

Αθήνα 15-09-2014

# **Διαταραχές πρόσληψης τροφής Νευρογενής βουλιμία**

Ιωάννα Καζάνη  
Βασιλική Σπανού  
Νικόλαος Τριπόδης

ISBN: 978-960-93-6365-5

# Διαταραχές πρόσληψης τροφής

## Νευρογενής βουλιμία

### **Συγγραφείς:**

Ιωάννα Καζάνη, Παιδοψυχίατρος

Βασιλική Σπανού, Ψυχολόγος

Δρ. Νικόλαος Τριπόδης, Σχολικός Σύμβουλος

### **Επιμέλεια κειμένου:**

Λαμπρινή Κούστα, Φιλολόγος

## Διαταραχές πρόσληψης τροφής

### ▪ Ορισμός

Η πλειονότητα των ατόμων που προσέρχονται για θεραπεία μιας από των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας ή της Νευρογενούς Βουλιμίας, γεγονός που εγείρει ένα σημαντικό θεωρητικό και πρακτικό ερώτημα: «Τι είναι η Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής;» Αν και το ερώτημα αυτό δεν έχει τύχει της δέουσας προσοχής, ωστόσο, ένας λειτουργικός ορισμός της Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής θα μπορούσε να είναι ο ακόλουθος: «μια 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 λειτουργικότητα του ατόμου».(9,14) Το πλεονέκτημα αυτού του ορισμού είναι ότι μπορεί να εμπεριέχει ξεκάθαρα τις μέχρι σήμερα αναγνωρισμένες διαταραχές, και παράλληλα, παρέχει μια βάση για να μελετήσουμε σαν Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής κι άλλα σημαντικά κλινικά προβλήματα, τα οποία ωστόσο, δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας ή της Νευρογενούς Βουλιμίας. Για τέτοιου είδους προβλήματα συχνά χρησιμοποιείται ο όρος «Άτυπες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής». Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι ο χαρακτηρισμός «άτυπες» δεν είναι αντιπροσωπευτικός καθώς οι άνθρωποι που υποφέρουν από τέτοιου είδους προβλήματα φαίνεται να είναι περισσότεροι από αυτούς που εμφανίζουν τις «τυπικές» Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. (16) Σύμφωνα με τις έρευνες, σε ό,τι αφορά τις «άτυπες» μορφές εκδήλωσης της Νευρογενούς Ανορεξίας και της Νευρογενούς Βουλιμίας, τα ποσοστά επιπολασμού είναι υψηλότερα από αυτά που αναφέρονται στις «τυπικές» μορφές εκδήλωσης αυτών των διαταραχών. (1,16)

Για να γίνουν κατανοητές οι άτυπες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής αναφέρονται παρακάτω κάποια παραδείγματα: Μια περίπτωση τέτοιας άτυπης μορφής εκδήλωσης είναι αυτή των γυναικών, που εκδηλώνουν έντονη ενασχόληση με το βάρος τους, προβαίνουν σε αλλεπάλληλες δίαιτες, και διατηρούν ένα σωματικό βάρος κάτω από το όριο του φυσιολογικού (για την ηλικία, το φύλο και το ύψος τους), ωστόσο δεν έχουν παρουσιάσει άλλα συμπτώματα (π.χ. αμηνόρροια) και κατά συνέπεια, δεν πληρούν τα κριτήρια

για τη διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας. Άλλο παράδειγμα μπορεί να αποτελεί η περίπτωση ατόμου που παρουσιάζει συχνά υπερφαγικά επεισόδια, τα οποία συνοδεύονται και από αυτοπροκαλούμενους εμετούς, αλλά η συχνότητα αυτής της συμπεριφοράς είναι μικρότερη από 2 φορές την εβδομάδα, γεγονός που δεν επιτρέπει να δοθεί η διάγνωση της Νευρογενούς Βουλιμίας.(16)

Επιπρόσθετο παράδειγμα μιας σημαντικής άτυπης Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής είναι τα τακτικά υπερφαγικά επεισόδια, που δεν ακολουθούνται από αντισταθμιστικές συμπεριφορές με στόχο την αποφυγή της αύξησης του σωματικού βάρους, συμπεριφορές, δηλαδή, που είναι χαρακτηριστικές στη Νευρογενή Βουλιμία. Η διαταραχή αυτή ονομάζεται Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας (38), και απαντάται συχνά ανάμεσα σε άτομα υπέρβαρα-παχύσαρκα, που προσέρχονται για θεραπεία σε κλινικές που διαθέτουν τμήματα ειδικά για την απώλεια βάρους.(16)

#### ▪ Κατηγορίες

Η Νευρογενής Ανορεξία είναι γνωστή εδώ και μερικές εκατοντάδες χρόνια από περιγραφές περιπτώσεων (28). Όμως, ο όρος Νευρογενής Βουλιμία χρησιμοποιείται για πρώτη φορά στις αρχές του 1970.(27) Ωστόσο, υπάρχει περιορισμένος αριθμός αναφορών από πηγές της Ιστορίας της Ιατρικής και πριν από το 1970, που φαίνεται να αποτελούν περιπτώσεις που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν Νευρογενής Βουλιμία. Σήμερα, τα δύο αυτά είδη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής απασχολούν τους ψυχοθεραπευτές, καθώς φαίνεται να αποτελούν ένα ολοένα και περισσότερο αυξανόμενο φαινόμενο.(14) Παρότι οι κλινικές περιγραφές αυτών των διαταραχών μπορούν να εντοπιστούν αρκετά χρόνια πριν, για πρώτη φορά εντάσσονται στο DSM το 1980 ως μια υποκατηγορία διαταραχών, που ξεκινούν στην παιδική και εφηβική ηλικία. Όταν εκδίδεται το DSM IV, οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, και ειδικότερα η Νευρογενής Ανορεξία και η Νευρογενής Βουλιμία, περιγράφονται ως διακριτές διαγνωστικές κατηγορίες, αντανakλώντας έτσι το αυξανόμενο ενδιαφέρον των κλινικών και ερευνητών, έτσι όπως αυτό εκδηλώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες.(5)

Παρότι, λοιπόν, οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι γνωστές εδώ και χρόνια, το ενδιαφέρον των ερευνητών και θεραπευτών για τις δύο περισσότερο γνωστές διαταραχές αυτού του τύπου εντείνεται κατά τη διάρκεια

των τελευταίων τριών δεκαετιών, και αυτό γιατί σημειώθηκε έκρηξη στη συχνότητα εμφάνισής τους.(14,37) Τα 2/3 των ασθενών που εμφανίζουν Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής διαγιγνώσκονται είτε με Νευρογενή Ανορεξία είτε με Νευρογενή Βουλιμία (14) και οι διαταραχές αυτές προσβάλλουν κατά κανόνα άτομα εφηβικής και νεαρής ηλικίας, ενώ παρατηρούνται κατεξοχήν στις δυτικές κοινωνίες. Τα τελευταία χρόνια, έχει συμπεριληφθεί στην ίδια νοσολογική κατηγορία και μια άλλη απόκλιση της διατροφικής συμπεριφοράς, η Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας (1).

Τόσο η ταξινόμηση όσο και ο καθορισμός των διαγνωστικών κριτηρίων, που απαιτούνται για την ασφαλή διάγνωση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής έχει περάσει από διάφορα στάδια. Στον ακόλουθο πίνακα περιλαμβάνονται οι επιμέρους διαγνώσεις, έτσι όπως αυτές ισχύουν σήμερα βάσει των αναθεωρημένων ταξινομικών συστημάτων. Έτσι, η 10<sup>η</sup> έκδοση του Διεθνούς Ταξινομικού Συστήματος Νόσων και Συνδεόμενων Προβλημάτων Υγείας (ICD 10) κατατάσσει τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στα «Σύνδρομα Συμπεριφοράς που συνδέονται με διαταραχές των φυσιολογικών λειτουργιών και με σωματικούς παράγοντες». Το Σύστημα της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM IV), το οποίο δεν περιλαμβάνει όλες τις κατηγορίες της διεθνούς ταξινόμησης, κατατάσσει τις διαταραχές αυτές ως χωριστή κατηγορία «Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής».(37)

ΤΑΞΙΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ			
ICD-10		DSM-IV <sup>12</sup>	
F 50.0	Νευρογενής Ανορεξία	307.1	Νευρογενής Ανορεξία
F 50.1	Άτυπη Νευρογενής Ανορεξία		- Περιοριστικός Τύπος
F 50.2	Νευρογενής Βουλιμία		-Υπερφαγικός –Καθαρτικός Τύπος
F 50.3	Άτυπη Νευρογενής Βουλιμία	307.51	<i>Νευρογενής Βουλιμία</i>
F 50.4	Υπερφαγία Συνδεόμενη Με Άλλες Ψυχολογικές Διαταραχές		
F 50.5	Έμετοι Συνδεόμενοι Με Άλλες Ψυχολογικές Διαταραχές		- Καθαρτικός Τύπος
F 50.8	Άλλες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής		- Μη Καθαρτικός Τύπος
F 50.9	Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής Μη Καθοριζόμενη	307.50	Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής Μη Καθοριζόμενη

Θα μπορούσαμε να φανταστούμε ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής σχηματίζουν ένα συνεχές, στο οποίο τοποθετούνται σοβαρές διαταραχές στη διατροφή και στο βάρος καθώς και σοβαρή υποβόσκουσα ψυχοπαθολογία.(7) Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά αυτών των διαταραχών είναι ο διαταραγμένος

τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται και βιώνουν τα άτομα αυτά το σωματικό βάρος και σχήμα, καθώς και ο έντονος φόβος του πάχους. Αυτά τα δύο στοιχεία θα μπορούσαν να μην αποτελούν διαφορετικές διαγνώσεις, αλλά να συνιστούν δύο συνιστώσες μιας και μόνο διαταραχής. Αν αναλογιστούμε, για παράδειγμα, το γεγονός ότι τα δίδυμα αδέρφια των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία έχουν περισσότερες πιθανότητες από το γενικό πληθυσμό να εμφανίσουν Νευρογενή Βουλιμία, ίσως είναι πιο εύκολο να κατανοήσουμε γιατί κάποιοι υποστηρίζουν ότι οι δύο αυτές διαταραχές ίσως είναι περισσότερο στενά συνδεδεμένες απ' ό,τι θεωρούσαμε μέχρι τώρα.(5,7)

Επανερχόμενοι στην ιδέα για το συνεχές των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, στο άκρο που καταλήγει στις πιο σοβαρές διαταραχές αυτής της κατηγορίας, τοποθετείται η σημαντική απώλεια βάρους, χαρακτηριστική της Νευρογενούς Ανορεξίας.(7) Πρόκειται για μια διαταραχή, που έχει τη βάση της στην ανυποχώρητη επιδίωξη της απώλειας βάρους και στο φόβο του πάχους, τα οποία οδηγούν σε εκούσια και αυτοεπιβαλλόμενη αποχή από την πρόσληψη τροφής και τελικά στην απίσχνανση.(37) Η απίσχνανση, εκτός από την αυστηρή στέρηση τροφής (Περιοριστικός Τύπος), μπορεί να προκληθεί και στις περιπτώσεις που το άτομο επιδιώκεται σε αντισταθμιστικές / αντιρροπιστικές συμπεριφορές μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο ή μετά από ένα κανονικό ή ακόμα και μετά από ένα μικρό γεύμα (Υπερφαγικός / Καθαρτικός Τύπος).(7)

Η αμέσως επόμενη διαταραχή στο συνεχές είναι η Νευρογενής Βουλιμία, η οποία απαντάται σε άτομα μέσου βάρους και χαρακτηρίζεται από τον ίδιο χαοτικό τρόπο συμπεριφοράς που συναντάμε και στη Νευρογενή Ανορεξία και ειδικότερα στον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο της.(7) Χαρακτηριστικό της Νευρογενούς Βουλιμίας είναι τα υπερφαγικά επεισόδια, κατά τη διάρκεια των οποίων ο πάσχων κατακλύζεται από μια αίσθηση απώλειας ελέγχου και αδυναμίας να ελέγξει τη διατροφική συμπεριφορά του εκείνη τη στιγμή. Επίσης, σημαντικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι και η προσπάθεια διατήρησης του σωματικού βάρους ή αλλιώς αποφυγής της αύξησης του σωματικού βάρους με διάφορες πρακτικές όπως οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί ή η χρήση καθαρτικών.(37) Μέρος της προσπάθειας αυτής είναι και οι περίοδοι νηστείας, κατά τις οποίες η

κατανάλωση τροφής είναι περιορισμένη, και οι οποίες προηγούνται ενός υπερφαγικού επεισοδίου.(7)

Μετά τη Νευρογενή Βουλιμία στο συνεχές τοποθετείται η Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας, μια νέα διαγνωστική κατηγορία, η οποία πρόσφατα συμπεριλήφθηκε στο DSM IV.(1) Το χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι ότι σημειώνονται επαναλαμβανόμενα υπερφαγικά επεισόδια χωρίς όμως να υπάρχουν συνακόλουθες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, σαν αυτές που απαντώνται στη Νευρογενή Βουλιμία. Δεν εκπλήσσει, λοιπόν, το γεγονός ότι οι πάσχοντες από Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας παρουσιάζουν σωματικό βάρος υψηλότερο του μέσου σωματικού βάρους για την ηλικία, το ύψος και το φύλο τους.(7)

Στο τέλος του συνεχούς εντάσσονται οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής που δεν προσδιορίζονται διαφορετικά (NOS – Not Otherwise Specified), δηλαδή διαταραχές που δεν πληρούν τα κριτήρια για κάποιες από τις προαναφερθείσες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.(7)

#### ▪ **Επικινδυνότητα**

Η μακροχρόνια δυσλειτουργική διατροφική συμπεριφορά, που χαρακτηρίζεται από φάσεις νηστείας, υπερφαγικών επεισοδίων, κατάχρησης καθαρτικών και υιοθέτησης αντιρροπιστικών συμπεριφορών (π.χ. υπερβολική σωματική άσκηση), μπορεί να αποτελέσει την αιτία για την εκδήλωση σημαντικών οργανικών βλαβών και μάλιστα τόσο επικίνδυνων, που μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο του πάσχοντος.(14)

Παρά τη σοβαρότητα αυτών των διαταραχών, μερικοί ιατροί συνεχίζουν να τις αντιμετωπίζουν ως σύνδρομο που δεν αφορούν τη δική τους επιστήμη και θα ήταν καλύτερα ν' αφήσουν την αντιμετώπισή τους στους ψυχιάτρους, ψυχολόγους κ.α. Υπάρχουν, ωστόσο, δύο σημαντικοί λόγοι διαφωνίας με αυτή την άποψη – στάση. Εν πρώτοις, οι πάσχοντες από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής διακατέχονται από μυστικοπάθεια σε ό,τι αφορά τη διατροφική τους συμπεριφορά και τις σχετιζόμενες με τη διατροφή συνήθειές τους, με αποτέλεσμα να είναι ιδιαίτερα διστακτικοί στο να επισκεφθούν έναν ψυχίατρο ή έναν ψυχολόγο οικειοθελώς. Οι γενικοί ιατροί, όμως, και ειδικότερα οι παιδίατροι, ενδοκρινολόγοι, καρδιολόγοι, γαστρεντερολόγοι, μαιευτήρες, γυναικολόγοι και κυρίως οι οδοντίατροι, είναι αυτοί που φέρουν τη μεγαλύτερη ευθύνη για την αρχική αναγνώριση και παραπομπή αυτών των

ασθενών. Δεύτερον, οι σοβαρές ιατρικές επιπλοκές των διαταραχών αυτών, οι οποίες συχνά ταλαιπωρούν το άτομο για μακρές χρονικές περιόδους, αντιμετωπίζονται καλύτερα από μια ομάδα επαγγελματιών (διεπιστημονική), που θα περιλαμβάνει ιατρούς, ψυχιάτρους, ψυχολόγους, διατροφολόγους κ.α. Σε μια τέτοια ομάδα ο κάθε επιστήμονας από τη δική του σκοπιά και μέσα από τις δικές του γνώσεις θα μπορέσει να συμβάλλει στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της διαταραχής.(7)

#### ▪ **Επιδημιολογία**

Για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής έχουν αναφερθεί ποσοστά που αγγίζουν ακόμα και το 4% σε πληθυσμούς έφηβων ή νεαρών ενήλικων κοριτσιών. Ειδικά οι γυναίκες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην ανάπτυξη αυτών των διαταραχών, καθώς αντιπροσωπεύουν το 90% των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Το γεγονός ότι οι διαταραχές αυτές είναι επιλεκτικά συχνότερες ανάμεσα στις γυναίκες, και ότι στις κοινωνίες που δίνεται έμφαση στη λεπτόσωμη σιλουέτα σαν ιδανικό της γυναικείας ομορφιάς τα ποσοστά είναι πολύ μεγαλύτερα, υποδηλώνει ότι παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνία και την κουλτούρα αυτής διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο τόσο στην παθογένεια αυτών των διαταραχών όσο και στην αυξητική τους τάση.(7)

Πολλές ερευνητικές μελέτες επιβεβαιώνουν την επικράτηση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής στο γυναικείο φύλο, και δείχνουν ότι έχουν αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό τα τελευταία χρόνια.(7) Ιδιαίτερη αύξηση σημειώθηκε στις δυτικές βιομηχανικές χώρες και σε όλα τα κοινωνικά στρώματα στο διάστημα από το 1960 έως το 1980.(10) 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 αισθητή την εμφάνισή τους ακόμα και σε κορίτσια ηλικίας 9 ετών.

Ανάμεσα στους κλινικούς πληθυσμούς, οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι πολύ συχνές ακόμα και σήμερα ανάμεσα στα άτομα που ανήκουν στην Καυκάσια φυλή και στις γυναίκες της μέσης ή ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης. Ωστόσο, η εθνικότητα, η κοινωνικοοικονομική τάξη και το φύλο φαίνονται στις τελευταίες έρευνες να αλλάζουν ως ένα βαθμό



(7), καθώς οι διαταραχές αυτές τις τελευταίες δεκαετίες έχουν πάρει τη μορφή επιδημίας και βρίσκουν έδαφος σε όλες τις κοινωνικές τάξεις και μειονότητες. Υπολογίζεται ότι στην Αμερικανική επικράτεια περί-που 7.000.000 γυναίκες και 1.000.000 άνδρες εκδηλώνουν κάποια μορφή Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής, με πρώτες σε σειρά εμφάνισης τη Νευρογενή Ανορεξία και τη Νευρογενή Βουλιμία.(10)

Η Νευρογενής Βουλιμία και η Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας είναι πιο συχνές από τη Νευρογενή Ανορεξία. Ωστόσο, τα ποσοστά που προκύπτουν από τις έρευνες θα πρέπει να τα αντιμετωπίσουμε με επιφύλαξη γιατί οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται από την τάση των ασθενών να αποκρύπτουν τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές και πρακτικές τους σχετικά με την κατανάλωση τροφής και σαν αποτέλεσμα αυτού πολλά περιστατικά αυτών των διαταραχών δεν αναφέρονται στο βαθμό που απαντώνται στην πραγματικότητα.

#### ▪ **Συνοσηρότητα**

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής συχνά συνοδεύονται και από άλλα ψυχιατρικά προβλήματα ωστόσο, ορισμένα από αυτά τα κλινικά συμπτώματα μπορεί να υποχωρήσουν αυτόματα, όταν το άτομο αντιπαρέλθει την κακή διατροφή και την αποστέρηση τροφής. (7)

#### ▪ **Αιτιολογία**

Πριν αναπτύξουμε το ευρύ θέμα της αιτιολογίας των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής είναι σημαντικό να έχουμε υπόψη μας τρεις ιδιότητες των υποτιθέμενων αιτιών αυτών των διαταραχών:

1. Τα επαρκώς τεκμηριωμένα δεδομένα για τις αιτίες των διαταραχών αυτών είναι πολύ λίγα. Οι γνώσεις μας για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής προέρχονται, ως επί το πλείστον, από κλινικές παρατηρήσεις ασθενών και όχι από πειράματα που θα μπορούσαν να στοιχειοθετήσουν μια αιτιώδη σχέση μεταξύ κάποιου παράγοντα και της εκδήλωσης μιας από αυτές τις διαταραχές.
2. Είναι μάλλον απίθανο να υπάρχει μια και μόνο αιτία για οποιαδήποτε από αυτές τις διαταραχές.
3. Ανεξάρτητα από τις περιορισμένες γνώσεις μας για την αιτία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, αυτό δεν έχει επουδενί εμποδίσει την ανάπτυξη τεχνικών για τη θεραπεία τους.(2)

Η αιτιολογία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής παραμένει αδιευκρίνιστη(7). Αυτό στο οποίο φαίνεται οι απόψεις των ειδικών να συγκλίνουν, είναι ότι η αιτιολογία των διαταραχών αυτών είναι πολυπαραγοντική (37), και η αναζήτηση ενός και μοναδικού αιτιολογικού παράγοντα φαίνεται να είναι ένα άκαρπο εγχείρημα.(14) Το αν και κατά πόσο μια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής θα εκδηλωθεί και θα επιμείνει συνεχίζοντας την πορεία της, είναι κάτι που θα εξαρτηθεί κατά κύριο λόγο από την παρουσία συνθηκών, οι οποίες ενεργοποιούν την επιρρέπεια του ατόμου σε ειδικούς παράγοντες κινδύνου ή το κατευθύνουν προς προστατευτικούς μηχανισμούς.(37) Όλες οι σύγχρονες προσεγγίσεις συγκλίνουν στο ότι μια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής έρχεται σαν μια «προσωπική απάντηση» του ατόμου στις συνθήκες ζωής, με τις οποίες βρίσκεται αντιμέτωπο. Αυτός είναι και ο λόγος, που συνίσταται η οποιαδήποτε ερμηνεία επιχειρείται να δοθεί, να στηρίζεται σε μια προσεκτική μελέτη της πολυεπίπεδης αλληλεπίδρασης ενός συνόλου παραγόντων, βιολογικών και ψυχολογικών, που διαπλέκονται με το κοινωνικό περιβάλλον και την κουλτούρα του και οικοδομούν ένα είδος προδιαθεσικού πλαισίου για την ανάπτυξη και εκδήλωση τέτοιων διαταραχών.(7,14)

### **Κακοποίηση**

Σύμφωνα με τα δεδομένα κάποιων ερευνών, οι αναφορές για σεξουαλική κακοποίηση είναι συχνότερες στον πληθυσμό των πασχόντων από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό στο γενικό πληθυσμό. Κατά συνέπεια, έχει διατυπωθεί η άποψη, ότι τα άτομα, που έχουν εμπειρίες κακοποίησης κατά την παιδική τους ηλικία, διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να εκδηλώσουν κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.(14) Ασφαλώς, τα στοιχεία αυτά θα μπορούσαν να τεθούν υπό αμφισβήτηση, δεδομένου ότι πολλές φορές οι θεραπευόμενοι αναφέρονται σε εμπειρίες και συμβάντα του παρελθόντος, τα οποία δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Αυτό συνήθως γίνεται μέσα στα πλαίσια μιας ασυνείδητης προσπάθειας του θεραπευόμενου να ανταποκριθεί σε αυτό που, ο ίδιος θεωρεί ότι, ο θεραπευτής του αναμένει, προσδοκά ή υποθέτει ότι του έχει συμβεί. Ωστόσο, είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι τέτοιες αναφορές σε εμπειρίες κακοποίησης δεν προκύπτουν μόνο από πάσχοντες που βρίσκονται σε θεραπευτική διαδικασία, αλλά και σε πάσχοντες που δεν δέχονται καμία

θεραπευτική παρέμβαση.(33) Μεταγενέστερες ερευνητικές προσπάθειες για να επιβεβαιωθεί αυτό το αποτέλεσμα απέτυχαν (26) κι έτσι ο ρόλος της σεξουαλικής κακοποίησης στην αιτιοπαθογένεια των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής παραμένει αβέβαιος.(5)

Συχνές είναι οι αναφορές των ερευνητικών δεδομένων και στη σωματική και λεκτική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, σε ό,τι αφορά τους πάσχοντες από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Συγκεκριμένα έχουν προκύψει από τις έρευνες τρία στοιχεία της εμπειρίας κακοποίησης, τα οποία οδηγούν σε στενό συσχετισμό της κακοποιητικής εμπειρίας και της εκδήλωσης της διαταραχής:

1. το να έχει συμβεί η κακοποίηση σε πολύ μικρή ηλικία
2. το να περιλαμβάνει η κακοποιητική εμπειρία την επιβολή του ενήλικου στο παιδί με τη χρήση της σωματικής του δύναμης – υπεροχής
3. το να είναι ο ενήλικος αυτός μέλος της οικογένειας του παιδιού – θύματος.(5,8)

### **Οικογένεια**

Ο Salvador Minuchin (21) υποστήριξε ότι η δυναμική της οικογένειας σχετίζεται στενά με την εκδήλωση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.

Σύμφωνα με την άποψη αυτή, αφενός το παιδί θεωρείται σωματικά – οργανικά ευάλωτο, και αφετέρου η οικογένεια του παιδιού εμφανίζει κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που προάγουν την ανάπτυξη και εκδήλωση της Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής. Κατά συνέπεια, η διαταραχή του παιδιού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αποφυγή των συγκρούσεων μεταξύ των υπολοίπων μελών της οικογένειας, καθώς η συμπτωματολογία του παιδιού υποκαθιστά άλλες, βαθύτερες ενδοοικογενειακές συγκρούσεις.(5)

Τα χαρακτηριστικά των οικογενειών των πασχόντων από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής έχουν συγκεντρωθεί από μελέτες των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των ίδιων των ασθενών, αλλά και μέσα από μελέτες των χαρακτηριστικών των οικογενειών τους. Θα πρέπει, ωστόσο, να διατηρούμε επιφυλάξεις γι' αυτά τα δεδομένα, γιατί δε γνωρίζουμε αν όσα παρατηρούμε και καταγράφουμε είναι η αιτία της διαταραχής ή το αποτέλεσμα αυτής. Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα των ερευνών ποικίλλουν ανάλογα και με τις ερευνητικές μεθόδους ή τις πηγές των δεδομένων. Για παράδειγμα, οι ίδιοι οι ασθενείς, όταν ερωτηθούν, συχνά

αναφέρουν υψηλά επίπεδα ενδοοικογενειακών συγκρούσεων (17), σε αντίθεση με τους γονείς τους που δεν κάνουν τέτοιες αναφορές. Σε μια μελέτη, που παρατηρήθηκε μια σχετική διαφοροποίηση των γονέων της πειραματικής ομάδας (γονείς πασχόντων από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής) από τους γονείς της ομάδας ελέγχου, οι πρώτοι ανέφεραν:

- υψηλά επίπεδα απομόνωσης
- χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εμπλοκής όλων των μελών
- χαμηλά επίπεδα ψυχολογικής και ηθικής στήριξης. (5)

Γενικότερα, φαίνεται ότι οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα των οικογενειών των πασχόντων από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.(14) Παρόλα αυτά, όταν οι οικογένειες αυτές αξιολογήθηκαν ως προς στοιχεία όπως:

- αυστηρότητα
- εγγύτητα
- συναισθηματική εμπλοκή
- επικριτικά σχόλια
- εχθρότητα

δεν παρουσίασαν υψηλά επίπεδα συγκρούσεων (4). Αυτό ίσως έχει να κάνει με το γεγονός ότι υιοθετείται από τις οικογένειες αυτές μια τακτική αποφυγής των συγκρούσεων. Όταν όμως οι οικογένειες αυτές αξιολογούνται μετά την αποθεραπεία του πάσχοντος μέλους, παρουσιάζουν μια βελτιωμένη εικόνα τουλάχιστον ως προς την λειτουργικότητά τους.(35) Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με την ιδέα ότι η συμπτωματολογία του ασθενούς υποκαθιστά βαθύτερες ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, γιατί, αν συνέβαινε αυτό, θα έπρεπε σε τέτοιες έρευνες οι συγκρούσεις να έχουν αναδυθεί στην επιφάνεια μετά τη βελτίωση του ασθενούς.(5)

Σε κάποιες μελέτες οι ερευνητές έχουν επιλέξει, ως μέθοδο συλλογής δεδομένων, την ερευνητική παρατήρηση μέσα στα πλαίσια μιας προσπάθειας να αποστασιοποιηθούν από τις αναφορές των ίδιων των ασθενών, ώστε να είναι σε θέση να διαχωρίσουν με μεγαλύτερη ασφάλεια ποια είναι τα πραγματικά χαρακτηριστικά των οικογενειών αυτών και πώς αυτά γίνονται αντιληπτά από τα πάσχοντα μέλη. Στις μελέτες αυτές προκύπτει ότι οι οικογένειες των πασχόντων από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής δε διαφέρουν κατά πολύ από τις υπόλοιπες οικογένειες, σε ό,τι αφορά τη

συχνότητα των θετικών και αρνητικών μηνυμάτων προς τα παιδιά τους. Υπήρξαν, ωστόσο, και κάποια διαφοροποιητικά στοιχεία όπως:

- οι γονείς των παιδιών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής ήταν περισσότερο αποκαλυπτικοί – επιδεικτικοί σε σχέση με το σώμα τους (π.χ. χρησιμοποιούν την τουαλέτα και αφήνουν την πόρτα ανοιχτή, η πόρτα του υπνοδωματίου τους είναι ανοικτή ενώ εκείνοι αλλάζουν ρούχα κ.α.)
- οι γονείς των παιδιών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής εμφάνιζαν ελλείψεις στις δεξιότητες επικοινωνίας (π.χ. δυσκολία στο να ζητούν διευκρινήσεις για ασαφείς δηλώσεις των παιδιών τους).(31)

Σε ό,τι αφορά την οικογένεια του πάσχοντος, θεωρείται ότι προδιαθεσικοί παράγοντες για την εκδήλωση των διαταραχών αυτών αποτελούν:

- η μεγάλη άσκηση ελέγχου
- η μείωση της αυτονομίας του παιδιού
- η μειωμένη ενσυναίσθηση
- η μειωμένη συναισθηματική υποστήριξη
- το «μπλοκάρισμα» της συναισθηματικής έκφρασης του παιδιού
- η υπεραξιολόγηση της αυξημένης επίδοσης / διάκρισης / επιτυχίας.(14)

Ο συνδυασμός τέτοιου είδους δεδομένων με δεδομένα ερευνών που στηρίζονται στις αναφορές των ίδιων των πασχόντων, ίσως να βοηθούσε να οδηγηθούμε σε μια πιο ξεκάθαρη άποψη για το ρόλο της οικογένειας. Πιθανώς με αυτόν τον τρόπο να μπορούσαμε να καταλήξουμε στο αν οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής συνδέονται με πραγματικά προβληματικά στοιχεία των οικογενειών ή αν συνδέονται με τον τρόπο που οι πάσχοντες αντιλαμβάνονται την οικογένειά τους ως προβληματική.(5)

### **Ψυχολογικοί Παράγοντες**

Η πλειονότητα των θεωριών, που έχουν αναπτυχθεί για να εξηγήσουν τις ψυχολογικές συνιστώσες των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, εστιάζουν στο διαταραγμένο τρόπο με τον οποίο ο πάσχων βιώνει τον εαυτό του, το σώμα του και την προσωπική του ταυτότητα. Ο τρόπος που βιώνει ο πάσχων την αυτοαξία του είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την εξωτερική του εμφάνιση

και τα επιτεύγματά του. Η υπέρμετρη ενασχόληση με το σώμα ερμηνεύεται σαν μια απεγνωσμένη προσπάθεια να αντιμετωπίσει τα υποβόσκοντα αισθήματα αδυναμίας και ακαταλληλότητας.(7) Άλλωστε, δεν είναι τυχαίο το ότι έχουν αναγνωρισθεί ως προδιαθεσικοί παράγοντες τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- χαμηλή αυτοεκτίμηση
- χαμηλό αυτοσυναίσθημα
- έλλειψη πίστης προς τον εαυτό
- έλλειψη πίστης προς τις δυνατότητές του
- συνεχής τάση συμμόρφωσης με τις επιθυμίες των άλλων
- τάση ικανοποίησης των αναγκών των άλλων
- έντονη δυσαρέσκεια με το σωματικό βάρος
- δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος (14)

