόληση με το βάρος τους (Jambekar, Masheb, & Grilo, 2003). Προηγούμενες έρευνες φανερώνουν τον ιδιαίτερο ρόλο του συναισθήματος της ντροπής στην παθολογική λήψη τροφής (Hayaki, Friedman, & Brownell, 2002).

Οι περισσότερες κλινικές και επιδημιολογικές έρευνες εστιάζουν στις γυναίκες με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η συλλογή γνώσεων για τη φύση των ΔΠΤ στον ανδρικό πληθυσμό. Παράλληλα, στο DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; American Psychiatric Association [APA], 1994) περιγράφονται τα συμπτώματα της ανορεξίας και της βουλιμίας με βάση την κλινική εικόνα των γυναικών ασθενών (Striegel-Moore & Marcus, 1995 στο Lewinson et al., 2002). Για παράδειγμα, ενώ οι άνδρες με Ψυχογενή Ανορεξία κάνουν υπερβολική σωματική άσκηση, η συμπεριφορά αυτή έχει μελετηθεί λιγότερο σε σχέση με τα συμπτώματα που συνήθως παρουσιάζουν οι γυναίκες, όπως είναι η υπερβολική ενασχόληση με το βάρος τους και ο φόβος της πρόσληψης βάρους (Touyz, Kopeck-Schrader, & Beumont, 1993 στο Lewinson et al., 2002).

Σε πρόσφατη έρευνα των Lewinson και συν. (2002) σε δείγμα 1056 ατόμων στην κοινότητα, διερευνήθηκαν οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς τα συμπτώματα των ΔΠΤ. Οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερη συχνότητα βουλιμίας, κίνητρο για αδυνάτισμα,

δυσαρέσκεια με το σώμα τους και χρήση αντιρροπιστικών μεθόδων ελέγχου του βάρους, καθώς και μικρότερη συχνότητα σωματικής άσκησης, σε σχέση με τους άνδρες. Άνδρες και γυναίκες εμφάνισαν παρόμοια συχνότητα στα επεισόδια υπερφαγίας αν και οι άνδρες ανέφεραν χαμηλότερη δυσφορία και ενόχληση σε σχέση με τα επεισόδια αυτά. Προκύπτει ότι η χαμηλή δυσφορία που νιώθουν οι άνδρες με τα επεισόδια υπερφαγίας τους καθιστά λιγότερο πιθανόν να διαγνωσθούν με ΔΚΕΥ, δεδομένου ότι η συμπεριφορά αυτή αποτελεί μία κεντρική προϋπόθεση για τη διάγνωση της διαταραχής. Τέλος, οι γυναίκες ήταν πιθανότερο να αναζητήσουν θεραπεία σε σχέση με τους άνδρες, ενώ το εύρημα αυτό έχει επαληθευθεί και σε προηγούμενες έρευνες (Carlat & Camargo, 1991).

2.2.9. Πολιτισμικές διαφορές στις ΔΠΤ

Οι ΔΠΤ έχουν έντονες πολιτισμικές επιρροές και εμφανίζονται στον ίδιο βαθμό στις βιομηχανικές χώρες. Σύμφωνα με την ανάλυση των Keel και Klump (2003), η Ψυχογενής Βουλιμία σε αντίθεση με την Ψυχογενή Ανορεξία είναι ένα πολιτιστικά προσδιορισμένο σύνδρομο, το οποίο επηρεάζεται από την ενασχόληση της ασθενούς με το βάρος της, την πρόσβαση σε μεγάλες ποσότητες φαγητού και την αποτροπή των επιπτώσεων της βουλιμίας μέσω της χρήσης αντιρροπιστικών μεθόδων ελέγχου του βάρους. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν επίσης ότι ενώ η επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας μπορεί να επηρεαστεί από την ενασχόληση με το βάρος, ωστόσο παρ' όλες τις πολιτισμικές επιδράσεις που συμβάλλουν στην αιτιολογία της, εκείνες δεν περιορίζονται ειδικώς ως προς το εύρος τους δια μέσου της ιστορίας ή των πολιτισμών. Μία σειρά ερευνών φανερώνουν ότι οι ΔΠΤ πλήττουν αναλογικά περισσότερες λευκές απ' ότι μαύρες γυναίκες. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα στην κοινότητα των Striegel-Moore, Dohm, Kraemer, Taylor, Daniels, Crawford, και Schreiber (2003), το 1.5% των λευκών γυναικών πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για Ψυχογενή Ανορεξία έναντι καμίας μαύρης γυναίκας, το 2.3% των λευκών γυναικών έναντι του 0.4% των μαύρων γυναικών πληρούσαν τα κριτήρια για Ψυχογενή Βουλιμία, ενώ τέλος η ΔΚΕΥ ήταν συχνότερη στις λευκές γυναίκες (2.7%) σε σχέση με τις μαύρες γυναίκες (1.4%). Ορισμένες έρευνες επισημαίνουν ότι η επικράτηση της ΔΚΕΥ είναι παρόμοια ή ακόμη και υψηλότερη ανάμεσα στις μαύρες και στις λευκές γυναίκες. Επιδημιολογική έρευνα των Smith και συν. (1998) υπολόγισε παρόμοια ποσοστά της ΔΚΕΥ ανάμεσα σε μαύρες γυναίκες (2.2%) και σε λευκές γυναίκες (2%). Οι Striegel-Moore, Wilfley, Pike, Dohm, και Fairburn (2000) σε έρευνά τους στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ανέφεραν μεγαλύτερο ποσοστό των μαύρων γυναικών με ΔΚΕΥ (4.5%) σε σχέση με το ποσοστό των λευκών γυναικών (2.6%). Επίσης μεγάλο δείγμα Νοτιο-Αφρικανών φοιτητών εμφάνισε υψηλότερες βαθμολογίες σε μετρήσεις διατροφικής ψυχοπαθολογίας σε σχέση με δείγμα λευκών

φοιτητών (Le Grange et al., 1998). Σύμφωνα με τους Pike και συν. (2001) οι μαύρες γυναίκες με ΔΚΕΥ παρουσίαζαν χαμηλότερη ενασχόληση με το βάρος τους, το σχήμα του σώματός τους και το φαγητό, σε σχέση με τις λευκές γυναίκες με την ίδια διαταραχή και ήταν λιγότερο πιθανόν να αναζητήσουν θεραπεία για το πρόβλημά τους. Τα ευρήματα αυτά είναι συνεπή με προηγούμενες έρευνες που επισημαίνουν ότι οι μαύρες γυναίκες έχουν λιγότερη ενόχληση με την εικόνα του σώματός τους και είναι λιγότερο πιθανόν να κάνουν δίαιτα σε σχέση με τις λευκές γυναίκες (Smolak & Striegel-Moore, 2001), πιθανώς διότι οι μαύροι πολιτισμοί αποδέχονται περισσότερο τους μεγαλύτερους γυναικίους σωματότυπους (Pike et al., 2001).

Συμπερασματικά, οι μαύρες γυναίκες είναι το ίδιο ευάλωτες με τις λευκές γυναίκες στην εμφάνιση ΔΚΕΥ αλλά λόγω των πολιτισμικών διαφορών αναφορικά με την ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματός τους, έχουν χαμηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν Ψυχογενή Βουλιμία ή Ψυχογενή Ανορεξία σε σχέση με τις λευκές γυναίκες.

Στις Ασιατικές χώρες η επικράτηση των ΔΠΤ αποτελεί ένα σύγχρονο φαινόμενο. Σε έρευνα των Nakamura, Yamamoto, Yamazaki, Kawashima, Muto, Someya, Sakurai, και Nozoe (2000), η επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας ήταν 4.79 ανά 100.000 γυναίκες και της Ψυχογενούς Βουλιμίας ήταν 1.02 ανά 100.000 γυναίκες. Στο Χονγκ-Κόνγκ επίσης διαπιστώθηκε ότι Ψυχογενής Ανορεξία ήταν επικρατέστερη της Ψυχογενούς Βουλιμίας (Chen, Wong, Lee, Chan-Ho, Lau, & Fung, 1993). Σε έρευνά τους σε Βρετανές Ασιάτισσες γυναίκες, οι Ratan, Gandhi, και Palmer (1998) εντόπισαν κλινικά περιστατικά ΔΠΤ, ωστόσο η συχνότητα με την οποία εμφανίζονταν στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ανέρχεται στο ¼ από ότι στις λευκές γυναίκες. Σε μεγάλη έρευνα που διεξήχθη στην Κίνα σε 1246 κορίτσια σχολικής ηλικίας 12-19 ετών, οι Huon, Migyi, και Xiao (2002) εντόπισαν υψηλά επίπεδα ενασχόλησης με θέματα βάρους και κρούσματα υποουδικών περιπτώσεων Ψυχογενούς Βουλιμίας και Ψυχογενούς Ανορεξίας. Αναλυτικότερα, το 25% των κοριτσιών ανέφερε ότι το βάρος του αποτελούσε εξαιρετικά σημαντικό παράγοντα στην αξιολόγηση του εαυτού του, ενώ το 15-20% έκανε κατά καιρούς δίαιτα. Το 41% του δείγματος ανέφερε ότι είχε ενδώσει σε επεισόδια υπερφαγίας, το 1.8% έκανε πρόκληση εμετού και το 2.2% χρησιμοποιούσε καθαρτικά. Σε αντίθεση με το στερεότυπο που επικρατούσε μέχρι σήμερα, ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες δεν εμφανίζονται οι ΔΠΤ επειδή απουσιάζουν οι πολιτισμικές αξίες που εξιδανικεύουν τη λεπτότητα, οι σύγχρονες επιδημιολογικές έρευνες φανερώνουν ότι οι ΔΠΤ εμφανίζονται σε παγκόσμια κλίμακα και δεν περιορίζονται μόνο στα Δυτικά κράτη (Hoek & Van Hoeken, 2003; Le Grange, Telch, & Tibbs, 1998; Lucas et al., 1999). Σε πρόσφατη επισκόπηση της επιδημιολογίας των ΔΠΤ στις Δυτικές και τις μη-Δυτικές χώρες, οι Makino, Tsuboi, και Dennerstein (2004) συμπέραναν ότι η επικράτηση των ΔΠΤ είναι

χαμηλότερη στα μη-Δυτικά απ' ό τι στα Δυτικά κράτη αλλά ότι αυξάνεται σημαντικά με την πάροδο του χρόνου. Οι παρακάτω έρευνες φανερώνουν την τάση αυτή.

Σε επιδημιολογική έρευνα των Szumska, Tury, Csoboth, Rethelyi, Purebl, και Hajnal (2005) σε 3615 Ουγγαρέζες γυναίκες, η επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας ήταν 0.03% και της Ψυχογενούς Βουλιμίας ήταν 0.41%. Οι Bilukha και Utermohlen (2001) σε έρευνά τους σε 616 Ουκρανές νεαρές γυναίκες στην κοινότητα, υπολόγισαν ότι το ¼ των γυναικών που ήταν ελλειποβαρείς και τα 3/5 των γυναικών που είχαν φυσιολογικό βάρος επιθυμούσαν να είναι λεπτότερες, ενώ το 31% ανέφερε ότι έκανε δίαιτα κατά τους προηγούμενους έξι μήνες. Ο συγγραφέας συμπέραναν ότι η εσωτερικοποίηση του Δυτικού ιδεώδους της λεπτότητας συσχετίζεται με την έκθεση στα Δυτικά Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Η έρευνα του Nasser (1994) υπολόγισε ότι η επικράτηση των υποουδικών ΔΠΤ σε πληθυσμό Αιγυπτίων μαθητριών είναι 3.4%. Οι Abou-Saleh, Younis, και Karim (1998) παρουσίασαν τη μελέτη πέντε περιπτώσεων Αράβων γυναικών και αντρών που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για την Ψυχογενή Ανορεξία. Στην πρώτη επιδημιολογική έρευνα στο Ιράν, οι Nobakht και Dezhkam (2000) ανέφεραν παρόμοια ποσοστά επικράτησης των ΔΠΤ με αυτά που αναφέρονται στις Δυτικές χώρες: 0.9% της Ψυχογενούς Ανορεξίας, 3.2% της Ψυχογενούς Βουλιμίας και 6.6% των υποουδικών ΔΠΤ.

Οι Abdollahi και Man (2001) συνέκριναν τα συμπτώματα των ΔΠΤ ανάμεσα σε δείγμα Ιρανών γυναικών που διέμεναν στο Ιράν και σε αντίστοιχο δείγμα Ιρανών γυναικών που είχαν μεταναστεύσει στην Αμερική και εντόπισαν παρόμοια επίπεδα διαταραγμένης λήψης τροφής και ενασχόλησης με την εικόνα του σώματος στα δύο δείγματα. Οι Bhugra και Mastrogianni (2003) μελέτησαν τις στάσεις και τις βουλιμικές διαταραχές σε δείγμα μαθητριών στα Νησιά Τρινιδάδ και Μπαρμπέντος της Καραϊβικής και ανέφεραν ότι το 70% του δείγματος ένιωθε τρόμο με τη σκέψη του πάχους και έκανε δίαιτα και σωματική άσκηση προκειμένου να χάσει βάρος.

Οι Unikel και Bojorquez (2007) ανέφεραν ότι η επικράτηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας στο Μεξικό ήταν 1.8%. Συμπερασματικά, τα σύγχρονα επιδημιολογικά φανερώνουν ότι οι ΔΠΤ στο σύνολό τους αποτελούν ένα ραγδαία αυξανόμενο φαινόμενο, το οποίο εμφανίζεται κυρίως στις νεαρές γυναίκες και το οποίο πλέον διαπερνά τα στενά πολιτισμικά όρια του Δυτικού πολιτισμού. Οι επιδημιολογικές έρευνες στις ΔΠΤ είναι περιορισμένες και δύσκολες στην ερμηνεία τους, καθ' ό τι οι αμέτρητες διαφορές στα εκάστοτε υπό μελέτη δείγματα καθιστούν δύσκολο τον εντοπισμό των ειδικών παραγόντων που ευθύνονται για τις ανευρεθείσες διαφορές τους. Οι επιδημιολογικές έρευνες φανερώνουν ότι οι ΔΠΤ τείνουν να αποτελούν και στους μη-Δυτικούς πολιτισμούς ένα αυξανόμενο φαινόμενο. Αυτό το εύρημα

είναι πιθανόν να οφείλεται στη διεθνή παγκοσμιοποίηση που έχει ως αναπόφευκτο αποτέλεσμα την «εισβολή» στους πολιτισμούς αυτούς των Δυτικών προτύπων που εξιδανικεύουν τη γυναικεία λεπτότητα. Η πολιτισμική σύγκρουση ανάμεσα στα αντιφατικά συστήματα αξιών ενδέχεται να διογκώνει τις ήδη υπάρχουσες συγκρούσεις που οι νεαρές γυναίκες βιώνουν κατά τη διάρκεια της εφηβείας τους και πιθανώς συμβάλλει στο κίνδυνο εμφάνισης των ΔΠΤ. Τα ευρήματα αυτά τονίζουν τη σημαντικότητα και την αναγκαιότητα της συστηματικής μελέτης τους προκειμένου να ανεβρεθούν οι κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους. Οι πολιτισμικές επιδράσεις στις ΔΠΤ καθιστούν αναγκαία την περαιτέρω διερεύνησή τους και στον ελληνικό χώρο, από τον οποίον απουσιάζουν τεκμηριωμένες έρευνες ως προς την επικράτησή τους.

Αξίζει στο σημείο αυτό να γίνει αναφορά στα ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Ψυχογενούς Βουλιμίας με στόχο την ολοκληρωμένη κατανόησή τους. Άλλωστε, τα κλινικά αυτά χαρακτηριστικά έχουν αποτελέσει το εύφορο έδαφος στο οποίο μία σειρά από ερωτηματικά γύρω από την αιτιολογία των ΔΠΤ έχουν καθοδηγήσει το χτίσιμο των διαφορετικών θεωρητικών προσεγγίσεων.

2.2.10. Ο ρόλος των MME στις ΔΠΤ

Τα σύγχρονα MME επηρεάζουν αρνητικά την εικόνα του σώματος της σημερινής γυναίκας μέσα από μία διαδικασία προβολής εικόνων που έχουν ως πρότυπο- ιδεώδες το υπερβολικά αδύνατο γυναικείο σώμα (Thompson & Heinberg, 1999). Σύμφωνα με έρευνες, η εκδήλωση των ΔΠΤ συσχετίζεται με την έκθεση στις εικόνες που προβάλλουν τα MME (Hsu, Chesler, & Santhouse 1990; Irving, 1990; Morry & Staska, 2001; Stice, Schupak-Neuberg, Shaw, & Stein, 1994; Stice, Spangler, & Agras, 2001). Οι κοινωνικοπολιτισμικές μελέτες υποστηρίζουν ότι η έκθεση στις εικόνες περιοδικών και η ακόλουθη εσωτερίκευση του ιδεώδους προτύπου λεπτότητας δημιουργούν στις γυναίκες έντονη δυσαρέσκεια με το σώμα τους (Stice & Shaw, 2002) και συσχετίζονται με την εμφάνιση ΔΠΤ (Stice et al., 1994). Ακόμη και η μικρής διάρκειας έκθεση γυναικών σε εικόνες που προβάλλουν τα ιδεώδη αδύνατα γυναικεία σώματα, μπορεί να δημιουργήσει ανησυχία για το βάρος τους, δυσαρέσκεια με το σώμα τους, την αντίληψη ότι είναι παχύτερες από το κανονικό, κακή διάθεση και την αίσθηση ότι δεν είναι ελκυστικές (Heinberg & Thompson, 1995). Η δυσαρέσκεια με το σώμα αποτελεί έναν καθοριστικό παράγοντα ευπάθειας στις ΔΠΤ (Killen, Taylor, Hayward, Haydel, Wilson, Hammer, Kraemer, BlairGreiner, & Strachowski, 1996; Stice et al., 2001).

Σύμφωνα με την θεωρία του Festinger (1954) ένα άτομο κάνει υποκειμενικές συγκρίσεις με άλλα άτομα όταν απουσιάζουν οι αντικειμενικές πληροφορίες σχετικά με τους κοινωνικούς κώδικες και τα κριτήρια, με σκοπό την εκτίμηση του εαυτού του. Στόχοι της σύγκρισης συχνά αποτελούν τα άτομα υψηλού «κύρους», όπως είναι τα μοντέλα, οι ηθοποιοί και οι διασημότητες. Οι Mills, Polivy, Herman, και Tiggemann (2002) ανέφεραν ότι τα άτομα που έκαναν δίαιτα αξιολογούσαν το τρέχον και το ιδανικό σχήμα του σώματός τους ως μικρότερο, ενώ απαρνιόντουσαν τη λήψη τροφής έπειτα από την έκθεση σε ιδεώδη σωματικά πρότυπα. Σύμφωνα με τους Joshi και Herman (2004) τα άτομα που περιόριζαν το φαγητό τους παρουσίαζαν υψηλότερη κοινωνική αυτοεκτίμηση και θετικότερη εικόνα του σώματός τους αφού εκτέθηκαν σε εικόνες αδυνάτων μοντέλων, ενώ στα άτομα που δεν εμφάνιζαν διατροφικούς περιορισμούς, οι εικόνες αυτές είχαν αρνητική επίδραση. Σε έρευνα των Halliwell και Dittmar (2004), μετά από έκθεση σε εικόνες που έδειχναν αδύνατα μοντέλα, οι συμμετέχουσες εμφάνισαν αρνητική αντίληψη της εξωτερικής τους εμφάνισης απ' ότι οι συμμετέχουσες που δεν εκτέθηκαν στις ίδιες εικόνες.

Μέσα από μία κοινωνικο-ψυχολογική οπτική, ο δυσανάλογος αριθμός των γυναικών συγκριτικά με τον αριθμό των ανδρών που πλήττεται από την Ψυχογενή Βουλιμία σηματοδοτεί τη μερική συμβολή της ταυτότητας του φύλου στην αιτιολογία της διαταραχής. Η ταυτότητα του φύλου αποτελεί μέρος της κοινωνικής ταυτότητας ενός ατόμου και αναφέρεται στο βαθμό της ταυτοποίησής του με τα κοινωνικά στερεότυπα που αφορούν στο εκάστοτε φύλο. Οι γυναίκες, στην προσπάθειά τους να νοιώσουν περισσότερο άξιες και αποδεκτές, προσπαθούν να αποκτήσουν μία θετικότερη κοινωνική ταυτότητα. Εκείνες που έχουν τα περισσότερα θηλυκά στοιχεία και που ενστερνίζονται το παραδοσιακό γυναικείο πρότυπο έχουν περισσότερες πιθανότητες να εσωτερικεύσουν το ιδεώδες πρότυπο της λεπτότητας (Klingenspor, 1994).

2.2.11. Παράγοντες κινδύνου στην εμφάνιση των ΔΠΤ

Συνοψίζοντας τη σχετική βιβλιογραφία, οι Fairburn και Harrison (2003) υποστήριξαν ότι οι κύριοι παράγοντες ευπάθειας στην εμφάνιση των ΔΠΤ είναι γενικοί και ατομικοί.

Γενικοί παράγοντες προδιάθεσης στην εμφάνιση των ΔΠΤ

Οι γενικοί παράγοντες αναφέρονται: (1) στο φύλο του εύαλωτου ατόμου, καθ' ότι οι σύγχρονες γυναίκες επιδέχονται μεγαλύτερες κοινωνικοπολιτισμικές πιέσεις να είναι αδύνατες, (2) στην εφηβεία, η οποία θεωρείται μία δύσκολη περίοδος για ένα εύαλωτο στις ΔΠΤ άτομο και, (3) στον ρόλο της Δυτικής κοινωνίας, η οποία αυξάνει σε ένα άτομο την πιθανότητα να εμφανίσει ΔΠΤ.

Ατομικοί παράγοντες προδιάθεσης στην εμφάνιση των ΔΠΤ

Οι ειδικοί-ατομικοί παράγοντες είναι: (1) οικογενειακοί, π.χ. η ύπαρξη στην οικογένεια ΔΠΤ (Agras, Hammer & McNicholas, 1999), κατάθλιψης, κατάχρησης ουσιών, παχυσαρκίας, ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής ή ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999), (2) προνοσηρές εμπειρίες όπως είναι το αντίξοο περιβάλλον στο οποίο ένα παιδί μεγαλώνει, η σεξουαλική κακοποίηση, η δίαιτα μέσα στην οικογένεια, η δυσαρέσκεια της μητέρας με το σώμα της και ο δείκτης μάζας σώματος των γονιών (Stice, Agras, & Hammer, 1999), το βίωμα αρνητικών και κριτικών σχολίων που σχετίζονται με το φαγητό, το σχήμα και το βάρος του σώματος από μέλη της οικογένειας και η πίεση στο άτομο από τον περίγυρό του να είναι αδύνατο, (3) προνοσηρά χαρακτηριστικά του ατόμου όπως είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η τελειομανία (η οποία δρα ειδικότερα ως χαρακτηριολογικός παράγοντας προδιάθεσης στην εμφάνιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας).

Σύμφωνα με τους Fairburn και Harrison (2003), η πρόωμη έναρξη της εμμηνου ρύσεως, η παχυσαρκία στο παιδί ή στους γονείς, η κατάχρηση ουσιών και οι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα σε ένα άτομο να οδηγηθεί σε δίαιτα, συντελούν ειδικώς στην εμφάνιση της Ψυχογενούς Βουλιμίας. Στους παράγοντες αυτούς, οι Kendler, MacLean, Neale, Kessler, Heath, και Eaves (1991) προσέθεσαν τη γέννηση του ατόμου μετά το 1960, ιστορικό με έντονες εναλλαγές του βάρους και υψηλά επίπεδα νευροτισμού. Οι παραπάνω παράγοντες συντελούν στην εμφάνιση των ΔΠΤ, τα κλινικά χαρακτηριστικά των οποίων διακρίνονται από μία επίμονη και υπερβολική ενασχόληση των ασθενών με το βάρος και το σχήμα του σώματός τους.

2.3. Νευρογενής Ανορεξία

2.3.1. Γενικά στοιχεία

Η Νευρογενής Ανορεξία έχει αναγνωριστεί εδώ και πολλές δεκαετίες και οι περιγραφές της νόσου σε διάφορα άτομα παρουσιάζουν μια εντυπωσιακή ομοιομορφία. Οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά της νόσου σε σύγκριση με τους άνδρες, ενώ η έναρξη της νόσου επισυμβαίνει συνήθως στην εφηβεία. Έχουν μάλιστα διατυπωθεί υποθέσεις οι οποίες καθιστούν τις ενδοψυχικές συγκρούσεις, που βιώνει το κορίτσι καθώς μεταβαίνει προς την ενηλικίωση, ως υπεύθυνες για την εκδήλωση της νόσου.

Η Νευρογενής Ανορεξία έχει την έναρξη της κατά τη διάρκεια της εφηβείας ή πιο σπάνια της προεφηβείας. Η ηλικία έναρξης ταυτίζεται ουσιαστικά με το πέρασμα της από την παιδική ηλικία στην εφηβεία. Τόσο στην Ψ.Α. όσο και στην ανορεξία του βρέφους (τα δυο άκρα της παιδικής ηλικίας), η ανορεξία είναι ουσιαστικά δραστήρια συμπεριφορά αποφυγής της λήψης τροφής. Το σύνδρομο της ανορεξίας που περιλαμβάνει όλες τις μορφές της, δηλαδή την κλασική μορφή της εφηβείας αλλά και της προεφηβείας, την ανορεξία του βρέφους, την ανορεξία στον ηλικιωμένο και την ανορεξία της ενήλικης γυναίκας, είναι μια μη ειδική συμπεριφορά άρνησης, της οποίας το νόημα είναι πάντα ατομικό και μπορεί να βρει τη θέση της σε υστερική, καταθλιπτική, ψυχαναγκαστική δομή προσωπικότητας (δια-νοσογραφικός χαρακτήρας). Εδώ οφείλεται και η ιδιαιτερότητα του συνδρόμου, και η μοναδικότητα κάθε περιστατικού.

Ας φανταστούμε ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής σχηματίζουν ένα συνεχές φαινόμενο, που περιλαμβάνει σοβαρές διαταραχές στη διατροφή και στο βάρος καθώς και σοβαρή υποβόσκουσα ψυχοπαθολογία. Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό των διαταραχών αυτών είναι ο διαταραγμένος τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται και βιώνουν οι πάσχοντες το σωματικό τους βάρος και σχήμα. Το φαινόμενο αυτό που περιγράψαμε πριν, καταλήγει σε πιο σοβαρές διαταραχές, στις οποίες τοποθετούνται η υπερβολική απώλεια βάρους, χαρακτηριστική της Νευρογενούς Ανορεξίας. Ο όρος «ανορεξία» αναφέρεται στην απώλεια της όρεξης» και ο όρος «νευρογενής» υποδηλώνει το συναισθηματικό υπόβαθρο. Για πολλούς ο όρος αυτός είναι κατά κάποιο τρόπο «ατυχής» ή «ανακριβής» δεδομένου ότι πολλοί λίγοι πάσχοντες πράγματι χάνουν την όρεξή τους, παρά μόνο όταν η νόσος έχει εγκατασταθεί σταθερά στο άτομο. Μάλλον το αντίθετο συμβαίνει τις περισσότερες φορές, δηλαδή οι ασθενείς αυτοί λιμοκτονούν και πολλές είναι οι φορές που θα πρέπει να επιδείξουν μεγάλη αυτοσυγκράτηση για να υπερνικήσουν το αίσθημα της πείνας που τους διακατέχει. Η απίσχνανση, που παρατηρείται, λοιπόν, στη νόσο αυτή, μπορεί να προκληθεί από την αυστηρή στέρηση τροφής, δηλαδή τη νηστεία στην οποία αυτο-υποβάλλεται το άτομο

(Περιοριστικός Τύπος) ή μπορεί να προκληθεί όταν το άτομο επιδίδεται σε καθαρτικές συμπεριφορές μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο ή μετά από ένα κανονικό ή μικρό γεύμα (Υπερφαγικός / Καθαρτικός Τύπος). Είναι πολλοί οι ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία και επιδεικνύουν υπερβολική ενασχόληση με το φαγητό. Η ενασχόληση αυτή μπορεί να εκδηλώνεται με συμπεριφορές όπως το να διαβάζουν βιβλία μαγειρικής συνεχώς, να προετοιμάζουν πολύπλοκες συνταγές και εξεζητημένα γεύματα για τις οικογένειές τους κ.α.

Ένα άλλο πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι η έντονη και σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και η ανυποχώρητη επιδίωξη της λεπτότητάς του. Η βασική αυτή διαταραχή, που θα μπορούσε να γίνει κατανοητή ως «παράλογος φόβος του πάχους», οδηγεί το άτομο σε σκόπιμα αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό στην πρόσληψη τροφής και σε κατανάλωση τροφών μετά από προσεκτική επιλογή τους τόσο σε ό,τι αφορά την ποιότητα όσο και σε ό,τι αφορά την ποσότητα τους, έτσι ώστε να οδηγείται το άτομο σε σταδιακή απώλεια βάρους και τελικά στην απίσχνανση, καθώς προοδευτικά έχει οδηγηθεί σε κατάσταση λιμοκτονίας. Βέβαια η απώλεια βάρους δεν έρχεται χωρίς αρνητικές συνέπειες για τον οργανισμό του ατόμου. Η αποδυνάμωση του οργανισμού καθιστά το άτομο ευάλωτο στις μολύνσεις, αλλά αυτό δεν είναι το μοναδικό σύμπτωμα της σοβαρής στέρησης τροφής. Υπάρχουν σοβαρές περιπτώσεις κατά τις οποίες το άτομο μπορεί ακόμα και να καταλήξει στο θάνατο εξαιτίας της αποδυνάμωσης αυτής. Δεν είναι τυχαίο ότι οι πρωτοπόροι ερευνητές της Νευρογενούς Ανορεξίας την περιέγραψαν ως «την αέναη επιδίωξη του αδυνατίσματος μέσω της στέρησης τροφής, ακόμα και μέχρι το θάνατο».

2.3.1.1. Επιπολασμός

Επιπολασμός ονομάζεται η συχνότητα εμφάνισης ενός φαινομένου, στη συγκεκριμένη περίπτωση της διαταραχής αυτής, στο γενικό πληθυσμό. Ο επιπολασμός της νευρογενούς ανορεξίας στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται ότι είναι 0,3-0,6%, δηλαδή το ποσοστό επί τοις εκατό εμφάνισης της ανορεξίας στον πληθυσμό. Η διαταραχή προσβάλλει κορίτσια τουλάχιστον 10 φορές συχνότερα από τα αγόρια και αρχίζει τυπικά κατά την εφηβεία, αλλά μπορεί να παρατηρηθεί ακόμα και κατά την εμμηνόπαυση. Το 95% των ασθενών είναι γυναίκες, συνηθέστερα από τα μεσαία και ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα της λευκής φυλής (4). Η νόσος έχει συσχετισθεί με έναν δείκτη θνησιμότητας της τάξης του 5,6% ανά δεκαετία παρουσίας της.

