

Ψυχογενής βουλιμία

Ο όρος ψυχογενής ή νευρική ή νευρογενής βουλιμία (επιστ. ονομασία: bulimia nervosa) περιγράφει μια διαταραχή στην πρόσληψη τροφής. Η νευρογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από επεισοδιακή υπερφαγία (κατανάλωση πολύ μεγάλης ποσότητας φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα), η οποία ακολουθείται από την προσπάθεια απαλλαγής από τις περιττές θερμίδες συνήθως μέσω εμετού, καθαρτικών, διουρητικών και υπερβολικής άσκησης. Οι γυναίκες έχουν εννέα φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν νευρική βουλιμία από τους άντρες. Τα αντικαταθλιπτικά, ιδιαίτερα τα SSRIs (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης) χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της νευρικής βουλιμίας.

Σημάδια και συμπτώματα

Αυτοί οι κύκλοι συχνά περιλαμβάνουν έντονα και ανεξέλεγκτα επεισόδια υπερφαγίας τα οποία μπορεί να σταματήσουν εάν κάποιος άλλο άτομο διακόψει τον ασθενή ή εάν το στομάχι τους πονάει από την υπερέκταση, η οποία ακολουθείται από αυτοπροκαλούμενους εμετούς. Ο κύκλος αυτός μπορεί να επαναληφθεί αρκετές φορές την εβδομάδα και σε πιο σοβαρές περιπτώσεις αρκετές φορές την ημέρα και μπορεί να προκαλέσει άμεσα:

- Χρόνια γαστρο-οισοφαγική παλινδρομική νόσο
- Αφυδάτωση και υποκαλιμία οι οποίες προκαλούνται από τους συχνούς εμετούς
- Αστάθεια των ηλεκτρολυτών η οποία μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή αρρυθμία, καρδιακή συγκοπή ακόμη και θάνατο
- Οισοφαγίτιδα ή φλεγμονή
- Ρήξη των τοιχωμάτων του οισοφάγου
- Στοματικό τραύμα, στο οποίο η επαναλαμβανόμενη εισαγωγή των δαχτύλων ή άλλων αντικειμένων μπορεί να προκαλέσει κοψίματα στην εσωτερική επένδυση του στόματος ή του λαιμού
- Γαστροπάρεσις (καθυστερημένη γαστρική εκκένωση)
- Δυσκοιλιότητα
- Στειρότητα
- Διογκωμένοι αδένες κάτω από το σαγόρι
- Έλκη

- Κάλοι ή ουλές στο πίσω μέρος των χεριών εξαιτίας από το επαναλαμβανόμενο τραύμα από τους τομείς των δοντιών
- Συνεχείς αυξομειώσεις βάρους

Η συχνή επαφή μεταξύ των δοντιών και του γαστρικού οξέος μπορεί να προκαλέσει συγκεκριμένα:

- Σοβαρή διάβρωση των δοντιών
- Διάβρωση του σμάλτου των δοντιών
- Πρησμένοι σιελογόνοι αδένες

Όπως σε πολλές ψυχιατρικές ασθένειες, μπορεί επίσης να υπάρξουν και παραισθήσεις μαζί με τα άλλα σημάδια και συμπτώματα αφήνοντας το άτομο με μια ψευδή πεποίθηση που κανονικά δεν γίνεται αποδεκτή από άλλους. Τα άτομα αυτά μπορεί επίσης να υποφέρουν από σωματικές επιπλοκές όπως τετανία, επιληπτικές, καρδιακή αρρυθμία και μυϊκή αδυναμία. (ICD-10) Τα άτομα με βουλιμία μπορεί επίσης να ασκούνται σε τέτοιο βαθμό που αποκλείει όλες τις άλλες δραστηριότητές τους.

Σχετικές διαταραχές

Οι βουλιμικοί έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους μη βουλιμικούς να έχουν μια συναισθηματική διαταραχή όπως η μείζων καταθλιπτική διαταραχή ή μια γενική αγχώδη διαταραχή. Μία έρευνα του Πανεπιστημίου Κολούμπια το 1985 σε γυναίκες που έπασχαν από βουλιμία, στο Ψυχιατρικό Ινστιτούτο της Νέας Υόρκης βρήκε ότι το 70% των ασθενών είχαν υποφέρει από κατάθλιψη σε κάποια στιγμή της ζωής τους (σε αντίθεση με το 25,8 % των ενήλικων γυναικών ως δείγμα ελέγχου του γενικού πληθυσμού), που αυξανόταν στο 88% για τις συνολικές συναισθηματικές διαταραχές. Μια άλλη έρευνα στο Βασιλικό Νοσοκομείο Παιδών της Μελβούρνη σε μια τάξη των 2.000 ενηλίκων βρήκε παρόμοια ότι αυτοί που συναντούσαν τουλάχιστον δυο κριτήρια για βουλιμία της τέταρτης έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού εγχειριδίου των Πνευματικών Διαταραχών DSM-IV είχαν εξαπλάσια αύξηση του ρίσκου για ανησυχία και διπλό ρίσκου για εξάρτηση ουσιών. Η βουλιμία έχει επίσης αρνητικές επιδράσεις στην υγεία των δοντιών του ασθενούς εξαιτίας των οξέων που περνάνε από το στόμα από τους εμετούς προκαλώντας όξινη διάβρωση, κυρίως στην πίσω επιφάνεια των δοντιών .