### **Προσωπικότητα**

Τα στοιχεία για την προσωπικότητα του πάσχοντος πολλές φορές προέρχονται από δεδομένα ερευνών, που έχουν στηριχθεί σε αναδρομικές αναφορές των ίδιων των ασθενών, αλλά και συγγενών τους για την προσωπικότητα του πάσχοντος πριν και μετά την εμφάνιση της διαταραχής. Θα πρέπει, ωστόσο, να βλέπουμε με επιφύλαξη τέτοιου είδους δεδομένα, καθώς σε τέτοιες αναδρομικές αναφορές υπάρχει μεγάλη πιθανότητα το άτομο να έχει επηρεαστεί από την τρέχουσα κατάσταση του ατόμου και την τωρινή του διάγνωση.(5)

Σε ό,τι αφορά μελέτες, που έχουν στηριχθεί στη χορήγηση ερωτηματολογίων προσωπικότητας (π.χ. MMPI), αναφέρεται ότι οι πάσχοντες από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής εμφανίζουν υψηλά επίπεδα νευρωτισμού, άγχος και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Επίσης, σημειώνουν υψηλές βαθμολογίες σε μετρήσεις που αφορούν την αποδοχή παραδοσιακών αρχών και αξιών, δηλαδή δείχνουν να ενστερνίζονται τόσο τα οικογενειακά όσο και τα κοινωνικά πρότυπα, όπως αυτά προβάλλονται σήμερα. Σε τέτοιες έρευνες έχουν εντοπιστεί και διαφορές μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία και αυτούς που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία. Πιο συγκεκριμένα:

- οι ασθενείς που εμφανίζουν Νευρογενή Ανορεξία αναφέρουν κατάθλιψη, κοινωνική απομόνωση και άγχος (14)

- οι ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία εμφανίζουν πιο έντονη ψυχοπαθολογία και σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες σε αρκετές βαθμίδες των ερωτηματολογίων προσωπικότητας. (5,14)

Γενικότερα, τα άτομα που υποφέρουν από Διαταραχές Διάθεσης (κυρίως Κατάθλιψη) αλλά και από Διαταραχές Προσωπικότητας (κυρίως Αποφευκτική, Ναρκισσιστική και Οριακή) παρουσιάζουν μεγάλο κίνδυνο να εκδηλώσουν Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.(14)

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι μελέτες που ερευνούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα οποία μπορούν να αποτελέσουν προβλεπτικούς παράγοντες για την εμφάνιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(20) Σε έρευνα που διεξήχθη στη Μινεάπολη με δείγμα 2.000 φοιτητών, στους οποίους χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που αξιολογούσε την επικινδυνότητα ανάπτυξης αυτών των διαταραχών, προέκυψε ότι αυτή ήταν ο παράγοντας που με μεγαλύτερη ακρίβεια προβλέπει τον κίνδυνο ανάπτυξης αυτών των διαταραχών, μια μέτρηση που αφορά το βαθμό στον οποίο το άτομο είναι ικανό να αναγνωρίζει διαφορετικές σωματικές – βιολογικές εσωτερικές ανάγκες και καταστάσεις.(5)

### **Το Φύλο και η Ηλικία**

Το φύλο και η ηλικία είναι από τους πιο βασικούς παράγοντες που συντείνουν στην εκδήλωση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Ένα ποσοστό που αγγίζει το 90% των πασχόντων από αυτές τις διαταραχές είναι έφηβες ή νεαρές ενήλικες γυναίκες (14), γεγονός που οφείλεται κατά πολλούς στο ότι οι γυναίκες επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τα πρότυπα που προβάλλει η κοινωνία και τα οποία φαίνεται να ενισχύουν θετικά την επιθυμία να είναι κανείς αδύνατος. Δεν είναι τυχαίο ότι οι δίαιτες είναι πολύ συχνές ανάμεσα σε γυναίκες νεαρής ηλικίας, της Καυκάσιας φυλής και υψηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, στην ίδια ομάδα δηλαδή που σημειώνεται το υψηλότερο ποσοστό Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(5)

Είναι λίγες οι έρευνες που έχουν εστιάσει στο να κατανοήσουμε τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες. Η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών, που έχουν λάβει την διάγνωση μιας Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής είναι 1:10. Ωστόσο, οι επαγγελματίες που ειδικεύονται στη θεραπεία των διαταραχών αυτών στους άνδρες διατυπώνουν την υποψία τους ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής καταγράφονται σε μικρότερο του

πραγματικού βαθμού για τους άνδρες, βαθμός που δεν αντανακλά τα αληθινά ποσοστά, που οι ειδικοί αυτοί θεωρούν ότι για συγκεκριμένες υποομάδες ανδρών μάλλον είναι απροσδόκητα υψηλά. Για παράδειγμα, πρόσφατες έρευνες αναφέρουν αρκετά υψηλά ποσοστά των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής σε ομοφυλόφιλους άνδρες.(7)

Η εκδήλωση αυτών των διαταραχών στους άνδρες διαφοροποιείται καθώς οι άνδρες ασχολούνται λιγότερο με το να φθάσουν σε ένα συγκεκριμένο ιδανικό βάρος ή με το μέγεθος των ρούχων που φοράνε και εστιάζουν περισσότερο σε θέματα που αφορούν τη γράμμωση των μυών τους και την αποφυγή εναπόθεσης λίπους σε συγκεκριμένα σημεία του σώματός τους. (7)

Δεδομένου ότι η έναρξη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής έπεται μιας περιόδου αυστηρής διαίτας ή μιας γενικότερης ανησυχίας για το βάρος, η συμβολή των προτύπων, που προβάλλονται για το ρόλο του κάθε φύλου και την ιδανική εικόνα αυτού, είναι αδιαμφισβήτητα καθοριστικής σημασίας για την ανάπτυξη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(19) Σε καμία περίπτωση, βέβαια, αυτό δε σημαίνει ότι όλοι όσοι κάνουν δίαιτα θα εμφανίσουν και κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, καθώς είναι πολυάριθμοι οι παράγοντες που θα πρέπει να συγκλίνουν για να δημιουργηθεί το κατάλληλο υπόβαθρο για την εκδήλωση μιας τέτοιας διαταραχής.(5)

### **Βιολογία – Γενετική – Εγκέφαλος**

Υπάρχουν δεδομένα που στηρίζουν την άποψη ότι τόσο οι γενετικοί όσο και οι βιολογικοί παράγοντες συμβάλλουν τρόπον τινά στην ανάπτυξη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(14,37) Ο ρόλος των γενετικών καταβολών και της κληρονομικής προδιάθεσης αποδεικνύεται μέσα από τη σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής στους βιολογικούς συγγενείς των πασχόντων. Το εύρημα αυτό παραπέμπει στην πιθανή ύπαρξη μηχανισμών μεταβίβασης των διαταραχών αυτών στα μέλη μιας οικογένειας.(5,37) Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες συγγενείς των πασχόντων γυναικών έχουν 5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.(5,30,32)

Στο γενετικό επίπεδο, υπάρχουν δεδομένα που θέλουν τη Νευρογενή Ανορεξία και τη Νευρογενή Βουλιμία να εμφανίζονται με ποσοστά σύμπτωσης



σχεδόν 50% μεταξύ των μονοζυγωτικών διδύμων, σε σύγκριση με ποσοστό 10% μεταξύ των ετεροζυγωτικών διδύμων ή των μη δίδυμων αδελφών.(30)

Σε ό,τι αφορά τον εγκέφαλο, η προσοχή των ερευνητών έχει εστιάσει στις υποθαλαμο-υποφυσιακές ανωμαλίες.(5) Ο υποθάλαμος είναι ένα εγκεφαλικό κέντρο «κλειδί» του προσθεγκεφάλου, με μια σειρά ευδιάκριτων πυρήνων. Βλάβη σε έναν από τους πυρήνες αυτούς διαταράσσει μία ή περισσότερες συμπεριφορές σχετιζόμενες με τα κίνητρα όπως η θρέψη, η πρόσληψη νερού, η ρύθμιση της θερμοκρασίας, η σεξουαλική και η μαχητική συμπεριφορά. Επίσης, ο υποθάλαμος ρυθμίζει και την έκκριση ορμονών, μέσω της επίδρασης που ασκεί στην υπόφυση.(15,32) Τα ενδογενή οπιοειδή πεπτίδια (εγκεφαλίνες, ενδορφίνες) είναι χημικές ουσίες, που απελευθερώνονται από τον ίδιο τον οργανισμό μας με στόχο να μειώσουν την αίσθηση του πόνου. Τα οπιοειδή πεπτίδια απελευθερώνονται κατά τη διάρκεια περιόδων αποστέρησης τροφής και θεωρείται ότι παίζουν ρόλο στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.(5)

Σε ό,τι αφορά τους νευροδιαβιβαστές, δηλαδή τις πρώτες ύλες που συνθέτει κάθε νευρώνας από πρόδρομα μόρια, που προέρχονται από την τροφή, το ενδιαφέρον εστιάζεται στην σεροτονίνη και τη νορεπινεφρίνη.(15,36) Στους πάσχοντες από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής τα επίπεδα της νορεπινεφρίνης είναι χαμηλά, τόσο στη Νευρογενή Ανορεξία όσο και στη Νευρογενή Βουλιμία, γεγονός που εγείρει ερωτηματικά.(36) Υπό κανονικές συνθήκες ο εγκέφαλος διατηρεί ένα σχετικά σταθερό επίπεδο κάθε νευροδιαβιβαστή ακόμα και σε περιόδους νηστείας. Αν υπάρχει όμως στη διατροφή υψηλή ή χαμηλή συγκέντρωση των απαραίτητων για τη σύνθεση ενός συγκεκριμένου νευροδιαβιβαστή πρόδρομων ουσιών, ο εγκέφαλος μπορεί να συνθέσει μια κάπως μεγαλύτερη ή μικρότερη από τη συνήθη ποσότητα του νευροδιαβιβαστή αυτού.(15,36) Έχει προκύψει από τις έρευνες ότι τα άτομα με Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής παρουσιάζουν μια διαταραχή της σεροτονινεργικής δραστηριότητας' τα αυξημένα επίπεδα σεροτονίνης προάγουν το αίσθημα πληρότητας – κορεσμού, με αποτέλεσμα να μειώνεται η επιθυμία για την πρόσληψη τροφής. Σε ό,τι αφορά την παράταση της υπερφαγικής συμπεριφοράς, από την άποψη της χρονικής διάρκειας ενός υπερφαγικού επεισοδίου, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι μπορεί να οφείλεται σε

διαταραχή της λειτουργίας της σεροτονίνης, μιας και η τελευταία εμπλέκεται στη διαδικασία του αισθήματος του κορεσμού.(37)

Θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας όμως ότι οι έρευνες, που εστιάζουν αποκλειστικά στους μηχανισμούς του εγκεφάλου που σχετίζονται με το αίσθημα της πείνας, την πρόσληψη τροφής και το αίσθημα πληρότητας – κορεσμού, δεν έχουν να προσφέρουν πολλά στις γνώσεις μας για άλλα κύρια χαρακτηριστικά – στοιχεία των διαταραχών αυτών, και κυρίως για το ότι είναι κεντρικό στοιχείο ο έντονος, επίμονος φόβος του πάσχοντος ότι θα γίνει υπέρβαρος – ο φόβος του πάχους.(36)

Είναι σαφές ότι η αιτιολογία και οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής δεν έχουν ευκρινώς αναγνωρισθεί. Ωστόσο, έχουν σημειωθεί πρόοδοι στη μοριακή γενετική και παράλληλα αυξάνονται συνέχεια οι γνώσεις μας στο χώρο των βιολογικών παραμέτρων, που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση του σωματικού βάρους (π.χ. λεπτίνη). Όλες αυτές οι εξελίξεις ενισχύουν την αισιοδοξία ότι θα σημειωθεί πρόοδος στον τομέα της παθοφυσιολογίας των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής και στον προσδιορισμό των ειδικών γονιδίων, που ενδεχομένως αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες ανάπτυξης των διαταραχών αυτών.(37)

### **Άτομο**

Φαίνεται μέσα από τις έρευνες ότι είναι αυξημένος ο κίνδυνος να εκδηλωθεί κάποιο διατροφικό πρόβλημα σε νεαρά άτομα που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα (διαβήτη, άσθμα) ή σε άτομα που παρουσιάζουν πρώιμη ήβη. Ένα άλλο στοιχείο που δείχνει να σχετίζεται με την πιθανότητα εμφάνισης Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής είναι η αναπτυξιακή φάση που διάγει το άτομο.(14)

Επίσης υψηλός είναι ο κίνδυνος να λάβουν διάγνωση Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής και άτομα που ανήκουν σε συγκεκριμένες επαγγελματικές κατηγορίες, στις οποίες αναμένεται ότι η ενασχόληση με το βάρος και την εικόνα του σώματος είναι έντονη (μοντέλα, χορευτές, γυμναστές, παρουσιαστές, αθλητές, καλλιτέχνες, στρατιωτικοί, αναβάτες ιππασίας, παλαιστές, body builders).(7,13,14) Σε τέτοιου είδους επαγγέλματα οι πιέσεις, που ασκούνται για την απώλεια βάρους ή τη διατήρηση του σωματικού βάρους σε ένα επίπεδο, είναι πολύ μεγάλες. Γενικότερα σε αυτούς

τους επαγγελματικούς χώρους επικρατεί η αντίληψη ότι η εξωτερική εμφάνιση και η εικόνα του σώματος είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την επαγγελματική επιτυχία και τα επιτεύγματα.(7)

### **Κοινωνικοί – πολιτισμικοί παράγοντες – Κουλτούρα**

Φαίνεται να υπάρχει μια ευρέος φάσματος ποικιλία σε ό,τι αφορά το σωματικό βάρος των ατόμων που ζουν σε διαφορετικά κοινωνικοπολιτισμικά περιβάλλοντα. Βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες διαπλέκονται για να καθορίσουν αν τελικά ένα άτομο θα γίνει παχύσαρκο ή το αντίθετο, δηλαδή αν θα είναι λεπτόσωμο ή αδύνατο. Οι επιρροές του πολιτισμικού περιβάλλοντος, ακόμα και των θρησκευτικών πεποιθήσεων, θα καθορίσουν τον τρόπο που βλέπουμε την απίσχνανση ή την παχυσαρκία. Η μορφοποίηση των διαφόρων προλήψεων, προκαταλήψεων και τελετουργιών θα καθοριστεί από τις διάφορες γνώσεις, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά γενικότερα.(14)

Ο ουσιαστικός ρόλος της κουλτούρας στην εγκατάσταση ρεαλιστικών, σε αντίθεση με διαταραγμένων, αντιλήψεων αναφορικά με το σώμα υπογραμμίζεται μέσα από το υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής στις βιομηχανικές κοινωνίες (Αμερική, Καναδά, Ιαπωνία, Αυστραλία, Ευρώπη). Ως ένας από τους προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη τέτοιων διαταραχών έχει αναγνωρισθεί και η δυτικόμορφη κουλτούρα, που προβάλλει το πρότυπο της λεπτόσωμης σιλουέτας και την ίδια στιγμή ωθεί προς την κατανάλωση πλούσιων ποσοτήτων τροφής (και κυρίως του «γρήγορου φαγητού»).(14,23) Με το πέρασμα των ετών, τα πρότυπα που η κοινωνία προβάλλει για την εικόνα του ιδανικού σώματος διαφοροποιούνται. Τις τελευταίες δεκαετίες, στην κουλτούρα των δυτικών κοινωνιών, έχει παρατηρηθεί μια σταθερή πορεία προς ολοένα και πιο αδύνατα σώματα ως τα ιδανικά.(13) Το ιδανικό αυτό φαίνεται να είναι το όχημα μέσω του οποίου οι άνθρωποι μαθαίνουν να αισθάνονται ότι είναι ή να φοβούνται μήπως γίνουν παχύσαρκοι.(39)

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.(14,23) Για παράδειγμα στα εξώφυλλα του Playboy

παρατηρήθηκε ότι από το 1959 ως το 1978 υπήρχε μια σαφής στροφή προς τη φωτογράφιση όλο και πιο αδύνατων γυναικών.(13) Αν και αυτή η τάση φαίνεται τώρα να έχει σταθεροποιηθεί (34), οι υποψήφιοι σε διαγωνισμούς ομορφιάς μέχρι το 1988 φαίνεται να ήταν όλο και πιο αδύνατοι. Αυτό το ιδανικό του λεπτόσωμου σώματος το έχει ενστερνιστεί μεγάλο ποσοστό των σύγχρονων νέων γυναικών, οι οποίες αν και έχουν ένα κανονικό – φυσιολογικό βάρος, αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως υπέρβαρους. Μια μελέτη σε κορίτσια του γυμνασίου δείχνει ότι το 1/3 αυτών εσφαλμένα αισθανόταν ότι είναι υπέρβαρες.(19)

Το γεγονός ότι τόσο μεγάλος αριθμός γυναικών επιχειρεί να ελέγξει την πρόσληψη τροφής, το μέγεθος και σχήμα του σώματός του φαίνεται να καθορίζεται από την κουλτούρα της κάθε κοινωνίας. Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής φαίνεται να ανθίζουν σε κοινωνίες που προβάλλουν ως αξίες την αδύνατη σιλουέτα, την ανεξαρτησία και τα προσωπικά επιτεύγματα και σε κοινωνίες στις οποίες οι ρόλοι των γυναικών είναι συχνά συγκεχυμένοι και αντιφατικοί. Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής θεωρούνται ότι προκύπτουν ως αποτέλεσμα της προσπάθειας των γυναικών να διαχειριστούν τις αλλαγές στο ρόλο τους. Ορισμένοι θεωρητικοί έχουν υποστηρίξει ότι οι αξίες της αυτονομίας και των προσωπικών επιτευγμάτων στις βιομηχανικές κοινωνίες έρχονται σε σύγκρουση με τις διαπροσωπικές ανάγκες των γυναικών, που είναι απαραίτητες για την υγιή εξέλιξή τους. Οι γυναίκες που είναι ψυχολογικά ευάλωτες ή που δεν έχουν τέτοιες εσωτερικές δομές, που θα τους επιτρέψουν να δομήσουν το αίσθημα της σύνδεσης – επικοινωνίας με τους άλλους ανεξάρτητα από το κοινωνικό περιβάλλον, μπορεί να καταφύγουν στο φαγητό στα πλαίσια μιας προσπάθειας να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους για τη δημιουργία σχέσεων.(7) Οι διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις άλλωστε θεωρούνται ένας σημαντικός παράγοντας στην εκδήλωση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(14)

Η λεπτόσωμη εμφάνιση στις γυναίκες έγινε συνώνυμη με τη δύναμη, την επιτυχία, τον έλεγχο, και έχει ταυτιστεί με τη σεξουαλική ελκυστικότητα. Την ίδια στιγμή, η παχυσαρκία αντιπροσωπεύει ένα ανεπιθύμητο, μη-ελκυστικό σώμα, την αποτυχία, την οκνηρία, την αυτοεγκατάλειψη, την έλλειψη θέλησης και αυτοελέγχου, τη μοναξιά, την απληστία, την συστολή, την απουσία εξυπνάδας και ευστροφίας.(6,37) Με το πέρασμα των ετών, όσο η αρνητική

στάση της κοινωνίας σχετικά με την παχυσαρκία γινόταν πιο έντονη, τόσο ο επιπολασμός των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής ολοένα και αυξανόταν.(5)

Σε πολλές κοινωνίες, ωστόσο, συνεχίζεται να παρατηρείται ενασχόληση με την τροφή σε μεγάλο βαθμό, τα πολυτελή εστιατόρια πληθαίνουν και αναρίθμητα περιοδικά και τηλεοπτικές εκπομπές είναι αφιερωμένα στη μαγειρική. Την ίδια στιγμή τα ποσοστά των ατόμων, που πάσχουν από παχυσαρκία, είναι ανησυχητικά και συνακόλουθα, η δίαιτα για την απώλεια βάρους είναι ένα φαινόμενο κοινό και έχει αναπτυχθεί σε μια βιομηχανία, που αφήνει τεράστια χρηματικά ποσά. Στις κοινωνίες αρχίζει να υπάρχει μεγαλύτερη πληροφόρηση τόσο για την υγεία όσο και για την παχυσαρκία, και η δίαιτα με σκοπό την απώλεια βάρους γίνεται όλο και πιο συχνό φαινόμενο ο αριθμός των ατόμων που κάνουν δίαιτα έχει αυξηθεί από 7% για τους άνδρες και 14% για τις γυναίκες το 1950 σε 24% για τους άνδρες και 40% για τις γυναίκες το 1993. Η βιομηχανία της δίαιτας (βιβλία, χάπια, βίντεο, ειδικά φαγητά) εκτιμάται στα 30 δις δολάρια κάθε χρόνο. (Το 1993 η Αμερικανική κυβέρνηση ξόδεψε περίπου αυτό το ποσό συλλογικά για την παιδεία, την επαγγελματική εκπαίδευση, την εργασία και τους κοινωνικούς φορείς). Ενδεικτικό είναι ότι η λιποαναρρόφηση έχει γίνει η πιο συχνή επέμβαση στην πλαστική χειρουργική.(3,5)

Τα παραπάνω καταδεικνύονται μέσα από έρευνες όπως αυτή που πραγματοποιήθηκε στο Πακιστάν σε δείγμα 369 έφηβων κοριτσιών, και βρέθηκε ότι κανένα από αυτά δεν πληρούσε τα κριτήρια για την διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας, ενώ μόνο ένα πληρούσε τα κριτήρια για την διάγνωση της Νευρογενούς Βουλιμίας.(23) Σε άλλη μια έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα φοιτητών κολεγίου από την Ουγκάντα και την Μ. Βρετανία, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να βαθμολογήσουν την ελκυστικότητα γυναικών που απεικονίζονταν γυμνές σε πίνακες ζωγραφικής και ποίκιλαν από πολύ αδύνατες ως παχουλές. Οι φοιτητές από την Ουγκάντα εκτιμούσαν ότι οι παχουλές γυναίκες ήταν πιο ελκυστικές από τις πολύ αδύνατες, σε αντίθεση με τους φοιτητές από την Βρετανία.(11) Άλλες έρευνες, που στηρίζουν την άποψη αυτή της επίδρασης των κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων στη διατροφική συμπεριφορά του ατόμου, έχουν βρει ότι για τις γυναίκες, που προέρχονται από κουλτούρες με χαμηλά ποσοστά Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, όταν βρεθούν να ζουν σε κουλτούρες με υψηλά

ποσοστά αυτών των διαταραχών, αυξάνεται το ποσοστό εμφάνισης των διαταραχών αυτών σε αυτή την ομάδα.(39)

Δεδομένου του αυξημένου ενδιαφέροντος για την τροφή στις σύγχρονες κοινωνίες, δεν θα πρέπει να μας εκπλήσσει το γεγονός ότι αυτή η πλευρά της ανθρώπινης συμπεριφοράς έχει αρχίσει να νοσεί. Η εφαρμογή διαφόρων διαιτητικών σχημάτων με στόχο την απώλεια βάρους, κυρίως από το γυναικείο πληθυσμό, και η αντιρροπιστική πολλές φορές παρορμητική υπερκατανάλωση τροφών πήραν επιδημικό χαρακτήρα, με αποτέλεσμα να αγγίζουν αρκετά συχνά ή ακόμα και να φθάνουν τα ψυχοπαθολογικά όρια. (37) Οι έφηβες κοπέλες της Καυκάσιας φυλής κάνουν δίαιτα πιο συχνά απ' ότι οι Αφροαμερικανές έφηβες και έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι δυσαρεστημένες με τα σώματά τους.(29) Και οι δυο αυτοί παράγοντες είναι συνδεδεμένοι με τον αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη μιας Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής. Πρόσφατα όμως, η έμφαση στη λεπτόσωμη σιλουέτα και τη δίαιτα εξαπλώθηκε και πέρα από την ομάδα των γυναικών της Καυκάσιας φυλής, της υψηλής ή μέσης κοινωνικοοικονομικής τάξης, και σε γυναίκες χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων. Ο επιπολασμός των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής έχει αυξηθεί και σε αυτές τις ομάδες.

Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι αυτή η υπεραπασχόληση με το να είναι κανείς αδύνατος ίσως να βρίσκεται και σε ύφεση. Σε έρευνα των Garner et al. (1980) φάνηκε ότι ο αριθμός των άρθρων που αναφέρονταν σε δίαιτες αυξανόταν σταθερά κατά τη διάρκεια της περιόδου που τα εξώφυλλα παρουσίαζαν όλο και πιο αδύνατες γυναίκες.(13) Οι Nemeroff et al. (1994) ανέλυσαν το περιεχόμενο 3 γυναικείων περιοδικών για τη χρονική περίοδο μεταξύ 1980 και 1991. Ο αριθμός των άρθρων που αναφέρονταν στην απώλεια βάρους είχε μειωθεί στα 2 από αυτά.(24) Άλλες έρευνες δείχνουν ότι η ένταση με την οποία τα άτομα επιμένουν σε μια δίαιτα, αλλά και οι συμπεριφορές των ατόμων που πάσχουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, έχουν μειωθεί τα τελευταία χρόνια.(12)

Οι Nemeroff et al. (1994) επίσης ανέλυσαν το περιεχόμενο αρκετών ανδρικών περιοδικών και βρήκαν ότι η συχνότητα παρουσίας άρθρων σχετικών με την απώλεια βάρους, αν και είναι πολύ μικρότερη σε σύγκριση με τα γυναικεία περιοδικά, στην χρονική περίοδο που μελετούσε η έρευνα, η συχνότητα αυτή είχε αυξηθεί.(24) Βέβαια, θα ήταν παρακινδυνευμένο να

υποθέσουμε ότι είμαστε προ των θυρών μιας έξαρσης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες. Είναι περισσότερο αποδεκτό να πούμε ότι τα άρθρα αυτά εστιάζουν στο ιδανικό ανδρικό σώμα προβάλλοντας όμως ένα φυσιολογικό σωματικό βάρος ή την αυξημένη μυϊκή μάζα.(22)

Η έμφαση, που έχει δοθεί τα τελευταία χρόνια στον αιτιολογικό ρόλο των κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων σε ότι αφορά τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, έχει συμβάλλει στην εντατικοποίηση των προσπαθειών να τροποποιηθεί η επίδραση αυτών των μεταβλητών στα άτομα κυρίως της εφηβικής και νεαρής ενήλικης ζωής. Ίσως με τέτοιου είδους προσπάθειες να ανατραπεί η προβολή αυτού του προτύπου της λεπτόσωμης σιλουέτας ως ενδεικτικό της ελκυστικότητας, της επιτυχίας, της δύναμης και του ελέγχου κι έτσι να μπορούμε να μιλάμε για πρόληψη της ανάπτυξης αυτών των διαταραχών.(37)

Συμπερασματικά, η αποσαφήνιση των ρόλων και της διαπλοκής μεταξύ βιολογικών, κοινωνικοπολιτισμικών και ψυχολογικών παραγόντων, που έχουν σχέση με την ανάπτυξη και την εξέλιξη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, θα οδηγήσει σε περισσότερο ακριβείς και αποτελεσματικές παρεμβάσεις, προ-ληπτικού ή θεραπευτικού χαρακτήρα των καταστάσεων αυτών. (7)

### **Βιβλιογραφία**

1. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / 4<sup>th</sup> edition. American Psychiatric Association, Washington, DC
2. Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., & Bem, D.J. (1993). "Introduction to Psychology". USA: Harcourt Brace & Company. p.p. 382-392
3. Brownell, K.D., & Robin, J. (1994) The dieting maelstrom: is it possible or advisable to lose weight? *American Psychologist*, 49, 781-791
4. Dare, C., LeGrange, D., Eisler, I., & Rutherford, J. (1994) Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disordered families. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 211-226
5. Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
6. DeJong, W., & Kleck, R.E. (1986) The social psychological effects of overweight. In C.P. Herman, M. P. Zanna, & E.T. Higgins (eds) Physical appearance, stigma, and social behaviour. Hillside, NJ: Erlbaum
7. Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange. p.p. 183-192
8. Everill, J.T., & Waller, G. (1995) Reported sexual abuse and eating psychopathology: A review of the evidence for a causal link. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 1-11

9. Fairburn CG, Walsh BT: Atypical eating disorders. In Brownell KD, Fairburn CG (eds): *Eating disorders and Obesity: A comprehensive Textbook*. New York: Guildford Press, 1995: 135
10. file: //A: Women's Health Data Book. htm
11. Furnham, A., & Baguma, P. (1994) Cross-cultural differences in the evaluation of male and female body shapes. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 81-89
12. Heatherton, T.F., Nichols, P., Mahamedi, F., & Keel, P. (1995) Body weight, dieting, and eating disorder symptoms among college students, 1982 to 1992. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1623-1630
13. Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980) Cultural expectation of thinness in women. *Psychological reports*, 47, 483-491
14. Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία». Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας. σελ. 97-110
15. Kalat, J.W. (2001). «Βιολογική Ψυχολογία». USA: Brooks / Cole Publishing Company.
16. Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. (2000). "Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials". USA: W.B. Saunders Company. p.p. 447-459
17. Kent, J.S., & Clopton, J.R. (1992) Bulimic women's perceptions of their family relationships. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 281-292
18. Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Wilson, D.M., Haydel, K.F., et al. (1994) Pursuit of thinness and onset of eating disorders in a community sample of adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227-238
19. Killen, J.D., Taylor, C.B., Telch, M.J., Saylor, K.E., Maron, D.J., & Robinson, T.N. (1986) Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers: Precursors of the binge-purge syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 255, 1447-1449
20. Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L., & Early-Zald, M.B. (1995) Prospective analysis of personality and behavioural vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 140-149
21. Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B.L., Lieberman, R., Milman, L., & Todd, T.C. (1975) A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038
22. Mishkind, M.E., Robin, J., Silberstein, L.R., & Striegel-Moore, R.H. (1986) The embodiment of masculinity: Cultural, psychological and behavioural dimensions. *American Behavioural Scientist*, 29, 545-562
23. Mumford, D.B., Whitehouse, A.M., & Choudry, I.Y. (1992) Survey of eating disorders in English-medium schools in Lahore, Pakistan. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 173-184
24. Nemeroff, C. F., Stein, R.I., Diehl, N.S., & Smilack, K.M. (1994) From the Cleavers to the Clintons: Role choices and body orientation as reflected in magazine article content. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 167-176



25. Root, M.P. (1990) Disordered eating in women of colour. *Sex Roles*, 22, 525-536
26. Rorty, M., Yager, J., & Russotto, E. (1994) Childhood sexual, physical and psychological abuse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1122-1126
27. Russel G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psych. Med.*, 9, 429-448
28. Steinhausen H.C. & Glanville K. (1983). Follow studies of anorexia nervosa. A review of research findings. *Psychol. Medicine*, 13, 239-249
29. Story, M., French, S.A., Resnick, M.D., & Blum, R.W. (1995) Ethnic / racial and socio-economic differences in dieting behaviours and body image perceptions in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 173-179
30. Strober, M., Morrell, B., Burroughs, J., Salkin, B., & Jacobs, C. (1985) A controlled family study of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 239-246
31. Van de Broucke, S., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1995) Marital Communication in Eating Disorders: A controlled Observational Study. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 1-23
32. Walters, E.E., Neale, M.C., Eaves, L.J., Lindon, J., & Heath, A.C. (1992) Bulimia nervosa and major depression: A study of common genetic and environmental factors. *Psychological Medicine*, 22, 617-622
33. Welch, S.L. & Fairburn, C.G. (1994) Sexual abuse and bulimia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 151, 402-407
34. Wiseman, C.V., Gray, J.J., Mosimann, J.E., & Arhens, A.H. (1992) Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 85-89
35. Woodside, D.B., Shekter-Wolfson, L.F., Garfinkel, P.E., & Olmsted, M.P. (1995) Family interactions in bulimia nervosa: Study design, comparisons to established population norms and changes over the course of an intensive day hospital treatment program. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 105-115
36. Wurtman (1982) in Kalat, J.W. (2001). «Βιολογική Ψυχολογία». USA: Brooks / Cole Publishing Company.
37. Χριστοδούλου, Γ.Ν. & συνεργάτες (2004). «Ψυχιατρική». Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις. σελ. 482-496
38. Yanovski SZ: Binge-eating disorder: Current knowledge and future directions. *Obesity Res.* 1993; 1: 306
39. Yates, A. (1989) Current perspectives on the eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 813-828