2.3.1.2. Γενικευμένα διαγνωστικά κριτήρια

1. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο του ελάχιστου φυσιολογικού για το ύψος και την ηλικία του (π.χ. απώλεια βάρους που έχει σαν αποτέλεσμα τη διατήρηση του βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αποτυχία να έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης που έχει σαν αποτέλεσμα βάρος σώματος λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου).
2. Έντονος φόβος για αύξηση σωματικού βάρους (δηλαδή φόβος ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή θα γίνει παχύ, ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό).
3. Διαταραγμένη εικόνα σώματος (δηλαδή διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα του σώματος, υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή του σχήματος στην αυτοαξιολόγηση, ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού βάρους του σώματος).
4. Αμηνόρροια σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων (μία γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια, αν οι περίοδοι της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών, π.χ. οιστρογόνων).

2.3.1.3. Τύποι νευρογενούς ανορεξίας:

1. Περιοριστικός τύπος (restricted type). Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια αδηφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (δηλ. αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).
2. Αδηφαγικός / καθαρτικός τύπος (binge eating/purging type). Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει τακτικά σε συμπεριφορά κάθαρσης (δηλ. αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

2.3.1.4. Παθογένεια και κλινικά γνωρίσματα

Κάποιες βασικές ενδείξεις για την αναγνώριση της νευρογενούς ανορεξίας είναι η απότομη μείωση βάρους, ξηρά μαλλιά, ακροκυάνωση, οστεοπόρωση, ξηρό δέρμα, οίδημα, υποθερμία (λόγω των χαμηλών συγκεντρώσεων τριωδοθυρονίνης-T3), υποογκαιμία (λόγω ασιτίας και άποιου διαβήτη που οδηγεί σε υπόταση), πληγές στην άνω επιφάνεια των χεριών, χνούδι στα άκρα, την πλάτη και το πρόσωπο, κ.α. Όταν η νόσος αρχίζει στην πρώιμη εφηβεία είναι δυνατό να παρατηρηθούν ελλιπής σωματική αύξηση και κατάγματα των σπονδύλων και των

μακρών οστών. Επίσης παρατηρείται εξαφάνιση του υποδόριου λίπους, που εκδηλώνεται με το λιπόσαρκο πρόσωπο, τους ατροφικούς μαστούς και την απίσχναση των γλουτών. Ακόμα, είναι πιθανό να παρουσιαστεί βραδυκαρδία, ορθοστατική υπόταση, αρρυθμία, καρδιομυοπάθεια και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Επιπλοκές στο νευρικό σύστημα μπορούν να οδηγήσουν σε περιφερική νευροπάθεια και μυοπάθεια. Τα κλινικά χαρακτηριστικά της ΝΑ αναφέρονται συνοπτικά στον πίνακα 1.1.

Πίνακας 1.1			
Κλινικά Χαρακτηριστικά Νευρογενούς Ανορεξίας			
1.	Καχεξία	10.	Χνούδι στα άκρα, την πλάτη και το πρόσωπο
2.	Απότομη μείωση βάρους	11.	Ελλιπής σωματική αύξηση & κατάγματα των σπονδύλων - μακρών οστών
3.	Ξηρά μαλλιά	12.	Σοβαρή εξάντληση
4.	Οστεοπόρωση	13.	Δυσκολία στην αναπνοή
5.	Ξηρό δέρμα	14.	Λιποθυμία & ζαλάδα
6.	Οίδημα	15.	Αίσθημα κρύου & μπλε δάκτυλα ποδιών
7.	Υποθερμία	16.	Λιπόσαρκο πρόσωπο, ατροφικοί μαστοί και απίσχναση των γλουτών
8.	Υποογκαιμία	17.	Ακροκυάνωση
9.	Πληγές στην άνω επιφάνεια των χεριών	18.	Περιορισμένη γενετήσια επιθυμία (libido) και ανικανότητα.

Μερικά από τα άτομα αυτά μπορούν να θυμηθούν καταστάσεις ή γεγονότα της ζωής τους που πυροδότησαν την απασχόληση τους με το αδυνάτισμα. Στα αρχικά στάδια της πάθησης η ασθενής περιορίζει εκούσια την τροφή και ο αυτοκαταναγκασμός για μείωση του βάρους είναι δυνατό να οδηγήσει σε προκλητό εμετό, κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών, και εξαντλητική σωματική άσκηση. Οι ασθενείς βλέπουν υπέρμετρες τις διαστάσεις του δικού τους σώματος αλλά όχι και των άλλων ατόμων.

2.3.2. Ιστορική αναδρομή της ΝΑ

Περίπου στα 1500 ο Simone Porta ο Portio είναι ο πρώτος παρατηρητής της ψυχογενούς ανορεξίας. Οι πρώτες περιγραφές του συνδρόμου γίνονται από τον Morton στο τέλος του 17ου αι. (1689 "Consumption Nerveuse"). Έναν αιώνα αργότερα (1789) ο Nadaud μιλά για

την «ψυχική αρρώστια με απέχθεια στις τροφές» (Maladie nerveuse avec degout des aliments).

Το 1868 ο Gull ορίζει επιστημονικά την ψυχογενή ανορεξία και μιλά το 1873 στο British Medicine Journal για «ψυχική διαστροφή». Την ίδια χρονιά, ο Lasègue αναφέρεται σε αυτή «ελλείπει καλύτερου όρου» (Brusset, 1991), μιλά για «υστερική ασιτία» όμως σαφώς τη διαφοροποιεί από την υστερία.

Ταυτόχρονα σχεδόν ο Charcot και ο Dejerine βρίσκουν στις ανόρεκτες όλα τα χαρακτηριστικά της υστερίας. Στα 1883 ο Huchard καθιερώνει τον όρο «anorexìa nervosa» που διατηρείται μέχρι σήμερα και κάνει τη διάκριση ανάμεσα σε γαστρική και ψυχογενή ανορεξία. Το 1893 ο Freud αναφέρεται σε μία περίπτωση ψυχογενούς ανορεξίας και το 1895 συσχετίζει την Ψ.Α. με τη μελαγχολία, κρίνει ότι η ανορεξία είναι σύμπτωμα υστερικής μεταστροφής όπου η αηδία απέναντι στη διατροφή ερμηνεύεται ως αποτέλεσμα απόθησης του στοματικού ερωτισμού. Η απώλεια της όρεξης παραλληλίζεται με την απώλεια της λιβιδινικής ικανοποίησης (Freud, 1889). Την ίδια χρονιά ο Babinski μιλά για την ανορεξία των παρθένων «Parthenoanorexie».

Το 1896 οι Soltman et Kissel γίνονται οι πρώτοι παιδίατροι που μιλούν για ψυχογενή ανορεξία στα παιδιά. Το 1914 ο Simmonds περιγράφει το σύνδρομο της υποφυσιογενούς καχεξίας, που φέρει και το όνομα του και αναφέρεται σε μια ενδοκρινολογική ανεπάρκεια. Γίνεται έτσι υπέρμαχος μιας ενδοκρινολογικής και αργότερα νευρολογικής αιτιολογίας της Ψ.Α. (το 1939, οι Lhermitte, Martel, Guillaume, Ajuriaguerra, μιλούν για το «ρόλο του υποθάλαμου και της 3ης κοιλίας») και εγκαινιάζει τη «διαμάχη της Ψυχογενούς Ανορεξίας», διαμάχη μεταξύ των οργανικών και ψυχογενών αιτιολογικών θεωριών.

Οι περιγραφές περιστατικών, που θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν ως περιστατικά Νευρογενούς Ανορεξίας, ανευρίσκονται πολλά χρόνια πριν. Το 1689, σε μια διατριβή με θέμα την κατανάλωση, ο Richard Morton περιέγραψε την περίπτωση μιας 18χρονης κοπέλας που εμφάνιζε αμηνόρροια και αυτοπροκαλούμενη απώλεια βάρους. Ο Morton απέδωσε την απώλεια βάρους της κοπέλας σε μια «πληθώρα από ανησυχίες και πάθη που κατέκλυζαν το μυαλό της» αυτή η νεαρή γυναίκα τελικά κατέληξε εξαιτίας της ασθένειάς της, την οποία ο Morton αποκάλεσε «νευρική κατανάλωση» αναγνωρίζοντας έτσι τους σημαντικούς ψυχολογικούς παράγοντες. Μετά την πρώτη αυτή επίσημη αναφορά σε τέτοιο περιστατικό, το 1873 ο καθηγητής της Ιατρικής στο Παρίσι Ernest Lasègue δημοσίευσε άρθρο του με τίτλο «Περί της Υστερικής Ανορεξίας». Στο άρθρο αυτό ο Lasègue περιέγραφε 8 περιπτώσεις ασθενών, κυρίως νεαρών γυναικών, στις οποίες η έναρξη της νόσου είχε προκληθεί από κάποιο συγκινησιακό ερέθισμα, εστιάζοντας και αυτός με κάποιο τρόπο στους υποβόσκοντες ψυχολογικούς παράγοντες έναρξης της νόσου. Ο Lasègue έδωσε έμφαση στο αίσθημα

ικανοποίησης, που βίωναν οι ίδιοι οι ασθενείς για την κατάστασή τους, το οποίο αίσθημα ερχόταν σε αντίθεση με την έντονη ανησυχία και τις απειλές των μελών της οικογένειάς τους.

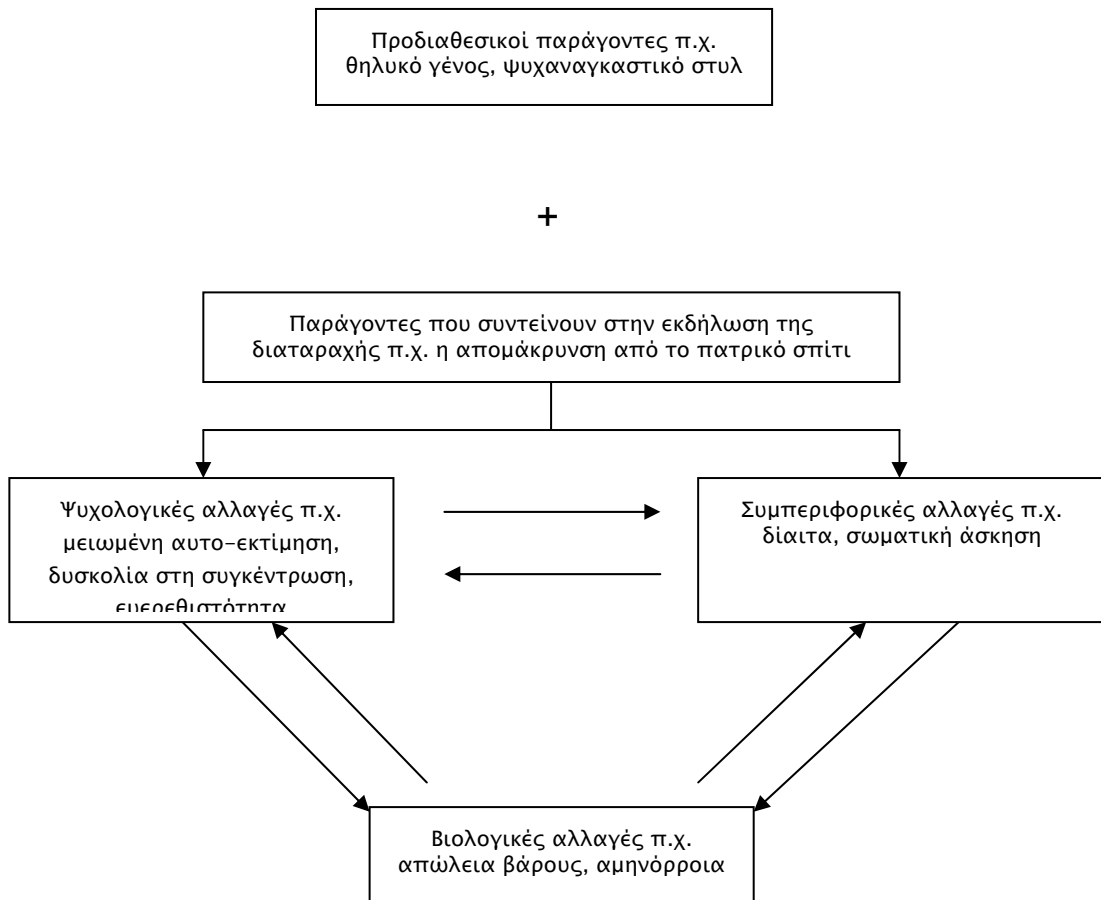
2.3.3. Το χρονολογικό προφίλ της ΝΑ

Το σύνδρομο της Νευρογενούς Ανορεξίας αναγνωρίστηκε ξεκάθαρα και χρησιμοποιήθηκε αυτός ο όρος για την ονομασία του στα τέλη του 19ου αιώνα. Ο πρώτος, που χρησιμοποίησε τον όρο «anorexia nervosa», ήταν ο Sir William Gull, ένας γιατρός του νοσοκομείου Guy's του Λονδίνου, σε άρθρο που δημοσιεύθηκε το 1874. Στο άρθρο αυτό περιέγραφε τα ιστορικά 4 περιπτώσεων εκ των οποίων η μία είχε καταλήξει στο θάνατο. Οι κλινικές περιγραφές του Gull ήταν παρόμοιες με αυτές του Laségue. Τα κυρίαρχα κλινικά χαρακτηριστικά, που περιγράφηκαν σχεδόν 100 χρόνια πριν, έχουν αξιοσημείωτη ομοιότητα με αυτά που παρουσιάζονται στους ασθενείς σήμερα. Είναι πιθανό κάποιες περιπτώσεις Νευρογενούς Ανορεξίας μπορεί να είχαν αναγνωρισθεί και πριν τον 19ο αιώνα.

Μετά τις περιγραφές του 19ου αιώνα, η νοσολογική οντότητα της Νευρογενούς Ανορεξίας συσκοτίστηκε καθώς υπήρξε σύγχυση της νόσου αυτής με την πανυποφυσιακή καχεξία, την οποία περιέγραψε ο Simmonds το 1914. Λίγα χρόνια αργότερα, το 1949, διαφοροποιείται η έννοια της Νευρογενούς Ανορεξίας από τη γενικευμένη υπολειτουργία της υπόφυσης, αλλά το γεγονός ότι ο όρος «ανορεξία» παρέπεμπε σε μια υπεργενικευμένη αποφυγή λήψης τροφής συνέβαλε στην παράταση της σύγχυσης μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1970. Τα πράγματα άρχισαν να ξεκαθαρίζουν με τη βοήθεια κάποιων σημαντικών θεωρητικών όπως η Bruch (1966), που μέσα από τις εργασίες της περιέγραψε τη χαρακτηριστική «ανυποχώρητη επιδίωξη της ισχύτητας», ο Grisp (1967), που αναγνώρισε τον καθοριστικό ρόλο της «φοβίας του πάχους», και ο Russell με τις δημοσιεύσεις του κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970. Οι προαναφερθέντες καθώς κι άλλοι θεωρητικοί με το έργο τους συνέβαλλαν στο να τεθούν οι βάσεις για την κατανόηση της νοσολογικής οντότητας της «πρωτοπαθούς» Νευρογενούς Ανορεξίας και στη συνέχεια να αναγνωρισθούν και να καθοριστούν τα κριτήρια για τη διάγνωσή της.

Η μακρά ιστορία της Νευρογενούς Ανορεξίας υποδεικνύει ότι, αν και σημειώνονται αλλαγές στις κοινωνικές νόρμες σχετικά με το τι είναι αισθητικά επιθυμητό και οι νόρμες αυτές μπορεί να έχουν παίξει κάποιο ρόλο στην αύξηση της συχνότητας της Νευρογενούς Ανορεξίας, τελικά δε φαίνεται οι νόρμες αυτές να εξηγούν την αρχική εμφάνιση του συνδρόμου.

Διαγνωστικό διάγραμμα πορείας Νευρικής Ανορεξίας



2.3.4. Επιδημιολογία

Η Νευρογενής Ανορεξία θεωρείται μια μάλλον σπάνια ασθένεια. Ακόμα και ανάμεσα στις λεγόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου (έφηβες κοπέλες και νεαρές ενήλικες γυναίκες) ο επιπολασμός της αυστηρώς ορισμένης Νευρογενούς Ανορεξίας μόλις που αγγίζει το 0,5%. Σε ότι αφορά το γενικό πληθυσμό, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία εκτιμά ότι ο επιπολασμός κυμαίνεται από 0,5%-1%, ποσοστό που επιβεβαιώνεται και από τις επιδημιολογικές μελέτες. Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι, όσον αφορά τις άτυπες μορφές εκδήλωσης της διαταραχής, οι οποίες εντάσσονται στην κατηγορία NOS (Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής Μη Προσδιοριζόμενες Διαφορετικά) γιατί δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια, φαίνεται να καταγράφονται σε πολύ μεγαλύτερες συχνότητες απ' ότι η τυπική ολοκληρωμένη κλινική μορφή εκδήλωσης της Νευρογενούς Ανορεξίας. Το ποσοστό επιπολασμού για τις υποτυπώδεις αυτές μορφές Νευρογενούς Ανορεξίας είναι αρκετά μεγαλύτερο από τα προαναφερθέντα ποσοστά και εκτιμάται ότι αγγίζει το 5%.

Αν λοιπόν ισχύουν τα παραπάνω, και η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια σπάνια ασθένεια, πώς δικαιολογείται το αυξανόμενο ενδιαφέρον των ειδικών και της ευρύτερης κοινωνίας γι' αυτή τη νόσο; Παρά τη μάλλον σπάνια εμφάνισή της, η πλειονότητα των ερευνών δείχνει ότι τα ποσοστά εμφάνισης της Νευρογενούς Ανορεξίας έχουν σημειώσει σημαντική αύξηση τα τελευταία 50 χρόνια, με αυξανόμενες αναφορές σε κορίτσια ακόμα και της προεφηβικής ηλικίας αλλά και στους άρρενες. Προς απογοήτευση των ερευνητών, οι πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι περιορισμοί στο φαγητό, τα υπερφαγικά επεισόδια, οι καθαρτικές συμπεριφορές και η διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα, που παλαιότερα θεωρούνταν ως διαταραχές της εφηβείας και της νεαρής ενήλικης ζωής, έχουν αρχίσει να κάνουν αισθητά την εμφάνισή τους ακόμα και σε κορίτσια ηλικίας 9 ετών. Υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη για κάθε 100.000 κατοίκους αναλογούν 1,5-5 καινούρια περιστατικά Νευρογενούς Ανορεξίας. Το φαινόμενο αυτό συχνά αποδίδεται στις αλλαγές που έχουν σημειωθεί στις νόρμες της κοινωνίας για το ιδανικό – επιθυμητό σωματικό σχήμα και βάρος.

Σε ό,τι αφορά το φύλο, η Νευρογενής Ανορεξία φαίνεται από τις έρευνες ότι πλήττει κυρίως τις γυναίκες, οι οποίες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην ανάπτυξη Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής γενικά η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών, που έχουν διαγνωσθεί με Νευρογενή Ανορεξία, κυμαίνεται από 1:10 έως 1:20. Οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 90% των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με

κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Η διαταραχή βέβαια εμφανίζεται και σε αγόρια εφήβους, αλλά και σε αυτές τις ηλικίες ισχύει το ότι τα περιστατικά είναι 15-20 φορές λιγότερο συχνά απ' ότι στα κορίτσια της εφηβείας. Οι διαφορές στον επιπολασμό της Νευρογενούς Ανορεξίας μεταξύ του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού μάλλον αντανακλούν τη μεγαλύτερη έμφαση που δίνουν οι γυναίκες στα πρότυπα που προβάλλει η κοινωνία για το τι θεωρείται ελκυστικό – επιθυμητό. Τα πρότυπα αυτά είναι γνωστό ότι εδώ και δεκαετίες προβάλλουν τη λεπτόσωμη σιλουέτα σαν ιδανικό, και είναι πολλές οι ερευνητικές μελέτες που δείχνουν ότι η υπέρμετρη ενασχόληση με την τροφή και το βάρος είναι εντυπωσιακά συχνή ανάμεσα στο γυναικείο πληθυσμό. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι η Νευρογενής Ανορεξία εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε νεαρές κοπέλες που ασχολούνται με επαγγέλματα που απαιτούν λεπτά σώματα όπως είναι τα μοντέλα, οι χορεύτριες μπαλέτου, οι αθλήτριες ορισμένων αθλημάτων (π.χ. ρυθμικής) κ.α. Κάτι ανάλογο ισχύει, όπως θα δούμε παρακάτω και για τους άνδρες που κινούνται σε συγκεκριμένους επαγγελματικούς χώρους.

Λίγες έρευνες έχουν εστιάσει στο να κατανοήσουμε γενικά τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες. Ίσως αυτό να οφείλεται στα χαμηλά ποσοστά εμφάνισης π.χ. της Νευρογενούς Ανορεξίας στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Είναι γεγονός όμως ότι εντείνονται οι υποψίες ανάμεσα στους επαγγελματίες που ασχολούνται με τη θεραπεία ανδρών πασχόντων ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες καταγράφονται σε μικρότερο βαθμό, ο οποίος βαθμός δεν αντανακλά τα πραγματικά ποσοστά. Για τους επαγγελματίες αυτούς ψυχοθεραπευτές αναμένεται ότι είναι απρόσμενα υψηλό το ποσοστό εμφάνισης αυτών των διαταραχών ανάμεσα σε συγκεκριμένες υποομάδες ανδρών. Για παράδειγμα, πρόσφατες έρευνες αναφέρουν αρκετά υψηλά ποσοστά ομοφυλόφιλων ανδρών που πάσχουν από κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Επίσης, οι αναβάτες ιππασίας, οι παλαιστές, οι χορευτές, οι bodybuilders, οι παρουσιαστές κι άλλες ομάδες επαγγελματιών, που καλούνται να χάνουν βάρος ή να διατηρούν ένα ιδανικό βάρος για ν' ανταποκριθούν στις επαγγελματικές απαιτήσεις, να είναι ανταγωνιστικοί και να επιτύχουν τους επαγγελματικούς στόχους τους, είναι επίσης ευάλωτοι στο να αναπτύξουν τέτοιες διαταραχές και θα πρέπει να εντάσσονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Όταν η Νευρογενής Ανορεξία απαντάται στους άνδρες, η συμπτωματολογία και τα συνοδά χαρακτηριστικά, όπως οι αναφορές για ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, είναι όμοια με αυτά που αναφέρονται και στις γυναίκες πάσχουσες. Η εκδήλωση της νόσου, ωστόσο, μπορεί σε ορισμένες

περιπτώσεις να διαφοροποιείται στους άνδρες. Για παράδειγμα έχει παρατηρηθεί ότι οι άνδρες γενικότερα ασχολούνται λιγότερο μ' ένα συγκεκριμένο προκαθορισμένο ιδανικό βάρος ή το μέγεθος των ρούχων που φοράνε και είναι περισσότερο ανήσυχοι για τη γράμμωση των μυών τους και την αποφυγή εναπόθεσης λίπους σε συγκεκριμένα σημεία του σώματός τους.

Η Νευρογενής Ανορεξία παρατηρείται κατεξοχήν στις δυτικές πολιτισμικές κοινωνίες, δηλαδή τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα σε βιομηχανικές, πλούσιες, ανεπτυγμένες χώρες σε σύγκριση με αναπτυσσόμενες χώρες, όπου φαίνεται να σπανίζει. Ακόμα και μέσα σ' αυτές τις ανεπτυγμένες χώρες είναι πιο συχνή στα υψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχόντων είναι γυναίκες της Καυκάσιας φυλής και μέσης ή ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης. Ίσως αυτό να συνδέεται με το γεγονός ότι η Νευρογενής Ανορεξία είναι περισσότερο πιθανό να αναπτυχθεί σε ένα περιβάλλον όπου υπάρχει πληθώρα διαθέσιμου φαγητού αλλά στο οποίο το να είναι οι γυναίκες λεπτές με κάποιο τρόπο εξισώνεται με το υψηλό ή ξεχωριστό επίτευγμα. Ωστόσο, τα δεδομένα των ερευνών για τη Νευρογενή Ανορεξία φαίνεται ότι αλλάζουν σημαντικά σε ό,τι αφορά παραμέτρους όπως η εθνικότητα, η κοινωνικοοικονομική τάξη και το φύλο.

2.3.5. Διάγνωση

Σύμφωνα με τα κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM IV) ο ασθενής θα πρέπει να παρουσιάζει σωματικό βάρος σε σημαντικό βαθμό χαμηλότερο απ' αυτό που θεωρείται φυσιολογικό για την ηλικία και το ύψος του. Δεν είναι δυνατό να οριστεί μια συγκεκριμένη απώλεια βάρους που να εφαρμοστεί ως κριτήριο για κάθε άτομο υπό αξιολόγηση, αλλά το DSM-IV μας παρέχει ως οδηγό το 85% του αναμενόμενου φυσιολογικού βάρους. Έτσι, το άτομο που προσέρχεται για αξιολόγηση κι έχει χάσει το 15% του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του πληροί το εν λόγω κριτήριο. Στην πραγματικότητα είναι πολλοί οι ασθενείς που φθάνουν στο σημείο να ζυγίζουν λιγότερο από το 50% του μέσου αναμενόμενου φυσιολογικού βάρους. Η απώλεια αυτή βάρους συνήθως επιτυγχάνεται μέσω δίαιτας, κατά την οποία φροντίζουν να υπάρξει ένας αυστηρός περιορισμός των θερμίδων που καταναλώνουν έτσι ώστε να παραμένουν μέσα στα όρια μιας εξαντλητικής δίαιτας, η οποία περιλαμβάνει έναν πολύ περιορισμένο αριθμό τροφών (π.χ. συνήθως απαγορεύονται οι υδατάνθρακες και τα λίπη). Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως υιοθετούνται κι άλλες πρακτικές,

που προάγουν την απώλεια βάρους, κι έτσι μέρος της εικόνας του πάσχοντος μπορεί να αποτελούν και οι καθαρικές συμπεριφορές (π.χ. αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, χρήση διουρητικών, υπακτικών, υποκλυσμών, εμετικών κ.α.) και η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας (π.χ. υπερβολική, εξοντωτική εκγύμναση, τελετουργική υπερκινητικότητα κ.α.), που μπορεί να φθάσει στο σημείο της στέρησης ακόμα και του ύπνου προκειμένου να ικανοποιηθεί το αίτημα για σωματική δραστηριότητα και τελικά το άτομο οδηγείται στην εξουθένωση. Οι διαταραχές ύπνου, η απώλεια της σεξουαλικής παρόρμησης και η μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και εγρήγορσης είναι συμπτώματα που συχνά αναφέρονται από ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία.

Παρά το υπερβολικά χαμηλό βάρος του σώματός τους, τα άτομα, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, ανησυχούν υπερβολικά μήπως πάρουν βάρος και παχύνουν, φοβούνται ότι θα γίνουν υπέρβαροι και είναι αξιοσημείωτο ότι αυτός ο έντονος και επίμονος «φόβος του πάχους», όπως αποκαλείται, όχι μόνο δε μειώνεται σε ένταση και ισχύ με την απώλεια βάρους, αντιθέτως, κατά ένα περίεργο τρόπο, όσο το βάρος τους μειώνεται ο φόβος αυτός εντείνεται.

Ο φόβος αυτός σχετίζεται με τη διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα των πασχόντων, στους οποίους είναι χαρακτηριστική η διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο αξιολογούν και βιώνουν το σωματικό τους σχήμα και βάρος. Για παράδειγμα, παρότι το βάρος τους είναι πολύ χαμηλότερο από το φυσιολογικό και σε κάποιες περιπτώσεις έχουν αποστεωνθεί, τα άτομα, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, συχνά νιώθουν το σώμα τους ή ένα μέρος του σώματός τους (συνήθως κοιλιά, γλουτούς, μηρούς) σαν να είναι πολύ βαρύ, πολύ χοντρό. Για να μπορούν να ελέγχουν το σχήμα του σώματός τους, οι ασθενείς φροντίζουν να ζυγίζονται τακτικά, μετρούν με μεζούρα την περίμετρο διαφόρων μερών του σώματός τους και κοιτούν επίμονα και συχνά επικριτικά το είδωλό τους στον καθρέφτη.

Τα άτομα, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, είναι απολύτως απορροφημένα με την τροφή και ένδειξη αυτού αποτελεί το γεγονός ότι υπολογίζουν με ιδιαίτερη προσοχή τις θερμίδες οποιασδήποτε τροφής πρόκειται να καταναλώσουν. Κάποιες φορές μάλιστα αυτή η ανησυχία φθάνει τα όρια της εμμονής. Για παράδειγμα, ένας ασθενής χαρακτηριστικά είπε: «δε θα γλύψω το γραμματόσημο... δεν μπορεί κανείς να γνωρίζει που μπορεί να κρύβονται οι θερμίδες». Η εμμονή αυτή με το φαγητό και την πιθανή αύξηση του βάρους τους μπορεί να οδηγήσει και σε ψυχαναγκαστική συμπεριφορά σε ότι αφορά την εκγύμναση, για την οποία πολλές φορές μπορούν να αφιερώσουν πολλές ώρες την

ημέρα. Η αυτοεκτίμησή τους, άλλωστε, είναι στενά συνδεδεμένη με τη διατήρηση του χαμηλού σωματικού βάρους.

Σε ό,τι αφορά ειδικά τις γυναίκες, προκειμένου να διαγνωστεί η Νευρογενής Ανορεξία θα πρέπει, εκτός της σημαντικής απώλειας βάρους, να παρουσιάζουν και αμηνόρροια. Η υπερβολική από-δυνάμωση συχνά προκαλεί αμηνόρροια, αλλά, ακόμα και στις περιπτώσεις που δε σημειώνεται αμηνόρροια, μπορεί να υπάρχουν ανωμαλίες στον περιοδικό κύκλο.

Ορισμένοι από τους πάσχοντες, που σύμφωνα με κάποιες εκτιμήσεις φθάνουν το 50%, χάνουν περιστασιακά τον έλεγχο στον περιορισμό της τροφής τους και οδηγούνται σε υπερφαγικά επεισόδια και καθαρτικές συμπεριφορές. Έτσι, προκύπτουν οι 2 Τύποι της Νευρογενούς Ανορεξίας, τους οποίους αναγνωρίζει και διαχωρίζει το DSM-IV. Το DSM-IV ορίζει ότι τα άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία θα πρέπει να διακρίνονται βάσει ενός από δύο διαστάσεις, τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο ή τον Περιοριστικό Τύπο. Οι διαφορές μεταξύ των δύο υποτύπων, που μπορούν να στηρίξουν την αξιοπιστία αυτού του διαχωρισμού, είναι πολλές.

