

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η διάγνωση των διαταραχών λήψης τροφής

Jane Morris

ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Ο όρος «διαταραχές λήψης τροφής» είναι μη κυριολεκτικός και χαρακτηρίζει τις διαταραχές ιδεοληπτικής απώλειας βάρους («ψυχογενής ανορεξία») καθώς και άλλες διαταραχές που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος («ψυχογενής βουλιμία» και «διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας»).
- Οι πάσχοντες δίνουν μεγάλη αξία στην απώλεια βάρους, ενώ θεωρούν ότι η συμπεριφορά που υιοθετούν, η οποία επικεντρώνεται στην απώλεια βάρους, είναι απαραίτητη για την αποφυγή του πάχους. Απαραίτητο για τη διάγνωση είναι να υπάρχει ένα κάτιμα κατανόησης και επίγνωσης.
- Όταν το σωματικό βάρος είναι χαμηλό, τόσο οι σωματικές όσο και οι ψυχολογικές επιπτώσεις της αστίας μεγεθύνουν την ιδεοληπτική τάση για απόκτηση λεπτού σώματος και θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή.
- Όταν το σωματικό βάρος είναι χαμηλό, ο σωματικός κινδυνός προκύπτει λόγω της ευπόθειας σε ροιμώξιες, της αυτόδικης περιβράσης (ακούσιας ή εκούσιας), της αστάθειας των πλεκτροφίλων και της καταστροφής των καρδιακών μυων.
- Η διάγνωση των διαταραχών λήψης τροφής και η δέσμευση στη θεραπεία για την αντιμετώπιση του κινδύνου κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας διαδικασίας ανάρρωσης είναι δυνατόν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής μακροπρόθεσμα.

Η πλειοψηφία των ανθρώπων αντιμετωπίζει περιστασιακά κάποιου τύπου διαταραχή λήψης τροφής, με αποτέλεσμα να περιορίζει περισσότερο τη διατροφή του. Οι γυναίκες – οι οποίες αποτελούν και το 90% των ατόμων που πάσχουν από διαταραχές λήψης τροφής – δίνουν συνεχή μάχη μεταξύ της όρεξής τους και των διαφημίσεων σχετικά με την τροφή από τη μια και των επιταγών των σχεδιαστών μόδας και των προειδοποιήσεων των ειδικών της παχυσαρκίας από την άλλη. Το 10% των κοριτσιών στην εφήβεια προκαλούν έμετο κατά διαστήματα, ενώ το 4% των νεαρών γυναικών πρόκειται να αναπτύξουν κάποια σημαντική διαταραχή λήψης τροφής κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Με ποιον τρόπο είναι δυνατόν να διαχωρίσουμε μεταξύ μιας παροδικής διαταραχής λήψης τροφής και των πιο μόνιμων προβλημάτων που μπορεί να έχουν καταστροφικές επιπτώσεις στην υγεία – που, στις ακραίες περιπτώσεις, μπορεί να αποτελέσουν απειλή για την ίδια τη ζωή (Πλαίσιο 1.1);

Οι διατροφικές συμπεριφορές καλύπτουν ένα εύρος σωματικού βάρους, συμπεριφοριστικών και ψυχολογικών διαταραχών (Εικ. 1.1). Υπάρχουν βασικά διαγνωστικά κρι-

Πλαίσιο 1.1 Θνητιμότητα στις διαταραχές λήψης τροφής

Οι παθαιστέρες του Sten Theander ανέδειξαν σοκαριστικά στοιχεία, σύμφωνα με τα οποία το 20% των ανορεξικών ασθενών πέθαιναν από αίτια που σχετίζονταν με τη διαταραχή. Άκρια και σήμερα, η θνητιμότητα στην ψυχογενή ανορεξία είναι 10 φορές μεγαλύτερη από ό,τι στον γενικό πληθυσμό και αποτελεί ένα από τα τρία-τέσσερα σημαντικότερα αίτια θανάτου στους εφήβους. Τα χαμηλότερα ποσοστά θνητιμότητας που παρατηρούνται σήμερα αντανακλούν εν μέρει τις αλλαγές που έχουν γίνει στα διαγνωστικά κριτήρια – σήμερα απαιτείται η απόλεια μόδις του 15% του σωματικού βάρους, προκειμένου να υπάρξει διάγνωση (ο BMI να είναι κάτω από 17,5) συγκριτικά με το 25% του βάρους (BMI κάτω από 15) που θαχεί παθαιστέρα.