Ορισμός

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Νευρογενή Βουλιμία κατά DSM-IV είναι τα εξής:

A. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο από τα παρακάτω:

1. το να τρώει κάποιος μέσα σε μια διακριτή χρονική περίοδο (π.χ. σε μια περίοδο 2 ωρών) μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις.
2. μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου του πόσο τρώει κάποιος κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.

B. Επανελημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους.

Γ. Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για τρεις μήνες.

Δ. Η εκτίμηση του εαυτού αδικαιολόγητα επηρεάζεται από το σχήμα του σώματος και του βάρους.

E. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

Διακρίνονται δύο τύποι Νευρογενούς Βουλιμίας:

- Ο *τύπος κάθαρσης* στον οποίο το άτομο εμπλέκεται συστηματικά στην πρόκληση εμετού και την κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.
- Ο *τύπος μη-κάθαρσης* στον οποίο το άτομο δε χρησιμοποιεί την κάθαρση αλλά άλλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές (όπως π.χ. νηστεία, υπερβολική άσκηση)

Επιδημιολογία

Εξαιτίας της σχετικά πρόσφατης ταξινόμησης της νευρογενούς βουλιμίας ως ξεχωριστής νοσολογικής οντότητας, τα επιδημιολογικά δεδομένα για τη διαταραχή αυτή είναι περιορισμένα.

Η ετήσια εξάπλωση της διαταραχής έχει υπολογιστεί στο 11,15 - 13,5 % ετησίως. Το ποσοστό αυτό τριπλασιάζεται όταν συμπεριληφθούν και οι υποκλινικές περιπτώσεις νευρογενούς βουλιμίας. Οι μετρήσεις της

επίπτωσης της διαταραχής παρουσίασαν αύξηση μέσα στη δεκαετία 1980-1990, αλλά αυτό πιθανώς να οφείλεται στη βελτίωση της διαγνωστικής μας ικανότητας και όχι σε πραγματική αύξηση των περιστατικών.

Όπως και η ψυχογενής ανορεξία, η βουλιμία εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες^[5]. Μόνο το 5-10% των πασχόντων είναι άρρενες, η δε ηλικιακή ομάδα στην οποία συνήθως παρουσιάζεται η διαταραχή είναι αυτή των 20-24 ετών.

Υπάρχουν μεγαλύτερα ποσοστά διατροφικών διαταραχών σε ομάδες που ασχολούνται με δραστηριότητες όπως που έχουν εξιδανικεύσει ένα αδύνατο σώμα όπως ο χορός, η ενόργανη γυμναστική, το μόντελινγκ, οι μαζορέτες, το τρέξιμο, το καλλιτεχνικό πατινάζ, η ηθοποιία και η κωπηλασία. Η βουλιμία είναι πιο συχνή στους Καυκάσιους.