## Νευρογενής βουλιμία

### ▪ Γενικά για τη διαταραχή

Ο όρος «βουλιμία» σημαίνει οξεία πείνα.(16,19) Η Νευρογενής Βουλιμία είναι μια διαταραχή στην οποία συναντάμε επεισόδια υπερφαγίας, τα οποία ως επί το πλείστον συνοδεύονται τόσο από μια αίσθηση αδυναμίας ή απώλειας ελέγχου της συμπεριφοράς αυτής, όσο και από μια προσπάθεια αποτροπής της αύξησης του σωματικού βάρους με διάφορες πρακτικές, ανάμεσα στις οποίες εντάσσονται οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί και η χρήση καθαρτικών. (98) Η υπερβολική κατανάλωση τροφής υποθέτουμε ότι αποτελεί ένα πρόβλημα που υπήρχε στους ανθρώπους εδώ και πολλά χρόνια, αλλά το ενδιαφέρον για τη διαταραχή αυτή, που συνδέεται με τη Νευρογενή Ανορεξία όμως χαρακτηρίζεται συμπεριφορικά από επίμονη υπερφαγία, αναπτύχθηκε στα τέλη του 1970 ή αρχές του 1980, όταν έκανε την εμφάνισή του ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός ατόμων, που ανέφεραν ως κυρίαρχο σύμπτωμα τα υπερφαγικά επεισόδια. (54)

Η κυρίαρχη συμπεριφορική διαταραχή της Νευρογενούς Βουλιμίας περιλαμβάνει περιόδους, κατά τις οποίες σημειώνονται σοβαροί περιορισμοί στην πρόσληψη τροφής, οι οποίοι διακόπτονται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. (4,19,54) Το επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από μια ισχυρή παρόρμηση για ταχεία κατανάλωση υπερβολικών ποσοτήτων τροφής, μέσα σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα, λαμβανομένων υπόψη των συνθηκών κάτω από τις οποίες το φαγητό αυτό καταναλώνεται. (4,16,19,54) Τα επεισόδια αυτά είναι συχνά και έντονα και συνοδεύονται από ένα αίσθημα απώλειας ελέγχου και ακολουθούνται από υπερβολικές προσπάθειες-απόπειρες του πάσχοντος να εξισορροπήσει την υπερβολική κατανάλωση τροφής και να αποφύγει την αύξηση του βάρους, μέσω καθαρτικών συμπεριφορών (π.χ. αυτοπροκαλούμενος εμετός, χρήση υπακτικών, διουρητικών, υποκλυσμών). (4,16,98) Το DSM-IV (2) ορίζει το υπερφαγικό επεισόδιο ως ένα χρονικό διάστημα μικρότερο των 2 ωρών, κατά το οποίο το άτομο καταναλώνει τεράστιες ποσότητες φαγητού.(16) Αν και αυτός είναι ένας τόσο χρήσιμος όσο και ξεκάθαρος ορισμός των υπερφαγικών επεισοδίων, ωστόσο μπορεί να είναι πρακτικά δύσκολο να διαχωρίσει κανείς την φυσιολογική κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής από ένα μικρό

επεισόδιο υπερφαγίας. Τα δεδομένα που διαθέτουμε μέχρι σήμερα, δε βοηθούν στο να καθορίσουμε μια σαφή διαχωριστική γραμμή μεταξύ της ποσότητας του φαγητού που καταναλώνεται κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου υπερφαγίας και της ποσότητας του φαγητού που καταναλώνεται κατά τη διάρκεια ενός φυσιολογικού πλούσιου γεύματος. Από την άλλη πλευρά, αν και δεν είναι ξεκάθαρη η διαχωριστική γραμμή μεταξύ της φυσιολογικής και μη φυσιολογικής κατανάλωσης τροφής, τόσο οι αναφορές ασθενών όσο και οι εργαστηριακές μελέτες της συμπεριφοράς της σχετιζόμενης με την κατανάλωση τροφής δείχνουν ξεκάθαρα ότι, κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου υπερφαγίας, οι ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία, πράγματι καταναλώνουν ποσότητες τροφής κατά πολύ μεγαλύτερες από αυτές που θα μπορούσε να καταναλώσει ένας μη πάσχων κάτω από τις ίδιες συνθήκες.(54)

Η έκλυση ενός υπερφαγικού επεισοδίου μπορεί να σχετίζεται με στρεσογόνα γεγονότα και τα αρνητικά συναισθήματα που αυτά προκαλούν, με τη μοναξιά, με την ανησυχία του ατόμου για την αύξηση του σωματικού του βάρους κ.α.(16) Τα άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία αναφέρονται συχνά σε καταθλιπτικά συναισθήματα (π.χ. αίσθημα μοναξιάς, λύπης, κενού) ή σε συναισθήματα άγχους πριν από ένα υπερφαγικό επεισόδιο.(19) Τα επεισόδια αυτά συνήθως λαμβάνουν χώρα κρυφά, όταν το άτομο είναι μόνο του στο σπίτι ή κατά τη διάρκεια του νυχτερινού ύπνου των μελών της οικογένειας και η σχετιζόμενη με το φαγητό συμπεριφορά των ασθενών είναι ένα καλά φυλασσόμενο μυστικό.(16,19,98)

Όπως συμβαίνει με τους περισσότερους ανθρώπους που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, έτσι και με τους πάσχοντες από Νευρογενή Βουλιμία η ικανότητα να αναγνωρίσουν το αίσθημα της πείνας και το αίσθημα της πληρότητας-κορεσμού είναι διαταραγμένη.(19) Άλλωστε τα επεισόδια υπερφαγίας συνδέονται εξ ορισμού με την αίσθηση απώλειας ελέγχου, καθώς οι παρορμήσεις προς υπερφαγία βιώνονται ως ανεξέλεγκτες και οι πάσχοντες διακατέχονται από το φόβο ότι δεν μπορούν οικειοθελώς να σταματήσουν την κατά-νάλωση τροφής μέχρις ότου μια υπερβολική ποσότητα έχει ήδη καταναλωθεί.(16,19,54) Είναι, δε, τόσο έντονο το αίσθημα της απώλειας ελέγχου κατά τη διάρκεια ενός υπερφαγικού επεισοδίου που οι ασθενείς το βιώνουν σαν κάτι παρόμοιο με ένα διασχιστικό επεισόδιο.(16) Αυτό το αίσθημα απώλειας ελέγχου είναι υποκειμενικό, καθώς οι

περισσότεροι πάσχοντες θα σταματήσουν απότομα να τρώνε στη μέση ενός υπερφαγικού επεισοδίου αν σημειωθεί κάποια εξωτερική – κοινωνική παρέμβαση (αν κάποιος τους διακόψει) ή αλλιώς εξαιτίας ενός αισθήματος σωματικής δυσφορίας.(54,98) Συνεπώς, τα υπερφαγικά επεισόδια τελειώνουν, όχι επειδή το άτομο αισθάνεται πληρότητα-κορεσμό αλλά, επειδή αισθάνονται έντονη ναυτία, επιγαστρικά άλγη, επειδή δηλαδή σωματικά έχουν ξεπεράσει κατά πολύ το αίσθημα της πληρότητας-κορεσμού.(16,19,41) Άλλοι τρόποι για να λήξει ένα υπερφαγικό επεισόδιο είναι να κοιμηθεί το άτομο κατά τη διάρκεια του επεισοδίου ή να σταματήσει για να προβεί σε καθαρικές συμπεριφορές.(19)

Τα υπερφαγικά επεισόδια σε ό,τι αφορά τη διάρκειά τους μπορούν να κρατήσουν από λίγα λεπτά έως και αρκετές ώρες και σε ό,τι αφορά τη συχνότητά τους μπορεί να απαντώνται από λίγες φορές την εβδομάδα έως και αρκετές φορές την ίδια ημέρα. Η τροφή που καταναλώνεται κατά τη διάρκεια ενός υπερφαγικού επεισοδίου συνήθως περιλαμβάνει τροφές «απαγορευμένες» υπό κανονικές συνθήκες, εύκολες στην κατάποση και πλούσιες σε λιπαρά και υδατάνθρακες.(19,98) Έτσι τροφές και ειδικά γλυκά (όπως το παγωτό και το κέικ) που μπορούν να καταναλωθούν γρήγορα, συνήθως αποτελούν μέρος ενός υπερφαγικού επεισοδίου, και συχνά καταπίνονται βιαστικά ή και αμάσητες. Οι έρευνες δείχνουν ότι κατά τη διάρκεια ενός υπερφαγικού επεισοδίου το άτομο μπορεί να καταναλώσει τροφές θερμιδικής αξίας από 2000 έως και 4000 θερμίδων, δηλαδή συχνά περισσότερη τροφή από ότι μπορεί να καταναλώσει ένα άτομο κατά τη διάρκεια μιας ολόκληρης ημέρας. (16,98,66) Σε έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα γυναικών που έπασχαν από Νευρογενή Βουλιμία, φάνηκε ότι αναφέρονταν υπερφαγικά επεισόδια τουλάχιστον μία φορά την ημέρα (συνήθως το βράδυ), και σημειώθηκε ένας μέσος όρος 4.800 θερμίδων, που καταναλώνονταν κατά τη διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων τους (συνήθως περιελάμβαναν γλυκά αλλά και αλμυρά φαγητά, κυρίως υδατάνθρακες). (4) Κατά τη διάρκεια του υπερφαγικού επεισοδίου το άτομο μπορεί να αισθανθεί μια ανακούφιση από την αρνητική διάθεση που το διακατείχε και χαρακτηριζόταν από συναισθήματα θλίψης, μοναξιάς και άγχους. Ωστόσο, είναι έντονο και το αίσθημα της ντροπής κατά τη διάρκεια

του υπερφαγικού επεισοδίου και για αυτό το λόγο προσπαθούν αυτή τη συμπεριφορά τους να την αποκρύπτουν από τους άλλους.(16,19)

Μετά το τέλος του υπερφαγικού επεισοδίου, όλα τα αρνητικά συναισθήματα, που βίωνε το άτομο πριν το υπερφαγικό επεισόδιο, τείνουν να επανέρχονται στην επιφάνεια ενισχυμένα από ένα δυνατό και έντονο αίσθημα αυτο-κατηγοριών και ενοχής για το γεγονός ότι για άλλη μια φορά είχε χάσει τον έλεγχο. Έτσι το πέρας του επεισοδίου συνοδεύεται από αισθήματα ενοχής, κατάθλιψης, αηδίας για τον εαυτό, δυσφορίας και φόβου για την αύξηση του σωματικού βάρους.(16,98) Όλα τα παραπάνω οδηγούν στο δεύτερο βήμα της Νευρογενούς Βουλιμίας, την καθαρτική συμπεριφορά, η οποία υιοθετείται για να αποκαταστήσει το αίσθημα επιβολής ελέγχου και να μειώσει το αίσθημα άγχους.(16,19) Το πάσχον άτομο επιδίδεται σε επαναλαμβανόμενες αντιρροπιστικές συμπεριφορές μέσα στα πλαίσια μιας απόπειρας παρεμπόδισης-αποτροπής της αύξησης του σωματικού βάρους. (19,54,98) Οι περισσότεροι ασθενείς, που προσέρχονται σε κλινικές εξειδικευμένες στη θεραπεία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής με το σύνδρομο της Νευρογενούς Βουλιμίας αναφέρουν καθαρτική συμπεριφορά, νηστεία για μεγάλες χρονικές περιόδους και υπερβολική σωματική άσκηση αμέσως μετά το υπερφαγικό επεισόδιο.(19,54,98)

Οι εμετοί είναι συχνοί και, αρχικά τουλάχιστον, οι περισσότεροι ασθενείς εισάγουν το δείκτη ερεθίζοντας έτσι το φάρυγγα για να προκαλέσουν εμετό, αλλά από τη στιγμή που αυτή η πρακτική χρησιμοποιείται τακτικά, μετά από κάποιο εύλογο χρονικό διάστημα οι περισσότεροι από αυτούς μπορούν να προκαλέσουν εμετό κατά βούληση, δηλαδή ο εμετός γίνεται αντανακλαστικά. Ο λόγος που υιοθετείται αυτή η πρακτική του αυτοπροκαλούμενου εμετού σχετίζεται με το ότι το άτομο ανακουφίζεται από το επιγαστρικό άλγος και το μετεωρισμό και του επιτρέπεται να συνεχίζει να τρώει χωρίς το φόβο της αύξησης του σωματικού βάρους.(16,98) Η κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών και υποκλυσμών (που είναι ειρωνικό το πόσο λίγο μπορούν να βοηθήσουν στην μείωση των θερμίδων που προσλαμβάνει ο οργανισμός τελικά), όπως και η νηστεία και η υπερβολική σωματική άσκηση στοχεύουν στην αποτροπή της αύξησης του βάρους. Αν και πολλά άτομα έχουν περιστασιακά υπερφαγικά επεισόδια - σε μια έρευνα φάνηκε ότι 50% των φοιτητών του δείγματος είχαν περιστασιακά υπερφαγικά επεισόδια (66) - και

κάποια από αυτά τα άτομα μπορεί να πειραματίζονται και με τις καθαρτικές συμπεριφορές, η διάγνωση της Νευρογενούς Βουλιμίας απαιτεί ότι τα επεισόδια της υπερφαγίας και καθαρτικής συμπεριφοράς συμβαίνουν τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα για 3 μήνες.(16)

Στο DSM-IV (2) αναφέρεται ότι η διάγνωση της Νευρογενούς Βουλιμίας δε θα πρέπει να δίνεται σε άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία.(54) Όταν τα επεισόδια υπερφαγίας και η καθαρτική συμπεριφορά επισυμβαίνουν μόνο μέσα στα πλαίσια ενός τρέχοντος επεισοδίου Νευρογενούς Ανορεξίας και του πολύ χαμηλού βάρους που προϋποθέτει η τελευταία, η διάγνωση που θα πρέπει να δίνεται σε μια τέτοια περίπτωση είναι Νευρογενής Ανορεξία – Υπερφαγικός / Καθαρτικός Τύπος και όχι να δίνεται μια επιπρόσθετη διάγνωση Νευρογενούς Βουλιμίας.(16,54)

Η Νευρογενής Βουλιμία είναι συχνότερη από τη Νευρογενή Ανορεξία. Σε ό,τι αφορά το βάρος τους οι ασθενείς με Νευρογενή Βουλιμία συνήθως κυμαίνονται γύρω από το φυσιολογικό, αν και ορισμένες φορές μπορεί να είναι ελλιποβαρείς ή σε αντίθεση υπέρβαρες.(19,98) Τα άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία μοιράζονται πολλά κοινά χαρακτηριστικά και παρουσιάζουν την ίδια χασοτική εικόνα που συναντάμε και στα άτομα που πάσχουν από τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας.(19,54) Όπως και με τους ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία έτσι και με τους ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία υπάρχει έντονος ο φόβος του πάχους ενώ η αυτοεκτίμησή τους στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στο να διατηρήσουν ένα κανονικό βάρος (16) και στις δύο διαταραχές η αυτοαξιολόγηση βασίζεται κατεξοχήν στο σωματικό βάρος και σχήμα.(98) Επίσης, οι βουλιμικοί, όπως ακριβώς και οι ανορεκτικοί, έχουν διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματός τους, πιστεύοντας ότι είναι υπέρβαροι ακόμα και όταν το βάρος τους είναι σχετικά κοντά στο όριο του φυσιολογικού.(16) Οι ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι σε θέματα που αφορούν την εξωτερική τους εμφάνιση και την εικόνα του σώματός τους, ενδιαφέρονται πολύ για το πώς τους βλέπουν οι άλλοι και ανησυχούν για την ελκυστικότητα και την σεξουαλικότητά τους, για την οποία, σε αντίθεση με τους ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, έχουν έντονο ενδιαφέρον.(98)

Μια σημαντική διαφορά ανάμεσα στους ασθενείς που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας και αυτούς που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία είναι ότι οι τελευταίοι κατορθώνουν να διατηρούν το σωματικό βάρος τους μέσα στα φυσιολογικά-αναμενόμενα πλαίσια.(19) Το γεγονός ότι το άτομο που πάσχει από Νευρογενή Βουλιμία διατηρεί ένα λίγο-πολύ φυσιολογικό σωματικό βάρος είναι ένας από τους παράγοντες που διευκολύνει τον ασθενή στο να αποκρύπτει τη διαταραχή του.(4,54) Ένας άλλος παράγοντας που διευκολύνει τους ασθενείς να αποκρύπτουν τη διαταραχή τους είναι το γεγονός ότι εμφανίζουν μια έστω και επιφανειακή προσαρμοστικότητα στον εργασιακό χώρο, στο σχολείο, και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Ιδιαίτερη έμφαση και προσοχή πρέπει να δοθεί στη λέξη «επιφανειακή», καθώς με μια πιο προσεκτική ματιά, μπορεί κανείς να ανακαλύψει μια σειρά προβλημάτων και μάλιστα σημαντικών σε όλους τους προαναφερθέντες τομείς της ζωής του ατόμου, που πάσχει από Νευρογενή Βουλιμία.(19)

Όπως και με τη Νευρογενή Ανορεξία έτσι και με τη Νευρογενή Βουλιμία μπορούν να αναγνωριστούν δύο τύποι:

- Καθαρτικός Τύπος: το άτομο που πάσχει από αυτό τον τύπο της Νευρογενούς Βουλιμίας συχνά καταφεύγει σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς, την κατάχρηση καθαρτικών (υπακτικών, διουρητικών, υποκλυσμών) (16,19)
- Μη Καθαρτικός Τύπος: το άτομο που πάσχει από αυτό τον τύπο της Νευρογενούς Βουλιμίας χρησιμοποιεί άλλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές όπως η νηστεία και η υπερβολική σωματική άσκηση. (16,19) Όπως είναι αναμενόμενο, τα άτομα που ανήκουν σε αυτό τον τύπο Νευρογενούς Βουλιμίας τείνουν να έχουν μεγαλύτερο σωματικό βάρος από τα άτομα που ανήκουν στον Καθαρτικό Τύπο επίσης έχουν υπερφαγικά επεισόδια με μικρότερη συχνότητα και επιδεικνύουν λιγότερο έντονη ψυχοπαθολογία από ότι ο Καθαρτικός Τύπος. (16,65)
- **Επιδημιολογία**

Τα στοιχεία από στατιστικές και επιδημιολογικές μελέτες σχετικά με τη Νευρογενή Βουλιμία είναι μάλλον περιορισμένα και ως επί το πλείστον προέρχονται από το βορειοαμερικανικό χώρο. Ως κύρια αιτία της έλλειψης

αυτής στοιχείων αναγνωρίζεται η όχι τόσο εμφανής συμπτωματολογία της διαταραχής καθώς και το γεγονός ότι η εμφάνιση των ασθενών δεν υποδηλώνει την ασθένειά τους (σε αντίθεση με τους ασθενείς της Νευρογενούς Ανορεξίας που έχουν ένα έντονα παθολογικό παρουσιαστικό), οι ίδιοι φροντίζουν να αποκρύπτουν τη συμπτωματολογία τους και δεν κινητοποιούνται εύκολα για να επισκεφθούν ειδικούς λόγω των ενοχών και των συναισθημάτων ντροπής.(52) Αν και δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα ερευνών για να καθορίσουμε συγκεκριμένες επιδημιολογικές τάσεις στην εμφάνιση της Νευρογενούς Βουλιμίας, οι έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες που είναι γεννημένες μετά το 1960 έχουν υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν αυτή τη νόσο από αυτές που έχουν γεννηθεί πριν το 1960.(54)

Η Νευρογενής Βουλιμία είναι πιο συχνή από τη Νευρογενή Ανορεξία.(4,19) Από προσεκτικές μελέτες έχει προκύψει ότι, αν και τα επεισόδια υπερφαγίας είναι συχνά, η ολοκληρωμένη εικόνα της Νευρογενούς Βουλιμίας είναι πολύ λιγότερο συχνή, και σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία φαίνεται να προσβάλλει το 1% - 4% των έφηβων και νεαρών ενήλικων γυναικών στην Αμερική. (16,19,52,54,98,41) Αυτές οι εκτιμήσεις είναι μάλλον συντηρητικές καθώς στη διαταραχή αυτή οι ασθενείς διακατέχονται από μυστικοπάθεια και το αποτέλεσμα αυτής είναι πολλά περιστατικά να μην καταγράφονται ποτέ.(19) Βέβαια, υπάρχουν και αναφορές σε πολύ μεγαλύτερα από τα προαναφερθέντα ποσοστά, όπως αυτή που θέλει ένα ποσοστό 5% - 10% των γυναικών στην Αμερική να διαγιγνώσκονται ως πάσχουσες με Νευρογενή Βουλιμία.(4)

Σε ό,τι αφορά τις άτυπες μορφές εκδήλωσης της διαταραχής τα ποσοστά επιπολασμού φαίνονται να είναι πολύ υψηλότερα. (2,52) Οι έρευνες αναφέρουν ότι περίπου το 36% των νεαρών ενήλικων γυναικών εμφανίζει μια υποτυπώδη μορφή της Νευρογενούς Βουλιμίας.(19)

Η Νευρογενής Βουλιμία κατά κύριο λόγο προσβάλλει τις γυναίκες (4,54,98), οι οποίες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην ανάπτυξη Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής γενικότερα.(19) Περίπου το 90% των ατόμων που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία είναι γυναίκες (16), ενώ οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 90% των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί γενικά με κάποια από τις Διαταραχές Διατροφής.(19) Η αναλογία ανδρών και γυναικών είναι περίπου 1:10.(19,54) Οι περισσότερες έρευνες δείχνουν ότι η



υπέρμετρη ενασχόληση με την τροφή και το βάρος είναι εντυπωσιακά συχνή ανάμεσα στο γυναικείο πληθυσμό και ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής έχουν αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό τα τελευταία 50 χρόνια. Προς απογοήτευση των ερευνητών, οι πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι οι περιορισμοί στο φαγητό, τα υπερφαγικά επεισόδια, οι καθαρτικές συμπεριφορές και η διαστρεβλωμένη εικόνα, χαρακτηριστικά που παλαιότερα θεωρούνταν ότι έκαναν την πρώτη τους εμφάνιση στην εφηβεία και τη νεαρή ενήλικη ζωή, τώρα πια έχουν αρχίσει να κάνουν αισθητή την εμφάνισή τους ακόμα και σε κορίτσια ηλικίας 9 ετών.(19)

Οι έρευνες δείχνουν ακόμα ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι πολύ συχνότερες ακόμα και σήμερα ανάμεσα στις γυναίκες της Καυκάσιας φυλής και της μέσης ή ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης.(19) Επίσης, συχνά αναφέρεται ότι προσβάλλουν κατά κανόνα άτομα εφηβικής και νεαρής ηλικίας και παρατηρούνται κατεξοχήν στις δυτικές πολιτισμικές κοινωνίες.(98) Ωστόσο, η εθνικότητα, η κοινωνικοοικονομική τάξη, ακόμα και το φύλο φαίνεται ότι στις τελευταίες έρευνες δεν παίζουν το ίδιο σημαντικό ρόλο όσο παλαιότερα, καθώς, σε αντίθεση με τη Νευρογενή Ανορεξία, η Νευρογενής Βουλιμία δείχνει πλέον να πλήττει αδιακρίτως όλες τις φυλετικές, εθνικές και κοινωνικοοικονομικές ομάδες του πληθυσμού.(4,19)

Λίγες έρευνες έχουν εστιάσει στο να κατανοήσουμε τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες. Ωστόσο, εντείνονται οι υποψίες ανάμεσα στους επαγγελματίες, που ασχολούνται με τη θεραπεία των ανδρών πασχόντων, ότι οι διαταραχές αυτές στους άνδρες καταγράφονται σε μικρότερο βαθμό, ο οποίος δεν αντανακλά την πραγματική κατάσταση. Οι επαγγελματίες αυτοί υποστηρίζουν ότι είναι απρόσμενο το ποσοστό εμφάνισης αυτών των διαταραχών ανάμεσα σε συγκεκριμένες υπο-ομάδες ανδρών. Πρόσφατες έρευνες αναφέρουν ότι αρκετά μεγάλα ποσοστά ομοφυλόφιλων ανδρών φαίνεται να πάσχουν από τέτοιες διαταραχές. Οι αναβάτες της ιππασίας, οι παλαιστές, οι χορευτές, οι body builders, οι παρουσιαστές και άλλες ομάδες επαγγελματιών, που καλούνται να χάνουν βάρος ή να διατηρούν ένα ιδανικό βάρος για να ανταποκριθούν στις επαγγελματικές απαιτήσεις και να επιτύχουν τους επαγγελματικούς στόχους τους, είναι επίσης ευάλωτοι στο να αναπτύξουν γενικότερα κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής και ειδικότερα Νευρογενή Βουλιμία. Βέβαια η εκδήλωση

της νόσου είναι κάποιες φορές διαφορετική για τους άνδρες. Οι διαφορές έγκεινται κυρίως στο ότι οι άνδρες ασχολούνται λιγότερο με ένα συγκεκριμένο ιδανικό βάρος ή με το μέγεθος των ρούχων που φοράνε και είναι περισσότερο ανήσυχοι για την γράμμωση των μυών τους και την αποφυγή εναπόθεσης λίπους στο σώμα τους.(19)

#### ▪ Διάγνωση

Η Νευρογενής Βουλιμία τυπικά ξεκινά αφότου μια νέα γυναίκα, που θεωρεί τον εαυτό της ως υπέρβαρο, ξεκινά μια δίαιτα και μετά από κάποια αρχική επιτυχία επιδίεται σε υπερφαγικά επεισόδια. Το άγχος που προκαλεί η έλλειψη ικανότητας να ελέγξει τον εαυτό της αναφορικά με το φαγητό και ο φόβος του πάχους την οδηγούν στην απόφαση να προσπαθήσει να αντισταθμίσει την υπερφαγία προκαλώντας εμετό ή παίρνοντας καθαρτικά.(54)

Τα επεισόδια υπερφαγίας ως επί το πλείστον σημειώνονται αργά το απόγευμα ή το βράδυ και σχεδόν πάντα όταν το άτομο είναι μόνο του. Το πάσχον άτομο που προσέρχεται σε μια κλινική εξειδικευμένη στη θεραπεία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής έχει υπερφαγικά επεισόδια και αυτοπροκαλούμενους εμετούς 5-10 φορές την εβδομάδα για 3-10 χρόνια. Αν και υπάρχει μεγάλη ποικιλία, τα υπερφαγικά επεισόδια συνήθως περιλαμβάνουν την πρόσληψη τροφής, που η θερμιδική της αξία κυμαίνεται γύρω στις 1000 θερμίδες, και γενικότερα οι τροφές που προτιμώνται είναι οι τροφές που είναι εύκολες στην κατάποση και συνήθως καταναλώνονται σαν επιδόρπιο (π.χ. παγωτό, μπισκότα, κέικ).(54)

#### **Διαγνωστικά κριτήρια**

Η Νευρογενής Βουλιμία χαρακτηρίζεται από την εναλλαγή επεισοδίων υπερφαγίας με αντιρροπιστικές-αντισταθμιστικές συμπεριφορές.(98) Το 1994 η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία δημοσίευσε τον αναθεωρημένο οδηγό ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών (A.P.A., DSM-IV) (2), σύμφωνα με τον οποίο η περιγραφή της Νευρογενούς Βουλιμίας βασίζεται στα ακόλουθα 5 κύρια κριτήρια(52):

1. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα δύο ακόλουθα στοιχεία:
  - κατανάλωση μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (π.χ. μέσα σε 2 ώρες) μιας ποσότητας τροφής η οποία είναι εμφανώς

μεγαλύτερη από αυτή που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια του ίδιου χρονικού διαστήματος και κάτω από ανάλογες συνθήκες

- μια αίσθηση απώλειας ελέγχου σε ό,τι αφορά την κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. το αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει το είδος ή την ποσότητα της τροφής που καταναλώνει).
2. Επανελημμένη ανάρμοστη/ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών, καθαρτικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμακευτικών ουσιών, νηστεία, υπερβολική σωματική άσκηση.
  3. Το επεισόδιο υπερφαγίας και η ανάρμοστη αντισταθμιστική / αντιρροπιστική συμπεριφορά εμφανίζονται και τα δύο, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα τουλάχιστον 3 μηνών.
  4. Η αυτο-αξιολόγηση επηρεάζεται υπέρμετρα και αδικαιολόγητα από το σχήμα του σώματος και το σωματικό βάρος.
  5. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά και σε αυτούσια μορφή κατά τη διάρκεια επεισοδίων Νευρογενούς Ανορεξίας.(52,54,98)

Επιπρόσθετα, στο DSM-IV (2) συμπεριλήφθησαν και οι νεότερες κλινικές παρατηρήσεις για τους τύπους εκδήλωσης της διαταραχής. Έτσι, γίνεται αναφορά σε 2 διαφορετικούς υπο-τύπους εκδήλωσης της Νευρογενούς Βουλιμίας, ο καθένας από τους οποίους έχει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά:

A) *Καθαρτικός Τύπος*: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Νευρογενούς Βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή την κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών

B) *Μη Καθαρτικός Τύπος*: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Νευρογενούς Βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες ανάρμοστες αντισταθμιστικές συμπεριφορές όπως η νηστεία ή η υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή στην κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.(52,54,98)

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ταξινομεί διαγνωστικά τη Νευρογενή Βουλιμία στο ICD-10, στον τελευταίο οδηγό ταξινόμησης που δημοσίευσε το 1992, και αναγνωρίζει 4 διαγνωστικά κριτήρια, τα οποία συνοπτικά αναφέρονται ως εξής:

1. οι ασθενείς εμφανίζουν μια υπέρμετρη ενασχόληση με το φαγητό και αισθάνονται μια έντονη επιθυμία για φαγητό. Συχνά εμφανίζουν τις λεγόμενες κρίσεις πολυφαγίας κατά τη διάρκεια των οποίων καταναλώνουν πολύ μεγάλες ποσότητες τροφής σε μικρό χρονικό διάστημα.
2. γίνεται προσπάθεια από τους ασθενείς να αποτραπεί η αύξηση του βάρους με τους ακόλουθους τρόπους:
  - αυτοπροκαλούμενους εμετούς
  - κατάχρηση σκευασμάτων που μειώνουν την όρεξη
  - εσκεμμένες περιόδους πείνας
  - λήψη διουρητικών ή σκευασμάτων που επιδρούν στους ενδοκρινικούς αδένες
3. υπέρμετρο άγχος για την αύξηση του βάρους τους. Οι ασθενείς θέτουν τα δικά τους όρια βάρους που σχεδόν πάντα βρίσκονται πολύ χαμηλότερα από τις ισχύουσες κλίμακες.
4. κατά διαστήματα εμφανίζουν και επεισόδια τυπικής Νευρο-γενούς Ανορεξίας.(52)

#### ▪ **Αξιολόγηση**

Η αξιολόγηση των ατόμων που υποθέτουμε ότι πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία περιλαμβάνει ανοικτές ερωτήσεις του συνεντευκτή για τους αυτοπροκαλούμενους εμετούς και για την πιθανότητα το άτομο να έχει χρησιμοποιήσει σιρόπι όπως το ipercac για να τους προκαλέσει. Θα πρέπει ακόμα ο ασθενής να ερωτηθεί αν έχει προβεί σε χρήση υπακτικών, διουρητικών, χαπιών δίαιτας και υποκλυσμών. Θα πρέπει επίσης να αποκτηθεί ένα ιστορικό του βάρους του ασθενούς έτσι ώστε ο ιατρός να μπορέσει να καθορίσει αν είχε προηγηθεί της υπερφαγίας Παχυσαρκία ή Νευρογενής Ανορεξία, όπως συχνά συμβαίνει. Τέλος, εξαιτίας της συνοσηρότητας που έχει παρατηρηθεί με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, ο συνεντευκτής θα πρέπει να βεβαιωθεί αν υπάρχει ιστορικό Αγχωδών Διαταραχών, Διαταραχών Διάθεσης ή Κατάχρησης Ουσιών.(54)

### ▪ Διαφοροδιάγνωση

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σημειώνει ότι η Νευρογενής Βουλιμία έχει αρκετές ομοιότητες με τη Νευρογενή Ανορεξία, αφού προϋποθέτει και αυτή ένα χαμηλό σωματικό βάρος.(52) Οι διαγνώσεις των δύο διαταραχών έχουν αρκετά κοινά κλινικά χαρακτηριστικά, το σημαντικότερο εκ των οποίων ίσως να είναι ο υπέρμετρος φόβος του πάχους. Κάποιοι μάλιστα υποστηρίζουν ότι υπάρχει πιθανότητα να μην πρόκειται για δύο διαφορετικές διαγνώσεις, αλλά για 2 παραλλαγές / εκδηλώσεις της ίδιας διαταραχής. Για παράδειγμα, τα δίδυμα αδέρφια των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί ως πάσχοντα από Νευρογενή Ανορεξία έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες, συγκρινόμενα με το γενικό πληθυσμό, να εμφανίσουν Νευρογενή Βουλιμία. (16,89)