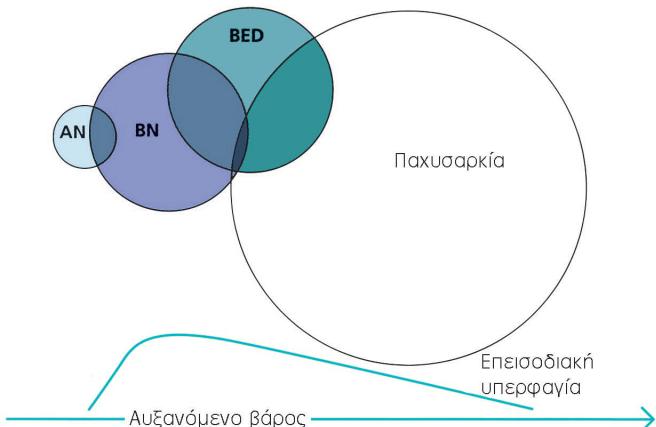
Η βεβτίωση της αντιμετώπισης είναι πιθανόν επίσης να έχει συμβάλει στο να ζουν τα άτομα με αυτή τις διαταραχές περισσότερο – αναγνωρίζεται σήμερα ότι μια σχέση που οποία χαρακτηρίζεται από ανεκτικότητα και σεβασμό επιτρέπει την παροχή μακροχρόνιας σωματικής παρακολούθησης και υποστήριξης που συχνά χρειάζεται ο ασθενής, προκειμένου να αποκτήσει το κίνητρο και τη δύναμη να υπερνικήσει την ιδεοληπτική συμπεριφορά του σε σχέση με την απώλεια βάρους. Μια σημαντική μειονότητα ασθενών δεν αναρρώνει πλήρως, αλλά τουλάχιστον καταφέρνει να ζει μια σχετικά αξιοπρεπή ζωή.

Ορισμένοι θάνατοι προκύπτουν από τη λήψη μεγάλων δδεων ουσιών, οι οποίες φυσιολογικά δεν θα ακτωνανένταν ένα άτομο κανονικού βάρους. Αν και η αστία οδηγεί αναπόφευκτα σε κατάθλιψη, δεν είναι δυνατόν να συμπεράνουμε ότι όλες οι «αυτοκτονίες» αυτού του τύπου ήταν και επιδιωκόμενες από το άτομο. Κατά τον ίδιο τρόπο, οι επιδράσεις της κατάχρησης ουσιών αμβλύνονται σε μεγάλο βαθμό όταν ο χρήστης έχει χαμηλό σωματικό βάρος. Η πλειοψηφία των θανάτων καταγράφεται κατά τη διάρκεια των χειμερινών μηνών: η υποθερμία, οι ροιμώξιες (συμπεριλαμβανόμενης της φυματίωσης) και η δυσλειτουργία διαιρόρων σωματικών οργάνων ευθύνονται για πολύ περισσότερους θανάτους. Η καρδιά του ατόμου που υποβάλλεται σε αστία είναι ιδιαίτερα ευάρωτη όταν το άτομο καταπονείται συστηματικά.

τήρια των διαταραχών της ψυχογενούς ανορεξίας (AN: anorexia nervosa) (Πλαίσιο 1.2), της ψυχογενούς βουλιμίας (BN: bulimia nervosa) (Πλαίσιο 1.3) και, πιο πρόσφατα, της επεισοδιακής υπερφαγίας (BED: binge eating disorder). Η θεραπεία των ασθενών θα πρέπει να καθορίζεται ανάλογα με τα συμπτώματα που «τακιριάζουν καλύτερα».

Τι είναι οι «διαταραχές λήψης τροφής»;

Στην πραγματικότητα, η λήψη τροφής δεν αποτελεί τη μοναδική διαταραγμένη συμπεριφορά στα πλαίσια αυτών που νοούνται «διαταραχές απώλειας βάρους». Η αυτοπροκαλού-



Εικόνα 1.1 Οι πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία (AN) αποτελούν τη μικρή μειοψηφία των ασθενών με διαταραχές λήψης τροφής. Έως έναν βαθμό υπάρχει αθητηλοκάθαρση όσον αφορά στη διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας (BN), δεδομένου του ότι το 50% των πασχόντων «προβιβάζονται» στις διαταραχές επεισοδιακής υπερφαγίας-κάθαρσης αυξάνοντας σταδιακά το βάρος τους. Οι φυσιολογικού βάρους πάσχοντες από BN είναι και αυτοί που εκδηλώνουν και τα πιο ακραία επεισόδια υπερφαγίας λίγω των καθαρτικών συμπεριφορών, οι οποίες αποτελούν και το έναυσμα για τα επεισόδια υπερφαγίας. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει καθαρτική συμπεριφορά, τα επεισόδια υπερφαγίας στη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (BED) τείνουν να είναι μικρότερα, αλλά το βάρος είναι συνήθως υψηλότερο και το άτομο πιθανώς να είναι υπέρβαρο ή και παχύσαρκο. Η λεγόμενη «απλή παχυσαρκία» προκύπτει όταν ο αυξημένη κατανάλωση τροφής είναι γενικότερη, χωρίς να χαρακτηρίζεται από μερινωμένα επεισόδια υπερφαγίας, ενώ η έντονη ενασχόληση με την εικόνα του σώματος είναι πιθανότερο να προκύπτει λίγω της κατάστασης και όχι να αποτελεί το αίτιο που προκαλεί την αυξημένη κατανάλωση τροφής.