Αιτιολογία

Οι απεικονίσεις των μέσων μαζικής ενημέρωσης για ένα ιδανικό σχήμα σώματος θεωρούνται ευρύτατα καθοριστικός παράγοντας για τη νευρική βουλιμία (Μπάρκερ 2003). Μία έρευνα μαθητριών λυκείου 15-18 χρονών στη Ναντρόγκα των νησιών Φίτζι βρήκε ότι τα αυτοαναφερόμενα περιστατικά πρόκλησης εμετού ανέβηκαν από 0% το 1995 (λίγες εβδομάδες μετά την εισαγωγή της τηλεόρασης στην περιοχή) στο 11.3% το 1998. Ο εγκεφαλικά προερχόμενος νευροτροπικός παράγοντας (BDNF) είναι υπό έρευνα ως πιθανός μηχανισμός. Μέσα από τις γνωστικές και κοινωνικοπολιτικές οπτικές γωνίες ενδείξεις για την προέλευση της νευρικής βουλιμίας μπορεί να καθιερωθούν. Το γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο του βιβλίου Fairburn et al για τη νευρική βουλιμία προσφέρει μια κύρια ένδειξη της βουλιμίας μέσω μιας γνωστικής οπτικής γωνίας ενώ το ιδανικό του λεπτού σώματος είναι ιδιαίτερα υπεύθυνο για την αιτιολογία της βουλιμίας μέσα από μια κοινωνική οπτική γωνία. Όταν προσπαθούμε να καταλάβουμε τη βουλιμία μέσα από ένα γνωστικό ευρύτερο πλαίσιο το θεωρητικό συμπεριφορικό μοντέλο του Fairburn et al θεωρείται συχνά ως το χρυσό πρότυπο. Το μοντέλο του Fairburn et al συζητάει τη διαδικασία κατά την οποία ένα άτομο πέφτει στον κύκλο κραιπάλης-κάθαρσης και έτσι αναπτύσσει βουλιμία. Το Fairburn et al's υποστηρίζει ότι η υπερβολική ανησυχία για το βάρος σε συνδυασμό με χαμηλά ποσοστά

αυτοεκτίμησης θα οδηγήσουν σε αυστηρούς, άκαμπτους και μη ελαστικούς διαιτητικούς κανόνες. Αναλόγως αυτό θα οδηγούσε σε μη ρεαλιστική περιορισμένη διατροφή που μπορεί να οδηγήσει στη συνέχεια σε ένα <<γλίστρημα>> όπου το άτομο κάνει μια μικρή παράβαση στους αυστηρούς και μη ελαστικούς διαιτητικούς κανόνες. Επιπλέον η γνωστική διαστρέβλωση εξαιτίας της διχασμένης σκέψης οδηγεί το άτομο σε κραιπάλη. Ακολουθώντας θα πρέπει να προκαλέσει ένα αντιληπτό χάσιμο βάρους, ενθαρρύνοντας το άτομο να κάνει εμετό για να ισοφαρίσει την κραιπάλη. Παρ'όλα αυτά το Fairburn et al επιβεβαιώνει ότι ο κύκλος επαναλαμβάνεται και έτσι θεωρεί ότι ο κύκλος αυτό-διδιωνίζεται.

Αντίθετα τα ευρήματα του Byrne and Mclean's διέφεραν ελαφρώς από το γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο του Fairburn et al στο ότι η θέληση για λεπτότητα ήταν ο βασικός παράγοντας της πρόκλησης εμετού ως μια μέθοδος ελέγχου του βάρους. Με τη σειρά του το Byrne and Mclean πρόβαλλε ως επιχείρημα ότι αυτό κάνει το άτομο ευαίσθητο στην κραιπάλη και υποδεικνύει ότι δεν είναι ένας κύκλος κραιπάλης-κάθαρσης αλλά ένας κύκλος κάθαρσης-κραιπάλης. Διότι η πρόκληση εμετού έρχεται πριν από την κραιπάλη. Παρομοίως το γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο του Fairburn et al δεν είναι απαραίτητα εφαρμόσιμο σε κάθε άτομο και είναι σίγουρα αναγωγιστικό. Ο καθένας διαφέρει από τον άλλο το να πάρουμε μια τόσο περίπλοκη συμπεριφορά όπως η βουλιμία και να την εφαρμόσουμε σε άλλους, θα ήταν σίγουρα μη έγκυρο. Επιπλέον το γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο είναι πολύ δεμένο με την κουλτούρα κάποιου στο ότι μπορεί να μην είναι εφαρμόσιμο σε κουλτούρες εκτός της δυτικής κοινωνίας. Για να αξιολογήσουμε το μοντέλο του Fairburn et al και γενικότερα η γνωστική ερμηνεία της βουλιμίας είναι περισσότερο περιγραφική παρά διευκρινιστική, καθώς δεν εξηγεί αναγκαστικά πως δημιουργείται η βουλιμία. Επιπρόσθετα να εξακριβώσουμε την αιτία και το αποτέλεσμα διότι μπορεί να είναι η διαταραγμένη διατροφή που οδηγεί στη διαταραγμένη σκέψη και όχι το αντίθετο. Όταν εξερευνούμε την αιτιολογία της βουλιμίας μέσα από μία κοινωνικοπολιτιστική προοπτική η εσωτερική του ιδανικού του αδύνατου σώματος είναι ιδιαίτερα υπεύθυνη. Η εσωτερική του ιδανικού του αδύνατου σώματος είναι ο βαθμός στον οποίο προσαρμόζονται στα κοινωνικά ιδανικά της γοητείας. Τα άτομα πρώτα αποδέχονται και αφομοιώνουν τα ιδανικά και έπειτα επιχειρούν να μεταμορφώσουν τους εαυτούς τους για να αντανakλούν τα κοινωνικά ιδανικά της γοητείας. Ο Τζ. Κέβιν Τόμσον και ο Έρικ Στάις υποστηρίζουν ότι η οικογένεια, οι συνομήλικοι και πιο φανερά τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ενισχύουν το ιδανικό του λεπτού σώματος που μπορεί να

