



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ»**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Εμπόδια στην εφαρμογή της τηλεψυχιατρικής για τη θεραπεία
ασθενών με
διαταραχές πρόσληψης τροφής: συστηματική ανασκόπηση»**

Σαπουνά Μελπομένη Ελένη
Ειδικευόμενη ψυχιατρικής

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Χριστοδούλου Νικόλαος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιβλέπων Καθηγητής

Ανδρούτσος Οδυσσέας, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Διαιτολογίας και Διατροφολογίας
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μποζίκας Παντελήμων-Βασίλειος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Τμήμα Ιατρικής Αριστοτελείου
Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2023



**UNIVERSITY OF THESSALY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
FACULTY OF MEDICINE
POSTGRADUATE STUDIES PROGRAM
NUTRITION IN HEALTH AND DISEASE**



DIPLOMATHESES

Barriers to the use of telepsychiatry for the treatment of eating disorders: a systematic review

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ.....	8
1.1.ΟΡΙΣΜΟΣ.....	8
1.2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	8
1.3.ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	9
1.4.ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	10
1.4.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	11
1.4.2 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	13
1.4.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ.....	16
1.4.4 ΟΡΘΟΡΕΞΙΑ.....	16
1.4.5 ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ.....	17
1.5.ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ.....	20
2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ.....	20
2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.....	20
2.3. ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.....	20
2.4. ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ...	21
2.5. ΤΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ.....	22
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	25
3.1. ΣΚΟΠΟΣ	25
3.2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	25
3.3 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ- ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ.....	25
3.4 ΤΕΛΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΞΑΓΩΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ -ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	49

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι ψυχικές ασθένειες, με κύρια χαρακτηριστικά τη διαταραγμένη εικόνα σώματος και τον υπέρμετρο φόβο για αύξηση του σωματικού βάρους, που οδηγούν σε διαταραχή του τρόπου λήψης τροφής και της συμπεριφοράς ελέγχου του βάρους. Μελέτες δείχνουν πως η έγκαιρη παροχή θεραπείας είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες βελτίωσης της πρόγνωσης αυτών των ασθενειών. Παρ' όλα αυτά, μεγάλο ποσοστό των ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής δεν λαμβάνουν θεραπεία ή αναζητούν θεραπεία σε προχωρημένο στάδιο της νόσου. Η τηλεψυχιατρική φαίνεται ότι θα μπορούσε να αποτελέσει μια λύση σ' αυτό το πρόβλημα, με την άρση των γεωγραφικών εμποδίων και την ελάττωση του κόστους μετακίνησης που προσφέρει. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με την αποτελεσματικότητά της στη θεραπεία ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής, την εγκατάσταση ισχυρής θεραπευτικής σχέσης, τη διασφάλιση της προστασίας προσωπικών δεδομένων, την ασφάλεια και τους τεχνολογικούς περιορισμούς.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η επισκόπηση της υφιστάμενης βιβλιογραφίας, ώστε να διερευνηθεί κατά πόσο είναι ασφαλής και ωφέλιμη η χρήση της τηλεψυχιατρικής στη θεραπεία ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Σε δεύτερο χρόνο αποσκοπεί στην βελτίωση των υπαρχόντων υπηρεσιών τηλεψυχιατρικής, ώστε να εξυπηρετούν καλύτερα και ασφαλέστερα τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Μεθοδολογία Έρευνας: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν εκείνη της συστηματικής ανασκόπησης. Πιο συγκεκριμένα, μέσα από τη βάση επιστημονικών δεδομένων Pubmed, αναζητήθηκαν, με βάση τη μεθοδολογία PRISMA, τα πλέον σχετικά με το θέμα δημοσιευμένα άρθρα που μελέτησαν τα εμπόδια στη χρήση της τηλεψυχιατρικής στη θεραπεία ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Αποτελέσματα: Πενήντα τρεις μελέτες συμπεριελήφθησαν στη συστηματική ανασκόπηση, καταδεικνύοντας δυσκολίες σε πολλαπλά επίπεδα στην εφαρμογή της θεραπείας μέσω διαδικτύου σε ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Πιο συγκεκριμένα, αναλύονται εμπόδια που αφορούν την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, τεχνικές δυσκολίες, θέματα σχεδιασμού του διαδικτυακού προγράμματος, ζητήματα απορρήτου, δυσκολίες στη συμμόρφωση των ασθενών, αρνητικές εμπειρίες ασθενών (μειωμένη ικανοποίηση, ανάγκη για πιο εντατική δια ζώσης θεραπεία) και προβληματισμοί σχετικά με την αποτελεσματικότητα της τηλεψυχιατρικής στην ύφεση της συμπτωματολογίας και της ψυχοπαθολογίας των ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Λέξεις κλειδιά: τηλεψυχιατρική, νευρογενής ανορεξία, βουλιμία, υπερφαγία, ορθορεξία.

ABSTRACT

Introduction: Eating disorders are mental illnesses characterized by disturbed body image and excessive fear of weight gain, leading to disordered eating and weight control behavior. Studies show that early treatment is one of the most important factors in improving the prognosis of these diseases. Nevertheless, a large percentage of patients with eating disorders do not receive treatment or seek treatment at an advanced stage of the disease. Telepsychiatry seems like it a possible solution to this problem, with the removal of geographical barriers and the reduction of travel cost it offers. However, there are concerns about its effectiveness in treating patients with eating disorders, establishing a strong therapeutic relationship, ensuring privacy, security and technological limitations.

Purpose: The purpose of this paper is to review the existing literature in order to investigate whether the use of telepsychiatry in the treatment of patients with eating disorders is safe and beneficial. Secondly, it aims to improve the existing services of telepsychiatry to better and more safely serve the particular needs of patients with eating disorders.

Research Methodology: The methodology implemented was that of a systematic review. More specifically, the research was carried out through the scientific database of PubMed and, according to PRISMA methodology, research focus was placed on relevant published articles that studied the barriers to the use of telepsychiatry in the treatment of patients with eating disorders.

Results: Fifty-three studies were included in the systematic review, demonstrating difficulties on multiple levels regarding the implementation of Internet-based treatment of patients with eating disorders. More specifically, barriers related to the development of the therapeutic relationship, technical difficulties, online program design issues, privacy issues, patient compliance difficulties, negative patient experiences (decreased satisfaction, need for more intensive face to face therapy) and concerns about the effectiveness of telepsychiatry in the remission of symptomatology and psychopathology of patients with eating disorders.

Key words: telepsychiatry, anorexia nervosa, bulimia, binge eating, orthorexia.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (ΔΠΤ) είναι σοβαρές ψυχικές ασθένειες που χαρακτηρίζονται από διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, σκέψεις και συναισθήματα σχετικά με την τροφή και την εικόνα του σώματος. Μπορεί να προκληθούν από έναν συνδυασμό γενετικών, βιολογικών, ψυχολογικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων και έχουν πολλαπλές επιπτώσεις τόσο σωματικές, όσο και ψυχοκοινωνικές [1]. Ταξινομούνται από την πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) [2] και την δέκατη αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων και των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10) [3]. Οι συνήθεις τύποι περιλαμβάνουν την ψυχογενή ανορεξία, την ψυχογενή βουλιμία και τη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας, ενώ έχουν περιγραφεί κι άλλες μορφές διατροφικών διαταραχών, με μικρές διαφορές μεταξύ των δύο ταξινομικών συστημάτων DSM-5 και ICD-10. Η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει έναν συνδυασμό ψυχοθεραπείας, φαρμακευτικής αγωγής και διατροφικής συμβουλευτικής. Η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη πρόγνωση, αλλά η πλήρης αποκατάσταση μπορεί να είναι δύσκολη και να απαιτεί συνεχή υποστήριξη. Οι ΔΠΤ είναι συχνότερες σε γυναίκες όψιμης εφηβικής ηλικίας, αλλά μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε ηλικία και φύλο [4]. Στη νευρογενή ανορεξία κύρια χαρακτηριστικά των ασθενών είναι το ιδιαίτερα χαμηλό σωματικό βάρος, ο έντονος περιορισμός στην πρόσληψη τροφής, ενώ μπορεί να υπάρχουν και υπερφαγικά επεισόδια τα οποία στη συνέχεια ο ασθενής «αντιρροπεί» με άσκηση, αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή λήψη καθαρτικών. Η νευρογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από την έλλειψη ελέγχου στην πρόσληψη τροφής, με συχνά υπερφαγικά επεισόδια, τα οποία ακολουθούνται από μεθόδους κάθαρσης (αυτοπροκαλούμενους εμέτους, λήψη καθαρτικών) ή από υπερβολική άσκηση και νηστεία, καθώς οι ασθενείς φοβούνται έντονα την αύξηση του σωματικού τους βάρους. Στην διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας έχουμε επανειλημμένα επεισόδια υπερκατανάλωσης φαγητού έως το σημείο της στομαχικής δυσφορίας, τα οποία δεν ακολουθούνται από κάποια μέθοδο κάθαρσης. Αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, χρήση ουσιών και διαταραχές προσωπικότητας συχνά συνυπάρχουν σε ασθενείς με ΔΠΤ [4,5]. Η σωστή θεραπεία και παρακολούθηση των ασθενών αυτών είναι υψίστης σημασίας για την ύφεση των συμπτωμάτων και την πρόληψη των επιπλοκών, ενώ η έγκαιρη παρέμβαση και υποστήριξη βελτιώνει την πρόγνωση αυτών των ασθενειών. Σ'αυτόν τον τομέα φαίνεται ότι βοηθάει η τηλεψυχιατρική, με την άρση εμποδίων, όπως η γεωγραφική απόσταση, το κόστος μεταφοράς, το στίγμα που σχετίζεται με την ψυχιατρική φροντίδα. Η τηλεψυχιατρική είναι ένας κλάδος της τηλεϊατρικής που περιλαμβάνει την παροχή ψυχιατρικής φροντίδας εξ αποστάσεως χρησιμοποιώντας τηλεδιάσκεψη και άλλες τεχνολογίες επικοινωνίας. Η χρήση της τηλεψυχιατρικής για τη θεραπεία των ΔΠΤ προσφέρει πολλά οφέλη, όπως αυξημένη πρόσβαση στη φροντίδα, άνεση για τους ασθενείς, αυξημένη δέσμευση και κίνητρο για θεραπεία και παρόμοια αποτελέσματα

θεραπείας σε σύγκριση με την παραδοσιακή αυτοπροσώπως θεραπεία [6]. Παρ' όλα αυτά, εμπόδια περιγράφονται τόσο από την άποψη των ασθενών όσο και από τους ιατρούς. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με την αποτελεσματικότητά της στη θεραπεία ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής, την εγκατάσταση ισχυρής θεραπευτικής σχέσης, τη διασφάλιση της προστασίας προσωπικών δεδομένων, την ασφάλεια και τους τεχνολογικούς περιορισμούς. [7]

Η παρούσα εργασία είναι μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα εμπόδια που παρουσιάζει η χρήση της τηλεψυχιατρικής στη θεραπεία ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Στόχος είναι να διερευνηθεί κατά πόσο είναι ασφαλής η παροχή θεραπείας σε ασθενείς με ΔΠΤ μέσω της τηλεψυχιατρικής, σε ποια σημεία υστερεί η τηλεψυχιατρική σε σχέση με άλλους τρόπους θεραπείας και ποιες ομάδες ασθενών με ΔΠΤ βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να μην επωφεληθούν ή ακόμα και να επηρεαστούν αρνητικά από τη θεραπεία μέσω τηλεψυχιατρικής.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Οι ΔΠΤ είναι σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από μη φυσιολογικές διατροφικές συμπεριφορές ή συμπεριφορές ελέγχου του βάρους. Η διαταραγμένη στάση απέναντι στο σωματικό βάρος, την εικόνα σώματος και το φαγητό παίζει βασικό ρόλο στην προέλευση και συντήρησή τους. Ο έλεγχος απέναντι στην προσλαμβανόμενη τροφή είναι βασικό ψυχοπαθολογικό στοιχείο όλων των ΔΠΤ, με τους ασθενείς να εμφανίζουν μια επίμονη ενασχόληση με σκέψεις, συναισθήματα και εικόνες σχετικά με το φαγητό, το σχήμα και το βάρος του σώματός τους. [5]

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι ΔΠΤ μπορεί να επηρεάσουν άτομα όλων των ηλικιών, φύλων, εθνοτήτων. Οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο, με τη νευρογενή ανορεξία να ξεκινά νωρίτερα από τη νευρογενή βουλιμία και τη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας. Η εμφάνιση μετά την ηλικία των 30 ετών είναι σπάνια για την ψυχογενή ανορεξία. Στους ενήλικες πληθυσμούς, το κλινικό προφίλ κυριαρχείται από διαταραχές του φάσματος υπερφαγίας, με λιγότερες διαφορές φύλου σε σχέση με τον έφηβο πληθυσμό και υψηλότερο κίνδυνο σε εθνικές μειονότητες και άτομα με υψηλότερο σωματικό βάρος [5]. Στα δυτικά περιβάλλοντα ένα σημαντικό ποσοστό νέων έχει αναφέρει διατροφική διαταραχή. Συνολικά, το 5,5-17,9% των νεαρών γυναικών και το 0,6-2,4% των νέων ανδρών έχουν βιώσει μια διατροφική διαταραχή (που πληροί τα κριτήρια κατά DSM-5) στην πρώιμη ενήλικη ζωή. Δια βίου νόσηση με ψυχογενή ανορεξία αναφέρθηκε σε 0,8–6,3% των γυναικών και 0,1–0,3% των ανδρών, με ψυχογενή βουλιμία σε 0,8–2,6% των γυναικών και 0,1–0,2% των ανδρών, με διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας σε 0,6–6,1% των γυναικών και 0,3–0,7% των ανδρών, με άλλες καθορισμένες διαταραχές σίτισης ή πρόσληψης τροφής σε 0,6–11,5% των γυναικών και 0,2–0,3% των ανδρών και απροσδιόριστες διαταραχές σίτισης ή πρόσληψης τροφής σε 0,2–4,7% των γυναικών και 0–1,6% των ανδρών. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, η συχνότητα των διατροφικών διαταραχών εξακολούθησε να αυξάνεται. Φαίνεται, ακόμη, πως οι φυλετικές και σεξουαλικές μειονότητες διατρέχουν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο. Αναδυόμενες μελέτες από την Ανατολική Ευρώπη, την Ασία και τη Λατινική Αμερική δείχνουν παρόμοιους υψηλούς επιπολασμούς. [8] Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο επιπολασμός των διατροφικών διαταραχών έχει αυξηθεί κατά 25%, αλλά μόνο το 20% περίπου των προσβεβλημένων ατόμων αναζητά θεραπεία. Η διάρκεια της διατροφικής διαταραχής πριν από την έναρξη θεραπείας είναι μεταβλητή, αλλά φαίνεται να είναι μικρότερη για την ψυχογενή ανορεξία, απ'ότι για την ψυχογενή βουλιμία και τη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας

(περίπου 29,9 μήνες για την ψυχογενή ανορεξία, 53 μήνες για τη νευρική βουλιμία και 43,8 μήνες για την διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας). [5]

1.3 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η αιτιολογία των ΔΠΤ θεωρείται ότι είναι πολυπαραγοντική. Οι υποκείμενοι μηχανισμοί των διατροφικών διαταραχών αποτελούν αντικείμενο ενεργούς έρευνας. Είναι οι παθήσεις που κατεξοχήν βρίσκονται στο σταυροδρόμι ανάμεσα στην ατομική ψυχολογία, τις οικογενειακές διαντιδράσεις, το σώμα με την πιο βιολογική πλευρά της λειτουργίας του, αλλά και την κοινωνία και τα κοινωνικά πρότυπα γενικότερα. [5,9]

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Σχετικά με την κληρονομικότητα των ΔΠΤ έχει βρεθεί ότι η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία παρουσιάζονται με μεγαλύτερη συχνότητα σε ανθρώπους που έχουν βιολογική συγγένεια με κάποιον που νοσεί από αυτές τις διαταραχές [9]. Ο γενετικός κίνδυνος παρουσιάζει ποικιλία που σχετίζεται με την ηλικία έναρξης της ΔΠΤ, με μικρότερη κληρονομικότητα όταν τα συμπτώματα ξεκινούν στην προεφηβεία ή στην πρώιμη εφηβεία. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι ένα τμήμα του γενετικού κινδύνου είναι κοινό με άλλες διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια ή η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή [4]. Μελέτες συσχέτισης σε επίπεδο γονιδιώματος έχουν εντοπίσει οκτώ τύπους που σχετίζονται με τη νευρογενή ανορεξία. Οι θετικές πολυγονιδιακές συσχετίσεις με διάφορες συμπεριφορές που σχετίζονται με τον εγκέφαλο (ψυχιατρικές διαταραχές, ιδιαιτέρως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, χαρακτηριστικά προσωπικότητας- νευρωτισμός, μορφωτικό επίπεδο και δραστηριότητα) ευθυγραμμίζονται με τα τυπικά κλινικά χαρακτηριστικά. Παραδόξως, αυτή η μελέτη αποκάλυψε επίσης αρνητικές πολυγονιδιακές συσχετίσεις με χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το μεταβολικό σύνδρομο, όπως ο δείκτης μάζας σώματος, η ευαισθησία στην ινσουλίνη και τα επίπεδα χοληστερόλης. Οι εργασίες βρίσκονται σε εξέλιξη για τη λήψη μιας ουσιαστικής μελέτης συσχέτισης σε επίπεδο γονιδιώματος σε άτομα με διαταραχές φάσματος υπερφαγίας, τα οποία έχουν ελαφρώς χαμηλότερα επίπεδα κληρονομικότητας (0,35–0,45) από αυτά που βρέθηκαν στη νευρογενή ανορεξία, και θετικές γενετικές συσχετίσεις με προβλήματα χρήσης αλκοόλ και παχυσαρκία. Μια συστηματική ανασκόπηση στον τομέα της επιγενετικής βρήκε κυρίως μικρές μελέτες, οι οποίες συχνά επικεντρώνονταν σε ένα υποψήφιο γονίδιο. Επομένως, απαιτούνται μελέτες σε όλο το γονιδίωμα. [5]

ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία εμφανίζουν διαταραχή στη δραστηριότητα της σεροτονίνης και στα επίπεδα της λεπτίνης, ουσίες οι οποίες συμμετέχουν στη διαδικασία του κορεσμού και στη ρύθμιση της όρεξης. [9]

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Οι ασθενείς με ΔΠΤ φαίνεται ότι εμπλέκονται σε μια «μάχη για έλεγχο». Στον ψυχοπαθολογικό πυρήνα των ΔΠΤ συναντούμε τη διαταραγμένη σχέση του ατόμου με την εικόνα του σώματός του, ενώ παράλληλα και οι σχέσεις του πάσχοντα με τους σημαντικούς άλλους χαρακτηρίζονται από δύο αντιφατικές και συγκρουόμενες δυνάμεις: το αίσθημα της αυτό-επάρκειας και την ανάγκη εξάρτησης. Η γενετήσια σεξουαλικότητα είναι επηρεασμένη (αποχή, σχέσεις χωρίς απόλαυση), το πάσχον άτομο οδηγείται σε μια υπερεπένδυση της πνευματικής λειτουργίας (με στόχευση στα ακαδημαϊκά απτά αποτελέσματα και όχι στη δημιουργικότητα), ενώ εμφανίζονται πολύ συχνά καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα ή/και διαταραχές. [10] Η τελειοθηρία είναι περισσότερο εμφανής σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, απ'ότι σε άλλες ΔΠΤ. [4]