Πλαίσιο 1.2 Κριτήρια DSM-IV για την ψυχογενή ανορεξία

- A** Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο του ελάχιστα φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του, π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης που οδηγεί σε βάρος σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο.
- B** Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα γίνει παχύ, ακόμη και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- C** Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα, υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτοαισθητική ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού βάρους του σώματος.
- D** Σε γυναίκες μετά την εμμηναρχία αμνόρροια, δηλ. απουσία του πλάκιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων.

μενη αστία, ο αυτοπροκαλούμενος έμετος, η καταναγκαστική δραστηριότητα και άσκηση, η χρήση υπακτικών, χαπιών αδυνατίσματος, φυτικών σκευασμάτων και η εσκεμμένη έκθεση στο κρύο, αποτελούν ορισμένες από τις συμπεριφορές που αποσκοπούν σε ένα αδύνατο σώμα. Για την πλειοψηφία των ατόμων που πάσχουν από διαταραχές λήψης τροφής σήμερα, το κυνήγι του λεπτού σώματος φαίνεται να αποτελεί μια πολιτισμικά αποδεκτή λύση στις δυσκολίες της ζωής και τον δρόμο για τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης (Πλαίσιο 1.4). Για τη μειοψηφία των ατόμων με AN που χαρακτηρίζονται

Πλαίσιο 1.3 Κριτήρια DSM-IV για την ψυχογενή βουλιμία

- A** Επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από αμφότερα τα ακόλουθα:
 - Η κατανάλωση, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε 2 ώρες), μιας ποσότητας τροφής, η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις.
 - Αίσθηση έλλειψης επέλεγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. ένα αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγχει τι και πόσο τρώει).
- B** Επανειλημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά, προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, υποτελεία ή υπερβολική σωματική άσκηση.
- C** Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας όσο και η απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται κατά μέσο όρο του πουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα 3 μηνών.
- D** Η αυτοαισθητική επιρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.
- E** Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

Πλαίσιο 1.4 Διαταραχές λήψης τροφής και πολιτιστικές μειονότητες

- Η αυτόβουλη αστία είναι πιθανόν να μην σχετίζεται με την απόδοση αυξημένης αξίας στο βάρος και στο σχήμα του σώματος, ακόμη και στις Δυτικές τύπου οικογένειες.
- Για ορισμένους ασθενείς -διαίτερα για τις νεαρές θρίσκες Μουσουμάνες- είναι εμφανής μια συσκέτηση με τη θρησκεία, με την ιδεοληψία που προκαλείται λίγω της αστίας να υπαγορεύει πολλά τελετουργικά προσευκής και με την γνωστεία να θεωρείται ότι εφαρμόζεται για θρησκευτικούς λόγους παρά για «αδυνάτισμα».
- Οι ειδικοί σε θέματα θρησκείας που πειτούργυον στην κοινότητα, μπορούν να βοηθήσουν, προκειμένου να γίνει ο διαχωρισμός μεταξύ των πολιτιστικά θεμιτών διατροφικών περιορισμών και της ιδεοληψίας.
- Άτομα που προέρχονται από τις Δυτικές Ινδίες και την Αφρική τείνουν να είναι λιγότερο επιρρεπή πολιτιστικά στις διαταραχές λήψης τροφής -διαθέτουν μεγαλύτερη ικανότητα να απολαμβάνουν ένα σώμα με καμπύλες, ενώ συνέδουν αρνητικά το λεπτό σώμα με την αστία και το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS). Για τα άτομα αυτά ένα αδύνατο σώμα είναι πιθανόν να στιγματίζεται σε μεγάλο βαθμό.
- Η μελέτη Curacao έδειξε ότι ακόμη και στους πολιτισμούς που «θαυμάζουν το ευτραφές σώμα» υπάρχει ένα μικρό, κεντρικό ποσότητο ψυχογενούς ανορεξίας. Ωστόσο, οι περισσότεροι ευαίσθητες πολιτιστικές βουλιμικές διαταραχές φαίνεται να απαντώνται λιγότερο συχνά.

από χαμηλό σωματικό βάρος, οι πολιτισμικοί παράγοντες συνυπάρχουν με μια προδιάθεση να βιώνουν ικανοποίηση ή ανακούφιση όταν επιτυγχάνουν απώλεια βάρους. Ο «εθισμός» αυτός στην αυτοπροκαλούμενη αστία παρατηρείται ακόμη και σε απουσία της πολιτισμικής αποδοχής του χαμηλού σωματικού βάρους.

Τι είναι η ψυχογενής ανορεξία;

Το κεντρικό χαρακτηριστικό της AN είναι η εσκεμμένη απώλεια βάρους παράλληλα με τον φόβο αύξησης του βάρους και κάποιο πρόβλημα το οποίο αφορά στην εικόνα του σώματος και το οποίο ερμηνεύει όλο το άγχος του ασθενούς μέσω

της αντίληψης ότι το σώμα του είναι πολύ παχύ. Ένα άτομο πληροί τα κριτήρια της AN όταν έχει χάσει τουλάχιστον το 15% του φυσιολογικού του βάρους. Για τους ενήλικες, αυτό μεταφράζεται με έναν δείκτη μάζας σώματος (BMI) κάτω του 17,5. Επιπλέον παρατηρείται απουσία εμμήνου ρύσεως (αν και οι γυναίκες οι οποίες λαμβάνουν το αντισυλληπτικό χάπι, παρουσιάζουν αιμορραγία κατά τα διαστήματα διακοπής του). Οι άνδρες παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης, γεγονός που οδηγεί σε ατροφία των γεννητικών οργάνων και απουσία πρωινών στύσεων.