οδηγήσει ένα άτομο στο να αποδεχτεί και να αφομοιώσει το ιδανικό του λεπτού σώματος. Ο Στάις επιβεβαιώνει ότι αν το ιδανικό του λεπτού σώματος γίνει αποδεκτό ένα άτομο μπορεί να αρχίσει να νιώθει άβολα με το σχήμα η το μέγεθος του σώματός του καθώς μπορεί να μην αντανακλά απαραίτητα το ιδανικό της λεπτότητας που ξεκίνησε η κοινωνία. Έτσι οι Άνθρωποι που νιώθουν Άβολα με το σώμα τους μπορεί να υποφέρουν από δυσαρέσκεια για το σώμα τους και μπορεί να αναπτύξουν ένα συγκεκριμένο κίνητρο για λεπτότητα. Συνεπώς η δυσαρέσκεια για το σώμα σε συνδυασμό με το κίνητρο για λεπτότητα προωθεί δίαιτες και αρνητικά αποτελέσματα που θα μπορούσαν τελικά να δημιουργήσουν σε βουλιμικά συμπτώματα όπως ο εμετός ή οι κραιπάλες. Οι κραιπάλες δημιουργούν αυτοαπέχθεια που οδηγεί στην πρόκληση εμετού για να εμποδίσουν την πρόσληψη βάρους.

Μια έρευνα που αφιερώθηκε στην έρευνα της εσωτερίκευσης του ιδανικού του λεπτού σώματος είναι η έρευνα των Τόμσον και Στάις. Ο σκοπός της έρευνας τους ήταν να ανακαλύψουν το πώς και σε τι βαθμό τα μέσα μαζικής ενημέρωσης επηρεάζουν την εσωτερίκευση του ιδανικού του αδύνατου σώματος. Οι Τόμσον και Στάις χρησιμοποίησαν τυχαίοποιημένα πειράματα (και πιο συγκεκριμένα προγράμματα) για να διδάξουν τις γυναίκες πώς να είναι πιο επικριτικές στα μέσα μαζικής ενημέρωσης για να μειώσουν την εσωτερίκευση του ιδανικού του λεπτού σώματος. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι δημιουργώντας επίγνωση του ελέγχου των μέσων μαζικής ενημέρωσης του κοινωνικού ιδανικού της γοητείας, η εσωτερίκευση του ιδανικού του αδύνατου σώματος έπεσε σημαντικά. Με άλλες λέξεις, λιγότερες εικόνες του ιδανικού του αδύνατου σώματος από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είχε ως αποτέλεσμα τη λιγότερη εσωτερίκευση του ιδανικού του αδύνατου. Συνεπώς ο Τόμσον και ο Στάις συμπέραναν ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης επηρεάζουν την εσωτερίκευση του ιδανικού του λεπτού σώματος.

Στέρηση τροφής

Η στέρηση τροφής και η αυτοεπιβολή διαιτών αδυνατίσματος που περιορίζουν την ενέργεια που προσλαμβάνεται φαίνεται να προκαλούν επεισόδια υπερφαγίας μόλις το φαγητό γίνει ξανά διαθέσιμο και ψυχολογικές καταστάσεις όπως εμμονή με το φαγητό και την πρόσληψη τροφής, αυξημένη συναισθηματική ανταπόκριση και δυσφορία, και

έλλειψη συγκέντρωσης. Με βάση τον περιορισμό πρόσληψης τροφής κατά τη διάρκεια μιας ημέρας, μπορεί να προβλεφθεί η πιθανότητα εμφάνισης κρίσεων υπερφαγίας την επόμενη ημέρα.