Η Νευρογενής Βουλιμία γενικά δεν είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί δεδομένου ότι υπάρχει ένα πλήρες ιστορικό.(54) Για να δοθεί η διάγνωση της Νευρογενούς Βουλιμίας σε άτομο με κρίσεις υπερφαγίας και αντιρροπιστική / αντισταθμιστική ή καθαρτική συμπεριφορά, πρέπει να αποκλειστεί με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια η διάγνωση του Υπερφαγικού Καθαρτικού Τύπου της Ψυχογενούς Ανορεξίας.(98) Ο Υπερφαγικός / Καθαρτικός Τύπος της Νευρογενούς Ανορεξίας έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με τη Νευρογενή Βουλιμία, αλλά ωστόσο μπορεί να διαχωριστεί από το χαρακτηριστικό χαμηλό σωματικό βάρος αφενός και από την αμηνόρροια στις γυναίκες αφετέρου.(54)

Πολλοί που θεωρούν ότι πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία στην πραγματικότητα δεν πληρούν επαρκώς τα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση αυτή, είτε γιατί η συχνότητα των υπερφαγικών τους επεισοδίων είναι μικρότερη από 2 φορές την εβδομάδα, είτε γιατί αυτό που βιώνουν ως ένα υπερφαγικό επεισόδιο στην ουσία δεν περιλαμβάνει την κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας τροφής. Τα άτομα με αυτή τη συμπτωματολογία, λοιπόν, εμπίπτουν στην ευρεία και ετερογενή κατηγορία των άτυπων Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής (NOS). Ο όρος «Υπερφαγική Διαταραχή» ή «Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας» έχει προταθεί για μια διαφορετική άτυπη Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, η οποία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, παρόμοια με αυτά που απαντώνται στη Νευρογενή Βουλιμία, στην οποία όμως απουσιάζει η

συνήθης εμφάνιση των ανάρμοστων αντισταθμιστικών / αντιρροπιστικών συμπεριφορών. (54)

Ο κλινικός πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής δεν πάσχει από κάποια νευρολογική νόσο (π.χ. επιληπτικό ισοδύναμο), όγκο του κεντρικού νευρικού συστήματος ή ένα από τα σπάνια σύνδρομα Klüver - Bucy ή Kleine - Levin. Το σύνδρομο Klüver - Bucy χαρακτηρίζεται από οπτική αγνωσία, καταναγκαστική συμπεριφορά γλειψίματος ή δαγκώματος, εξέταση των αντικειμένων με το στόμα, απάθεια, παρεκκλίνουσα σεξουαλική συμπεριφορά (συνήθως υπερσεξουαλικότητα) και παρεκκλίνουσες διατροφικές συνήθειες (συνήθως υπερφαγία). Το σύνδρομο Kleine - Levin χαρακτηρίζεται από περιοδική εμφάνιση υπερυπνίας, που μπορεί να διαρκέσει 2-3 εβδομάδες και συνοδεύεται από υπερφαγία. Για το σύνδρομο αυτό η έναρξη συνήθως τοποθετείται στην εφηβεία αλλά είναι συχνότερο στους άνδρες.(98)

#### ▪ Συνοσηρότητα

Ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει τη θεραπεία της Νευρογενούς Βουλιμίας είναι η παρουσία και άλλων σοβαρών ψυχιατρικών ή και ιατρικών ασθενειών.(54) Σε σύγκριση με τη Νευρογενή Ανορεξία, η Νευρογενής Βουλιμία φαίνεται να έχει συνδεθεί με περισσότερους παράγοντες συνοσηρότητας.(19) Για παράδειγμα, συχνή είναι η συνοσηρότητα με Διαταραχή Εξάρτησης από Ουσίες.(19,54) Φαίνεται ότι οι ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία, είναι επιρρεπείς στην ανάπτυξη ουσιοεξαρτήσεων, όπως αλκοολισμού αλλά και προβλήματα εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες.(16,19,54,98) Είναι λοιπόν, εξαιρετικά δύσκολο για άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών ή αλκοόλ να ακολουθήσουν θεραπευτικές διαδικασίες και πολλοί είναι οι θεραπευτές που σε αυτές τις περιπτώσεις θα προτείνουν πρώτα να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά το θέμα της χρήσης ουσιών πριν ξεκινήσει η θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της Νευρογενούς Βουλιμίας.(54)

Τα άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία σε μεγάλο ποσοστό υποφέρουν και από Διαταραχές Διάθεσης (π.χ. Μείζονα Κατάθλιψη (19,52,54,59), Δυσθυμία).(19,54,98) Μια μελέτη διδύμων κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η Νευρογενής Βουλιμία και η Κατάθλιψη είναι και γενετικώς συνδεδεμένες.(90) Έχει βρεθεί μέσα από μελέτες ότι υπάρχει υψηλότερη συχνότητα Διαταραχών Διάθεσης ανάμεσα σε βιολογικούς συγγενείς 1<sup>ου</sup>

βαθμού ατόμων που έπασχαν από Νευρογενή Βουλιμία, γεγονός που ενισχύει τα δεδομένα που υποστηρίζουν ότι υπάρχει συνοσηρότητα Νευρογενούς Βουλιμίας, Διαταραχών Διάθεσης, κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών και εξάρτησης από αυτές.(19)

Η Νευρογενής Βουλιμία φαίνεται να εμφανίζεται συχνά και με Αγχώδεις Διαταραχές.(3,10,16,19,54,55,70,65,80) Ακόμα αναφορά γίνεται και για συνοσηρότητα με Διασχιστική Διαταραχή.(19) Γενικότερα οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν αναρίθμητα προβλήματα, που αφορούν τον έλεγχο παρορμήσεων.(19,98) Έτσι ανάμεσα στους ασθενείς συχνά απαντώνται προβλήματα που σχετίζονται άμεσα με τον ανεπαρκή έλεγχο των παρορμήσεων όπως ο αυτοκτονικός ιδεασμός, οι αυτο-τραυματισμοί και γενικότερα η αυτοκτονική συμπεριφορά, καθώς και η ασύδοτη σεξουαλική συμπεριφορά. (16,19,98) Όπως περιέργως, η Νευρογενής Βουλιμία σχετίζεται και με την κλοπή, καθώς οι ασθενείς συχνά εμφανίζουν και κλεπτομανία.(16,19,79) Αυτός ο συνδυασμός συμπεριφορών μπορεί να αντανακλά μια παρορμητικότητα και μια έλλειψη αυτοελέγχου, χαρακτηριστικά που μπορεί να σχετίζονται με τη συμπεριφορά που έχουν οι πάσχοντες και κατά τη διάρκεια του υπερφαγικού τους επεισοδίου.(16)

Συχνή είναι η αναφορά και σε Διαταραχές της Προσωπικότητας σχετικά με τη συνοσηρότητα.(3,10,54,55,80) Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στη βιβλιογραφία στη Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας (19,52), αλλά και στη Ναρκισσιστική (19,52,98), Εξαρτητική(19,98) και Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας (52).

Ανάμεσα στους ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία και έχουν εξεταστεί σε κλινικές εξειδικευμένες για Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής υπάρχει μια αυξανόμενη συχνότητα των περισσότερων από των προαναφερθείσων διαταραχών. Ωστόσο δεν είναι βέβαιο ότι αυτό παρατηρείται και στους ασθενείς που δεν έχουν επισκεφθεί κάποια κλινική ή είναι αποκλειστικό χαρακτηριστικό των ασθενών εκείνων που αναζητούν θεραπεία.(54)

#### ▪ Παθοφυσιολογία

Το κόστος της βουλιμικής συμπτωματολογίας για τον οργανισμό του ασθενούς είναι μεγάλο.(4) Η Νευρογενής Βουλιμία είναι μια πολύ σοβαρή διαταραχή με πολλές σύνοδες αρνητικές σωματικές επιπτώσεις και ιατρικές

επιπλοκές πολλαπλές και σοβαρές(16,19), ιδιαίτερα για τους ασθενείς που εμφανίζουν τον Καθαρτικό Τύπο της διαταραχής.(98)

Η Νευρογενής Βουλιμία έχει συνδεθεί με την ανάπτυξη ανωμαλιών ύδατος και ηλεκτρολυτών, που απαντώνται σε ποσοστό 25%-50% των ασθενών, και οφείλονται στους αυτοπροκαλούμενους εμετούς και την κατάχρηση υπακτικών (που προκαλεί διάρροια)(16) και διουρητικών.(4,16,54) Οι ανωμαλίες των ηλεκτρολυτών (π.χ. υποκαλιαιμία, υποχλωραιμική αλκάλωση, υπονατριαιμία) (54,98) μπορεί να λειτουργήσουν ως προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη καρδιακών παθήσεων, καθώς όπως σημειώνεται π.χ. η χρήση του ipecac αλλά και άλλων καθαρτικών μπορεί να προκαλέσει μη αναστρέψιμη βλάβη στην καρδιακή λειτουργία και στο μυϊκό ιστό.(4,19,98) Η μακρόχρονη χρήση του σιροπιού ipecac για την πρόκληση εμετού μπορεί να οδηγήσει στην απορρόφηση κάποιων αλκαλοιδών που έχουν σαν αποτέλεσμα μόνιμες βλάβες των νεύρων και των μυών.(54) Έτσι, πόνοι στο στήθος, αρρυθμίες και τάσεις για λιποθυμία θα μπορούσαν να αποτελούν ενδείξεις κατάχρησης καθαρτικών. (4,19,98) Επίσης, είναι πιθανό εξαιτίας της διαταραχής των ηλεκτρολυτών να σημειωθούν και προβλήματα αφυδάτωσης και μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος.(4) Επιπρόσθετα, η διαταραχή της ισορροπίας των ηλεκτρολυτών έχει συνδεθεί στενά με μια γενικευμένη αίσθηση αδυναμίας, σύγχυσης, αλλά και σημαντικές δυσκολίες των μνημονικών διεργασιών και της σκέψης καθώς και συναισθηματική αστάθεια.(19) Οι ασθενείς που χάνουν σημαντική ποσότητα του στομαχικού οξέως μέσω του εμετού μπορεί να καταλήξουν ελαφρώς αλκαλωτικοί και αυτοί που κάνουν κατάχρηση καθαρτικών μπορεί να καταλήξουν ελαφρώς ασιδωτικοί.(54)

Στις γυναίκες με Νευρογενή Βουλιμία η ολιγομηνόρροια είναι πολύ αυξημένη, αλλά σπάνια σημειώνεται αμηνόρροια που να συνεχίζεται για περισσότερο από 3 κύκλους.(54,98) Γενικότερα, περίπου το 30% των γυναικών, που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία, θα εμφανίζουν κάποιου είδους ανωμαλία στον εμμηνορρυσιακό κύκλο.(19)

Οι ασθενείς, που για πολλά χρόνια χρησιμοποιούν τον αυτοπροκαλούμενο εμετό ως αντισταθμιστική συμπεριφορά, μπορεί να παρουσιάσουν κακή στοματική υγεία, με συχνότερο πρόβλημα την διάβρωση της οδοντοστοιχίας τους.(54) Η διάβρωση της αδαμαντίνης των δοντιών



επέρχεται καθώς τα οξέα του στομάχου αποβάλλονται από τη στοματική κοιλότητα και καταστρέφουν την οδοντοστοιχία.(16,19) Συνεπώς, δεν είναι παράξενο το ότι η Νευρογενής Βουλιμία συχνά εντοπίζεται από τους οδοντίατρους.(19)

Συχνή είναι και η περίπτωση των ασθενών που υποφέρουν από την επώδυνη διόγκωση ή και φλεγμονή των σιελογόνων αδένων, που μάλλον αντανακλά μια υπερτροφία, που οφείλεται στα επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας και αυτοπροκαλούμενων εμετών.(16,19,54) Η διόγκωση των παρωτίδων μπορεί να δώσει στο πρόσωπο ένα σχήμα στρογγυλεμένο, την αίσθηση ότι είναι πρησμένοι οι αδένες και αυτό είναι χαρακτηριστικό των ατόμων, που προκαλούν καθημερινά εμετό.(19)

Οι ενδοκρινικές και γαστρεντερολογικές ανωμαλίες επίσης είναι παρούσες στη Νευρογενή Βουλιμία. Έλκος στομάχου και παγκρεατίτιδα μπορούν τελικά να αποβούν απειλητικά για τη ζωή του ατόμου.(19) Ιδιαίτερα σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή του ατόμου είναι επιπλοκές όπως η ρήξη οισοφάγου ή του στομάχου, οι γαστρικές ή οισοφαγικές αιμορραγίες, οι οποίες όμως επιπλοκές απαντώνται, αλλά ευτυχώς, όχι συχνά.(54,98) Μερικοί βουλιμικοί, ωστόσο, έχει αναφερθεί ότι κατά την διάρκεια ενός υπερφαγικού επεισοδίου είναι ικανοί να καταναλώσουν ακόμα και 15.000 θερμίδες μέσα σε λίγες ώρες, αφήνοντας έτσι το στομάχι τους ευάλωτο στην διάβρωση. Οι γαστρικές διαβρώσεις αποτελούν ένα επείγον ιατρικό περιστατικό με ποσοστό θνησιμότητας μεγαλύτερο του 80%.(19)

#### ▪ Πορεία της διαταραχής και πρόγνωση

Ίσως εξαιτίας του ότι η διαταραχή αυτή αναγνωρίστηκε τόσο πρόσφατα, η πορεία της δεν είναι ξεκάθαρη, καθώς δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα για τη μακροχρόνια πορεία της.(98)

Συχνά, στο ιστορικό των ασθενών αναφέρεται αυξημένο βάρος ή και παχυσαρκία πριν από την εκδήλωση της διαταραχής. (16,98) Η έναρξη της Νευρογενούς Βουλιμίας γίνεται συνήθως προς τα τέλη της εφηβείας ή στην αρχή της ενηλικίωσης (16,98) και συχνά σχετίζεται με ένα στρεσογόνο γεγονός ή την απόπειρα του ατόμου να κάνει δίαιτα.(16,19) Συχνά η έναρξη τοποθετείται μετά από μια περίοδο δίαιτας και μιας γενικότερης ανησυχίας του ατόμου για το βάρος (π.χ. υποκειμενική εντύπωση του ατόμου ότι είναι υπέρβαρο, φόβος του πάχους).(57) Προς απογοήτευση των ερευνητών, οι

πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει 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 αισθητή την εμφάνισή τους ακόμα και σε κορίτσια ηλικίας 9 ετών.(19)

Γενικά, δείχνει να έχει θετικότερη μακροχρόνια έκβαση και κατά συνέπεια πρόγνωση από τη Νευρογενή Ανορεξία. Η πρόγνωση φαίνεται να εξαρτάται από τη σοβαρότητα των συνεπειών της καθαρτικής συμπεριφοράς, και πράγματι οι βουλιμικοί ασθενείς μπορούν να παρουσιάσουν ένα πλήθος ιατρικών προβλημάτων-επιπλοκών.(52,98) Σε κλινικά δείγματα, η Νευρογενής Βουλιμία φαίνεται να είναι χρόνια, με υφέσεις και εξάρσεις στην πορεία της καθώς και συχνές εναλλαγές στη σοβαρότητα της συμπτωματολογίας.(19,54,98) Η τελική έκβαση της νόσου δεν είναι προβλέψιμη, αλλά αρκετές είναι οι αναφορές ότι οι πάσχοντες από Νευρογενή Βουλιμία σημειώνουν βελτίωση με την πάροδο του χρόνου και την συνεχόμενη θεραπευτική παρέμβαση.(19)

Συνοπτικά αναφέρεται πως υπολογίζεται ότι:

- 1/3 των περιπτώσεων έχει φτωχή πρόγνωση, με χρόνια συμπτώματα για τα οποία συχνά θα χρειαστεί νοσηλεία
- περισσότερο από το 1/3 εμφανίζει μικρή βελτίωση των συμπτωμάτων
- λιγότερο από το 1/3 έχει καλή πορεία με ικανοποιητική σταθερή βελτίωση.(98)

Ορισμένες κλινικές δοκιμές δείχνουν ότι δομημένες μορφές ψυχοθεραπείας μπορούν να αποδώσουν θεραπευτικά και να έχουν και σημαντικά και μόνιμα αποτελέσματα σε μεγάλο αριθμό ατόμων, που ολοκληρώνουν το θεραπευτικό πρόγραμμα.(54) Πιο συγκεκριμένα, σε ό,τι αφορά ασθενείς που κατόρθωσαν να ολοκληρώσουν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, αναφέρεται μείωση τουλάχιστον κατά 50% των επεισοδίων υπερφαγίας και των καθαρτικών συμπεριφορών.(98)

Όσον αφορά τους παράγοντες, που αποτελούν θετικούς προγνωστικούς δείκτες, αυτοί δεν είναι ξεκάθαροι, αλλά υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτοί που κατορθώνουν να σταματήσουν τα υπερφαγικά επεισόδια και τις αντισταθμιστικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια ενός θεραπευτικού

προγράμματος έχουν και τις λιγότερες πιθανότητες να υποτροπιάσουν.(54) Με βάση τα δεδομένα, που προέρχονται από εξωνοσοκομειακούς ασθενείς και μακροπρόθεσμα follow-ups, η βελτίωση φαίνεται να διατηρείται για 5 χρόνια και οι μισοί από τους ασθενείς να επανέρχονται μετά το διάστημα αυτό. (12,16,98) Ωστόσο, αν και κατά τη φάση της βελτίωσης, οι ασθενείς δεν είναι εντελώς ελεύθεροι συμπτωμάτων.(98)

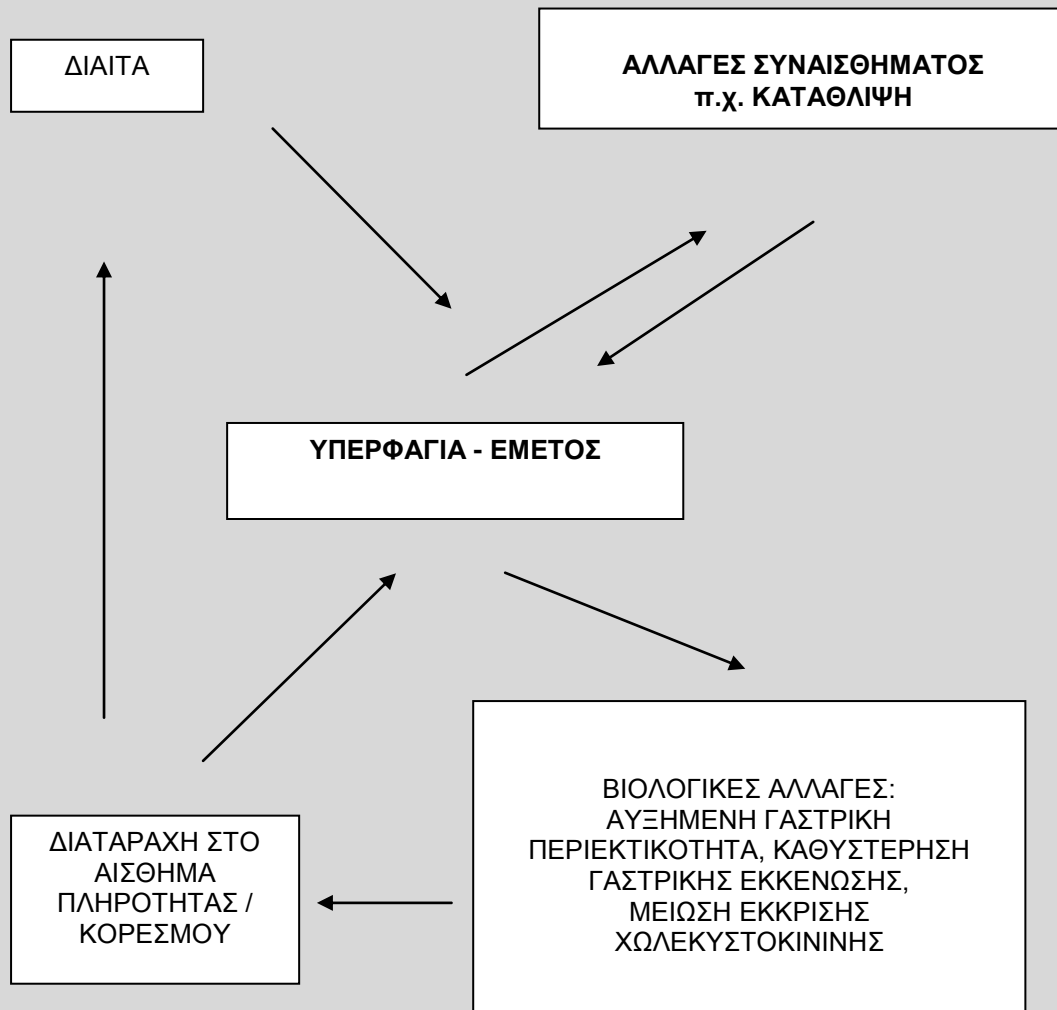
Επίσης φαίνεται ότι, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του ατόμου όταν θα γίνει η πρώτη κλινική παρέμβαση, τόσο μεγαλύτερο είναι το ρίσκο της υποτροπής και συνεπώς της χρονιότητας. Μια τέτοια παρατήρηση οδηγεί στο συμπέρασμα ότι όσο νωρίτερα η Νευρογενής Βουλιμία διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί τόσο καλύτερη θα είναι και η έκβαση.(19) Στις περιπτώσεις δε, που υπάρχει και συνοδός μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο ή συνοσηρότητα με διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, είναι πολύ σοβαρός ο κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας.(98) Το ποσοστό θνησιμότητας είναι άγνωστο, αλλά αν ο ασθενής καταλήξει εκεί, αυτό θα οφείλεται στις επιπτώσεις που έχουν στον οργανισμό οι καθαρικές συμπεριφορές.(19)

#### ▪ **Αιτιολογία**

Η αιτιολογία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής παραμένει αδιευκρίνιστη καθώς, όπως συμβαίνει και με τις περισσότερες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, θεωρείται ότι είναι πολυπαραγοντική.(19,54) Είναι μάλλον απίθανο ένας και μοναδικός παράγοντας να ευθύνεται για την εκδήλωση μιας από αυτές τις διαταραχές, και έτσι η αναζήτηση ενός αιτιολογικού παράγοντα είναι ένα άκαρπο εγχείρημα. (4,16,52) Πολλοί τομείς της σύγχρονης έρευνας προτείνουν ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής έρχονται σαν αποτέλεσμα όταν διάφορες επιρροές συγκλίνουν στη ζωή ενός ανθρώπου.(16) Το αν και κατά πόσο μια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής θα εμφανιστεί και θα συνεχίσει την πορεία της, εξαρτάται από την παρουσία συνθηκών, που ενεργοποιούν την επιρρέπεια του ατόμου σε ειδικούς παράγοντες κινδύνου ή το προσανατολίζουν προς την κατεύθυνση προστατευτικών μηχανισμών. Η διαπλοκή και η αλληλεπίδραση μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων φαίνεται ότι μπορεί να δώσει απαντήσεις σχετικά με την αιτιοπαθογένεια των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(19,54) Πιο συγκεκριμένα, έχουν ενοχοποιηθεί για την εκδήλωση των διαταραχών αυτών οι γενετικές καταβολές, βιολογικοί και

ιατρικοί παράγοντες, οικογενειακές επιρροές, κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις, η προσωπικότητα καθώς και η αναπτυξιακή φάση που διάγει το άτομο.(52)

#### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ



#### Προδιαθεσικοί παράγοντες και παράγοντες που συμβάλλουν στη διαίωνιση της νευρογενούς βουλιμίας

Διάφοροι παράγοντες ξεκάθαρα λειτουργούν προδιαθεσικά στην ανάπτυξη της Νευρογενούς Βουλιμίας.(54) Ανάμεσα σε αυτούς τους παράγοντες περιλαμβάνονται η ηλικία και το φύλο καθώς η πλειοψηφία των ασθενών, που πάσχουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, -περίπου το 90% - είναι έφηβες ή νεαρές ενήλικες γυναίκες.(52,54) Επίσης, ένα ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας φαίνεται να αυξάνει την επικινδυνότητα.

Μελέτες διδύμων δείχνουν ότι κληρονομικοί παράγοντες συνδέονται με την επικινδυνότητα για την ανάπτυξη Νευρογενούς Βουλιμίας, αλλά το ποιοι είναι αυτοί οι παράγοντες και πως λειτουργούν είναι άγνωστο.(54) Άτομα νεαρής ηλικίας, που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα όπως π.χ. διαβήτη, άσθμα, ή που παρουσίασαν πρώιμη ήβη, διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο από το μέσο όρο των συνομηλίκων τους να εμφανίσουν διαταραχές διατροφής.(52)

Τα άτομα, που πάσχουν από Διαταραχές της Διάθεσης (κυρίως Κατάθλιψη), Διαταραχές της Προσωπικότητας (κυρίως Αποφευκτική, Ναρκισσιστική και Οριακή) ή που έχουν υποστεί κακοποίηση κατά την παιδική τους ηλικία, φαίνεται να διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο εκδήλωσης διατροφικών προβλημάτων.(52,54) Η πιθανότητα να συναντήσουμε Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής ανάμεσα σε ομάδες ατόμων, που αναμένονται να ασχολούνται σε υπερβολικό βαθμό με το βάρος τους, είναι ιδιαίτερα αυξημένη.(35) Πιο συγκεκριμένα ομάδες επαγγελματιών, που καλούνται να χάνουν βάρος ή να διατηρούν ένα ιδανικό βάρος για να ανταποκριθούν στις επαγγελματικές απαιτήσεις και να επιτύχουν τους επαγγελματικούς στόχους τους, είναι επίσης ομάδες ατόμων ιδιαίτερα ευάλωτων στην ανάπτυξη Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής και ειδικά Νευρογενούς Βουλιμίας.(19) Έχει φανεί από τις μελέτες ότι υψηλότερα ποσοστά των διαταραχών αυτών απαντώνται ανάμεσα σε συγκεκριμένα επαγγέλματα (π.χ. μοντέλα, παρουσιαστές, χορευτές, καλλιτέχνες, στρατιωτικοί), αλλά και σε συγκεκριμένα αθλήματα (π.χ. πάλη, ιππασία, τρέξιμο, body building, ρυθμική γυμναστική). (35,52,54)

Τέλος, αν και αυτό δεν έχει αποδειχθεί, φαίνεται πιθανό ότι διάφοροι παράγοντες μπορεί να συμβάλλουν στη διαίωνιση των υπερφαγικών επεισοδίων από την στιγμή που αυτά έχουν ήδη ξεκινήσει. Εν πρώτοις, η πλειονότητα των ατόμων, που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία, εξαιτίας της ανησυχίας τους για το βάρος και τις επιπτώσεις των υπερφαγικών επεισοδίων, επιχειρούν να περιορίσουν την πρόσληψη τροφής τις ώρες που δεν έχουν υπερφαγικό επεισόδιο. Οι ψυχολογικοί και σωματικοί περιορισμοί, που αποτελούν αναπόσπαστο μέρος, πιθανόν να κάνουν τα υπερφαγικά επεισόδια περισσότερο πιθανά. Επιπρόσθετα, ακόμα και αν μια Διαταραχή Διάθεσης δεν είναι παρούσα κατά την έναρξη, οι πάσχοντες αγχώνονται πολύ με την ανικανότητά τους να ελέγξουν την ποιότητα ή την ποσότητα της τροφής

τους και η συνακόλουθη μείωση της αυτο-εκτίμησής συμβάλλουν στην εκδήλωση Διαταραχών Διάθεσης και στην μειωμένη ικανότητα να ελέγξουν την παρόρμησή τους σε ό,τι αφορά την υπερφαγία.(54)

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ (52)	
1.	<b>Κοινωνία</b>
	Σύγχρονα ιδεώδη ομορφιάς
	Ύπαρξη άφθονης τροφής
2.	<b>Οικογένεια</b>
	Μεγάλη άσκηση ελέγχου και ελλιπής υποστήριξη της αστυνομίας
	Μειωμένη συναισθηματική ενσυναίσθηση και υποστήριξη
	«Μπλοκάρισμα» της συναισθηματικής έκφρασης – γελοιοποίηση αυθόρμητης έκφρασης συναισθημάτων
	Υπεραξιολόγηση και υπερτονισμός της αυξημένης επίδοσης , της διάκρισης και της επιτυχίας
3.	<b>Άτομο</b>
	Έφηβες ή νεαρές γυναίκες
	Χαμηλή αυτοεκτίμηση και χαμηλό αυτοσυναίσθημα
	Έλλειψη αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας
	Έλλειψη πίστης και σιγουριάς για τον εαυτό και τις δυνατότητές του
	Συνεχή τάση συμμόρφωσης με τις επιθυμίες των άλλων και ικανοποίηση των αναγκών αυτών
	Έντονη δυσαρέσκεια με το σωματικό βάρος και την εικόνα του σώματος

### Κακοποίηση

Ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι οι αναφορές για σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία είναι συχνότερες από το μέσο όρο στους ασθενείς που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής.(16,19) Από τη στιγμή όμως, που κάποια δεδομένα υποστηρίζουν ότι τέτοιου είδους αναφορές για κακοποίηση μπορεί να παράγονται στη σκέψη του θεραπευόμενου στην πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας, είναι αξιοσημείωτο το ότι αυτό το εύρημα έχει προκύψει τόσο από ασθενείς με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, που βρίσκονται στην εξέλιξη της θεραπείας τους, όσο και από ασθενείς, που δε δέχονται καμία θεραπευτική παρέμβαση.(91) Ωστόσο, αρκετές απόπειρες να επιβεβαιωθεί αυτό το εύρημα και από άλλες έρευνες απέτυχαν (78), και έτσι ο ρόλος των εμπειριών σεξουαλικής κακοποίησης στην αιτιοπαθογένεια των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής παραμένει αβέβαιος.(16)

Οι έρευνες ακόμα αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά σωματικής και ψυχολογικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία ανάμεσα σε ασθενείς με

κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Αυτά τα δεδομένα μας υποδεικνύουν να εστιάσουμε τις μελλοντικές έρευνες σε ένα ευρύτερο πεδίο εμπειριών κακοποίησης, και να μην περιοριζόμαστε αποκλειστικά στις εμπειρίες σεξουαλικής κακοποίησης. (16)

Η παρουσία ή η απουσία εμπειριών κακοποίησης αποτελεί έναν δυσάρεστο αλλά ξεκάθαρο αιτιολογικό παράγοντα. Στις περιπτώσεις που η κακοποίηση συμβαίνει σε πολύ μικρή ηλικία, περιλαμβάνει επιβολή με τη χρήση της σωματικής δύναμης του ενήλικου, και διαπράττεται από ενήλικο που είναι μέλος της οικογένειας, τότε ο συσχετισμός της κακοποιητικής εμπειρίας με την εκδήλωση κάποιας Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής είναι δυνατότερος από ότι σε κάθε άλλη περίπτωση.(20) Συνεπώς, ο θεραπευτής θα πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη του την πιθανότητα της ύπαρξης ιστορικού σεξουαλικής κακοποίησης στους ασθενείς τους πάσχοντες από κάποια Διαταραχή Προσληψης Τροφής.(19)

### **Χαρακτηριστικά της οικογένειας**

Ο ρόλος της δυναμικής της οικογένειας στην παθογένεση και διαίωνιση μιας Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Το πάσχον μέλος της οικογένειας κατά κάποιο τρόπο εξυπηρετεί μια σημαντική λειτουργία στη διατήρηση του status quo μέσα στο σύστημα της οικογένειας, καθώς είναι αυτό το άτομο που κρύβει ή μεταμορφώνει τις συγκρουσιακές σχέσεις μεταξύ των άλλων μελών της οικογένειας ή ακόμα και την ψυχοπαθολογία άλλων μελών της οικογένειας (π.χ. Διαταραχές Διάθεσης, Αγχώδεις Διαταραχές, Εξάρτηση από Ουσίες, συζυγικές διαφωνίες).(98)

Οι εμπειρικές μελέτες για τα χαρακτηριστικά των οικογενειών των ασθενών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής δίνουν διαφορετικά αποτελέσματα. Κάποιες από τις διαφοροποιήσεις αυτών των αποτελεσμάτων πηγάζουν από τις διαφορετικές μεθόδους, που χρησιμοποιούνται για τη συλλογή των δεδομένων και από τις πηγές των πληροφοριών.(16) Για παράδειγμα, οι αναφορές των ίδιων των ασθενών με συνέπεια αποκαλύπτουν υψηλά ποσοστά συγκρούσεων μέσα στις οικογένειές τους.(56) Ωστόσο, οι αναφορές των γονέων των ασθενών δεν περιλαμβάνουν απαραίτητα υψηλά επίπεδα ενδοοικογενειακών προβλημάτων. Σε μια έρευνα, στην οποία σημειώθηκε διαφοροποίηση στις αναφορές των γονέων των ασθενών σε σύγκριση με τις αναφορές των γονέων της ομάδας ελέγχου, οι γονείς των

ασθενών ανέφεραν υψηλά επίπεδα απομόνωσης και χαμηλά επίπεδα αμοιβαίας εμπλοκής και υποστήριξης.(47) Οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις φαίνεται να χαρακτηρίζουν τις οικογένειες κάποιων ασθενών που πάσχουν από Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. (16)

Οι οικογένειες των βουλιμικών ασθενών παρουσιάζουν την τάση να είναι χαοτικές, αποδεσμευμένες, με ανοικτές συγκρούσεις, χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τις οικογένειες αυτές από τις οικογένειες των ανορεκτικών. Στις οικογένειες των βουλιμικών οι σχέσεις είναι λιγότερο στενές, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών είναι ανοικτές και οι βουλιμικοί συχνά περιγράφουν τους γονείς τους ως απορριπτικούς και αδιάφορους. Επίσης, στις οικογένειες των βουλιμικών σημειώνεται με μεγαλύτερη συχνότητα η χρήση ουσιών ή εξάρτηση από αυτές καθώς και Διαταραχές Διάθεσης. Στο οικογενειακό ιστορικό συχνά κανείς ανευρίσκει αναφορές σε Κατάθλιψη ή και σε άλλες Διαταραχές της Διάθεσης.(98) Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά, που έχουν παρατηρηθεί και αναφέρονται στη βιβλιογραφία, θα μπορούσαν να είναι το αποτέλεσμα της Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής και όχι η αιτία της.