Ορισμένα άτομα με AN διατηρούν χαμηλό σωματικό βάρος εφαρμόζοντας μόνο αστία ή αστία και άσκηση – πρόκειται για τον «περιοριστικό τύπο» AN. Στον πιο επικίνδυνο τύπο, ο οποίος χαρακτηρίζεται από επεισοδιακή υπερφαγία και καθαρτική συμπεριφορά, ο πάσχων προκαλεί έμετο ή παίρνει καθαρτικά, διουρητικά ή «χάπια αδυνατίσματος», στην προσπάθειά του να αποβάλει θερμίδες. Τα επεισόδια υπερφαγίας είναι συνήθως πολύ μικρότερα απ' ό,τι στη BN.

Τι είναι η ψυχογενής βουλιμία;

Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από διαιτητικό περιορισμό, ακολουθούμενη από επεισόδια υπερφαγίας, τα οποία ακολουθούνται από καθαρτικές συμπεριφορές. Με τον τρόπο αυτόν δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος κατά τον οποίο τα επεισόδια υπερφαγίας γίνονται μεγαλύτερα – συχνά με χιλιάδες θερμίδες σε κάθε επεισόδιο –, ενώ διαταράσσεται η φυσιολογική κοινωνική ζωή. Τα επεισόδια υπερφαγίας δεν αποτελούνται απλά από μεγάλα γεύματα, αλλά από μια ποιοτικά διαφορετική εμπειρία κατά την οποία χάνεται ο έλεγχος και καταναλώνονται με ενοχές τροφές που το άτομο συνήθως απέφευγε. Τα επεισόδια υπερφαγίας μετατρέπονται πλέον σε μια επίκτητη αντίδραση σε κάθε μορφή άγχους.

Εξ ορισμού, τα άτομα με BN έχουν Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) μέσα στα φυσιολογικά όρια (ή και πάνω από αυτά).

Τι είναι η διαταραχή της επεισοδιακής υπερφαγίας;

Η διαταραχή της επεισοδιακής υπερφαγίας ήταν παλαιότερα γνωστή ως «μη καθαρτική βουλιμία». Τα επεισόδια υπερφαγίας συμβαίνουν χωρίς να υπάρχουν αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως κάθαρση, νηστεία ή άσκηση. Οι ασθενείς είναι πιθανότερο να είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και αμφιταλαντεύονται ανάμεσα στην επιθυμία τους να περιορίσουν τη λήψη τροφής, προκειμένου να χάσουν βάρος και τη θέλησή τους να σταθεροποιήσουν τις διατροφικές τους συνήθειες και, κατ' επέκταση, τη ζωή τους.

Πόσο συχνά είναι πιθανόν ο Γενικός Ιατρός να έρθει αντιμέτωπος με ένα περιστατικό διαταραχής λήψης τροφής;

Ο μέσος κατάλογος των ασθενών ενός Γενικού Ιατρού μπορεί να περιλαμβάνει δύο ή τρεις ασθενείς με βαριά AN, 15-20 ασθενείς με χρόνια BN και πολύ περισσότερους ασθενείς με BED. Οι αριθμοί αυτοί είναι μεγαλύτεροι στην περίπτωση των ιατρείων που εξυπηρετούν νεαρά άτομα και ιδίως φοιτητές.

Γιατί θα πρέπει να γίνεται διάγνωση;

Η θετική διάγνωση μιας διαταραχής λήψης τροφής μπορεί να εξοικονομήσει χρόνο από άσκοπες διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπείες. Η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί το συνηθέστερο αίτιο σημαντικό να μην παραβλέπεται η πιθανότητα ύπαρξης διαβήτη, θυρεοτοξίκωσης, κυστικής ίνωσης ή άλλων αιτιών απώλειας βάρους, αν και στην πράξη πολλά νεαρά άτομα συχνά υποβάλλονται σε εκτεταμένους εργαστηριακούς ελέγχους, ενώ παραβλέπεται η διαταραχή λήψης τροφής που παρουσιάζουν.