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις είναι συχνές σε ασθενείς με ΔΠΤ. Ιδίως οι πάσχοντες από νευρογενή ανορεξία παρουσιάζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά σχετικά με το οικογενειακό τους περιβάλλον, ένα συγκεκριμένο πρότυπο σχέσεων, που συνίσταται σε «υπερεμπλοκή, υπερπροστατευτικότητα, δυσκαμψία και απουσία επίλυσης συγκρούσεων», με μια γενικότερη δυσκολία της οικογένειας να εκφράσει και να μοιραστεί συναισθήματα. Συνήθως παρατηρείται υπερεμπλοκή της μητέρας και αποχή του πατέρα από τη φροντίδα του παιδιού. Επίσης, υποστηρίζεται ότι η ασθένεια χρησιμεύει και στην παρεμπόδιση διαφωνιών μέσα στην οικογένεια. [4]

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Κυρίως στις δυτικές χώρες, κυριαρχεί η άποψη ότι το λεπτότερο σώμα είναι περισσότερο επιθυμητό και ελκυστικό. Οι γυναίκες συγκρίνουν το δικό τους σώμα με τα πρότυπα που παρουσιάζονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και κοινωνικής δικτύωσης και καταβάλουν τεράστιες προσπάθειες να μιμηθούν τα καλλίγραμμα σώματα, ξεκινώντας εξαντλητικές δίαιτες και αθλητικές δραστηριότητες. Ιδίως οι πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία και διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας φαίνεται ότι εμφανίζουν αυξημένη έκθεση σε παράγοντες που προωθούν τις δίαιτες αδυνατίσματος. [4]

1.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Οι ΔΠΤ ταξινομούνται σύμφωνα με τα διαγνωστικά συστήματα DSM-5 και ICD-10, με μικρές διαφορές μεταξύ των δύο ταξινομήσεων. Έξι κύριες διαταραχές σίτισης και διατροφής αναγνωρίζονται πλέον στα διαγνωστικά συστήματα: ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία, διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας, διαταραχή αποφευκτικής-περιοριστικής πρόσληψης τροφής, *pica* (αλλοτριοφαγία) και διαταραχή μηρυκασμού. Στο DSM-5 περιλαμβάνονται ακόμα οι εξής: η άλλη καθορισμένη διαταραχή σίτισης ή πρόσληψης τροφής και η απροσδιόριστη διαταραχή σίτισης ή πρόσληψης τροφής. Ωστόσο, πολλά από τα χαρακτηριστικά των ΔΠΤ, σε συνδυασμό ή μεμονωμένα, εντοπίζονται σε αρκετές περιπτώσεις, που όμως δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια. Επίσης, δεν

είναι σπάνια η μεταπήδηση, με την πάροδο του χρόνου, από τη μία διαγνωστική κατηγορία στην άλλη. [4,5]

1.4.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι στην ψυχογενή ανορεξία ο όρος «ανορεξία» χρησιμοποιείται καταχρηστικά, καθώς δεν υπάρχει απώλεια της όρεξης, αλλά ο περιορισμός της πρόσληψης τροφής είναι εκούσιος. Το άτομο μπορεί να πεινά και μάλιστα πολύ, αλλά δεν επιτρέπει το ίδιο στον εαυτό του να φάει. Τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία κυριαρχούνται από μια έντονη επιθυμία να είναι αδύνατα και νιώθουν τρόμο στην σκέψη ότι το σωματικό τους βάρος μπορεί να αυξηθεί έστω και ελάχιστα. Αντιλαμβάνονται το βάρος και το σχήμα του σώματος με έναν διαταραγμένο τρόπο, αρνούνται να διατηρήσουν το σωματικό βάρος στο/ή πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό βάρος και συχνά αρνούνται την σοβαρότητα του χαμηλού σωματικού τους βάρους. Μειώνουν συνεχώς τον στόχο απώλειας κιλών, αποκλείουν ομάδες τροφίμων, περιορίζοντας την ποικιλία τροφίμων και μειώνοντας όλο και περισσότερο την πρόσληψη θερμίδων. Ακολουθούν αυστηρούς διατροφικούς κανόνες, στους οποίους υπακούουν με έναν καταναγκαστικό τρόπο. Όταν παρεκκλίνουν από την στερητική διατροφή τους ή κάνουν υπερφαγικά επεισόδια, ακολουθούν αντιρροπιστικές συμπεριφορές με προκλητούς εμετούς, έντονη και πολύωρη γυμναστική, νηστεία, χρήση καθαρτικών/διουρητικών, λήψη ψυχοδιεγερτικών (πχ καφεΐνη, αμφεταμίνες) ή θυροειδικών ορμονών. [1]

Σύμφωνα με το DSM-5 [2], τα διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχογενή ανορεξία είναι τα παρακάτω:

1. Επίμονος περιορισμός της προσλαμβάνουσας τροφής, που οδηγεί σε σημαντική μείωση του σωματικού βάρους, σε σχέση με το ελάχιστο που αναμένεται με βάση την ηλικία, το φύλο, το στάδιο ανάπτυξης και τη σωματική υγεία του ασθενούς.
2. Είτε έντονος φόβος ότι το άτομο θα πάρει βάρος/ θα γίνει παχύ, είτε επίμονη συμπεριφορά που εμποδίζει την αύξηση του βάρους, ακόμα και όταν το άτομο είναι σημαντικά ελλιποβαρές.
3. Διαταραχή του τρόπου αντίληψης της εικόνας του σώματος, απόδοση ιδιαίτερης σημασίας στο σχήμα και βάρος του σώματος, σε βαθμό που να επηρεάζουν σημαντικά την αξιολόγηση του εαυτού, ή άρνηση της σοβαρότητας του τρέχοντος πολύ χαμηλού σωματικού βάρους, απώλεια της ικανότητας αναγνώρισης των κινδύνων που ενέχει το πολύ χαμηλό σωματικό βάρος.

Η εκτίμηση της σοβαρότητας της νευρογενούς ανορεξίας στους ενήλικες βασίζεται στον δείκτη μάζας σώματος (BMI): Ήπια: BMI ≥ 17 kg/m², Μέτρια: BMI 16-16,99 kg/m², Βαριά: BMI 15-15,99 kg/m², Εξαιρετικά Βαριά: BMI < 15 kg/m²

Αναγνωρίζονται δύο τύποι νευρογενούς ανορεξίας [2]:

- Περιοριστικός τύπος: κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών μηνών, το άτομο δεν έχει επαναλαμβανόμενα υπερφαγικά επεισόδια ή συμπεριφορές κάθαρσης (δηλαδή αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).
- Αδηφαγικός/καθαρτικός τύπος: κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών μηνών, το άτομο εμπλέκεται σε επαναλαμβανόμενα υπερφαγικά επεισόδια ή συμπεριφορές κάθαρσης.

Συχνή είναι η συνύπαρξη με ψυχολογικές διαταραχές, όπως μείζονα καταθλιπτική συνδρομή, αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας, όπως είναι η μεταιχμιακή και η ψυχαναγκαστική. Επίσης, συχνά επηρεάζεται η κοινωνική ζωή του ατόμου, με αποφυγή κοινωνικών συναναστροφών κατά τις οποίες μπορεί να υπάρξει κατανάλωση φαγητού. [4].

Η ψυχογενής ανορεξία μπορεί να έχει σοβαρές σωματικές συνέπειες και έχει το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας από όλες τις ψυχιατρικές διαταραχές. Συχνά πρόκειται για θάνατο από αυτοκτονία (περίπου 20% των πασχόντων αυτοκτονεί), ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις είναι αποτέλεσμα των σωματικών συνεπειών της απίσχνασης (κυρίως καρδιαγγειακές διαταραχές και σήψη). [4]

ΠΑΛΛΙΣΙΟ 13.1 Κύρια σωματικά χαρακτηριστικά της ψυχογενούς ανορεξίας	
Σωματικά συμπτώματα Αυξημένη ευαισθησία στο κρύο Γαστρεντερικά συμπτώματα – δυσκοιλιότητα, αίσθημα πληρότητας μετά την πρόσληψη τροφής, μετεωρισμός Ζάλη και συγκοπτικά επεισόδια Αιμηνόρροια Απουσία σεξουαλικού ενδιαφέροντος <u>Κακός ύπνος, με πρόωπη πρόωγη αφύπνιση</u> Σωματικά σημεία Απώχωση Παύση της ανάπτυξης και αδυναμία ανάπτυξης των μαστών (εάν η έναρξη είναι πριν την εφηβεία) Ξηροδερμία, με πορτοκαλόχρωο αποχρωματισμό των παλαμών και πελμάτων Λεπτή μαλακή τριχοφυΐα (lanugo) στη ράχη, τα μπράτσα και τα πλάγια του προσώπου Διόγκωση των σιελογόνων αδένων Διάβρωση της εσωτερικής επιφάνειας των πρόσθιων οδόντων (περιμυλώση) σε εκείνους που κάνουν συχνά εμέτους Κρύα άκρα χέρια και πόδια, υποθερμία Βροδυκαρδία, υπόταση, καρδιακές αρρυθμίες (ιδίως σε εκείνους με διαταραχές των ηλεκτρολυτών) Περιφερικό οίδημα Μικρή αδυναμία στους εγγύς μύες (δηλαδή δυσκολία στην έγερση από βαθύ κάθισμα) Διαταραχές στις εργαστηριακές εξετάσεις Ενδοκρινικές διαταραχές Χαμηλή ωχρινιοποιητική ορμόνη, ωοθυλακιωτρόπος ορμόνη και οιστραδιόλη Χαμηλή T₃, με την T₄ στα χαμηλά του φυσιολογικού φάσματος	και φυσιολογικές συγκεντρώσεις θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (σύνδρομο χαμηλής T₃) Αύξηση της κορτιζόλης και μη καταστολής της με δεξαμεθαζόνη Αυξημένη συγκεντρώση αυξητικής ορμόνης Υποκαλιαιμία Καρδιαγγειακές διαταραχές <u>Διαταραχή της αγωγιμότητας, ιδίως παράταση του διαστήματος QT</u> Διαταραχές του γαστρεντερικού Καθυστερημένη γαστρική κένωση Μειωμένη κινητικότητα του κόλου (σε περίπτωση χρόνιας κατάχρησης καθαρτικών) Οξεία γαστρική διάταση (σπάνια, δευτεροπαθώς σε επεισόδια υπερφαγίας ή εκσεσημασμένης επανασίτισης) Αιματολογικές διαταραχές Ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία Ήπια λευκοπενία με σχετική λευκοκυττάρωση Θρομβοπενία Άλλες μεταβολικές διαταραχές <u>Υπερχοληστερολαιμία</u> Αυξημένη καρωτίνη ορού Υποφωσφαταιμία (σημαντική κατά τη διάρκεια επανασίτισης) Αφυδάτωση Ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ιδίως υποκαλιαιμία (σε εκείνους που κάνουν έμετο συχνά ή κάνουν κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών) Άλλες διαταραχές Οστεοπενία και οστεοπόρωση Προσαρμοσμένο από The Lancet, 361(9355), Fairburn CG, Harrison PJ, Eating disorders, pp. 407-16, Copyright (2003) κατόπιν αδειας Elsevier.
Προσαρμοσμένο από: The Lancet, 361(9355), Fairburn CG, Harrison PJ, Eating disorders, pp. 407- 16, Copyright (2003) κατόπιν αδειας Elsevier.	

Εικόνα 1 Κύρια σωματικά χαρακτηριστικά της ψυχογενούς ανορεξίας [4]

Όσον αφορά στη θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας, σημαντική είναι η διεπιστημονική αντιμετώπιση με συνεργασία ψυχιάτρου-ψυχοθεραπευτή, διατροφολόγου και σωματικών ιατρών. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Εθνικού Ινστιτούτου για την Υγεία και την Κλινική Αριστεία (NICE) του 2004 σχετικά με την θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας, οι ασθενείς θα πρέπει να υποστηρίζονται με ψυχοθεραπεία σε εξωτερική βάση και παράλληλα να ελέγχεται και να παρακολουθείται το σωματικό τους βάρος και να αντιμετωπίζονται οι σωματικές επιπλοκές. Η ψυχοθεραπεία είναι βασικός άξονας της θεραπείας. Στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας περιλαμβάνονται: η γνωστική αναλυτική, η γνωστική συμπεριφορική, η διαπροσωπική, η εστιακή ψυχοδυναμική, ενώ και σε περίπτωση εφήβων-νεαρών ενήλικων ασθενών προτείνεται και η οικογενειακή παρέμβαση. Η ψυχοθεραπεία θα πρέπει ιδανικά να διαρκεί τουλάχιστον για έξι μήνες και να εστιάζει στον τρόπο που αντιλαμβάνεται ο ασθενής την εικόνα του σώματός του, στις συμπεριφορές ελέγχου του βάρους του και σε γενικότερα ψυχοκοινωνικά ζητήματα. Σε περίπτωση που δε διαφαίνεται βελτίωση στη συμπεριφορά του ασθενούς, ενδείκνυται πιο εντατική θεραπευτική παρέμβαση. Η συμβουλευτική υποστήριξη σε θέματα διατροφής από εξειδικευμένο διατροφολόγο είναι βοηθητική, αλλά δε θα πρέπει να είναι μονοθεραπεία σε ασθενείς με ΔΠΤ. Η επανασίτιση των ασθενών χρήζει παρακολούθησης από σωματικό ιατρό για πρόληψη συνδρόμου επανασίτισης. Η χρήση των αντικαταθλιπτικών χαπιών δεν έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας και η χρήση τους ενδείκνυται σε περίπτωση συννοσηρότητας με κατάθλιψη, όταν τα καταθλιπτικά συμπτώματα εμμένουν παρά την επαναφορά του βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα. Στην περίπτωση σοβαρής νευρογενούς ανορεξίας, όταν η θεραπεία εξωτερικών ασθενών δεν είναι αποτελεσματική ή/και υπάρχει κίνδυνος για τη σωματική υγεία του ασθενούς, ενδείκνυται ενδονοσοκομειακή θεραπεία. [4]

1.4.2 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα υπερφαγικά επεισόδια, δηλαδή επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού, κατά τα οποία το άτομο μέσα σε ένα μικρό χρονικό διάστημα καταναλώνει πολύ μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού από ότι καταναλώνει το μέσο άτομο μέσα στον ίδιο χρόνο και κάτω από τις ίδιες συνθήκες, έχοντας χάσει τον έλεγχο σχετικά με την ποσότητα και την ποιότητα του φαγητού που καταναλώνει. Ένα υπερφαγικό επεισόδιο διαρκεί συνήθως μέχρι το άτομο να αισθανθεί δυσφορία και ναυτία, καθώς αδυνατεί να αισθανθεί πληρότητα και αίσθημα κορεσμού. Εκλυτικοί παράγοντες υπερφαγικών επεισοδίων μπορεί να είναι το στρες, το αίσθημα μοναξιάς, η ανία, η παραβίαση κανόνων διατροφής που ο ίδιος ο ασθενής έχει επιβάλει στον εαυτό του, ενώ κάποιες φορές συμβαίνουν και προσχεδιασμένα. Αρχικά, με την έναρξη του υπερφαγικού ο ασθενής αισθάνεται ανακούφιση από την ένταση, αλλά αμέσως μετά την κατανάλωση

του φαγητού νιώθει ενοχές, ντροπή και αηδία. Τα επεισόδια αυτά συμβαίνουν κατά κύριο λόγο όταν το άτομο είναι μόνο του, καθώς προσπαθεί να το κρατήσει κρυφό από τους γύρω του. Στην προσπάθειά του να μειώσει τις συνέπειες της υπερβολικής αυτής κατανάλωσης τροφής και να ανακουφιστεί από τα δυσάρεστα συναισθήματα και σκέψεις, οδηγείται σε συμπεριφορές, όπως ο προκλητός έμετος, η χρήση διουρητικών/καθαρτικών, η νηστεία, η υπερβολική σωματική άσκηση. Έτσι, μπλέκει σε έναν φαύλο κύκλο στέρησης-υπερφαγίας. Η ψυχογενής βουλιμία είναι μια «κρυφή» διαταραχή πρόσληψης τροφής, με την έννοια ότι δεν είναι εμφανής στους άλλους, καθώς το βάρος του ατόμου, λόγω των αντισταθμιστικών μεθόδων που χρησιμοποιεί, είναι κανονικό ή σε κάποιες περιπτώσεις λίγο πάνω από το φυσιολογικό. Όπως και στη νευρογενή ανορεξία, τα άτομα με νευρογενή βουλιμία απασχολούνται σε υπερβολικό βαθμό με σκέψεις για το φαγητό, το βάρος ή σχήμα σώματος, χαρακτηριστικά που καθορίζουν την αυτοεκτίμησή τους. [1,4]

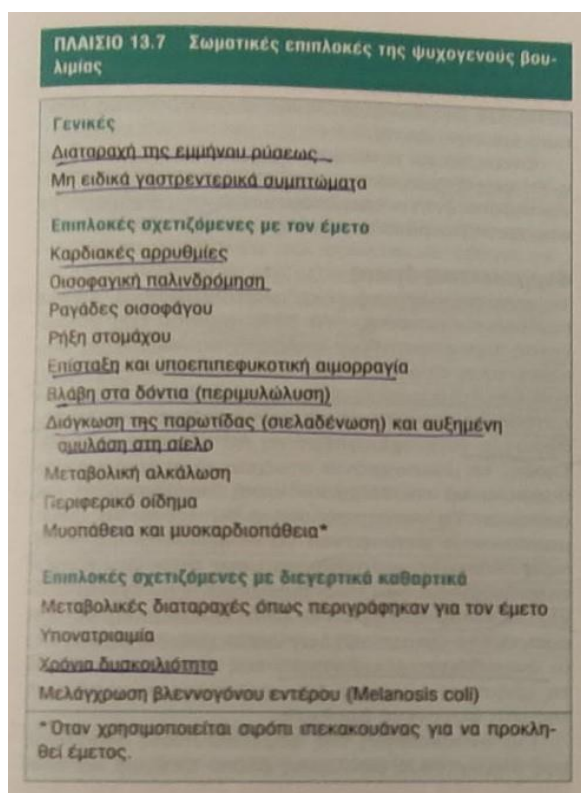
Σύμφωνα με το DSM-5 [2], τα διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχογενή βουλιμία είναι τα παρακάτω:

1. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια αδηφαγίας, όπου υπάρχει κατανάλωση εμφανώς μεγάλης ποσότητας τροφής μέσα σε μια διακριτή χρονική περίοδο (πχ δύο ώρες) και το άτομο διακατέχεται από ένα αίσθημα έλλειψης ελέγχου όσον αφορά τροφή που καταναλώνει.
2. Επαναλαμβανόμενη αντιρροπιστική συμπεριφορά (αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση διουρητικών, καθαρτικών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική άσκηση).
3. Τα επεισόδια αδηφαγίας και η αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για τρεις μήνες.
4. Η αυτοαξιολόγηση εξαρτάται υπερβολικά από το βάρος και το σχήμα του σώματος.
5. Δεν εμφανίζεται στο πλαίσιο της ψυχογενούς ανορεξίας.