2.3.6. Ανάλυση Τύπων Νευρογενούς Ανορεξίας

Περιοριστικός Τύπος

Στον Περιοριστικό Τύπο η απώλεια βάρους είναι αποτέλεσμα του αυστηρού περιορισμού στην πρόσληψη τροφής. Στο άτομο, που εμφανίζει αυτόν τον Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας και αυτοαξίας συνδέεται άρρηκτα με το βαθμό στον οποίο μπορεί να ελέγξει το σωματικό βάρος και σχήμα. Το άτομο αισθάνεται περήφανο και αποκτά την αίσθηση της αυτοκυριαρχίας όταν το βάρος του αρχίζει να μειώνεται, ενώ αντίθετα όταν το βάρος του αυξάνεται το άτομο κατακλύζεται από συναισθήματα αποτυχίας και την εντύπωση ότι δεν είναι πλέον αποδεκτό από τους οικείους και το κοινωνικό σύνολο. Στα άτομα, που εμφανίζουν τον Περιοριστικό Τύπο, είναι σπάνιο να εκδηλωθούν επεισόδια υπερφαγίας ή καθαρτικών συμπεριφορών, και σε σύγκριση με τα άτομα, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο, δεν είναι πολύ επιρρεπείς στη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, εμφανίζουν όμως μικρότερη συναισθηματική αστάθεια και είναι λιγότερο ενεργοί σεξουαλικά. Υπάρχουν ακόμα ενδείξεις ότι οι δύο αυτοί υποτύποι μπορεί να διαφέρουν στον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή.

Υπερφαγικός / Καθαρτικός Τύπος

Στον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο το άτομο παρουσιάζει τακτικά υπερφαγικά επεισόδια και συνακόλουθες καθαρτικές συμπεριφορές. Οι βουλιμικοί ανορεκτικοί ξεκινούν συχνά ως περιοριστικοί και τελικά προχωρούν προς τα υπερφαγικά επεισόδια και τις καθαρτικές συμπεριφορές, όταν στα μεσοδιαστήματα της πλήρους αποστέρησης τροφής αισθάνονται ανίκανοι πλέον να διατηρήσουν απόλυτο έλεγχο της τροφής που καταναλώνουν. Υπάρχουν αρκετά χαρακτηριστικά βάσει των οποίων διακρίνεται ο Τύπος αυτός της Νευρογενούς Ανορεξίας από τον Περιοριστικό Τύπο. Οι ασθενείς, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας, είναι πιθανότερο να νοσούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, απαιτούν μεγαλύτερη συχνότητα στις θεραπευτικές συναντήσεις, βιώνουν υψηλότερο βαθμό συναισθηματικής δυσφορίας και έχουν λιγότερο καλή πρόγνωση απ' ό,τι τα άτομα που εμφανίζουν τον Περιοριστικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας. Γενικότερα, σαν ομάδα, τα άτομα, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο, έχουν περισσότερο αποδιοργανωμένη προσωπική ζωή και περισσότερο διαταραγμένο οικογενειακό ιστορικό, ασθενούν με μεγαλύτερη συχνότητα και εν γένει εκδηλώνουν εντονότερη ψυχοπαθολογία (π.χ. εμφανίζουν συχνότερα Διαταραχές Προσωπικότητας) απ' ό,τι τα άτομα, που πάσχουν από τον Περιοριστικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας. Επιπροσθέτως, εμφανίζονται λιγότερο ικανοί να διατηρήσουν με επιτυχία αυστηρό έλεγχο σε ό,τι αφορά τη συμπεριφορά τους και τις παρορμήσεις τους και είναι περισσότερο ευάλωτοι να αναπτύξουν διαταραχές που σχετίζονται με τον έλεγχο των παρορμήσεων όπως η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, ο αλκοολισμός, η ψυχαναγκαστική αγοραστική συμπεριφορά, η κλεπτομανία και η ασύδοτη, αχαλίνωτη σεξουαλική συμπεριφορά. Οι ασθενείς, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο, εμφανίζουν επίσης ισχυρές τάσεις προς το σωματικό αυτοτραυματισμό (π.χ. χτύπημα – κόψιμο κ.α.) και συχνά σημειώνεται σ' αυτούς κοινωνική απόσυρση, καθώς και αυτοκτονική συμπεριφορά (π.χ. απόπειρες αυτοκτονίας).

Σε γενικές γραμμές, η Νευρογενής Ανορεξία δεν είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί. Για το 85% των περιπτώσεων ισχύει ότι το άτομο θα εκδηλώσει τη νόσο κάποια στιγμή μεταξύ των 13 και 20 ετών. Ο ειδικός θα πρέπει να εξετάζει με ιδιαίτερη προσοχή την πιθανότητα να διαγνώσει Νευρογενή Ανορεξία σε άτομο που δεν εμπίπτει σ' αυτό το ηλικιακό φάσμα. Η δυσκολία του ειδικού εντοπίζεται περισσότερο στη μυστικοπάθεια που διακατέχει τους ασθενείς, που πάσχουν από

Νευρογενή Ανορεξία, με αποτέλεσμα να μην περιγράφουν ξεκάθαρα ούτε το κίνητρό τους να είναι αδύνατοι ούτε το φόβο του πάχους που τους κυριεύει. Αντ' αυτού μπορεί να αναγνωρίζουν στον εαυτό τους μόνο μια γενική και αόριστη ανησυχία για την ποιότητα των τροφών που καταναλώνουν και μια έντονη επιθυμία να γυμνάζονται. Επίσης, μπορεί να είναι δύσκολο για τους ασθενείς αυτούς να εξωτερικεύσουν τη διαστρεβλωμένη εικόνα που έχουν για το σωματικό τους σχήμα και βάρος. Μπορεί να δηλώνουν οι ασθενείς αυτοί ότι συνειδητοποιούν πως είναι πολύ αδύνατοι και ότι θα χρειαστούν υπεράνθρωπες προσπάθειες για να ανακτήσουν ένα φυσιολογικό βάρος, αλλά ωστόσο δεν ανησυχούν για τους πολύ σοβαρούς κινδύνους που διατρέχει ο οργανισμός τους εξαιτίας του χρόνιου υποσιτισμού και σε γενικές γραμμές δεν είναι βαθιά δεσμευμένοι να προσπαθήσουν πραγματικά όπως με το να αυξήσουν την θερμιδική αξία των τροφών που καταναλώνουν.

2.3.7. Ανάλυση διαγνωστικών κριτηρίων

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία το 1994, δημοσίευσε τον αναθεωρημένο οδηγό ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών (A.P.A., DSM-IV) σύμφωνα με τον οποίο η διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας θα πρέπει να στηρίζεται σε 4 βασικά κριτήρια:

A. Άρνηση του ατόμου για τη διατήρηση του σωματικού βάρους στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί σε διαμόρφωση του σωματικού βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αποτυχία στην επίτευξη της αναμενόμενης αύξησης του βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης, που έχει σαν αποτέλεσμα την απόκτηση σωματικού βάρους χαμηλότερου από το 85% του αναμενόμενου)

B. Υπερβολικός φόβος του ατόμου για την αύξηση του βάρους ή φόβος πάχους, ακόμα κι όταν το βάρος τους είναι πολύ χαμηλότερο από το κανονικό

Γ. Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το σωματικό βάρος ή σχήμα. Αδικαιολόγητη και υπέρμετρη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην αυτο-αξιολόγηση, ή άρνηση της σοβαρότητας του τρέχοντος χαμηλού σωματικού βάρους

Δ. Σε μεταεμμηναρχικές γυναίκες, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον 3 διαδοχικών εμμηνορυσιακών κύκλων. (Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια

αν οι περίοδοί της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. χορήγηση οιστρογόνων).

Στον πιο πρόσφατο αυτό διαγνωστικό οδηγό (DSM-IV, 1994) γίνεται λόγος για την ύπαρξη 2 ανεξάρτητων υπο-τύπων στη Νευρογενή Ανορεξία και αναφέρονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτών:

Περιοριστικός Τύπος: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Νευρογενούς Ανορεξίας, το άτομο δεν επιδίδεται συστηματικά σε υπερφαγική συμπεριφορά ή συμπεριφορές κάθαρσης (π.χ. αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών, καθαρτικών, ή υποκλυσμών)

Υπερφαγικός / Καθαρτικός Τύπος: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Νευρογενούς Ανορεξίας, το άτομο επιδίδεται συστηματικά σε υπερφαγική συμπεριφορά ή καθαρτικές συμπεριφορές (π.χ. αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV (1994) προσομοιάζουν αρκετά και με τα διεθνή κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ICD-10.

2.3.8. Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση των ατόμων, που μπορεί να πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, θα πρέπει να περιλαμβάνει τη λήψη ενός πλήρους ιστορικού σχετικά με το βάρος του ατόμου. Το ιστορικό αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνει στοιχεία για τις υψηλότερες και χαμηλότερες τιμές που έχει σημειώσει το βάρος του ασθενούς, καθώς και το επιθυμητό βάρος έτσι όπως αυτό εκφράζεται από το ίδιο το άτομο. Παράλληλα θα πρέπει να καταγράφεται και το αναμενόμενο φυσιολογικό βάρος με βάση την ηλικία, το φύλο και το ύψος του ατόμου. Επίσης, θα πρέπει ο ειδικός να καταγράψει στοιχεία για τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου, όπως να ζητηθεί από τον ασθενή να περιγράψει μια τυπική μέρα ως προς την πρόσληψη τροφής, να αναφέρει τυχόν περιορισμούς και απαγορεύσεις, ή και διαιτητικές πρακτικές που μπορεί να εφαρμόζει όπως π.χ. αν είναι χορτοφάγος. Μερικοί ασθενείς αδυνατούν να διατηρήσουν τον αυστηρό έλεγχο στην πρόσληψη τροφής και προβαίνουν σε επεισόδια υπερφαγίας, γι' αυτό είναι σημαντικό ο ειδικός να μπορέσει να συγκεντρώσει πληροφορίες και για πιθανά επεισόδια υπερφαγίας. Θα πρέπει να ρωτήσει το άτομο αν έχει χάσει ποτέ τον έλεγχο αναφορικά με το φαγητό, πόσο συχνά του έχει συμβεί αυτό, ποια είναι η ποσότητα και ο τύπος των φαγητών που

καταναλώνει κατά τη διάρκεια τέτοιων επεισοδίων, ποια είναι η χρονική διάρκεια τέτοιων επεισοδίων, ποιες ώρες της ημέρας συμβαίνουν συνήθως κ.α. Τα επεισόδια αυτά κατά κανόνα συμβαίνουν κρυφά, τις νυχτερινές ώρες και ακολουθούνται από αυτοπροκαλούμενους εμετούς. Κατά συνέπεια, η πιθανότητα ο ασθενής να μιλήσει με ειλικρίνεια γι' αυτά στον ειδικό είναι μάλλον μικρή, κυρίως εξαιτίας του αισθήματος ντροπής για τις πρακτικές που υιοθετεί. Ο ειδικός θα πρέπει ακόμα να διερευνήσει και θέματα που αφορούν το αίσθημα της πείνας και τις σκέψεις γύρω από το φαγητό. Παρότι ο όρος «ανορεξία» παραπέμπει σε απώλεια της όρεξης, στη Νευρογενή Ανορεξία δε συμβαίνει κάτι τέτοιο κι αυτός είναι ο λόγος που πολλοί έχουν χαρακτηρίσει τον όρο «ανορεξία» ατυχή. Οι ασθενείς και πεινούν και σκέφτονται το φαγητό αλλά αν ερωτηθούν από τον ειδικό σχετικά με το αίσθημα της πείνας το πιθανότερο είναι ότι θα το αρνηθούν. Για τον ειδικό μια σημαντική ένδειξη για τον τρόπο που σκέφτεται ο ασθενής αποτελεί το γεγονός ότι το άτομο μπορεί να συλλέγει συνταγές ή να ετοιμάζει πολύπλοκα γεύματα για τους άλλους όμως. Οι τρόποι που συχνά χρησιμοποιούνται για την απώλεια βάρους είναι οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, η κατάχρηση υπακτικών, καθαρτικών, χαπιών δίαιτας, εμετικών (iprecac) ή διουρητικών σκευασμάτων καθώς επίσης και η υπερβολική σωματική δραστηριότητα, όπως γυμναστική, ποδηλασία, περπάτημα, τρέξιμο. Θα πρέπει να εξερευνούνται κι αυτές οι πρακτικές από τον ειδικό.

Το σημαντικότερο εμπόδιο, που καλείται να υπερπηδήσει ο ειδικός, σε ό,τι αφορά την αξιολόγηση του πάσχοντος από Νευρογενή Ανορεξία είναι η επίμονη άρνησή τους ότι νοσούν και η αναστολή τους να συμμετάσχουν ακόμα και στην αρχική διαδικασία της αξιολόγησης. Οι ασθενείς διακατέχονται από μυστικοπάθεια σε ό,τι αφορά τις περισσότερες εκδηλώσεις της αποκλίνουσας συμπεριφοράς τους που αποσκοπεί στην απώλεια βάρους. Είναι χαρακτηριστικό ότι ακόμα και στην καθημερινότητά τους αρνούνται να γευματίσουν με την οικογένειά τους ή σε δημόσιους χώρους. Άλλωστε, η κοινωνική απόσυρση είναι ένα από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της Νευρογενούς Ανορεξίας. Οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία υιοθετούν πολύ περίεργες συμπεριφορές σε σχέση με το φαγητό συχνά κρύβουν τροφές σε διάφορα σημεία του σπιτιού -κάτω από το κρεβάτι τους, σε ντουλάπες, συρτάρια, σε τσέπες ή τσάντες-, ενώ κατά τη διάρκεια του γεύματος πετούν μέρος της τροφής τους όπου μπορέσουν -συνήθως κάτω από το τραπέζι-, κόβουν την τροφή τους σε πολύ μικρά κομματάκια και καθυστερούν υπερβολικά να ολοκληρώσουν το γεύμα τους. Τις ασυνήθιστες αυτές συμπεριφορές προσπαθούν να τις αποκρύψουν και αν ερωτηθούν για αυτές είτε θα αρνηθούν ότι τις θεωρούν

ασυνήθιστες ή περίεργες είτε θα αρνηθούν να συμμετάσχουν σε οποιαδήποτε συζήτηση γι' αυτό το θέμα. Ο υπερβολικός φόβος αύξησης του σωματικού βάρους κατακυριεύει τον ασθενή και είναι αυτός ο φόβος που στην ουσία ευθύνεται για την έλλειψη ενδιαφέροντος ή και την ισχυρή αντίσταση και άρνηση του ατόμου να συμμετάσχει με οποιοδήποτε τρόπο σε κάποια θεραπευτική παρέμβαση. Δεν είναι τυχαίο ότι οι ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία χαρακτηρίζονται ως δύσκαμπτοι και τελειοθηρικοί. Συνεπώς, η σημαντική απώλεια βάρους επέρχεται σαν αποτέλεσμα της δραστηκής περικοπής της προσλαμβανόμενης τροφής, καθώς προβαίνουν σε δυσανάλογη μείωση των τροφών που είναι πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπη. Ο ειδικός από την πλευρά του θα πρέπει να υιοθετήσει μια υποστηρικτική και όχι αντιπαραθετική στάση καθώς έχει φανεί ότι αυτή είναι η πιο χρήσιμη και αποτελεσματική προσέγγιση για να εξασφαλιστεί η συνεργασία του ασθενούς τουλάχιστον σ' αυτή την αρχική φάση της αξιολόγησης. Βέβαια το πιθανότερο είναι ότι το άτομο δεν θα αναγνωρίσει τις δυσλειτουργικές διατροφικές του συμπεριφορές και θ' αρνηθεί με επιμονή ότι το βάρος του είναι πολύ χαμηλότερο από το φυσιολογικό. Το άτομο, που πάσχει από Νευρογενή Ανορεξία, δεν πιστεύει ότι έχει πρόβλημα και συνειδητά δε βιώνει άγχος ή δυσφορία για την τρέχουσα σωματική ή ψυχολογική του κατάσταση. Αναμένεται, μάλιστα, να προσπαθήσει να εκλογικεύσει τις ασυνήθιστες διατροφικές του συνήθειες και τις τελετουργικές πρακτικές του σχετικά με την άσκηση, τις δραστηριότητες και την εκγύμναση. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής ανθίσταται σε τέτοιο βαθμό να συνεργαστεί με τον ειδικό ακόμα και στην αρχική φάση της αξιολόγησης, καλό θα ήταν ο ειδικός να αναζητήσει πληροφορίες ή να διασταυρώσει τις ήδη υπάρχουσες και με άλλες πηγές, όπως π.χ. τα μέλη της οικογένειας του ατόμου, προκειμένου να μπορέσει να διαμορφώσει μια ολοκληρωμένη εικόνα για την περίπτωση που καλείται να αξιολογήσει.

2.3.9. Διαστρεβλωμένη αυτο-εικόνα

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι παρά την υπερβολική απώλεια βάρους και τα προβλήματα στα οποία αυτή έχει οδηγήσει τον πάσχοντα, αυτός αρνείται σθεναρά την ύπαρξη προβλήματος σχετικά με το βάρος του και απορρίπτει οποιαδήποτε καθοδήγηση για την αύξηση του σωματικού του βάρους. Αυτό συμβαίνει γιατί στην πραγματικότητα οι ασθενείς αισθάνονται ότι είναι υπέρβαροι. Τα άτομα που πάσχουν

από Νευρογενή Ανορεξία έχουν μια διαστρεβλωμένη εικόνα για το πώς είναι το σώμα τους και το βιώνουν σαν να είναι βαρύτερο απ' ότι είναι στην πραγματικότητα.

Η διαστρεβλωμένη εικόνα του εαυτού που παρατηρείται στη Νευρογενή Ανορεξία αξιολογείται με πολλούς τρόπους. Σ' ένα τύπο αξιολόγησης, δείχνουμε για παράδειγμα στις ασθενείς σκίτσα γυναικών με διαφορετικό σωματικό βάρος και σωματότυπο και τους ζητείται να επιλέξουν δύο σκίτσα. Το ένα απ' αυτά τα σκίτσα να το επιλέξουν με βάση το ποιο σκίτσο νομίζουν ότι προσεγγίζει περισσότερο την εικόνα – το σχήμα του δικού τους σώματος. Το δεύτερο σκίτσο που καλούνται να επιλέξουν θα πρέπει να αντιπροσωπεύει το ιδανικό, σύμφωνα με τα δικά τους κριτήρια, σχήμα σώματος. Όπως είναι αναμενόμενο, οι ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία υπερβάλλουν σε ότι αφορά το μέγεθος του σώματός τους και επιλέγουν μια πάρα πολύ λεπτή φιγούρα ως την ιδανική για αυτούς.

Σε μια εργαστηριακή μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένας διαφορετικός τρόπος αξιολόγησης της διαστρεβλωμένης εικόνας των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία για το σώμα τους. Δόθηκε στην πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου μια συσκευή με την οποία μπορούσαν να προσαρμόσουν την φωτογραφία κάποιου, μεταβάλλοντας το μέγεθος της εικόνας του κατά -20% ή $+20\%$ από το πραγματικό μέγεθος της εικόνας του σώματος του ατόμου που απεικονίζεται στη φωτογραφία. Τα μέλη της πειραματικής ομάδας, δηλαδή οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία, ήταν περισσότερο πιθανό από ότι τα μέλη της ομάδας ελέγχου να προσαρμόσουν τη φωτογραφία τους κατά $+20\%$ από το πραγματικό μέγεθος της εικόνας του σώματός τους. Ωστόσο, δεν επέδειξαν καμία ανάλογη τάση να διαστρεβλώσουν το μέγεθος της εικόνας του σώματος άλλων ανθρώπων.

Τα προαναφερθέντα αποτελέσματα ερευνών μας οδηγούν στην υπόθεση ότι στην άρνηση για τροφή, που επιδεικνύουν οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία, παρεμβάλλεται / μεσολαβεί αυτή η διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα, η αίσθηση δηλαδή ότι το σώμα τους φαίνεται και βιώνεται ως βαρύτερο απ' ότι είναι στην πραγματικότητα. Δεν προκαλεί, λοιπόν, έκπληξη το εύρημα ερευνών που θέλει ένα μεγάλο ποσοστό των νεαρών γυναικών του γενικού πληθυσμού να εμφανίζει αυτή τη διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα, και ίσως αυτό να εξηγεί και το γιατί η ομάδα των νεαρών γυναικών θεωρείται ως ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη Νευρογενούς Ανορεξίας. Η επιβεβαίωση αυτής της υπόθεσης έρχεται από πειράματα όπως το ακόλουθο. Σε δείγμα εκατοντάδων νεαρών φοιτητών (και των δύο φύλων) παρουσιάστηκαν σκίτσα ατόμων του ίδιου φύλου με τον εκάστοτε συμμετέχοντα. Τα

σκίτσα για κάθε φύλο διευθετήθηκαν με βάση μια κλίμακα από την πιο αδύνατη φιγούρα ως την πιο παχιά. Οι συμμετέχοντες καλούνταν να σημειώσουν:

- το σκίτσο με τη φιγούρα που θεωρούν ότι έμοιαζε περισσότερο με την τρέχουσα δική τους εικόνα
- το σκίτσο με τη φιγούρα που θεωρούν ότι έμοιαζε περισσότερο με την εικόνα που θα ήθελαν να έχουν, δηλαδή με την εικόνα που θεωρούσαν ιδανική για τους εαυτούς τους
- το σκίτσο με τη φιγούρα που πίστευαν ότι θα είναι η πιο ελκυστική για το αντίθετο φύλο.

Η διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων που προέκυψε από τους άνδρες και τις γυναίκες του δείγματος ήταν εντυπωσιακή. Οι άνδρες επέδειξαν μια τάση να επιλέγουν τα σκίτσα με τις φιγούρες που ήταν πολύ κοντά στην πραγματική τους τρέχουσα εικόνα και για τις τρεις κατηγορίες / περιπτώσεις που τους ζητήθηκαν. Φαίνεται από τα δεδομένα που προέκυψαν ότι οι άνδρες του δείγματος θεωρούσαν ότι το βάρος και η εικόνα τους τη δεδομένη περίοδο ήταν πολύ κοντά τόσο σε αυτό που θεωρούσαν ιδανικό όσο και σε αυτό που οι ίδιοι πίστευαν ότι θα ήταν το πλέον ελκυστικό και για το αντίθετο φύλο. Μάλιστα τα δύο σκίτσα ήταν πολύ κοντά το ένα στο άλλο.

Τα δεδομένα για τις γυναίκες του δείγματος έδειχναν ξεκάθαρα ότι ήταν δυσαρεστημένες με το βάρος τους τη δεδομένη περίοδο. Θεωρούσαν ότι είχαν αρκετά επιπλέον κιλά για να είναι ελκυστικές στο αντίθετο φύλο με το τρέχον βάρος τους. Αυτή η εντύπωσή τους δε φαίνεται ν' ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, αλλά έμοιαζε περισσότερο με μια διαστρεβλωμένη εικόνα του εαυτού τους. Και αυτό γιατί όταν συμπληρωματικά ζητήθηκε από τους άνδρες να διαλέξουν το σκίτσο της γυναικείας φιγούρας που θεωρούσαν ως πιο ελκυστικό για εκείνους, το μέσο σκίτσο όπως προέκυψε από τις επιλογές τους παρουσίαζε μια γυναίκα αρκετά πιο παχιά από το μέσο σκίτσο που προέκυψε από τις επιλογές των γυναικών για την ιδανική φιγούρα και την φιγούρα που εκείνες θεωρούσαν ότι οι άνδρες θα επέλεγαν ως πιο ελκυστική. Το συμπέρασμα που εξάγεται είναι ότι οι γυναίκες του δείγματος εσφαλμένως πίστευαν ότι οι άνδρες έλκονται από τις πολύ αδύνατες γυναίκες. Συνοπτικά, σε αντίθεση με τους άνδρες του δείγματος οι γυναίκες ήταν δυσαρεστημένες με την τρέχουσα εικόνα και το βάρος του σώματός τους και μάλιστα με τέτοιο τρόπο που θα μπορούσε να τις οδηγήσει σε ακραίες δίαιτες και ενδεχομένως στη Νευρογενή Ανορεξία.

2.3.10. Ιατρικές εξετάσεις και εργαστηριακά ευρήματα

Όταν ο ασθενής απευθύνεται στον ειδικό θα πρέπει να ζυγίζεται ή αλλιώς ο ειδικός να ενημερωθεί για το τρέχον βάρος του ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό του. Η πίεση, οι παλμοί και η θερμοκρασία του σώματος είναι συνήθως χαμηλότερα από τα κατώτατα φυσιολογικά όρια. Κατά την εξέταση του ασθενούς ο ιατρός μπορεί να παρατηρήσει την ύπαρξη lanugo, δηλαδή να διαπιστώσει ότι ο ασθενής εμφανίζει χνούδι (κοντές και λεπτές τρίχες), όπως αυτό του νεογνού, στην πλάτη ή/και το πρόσωπο. Επίσης, μπορεί εύκολα να διαπιστώσει ότι τα άκρα είναι συχνά κρύα και έχουν ένα ελαφρώς κόκκινο-μωβ χρώμα (ακροκυάνωση). Το οίδημα σπάνια παρατηρείται κατά την αρχική παρουσία του ασθενούς αλλά μπορεί να αναπτυχθεί σταδιακά κατά τη διάρκεια των αρχικών σταδίων της επανασίτισης.

Ανάμεσα στα πλέον κοινά εργαστηριακά ευρήματα εντάσσονται η ελαφρά έως και μέτρια αναιμία και λευκοπενία. Μια ποικιλία ανωμαλιών των ηλεκτρολυτών μπορεί επίσης να παρατηρηθεί και αντανακλά το επίπεδο της αφυδάτωσης, το ιστορικό των αυτοπροκαλούμενων εμετών, καθώς και της χρήσης διουρητικών και υπακτικών. Επίσης, τα επίπεδα χοληστερόλης μπορεί να είναι ανεβασμένα. Τέλος, το ηλεκτροκαρδιογράφημα τυπικά δείχνει ελαφρά βραδυκαρδία μια ποικιλία από αρρυθμίες έχουν επίσης περιγραφεί.

2.3.11. Διαφοροδιάγνωση

Η διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής εξαιτίας της άρνησης του πάσχοντος να συζητήσει για τα συμπτώματά του, της μυστικοπάθειας που επιδεικνύει γύρω από τις τελετουργίες στη συμπεριφορά τη σχετική με το φαγητό και τη γενικότερη αντίστασή του στην οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση. Όλα τα παραπάνω καθιστούν ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα τον προσδιορισμό του μηχανισμού απώλειας βάρους και την εκμείευση από τον ασθενή των δυσλειτουργικών σκέψεων για την εικόνα του σώματός του.

Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ασθενειών που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή απώλεια βάρους σε νέους ανθρώπους και είναι δυνατό να συγχέονται με τη Νευρογενή Ανορεξία. Παραδείγματα τέτοιων προβλημάτων είναι το σύνδρομο Crohn, οι όγκοι στον εγκέφαλο, ο καρκίνος και το σύνδρομο δυσαπορρόφησης. Τα άτομα που υφίστανται απώλεια βάρους εξαιτίας μιας γενικής ιατρικής κατάστασης συνήθως δεν έχουν κίνητρο για να χάσουν βάρος, δεν εκδηλώνουν φόβο του πάχους

και δεν επιδιώκουν την αυξημένη σωματική δραστηριότητα, στοιχεία που είναι χαρακτηριστικά στη Νευρογενή Ανορεξία. Ο ειδικός που καλείται να διαγνώσει την πιθανή ύπαρξη Νευρογενούς Ανορεξίας θα πρέπει πρωτίστως να αποκλείσει την πιθανότητα ύπαρξης σωματικής νόσου που μπορεί να είναι υπεύθυνη για την απώλεια βάρους στον ασθενή.

Διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να γίνει και από την Κατάθλιψη. Η σοβαρή απώλεια βάρους και οι ασυνήθιστες διατροφικές συνήθειες καθώς και οι εμετοί μπορεί να συμβαίνουν και μέσα στα πλαίσια άλλων ψυχικών διαταραχών. Οι Καταθλιπτικές Διαταραχές παρουσιάζουν κοινά στοιχεία στη συμπτωματολογία τους με τη Νευρογενή Ανορεξία. Το καταθλιπτικό συναίσθημα, τα κλάματα, οι διαταραχές ύπνου, ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι συμπτώματα που μπορούν ν' αναγνωρισθούν και στις δύο διαταραχές. Ο κλινικός θα πρέπει να λάβει υπόψη του ότι εφόσον υπάρχει σημαντική απώλεια βάρους στην Κατάθλιψη θα πρέπει να συνυπάρχει και σοβαρή διαταραχή της όρεξης. Αντίθετα, το άτομο, που πάσχει από Νευρογενή Ανορεξία, αναφέρει ότι έχει φυσιολογική όρεξη και δεν αρνείται την ύπαρξη του αισθήματος της πείνας. Σε ότι αφορά την υπερκινητικότητα του ατόμου, που πάσχει από Νευρογενή Ανορεξία, είναι σκόπιμη και έχει τελετουργικό χαρακτήρα και δε θα πρέπει να συγχέεται με τη γενικευμένη ανησυχία που χαρακτηρίζει την Κατάθλιψη και είναι τελείως διαφορετική. Τέλος, στην Κατάθλιψη δεν απαντάται η έντονη και επίμονη ενασχόληση με τη θερμιδική αξία και τη σύνθεση των τροφών, που καταναλώνει το άτομο, με τις περίπλοκες συνταγές και την παρασκευή δύσκολων, εξεζητημένων γευμάτων, ενώ απουσιάζει ο φόβος του πάχους και η επίμονη άρνηση της απώλειας βάρους.

Σε ό,τι αφορά τη διαφοροδιάγνωση από τη Σχιζοφρένεια, ο ειδικός θα πρέπει να λάβει υπόψη του ότι οι σχετιζόμενες με το φαγητό παραληρητικές ιδέες στη Σχιζοφρένεια σπάνια αναφέρονται στη θερμιδική αξία των τροφών. Επίσης, το άτομο, που πάσχει από Σχιζοφρένεια, είναι απίθανο να εμφανίζει την υπερβολική ενασχόληση με το φόβο του πάχους και την υπερκινητικότητα, έτσι όπως αυτά εκδηλώνονται σε άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία.