Ο διαχωρισμός μεταξύ της AN και της BN είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Οι συνήθειες θεραπείες που εφαρμόζονται στη BN είναι αναποτελεσματικές στην περίπτωση των ατόμων με χαμηλό σωματικό βάρος και με διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας-κάθαρσης, όπου ο κίνδυνος για οργανικές βλάβες είναι υψηλός. Οι καθαρτικές συμπεριφορές από άτομα με χαμηλό σωματικό βάρος αυξάνουν σημαντικά τη θνησιμότητα, ιδιαίτερα στην περίπτωση που συνυπάρχει κατάχρηση οινοπνεύματος ή άλλων ουσιών. Από την άλλη πλευρά, η BN που χαρακτηρίζεται από φυσιολογικό βάρος, αν και ιδιαίτερα οδυνηρή και καταστροφική, σχετίζεται με ελάχιστη αύξηση της θνησιμότητας, ενώ έχει καλύτερη πρόγνωση όταν αντιμετωπίζεται με τεκμηριωμένες θεραπευτικές μεθόδους.

Διαγνώσκοντας τις διαταραχές λήψης τροφής – ένα κλίμα επίγνωσης

Οι ασθενείς με AN συνήθως «οδηγούνται» στον ιατρό από τους γονείς που ανησυχούν και παρουσιάζουν καλύτερη έκβαση όταν η αντιμετώπιση τους είναι έγκαιρη. Η ψυχογενής βουλιμία και η επεισοδιακή υπερφαγία είναι πιο κρυφές διαταραχές, με μέση χρονική διάρκεια έως και 6 χρόνια από την έναρξη έως την εκδήλωσή τους. Στους ενήλικες, η μεγαλύτερη διάρκεια της BN σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση από την έναρξη της θεραπείας, αν και υπάρχουν ολοένα και περισσότερα στοιχεία που δείχνουν ότι η πρώιμη διάγνωση της BN στην περίοδο της εφηβείας παρέχει μια σημαντική ευκαιρία για τη διακοπή του φαύλου κύκλου, πριν αυτός γίνει χρόνιος. Είναι ανησυχητικό ότι οι συμπεριφορές νεαρών ατόμων που μπορεί να οδηγήσουν μετέπειτα στην εκδήλωση επεισοδιακής υπερφαγίας (“binge-priming” behaviors), όπως οι διάιτες, η κάθαρση και άλλες συμπεριφορές που στοχεύουν στην απώλεια βάρους, είναι πιθανόν όχι μόνο να προδιαθέτουν για εκδήλωση της BN αργότερα στη ζωή, αλλά και για κατάχρηση ουσιών δύλων των ειδών.

Το κλειδί για την αναγνώριση των διαταραχών λήψης τροφής που δεν έχουν ακόμα εκδηλωθεί φανερά – όπως συμβαίνει και με τον αλκοολισμό – είναι το να έχει κανείς συνηθίσει να αναμένει την πιθανότητα παρουσίας της κατάστασης αυτής. Μια πολύ καλή πρακτική είναι να ρωτώνται συστηματικά οι νεαρές ασθενείς αναφορικά με τον τρόπο διατροφής τους. Το ερωτηματολόγιο SCOFF (Πλαίσιο 1.5) αποτελεί ένα σύντομο έγκυρο εργαλείο αναγνώρισης των διαταραχών λήψης τροφής, το οποίο βασίζεται στην ίδια ιδέα με αυτήν του ερωτηματολογίου CAGE που αφορά στα προβλήματα με το αλκοόλ.

Γυναίκες οι οποίες παραπονούνται για διαταραχές της εμμήνου ρύσεως ή για προβλήματα γονιμότητας θα πρέπει να ελέγχονται για την ύπαρξη διαταραχών λήψης τροφής. Ανεξήγητες κρίσεις, περιέργειες μεταβολές της διάθεσης και χρόνια κόπωση θα πρέπει επίσης να αποτελούν συμπτώματα

Πλαίσιο 1.5 Ερωτηματολόγιο SCOFF (Morgan et al. 1999)

- Αισθάνεσαι απδία για τον εαυτό σου όταν νοιάθεις ιδιαίτερα γεμάτο το στομάκι σου;
- Ανησυχείς ότι έχεις χάσει τον έπειγχο του πόσο τρως;
- Έχεις χάσει πρόσφατα πάνω από 6 κιλά σε χρονικό διάστημα 3 μηνών;
- Θεωρείς τον εαυτό σου παχύ ακόμα και όταν οι άποι ήσεν ότι είσαι αδύνατος/η;
- Θα έπεινες ότι το φαγητό κυριαρχεί στην ζωή σου;

που να οδηγούν προς την πιθανότητα ύπαρξης διαταραχών λήψης τροφής. Ορισμένες ενοχλήσεις από το γαστρεντερικό αποτελούν τόσο συνέπεια όσο και «κάλυψη» των διαταραχών λήψης τροφής. Οι «ψυχολογικού τύπου» εκδηλώσεις περιλαμβάνουν κατάθλιψη, άγχος, ιδεοληπτικά συμπτώματα και προβλήματα με τις σχέσεις ή το σχολείο/εργασιακό χώρο. Η διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας γίνεται συχνά από τους οδοντιάτρους (οι έμετοι επηρεάζουν το σμάλτο των δοντιών) και περιστασιακά από τους αστυνομικούς, στην περίπτωση που η επεισοδιακή υπερφαγία οδηγεί σε μικροκλοπές.