Η συννοσηρότητα με άλλες ψυχογενείς διαταραχές, είναι ιδιαίτερα συχνή. Μπορεί να υπάρχει επικάλυψη με την άτυπη κατάθλιψη (καθώς η υπερκατανάλωση τροφής και ο υπερβολικός ύπνος εμφανίζονται συχνά σε μήνες χαμηλού φωτισμού σε άτομα με κατάθλιψη) και με αγχώδεις διαταραχές. Η κατάχρηση αλκοόλ και άλλων εθιστικών ουσιών εκδηλώνεται σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία δύο με τρεις φορές συχνότερα σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, μπορεί να πληρούν κριτήρια για οριακή διαταραχή προσωπικότητας ή άλλες διαταραχές προσωπικότητας και, συχνά, διπολική διαταραχή τύπου II. [1,5]

Η νευρογενής βουλιμία μπορεί να έχει σοβαρές σωματικές επιπλοκές, κυρίως λόγω των αντιρροπιστικών συμπεριφορών, με τους επαναλαμβανόμενους εμέτους και τη χρήση διουρητικών,

καθαρτικών ή άλλων φαρμάκων. Γαστρεντερικές και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, βλάβες οδόντων και δέρματος είναι συχνές. [4]



Εικόνα 2 Σωματικές επιπλοκές της ψυχογενούς βουλιμίας [4]

Στο πλαίσιο της θεραπείας της ψυχογενούς βουλιμίας, συστήνονται η γνωστική συμπεριφορική και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία ως ιδιαίτερα αποτελεσματικά μέσα για την αντιμετώπισή της, καθώς βάσει μελετών- το 60% των ασθενών θα σταματήσουν εντελώς τα υπερφαγικά επεισόδια, ενώ το 80% θα τα μειώσει αισθητά. Ακόμη, οι ψυχοθεραπείες αυτές βοηθούν τους ασθενείς να ομαλοποιήσουν τη διατροφική τους συμπεριφορά και να διαχειριστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματα που διαιωνίζουν τη διαταραχή. Η υποτροπή ελλοχεύει σε μικρό ποσοστό κατά τον πρώτο χρόνο. Αναφορικά με τους εφήβους, οι οικογενειακές ψυχοθεραπείες είναι περισσότερο αποτελεσματικές. Στην θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας χρησιμοποιούνται και αντικαταθλιπτικά φάρμακα σε κάποιες περιπτώσεις, με την φλουοξετίνη να έχει πάρει έγκριση από τον Οργανισμό Ελέγχου Φαρμάκων και Τροφίμων των ΗΠΑ (FDA) σε υψηλές δόσεις (60mg ημερησίως). Ωστόσο, δεν αποτελεί την αρχικά επιλέξιμη μέθοδο και η χρήση τους προτείνεται μόνο στις περιπτώσεις που δεν αποδίδει η ψυχοθεραπεία. [4]

1.4.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

Η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας είναι ένας τύπος διατροφικής διαταραχής που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα υπερφαγικά επεισόδια. Σε αντίθεση με τη νευρογενή βουλιμία, τα άτομα με διαταραχή υπερφαγίας δεν εμπλέκονται σε αντισταθμιστικές συμπεριφορές. Συχνά τα άτομα εκδηλώνουν συμπτώματα κατάθλιψης και δυσφορία σχετικά με το βάρος ή το σχήμα του σώματός τους. Εκδηλώνεται κυρίως σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, συγκριτικά με εκείνα της ψυχογενούς βουλιμίας, και το 25% των ασθενών που αναζητούν θεραπεία είναι άντρες. Έχει συνέπειες στην σωματική υγεία, καθώς οδηγεί σε αυξομειώσεις στο βάρος και την σωματική διάπλαση, αλλά και σε σοβαρότερα προβλήματα υγείας, όπως παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη, δυσλιπιδαιμία, καρδιαγγειακά προβλήματα και διαταραχές στην έμμηνου ρήση. Παρουσιάζει κι αυτή η ΔΠΤ αυξημένη θνητότητα, πιθανότατα λόγω της συσχέτισής της με νοσογόνο παχυσαρκία. [4,5]

Όσον αφορά στη θεραπεία, είναι παρόμοια με την ψυχογενή βουλιμία, με την γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, την διαπροσωπική ψυχοθεραπεία και την φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά να βοηθούν στην αντιμετώπισή της, έχοντας μάλιστα μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε αυτή τη ΔΠΤ. Προσφάτως, η λισδεξαμφεταμίνη έλαβε έγκριση από τον FDA με ένδειξη τη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας. [4]

1.4.4 ΟΡΘΟΡΕΞΙΑ

Η ψυχογενής ορθορεξία δεν αναγνωρίζεται επίσημα ως ψυχιατρική διαταραχή κι έτσι δεν περιλαμβάνεται μεταξύ των διατροφικών διαταραχών σύμφωνα με τα συστήματα κατάταξης DSM-5 και ICD-10. Είναι ένα σχετικά νέο σύνδρομο που περιγράφηκε πρώτη φορά το 1997 από τον Steven Bratman, όταν παρατήρησε ότι μερικοί άνθρωποι έγιναν εμμονικοί και δυσλειτουργικοί στον τρόπο που προσπαθούσαν να έχουν μια «τέλεια» διατροφή. Ο πάσχων από ψυχογενή ορθορεξία χαρακτηρίζεται από έντονη ενασχόληση με τη διατροφική του συμπεριφορά και με αυτοεπιβαλλόμενους, αυστηρούς και άκαμπτους κανόνες, που περιλαμβάνουν υπερβολικό χρόνο για τον προγραμματισμό, την απόκτηση, την προετοιμασία και την κατανάλωση του φαγητού του. Τα άτομα με ορθορεξία συχνά αναφέρονται στα «υγιεινά» τρόφιμα ως καθαρά, βιολογικά, φυσικά, ασφαλή· τα «ανθυγιεινά» τρόφιμα αναφέρονται συχνά ως επεξεργασμένα, βλαβερά, τοξικά και αντιπροσωπεύουν επιβλαβείς συνέπειες για την υγεία του ατόμου. Ο ορισμός του υγιεινού ή ανθυγιεινού μπορεί να διαφέρει από άτομο σε άτομο, ανάλογα με το κοινωνικό/ πολιτισμικό υπόβαθρό του, τις γνώσεις του και τις διατροφικές τάσεις και κουλτούρες. Τα άτομα με ορθορεξία αντιμετωπίζουν συναισθηματική δυσφορία, άγχος (αν έρθουν αντιμέτωποι με τρόφιμα που πιστεύουν ότι είναι ανθυγιεινά και φοβούνται ότι μπορεί να επηρεαστούν από την κατανάλωση τους) και αίσθημα ενοχής όταν καταναλώνουν κάποιο τρόφιμο που οι ίδιοι θεωρούν ανθυγιεινό. Η τήρηση των

διατροφικών κανόνων που επιβάλλονται από τον εαυτό τους έχει υπέρμετρη επίδραση στην αυτοαξιολόγησή τους. Ως αποτέλεσμα του υπερβολικού χρόνου που αφιερώνεται στη διατροφή τους (διάβασμα, απόκτηση, προετοιμασία φαγητού, εμμονική σκέψη γύρω από το φαγητό), η νευρογενής ορθορεξία έχει αρνητικό αντίκτυπο στην κοινωνική και ακαδημαϊκή ή επαγγελματική ζωή του ατόμου. Ακόμα, η επιλεκτικότητα των τροφίμων μπορεί να συμβάλει στην πρόκληση διατροφικών ελλείψεων (π.χ. αναιμία, σημαντική απώλεια βάρους λόγω υποσιτισμού) και ορμονικών διαταραχών. [11]

Δεν έχουν αναφερθεί μελέτες που να διερευνούν την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας ή της φαρμακευτικής αγωγής σε ασθενείς με νευρογενή ορθορεξία. Ωστόσο, έχουν προταθεί αρκετές θεραπείες δεδομένης της επικάλυψης των συμπτωμάτων με την νευρογενή ανορεξία και/ή την ιδεοψυχαναγκαστική διαταρχή. Οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης μπορεί να είναι ωφέλιμοι για το άγχος και τα ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά. Η γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι επωφελής για την αντιμετώπιση της τελειομανίας, των γνωστικών στρεβλώσεων και των ιδεοψυχαναγκαστικών συμπεριφορών. Μέσω της ψυχοθεραπείας, ο ασθενής μπορεί να εκπαιδευτεί σε διάφορες μορφές εκγύμνασης ώστε να μειωθεί το προ- και μετα- γευματικό άγχος και να υιοθετήσει στρατηγικές τροποποίησης της συμπεριφοράς του, με αύξηση των διατροφικών επιλογών, αύξηση της κοινωνικοποίησης κατά την διάρκεια των γευμάτων και υιοθέτηση δραστηριοτήτων αναψυχής. Η θεραπεία χαλάρωσης μπορεί να μειώσει το άγχος την ώρα του φαγητού. Η ψυχοεκπαίδευση μπορεί να διορθώσει ανακριβείς πεποιθήσεις σχετικά με τις ομάδες τροφίμων, την αγνότητα και την προετοιμασία, αλλά μπορεί να προκαλέσει συναισθηματικό στρες στον ασθενή με νευρογενή ορθορεξία. Σημαντική είναι και η φυσική εξέταση και οι εργαστηριακές εξετάσεις, καθώς οι υπερβολικοί διατροφικοί περιορισμοί μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια βάρους και ιατρικές επιπλοκές παρόμοιες με αυτές που παρατηρούνται στη νευρογενή ανορεξία, όπως οστεοπενία, αναιμία, υπονατριαιμία, πανκυτταροπενία, βραδυκαρδία κ.α. [16]

1.4.5 ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗ/ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Η διαταραχή αυτή έχει εισαχθεί στο DSM-5 και αφορά στις περιπτώσεις ανθρώπων που δε λαμβάνουν επαρκή ποσότητα τροφής ώστε να καλυφθούν οι διατροφικές και ενεργειακές τους ανάγκες. Συσχετίζεται με σημαντική απώλεια βάρους, διατροφική ανεπάρκεια, εξάρτηση από εντερική σίτιση, ή συμπληρώματα διατροφής και διαταραγμένη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Η αποφυγή της τροφής μπορεί να οφείλεται στα αισθητηριακά χαρακτηριστικά της, όπως το χρώμα και η υφή της, ή στις συνέπειες από την βρώση της, όπως ο πνιγμός και ο έμετος. Στην περίπτωση αυτή, οι ασθενείς

αδιαφορούν για το φαγητό, παρ'όλο που μπορεί να μην ασχολούνται με το βάρος τους ή να μην υπάρχει αλλοίωση της εικόνας που έχουν για το σώμα τους. [2,4]

ΑΛΛΟΤΡΙΟΦΑΓΙΑ (PICA)

Πρόκειται για συστηματική κατανάλωση μη βρώσιμων και μη θρεπτικών ουσιών (χαρτί, πέτρες, τρίχες, χώμα, ακαθαρσίες κ.α.) που δε συμβαδίζει με το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου, ούτε αποτελεί μέρος του κοινωνικοπολιτισμικού του πλαισίου και διαρκεί τουλάχιστον 1 μήνα. Η λήψη μη βρώσιμων ουσιών μπορεί να εμφανιστεί είτε στο πλαίσιο μίας άλλης ψυχικής διαταραχής ή σωματικής κατάστασης (αυτισμός, ψύχωση, νοητική υστέρηση, γενετικά σύνδρομα), είτε σε τυπικά αναπτυσσόμενα άτομα. Έχει συσχετιστεί με την κύηση και την ανεπάρκεια σιδήρου. [4] Παρ'όλα αυτά, η συσχέτιση της έλλειψης ιχθυοστοιχείων ως αιτιολογικού παράγοντα στην αλλοτριοφαγία δεν είναι σαφής, καθώς οι ελλείψεις αυτές φαίνεται να είναι αποτέλεσμα και όχι αίτιο της διαταραχής. Οι ψυχολογικές θεωρίες επικεντρώνονται στην σχέση ανάμεσα στους γονείς και κυρίως τη μητέρα με το παιδί και τη δυσκολία της να κατανοήσει και να ικανοποιήσει τις σωματικές και συναισθηματικές του ανάγκες. Στο ιστορικό των μητέρων αυτών ανευρίσκονται συχνά ανάλογα συμπτώματα ή/και εξάρτηση από ουσίες, παχυσαρκία και αλκοολισμό. Οι επιπλοκές από τη διαταραχή είναι σοβαρές και είναι αυτές που συνήθως οδηγούν στον ειδικό (διάρροιες, εναλλαγές διάρροιας-δυσκοιλιότητας, ειλεός, μυοσίτιδες, νεφρική ανεπάρκεια, αναιμία, έλλειψη βιταμινών και ιχθυοστοιχείων, κακή συνολική ανάπτυξη). Παιδιά που τρώνε μπογιές και χρώματα μπορεί να παρουσιάσουν δηλητηρίαση από μόλυβδο, με σοβαρές συνέπειες για την υγεία τους. [12]. Για τη θεραπεία της αλλοτριοφαγίας συνήθως χρησιμοποιούνται συμπεριφορικές θεραπείες. Σε σοβαρές περιπτώσεις, με αντίσταση στην ψυχοθεραπεία, χρησιμοποιούνται αντικαταθλιπικά ή/και άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα. [4]

ΜΗΡΥΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Πρόκειται για σπάνια διαταραχή, η οποία διαρκεί τουλάχιστον ένα μήνα και αφορά στην επανειλημμένη εκούσια αναγωγή τροφής που μπορεί να μασηθεί και να καταποθεί εκ νέου ή να αποβληθεί από το στόμα. Η αναγωγή της τροφής δεν οφείλεται σε οργανική νόσο, αλλά μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές, λόγω της συνεχούς έκθεσης του ανώτερου πεπτικού στο γαστρικό περιεχόμενο (οισοφαγίτιδες, φαρυγγίτιδες, διαβρώσεις της αδαμαντίνης των δοντιών κ.α). Εξαιτίας αυτών, μπορεί να αναπτυχθεί δευτερογενώς ανορεξία και αποφυγή της τροφής, λόγω της επώδυνης κατάποσης. Σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρούνται σοβαρά προβλήματα στη θρέψη και στην ανάπτυξη του παιδιού και η έκβαση μπορεί να είναι δυσμενής. [2,13]

1.5 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χρησιμοποιώντας δεδομένα από ένα εθνικό δείγμα έρευνας στις ΗΠΑ, υπολογίστηκε ότι μόνο το 32% των ατόμων με νευρογενή ανορεξία είχαν λάβει κάποια μορφή θεραπείας για τη διαταραχή τους [14]. Για άλλες διαγνώσεις ΔΠΤ, υπήρχε σημαντική διαφορά στην παροχή θεραπείας μεταξύ των φύλων (εκτιμάται ότι το 47% των γυναικών με νευρογενή βουλιμία έλαβε θεραπεία, ενώ το ποσοστό στους άνδρες ήταν 29%). Για τη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας, η διαφορά ήταν ελαφρώς μεγαλύτερη, με το 49% των γυναικών να λαμβάνουν θεραπεία σε σύγκριση με το 28% των ανδρών [14]. Υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι έφηβοι είναι λιγότερο πιθανό από τους ενήλικες να αναζητήσουν θεραπεία για τη ΔΠΤ τους, παρά το γεγονός ότι αυτή η περίοδος είναι μια κρίσιμη ηλικία έναρξης και η έκβαση επιδεινώνεται όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της νόσου [14]. Ακόμη, άτομα με υψηλό δείκτη μάζας σώματος, άντρες, άνθρωποι με δυσφορία φύλου και εθνικές μειονότητες, αντιμετωπίζουν επιπλέον εμπόδια και είναι λιγότερο πιθανό να απευθυνθούν σε κάποιον επαγγελματία υγείας για θεραπεία. [14]

Έχει βρεθεί πως η έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση στις ΔΠΤ βελτιώνει την πρόγνωση. Συγκεκριμένα, για την νευρογενή ανορεξία, η μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου πριν από την αναζήτηση θεραπείας σχετίζεται με κακή έκβαση και η πιθανότητα ανάρρωσης μειώνεται, ως συνάρτηση της διάρκειας της ασθένειας, ανεξάρτητα από τη θεραπεία. Για τη νευρογενή βουλιμία, ορισμένες μελέτες διαπιστώνουν ότι η μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου σχετίζεται με κακή έκβαση, ενώ άλλες παρατηρούν ότι η σοβαρότητα της νόσου και οι πρόσθετες ψυχιατρικές συννοσηρότητες είναι πιο σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της έκβασης. Ωστόσο, σε γενικές γραμμές, όσο πιο γρήγορα εντοπιστεί μια διατροφική διαταραχή και ξεκινήσει η θεραπεία, τόσο καλύτερη πρόγνωση υπάρχει για πλήρη ανάρρωση. [15]

Στην ανάγκη για έγκαιρη ανίχνευση και έναρξη θεραπείας των ΔΠΤ ένα χρήσιμο εργαλείο φαίνεται πως είναι η τηλεψυχιατρική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) η έννοια της τηλεϊατρικής ορίζεται ως εξής: «Η παροχή ιατρικής περίθαλψης- σε περιπτώσεις που η απόσταση είναι κρίσιμος παράγοντας- από όλους τους επαγγελματίες του χώρου της υγείας, χρησιμοποιώντας τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών, με στόχο την ανταλλαγή έγκυρης πληροφορίας για τη διάγνωση, θεραπεία και πρόληψη ασθενειών, την έρευνα και τη συνεχή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας· όλα προς το συμφέρον της προαγωγής της υγείας των ατόμων και των κοινωνιών τους». Στο πλαίσιο της τηλεϊατρικής περιλαμβάνεται η διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών, η παροχή στήριξης και ένα σύνολο συμβουλευτικών υπηρεσιών και εικονικών βιβλιοθηκών. Ένας από εκείνους του κλάδους, που εφαρμόζεται η τηλεϊατρική, είναι και η τηλεψυχιατρική. [17]