Μια μελέτη, που συνδέεται στενά με τη θεωρία του Minuchin, αξιολόγησε τόσο τους ασθενείς με κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής όσο και τους γονείς τους με βάση ερωτηματολόγια σχεδιασμένα για τη μέτρηση της αυστηρότητας, της εγγύτητας, της συναισθηματικής υπερεμπλοκής, των επικριτικών σχολίων και της εχθρότητας.(15) Σε αντίθεση με την θεωρία του Minuchin, οι οικογένειες επέδειξαν σημαντική διαφοροποίηση σε τομείς όπως ο εγκλωβισμός-παγίδευση και τα χαμηλά επίπεδα συγκρούσεων (χαμηλά επίπεδα κριτικής και εχθρότητας). Αν και αυτό το τελευταίο εύρημα θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι αντανακλά το χαρακτηριστικό που ο Minuchin είχε περιγράψει ως μια τακτική αποφυγής συγκρούσεων, η έλλειψη υπερεμπλοκής των γονέων στα ευρήματα της έρευνας είναι σε πλήρη ασυμφωνία με τις κλινικές περιγραφές του. Επίσης, σε ασυμφωνία με τη θεωρία του Minuchin, είναι και μια έρευνα οικογενειών, στην οποία οι αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν πριν αλλά και μετά τη θεραπεία των ασθενών.(97) Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας των οικογενειών έδειξε βελτίωση μετά τη θεραπεία, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με την ιδέα ότι η βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς θα έφερνε στην επιφάνεια άλλες ενδοοικογενειακές συγκρούσεις.(16)



Φαίνεται να υπάρχει ανάγκη να απομακρυνθούμε από τις αναφορές για τη λειτουργικότητα της οικογένειας και να ξεκινήσουμε να μελετάμε αυτές τις οικογένειες βασισμένοι σε δεδομένα που θα προέρχονται μέσα από την άμεση παρατήρηση. Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι ο τρόπος που αντιλαμβάνεται ο πάσχων τα χαρακτηριστικά της οικογένειάς του είναι άνευ σημασίας ή θα πρέπει να υποβαθμίζεται, αλλά ότι θα πρέπει να εστιάσουμε στο να καθορίσουμε το βαθμό στον οποίο η οικογένεια γίνεται αντιληπτή ως διαταραγμένη από το μέλος που πάσχει και το βαθμό στον οποίο η διαταραχή αυτή της οικογένειας είναι μια πραγματικότητα.(16) Σε μια από τις λίγες μέχρι τώρα έρευνες που διεξήχθησαν βασιζόμενες στην άμεση παρατήρηση, οι γονείς των παιδιών που έπασχαν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής δε φάνηκαν να είναι πολύ διαφορετικοί από τους γονείς της ομάδας ελέγχου. Οι δύο ομάδες δε διαφοροποιούνταν σε ότι αφορούσε την συχνότητα με την οποία απηύθυναν θετικά ή αρνητικά μηνύματα στα παιδιά τους. Ωστόσο, σημειώθηκαν κάποιες διαφορές όπως το ότι οι γονείς των πασχόντων παιδιών ήταν περισσότερο αποκαλυπτικοί-επιδεικτικοί σε σύγκριση με τους γονείς της ομάδας ελέγχου. Επίσης, οι γονείς της πειραματικής ομάδας εμφάνιζαν μια έλλειψη στις δεξιότητες επικοινωνίας, όπως στην ικανότητα να ζητούν διευκρινήσεις για ασαφείς δηλώσεις των παιδιών τους.(85) Τέτοιου είδους μελέτες βασισμένες στην άμεση παρατήρηση, αν διασταυρωθούν με δεδομένα για τα οικογενειακά χαρακτηριστικά όπως αυτά γίνονται αντιληπτά από τον ίδιο τον ασθενή, θα βοηθούσαν να διευκρινιστεί το ερώτημα αν οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής σχετίζονται με πραγματικά προβληματικά οικογενειακά χαρακτηριστικά ή με οικογενειακά χαρακτηριστικά τα οποία γίνονται αντιληπτά ως προβληματικά από το πάσχον μέλος της οικογένειας.(16)

### **Προσωπικότητα**

Στη βιβλιογραφία γίνεται αναφορά σε παράγοντες, που σχετίζονται με την προσωπικότητα, και μπορεί να παρεμβαίνουν στις προσωπικές θέσεις του ατόμου αναφορικά με το σωματικό βάρος και σχήμα, αλλά και στην επιρρέπεια έναντι των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(98) Ωστόσο, συγκεκριμένα δεδομένα, ότι κάποια συγκεκριμένη δομή προσωπικότητας είναι χαρακτηριστική στα άτομα που εμφανίζουν Νευρογενή Βουλιμία, δεν υπάρχουν.(54) Οι θεραπευτές, όμως, που εργάζονται με βουλιμικούς

ασθενείς, συχνά αναφέρουν ότι τα άτομα αυτά δίνουν την εντύπωση ότι δεν έχουν αίσθηση ταυτότητας και υψηλή αυτοεκτίμηση.(4) Η Κατάθλιψη φαίνεται να είναι αρκετά συχνή ανάμεσα στους βουλιμικούς ασθενείς (50) και διατυπώνεται η υπόθεση ότι οι βουλιμικοί, που εμφανίζουν συνοσηρότητα με Κατάθλιψη, χρησιμοποιούν την τροφή για να ανακουφίσουν το αίσθημα κενού μέσα τους.(4)

Πολλοί ερευνητές έχουν συγκεντρώσει αναδρομικές αναφορές για την προσωπικότητα του ασθενούς πριν την εμφάνιση της Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής.(16) Η περιγραφή των βουλιμικών ασθενών περιλαμβάνει ιστριονικά χαρακτηριστικά, συναισθηματική αστάθεια, τάση για εξωστρέφεια και κοινωνικότητα. Κάποιες από τις αναδρομικές αυτές έρευνες δίνουν ενδιαφέρουσες πληροφορίες. Περισσότεροι από 2000 μαθητές σε σχολείο προαστίου της Μινεάπολις συμπλήρωναν διάφορα ερωτηματολόγια για 3 συνεχόμενα χρόνια. Μεταξύ των μετρήσεων συμπεριλαμβάνονταν και αξιολογήσεις προσωπικότητας καθώς και ένα μέρος ερωτηματολογίου που αξιολογούσε την επικινδυνότητα ανάπτυξης Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής από το Ερωτηματολόγιο Διαταραχών Διατροφής (βλέπε σχετικό πίνακα). Ο ακριβέστερος προβλεπτικός παράγοντας για την εκδήλωση Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής ήταν μια μέτρηση που αφορούσε το βαθμό στον οποίο το άτομο μπορεί να διακρίνει-αναγνωρίσει διαφορετικές βιολογικές καταστάσεις του σώματός του (interoceptive awareness). (61)

Τα δεδομένα από τις περισσότερες έρευνες που μελετούν την προσωπικότητα των πασχόντων από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι μάλλον σύστοιχα με την θεωρία της Bruch. Τα ευρήματα της προαναφερθείσας έρευνας που έδειχνα ότι η έλλειψη συνειδητότητας σε ό,τι αφορά τη βιολογική κατάσταση του σώματος είναι προβλεπτικός παράγοντας για την ανάπτυξη Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, ουσιαστικά επιβεβαιώνουν την άποψη της Bruch ότι οι πάσχοντες από αυτές τις διαταραχές έχουν μια αδυναμία να αναγνωρίσουν τις εσωτερικές καταστάσεις του σώματός τους. Είναι, βέβαια, σημαντικό να θυμόμαστε ότι οι αναδρομικές αναφορές, στις οποίες οι ασθενείς και οι συγγενείς τους ανακαλούν πώς ήταν ο πάσχων πριν από τη διάγνωση της νόσου, μπορεί να είναι ανακριβείς και φορτισμένες προς συγκεκριμένη κατεύθυνση εξαιτίας της τωρινής γνώσης τους για το πρόβλημα του ασθενούς. (16)

Υπάρχουν, ακόμα, μελέτες που έχουν εστιάσει στην αξιολόγηση της προσωπικότητας των πασχόντων την τρέχουσα στιγμή και κατά βάση στηρίζονται στα αποτελέσματα που προκύπτουν από καθιερωμένα ερωτηματολόγια προσωπικότητας όπως το MMPI. Οι ασθενείς που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής φαίνεται να έχουν υψηλά επίπεδα νευρωτισμού και άγχους και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Επίσης, εμφανίζουν υψηλές τιμές στις μετρήσεις για την αποδοχή των παραδοσιακών αρχών και αξιών, γεγονός που δείχνει ότι τα άτομα αυτά ενστερνίζονται και υιοθετούν τόσο τα οικογενειακά όσο και τα κοινωνικά πρότυπα. Με βάση τη χορήγηση του MMPI, υπήρξαν διαφορές που εντοπίστηκαν στη σύγκριση μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία και αυτών που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία:

- οι ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία αναφέρουν Κατάθλιψη, κοινωνική απομόνωση και άγχος
- οι ασθενείς με Νευρογενή Βουλιμία αναφέρουν συμπτώματα με μεγαλύτερη διασπορά και σε σοβαρότερους τομείς ψυχοπαθολογίας, σημειώνοντας υψηλότερο σκορ από τους ανορεκτικούς σε αρκετές βαθμίδες του MMPI. (16)

Εκπλήσσει το γεγονός ότι, δεδομένων των κλινικών ευρημάτων για την ύπαρξη σχέσης μεταξύ της Νευρογενούς Βουλιμίας και της ασύδοτης σεξουαλικής συμπεριφορά, της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και της κλεπτομανίας, δεν υπάρχει καμία έρευνα που να επιβεβαιώνει ότι οι βουλιμικοί ασθενείς σημειώνουν υψηλά σκορ σε μετρήσεις προσωπικότητας που αφορούν στην παρορμητικότητα. (76,89)

ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΕΣ ΚΑΙ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΜΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑ 6 ΒΑΘΜΩΝ ΠΟΥ ΚΥΜΑΙΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΝΤΑ ΩΣ ΤΟ ΠΟΤΕ (36)	
Κίνητρο για αδυνάτισμα	Σκέφτομαι την δίαιτα
	Αισθάνομαι πολλές ενοχές μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο
	Ασχολούμαι σε υπερβολικό βαθμό με την επιθυμία μου να είμαι πιο αδύνατος
Βουλιμία	«Γεμίζω-μπουκλώνω» τον εαυτό μου με φαγητό
	Έχω προβεί σε υπερφαγικό επεισόδιο στο οποίο ένιωθα ότι δε μπορούσα να σταματήσω
	Έχω κάνει σκέψεις να προσπαθήσω να προκαλέσω στον εαυτό μου εμετό προκειμένου να χάσω βάρος
Δυσαρέσκεια με το σώμα	Πιστεύω ότι οι μηροί μου είναι πολύ μεγάλοι
	Πιστεύω ότι οι γλουτοί μου είναι πολύ μεγάλοι
	Πιστεύω ότι η περιφέρειά μου είναι πολύ μεγάλη

Αναποτελεσματικότητα	Αισθάνομαι ανίκανος
	Έχω χαμηλή άποψη για τον εαυτό μου
	Αισθάνομαι άδειος μέσα μου (συναισθηματικά)
Τελειομανία	Μόνο μια εξαιρετική επίδοση είναι αρκετά καλή για την οικογένειά μου
	Σαν παιδί προσπαθούσα σκληρά να αποφύγω να απογοητεύσω τους γονείς ή τους καθηγητές μου
	Μισώ το να είμαι κάτι λιγότερο από «ο καλύτερος» σε πράγματα
Έλλειψη εμπιστοσύνης στις διαπροσωπικές σχέσεις	Έχω πρόβλημα στο να εκφράσω τα συναισθήματά μου στους άλλους
	Χρειάζεται να κρατάω τους ανθρώπους σε μια συγκεκριμένη απόσταση (αισθάνομαι άβολα αν κάποιος προσπαθήσει να με πλησιάσει πολύ)
<u>Interoceptive awareness</u>	Μπερδεύομαι ως προς το συναίσθημα που αισθάνομαι
	Δεν ξέρω τι γίνεται μέσα μου
	Μπερδεύομαι ως προς το αν πεινάω ή όχι
Φόβοι ωρίμανσης	Εύχομαι να μπορούσα να γυρίσω στην ασφάλεια της παιδικής ηλικίας
	Αισθάνομαι ότι οι άνθρωποι είναι πιο ευτυχισμένοι όταν είναι παιδιά
	Οι απαιτήσεις της ενήλικης ζωής είναι πολύ μεγάλες

### Ψυχολογικοί παράγοντες

Πολλές θεωρίες έχουν αναπτυχθεί για να εξηγήσουν τους ψυχολογικούς παράγοντες των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Οι νόσοι αυτές χαρακτηρίζονται από μια πολύ συγκεκριμένη διαταραχή στον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται και βιώνει την προσωπική του ταυτότητα. Για τους περισσότερους πάσχοντες ο τρόπος που βιώνουν την αυτο-αξία τους είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την εξωτερική τους εμφάνιση και τα επιτεύγματά τους. Η υπέρμετρη ενασχόληση με το σωματικό βάρος και σχήμα καθώς και η αυστηρή πειθαρχία, που τα άτομα αυτά ασκούν στα σώματά τους, αποτελούν συχνά μια απεγνωσμένη προσπάθεια να αντιμετωπίσουν τα υποβόσκοντα αισθήματα αδυναμίας, ακαταλληλότητας και αναποτελεσματικότητας.(19)

Ειδικότερα οι πάσχουσες από Νευρογενή Βουλιμία παρουσιάζουν δυσκολίες στο να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις της εφηβείας και συχνά απαντάται μεταξύ τους χαμηλή αυτοεκτίμηση. Παρόλα αυτά όμως παρουσιάζονται ως περισσότερο εξωστρεφείς, θυμωμένες ή παρορμητικές όταν συγκρίνονται με τις πάσχουσες από Νευρογενή Ανορεξία. Οι βουλιμικοί ασθενείς συχνά εμφανίζουν συναισθηματική ευμεταβλητότητα, αυτοκαταστροφικές τάσεις, εξάρτηση από αλκοόλ και κλεπτομανία. Γενικότερα, σε αυτούς τους ασθενείς παρατηρείται έλλειψη ελέγχου στην πρόσληψη τροφής, η οποία βιώνεται από τους ίδιους τους πάσχοντες ως δυσάρεστη και ενοχλητική εμπειρία και ίσως αυτό να συμβάλλει κάποια στιγμή στο να τους

ωθήσει να ζητήσουν βοήθεια από ειδικούς. Επίσης, χαρακτηρίζονται από σημαντικές δυσκολίες στο να εξασκήσουν έλεγχο στις παρορμήσεις τους, από εξαρτητικότητα και από αδυναμία δημιουργίας και διατήρησης σταθερών και ισότιμων σχέσεων. Ως αποτέλεσμα των προαναφερθέντων οι σεξουαλικές σχέσεις στις οποίες εμπλέκονται χαρακτηρίζονται είτε από αμφιθυμία είτε από σαδομαζοχιστικές τάσεις. Συχνά στο ιστορικό των ασθενών διαπιστώνονται δυσκολίες αποχωρισμού καθώς και έντονα αμφιθυμική σχέση του πάσχοντος με τη μητέρα του.(98)

### **Το φύλο**

Οι γυναίκες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην ανάπτυξη Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, καθώς αντιπροσωπεύουν το 90% των διαγνωσμένων περιπτώσεων.(19) Η Νευρογενής Βουλιμία απαντάται κυρίως σε γυναίκες. Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η αναλογία ανδρών προς γυναικών, που έχουν διαγνωσθεί με κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής είναι περίπου 1:10.(19,54)

Η βασικότερη αιτία για τη μεγαλύτερη επικράτηση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής μεταξύ των γυναικών είναι ότι φαίνεται οι γυναίκες να έχουν επηρεαστεί πολύ περισσότερο από τα κοινωνικοπολιτισμικά στερεότυπα που προβάλλουν τη λεπτόσωμη σιλουέτα ως επιθυμητή.(19,54) Καθώς αυτά τα πρότυπα προάγουν το λεπτό σώμα ως το ιδανικό, ολοένα και μεγαλύτερος αριθμός ατόμων καταγράφονται ως υπέρβαροι. Η επικράτηση της παχυσαρκίας έχει διπλασιαστεί από το 1900. Ένα ποσοστό 20%-30% των Αμερικανών είναι υπέρβαροι, πιθανότατα εξαιτίας της πληθώρας του διαθέσιμου φαγητού και της καθιστικής ζωής. Η δίαιτα που στοχεύει στην απώλεια βάρους είναι ιδιαίτερα συχνή ανάμεσα στις γυναίκες της Καυκάσιας φυλής και των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων. Στην ουσία αναφερόμαστε στην ίδια ομάδα του πληθυσμού που παρουσιάζει και τα υψηλότερα ποσοστά των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(16,19) Οι γυναίκες προφανώς ανησυχούν περισσότερο από τους άνδρες για το αν είναι αδύνατες, είναι περισσότερο πιθανό να κάνουν δίαιτα και κατά συνέπεια είναι περισσότερο ευάλωτες στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.(16) Είναι πολλές οι ερευνητικές μελέτες που δείχνουν ότι η υπέρμετρη ενασχόληση με την τροφή και το βάρος είναι εντυπωσιακά συχνή ανάμεσα στο γυναικείο πληθυσμό και ότι αυτό σχετίζεται και με τη σημαντική αύξηση του αριθμού

των πασχόντων από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής σε αυτό τον πληθυσμό τα τελευταία χρόνια.

Λίγες έρευνες έχουν εστιάσει στο να κατανοήσουμε τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες. Παρότι μέσα από τις επιδημιολογικές έρευνες οι γυναίκες φαίνεται να πάσχουν από τέτοιες διαταραχές σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό από ότι οι άνδρες, οι υποψίες ανάμεσα στους επαγγελματίες, που ασχολούνται με τη θεραπεία ανδρών, ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες καταγράφονται σε μικρότερο βαθμό, ο οποίος τις περισσότερες φορές δεν αντανακλά τα πραγματικά ποσοστά. Οι επαγγελματίες αυτοί υποστηρίζουν ότι εκπλήσσει το ποσοστό εμφάνισης αυτών των διαταραχών σε συγκεκριμένες υπο-ομάδες ανδρών. Πρόσφατες έρευνες αναφέρουν ότι αρκετά μεγάλα ποσοστά ομοφυλόφιλων ανδρών φαίνεται να πάσχουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Βέβαια, η εκδήλωση της νόσου είναι κάποιες φορές διαφορετική για τους άνδρες: οι άνδρες γενικότερα ασχολούνται λιγότερο με ένα συγκεκριμένο ιδανικό βάρος ή το μέγεθος των ρούχων που φορούν και είναι περισσότερο ανήσυχοι για την γράμμωση των μυών τους και την αποφυγή της εναπόθεσης λίπους στο σώμα τους.(19)

### **Γενετικοί παράγοντες**

Όσον αφορά το ρόλο της κληρονομικότητας, στο επίπεδο του οικογενειακού χώρου, οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής φαίνεται ότι «διατρέχουν» οικογένειες καθώς παρουσιάζονται με σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα σε άτομα που έχουν βιολογική συγγένεια με άτομα, που πάσχουν από κάποια τέτοια διαταραχή.(16,98) Τα παραπάνω ευρήματα μας οδηγούν στην υπόθεση ότι πιθανόν υπάρχουν μηχανισμοί μεταβίβασης των νόσων αυτών στα μέλη μιας οικογένειας.(98) Οι γυναίκες συγγενείς νεαρών γυναικών, που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, έχουν 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν και οι ίδιες κάποια από αυτές τις διαταραχές.(83,90)

Συνδυάζοντας τα δεδομένα από πολλές διαφορετικές δημοσιευμένες μελέτες ο Hsu (1990) υπολόγισε ένα ποσοστό συμφωνίας 47% για τους μονοζυγωτικούς διδύμους και ένα ποσοστό συμφωνίας 10% για τους ετεροζυγωτικούς διδύμους ή σε μη δίδυμους αδελφούς.(46) Αυτά τα δεδομένα ενισχύουν την πιθανότητα η γενετική προδιάθεση να έχει ένα σημαντικό ρόλο

στην εκδήλωση της νόσου, αλλά θα πρέπει να σημειωθεί ότι είναι σημαντικό να πραγματοποιηθούν και περισσότερο περίπλοκες μελέτες και έρευνες με υιοθετημένους διδύμους.(16,19,98)

### **Βιολογικοί παράγοντες**

Εκτός από τους γενετικούς παράγοντες το ενδιαφέρον των ερευνητών έχει στραφεί και στους νευροβιολογικούς παράγοντες, αλλά και στην νευροπεπτιδική ρύθμιση της όρεξης, η οποία φαίνεται να αποτελεί μια εναλλακτική πρόταση στην ανεύρεση της αιτιολογίας των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(98)

Έχει βρεθεί υψηλότερη συχνότητα Διαταραχών Διάθεσης ανάμεσα σε βιολογικούς συγγενείς 1<sup>ου</sup> βαθμού ατόμων, που έπασχαν από Νευρογενή Βουλιμία.(19) Η σχέση, που έχει σημειωθεί μεταξύ της Νευρογενούς Βουλιμίας και της Κατάθλιψης μέσα από τις έρευνες, οδήγησε στη διατύπωση της υπόθεσης ότι η ίδια χημική διαταραχή, που συναντάται σε κάποιες από τις περιπτώσεις της Κατάθλιψης, μπορεί να αποτελεί τη βάση και για τη Νευρογενή Βουλιμία.(4) Το γεγονός ότι τα αντικαταθλιπτικά, που δρουν μέσω νευροδιαβιβαστικών συστημάτων αυξάνοντας τα επίπεδα της σεροτονίνης, συχνά βοηθούν τους ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία, έχει οδηγήσει ορισμένους ερευνητές στο να συνδέσουν τη συμπτωματολογία της Νευρογενούς Βουλιμίας (κύκλοι υπερφαγικών – καθαρτικών επεισοδίων) με τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστικών συστημάτων (κυρίως της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης). (4,9,16,98)

Οι έρευνες έχουν εστιάσει στους νευροδιαβιβαστές που σχετίζονται με την πρόσληψη τροφής και το αίσθημα πληρότητας-κορεσμού. Οι έρευνες σε ζώα έχουν δείξει ότι υψηλά επίπεδα σεροτονίνης προάγουν το αίσθημα πληρότητας-κορεσμού και ότι ο ερεθισμός του κοιλιακού πυρήνα του θαλάμου μέσω της νορεπινεφρίνης προάγει την πρόσληψη τροφής. Οι ερευνητές έχουν εξετάσει τα επίπεδα αυτών (καθώς και άλλων) νευροδιαβιβαστών ή των μεταβολέων τους σε ασθενείς, που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής.(16) Αρκετές είναι οι έρευνες που έχουν αναφέρει διαταραχή της σεροτονινεργικής δραστηριότητας και χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης σε ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία.(51,98) Τα αυξημένα επίπεδα σεροτονίνης στον εγκέφαλο μειώνουν την επιθυμία πρόσληψης τροφής, ενώ η παράταση της υπερφαγικής συμπεριφοράς

σχετίζεται με διαταραχή της λειτουργίας της σεροτονίνης, η οποία εμπλέκεται και στη διαδικασία του κορεσμού.(98) Αυτό το εύρημα είναι σύστοιχο με το γεγονός ότι η επιθυμία για κατανάλωση υδατανθράκων σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης. Η σεροτονίνη θα μπορούσε να συσχετιστεί με την παρορμητική συμπεριφορά των ασθενών που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία.(16) Οι μελέτες δίνουν επίσης δεδομένα που δείχνουν χαμηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης στους ασθενείς που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής.(40)

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η Νευρογενής Βουλιμία συνοδεύεται και από σωματικές διαταραχές, οι οποίες αναταράσσουν την ανάπτυξη του αισθήματος της πληρότητας-κορεσμού κατά τη διάρκεια ενός γεύματος και κατά συνέπεια αυξάνουν την πιθανότητα ενός υπερφαγικού επεισοδίου. Αυτές οι διαταραχές περιλαμβάνουν αυξημένη χωρητικότητα του στομάχου, καθυστέρηση στην επεξεργασία της τροφής στο στομάχι, μείωση στην έκκριση της χωλεκυστοκινίνης, μιας πεπτιδικής ορμόνης, που απελευθερώνεται από το λεπτό έντερο κατά τη διάρκεια του γεύματος και συνήθως παίζει σημαντικό ρόλο στον τερματισμό της πρόσληψης τροφής. (11,38) Όλες αυτές οι διαταραχές φαίνεται να προδιαθέτουν την υπερφαγία και κατά συνέπεια διαιωνίζουν τον κύκλο ενός υπερφαγικού επεισοδίου.(54)

Τα ενδογενή οπιοειδή είναι ουσίες που παράγονται από το σώμα και μειώνουν τα αισθήματα πόνου.(16) Οι Hardy & Waller υπέθεσαν ότι η Νευρογενής Βουλιμία σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα ενδογενών οπιοειδών (ενδορφίνες, εγκεφαλίνες), τα οποία εκλύονται για να προκαλέσουν την επιθυμία για τροφή(43) η ευφορία που αισθάνεται το άτομο, όταν ικανοποιήσει αυτή την επιθυμία με την κατανάλωση τροφής, ενισχύει θετικά τα υπερφαγικά επεισόδια. Υπάρχουν δεδομένα που στηρίζουν τη θεωρία ότι τα ενδογενή οπιοειδή παίζουν ρόλο στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, τουλάχιστον στη Νευρογενή Βουλιμία.(16) Για παράδειγμα, τόσο οι Waller et al. (1986) όσο και οι Brewerton et al (1992) βρήκαν χαμηλά επίπεδα ενδογενών οπιοειδών βήτα-ενδορφίνης στους ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία. (6,87) Στην έρευνα των Waller et al. (1986) επίσης παρατηρήθηκε ότι όσο πιο σοβαρά είναι τα περιστατικά της Νευρογενούς Βουλιμίας τόσο πιο χαμηλά ήταν τα επίπεδα των βήτα-ενδορφινών.(87) Επίσης ανευρίσκονται υψηλά επίπεδα ενδορφίνης στο πλάσμα ασθενών



μετά από τον εμετό, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα αισθήματα ανακούφισης, που αναφέρουν μερικοί ασθενείς μετά τον εμετό, μάλλον προκαλούνται από την αύξηση των επιπέδων των ενδορφινών.(98)

Αν και θα περιμέναμε περαιτέρω βιοχημικές έρευνες στο μέλλον, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι αυτές οι έρευνες εστιάζουν αποκλειστικά στους μηχανισμούς του εγκεφάλου, που σχετίζονται με την πείνα, την τροφή και το αίσθημα κορεσμού, και δεν έχουν να προσφέρουν πολλά στην ερμηνεία άλλων σημαντικών χαρακτηριστικών των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής όπως τον υπέρμετρο φόβο του πάχους.(16)

### **Κοινωνικοί παράγοντες**

Δούκισσα του Windsor: «Καμιά γυναίκα δεν μπορεί να είναι αρκετά πλούσια ή αρκετά αδύνατη» (5)

Το γεγονός ότι οι διαταραχές αυτές είναι επιλεκτικά συχνότερες ανάμεσα στις γυναίκες και ότι στις κοινωνίες που δίνεται έμφαση στη λεπτόσωμη σιλουέτα σαν ιδανικό της γυναικείας ομορφιάς τα ποσοστά είναι πολύ μεγαλύτερα, υποδηλώνει ότι παράγοντες, που σχετίζονται με την κοινωνία και την κουλτούρα αυτής, διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην παθογένεια αυτών των διαταραχών.(19) Τα κοινωνικοπολιτισμικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος φαίνεται να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στις εσφαλμένες αντιλήψεις και τις διατροφικές συνήθειες των πασχόντων από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής.(16) Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής φαίνεται να είναι ιδιαίτερα συχνές στις βιομηχανικές κοινωνίες (Η.Π.Α., Καναδά, Ιαπωνία, Αυστραλία, στις χώρες της Ευρώπης) παρά στις μη βιομηχανικές κοινωνίες. Η μεγάλη διαφοροποίηση στην επικράτηση των διαταραχών αυτών μεταξύ διαφορετικών κοινωνιών αποτελεί ένα παράθυρο για να εξετάσουμε τη σημασία των πολιτισμικών στοιχείων μιας κοινωνίας στην εγκατάσταση ρεαλιστικών σε αντίθεση με πιθανώς διαταραγμένων τρόπων αντίληψης του σώματος.(16) Σε μια μελέτη 369 έφηβων κοριτσιών στο Πακιστάν, προέκυψε πως κανένα από αυτά δεν πληρούσε τα διαγνωστικά κριτήρια της Νευρογενούς Ανορεξίας και μόνο ένα πληρούσε τα διαγνωστικά κριτήρια της Νευρογενούς Βουλιμίας.(68) Μέχρι στιγμής δεν έχουν πραγματοποιηθεί διαπολιτισμικές επιδημιολογικές έρευνες που να μελετούν παρόμοιες αξιολογήσεις και διαγνωστικά κριτήρια, και κατά συνέπεια είναι δύσκολο να συγκρίνουμε με ακρίβεια τα ποσοστά επικράτησης ανάμεσα σε

διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα. Σε μια μελέτη, που στηρίζει την άποψη ότι υπάρχουν διαπολιτισμικές διαφορές, φοιτητές κολεγίου από την Ουγκάντα και την Μ. Βρετανία βαθμολόγησαν την ελκυστικότητα σκίσεων γυμνών γυναικών, που κυμαίνονταν από πάρα πολύ αδύνατες ως και παχύσαρκες. Οι φοιτητές από την Ουγκάντα βαθμολογούσαν τις υπέρβαρες γυναίκες ως περισσότερο ελκυστικές σε σύγκριση με τους Βρετανούς φοιτητές.(32) Άλλες μελέτες έχουν βρει ότι οι γυναίκες, που ζουν σε κοινωνίες με χαμηλά ποσοστά εμφάνισης Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, όταν μεταναστεύσουν σε κοινωνίες με υψηλά ποσοστά εμφάνισης αυτών των διαταραχών, σημειώνεται ανάμεσά τους αύξηση του ποσοστού εμφάνισης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(100)

