

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

**ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΙΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

Ντιάνα Χαρίλα, MSc.
Κλινική Ψυχολόγος (PhD)
aharila@psych.uoa.gr



Σημειώσεις
Β' έτος
2006

Στις διαταραχές διατροφής συμπεριλαμβάνονται η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία καθώς και η διαταραχή υπερφαγίας όταν αυτή δεν συμβαίνει στα πλαίσια της ψυχογενούς ανορεξίας ή βουλιμίας .

Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV για τις παραπάνω διαταραχές είναι :

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ (DSM-IV) ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

A. Άρνηση διατήρησης βάρους σώματος στο ελάχιστο φυσιολογικό επίπεδο βάρους για την ηλικία και το ύψος (χαμηλότερο βάρος τουλάχιστον κατά 25% από το κανονικό)

B. Έντονος φόβος παχυσαρκίας που δεν ελαττώνεται με τη μείωση του βάρους

Γ. Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει το βάρος και το σχήμα του σώματός του, τα οποία επηρεάζουν υπέρμετρα την αυτοαξιολόγηση του ατόμου, ή άρνηση της σοβαρότητας του χαμηλού βάρους σώματος

Δ. Έλλειψη έμμηνου ροής (αμηνόρροια)

Περιοριστικός τύπος

τύπος με υπερφαγία / Καθαρτική συμπεριφορά

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ (DSM-IV) ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

A. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας (binge eating).Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο ακόλουθα :

1. λήψη τροφής σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ μέσα σε χρονικό διάστημα 2 ωρών). Η ποσότητα τροφής είναι μεγαλύτερη από αυτή που οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να φάνε μάσα στο ίδιο χρονικό διάστημα και κάτω από τις ίδιες συνθήκες
2. αίσθηση έλλειψης ελέγχου στο φαγητό κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ αίσθημα πως δεν μπορεί το άτομο να σταματήσει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει)

B. Αντιρρόπηση της παχυντικής επίδρασης της τροφής με αυτοπροκαλούμενους έμετους, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων

Γ. Η υπερφαγία καθώς και οι αντιρροπιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν κατά μέσο όρο δύο φορές την εβδομάδα για 3 μήνες

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

Ε. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Νευρικής Ανορεξίας

Καθαρτικός τύπος

Μη καθαρτικός τύπος

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ (DSM-IV) ΓΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

Α. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας (binge eating). Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο ακόλουθα :

1. λήψη τροφής σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ μέσα σε χρονικό διάστημα 2 ωρών). Η ποσότητα τροφής είναι μεγαλύτερη από αυτή που οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να φάνε μάσα στο ίδιο χρονικό διάστημα και κάτω από τις ίδιες συνθήκες
2. αίσθηση έλλειψης ελέγχου στο φαγητό κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ αίσθημα πως δεν μπορεί το άτομο να σταματήσει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει)

Β. Τα επεισόδια υπερφαγίας συνδέονται με τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα :

1. το άτομο τρώει πολύ πιο γρήγορα από το κανονικό
2. το άτομο τρώει μέχρι να νιώσει δυσάρεστα πλήρες το στομάχι του
3. το άτομο τρώει μεγάλες ποσότητες τροφής, όταν δε νιώθει να πεινάει
4. το άτομο νιώθει δυσάρεστα που τρώει πολύ και για το λόγο αυτό τρώει μόνο του
5. το άτομο, όταν τρώει υπερβολικά, νιώθει δυσάρεστα με τον εαυτό του, μελαγχολικά και έχει αρκετές ενοχές

Γ. Το άτομο βιώνει έντονο άγχος σχετικά με τη συμπεριφορά υπερφαγίας του

Δ. Η συμπεριφορά υπερφαγίας συμβαίνει κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο μέρες την εβδομάδα για έξι μήνες

Ε. Η συμπεριφορά υπερφαγίας δε συνοδεύεται από ακατάλληλες αντιρροπιστικές συμπεριφορές (π.χ πρόκληση εμέτου, δίαιτα, έντονη σωματική άσκηση) και δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια νευρικής ανορεξίας ή νευρικής βουλιμίας

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΜΗ ΑΛΛΟΥ ΤΑΞΙΝΟΜΗΜΕΝΕΣ

1. Για τις γυναίκες πληρούνται όλα τα κριτήρια της νευρικής ανορεξίας, εκτός από το ότι το άτομο έχει κανονική έμμηνου ρύση
2. Πληρούνται όλα τα κριτήρια της νευρικής ανορεξίας, εκτός του ότι, παρά τη σημαντική απώλεια βάρους, το βάρος σώματος του ατόμου κυμαίνεται στα φυσιολογικά επίπεδα

3. Πληρούνται όλα τα κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας, εκτός ότι η υπερφαγία και οι αντιρροπιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν με συχνότητα λιγότερη από 2 φορές την εβδομάδα ή για διάρκεια λιγότερη από 3 μήνες
4. Υπάρχει χρήση αντιρροπιστικών συμπεριφορών από άτομο φυσιολογικού βάρους σώματος μετά τη λήψη μικρών ποσοτήτων τροφής (π.χ αυτοπροκαλούμενος έμετος μετά τη λήψη 2 γλυκισμάτων)
5. Το άτομο μασά και φτύνει, αλλά δεν καταπίνει μεγάλες ποσότητες τροφής
6. Διαταραχή υπερφαγίας (binge eating disorder): επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας στην απουσία αντιρροπιστικών συμπεριφορών, χαρακτηριστικών της ψυχογενούς βουλιμίας

Η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ τους (Guidano and Liotti, 1983).

