

1

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ: ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

S. LEDOUX, M. FLAMENT, Y. SIMON, B. REMY, N. DANTCHEV, J. LAGET, S. CLOT, N. DANON, C. ZITTOUN, M. CHOQUET

Επιδημιολογία των διαταραχών στις διατροφικές συμπεριφορές

- Πολιτισμικοί παράγοντες
- Οικογενειακοί παράγοντες
- Προσωπικοί παράγοντες

Στόχοι και μεθοδολογία της μελέτης στη Νότιο Haute-Marne

- 1^η Φάση: Μελέτη στο γενικό πληθυσμό
- 2^η Φάση: Κλινικές συνεντεύξεις

Αποτελέσματα

- 1^η Φάση
- 2^η Φάση

Συμπέρασμα

Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

Από τότε που η βουλιμία αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά ως αυτόνομο κλινικό φαινόμενο, στα τέλη της δεκαετίας του 1970 (Russel, 1979), η συχνότητα εμφάνισής της αυξάνεται συνεχώς, ιδιαίτερα δε, κατά τα τελευταία δεκαπέντε περίπου χρόνια, κρίνοντας από την αύξηση του αριθμού των ασθενών που απευθύνονται σε ψυχιατρικά και/ή διαιτολογικά κέντρα καθώς και από την ανάπτυξη των εξειδικευμένων θεραπευτικών κέντρων σε πολλές χώρες του κόσμου όπως οι Eating Disorders Clinics στις ΗΠΑ. Αυτό το φαινόμενο θα μπορούσε να αποδοθεί στις αυξανόμενες κοινωνικο-πολιτισμικές πιέσεις που αισκούνται στις νέες γυναίκες και/ή στη διάδοση όλο και περισσότερων πληροφοριών για τη φύση της διαταραχής από τους ιατρούς και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Ωστόσο, η μυστικοπάθεια και η συχνή προσπάθεια απόκρυψης των βουλιμικών συμπεριφορών, μας οδηγεί στην υπόθεση ότι η διαταραχή προϋπόρχει της εμφάνισης των πρώτων σχετικών δημοσιεύσεων.

Παράλληλα με τις κλινικές έρευνες, κατά τα τελευταία χρόνια, αύξηση εμφανίζουν και οι επιδημιολογικές μελέτες σχετικά με τις διαταραχές στις διατροφικές συμπεριφορές, που αποσκοπούν να καθορίσουν τον επιπολασμό και τα χαρακτηριστικά τους, καθώς και τους παράγοντες που συνδέονται με αυτές (βλ. Flament, 1995). Εντούτοις, οι μελέτες αυτές εμφανίζουν πολλούς μεθοδολογικούς περιορισμούς, γεγονός που επιβάλλει πην επιφυλακτικότητα στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους (Ledoux, 1994). Συγκεκριμένα:

- οι ορισμοί και /ή τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας, τροποποιήθηκαν πολλές φορές κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών (Russel, 1979, DSM-III, 1980, DSM-III-R, 1987, DSM-IV, 1994). Έτσι, το κριτήριο της συχνότητας των βουλιμικών κρίσεων που εισήχθη με το DSM-III-R, οδήγησε σε χαμηλότερες εκτιμήσεις της επικράτησης της διαταραχής, σε σύγκριση με τις εκτιμήσεις που είχαν βασιστεί στα κριτήρια του DSM-III. Από την άλλη πλευρά, η συνύπαρξη ψυχογενούς βουλιμίας και ψυχογενούς ανορεξίας, η εμφάνιση μιας συνέχειας μεταξύ φυσιολογικών και παθολογικών διατροφικών συμπεριφορών και η παρουσία υποκλινικών διαταραχών, καθιστούν ενίστε δύσκολη την ταξινόμηση μιας περίπτωσης (ασθενούς) σε μία διαγνωστική κατηγορία·