Επιπροσθέτως, καθώς η έναρξη των διαταραχών αυτών τοποθετείται μετά από μια περίοδο δίαιτας και μιας γενικότερης ανησυχίας για το βάρος, ο ρόλος των ιδανικών της κοινωνίας φαίνεται να είναι σίγουρος.(57) Αυτό, βέβαια, δε σημαίνει ότι όποιος κάνει δίαιτα θα αναπτύξει μια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, καθώς και άλλοι παράγοντες θα πρέπει να συγκλίνουν για να δημιουργήσουν το κατάλληλο υπόβαθρο για την εκδήλωση μιας τέτοιας διαταραχής.(16) Έτσι οι παράγοντες, που σχετίζονται με τις πολιτισμικές και κοινωνικές μεταβλητές, μπορεί να παρεμβαίνουν στις προσωπικές θέσεις, που αφορούν στο σωματικό βάρος και σχήμα, αλλά και να συμβάλλουν στο να εντείνουν την επιρρέπεια έναντι των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Η σημασία, από πολιτισμικής πλευράς, της λεπτόσωμης σιλουέτας και της διατροφής γενικότερα, μπορεί να λειτουργήσει ως προδιαθεσικός παράγοντας για την εμφάνιση μιας τέτοιας διαταραχής. Παρότι οι επιδράσεις της κοινωνίας στη διαμόρφωση του σωματικού βάρους είναι πολυεπίπεδες (οικογένεια, κοινότητα, κοινωνία), ωστόσο αυτές οι επιδράσεις εξαρτώνται από διάφορες και διαφορετικές μεταβλητές.(98) Άλλωστε οι ασθενείς με Νευρογενή Βουλιμία, όπως και εκείνες με Νευρογενή Ανορεξία που εμφανίζουν την τάση να είναι φιλόδοξες και τελειοθηρικές, θέλουν να σημειώνουν επιτυχίες και κατά συνέπεια ενσωματώνουν τις κοινωνικές πιέσεις επίτευξης του λεπτόσωμου ιδεώδους.(98)

Σε πολλές κοινωνίες παρατηρείται ενασχόληση με την τροφή σε μεγάλο βαθμό τα πολυτελή εστιατόρια πληθαίνουν και αναρίθμητα περιοδικά και τηλεοπτικές εκπομπές είναι αφιερωμένα στη μαγειρική. Την ίδια στιγμή τα

ποσοστά των ατόμων, που πάσχουν από παχυσαρκία, είναι ανησυχητικά. Η δίαιτα για την απώλεια βάρους είναι ένα φαινόμενο κοινό και έχει αναπτυχθεί σε μια βιομηχανία που αφήνει τεράστια χρηματικά ποσά στους ιδιοκτήτες των κέντρων αδυνατίσματος, των εταιριών που παράγουν προϊόντα αδυνατίσματος κ.α. Δεδομένου αυτού του αυξημένου ενδιαφέροντος για την τροφή, δεν θα πρέπει να μας εκπλήσσει το γεγονός ότι αυτή η πλευρά της ανθρώπινης συμπεριφοράς, δηλαδή η συμπεριφορά σχετικά με το φαγητό, έχει αρχίσει να νοσεί. (16)

Πολλοί από τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, που είναι συνδεδεμένοι με την ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας ισχύουν και για τη Νευρογενή Βουλιμία, και σε αυτούς περιλαμβάνονται και η επίδραση των αισθητικών ιδανικών για το αδύνατο σώμα και τη σωματική κατάσταση σε κάθε κουλτούρα.(54) Με το πέρασμα των ετών, τα στερεότυπα που θέτει η κοινωνία για το ιδανικό σώμα διαφοροποιούνται σε μεγάλο βαθμό, ιδιαίτερα τα στερεότυπα που αφορούν το ιδανικό γυναικείο σώμα. Οι πίνακες ζωγραφικής του Rubens τον 17<sup>ο</sup> αιώνα απεικόνιζαν γυναίκες που σύμφωνα με τα σημερινά στερεότυπα θα θεωρούνταν, αν όχι υπέρβαρες, τουλάχιστον παχουλές. Στις κουλτούρες των σύγχρονων κοινωνιών σημειώνεται μια σταθερή πρόοδος προς ολοένα και πιο λεπτόσωμες σιλουέτες που παρουσιάζονται ως το ιδανικό.(16) Τα αφιερώματα του Αμερικάνικου Playboy έδειχναν ότι μεταξύ του 1959 και του 1978 προτιμούνταν όλο και πιο λεπτές γυναίκες.(35) Αν και αυτή η τάση έχει μετριαστεί (96), οι υποψήφιοι των καλλιστείων ομορφιάς στην Αμερική μέχρι το 1988 ήταν κάθε χρονιά και πιο αδύνατοι. Για να επιτύχει η μέση Αμερικανίδα, ένα άλλο ιδανικό που προβάλλεται κατά κόρον, το σώμα της Barbie, θα πρέπει να αυξήσει το στήθος της κατά 12 ίντσες, να μειώσει την μέση της κατά 10, και να αυξήσει το ύψος της κατά 7 πόδια!(67) Το ιδανικό αυτό το έχει ενστερνιστεί ένας πολύ μεγάλος αριθμός νεαρών γυναικών, οι οποίες αν και διαθέτουν φυσιολογικό βάρος, βιώνουν τους εαυτούς τους ως υπέρβαρους. Μια μελέτη έφηβων κοριτσιών έδειξε ότι το 1/3 αυτών ένιωθε ότι ήταν υπέρβαρες αν και αυτό δεν αντανακλούσε την πραγματικότητα.(58) Οι έφηβες κοπέλες, που ανήκουν στην Καυκάσια φυλή, κάνουν δίαιτα με μεγαλύτερη συχνότητα από ότι οι συνομήλικές τους Αφρο-Αμερικανές και είναι περισσότερο πιθανό να είναι δυσσαρεστημένες με τα σώματά τους.(82) Και οι δύο αυτοί παράγοντες (δίαιτα

και δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος) έχουν συσχετιστεί με την αυξημένη επικινδυνότητα για την ανάπτυξη Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Η έμφαση, που έχει δοθεί στη λεπτόσωμη σιλουέτα και στη δίαιτα έχει επεκταθεί και έξω από τα όρια της ομάδας των γυναικών της Καυκάσιας φυλής και της μέσης ή ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης, αγγίζοντας και γυναίκες των κατώτερων κοινωνικών τάξεων, καθώς η επικράτηση αυτών των διαταραχών σε αυτές τις κοινωνικές ομάδες έχει αυξηθεί.(77)

Η υπέρμετρη έμφαση της κοινωνίας μας στις αδύνατες γυναίκες θεωρείται υπαίτιος, καθώς πολλές από τις γυναίκες, που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία παραδέχονται ανοικτά ότι η διαταραχή τους είναι ένας τρόπος επίλυσης του ακόλουθου προβλήματος: «ποιος είναι ο τρόπος να μπορούμε να τρώμε μεγάλες ποσότητες φαγητών με υψηλή θερμιδική αξία, και παρόλα αυτά να παραμένουμε τόσο αδύνατες όσο οι νόρμες ζητούν από τις γυναίκες να είναι σήμερα;». Όπως το έθεσε μια κοπέλα, που έπασχε από Νευρογενή Βουλιμία: «Νόμιζα ότι είχα βρει την ιδανική λύση για το πρόβλημά μου δεν μπορούσα να καταλάβω, γιατί όλος ο κόσμος δεν έτρωγε ότι ήθελε και μετά να κάνει εμετό!». (33)

Η κοινωνία μας δείχνει να είναι ολοένα και πιο συνειδητοποιημένη σε ό,τι αφορά το πάχος και τα θέματα υγείας, με αποτέλεσμα η δίαιτα με στόχο την απώλεια βάρους να γίνεται ολοένα και πιο συχνό φαινόμενο: ο αριθμός των ατόμων που κάνουν δίαιτα έχει αυξηθεί από 7% για τους άνδρες και 14% για τις γυναίκες, ποσοστά που ίσχυαν για το 1950, σε 24% για τους άνδρες και 40% για τις γυναίκες, ποσοστά που ανευρέθησαν για το έτος 1993. Η βιομηχανία της δίαιτας (βιβλία, χάπια, videos, ειδικά παρασκευασμένα έτοιμα γεύματα) εκτιμάται ότι στην Αμερική ξεπερνά τα 30 δις δολάρια ανά έτος. Προκειμένου να κατανοήσουμε το μέγεθος αυτού του αριθμού, αρκεί να αναλογιστούμε ότι η κυβέρνηση των Η.Π.Α. δαπάνησε το 1993 περίπου αυτό το ποσό συνολικά για τους ακόλουθους τομείς: παιδεία, εκπαίδευση, επαγγελματική αποκατάσταση, και κοινωνικές υπηρεσίες.(16) Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι η λιποαναρρόφηση έχει χαρακτηριστεί η πιο συνηθισμένη και πιο συχνή επέμβαση στο χώρο της πλαστικής / αισθητικής χειρουργικής.(8)

Το γεγονός ότι τόσο μεγάλος αριθμός γυναικών επιχειρούν να ελέγξουν την πρόσληψη τροφής και το μέγεθος ή σχήμα του σώματός τους και αντί να χρησιμοποιούν άλλους τρόπους για να αντιμετωπίσουν τα θέματα που τους

απασχολούν στρέφονται στο σώμα τους, φαίνεται να καθορίζεται από την κουλτούρα της κάθε κοινωνίας. Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής φαίνεται να ανθίζουν σε κοινωνίες, που προβάλλουν ως αξίες την αδύνατη σιλουέτα, την ανεξαρτησία και τα προσωπικά επιτεύγματα, και στις οποίες οι ρόλοι των γυναικών εμφανίζονται συχνά συγκεχυμένοι και αντιφατικοί. Πολλές από τις κοινωνικοπολιτισμικές προσεγγίσεις, που επιχειρούν να ερμηνεύσουν τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, έχουν προτείνει ότι αυτές οι διαταραχές έχουν προκύψει ως αποτέλεσμα της προσπάθειας των γυναικών να διαχειριστούν τις αλλαγές στο ρόλο τους. Ορισμένοι θεωρητικοί έχουν υποστηρίξει ότι οι αξίες της αυτονομίας και των προσωπικών επιτευγμάτων στις βιομηχανικές κοινωνίες έρχονται σε σύγκρουση με τις προσωπικές ανάγκες των γυναικών, η ικανοποίηση των οποίων είναι απαραίτητη για την υγιή εξέλιξή τους. Οι γυναίκες, που είναι ψυχολογικά ευάλωτες ή που δεν έχουν τέτοιες εσωτερικές δομές, που θα τους επιτρέψουν να δομήσουν το αίσθημα της σύνδεσης – επικοινωνίας με τους άλλους ανεξάρτητα από το κοινωνικό περιβάλλον, είναι πιθανό να καταφύγουν στο φαγητό αντί στους άλλους ανθρώπους μέσα στα πλαίσια μιας προσπάθειας να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους για την δημιουργία σχέσεων.(19)

Ωστόσο υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ήδη από τη δεκαετία του 1990 ότι αυτή η υπέρμετρη ενασχόληση με το αν είναι κανείς αδύνατος μπορεί να είναι σε ύφεση. Στη μελέτη των Garner et al. (1980)(35) είχε προκύψει ότι ο αριθμός των άρθρων που ήταν αφιερωμένα στις δίαιτες αυξήθηκαν σταθερά κατά τη διάρκεια της περιόδου που τα αφιερώματα των περιοδικών περιελάμβαναν όλο και πιο αδύνατες γυναίκες. Λίγο αργότερα οι Nemeroff et al. (1994)(69) ανέλυσαν το περιεχόμενο 3 γυναικείων περιοδικών (Good Housekeeping, Cosmopolitan, Ms.) για την περίοδο 1980-1991. Ο αριθμός των άρθρων που αναφέρονταν στην απώλεια βάρους είχε μειωθεί στα 2 από αυτά τα περιοδικά (Cosmopolitan & Ms.). Άλλες μελέτες σημειώνουν ότι η ένταση με την οποία εκδηλώνονται οι πρακτικές δίαιτας και οι διαταραγμένες συμπεριφορές διατροφής έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια.(44)

Οι Nemeroff et al. (69) επίσης ανέλυσαν το περιεχόμενο διαφόρων ανδρικών περιοδικών και βρήκαν ότι η συχνότητα των άρθρων για την απώλεια βάρους αν και πολύ μικρότερη στα ανδρικά περιοδικά από ότι στα γυναικεία, είχε σημειώσει αύξηση κατά τη διάρκεια της περιόδου που

μελετούσε η έρευνα. Θα ήταν βεβαία εσφαλμένο να υποθέσουμε από αυτά τα δεδομένα ότι βρισκόμαστε προ των θυρών μιας έξαρσης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες. Θα ήταν πιο συνετό να υποθέσουμε ότι τα άρθρα αυτά εστιάζουν στο να προβάλλουν ως ιδανικό ανδρικό σωματικό βάρος αυτό που κυμαίνεται στα πλαίσια του φυσιολογικού ή στο να προωθήσουν την αύξηση της μυϊκής μάζας.(64) Το κοινωνικοπολιτισμικό ιδανικό της λεπτόσωμης σιλουέτας που προβάλλεται στις περισσότερες Δυτικές βιομηχανικές κοινωνίες αποτελεί μάλλον το όχημα μέσω του οποίου τα άτομα μαθαίνουν να τρομοκρατούνται από την ιδέα ότι θα γίνουν υπέρβαροι ή από το αίσθημα ότι είναι υπέρβαροι. Το πάχος, εκτός του ότι δημιουργεί μια ανεπιθύμητη εικόνα σώματος, φέρει και πολλές αρνητικές συνακόλουθες αντιλήψεις, που δημιουργούν ένα στερεότυπο του ανθρώπου που είναι αποτυχημένος και διαθέτει ελάχιστο ή μηδαμινό έλεγχο στον εαυτό του. Τα παχύσαρκα άτομα αντιμετωπίζονται από τους άλλους ως λιγότερο ευφυή, μοναχικά, ντροπαλά και κατά κάποιον τρόπο άπληστα σε ό,τι αφορά τη διεκδίκηση της τρυφερότητας και στοργής των άλλων ανθρώπων.(17) Όσο η αρνητική στάση της κοινωνίας απέναντι στα υπέρβαρα ή παχύσαρκα άτομα εντείνεται, τόσο ο επιπολασμός των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής θα αυξάνεται.(16)

Ευνόητο είναι ότι τόσο οι αιτιολογικοί παράγοντες όσο και οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που σχετίζονται με τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής δεν έχουν κατανοηθεί πλήρως. Ωστόσο οι πρόοδοι, που σημειώνονται, δικαιολογούν την αισιοδοξία μας. Στη μοριακή γενετική καθώς και στο χώρο των βιολογικών παραμέτρων που συμβάλλουν στην ρύθμιση του βάρους (π.χ. λεπτίνη) σημειώνονται συνεχώς πρόοδοι που μπορεί να επιτρέψουν τον προσδιορισμό των ειδικών γονιδίων, που αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες ανάπτυξης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Παράλληλα, ο πιθανός αιτιολογικός ρόλος κοινωνικοπολιτισμικών μεταβλητών έχει οδηγήσει στην προσπάθεια τροποποίησης της επίδρασης που ασκείται στο κοινό, και κατ' επέκταση, τέτοιες προσπάθειες μπορεί να συμβάλλουν και στην πρόληψη της ανάπτυξης τέτοιων διαταραχών. Η αποσαφήνιση των ρόλων των προαναφερθέντων παραγόντων και του τρόπου που αυτοί διαπλέκονται για να δημιουργήσουν το κατάλληλο υπόβαθρο για την ανάπτυξη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, είναι ένας

τρόπος για να οδηγηθούμε σε ακριβέστερες και αποτελεσματικότερες προληπτικές ή και θεραπευτικές παρεμβάσεις.(98)

- **Ερμηνευτικές προσεγγίσεις**

**Ψυχοδυναμική προσέγγιση**

Η ψυχοδυναμική θεωρία προτείνει ότι η Νευρογενής Βουλιμία στις γυναίκες γεννάται από την αποτυχία να αναπτύξουν μια ικανοποιητική αίσθηση ταυτότητας εξαιτίας του ότι η σχέση των γυναικών αυτών με τις μητέρες τους είναι συγκρουσιακή. Η τροφή γίνεται ένα σύμβολο αυτής της αποτυχημένης σχέσης και τόσο τα υπερφαγικά επεισόδια όσο και η καθαρτική συμπεριφορά της κόρης αντιπροσωπεύουν την σύγκρουση μεταξύ της ανάγκης για την μητέρα και της επιθυμίας να την απορρίψει.(16)

Οι Salvador Minuchin et al. (1975) πρότειναν ότι οι δυναμικές της οικογένειας σχετίζονται με τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Η θέση τους εμπλέκει στοιχεία της ψυχοδυναμικής θεωρίας εστιάζοντας όμως στην οικογένεια. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, το παιδί θεωρείται από άποψη φυσιολογίας ευάλωτο (αν και οι θεωρητικοί αυτοί δεν μας προσδιορίζουν σε τι συνίσταται αυτή η ευαλωτότητα), και η οικογένεια του παιδιού έχει να παρουσιάσει χαρακτηριστικά που προάγουν την ανάπτυξη τέτοιων διαταραχών. Υποστηρίζουν ότι η Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής του παιδιού διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στο να βοηθήσει την οικογένεια να αποφύγει άλλες συγκρούσεις. Έτσι κατά κάποιον τρόπο τα συμπτώματα του παιδιού είναι ένα υποκατάστατο διαφορετικού είδους συγκρούσεων μέσα στην οικογένεια. (63)

Σύμφωνα με τους Minuchin et al. οι οικογένειες των παιδιών που εμφανίζουν Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής εκδηλώνουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, τα οποία όρισαν ως εξής:(63)

1.	<b>ΕΓΚΛΩΒΙΣΜΟΣ – ΠΑΓΙΔΕΥΣΗ</b>
	Οι οικογένειες συχνά εμφανίζουν υπερβολικό βαθμό διεισδυτικότητας και οικειότητας, σε σημείο που οι γονείς μιλούν αντί των παιδιών τους γιατί πιστεύουν ότι οι ίδιοι γνωρίζουν ακριβώς πώς αισθάνονται τα παιδιά τους.
2.	<b>ΥΠΕΡΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>
	Στις οικογένειες ανησυχούν σε υπερβολικό βαθμό ο ένας για το καλό του άλλου.
3.	<b>ΑΥΣΤΗΡΟΤΗΤΑ</b>
	Οι οικογένειες έχουν την τάση να προσπαθούν να διατηρήσουν ένα status quo και να αποφεύγουν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα γεγονότα που απαιτούν αλλαγές (π.χ. την απαίτηση του εφήβου για μεγαλύτερη αυτονομία)
4.	<b>ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ</b>
	Οι οικογένειες των εφήβων είτε αποφεύγουν τις συγκρούσεις είτε βρίσκονται σε μια διαρκή κατάσταση χρόνιων συγκρούσεων.

Τα δεδομένα που στηρίζουν αυτές τις θεωρητικές θέσεις προκύπτουν από δύο πηγές:

- από μελέτες των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των πασχόντων από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής
- από μελέτες των χαρακτηριστικών των οικογενειών τους.

Είναι δύσκολο να καταλήξουμε σε οριστικά συμπεράσματα και στις 2 αυτές περιοχές μελέτης, εξαιτίας του ότι η διαταραχή μπορεί να είναι αυτή που έχει σαν αποτέλεσμα τις αλλαγές στην προσωπικότητα του ατόμου ή της οικογένειας του ατόμου.(16) Μια μελέτη, που διεξήχθη στα τέλη του 1940 σε ανυπότακτους άνδρες υποστηρίζει την ιδέα ότι η προσωπικότητα των πασχόντων από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής επηρεάζεται από την έλλειψη ισορροπίας στην πρόσληψη τροφής. Κατά τη διάρκεια του κύριου μέρους της μελέτης οι άνδρες λάμβαναν 2 γεύματα ανά ημέρα, συνολικής θερμιδικής αξίας 1500 θερμίδων, έτσι ώστε να προσομοιάζουν τα γεύματα σε ένα στρατόπεδο συγκέντρωσης. Σύντομα όλοι οι άνδρες άρχισαν να ασχολούνται σε υπερβολικό βαθμό με το φαγητό. Ανέφεραν αυξημένη κόπωση, κακή συγκέντρωση, έλλειψη ενδιαφέροντος για σεξουαλική δραστηριότητα, ευερεθιστότητα, κακή διάθεση και αϋπνίες. Από τους άνδρες αυτούς 4 ανέπτυξαν Κατάθλιψη, και 1 από αυτούς Διπολική Διαταραχή. (31) Η έρευνα αυτή δείχνει με πολύ ζωντανό και παραστατικό τρόπο πώς οι σοβαροί περιορισμοί στην πρόσληψη τροφής μπορούν να έχουν πολύ σοβαρές επιπτώσεις στην προσωπικότητα και την συμπεριφορά και αυτό είναι ένα συμπέρασμα που θα πρέπει να το έχουμε στο μυαλό μας όταν αξιολογούμε την προσωπικότητα ασθενών που εμφανίζουν Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. (16)

### **Γνωσιακές-συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις**

Οι γνωσιακές – συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις σε ό,τι αφορά την αιτιολογία της Νευρογενούς Βουλιμίας τονίζουν το ρόλο των αυστηρών κανόνων σε σχέση με το φαγητό και τη συμπεριφορά τη σχετιζόμενη με αυτό καθώς και των διαταραγμένων και δυσλειτουργικών σκέψεων, οι οποίες είναι παρόμοιες με αυτές που σχετίζονται με τον υπερφαγικό – καθαρτικό τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας.(16,54) Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής θεωρούνται ως μια «προσωπική απάντηση» του ατόμου στις συνθήκες της



ζωής του. Η βασική υπόθεση, και για αυτή την ερμηνευτική προσέγγιση, είναι ότι σημειώνεται αλληλεπίδραση ενός συνόλου κοινωνικών, πολιτισμικών, οικογενειακών και προσωπικών παραγόντων που συνδιαμορφώνουν ένα προδιαθεσικό πλαίσιο για την ανάπτυξη αυτών των διαταραχών. Η ερμηνεία λοιπόν των διαταραχών αυτών δεν μπορεί παρά να βασιστεί στην ενδελεχή μελέτη της πολυεπίπεδης αυτής αλληλεπίδρασης των προαναφερθέντων παραγόντων.(53)

Σε ό,τι αφορά τη Νευρογενή Βουλιμία η προσέγγιση αυτή εστιάζει στην ύπαρξη δυσλειτουργικών πεποιθήσεων και στάσεων σχετικά με την αξία του σωματικού βάρους και σχήματος, καθώς και στον τρόπο με τον οποίο τα δυσλειτουργικά αυτά σχήματα σχετίζονται, συνδέονται και επηρεάζουν πτυχές του εαυτού όπως η αυτοεκτίμηση, ο αυτοέλεγχος, η αυτο-εικόνα, τα θετικά συναισθήματα κ.α. (81)

Τα δυσλειτουργικά αυτά σχήματα αποτελούν ένα πρίσμα μέσα από το οποίο το άτομο συχνά βλέπει και ερμηνεύει την τρέχουσα πραγματικότητα με τρόπο επιλεκτικό, ιδιαίτερα όταν λόγω διαφόρων ψυχοτραυματικών γεγονότων το άτομο καθίσταται «ευάλωτο». Οι δυσλειτουργικές αυτές πεποιθήσεις οδηγούν στη σταδιακή εγκατάσταση αρνητικών αυτόματων σκέψεων, οι οποίες διαδραματίζουν υποστηρικτικό ρόλο στη βουλιμική συμπτωματολογία και συνδέονται με αυτή σε έναν άρρηκτο φαύλο βουλιμικό κύκλο στο φαύλο αυτό βουλιμικό κύκλο το τέλος του ενός στοιχείου θα δρομολογήσει με μαθηματική ακρίβεια την εκκίνηση του άλλου στοιχείου, και η σύνδεση αυτή θα παγιωθεί μέσα από τον άμεσο ανατροφοδοτικό ρόλο της συνεχούς δίαιτας και των συνεπειών αυτής.(71) Οι ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία, ασχολούνται σε υπερβολικό βαθμό με την αύξηση του σωματικού βάρους και την εικόνα του σώματός τους, αλλά οι απόπειρές τους να περιορίσουν την πρόσληψη τροφής είναι ανεπιτυχείς με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να διακατέχονται από έντονο άγχος και ο φαύλος κύκλος των υπερφαγικών επεισοδίων να ξεκινά.(21)

Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική ερμηνευτική θεώρηση υποστηρίζει ότι τα υπερφαγικά επεισόδια είναι στην ουσία η γνωστική αντίδραση του ατόμου στον υπερβολικό περιορισμό της τροφής και οι αντισταθμιστικές συμπεριφορές στοχεύουν στην αναίρεση των αποτελεσμάτων των υπερφαγικών επεισοδίων, αντανακλώντας τον υπερβολικό φόβο των

πασχόντων ότι το σωματικό του βάρος θα σημειώσει ραγδαία αύξηση. Οι αντισταθμιστικές συμπεριφορές, σύμφωνα με το γνωστικό – συμπεριφοριστικό μοντέλο, αρχικά προσφέρουν στο άτομο μια ανακούφιση, τόσο σωματική όσο και ψυχολογική, αλλά στη συνέχεια ακολουθούνται από αρνητικά συναισθήματα, όπως ενοχή για την απώλεια ελέγχου, και τελικά καταλήγουν στην ιδιαίτερα χαμηλή αυτοεκτίμηση του ατόμου και με τον τρόπο αυτό διαιωνίζεται, επιδεινώνεται και παγιώνεται ο φαύλος κύκλος της βουλιμικής συμπεριφοράς μέσω του διατροφικού περιορισμού, των υπερφαγικών επεισοδίων και των αντισταθμιστικών συμπεριφορών.(81)

Οι Polivy & Herman (1980) (75) κατασκεύασαν ένα ερωτηματολόγιο (Restraint Scale) για να αξιολογήσουν την ανησυχία των ασθενών για τη δίαιτα και την υπερφαγία, προκειμένου να μελετήσουν εργαστηριακά μια ομάδα ατόμων που έκαναν δίαιτα και υιοθετούσαν διαταραγμένες συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής. Σε αυτές τις μελέτες οι ερευνητές φρόντισαν οι συμμετέχοντες να μη γνωρίζουν την πραγματική ερευνητική υπόθεση, και έτσι ενημέρωσαν τους συμμετέχοντες ότι επρόκειτο για μια έρευνα που αφορούσε την τροφή, τη γεύση κ.α. Σε μια από αυτές τις έρευνες οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι επρόκειτο να λάβουν μέρος σε έρευνα που μελετά τις επιδράσεις της θερμοκρασίας στη γεύση.(73) Προκειμένου να επιτευχθεί η κατάσταση της «παγωμένης αίσθησης» στην στοματική κοιλότητα, οι συμμετέχοντες ήπιαν ένα ποτήρι milk-shake. Στην πραγματικότητα η κατανάλωση του milk-shake είχε σαν στόχο να βεβαιωθούν οι ερευνητές ότι όλοι οι συμμετέχοντες θα αισθάνονταν πληρότητα-κορεσμό όταν θα περάσουν στη 2<sup>η</sup> φάση του πειράματος. Στη συνέχεια δόθηκαν 3 μπολ παγωτού σε κάθε συμμετέχοντα για να βαθμολογήσουν τη γεύση τους. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι αφού βαθμολογούσαν τις 3 γεύσεις του παγωτού θα μπορούσαν να φάνε όσο παγωτό ήθελαν. Η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η ποσότητα του παγωτού που θα κατανάλωναν μετά. Στις μελέτες που διεξήχθησαν φάνηκε ότι τα άτομα που στο ερωτηματολόγιο είχαν υψηλή βαθμολογία έφαγαν, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έκαναν δίαιτα, μεγαλύτερες ποσότητες παγωτού στο τέλος του πειράματος, παρά το γεγονός ότι για τους συμμετέχοντες τόσο το milk-shake όσο και το παγωτό δεν ήταν χαμηλής θερμιδικής αξίας, και σε κάποιες από αυτές τις έρευνες ήταν και σκόπιμα άνοστο. (72,74) Στην πραγματικότητα βέβαια οι ερευνητές είχαν

φροντίζει ώστε όλα όσα θα κατανάλωναν οι συμμετέχοντες να είναι χαμηλής θερμιδικής αξίας, απλά οι συμμετέχοντες σκόπιμα δεν είχαν ενημερωθεί για αυτό.(72) Κατά συνέπεια τα άτομα που κάνουν δίαιτα χωρίς να πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής δείχνουν να υιοθετούν στο φαγητό μια συμπεριφορά παρόμοια με αυτή των ατόμων που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία, αν και εκδηλώνεται αυτή η συμπεριφορά με μικρότερη ένταση. Διάφορες άλλες συνθήκες έχει επισημανθεί ότι αυξάνουν την ένταση τέτοιων συμπεριφορών όπως ποικίλες αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις π.χ. άγχος και κατάθλιψη.(45) Η αυξημένη κατανάλωση τροφής στα άτομα που κάνουν δίαιτα εντείνεται όταν η αυτο-εικόνα απειλείται και όταν η αυτοεκτίμηση βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα.(73)

Η ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΓΙΑ ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΟΥ ΕΡΕΥΝΟΥΝ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΔΙΑΙΤΑ (75)						
1	Πόσο συχνά κάνεις δίαιτα;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
2	Ποιο είναι το μεγαλύτερο ποσό βάρους που έχεις χάσει ποτέ μέσα σε χρονικό διάστημα 1 μήνα;	0-4	5-9	10-14	15-19	20+
3	Ποιο είναι το μεγαλύτερο ποσό βάρους που έχεις πάρει μέσα σε χρονικό διάστημα 1 εβδομάδας;	0-1	1.1-2	2.1-3	3.1-5	5.1+
4	Μέσα σε μια τυπική εβδομάδα, σε ποιο βαθμό μπορεί το βάρος σου να διαφοροποιείται;	0-1	1.1-2	2.1-3	3.1-5	5.1+
5	Θα μπορούσε μια διαφοροποίηση στο βάρος σου της τάξεως των 5 rounds να επηρεάσει τον τρόπο που ζεις την ζωή σου;	Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Πάρα πολύ	
6	Συμβαίνει να τρως σε λογικά πλαίσια μπροστά σε άλλους και όταν είσαι μόνος σου να υπερβάλλεις;	Ποτέ	Σπάνια	Often	Always	
7	Αφιερώνεις πολύ χρόνο και σκέψη για το φαγητό;	Ποτέ	Σπάνια	Often	Always	
8	Έχεις συναισθήματα ενοχής όταν έχεις φάει υπερβολικά;	Ποτέ	Σπάνια	Often	Always	
9	Πόσο συνειδητοποιημένος είσαι όταν τρως;	Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Υπερβολικά	
10	Πόσα rounds περισσότερο από το επιθυμητό βάρος ήσουν όταν είχες φθάσει στο υψηλότερο βάρος που είχες ποτέ;	0-1	1-5	6-10	11-20	21+

Για τους βουλιμικούς ασθενείς η συμπεριφορά απέναντι στο φαγητό κινείται στα ίδια μονοπάτια με μια δόση υπερβολής όμως σε σχέση με τις περιγραφές των Polivy & Herman (1980)(75) όπως αυτές διατυπώθηκαν μέσα από τις μελέτες τους για τους περιορισμούς στο φαγητό. Οι ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία, συνήθως έχουν υπερφαγικά επεισόδια όταν βιώνουν έντονο άγχος ή αρνητικό συναίσθημα, και γενικότερα

χαρακτηρίζονται τα άτομα αυτά από πολύ χαμηλή αυτοεκτίμηση.(36) Επίσης, τα δεδομένα στηρίζουν την άποψη ότι η καθαρτική συμπεριφορά ανακουφίζει το άτομο από το άγχος. Οι βουλιμικοί ασθενείς αναφέρουν αυξημένα επίπεδα άγχους όταν μετά από ένα γεύμα τους απαγορευθεί να προβούν σε καθαρτικές συμπεριφορές(60), και αυτές οι συμπεριφορές των ασθενών έχουν επιβεβαιωθεί και από μετρήσεις (π.χ. GSR = Galvanic Skin Response, CTV = Cutaneous Temperature Variations).(92) Ομοίως, τα υψηλά επίπεδα άγχους μειώνονται μετά την καθαρτική συμπεριφορά, γεγονός που επίσης υποστηρίζει την θεωρία.(48)