Θεραπεία

➤ Ψυχολογικές Θεραπείες

Υπάρχουν διάφορες εμπειρικά υποστηριγμένες ψυχοκοινωνικές θεραπείες για τη νευρική βουλιμία. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία η οποία περιλαμβάνει τη διδασκαλία των ασθενών να δοκιμάζουν αυτόματες σκέψεις και να συμμετέχουν σε συμπεριφορικά πειράματα (για παράδειγμα να τρώνε <<απαγορευμένα φαγητά κατά τις συνεδρίες) έχει επιδείξει αποτελεσματικότητα και με την ταυτόχρονη χρήση αντικαταθλιπτικής αγωγής. Έρευνα προτείνει ότι η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία είναι η καλύτερη ψυχοθεραπευτική θεραπεία για τη νευρική βουλιμία. Μία εξαίρεση ήταν μια μελέτη η οποία προτείνει ότι η διαπροσωπική θεραπεία μπορεί να είναι το ίδιο αποτελεσματική με τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, παρόλο που επιτυγχάνει τα αποτελέσματα της αργότερα. Χρησιμοποιώντας τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία οι ασθενείς καταγράφουν πόσο φαγητό τρώνε και τις περιόδους που κάνουν εμετό με τον σκοπό να αναγνωρίσουν και να αποφύγουν συναισθηματικές διακυμάνσεις που προκαλούν επεισόδια βουλιμίας σε καθημερινή βάση (Γκέλντερ, Μάγιου και Γκέντες. 2005). Ο Μπάρκερ (2003) υποστηρίζει ότι έρευνα έχει βρει ότι το 40%-60% των ασθενών που παρακολουθούν γνωστική συμπεριφορική θεραπεία έχουν απεξαρτηθεί από τα συμπτώματα. Υποστηρίζει ότι για να δουλέψει η θεραπεία όλοι οι ασθενείς πρέπει να δουλέψουν μαζί για να συζητήσουν, καταγράψουν και να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης. Υποστηρίζει επίσης ότι με το να κάνει τους ανθρώπους να συνειδητοποιήσουν τις πράξεις τους μπορεί να σκεφτούν εναλλακτικές. Ερευνητές έχουν επίσης αναφέρει θετικά αποτελέσματα για τη διαπροσωπική θεραπεία και τη θεραπεία διαλεκτικής συμπεριφοράς. Η οικογενειακή θεραπεία Μόντσλει επίσης γνωστή ως Θεραπεία βασισμένη στην οικογένεια που αναπτύχθηκε στο νοσοκομείο Μόντσλει στο Λονδίνο για τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας έχει δείξει να έχει θετικά αποτελέσματα για τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας. Η Θεραπεία βασισμένη στην οικογένεια έχει δείξει μέσα από εμπειρική σχέση έρευνα να είναι η πιο αποτελεσματική

Θεραπεία για τη νευρική ανορεξία σε ασθενείς κάτω των 18 χρόνων και μέσα σε 3 χρόνια από την αρχή της ασθένειας. Οι μελέτες μέχρι σήμερα που έχουν χρησιμοποιήσει τη Θεραπεία βασιζόμενη στην οικογένεια για τη θεραπεία της νευρικής βουλιμίας έχουν υπάρξει υποσχόμενες. Μερικοί ερευνητές έχουν επίσης υποστηρίξει ότι υπάρχουν θετικά αποτελέσματα στην υπνοθεραπεία. Το μοντέλο των 12 βημάτων που χρησιμοποιείται για εξαρτημένα άτομα, εφαρμόστηκε σε βουλιμικούς ασθενείς με καλά αποτελέσματα. Ερευνητές στο Πανεπιστήμιο του Οχάιο σε μια προκαταρκτική μελέτη ενσωμάτωσαν το μοντέλο των 12 βημάτων στη θεραπεία βουλιμικών γυναικών σε μονάδα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Σημείωσαν θετικά αποτελέσματα.

➤ Φαρμακευτικές Θεραπείες

Μερικοί ερευνητές έχουν υποθέσει μια σχέση στις αλλαγές διάθεσης και κλινικές μελέτες έχουν διεκπεραιωθεί με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς οξειδάσεων μονοαμίνης, μιανσερίνη, φλουοξετίνη, ανθρακικό λίθιο, νιμιφενσίνη, τραζοδόνη και βουπροπιόνη. Ομάδες μελέτης οι οποίες έχουν δει μια σχέση με διαταραχές κρίσεων έχουν επιχειρήσει θεραπεία με φαινυτοΐνη, καρβαμαζεπίνη και βαλπροϊκό οξύ. Οπιούχοι ανταγωνιστές ναλοξόνη και ναλτρεξόνη που μπλοκάρουν τις επιθυμίες για τυχερά παιχνίδια έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί. Έχει γίνει επίσης κάποια έρευνα η οποία χαρακτηρίζει τη νευρική βουλιμία ως μια διαταραχή εξάρτησης και περιόρισε την κλινική χρήση τοπιραμάτης, η οποία μπλοκάρει τις επιθυμίες για οπιούχα, κοκαΐνη, αλκοόλ και φαγητό.

Ευαγγελία Κ. Α'1