- τα χρονισμοποιούμενα μεθοδολογικά εργαλεία βασίζονται σε επερο- ή/και αυτο-αξιολόγηση (συνεντεύξεις/αυτοσυμπληρώμενα ερωτηματολόγια) και οδηγούν είτε σε διάγνωση, είτε σε βαθμολόγηση με βάση συγκριτική κλίμακα, ούτως ώστε να διακρίνονται οι παθολογικές από τις φυσιολογικές περιπτώσεις. Ωστόσο, αυτές οι μέθοδοι υπολογισμού βαθμολογίας (*cut off*), δεν βασίζονται σε κοινά κριτήρια σε όλες τις μελέτες. Τέλος, τα διάφορα αυτοσυμπληρώμενα ερωτηματολόγια που έχουν χρησιμοποιηθεί δεν είναι πάντοτε σταθμισμένα, καθώς επίσης κάποια μεθοδολογικά εργαλεία, τα οποία είχαν ως αρχικό σκοπό την ανίκνευση των αιτίων με ψυχογενή ανορεξία, έχουν ομοίως χρησιμοποιηθεί για την ανίκνευση αιτίων με ψυχογενή βουλιμία·

- οι πληθυσμοί που έχουν μελετηθεί διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τον τρόπο επιλογής τους (εθελοντές, άτομα που εντοπίζονται μέσω αγγελίας, κλήρωσης, ή προσελευσης σε διάφορους χώρους, όπως ασθενείς ιατρών, πελάτες στις λαϊκές αγορές, φοιτητές, μοντέλα ή χορευτές) και τα ποσοστά συμμετοχής είναι ενίστε πολύ χαμηλά.

Παρά τους μεθοδολογικούς περιορισμούς που προαναφέρθηκαν, οι επιδημιολογικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν από το 1980 μέχρι σήμερα μας επιτρέπουν να εκτιμήσουμε την επικράτηση της βουλιμίας καθώς και τη συχνότητα των παθολογικών διατροφικών συμπεριφορών που συμπεριλαμβάνονται στα διαγνωστικά κριτήρια (κρίσεις βουλιμίας και στρατηγικές ελέγχου του βάρους, έντονη ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του

σώματος). Ωστόσο, σε μια ανασκόπηση περισσοτέρων από 50 μελετών, οι Fairburn και Belgin (1990), υπογραμμίζουν τη μεγάλη διαφοροποίηση αυτών των ερευνητικών εκτιμήσεων: οι κρίσεις βουδιμίας αναφέρθηκαν από 7% έως και 79% των ερωτώμενων νεαρών γυναικών. Μεταξύ των χρονιμοποιούμενων μεθόδων ελέγχου του βάρους, η συνθήστερη ήταν οι “αυστηρές” διαίτες (κατά μέσον όρο, 29% των ερωτώμενων γυναικών, με ποσοστά που κυμαίνονται από 7% έως 55%), ενώ οι προκλητοί έμετοι εφαρμόζονταν από το 8% (ποσοστά από 2% έως 21%) και η κατάκροπη καθαρτικών από το 6% (ποσοστά από 2% έως 12%).

Καθώς οι επιδημιολογικές μελέτες για τη βουδιμία είναι πρόσφατες και, απ' ό,τι είδαμε, αρκετά ανόμιοις ως προς τη μεθοδολογία τους, δεν υπάρχει έρεισμα για την επιβεβαίωση ή την απόρριψη της άποψης ότι παραπρείται τα τελευταία χρόνια με αύξηση στην επικράτηση της διαταραχής. Μια μελέτη που διεξήχθη σε τρία διαφορετικά δείγματα φοιτητών από το ίδιο Πανεπιστήμιο, μέσω αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου, κατά τα έτη 1980, 1983 και 1986 (βλ. Pyle και συν., 1986, Pyle και συν., 1991), καταδεικνύει μια σχετική αύξηση της επικράτησης της βουδιμίας μεταξύ του 1980 (1%) και του 1983 (3,2%) και κατόπιν μια μικρή μείωση το 1986 (2,2%). Μια άλλη μελέτη, που διεξήχθη και αυτή με τη χρήση αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου και που επαναλάμβανε πέντε χρόνια αργότερα στο ίδιο εκπαιδευτικό ίδρυμα των Ηνωμένων Πολιτειών (Johnson και συν., 1984, Johnson και συν., 1989), δείχνει μείωση της επικράτησης των βουδιμικών συμπτωμάτων γενικά, καθώς και της διάγνωσης βουδιμίας από 4,1% το 1981 σε 2,0%, το 1986.