Κλινικά και στις δύο παρατηρείται υπερβολική ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος καθώς και κοινοί χειρισμοί για τον έλεγχο του βάρους και του σχήματος του σώματος, όπως δίαιτα, υπερβολική σωματική άσκηση, πρόκληση εμέτων, χρήση καθαρτικών, διουρητικών, ‘ανορεκτικών’ δισκίων κτλ.

Συμπεριφορικά πραγματοποιείται λήψη τροφής ανεξάρτητα πείνας ή κορεσμού, έπειτα συνήθως από ένα αίσθημα κενού. Επίσης, παρατηρείται μείωση ή έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας, ανοργασμία, αμηνόρροια, σύγχυση ρόλων. Στην επικοινωνία, έχουν την εντύπωση πως οι συγγενείς δεν τους καταλαβαίνουν, τους αγνοούν, ή πως παρεμβαίνουν στη ζωή τους, ενώ απέναντι στους φίλους και τον θεραπευτή είναι επιφυλακτικοί και φειδωλοί στην παροχή πληροφοριών, ιδίως σε σχέση με τη λήψη τροφής.

Γνωσιακά παρατηρούνται:

Σκέψεις γύρω από το φαγητό, τα είδη τροφής, το θερμιδικό περιεχόμενο, το σχεδιασμό διαίτης και εικόνες παραμορφωμένου σώματος ή τμημάτων του, εικόνες ρούχων, τροφής κτλ.

Διεργασιακά λάθη στη διερμηνεία των σωματικών αισθήσεων. Στην ψυχογενή ανορεξία, το άτομο δεν αντιλαμβάνεται την πείνα ή χορταίνει εύκολα. Στην ψυχογενή βουλιμία, σαν ‘πείνα’ το άτομο μπορεί να διερμηνεύσει τέτοια συναισθήματα, όπως κενού, ανίας, ανικανοποίητου κτλ.

Μεγάλη αντιπροσώπευση σχημάτων που σχετίζονται με τη λήψη τροφής, το βάρος και το σχήμα του σώματος, τα οποία διαδυνδένονται με σχήματα αξιών, χρησιμότητας, αρετής, ελέγχου.

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία μπορεί να έχουν σταδιακή έναρξη και τα συμπτώματά τους μπορεί να παραμένουν για πολλά χρόνια. Τα συμπτώματα μπορεί να κλιμακώνονται και να δημιουργούν 'κρίση' στην ψυχογενή ανορεξία. Τα άτομα βιώνουν κρίση όταν τα σωματικά συμπτώματα έχουν χειροτερεύσει πολύ, όταν υπάρχει ψυχολογική διαταραχή, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις ή συνδυασμός αυτών. **Χειροτέρευση των σωματικών συμπτωμάτων** περιλαμβάνει : μεγάλη απώλεια βάρους, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, γαστρεντερολογικά προβλήματα, καρδιακές αρρυθμίες και νεφρική ανεπάρκεια. **Στις ψυχολογικές διαταραχές** μπορεί να απαντηθεί κατάθλιψη με αυτοκτονικό ιδεασμό, άγχος, πανικός εξαιτίας της απώλειας ελέγχου της τροφής και ενοχές. **Οι διαπροσωπικές σχέσεις** μπορεί να δυσκολεύονται είτε γιατί υπάρχουν έντονες αντιδράσεις από το περιβάλλον (λόγω της ανακάλυψης των συμπτωμάτων) είτε γιατί η ίδια η ανορεκτική αποφεύγει να βρίσκεται με κόσμο λόγω του συμπτώματος .

Η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες (90-95%) ιδιαίτερα κατά την περίοδο της εφηβείας και μετεφηβείας και σπανιότερα κατά τις αρχές της ενήλικης φάσης. Αποτελεί την τρίτη συχνότερη χρόνια ασθένεια ανάμεσα στις έφηβες. Είναι σχετικά σπάνια διαταραχή, ωστόσο με πολύ δραματική κλινική εικόνα και θνησιμότητα σε μακρόχρονο επίπεδο που κυμαίνεται μεταξύ 4-18%.

Οι ανορεκτικές αντιστέκονται αρκετά στη θεραπεία, η οποία είναι μακρόχρονη και απαιτεί μακρόχρονο follow-up.