Τα τελευταία χρόνια αναπτύσσεται ένα ερμηνευτικό μοντέλο για τη Νευρογενή Βουλιμία σύμφωνα με το οποίο διατηρείται μια συνεχή και αμφίδρομη αλληλεπίδραση ανάμεσα σε στοιχεία όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση του ατόμου, η υπερβολική ενασχόληση με το σωματικό βάρος και σχήμα, η εντατικές δίαιτες, τα επεισόδια υπερφαγίας και οι αντιρροπιστικές συμπεριφορές (π.χ. αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, καθαρτικές συμπεριφορές, υπερβολική σωματική άσκηση, νηστεία κ.α.).(52)

#### ▪ **Θεραπευτικές παρεμβάσεις**

Είναι συχνά δύσκολο να πείσεις έναν ασθενή με κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής να προσέλθει για θεραπεία. Ο ασθενής συνήθως αρνείται ότι έχει κάποιο πρόβλημα και αυτός είναι ο κυριότερος λόγος που η πλειονότητα των ασθενών που πάσχουν από αυτές τις διαταραχές (περίπου το 90% αυτών) δε βρίσκονται σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα.(26) Δεν είναι λοιπόν παράξενο που ως η πιο βασική δυσκολία της θεραπείας αυτών των ασθενών αναφέρεται η σθεναρή αντίσταση του βουλιμικού ασθενή, ο οποίος πιστεύει ότι οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, στις οποίες καταφεύγει, είναι ο μόνος τρόπος για να ξεφύγει από τον «κίνδυνο» της παχυσαρκίας. Αυτή η αντίσταση των ασθενών, όταν μάλιστα συνδυάζεται και με την άρνηση ή την άγνοια των οικείων τους σχετικά με το διατροφικό πρόβλημα του πάσχοντος και τους σοβαρότατους κινδύνους, που αντιμετωπίζει, οδηγεί σε αύξηση του ποσοστού των ασθενών, που εγκαταλείπουν τη θεραπεία ή υποτροπιάζουν. Τα ποσοστά ίασης είναι μεγαλύτερα ανάμεσα στους βουλιμικούς ασθενείς σε σύγκριση με τους ανορεκτικούς ασθενείς.(52)

Η θεραπεία της Νευρογενούς Βουλιμίας μπορεί να περιλαμβάνει το συνδυασμό ποικίλων διαφορετικών βιολογικών και ψυχολογικών παρεμβάσεων: ατομική ψυχοθεραπεία βασισμένη σε ένα ερμηνευτικό – θεραπευτικό μοντέλο, ομαδική ψυχοθεραπεία, θεραπεία οικογένειας, διαιτητική συμβουλευτική και φαρμακοθεραπεία.(16,54,98) Η θεραπεία αυτής της διαταραχής έχει προσελκύσει την προσοχή τα τελευταία χρόνια και η αποτελεσματικότητα τόσο της ψυχοθεραπείας όσο και της φαρμακοθεραπείας έχει διερευνηθεί από πολλές μελέτες.(54) Λόγω της συχνής συνοσηρότητας με Συναισθηματικές ή Αγχώδεις Διαταραχές και Διαταραχές Προσωπικότητας, ο κλινικός οφείλει να συνεκτιμήσει όλα τα δεδομένα, που έχει στη διάθεσή του και να προτείνει το πλέον κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα.(98)

Οι στόχοι της θεραπείας στη Νευρογενή Βουλιμία είναι ξεκάθαροι. Τόσο τα υπερφαγικά επεισόδια όσο και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές θα πρέπει να τερματιστούν και η αυτοεκτίμηση θα πρέπει με ποιο σωστό τρόπο να βασιστεί σε παράγοντες διαφορετικούς από το σωματικό σχήμα και βάρος. Οι εναγώνιες προσπάθειες διεκδίκησης δύναμης μέσα στη θεραπευτική σχέση, που δυσκολεύουν τη θεραπευτική διαδικασία στη Νευρογενή Ανορεξία, συναντώνται λιγότερο συχνά στους ασθενείς με Νευρογενή Βουλιμία. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι κυρίαρχες συμπεριφορικές διαταραχές (υπερφαγικά επεισόδια και καθαρτικές συμπεριφορές) είναι λιγότερο εγω-συντονικές και κατά συνέπεια είναι και περισσότερο στρεσογόνες για τους πάσχοντες αυτούς. Τα περισσότερα άτομα, που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία και έχουν αναζητήσει θεραπεία, συμφωνούν με τους βασικούς θεραπευτικούς στόχους και επιθυμούν να εγκαταλείψουν τα πυρηνικά συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά της διαταραχής τους.(54)

### **Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής**

Σε ό,τι αφορά την φαρμακοθεραπεία τα αντικαταθλιπτικά έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν τα βουλιμικά επεισόδια ανεξάρτητα από την παρουσία διαταραχής συναισθήματος.(98) Η ιδέα για αυτού του είδους την παρέμβαση εμπνεύστηκε από τα υψηλά ποσοστά Κατάθλιψης, που σημειώνονταν στους πάσχοντες από Νευρογενή Βουλιμία.(54) Αρκετές είναι οι έρευνες που υπογραμμίζουν ότι η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή δείχνει να ενισχύει τα αποτελέσματα της γνωσιακής – συμπεριφοριστικής παρέμβασης

στις περιπτώσεις της Νευρογενούς Βουλιμίας, δοθέντος ότι ένα μεγάλο ποσοστό των βουλιμικών ασθενών παρουσιάζει συχνά συνοσηρότητα με καταθλιπτική συμπτωματολογία. (16,29,52,54)

Τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά φαίνεται να έχουν γενικότερα παρόμοια αντιβουλιμική επίδραση.(54) Οι μελέτες δείχνουν ότι η συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων μειώνεται κατά 70% στους πάσχοντες από Νευρογενή Βουλιμία που λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή με amitriptyline (Elavil), ενώ η δεσιπραμίνη (Norpramin) επιφέρει μείωση της συχνότητας των υπερφαγικών επεισοδίων κατά 50%.(19) Έχουν δοκιμαστεί με θετικά αποτελέσματα εκτός από την δεσιπραμίνη που προαναφέρθηκε η ιμιπραμίνη, η τραζαδόνη και οι αναστολείς της MAO σε ό,τι αφορά τα κλασσικά αντικαταθλιπτικά. (98)

Πρόσφατα το ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί στη φλουοξετίνη (Prozac), ένα από τα νεότερης γενιάς αντικαταθλιπτικά, που δρα σεροτονινεργικά, και έχει δώσει τα πιο ενθαρρυντικά αποτελέσματα σε δόσεις μεγαλύτερες όμως από αυτές που χορηγούνται στην αμιγώς αντικαταθλιπτική αγωγή.(16,30) Η FDA ενέκρινε τη φλουοξετίνη για τη θεραπεία της Νευρογενούς Βουλιμίας, γεγονός που την καθιστά το πρώτο φάρμακο που εγκρίθηκε για τη διαταραχή αυτή.(19) Η αποτελεσματική δόση για τη θεραπεία της Νευρογενούς Βουλιμίας, όπως προτείνεται από τους περισσότερους ερευνητές, κυρίως γιατί έχει δοκιμαστεί και μελετηθεί σε αρκετές δοκιμές και φαίνεται να είναι εξίσου αποτελεσματική με, και περισσότερο ανεκτή από τις περισσότερες εναλλακτικές επιλογές, είναι 60 γρ./ημέρα (19,54,98), σε αντίθεση με τη δόση των 20 γρ./ημέρα που προτείνεται για τη θεραπεία της Κατάθλιψης.(19) Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των δοκιμών σε μερικές εβδομάδες σημειώνεται σημαντική μείωση του αριθμού των βουλιμικών επεισοδίων και τα θετικά αποτελέσματα φαίνονται να διατηρούνται σε σημαντικό ποσοστό ασθενών και μετά την παρέλευση έτους από την έναρξη της θεραπείας.(98)

Σε μια πολυεπίπεδη έρευνα 387 γυναίκες, πάσχουσες από Νευρογενή Βουλιμία, ακολουθούσαν θεραπεία εξωνοσοκομειακά για 8 εβδομάδες. Η φλουοξετίνη φάνηκε να είναι ανώτερη της θεραπείας placebo σε ότι αφορούσε τη μείωση των υπερφαγικών επεισοδίων και των αυτοπροκαλούμενων εμετών επίσης μείωση την Κατάθλιψη και τις διαταραγμένες στάσεις απέναντι στο φαγητό και την πρόσληψη τροφής.(16) Έχει παρατηρηθεί ότι στη θεραπεία

της Νευρογενούς Βουλιμίας πολύ περισσότεροι ασθενείς εγκαταλείπουν τη φαρμακοθεραπευτική παρέμβαση από ότι στις περιπτώσεις που ακολουθείται μια γνωσιακού-συμπεριφοριστικού τύπου παρέμβαση.(22) Στην πολυεπίπεδη έρευνα για τη φλουοξετίνη, σχεδόν το 1/3 των ασθενών εγκατέλειψαν πριν το τέλος της θεραπείας των 8 εβδομάδων, κυρίως εξαιτίας των παρενεργειών του φαρμάκου. Το ποσοστό αυτό μπορεί να συγκριθεί με το μικρότερο του 5% των ατόμων που διέκοψαν από τη γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία.(1)

Αξιοσημείωτο είναι ότι δεν ήταν δυνατό μέχρι σήμερα να συσχετιστεί η αποτελεσματικότητα της αντικαταθλιπτικής αγωγής για τη Νευρογενή Βουλιμία με το προ-θεραπευτικό επίπεδο Κατάθλιψης. Καταθλιπτικοί και μη-καταθλιπτικοί ασθενείς που πάσχουν και από Νευρογενή Βουλιμία ανταποκρίνονται το ίδιο καλά στην αντικαταθλιπτική φαρμακοθεραπεία σε ό,τι αφορά την διατροφική τους συμπεριφορά.(54) Η διάρκεια της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και η μακρόχρονη αποτελεσματικότητα των ψυχοφαρμακευτικών παρεμβάσεων παραμένει αδιευκρίνιστη. Η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή είναι αποτελεσματική στη βραχυπρόθεσμη θεραπεία της Νευρογενούς Βουλιμίας καθώς φαίνεται ότι οι περισσότεροι ασθενείς υποτροπιάζουν όταν η φαρμακοθεραπεία διακόπτεται.(16,19,95)

### **Νοσοκομειακή περίθαλψη**

Οι περισσότεροι ασθενείς, που πάσχουν από μη επιπλεγμένη Νευρογενή Βουλιμία, δε χρειάζονται ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και μπορούν να αντιμετωπιστούν εξωνοσοκομειακά. (19,98) Γενικότερα, οι βουλιμικοί ασθενείς σπάνια νοσηλεύονται και αυτό συμβαίνει κυρίως όταν η εναλλαγή των κύκλων διατροφικού περιορισμού – υπερφαγίας – αντιρροπιστικών συμπεριφορών έχει οδηγήσει το άτομο στην εκδήλωση Νευρογενούς Ανορεξίας.(52) Άλλες περιπτώσεις στις οποίες η νοσηλεία στο νοσοκομείο κρίνεται απαραίτητη έστω και για κάποιο σχετικά μικρό χρονικό διάστημα είναι όταν έχει παρατηρηθεί διαιτητικό χάος με συνεχή επεισόδια υπερφαγίας και λήψης καθαρτικών, όταν υπάρχει έντονη συνοδός ψυχοπαθολογία με αυτοκτονικότητα (όταν ο κίνδυνος δηλαδή απόπειρας αυτοκτονίας εκτιμάται υψηλός), όταν το άτομο παρουσιάζει αδυναμία να φροντίσει τον εαυτό του, όταν σημειώνεται κατάχρηση ουσιών, και φυσικά όταν υπάρχουν σοβαρές σωματικές επιπλοκές.(19,98) Σε τέτοιες σοβαρές

περιπτώσεις Νευρογενούς Βουλιμίας η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη μπορεί να είναι ο μοναδικός τρόπος για να επιτευχθεί η σταθεροποίηση του ασθενούς από ιατρικής πλευράς και η διακοπή του αυτοκαταστροφικού φαύλου κύκλου των υπερφαγικών επεισοδίων και της συνακόλουθης καθαρτικής συμπεριφοράς. Ο θεράπων ιατρός είναι υπεύθυνος για την ιατρική σταθεροποίηση του ασθενούς καθώς και για την προώθηση της έναρξης μιας ψυχιατρικής, ψυχολογικής και διατολογικής παρακολούθησης και υποστήριξης. Όπως τονίζεται συχνά, η επικοινωνία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας είναι υψίστης σημασίας για να προσβλέπουμε σε ένα θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. (19)

### **Γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπευτική προσέγγιση**

Τα τελευταία χρόνια το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών έχει εστιάσει στη θεραπεία της Νευρογενούς Βουλιμίας παρά της Νευρογενούς Ανορεξίας.(16) Η μορφή ψυχοθεραπείας που έχει εντατικότερα διερευνηθεί είναι η Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Θεραπεία, η οποία έχει σχεδιαστεί με βάση το μοντέλο της ίδιας προσέγγισης για τη θεραπεία της Κατάθλιψης.(54) Οι έρευνες μελετούν το γνωσιακό – συμπεριφοριστικό μοντέλο του Fairburn (1985)(21), ο οποίος προτείνει ότι το πυρηνικό πρόβλημα των βουλιμικών ασθενών συνδέεται με την πεποίθηση ότι το σωματικό σχήμα και βάρος είναι υψίστης σημασίας για την αποδοχή του ατόμου από τον ίδιο του τον εαυτό αλλά και από τους άλλους και θα πρέπει κατά συνέπεια να βρίσκεται υπό αυστηρό έλεγχο μέσω περιοριστικής δίαιτας. Αυτή η δίαιτα καταλήγει στα υπερφαγικά επεισόδια και στη συνέχεια στις καθαρτικές συμπεριφορές, που στοχεύουν στο να απαλλαγεί το άτομο το συντομότερο δυνατό από το φαγητό που έχει καταναλώσει.(16)

Σύμφωνα με τη γνωσιακή – συμπεριφοριστική προσέγγιση πολύ μεγάλη σημασία τόσο για την ανάπτυξη όσο και για τη διατήρηση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής έχουν οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και οι στάσεις για την αξία του σωματικού βάρους και σχήματος, οι οποίες χαρακτηρίζουν τους πάσχοντες. Αυτός είναι και ο λόγος που η θεραπεία που προτείνει το μοντέλο αυτό επικεντρώνεται εν πολλοίς στην αλλαγή αυτών των γνωσιών.(52) Η Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Θεραπεία για τη Νευρογενή Βουλιμία έχει σχεδιαστεί ώστε να αντιμετωπίσει διάφορα θέματα(16), όπως να αλλάξει τις διαταραγμένες στάσεις του ατόμου αναφορικά με την πρόσληψη της τροφής,



προτείνοντας την υιοθέτηση ενός προγράμματος τακτικών γευμάτων, την κατανάλωση μεγάλης ομάδας τροφών και την ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων.(52) Επίσης βασικό στόχο της θεραπείας με βάση αυτό το μοντέλο αποτελεί η αναδόμηση των δυσλειτουργικών σκέψεων και γνωσιών, που αφορούν το σωματικό βάρος και σχήμα και στην αυτοεκτίμηση.(81) Τα βασικά βήματα σύμφωνα με το Γνωσιακό – Συμπεριφοριστικό Μοντέλο κατά τη θεραπεία των ασθενών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι τα ακόλουθα:

1. Εδραίωση μιας σταθερής και ζεστής θεραπευτικής σχέσης: για να τολμήσει ο πάσχων να δοκιμάσει καινούρια μοντέλα συμπεριφοράς και δράσης και να συμμετάσχει ενεργά σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας (π.χ. να προσέρχεται στις θεραπευτικές συνεδρίες, να ακολουθεί τις οδηγίες του θεραπευτή και στο σπίτι κ.α.) θα πρέπει να έχει εγκατασταθεί η θεραπευτική σχέση και να ενισχυθεί η θεραπευτική συμμαχία.(52)
2. Παροχή αναλυτικής ενημέρωσης: ο ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί σχετικά με τη συμπτωματολογία του και να γνωρίσει τις σοβαρές επιπτώσεις της δίαιτας, των υπερφαγικών επεισοδίων και των ακατάλληλων αντιρροπιστικών συμπεριφορών, που συχνά χρησιμοποιούνται για την αποφυγή της αύξησης του βάρους.(52)
3. Ενθάρρυνση της υιοθέτησης «υγιών» διατροφικών συνηθειών: το άτομο θα πρέπει να ενθαρρυνθεί να αυξήσει τα γεύματά του σε 3 / ημέρα και να αρχίσει σταδιακά να εισάγει στο διαιτολόγιό του όλες εκείνες τις τροφές που μέχρι πρότινος ήταν «απαγορευμένες», γιατί προκαλούσαν έντονο άγχος στον ασθενή λόγω της υψηλής θερμιδικής τους αξίας.(52) Δε θα πρέπει να ξεχνάμε ότι ο στόχος της θεραπείας είναι να αναπτυχθούν φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες. Πέρα από τα απαραίτητα 3 γεύματα θα πρέπει να συμπεριληφθούν ενδιάμεσα στα κύρια γεύματα και κάποια μικρότερα, αλλά να μάθει το άτομο να μην παρασύρεται σε υπερφαγικά επεισόδια ή καθαρτικές συμπεριφορές. Μέσα στα πλαίσια της θεραπείας μπορεί να συμπεριληφθεί ακόμα και το να φέρνει ο θεραπευόμενος στη συνεδρία μικρές ποσότητες απαγορευμένων τροφών για να τις καταναλώσει. Οι παράλογες απαιτήσεις και άλλες γνωστικές διαστρεβλώσεις (π.χ. η

πεποίθηση ότι η κατανάλωση έστω και μιας μικρής ποσότητας φαγητού υψηλής θερμιδικής αξίας σημαίνει ότι ο ασθενής είναι μια ολοκληρωτική αποτυχία και καταδικασμένος να μην σημειώσει βελτίωση ποτέ) θα πρέπει να τίθενται από τον θεραπευτή συνεχώς υπό αμφισβήτηση. Ο ασθενής θα πρέπει να διδαχθεί ότι ο έλεγχος του σωματικού βάρους, ο οποίος δεν είναι ένας παράλογος στόχος στη ζωή ενός ατόμου, μπορεί να επιτευχθεί καλύτερα με το να ρυθμίζει να παίρνει τα γεύματά του με ένα φυσιολογικό ρυθμό μέσα στη διάρκεια της ημέρας, παρά με το να προβαίνει σε αυστηρές δίαιτες, που τελικά μοιραία τον οδηγούν σε ένα υπερφαγικό επεισόδιο, το οποίο με τη σειρά του έχει σαν αποτέλεσμα τις καθαρτικές συμπεριφορές. Τα τακτικά γεύματα ελέγχουν το αίσθημα της πείνας και, κατά συνέπεια ευελπιστούμε, και την παρόρμηση για κατανάλωση υπερβολικών ποσοτήτων τροφής, οι συνέπειες της οποίας (παχυσαρκία) εξισορροπούνται με την καθαρική συμπεριφορά.(16)

4. Εκπαίδευση στην κατασκευή και στη χρήση ερωτηματολογίου καταγραφής των καθημερινών διατροφικών συνηθειών, που βασίζεται στην προσεκτική αυτοπαρατήρηση: έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα βοηθητικά κατά την διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών η αναλυτική καθημερινή καταγραφή τόσο του διατροφικού κύκλου (υπερφαγικά επεισόδια ή αποχή από το φαγητό και αντισταθμιστικές συμπεριφορές) όσο και των παραγόντων που προηγούνται ή έπονται της εκδήλωσης της συγκεκριμένης διατροφικής αντίδρασης. Τα ερωτηματολόγια αυτορρύθμισης μπορούν να βοηθήσουν στην αναγνώριση δυσλειτουργικών γνώσιων, οι οποίοι μπορεί να αποτελούν και εκλυτικούς παράγοντες των υπερφαγικών επεισοδίων, των καθαρικών συμπεριφορών και της πλήρους αποχής από την τροφή. (52)
5. Εκπαίδευση του ατόμου στη χρήση συμπεριφοριστικών τεχνικών: το άτομο χρήσιμο είναι να εκπαιδευτεί σε τεχνικές που του επιτρέπουν να ελέγξει σε ένα βαθμό την ένταση που μπορεί να αισθάνεται και το ωθεί σε προβληματικές συμπεριφορές αναφορικά με την τροφή. Τεχνικές που συνήθως χρησιμοποιούνται και βοηθούν στο να μετριάσουν το αρνητικό συναίσθημα είναι η καθυστέρηση αντίδρασης, η ανταμοιβή και η χαλάρωση.(52) Ειδικότερα η χαλάρωση μπορεί να

χρησιμοποιηθεί και για να ελεγχθεί η παρόρμηση για πρόκληση εμετού.(16)

6. Εκπαίδευση του ατόμου στις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων: το άτομο θα πρέπει μέσα στη θεραπεία να διδαχθεί όσο το δυνατό περισσότερες στρατηγικές για να μπορεί αποτελεσματικά να αντιμετωπίζει τις καταστάσεις εκείνες, που μπορεί να αποτελούν και εκλυτικούς παράγοντες της εκδήλωσης των διατροφικών του προβλημάτων. Η συνεχής εξάσκηση του ατόμου στη θεωρητική εν πρώτοις επίλυση προβλημάτων, αυξάνει εν πολλοίς την πιθανότητα να αντιμετωπίσει / να επιλύσει προβληματικές καταστάσεις και στο μέλλον, καταστάσεις που μέχρι πρότινος το καθιστούσαν ευάλωτο στην εκδήλωση επικίνδυνων διατροφικών συμπεριφορών. Επιπρόσθετα, η ενίσχυση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων μπορεί να συμβάλλει στην ενίσχυση της γενικότερης αίσθησης ελέγχου και της αυτοεκτίμησης του ατόμου.(52) Θεραπευτής και ασθενής θα πρέπει να συνεργαστούν για να προσδιορίσουν γεγονότα, σκέψεις και συναισθήματα, που ενεργοποιούν την παρόρμηση για υπερφαγία, και στη συνέχεια ο θεραπευτής να φροντίσει να διδαχθεί ο ασθενής περισσότερο προσαρμοστικούς τρόπους για να αντιμετωπίσει αυτές τις καταστάσεις. Π.χ. αν ο θεραπευτής και η νεαρή ασθενής συνειδητοποιήσουν ότι τα υπερφαγικά επεισόδια συνήθως επισυμβαίνουν αφού η ασθενής έχει δεχθεί κριτική από τον σύντροφό της, η θεραπεία θα μπορούσε να προσανατολιστεί σε όλα ή κάποια από τα ακόλουθα:

- να ενθαρρυνθεί η ασθενής να διατυπώνει την άποψή της με θάρρος αν η κριτική που της ασκείται είναι αδικαιολόγητη
- να διδαχθεί ότι, σε περίπτωση που η κριτική του συντρόφου της φαίνεται δίκαιη και σωστή, δε θα πρέπει να αισθάνεται ότι είναι καταστροφικό το να κάνει κανείς ένα λάθος και ότι δεν είναι αναγκαίο να είναι κανείς τέλειος
- να απευαισθητοποιηθεί η ασθενής από την κοινωνική κριτική.(16)

7. Αμφισβήτηση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων και γνωσιών που διαιωνίζουν τα διατροφικά προβλήματα: ο θεραπευόμενος θα πρέπει

μέσα από τη θεραπευτική διαδικασία να αναγνωρίσει τις δυσλειτουργικές σκέψεις του σχετικά τόσο με το σωματικό βάρος και την τροφή όσο και με τον εαυτό του. Θα πρέπει ακόμα να μάθει να εξετάζει την ορθότητα αυτών των σκέψεων και να ανευρίσκει άλλες αντίστοιχες εναλλακτικές σκέψεις. Με άλλα λόγια ο θεραπευτής θα πρέπει να φροντίσει ώστε να γίνει γνωσιακή αναδόμηση.(52) Ο ασθενής θα πρέπει να αποκαλύψει και να αλλάξει τα πιστεύω εκείνα που τον ενθαρρύνουν να υποβάλλει τον εαυτό του στη νηστεία προκειμένου να μη γίνει υπέρβαρος. Θα πρέπει ο ασθενής να βοηθηθεί να συνειδητοποιήσει ότι ένα φυσιολογικό βάρος μπορεί να διατηρηθεί χωρίς να πρέπει να κάνει αυστηρές δίαιτες και ακόμη ότι η υπερβολική στέρηση της τροφής μπορεί συχνά να ενεργοποιήσει ένα υπερφαγικό επεισόδιο. Θα πρέπει να μάθει ότι δεν έχουν χαθεί τα πάντα αν καταναλώσει μια μικρή ποσότητα ενός φαγητού, έστω και αν αυτό το φαγητό είναι πολύ υψηλής θερμιδικής αξίας. Είναι σημαντικό ακόμα να συνειδητοποιήσει ότι ένα μικρό γεύμα δε σημαίνει ότι θα ενεργοποιηθεί ένα υπερφαγικό επεισόδιο, το οποίο θα ακολουθηθεί από αυτοπροκαλούμενο εμετό ή χρήση καθαρτικών για να ξεφορτωθεί το απαγορευμένο φαγητό το γρηγορότερο δυνατό. Το να διαφοροποιηθεί αυτός ο δίπολος τρόπος σκέψης (οι σκέψεις του τύπου άσπρο-μαύρο, όλα-τίποτα) μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να ξεκινήσουν να τρώνε με φυσιολογικούς ρυθμούς. Ο θεραπευτής θα πρέπει να φροντίσει ώστε ο ασθενής να αναπτύξει λιγότερο ακραία πιστεύω και για τον εαυτό του. Π.χ. ο θεραπευτής θα μπορούσε με ήπιο αλλά σταθερό τρόπο να προκαλέσει / αμφισβητήσει παράλογα πιστεύω του ασθενούς όπως το «κανένας δεν θα με σέβεται αν είμαι μερικά κιλά παραπάνω από ότι είμαι τώρα» ή «ο Ερρίκος με αγαπά μόνο και μόνο γιατί είμαι 55 κιλά και σίγουρα θα με απέρριπτε αν φούσκωνα και ζύγιζα 65 κιλά». Μια γενικευμένη υπόθεση πίσω από τέτοιου είδους πιστεύω και άλλες πεπιοθήσεις βουλιμικών ασθενών μπορεί να είναι ότι μια γυναίκα εκτιμάται από έναν άνδρα μόνο αν το βάρος της κυμαίνεται κάπου χαμηλότερα από το φυσιολογικό-μέσο βάρος. Αυτό βέβαια είναι μια υπόθεση που ενισχύεται και προβάλλεται κατά κόρον από τα ΜΜΕ και το χώρο της διαφήμισης. Ο βουλιμικός ασθενής θα πρέπει να

ενθαρρυνθεί να αμφισβητήσει τα πρότυπα που προβάλλει η κοινωνία για το τι είναι ελκυστικό, για το ποιο είναι το ιδανικό βάρος, και ακόμα να σταθεί με κριτική διάθεση απέναντι στις πιέσεις που ασκούνται στις γυναίκες να είναι λεπτές. Οι στόχοι αυτοί, και ιδιαίτερα ο τελευταίος, δεν είναι καθόλου εύκολοι, και η επίτευξή τους μπορεί να σημαίνει ότι ο θεραπευτής θα χρειαστεί να επιστρατεύσει πληθώρα τεχνικών.(16)

8. Εκπαίδευση του ατόμου σε τεχνικές πρόληψης μελλοντικής υποτροπής: το άτομο θα πρέπει να εκπαιδευθεί συστηματικά στο να αναγνωρίζει καταστάσεις υψηλού κινδύνου, γιατί μόνο έτσι θα μπορέσει να ενεργοποιήσει άμεσα στρατηγικές για την αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων έτσι ώστε να διατηρηθούν τα κεκτημένα θεραπευτικά αποτελέσματα.(81)

Σε ό,τι αφορά την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής – Συμπεριφοριστικής Θεραπείας θεωρείται από τις πιο ευρέως μελετημένες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.(52) Τόσο οι γνωσιακές – συμπεριφοριστικές όσο και οι διαπροσωπικές θεραπείες έχουν να επιδείξουν κάποιες επιτυχίες στη βελτίωση της Νευρογενούς Βουλιμίας.(16) Για κάποιους μάλιστα θεωρείται ως θεραπεία εκλογής για τη Νευρογενή Βουλιμία.(24) Τα αποτελέσματα των Γνωσιακών – Συμπεριφοριστικών Θεραπευτικών Προσεγγίσεων είναι ελπιδοφόρα, τουλάχιστον τα βραχυπρόθεσμα, και υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι είναι καλύτερα από αυτά της αντικαταθλιπτικής φαρμακοθεραπείας.(1) Σύμφωνα με τις έρευνες, που έχουν διεξαχθεί, η πλειοψηφία των βουλιμικών ασθενών (κυρίως Καθαρτικού Τύπου) μετά από την εφαρμογή ενός Γνωσιακού – Συμπεριφοριστικού θεραπευτικού προγράμματος παρέμβασης παρουσίασε υψηλά ποσοστά μείωσης των αρνητικών συμπεριφορικών αντιδράσεων αναφορικά με την πρόσληψη τροφής (π.χ. των επεισοδίων υπερφαγίας, των ακατάλληλων αντιρροπιστικών συμπεριφορών, της υπερβολικής ανησυχίας για το σωματικό βάρος και σχήμα).(23,28) Πιο συγκεκριμένα δεδομένα μιας σειράς ερευνών δείχνουν ότι οι Γνωσιακές – Συμπεριφοριστικές Θεραπείες συχνά καταλήγουν σε μικρότερης συχνότητας υπερφαγικά επεισόδια και καθαρικές συμπεριφορές, με τη μείωση να κυμαίνεται μεταξύ του 70% και ίσως και υψηλότερου του 90%´ ακραίοι

διαιτητικοί περιορισμοί μειώνονται σε σημαντικό βαθμό και σημειώνεται βελτίωση και στις στάσεις απέναντι στο σωματικό βάρος και σχήμα. (37,94)

Ωστόσο αν εστιάσουμε στους ίδιους τους ασθενείς αντί στον αριθμό των υπερφαγικών επεισοδίων και των καθαρτικών συμπεριφορών τους, θα βρούμε ότι τουλάχιστον μισοί από αυτούς που ακολουθούν ένα Γνωσιακό – Συμπεριφοριστικό Μοντέλο Θεραπείας σημειώνουν πολύ μικρή βελτίωση. (14,93) Και αν δούμε τους ασθενείς, που σημειώνουν σημαντική βελτίωση, πώς εξελίσσονται σε 6 και 12 μήνες μετά το τέλος της θεραπευτικής παρέμβασης, θα διαπιστώσουμε ότι μόνο το 1/3 αυτών διατηρούν τα θεραπευτικά οφέλη.(25) Συνεπώς, η εικόνα της έκβασης δεν είναι ξεκάθαρη. Αυτοί που επιτυγχάνουν να ξεπεράσουν την παρόρμηση για υπερφαγικά επεισόδια και καθαρτικές συμπεριφορές σημειώνουν βελτίωση και σε συνακόλουθα προβλήματα όπως η Κατάθλιψη και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αυτό το αποτέλεσμα δεν εκπλήσσει: αν ένα άτομο είναι ικανό να επιτύχει στο να επανακτήσει φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά τη στιγμή που μέχρι πρότινος έβλεπε τη Νευρογενή Βουλιμία σαν ένα ανεξέλεγκτο πρόβλημα, αναμένουμε ότι το άτομο αυτό θα είναι λιγότερο καταθλιπτικό και θα αισθάνεται γενικότερα καλύτερα για τον εαυτό του.(16) Ένα τελευταίο εύρημα από την εμπειρική βιβλιογραφία των Γνωσιακών – Συμπεριφοριστικών Θεραπειών είναι ότι οι ομάδες αυτο-βοήθειας που ακολουθούν ένα εγχειρίδιο που βασίζεται στο μοντέλο θεραπείας του Fairburn και εποπτεύονται στον ελάχιστο βαθμό από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας μπορούν να αποκομίσουν σημαντικά οφέλη.(13) Ωστόσο, αν και μειώνουν τα υπερφαγικά επεισόδια σε σημαντικό βαθμό, τα ποσοστά της γενικότερης επιτυχίας είναι μικρότερα από 50%(93,95), γεγονός που δείχνει ότι, όπως και στη Νευρογενή Ανορεξία, έτσι και η Νευρογενής Βουλιμία είναι διαταραχές πολύ δύσκολες στο να αντιμετωπισθούν επιτυχώς.(16)