Εξετάζοντας τις πρόσφατες έρευνες, μπορούμε να εντοπίσουμε σύγκλιση των αποτελεσμάτων στα ακόλουθα σημεία: στις δυτικές κάρες οι διατροφικές διαταραχές αγγίζουν το 1 με 2% των εφήβων ή νεαρών ενήλικων γυναικών. Η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουδιμία είναι συχνότερες στις γυναίκες απ' ό,τι στους άντρες και εμφανίζονται συνήθως σε πλικία μεταξύ 15 και 19 ετών.

Στη βιβλιογραφία, εντοπίζονται τρεις βασικές κατηγορίες παραγόντων κινδύνου:

Πολιτισμικοί παράγοντες

Στις ανεπιγμένες κάρες, το υγιές, λεπτό, ευλύγιστο και ευθυτενές σώμα έχει καταστεί μία πολιτισμική αξία που αναπαράγεται και διαδίδεται μαζικά από τα μέσα ενημέρωσης⁶. Η πίεση που ασκείται στις γυναίκες να διατηρήσουν ή να ξαναθρούν “τη γραμμή” τους μοιάζει να είναι πολύ μεγάλη και να συμβάλει στην ανάπτυξη καταχρηστικών διατροφικών πρακτικών (π.χ. υπερβολικά αισιοδρές διαίτες), οι οποίες, για ορισμένες γυναίκες, σηματοδοτούν την απαρχή παθολογικών διατροφικών συμπεριφορών. Ο ρόλος τέτοιων παραγόντων

⁶Σ.τ.Ε.: Οι διαταραχές στις διατροφικές συμπεριφορές δεν είχαν, μέχρι πρόσφατα, εντοπιστεί σε κουλτούρες άλλες από τη δυτική, όπως εκείνες των Ασιατικών ή Αραβικών χωρών, όπου το καμπυλόγραμμο σώμα, παραδοσιακά, εξαίρεται ως αναπαράσταση της γονιμότητας και της θηλυκότητας. Από αυτήν την άποψη, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα που καταδεικνύουν ότι τα κορίτσια ασιατικής καταγωγής που σπουδάζουν στη Μεγάλη Βρετανία είναι επιρρεπή στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών [βλ. Mumford, D.B. & Whitehouse, A.M. (1991). Sociocultural Correlates of Eating Disorders among Asian School Girls in Bradford. *British Journal of Psychiatry*, 158, pp. 222-8], καθώς και το πρόσφατο εύρημα ότι κατά την τελευταία δεκαετία, έχουν αρχίσει να εντοπίζονται προβλήματα και στις διατροφικές συμπεριφορές των νεαρών γυναικών στην Ασία και την Αραβία, που φαίνεται να έχουν εκτεθεί στα δυτικά πρότυπα ομορφιάς και θηλυκότητας, πιθανότατα μέσω της ευρύτατης πλέον επιδρασης των MME |Shuriquie, N. (1999). Eating Disorders: a Transcultural Perspective. *Eastern Mediterranean Health Journal*, v.5, issue 2, pp. 354-360].

δύσκολα τεκμηριώνεται, αν και πολλές μελέτες έδειξαν ότι οι παθολογίες της διατροφής πάντα συχνότερες σε ορισμένους κάρους όπου το σώμα πάντα στο επίκεντρο της επαγγελματικής δραστηριότητας (χορευτές, μοντέλα, αθλητές υψηλού επιπέδου κ.α.).