Τόσο στην ψυχογενή ανορεξία όσο και στην ψυχογενή βουλιμία υπάρχουν λάθη στην επεξεργασία πληροφοριών. Έχει βρεθεί πως αγχώδεις ασθενείς αντιλαμβάνονται ασαφή ερεθίσματα ως απειλητικά (Eysenk et al, 1991), θεωρούν πως αποτρεπτικά γεγονότα θα συμβούν στους ίδιους και αν όντως τους συμβούν, θεωρούν πως θα είναι πολύ πιο δραματικές οι συνέπειές τους. Επομένως, υπάρχει **το σχήμα απειλής** και το **διεργασιακό λάθος της καταστροφοποίησης** (Beck, 1985).

Οι πελάτες με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία ερμηνεύουν γεγονότα σε σχέση με το βάρος και το σχήμα του σώματος ως ασαφή και ουδέτερα. Επίσης θεωρούν πως μπορεί να τους συμβούν αρνητικά γεγονότα λόγω του βάρους και του σχήματος του σώματος (Tovee et al, 1995) και μεγαλοποιούν τις συνέπειες των γεγονότων. Αυτό ενδέχεται να συμβαίνει γιατί στο παρελθόν μπορεί να έχουν βιώσει καταστάσεις όπου το βάρος και το σχήμα του σώματος ήταν η αιτία για αρνητικά αποτελέσματα (π.χ. μη δημιουργία σχέσεων, αρνητικές αντιδράσεις από συνομιλήκους κλπ) και κατά συνέπεια δημιουργήθηκαν αρνητικές αντιλήψεις.

Οι συνήθεις αυτόματες σκέψεις και αντιλήψεις ασθενών με νευρική ανορεξία είναι (Bowers, 1995):

- Εάν φάω αυτή την τροφή, δεν θα αρέσω σε κανένα
- Εάν φάω ένα γλυκό, δεν θα μπορέσω να σταματήσω να τρώω γλυκά
- Εάν το βάρος μου υπερβεί τα XX κιλά, τότε δεν θα μπορέσω πια να τα χάσω
- Εάν φάω αυτή την τροφή, τότε σημαίνει πως χάνω τον έλεγχο
- Όταν το βάρος μου αυξάνει, αισθάνομαι απαίσια και όταν μειώνεται, αισθάνομαι καλά
- Εάν φάω περισσότερο από τους άλλους στο τραπέζι, αισθάνομαι ενοχές

- Οι άλλοι που με πιέζουν να φάω, με θέλουν παχιά

Οι συνέπειες της έντονης και μακρόχρονης δίαιτας που υποβάλλεται το άτομο με νευρική ανορεξία είναι ποικίλες. Κατ'αρχήν, αποκτά **προκαταλήψεις** απέναντι σε διάφορες τροφές, παράξενες διατροφικές συνήθειες, κάνει αυξημένη κατανάλωση καφέ, τσαγιού, υγρών ή ασχολείται συνεχώς με την τροφή κάνοντας μικρές λήψεις τροφής σε τακτά χρονικά διαστήματα (binge eating).

Σε επίπεδο συναισθήματος, εγκαθίσταται συνήθως κατάθλιψη, το άτομο έχει άγχος, ευερεθιστότητα, θυμό, αδυνατεί να βιώσει ικανοποίηση και αυτή η συναισθηματική κατάσταση το ωθεί να αποσύρεται κοινωνικά. Οι γνωστικές του λειτουργίες εξασθενούν και πιο συγκεκριμένα έχει μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, κρίσης και λήψης αποφάσεων.

Τέλος, συμβαίνουν και πολλές **νευροφυσιολογικές αλλαγές**, όπως διαταραχές στον ύπνο, γαστρεντερολογικές διαταραχές, υποθερμία, μειωμένος μεταβολικός ρυθμός και μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον.

Θεραπεία

Γενικά, στις διαταραχές διατροφής υπάρχουν 2 φάσεις στη θεραπευτική παρέμβαση:

Στην πρώτη φάση, ο θεραπευτής **1.** προσπαθεί να εγκαταστήσει μια καλή θεραπευτική σχέση με την πελάτισσα και **2.** επικεντρώνεται στις συμπεριφορές ελέγχου του βάρους (π.χ δίαιτα, χρήση καθαρτικών, πρόκληση εμέτου).

Στη δεύτερη φάση, ο θεραπευτής ασχολείται με την τροποποίηση αντιλήψεων της πελάτισσας γύρω από το βάρος, την τροφή και τον εαυτό.

Πιο συγκεκριμένα, η θεραπεία της νευρικής ανορεξίας περιλαμβάνει (M. De Twaan, 1996):

- Εντοπισμό σκέψεων, αποδοχή συναισθημάτων
- Κατανόηση της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη δυσλειτουργική συμπεριφορά
- Αναγνώριση των αρνητικών αυτόματων σκέψεων, έλεγχος εγκυρότητας, τροποποίηση
- Αποδοχή πιο ρεαλιστικών ερμηνειών των γεγονότων
- Αναγνώριση και τροποποίηση ιδιαίτερα εκείνων των σχημάτων που οδηγούν σε αντιλήψεις που διατηρούν τη νευρική ανορεξία