Η διαφοροδιάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας, και πιο συγκεκριμένα του Υπερφαγικού / Καθαρτικού Τύπου αυτής, από τη Νευρογενή Βουλιμία θα βασιστεί στο γεγονός ότι τα επεισόδια υπερφαγίας στην τελευταία συνοδεύονται από έντονο καταθλιπτικό συναίσθημα, σκέψεις αυτουποτίμησης και αισθήματα ντροπής. Επίσης, το βάρος του ατόμου, που πάσχει από Νευρογενή Βουλιμία, διατηρείται τις περισσότερες φορές σ' ένα φυσιολογικό επίπεδο και πολύ σπάνια θα σημειώσει

απώλεια μεγαλύτερη από το 15% του αναμενόμενου για την ηλικία, το φύλο και το ύψος του.

2.3.12. Συνοσηρότητα

Ο Περιοριστικός Τύπος της Νευρογενούς Ανορεξίας συχνά εμφανίζει χρόνια συνοσηρότητα με κάποιες από τις Αγχώδεις Διαταραχές –κυρίως Ειδικές Φοβίες και Διαταραχή Πανικού- και κάποιες από τις Διαταραχές Προσωπικότητας -κυρίως την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και την Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας.

Περισσότεροι παράγοντες συνοσηρότητας έχουν συνδεθεί με τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας. Τα άτομα, που πάσχουν από αυτόν τον τύπο της διαταραχής, σε μεγάλο ποσοστό υποφέρουν και από Διαταραχές της Διάθεσης (π.χ. Μείζονα Κατάθλιψη, Δυσθυμία), Αγχώδεις Διαταραχές, συχνά κάνουν κατάχρηση ουσιών ή πάσχουν από Διαταραχή Εξάρτησης από Ουσίες, πάσχουν επίσης από Διασχιστική Διαταραχή και κάποιοι από αυτούς έχουν προβεί και σε απόπειρες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι υψηλός και συχνότερα απαντάται στον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο. Κάποιες φορές γίνεται αναφορά σε καταναγκαστικές κλοπές (κλεπτομανία) και σ' αυτές τις περιπτώσεις τα αντικείμενα κλοπής είναι συνήθως γλυκά ή υπακτικά και σπανιότερα άλλα αντικείμενα. Επίσης, σ' αυτόν τον Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας συχνά παρατηρείται και παθολογία του χαρακτήρα, και μάλιστα η συνοσηρότητα με παθολογία του χαρακτήρα φαίνεται να έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην πρόγνωση της διαταραχής.

Και στους δύο Τύπους της Νευρογενούς Ανορεξίας οι ασθενείς πολύ συχνά λαμβάνουν διάγνωση Αλκοολισμού, ενώ είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν και Σεξουαλικές Διαταραχές στην ψυχιατρική συμπτωματολογία. Σε έρευνα που διεξήχθη με δείγμα γυναικών, που έπασχαν από Νευρογενή Ανορεξία, με μέσο όρο ηλικίας τα 24 έτη, προέκυψε ότι το 20% δεν είχε σεξουαλική επαφή ποτέ, ενώ ένα ποσοστό που ξεπερνούσε το 50% του δείγματος εμφάνιζε Διαταραχή της Σεξουαλικής Λειτουργίας τόσο στη φάση του οργασμού όσο και στη φάση της επιθυμίας. Συνήθως, οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία εμφανίζουν κακή σεξουαλική προσαρμογή, η οποία όταν το άτομο βρίσκεται στην εφηβεία εκδηλώνεται ως καθυστέρηση στην ψυχοκοινωνική σεξουαλική ανάπτυξη και όταν το άτομο ενηλικιωθεί εκδηλώνεται ως μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον.

Σε ό,τι αφορά την ομολογουμένως πολύ συχνή συνοσηρότητα με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή ή Δυσθυμία, το ποσοστό που προκύπτει από τις έρευνες αγγίζει ακόμα και το 50% των ασθενών. Όπως προκύπτει από τις έρευνες οι Μείζονες Συναισθηματικές Διαταραχές είναι συχνότερες σε μέλη της οικογένειας πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η στενή αυτή σχέση μεταξύ της Νευρογενούς Ανορεξίας και της Κατάθλιψης οδήγησαν ορισμένους ερευνητές να εξετάσουν την πιθανότητα η Νευρογενής Ανορεξία να είναι η αιτία της Κατάθλιψης. Οι υποθέσεις πίσω απ' αυτό το συσχετισμό είναι ότι οι βιοχημικές αλλαγές που επισυμβαίνουν στον οργανισμό σαν αποτέλεσμα του χρόνιου και σοβαρού υποσιτισμού ή τα συναισθήματα ενοχής και ντροπής που αισθάνεται το άτομο για τις διατροφικές του συνήθειες και την εικόνα του σώματός του μπορεί να αποτελούν την υποβόσκουσα αιτία για την εκδήλωση καταθλιπτικής διάθεσης και συμπτωματολογίας γεγονός είναι όμως ότι η Νευρογενής Ανορεξία δεν προηγείται πάντοτε της Κατάθλιψης. Η Νευρογενής Ανορεξία και η Κατάθλιψη είναι πιθανό να έχουν κοινά σημεία σε ότι αφορά τη γενετική προδιάθεση ή τις περιβαλλοντικές αιτίες για την εκδήλωσή τους, όπως είναι για παράδειγμα ένα νοσηρό οικογενειακό περιβάλλον ή άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες στη ζωή του ατόμου. Δεν είναι τυχαίο ότι αρκετές έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι συγγενείς των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία είναι ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη Κατάθλιψης. Έχει προταθεί σαν υπόθεση και το αντίστροφο, ότι δηλαδή η Κατάθλιψη είναι αυτή που προκαλεί τη Νευρογενή Ανορεξία ή ότι η τελευταία είναι τρόπος τινά μια παράμετρος της Κατάθλιψης. Οι υποθέσεις αυτές έχουν στηριχθεί στο γεγονός ότι υπάρχει μια ομοιότητα ανάμεσα στις δύο νόσους κυρίως σε ότι αφορά τη συμπτωματολογία τους. Για παράδειγμα η απώλεια βάρους είναι ένα από τα συμπτώματα της Κατάθλιψης αλλά και της Νευρογενούς Ανορεξίας.

Επιπροσθέτως, υπάρχουν και βιολογικές ομοιότητες ανάμεσα στις δύο διαταραχές. Για παράδειγμα, τόσο οι ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία όσο και αυτοί που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης. Επίσης, με βάση νευροχημικά ευρήματα, οι ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία μπορεί να παρουσιάζουν μειωμένη νοραδρενεργική δραστηριότητα και μειωμένα επίπεδα 3-μεθοξυ-4-υδροξυφαινυλ-γλυκόλης (MHPG) στα ούρα και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Ο υποσιτισμός, μπορεί να προκαλέσει πολλές βιοχημικές αλλαγές, οι περισσότερες από τις οποίες, όμως, απαντώνται και στους καταθλιπτικούς ασθενείς (π.χ. υπερκορτιζολαιμία, έλλειψη καταστολής με δεξαμεθαζόνη, καταστολή της θυρεοειδικής λειτουργίας). Η επανασίτιση ωστόσο μπορεί να βοηθήσει τον

οργανισμό του ατόμου να διορθώσει όλες αυτές τις ανωμαλίες. Και οι τρεις προαναφερθείσες υποθέσεις παραμένουν πιθανές εξηγήσεις για την υψηλή συνοσηρότητα μεταξύ Νευρογενούς Ανορεξίας και κατάθλιψης.

2.3.13. Παθοφυσιολογία

Μια εντυπωσιακή σειρά από σωματικές διαταραχές έχουν παρατηρηθεί κατ' επανάληψη σε άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, και η φυσιολογία τους έχει γίνει κατανοητή. Οι περισσότερες απ' αυτές τις σωματικές διαταραχές φαίνεται να αποτελούν δευτερογενείς συνέπειες της αστίας, και δεν είναι ξεκάθαρο αν ή πώς αυτές οι διαταραχές μπορεί να έχουν συμβάλει στην ανάπτυξη και διατήρηση των ψυχολογικών και συμπεριφορικών ανωμαλιών που είναι χαρακτηριστικές στη Νευρογενή Ανορεξία.

Η αποστέρηση τροφής και η χρήση υπακτικών έχουν αναρίθμητες ανεπιθύμητες επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου. Οι πιο σημαντικές απ' αυτές τις ιατρικές επιπλοκές αναφέρονται στον πίνακα που ακολουθεί. Εκτός απ' αυτές τις δυσλειτουργίες, που αναφέρονται στον πίνακα, συχνά στους ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία παρουσιάζεται συχνουρία, αφυδάτωση, δυσλειτουργία του υποθαλάμου και υπόταση. Οι ανωμαλίες των ηλεκτρολυτών μπορεί να λειτουργήσουν ως προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη καρδιακών παθήσεων και ανευρίσκονται συνήθως στον Καθαρτικό / Υπερφαγικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορούμε να τις συναντήσουμε και στον Περιοριστικό Τύπο. Αυτές οι μεγάλες μεταβολές των ηλεκτρολυτών συνδέονται και με μια γενικευμένη αίσθηση αδυναμίας και σύγχυσης, που βιώνουν οι πάσχοντες, καθώς και με γνωσιακές διαταραχές (π.χ. ανεπάρκεια στη μνήμη και στη σκέψη) και με συναισθηματική αστάθεια.

Στον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας η χρήση του *ipercac* αλλά και άλλων καθαρτικών μπορεί να προκαλέσει μη αναστρέψιμη βλάβη στην καρδιακή λειτουργία και στον μυϊκό ιστό. Έτσι, πόνοι στο στήθος, αρρυθμίες και τάσεις για λιποθυμία θα μπορούσαν να αποτελούν ενδείξεις κατάχρησης καθαρτικών. Από την άλλη πλευρά η κατάχρηση διουρητικών αποτελεί ένα από τα πιο συνήθη προβλήματα που οδηγούν σε ανακοπή αλλά και σε νεφρική ανεπάρκεια.

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς απευθύνονται σε κάποιο γιατρό όταν πλέον η απώλεια βάρους έχει καταστεί ιδιαίτερα εμφανής. Σε κάποιες περιπτώσεις η ασθενής μπορεί να αποτανθεί σχετικά νωρίς σε γυναικολόγο εξαιτίας

της αμηνόρροιας η οποία οφείλεται στον υποσιτισμό και μερικές φορές εγκαθίσταται ακόμα και πριν από την εμφάνιση αξιοσημείωτης απώλειας βάρους. Ακολουθούν και ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις οι οποίες οφείλονται στο σοβαρό υποσιτισμό. Σοβαρότερες ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις που οφείλονται σε βαρεία υποκαλιαιμία, μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο. Σπάνια αλλά επικίνδυνη επιπλοκή είναι η οξεία γαστρική διάταση. Άλλα στοιχεία που μπορεί να παρατηρήσει κανείς είναι ότι τα νύχια γίνονται εύθραυστα, ενώ ορισμένοι ασθενείς χάνουν μαλλιά από το τριχωτό της κεφαλής.

2.3.14. Ιατρικές Επιπλοκές

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ	
Καχεξία	Απώλεια λίπους, μυϊκής μάζας, μειωμένος θυρεοειδικός μεταβολισμός, δυσανεξία στο κρύο, δυσκολίες στη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος (υποθερμία)
Καρδιακές	Ατροφία καρδιακού μυός, καρδιακές αρρυθμίες, έκτακτες κοιλιακές και κολπικές συστολές, παράταση του QT διαστήματος, βραδυκαρδία, κοιλιακή ταχυκαρδία, ανακοπή (αιφνίδιος θάνατος)
Γαστρεντερικές	Καθυστέρηση της γαστρικής εκκένωσης, επιγαστρικά άλγη, δυσκοιλιότητα, μετεωρισμός
Μεταβολικές	Υπογλυκαιμία, υποκαλιαιμία, σιδηροπενία, έλλειψη Ca, P, Zn, Mg
Αναπαραγωγικές	Αμηνόρροια, χαμηλά επίπεδα LH, FSH, GRH
Δερματολογικές	Lanugo (χνούδι που μοιάζει με αυτό του νεογνού) , οίδημα στάσεως

Αιματολογικές	Αναιμία, λευκοπενία
Νευροψυχιατρικές	Διαταραχές γεύσης, απάθεια, διαταραχές προσοχής και συγκέντρωσης, ήπιες γνωσιακές διαταραχές
Σκελετικές	Οστεροπόρωση, αναστολή της ανάπτυξης στο ύψος (σε πρώιμη έναρξη)
ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΘΑΡΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	
Μεταβολικές	Υποκαλιαιμία, υποχλωραιμική αλκάλωση, υπομαγνησισαιμία
Γαστρεντερικές	Διόγκωση και φλεγμονή σιαλογόνων αδένων (κυρίως παρωτίδων) και παγκρέατος, αύξηση αμυλάσης ορού, οισοφαγικές και στομαχικές διαβρώσεις, διαταραχές κενώσεων
Οδοντικές	Διάβρωση της αδαμαντίνης (ιδιαίτερα των κοπήρων), τερηδόνα, κακή κατάσταση των οδόντων
Νευροψυχιατρικές	Κρίσεις σπασμών (συνδεόμενες με μεγάλες μεταβολές ύδατος και ηλεκτρολυτών), ήπιες μυοπάθειες, κόπωση και αδυναμία, ήπιες γνωσιακές διαταραχές

2.4. Νευρογενής Βουλιμία

2.4.1. Γενικά στοιχεία

Ο όρος ψυχογενής ή νευρική ή νευρογενής βουλιμία (ΨΒ, NB, επιστ. ονομασία: bulimia nervosa) περιγράφει μια διαταραχή στην πρόσληψη τροφής. Η νευρογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από επεισοδιακή υπερφαγία (κατανάλωση πολύ μεγάλης ποσότητας φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα), η οποία ακολουθείται από την προσπάθεια απαλλαγής από τις περιττές θερμίδες συνήθως μέσω εμετού, καθαρτικών, διουρητικών και υπερβολικής άσκησης. Οι γυναίκες έχουν εννέα φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν νευρική βουλιμία από τους άντρες. Τα αντικαταθλιπτικά, ιδιαίτερα τα SSRIs (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης) χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της νευρικής βουλιμίας.

Η ψυχογενής Βουλιμία θεωρείται μια παραλλαγή της Ψυχογενούς Ανορεξίας, με πολλά κοινά χαρακτηριστικά κλινικά και δημογραφικά. Βασικό διαφοροδιαγνωστικό χαρακτηριστικό είναι η διατήρηση στους ασθενείς σταθερού σωματικού βάρους. Είναι περισσότερο συχνή από την Ψυχογενή Ανορεξία και μοιάζει με τον υπερφαγικό καθαρτικό τύπο της Ψ.Α., χωρίς όμως τα έντονα προβλήματα του υποσιτισμού.

Παρά τον κοινό παρονομαστή της τελειομανίας ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας στις ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία και Ψυχογενή Βουλιμία, σημαντικές διαφορές έχουν εντοπιστεί στη δομή και τη λειτουργία της προσωπικότητάς τους. Σε αντίθεση με την εσωστρέφεια, την νοσηρή ανάγκη για έλεγχο και την καταστολή των επιθυμιών του εαυτού που εμφανίζουν οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία είναι περισσότερο παρορμητικές και λιγότερο καταναγκαστικές (Claes et al., 2002), περισσότερο εξωστρεφείς, ιστριονικές (μελοδραματικές, θεατρinίστικες) και συναισθηματικά ασταθείς (Vitousek & Manke, 1994).

Σε έρευνα των Fassino, Amianto, Daga, Leombruni, Garzaro, Levi, και Rovera (2003) σε δείγματα ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία, οι ασθενείς σκιαγραφήθηκαν ως άτομα παρορμητικά, ευέξαπτα, που ενεργητικά αποφεύγουν τη δημιουργία ασυνέπειας ή απογοήτευσης στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, ενώ χάνουν γρήγορα το ενδιαφέρον τους για τις καταστάσεις στη ζωή τους. Κατά τη διάρκεια της συνεχούς αναζήτησης καινούργιων γεγονότων και καταστάσεων γίνεται περισσότερο ευδιάκριτη η κινητοποίηση μίας συμπεριφοράς όρεξης για λήψη τροφής, κάθε φορά που οι ασθενείς βρίσκονται αντιμέτωποι με καταστάσεις που δεν έχουν βιώσει στο παρελθόν ή που περιέχουν στοιχεία πιθανής τιμωρίας. Όπως και οι ασθενείς με

Ψυχογενή Ανορεξία, έτσι και οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία εκδηλώνουν μία έντονη ευαλωτότητα στις περιβάλλουσες στρεσογόνες καταστάσεις που λαμβάνουν χώρα στα πλαίσια της οικογένειάς τους.

Σύμφωνα με τον Fairburn (1999), τα κοινά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που αποτελούν παράγοντες ευπάθειας στη Ψυχογενή Βουλιμία είναι: (1) η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η οποία αποτελεί ένα μακροχρόνιο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας με τις ρίζες της σε πρώιμα παιδικά βιώματα τα οποία συμβάλλουν σε αισθήματα ανεπάρκειας και αναξιότητας στο παιδί, (2) η παρορμητικότητα, η οποία αντανακλάται σε μειωμένες αναστολές και σε προβλήματα στον έλεγχο των παρορμήσεων της ασθενούς. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, μία στις δύο ασθενείς με βουλιμία εκδήλωναν αυτοτραυματιστικές συμπεριφορές (Claes et al., 2001), (3) τα οριακά στοιχεία της προσωπικότητας (π.χ. αστάθεια, υποτίμηση και εξιδανίκευση των διαπροσωπικών σχέσεων, αίσθηση κενού στην ταυτότητα, έντονες εναλλαγές της διάθεσης) τα οποία όμως θεωρούνται δευτερογενή στη βουλιμία και συνήθως εκλείπουν μετά την θεραπεία της (Garner, Olmsted, Davis, Rocket, Goldbloom, & Eagle, 1990).

Οι Westen και Harnden-Fisher (2001) υποστήριξαν ότι οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία παρουσιάζουν συναισθηματική απορύθμιση, έλλειψη ελέγχου της συμπεριφοράς τους και παρορμητικότητα. Τείνουν επίσης να βιώνουν έντονα και ανεπαρκώς ρυθμισμένα συναισθήματα, με αποτέλεσμα να αναζητούν διαρκώς την επαφή με άλλους ανθρώπους προκειμένου να ανακουφιστούν στις στιγμές όπου δυσκολεύονται να ρυθμίσουν τα δικά συναισθήματά τους. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα ΔΠΤ συχνά αποτελούν παρορμητικές συμπεριφορές που στοχεύουν στην ρύθμιση των αδύναμα διαμορφωμένων συναισθημάτων τους.

Περίληπτικά, οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία είναι περισσότερο εσωστρεφείς, τελειομανείς, έχουν ιδεοψυχαναγκαστικές τάσεις, είναι αυστηρές με τον εαυτό τους, διακατέχονται από μία νοσηρή ανάγκη για έλεγχο και από έναν βαθιά ριζωμένο φόβο της αλλαγής. Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία είναι περισσότερο παρορμητικές, αναζητούν νέες καταστάσεις, αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, εμφανίζουν οριακά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και προβλήματα στην ρύθμιση των συναισθημάτων τους. Μία πληθώρα ερευνητικών μελετών τονίζει τον καθοριστικό ρόλο της συναισθηματικής απορύθμισης στην εμφάνιση και τη διατήρηση των συμπτωμάτων στις ΔΠΤ. Οι περισσότερες έρευνες έχουν διεκπεραιωθεί σε ασθενείς

με Ψυχογενή Βουλιμία. Αξίζει στο σημείο αυτό να παρουσιαστούν ορισμένες μελέτες που διερευνούν τη λειτουργία του συναισθήματος στη Ψυχογενή Βουλιμία, με στόχο την πληρέστερη κατανόηση της διαταραχής.

Συμπληρωματικά σύμφωνα με τον Fairburn (1999), δεν παύει να επικρατεί ένα λανθασμένο στερεότυπο της «βουλιμικής προσωπικότητας» το οποίο εμπεριέχει την εικόνα της ασθενούς να ψεύδεται, να κάνει κατάχρηση ουσιών, να κλέβει ή να ενδίδει σε έντονες σεξουαλικές συμπεριφορές. Οι περισσότερες ασθενείς με βουλιμία δεν ανταποκρίνονται στο στερεότυπο αυτό, ούτε υφίσταται νοσολογικά η έννοια της βουλιμικής προσωπικότητας. Η διαιώνιση τέτοιων αρνητικών στερεοτύπων μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αλλά και μέσα από το περιεχόμενο του καθημερινού λόγου, εν τέλει στιγματίζουν και λειτουργούν επιβαρυντικά στις ασθενείς που παλεύουν ενάντια στη βουλιμία.

2.4.1.1. Επιπολασμός

Ο ισόβιος επιπολασμός της βουλιμίας, όπως υπολογίζεται σε μια μελέτη στον Καναδά, είναι 1,1% για τις γυναίκες και 0,1% για τους άνδρες. Σε λιγότερο περιεκτικές μελέτες έχει υποστηριχθεί ότι μεταξύ των σπουδαστών κολλεγίου ποσοστό μέχρι 20% ανέφεραν συμπτώματα βουλιμίας.

2.4.1.2. Γενικευμένα διαγνωστικά κριτήρια

1. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από αμφότερα τα ακόλουθα:
 - I. η κατανάλωση, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε δύο ώρες), μιας ποσότητας τροφής, η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις.
 - II. η αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. ένα αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τί και πόσο τρώει).
2. Επανελημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κακή χρήση καθαρικών,

διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση.

3. Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και η απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα 3 μηνών.
4. Η αυτοαξιολόγηση επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.
5. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά στα πλαίσια επεισοδίων ΝΑ.

2.4.1.3. Τύποι Νευρογενούς Βουλιμίας

Τύποι νευρογενούς βουλιμίας:

1. Καθαρτικός τύπος. Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ΝΒ, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.
2. Μη καθαρτικός τύπος. Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ΝΒ, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες απρόσφορες, αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως η νηστεία ή η υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

2.4.1.4. Παθογένεια και κλινικά γνωρίσματα

Οι ασθενείς με ΝΒ έχουν οικογενειακό ιστορικό σοβαρής κατάθλιψης και κατάχρησης ουσιών, ιδιαίτερα αλκοολισμού, έξι φορές συχνότερα από όσο θα αναμενόταν τυχαία. Ερέθισμα για την ΝΒ είναι πιθανό ότι αποτελεί η αύξηση του βάρους και η εναπόθεση λίπους κατά την ενήβωση, ακριβώς όπως συμβαίνει στην ΝΑ. Το χαρακτηριστικό γνώρισμα της ΝΒ δεν είναι ο προκλητός έμετος αλλά τα επεισόδια πολυφαγίας (η ΝΒ είναι συνώνυμη της παροξυσμικής πολυφαγίας). Τα επεισόδια της πολυφαγίας δημιουργούν στον ασθενή ταραχή, αίσθημα ενοχής και απόφαση να διατηρήσει το βάρος του χαμηλότερο από ένα αυθαίρετο επίπεδο. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται με παρατεταμένη νηστεία, προκλητό έμετο,

ανορεξιογόνα χωρίς συνταγή και χρησιμοποίηση διουρητικών και καθαρτικών. Σε χαρακτηριστική αντίθεση προς τους ασθενείς με ΝΑ, οι βουλιμικοί αισθάνονται γενικά εκτός ελέγχου και συχνά δέχονται πρόθυμα τη βοήθεια.

Επειδή στην ΝΒ δεν υπάρχει απίσχναση, τα κλινικά ευρήματα ενδέχεται να είναι ελάχιστα ή να απουσιάζουν. Στη ράχη του χεριού είναι δυνατό να παρατηρούνται τύλοι ή εκδορές, που προκαλούνται από τα δόντια κατά τον προκλητό έμετο. Τα συχνά επεισόδια πολυφαγίας και εμέτου μπορούν να προκαλέσουν διάτρηση ή αιμορραγία του οισοφάγου ή του στομάχου, πνευμομεσοθωράκιο ή υποδόριο εμφύσημα. Η εκτεταμένη χρήση ιπεκακουάνας για πρόκληση εμέτου μπορεί να προκαλέσει μυοπαθητική αδυναμία και ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές λόγω τοξικής δράσης της εμετίνης. Η απώλεια γαστρικού υγρού μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολική αλκάλωση με αύξηση του διοξειδίου του άνθρακα και υποχλωραιμία. Η κατάχρηση διουρητικών είναι δυνατό να προκαλέσει υποκαλιαιμία και υπονατριάιμία (ηλεκτρολυτικές διαταραχές). Ο καταμήνιος κύκλος συχνά είναι ακανόνιστος, σπάνια όμως παρατηρείται αμηνόρροια. Ανάλογα με τη βαρύτητα της πάθησης, μπορεί να εμφανιστούν οι παραπάνω επιπλοκές, όπως επίσης δυσπεπτικά ενοχλήματα, παγκρεατίτιδα, αφυδάτωση κ. α. (Φλώρου, 2002).

2.4.2. Ιστορική αναδρομή της ΝΒ

Το σύνδρομο της ψυχογενούς βουλιμίας περιγράφηκε στα τέλη του 1970 από τον Russel (Russel, 1979), για να περιγράψει μια παθολογική οντότητα διαφορετική από τη ψυχογενή ανορεξία (Σολδάτος, 2012). Πρώιμες περιγραφές για τη βουλιμία υπάρχουν, όπως και για την ανορεξία, ήδη από το 18ο αιώνα (R. Whytt 1767), αλλά και από τις αρχές του 20ού αιώνα (P. Janet, 1903). Ο όρος όμως «βουλιμία», συναντάται σε δυτικές Ευρωπαϊκές πηγές για χρονικό διάστημα πάνω από 2000 χρόνια, με αξιοσημείωτη συνέπεια στην εννοιολογική απόδοση του ορισμού και στην παθολογική κατάσταση των αδηφαγικών επεισοδίων. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι υπάρχουν και λίγες μαρτυρίες από πηγές της Ιστορίας της Ιατρικής που αναφέρουν περιπτώσεις οι οποίες μπορούν να χαρακτηρισθούν ως ψυχογενής βουλιμία πριν από το 1970.

Ετυμολογικά ο όρος βουλιμία προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «βους» και «λιμός» που αντίστοιχα δηλώνουν το βόδι και την πείνα, ενώ πολλές παραλλαγές παρήχθησαν από το λατινικό bulimus και bolismus και το γαλλικό bolisme. Κατά λέξη η βουλιμία δηλώνει την «πεινά-βοδιού», δηλαδή την όρεξη που είναι τόσο

μεγάλη όσο αυτή ενός βοδιού ή την ικανότητα κατανάλωσης πολύ μεγάλης ποσότητας φαγητού, όπως ένα βόδι. Χειρόγραφα και τυπωμένες μελέτες, από τον 14^ο έως τον 20^ο αιώνα υποδηλώνουν ευρεία χρήση της λέξεως «βουλιμία», όπως και παραλλαγών του όρου σαν «κυνορεξία», «κυνοειδής όρεξη» και «νοσηρή πείνα». Η πιο πρόσφατη χρήση της λέξεως στην Αγγλική γλώσσα είναι "bolismus" και χρονολογείται από το 1938. Ο όρος «κοινοειδής όρεξη» χρησιμοποιούνταν ευρύτατα στην καθομιλουμένη, υπονοώντας την αρχέγονη τάση κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων τροφής, όπως ένας σκύλος, και ακολούθως την τάση πρόκλησης εμετικών κενώσεων. Το 1892, το λεξικό «Tuke's Dictionary of Psychological Medicine» ισχυρίζεται ότι η βουλιμία και η κυνοειδής όρεξη αναφέρονται στην ίδια κατάσταση.

2.4.3. Το χρονολογικό προφίλ της NB

Η προσπάθεια προσέγγισης και κατανόησης του ιστορικού προφίλ της βουλιμίας δεν αποτελεί εύκολη διαδικασία, καθώς οι πηγές συλλογής πληροφοριών είναι σποραδικές και ετερογενείς και καλύπτουν, σε διάφορα, ανεξάρτητα μεταξύ τους επίπεδα, το χρονικό διάστημα δύο χιλιετιών. Οι πηγές συλλογής πληροφοριών περιλαμβάνουν κλασικά κείμενα, πραγματείες ιατρών του μεσαίωνα, θεολογικές μελέτες, ιατρικά λεξικά, ενώ η διαδικασία προσέγγισης του ιστορικού προφίλ της βουλιμίας, δια μέσω αυτών των πηγών θα πρέπει να πραγματοποιείται προσεκτικά.

Στην αρχαιότητα βρίσκουμε αναφορές σχετικά με την βουλιμία στο έργο του Ξενοφώντος «Ανάβασις» και σε άλλα κλασικά κείμενα και πηγές. Στις περιγραφές της βουλιμίας, η ασθένεια αναφέρεται ως μία κατάσταση μεγάλης πείνας, αδυναμίας και εξασθένησης και τάση φυσικής κατάρρευσης. Μια εξαίρεση σ' αυτές τις περιγραφές αποτελεί η αναφορά του Aurelianus στα έργα του, τον 5^ο αι. που αναφέρει στο γενικό πλαίσιο των χρονίων διαταραχών, τον όρο «παθολογική αίσθηση πείνας». Σύμφωνα λοιπόν με τις αναφορές του Aurelianus η βουλιμία θεωρείται ως μια ασθένεια του οισοφάγου, η οποία χαρακτηρίζεται από πολύ μεγάλη όρεξη για κατανάλωση τροφής απουσία της διαδικασίας της μάσησης, αλλά και πρόκλησης εμετικής κένωσης.

Στην περίοδο του μεσαίωνα επικρατούσαν δύο αντίθετες δυνάμεις και συνεπώς και αντιλήψεις σχετικά με το θέμα της διατροφής και της λαιμαργίας. Από την μία πλευρά, σύμφωνα με την Ρωμαϊκή Καθολική Εκκλησία, η λαιμαργία θεωρούνταν ένα από τα επτά θανάσιμα αμαρτήματα. Από την άλλη πλευρά, η ανασφάλεια των

περιορισμένων τροφικών αποθεμάτων και το μικρό προσδόκιμο ηλικίας αποτελούσαν δύο βασικούς λόγους για μη ελεγχόμενη κατανάλωση τροφής, σε περιόδους ευημερίας. Υπάρχουν αναφορές και στοιχεία σε κείμενα και ιατρικές αναφορές που δηλώνουν ότι η υπερκατανάλωση τροφής για ορισμένα άτομα δεν ήταν σπάνιο φαινόμενο, την εποχή εκείνη. Δεν είναι επίσης σπάνιο φαινόμενο η διαδικασία πρόκλησης εμετικών κενώσεων σε καλόγριες που ακολουθούσαν ασκητική ζωή, ως ένα είδος τιμωρίας στον εαυτό τους για τα επεισόδια αδηφαγίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, αυτό της καλόγριας Κατερίνας της Σιένα (γύρω στο 1380), η οποία προκειμένου να προκαλέσει έμετο, χρησιμοποιούσε ένα κομμάτι καλαμιάς. Παρόλο που η ύπαρξη των «λαίμαργων» ατόμων και γενικά της λαιμαργίας είναι αποδεκτή, περιστατικά που να περιγράφουν αναγνωρισμένους βουλιμικούς ασθενείς είναι σπάνια πριν τον 17^ο αιώνα. Τρία σωζόμενα παραδείγματα υπάρχουν που αναφέρονται στην βουλιμία. Το πρώτο περιστατικό αναφέρεται τον 6^ο αιώνα σε μια περίπτωση μιας βουλιμικής ασθενούς με σκωληκοειδές έντερο. Το δεύτερο περιστατικό αναφέρεται το 895 μ.Χ. σε ένα κορίτσι στο Μόναχο και το τρίτο περιστατικό αναφέρεται το 1494 σε έναν Φλαμανδό ζωγράφο, ο οποίος ήταν βουλιμικός όλη τη ζωή του και τελικά πέθανε από αδηφαγικό επεισόδιο.