Οικογενειακοί παράγοντες

Η παρουσία οικογενειακού ιστορικού ψυχιατρικών προβλημάτων (ιδίως κατάθλιψης και εξαρτίσεων) αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης βουλιμικών συμπεριφορών στους συγγενείς πρώτου και δεύτερου βαθμού. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς, παράγοντες όπως η λειτουργικότητα της οικογένειας και ο τύπος των σχέσεων (εξάρτηση/αυτονομία) μεταξύ γονέων και παιδιών, ενδέχεται να συνδέεται με την εμφάνιση διαταραχών διατροφικών διαταραχών.

Προσωπικοί παράγοντες

Ορισμένες διαταραχές της προσωπικότητας (οριακή διαταραχή), κάποιοι ψυχολογικοί παράγοντες (παρορμητικότητα), ή ψυχοπαθολογικοί παράγοντες (κατάθλιψη, συμπεριφορές εξάρτησης), καθώς και παράγοντες μεταβολισμού (διαβήτης, παχυσαρκία) θεωρούνται ότι μπορούν να παίζουν κάποιο ρόλο στην εμφάνιση διαταραχών στις διατροφικές συμπεριφορές.

ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΗΣ ΝΟΤΙΟΥ HAUTE – MARNE

Αυτή η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο των ερευνών για την υγεία των εφήβων (ΕΙΥΙΕ U169, σε συνεργασία με το Δίκτυο ΕΙΥΙΕ για τη βουλιμία) και ένας από τους κύριους στόχους της πάντα να μελεπίσει τις φυσιολογικές και παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές, στις πληκτίες μεταξύ 11 και 20 ετών. Είναι η πρώτη γαλλική μελέτη σχετικά με τις βουλιμικές συμπεριφορές που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα του γενικού εφηβικού πληθυσμού (Ledoux και συν., 1991, Ledoux και συν., 1993, Flament και συν., 1993, Flament και συν., 1995).

1^η Φάση: μελέτη στον γενικό πληθυσμό

Το 1998 πραγματοποιήθηκε μια εγκάρσια έρευνα, στο διαμέρισμα της Haute-Marne (περιφέρειες Chaumont και Langres), σε δείγμα σχολικού πληθυσμού εφήβων που φοιτούσαν στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Σπν έρευνα συμμετείχαν όλα τα δημοτικά και λύκεια γενικής και τεχνικής εκπαίδευσης, τα επαγγελματικά λύκεια δημόσιας εκπαίδευσης και ένα από τα δύο ιδιωτικά σχολεία της περιοχής. Επιλέχθησαν βάσει κλήρωσης κάποιες τάξεις ($N = 153$ τάξεις) από κάθε εκπαιδευτική βαθμίδα και συμμετείχαν όλοι οι μαθητές αυτών των τάξεων ($N = 3527$ άτομα). Την οργάνωση της έρευνας ανέλαβε το προσωπικό των υπηρεσιών προαγωγής της υγείας στην εθνική παιδεία. Οι έφηβοι απαντούσαν, μέσα στην τάξη, σε αριθμημένο, ανώνυμο, αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε 280 ερωτήσεις που αφορούσαν στα κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά των εφήβων, στη σχολική τους φοίτηση, στις σωματικές, λειτουργικές και ψυχολογικές διαταραχές τους, στο ιατρικό ιστορικό τους, στην κατανάλωση νόρμων (αλκοόλ, τσιγάρα) και παράνομων ναρκωτικών, στον τρόπο ζωής τους, στο είδος των οικογενειακών σχέσεων τους και στα πρόσφατα γεγονότα της ζωής τους. Το ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα πάντα 93,9% και συγκεντρώθηκαν, συνολικά, 3287 ερωτηματολόγια.

2^η Φάση: η διεξαγωγή των κλινικών συνεντεύξεων

Με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν οι έφηβοι κατά την πρώτη φάση της μελέτης, στις ερωτήσεις που αφορούσαν στις διατροφικές τους συμπεριφορές και στα καταθλιπτικά συμπάτατα, επιλέχθηκαν τρεις ομάδες απόμων για κλινική συνέντευξη.