Η σταθεροποίηση κατάλληλης θεραπευτικής σχέσης παίζει ουσιαστικό ρόλο στη θεραπεία, γιατί οι ανορεκτικές είναι συνήθως αρκετά καχύποπτες σχετικά με τη θεραπευτική διαδικασία και μη συνεργάσιμες. Για το λόγο αυτό ο θεραπευτής δεν αμφισβητεί τις αντιλήψεις της πελάτισσας γύρω από το βάρος/σχήμα του σώματός της αλλά θέτει το ζήτημα της ρεαλιστικότητας των αντιλήψεών της. Οι συνήθειες **γνωσιακές τεχνικές** είναι γνωσιακή ασυμφωνία, γνωσιακή πρόβα, πιο ρεαλιστικές φράσεις προς τον εαυτό, εύρεση διεργασιακών λαθών και τροποποίηση εσφαλμένων αντιλήψεων. Όσον αφορά στις **συμπεριφοριστικές τεχνικές**, ο θεραπευτής χρειάζεται να ενισχύει σταθερά την πελάτισσα για τη διατήρηση του βάρους και να θέτει ενισχυτές για την ίδια, να δραστηριότητες που μπορεί να περιλαμβάνουν και φαγητό.

Συνήθως, η **συνεργασία με την οικογένεια** κρίνεται απαραίτητη και βοηθητική ιδιαίτερα για έφηβες πελάτισσες. Ο θεραπευτής παροτρύνει τα άλλα μέλη της οικογένειας να μην ασχολούνται με τις *διατροφικές συνήθειες της πελάτισσας* (έτσι ώστε να μην αντλεί την προσοχή της οικογένειας μέσα από αυτό), να *αποφεύγουν να κάνουν σχόλια γύρω από το φαγητό κατά τη διάρκεια των γευμάτων* αλλά να συζητούν ευχάριστα θέματα (έτσι ώστε να συνδεθεί η ώρα του φαγητού με κάτι ευχάριστο) και κυρίως να μην προετοιμάζονται στο σπίτι ιδιαίτερα γεύματα για την πελάτισσα. Γενικά, ο θεραπευτής παροτρύνει τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας να μην εστιάζουν στις συμπεριφορές της πελάτισσας που σχετίζονται με το φαγητό, να αποφεύγουν να καθιστούν τη διατροφή κεντρικό άξονα της επικοινωνίας τους με την πελάτισσα αλλά να συζητούν για άλλα θέματα. Με την απόσυρση της προσοχής από το σύμπτωμα, εκ μέρους του οικογενειακού περιβάλλοντος, μειώνονται τα δευτερογενή οφέλη που μπορεί να έχει τόσο η πελάτισσα από το σύμπτωμα (π.χ προσοχή, ενδιαφέρον) όσο και η οικογένεια (κοινός στόχος, συσπείρωση των μελών γύρω από το προβληματικό μέλος, επικοινωνία). Υπάρχουν περιπτώσεις όπου ενδείκνυται ενδοοικογενειακή θεραπεία σε ασθενείς με νευρική ανορεξία, όταν υπάρχουν :

- ❖ Σημαντική απώλεια βάρους
- ❖ Μεταβολικές ανωμαλίες
- ❖ Άσχημο συναίσθημα/σκέψεις ή απόπειρα αυτοκτονίας
- ❖ Κακή αντίδραση σε εξωνοσοκομειακή θεραπεία
- ❖ Απουσία υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος ή μη δομημένη οικογένεια

Αντίθετα, όταν οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα κινητοποιημένοι, υπάρχει καλό υποστηρικτικό περιβάλλον, ο μεταβολισμός είναι σταθερός και η απώλεια βάρους δε συμβαίνει με ταχείς ρυθμούς, τότε η θεραπεία γίνεται σε εξωνοσοκομειακή βάση.

Συνοπτικά η θεραπευτική παρέμβαση στην ψυχογενή ανορεξία είναι ως εξής:

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Η ψυχογενής βουλιμία θεωρείτο μέχρι πρότινος μέρος της ψυχογενούς ανορεξίας, γιατί είχε παρατηρηθεί πως περίπου το 40% των γυναικών με ανορεξία είχαν και επεισόδια βουλιμίας.

Η συχνότητα στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 3-7% των γυναικών ηλικίας 15-25 ετών. Είναι δηλαδή πιο συχνή διαταραχή από την ψυχογενή ανορεξία.

Στην ψυχογενή βουλιμία υπάρχει αυξημένη ανησυχία σχετικά με το βάρος του σώματος και την εξωτερική εμφάνιση. Πάνω από 90% των βουλιμικών λένε συχνά πως στο παρελθόν (πριν αρχίσουν τις βουλιμικές κρίσεις και τις καθαρτικές συμπεριφορές) έτρωγαν υπερβολικά και προσπαθούσαν να αποφύγουν να παίρνουν βάρος κάνοντας αυστηρή δίαιτα.