Στην χρονική περίοδο από τον 16^ο αιώνα έως τον 19^ο αιώνα έχουν αναγνωρισθεί 36 περιπτώσεις υπερφαγίας, 23 από τις οποίες αφορούν τον 19^ο αι. Συνυπολογίζοντας τα 4 περιστατικά που αναφέρθηκαν παραπάνω και αφορούν την περίοδο του μεσαίωνα, αθροίζονται τελικά 40 περιπτώσεις, από τις οποίες οι 25 κατηγοριοποιούνται ως περιστατικά υπερφαγίας, μέσα στα πλαίσια της λαιμαργίας, και οι 15 ως περιστατικά που έχουν χαρακτηριστικά όμοια με αυτά της ψυχογενούς βουλιμίας (π.χ. γρήγορη κατανάλωση τροφής μυστικά από το οικογενειακό-φιλικό περιβάλλον, αυτοπροκαλούμενες εμετικές κενώσεις, διατήρηση σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα, κ.α.). Επιπρόσθετα, υπήρξαν 3 αναφορές για τον 19^ο αι., για μια διαφοροποιημένη -από τα υπόλοιπα περιστατικά - ομάδα 22 ασθενών, οι οποίοι εμφάνισαν για ένα μικρό χρονικό διάστημα επεισόδια αδηφαγίας, αλλά αυτά συνδέονταν άμεσα με εγκεφαλικές επεμβάσεις και ασθένειες, υδροκεφαλίες ή επιληπτικά επεισόδια.

Τον 20^ο αιώνα ο γιατρός Osler αναγνωρίζει την βουλιμία ως ανωμαλία της αίσθησης της πείνας ή του κορεσμού και διαπιστώνει ότι η ασθένεια αυτή εκδηλώνεται συνήθως σε ασθενείς με υστερία ή ψυχική ασθένεια. Το 1930 η βουλιμία αναφέρεται επίσης ως ένα σύμπτωμα της συναισθηματικής στέρησης

και της μη ικανοποιητικής κοινωνικής αποδοχής. Οι αναφορές σε επεισόδια αδηφαγίας, στα πλαίσια της ασθένειας της ψυχογενούς ανορεξίας, αυξάνονται σημαντικά μετά το 1900. Πριν το 1900, η πρώτη αναφορά σε επεισόδια υπερφαγίας, στα πλαίσια της ψυχογενούς ανορεξίας, πραγματοποιείται το 1866 από τον Gull. Τα πιο πρόσφατα βουλιμικά περιστατικά, που συμφωνούν με τα σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια αναφέρονται στη δεκαετία του '30, κυρίως σε Γερμανικές πηγές, και παρατηρείται σημαντική αύξηση της εμφάνισης και εκδήλωσης του, κυρίως μετά τον 2^ο παγκόσμιο πόλεμο. Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '60, τα επεισόδια αδηφαγίας και αυτοπροκαλούμενων εμετικών κενώσεων, εξετάζονταν κυρίως μέσα στα περιστατικά της ψυχογενούς ανορεξίας. Τα ολοένα και περισσότερα όμως περιστατικά της βουλιμίας, στη δεκαετία του 70, τελικά είχαν ως αποτέλεσμα να αναγνωρισθεί η ασθένεια ως μια ξεχωριστή διαταραχή λήψης τροφής, το 1979.

2.4.4. Επιδημιολογία

Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται και απασχολεί κυρίως τις νεαρές γυναίκες στις Δυτικές κοινωνίες. Κυρίως τα πρώτα συμπτώματα της ασθένειας εμφανίζονται στην εφηβεία. Μια περίοδος έντονης διατροφικής στέρησης προηγείται της έναρξης και των δυο κυριότερων διαταραχών λήψης τροφής, δηλαδή της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας. Υπάρχει όμως και ένα μικρό ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής της βουλιμίας, για το οποίο οι εκδηλώσεις της ασθένειας παρουσιάζονται με υπερβολική κατανάλωση τροφής. Συχνό φαινόμενο, και σε ποσοστό ένα στα τρία περιστατικά, αποτελεί η μετάπτωση της ασθένειας της ψυχογενούς ανορεξίας σε ψυχογενή βουλιμία. Η αντίστροφη πορεία, δηλαδή η μετάπτωση από ψυχογενή βουλιμία σε ανορεξία, δεν αποτελεί κοινή εκδήλωση.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα στατιστικά-επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με τη ψυχογενή βουλιμία είναι ελλιπή και κυρίως προέρχονται από το βορειοαμερικανικό χώρο. Η κύρια αιτία έλλειψης στοιχείων ίσως έχει σχέση με την όχι τόσο εμφανή συμπτωματολογία της ψυχογενούς βουλιμίας. Ενώ οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία έχουν έντονο παθολογικό παρουσιαστικό, η εμφάνιση των βουλιμικών ασθενών δεν υποδηλώνει την ασθένειά τους. Εκτός αυτού οι βουλιμικοί ασθενείς δεν κινητοποιούνται εύκολα να επισκεφθούν ειδικούς λόγω ενοχών και συναισθημάτων ντροπής.

Επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι διαταραχές λήψης τροφής δεν εμφανίζουν μια τυχαία κατανομή στον πληθυσμό. Ως γνωστόν, η πιο ευπαθής ομάδα για την εκδήλωση της νόσου είναι οι νεαρές γυναίκες. Σε κλινικό δείγμα μόνο το 5 έως 10% των ασθενών με διαταραχές λήψης τροφής είναι άντρες. Αναφέρθηκε επίσης ότι οι διατροφικές διαταραχές φαίνεται ότι αποτελούν διαταραχές της δυτικής κοινωνίας. Κυρίως απασχολούν άτομα των βιομηχανοποιημένων - αναπτυγμένων χωρών. Οποιαδήποτε αναφορά διατροφικής διαταραχής εκτός του Δυτικού κόσμου, τείνει να αποτελεί ανύπαρκτη φύση. Οι μετανάστες - π.χ. νεαρές φοιτήτριες από τις Αραβικές χώρες που σπουδάζουν στην Αγγλία, τείνουν να εκδηλώσουν μια διατροφική διαταραχή σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό, από ότι οι συνομήλικες τους στην πατρίδα τους. Μετά τον 2^ο παγκόσμιο πόλεμο, το Ιαπωνικό σύστημα υγείας επιβεβαίωσε τον αυξανόμενο ρυθμό εμφανίσεως διαταραχών που σχετίζονται με την διατροφή. Η κατάθεση αυτή αποδεικνύει ότι οι κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες συμβάλλουν καθοριστικά στην εξάπλωση των διατροφικών διαταραχών.

Άτομα σε συγκεκριμένους εργασιακούς χώρους φαίνεται ότι εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης της διαταραχής. Νεαρές γυναίκες που ασχολούνται με τον χώρο της μόδας, χορεύτριες μπαλέτου αλλά και αθλήτριες αποτελούν ομάδες υψηλού κινδύνου, συγκριτικά με άλλους επαγγελματικούς χώρους. Αυτό που δεν είναι γνωστό είναι κατά πόσο άτομα που παρουσιάζουν προδιάθεση για εκδήλωση μιας διατροφικής διαταραχής, τείνουν συνειδητά ή όχι να ασχοληθούν επαγγελματικά με τομείς όπου οι διαταραχές λήψης τροφής αποτελούν συχνό φαινόμενο.

Σε ορισμένες χώρες, οι διαταραχές στη λήψη τροφής, παρουσιάζουν αυξημένο ποσοστό εμφάνισης στα μεσαία και ανώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα. Αυτή όμως η προκατάληψη της κοινωνικής τάξης ενδέχεται να συνδέεται με την δομή και τους κανονισμούς που αναπτύσσονται στα τοπικά συστήματα υγείας. Στις Ευρωπαϊκές χώρες, όπως στη Νορβηγία, η οποία έχει ένα πολύ καλό σύστημα υγείας και ασφάλισης, οι ταξικές διαφοροποιήσεις φαίνεται να έχουν μικρότερη επιρροή στην εμφάνιση και στην εκδήλωση των διατροφικών διαταραχών. Η βουλιμία είναι πιο συχνή στους Καυκάσιους.

Τόσο η ψυχογενής βουλιμία, όσο και η ψυχογενής ανορεξία, θεωρούνται ότι είναι διαταραχές της σύγχρονης εποχής. Όμως, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, μια σύντομη ιστορική ανασκόπηση αποκαλύπτει ότι διατροφικές διαταραχές

όμοιες με αυτές που εκδηλώνονται σήμερα, εμφανίζονται και στο παρελθόν. Στην σημερινή εποχή εμφανίζεται ραγδαία αύξηση των περιστατικών διατροφικών διαταραχών, σε σημείο που πολλοί ειδικοί προτείνουν ότι οι συγκεκριμένες διαταραχές λαμβάνουν χαρακτήρα επιδημίας. Δεδομένα, όμως, που λαμβάνονται από επιδημιολογικές μελέτες, δεν επιβεβαιώνουν αντίστοιχη αύξηση στον αριθμό των περιστατικών για τον γενικό πληθυσμό.

Οι επιδημιολογικές έρευνες μελετούν την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών και θέτουν ως στόχο τον προσδιορισμό των παραγόντων που σχετίζονται με την ανάπτυξη των συγκεκριμένων διαταραχών. Οι επιδημιολογικές μελέτες στις διατροφικές διαταραχές βρίσκονται ακόμη στο στάδιο καθορισμού της επικράτησης των διαταραχών στον πληθυσμό και σύγκρισης των αναλογιών σε διάφορες ομάδες ατόμων.

Μέχρι το 1980, οι ανασκοπήσεις με τη χρήση ερωτηματολογίων αναφέρουν ότι περίπου το 19% του γυναικείου φοιτητικού πληθυσμού εμφανίζει βουλιμικά συμπτώματα. Η ψυχογενής βουλιμία καθιερώθηκε ως ξεχωριστή διατροφική διαταραχή, από τον Russel το 1979 και από τον American Psychiatric Association το 1980 στο DSM-III. Μέχρι τότε η εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας εξετάζονταν μόνο από την πρωτοβάθμια περίθαλψη διότι τα περισσότερα νοσοκομεία χρησιμοποιούσαν την Διεθνή Νοσολογική Ταξινόμηση, η οποία δεν μελετά την διαταραχή της βουλιμίας ως ξεχωριστή ασθένεια. Ιατροί παθολόγοι στη Νορβηγία, χρησιμοποιώντας τα κριτήρια διάγνωσης της ψυχογενούς βουλιμίας που βασίζονται στο DSM-III-R, μελέτησαν την εμφάνιση της νόσου σε ένα μεγάλο αντιπροσωπευτικό δείγμα του Γερμανικού πληθυσμού, και διαπίστωσαν ότι 11 περιστατικά σε πληθυσμό 100.000 ατόμων ανά έτος εκδήλωναν την νόσο, για το χρονικό διάστημα από το 1985 έως το 1989. Περίπου οι μισοί από αυτούς τους ασθενείς παραπέμφθηκαν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για ιατρική θεραπεία, κάτι που αποδίδει μια εμφάνιση της νόσου για ιατρική προσέγγιση και θεραπεία, της τάξης των 6 περιστατικών σε πληθυσμό 100.000 ατόμων ανά έτος. Η αναλογία εμφάνισης της νόσου στην πρωτοβάθμια θεραπεία χρησιμοποιείται ως μία όχι τόσο σημαντική εκτίμηση συγκριτικά με την πραγματική αναλογία εμφάνισης της διαταραχής στον γενικό πληθυσμό. Εξαιτίας λοιπόν της μυστικότητας που περιβάλλει την διαταραχή της ψυχογενούς βουλιμίας - συγκριτικά με την ψυχογενή ανορεξία, και των ελάχιστων ερευνών που πραγματοποιούνται από τους ειδικούς για την διαταραχή αυτή, η πραγματική αναλογία εμφάνισης της για τον γενικό πληθυσμό δεν είναι

γνωστή. Όσον αφορά την επικράτηση της διαταραχής ο μέσος όρος για τον γυναικείο πληθυσμό, χρησιμοποιώντας αυστηρά τα διαγνωστικά κριτήρια, υπολογίζεται 1.000 άτομα σε πληθυσμό 100.000 (1.0%).

Η ετήσια εξάπλωση της διαταραχής έχει υπολογιστεί στο 11,15 - 13,5 % ετησίως. Το ποσοστό αυτό τριπλασιάζεται όταν συμπεριληφθούν και οι υποκλινικές περιπτώσεις νευρογενούς βουλιμίας. Οι μετρήσεις της επίπτωσης της διαταραχής παρουσίασαν αύξηση μέσα στη δεκαετία 1980-1990, αλλά αυτό πιθανώς να οφείλεται στη βελτίωση της διαγνωστικής μας ικανότητας και όχι σε πραγματική αύξηση των περιστατικών.

Όπως και η ψυχογενής ανορεξία, η βουλιμία εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες. Μόνο το 5-10% των πασχόντων είναι άρρενες, η δε ηλικιακή ομάδα στην οποία συνήθως παρουσιάζεται η διαταραχή είναι αυτή των 20-24 ετών.

Υπάρχουν μεγαλύτερα ποσοστά διατροφικών διαταραχών σε ομάδες που ασχολούνται με δραστηριότητες όπως που έχουν εξιδανικεύσει ένα αδύνατο σώμα όπως ο χορός, η ενόργανη γυμναστική, το μόντελινγκ, οι μαζορέτες, το τρέξιμο, το καλλιτεχνικό πατινάζ, η ηθοποιία και η κωπηλασία.

2.4.5. Διάγνωση

Η ψυχογενής βουλιμία είναι σύνδρομο, το οποίο χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας και από υπερβολική υπερασχόληση με τον έλεγχο του σωματικού βάρους. Τα συμπτώματα αυτά οδηγούν τον ασθενή να υιοθετήσει ακραία μέτρα, για να μετριάσει την «παχυντική» επίδραση των προσλαμβανομένων τροφών. Η χρήση του όρου πρέπει να περιορίζεται στη μορφή της διαταραχής, η οποία σχετίζεται με την ψυχογενή ανορεξία λόγω της εμφάνισης κοινών ψυχοπαθολογικών στοιχείων στις δύο καταστάσεις. Η κατανομή ηλικίας και φύλου είναι παρόμοια προς εκείνη της ψυχογενούς ανορεξίας, αλλά η ηλικία έναρξης τείνει να είναι ελαφρώς καθυστερημένη. Η ψυχογενής βουλιμία μπορεί να θεωρηθεί ως υπόλειμμα της επιμένουσας ψυχογενούς ανορεξίας (μολονότι μπορεί επίσης να παρατηρηθεί η αντίστροφη διαδοχή, σε μικρό ποσοστό). Μια ασθενής, η οποία προηγούμενα ήταν ανορεκτική, μπορεί να παρουσιάσει βελτίωση λόγω αύξησης του σωματικού βάρους και επανεμφάνισης της εμμήνου ρύσεως, στη συνέχεια όμως μπορεί να παρουσιάσει μια δυσμενή κατάσταση εναλλαγής υπερφαγίας και εμέτων, με όλα τα πιθανά οργανικά αποτελέσματα.

Σύμφωνα με τις οδηγίες για τη διάγνωση του ICD-10, για την οριστική διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας, απαιτούνται τα ακόλουθα κριτήρια:

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

β) Ο ασθενής προσπαθεί να αντιρροπίσει την «παχυντική» επίδραση της τροφής με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση καθαρτικών ουσιών, εναλλασσόμενες περίοδοι αποχής από τη λήψη τροφής, χρήση φαρμάκων όπως ανορεκτικών, θυρεοειδικών σκευασμάτων ή διουρητικών. Διαβητικοί ασθενείς με βουλιμία μπορεί να παραμελήσουν την θεραπεία τους με ινσουλίνη.

γ) Η ψυχοπαθολογία εκφράζεται ως νοσηρός φόβος πάχυνσης. Ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του ένα αυστηρά καθορισμένο όριο σωματικού βάρους, πολύ κάτω από το προνοσηρό επίπεδο, το οποίο και αποτελεί το άριστο ή το κατά τη γνώμη του γιατρού συμβατό με την υγεία σωματικό βάρος.

Συχνά, αλλά όχι πάντοτε αναφέρονται στο ιστορικό επεισόδια ψυχογενούς ανορεξίας. Τυχόν προηγούμενο επεισόδιο μπορεί να έχει πλήρη κλινική έκφραση ή να είχε προσλάβει ελάσσονα λανθάνουσα μορφή με μέτρια μόνο απώλεια βάρους ή/και παροδική φάση αμηνόρροιας. Τα μεσοδιαστήματα μεταξύ ενός επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας και ενός ψυχογενούς βουλιμίας μπορεί να κυμαίνεται από λίγους μήνες μέχρι μερικά χρόνια.

2.4.6. Ανάλυση κλινικής εικόνας NB

Η κλινική εικόνα της ψυχογενούς βουλιμίας παρουσιάζει 4 βασικά χαρακτηριστικά στοιχεία:

1. Υπερβάλλουσα σημασία στην εικόνα του σώματος ως μια προσδοκία βελτίωσης του αισθήματος αυτοεκτίμησης.
2. Υιοθέτηση περιοριστικών διατροφικών συνηθειών, συχνά σε υπερβάλλοντα βαθμό προκειμένου να υπάρχει έλεγχος του σωματικού βάρους.
3. Ο υπερβολικός διατροφικός περιορισμός γίνεται έμμονη ιδέα και οδηγεί στα επεισόδια αδηφαγίας.
4. Η υιοθέτηση συνηθειών, όπως ο αυτοπροκαλούμενος έμετος και η λήψη καθαρτικών και διουρητικών, πραγματοποιείται για να «ελεγχθούν» τα αισθήματα ενοχής μετά τα επεισόδια αδηφαγίας. Η επακόλουθη αίσθηση της χαμηλής αυτοεκτίμησης τείνει να διαιωνίζει τον κύκλο της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς.

2.4.7. Ανάλυση διαγνωστικών κριτηρίων

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Νευρογενή Βουλιμία κατά DSM-IV είναι τα εξής:

A. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο από τα παρακάτω:

- Το να τρώει κάποιος μέσα σε μια διακριτή χρονική περίοδο (π.χ. σε μια περίοδο 2 ωρών) μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις.

- Μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου του πόσο τρώει κάποιος κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.

Β. Επανεπιλημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους.

Γ. Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για τρεις μήνες.

Δ. Η εκτίμηση του εαυτού αδικαιολόγητα επηρεάζεται από το σχήμα του σώματος και του βάρους.

Ε. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

2.4.8. Αξιολόγηση

Η διαδικασία διερεύνησης των φυσιολογικών-ψυχολογικών και κοινωνικο-πολιτισμικών παραγόντων που συντελούν στην εκδήλωση των διατροφικών διαταραχών είναι προβληματική, διότι οι περισσότερες έρευνες γύρω από αυτόν τον τομέα έχουν διεξαχθεί με την χρησιμοποίηση αναδρομικών δεδομένων από ασθενείς που νοσηλεύονταν σε κλινικές, και όχι με βάση κατευθυντήριες γεωγραφικές προοπτικές μελέτες στον γενικό πληθυσμό.

Μια πρόσφατη έρευνα που ολοκληρώθηκε το 2000, διάρκειας 3 χρόνων, σε μαθητές 14-15 ετών, έδειξε ότι η διαδικασία περιοριστικών διαίτων είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης ενός νέου περιστατικού διαταραχής λήψης τροφής στις εφήβους. Οι αυστηρά περιοριστικές δίαιτες αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης διατροφικών διαταραχών κατά 18 φορές, συγκριτικά με τα άτομα που δεν ακολουθούν ένα αυστηρό διαιτολόγιο. Ακόμη και τα σχετικά μέτρια διαιτολογικά προγράμματα αυξάνουν το ποσοστό εμφάνισης κάποιας διαταραχής λήψεως τροφής. Ένας ακόμα παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κάποιας διαταραχής κατά 7 φορές, ανεξάρτητα από το διατροφικό προφίλ του ατόμου, αποτελεί η παρουσία μιας ψυχιατρικής παθολογικής κατάστασης. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η μάζα σώματος του ατόμου δεν αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης εμφάνισης διατροφικής διαταραχής.

Το βιολογικό υπόβαθρο για την εκδήλωση διατροφικής διαταραχής εμπεριέχει κάποια ατομικά χαρακτηριστικά όπως το γενετικό προφίλ του ατόμου και τον δείκτη

μάζα σώματος. Το ψυχολογικό υπόβαθρο εμπεριέχει κυρίως χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως η τάση τελειομανίας, η μειωμένη αυτοεκτίμηση, το άγχος και η κατάθλιψη. Επίσης εμπεριέχει χαρακτηριστικά γνωρίσματα της οικογένειας (όπως ενδεχόμενο ψυχοπαθολογικό οικογενειακό ιστορικό, προβλήματα κοινωνικών επαφών της οικογένειας, κτλ.) αλλά και αρνητικές εμπειρίες στη ζωή του ατόμου (όπως π.χ. σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία). Οι προδιαθεσικοί παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον του ατόμου, ενσωματώνονται στην κοινωνική πίεση που ασκείται στο γυναικείο πληθυσμό, προκειμένου να έχουν ένα λεπτό σώμα.

Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι οι διαφορετικοί προδιαθεσικοί παράγοντες που αναφέρθηκαν δεν δρουν ο καθένας ξεχωριστά στην εκδήλωση της διατροφικής διαταραχής. Νεαρά κορίτσια παχύσαρκα ή υπέρβαρα που εκδηλώνουν τάσεις κατάθλιψης στην εφηβεία, συνήθως καταφεύγουν σε αυστηρά διαιτολογικά προγράμματα, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και θέτουν ως πρωταρχικό σκοπό την απώλεια βάρους, προκειμένου να ξεφύγουν από τον κοινωνικό στιγματισμό, ο οποίος εκδηλώνεται σε μεγάλο ποσοστό πλέον προς τα παχύσαρκα άτομα. Τα ατομικά λοιπόν χαρακτηριστικά και η γενετική προδιάθεση σε συνδυασμό με τις συμπεριφοριστικές στρατηγικές του ατόμου, την ψυχολογική πίεση και τις κοινωνικές προσδοκίες προκειμένου να επιτευχθεί ένα λεπτό, «ιδανικό» σώμα αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης των διατροφικών διαταραχών. Θα πρέπει επίσης να γίνει κατανοητό ότι η μελέτη των παραγόντων που οδηγούν στις διατροφικές διαταραχές είναι καθοριστικής αξίας και στην επεξεργασία των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την θεραπεία των συγκεκριμένων διαταραχών.

2.4.9. Διαστρεβλωμένη αυτό-εικόνα

Οι απεικονίσεις των μέσων μαζικής ενημέρωσης για ένα ιδανικό σχήμα σώματος θεωρούνται ευρύτατα καθοριστικός παράγοντας για τη νευρική βουλιμία (Μπάρκερ 2003). Μία έρευνα μαθητριών λυκείου 15-18 χρονών στη Ναντρόγκα των νησιών Φίτζι βρήκε ότι τα αυτοαναφερόμενα περιστατικά πρόκλησης εμετού ανέβηκαν από 0% το 1995 (λίγες εβδομάδες μετά την εισαγωγή της τηλεόρασης στην περιοχή) στο 11.3% το 1998. Ο εγκεφαλικά προερχόμενος νευροτροπικός παράγοντας (BDNF) είναι υπό έρευνα ως πιθανός μηχανισμός. Μέσα από τις γνωστικές και κοινωνικοπολιτικές οπτικές γωνίες ενδείξεις για την προέλευση της νευρικής βουλιμίας μπορεί να καθιερωθούν. Το γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο του βιβλίου

Fairburn et al για τη νευρική βουλιμία προσφέρει μια κύρια ένδειξη της βουλιμίας μέσω μιας γνωστικής οπτικής γωνίας ενώ το ιδανικό του λεπτού σώματος είναι ιδιαίτερα υπεύθυνο για την αιτιολογία της βουλιμίας μέσα από μια κοινωνική οπτική γωνία. Όταν προσπαθούμε να καταλάβουμε τη βουλιμία μέσα από ένα γνωστικό ευρύτερο πλαίσιο το θεωρητικό συμπεριφορικό μοντέλο του Fairburn et al θεωρείται συχνά ως το χρυσό πρότυπο. Το μοντέλο του Fairburn et al συζητάει τη διαδικασία κατά την οποία ένα άτομο πέφτει στον κύκλο κραιπάλης-κάθαρσης και έτσι αναπτύσσει βουλιμία. Το Fairburn et al υποστηρίζει ότι η υπερβολική ανησυχία για το βάρος σε συνδυασμό με χαμηλά ποσοστά αυτοεκτίμησης θα οδηγήσουν σε αυστηρούς, άκαμπτους και μη ελαστικούς διαιτητικούς κανόνες. Αναλόγως αυτό θα οδηγούσε σε μη ρεαλιστική περιορισμένη διατροφή που μπορεί να οδηγήσει στη συνέχεια σε ένα <<γλίστρημα>> όπου το άτομο κάνει μια μικρή παράβαση στους αυστηρούς και μη ελαστικούς διαιτητικούς κανόνες. Επιπλέον η γνωστική διαστρέβλωση εξαιτίας της διχασμένης σκέψης οδηγεί το άτομο σε κραιπάλη. Ακολούθως θα πρέπει να προκαλέσει ένα αντιληπτό χάσιμο βάρους, ενθαρρύνοντας το άτομο να κάνει εμετό για να ισοφαρίσει την κραιπάλη. Παρόλα αυτά το Fairburn et al επιβεβαιώνει ότι ο κύκλος επαναλαμβάνεται και έτσι θεωρεί ότι ο κύκλος αυτό-διαιώνίζεται.

Αντίθετα τα ευρήματα του Byrne and Mclean's διέφεραν ελαφρώς από το γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο του Fairburn et al στο ότι η θέληση για λεπτότητα ήταν ο βασικός παράγοντας της πρόκλησης εμετού ως μια μέθοδος ελέγχου του βάρους. Με τη σειρά του το Byrne and Mclean πρόβαλλε ως επιχείρημα ότι αυτό κάνει το άτομο ευαίσθητο στην κραιπάλη και υποδεικνύει ότι δεν είναι ένας κύκλος κραιπάλης-κάθαρσης αλλά ένας κύκλος κάθαρσης-κραιπάλης. Διότι η πρόκληση εμετού έρχεται πριν από την κραιπάλη. Παρομοίως το γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο του Fairburn et al δεν είναι απαραίτητα εφαρμόσιμο σε κάθε άτομο και είναι σίγουρα αναγωγιστικό. Ο καθένας διαφέρει από τον άλλο το να πάρουμε μια τόσο περίπλοκη συμπεριφορά όπως η βουλιμία και να την εφαρμόσουμε σε άλλους, θα ήταν σίγουρα μη έγκυρο. Επιπλέον το γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο είναι πολύ δεμένο με την κουλτούρα κάποιου στο ότι μπορεί να μην είναι εφαρμόσιμο σε κουλτούρες εκτός της δυτικής κοινωνίας. Για να αξιολογήσουμε το μοντέλο του Fairburn et al και γενικότερα η γνωστική ερμηνεία της βουλιμίας είναι περισσότερο περιγραφική παρά διευκρινιστική, καθώς δεν εξηγεί αναγκαστικά πως δημιουργείται η βουλιμία. Επιπρόσθετα να εξακριβώσουμε την αιτία και το αποτέλεσμα διότι

μπορεί να είναι η διαταραγμένη διατροφή που οδηγεί στη διαταραγμένη σκέψη και όχι το αντίθετο. Όταν εξερευνούμε την αιτιολογία της βουλιμίας μέσα από μία κοινωνικοπολιτιστική προοπτική η εσωτερίκευση του ιδανικού του αδύνατου σώματος είναι ιδιαίτερα υπεύθυνη. Η εσωτερίκευση του ιδανικού του αδύνατου σώματος είναι ο βαθμός στον οποίο προσαρμόζονται στα κοινωνικά ιδανικά της γοητείας. Τα άτομα πρώτα αποδέχονται και αφομοιώνουν τα ιδανικά και έπειτα επιχειρούν να μεταμορφώσουν τους εαυτούς τους για να αντανακλούν τα κοινωνικά ιδανικά της γοητείας. Ο Τζ. Κέβιν Τόμσον και ο Έρικ Στάις υποστηρίζουν ότι η οικογένεια, οι συνομήλικοι και πιο φανερά τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ενισχύουν το ιδανικό του λεπτού σώματος που μπορεί να οδηγήσει ένα άτομο στο να αποδεχτεί και να αφομοιώσει το ιδανικό του λεπτού σώματος. Ο Στάις επιβεβαιώνει ότι αν το ιδανικό του λεπτού σώματος γίνει αποδεκτό ένα άτομο μπορεί να αρχίσει να νιώθει άβολα με το σχήμα ή το μέγεθος του σώματός του καθώς μπορεί να μην αντανακλά απαραίτητα το ιδανικό της λεπτότητας που ξεκίνησε η κοινωνία. Έτσι οι άνθρωποι που νιώθουν άβολα με το σώμα τους μπορεί να υποφέρουν από δυσαρέσκεια για το σώμα τους και μπορεί να αναπτύξουν ένα συγκεκριμένο κίνητρο για λεπτότητα. Συνεπώς η δυσαρέσκεια για το σώμα σε συνδυασμό με το κίνητρο για λεπτότητα προωθεί δίαιτες και αρνητικά αποτελέσματα που θα μπορούσαν τελικά να δημιουργήσουν σε βουλιμικά συμπτώματα όπως ο εμετός ή οι κραιπάλες. Οι κραιπάλες δημιουργούν αυτοαπέχθεια που οδηγεί στην πρόκληση εμετού για να εμποδίσουν την πρόσληψη βάρους.

