

# ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ;

Πιθανότατα, οι περισσότεροι αναγνώστες του παρόντος βιβλίου διαθέτουν ήδη αρκετές γνώσεις γύρω από τις διατροφικές διαταραχές και τους τρόπους με τους οποίους επηρεάζουν τα άτομα που πάσχουν από αυτές. Πράγματι, η πλειοψηφία του πληθυσμού έχει, σε γενικές γραμμές, ακούσει να γίνεται λόγος, τόσο για τη ψυχογενή ανορεξία, όσο και για τη ψυχογενή βουλιμία και γνωρίζει κάποια πράγματα γι' αυτές. Παρόλ' αυτά, μέχρι πρόσφατα, τα πράγματα ήταν διαφορετικά. Πριν από το 1971, ο όρος "ψυχογενής βουλιμία" δεν είχε ακόμη επινοηθεί και λίγοι άνθρωποι ήταν ενήμεροι σχετικά με το τι υποδηλώνει ο όρος αυτός. Η ψυχογενής ανορεξία είχε περιγραφεί ήδη έναν αιώνα πριν, αλλά μέχρι και τη δεκαετία του 1960 εθεωρείτο σπάνιο φαινόμενο. Εντούτοις, αυτό που μέχρι τις δεκαετίες του 1960 και 1970 ήταν θέμα συνοπτικών αναφορών σε ιατρικά εγχειρίδια, έχει πλέον καταστεί αντικείμενο αμέτρητων άρθρων σε περιοδικά και εφημερίδες. Η αυξημένη διάκριση –ίσως δε και η αυξημένη διάδοση στον πληθυσμό– των διατροφικών διαταραχών, ήταν φαινόμενο του τέλους του 20ου αιώνα.

Στο παρόν κεφάλαιο θα παρουσιαστεί ένα σύντομο ιστορικό της ανάπτυξης της σύγχρονης εννοιολογικής προσέγγισης των διατροφικών διαταραχών και, στη συνέχεια, θα περιγραφούν τα βασικά χαρακτηριστικά τους. Θα ακολουθήσει συζήτηση πάνω στον τρόπο με τον οποίο έχουν ταξινομηθεί αυτά τα χαρακτηριστικά σε τυπικές ομάδες διαγνωστικών κριτηρίων, καθώς και στα πλεονεκτήματα και στις δυσχέρειες αυτής της προσπάθειας. Το κεφάλαιο έχει περιγραφικό χαρακτήρα. Προσπάθεια ερμηνείας και εμπάθουσας γίνεται στα επόμενα κεφάλαια, με το σκεπτικό ότι η περιγραφή των αντικειμένων προηγείται της αναζήτησης των αιτίων τους.

## ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Θα προσπαθήσουμε να συνοψίσουμε το ιστορικό της εννοιολογικής προσέγγισης των διατροφικών διαταραχών. Πρόκειται, μάλλον, για μια αναφορά στους τρόπους με τους οποίους, μέχρι και πρόσφατα, τα άτομα –κυρίως δε οι ιατροί– προσέγγιζαν τα σχετικά προβλήματα, παρά για αναφορά στα ίδια τα προβλήματα. Η έμφαση αυτή εξυπηρετεί δύο σημαντικούς σκοπούς. Κατ' αρχάς, είναι πιθανόν να είμαστε ακόμη επηρεασμένοι από την ιστορία των ιδεών

που χρησιμοποιούμε σήμερα. Επιπλέον, τα κείμενα των ειδικών που ασχολήθηκαν με τα διατροφικά προβλήματα στο παρελθόν είναι πιθανόν να παρέχουν αρκετές πληροφορίες σχετικές με τις παρατηρήσεις και τις απόψεις που διαμόρφωσαν μέσω της παρακολούθησης ολίγων ασθενών, αλλά περιέχουν περιορισμένα στοιχεία όσον αφορά στο πλήθος των ατόμων που δεν ήταν ασθενείς τους. Λίγες συστηματικές έρευνες διεξήχθησαν μέχρι και πρόσφατα, ώστε να μπορούμε να μελετήσουμε μόνον τις απόψεις των κλινικών, όπως εμφανίζονται στα κείμενά τους.