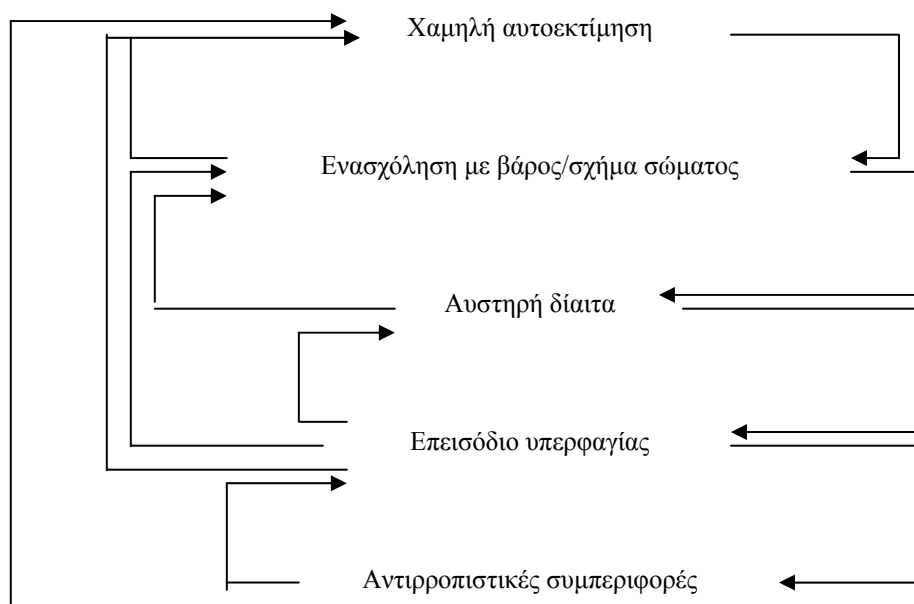
Εκλυτικοί παράγοντες στην ψυχογενή βουλιμία αποτελούν προβλήματα όπως: ένταση στο σπίτι, αρρώστια, απώλεια αγαπημένου προσώπου, διάλυση μιας σημαντικής συναισθηματικής σχέσης. Στις έφηβες οι συνηθέστεροι εκλυτικοί παράγοντες είναι οικογενειακά προβλήματα ή αποτυχία ανεξαρτητοποίησης από τους γονείς, ενώ σε ηλικία άνω των 20 ετών είναι οι δυσκολίες στις συναισθηματικές σχέσεις.

Συνήθως, οι βουλιμικές είναι άτομα με αυξημένες κοινωνικές απαιτήσεις και αυξημένες απαιτήσεις από την εικόνα σώματος. Πολύ συχνά προέρχονται από οικογενειακό περιβάλλον όπου

υπάρχουν συγκεκριμένες τάσεις προς το φαγητό (υπερφαγία/δίαιτα), γονείς απαιτητικοί και απορριπτικοί και μη συνεκτικοί δεσμοί στην οικογένεια.

ΓΝΩΣΙΑΚΟ ΣΧΗΜΑ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Συνήθως, η βουλιμική είναι άτομο με χαμηλή αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμησή της εξαρτάται από την εξωτερική εμφάνιση και ειδικότερα από το σχήμα και το βάρος του σώματος. Για τον λόγο αυτό, ασχολείται πολύ με το βάρος και το σχήμα του σώματος, δοκιμάζοντας διάφορες δίαιτες. Η έλλειψη όμως πολλών τροφών λόγω της αυστηρής διαίτας, καθώς και διάφοροι εκλυτικοί παράγοντες την οδηγούν σε υπερφαγικό επεισόδιο, το οποίο της προκαλεί έντονο άγχος πως θα την οδηγήσει σε αύξηση βάρους. Έτσι, προβαίνει σε αντιρροπιστικές συμπεριφορές, προκειμένου να αποφύγει την αύξηση του βάρους.



Στην ψυχογενή βουλιμία, έτσι όπως φαίνεται από την ταξινόμηση κατά DSM-IV, κύριο χαρακτηριστικό είναι η ύπαρξη υπερφαγικών (βουλιμικών) κρίσεων. Η βουλιμική κρίση περιλαμβάνει κατανάλωση φαγητού σε τριπλάσια έως εικοσαπλάσια ποσότητα από το φυσιολογικό, ενώ ακολουθείται συνήθως από μετά-υπερφαγική αγωνία που μακρόχρονα οδηγεί σε κατάθλιψη.

Αντιρροπιστικά το άτομο, για να αποφύγει την αύξηση του βάρους μετά από τη βουλιμική κρίση, μπορεί να κάνει:

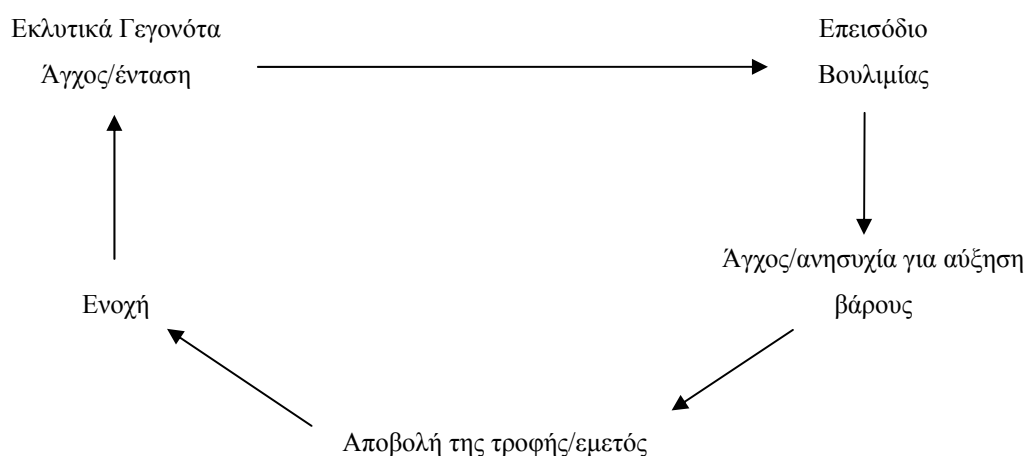
1. Καθαρτικές συμπεριφορές (καθαρτικός τύπος βουλιμίας) οι οποίες περιλαμβάνουν πρόκληση εμετού ή χρήση καθαρτικών/διουρητικών
2. Άλλες αντιρροπιστικές συμπεριφορές (μη καθαρτικός τύπος βουλιμίας) όπως νηστεία, έντονη σωματική άσκηση.

Η πρόκληση εμετών και η χρήση καθαρτικών/διουρητικών εμποδίζουν την ενέργεια να απορροφηθεί και να μετατραπεί σε λίπος, παράλληλα δε, ανακουφίζει το φούσκωμα και τον πόνο στην κοιλιά που

προκαλούνται από την υπερβολική λήψη τροφής κατά τη βουλιμική κρίση. Έτσι, επειδή το άμεσο αποτέλεσμα του είναι θετικό, το άτομο επαναλαμβάνει τη χρήση αυτών των μέσων.

Όπως επισημάνθηκε παραπάνω σχετικά με το γνωσιακό σχήμα διατήρησης της ψυχογενούς βουλιμίας, φαίνεται πως στην διαταραχή αυτή, το άτομο στα διάφορα γεγονότα που προκαλούν άγχος και ένταση αντιδρά με επεισόδια βουλιμικών κρίσεων. Αυτό όμως του προκαλεί έντονη δυσφορία και άγχος πως μπορεί να παχύνει. Έτσι, προσπαθεί να αποβάλει την τροφή με οποιοδήποτε τρόπο (συνήθως προκαλώντας εμετό). Αυτό όμως του προκαλεί έντονη ενοχή, η οποία με την πάροδο του χρόνου γίνεται εκλυτικός παράγοντας για την επόμενη βουλιμική κρίση (φαύλος κύκλος). Αν μια γυναίκα με βουλιμία δεν αναγνωρίσει την ένταση και το άγχος και πώς το προκαλεί και δεν μάθει άλλους τρόπους να το αντιμετωπίσει, τότε εύκολα μπορεί να μπει στον εξής φαύλο κύκλο

Γνωσιακός φαύλος κύκλος στην ψυχογενή βουλιμία



Στην βουλιμία καθαρτικού τύπου υπάρχουν μακρόχρονα πολύ αρνητικές σωματικές συνέπειες. Οι πολλαπλοί εμετοί, προκαλούν ηλεκτρολυτικές διαταραχές, όπως, υποκαλιαιμία, υποχλωραιμία, υπονατριάιμία, διόγκωση των σιελογόνων αδένων, διάβρωση της αδαμαντίνης στα δόντια, διαταραχές στον έμμηνο κύκλο (σε 40% των περιπτώσεων η περίοδος είναι ακανόνιστη και σε 20% σταματά), καθώς και γαστρεντερολογικά προβλήματα. Παράλληλα επιφέρουν βλάβες στο δέρμα (ξηρότητα) και τον οισοφάγο, καθώς και πτώση των μαλλιών.

Συνοσηρότητα: Κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και διαταραχές προσωπικότητας (ιστριονική και οριακή) έχει φανεί να συνυπάρχουν με την ψυχογενή βουλιμία. Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο συχνές διαταραχές που συνυπάρχουν με την ψυχογενή βουλιμία.

Η θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας είναι συνήθως μακροχρόνια. Απόπειρες αυτοκτονίας, μη ικανοποιητικές σχέσεις με τους συνομηλικούς ή/και με τους γονείς είναι κακοί προγνωστικοί παράγοντες. Η θεραπεία στοχεύει κυρίως στην αλλαγή των συνηθειών στο φαγητό (αλλαγή στάσης)

και στο σπάσιμο του ψυχολογικού φαύλου κύκλου. Οι βουλιμικές πελάτισσες είναι συνήθως πιο κινητοποιημένες από τις ανορεκτικές και αρκετά πιο συνεργάσιμες. Η εγκατάσταση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης είναι και εδώ πολύ σημαντική. Αρχικά, ο θεραπευτής επικεντρώνεται στη στάση της πελάτισσας απέναντι στο φαγητό και στον έλεγχο του βάρους. Έτσι, μετά τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού γύρω από το σύμπτωμα καθώς και παραγόντων ζωής που πιθανόν να αποτελούν εκλυτικά αίτια, ο θεραπευτής εκπαιδεύει την πελάτισσα γύρω από τις επιπτώσεις της αντιρροπιστικής της συμπεριφοράς (είτε είναι καθαρτικού είτε μη καθαρτικού τύπου)- επιπτώσεις της δίαιτας, της χρήσης καθαρτικών, της πρόκλησης εμετών, καθώς επίσης και των βουλιμικών κρίσεων.