Οι άνδρες πάσχοντες είναι ιδιαίτερα απίθανο να διαγνωστούν και να βοηθηθούν και έτσι, ενώ οι γυναίκες διατρέχουν ξεκάθαρα μεγαλύτερο κίνδυνο, συστήνεται και οι άνδρες ασθενείς που παρουσιάζουν ανεξήγητη απώλεια βάρους να ερωτώνται για τις συνήθειές τους αναφορικά με τη διατροφή και την άσκηση.

Κάνοντας διάγνωση και όχι αποδίδοντας κατηγορία

Οι διαταραχές λήψης τροφής είναι πιθανόν να παραμένουν κρυφές, καλυμμένες λόγω ντροπής, να γίνονται ακόμη και επικίνδυνες. Αποτελούν, όμως, μια μορφή δυστυχίας και όχι κάποιο έγκλημα. Είναι σημαντικό για τον ασθενή να τίθενται ερωτήσεις που διακρίνονται από κατανόηση και αφορούν στα γεγονότα, χωρίς να δίνεται η αίσθηση ότι αυτός κατηγορείται. Με τον τρόπο αυτό υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες η θεραπεία να γίνει αποδεκτή ως βοήθεια, παρά να απορριφθεί αφού θεωρηθεί ως τιμωρία.

Διαμορφώνοντας και διατηρώντας μια χρήσιμη σχέση με τους ασθενείς με διαταραχές λήψης τροφής

Οι διαταραχές λήψης τροφής ξεκινούν ως λύσεις σε δυσκολίες. Στις χρόνιες περιπτώσεις, η ΑΝ γίνεται η ταυτότητα του ατόμου. Ακόμη και στην περίπτωση που οι ασθενείς συνειδητοποιούν ότι η «λύση» τους προκαλεί προβλήματα παραμένουν αμφιθύμιοι. Οι όποιες προσπάθειες να «τρομάξουν» οι ασθενείς, προκειμένου να βγουν από την κατάσταση αυτή, το μόνο που καταφέρνουν είναι να αυξήσουν τις συνήθεις στρατηγικές τους ελάττωσης του άγχους – αστία, επεισοδιακή υπερφαγία και κάθαρση! Οι προσπάθειες εξουδετέρωσης της αντίστασης κάνουν τους ασθενείς να υπερασπίζονται με σθένος τη διαταραχή τους.

Τα άτομα που διερευνούν την αμφιθυμία με ευαισθησία, ζητώντας να κατανοήσουν τόσο τα υπέρ όσο και τα κατά της διαταραχής λήψης τροφής, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να βρεθούν στο πλάι των ασθενών, θέτοντας απέναντί τους τη διαταραχή. Οι ασθενείς αισθάνονται λιγότερο φόβο στο να

εγκαταλείψουν τη διαταραχή τους, όταν μπορούν να μάθουν εναλλακτικές μεθόδους αντιμετώπισης.

Στην περίπτωση που η ΑΝ απειλεί στην πραγματικότητα τη ζωή, είμαστε υποχρεωμένοι να αναλάβουμε δράση, αλλά όταν οι ασθενείς δεν έχουν φτάσει στα άκρα, προτεραιότητα έχει η διατήρηση εποικοδομητικής επαφής, κρατώντας την πόρτα ανοιχτή, ώστε να μπορούν να δέχονται όσο το δυνατόν μεγαλύτερη βοήθεια. Η ιατρική παρακολούθηση και ένας πρόθυμος ακροατής διατηρούν την ελπίδα – και τους ασθενείς – ζωντανούς. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η ανάρρωση εξακολουθεί να είναι δυνατή, ακόμη και 20 χρόνια μετά την έναρξη της ΑΝ.

Βασικές αρχές της αξιολόγησης

Είναι απαραίτητο να μετριέται το ύψος και το βάρος των ασθενών, προκειμένου να υπολογιστεί ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) (Πλαίσιο 1.6). Ακόμη και οι ειδικοί δεν είναι δυνατόν να εκτιμήσουν με ακρίβεια τον δείκτη αυτόν με το μάτι. Ο δείκτης μάζας σώματος διακρίνει την ΑΝ από τις άλλες διαταραχές λήψης τροφής και παρέχει τη βάση για την παρακολούθηση των τάσεων μεταβολής του βάρους. Στην περίπτωση των παιδιών και των νεαρών εφήβων, ο Δείκτης Μάζας Σώματος BMI σημειώνεται στα ειδικά διαγράμματα εκατοστιαίων θέσεων ανάλογα με την ηλικία.