Φαίνεται πιθανόν ότι έχουν πράγματι εμφανιστεί στην ιστορία περιπτώσεις ατόμων που αντιμετώπιζαν δυσκολίες σ' αυτό που για τους περισσότερους ανθρώπους δεν είναι τίποτε άλλο παρά ένα απλό ζήτημα διατροφής και διατήρησης του φυσιολογικού σωματικού βάρους. Πράγματι, αυτές οι περιπτώσεις ίσως είναι δύσκολο να παρουσιαστούν με μια απλή περιγραφή, κυρίως δε από τη στιγμή που πρόκειται για περιπτώσεις των οποίων η κοινωνική και πολιτισμική σημασία έχει συχνά διεθνή εμβέλεια. Παρ' όλα αυτά, οι περισσότεροι άνθρωποι δεν είναι ούτε υπήρξαν ποτέ πάσχοντες από παρόμοιες διαταραχές. Από τις λιγότερες περιπτώσεις ατόμων, τα οποία εμφάνισαν σχετικές διαταραχές κατά τις τέσσερις περίπου τελευταίες δεκαετίες, μπορούμε να διαμορφώσουμε μόνο μια αμυδρή εικόνα. Εντούτοις, η περιγραφή αυτών των αναμφίβολα μη-αντιπροσωπευτικών περιπτώσεων μπορεί να είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα.

Κατά τη διάρκεια των αιώνων, έχουν υπάρξει άτομα, τα οποία βρήκαν το θάνατο λόγω ηθελημένης διακοπής της πρόσληψης τροφής. Ορισμένα απ' αυτά θα μπορούσαν να θεωρηθούν από τη σύγχρονη έρευνα ως πάσχοντα από ψυχογενή ανορεξία ή από κάποια παρόμοια διαταραχή. Παρ' όλα αυτά, η ψυχογενής ανορεξία είναι μια κατάσταση με ψυχολογικές προεκτάσεις, τις οποίες δε μπορούμε να θεωρήσουμε εύκολα ως νοητικές καταστάσεις των ατόμων εκείνων που έχουν προ πολλού εγκαταλείψει τη ζωή, με εξαίρεση τις περιπτώσεις εκείνες κατά τις οποίες οι ίδιοι έγραψαν γύρω από την εσωτερική τους ζωή και μάλιστα με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι δυνατόν να μεταφραστούν τα κείμενά τους με σημερινούς όρους. Πάντως, κάτι τέτοιο σπανίως ισχύει. Έτσι, η δυνατότητα να εξαχθούν αρκετά ασφαλή συμπεράσματα από τις πρώτες αυτές "περιπτώσεις" (Habermas, 1989, 1992, Parry-Jones, 1991, 1995) εναπόκειται σε εμάς τους ίδιους. Επομένως, είναι δύσκολο να διατυπωθούν εμπειριστατωμένες κρίσεις σχετικά με τους "εν νηστεία" αγίους και άλλους απλούς ανθρώπους –πολύ συχνά νέες γυναίκες– οι οποίοι έγιναν αντικείμενο άλλοτε μίμησης και άλλοτε εκμετάλλευσης, εξ' αιτίας της πρωτοφανούς ικανότητάς τους να ζουν χωρίς να λαμβάνουν τροφή (Vanderycken & vanDeth, 1994). Επιπλέον, θα πρέπει να διατηρηθεί κάποιος βαθμός αμφιβολίας σχετικά με τη φύση των ασθενειών που αναφέρονται στις πολύ πρώιμες κλινικές περιγραφές, όπως, για παράδειγμα, η γνωστή και συχνά αναφερόμενη "νευρική κατανάλωση", που περιγράφηκε από τον Thomas Morton, το 1684 (Silverman, 1995). Παρόμοιες καταστάσεις μπορούν σε διαφορετικές εποχές να γίνουν αντιληπτές με διαφορετικούς τρόπους (Brumberg, 1988).

Οι πρώτες σύγχρονες αναφορές στο φαινόμενο που σήμερα ονομάζεται ψυχογενής ανορεξία έγιναν ταυτόχρονα περίπου, αν και ανεξάρτητα μεταξύ

τους, από τον Charles Lasegue στη Γαλλία (1874) και από τον Sir William Gull (1874) στην Αγγλία. Και οι δύο αναφορές είναι σημαντικές, αν και αποτελούν διαφορετικού ύφους κείμενα<sup>1</sup>. Η ανακοίνωση του Gull είναι απλή και περιγραφική, ενώ εκείνη του Lasegue αναφέρεται περισσότερο στις ψυχολογικές όψεις των παθήσεων που περιγράφει.

Ο Lasegue επικαλέστηκε την τότε διακριτή, αλλά ποικιλόμορφη θεωρία της υστερίας και αποκάλεσε την ασθένεια *υστερική ανορεξία*. Ο Gull ήταν εκείνος που επινόησε τον όρο “ψυχογενής ανορεξία”, ο οποίος και επικράτησε.