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, ο θεραπευτής στοχεύει στην αλλαγή στάσης απέναντι στο φαγητό και στον έλεγχο του βάρους. Όσον αφορά στην αλλαγή στάσης στο φαγητό, ο στόχος εδώ είναι να σταματήσει η βουλιμική πελάτισσα να ζυγίζεται, να θερμιδομετρά τις τροφές και να διακρίνει ανάμεσα σε « καλές » και « κακές » τροφές. Σε σχέση με τον έλεγχο του βάρους, στόχος είναι να μάθει να σταθεροποιεί το βάρος της στα επιθυμητά αλλά λογικά όρια και να σταματήσει να χρησιμοποιεί λανθασμένους τρόπους απώλειας βάρους. Στόχος είναι η πελάτισσα να ελέγχει τη λήψη τροφής (αποφυγή υπερφαγικών κρίσεων) αλλά και αν χάσει τον έλεγχο να μην χρησιμοποιήσει λανθασμένους τρόπους αντιρρόπησης της αύξησης του βάρους.

Η πρώτη φάση της θεραπείας επομένως περιλαμβάνει:

1. Εγκατάσταση καλής θεραπευτικής σχέσης
2. Εκπαίδευση σχετικά με ρύθμιση-έλεγχο βάρους σώματος, επιπτώσεις αντιρροπιστικής συμπεριφοράς, επιπτώσεις δίαιτας, επιπτώσεις υπερφαγίας.

Η δεύτερη φάση της θεραπείας περιλαμβάνει διερεύνηση των εκλυτικών παραγόντων των βουλιμικών κρίσεων, διάγνωση πιθανών συνοδών διαταραχών (π.χ κατάθλιψη) που μπορεί να αποτελούν πιθανούς εκλυτικούς παράγοντες, ενασχόληση με αυτούς τους εκλυτικούς παράγοντες, εξοικείωση με τις γνωσιακές αρχές, αναγνώριση λανθασμένων αντιλήψεων και εύρεση εναλλακτικών, εύρεση εναλλακτικών συμπεριφορών καθώς επίσης και διερεύνηση σχέσεων μέσα στην οικογένεια. Βασική μέθοδος εδώ είναι η μέθοδος της αυτορρύθμισης, όπου η πελάτισσα μέσω της αυτοπαρατήρησης καταγράφει σε ημερήσια βάση τη συμπεριφορά της που σχετίζεται με το φαγητό καθώς και τα ερεθίσματα στα οποία εμφανίζεται η υπερφαγική συμπεριφορά (εκλυτικοί παράγοντες). Εάν πρόκειται για έφηβη πελάτισσα, η συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον είναι απαραίτητη. Συνήθως, οι τεχνικές αντιμετώπισης προβλημάτων καθώς και βελτίωσης διεκδικητικής συμπεριφοράς είναι πολύ βοηθητικές στη φάση αυτή.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

Χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση μεγαλύτερης ποσότητας τροφής απ'ό,τι οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να φάνε, ενώ παράλληλα το άτομο δεν έχει την αίσθηση του ελέγχου.

Τα υπερφαγικά επεισόδια λαμβάνουν χώρα και στην ψυχογενή βουλιμία και στη διαταραχή υπερφαγίας. Ωστόσο, το βάρος του ατόμου διαφέρει ριζικά ανάμεσα στις δύο αυτές διαταραχές. Επειδή στη διαταραχή υπερφαγίας απουσιάζουν οι αντιρροπιστικές συμπεριφορές (καθαρτικού ή μη καθαρτικού τύπου), το άτομο κερδίζει βάρος και καταλήγει παχύσαρκο, κάτι το οποίο δεν συμβαίνει συνήθως στην ψυχογενή βουλιμία.

Τις περισσότερες φορές η έναρξη της διαταραχής υπερφαγίας συμβαίνει περίπου στο τέλος της μετεφηβείας και αρχή της ενήλικης φάσης (22 με 25 ετών). Η εμφάνιση έχει ελαφρώς μεγαλύτερη συχνότητα από την ψυχογενή βουλιμία (2-3% στον γενικό πληθυσμό), ενώ στα παχύσαρκα άτομα η διαταραχή της υπερφαγίας αγγίζει το 5 με 8%.

Τα υπερφαγικά άτομα συνήθως νιώθουν έντονη δυσφορία για τις υπερφαγικές τους κρίσεις ή για το άνω του φυσιολογικού βάρος τους. Συνήθως, τα υπερφαγικά άτομα που έχουν άγχος για τις υπερφαγικές τους κρίσεις, έχουν μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου κατά τις κρίσεις από τα άτομα που παρουσιάζουν άγχος μόνο για τη μεγάλη αύξηση του βάρους τους. Οι υπερφαγικοί με απώλεια ελέγχου στις κρίσεις παρουσιάζουν και μεγαλύτερη δυσκολία στους διαιτητικούς περιορισμούς (Marcus et al, 1994).