Στην περίπτωση που υπάρχει απώλεια βάρους, θα πρέπει το άτομο να ρωτάται πότε ξεκίνησε και τι συνέβαινε κατά την περίοδο εκείνη. Θα πρέπει να καταγράφονται το μεγαλύτερο και το χαμηλότερο βάρος του ασθενούς, το επιθυμητό του βάρος και το εύρος του βάρους που είναι αποδεκτό γ' αυτόν/ήν. Επίσης, ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει μια εικόνα της τρέχουσας ημερήσιας λήψης τροφής, της συχνότητας εφαρμογής καθαριτικής συμπεριφοράς και τις συνήθειες άσκησης, πρόσληψης αλκοόλ, ναρκωτικών και φαρμάκων. Για τους ασθενείς με BMI κάτω του 14 ή με μια ταχεία ελάττωση του βάρους (> 1 κιλό/εβδομάδα), η θνησιμότητα αυξάνεται κατά μεγάλο βαθμό όταν συνυπάρχει καθαριτική συμπεριφορά ή κατάχρηση ουσιών. Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να παραπέμπονται επειγόντως σε ειδικούς. Ορισμένοι είναι πιθανόν να χρειάζονται εισαγωγή στο νοσοκομείο και να γίνεται χρήση μέρους του Νομοσχεδίου για την Ψυχική Υγεία (Mental Health Act), εάν κρίνεται απαραίτητο για να σωθεί η ζωή του ασθενούς.

Ιδιαίτερα επικίνδυνα συμπτώματα στους ιδιαίτερα αδύνατους ασθενείς είναι η αδυναμία (ο ασθενής δεν μπορεί να ανέβει τις σκάλες ή να σηκωθεί από το πάτωμα), ο πόνος στο στήθος και η επιβράδυνση στις γνωστικές λειτουργίες. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο, προκειμένου ο ασθενής να αναπαυθεί, να ζεσταθεί, να ενυδατωθεί και να έχει ιατρική παρακολούθηση, μπορεί να του σώσει τη ζωή, ιδιαίτερα σε συνθήκες ψύχους – οι περισσότεροι θάνατοι καταγράφονται κατά τη διάρκεια του χειμώνα. Ωστόσο, οι περισσότερες κλινικές αντιμετώπιζουν συχνά τέτοια περιστατικά χωρίς την υποστήριξη από ειδικούς στις διαταραχές λήψης τροφής. Οι ψυχιατρικές κλινικές πιθανώς να αποτελούν τους πιο επι-

Πλαίσιο 1.6 Εξίσωση του δείκτη μάζας σώματος κατά Quetelet (BMI)

$$\text{Βάρος σε κιλά} \\ \text{BMI} = \frac{\text{Βάρος σε κιλά}}{(\text{Ύψος σε μέτρα})^2}$$

κίνδυνους χώρους νοσηλείας, αν και οι ανορεξικοί ασθενείς με τάσεις αυτοκτονίας ίσως να χρειάζεται να νοσηλευτούν σε τέτοια πλαίσια. Θα πρέπει να ορίζεται ένα κατώτερο όριο για τη διερεύνηση και αντιμετώπιση της λήψης υπερβολικών δόσεων. Οι περιπτώσεις αυτές αποδεικνύονται θανατηφόρες στους εξαιρετικά αδύνατους ασθενείς.

Υπεύθυνη διερεύνηση

Όταν ένας ασθενής βρίσκεται σε οριακό σημείο, οι νοσηλείες σε ακατάλληλα πλαίσια αποτελούν σπατάλη χρόνου και εκθέτουν τα ευπαθή άτομα στο κρύο, σε λοιμώξεις και σε άσκοπη κόπωση. Σε ασφαλέστερες συνθήκες, οι αιματολογικοί έλεγχοι διατηρούν την επαφή με τους ασθενείς και δείχνουν ότι το ενδιαφέρον του θεραπευτή εκτείνεται πέρα από τα νούμερα της ζυγαριάς. Ο έλεγχος των επιπέδων γλυκόζης και ορμονών του θυρεοειδούς βοηθά στη διαφοροδιάγνωση. Τα επίπεδα της γλυκόζης είναι χαμηλά στην AN (εκτός εάν συνυπάρχει πλημμελώς ελεγχόμενος διαβήτης). Η δραστηριότητα του θυρεοειδούς είναι πιθανόν να είναι μειωμένη στην AN και στην περίπτωση αυτή δεν είναι συνετό να θέσουμε σε κίνδυνο την καρδιά συστήνοντας θυροξίνη. Τα αποτελέσματα των ηλεκτρολυτών πιθανόν να δείχνουν χαμηλή ουρία (αντανακλώντας την πρωτεΐνική πρόσληψη) και χαμηλά επίπεδα καλίου (λόγω των εμέτων). Οι έλεγχοι λειτουργίας του ήπατος ενδεχομένως να αντανακλούν την κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών, αν και η υπερβολική ασιτία από μόνη της μπορεί να προκαλέσει ηπατική βλάβη.

Η ψυχογενής ανορεξία συνήθως προκαλεί αναιμία και, στην περίπτωση που ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων δεν είναι χαμηλός, υπάρχει πιθανότητα λοιμωξης. Οι αυξημένες τιμές του μέσου όγκου ερυθρών αιμοσφαιρίων (MCV) αποτελούν ένδειξη ύπαρξης προβλήματος που σχετίζεται με υπερκατανάλωση αλκοόλ.