Η πρώτη ομάδα περιελάμβανε εφήβους που παρουσίαζαν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: (α) ανεξέλεγκτες κρίσεις υπερκατανάλωσης τροφής τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα, ακολουθούμενες από αισθήματα ντροπής ή απώλειας της αυτοεκτίμησης και/ή συνδεόμενες με μία ή περισσότερες μεθόδους ελέγχου του βάρους, (β) BMI (*Body Mass Index*): Δείκτη Μάζας Σώματος μικρότερο ή ίσο με το 3^o εκατοστημόριο για την πλικά και το φύλο, σε συνδυασμό με αμυνόρροια και/ή αίσθηση παχυσαρκίας, (γ) προκλητοί έμετοι τουλάχιστον δύο φορές το μήνα και (δ) νοσηλεία για ανορεξία ή βουλιμία 12 μήνες πριν την έρευνα.

Η δεύτερη ομάδα περιελάμβανε εφήβους με βαθμολογία 17 ή 18 σε μία κλίμακα καταθλιπτικής διάθεσης (Kandel και Davis, 1982)⁷, καθώς και εφήβους που είχαν νοσηλευθεί έπειτα από απόπειρα αυτοκτονίας 12 μήνες πριν την έρευνα.

Εξετάστηκε επίσης μια ομάδα ελέγχου, αποτελούμενη από άτομα που είκαν κοινά χαρακτηριστικά (φύλο, πλικά και εκπαιδευτικό επίπεδο), με τις δύο πρώτες ομάδες. Οι συμμετέχοντες επιλέχθησαν με κλήρωση ανάμεσα στα άτομα που δεν ανταποκρίνονταν στα κριτήρια των δύο πρώτων ομάδων.

Οι ημιδομένες προσωπικές συνεντεύξεις διάρκειας 60 έως 90 λεπτών πραγματοποιήθηκαν σε εκπαιδευτικά ιδρύματα από επτά ψυχιατρών και μία ψυχολόγο, οι οποίοι δεν γνώριζαν τις απαντήσεις των εφήβων στο ερωτηματολόγιο της προηγούμενης φάσης. Η αξιολόγηση περιελάμβανε: μια τυποποιημένη διαγνωστική συνέντευξη για παιδιά και εφήβους, την Kiddie-SADS (Chambers και συν., 1985, γαλλική μετάφραση του M. Leboyer), που επιπρέπει τη διάγνωση διαφόρων ψυχιατρικών διαταραχών (με βάση τα κριτήρια του DSM-III-R), την Κλίμακα Γενικής Αξιολόγησης για Παιδιά (Children's Global Assessment Scale – CGAS) των Shaffer και συν. (1983), καθώς και λεπτομερείς ερωτήσεις πάνω στις διατροφικές συμπεριφορές και σε άλλους παράγοντες σχετικούς με τους σκοπούς της μελέτης παράγοντες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1^η Φάση

Για την πλειοψηφία των εφήβων συμμετεχόντων, το μεσημεριανό και βραδινό γεύμα αποτελούν τις βασικές πηγές της καθημερινής πρόδηλης τροφής, ενώ τα δύο τρίτα από αυτούς θεωρούν τη διατροφή τους “μάλλον ισορροπημένη”. Σχεδόν ένας στους δέκα εφήβους ισχυρίζεται ότι τρώει συχνά γλυκίσματα και “snack” μεταξύ των γευμάτων. Το 14% των κοριτσιών και το 10% των αγοριών παραδείπονταν κάποιο γεύμα. Τέλος, εντοπίζονται κάποιες περιστάσεις που ωθούν σε κατανάλωση μεγαλύτερων ποσοστών απ' ό,τι συνήθως. Τέτοιες είναι οι οικογενειακές εορτές (30% για τα κορίτσια και 45% για τα αγόρια) και οι σπιγμές στενοχώριας

⁷ Κλίμακα η οποία απαριζεται από 6 θέματα με 3 πιθανές απαντήσεις (ποτέ, μερικές φορές, συχνά) και από το σύνολο προκύπτει βαθμολογία από 6 έως 18.