Συνοσηρότητα: Η κυριότερη ψυχιατρική διαταραχή που συνυπάρχει με τη διαταραχή υπερφαγίας είναι η κατάθλιψη, όπου τα υπερφαγικά άτομα αυξάνουν τις υπερφαγικές κρίσεις και κατά συνέπεια το βάρος τους κατά την περίοδο που έχουν κατάθλιψη. Η δεύτερη σε συχνότητα συνυπάρχουσα διαταραχή είναι οι αγχώδεις διαταραχές, ενώ έχει φανεί πως ανάμεσα στα άτομα με διαταραχή υπερφαγίας οι πιο συχνές διαταραχές προσωπικότητας που έχουν παρατηρηθεί είναι η οριακή και η αποφευκτική.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη γένεση της διαταραχής υπερφαγίας είναι τόσο ψυχολογικοί όσο και γενετικοί και μεταβολικοί.

Στους ψυχολογικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται, εκτός από την ύπαρξη άλλων ψυχιατρικών διαταραχών, απώλεια ελέγχου πάνω στην τροφή, εσφαλμένες διαιτητικές συνήθειες, ύπαρξη οικογενειακών και προσωπικών προβλημάτων και αδυναμία επίλυσής τους, ύπαρξη τυχόν δευτερογενών ωφελών από την αύξηση του βάρους.

Όσον αφορά στους γενετικούς παράγοντες φαίνεται να υπάρχει σχέση ανάμεσα στο βάρος των γονιών και το βάρος των παιδιών, εύρημα που προκύπτει από μελέτες σε παιδιά υιοθετημένα όπου βρέθηκε πως το βάρος τους συνδεόταν με το βάρος των βιολογικών γονιών και όχι των θετών.

Σε σχέση με τους μεταβολικούς παράγοντες δεν έχουν ακόμα βρεθεί τα συγκεκριμένα γένη που παράγουν παχύσαρκα άτομα. Αυτό που φαίνεται να παίζει ρόλο είναι ο χαμηλός μεταβολικός ρυθμός και η ύπαρξη αυξημένων λιπαρών-παχυντικών κυττάρων στον οργανισμό.

Θεραπεία

Κύριος στόχος στη θεραπεία της υπερφαγίας είναι η μείωση του βάρους. Αρχικά, είναι σημαντική η εγκατάσταση καλής θεραπευτικής σχέσης, που στηρίζεται στο κλίμα ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Ο θεραπευτής χρειάζεται να κάνει σαφή την αναγκαιότητα αυτοπαρατήρησης και συνεργασίας του πελάτη.

Τα θεραπευτικά στάδια για τη διαταραχή υπερφαγίας περιλαμβάνουν:

- Εκπαίδευση γύρω από την παχυσαρκία
- Διερεύνηση ερεθισμάτων στα οποία συμβαίνουν οι υπερφαγικές κρίσεις
- Διερεύνηση γνωσιών (κυρίως γύρω από τον έλεγχο)
- Εύρεση διεργασιακών λαθών – τροποποίηση

- Συμπεριφοριστικοί χειρισμοί που έχουν στόχο:
 - A. την αύξηση ελέγχου πάνω στην τροφή
 - B. τη μείωση της ποσότητας της τροφής
 (Αποεστίαση από το φαγητό – Υπενθυμίσεις για τη θερμοδομετρική αξία της)
 - Γ. Βελτίωση δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abraham, S., Llewellyn-Jones, D. (1990). *Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής*, Αθήνα: Εκδόσεις Χατζηνικολή.
2. Bavers, W., Evans, K., Van Cleve, L. (1996). Treatment of Adolescent Eating Disorders. In Reineke, M., Dattilio, F., Freeman, A. *Cognitive Therapy with Children and Adolescents*, The Guilford Press
3. D' Zurilla, T. (1988). Problem-Solving Therapies. In Dobson, K., *Handbook of Cognitive Behavioral Therapies*, The Guilford Press.
4. Garner, D., Friedman, L. (1994). Eating disorders. In Dattilio, F. and Freeman A., *Cognitive Behavioral Strategies in Crisis Intervention* The Guilford Press.
5. Fairburn, C., Cooper, P. (1989). Eating disorders. In K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk, D. Clark *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*, Oxford University Press.
6. Fairburn, C. (1997). Eating Disorders. In Clark, D. and Fairburn, C *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*, Oxford University Press.
7. Fairburn, C., Wilson, T. (1993). *Binge Eating*, The Guilford Press.
8. Rosen, J., Saltzberg, E., Srebnik, D. (1989) Cognitive Behaviour Therapy for Negative Body Image, *Behaviour Therapy, Vol. 20.*
9. Smith, D., Marcus, M., Eldredge, K. (1994). Binge Eating Syndrome: A Review of Assessment and Treatment with an Emphasis on Clinical Application, *Behavior Therapy*, 25 , 635-658.