2.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Η τηλεψυχιατρική έχει τις ρίζες της στο 1959, όταν διεξήχθησαν πειράματα ζωντανής τηλεδιάσκεψης στις ΗΠΑ τόσο για ασθενείς όσο και για φοιτητές ιατρικής. Ο ίδιος ο όρος «τηλεψυχιατρική» επινοήθηκε το 1973, αλλά μόλις τη δεκαετία του 1990 υπήρξε μια σημαντική αύξηση των δημοσιευμένων ερευνών στο πεδίο αυτό. Ίσως αντικατοπτρίζοντας αυτή τη μακρά ιστορία, δεν υπάρχει καθορισμένος ορισμός για τον όρο τηλεψυχιατρική. Στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, ο όρος «τηλεψυχιατρική» χρησιμοποιείται για να περιγράψει την παροχή ψυχιατρικής περίθαλψης μέσω της χρήσης τεχνολογιών επικοινωνίας και πληροφορικής, είτε σε πραγματικό χρόνο, είτε με καθυστέρηση (σύγχρονη- ασύγχρονη) και μέσω μιας ποικιλίας μέσων (τηλεδιάσκεψη, τηλεφωνικές κλήσεις, email, εφαρμογές ανταλλαγής μηνυμάτων ή γραπτά μηνύματα). [18,19] Η τηλεψυχιατρική έχει γίνει όλο και πιο δημοφιλής τα τελευταία χρόνια, λόγω της προόδου της τεχνολογίας και της ανάγκης παροχής ψυχιατρικής φροντίδας εξ αποστάσεως κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Πλέον, οι επαγγελματίες υγείας εκπαιδεύονται με σκοπό να ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στα νέα δεδομένα και να παρέχουν στους ασθενείς υπηρεσίες ισάξιες με αυτές που θα παρείχαν με τη φυσική τους παρουσία, επιτυγχάνοντας την διάγνωση, θεραπεία και πρόληψη των ασθενειών. [19]

2.3. ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Σύμφωνα με πρόσφατες ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας σχετικά με την αποτελεσματικότητα της τηλεψυχιατρικής, έχει βρεθεί ότι, με τη χρήση της κατάλληλης τεχνολογίας, είναι ένας

αποτελεσματικός τρόπος παροχής φροντίδας, με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών, διαγνωστική αξιοπιστία και θετικά κλινικά αποτελέσματα. [18]

Η ικανοποίηση των ασθενών βρέθηκε να είναι ιδιαίτερα υψηλή μεταξύ των παιδιών και των εφήβων, πιθανώς λόγω της εξοικείωσης με την τεχνολογία σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα. Ορισμένες μελέτες διαπίστωσαν ότι τα παιδιά βρήκαν την εμπειρία της τηλεδιάσκεψης λιγότερο απειλητική από μια διαζώσης θεραπεία. Ορισμένες ομάδες ασθενών ανέφεραν ότι βρίσκουν πιο άνετη την τηλεψυχιατρική, όπως άτομα με διαταραχή αυτιστικού φάσματος, σύνδρομο Tourette και εκείνοι που γενικά δυσκολεύονται να εμπλακούν σε μια πρόσωπο με πρόσωπο συζήτηση. Άλλες ευάλωτες ομάδες φαίνεται ότι επωφελούνται από την τηλεψυχιατρική, όπως είναι οι ασθενείς με περιορισμένη κινητικότητα/ ικανότητα ταξιδιού, εκείνοι που ζουν σε αγροτικές ή απομακρυσμένες περιοχές, εκείνοι που βρίσκονται στη φυλακή, καθώς και εκείνοι που ανησυχούν για το στίγμα της ψυχικής ασθένειας. [18, 20]

Όσον αφορά τη διαγνωστική αξιοπιστία και τα κλινικά αποτελέσματα, μελέτες έχουν βρει ότι η τηλεψυχιατρική είναι ένα αξιόπιστο και χρήσιμο μέσο σε μια ποικιλία ψυχιατρικών διαταραχών, όπως αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, διαταραχές χρήσης ουσιών, σχιζοφρένεια, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, διαταραχές αυτισμού και άνοια. Η τηλεψυχιατρική μπορεί να μειώσει τον χρόνο αναμονής για θεραπεία και να αποφύγει/ μειώσει τις εισαγωγές σε τμήμα νοσηλείας, παρέχοντας πρωιμότερη πρόσβαση στην ψυχιατρική φροντίδα. [18]

Ακόμη, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορούν, επίσης, να επωφεληθούν από την ευκαιρία να εργαστούν από το σπίτι. Ιδιαίτερα όσοι έχουν παιδιά, ηλικιωμένους ή ενήλικες με αναπηρία στη ζωή τους, οι οποίοι χρειάζονται κάποια προσοχή κατά τη διάρκεια της ημέρας, μπορούν, μέσω της τηλεψυχιατρικής, να εργάζονται από το σπίτι και παράλληλα να παρέχουν επιτυχώς φροντίδα, τόσο στις οικογένειές τους, όσο και στους ασθενείς τους. [20]

2.4 ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Συνολικά, τα ευρήματα από συστηματικές ανασκοπήσεις και μεταανάλυσεις υποδεικνύουν ότι οι διαδικτυακές θεραπείες για ΔΠΤ, κυρίως αυτές που προορίζονται για φαινοτύπους βουλιμίας και διαταραχής επεισοδιακής υπερφαγίας, προκάλεσαν επιτυχώς ύφεση (μικρού έως μεσαίου μεγέθους) τόσο των συμπτωμάτων της ΔΠΤ, όσο και των συνοδών συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους [21,22,23]. Σε σύγκριση με τις συνθήκες ελέγχου, τα προγράμματα που βασίζονται στο διαδίκτυο μείωσαν επιτυχώς τη δυσαρέσκεια του σώματος, την εσωτερίκευση του λεπτού ιδανικού, την ανησυχία για το σχήμα και το βάρος, τον διατροφικό περιορισμό, τα υπερφαγικά επεισόδια και τις

συμπεριφορές κάθαρσης [24]. Επιπλέον, οι θεραπείες που παρέχονται μέσω του διαδικτύου είναι ιδιαίτερα σημαντικές για ασθενείς με ΔΠΤ που δεν έχουν πρόσβαση σε δια ζώσης προγράμματα θεραπείας για διάφορους λόγους, γεγονός που φάνηκε ιδιαίτερα χρήσιμο τα τελευταία χρόνια, λόγω της πανδημίας του COVID-19 και τους περιορισμούς που επέφερε. Όσον αφορά τους παράγοντες που έχουν βρεθεί ως περισσότερο βοηθητικοί, σημαντική είναι η παροχή υποστήριξης/ καθοδήγησης από τον θεραπευτή, είτε μέσω σύγχρονης, είτε ασύγχρονης επικοινωνίας, καθώς έχει βρεθεί ότι μπορεί να αυξήσει τόσο τη συμμόρφωση όσο και τα οφέλη των παρεμβάσεων της τηλεψυχιατρικής. Για παράδειγμα, η επίδραση της υποστήριξης του θεραπευτή στα αποτελέσματα της θεραπείας των ασθενών με ΔΠΤ που εμφανίζουν και καταθλιπτικά συμπτώματα βρέθηκε να είναι ισχυρή. Επιπλέον, η καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια έχει αποδειχθεί ότι προσφέρει μεγαλύτερα αποτελέσματα θεραπείας στη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας απ'ότι η αυτοβοήθεια χωρίς υποστήριξη και ότι τα αποτελέσματα είναι συγκρίσιμα με τις θεραπείες πρόσωπο με πρόσωπο. [23,25]

Η εφαρμογή της καθοδηγούμενης, μέσω διαδικτύου, γνωστικής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας στη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας, οδήγησε σε βελτίωση των βασικών συμπτωμάτων της υπερφαγίας- κάθαρσης και της κοινής ψυχοπαθολογίας των διατροφικών διαταραχών. Ακόμη, αποδείχθηκε εξίσου αποτελεσματική με την καθοδηγούμενη βιβλιοθεραπεία. Τα αρχικά ευρήματα υποδηλώνουν ότι τα αποτελέσματα της θεραπείας μπορούν να διατηρηθούν και κατά το διάστημα της παρακολούθησης μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Επιπλέον, η θεραπεία μέσω τηλεδιάσκεψης φάνηκε να είναι πολλά υποσχόμενη στη θεραπεία ασθενών με ψυχογενή βουλιμία. [26]

Όσον αφορά τη νευρογενή ανορεξία, υπάρχουν αρκετές αναφορές περιπτώσεων που υποδηλώνουν ότι η καθοδηγούμενη μέσω email γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική όταν χρησιμοποιείται συμπληρωματικά στην εξωνοσοκομειακή θεραπεία των ασθενών, καθώς αυξάνει την συμμόρφωση και την ικανοποίηση των ασθενών, ενώ βοηθάει και στην ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας. Με τη χρήση της παρέχεται η δυνατότητα παρακολούθησης της καθημερινής πρόσληψης τροφής, υποστήριξης και παρέμβασης στην κρίση. [26]

Ακόμη, θετικά είναι τα αποτελέσματα της χρήσης της τηλεψυχιατρικής για την πρόληψη και έγκαιρη παρέμβαση στις ΔΠΤ, καθώς και για την υποστήριξη και καθοδήγηση των φροντιστών ασθενών με διατροφικές διαταραχές. [26]

2.5 ΤΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΤΗΣ ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Ένας αριθμός μελετών πρότεινε ότι πιθανότατα το μεγαλύτερο εμπόδιο για την εφαρμογή της τηλεψυχιατρικής είναι η αντίληψη που έχουν γι'αυτήν οι θεραπευτές, με τους κλινικούς ιατρούς να

αναφέρουν ανησυχίες σχετικά με τη θεραπευτική συμμαχία, την έλλειψη εξοικείωσης με την τεχνολογία, την ασφάλεια των δεδομένων και την εμπιστευτικότητα. [18]

Μία από τις συγκεκριμένες ανησυχίες των κλινικών γιατρών είναι η πεποίθηση ότι η τηλεψυχιατρική μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ικανότητα δημιουργίας σχέσης με τους ασθενείς, καθώς δεν υπάρχει η αμεσότητα της επαφής πρόσωπο με πρόσωπο. Ιδίως στην ασύγχρονη τηλεψυχιατρική (μέσω μηνυμάτων), όπου ο θεραπευτής δεν έχει όλες τις συνηθισμένες οπτικοακουστικές ενδείξεις, όπως τον τόνο της φωνής, τις εκφράσεις του προσώπου και τη γλώσσα του σώματος, μπορεί να υπάρξουν παρεξηγήσεις σχετικά με τις γραπτές πληροφορίες, δυσχέρεια στην έκφραση συναισθημάτων και, εν τέλει, δυσκολία στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης. [18,27]

Πολλές μελέτες εξέφρασαν ανησυχίες σχετικά με την έλλειψη επαγγελματικής καθοδήγησης σχετικά με τη χρήση της τηλεψυχιατρικής. Η πιο σημαντική ανησυχία ήταν η ανάγκη για κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τις συνταγογραφήσεις φαρμάκων σε ασθενείς που μπορεί να βρίσκονται σε διαφορετική γεωγραφική τοποθεσία, όπου ισχύουν διαφορετικές κατευθυντήριες γραμμές θεραπείας απ'ότι στο τόπο του κλινικού γιατρού. Άλλες ανησυχίες περιελάμβαναν την έλλειψη πρωτοκόλλων για έκτακτες ανάγκες, παραβιάσεις της ασφάλειας δεδομένων και ζητήματα συναίνεσης. Αυτή η έλλειψη καθοδήγησης βρέθηκε να επηρεάζει αρνητικά τις αντιλήψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με την τηλεψυχιατρική και αποτέλεσε πιθανό εμπόδιο στην εφαρμογή της τηλεψυχιατρικής. [18]

Σημαντικοί, επίσης, είναι οι τεχνολογικοί περιορισμοί, καθώς συχνά αναφέρονται δυσκολίες σύνδεσης στο διαδίκτυο ή χρήσης της διαδικτυακής εφαρμογής. Ανησυχίες έχουν επίσης εκφραστεί σχετικά με την οπτικοακουστική ποιότητα, η οποία μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα των κλινικών γιατρών να διεξάγουν μια επαρκή εξέταση της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς. [18]

Μια μελέτη εξέφρασε ανησυχίες σχετικά με τη διαγνωστική αξιοπιστία της τηλεψυχιατρικής όταν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση ορισμένων σημείων και συμπτωμάτων, όπως τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, τα οποία μπορεί να είναι πιο δύσκολο να αξιολογηθούν ουσιαστικά, επειδή συχνά απαιτούν καλή σχέση και κατανόηση του ασθενούς για μια χρονική περίοδο. [18]

Νομικά και ρυθμιστικά πλαίσια μπορεί να αποτελούν, επίσης, εμπόδια στην εφαρμογή της τηλεψυχιατρικής. Ορισμένες πολιτείες επιβάλλουν συνθήκες κλινικών συναντήσεων ή απαιτούν από έναν τηλεψυχίατρο να διατηρεί γραφείο δια ζώσης συναντήσεων στην πολιτεία που κατοικεί ο ασθενής. Όσον αφορά στη συνταγογράφηση, σε κάποιες χώρες απαιτείται μια αυτοπροσώπως εκτίμηση του πάσχοντος πριν από τη συνταγογράφηση μιας φαρμακευτικής ουσίας. Άλλα νομικά και ρυθμιστικά εμπόδια περιλαμβάνουν το γεγονός ότι ορισμένοι νόμοι του κράτους ενδέχεται να απαγορεύουν στους τηλεψυχιάτρους να συμμετέχουν στη διαδικασία αστικής δέσμευσης. Οι

κανονιστικές και διαδικαστικές κατευθυντήριες γραμμές διαφέρουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία. Τα κράτη διαφέρουν, επίσης, ως προς την απαίτηση για συγκεκριμένη γραπτή συγκατάθεση για παροχή φροντίδας μέσω τηλεδιάσκεψης, καθώς και στις απαιτήσεις και τους κανονισμούς ασφάλισης. [28]

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1. ΣΚΟΠΟΣ

Στόχος αυτής της συστηματικής ανασκόπησης είναι η σύνοψη των υπαρχουσών ερευνών σχετικά με τα εμπόδια που υπάρχουν στην εφαρμογή της τηλεψυχιατρικής στη θεραπεία ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής, όσον αφορά στα εξής χαρακτηριστικά: αποτελεσματικότητα στη θεραπεία, εγκατάσταση ισχυρής θεραπευτικής σχέσης, διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου, ασφάλεια και χρήση των τεχνολογικών μέσων.

Απώτερος σκοπός αυτής της συστηματικής ανασκόπησης είναι να αποτελέσει έναυσμα για βελτίωση της παροχής υπηρεσιών τηλεψυχιατρικής, ώστε να εξυπηρετεί καλύτερα και ασφαλέστερα τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής.

3.2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Η μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης ακολούθησε τις αρχές του PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement, που έχει σαν σκοπό τη διασφάλιση μιας σαφούς παρουσίασης (τι σχεδιάστηκε, τι επιτεύχθηκε και τι αποτελέσματα υπήρξαν) και την τυποποίηση των βημάτων που απαιτούνται για τη διενέργεια μιας συστηματικής ανασκόπησης. Ουσιαστικά πρόκειται για μία προκαθορισμένη λίστα με 27 προαπαιτούμενα στοιχεία και ένα διάγραμμα ροής, που παρέχουν σαφή καθοδήγηση στους ερευνητές έτσι ώστε να διασφαλίζεται η ακεραιότητα της έρευνας. Το διάγραμμα ροής απεικονίζει τη ροή των πληροφοριών μέσα από τις διάφορες φάσεις μιας συστηματικής ανασκόπησης. Χαρτογραφεί τον αριθμό των εγγραφών που εντοπίστηκαν, συμπεριλήφθηκαν και εξαιρέθηκαν, καθώς και τους λόγους για τους αποκλεισμούς. [29]

3.3. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ- ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

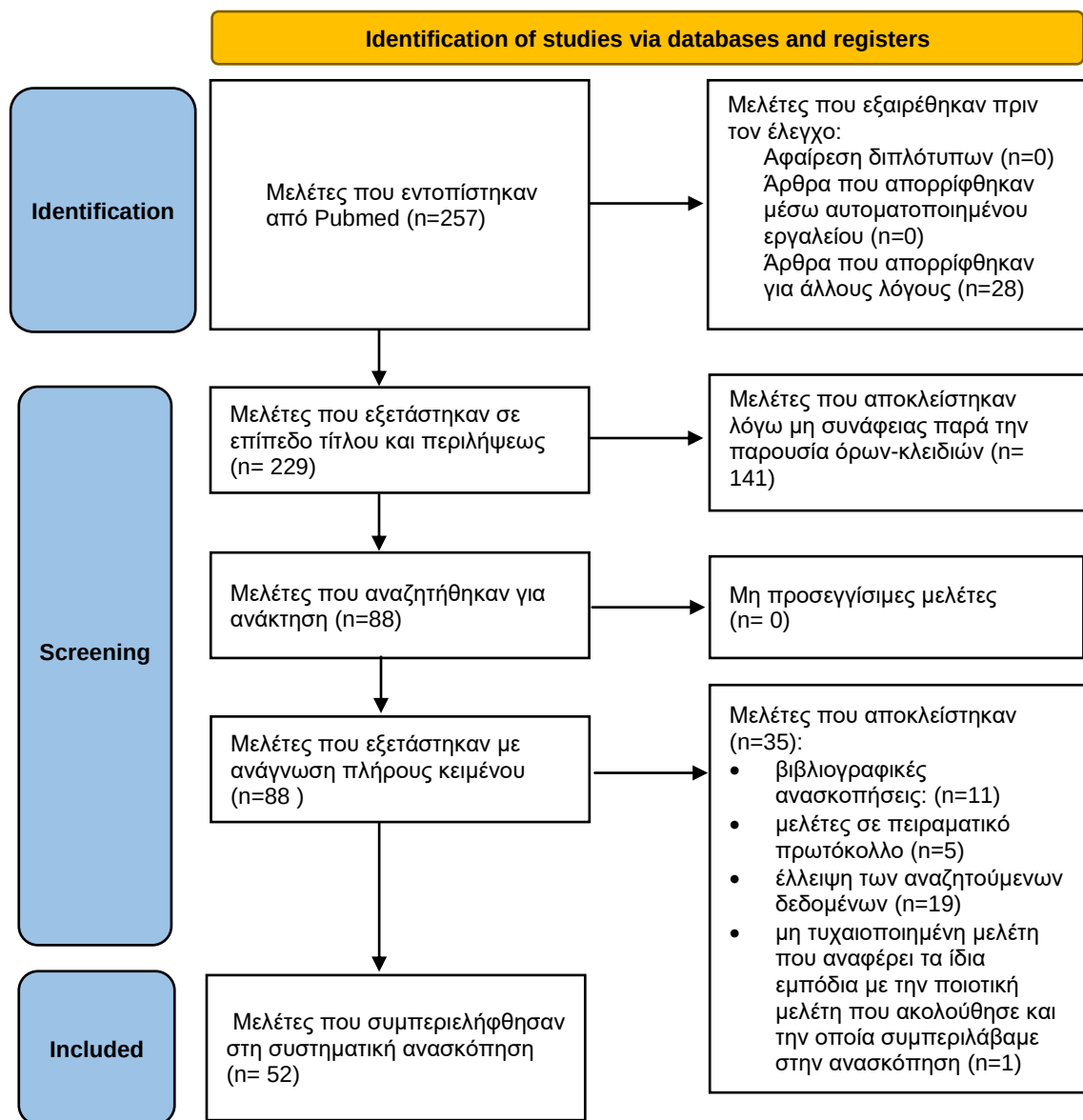
Η μέθοδος της αναζήτησης και των κριτηρίων αποκλεισμού των μελετών είχαν καθοριστεί και τεκμηριωθεί εκ των προτέρων στο ερευνητικό πρωτόκολλο της μελέτης (αριθμός εγγραφής Prospero: CRD42021265611). Η έρευνα έγινε στην ηλεκτρονική πλατφόρμα του Pub-Med-Medline. Χρησιμοποιήθηκαν οι εξής όροι αναζήτησης: ((telepsychiatry OR internet based treatment OR "online intervention" OR "online treatment" OR videoconference) AND ("eating disorder" OR anorexia nervosa OR bulimia OR "binge eating" OR orthorexia)). Επίσης, ελέγχθηκαν και οι λίστες αναφοράς των συμπεριλαμβανομένων μελετών για τυχόν έρευνες που είναι σχετικές με το θέμα. Στην αρχική αναζήτηση συμπεριλήφθηκαν πρωτογενείς έρευνες όλων των τύπων (κλινικές δοκιμές, μελέτες

παρατήρησης κλπ) που αναφέρονται στη χρήση της τηλεψυχιατρικής στη θεραπεία ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Ακόμη, επιλέχθηκε να συμμετέχουν στην ανασκόπηση και μελέτες με ποιοτικά δεδομένα σχετικά με την εμπειρία των ασθενών με την τηλεψυχιατρική. Ως κριτήρια αποκλεισμού των μελετών καθορίστηκαν τα εξής: δευτερογενείς έρευνες/ ανασκοπήσεις, θεματική απόκλιση, αδυναμία εντοπισμού του πλήρους κειμένου της μελέτης, γλώσσα έταιρη της αγγλικής.