Μια έρευνα που αφιερώθηκε στην έρευνα της εσωτερίκευσης του ιδανικού του λεπτού σώματος είναι η έρευνα των Τόμσον και Στάις. Ο σκοπός της έρευνας τους ήταν να ανακαλύψουν το πώς και σε τι βαθμό τα μέσα μαζικής ενημέρωσης επηρεάζουν την εσωτερίκευση του ιδανικού του αδύνατου σώματος. Οι Τόμσον και Στάις χρησιμοποίησαν τυχαιοποιημένα πειράματα (και πιο συγκεκριμένα προγράμματα) για να διδάξουν τις γυναίκες πώς να είναι πιο επικριτικές στα μέσα μαζικής ενημέρωσης για να μειώσουν την εσωτερίκευση του ιδανικού του λεπτού σώματος. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι δημιουργώντας επίγνωση του ελέγχου των μέσων μαζικής ενημέρωσης του κοινωνικού ιδανικού της γοητείας, η εσωτερίκευση του ιδανικού του αδύνατου σώματος έπεσε σημαντικά. Με άλλες λέξεις, λιγότερες εικόνες του ιδανικού του αδύνατου σώματος από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είχε ως αποτέλεσμα τη λιγότερη εσωτερίκευση του ιδανικού του

αδύνατου. Συνεπώς ο Τόμσον και ο Στάις συμπέραναν ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης επηρεάζουν την εσωτερική του ιδανικού του λεπτού σώματος.

Αναφέρθηκε ότι η διαδικασία περιορισμού λήψης τροφής αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα προδιάθεσης κάποιας διατροφικής διαταραχής. Παρ' όλα αυτά όμως, δεν επαρκεί για να πυροδοτήσει την εκδήλωση της διαταραχής. Οι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση της νόσου εμπεριέχουν και την διαδικασία της δίαιτας, αλλά επίσης και άλλα στρεσογόνα γεγονότα. Έτσι, πέραν του αυστηρού διαιτολογικού προγράμματος, άλλα γεγονότα που μπορεί να πυροδοτήσουν την εκδήλωση της νόσου είναι η δυναμική της οικογένειας και η αρνητική αντιμετώπιση από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον σχετικά με την εξωτερική εμφάνιση, το βάρος, και την γενική εικόνα του σώματος του ατόμου. Εναλλακτικά, τα γεγονότα αυτά μπορεί να αποτελέσουν ορόσημα στην ανάπτυξη του ατόμου, κυρίως στις φυσικές και συναισθηματικές αλλαγές του χαρακτήρα και της προσωπικότητας του που πραγματοποιούνται στην εφηβεία, αλλά και στις διαπροσωπικές σχέσεις του. Δεν είναι κατανοητός πλήρως, ο τρόπος με τον οποίο οι παραπάνω παράγοντες σχετίζονται με την πυροδότηση της εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών, αλλά είναι γνωστό ότι η διαδικασία της δίαιτας αποτελεί έναν σημαντικό συμπεριφοριστικό προάγγελο για την εκδήλωση τους.

Είναι γνωστό ότι το κίνητρο για την δίαιτα είναι συνήθως η προσδοκία για μια λεπτή «ιδανική» σιλουέτα. Η πλειοψηφία του γυναικείου πληθυσμού, είναι δυσαρεστημένη με το σωματικό βάρος, και έτσι η προσπάθεια απώλειας βάρους αποτελεί πρωταρχικό στόχο. Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια 803 ενήλικων γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, από τους Cash και Henry, βρέθηκε ότι το 48% των γυναικών είχαν αρνητική θεώρηση για την εμφάνιση τους, το 63% ήταν δυσαρεστημένες με το σωματικό βάρος τους και το 49% ασχολούνται συνεχώς με το βάρος και την διατροφή τους. Είναι γεγονός ότι το φαινόμενο της σωματικής δυσαρέσκειας είναι πολύ διαδεδομένο στις δυτικές κοινωνίες, και είναι πλέον γνωστό ως «ρυθμιστική δυσαρέσκεια».

2.4.10. Ιατρικές εξετάσεις και εργαστηριακά ευρήματα

Για την θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας υπάρχουν λίγες νοσοκομειακές μονάδες που δέχονται ασθενείς προκειμένου να παρακολουθήσουν ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, δεδομένου ότι η διαταραχή προσδιορίζεται από την κατάσταση του ασθενούς. Οι βουλιμικοί ασθενείς φαίνεται να παρουσιάζουν

μια ταχύτατη ομαλοποίηση των διατροφικών συνηθειών τους, κατά την διάρκεια παραμονής εντός του νοσοκομειακού χώρου, εφόσον υπάρχει η ασφάλεια και η ανακούφιση του καταμερισμού των ευθυνών. Όταν η είσοδος στο νοσοκομείο πραγματοποιείται προκειμένου να σταθεροποιηθούν και να ομαλοποιηθούν οι χαοτικές διατροφικές συνήθειες, η παρακολούθηση του ασθενούς μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο κρίνεται αναγκαία και καθοριστικής σημασίας, προκειμένου να επιβεβαιωθεί η ομαλή και σταθερή πορεία του, όσον αφορά τον έλεγχο που ασκεί στον εαυτό του και την υιοθέτηση του νέου διατροφικού μοντέλου στο περιβάλλον του.

Η πλειοψηφία των ασθενών που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία ακολουθούν θεραπεία εξωνοσοκομειακή ή μερική νοσηλεία σε κλινικές. Οι ενδείξεις για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνουν αυστηρά δυσμενή συμπτώματα, τα οποία αποδεικνύουν ότι η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη δεν επαρκεί για την θεραπεία του ασθενούς, όπως επίσης και επιπρόσθετες ιατρικές επιπλοκές, όπως ο μη ελεγχόμενος αυτοπροκαλούμενος έμετος, κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών, μεταβολικές ανωμαλίες, αυτοκτονική τάση κτλ.

Η θεραπεία του ασθενούς, σε εξωτερική βάση, γίνεται μια φορά την εβδομάδα. Στα πρώτα στάδια της θεραπείας ενδέχεται να γίνεται και δύο φορές σε εβδομαδιαίο επίπεδο. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις απαιτούνται να είναι περισσότερες από μία κάθε εβδομάδα στις περιπτώσεις που ο ασθενής είναι έντονα καταθλιπτικός ή αυτοκτονικός, αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα υγείας (π.χ. διαταραχή των ηλεκτρολυτών) ή η προσπάθεια εξωνοσοκομειακής διατροφικής συμβουλευτικής και παρέμβασης έχει αποτύχει.

Ψυχολογικές θεραπείες

Υπάρχουν διάφορες εμπειρικά υποστηριγμένες ψυχοκοινωνικές θεραπείες για τη νευρική βουλιμία. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία η οποία περιλαμβάνει τη διδασκαλία των ασθενών να δοκιμάζουν αυτόματες σκέψεις και να συμμετέχουν σε συμπεριφορικά πειράματα (για παράδειγμα να τρώνε <<απαγορευμένα φαγητά κατά τις συνεδρίες) έχει επιδείξει αποτελεσματικότητα και με την ταυτόχρονη χρήση αντικαταθλιπτικής αγωγής. Έρευνα προτείνει ότι η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία είναι η καλύτερη ψυχοθεραπευτική θεραπεία για τη νευρική βουλιμία. Μία εξαίρεση ήταν μια μελέτη η οποία προτείνει ότι η διαπροσωπική θεραπεία μπορεί να είναι το ίδιο αποτελεσματική με τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, παρόλο που

επιτυγχάνει τα αποτελέσματα της αργότερα. Χρησιμοποιώντας τη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία οι ασθενείς καταγράφουν πόσο φαγητό τρώνε και τις περιόδους που κάνουν εμετό με τον σκοπό να αναγνωρίσουν και να αποφύγουν συναισθηματικές διακυμάνσεις που προκαλούν επεισόδια βουλιμίας σε καθημερινή βάση (Γκέλντερ, Μάγιου και Γκέντες. 2005). Ο Μπάρκερ (2003) υποστηρίζει ότι έρευνα έχει βρει ότι το 40%-60% των ασθενών που παρακολουθούν γνωστική συμπεριφορική θεραπεία έχουν απεξαρτηθεί από τα συμπτώματα. Υποστηρίζει ότι για να δουλέψει η θεραπεία όλοι οι ασθενείς πρέπει να δουλέψουν μαζί για να συζητήσουν, καταγράψουν και να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης. Υποστηρίζει επίσης ότι με το να κάνει τους ανθρώπους να συνειδητοποιήσουν τις πράξεις τους μπορεί να σκεφτούν εναλλακτικές. Ερευνητές έχουν επίσης αναφέρει θετικά αποτελέσματα για τη διαπροσωπική θεραπεία και τη θεραπεία διαλεκτικής συμπεριφοράς. Η οικογενειακή θεραπεία Μόντσλει επίσης γνωστή ως Θεραπεία βασισμένη στην οικογένεια που αναπτύχθηκε στο νοσοκομείο Μόντσλει στο Λονδίνο για τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας έχει δείξει να έχει θετικά αποτελέσματα για τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας. Η Θεραπεία βασισμένη στην οικογένεια έχει δείξει μέσα από εμπειρική σχέση έρευνα να είναι η πιο αποτελεσματική θεραπεία για τη νευρική ανορεξία σε ασθενείς κάτω των 18 χρόνων και μέσα σε 3 χρόνια από την αρχή της ασθένειας. Οι μελέτες μέχρι σήμερα που έχουν χρησιμοποιήσει τη Θεραπεία βασισμένη στην οικογένεια για τη θεραπεία της νευρικής βουλιμίας έχουν υπάρξει υποσχόμενες. Μερικοί ερευνητές έχουν επίσης υποστηρίξει ότι υπάρχουν θετικά αποτελέσματα στην υποθεραπεία. Το μοντέλο των 12 βημάτων που χρησιμοποιείται για εξαρτημένα άτομα, εφαρμόστηκε σε βουλιμικούς ασθενείς με καλά αποτελέσματα. Ερευνητές στο Πανεπιστήμιο του Οχάιο σε μια προκαταρκτική μελέτη ενσωμάτωσαν το μοντέλο των 12 βημάτων στη θεραπεία βουλιμικών γυναικών σε μονάδα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Σημείωσαν θετικά αποτελέσματα.

Φαρμακευτικές θεραπείες

Μερικοί ερευνητές έχουν υποθέσει μια σχέση στις αλλαγές διάθεσης και κλινικές μελέτες έχουν διεκπεραιωθεί με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς οξειδάσεων μονοαμίνης, μιανσερίνη, φλουοξετίνη, ανθρακικό λίθιο, νιμιφενσίνη, τραζοδόνη και βουπροπιόνη. Ομάδες μελέτης οι οποίες έχουν δει μια σχέση με διαταραχές κρίσεων έχουν επιχειρήσει θεραπεία με φαινοτοΐνη, καρβαμαζεπίνη και

βαλπροϊκό οξύ. Οπιούχοι ανταγωνιστές ναλοξόνη και ναλτρεξόνη που μπλοκάρουν τις επιθυμίες για τυχερά παιχνίδια έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί. Έχει γίνει επίσης κάποια έρευνα η οποία χαρακτηρίζει τη νευρική βουλιμία ως μια διαταραχή εξάρτησης και περιορίσε την κλινική χρήση τοπιραμάτης, η οποία μπλοκάρει τις επιθυμίες για οπιούχα, κοκαΐνη, αλκοόλ και φαγητό.

Με βάση την κλινική εμπειρία έχει φανεί ότι η χρήση ηρεμιστικών φαρμάκων, προκειμένου να μειωθούν οι αγχωτικές καταστάσεις σχετικά με το φαγητό μπορεί να συμβάλλει στην θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας, όταν πραγματοποιείται ως ένα μικρού χρονικού διαστήματος μέτρο. Στις ΗΠΑ έχει διαμορφωθεί η άποψη ότι η λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων συντελεί στο όλο θεραπευτικό πρόγραμμα για την ψυχογενή βουλιμία διότι τόσο τα βουλιμικά όσο και τα ανορεκτικά άτομα, στην πραγματικότητα υποφέρουν από διαταραχή παρόμοια και συγγενική με την κατάθλιψη.

Έχει αποδειχθεί ότι η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση της ψυχογενούς βουλιμίας και συγκεκριμένα η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία αποτελεί την πλέον αποτελεσματική θεραπεία για την διαταραχή. Παρ' όλα αυτά, η συγκεκριμένη θεραπεία αποτελεί μια επιτακτική μεν, επώδυνη και μεγάλης χρονικής διάρκειας δε, διαδικασία. Π' αυτό το λόγο πραγματοποιούνται έρευνες προκειμένου να εντοπισθούν φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία θα μπορούσαν να χορηγηθούν παράλληλα με μια ψυχοθεραπευτική θεραπεία και να συμβάλλουν τόσο στον περιορισμό του χρονικού διαστήματος που θα λαμβάνει χώρα η θεραπεία, όσο και στην προσπάθεια απλούστευσης της επώδυνης αυτής διαδικασίας. Το 1993 πραγματοποιήθηκε έρευνα σε 43 άτομα που έπασχαν από ψυχογενή βουλιμία. Ακολούθησαν φαρμακευτική αγωγή 8 εβδομάδων, ταυτόχρονα με ψυχοθεραπεία, λαμβάνοντας είτε σκεύασμα φαινφλουραμίνης ή σκεύασμα placebo. Ο σκοπός της έρευνας ήταν η εύρεση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας λήψης του σκευάσματος αυτού στη θεραπεία των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία. Μόνο το 9% των περιστατικών δεν ολοκλήρωσε το πρόγραμμα, πολύ μικρό ποσοστό συγκριτικά με το 40% προηγούμενης ανάλογης έρευνας που είχε διεξαχθεί από τον Russel και τους συνεργάτες του το 1988, οι οποίοι δεν είχαν συμπεριλάβει την ψυχοθεραπεία στο ερευνητικό πρόγραμμα παρά μόνο την χορήγηση της φαινφλουραμίνης ή του placebo. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι και οι δύο ομάδες που λάμβαναν είτε την φαινφλουραμίνη είτε το χάπι placebo παρουσίασαν βελτίωση στις χαοτικές διατροφικές συνήθειες τους όπως φάνηκε από την επεξεργασία των

ερωτηματολογίων. Η έρευνα αυτή απέτυχε να διαπιστώσει την διαφοροποίηση στην απάντηση των θεραπειάς μεταξύ των δύο ομάδων. Η μείωση των επεισοδίων αδηφαγίας και η συχνότητα πρόκλησης εμετικών κενώσεων ήταν παρόμοιες στις δύο ομάδες, κατά την διάρκεια των οχτώ εβδομάδων, και δεν υπήρξε απόδειξη ευεργετικού αποτελέσματος του σκεύασματος της φαινφλουραμίνης. Η ερευνητική αυτή διαδικασία πραγματοποιήθηκε προκειμένου να εξεταστεί ένα μοντέλο θεραπείας το οποίο θα μπορούσε να εφαρμοστεί στην κλινική πρακτική, θα μείωνε τον χρόνο του θεραπευτικού προγράμματος και θα βελτίωνε το πνεύμα συνεργασίας και συμμόρφωσης του ασθενούς με τους ειδικούς θεραπευτές. Παρόλο που η φαινφλουραμίνη είναι αποτελεσματική στην μείωση των επεισοδίων υπερφαγίας, στην υπερβολική πρόσληψη ενδιάμεσων γευμάτων και στην αυξημένη πρόσληψη υδατανθράκων που εμφανίζεται πολύ συχνά στα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα - σύμφωνα με έρευνα του Wurtman και των συνεργατών του, το 1985 - στην παρούσα έρευνα φαίνεται ότι το σκεύασμα αυτό δεν είναι αποτελεσματικό στην θεραπεία της αυστηρά μη φυσιολογικής διαταραχής στη σίτιση, δηλαδή της ψυχογενούς βουλιμίας.

Είναι πλέον αποδεκτό ότι η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων μπορεί να βοηθήσει ασθενείς με πρωτογενή συναισθηματική διαταραχή, αλλά η φαρμακευτική αγωγή ως η μόνη θεραπευτική προσέγγιση στην ψυχογενή βουλιμία δεν επαρκεί και δεν είναι ικανοποιητικά αποτελεσματική. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα στην ψυχογενή βουλιμία συντελούν στη μείωση της συχνότητας των επεισοδίων αδηφαγίας, πρόσληψης καθαρτικών και διουρητικών και στους αυτοπροκαλούμενους εμετούς, ανεξάρτητα από τα αντικαταθλιπτικά αποτελέσματα.

Νοσηλεία

Μπορεί να απαιτείται επί ηλεκτρολυτικών διαταραχών, μεταβολικής αλκάλωσης και τάσεων αυτοκτονίας.

2.4.11. Διαφοροδιάγνωση

Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει από τον υπερφαγικό-καθαρτικό τύπο της ψυχογενούς ανορεξίας, από διαταραχές του ανώτερου γαστρεντερικού συστήματος οι οποίες προκαλούν επαναλαμβανόμενους εμετούς, από γενικότερες δυσκολίες της προσωπικότητας (διάπραξη μικροαδικημάτων, λήψη αλκοόλ), από την καταθλιπτική διαταραχή, αλλά και από παθήσεις του ΚΝΣ και ειδικότερα επιληπτικού τύπου ισοδύναμα και όγκους του εγκεφάλου.

Η διαφορική διάγνωση της NB θα γίνει από τη NA, τύπου Υπερφαγίας/Κάθαρσης. Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια για τη NB της American Psychiatric Association, (1994), εφόσον το άτομο έχει επεισόδια υπερφαγίας/κάθαρσης μόνο κατά την πορεία NA, δε θα δοθεί ως επιπρόσθετη διάγνωση η NB. Στην περίπτωση που κάποιο άτομο έχει επεισόδια υπερφαγίας/κάθαρσης, αλλά δεν πληρεί πια όλα τα κριτήρια για NA (π.χ. το βάρος του είναι φυσιολογικό ή η εμμηνορυσία είναι κανονική) τότε εναπόκειται στην κρίση του κλινικού να βάλει τη διάγνωση NB (Πατσαή, 2011).

Η ψυχογενής βουλιμία πρέπει να διαφορο-διαγιγνώσκεται από τα εξής:

α) Διαταραχές του ανωτέρου γαστρεντερικού συστήματος, οι οποίες προκαλούν επαναλαμβανόμενους εμετούς (η χαρακτηριστική ψυχοπαθολογία απουσιάζει).

β) Γενικότερη ανωμαλία της προσωπικότητας (η διαταραχή της λήψης τροφής μπορεί να συνυπάρχει με εξάρτηση από το οινόπνευμα και διάπραξη μικρών αδικημάτων όπως μικροκλοπές).

γ) Καταθλιπτική διαταραχή (οι βουλιμικοί ασθενείς συχνά παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα).

Η ψυχογενής βουλιμία πρέπει να διαχωρίζεται από την άτυπη ψυχογενή βουλιμία. Ο όρος «άτυπη ψυχογενής βουλιμία» πρέπει να χρησιμοποιείται για τα άτομα, στα οποία ένα ή περισσότερα από τα βασικά χαρακτηριστικά της ψυχοπαθογενούς βουλιμίας απουσιάζουν, αλλά τα οποία, κατά τα άλλα, προσεγγίζουν την τυπική κλινική εικόνα. Συνηθέστατα, η διάγνωση αυτή ισχύει και για άτομα με φυσιολογικό ή ακόμη και υπερβολικό σωματικό βάρος, αλλά με τυπικές περιόδους υπερφαγίας ακολουθούμενες από εμετούς ή λήψη καθαρτικών. Ατελείς μορφές του συνδρόμου μαζί με καταθλιπτικά συμπτώματα δεν είναι ασυνήθεις. Εάν τα καταθλιπτικά συμπτώματα δικαιολογούν την ξεχωριστή διάγνωση καταθλιπτικής διαταραχής, πρέπει να τίθενται δύο ξεχωριστές διαγνώσεις.

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV™ η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από:

A. Επανεπιλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από αμφότερα τα ακόλουθα:

1) Κατανάλωση σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε 2 ώρες) μιας ποσότητας τροφής, η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά την διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις.

2) Αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά την διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. ένα αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει).

Β. Επανειλημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι έμετοι' κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων' νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση.

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

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

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

2.4.12. Συνοσηρότητα

Το τυπικό διατροφικό μοντέλο του βουλιμικού ασθενούς περιλαμβάνει τη γρήγορη κατανάλωση τεράστιας ποσότητας τροφής. Οι ασθενείς σε ελάχιστο διάστημα καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες τροφών συνήθως υψηλής θερμιδικής αξίας (3000-20000 θερμίδες) και μιλούν για πλήρη απώλεια του ελέγχου γύρω από την τροφή και ακολουθούμενα αισθήματα ενοχής, άγχους και ντροπής. Τα υπερφαγικά επεισόδια μπορεί να διαρκούν από λίγα λεπτά της ώρας ως αρκετές ώρες και να συμβαίνουν αρκετές φορές την ημέρα ή σπανιότερα μια φορά τη βδομάδα. Ακολουθούνται από αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή χρήση υπακτικών, ανορεκτικών, διουρητικών ή θυρεοειδικών φαρμάκων. Άλλοτε ακολουθούνται από πλήρη αποχή από το φαγητό.

Τα επεισόδια αυτά όπως και οι έμετοι μπορεί για χρόνια να παραμένουν μυστικά από τους ασθενείς. Άλλοτε οι ασθενείς επιμελώς αφήνουν σημάδια που μαρτυρούν το μυστικό τους (την υπερφαγία ή τους εμετούς). Τα βουλιμικά επεισόδια σχεδιάζονται από τους ασθενείς και σπανιότερα γίνονται παρορμητικά. Σχεδιάζεται ο χρόνος, ο χώρος που θα συμβούν αλλά και το είδος των τροφών που θα καταναλωθεί (κυρίως υδατάνθρακες και ουσίες πλούσιες σε λίπη που υπό άλλες συνθήκες οι ασθενείς αποφεύγουν) όχι μόνο για πιο γρήγορη κατανάλωση αλλά και για πιο εύκολη

εξέμεση. Οι έμετοι γίνονται εύκολα με χρήση αντικειμένου (π.χ. οδοντόβουρτσας) και ερεθισμό του φάρυγγα ή ακόμη και με ερεθισμό κοιλιακών ή θωρακικών μυών.

Η Ψυχογενής Βουλιμία μπορεί να θεωρηθεί ως υπόλειμμα της επιμένουσας Ψ.Α. (αν και μπορεί να προηγηθεί αυτής). Η ανόρεκτη συμπεριφορά (όταν υπάρχει) προηγείται της βουλιμικής, και οι βουλιμικές διαπιστώνουν ότι ακόμη κι αν ποτέ δεν υπήρξαν ανόρεκτες, η βουλιμική τους συμπεριφορά ακολουθεί μια ελαφρά απώλεια βάρους, που τις περισσότερες φορές συνυπάρχει με μίαν επιθυμία απώλειας βάρους (Venisse , 1983).

Η πλειονότητα των βουλιμικών έχουν φυσιολογικό βάρος σώματος αν και κάποιες μπορεί να είναι υπέρβαρες ή ελλιποβαρείς. Υπάρχουν διαταραχές της περιόδου αλλά η αμηνόρροια δεν είναι τόσο συχνή όσο στην Ψ.Α. Οι ασθενείς εκτός από την ιδιαίτερη ενασχόληση με την εικόνα του σώματος τους ανησυχούν για τη γνώμη που οι άλλοι έχουν για αυτούς και για το πόσο είναι ελκυστικοί σεξουαλικά. Έχουν περισσότερο ενεργή σεξουαλική ζωή από τις ασθενείς με ΨΑ.

Η βουλιμία συνοδεύεται συχνά από κατάθλιψη που άλλοτε συνυπάρχει και άλλοτε ακολουθεί την διαταραχή (Gandour, 1984). Τα καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται μετά τα επεισόδια υπερφαγίας και περιγράφονται ως μετά- υπερφαγική αγωνία.

2.4.13. Παθοφυσιολογία

Οι βουλιμικοί έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους μη βουλιμικούς να έχουν μια συναισθηματική διαταραχή όπως η μείζων καταθλιπτική διαταραχή ή μια γενική αγχώδη διαταραχή. Μία έρευνα του Πανεπιστημίου Κολούμπια το 1985 σε γυναίκες που έπασχαν από βουλιμία, στο Ψυχιατρικό Ινστιτούτο της Νέας Υόρκης βρήκε ότι το 70% των ασθενών είχαν υποφέρει από κατάθλιψη σε κάποια στιγμή της ζωής τους (σε αντίθεση με το 25,8 % των ενήλικων γυναικών ως δείγμα ελέγχου του γενικού πληθυσμού), που αυξανόταν στο 88% για τις συνολικές συναισθηματικές διαταραχές. Μια άλλη έρευνα στο Βασιλικό Νοσοκομείο Παίδων της Μελβούρνη σε μια τάξη των 2.000 ενηλίκων βρήκε παρόμοια ότι αυτοί που συναντούσαν τουλάχιστον δυο κριτήρια για βουλιμία της τέταρτης έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού εγχειριδίου των Πνευματικών Διαταραχών DSM-IV είχαν εξαπλάσια αύξηση του ρίσκου για ανησυχία και διπλό ρίσκου για εξάρτηση ουσιών. Η βουλιμία έχει επίσης αρνητικές επιδράσεις στην υγεία των δοντιών του ασθενή εξαιτίας των οξέων που

περνάνε από το στόμα από τους εμετούς προκαλώντας όξινη διάβρωση, κυρίως στην πίσω επιφάνεια των δοντιών .

Αυτοί οι κύκλοι βουλιμικών επεισοδίων συχνά περιλαμβάνουν έντονα και ανεξέλεγκτα επεισόδια υπερφαγίας τα οποία μπορεί να σταματήσουν εάν κάποιος άλλο άτομο διακόψει τον ασθενή ή εάν το στομάχι τους πονάει από την υπερέκταση, η οποία ακολουθείται από αυτοπροκαλούμενους εμετούς. Ο κύκλος αυτός μπορεί να επαναληφθεί αρκετές φορές την εβδομάδα και σε πιο σοβαρές περιπτώσεις αρκετές φορές την ημέρα και μπορεί να προκαλέσει άμεσα:

- Χρόνια γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος
- Αφυδάτωση και υποκαλεμία οι οποίες προκαλούνται από τους συχνούς εμετούς
- Αστάθεια των ηλεκτρολυτών η οποία μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή αρρυθμία ,καρδιακή συγκοπή ακόμη και θάνατο
- Οισοφαγίτιδα ή φλεγμονή
- Ρήξη των τοιχωμάτων του υ
- Στοματικό τραύμα, στο οποίο η επαναλαμβανόμενη εισαγωγή των δαχτύλων ή άλλων αντικειμένων μπορεί να προκαλέσει κοψίματα στην εσωτερική επένδυση του στόματος ή του λαιμού
- Γαστροπάρεσις (καθυστερημένη γαστρική εκκένωση)
- Δυσκοιλιότητα
- Στειρότητα
- Διογκωμένοι αδένες κάτω από το σαγόρι
- Έλκος
- Κάλτοι ή ουλές στο πίσω μέρος των χεριών εξαιτίας από το επαναλαμβανόμενο τραύμα από τους τομείς των δοντιών

- Συνεχείς αυξομειώσεις βάρους

Η συχνή επαφή μεταξύ των δοντιών και του γαστρικού οξέος μπορεί να προκαλέσει συγκεκριμένα:

- Σοβαρή διάβρωση των δοντιών
- Διάβρωση του σμάλτου των δοντιών
- Πρησμένοι σιελογόνοι αδένες

Όπως σε πολλές ψυχιατρικές ασθένειες , μπορεί επίσης να υπάρξουν και παραισθήσεις μαζί με τα άλλα σημάδια και συμπτώματα αφήνοντας το άτομο με μια ψευδή πεποίθηση που κανονικά δεν γίνεται αποδεκτή από άλλους. Τα άτομα αυτά μπορεί επίσης να υποφέρουν από σωματικές επιπλοκές όπως τετανία, επιληπτικές, καρδιακή αρρυθμία και μυική αδυναμία. (ICD-10) Τα άτομα με βουλιμία μπορεί επίσης να ασκούνται σε τέτοιο βαθμό που αποκλείει όλες τις άλλες δραστηριότητές τους (Σολδάτος, 2012).

2.4.14. Ιατρικές επιπλοκές

Ενδοκρινικές διαταραχές

Μια σειρά από διαταραχές έχουν παρατηρηθεί σε διάφορα επίπεδα στους ασθενείς με βουλιμία. Στο επίπεδο του άξονα υποθάλαμου - υπόφυσης - επινεφριδίων παρατηρούνται:

Θετική δοκιμασία καταστολής της δεξαμεθαζόνης πιθανά ως αποτέλεσμα της προσωρινής μείωσης της λήψης θερμίδων

Αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης στο πλάσμα παρατηρούνται στις ασθενείς με αμηνόρροια ενώ τα επίπεδα κορτιζόλης είναι φυσιολογικά σε ασθενείς χωρίς διαταραχές της περιόδου (Garfinkel, 1995).

Στον άξονα υποθάλαμος - υπόφυση- θυρεοειδής :

Η απάντηση της TSH στον παράγοντα TRH σε βουλιμικούς ασθενείς βρέθηκε άλλοτε φυσιολογική άλλοτε μειωμένη ή φυσιολογική με καθυστερημένη απάντηση. Τα επίπεδα της TSH, T3 και T4 είναι φυσιολογικά.

Όσον αφορά την προλακτίνη αυτή έχει βρεθεί αυξημένη κατά τις νυχτερινές ώρες σε βουλιμικούς ασθενείς, όπως και η αυξητική ορμόνη (Garfinkel, 1995).

Διαταραχές έχουν βρεθεί στα νευροπεπτίδια (χαμηλά επίπεδα β-ενδορφίνης στο ENY βουλιμικών), στο νοραδρενεργικό (χαμηλά επίπεδα της ΜΗΡΟ, κύριου μεταβολίτη της νορεπινεφρίνης σε ούρα, πλάσμα, ENY που αυξάνουν κατά τη διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων), σεροτονινεργικό (μειωμένη κεντρική σεροτονινεργική λειτουργία), ντοπαμινεργικό σύστημα (μειωμένα επίπεδα ομοβαλινικού οξέος σε βουλιμικούς ασθενείς με επεισόδια υπερφαγίας) (Λύκουρας, 1997).