Το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ECG) παρέχει άμεση και ευαίσθητη αντανάκλαση των επιπέδων των ηλεκτρολυτών και της κατάστασης της καρδιάς. Οι ακτινογραφίες θώρακος μπορεί να αποκαλύψουν λοιμώξεις καθώς και κατάγματα των πλευρών. Μετά την πάροδο άνω του ενός έτους σε χαμηλό σωματικό βάρος, ο έλεγχος των οστών μέσω απορροφησιομετρίας διπλής ενέργειας ακτίνων-X (DEXA) παρέχει χρήσιμες πληροφορίες αναφορικά με τον κίνδυνο οστεοπόρωσης.

Είναι απαραίτητο να δίνονται συμβουλές αναφορικά με τα τεστ εγκυμοσύνης και την αντισύλληψη. Ακόμη και σε μη υγιές χαμηλό βάρος, οι γυναίκες μπορούν να μείνουν έγκυες, ενώ η πρόκληση εμέτων καθιστά αναξιόπιστη τη λήψη αντισυλληπτικών.

Συστήνεται σε κάθε περίπτωση να γίνεται αξιολόγηση της διάθεσης – ο κίνδυνος της αυτοκτονίας είναι αινημένος στα άτομα με διαταραχές λήψης της τροφής. Τα αυτοβαθμολογούμενα ερωτηματόλγυα μπορεί να αποβούν χρήσιμα εργαλεία για την ανήγειρη μεταβολών της διάθεσης και των στάσεων που αφορούν στις διαταραχές λήψης τροφής, βοηθώντας τον ασθενή να συνεργαστεί στην αξιολόγηση των συμπτωμάτων του (βλέπε Πρόσθετα εργαλεία, παρακάτω). Η αντιμετώπιση με ευαισθησία της ψυχολογικής κατάστασης βοηθά στο να βρεθεί κοινό έδαφος με τους ασθενείς οι οποίοι απορρίπτουν οποιοδήποτε ενδιαφέρον για τη σωματική τους υγεία.

Πρόσθετη βιβλιογραφία

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994.

Birmingham CL & Beumont PJV, eds. *Medical Management of Eating Disorders: A Practical Handbook for Healthcare Professionals*. Cambridge University Press, Cambridge, 2004.

Fairburn, C. *Overcoming Binge Eating*. Guilford Press, New York, 1995.

(Ενα ιδιαίτερα ενανάγνωστο κλασικό εγχειρίδιο αυτοβοήθειας, τον οποίον το εισαγωγικό πρώτο μισό παρέχει βασικές πληροφορίες αναφορικά με τα υπάρχοντα δεδομένα για την BN, ακόμη και αν σήμερα τα δεδομένα αυτά θεωρούνται κάπως παρωχημένα.)

Hoek H.W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinions in Psychiatry* 2006; 19: 389-394.

NICE. *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. NICE Clinical Guideline No 9. National Institute for Clinical Excellence, London, 2004: <http://www.nice.org.uk> (Ηιστοσελίδα αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, αφού παρέχει μια σύντομη εκδοχή των Οδηγιών, καθώς και μια εκδοχή που αφορά στον πάσχοντα και μία που αφορά στο άτομο που φροντίζει τον πάσχοντα).

Treasure J. *Breaking Free from Anorexia Nervosa: A Survival Guide for Families, Friends and Sufferers*. Psychology Press, Hove, 1997. (Ενα ενανάγνωστο κέμενο το οποίο περιέχει σημαντικές πληροφορίες με έναν θεραπευτικό τρόπο – συστήνεται τόσο για ειδικούς όσο και για τους ασθενείς.)

Πρόσθετα εργαλεία: κατάλογοι χρήσιμων ερωτηματολογίων και κλιμάκων βαθμολόγησης

Εξέταση διαταραχών λήψης τροφής – εκδοχή αυτοαναφοράς (EDE-Q)

Το σημαντικότερο από τα ερωτηματόλγυα που αφορούν στις διαταραχές λήψης τροφής στην έκδοση αυτοαναφοράς. Το ερωτηματόλγυο αυτό καλύπτει ένα εύρος ανορεξικών συμπεριφορών, συμπεριλαμβανόμενης της λήψης τροφής.

Fairburn CG & Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders* 1994; 16: 363-370.

Fairburn CG & Cooper Z. The eating disorder examination. In: Fairburn CG & Wilson GT, eds. *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. Guilford Press, New York, 1993: 317-360.

Το διερευνητικό τεστ για τη Βουλιμία (BITE)

Henderson M & Freeman CPL. The self-rating scale for bulimia. The BITE. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 18-24

Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck (BDI: Beck Depression Inventory)

Beck AT, Ward C & Mendelson M. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4: 561-585.

Η δεύτερη έκδοση (BDI-II) αποτελεί μια πολεολιγμένη εκδοχή – ωστόσο, απαιτείται προσοχή, διότι οι περισσότερες κλιμακές βαθμολόγησης της κατάθλιψης περιλαμβάνουν ζητήματα αναφορικά με την όρεξη και την αλλαγή του βάρους, γεγονός το οποίο δεν βοηθά στη διάγνωση της διάθεσης παροντία μιας διαταραχής λήψης τροφής.