3.4. ΤΕΛΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΞΑΓΩΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η τελική επιλογή των μελετών έγινε ανεξάρτητα από δύο ερευνητές, δηλαδή από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια και τον επιβλέποντα καθηγητή, με βάση τα προαναφερόμενα κριτήρια, ενώ αναζητήθηκε και εξωτερική γνωμοδότηση σε περίπτωση διαφωνίας. Σε κάθε μελέτη αναζητήθηκαν τα εμπόδια στην εφαρμογή της τηλεψυχιατρικής στη θεραπεία ασθενών με ΔΠΤ, ακόμα κι όταν η αναφορά γινόταν με έμμεσο τρόπο. Η εξαγωγή των δεδομένων από τις μελέτες που εν τέλει συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση έγινε χειροκίνητα από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια και, κατόπιν, ελέγχθηκε η ορθότητά τους από τον επιβλέποντα καθηγητή. Μια σύνοψη των εξής χαρακτηριστικών των μελετών δίνεται τελικά με τη μορφή ενός πίνακα: συγγραφείς, χρόνος διεξαγωγής, σχεδιασμός, μέγεθος δείγματος, τύπος και διάρκεια τηλεψυχιατρικής παρέμβασης, μορφή ΔΠΤ, αποτέλεσμα έρευνας, ποσοστό αποχώρησης, αρνητικές συνέπειες (εμπόδια).

Η στρατηγική αναζήτησης και επιλεξιμότητας των μελετών περιγράφεται στο διάγραμμα ροής σύμφωνα με τις οδηγίες PRISMA (Εικόνα 3).



Εικόνα 3: Διάγραμμα ροής PRISMA 2020 για την επιλογή των μελετών της συστηματικής ανασκόπησης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά μελετών και αποτελέσματα

Συγγραφέας, Έτος	Περιγραφή συμμετεχόντων και παρέμβασης, Σχεδιασμός μελέτης	Αποτέλεσμα	Αποχώρηση (ποσοστό %)	Εμπόδια
1) Phillipa Louise Brothwood et al (2021) [30]	- AN, n=14 έφηβοι + 19 γονείς 36 εβδομάδες με i-FBT και ατομικές συνεδρίες με κλινικό ψυχολόγο - Μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Εμπειρία των θεραπευόμενων	Δεν αναφέρεται	- Λιγότερο βοηθητική σε σχέση με την αντίστοιχη δια ζώσης - Λιγότερο προσωπική - Δυσκολία στην επικοινωνία και στην αναγνώριση συναισθημάτων - Δυσκολία στην ανάπτυξη ισχυρής θεραπευτικής σχέσης - Τεχνικές δυσκολίες
2) Sarah Plumley et al (2021) [31]	- AN, n=9 ενήλικες 36 εβδομάδες i-CBT (ομαδικές συνεδρίες, ατομική υποστήριξη, υποστήριξη κατά τη διάρκεια γευμάτων) - Μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Εμπειρία των θεραπευόμενων	55,56%	- Άγχος των θεραπευόμενων για την τηλεδιάσκεψη - Λιγότερο προσωπική - Δυσκολία στην επικοινωνία - Προσωπικές υποχρεώσεις - Τεχνικές δυσκολίες
3) See Heng Yim et al (2020) [32]	- BN, BED, EDNOS, n=113 ενήλικες 8 εβδομάδες καθοδηγούμενη i-CBT με εβδομαδιαία ανατροφοδότηση από ψυχολόγους - Ποιοτική μελέτη (με ανατροφοδότηση σε πραγματικό χρόνο) μιας προηγούμενης RCT (χωρίς ομάδα ελέγχου σ' αυτό το στάδιο)	Εμπειρία των θεραπευόμενων	8,3%	- Δυσκολίες στη χρήση του προγράμματος, πτωχός σχεδιασμός, πολύ μεγάλες συνεδρίες → άγχος κατά τη χρήση του προγράμματος - Λιγότερο εξατομικευμένο με βάση τη βαρύτητα της ED - Ασθενείς >50 ετών και ασθενείς με αυξημένο BMI είχαν αρνητική εμπειρία (ένιωθαν ότι δεν ταιριάζουν με τους υπόλοιπους, ότι το

				πρόγραμμα δεν απευθυνόταν σ' αυτούς) • Λιγότερο βοηθητική σε σχέση με την αντίστοιχη διαζώσης • Δυσκολία στην ανάπτυξη ισχυρής θεραπευτικές σχέσης • Λιγότερο προσωπική • Δυσκολία στην επικοινωνία
4) Esben Skov Jensen et all (2020) [33]	• BED, n=75 ενήλικες • 3 εβδομάδες iCBT με γραπτά μηνύματα από κλινικό ψυχολόγο • Μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Λόγοι αποχώρησης	50,7%	• Ασθενείς με έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα και μειωμένη αυτοφροντίδα αποχώρησαν • Λόγοι αποχώρησης: μη βοηθητική θεραπεία, μειωμένο κίνητρο για θεραπεία, προσωπικές υποχρεώσεις
5) Dan V Blalock et all (2020) [34]	• ED, n=57 ενήλικες • 6 εβδομάδες διαδικτυακής ομαδικής και συστημικής ψυχοθεραπείας από ψυχοθεραπευτή, ψυχίατρο και διατροφολόγο • Μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Εμπειρία των θεραπευόμενων	Δεν αναφέρεται	6 ασθενείς (12.8%) είχαν «ουδέτερη» εμπειρία, 2 ασθενείς (4.3%) είχαν αρνητική εμπειρία
6) Zhiping Yu et all (2021) [35]	• Υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες με BED, n=18 ενήλικες • 12 εβδομάδες συμβουλευτικών συνεδριών (με αρχές της CBT) μέσω τηλεδιάσκεψης με σύμβουλο ψυχικής υγείας και διατροφολόγο • Πιλοτική RCT (ομάδα	Εμπειρία των θεραπευόμενων	55,6%	• Δυσκολία στην αναγνώριση της εξωλεκτικής επικοινωνίας λόγω τεχνικών περιορισμών της τηλεδιάσκεψης • Δυσκολία στην ανάπτυξη ισχυρής θεραπευτικές σχέσης • Λιγότερο προσωπική • Απόσπαση προσοχής από περιβαλλοντικές

	ελέγχου= δια ζώσης παροχή της ίδιας θεραπείας, n=9/18)			καταστάσεις - Πτωχός σχεδιασμός προγράμματος - Τεχνικές δυσκολίες
7) Hans-Christian Puls et all (2020) [36]	- Υπέρβαροι και παχύσαρκοι ασθενείς με BED, n=89 ενήλικες 16 εβδομάδες με i-GSH βασισμένη στις αρχές της CBT - Συγχρονική μελέτη (δεδομένα από μία RCT, χωρίς ομάδα ελέγχου σ' αυτό το στάδιο)	Προγνωστικοί παράγοντες αποχώρησης	24,7%	Χαμηλό BMI, αντίληψη της θεραπείας ως πολύ απλή ή πολύ δύσκολη στην κατανόηση, μειωμένη συμμόρφωση → αυξημένα ποσοστά αποχώρησης
8) Johanna Levallius et all (2020) [37]	- Κλινική/Υποκλινική BN, n = 109 ενήλικες 24 εβδομάδες (το μέγιστο) με -α) χαμηλού κόστους i-CBT βασισμένη στην βιβλιοθεραπεία με υποστήριξη από θεραπευτή μέσω μηνυμάτων (n = 56) -β) πιο υψηλού κόστους μορφή i-CBT, με διάδραση μέσω διαδικτύου με θεραπευτές (n = 53) - Δεδομένα από μία RCT (χωρίς ομάδα ελέγχου σ' αυτό το στάδιο)	Η προσωπικότητα (όπως καθορίζεται μέσω του μοντέλου 5 παραγόντων, NEO PI-R) ως παράγοντας πρόβλεψης της ανταπόκρισης στη θεραπεία με i-CBT	36%	- Η προσωπικότητα μπορεί να είναι ένα εμπόδιο στη θεραπεία με i-CBT - Λιγότερο σχολαστικοί και πιο κλειστοί χαρακτήρες μπορεί να χρειάζονται μεγαλύτερη υποστήριξη από τον θεραπευτή
9) Sayo Hamatani et all (2019) [38]	- BN, BED, n=7 ασθενείς 16-65 ετών 16 εβδομάδες ατομικής i-CBT μέσω σύγχρονης τηλεδιάσκεψης με θεραπευτή - Προοπτική κλινική μελέτη ενός βραχίονα (χωρίς ομάδα ελέγχου) prospective single-arm open trial	Συμπτώματα ED, άγχος, κατάθλιψη	29%	- Δε βρέθηκε σημαντική μείωση των επεισοδίων υπερφαγίας, της κάθαρσης, ούτε ύφεση της ψυχοπαθολογίας της ED (άγχος για εικόνα-βάρος σώματος, περιορισμός προσλαμβανόμενου φαγητού) - Δε βρέθηκε σημαντική ύφεση στα συνοδά συμπτώματα άγχους και

				κατάθλιψης
				• Μεγαλύτερο ποσοστό αποχώρησης από την αντίστοιχη δια ζώσης θεραπεία • Οι ασθενείς που εγκατέλειψαν αυτή τη μελέτη είχαν συνοσηρότητες που απαιτούσαν θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή
10) Valentina Cardi et all (2020) [39]	• AN, n=187 ενήλικες • 6 εβδομάδες προγράμματος Recovery MANTRA (βιβλίο εργασίας, vodcast και συνεδρίες μέσω ανταλλαγής μηνυμάτων με μέντορα) + TAU • RCT (ομάδα ελέγχου= TAU, n=88/187)	• BMI • Συμπτώματα ED • Συμμόρφωση • Εφαρμοσιμότητα του προγράμματος	17%	• Η συνδυαστική διαδικτυακή παροχή δεν επέφερε κάποια επιπλέον βελτίωση στο BMI και στα ED συμπτώματα, ούτε αύξησε περισσότερο την αυτοπεποίθηση των ασθενών για αυτοβοήθεια 6-12 μήνες αργότερα • Μέτρια χρήση των παροχών διαδικτυακής αυτοβοήθειας • Τεχνικές δυσκολίες
11) Radha Kothari et all (2019) Δεν είναι μόνο για ED, αλλά γενικά για ανθρώπους με τελειομανία [40]	• ED, n=120 ενήλικες με τελειομανία • 12 εβδομάδες καθοδηγούμενης i-CBT με ανατροφοδότηση στο τέλος κάθε ενότητας μέσω γραπτών μηνυμάτων • RCT (ομάδα ελέγχου= λίστα αναμονής, n=58/120)	• Συμμόρφωση • Αλλαγή στην ψυχοπαθολογία	85,5 % (συνολικό ποσοστό αποχώρησης από τη μελέτη)	• ↑ED συμπτώματα: ↓ συμμόρφωση • ↓ πιθανότητα αξιόπιστης αλλαγής
12) James Denison-Day et all (2019) [41]	• ED, n=313 ενήλικες • 4 ενότητες μιας πλήρως αυτοματοποιημένης διαδικτυακής παρέμβασης (motivATE) που σχεδιάστηκε για χρήση	• Συμμόρφωση • Προσέλευση στο αρχικό ραντεβού αξιολόγησης • Εμπειρία των θεραπευόμενων	Δεν αναφέρεται	• Δεν αύξησε την προσέλευση στο αρχικό ραντεβού αξιολόγησης • ↓ συμμόρφωση με το διαδικτυακό πρόγραμμα στο αρχικό στάδιο • Πτωχός σχεδιασμός,

	πριν από ένα ραντεβού αξιολόγησης + TAU • RCT (ομάδα ελέγχου= TAU, n=157/313)			πατροναριστικό, μη βοηθητικό
13) Corinna Jacobi et al (2017) [42]	• BN, n=253 γυναίκες >17 ετών • 9 μήνες καθοδηγούμενης (μέσω ανταλλαγής μηνυμάτων με ψυχολόγο) i-CBT παρέμβασης μετά από ενδονοσοκομειακή θεραπεία • RCT (ομάδα ελέγχου= TAU, n=127/253)	• Ποσοστά αποχώρησης • Πυρηνικά συμπτώματα BN • Συμμόρφωση	30%	• Αβέβαιο αποτέλεσμα (κάποιοι δε διατήρησαν τη βελτίωση που είχαν πετύχει με την ενδονοσοκομειακή θεραπεία και κάποιοι δεν βελτιώθηκαν αισθητά) • ↑ποσοστό αποχώρησης συγκριτικά με μελέτες με δια ζώσης θεραπεία • ↓συμμόρφωση • Λιγότερο αποδεκτή ως αποκλειστική θεραπεία για σοβαρές περιπτώσεις BN • ↓συχνότητα, ↑ διάρκεια παρέμβασης
14) Ina Beintner et al (2019) [43]	• BN, n=126 γυναίκες >17 ετών • 9 μήνες καθοδηγούμενης (μέσω ανταλλαγής μηνυμάτων με ψυχολόγο) i-CBT παρέμβασης μετά από ενδονοσοκομειακή θεραπεία • Συγχρονική μελέτη (δεδομένα από μια RCT χωρίς ομάδα ελέγχου σ' αυτό το στάδιο)	• Συμμόρφωση • Προγνωστικοί παράγοντες συμμόρφωσης	75%	• ↓συμμόρφωση • Μέσο επίπεδο εκπαίδευσης, ↑ BN συμπτώματα κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο και ↑ημέρες με υπερβολική άσκηση κατά το εξιτήριο: ↓ συμμόρφωση • Ιστορικό διαταραχής κατάχρησης ουσιών: ↑ πιθανότητες αποχώρησης
15) Ellen E Fitzsimmons-Craft et al (2019) [44]	• Κλινική/Υποκλινική ED εξαιρουμένης της AN, n = 169 ενήλικες • 8 μήνες i-GSH καθοδηγούμενης από προσωπικό μέντορα, μέσω εφαρμογής κινητού τηλεφώνου	ED συμπτώματα	~40%	• Δε μειώθηκε η καθαρτική συμπεριφορά (προκλητοί έμετοι, χρήση φαρμάκων/καθαρτικών) • Δεν ήταν προσιτή η εφαρμογή σε όλους του τύπους κινητών

	Μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή			τηλεφώνων (μόνο σε iPhone)
16η Youl-Ri Kim et all (2019) [45]	- AN, n=22 ασθενείς που είναι ανθεκτικοί στη θεραπεία 1ης γραμμής 3 εβδομάδες GSH (Recovery vodcast) μέσω κινητού τηλεφώνου, χρησιμοποιώντας φορητή συσκευή αναπαραγωγής ταινιών - Μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	- Εφαρμοσιμότητα και βαθμός αποδοχής του προγράμματος - AN συμπτώματα	18,2%	- Ανία - Μη εύχρηστη συσκευή αναπαραγωγής - Καμία αλλαγή στο BMI
17η M A Green et all (2018) [46]	- ED, n=82 ασθενείς 8 ενότητες + 15 δραστηριότητες διαδικτυακού προγράμματος βασισμένο στη CBT - RCT (ομάδα ελέγχου= λίστα αναμονής, n=36/82)	ED συμπτώματα	Δεν αναφέρεται	Αβέβαιο αποτέλεσμα, δεν βελτιώθηκαν οι ασθενείς ως προς την ψυχοπαθολογία περισσότερο απ'ότι η ομάδα ελέγχου
18η Martina de Zwaan et all (2017) [47]	- Κλινική/Υποκλινική BED, n =178 4 μήνες i-GSH με εβδομαδιαία επικοινωνία με μέντορες μέσω email - RCT (ομάδα ελέγχου= 20 δια ζώσης συνεδρίες CBT, n=89/178)	- ED συμπτώματα και ψυχοπαθολογία - Ποσοστό αποχώρησης	10,1%	- Λιγότερο αποτελεσματική από την δια ζώσης CBT (μικρότερη και πιο αργή μείωση υπερφαγικών επεισοδίων και μικρότερη ύφεση ψυχοπαθολογίας) - Μεγαλύτερο ποσοστό αποχώρησης
19η Sarah Barakat et all (2017) [48]	- BN, n=26 ασθενείς 4 εβδομάδες of i-GSH CBT program - Πιλοτική, μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	ED συμπτώματα	16%	- Δε μειώθηκε η καθαριστική συμπεριφορά - Ασθενείς με πιο σοβαρή κλινική BN→ μικρότερη βελτίωση στη συχνότητα των υπερφαγικών και τον διαιτητικό περιορισμό - Ανάγκη για πρόσθετη

θεραπεία				
20η Elke D Ter Huurne et al (2017) [49]	• BN, BED, EDNOS, n=205 ασθενείς • 15 εβδομάδες of i-CBT • RCT (ομάδα ελέγχου= λίστα αναμονής, n=106/205)	• Αιτίες αποχώρησης • Εμπειρία των θεραπευόμενων • Προγνωστικοί παράγοντες πρώιμης και όψιμης αποχώρησης	-37,6% αποχώρησαν πρώιμα -19% αποχώρησαν όψιμα	• Συννοσηρότητες, δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση, ανεργία, λιγότερο σθένος, καπνιστές, ↑ ανησυχία για το σχήμα σώματος, ↑ χρόνος αναμονής, λιγότερο έτοιμος για θεραπεία, τεχνικά προβλήματα και έλλειψη προσωπικής επαφής → πρώιμη αποχώρηση • Λιγότερο σθένος, λιγότερο θετικές εμπειρίες θεραπείας, ↓ δέσμευση με τη θεραπεία → όψιμη αποχώρηση
21η Jiska J Aardoom et al (2017) [50]	• ED, n=273 • 8 εβδομάδες i-GSH με διαφορετικά επίπεδα υποστήριξης από τον θεραπευτή (3 ομάδες) μέσω γραπτής επικοινωνίας ή τηλεδιάσκεψης • RCT (ομάδα ελέγχου= λίστα αναμονής, n=72)	ED ψυχοπαθολογία	22.9%	• Μη αποτελεσματική στην ύφεση της AN και της σοβαρής BN (ειδικά όταν πρόκειται για πρόγραμμα χωρίς υποστήριξη θεραπευτή)
22η Stephanie C. Zerwas et al (2017) [51]	• BN, n=179 • 20 εβδομάδες i-CBT (μέσω γραπτής συνομιλίας) • RCT (ομάδα ελέγχου= TAU, n=90)	• BN συμπτώματα • Συννοσηρότητες	54%	• Πιο αργή στην ύφεση των BN συμπτωμάτων • Λιγότερο αποτελεσματική στην ύφεση συνυπάρχουσας κατάθλιψης, αγχώδους διαταραχής
23η Hunna J Watson et al (2017) [52]	• BN, n=191 • 20 εβδομάδες i-CBT (μέσω γραπτής συνομιλίας)	Προγνωστικοί παράγοντες αποτυχίας συμμετοχής στη θεραπεία και	16%	• ↑BMI, ↓εμπιστοσύνη και προσδοκία από τη θεραπεία → αποτυχία συμμετοχής