Ψυχοδυναμικοί παράγοντες στην Ψυχογενή Βουλιμία

Αρκετές ψυχοδυναμικές μελέτες έχουν αναδείξει κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες μεταξύ της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας. Στις δυο διαταραχές υπάρχουν κοινά σημεία σε επίπεδο ονοματολογίας, αλλά και ιδιοσυγκρασιακών, οικογενειακών, ψυχοκοινωνικών, πολιτισμικών και βιολογικών χαρακτηριστικών αλλά και γεγονότων ζωής. Ο φόβος εγκατάλειψης, το άγχος αποχωρισμού και δυσκολίες που αφορούν την αυτονομία τους είναι συχνά χαρακτηριστικά σε ασθενείς με Ψ. Β. (Kearney, 1996), ενώ οι συγκρούσεις γύρω από τις διεργασίες της φάσης αποχωρισμού και εξατομίκευσης παίζουν σημαντικό ρόλο.

Στα ψυχοτραυματικά γεγονότα που συνδέονται με την εμφάνιση της Ψυχογενούς Βουλιμίας, οι Rotry et al. (1994), αναφέρονται στην πιθανότητα σεξουαλικής,

σωματικής και ψυχολογικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία. Ειδικότερα η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία έχει ενοχοποιηθεί για την παρουσία Ψ.Β. στην ενήλικη ζωή. Γυναίκες που είχαν υποστεί σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία είχαν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν Ψ.Β. από ότι γυναίκες που δεν είχαν υποστεί κακοποίηση (Leonard S, 2003). Ποσοστό μεγαλύτερο του 50 % των βουλιμικών ασθενών αναφέρουν ένα περιστατικό σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία (Palmer, 1990; Rayworth, 2004).

Η βουλιμία (όπως και η ανορεξία) μπορεί να ειπωθεί ως συμπεριφορά εθισμού. Επαναλαμβανόμενη διαδραμάτιση στην πράξη που δεν μπορεί να κατανοηθεί παρά μόνο υπό το πρίσμα της εσωτερικής έντασης που προσπαθεί να ανακουφίσει.

2.5. Παχυσαρκία

2.5.1. Γενικά στοιχεία

Η λέξη παχυσαρκία είναι σύνθεση των λέξεων παχύς και σάρκα. Η παχυσαρκία στα παιδιά είναι συνήθως αποτέλεσμα υπερβολικής πρόσληψης θερμίδων (υπερβολική κατανάλωση τροφών) και ανεπαρκούς άσκησης. Όμως ταυτόχρονα είναι και συνοδό σύμπτωμα σε περιπτώσεις συνδρόμων ή συγγενών καταστάσεων, πολλά από τα οποία χαρακτηρίζονται από υπογοναδισμό ή καθυστέρηση της ήβης. Πολλά από αυτά τα σύνδρομα περιλαμβάνουν ιδιαίτερες δυσμορφίες (Smith Jones, 1988) που βοηθούν στην ταυτοποίηση τους ενώ άλλα όπως τα Klinefelter και Prader -Willi (Buttler, 1990,1996) είναι πιο περίπλοκα στην εκδήλωσή τους. Γενικά οι παχυσαρκίες στις οποίες εμφανίζονται ενδοκρινικές διαταραχές δεν ξεπερνούν το 1% και συνοδεύονται από καθυστέρηση της ανάπτυξης.

2.5.2. Ορισμός

Παχυσαρκία χαρακτηρίζεται η υπερβολική εναπόθεση λίπους στις λιπαροθήκες του σώματος. Συχνά συνδέεται, αλλά δεν είναι συνώνυμη, με την κατάσταση του αυξημένου σωματικού βάρους, η οποία όμως παρατηρείται και στους αθλητές, ή στα άτομα με αυξημένη φυσική δραστηριότητα, λόγω μυϊκής υπερτροφίας, ή σε οίδηματώδεις ασθενείς με παθολογική κατακράτηση υγρών. Τις περισσότερες φορές όμως, η παθολογική αύξηση του βάρους οφείλεται στην παχυσαρκία, ενώ και ένα άτομο με φαινομενικά φυσιολογικό βάρος, είναι δυνατό να είναι παχύσαρκο. Φυσιολογικά το λίπος, στο σύνολό του, αποτελεί το 15-20% του σωματικού βάρους για τον άνδρα και το 20-25% για τη γυναίκα. Στην παχυσαρκία το ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει το 40%, ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις και το 70% (κακοήθης παχυσαρκία). Η κατανομή αυτού του λίπους είναι γενετικά καθορισμένη (δομικό λίπος) και διαφέρει ανάλογα με το φύλο. Διαφοροποιείται κατά τη διάρκεια της ήβης, κατά την εποχή δηλαδή που αναπτύσσονται τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου. Σύμφωνα με το ΔΜΣ ως παχύσαρκοι χαρακτηρίζονται τα άτομα με ΔΜΣ μεγαλύτερο από 30. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ο προσδιορισμός της παχυσαρκίας γίνεται μέσω του Δείκτη Μάζας Σώματος. Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται όταν διαιρέσουμε το βάρος του σώματος, σε κιλά, δια του τετραγώνου του αναστήματος, σε μέτρα. Ο δείκτης αφορά ενήλικες, άνδρες και γυναίκες. Οι περισσότεροι ειδικοί θεωρούν, ότι υπάρχει παχυσαρκία, όταν το

σωματικό βάρος του ατόμου υπερβαίνει κατά 20% - 30% το ιδανικό βάρος για το φύλλο και την ηλικία του ατόμου αυτού.

Δείκτης Μάζας Σώματος = Σωματικό Βάρος (σε κιλά)/Υψος² (σε μέτρα).

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει την κατηγοριοποίηση με βάση το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ):

Αν ο ΔΜΣ είναι:	Το άτομο είναι:
Μικρότερος από 18,5	Αδύνατο
Από 18,5 έως 25	Φυσιολογικού βάρους
Από 25 έως 30	Υπέρβαρο
Από 30 έως 35	Ήπια παχύσαρκο
Από 35 έως 40	Μέτρια παχύσαρκο
Μεγαλύτερος του 40	Σοβαρά παχύσαρκο

2.5.3. Η σύγχρονη επιδημία παχυσαρκίας

Τα τελευταία χρόνια η παχυσαρκία βρίσκεται ανάμεσα στις κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Με την αυξανόμενη επικράτησή της σε ενήλικες και παιδιά οι αρχές τη θεωρούν ως ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα δημόσιας υγείας του 21ου αιώνα, με διαστάσεις επιδημίας. Η παχυσαρκία στιγματίζει μεγάλο μέρος του σύγχρονου κόσμου (κυρίως στον δυτικό κόσμο), αν και θεωρούνταν ευρέως ως ένα σύμβολο του πλούτου και της γονιμότητας άλλες φορές στην ιστορία, και εξακολουθεί να είναι σε ορισμένα μέρη του κόσμου.

Αν και οι περισσότεροι ασθενείς κυριεύονται από αίσθημα προσωπικής ευθύνης για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν, επιστήμονες θεωρούν πως τα αίτια του συνιστούν βαθύτεροι πολιτικοί και οικονομικοί παράγοντες. Η αυξανόμενη φτώχεια και επακόλουθη πείνα, ακόμη και σε ανεπτυγμένες χώρες, οδηγεί όλο και περισσότερους ανθρώπους να προσπαθούν να χορτάσουν με φτηνά επεξεργασμένα τρόφιμα, τα οποία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και διατροφολόγους δημιουργούν και εντείνουν το πρόβλημα. Τη δεκαετία του 1980 η παχυσαρκία αφαιρέθηκε από το Εγχειρίδιο διάγνωσης και στατιστικών πνευματικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης, καθώς θεωρήθηκε ότι οι κύριοι λόγοι εμφάνισής της δεν σχετίζονται με την ψυχολογία και την ψυχιατρική.

Παράλληλα, οι κυβερνήσεις των περισσότερων κρατών στον τομέα της διατροφής ταλανίζονται από διαφθορά και εμφανίζονται να υποκύπτουν στις πιέσεις μεγάλων

εταιριών διατροφικών προϊόντων και υπηρεσιών. Ταυτόχρονα υπάρχει αδυναμία αυτόνομης λήψης αποδοτικών μέτρων ελέγχου των τροφίμων, πρόληψης και αντιμετώπισης, λόγω της εφαρμογής κοινών αποφάσεων από αρμόδιους διακρατικούς φορείς, π.χ. Codex Alimentarius.

Στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, οι αντιλήψεις των ανθρώπων για το ιδανικό σώμα δεν ταυτίζονται απαραίτητα με τις αντιλήψεις για υγιές σώμα, με διαφοροποιήσεις που πρωτοεμφανίζονται περίπου στις αρχές του 20ου αιώνα μ.Χ. Από το 1920 και ύστερα προβάλλονται ως ιδανικότερες όλο και πιο μικρές αναλογίες. Το γεγονός αντικατοπτρίζεται στο διαγωνισμό ομορφιάς Miss America, όπου, ενώ το ύψος των διαγωνιζομένων αυξήθηκε κατά 2% από το 1922 ως το 1999, το βάρος τους μειώθηκε κατά 12%. Ωστόσο, οι αντιλήψεις των ανθρώπων σχετικά με το ιατρικά μη επιβλαβές βάρος, άλλαξαν προς την αντίθετη κατεύθυνση. Στη Βρετανία το βάρος στο οποίο οι άνθρωποι θεωρούν εαυτούς υπέρβαρους ήταν σημαντικά μεγαλύτερο το 2007 σε σχέση με το 1999. Αυτές οι αλλαγές πιστεύεται ότι οφείλονται στην αύξηση του αριθμού ανθρώπων που πάσχουν από παχυσαρκία, η οποία οδηγεί σε αλλαγές αντιλήψεων για τις φυσικές αναλογίες και αυξημένη αποδοχή του πλεονάζοντος βάρους ως φυσιολογικό.

2.5.4. Ταξινόμηση

Μπορούμε να διαχωρίσουμε δυο χρονικές περιόδους εμφάνισης της παχυσαρκίας: αυτήν του πρώτου χρόνου της ζωής και την περίοδο της προεφηβείας (10 με 13 χρόνια). Διακρίνουμε επίσης τις *πρωτοπαθείς* και τις *δευτεροπαθείς παχυσαρκίες*.

Οι παιδίατροι με βάση τον αριθμό των λιποκυττάρων διακρίνουν τις *υπερπλαστικές*, *υπερτροφικές* και τις *μικτού τύπου παχυσαρκίες* (Doyard , 1979). Στις υπερπλαστικές παχυσαρκίες ο αριθμός των λιποκυττάρων είναι πολύ υψηλός και η έναρξη τους είναι τον πρώτο χρόνο της ζωής. Στις υπερτροφικές παχυσαρκίες ο αριθμός των λιποκυττάρων είναι φυσιολογικός αλλά το μέγεθος τους μεγάλο.

Η παχυσαρκία στα παιδιά ταιριάζει απόλυτα σε ένα κλίμα υπερφαγίας που παρατηρείται σε κάποιες οικογένειες που άλλοτε είναι γενικευμένο και άλλοτε αφορά μόνο υδατάνθρακες (γλυκά, ζυμαρικά). Στις οικογένειες αυτές παρατηρούνται και άλλα παχύσαρκα άτομα και η ίδια η παχυσαρκία αποτελεί για αυτά απλά ένα οικογενειακό χαρακτηριστικό. Άλλες φορές η παχυσαρκία παρουσιάζεται μετά από βουλιμικές κρίσεις του παιδιού, αυτό όμως γίνεται σπάνια.

2.5.5. Αιτιοπαθογένεια

Όσον αφορά τα αίτια της παχυσαρκίας, το πιο συνηθισμένο είναι η πρόσληψη με το φαγητό μεγαλύτερου αριθμού θερμίδων, απ' αυτές που χρειάζεται το άτομο για τις ημερήσιες ανάγκες του.

2.5.5.1. Ενδοκρινολογικές αιτίες

Οι παχύσαρκοι που παρουσιάζουν ενδοκρινολογικές παθήσεις είναι ελάχιστοι. Παρ' όλα αυτά μπορούμε να αναφέρουμε μερικές περιπτώσεις:

1. Κακή λειτουργία του θυρεοειδούς αδένου (υποθυρεοειδισμός).
2. Υπερλειτουργία των επινεφριδίων.
3. Σύνδρομο Turner (κακή λειτουργία των ωοθηκών).
4. Σύνδρομο Prader – Willi (πνευματική, μυική υπολειτουργία και ατροφία των γεννητικών οργάνων).
5. Σύνδρομο Laurence – Moon – Bield (οι ασθενείς έχουν περισσότερα δάχτυλα).
6. Σύνδρομο Frohlich (βλάβη στον υποθάλαμο του εγκεφάλου).
7. Βλάβη στη λειτουργία της υπόφυσης. Λήψη ορμονών (κορτιζόνη, αντισυλληπτικά).

2.5.5.2. Ψυχολογικές αιτίες

Επειδή η παχυσαρκία είναι πρόβλημα που χρειάζεται συντονισμένες ενέργειες, η επιστήμη της ψυχολογίας έχει να καταθέσει τη δική της άποψη για τις αιτίες που συνήθως ενοχοποιούνται.

- Η κακή σχέση με τη μητέρα. Στις περιπτώσεις αυτές η τροφή υποκαθιστά το μητρικό χέρι, δηλαδή τις σχέσεις στοργής και φιλίας που συνήθως λείπουν από το παχύσαρκο άτομο.
- Το αίσθημα μοναξιάς. Η τροφή στις περιπτώσεις αυτές αποτελεί τον σταθερό φίλο στον οποίο καταφεύγει κανείς σε περιόδους έντονης ανίας, αγωνίας ή χαράς.
- Ο καταπιεσμένος θυμός. Πρόσωπα που συνήθως δεν μπορούν να διεκδικήσουν ανοιχτά τα δικαιώματά τους, καταστέλλουν σκόπιμα την οργή τους με την τροφή. Στην περίπτωση αυτή η τροφή παίζει κατευναστικό ρόλο.
- Η χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση. Το παχύσαρκο άτομο δείχνει να μην γνωρίζει την αξία του, να είναι σε σύγχυση. Έτσι, έχοντας ως μοναδικό

καταφύγιο την τροφή, αντί να βελτιώνει, χειροτερεύει συνεχώς την ιδέα για τον εαυτό του. Η προσκόλληση στην τροφή λειτουργεί «ως ναρκωτικό».

2.5.5.3. Κληρονομικότητα

Το πάχος είναι και κληρονομικό. Δεν είναι μόνο θέμα αυτοπειθαρχίας. Γι' αυτό είναι άδικη όλη αυτή η απόρριψη των παχύσαρκων. Έχουν περιγραφεί τουλάχιστον 20 διαφορετικά γονίδια που άμεσα ή έμμεσα εμπλέκονται στην παχυσαρκία (γονίδια ευαισθησίας). Η σημαντικότερη ανακάλυψη των τελευταίων χρόνων είναι το γονίδιο OB που παράγει την ορμόνη λεπτίνη. Σε έρευνες που έγιναν σε ποντίκια αποδείχτηκε ότι η λεπτίνη ελαττώνει το σωματικό λίπος, αυξάνει τις καύσεις, μειώνει την όρεξη. Με τους υπέρβαρους ανθρώπους, όμως, ισχύει το εξής περίεργο: ενώ το αίμα τους περιέχει περισσότερη λεπτίνη απ' τους αδύνατους, ο οργανισμός τους δεν αντιδρά στο ερέθισμα. Η σημασία της κληρονομικότητας επιβεβαιώνεται επίσης από πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Δανία σε 3.580 παιδιά. Το βάρος τους βρέθηκε να είναι πιο κοντά στο βάρος των φυσικών παρά των θετών γονιών. Δύο αδέλφια που υιοθετήθηκαν από δύο διαφορετικές οικογένειες έχουν στην «ενήλικη» ζωή τους το βάρος των φυσικών τους γονέων και όχι των θετών. Άρα υπάρχει ισχυρός παράγοντας κληρονομικότητας.

2.5.6. Παχυσαρκία στις διάφορες ηλικίες

Παχυσαρκία στην τρίτη ηλικία

Η παχυσαρκία γίνεται όλο και πιο συχνή στο προοδευτικά αυξανόμενο πληθυσμό της τρίτης ηλικίας. Σύμφωνα με μελέτες στις ΗΠΑ, η επίπτωση της παχυσαρκίας αυξάνει στις ηλικίες 60-69 και 70-79 και μόνο τα άτομα μετά τα 85 διατηρούν σχετικά σταθερό βάρος. Η παχυσαρκία σε μεγάλη ηλικία πέρα από τα γνωστά προβλήματα υγείας των οποίων την εμφάνιση προκαλεί ή επιταχύνει, όπως τα καρδιοκυκλοφορικά νοσήματα, η υπέρταση και ο διαβήτης, αυξάνει και την επίπτωση του μεταβολικού συνδρόμου που χαρακτηρίζεται από αύξηση της περιμέτρου της μέσης, αύξηση του σακχάρου και των τριγλυκεριδίων του αίματος και υπέρταση. Υπολογίζεται ότι πάνω από το 50% των ενηλίκων πάνω από την ηλικία των 60 ετών εμφανίζουν μεταβολικό σύνδρομο που αυξάνει την πιθανότητα για εγκεφαλικά και έμφραγμα του μυοκαρδίου 3-4 φορές. Ενώ όμως το σωματικό βάρος μπορεί να αυξηθεί ή και να μείνει στάσιμο στην ενήλικη ζωή, με την πάροδο του χρόνου η σύσταση του σώματος αλλάζει, με αποτέλεσμα ενώ αυξάνει το ποσοστό του

λιπώδους ιστού η μυϊκή μάζα να μειώνεται, με αποτέλεσμα την εμφάνιση της σαρκοπενικής παχυσαρκίας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα και την ελάττωση της μυϊκής δύναμης με συνέπεια τον περιορισμό της κινητικότητας και την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής. Έτσι οι παχύσαρκοι ηλικιωμένοι είναι στην ουσία φυσικά πιο αδύνατοι από τους λεπτούς συνομήλικούς τους. Πάνω από το 95% των ατόμων με σαρκοπενική παχυσαρκία εμφανίζουν κινητικά προβλήματα. Η παχυσαρκία σε μεγάλη ηλικία σχετίζεται με αύξηση του βαθμού εξάρτησης από συγγενικά πρόσωπα, ανάγκη για βοήθεια στο σπίτι ή εισαγωγή σε ιδρύματα. Ένα πιθανό πλεονέκτημα της παχυσαρκίας είναι ότι επιβραδύνει την απώλεια οστικής μάζας και λόγω της αύξησης του λίπους μειώνει το κίνδυνο οστικού κατάγματος κατά την πτώση. Οι ηλικιωμένοι παχύσαρκοι, έχει αποδειχθεί ότι δέχονται και ακολουθούν πιο πιστά τις ιατρικές και διαιτολογικές οδηγίες για τη μείωση του βάρους τους. Φυσικά τα κίνητρα διαφέρουν από αυτά των νεώτερων παχύσαρκων που είναι κυρίως αισθητικά, ενώ οι ηλικιωμένοι επιθυμούν να χάσουν βάρος για να βελτιώσουν τη φυσική τους κατάσταση και λειτουργία και δυνητικά την ποιότητα της ζωής τους. Η θεραπεία της παχυσαρκίας στην τρίτη ηλικία πρέπει να περιλαμβάνει διαιτολογικές συμβουλές, φυσική άσκηση, χορήγηση βιταμινών, όπως D και ασβεστίου καθώς και φάρμακα, αν ο γιατρός το θεωρήσει απαραίτητο. Το ζητούμενο δεν είναι μόνο η μείωση του λίπους αλλά κυρίως η διατήρηση της μυϊκής μάζας και δύναμης που επιτυγχάνεται με την τακτική προγραμματισμένη άσκηση.

Παχυσαρκία ενηλίκων

Έχει παρατηρηθεί από παλιά ότι τα άτομα διαφέρουν σχετικά με τον τόπο εναπόθεσης του λίπους τους. Οι άντρες τείνουν να έχουν περισσότερο λίπος στην κοιλιά τους, που τους δίνει τον ανδροειδή ή αντρικό τύπο κατανομής του λίπους. Αντίθετα οι γυναίκες τείνουν να έχουν μεγαλύτερες περιφέρειες, δίνοντας τους τον ονομαζόμενο γυναικοειδή ή θηλυκό τύπο κατανομής του λίπους. Ο κίνδυνος για θάνατο ή για κάποια ασθένεια θεωρείται γενικά, πιο σοβαρός για τους άντρες παρά για τις γυναίκες, ιδιαίτερα με αυξημένες ποσότητες λίπους στην κοιλιά τους. Εμφανίζεται και στα δυο φύλα, αλλά συχνότερα στις γυναίκες μετά από κύηση ή εμμηνόπαυση. Κύηση: Οι μελέτες δείχνουν ότι για κάθε επιπλέον εγκυμοσύνη παραμένουν στη γυναίκα 1-2 επιπλέον κιλά κατά μέσο όρο. Η κύηση θεωρείται πλέον παράγοντας κινδύνου για παχυσαρκία, και αύξηση βάρους άνω των 18-20 κιλών

συχνά παραμένει και μετά τη γέννα κατά ένα ποσοστό. Η κατακράτηση υγρών λόγω την υψηλών οιστρογόνων και προγεστερόνης κατά την κύηση συμβάλλει στην αύξηση του βάρους. Παράγοντες που ευνοούν την παχυσαρκία της εγκύου είναι, μεταξύ άλλων: διατροφή πλούσια σε πρωτεΐνες, νεαρή ηλικία, πρώτη κύηση. Ιδανικά μία αδύνατη κοπέλα που ξεκινά εγκυμοσύνη πρέπει να πάρει από 12 έως 18 κιλά, μια φυσιολογικού βάρους από 11 έως 16 κιλά, μια υπέρβαρη από 7 έως 11 και μια παχύσαρκτη από 6-10 κιλά. Σημασία έχει και η περίοδος αύξησης βάρους κατά την κύηση: τα πολλά κιλά στο πρώτο τετράμηνο αντιστοιχούν κυρίως σε ανάπτυξη λιπώδους ιστού στη μητέρα και δύσκολα χάνονται ενώ τα κιλά των τελευταίων μηνών αναλογούν στο έμβρυο και χάνονται ευκολότερα. Εμμηνόπαυση: Κατά τη διάρκεια της προ- και εμμηνοπαυσιακής περιόδου οι ωοθήκες ελαττώνουν σταδιακά την παραγωγή τους σε οιστρογόνα και προγεστερόνη. Κατά τη φάση αυτή παρατηρείται μία μικρή αύξηση του βάρους η οποία ποικίλλει από γυναίκα σε γυναίκα και οφείλεται α) στην αύξηση της όρεξης λόγω μείωσης των οιστρογόνων και λόγω ψυχολογικών παραγόντων (καταθλιπτικές τάσεις) β) στη μείωση της σωματικής δραστηριότητας γ) στη μείωση της ενεργειακής κατανάλωσης («καύσεις») λόγω ηλικίας. Έχει διαπιστωθεί ότι στις γυναίκες μετά τα 45 χρόνια ο βασικός μεταβολισμός ελαττώνεται κατά 5% κάθε δεκαετία και η ελάττωση αυτή οφείλεται στην ελάττωση της μυϊκής μάζας, η οποία αποτελεί τον κύριο ιστό όπου λαμβάνουν χώρα οι καύσεις. Ο μέσος όρος αύξησης βάρους στην περιεμμηνοπαυσιακή περίοδο - η οποία μπορεί να διαρκέσει αρκετά χρόνια - είναι της τάξης των 500 γραμμαρίων το χρόνο. Έντονες όμως είναι οι αλλαγές που αφορούν την κατανομή του λιπώδους ιστού στο σώμα της γυναίκας. Παρατηρείται αύξηση του λίπους της κοιλιάς, ιδίως του ενδοσπλαχνικού και σχετική μείωση του λίπους των γλουτών. Παράλληλα, μειώνεται ελαφρά το λίπος στα άνω άκρα και στο θώρακα. Οι αλλαγές αυτές δημιουργούν ένα «σωματότυπο» που μοιάζει με τον ανδρικό: μεγάλη κοιλιά, λεπτά άκρα. Η χορήγηση ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης βελτιώνει τις σωματικές αυτές αλλαγές, ιδίως τη συσσώρευση λίπους στην κοιλιά. Πρέπει όμως να χορηγούνται με προσοχή μετά από λεπτομερή ιατρική εκτίμηση λόγω των πιθανών παρενεργειών τους. Ιδιαίτερα στις παχύσαρκες γυναίκες οι οποίες εξακολουθούν να παράγουν κάποια ποσότητα οιστρογόνων από τον υπερτροφικό λιπώδη ιστό, η χορήγηση εξωγενών οιστρογόνων πρέπει να αποφεύγεται. Αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία κατά την εμμηνοπαυσιακή περίοδο είναι η διατήρηση έντονης σωματικής δραστηριότητας ώστε να

συντηρείται ένα καλό επίπεδο «καύσεων». Αναφορικά με τη διατροφή είναι σκόπιμο να ελεγχθούν οι βουλιμικές τάσεις ιδίως αυτές που αφορούν συνδυασμούς λιπαρών- και γλυκών γεύσεων. Ορισμένες φορές και για μικρό χρονικά διάστημα ίσως να είναι χρήσιμη η χορήγηση των σύγχρονων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (πχ φλουοξετίνη) τα οποία παρεμπιπτόντως έχουν και ήπιες ανορεξιογόνες ιδιότητες.

Εφηβική παχυσαρκία

Η εφηβεία αποτελεί μία περίοδο στη ζωή ενός ατόμου όπου η ανάπτυξη επιταχύνεται εντυπωσιακά και οι διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα αρχίζουν να γίνονται εμφανείς. Ξεκινά με την ήβη και φτάνει μέχρι την ενηλικίωση, όπου και ολοκληρώνεται η ανάπτυξη του οργανισμού. Τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι οι μεταβολές στη σεξουαλική ωρίμανση, στο βάρος και το ύψος καθώς και οι αλλαγές στη σύσταση του σώματος. Μεγάλο μέρος των αλλαγών που συμβαίνουν στην εφηβεία σχετίζονται με την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του ατόμου. Η εφηβική ανάπτυξη για τα κορίτσια ξεκινάει στην ηλικία των 10-11 ετών και ολοκληρώνεται συνήθως μέχρι τα 15 έτη ενώ για τα αγόρια ξεκινάει σε ηλικία 12-13 ετών, φτάνει στο μέγιστο ρυθμό ανάπτυξης σε ηλικία 14 ετών και ολοκληρώνεται στα 19 έτη. Οι αυξημένες ενεργειακές ανάγκες σε αυτήν την ηλικία είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός, καθώς ο έφηβος χρειάζεται ενέργεια για την αύξηση του μυϊκού ιστού, την ανάπτυξη του σκελετού και του νευρικού συστήματος, καθώς και για την ανάπτυξη του γεννητικού συστήματος. Η εφηβική ηλικία αποτελεί μία από τις βασικότερες περιόδους αυξημένου κινδύνου για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Είναι, επίσης, περίοδος όπου η κατανομή του λίπους στο σώμα αλλάζει, επηρεάζοντας κι αυτό με τη σειρά του τους κινδύνους που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Τα τελευταία χρόνια είναι ευρέως γνωστό πως η συχνότητα εμφάνισής νεαρών ατόμων με υπερβάλλον σωματικό βάρος σε όλο τον κόσμο αυξάνεται σημαντικά. Παγκοσμίως, το 10% των ατόμων ηλικία 5-17 ετών είναι υπέρβαρα, μεταξύ των οποίων το 2-3% είναι παχύσαρκα. Παραπλήσιο είναι και το τοπίο στη χώρα μας. Συγκεκριμένα, το 15,3% των ατόμων ηλικίας 11-15 ετών είναι υπέρβαρα μεταξύ των οποίων το 1,8% είναι παχύσαρκα. Ενδιαφέρον είναι πως το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων αγοριών είναι σχεδόν διπλάσιο σε σχέση με τα κορίτσια. Είναι εύκολα κατανοητό πως το φαινόμενο έχει αποκτήσει τραγικές διαστάσεις και οι συνέπειες είναι όλο και πιο εμφανείς στην καθημερινή ζωή.

2.5.7. Ιστορική αναδρομή παχυσαρκίας



Πηγή: Ανακτήθηκε 16/08/2012 από την ιστοσελίδα:

http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%BF:Italienischer_Maler_des_17._Jahrhunderts_001.jpg

The Tuscan General Alessandro del Borro, πίνακας που αποδίδεται στον Τσαρλς Μέλιν, 1645. Κατά το Μεσαίωνα και την Αναγέννηση η παχυσαρκία θεωρούνταν συχνά σημάδι πλούτου, και ήταν κοινό φαινόμενο ανάμεσα στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα.

Το μεγαλύτερο μέρος της ιστορίας της ανθρωπότητας, το ανθρώπινο είδος ήταν αντιμέτωπο με συνθήκες έλλειψης τροφής, με αποτέλεσμα η παχυσαρκία ιστορικά να θεωρείται σημείο πλούτου και ευημερίας.

Οι Αρχαίοι Έλληνες ήταν οι πρώτοι που αναγνώρισαν την παχυσαρκία ως πάθηση. Ο Ιπποκράτης στα γραπτά του παρατηρεί ότι οι παχύσαρκοι είχαν αυξημένες πιθανότητες θανάτου και ότι η παχυσαρκία είναι αιτία εμφάνισης άλλων ασθενειών. Ο Ινδός χειρουργός Σουσορούτα (6ος π.Χ αιώνας) συσχέτισε την παχυσαρκία με το διαβήτη και τις καρδιοπάθειες. Η εμφάνισή της ήταν συχνή ανάμεσα σε κατόχους υψηλών αξιωμάτων στην Ευρώπη το Μεσαίωνα και την Αναγέννηση, όπως και σε αρχαίους πολιτισμούς της Ανατολικής Ασίας.

Ο Άγγλος νεκροθάφτης και πρώην παχύσαρκος Ουίλιαμ Μπάντινγκ κατέγραψε τις εμπειρίες του στο αδυνάτισμα στο πρώτο βιβλίο εμπορικής διαίτας. Σε αυτό πρότεινε μία διαίτα βασισμένη σε χαμηλά ποσοστά υδατανθράκων, την οποία του είχε συστήσει ο γιατρός του ως θεραπεία για τη βαρηκοΐα, παρατηρώντας ότι το υπερβολικό λίπος έφραζε τις ευσταχιανές σάλπιγγες.

2.5.8. Επιπτώσεις στην υγεία

Η παχυσαρκία αυξάνει την πιθανότητα νόσησης από διάφορες ασθένειες, ιδιαίτερα των καρδιακών παθήσεων και του διαβήτη τύπου 2.