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες του 19ου αιώνα και το πρώτο μισό του 20ου υπήρξε ένας σταθερός ρυθμός δημοσιεύσεων πάνω στη ψυχογενή ανορεξία (Mount Sinai, 1965, Silverman, 1997), καθώς και διάλογος γύρω από τη φύση της πάθησης. Λέγεται ότι υπήρχε κάποια σύγχυση της ψυχογενούς ανορεξίας με την ανεπαρκή λειτουργία της υπόφυσης (νόσος του Simmond) από τη στιγμή που παρουσιάστηκε η περιγραφή της ασθένειας, το 1913. Επιπλέον, ακόμη και όταν η ψυχογενής ανορεξία αναγνωρίστηκε ως ψυχική διαταραχή, υπήρξε συνεχιζόμενος διάλογος πάνω στο ερώτημα εάν θα ήταν προτιμότερο η ψυχογενής ανορεξία να θεωρείται ως μια ιδιαίτερη κλινική οντότητα ή ως παραλλαγή κάποιας άλλης κατάστασης, όπως της ψυχαναγκαστικής νευρώσης ή της σχιζοφρένειας (Bliss & Branch, 1960). Ο διάλογος πάνω στη σχέση των διατροφικών διαταραχών με άλλες ψυχικές διαταραχές συνεχίζεται με ηπιότερη μορφή έως και σήμερα.

Από τη δεκαετία του 1960 και μετά άρχισε να αναγνωρίζεται, όλο και περισσότερο, η σκοπιμότητα να προσδιοριστεί η ψυχογενής ανορεξία ως ιδιαίτερη διαγνωστική κατηγορία. Έτσι ολοκληρώθηκε μια σύγχρονη θεώρηση της ψυχογενούς ανορεξίας (Crisp, 1967, Russell, 1970, Bruch, 1973). Παρ’ όλα αυτά, όπως συμβαίνει μερικές φορές, πριν ολοκληρωθεί σε ικανοποιητικό βαθμό η προσέγγιση αυτή, η συγκεκριμένη θεώρηση άρχισε να αναιρείται. Η ψυχογενής ανορεξία άρχισε να εκλαμβάνεται ως νοσολογική κρίση της μέσης ηλικίας.

Αρχικά, έγιναν μερικές προσπάθειες να γίνει κάποια αναγκαία κατηγοριοποίηση των μορφών της ασθένειας. Η πιο σημαντική διάκριση ήταν εκείνη μεταξύ πασχουσών, οι οποίες αντιμετώπιζαν το μεμονωμένο πρόβλημα του χαμηλού σωματικού βάρους, ελέγχοντας τη διατροφή τους, και πασχουσών, οι οποίες κατέφευγαν στην πρόκληση εμέτου (Beumont, George & Smart, 1976). Πολλές, αν και όχι όλες οι πάσχουσες της δεύτερης κατηγορίας, εκδήλωναν επίσης συμπεριφορά υπερφαγίας (Casper, Eckert, Halmi, Goldberg & Davis, 1980). Οι δυο ομάδες εμφανίζονταν διαφορετικές ως προς μια σειρά χαρακτηριστικών του υποβάθρου τους και της τρέχουσας κλινικής τους εικόνας, με τη δεύτερη ομάδα να εμφανίζεται πιο επιρρεπής σε μια ποικιλία συμπεριφορών, προβληματικών τόσο για τα ίδια τα άτομα, όσο και για το περιβάλλον τους.

Στη συνέχεια, ως πάσχοντα από διατροφικές διαταραχές θεωρήθηκαν άτομα, τα οποία παρουσίαζαν τα συμπτώματα της δεύτερης ομάδας, με συμπεριφορές υπερφαγίας και εμέτου, με την εξαίρεση ότι είχαν φυσιολογικό ή και υψηλό σωματικό βάρος (Vanderecken, 1994, Russell, 1997). Με τη δημοσίευση της κλασικής ανακοίνωσης του Gerlad Russell (1979) αναδύθηκε και η έννοια της ψυχογενούς βουλιμίας. Η ευρύτερη έννοια της “βουλιμίας” περιελήφθη στο

DSM-III (APA, 1980), αλλά ο όρος του Russel -και γενικά μιλώντας- η θεωρία του συμπεριελήφθη σε πιο πρόσφατες αναθεωρήσεις των κύριων συμπτωμάτων ταξινομήσης της παραπάνω διαταραχής. Η γενική περιγραφή του συνδρόμου φαίνεται να έχει αναμφισβήτητη αξία, αν και κάποια περιθώρια αμφισβήτησης γύρω από τα ειδικότερα κριτήρια εξακολουθούν να υπάρχουν (Sullivan, Bulik & Kendler, 1998).