	• Ποιοτική μελέτη από προηγούμενη RCT (ομάδα ελέγχου= διαζώσης CBT, n= 96)	αποχώρησης		• Λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης, υψηλότερη αναζήτηση καινοτομίας, προηγούμενη εμπειρία CBT και τυχαιοποίηση σε μη προτιμώμενη θεραπεία → αποχώρηση • Παρόμοιο ποσοστό αποχώρησης με την ομάδα ελέγχου (ενώ αναμενόταν να είναι μικρότερο)
24η Louise Högdahl et all (2016) [53]	• BN, EDNOS of bulimic type, BED, n= 109 • 24 εβδομάδες of i-CBT (2 types of i-CBT) • Συγχρονική μελέτη (δεδομένα από μία RCT χωρίς ομάδα ελέγχου σ' αυτό το στάδιο)	Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ως προγνωστικοί παράγοντες αποχώρησης	36%	• ↓ υπευθυνότητα και αυτοπεποίθηση, ↑ αυτοεπιβεβαίωση, ↑ διάρκεια νόσου, χαρακτηριστικά θεραπευτή: ↑ αποχώρηση
25η Birgit Wagner et all (2016) [54]	• BED, n= 139 • 16 εβδομάδες of i-CBT (γραπτές ασκήσεις και υποστήριξη από θεραπευτή μέσω email) • RCT (ομάδα ελέγχου= λίστα αναμονής, n= 70)	• BMI, BED συμπτώματα • Αιτίες αποχώρησης	29%	• Διακύμανση των συμπτωμάτων κατά την περίοδο παρακολούθησης • Καμία αλλαγή στο BMI • ↑ κατάθλιψη, ↓ ανησυχία σχετικά με το φαγητό: ↓ επίδραση στα συμπτώματα του BED • ↑ εγκατάλειψη της θεραπείας (υψηλότερη από αυτή που συνήθως παρατηρείται στις διαζώσης παρεμβάσεις)
26η Jiska J Aardoom et all (2016) [55]	• ED, n=354 • 8 εβδομάδες i-GSH με διαφορετικά επίπεδα υποστήριξης από τον θεραπευτή (3 ομάδες) μέσω γραπτής επικοινωνίας ή τηλεδιάσκεψης	• ED ψυχοπαθολογία • Εμπειρία των ασθενών	Δεν αναφέρεται	• Καμία επίδραση στην AN ψυχοπαθολογία • i-GSH χωρίς υποστήριξη θεραπευτή: σημαντικά ↓ ικανοποίηση ασθενών • Περιορισμοί της

	• 4-arm RCT (ομάδα ελέγχου= λίστα αναμονής, n=72)			αυτοματοποιημένης ανατροφοδότησης (λιγότερο προσωπικό, λιγότερο χρήσιμο) • Σε παρακολούθηση 3 μήνες μετά: i-GSH χωρίς ή με χαμηλής έντασης υποστήριξη θεραπευτή: ↑εγκατάλειψη σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου
27η Martina Nitsch et all (2016) [56]	• Κλινική/Υποκλινική ED, n=9 (4 στο πρωτότυπο πρόγραμμα σε υπολογιστή και 5 στο αναθεωρημένο πρόγραμμα σε κινητό) • 8 εβδομάδες of i-GSH (γραπτά μηνύματα με προσωπικό μέντορα) • Μελέτη χρηστικότητας	• Χρηστικότητα και συμμετοχή • Εμπειρία των ασθενών	Δεν αναφέρεται	• Πτωχός σχεδιασμός προγράμματος (προτίμηση για δυνατότητα χρήσης και στις 2 συσκευές) • Ασκήσεις δύσχρηστες-κουραστικές • «Σκληρό» λεξιλόγιο • Δυσχερής η επικοινωνία με μέντορα • Προτίμηση για δια ζώσης επικοινωνία με μέντορα • Αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος • Ανάγκη για περισσότερη διάδραση • Όχι επαρκές για σοβαρές ED
28η Katrin E Giel et all (2015) [57]	• AN, n=16 • 4 μήνες ενός προγράμματος πρόληψης της υποτροπής με υποστήριξη θεραπευτή μέσω τηλεδιάσκεψης • Πιλοτική μελέτη	• Εφαρμοσιμότητα • Ασφάλεια • Αποδοχή από τον ασθενή	25%	• Τεχνικά προβλήματα • Κόστος για εξοπλισμό και για προγράμματα που να είναι σύμφωνα με τη νομοθεσία περί απορρήτου • Ανάγκη για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη • Ανάγκη για παράλληλη δια ζώσης ψυχοθεραπεία

29η Elke D ter Huurne et al (2015) [58]	• BN, BED, EDNOS, n=214 • 15 εβδομάδες i-CBT (γραφτά μηνύματα με τον προσωπικό τους θεραπευτή) • RCT (ομάδα ελέγχου= λίστα αναμονής με λήψη υποστηρικτικού email ανά 2 εβδομάδες, n=106)	• ED ψυχοπαθολογία και συμπτώματα • Προγνωστικοί παράγοντες και αιτίες αποχώρησης	10,2%	• Καμία αλλαγή στην EDNOS ψυχοπαθολογία και στα αποτελέσματα στην BN, μεταξύ των 2 ομάδων • Καμία αλλαγή στο BMI • Ασθενείς που μένουν μόνοι, με ↓ αυτοεκτίμηση: ↑ εγκατάλειψη • Αιτίες εγκατάλειψης: προσωπικοί λόγοι, περιεχόμενο/ πρωτόκολλο θεραπείας, η διαδικτυακή μέθοδος (λιγότερο προσωπική) και η ανάγκη για πιο εντατική θεραπεία
30η Gudrun Wagner et al (2015) [59]	• BN, EDNOS, n=126 • 7 μήνες i-GSH βασισμένη στη CBT, με υποστήριξη μέσω email • RCT (ομάδα ελέγχου= GSH με βιβλιογραφία, με υποστήριξη μέσω e-mail, n=56)	• Προγνωστικοί παράγοντες αποχώρησης	37%	• ↓ αυτοέλεγχος, τάση αποφυγής δυσκολιών, ↑ καταθλιπτική συννοσηρότητα: ↑ εγκατάλειψη
31η Hayriye Gulec et al (2014) [60]	• BN, n=105 • 4 μήνες διαδικτυακής φροντίδας μετά τη θεραπεία (πληροφοριακό υλικό, ομαδικές συνομιλίες, φόρουμ και σύστημα παρακολούθησης και ανατροφοδότησης) • RCT (ομάδα ελέγχου= TAU, n=53)	• ED συμπτώματα • Εμπειρία των ασθενών	Δεν αναφέρεται	• Έλλειψη στατιστικής σημαντικότητας θετικών αποτελεσμάτων • Μη χρήσιμη θεραπεία
32η Ruth von Brachel et al (2014) [61]	• Άτομα με αυξημένης συχνότητας ED συμπτώματα, n=179 • 6 ενότητες διαδικτυακού	• Προγνωστικοί παράγοντες αποχώρησης	50,8%	• ↑ ανησυχία για το σχήμα σώματος, κατάθλιψη, επεισόδια υπερφαγίας και πρόκλησης εμέτου: ↑ εγκατάλειψη

	• προγράμματος για την ενίσχυση του κινήτρου για αλλαγή • Μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή				
33η K Hötzel et all (2014) [62]	• Άτομα με ED συμπτώματα, n=179 • 6 ενότητες διαδικτυακού προγράμματος για την ενίσχυση του κινήτρου για αλλαγή • RCT (ομάδα ελέγχου= λίστα αναμονής, n=109)	Κίνητρο για αλλαγή στις διατροφικές διαταραχές	52%	• Καμία διαφορά στην αλλαγή στην αυτο-αποτελεσματικότητα μεταξύ των ομάδων • Δεν υπάρχουν σημαντικές αλλαγές όσον αφορά τα κίνητρα για αλλαγή των συνηθειών διατροφής, του φόβου αύξησης βάρους, της αντίληψης των επιπλοκών της ED • Το ποσοστό εγκατάλειψης ήταν σημαντικά υψηλότερο από την ομάδα ελέγχου	
34η Louise Högdahl (2013) [63]	• BN, BED, EDNOS- BN, n=48 • 6 βημάτων i-GSH μέσω βιβλιοθεραπείας-βασισμένη στη CBT με υποστήριξη του θεραπευτή μέσω email • Μη τυχαιοποιημένη μελέτη (ομάδα ελέγχου= πρόγραμμα ημέρας με ψυχοδυναμική, εντατική, ατομική και ομαδική θεραπεία 16 εβδομάδων, γεύματα και θεραπεία τέχνης, n=48)	ED συμπτώματα	25%	↓θεραπευτικό αποτέλεσμα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου	
35η Carrie-Anne McClay et all (2013) [64]	• BN, EDNOS, n=8 • Διαδικτυακή αυτοθεραπεία μέσω CBT (8 συνεδρίες με έναν άνθρωπο υποστήριξης, πακέτο	• Εμπειρία των ασθενών • Ζητήματα κινήτρων κατά τη χρήση του διαδικτυακού	Δεν αναφέρεται	• Τεχνικές δυσκολίες, κακή σχεδίαση, ζητήματα ιδιωτικότητας • ↑δυσκολία, ↑ φόρτος εργασίας	

	• αυτοβοήθειας και εργασίες για το σπίτι) • Ποιοτική μελέτη (συνεντεύξεις μέσω τηλεφώνου από συμμετέχοντες σε RCT)	• πακέτου • Χρησιμότητα του προγράμματος		• Έλλειψη υποστήριξης και κινήτρων, λιγότερο προσωπική • Ανάγκη για μεγαλύτερη ψυχοθεραπευτική υποστήριξη
36η Elke D ter Huurne et all (2013) [65]	• EDNOS, BN, περιοριστικός τύπος AN, n=165 • 15 εβδομάδες διαδικτυακού προγράμματος που χρησιμοποιεί εντατική θεραπευτική επαφή • Πιλοτική έρευνα	• Προγνωστικοί παράγοντες και αιτίες αποχώρησης • Διαφορές στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας ανάλογα με τη διάγνωση	46%	• Δυσφορία στη θεραπεία μέσω διαδικτύου, σοβαρά συμπτώματα = λόγοι εγκατάλειψης • ↑ σωματική δυσανεμία, ↓ ποιότητα ζωής και ↑ προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας: ↑ εγκατάλειψη • Καμία σημαντική βελτίωση του BMI και της ποιότητας ζωής στους 6 μήνες παρακολούθησης • Κανένα σημαντικό θεραπευτικό αποτέλεσμα στους 6 μήνες παρακολούθησης για την BN • Πολύ σύντομο πρόγραμμα, απρόσωπο, κακός σχεδιασμός
37η Manfred M Fichter et all (2012) [66]	• Κλινική/Υποκλινική AN, n= 258 • 9 μήνες i-CBT παρέμβασης για πρόληψη της υποτροπής της AN, μέσω ανταλλαγής μηνυμάτων- email • RCT (ομάδα ελέγχου= TAU, n=130)	• Προγνωστικοί παράγοντες και αιτίες αποχώρησης • Προγνωστικοί παράγοντες πρωτογενών αποτελεσμάτων • Γενική ψυχοπαθολογία	24,2%	• ↑ Διαταραχή εικόνας σώματος, εμμηνουρσιακού κύκλου, ψυχικής κατάστασης, άγχος για το σεξ, καθαριστική συμπεριφορά και παρορμητικότητα: ↑ εγκατάλειψη • Προσωπικοί λόγοι και αποφυγή αντιμετώπισης της ED: αιτίες εγκατάλειψης • ↑ νηστεία, κατανάλωση αλκοόλ, αυτοτραυματιστική συμπεριφορά και ↓ αυθορμητισμός:

				↓όφελος από το πρόγραμμα • Καμία σημαντική αλλαγή στη γενική ψυχοπαθολογία
38η Manfred M Fichter et al (2013) [67]	• Κλινική/Υποκλινική AN, n= 210 • 9 μήνες παρακολούθησης ασθενών που ολοκλήρωσαν μια i-CBT παρέμβαση για πρόληψη της υποτροπής της AN • RCT (ομάδα ελέγχου= καμία παρέμβαση από την ομάδα του διαδικτυακού προγράμματος, n=100)	• ED συμπτώματα • BMI • Προγνωστικοί παράγοντες συμμόρφωσης	24,2%	• Κανένα σημαντικό θεραπευτικό αποτέλεσμα • ↑διάρκεια ED, ↑χρόνος σε πρόσθετη ενδονοσοκομειακή θεραπεία κατά τη διάρκεια του προγράμματος, τρέχον άγχος ή διαταραχές της διάθεσης: ↓πιθανότητα καλής συμμόρφωσης. • Υψηλότερο ποσοστό εγκατάλειψης και υψηλότερο ποσό αναζήτησης πρόσθετης θεραπείας στην ομάδα της παρέμβασης
39η Sau F Leung, Joyce Lc Ma et al (2013) [68]	• ED, n=194 • 3-6μήνες i-GSH με μηνιαία ενθάρρυνση μέσω τυποποιημένων email • Ανοιχτή μελέτη (ομάδα ελέγχου= υγιείς, που έλαβαν μερική, μόνο, πρόσβαση στο πρόγραμμα n=50)	Ποσοστό αποχώρησης	~43%	• Υψηλό ποσοστό αποχώρησης (~43% έναντι 30% της ομάδας ελέγχου) • Ανάγκη για παράλληλη θεραπεία
40η Sau Fong Leung 1, Joyce Ma, Janice Russell (2013) [69]	• ED, n=185 • 3-6 μήνες i-GSH που ενισχύει τα κίνητρα για αλλαγή, με μηνιαία ενθάρρυνση μέσω τυποποιημένων email (+ συνέντευξη δια τηλεφώνου με τους ασθενείς που ολοκλήρωσαν 3 μήνες	Ποσοστό αποχώρησης	75%	Υψηλό ποσοστό αποχώρησης

	στο πρόγραμμα σχετικά με την εμπειρία τους) • Ανοιχτή μελέτη				
41η Sau Fong Leung 1, Joyce Ma, Janice Russell (2012) [70]	• ED, n=12 • i-GSH με μηνιαία παρακολούθηση μέσω email (συνέντευξη δια τηλεφώνου για να διερευνηθεί η γνώμη των ασθενών για το πρόγραμμα) • Ποιοτική μελέτη από προηγούμενη πιλοτική ανοιχτή έρευνα	Εμπειρία των ασθενών	Δεν αναφέρεται	↑διάρκεια ασθένειας, προσωπικοί λόγοι (↓κίνητρο, ↓αυτοπειθαρχία, ↓αυτοεκτίμηση, ↑άγχος), περιβαλλοντικοί παράγοντες (φόρτος εργασίας, υποχρώσεις), έλλειψη υποστήριξης από το περιβάλλον και επαγγελματικής βοήθειας: ↓συμμόρφωση (δυσκολία στην υιοθέτηση στρατηγικών αυτοβοήθειας)	
42η Sau Fong Leung 1, Lai Chong Joyce Ma (2012) [71]	• ED, n=280 • 3-6 μήνες i-GSH με μηνιαία παρακολούθηση μέσω email • Ανοιχτή μελέτη	• ED συμπτώματα • Αιτίες αποχώρησης • Συννοσηρότητες	~37%	• Καμία σημαντική μείωση στα επεισόδια αυτοπροκαλούμενου εμέτου και τη χρήση καθαρτικών • Αιτίες αποχώρησης: έλλειψη κινήτρων και υποστήριξης από το περιβάλλον, προσωπικοί λόγοι, τεχνικές δυσκολίες, μη βοηθητικό πρόγραμμα	
43η V C Sánchez-Ortiz et all (2011) [72]	• BN, n=9 • i-CBT (συνέντευξη και ερωτηματολόγια σχετικά με τις εντυπώσεις των συμμετεχόντων για το πρόγραμμα) • Ποιοτική μελέτη προηγούμενης RCT	Εμπειρία των ασθενών	51,6%	• Ζητήματα απορρήτου • Απρόσωπο πρόγραμμα • Μη βοηθητικό • Τεχνικές δυσκολίες, θέματα σχεδιασμού προγράμματος • Ανάγκη για περισσότερη αυτοπειθαρχία και ισχυρό κίνητρο λόγω της ευελιξίας του προγράμματος • Ανάγκη άλλων μεθόδων υποστήριξης (π.χ. διαζώσης, τηλεφωνική επικοινωνία), συνέχιση	

				της επαφής με τον θεραπευτή
				• Προτίμηση για λήψη i-CBT σε προωμότερα στάδια της ED
44η I Carrard et all (2011) [73]	• Κλινική/Υποκλινική BED, n=74 • 6 μήνες i-GSH με υποστήριξη από μέντορα μέσω email • RCT (ομάδα ελέγχου= λίστα αναμονής, n=37)	• Προγνωστικοί παράγοντες αποχώρησης • Συννοσηρότητες	21,60%	• Σοβαρή ψυχοπαθολογία → αποχώρηση • Καμία σημαντική βελτίωση στην κατάθλιψη και στην γενικότερη ψυχοπαθολογική κατάσταση
45η Isabelle Carrard et all (2011) [74]	• BED και παχυσαρκία, n= 64 • 6 μήνες i-GSH με υποστήριξη από μέντορα μέσω email +αξιολόγηση παρακολούθησης 6μήνες μετά • Μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (ομάδα ελέγχου= λίστα αναμονής, n=32)	• BED συμπτώματα • Βελτίωση ψυχοπαθολογίας • Συννοσηρότητες • Εμπειρία των ασθενών	9%	• Όχι σημαντική αλλαγή στην ανησυχία για το βάρος, τη αίσθηση της πείνας-κορεσμού, το BMI και τη γενικότερη ψυχοπαθολογική κατάσταση • Ορισμένες ενότητες αξιολογήθηκαν ως δύσκολες
46η Varinia C Sánchez-Ortiz et all (2011) [75]	• BN, EDNOS, n= 71 • 3 μήνες i-CBT με εβδομαδιαία υποστήριξη από θεραπευτή μέσω email • Ποιοτική μελέτη προηγούμενης RCT	Αξιολόγηση περιεχομένου email	Δεν αναφέρεται	• Το περιεχόμενο των email δεν ήταν τόσο βασισμένο στη CBT (δυσκολία στην εφαρμογή τεχνικών CBT μέσω email) • Ανάγκη για περισσότερη καθοδήγηση μέσω email και επιπλέον υποστήριξη (όπως τηλεφωνικές κλήσεις) • Δυσκολία στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης
47η I Carrard I, F	• Κλινική/Υποκλινική	• Προγνωστικοί	25,2%	• Η ενότητα που στοχεύει