2.5.8.1. Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2

Μία πιθανή εξήγηση είναι ότι η συσσώρευση σωματικού λίπους στο πάγκρεας εμποδίζει την παραγωγή ινσουλίνης, προκαλώντας διαβήτη τύπου 2. Όταν αυτό το λίπος αφαιρείται, αποκαθίσταται η κανονική λειτουργία του οργάνου. Ωστόσο, επειδή στις έρευνες έως τώρα χρησιμοποιείται ένα ακραίο διατροφικό πλάνο, καθίσταται αναγκαία η ελεγχόμενη εφαρμογή του και η διερεύνηση ευκολότερων μεθόδων αδυνατίσματος με μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

2.5.8.2. Άλλες επιπτώσεις

Επίσης, η παχυσαρκία προκαλεί δυσκολία στην αναπνοή κατά τον ύπνο, συνδέεται με ορισμένους τύπους καρκίνου και αυξάνει την πιθανότητα νόσησης από οστεοαρθρίτιδα.

Κλάδος της Ιατρικής	Κλινική διάγνωση	Κλάδος της Ιατρικής	Κλινική διάγνωση
Γαστρεντερολογία	<ul style="list-style-type: none">• γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση• λιπώδης ηπατική νόσος• χολολιθίαση (πέτρες στη χολή)	Δερματολογία	<ul style="list-style-type: none">• ραγάδες• μελανίζουσα ακάνθωση• λεμφοίδημα• κυτταρίτιδα• δασυτριχισμός• παράτριμμα (καντιντίαση)
Ενδοκρινολογία και Αναπαραγωγική Ιατρική	<ul style="list-style-type: none">• σακχαρώδης διαβήτης• σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών• διαταραχές εμμήνου ρύσης• στειρότητα	Καρδιολογία	<ul style="list-style-type: none">• στεφανιαία νόσος (ισχαιμική καρδιοπάθεια): στηθάγχη και έμφραγμα του μυοκαρδίου• καρδιακή ανεπάρκεια

	<ul style="list-style-type: none"> • επιπλοκές κατά την κύηση • γενετικές ανωμαλίες • ενδομήτριος θάνατος εμβρύου 		<ul style="list-style-type: none"> • αρτηριακή υπέρταση • δυσλιπιδαιμία • εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση και πνευμονική εμβολή^[14]
Νευρολογία	<ul style="list-style-type: none"> • εγκεφαλικό επεισόδιο • παραισθητική μηραλγία • ημικρανίες • σύνδρομο καρπιαίου σωλήνος • άνοια • ιδιοπαθής ενδοκράνια υπέρταση (καλοήθης ενδοκράνια υπέρταση, ψευδοόγκος εγκεφάλου) • σκλήρυνση κατά πλάκας 	Ογκολογία	<ul style="list-style-type: none"> • καρκίνος του στήθους, των ωοθηκών • του οισοφάγου, του παχέος εντέρου • του ήπατος, του παγκρέατος • της χοληδόχου κύστεως, του στομάχου • του ενδομητρίου, του τραχήλου της μήτρας • του προστάτη, του νεφρού • λέμφωμα non-Hodgkin, πολλαπλό μυέλωμα
Ουρολογία και Νεφρολογία	<ul style="list-style-type: none"> • στυτική δυσλειτουργία • ακράτεια ούρων • χρόνια νεφρική ανεπάρκεια • υπογοναδισμός • κρυμμένο πέος 	Πνευμονολογία	<ul style="list-style-type: none"> • αποφρακτική άπνοια ύπνου • σύνδρομο παχυσαρκίας-υποαερισμού (σύνδρομο Pickwickian, obesity hypoventilation syndrome) • άσθμα • αυξημένες επιπλοκές κατά τη γενική αναισθησία
Ρευματολογία και Ορθοπεδική	<ul style="list-style-type: none"> • ουρική αρθρίτιδα (ποδάγρα) • κινητική δυσκολία • οστεοαρθρίτιδα • οσφυαλγία 	Ψυχιατρική	<ul style="list-style-type: none"> • κατάθλιψη σε γυναίκες • κοινωνικός στιγματισμός

2.5.9. Επιπτώσεις παχυσαρκίας στην ψυχολογία

Τα περιττά κιλά και η παχυσαρκία είναι πολλές φορές πλήγμα για την ψυχή του ανθρώπου. Το παχύσαρκο άτομο νιώθει ενοχικά, διαθέτει χαμηλή αυτοεκτίμηση και δυσκολεύεται να διαχειριστεί τα θέλω και τα συναισθήματά του. Χαμηλή αυτοπεποίθηση με πολλές ενοχές και το συναίσθημα του αδιεξόδου, συμβάλλουν σε έναν αρνητικό φαύλο κύκλο, όπου η πολυφαγία χρησιμοποιείται ως διέξοδος στο πρόβλημα, το οποίο αρχικά προκαλεί. Το παχύσαρκο άτομο μέσα από τη σχέση του με το φαγητό, εκφράζεται και εκφράζει τη συναισθηματική του κατάσταση. Το φαγητό αποτελεί γι' αυτόν καταφύγιο όλων των εσωτερικών και εξωτερικών του συγκρούσεων, ενώ διατηρεί την ψευδαίσθηση ότι πρόκειται για μια σχέση από την οποία δεν πρόκειται ποτέ να προδοθεί. Ο στιγματισμός από το ευρύτερο κοινωνικό αλλά και το στενότερο συγγενικό περιβάλλον ενισχύει την αρνητική εικόνα του παχύσαρκου ατόμου για τον εαυτό του.

Πολλές επιστημονικές μελέτες δείχνουν ότι τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν γενικά μεγαλύτερη συναισθηματική κόπωση. Η αρνητική εικόνα που έχουν οι παχύσαρκοι για το σώμα τους, τους προκαλεί κατάθλιψη και δυστυχώς αρκετοί έχουν και τάσεις αυτοκτονίας. Βέβαια, το αν θα αναπτύξει κάποιος κατάθλιψη εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το μορφωτικό του επίπεδο και από άλλους παράγοντες, αλλά τα περιττά κιλά ενισχύουν την προδιάθεση. Οι επιπτώσεις στον οργανισμό και στην εξωτερική εμφάνιση του ατόμου είναι σαφείς και το άτομο δεν μπορεί παρά να τις βιώνει και μάλιστα τραυματικά. Οι περισσότεροι παχύσαρκοι είναι δυσαρεστημένοι με την εμφάνιση του σώματος τους. Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει τέτοια αντίληψη για τη σωματική εικόνα που το άτομο μπορεί να θεωρεί τον εαυτό του αποκρουστικό και να αποφεύγει και την παραμικρή έκθεση του σώματός του. Ένα παχύσαρκο άτομο νιώθει μειονεκτικά δίπλα σε κάποιον αδύνατο. Δεν είναι τυχαίο που τα παχύσαρκα άτομα απέχουν από αθλητικές δραστηριότητες ή αποφεύγουν την παραλία το καλοκαίρι. Μια αρνητική εικόνα για το σώμα έχει ως συνέπεια και την αποφυγή της ερωτικής ζωής. Πολλοί άνθρωποι νιώθουν τόσο άσχημα όταν εκθέτουν το σώμα τους που χάνουν κάθε ενδιαφέρον γι' αυτό καταπιέζοντας τα θέλω και τα συναισθήματά τους. Η ίδια η κοινωνία πολλές φορές κάνει διακρίσεις εναντίον των υπέρβαρων ατόμων, είναι σαφές από τις διάφορες έρευνες ότι σε γενικές γραμμές οι παχύσαρκοι συναντούν πολύ περισσότερα εμπόδια στην εξέλιξή τους απ' ό, τι οι μη παχύσαρκοι. Η ψυχολογία αυτή συμβάλλει αρνητικά στην προσπάθεια των ατόμων

να χάσουν βάρος, όμως και εκείνοι που πραγματικά έχουν την πρόθεση να χάσουν βάρος, πολλές φορές δεν βρίσκουν το κουράγιο, διότι απογοητεύονται από το τι έχει συμβεί στο παρελθόν ή απλά δεν γνωρίζουν πώς να το κάνουν. Αυτό έχει ως συνέπεια να δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο αποτυχιών που ρίχνει ακόμη πιο πολύ την ήδη χαμηλή αυτοεκτίμηση. (<http://www.stress.gr>).

2.5.10. Θεραπεία

Σε ιατρικό επίπεδο χρησιμοποιούνται διάφοροι τρόποι για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, ωστόσο, χωρίς να υπάρχει πάντα επιτυχία. Ανάμεσα στις ιατρικές μεθόδους που ακολουθούνται για τη μείωση του σωματικού λίπους συμπεριλαμβάνονται ειδικές δίαιτες, σωματική άσκηση, φαρμακευτική αγωγή και χειρουργικές επεμβάσεις.

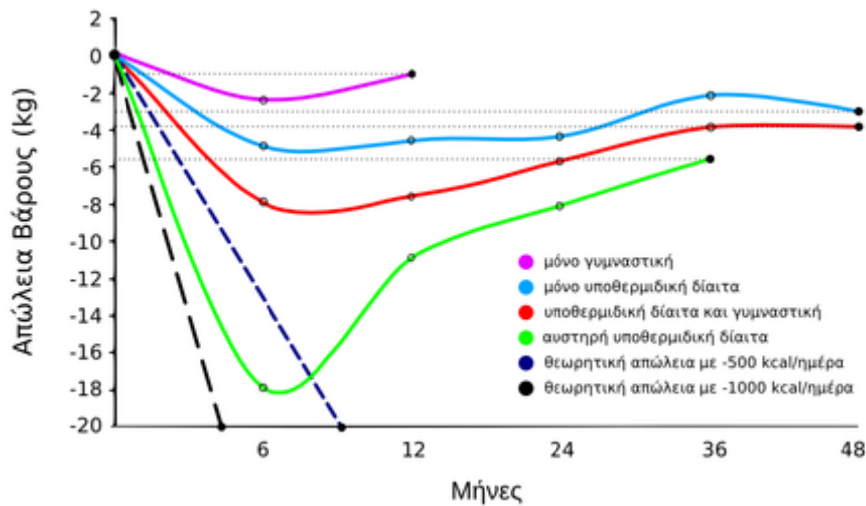
Δίαιτα

Απώλεια βάρους κατά μέσο όρο με υποθερμιδικές δίαιτες (ανάλυση 80 κλινικών ερευνών με δείγμα 26.455 άτομα) και θεωρητική απώλεια σύμφωνα με τον ισχυρισμό των υποθερμιδικών διαιτών.

Η δίαιτα που ακολουθεί ο ασθενής έχει καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση της ασθένειας, ωστόσο στην επιστημονική κοινότητα υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με τις αρχές στις οποίες πρέπει να βασίζεται η διαμόρφωση του διαιτολογίου ενός ασθενή. Οι δίαιτες που έχουν κατά καιρούς προταθεί, ανάλογα με την προσέγγιση που ακολουθούν, εντάσσονται συνήθως σε μία ή περισσότερες από τις παρακάτω κατηγορίες:

- δίαιτες με χαμηλά ποσοστά λιπαρών
- δίαιτες με χαμηλά ποσοστά υδατανθράκων
- δίαιτες υγρών
- υποθερμιδικές δίαιτες

Κοινό χαρακτηριστικό των περισσότερων διαιτών αδυνατίσματος είναι ο (έως και πλήρης) περιορισμός των γλυκών, σε διαφορετικά ωστόσο πλαίσια αιτιολόγησης.



Σωματική άσκηση

Η σωματική άσκηση συνιστάται συχνά για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, υπάρχουν ωστόσο αμφιβολίες για το είδος της σχέσης της με την παχυσαρκία και την αποτελεσματικότητά της στην καταπολέμηση της. Κοινωνιολόγοι εκφράζουν το φόβο ότι η έμφαση που δίνεται στη σωματική άσκηση από τους παγκόσμιους φορείς και τα Μ.Μ.Ε., εμπίπτει σε μια ευρύτερη στρατηγική με την οποία προωθούν τα οικονομικά τους συμφέροντα μεγάλες εταιρίες στον τομέα της παραγωγής και διάθεσης τροφίμων.

Φαρμακευτική αγωγή

Προς υποστήριξη της διαίτας ή σε περίπτωση αποτυχίας της θεραπείας, φάρμακα κατά της παχυσαρκίας μπορούν να ληφθούν για τη μείωση της όρεξης. Ωστόσο, τα φάρμακα αυτά είναι αμφιλεγόμενα ως προς την αποτελεσματικότητά τους, αλλά και την ασφάλειά τους.

Χειρουργικές επεμβάσεις

Σε σοβαρές περιπτώσεις, η χειρουργική επέμβαση εκτελείται ή ένα ενδογαστρικό μπαλόνι είναι σε θέση να μειώσει τον όγκο στο στομάχι και / ή το μήκος του εντέρου, οδηγώντας σε πρόωρο κορεσμό και μειωμένη ικανότητα απορρόφησης των θρεπτικών συστατικών από τις τροφές.

2.5.11. Θνησιμότητα

Ευρωπαϊκές και αμερικανικές έρευνες μεγάλης κλίμακας έδειξαν ότι άτομα με ΔΜΣ 20–25 kg/m² εμφανίζουν τις μικρότερες πιθανότητες θανάτου ανάμεσα σε μη καπνιστές, και με 24–27 kg/m² αντίστοιχα ανάμεσα σε καπνιστές. Σε γυναίκες με ΔΜΣ άνω του 32 παρατηρείται διπλάσια συχνότητα θανάτων σε διάστημα 16 χρόνων. Θεωρείται ότι η παχυσαρκία στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής ευθύνεται

για 111.909 με 365.000 θανάτους το χρόνο ενώ ένα εκατομμύριο θάνατοι στην Ευρωπαϊκή Ένωση (7.7%) αποδίδονται στο υπερβολικό πάχος. Κατά μέσο όρο, η παχυσαρκία μειώνει τον προσδόκιμο χρόνο ζωής κατά έξι με επτά χρόνια: ΔΜΣ 30–35 μειώνει τον προσδόκιμο χρόνο ζωής κατά δύο με τέσσερα χρόνια, ενώ οι κλινικά παχύσαρκοι ασθενείς (ΔΜΣ > 40) έχουν μειωμένο προσδόκιμο χρόνο ζωής ως και 10 χρόνια.

2.5.12. Εικόνα σώματος και παχυσαρκία

Η εικόνα του σώματος είναι μια πολυδιάστατη έννοια που αναφέρεται στην υποκειμενική αντίληψη κάθε ατόμου, καθώς και στα βιώματα και στη συμπεριφορά του προς το σώμα του, και ιδιαίτερα προς τη φυσική του εμφάνιση (Cash & Pruzinsky, 2002). Η εικόνα σώματος ή σωματική εικόνα εκφράζει την «οπτική ιδέα που έχει ένα άτομο για τον εαυτό του» (Darten, 1972). Το ανθρώπινο σώμα, σύμφωνα με τον ψυχαναλυτή Lacan, συγκροτείται από ένα εξωτερικό και ένα εσωτερικό περιεχόμενο. Ο Lacan έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στη λειτουργία του σταδίου του καθρέφτη ως συστατική δομή της συγκρότησης της εικόνας του σώματος από το ίδιο το άτομο. Στο στάδιο του καθρέφτη, η επαφή του υποκειμένου με την εικόνα του, εδραιώνει την ιδιαιτερότητα του ίδιου του σώματος. Συχνά το χάσμα ανάμεσα στην εικόνα που έχουν οι άλλοι για εμάς και στα συναισθήματα που έχουμε εμείς για τον εαυτό μας μπορεί να οδηγήσει, όπως συμβαίνει στην ψύχωση, στην άρνηση να προβληθούμε στον καθρέφτη (Glynos & Stavrakakis, 2002). Η εικόνα σώματος έχει τέσσερις διαστάσεις (Burns, 1982):

1. τη ρεαλιστική διάσταση, η οποία είναι αυτό που βλέπει κάποιος στον καθρέφτη, «τι θεωρώ πως είμαι σωματικά ανάλογα με αυτό που βλέπω».
2. την ψυχολογική διάσταση, δηλαδή πώς αισθάνεται κάποιος πως είναι το σώμα του. Αφορά στην υποκειμενική αίσθηση του σώματος από το ίδιο το άτομο.
3. την κοινωνική διάσταση, η οποία σχετίζεται με το πώς θεωρούμε πως οι άλλοι αντιλαμβάνονται την σωματική μας εικόνα, «πώς πιστεύω ότι οι άλλοι με βλέπουν», «πώς πιστεύω ότι οι άλλοι θα ήθελαν να είμαι».
4. την ιδανική διάσταση, η οποία αφορά στο πώς θα θέλαμε η σωματική μας εικόνα να είναι, ανεξάρτητα με το εάν αυτό ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.

Η εικόνα σώματος είναι η «ασαφής νοερή απεικόνιση του σχήματος, της μορφής και του μεγέθους του σώματος», η οποία επηρεάζεται από διάφορους ιστορικούς,

πολιτιστικούς, κοινωνικούς, βιολογικούς και άλλους ανεξάρτητους παράγοντες (Slade, 1994). Επίσης, ο Burns (1979), αναφέρει πως τα ιδανικά σωματικά πρότυπα αλλάζουν από εποχή σε εποχή και από πολιτισμό σε πολιτισμό (Burns, 1979). Έτσι, ο πολιτισμός οδηγεί σε συγκεκριμένα σωματικά πρότυπα, τα οποία επηρεάζουν κατ' επέκταση το βαθμό σωματικής ικανοποίησης που νοιώθουν τα άτομα για το σώμα τους. Επιπρόσθετα, ένας, σημαντικός, καθοριστικός παράγοντας φαίνεται να είναι το φύλο, καθώς βρέθηκε σε έρευνα που έγινε σε 22 χώρες, ότι οι γυναίκες έχουν χειρότερη εικόνα για το σώμα τους, ακόμα και αν τα κιλά τους είναι φυσιολογικά σε σχέση με τους άντρες, οι οποίοι νιώθουν καλά με την εικόνα τους, ακόμα και αν βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα παχυσαρκίας (Wardle, Haaseand, & Steptoe, 2006).

3. Επίλογος

Η μελέτη αυτή είχε ως σκοπό, την ανάλυση των διατροφικών διαταραχών της σύγχρονης κοινωνίας. Αυτές ορίζονται ως νευρογενής ανορεξία, νευρογενής βουλιμία, παχυσαρκία και μη αλλιώς προσδιοριζόμενες διατροφικές διαταραχές. Κοινή διαπίστωση αποτελεί το γεγονός ότι αποτελούν σημαντικό πρόβλημα υγείας και ταλανίζουν μεγάλο αριθμό ανθρώπων στην εποχή μας. Αυτό οφείλεται αφενός στην ταυτοποίηση του λεπτόσωμου ατόμου με την αποδοχή και επικρότηση από την κοινωνία και αφετέρου στην απόκτηση βάρους λόγω των συνθηκών ζωής καθώς και στην εμφάνιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Η επιθυμία αυτή των ανθρώπων έχει ανάγει την απόκτηση λεπτού σώματος σε προτεραιότητα, κάτι το οποίο επιτυγχάνεται με την αποχή από τροφή. Λόγω αυτής της τάσης έχει εμφανιστεί και το φαινόμενο αδηφαγικών επεισοδίων, με λήψη υπέρογκων ποσοτήτων τροφής και στη συνέχεια πρόκληση εμέτου. Ταυτόχρονα αυξάνεται ο αριθμός παχύσαρκων ατόμων εξαιτίας των λεγόμενων «ταχυφαγίων» και του άστατου διατροφικού προγράμματος. Αυτή η κοινωνική εξέλιξη έχει οδηγήσει στην ραγδαία ανάπτυξη των διαταραχών πρόσληψης τροφής κάθε είδους στον 21 ο αιώνα. Καταληκτικά δικαίως δίνεται έμφαση στην εξατομίκευση των θεραπειών και στη μελέτη αυτών, προκειμένου να μειωθεί έως εξαλειφθεί το συγκεκριμένο θέμα υγείας.

Βιβλιογραφία

Ξένη Βιβλιογραφία

- Bell, R.M. (1985). *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago Press.
- Braun, D.L., Synday, S.R., Huang, A., & Halmi, K.A. (1999). More males seek treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 415-424.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24 (2), 187.
- Carlat, D., & Camargo, C. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry*, 148, 831-843.
- Casper, R.C., Eckert, E.D., Halmi, K.A., Goldberg, S.C., & Davis, J.M. (1980). Bulimia: its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 37(9), 1030-1035.
- Chen, C.N., Wong, J., Lee, N., Chan-Ho, M.W, Lau, J.T.F., & Fung, M. (1993). The Shantin community mental health survey in Hong Kong: II. Major findings. *Archives of General Psychiatry*, 50, 125-133.
- Crisp, A.H. (1967). Clinical aspects of anorexia nervosa. *Proceedings of the Nutrition Society*, 26 (2), R32.
- Fairburn, C.G. (1997). Eating disorders. In: D.M. Clark, & C.G. Fairburn (Eds.). *The Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 209-242). Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn, C.G. (1999). *Overcoming binge eating disorder*. Translated in Greek: Βουλιμία, ξανακερδίστε τον έλεγχο. Εκδόσεις Πατάκης.
- Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003b). Eating disorders. *Lancet*, 361: 407-416.
- Fairburn, C.G., Stice, E., Cooper, Z., Doll, H.A., Norman, P.A., O' Connor, M.E. (2003). Understanding persistence in bulimia nervosa: A 5-year naturalistic study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1), 103-109.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering P., Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., Kaplan, A.S. & Wodside, B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1052-1058.
- Garfinkel, P.E., Moldofsky, H., Garner, D.M. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa- bulimia as a distinct subgroup. *Archives of General Psychiatry*, 37 (9), 1036-1040.

Gelder, M., Mayou, R. & Cowen, P. (2001). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Gull, W.W. (1874). Anorexia Nervosa (apepsia hysterica, anorexia hystera). *Transactions of the Clinical Society of London*, 7, 22-8.

Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: An Australian communitybased survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 371-382.

Hayaki, J., Friedman, M.A., & Brownell, K.D. (2002). Shame and severity of bulimic symptoms. *Eating Behaviors*, 3(1), 73-83.

Hewitt, P.L., & Flett, G.L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60: 456-470.

Hoek, H.W., Bartelds, A., Bosveld, J., Vandergraaf, Y., Limpens, V., Maiwald, M. & Spaaij, C. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1272-1278.

Hoek, H.W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.

Huon, G.F., Migyi, Q., and Xiao, G. (2002). A large-scale survey of eating disorder symptomatology among female adolescents in the People's Republic of China. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 192-205.

Jambekar, S.A., Masheb, R.M., and Grilo, C.M. (2003). Gender differences in shame in patients with binge eating disorder. *Obesity Research*, 11(4), 571-577.

Keel, P. K., & Klump, K.L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, 129(5), 747-769.

Lacey, J.H. (1982). Anorexia nervosa and a bearded female saint. *British Medical Journal*, 285, 1816-1817.

Lasègue C. (1873) De l'anorexie hystérique. *Archives Générales de Médecine*, 1, 384-403.

Lask, B. (30 Ιουλίου, 2012). *wikipedia*. Ανακτήθηκε 10 Αυγούστου, 2012, από http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9D%CE%B5%CF%85%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CF%81%CE%B5%CE%BE%CE%AF%CE%B1

Le Grange, D. (1999). Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *International Journal of Clinical Psychology*, 55, 727-739.

- Le Grange, D., Telch., C.F., & Tibbs, J. (1998). Eating attitudes and behaviors in 1,435 South-African Caucasian and non-Caucasian college students. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 250-254.
- Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Moerk, K.C., & Striegel-Moore, R.H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, *32*, 426-440.
- Lewinsohn, P.M., Striegel-Moore, R.H., Seeley, J.R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39* (10), 1284-1292.
- Liddell, H.G., & Scott, R. (1972). *Greek and English Lexicon*. Oxford: Clarendon Press.
- Loeb, K.L., Wilson, G.T., Gilbert, J. S., & Labouvie, E. (2000). Guided and unguided selfhelp for binge eating. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 259-272.
- Lucas, A.R., Crowson, C.S., O'Fallon, W.M., and Melton, L.J. (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *26*,397-405.
- Makino, M., Tsubol, K., Dennerstein, L. (2004). Prevalence of eating disorders: a comparison of western and non-western countries. *Medscape General Medicine*, *6*(3).
- Markey, M.A., & Vander Wal, J.S. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, *48*: 458-464.
- Murray, S., Touyz, S., & Beumont, P. (1990). Knowledge about eating disorders in the community. *International Journal of Eating Disorders*, *9*, 87-93.
- Nakamura, K., Yamamoto, M., Yamazaki, O., Kawashima, Y., Muto, K., Someya, T., Sakurai, K., and Nozoe, S. (2000). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, *28*, 173-180.
- Pennigton, J. A. T. (1986). Dietary patterns and practices. *Clinical Nutrition*, *SI*: 17-23.
- Pike, K.M., Dohm, F, A., Striegel-Moore, R.H., Wilfley, D.E., Fairburn, C.G. (2001). A Comparison of black and white women with binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1455-1460.
- Ratan, D., Gandhi, D., & Palmer, R. (1998). Eating disorders in British Asians. *International Journal of Eating Disorders*, *24*, 101-105.

Sassaroli, S., & Ruggiero, G.M. (2005). The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International Journal of eating Disorders*, 6: 235-242.

Schmidt, U., Lee, S., Perkins, S., Eisler, I., Beecham, J., Berelowitz, M., Edge, L., Frost, S., Lenkis, M., Johnson-Sabine, E., Keville, S., Murphy, R., Robinson, P., Winn, S., Yi, I., (2008). *Do adolescents with Eating Disorder Not Otherwise Specified or Full Syndrome Bulimia Nervosa Differ in Clinical Severity, Comorbidity, Risk Factors, Treatment Outcome or Cost?* *Int J Eat Disord*; 41: 498-504.

Sharp, C., Clark, S., Dunan, J., Blackwood, D., & Shapiro, C. (1994). Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 125-134.

Smolak, L., & Striegel-Moore, R.H. (2001). Challenging the myth of the golden girl: Ethnicity and eating disorders. In R.H. Striegel-Moore & L.Smolak (Eds.) *Eating disorders: innovative directions for research and practice* (pp. 111-132). Washington, DC: American Psychological Association.

Soundy, T.J., Lucas, A.R., Suman, V.J., & Melton L.J., 3rd (1995). Bulimia Nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. *Psychological Medicine*, 25, 1065-1071.

Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-124.

Striegel-Moore, R.H., Dohm, F.A., Kraemer, H.C., Taylor, C.B., Daniels, S., Crawford, P.B., Schreiber, G.B. (2003). Eating disorders in white and black women. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1326-1331.

Striegel-Moore, R.H., & Franko, D. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S19-S29.

Striegel-Moore, R.H., Leslie, D., Petrill, S.A., Garvin, V., & Rosenheck, R. (2000). One year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: Evidence from a national database of health insurance claims. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 381-386.

Striegel-Moore, R.H., Wilfley, D.E., Pike, K.M., Dohm, F.A., & Fairburn, C.G. (2000). Recurrent binge eating in black American women. *Archives of Family Medicine*, 9, 83-87.

Stunkard, A.J. (1993). A history of binge eating. In Fairburn & Wilson (Eds). *Binge eating: nature, assessment and treatment*. The Guildford Press.

Syndgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors from the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26: 414-419.

Szumska, I., Tury, F., Csoboth, C.T., Rethelyi, J., Purebl, G., Hajnal, A. (2005). The prevalence of eating disorders of eating disorders and weight-control methods among young women: a Hungarian representative study. *European Eating Disorders Review*, 13 (4), 278-284.

Touyz, S.W., Kopec-Schrader, E.M., & Beumont, P.JV. (1993). Anorexia nervosa in males. A report of 12 cases. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(3), 512-517.

Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H., & Derby, L. (1996). The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the General Practice Research Database. *British Journal of Psychiatry*, 169, 705-712.

Wakeling, A. (1996). Epidemiology of anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 62, 3-9.

Wilson, T., & Pike, K. (1993). Eating Disorders. In Barlow (Eds). *Clinical Handbook of psychological disorders*. pp. 278-317.

Woodside, D.B., Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A.S., Goldbloom, D.S., & Kennedy, S.H. (2001). Comparisons of men with full and partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, 158, 570-574.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αμοιρίδου, Σ. (2005). *Συγκριτική παιδοψυχιατρική διερεύνηση των διαταραχών διατροφής στην πρώτη παιδική και εφηβική ηλικία*. Μη εκδεδομένη διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.

Κωστοπούλου, Μ. (2007). *Γνωσιακές διαστρεβλώσεις στις διαταραχές πρόσληψης τροφής: "Η σύγχυση σκέψης και σωματικού εαυτού"*. Μη εκδεδομένη διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών επιστημών, Αθήνα.

Μαδιανός, Μ. (2004). *Κλινική Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα.

Πατσαή, Α. (2011). *Συναισθηματική διατροφή, διαταραχή στη διατροφή και άγχος κατά την περίοδο των εξετάσεων σε ένα δείγμα φοιτητριών*. Πτυχιακή εργασία Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθήνας. Ανακτήθηκε 3 Μαΐου, 2012, από http://195.251.30.202:8080/dspace/bitstream/123456789/1386/1/patsah_anthi.pdf.

Σίμος, Γ. (1996). *Διευρέυνση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόσληψης*. Μη εκδεδομένη διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.

Σολδάτος, Κ. (2012). *Wikipedia*. Διαθέσιμο σε: http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%BF%CE%B3%CE%B5%CE%BD%CE%AE%CF%82_%CE%B2%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%B9%CE%BC%CE%AF%CE%B1 (Ανακτήθηκε 13 Ιουνίου, 2012).

Σολδάτος, Κ. (12 Σεπτεμβρίου, 2012). *Wikipedia*. Ανακτήθηκε 15 Μαΐου, 2012, από http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%BF%CE%B3%CE%B5%CE%BD%CE%AE%CF%82_%CE%B2%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%B9%CE%BC%CE%AF%CE%B1.

Φλώρου, Χ. (2002). *Ψυχογενής βουλιμία θεραπευτική προσέγγιση ο ρόλος του διαιτολόγου στην θεραπεία*. Πτυχιακή εργασία Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθήνας. Ανακτήθηκε 3 Μαΐου, 2012, από <http://estia.hua.gr:8080/dspace/bitstream/123456789/508/1/florou.pdf>

Χαλήλογλου, Α. (2010). *Παχυσαρκία- Εικόνα σώματος- Ποιότητα ζωής*. Πτυχιακή εργασία Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης. Ανακτήθηκε 3 Μαΐου, 2012, από <http://195.251.240.254:8080/bitstream/handle/10184/2113/Xaliogloy%20A%20%5BMain%5D.pdf?sequence=1>

Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2000). *Ψυχιατρική Α' & Β' τόμος*. Εκδόσεις Βήτα, Medical Arts.