Κατά την εποχή της παρούσας έκδοσης, τα σύγχρονα επίσημα διαγνωστικά κριτήρια δίνονται από το “Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης” (DSM -IV, βλ. APA, 1994) και τη “Διεθνή Ταξινόμηση Ασθενειών” (ICD -10, βλ. WHO, 1992). Τα κριτήρια του DSM IV είναι, ομολογουμένως, καταλληλότερα για τον εντοπισμό των διατροφικών διαταραχών, καθώς παρέχουν τεκμηριωμένες κατηγορίες και περιλαμβάνουν την επιπρόσθετη κατηγορία του κλινικού συνδρόμου της υπερφαγίας. Στο παρόν βιβλίο, το εν λόγω εγχειρίδιο θα χρησιμοποιηθεί ως βάση για την εξέταση του θέματος, με εξαίρεση τα σημεία στα οποία προτείνεται κάτι διαφορετικό. Πάντως, τα κριτήρια των δύο συστημάτων για τις βασικές διατροφικές διαταραχές είναι παρόμοια. Στις επόμενες ενότητες θα περιγραφούν και θα σχολιασθούν τα γενικά χαρακτηριστικά της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας, τα οποία είναι κοινά σε όλους σύγχρονους ορισμούς των διαταραχών αυτών. Τα περισσότερα απ’ αυτά τα χαρακτηριστικά είναι γνωστά. Είναι, όμως, τόσο σημαντικά, ώστε θα πρέπει να συζητηθούν. Κάθε διαταραχή θα επεξηγείται εν συντομία με την παράθεση μιας περίπτωσης.<sup>2</sup> Επιπλέον, θα παρατεθεί μια σύντομη ανάλυση σχετικά με το κλινικό σύνδρομο της υπερφαγίας και την παχυσαρκία.

## ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Το πλέον διακριτό σύμπτωμα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις το **χαμηλό βάρος** ως αποτέλεσμα **απώλειας βάρους** (εξαίρεση αποτελούν οι περιπτώσεις εκείνες, κατά τις οποίες ένα παιδί έχει βάρος χαμηλότερο από το μέσο, εξαιτίας ατυχίας να κερδίσει βάρος με τον αναμενόμενο τρόπο). Γενικώς, είναι προτιμότερο να εξετάζουμε το θέμα του σωματικού βάρους με τη χρήση των δεικτών, οι οποίοι λαμβάνουν υπόψη το ύψος, όπως, για παράδειγμα, ο Δείκτης Σωματικής Μάζας (Δ.Σ.Μ) - (BMI - Body Mass Index).<sup>3</sup> Ορισμένες ομάδες διαγνωστικών κριτηρίων προσδιορίζουν το επίπεδο, κάτω του οποίου το σωματικό βάρος θεωρείται σημαντικά χαμηλό. Για παράδειγμα, κατά το ICD-10, απαιτείται BMI κάτω του 17.5, ενώ κατά το DSM-IV προτείνεται (αν και δεν απαιτείται) σωματικό βάρος κατά 85% κάτω του αναμενόμενου φυσιολογικού. Οποσδήποτε, το βάρος αποτελεί ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο χαρακτηριστικό. Το επίπεδο σωματικού βάρους ή ο βαθμός απώλειας βάρους, που απαιτείται για τη διάγνωση, είναι κάπως παραπλανητικός, καθώς τίθεται μια οριακή γραμμή, προκειμένου να προσδιοριστεί μια κατηγορία με πρακτική ισχύ.

Η απώλεια βάρους στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας επέρχεται και διατηρείται εξαιτίας της ανεπαρκούς λήψης τροφής. Συνήθως αυτό οφείλεται περισσότερο στον **περιορισμό της κινητοποίησης για πρόσληψη τρο-**