Fernandez-Aranda et al (2011) [76]	- BN, n=127 4 μήνες i-GSH με υποστήριξη από μέντορα μέσω email - Μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή σε 4 Ευρωπαϊκές χώρες	- παράγοντες βελτίωσης και αποχώρησης - Εμπειρία των ασθενών - BMI		- στη γνωστική αναδιάρθρωση αξιολογήθηκε ως δύσκολη - Καμία σημαντική αλλαγή στο BMI ↓ καθοδήγηση: ↑εγκατάλειψη
48η Natalie Pretorius et al (2010) [77]	- Κλινική/Υποκλινική BN, n=11 8 ενότητες i-CBT με υποστήριξη από θεραπευτή μέσω email και υποστήριξη από άλλους συμμετέχοντες μέσω φόρουμ ανταλλαγής μηνυμάτων - Ποιοτική μελέτη (μέσω συνέντευξης) προηγούμενης μη τυχαιοποιημένης κλινικής δοκιμής	Εμπειρία των ασθενών	Δεν αναφέρεται	- Τεχνικές δυσκολίες - Κακός σχεδιασμός προγράμματος - Αρνητικές επιπτώσεις λόγω της ανταλλαγής μηνυμάτων (πχ ιδέες για το πως να χάσουν βάρος), απρόσωπη θεραπεία - Δυσκολία στην εύρεση κινήτρων για να συνεχίσουν τη θεραπεία - Όχι τόσο χρήσιμες και με μεγάλη καθυστέρηση οι απαντήσεις μέσω email - Ανάγκη για πρόσθετη υποστήριξη
49η Fernando Fernández-Aranda et al (2009) [78]	- BN, n=62 4 μήνες i-GSH βασισμένη στις αρχές της CBT με υποστήριξη από μέντορα μέσω μηνυμάτων σε εβδομαδιαία βάση - Μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (ομάδα ελέγχου= λίστα αναμονής, n=31)- συμμετέχει σε κλινική δοκιμή που γίνεται σε 4 Ευρωπαϊκές χώρες	- Προγνωστικοί παράγοντες αποχώρησης - Συμμόρφωση	35.5%	↑εγκατάλειψη ιδίως κατά τις πρώτες 8 εβδομάδες - Άτομα αγχώδη, ασταθή συναισθηματικά και με χαμηλή προσήλωση στη θεραπεία: ↑εγκατάλειψη
50η Lauri Nevenon et al (2006) [79]	- BN, EDNOS-BN, n=38 6 μήνες i-GSH βασισμένη στις αρχές	ED συμπτώματα και	Δεν αναφέρεται	Όχι σημαντική αλλαγή στα επεισόδια υπερφαγίας και στην

	της CBT με υποστήριξη από θεραπευτή μέσω μηνυμάτων σε εβδομαδιαία βάση Μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (ομάδα ελέγχου= υγιείς)-συμμετέχει σε κλινική δοκιμή που γίνεται σε 4 Ευρωπαϊκές χώρες	ψυχοπαθολογία Εμπειρία των συμμετεχόντων		ψυχοπαθολογία (δυσχέρεια στον έλεγχο των παρορμήσεων, κοινωνική ανασφάλεια) - Αυξημένη άσκηση (αλλαγή αντισταθμιστικής μεθόδου από έμετο σε άσκηση) - Χαμηλό ποσοστό ολοκλήρωσης του προγράμματος (18%) - Δεν είναι αρκετά αποτελεσματική ως μονοθεραπεία για ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα ED - Ανάγκη για παράλληλη ψυχοθεραπεία
51η Isabelle Carrard et all (2006) [80]	- BN, EDNOS, n=45 4 μήνες i-GSH με υποστήριξη από μέντορα μέσω email σε εβδομαδιαία βάση + 2 μήνες παρακολούθηση - Πιλοτική μελέτη (χωρίς ομάδα ελέγχου)-συμμετέχει σε κλινική δοκιμή που γίνεται σε 4 Ευρωπαϊκές χώρες	- Προγνωστικοί παράγοντες αποχώρησης - Εμπειρία των ασθενών	36%	- Ασθενείς με υπερφαγικά επεισόδια και προκλητούς εμέτους: ↑εγκατάλειψη - Δυσκολία σε ασκήσεις γνωστικής αναδιαμόρφωσης - Δυσκολίες σε σχέση με τη δομή-περιεχόμενο του προγράμματος - Ανάγκη για περισσότερη καθοδήγηση από τους μέντορες
52η Isabelle Carrard et all (2006) [81]	- ED, n=12 12-20 συνεδρίες CBT μέσω τηλεδιάσκεψης - Πιλοτική έρευνα	- ED συμπτώματα - Εμπειρία των ασθενών	Δεν αναφέρεται	- Μικρή μόνο βελτίωση σε ασθενείς με AN - Μερικοί ασθενείς προτιμούν τη δια ζώσης θεραπεία (περισσότερο ιδιωτική, ↑συναισθηματική επαφή)

Συντομογραφίες: AN: Νευρογενής ανορεξία, FBT: Συστημική ψυχοθεραπεία, i-CBT: Διαδικτυακή γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, BN: Νευρογενής βουλιμία, BED: Διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας, EDNOS: Διαταραχή πρόσληψης τροφής μη καθορισμένη, RCT: Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή, ED: : Διαταραχή πρόσληψης τροφής, BMI: Δείκτης μάζας σώματος, i-GSH: Καθοδηγούμενη αυτοθεραπεία μέσω διαδικτύου, TAU: Συνήθης θεραπεία δια ζώσης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ζούμε στη εποχή όπου η τεχνολογία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητάς μας, όπου οι άνθρωποι είναι πολίτες του κόσμου και δεν περιορίζονται σε ένα κομμάτι γης και όπου πανδημίες, όπως ο COVID-19, μας αναγκάζουν να προσαρμόσουμε τη ζωή μας αναλόγως. Η τηλεψυχιατρική, λοιπόν, αντικατοπτρίζοντας αυτές τις αλλαγές, αρχίζει και εφαρμόζεται ολοένα και περισσότερο. Παράλληλα, η έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διαδικτυακών μορφών θεραπείας στις ΔΠΤ συνεχώς αυξάνεται τα τελευταία χρόνια. Η τηλεψυχιατρική φαίνεται πως ήρθε για να μείνει, καθώς προσφέρει πολλαπλά οφέλη γενικότερα στη θεραπεία ψυχιατρικών νόσων, αλλά και ειδικότερα στη θεραπεία των ΔΠΤ. Είναι, λοιπόν, σημαντικό να αξιολογήσουμε και τα εμπόδια, τις δυσκολίες αυτών των μορφών θεραπείας, προκειμένου να βελτιωθούν και να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών με ΔΠΤ.

Ένα εμπόδιο που φαίνεται να κυριαρχεί στην έρευνα, είναι η δυσκολία στην ανάπτυξη ισχυρής θεραπευτικής σχέσης. Πληθώρα ερευνών [30,31,32,35,49,53,55,58,64,65,71,72,75,76,77,80,81] αναφέρονται στην έλλειψη οικειότητας, τη δυσχέρεια αναγνώρισης συναισθημάτων και εξωλεκτικής συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα να αισθάνονται οι ασθενείς τη θεραπεία ως απρόσωπη και τον θεραπευτή ως μη υποστηρικτικό. Το συγκεκριμένο εμπόδιο είναι πολύ σημαντικό, καθώς η θεραπευτική σχέση διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, σημαντικότερο από την εκάστοτε προσέγγιση και τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική διαδικασία. Είδαμε και στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση πως η δυσκολία στην δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας αναφέρεται πολλές φορές συνδυαστικά με μειωμένο θεραπευτικό αποτέλεσμα ή/και αρνητική εμπειρία των ασθενών [32,55,58,65,71,72,76,77,81], όπως, επίσης, και με μειωμένη συμμόρφωση ή/και αποχώρηση των ασθενών από τη θεραπεία [49,53,55,58,65,71,76,80]. Ακόμη, σε πολλές μελέτες, όπως των V C Sánchez-Ortiz et al και Natalie Pretorius et al [72,75,77] αναφέρεται η ανάγκη των ασθενών για περισσότερη υποστήριξη και καθοδήγηση (μέσω email, τηλεφωνικών κλήσεων κ.α.).

Σημαντικό εμπόδιο, επίσης, αποτελούν οι τεχνικές δυσκολίες που παρουσιάζει η τηλεψυχιατρική [30,31,35,39,49,55,56,57,64,71,72,77] και ο ελλιπής σχεδιασμός του διαδικτυακού προγράμματος θεραπείας [32,35,41,42,44,45,55,56,57,64,65,72,74,75,76,77,80]. Η πρόσβαση στο διαδίκτυο, ο φόρτος εργασίας του προγράμματος, η συσκευή που χρειάζεται για την συμμετοχή στο πρόγραμμα (πχ κινητό τηλέφωνο, υπολογιστής, επιπλέον συσκευή αναπαραγωγής), η διάρκεια/συχνότητα των συνεδριών, ο τρόπος επικοινωνίας με τον μέντορα/θεραπευτή ή/και με άλλους συμμετέχοντες, είναι μερικά χαρακτηριστικά που παίζουν σπουδαίο ρόλο στην εμπειρία των ασθενών και στο αποτέλεσμα της θεραπείας. Όπως αναφέρουν οι έρευνες των Valentina Cardi et al και Natalie Pretorius et al [39,77], η ασταθής σύνδεση στο διαδίκτυο και η δυσχέρεια στη χρήση του προγράμματος (δυσκολία στην αναπαραγωγή οπτικοακουστικών βοηθημάτων της θεραπείας) οδήγησε σε μειωμένη συμμόρφωση με ασκήσεις αυτοβοήθειας και μειωμένο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ακόμη, όπως επισημαίνουν οι Sarah Plumley et al και Elke D Ter Huurne et al [31,49], οι τεχνικοί περιορισμοί εμποδίζουν την ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας, μειώνουν την ικανοποίηση των ασθενών από τη θεραπεία και άρα και την εμπιστοσύνη τους σ' αυτήν. Τέλος, αξίζει να αναφέρουμε πως στην έρευνα των Natalie Pretorius et al [77] ο κακός σχεδιασμός του προγράμματος είχε ως αποτέλεσμα την αρνητική επιρροή κάποιων ασθενών, καθώς μέσω της ανταλλαγής μηνυμάτων με συνασθενείς μοιραζόντουσαν ιδέες για το πως να χάσουν βάρος.

Η βαρύτητα και ο τύπος της ΔΠΤ φαίνεται πως παίζουν σημαντικό ρόλο στην επίδραση που έχει η θεραπεία μέσω της τηλεψυχιατρικής. Οι ασθενείς με έντονη ανησυχία για το σχήμα και βάρος σώματος, αυξημένα υπερφαγικά και καθαρτικά επεισόδια, αυστηρό διαιτητικό περιορισμό και αυξημένη διάρκεια νόσου έχουν μικρότερη συμμόρφωση στη θεραπεία [43,67,70], αυξημένα ποσοστά αποχώρησης [49,53,65,66,67,73,80] και μικρότερο θεραπευτικό αποτέλεσμα/ αρνητική εμπειρία από τη θεραπεία [32,48,49,50,65,67,72,73,79]. Ο τύπος της ΔΠΤ επηρεάζει επίσης την έκβαση. Σύμφωνα με τις έρευνες των Jiska J Aardoom et al και Manfred M Fichter et al [50,66] οι ασθενείς που έπασχαν από ψυχογενή ανορεξία δεν είχαν καμία βελτίωση στην ψυχοπαθολογία τους. Σύμφωνα με τους Isabelle Carrard et al [81], παρατηρήθηκε μικρή μόνο βελτίωση στη συμπτωματολογία των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία, ενώ οι Manfred M Fichter et al [67] δεν εντόπισαν κανένα σημαντικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ακόμα, οι Corinna Jacobi et al, Sarah Barakat et al, Jiska J Aardoom et al [42,48,50] δεν παρατήρησαν σημαντική βελτίωση σε ασθενείς με σοβαρή βουλιμία και συμπέραναν πως δεν επαρκεί η διαδικτυακή θεραπεία ως μονοθεραπεία γι' αυτούς τους ασθενείς. Σημαντικό είναι να πούμε, επίσης, ότι στην έρευνα των V C Sánchez-Ortiz et al [72] οι ασθενείς εξέφρασαν την προτίμησή τους για λήψη της διαδικτυακής θεραπείας (i-CBT) σε προωμότερα στάδια της ΔΠΤ, καθώς θεωρούσαν ότι τότε θα μπορούσαν να βοηθηθούν περισσότερο από μια τέτοια προσέγγιση.

Ακόμα ένας αξιοσημείωτος παράγοντας που επηρεάζει την έκβαση μιας διαδικτυακής θεραπείας ασθενών με ΔΠΤ, είναι η ύπαρξη συνοδών νοσημάτων, η εκπαιδευτική- επαγγελματική κατάσταση, καθώς και στοιχεία προσωπικότητας των ασθενών. Συννοσηρότητες, όπως αυξημένο άγχος, διαταραχές της διάθεσης και χρήση ουσιών, φαίνεται πως επηρεάζουν αρνητικά τη συμμόρφωση των ασθενών και αυξάνουν την αποχώρησή τους από το διαδικτυακό πρόγραμμα θεραπείας [38,43,49,59,61,65,66,67,70,78]. Στη μελέτη των Birgit Wagner et al [54] φαίνεται πως η κατάθλιψη σχετίζεται και με μειωμένη επίδραση της θεραπείας στα συμπτώματα της διαταραχής επεισοδιακής υπερφαγίας. Επιπλέον, το χαμηλό-μέσο επίπεδο εκπαίδευσης [43,52], η ανεργία [49] και ο φόρτος εργασίας [70] φαίνεται σε μερικές μελέτες να σχετίζονται με χαμηλή συμμόρφωση στη θεραπεία. Τέλος, κάποια χαρακτηριστικά προσωπικότητας έχουν επίσης συσχετιστεί με μειωμένο θεραπευτικό αποτέλεσμα και συμμόρφωση των ασθενών, όπως είναι η ευαλωτότητα, η δυσκολία στην κοινωνικοποίηση, η μειωμένη αυτοπεποίθηση και αυτοπειθαρχία [37,49,53,70,72,77].

Από αυτά που συζητήσαμε παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι διάφοροι παράγοντες οδηγούν σε μειωμένη συμμόρφωση και αυξημένη αποχώρηση των ασθενών με ΔΠΤ από διαδικτυακές θεραπείες. Αυτό, λοιπόν, είναι ένα σημαντικό εμπόδιο της εφαρμογής της τηλεψυχιατρικής στη θεραπεία ασθενών με ΔΠΤ και καταδεικνύεται από πολλαπλές έρευνες [33,38,40,41,42,43,47,49,52,53,54,55,59,61,62,65,67,68,69,70,71,78,79,80]. Αναφερθήκαμε σε μερικούς από τους παράγοντες, όπως είναι τα τεχνικά προβλήματα, η δυσχρηστία του διαδικτυακού προγράμματος, ο πτωχός σχεδιασμός, οι σοβαρές μορφές ΔΠΤ, η ύπαρξη συννοσηροτήτων, στοιχεία προσωπικότητας και κοινωνικά χαρακτηριστικά (εκπαίδευση, εργασία). Σε μερικές έρευνες αναφέρονται, επίσης, ως αιτίες κάποιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες (διάσπαση προσοχής από μέλη της οικογένειας, έλλειψη υποστήριξης από τους οικείους, παράλληλη φροντίδα παιδιών, φασαρία) [31,35,70,71] καθώς και θέματα ιδιωτικότητας- ζητήματα απορρήτου [64,72,81].

Ένα ακόμα εμπόδιο που αναφέρθηκε με αυτά που αναλύσαμε προηγουμένως, είναι το μειωμένο θεραπευτικό αποτέλεσμα των διαδικτυακών θεραπειών σε διάφορες περιπτώσεις. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε σε πληθώρα ερευνών ότι μέσω της τηλεψυχιατρικής επιτυγχάνεται μικρή μόνο -και με πιο αργό ρυθμό- βελτίωση των συμπτωμάτων και της ψυχοπαθολογίας της ΔΠΤ [40,47,48,51,63,80],

ενώ σε κάποιες περιπτώσεις δεν βρέθηκε σημαντική βελτίωση (ιδίως όσον αφορά τα υπερφαγικά επεισόδια και τις καθαρικές συμπεριφορές) [38,39,42,44,46,50,55,58,60,65,66,67,71,74,79]. Η έρευνα των K Hötzel et all [62] στόχευε στην αύξηση του κινήτρου για αλλαγή, γεγονός που δεν επιτεύχθηκε με το διαδικτυακό πρόγραμμα. Παρόμοιο στόχο είχαν και οι James Denison-Day et all [41], που προσδοκούσαν, μέσω μιας πλήρως αυτοματοποιημένης διαδικτυακής παρέμβασης, να αυξήσουν την προσέλευση στο αρχικό ραντεβού αξιολόγησης, γεγονός που δεν κατάφεραν ούτε αυτοί να πετύχουν μέσω της τηλεψυχιατρικής.

Αξίζει να αναφέρουμε, επίσης, ότι σε πολλές έρευνες που εστίαζαν σε ποιοτικά χαρακτηριστικά [30,32,34,47,55,56,82,72,77] διαπιστώθηκε ότι πολλοί συμμετέχοντες αποκόμισαν μια αρνητική εμπειρία από τη διαδικτυακή θεραπεία, σχολιάζοντας ότι είναι λιγότερο βοηθητική από την αντίστοιχη δια ζώσης, πιο βαρετή, λιγότερο εξατομικευμένη, πιο δύσκολη (όταν υπάρχουν θέματα σχεδιασμού του προγράμματος), λιγότερο προσωπική και, εν τέλει, λιγότερο ικανοποιητική. Παράλληλα, σε αρκετές μελέτες ανέφερεται η ανάγκη για πιο εντατική, δια ζώσης θεραπεία ή για παράλληλη με το διαδικτυακό πρόγραμμα δια ζώσης ψυχοθεραπεία [42,48,56,58,64,68,72,79], καθώς δεν επαρκεί η θεραπεία μέσω τηλεψυχιατρικής ως μονοθεραπεία.