Η Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Προσέγγιση, αν και αρχικά θεωρήθηκε μοναδικά αποτελεσματική στη θεραπεία της Νευρογενούς Βουλιμίας, τώρα φαίνεται ότι άλλες μορφές βραχυπρόθεσμης και δομημένης ψυχοθεραπείας, όπως η Διαπροσωπική Θεραπεία και η Υποστηρικτική-Εκφραστική (Supportive-Expressive) Θεραπεία, μπορούν να είναι το ίδιο αποτελεσματικές.(54) Βέβαια, όπως συμβαίνει συχνά όταν συγκρίνουμε διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, η απάντηση δεν μπορεί ποτέ να

είναι απολύτως βέβαιη. Σε πολλές μελέτες (23,25) η Διαπροσωπική Θεραπεία των Weissman & Klemm υπερτερεί στις συγκρίσεις με την Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Θεραπεία, αν και δεν επιφέρει αποτελέσματα τόσο σύντομα. Οι 2 τύποι παρέμβασης προάγουν αλλαγές στα 4 επιμέρους χαρακτηριστικά της Νευρογενούς Βουλιμίας:

- υπερφαγικά επεισόδια
- καθαρτικές συμπεριφορές
- διαιτητικοί περιορισμοί
- δυσπροσαρμοστικές στάσεις απέναντι στο σωματικό σχήμα και βάρος.(93)

Είναι αξιοσημείωτο ότι η Διαπροσωπική Θεραπεία είναι αποτελεσματική σε όλα τα παραπάνω επιμέρους χαρακτηριστικά συμπτώματα της διαταραχής, δεδομένου ότι δεν επικεντρώνεται όπως η Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Θεραπεία στις δυσπροσαρμοστικές διατροφικές συνήθειες, αλλά αντ' αυτού εστιάζει στη βελτίωση της διαπροσωπικής λειτουργικότητας του ατόμου. Μια τέτοια επιτυχία υποδηλώνει ότι τουλάχιστον για μερικούς ασθενείς οι διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες μπορεί να προκαλούνται από προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις και τα συνακόλουθα αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό και τον κόσμο.(16) Αν και τα αποτελέσματα από αυτές τις 2 κυρίαρχες ψυχολογικές θεραπείες είναι σαφώς ανώτερα από αυτά άλλων μορφών παρέμβασης, συμπεριλαμβανομένων και των φαρμάκων, μένει ένα μεγάλο μέρος του κεφαλαίου «Θεραπεία της Νευρογενούς Βουλιμίας» το οποίο παραμένει ανεξερεύνητο' για παράδειγμα η ενδονοσοκομειακή Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Θεραπεία μπορεί να έχει αυξημένη αποτελεσματικότητα.(84) Το γεγονός ότι τουλάχιστον το 1/2 των ασθενών των ερευνών δεν σημειώνουν σημαντική βελτίωση μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός των ασθενών αυτών παρουσιάζουν και άλλες ψυχικές διαταραχές εκτός από την εκάστοτε Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής (π.χ. Οριακή Διαταραχής της Προσωπικότητας, Κατάθλιψη, Αγχώδεις Διαταραχές ή και προβλήματα σχέσεων, ζεύγους κ.α.).(93) Αυτοί οι ασθενείς δείχνουν μικρότερη βελτίωση μετά από Γνωσιακού – Συμπεριφοριστικού τύπου Θεραπευτική Παρέμβαση, αλλά και από άλλου είδους ψυχολογικές παρεμβάσεις. Οι Gleaves & Eberenz (1994)(39), για παράδειγμα, εξέτασαν τα αποτελέσματα της Γνωσιακής –

Συμπεριφοριστικής Θεραπείας μεταξύ 464 βουλιμικών γυναικών σε μια κλειστή θεραπευτική δομή και βρήκαν ότι αυτές που είχαν στο ιστορικό τους πολλαπλές νοσηλείες, πολλούς θεραπευτές στο παρελθόν, απόπειρες αυτοκτονίας και σεξουαλική κακοποίηση απέσπασαν πολύ λιγότερα οφέλη από τη θεραπεία σε σύγκριση με αυτές που δεν είχαν να επιδείξουν τέτοια στοιχεία στο ιστορικό τους. Τα φτωχά θεραπευτικά αποτελέσματα θα μπορούσαν να έχουν προκύψει εξαιτίας του ότι αυτοί οι ασθενείς απλώς έχουν μια πιο διάχυτη και ίσως σοβαρότερη ψυχοπαθολογία. Εναλλακτικά, η κακή πρόγνωση θα μπορούσε να προκύψει από την αποτυχία του ασθενούς να δεσμευτεί στη θεραπεία, πιθανόν λόγω της έλλειψης εμπιστοσύνης σε μορφές εξουσίας εξαιτίας προηγούμενης σεξουαλικής κακοποίησης. Οι θεραπευτές είναι μορφές εξουσίας, και αν ο ασθενής είχε σεξουαλικά κακοποιηθεί από τον γονέα, η επακόλουθη έλλειψη εμπιστοσύνης και ο θυμός θα μπορούσαν κάλλιστα να γενικευθούν – να προβληθούν στο θεραπευτή.(16)

Οι άνθρωποι σπάνια προσέρχονται σε θεραπεία για ένα μόνο πρόβλημα, και κάτι τόσο σοβαρό όσο μια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής είναι μάλλον συνδεδεμένη με άλλα ψυχολογικά προβλήματα, όπως η Κατάθλιψη. Όταν αναλογιζόμαστε ότι η Κατάθλιψη από μόνη της είναι μια διαταραχή πολυπαραγοντικής αιτιολογίας –και αυτό σημαίνει ότι ένα πρόσωπο Α θα μπορούσε να εμφανίζει Κατάθλιψη για τελείως διαφορετικούς λόγους από αυτούς που συνέτειναν στην ανάπτυξη της ίδιας διαταραχής σε ένα πρόσωπο Β- το απόφθεγμα είναι ότι οι μελέτες που γίνονται έχουν περιορισμούς στο τι και πόσα μπορούν να μας πουν σχετικά με το βέλτιστο τρόπο αντιμετώπισης ενός συγκεκριμένου ασθενή σε μια πραγματική θεραπευτική διαδικασία. Οι επιπλοκές που οι θεραπευτές αντιμετωπίζουν και προσπαθούν να αντιπαρέλθουν σε κάθε περιστατικό δεν θα μπορούσαν να εξομοιωθούν σε μια έρευνα στην οποία οι θεραπευτές πασχίζουν να ακολουθήσουν ένα εγχειρίδιο θεραπείας.(16)

### **Παρέμβαση στην οικογένεια**

Ο ρόλος της οικογένειας τόσο στην πρόκληση όσο και στην διαιώνιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής εκτιμάται ιδιαίτερα σημαντικός. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο κρίνεται σκόπιμη η παρέμβαση και στην οικογένεια του πάσχοντος. Η παρέμβαση στην οικογένεια στοχεύει να μειώσει



τις εσφαλμένες απόψεις, τις ενοχές και τις αυτοκατηγορίες κυρίως των γονέων, αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας, σχετικά με το διατροφικό πρόβλημα του πάσχοντος. Επιπροσθέτως, θα μπορούσε να μειώσει την πιθανή αντίσταση ή άρνηση των γονέων αναφορικά με την ψυχολογική και ιατρική σημασία και την σοβαρότητα της διαταραχής.(52)

- **Συναισθηματικές αντιδράσεις στους ασθενείς**

Οι ασθενείς, που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής μπορεί να προκαλέσουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Ο αγώνας για την απόκτηση ελέγχου μπορεί να περιπλέξει τη θεραπεία πολλών ασθενών, που πάσχουν από τέτοιες διαταραχές, και να αποσταθεροποιήσουν την αντικειμενική οπτική γωνία που οι θεραπευτές πασχίζουν να διατηρήσουν στον τρόπο που βλέπουν τα πράγματα. Η συχνή συνοσηρότητα με τη Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας σε αυτό τον πληθυσμό των ασθενών περιπλέκει ακόμα περισσότερο το θεραπευτικό σχεδιασμό, καθώς συχνά οι ασθενείς διαχωρίζουν τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε κατηγορίες «καλών» και «κακών». Οι διεισδυτικές διαδικασίες πολλές φορές θα πρέπει να εφαρμόζονται ενάντια στη θέληση του ασθενούς και μπορούν εύκολα να επεκταθούν σε τιμωρητικά συναισθήματα και πράξεις ενάντια στον ασθενή.(19)

Οι επαγγελματίες σε χώρους ψυχικής υγείας θα πρέπει να έχουν υπόψη τους αυτές τις αντιδράσεις και να αναζητούν συμβουλευτική όταν θεωρούν ότι απαιτείται να αντιμετωπίσουν αυτά τα συναισθήματα. Πολλές φορές είναι χρήσιμο και βοηθητικό να πραγματοποιούνται συναντήσεις όλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας που συνεργάζεται για τη θεραπεία του ασθενούς προκειμένου να απελευθερώσουν όλα αυτά τα συναισθήματα και να επαναπροσδιορίσουν τη θεραπεία όταν κρίνεται απαραίτητο. (19)

Η φαινομενικά «γυμνασμένη» εικόνα του ασθενούς που πάσχει από Νευρογενή Βουλιμία μπορεί να συμβαδίζει με τις προσωπικές αντιλήψεις του επαγγελματία θεραπευτή ότι «το αδύνατο σώμα είναι καλό» και να οδηγούν σε υποθεραπεία ή σε υποβάθμιση της πιθανής σοβαρότητας της διαταραχής. (19)

Η θεραπεία των ασθενών που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση και εμφανίζουν και κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής εγείρει μοναδικές

προκλήσεις σε ό,τι αφορά την αντιμεταβίβαση των επαγγελματιών θεραπευτών. Οι θεραπευτές και γενικότερα οι ειδικοί συχνά σοκάρονται, τρομοκρατούνται και κατακλύζονται από τις περιγραφές της κακοποιητικής εμπειρίας. Το άτομο που έχει επιβιώσει από την κακοποίηση είναι γενικότερα ευαίσθητο ακόμα και σε συγκαλυμμένες μορφές αποστασιοποίησης και εξαιτίας της μαθημένης τάσης τους να φροντίζουν τους άλλους συχνά θα σταματήσουν τις αποκαλύψεις προκειμένου να προστατέψουν και να μην επιβαρύνουν τον θεραπευτή τους. (19)

- **Νομικά θέματα και θέματα ηθικής**

Μια σειρά από νομικά θέματα και ζητήματα ηθικής ανακύπτουν στη θεραπεία των ασθενών που εμφανίζουν κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Όπως και σε άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, η νοσηλεία ενάντια στη θέληση του ασθενούς μπορεί να είναι απαραίτητη για να διασφαλιστεί η θεραπεία ενός ασθενούς που αντιμετωπίζει σοβαρά ιατρικά προβλήματα ή για να προστατευθεί ένας ασθενής που εμφανίζει αυτοκτονική συμπεριφορά. Για τους εφήβους ασθενείς, η άδεια των γονέων θα πρέπει να εξασφαλίζεται για την ανεπιθύμητη σε ό,τι αφορά τον ασθενή εισαγωγή σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και για την ανεπιθύμητη θεραπεία. Για τους ενήλικες ασθενείς, ο ψυχιατρικός εγκλεισμός είναι απαραίτητος για την κράτηση του ασθενούς. Ο εγκλεισμός σε νοσοκομείο μπορεί να είναι απαραίτητος κάποιες φορές προκειμένου να εφαρμοστούν διαδικασίες ενάντια στη θέληση του ενήλικα ασθενούς. Η αιτιολογία για την εφαρμογή τέτοιων διαδικασιών (π.χ. η ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων ή η σίτιση μέσω ορού ενάντια στις επιθυμίες του ασθενούς) συνήθως επαφίεται στις ηθικές αρχές που επικαλούνται την προστασία του ασθενούς από την δική του κακή κρίση και συμπεριφορά. (19)

Το να φροντίζει κανείς έναν ασθενή που πάσχει από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής συχνά περιλαμβάνει την ενεργό συνεργασία με την οικογένεια του ασθενούς και εγείρει δύσκολα θέματα αναφορικά με την αφοσίωση του θεραπευτή στον ασθενή. Το να εργάζεται κανείς με ασθενείς που είναι ανήλικοι μπορεί να εμφανίζει ειδικές προκλήσεις. Όταν ο έφηβος ασθενής ζητά οι πληροφορίες να παραμείνουν εμπιστευτικές και να μην αποκαλυφθούν στα μέλη της οικογένειάς του, ο θεραπευτής θα πρέπει να συνυπολογίσει το δικαίωμα των γονέων να υπογράψουν υπεύθυνη δήλωση ενάντια στην αυξανόμενη επιθυμία του εφήβου ασθενούς για αυτονομία. Όταν

είναι εφικτό, ο θεραπευτής οικογένειας θα πρέπει να εμπλέκεται καθώς μπορεί να λειτουργήσει σαν σύμμαχος της οικογένειας, αφήνοντας έτσι τον θεραπευτή περισσότερο ελεύθερο να υποστηρίξει τον ασθενή. Όποτε εμπλέκεται σε μια υπόθεση ασθενούς μια διεπιστημονική ομάδα, είναι απαραίτητο να παρέχονται στην ομάδα όλες οι διαθέσιμες πληροφορίες είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από τον νόμιμο κηδεμόνα του. (19)

#### ▪ Συμπερασματικά

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι σύνθετες και πολυ-παραγοντικής αιτιολογίας διαταραχές, που προσβάλλουν κατά βάση έφηβες κοπέλες και νεαρές ενήλικες γυναίκες. Οι γενικοί ιατροί διαδραματίζουν έναν κριτικής σημασίας ρόλο στην αναγνώριση και θεραπεία αυτών των διαταραχών. Η έγκαιρη διάγνωση αυτών των διαταραχών συμβάλλει σημαντικά στην θετική θεραπευτική εξέλιξη αλλά παρεμποδίζεται συχνά από τα ισχυρά συναισθήματα μυστικοπάθειας, άρνησης και ντροπής από μέρους του ασθενούς. Αν και τα άτομα που πάσχουν από τέτοιες διαταραχές μπορεί να αρνούνται τη θεραπεία, η γεμάτη κατανόηση προσέγγιση μιας διεπιστημονικής ομάδας που θα εστιάζει στις ιατρικές, ψυχολογικές αλλά και διατροφικές ανάγκες των ατόμων αυτών θα μπορούσε να ενισχύσει σε σημαντικό βαθμό την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.(7,18, 27,34,49,62,88,99)

#### Βιβλιογραφία

1. Agras, W.S., Rossiter, E.M., Arnow, B., Schneider, J.A., Telch, C.F., Raeburn, S.D., Bruce, B., Perl, M., & Koran, L.M. (1992) Pharmacologic and cognitive-behavioural treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, 149, 82-87 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
2. American Psychological Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> edition)*, Washington, DC: American Psychological Association, 1994
3. Ames-Frankel, J., Devlin, M.J., Walsh, B.T., Strasser, T.J., & Sadick, C. (1992) Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 90-96 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
4. Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., & Bem, D.J. (1993). "Introduction to Psychology". USA: Harcourt Brace & Company. p.p. 382-392
5. Bartlett, J. (1992) *Familiar quotations: A collection of passages, phrases and proverbs traced to their sources in ancient and modern*

- literature. Boston: Little, Brown and Company cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
6. Brewerton, T.D., Lydiard, B.R., Laraia, M.T., Shook, J.E., & Ballenger, J.C. (1992). CSF Beta-endorphin and dynorphin in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1086-1090 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  7. Brownell KD, Foreyt JP (editors): *Handbook of eating disorders*. Basic Books, 1986 cited in Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange. p.p. 183-192
  8. Brownell, K.D., & Robin, J. (1994) The dieting maelstrom: is it possible or advisable to lose weight? *American Psychologist*, 49, 781-791 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  9. Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books cited in Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., & Bem, D.J. (1993). "Introduction to Psychology". USA: Harcourt Brace & Company. p.p. 382-392
  10. Carroll, J.M., Touyz, S.M., & Beumont, P.J. (1996) Specific comorbidity between bulimia nervosa and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 159-170 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  11. Celiebter A, Melton P, McCray RS, et al: Gastric capacity, gastric emptying, and test-meal intake in normal and bulimic women. *Am J Clin Nutr* 1992; 56: 656 cited in Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. (2000). "Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials". USA: W.B. Saunders Company. p.p. 447-459
  12. Collins, S., & King, M. (1996) Ten year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 110, 86-108 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  13. Cooper, P.J., Coker, S., & Fleming, C. (1994) Self-help for bulimia nervosa: A preliminary report. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 401-404 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  14. Craighead, L.W., & Agras, W.S. (1991) Mechanisms of action in cognitive-behavioural and pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 115-125 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  15. Dare, C., LeGrange, D., Eisler, I., & Rutherford, J. (1994) Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disordered families. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 211-226 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  16. Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224

17. DeJong, W., & Kleck, R.E. (1986) The social psychological effects of overweight. In C.P. Herman, M. P. Zanna, & E.T. Higgins (eds) *Physical appearance, stigma, and social behaviour*. Hillside, NJ: Erlbaum cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
18. Eating Disorders. <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-et02.html> cited in Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange. p.p. 183-192
19. Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange. p.p. 183-192
20. Everill, J.T., & Waller, G. (1995) Reported sexual abuse and eating psychopathology: A review of the evidence for a causal link. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 1-11 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
21. Fairburn, C.G. (1985) Cognitive-Behavioural treatment for bulimia. In D.M. Garner, & P.E. Garfinkel (eds) *Handbook of Psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (p.p. 160-192) New York: Guilford cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
22. Fairburn, C.G., Agras, W.S., & Wilson, G.T. (1992) The research on the treatment of bulimia nervosa: Practical and theoretical implications. In G.H. Anderson & S.H. Kennedy (eds) *The biology of feast and famine: Relevance to eating disorders*. New York: Academic Press cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
23. Fairburn, C.G., Jones, R., Reveler, R.C., Carr, S., Solomon, R., O'Connor, M.E., & Hope, R.A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469 cited in Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία». Αθήνα:Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας. σελ. 97-110
24. Fairburn, C.G., Marcus, M.D., & Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioural therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (eds), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (p.p. 361-404). New York: Guilford Press. cited in Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία». Αθήνα:Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας. σελ. 97-110
25. Fairburn, C.G., Welsh, S.L., & Hay, P.J. (1993) The classification of recurrent overeating: The "binge eating disorder" proposal. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 155-159 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
26. Fairburn, C.G., Welch, S.L., Norman, P.A., O'Conner, M.E., & Doll, H.E. (1996) Bias and bulimia nervosa: How typical are clinic cases? *American Journal of Psychiatry*, 153, 386-391 cited in Davison, G.C. &

- Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
27. Fallon P, Katzman MA, Wooley SC (editors): Feminist Perspectives on eating disorders. Guilford, 1994 cited in Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange. p.p. 183-192
  28. Fettes, P.A., & Petters, J.M. (1992). A meta-analysis of group treatments for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 97-110 cited in Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία». Αθήνα:Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας. σελ. 97-110
  29. file: //A:\ WebMD – Eating Disorders Anorexia and Bulimia.htm cited in Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία». Αθήνα:Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας. σελ. 97-110
  30. Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group (1992) Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa: A multicentre, placebo-controlled, double blind trial. *Archives of General Psychiatry*, 49, 139-147 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  31. Franklin, J.C., Schiele, B.C., Brozerk, J., & Keys, A. (1948) Observations on human behaviour in experimental semistarvation and rehabilitation. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 28-45 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  32. Furnham, A., & Baguma, P. (1994) Cross-cultural differences in the evaluation of male and female body shapes. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 81-89 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  33. Garfinkel, P.E. & Garner, D.M. (1982). Anorexia nervosa: a multidisciplinary perspective. New York: Brunner / Mazel cited in Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., & Bem, D.J. (1993). "Introduction to Psychology". USA: Harcourt Brace & Company. p.p. 382-392
  34. Garner DM, Garfinkel PE (editors): Handbook of Psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. Guilford, 1985 cited in Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange. p.p. 183-192
  35. Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980) Cultural expectation of thinness in women. *Psychological reports*, 47, 483-491 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  36. Garner, D.M., Olmsted, M.P., & Polivy, J. (1983) Development and validation of a multi-dimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224

37. Garner, D.M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M.V., Olmsted, M.P., & Eagle, M., (1993) Comparison between cognitive-behavioural and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150, 37-46 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
38. Geraciotti TD, Liddle RA :Impaired cholecystokinin secretion in bulimia nervosa. *N Engl J Med* 1988; 319: 683 cited in Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. (2000). "Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials". USA: W.B. Saunders Company. p.p. 447-459
39. Gleaves, D.H., & Eberenz, K.P. (1994) Sexual abuse histories among treatment-resistant bulimia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 227, 231 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
40. Goldbloom, D.S., Garfinkel, P.E., & Shaw, B.F. (1991) Biochemical aspects of bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 11-22 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
41. Gotesdam, K.G., & Agras, W.S. (1995) General population-based epidemiological survey of eating disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 119-126 cited in Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία». Αθήνα:Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας. σελ. 97-110
42. Grilo, C.M., Shiffman, S., & Carter-Campbell, J.T. (1994) Binge eating antecedents in normal weight nonpurging females: Is there consistency? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 239-249 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
43. Hardy, B.W., & Waller, D.A. (1988) Bulimia as substance abuse. In W.G. Johnson (ed), *Advances in eating disorders*. New York: JAI cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
44. Heatherton, T.F., Nichols, P., Mahamedi, F., & Keel, P. (1995) Body weight, dieting, and eating disorder symptoms among college students, 1982 to 1992. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1623-1630 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
45. Herman, C.P., Polivy, J., Lank, C., & Heatherton, T.F. (1987) Anxiety, hunger, and eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 264-269 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
46. Hsu, L.K.G. (1990) *Eating disorders*. New York: Guilford cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
47. Humphrey, L.L. (1986) Family relations in bulimic-anorexic and nondistressed families. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 223-232 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224

48. Jarrell, M.P., Johnson, W.G., & Williamson, D.A. (1986) Insulin and glucose response in the binge purge episode of bulimic women. Paper presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behaviour Therapy, Chicago cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
49. Johnson C (editor): Psychodynamic Treatment of anorexia nervosa and bulimia. Guilford, 1991 cited in Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange. p.p. 183-192
50. Johnson, C. & Larson, R. (1982). Bulimia: an analysis of moods and behaviour. *Psychosemantic Medicine*, 44, 341-351 cited in Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., & Bem, D.J. (1993). "Introduction to Psychology". USA: Harcourt Brace & Company. p.p. 382-392
51. Jimerson, D.C., Lesem, M.D., Kate, W.H., & Bretherton, T.D. (1992) Low serotonin and dopamine metabolite concentrations in cerebrospinal fluid from bulimic patients with frequent binge episodes. *Archives of General Psychiatry*, 49, 132-138 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
52. Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία». Αθήνα:Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας. σελ. 97-110
53. Καλαντζή-Azizi, Α. (1995). Νευρογενής Ανορεξία και Βουλιμία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 52, 76-88
54. Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. (2000). "Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials". USA: W.B. Saunders Company. p.p. 447-459
55. Kennedy, S.H., & Garfinkel, P.E. (1992) Advances in the diagnosis and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 309-315 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
56. Kent, J.S., & Clopton, J.R. (1992) Bulimic women's perceptions of their family relationships. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 281-292 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
57. Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Wilson, D.M., Haydel, K.F., et al. (1994) Pursuit of thinness and onset of eating disorders in a community sample of adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227-238 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
58. Killen, J.D., Taylor, C.B., Telch, M.J., Saylor, K.E., Maron, D.J., & Robinson, T.N. (1986) Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers: Precursors of the binge-purge syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 255, 1447-1449 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
59. Laessle R.G., Waadt S., Schweiger, U. & Pirke, K.M. (1987). Zur Therapierrelevanz psychobiologischer Befunde bei Bulimia Nervosa. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 8, 297-313 cited in



- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία». Αθήνα:Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας. σελ. 97-110
60. Leitenberg, H., Gross, H., Peterson, H., & Rosen J.C. (1984) Analysis of an anxiety model in the process of change during exposure plus response prevention treatment of bulimia nervosa. *Behaviour Therapy*, 15, 3-20 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
61. Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L., & Early-Zald, M.B. (1995) Prospective analysis of personality and behavioural vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 140-149 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
62. Miller JB: The development of Women's sense of self, (Work in progress, Vol. 2). Wellesley College, Stone Centre for Developmental Services and Studies, 1984 cited in Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange. p.p. 183-192
63. Minuchin,S., Baker, L., Rosman, B.L., Lieberman, R., Milman, L., & Todd, T.C. (1975) A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
64. Mishkind, M.E., Robin, J., Silberstein, L.R., & Striegel-Moore, R.H. (1986) The embodiment of masculinity: Cultural, psychological and behavioural dimensions. *American Behavioural Scientist*, 29, 545-562 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
65. Mitchell, J.E. (1992) Subtyping of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 327-332 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
66. Mitchell, J. E., & Pyle, R.L. (1985) Characteristics of bulimia. In J.E. Mitchell (ed) *Anorexia nervosa and bulimia: Diagnosis and treatment*. Minneapolis: University of Minnesota Press cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
67. Moser, P.W. (1989) Double vision: Why do we never match up to our mind's ideal? *Self Magazine*, p.p. 51-52 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
68. Mumford, D.B., Whitehouse, A.M., & Choudry, I.Y. (1992) Survey of eating disorders in English-medium schools in Lahore, Pakistan. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 173-184 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
69. Nemeroff, C. F., Stein, R.I., Diehl, N.S., & Smilack, K.M. (1994) From the Cleavers to the Clintons: Role choices and body orientation as reflected in magazine article content. *International Journal of Eating*

- Disorders, 16, 167-176 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
70. Oltmanns, T.F., Neale, J.M., & Davison, G.C. (1995) Case studies in abnormal psychology. Fourth edition. New York: Wiley cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
71. Παπακώστας, Ι. (1994). Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία, Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς cited in Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία». Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας. σελ. 97-110
72. Polivy, J. (1976) Perception of calories and regulation of intake in restrained and unrestrained eaters. *Addictive Behaviours*, 1, 237-244 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
73. Polivy, J., Heatherton, T.F., & Herman, C.P. (1988) Self-esteem, restraint and eating behaviour. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 354-356 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
74. Polivy, J., Herman, C.P., & McFarlane, T. (1994) Effects of anxiety on eating: Does palatability moderate distress-induced overeating in dieters? *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 505-510 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
75. Polivy, J., Herman, C.P. & Howard, K. (1980) The Restraint Scale. In A. Stunkard (ed) *Obesity*. Philadelphia: Saunders cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
76. Pliner, P., & Hadock, G. (1996) Perfectionism in weight-concerned and unconcerned women: An experimental approach. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 381-389 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
77. Root, M.P. (1990) Disordered eating in women of colour. *Sex Roles*, 22, 525-536 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
78. Rorty, M., Yager, J., & Russotto, E. (1994) Childhood sexual, physical and psychological abuse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1122-1126 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
79. Rowston, W.M., & Lacey, H.J. (1992) Stealing in bulimia nervosa. *International Journal of social psychiatry*, 141, 171-180 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
80. Schwalberg, M.D., Barlow, D.H., Alger, S.A., & Howard, L.J. (1992) Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorders on comorbidity across DSM-III anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 675-681 cited in

- Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
81. Smith, D.E., Marcus, M.D. & Eldredge, K.L. (1994). Binge eating syndromes: A review of assessment and treatment with an emphasis on clinical application. *Behaviour therapy*, 25,635-658 cited in Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία». Αθήνα:Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας. σελ. 97-110
  82. Story, M., French, S.A., Resnick, M.D., & Blum, R.W. (1995) Ethnic / racial and socio-economic differences in dieting behaviours and body image perceptions in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 173-179 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  83. Strober, M., Morrell, B., Burroughs, J., Salkin, B., & Jacobs, C. (1985) A controlled family study of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 239-246 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  84. Tuschen, B., & Bent, H. (1995) Intensive brief inpatient treatment of bulimia nervosa. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (eds) *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: Guilford cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  85. Van de Broucke, S., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1995) Marital Communication in Eating Disorders: A controlled Observational Study. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 1-23 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  86. Vitousek, K., & Manke, F. (1994) Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  87. Waller, D.A., Kiser, S., Hardy, B.W., Fuchs, I., & Feigenbaum, L.P. (1986) Eating behaviour and plasma Beta-endorphin in bulimia. *American Journal of Clinical Nutrition*, 4, 20-23 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  88. Walsh BT, Devlin MJ: The pharmacologic treatment of eating disorders. In: Shaffer D (editor): *Psychiatric Clinics of North America*. Saunders, 1992 cited in Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange. p.p. 183-192
  89. Walters, E., & Kendler, K.S. (1994) Anorexia nervosa and anorexia-like symptoms in a population based twin sample. *American Journal of Psychiatry*, 152, 62-71 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
  90. Walters, E.E., Neale, M.C., Eaves, L.J., Lindon, J., & Heath, A.C. (1992) Bulimia nervosa and major depression: A study of common genetic and environmental factors. *Psychological Medicine*, 22, 617-622 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224

91. Welch, S.L. & Fairburn, C.G. (1994) Sexual abuse and bulimia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 151, 402-407 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
92. Williamson, D.A., Goreczny, A.J., Davis, C.J., Ruggiero, L., & MacKenzie, S.L. (1988) Psychophysiological analysis of the anxiety model of bulimia nervosa. *Behaviour Therapy*, 19, 1-9 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
93. Wilson, G.T. (1995) Empirically validated treatments as a basis for clinical practice: Problems and prospects. In S.C. Hayes, V.M. Follette, R.M. Dawes & K.E. Grady (eds) *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations*. Reno, NV: Context Press cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
94. Wilson, G.T., Eldredge, K.L., Smith, D., & Niles, B. (1991) Cognitive-behavioural treatment with and without response prevention for bulimia. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 575-583 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
95. Wilson, G.T., & Pike, K.M. (1993) Eating disorders. In D.H. Barlow (ed) *Clinical handbook of psychological disorders* (p.p. 278-317) New York: Guilford cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
96. Wiseman, C.V., Gray, J.J., Mosimann, J.E., & Arhens, A.H. (1992) Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 85-89 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
97. Woodside, D.B., Shekter-Wolfson, L.F., Garfinkel, P.E., & Olmsted, M.P. (1995) Family interactions in bulimia nervosa: Study design, comparisons to established population norms and changes over the course of an intensive day hospital treatment program. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 105-115 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
98. Χριστοδούλου, Γ.Ν. & συνεργάτες (2004). «Ψυχιατρική». Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις. σελ. 482-496
99. Yager J et al: American Psychiatric Association practice guidelines for eating disorders. Work Group on Eating Disorders. *Am J Psychiatr* 1993; 150(2): 20 cited in Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange. p.p. 183-192
100. Yates, A. (1989) Current perspectives on the eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 813-828 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224

## Περιεχόμενα

### Διαταραχές πρόσληψης τροφής

1. Ορισμός	2
2. Κατηγορίες	3
3. Επικινδυνότητα	6
4. Επιδημιολογία	7
5. Συνοσηρότητα	8
6. Αιτιολογία	8
7. Βιβλιογραφία	22

### Νευρογενής βουλιμία

1. Γενικά για τη διαταραχή	25
2. Επιδημιολογία	30
3. Διάγνωση	33
4. Αξιολόγηση	35
5. Διαφοροδιάγνωση	36
6. Συνοσηρότητα	37
7. Παθοφυσιολογία	38
8. Πορεία της διαταραχής και πρόγνωση	40
9. Αιτιολογία	42
10. Ερμηνευτικές προσεγγίσεις	62
11. Θεραπευτικές παρεμβάσεις	67
12. Συναισθηματικές αντιδράσεις στους ασθενείς	80
13. Νομικά θέματα και θέματα ηθικής	81
14. Συμπερασματικά	82
15. Βιβλιογραφία	82