**φής**, παρά σε απώλεια της όρεξης ή σε μείωση της παρόρμησης για φαγητό. Πράγματι, η πάσχουσα από ψυχογενή ανορεξία μπορεί να νιώθει ότι η τάση της για λήψη τροφής είναι ιδιαίτερα ισχυρή και, πιθανώς, ανεξέλεγκτη. Ωστόσο, προσπαθεί να καταναλώσει λιγότερη τροφή απ' ό,τι θα έκανε κάτω από φυσιολογικές συνθήκες και λιγότερο απ' όσο θα ήταν απαραίτητο για τη διατήρηση του φυσιολογικού της βάρους. Κυριαρχεί στην αίσθηση της πείνας. Φυσικά, για πολλές από τις πάσχουσες το ζήτημα της τάσης τους για φαγητό αποτελεί ένα ιδιαίτερα λεπτό θέμα και η δυνατότητα αποδοχής του ενώπιον των άλλων -ίσως δε ακόμη και απέναντι στον ίδιο τους τον εαυτό- ποικίλλει, ώστε είναι δυνατόν να το αντιπαρέρχονται με υπεκφυγές. Ορισμένες από τις πάσχουσες αναγνωρίζουν την ανάγκη τους για φαγητό, αλλά αρνούνται ότι πεινούν, ίσως επειδή η λέξη φέρει υπερβολικά ισχυρή αρνητική φόρτιση για τις ίδιες. Άλλες πάσχουσες αρνούνται ότι έχουν καν κάποια ανάγκη για κατανάλωση τροφής. Ωστόσο, ενώ είναι πιθανόν ένας μικρός αριθμός ατόμων, που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία, να έχουν βιώσει την πραγματική ψυχογενή ανορεξία με τη μορφή της απώλειας της όρεξης, αυτό δεν ισχύει οπωσδήποτε για την πλειοψηφία των περιπτώσεων. Φυσικά, "ανορεξία" σημαίνει έλλειψη όρεξης και η αναφορά της λέξης στον όρο "ψυχογενής ανορεξία" δεν είναι απόλυτα ορθή. Ωστόσο, μετά από έναν αιώνα χρήσης του όρου είναι μάλλον πολύ αργά για να αλλάξει πλέον.

Ορισμένες από τις πάσχουσες θα ενδώσουν στην ανάγκη να καταναλώσουν περισσότερη τροφή απ' ό,τι σκόπευαν, ίσως δε και να επιδιώξουν να αποτρέψουν τις συνέπειες μέσω **μη-φυσιολογικών μεθόδων ελέγχου του βάρους**, συμπεριλαμβανομένου του μέτρου ή της λήψης καθαρτικών ή διουρητικών. Ορισμένες φορές οι πάσχουσες **ασκούνται** υπερβολικά. Αυτή η ανάγκη ενδέχεται να ενεργοποιείται άμεσα από την πεποίθησή τους σχετικά με την καύση θερμίδων, αν και φαίνεται να υπάρχει, επίσης, κάποια βιολογική σχέση μεταξύ της στέρησης φαγητού και της υπερ-δραστηριοποίησης.

Μερικές πάσχουσες από ανορεξία εμφανίζουν πράγματι το κλινικό σύνδρομο της υπερφαγίας με τα χαρακτηριστικά **συμπτώματα της βουλιμίας** (τα συναφή ζητήματα εξετάζονται στο κεφάλαιο το σχετικό με τη ψυχογενή βουλιμία). Συνήθως, το άτομο νιώθει ότι έχει καταναλώσει υπερβολικές ποσότητες τροφής, αν και, αντικειμενικά, έχει λάβει λιγοστή τροφή. Αυτή η αίσθηση κατανάλωσης υπερβολικής ποσότητας τροφής οφείλεται στην εκτίμηση της πάσχουσας ότι έχει υπερβεί τους προσωπικούς της κανόνες, ενδίδοντας στην επιθυμία της για φαγητό. Οι ταξινομήσεις του DSM-IV διαχωρίζουν τη ψυχογενή ανορεξία σε δύο τύπους: έναν περιοριστικό τύπο κι έναν τύπο υπερφαγίας/περιορισμού (βλ. Πίνακας 1.1).

Το κίνητρο για περιορισμό της τροφής στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας σχετίζεται συνήθως με την επιθυμία της πάσχουσας να διατηρήσει χαμηλό βάρος. Πράγματι, στις περισσότερες ταξινομήσεις των διαγνωστικών κριτηρίων επισημαίνονται διάφορες παραλλαγές αυτής της ιδιαίτερης επιθυμίας. Αυτές διαμορφώνουν στάσεις και πεποιθήσεις, οι οποίες θεωρείται ότι συνιστούν την **ιδιαιτέρη ψυχοπαθολογία** της ψυχογενούς ανορεξίας. Ανάμεσα στις εκφράσεις που χρησιμοποιούνται για να αποδώσουν αυτές τις στάσεις και πεποιθήσεις συμπεριλαμβάνονται "ο έντονος φόβος της αύξησης του