Συμπερασματικά, φαίνεται πως η χρήση της τηλεψυχιατρικής στη θεραπεία ασθενών με ΔΠΤ παρουσιάζει κάποια σημαντικά εμπόδια, που δυσκολεύουν την ορθή θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών αυτών. Είναι γεγονός πως η συμμόρφωση και η ικανοποίηση των ασθενών είναι καθοριστικοί παράγοντες του αποτελέσματος της θεραπείας. Συνεπώς, είναι απαραίτητο να γίνουν πρόσθετες προσπάθειες, προκειμένου να βελτιωθεί η αποδοχή των διαδικτυακών θεραπειών από τους συμμετέχοντες. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την καλύτερη οργάνωση μιας τέτοιας θεραπείας, ώστε να είναι περισσότερο εξατομικευμένη ανάλογα με τη βαρύτητα της ΔΠΤ, τα συνοδά νοσήματα, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας του ασθενούς, το περιβάλλον, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο και το κίνητρό του για αλλαγή. Ακόμα, θα χρειαστεί να δοθεί έμφαση στη σωστή καθοδήγηση, ενθάρρυνση και υποστήριξη του ασθενούς από μέντορες- θεραπευτές, καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας, με πιο εντατικό και ενσυναισθητικό τρόπο, καθώς φάνηκε πως είναι ένα από τα κύρια αιτήματα των ασθενών. Στις περισσότερες έρευνες που συμπεριλάβαμε στην συστηματική ανασκόπηση η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή γινόταν μέσω γραπτής συνομιλίας. Πιθανώς η μεγαλύτερη χρήση της τηλεδιάσκεψης ή/και η περισσότερο ενεργή συμμετοχή του θεραπευτή να αυξήσει την αποδοχή των ασθενών, κάνοντας τη θεραπεία περισσότερο προσωπική και διευκολύνοντας την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης. Επιπλέον, το διαδικτυακό πρόγραμμα χρειάζεται να είναι εύχρηστο, με σωστό σχεδιασμό, τήρηση της ιδιωτικότητας του ασθενούς και άρση των τεχνικών δυσκολιών, στο βαθμό που είναι εφικτό. Με κάποιες, λοιπόν, τροποποιήσεις, πιστεύουμε πως είναι δυνατόν να βελτιωθούν σε σημαντικό βαθμό οι υπηρεσίες τηλεψυχιατρικής, ώστε να εξυπηρετούν καλύτερα τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών με ΔΠΤ και να αυξήσουν την έγκαιρη, ορθή και εξατομικευμένη θεραπεία τους.

Κλείνοντας, ως πρόταση για το μέλλον, θα ήταν, ίσως, χρήσιμο να γίνει εκτενέστερη έρευνα σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των διαφορετικών μορφών διαδικτυακής θεραπείας ασθενών με ΔΠΤ. Να συγκριθούν, δηλαδή, τόσο οι μορφές τηλεψυχιατρικής (επικοινωνία με τον θεραπευτή μέσω γραπτών μηνυμάτων, φόρουμ συζήτησης, τηλεδιάσκεψη, προγράμματα αυτοβοήθειας), όσο και οι διαφορετικές μέθοδοι ψυχοθεραπείας (ατομική- ομαδική ψυχοθεραπεία, γνωστική συμπεριφορική, συστημική κ.α.). Παράλληλα, πολύ σημαντική θα ήταν και η έρευνα των απόψεων των θεραπευτών σχετικά με την εφαρμογή της τηλεψυχιατρικής στη θεραπεία ασθενών με ΔΠΤ και η μελέτη των εμποδίων που αυτοί εντοπίζουν στην τηλεψυχιατρική, καθώς μέσα και από τη

δική τους εμπειρία και παρατήρηση θα είναι δυνατή η περαιτέρω βελτίωση των παροχών της τηλεψυχιατρικής.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Γ Ν Παπαδημητρίου, Ι Α Λιάππας, Ε Λύκουρας, Σύγχρονη Ψυχιατρική, 1^η έκδοση, Αθήνα, Ελλάδα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, 2013, p: 433-442
2. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition: DSM-5, Arlington, VA, 2013, p: 329-354
3. WHO ICD-10, International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10), 2016
4. Paul Harrison, Philip Cowen, Tom Burns, Mina Fazel Oxford Ψυχιατρική Βασικές αρχές, 7^η έκδοση, Λευκωσία, Κύπρος, Broken Hill Publishers LTD, 2020, p. 371-384
5. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U, Eating disorders, Lancet, 2020, 395(10227): 899-911
6. O'Brien M, McNicholas F, The use of telepsychiatry during COVID-19 and beyond, Irish journal of psychological medicine, 2020, 37(4): 250-255
7. Denison-Day J, Muir S, Newell C, Appleton KM, A Web-Based Intervention (MotivATE) to Increase Attendance at an Eating Disorder Service Assessment Appointment: Zelen Randomized Controlled Trial, Journal of medical Internet research, 2019, 21(2), e11874
8. Silén Y, Keski-Rahkonen A, Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people, Curr Opin Psychiatry, 2022, 35(6): 362-371
9. Γ Ν Χριστοδούλου και συνεργάτες, Ψυχιατρική, 1^η έκδοση, Αθήνα, Ελλάδα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 2000, 1^{ος} τόμος: 482-496
10. Κούντζα Μ, Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, Εγχειρίδιο Ψυχοδυναμικής Ψυχιατρικής, επιμέλεια Στ. Στυλιανίδης, Εκδόσεις Τόπος, 2021, 507-527
11. Donini LM, Barrada JR, Barthels F, et al, A consensus document on definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa, Eating and weight disorders, 2022, 27(8): 3695-3711
12. Parry-Jones B., Parry-Jones WL, Pica: Symptom or eating disorder? A historical assessment, British Journal of Psychiatry, 1992, 160:341
13. Sauvage D, Leddet L, Hameur L., Barthlemy C, Infantile rumination: diagnosis and follow up of twenty cases. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1985, 24: 197-203
14. Bryant E, Spielman K, Le A, et al, Screening, assessment and diagnosis in the eating disorders: findings from a rapid review, J Eat Disord, 2022, 10(1):78
15. Schaumberg K, Welch E, Breithaupt L, et al, The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders, Eur Eat Disord Rev, 2017 25(6):432-450
16. Scarff JR, Orthorexia Nervosa: An Obsession With Healthy Eating, Fed Pract, 2017, 34(6):36-39

17. WHO, "A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: Report of the WHO group consultation on health telematics, 11-16 December, Geneva, 1997", Geneva: World Health Organization, 1998, 10
18. Sharma G, Devan K, The effectiveness of telepsychiatry: thematic review, *BJPsych Bull*, 2021, 17:1-8
19. O'Brien M, McNicholas F, The use of telepsychiatry during COVID-19 and beyond, *Ir J Psychol Med*, 2020, 37(4):250-255
20. Mishkin AD, Cheung S, Capote J, Survey of Clinician Experiences of Telepsychiatry and Tele-Consultation-Liaison Psychiatry, *J Acad Consult Liaison Psychiatry*, 2022, 63(4):334-344
21. Barakat S, Maguire S, Smith KE, et al, Evaluating the role of digital intervention design in treatment outcomes and adherence to eTherapy programs for eating disorders: A systematic review and meta-analysis, *Int J Eat Disord*, 2019, 52(10):1077-1094
22. Aardoom JJ, Dingemans AE, Spinhoven P, et al, Treating eating disorders over the internet: a systematic review and future research directions, *Int J Eat Disord*, 2013, 46(6):539-52
23. Dölemeyer R, Tietjen A, Kersting A, Wagner B, Internet-based interventions for eating disorders in adults: a systematic review, *BMC Psychiatry*, 2013, 13:207
24. Melioli T, Bauer S, Franko DL, et al, Reducing eating disorder symptoms and risk factors using the internet: A meta-analytic review, *Int J Eat Disord*, 2016, 49(1):19-31
25. Dufour R, Novack K, Picard L, et al, The use of technology in the treatment of youth with eating disorders: A scoping review, *J Eat Disord*, 2022, 10(1):182
26. Schlegl S, Bürger C, Schmidt L, et al, The potential of technology-based psychological interventions for anorexia and bulimia nervosa: a systematic review and recommendations for future research, *J Med Internet Res*, 2015, 17(3):85
27. Manhal-Baugus M, E-therapy: practical, ethical, and legal issues, *Cyberpsychol Behav*, 2001, 4(5):551-63
28. Cowan KE, McKean AJ, Gentry MT, Hilty DM, Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers, *Mayo Clin Proc*, 2019, 94(12):2510-2523
29. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al, The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews, *BMJ*, 2021, 372:71
30. Brothwood PL, Baudinet J, Stewart CS, Moving online: young people and parents' experiences of adolescent eating disorder day programme treatment during the COVID-19 pandemic, *J Eat Disord*, 2021, 9(1):62
31. Plumley S, Kristensen A, Jenkins PE, Continuation of an eating disorders day programme during the COVID-19 pandemic, *J Eat Disord*, 2021, 9(1):34

32. Yim SH, Bailey E, Gordon G, et al, Exploring Participants' Experiences of a Web-Based Program for Bulimia and Binge Eating Disorder: Qualitative Study, *J Med Internet Res*, 2020 22(9):e17880
33. Jensen ES, Linnet J, Holmberg TT, et al, Effectiveness of internet-based guided self-help for binge-eating disorder and characteristics of completers versus noncompleters, *Int J Eat Disord*, 2020, 53(12):2026-2031
34. Blalock DV, Le Grange D, Johnson C, et al, Pilot assessment of a virtual intensive outpatient program for adults with eating disorders, *Eur Eat Disord Rev*, 2020, 28(6):789-795
35. Yu Z, Roberts B, Snyder J, et al, A Pilot Study of a Videoconferencing-Based Binge Eating Disorder Program in Overweight or Obese Females, *Telemed J E Health*, 2021, 27(3):330-340
36. Puls HC, Schmidt R, Herpertz S, et al, Adherence as a predictor of dropout in Internet-based guided self-help for adults with binge-eating disorder and overweight or obesity, *Int J Eat Disord*, 2020, 53(4):555-563
37. Levallius J, Clinton D, Högdahl L, Norring C, Personality as predictor of outcome in internet-based treatment of bulimic eating disorders, *Eat Behav*, 2020 36:101360
38. Hamatani S, Numata N, Matsumoto K, et al, Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy via Videoconference for Patients With Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder: Pilot Prospective Single-Arm Feasibility Trial, *JMIR Form Res*, 2019, 3(4):e15738
39. Cardi V, Albano G, Ambwani S, et al, A randomised clinical trial to evaluate the acceptability and efficacy of an early phase, online, guided augmentation of outpatient care for adults with anorexia nervosa, *Psychol Med*, 2020, 50(15):2610-2621
40. Kothari R, Barker C, Pistrang N, et al, A randomised controlled trial of guided internet-based cognitive behavioural therapy for perfectionism: Effects on psychopathology and transdiagnostic processes, *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 2019, 64:113-122
41. Denison-Day J, Muir S, Newell C, et al, A Web-Based Intervention (MotivATE) to Increase Attendance at an Eating Disorder Service Assessment Appointment: Zelen Randomized Controlled Trial, *J Med Internet Res*, 2019, 21(2):e11874
42. Jacobi C, Beintner I, Fittig E, et al, Web-Based Aftercare for Women With Bulimia Nervosa Following Inpatient Treatment: Randomized Controlled Efficacy Trial, *J Med Internet Res*, 2017, 19(9):e321
43. Beintner I, Jacobi C, Internet-based aftercare for women with bulimia nervosa following inpatient treatment: The role of adherence, *Internet Interv*, 2019, 15:67-75
44. Fitzsimmons-Craft EE, Firebaugh ML, Graham AK, et al, State-wide university implementation of an online platform for eating disorders screening and intervention, *Psychol Serv*, 2019, 16(2):239-249

45. Kim YR, Cardi V, Lee GY, et al, Mobile Self-Help Interventions as Augmentation Therapy for Patients with Anorexia Nervosa, *Telemed J E Health*, 2019, 25(8):740-747
46. Green MA, Kroska A, Herrick A, et al, A preliminary trial of an online dissonance-based eating disorder intervention, *Eat Behav*, 2018, 31:88-98
47. de Zwaan M, Herpertz S, Zipfel S, et al, Effect of Internet-Based Guided Self-help vs Individual Face-to-Face Treatment on Full or Subsyndromal Binge Eating Disorder in Overweight or Obese Patients: The INTERBED Randomized Clinical Trial, *JAMA Psychiatry*, 2017, 74(10):987-995
48. Barakat S, Maguire S, Surgenor L, et al, The Role of Regular Eating and Self-Monitoring in the Treatment of Bulimia Nervosa: A Pilot Study of an Online Guided Self-Help CBT Program, *Behav Sci (Basel)*, 2017, 7(3):39
49. Ter Huurne ED, Postel MG, de Haan HA, et al, Treatment dropout in web-based cognitive behavioral therapy for patients with eating disorders, *Psychiatry Res*, 2017, 247:182-193
50. Aardoom JJ, Dingemans AE, Fokkema M, et al, Moderators of change in an Internet-based intervention for eating disorders with different levels of therapist support: What works for whom?, *Behav Res Ther*, 2017, 89:66-74
51. Zerwas SC, Watson HJ, Hofmeier SM, et al, CBT4BN: A Randomized Controlled Trial of Online Chat and Face-to-Face Group Therapy for Bulimia Nervosa, *Psychother Psychosom*, 2017, 86(1):47-53
52. Watson HJ, Levine MD, Zerwas SC, et al, Predictors of dropout in face-to-face and internet-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa in a randomized controlled trial, *Int J Eat Disord*, 2017, 50(5):569-577
53. Högdahl L, Levallius J, Björck C, et al, Personality predicts drop-out from therapist-guided internet-based cognitive behavioural therapy for eating disorders. Results from a randomized controlled trial, *Internet Interv*, 2016, 5:44-50
54. Wagner B, Nagl M, Dölemeyer R, et al, Randomized Controlled Trial of an Internet-Based Cognitive-Behavioral Treatment Program for Binge-Eating Disorder, *Behav Ther*, 2016, 47(4):500-14
55. Aardoom JJ, Dingemans AE, Spinhoven P, et al, Web-Based Fully Automated Self-Help With Different Levels of Therapist Support for Individuals With Eating Disorder Symptoms: A Randomized Controlled Trial, *J Med Internet Res*, 2016, 18(6):e159
56. Nitsch M, Dimopoulos CN, Flaschberger E, et al, A Guided Online and Mobile Self-Help Program for Individuals With Eating Disorders: An Iterative Engagement and Usability Study, *J Med Internet Res*, 2016, 18(1):e7

57. Giel KE, Leehr EJ, Becker S, et al, Relapse prevention via videoconference for anorexia nervosa - findings from the RESTART pilot study, *Psychother Psychosom*, 2015, 84(6):381-3
58. ter Huurne ED, de Haan HA, Postel MG, et al, Web-Based Cognitive Behavioral Therapy for Female Patients With Eating Disorders: Randomized Controlled Trial, *J Med Internet Res*, 2015, 17(6):e152
59. Wagner G, Penelo E, Nobis G, et al, Predictors for good therapeutic outcome and drop-out in technology assisted guided self-help in the treatment of bulimia nervosa and bulimia like phenotype, *Eur Eat Disord Rev*, 2015, 23(2):163-9
60. Gulec H, Moessner M, Túry F, et al, A randomized controlled trial of an internet-based posttreatment care for patients with eating disorders, *Telemed J E Health*, 2014, 20(10):916-22.
61. von Brachel R, Hötzel K, Hirschfeld G, et al, Internet-based motivation program for women with eating disorders: eating disorder pathology and depressive mood predict dropout, *J Med Internet Res*, 2014, 16(3):e92
62. Hötzel K, von Brachel R, Schmidt U, et al, An Internet-based program to enhance motivation to change in females with symptoms of an eating disorder: a randomized controlled trial, *Psychol Med*, 2014, 44(9):1947-63
63. Högdahl L, Birgegård A, Björck C, How effective is bibliotherapy-based self-help cognitive behavioral therapy with Internet support in clinical settings? Results from a pilot study, *Eat Weight Disord*, 2013, 18(1):37-44
64. McClay CA, Waters L, McHale C, et al, Online cognitive behavioral therapy for bulimic type disorders, delivered in the community by a nonclinician: qualitative study, *J Med Internet Res*, 2013, 15(3):e46
65. ter Huurne ED, Postel MG, de Haan HA, et al, Web-based treatment program using intensive therapeutic contact for patients with eating disorders: before-after study, *J Med Internet Res*, 2013, 15(2):e12
66. Fichter MM, Quadflieg N, Nisslmüller K, et al, Does internet-based prevention reduce the risk of relapse for anorexia nervosa?, *Behav Res Ther*, 2012, 50(3):180-90
67. Fichter MM, Quadflieg N, Lindner S, Internet-based relapse prevention for anorexia nervosa: nine- month follow-up, *J Eat Disord*, 2013, 1:23
68. Leung SF, Ma JL, Russell J, Enhancing quality of life in people with disordered eating using an online self-help programme, *J Eat Disord*, 2013, 1:9
69. Leung SF, Ma J, Russell J, Enhancing motivation to change in eating disorders with an online self-help program, *Int J Ment Health Nurs*, 2013, 22(4):329-39

70. Leung SF, Ma J, Russell J, Breaking the silence of eating disorders with the hope of an online self-help programme, *Contemp Nurse*, 2012, 40(2):245-57
71. Leung SF, Ma LC, Russell J, An open trial of self-help behaviours of clients with eating disorders in an online programme, *J Adv Nurs*, 2013, 69(1):66-76
72. Sánchez-Ortiz VC, House J, Munro C, et al, "A computer isn't gonna judge you": a qualitative study of users' views of an internet-based cognitive behavioural guided self-care treatment package for bulimia nervosa and related disorders, *Eat Weight Disord*, 2011, 16(2):93-101
73. Carrard I, Crépin C, Rouget P, et al, Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge eating disorder, *Behav Res Ther*, 2011, 49(8):482-91
74. Carrard I, Crépin C, Rouget P, et al, Acceptance and efficacy of a guided internet self-help treatment program for obese patients with binge eating disorder, *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2011, 7:8-18
75. Sánchez-Ortiz VC, Munro C, Startup H, et al, The role of email guidance in internet-based cognitive-behavioural self-care treatment for bulimia nervosa, *Eur Eat Disord Rev*, 2011, 19(4):342-8
76. Carrard I, Fernandez-Aranda F, Lam T, et al, Evaluation of a guided internet self-treatment programme for bulimia nervosa in several European countries, *Eur Eat Disord Rev*, 2011, 19(2):138-49
77. Pretorius N, Rowlands L, Ringwood S, et al, Young people's perceptions of and reasons for accessing a web-based cognitive behavioural intervention for bulimia nervosa, *Eur Eat Disord Rev*, 2010, 18(3):197-206
78. Fernández-Aranda F, Núñez A, Martínez C, et al, Internet-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: a controlled study, *Cyberpsychol Behav*, 2009, 12(1):37-41
79. Nevenon L, Mark M, Levin B, et al, Evaluation of a new Internet-based self-help guide for patients with bulimic symptoms in Sweden, *Nord J Psychiatry*, 2006, 60(6):463-8
80. Carrard I, Rouget P, Fernández-Aranda F, et al, Evaluation and deployment of evidence based patient self-management support program for Bulimia Nervosa, *Int J Med Inform*, 2006, 75(1):101-9
81. Simpson S, Knox J, Mitchell D, et al, A multidisciplinary approach to the treatment of eating disorders via videoconferencing in north-east Scotland, *J Telemed Telecare*, 2003, 9(1):37-8