



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



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διατροφικές διαταραχές στην εφηβική ηλικία και ποιος ο ρόλος της οικογένειας στην εμφάνιση και την αντιμετώπιση τους

ΦΙΛΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ – ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΣ

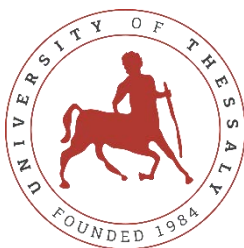
ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μπονώτης Κωνσταντίνος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιβλέπων Καθηγητής

Φωτουλάκη Μαρία, Καθηγήτρια Παιδιατρικής – Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Τμήμα Ιατρικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Καψωριτάκης Ανδρέας, Καθηγητής Παθολογίας – Γαστρεντερολογίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2025



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



DIPLOMA THESIS

**Eating disorders among adolescents and the role of the family in
their emergence and handling**

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά, τον επιβλέποντα καθηγητή κύριο Μπονότη Κωνσταντίνο για την καθοδήγησή του και την συμβολή του στην διεκπεραίωση της διπλωματικής μου εργασίας.

Περίληψη

Οι διατροφικές διαταραχές στην εφηβική ηλικία αποτελούν ένα σύνθετο φαινόμενο που συνδέεται με ψυχολογικούς, κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες. Η προσέγγιση για την αντιμετώπιση τους, απαιτεί μια ολιστική οπτική που λαμβάνει υπόψη τη σημασία της οικογενειακής υποστήριξης. Διαφορετικές διαταραχές, όπως η ψυχογενής ανορεξία, η βουλιμία και η διαταραχή υπερφαγίας αναλύονται μέσα από τη σύνδεση τους με τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή τους, ενώ ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη συμβολή της οικογένειας στη διαχείριση αυτών των καταστάσεων.

Πέρα από την κλασσική θεραπευτική προσέγγιση ανά διαταραχή, η ενεργή συμμετοχή των γονέων θεωρείται καθοριστική, καθώς η θεραπεία που βασίζεται στην οικογένεια (FBT) έχει αποδειχθεί μία από τις πιο αποδοτικές προσεγγίσεις για την αποκατάσταση της υγιεινής διατροφικής συμπεριφοράς στους εφήβους. Η FBT δομείται από πέντε θεμελιώδεις αρχές και αποτελείται από τρεις διαφορετικές φάσεις. Η συνεργασία των μελών της οικογένειας, η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των γονέων και η δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, συμβάλλουν σημαντικά στη διαδικασία της ανάρρωσης. Παράλληλα, αναδεικνύεται η ανάγκη για στρατηγικές που μειώνουν τη γονική κριτική και ενισχύουν τη θετική επικοινωνία μεταξύ γονέων και παιδιών.

Η ενσωμάτωση σύγχρονων εργαλείων, όπως η τηλεϊατρική και οι διαδικτυακές κοινότητες υποστήριξης, διευρύνει τις δυνατότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, ενισχύοντας την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Η κατανόηση των οικογενειακών προτύπων και η προσαρμογή τους στις ανάγκες του κάθε εφήβου αποτελεί το βασικό στοιχείο για την μακροπρόθεσμη υποστήριξη της ψυχικής και σωματικής υγείας.

Μέσα από μια συνδυαστική προσέγγιση που στηρίζεται στις δυναμικές της οικογένειας και τη χρήση πρακτικών εργαλείων, επιτυγχάνεται η αποκατάσταση της ευημερίας των εφήβων με διατροφικές διαταραχές και ενισχύεται η ικανότητα των οικογενειών να διαχειριστούν τις προκλήσεις με μεγαλύτερη επιτυχία.

Λέξεις κλειδιά: Διατροφικές διαταραχές, Ψυχογενής ανορεξία, Ψυχογενής βουλιμία, Διαταραχές υπερφαγίας, Θεραπεία βασισμένη στην οικογένεια .

Abstract

Eating disorders during adolescence represent a complex phenomenon linked to psychological, social and biological factors. Handling these issues requires a holistic approach that emphasizes the importance of family support. Different disorders, such as anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder, are analysed in connection to the factors contributing to their emergence with a particular focus on the family's role in managing these conditions.

Beyond the traditional therapeutic approach for each disorder, active parental involvement is considered crucial, as Family-Based Treatment (FBT) has been shown to be one of the most effective approaches for restoring healthy eating behavior in adolescents. FBT is structured around five fundamental principles and consists of three distinct phases. Collaboration among family members, boosting parental confidence and creating a supportive environment significantly contribute to the recovery process. At the same time, the need for strategies that reduce parental criticism and enhance positive communication between parents and children is highlighted.

The integration of modern tools, such as telemedicine and online support communities, expands the possibilities of access to healthcare services, enhancing the effectiveness of interventions. Understanding family dynamics and adapting them to meet the specific needs of each adolescent is a key factor in ensuring long term support for both mental and physical health.

Through a combined approach rooted in family standards and the use of practical tools, the well-being of adolescents with eating disorders can be restored, while families are better equipped to manage challenges successfully.

Keywords: Eating disorders, Anorexia nervosa, bulimia nervosa, Binge eating disorders, Family – based therapy(FBT).

Περιεχόμενα

Συντμήσεις	9
Γενικό μέρος.....	10
1. Διατροφικές διαταραχές	11
1.1 Διατροφικές διαταραχές και γενική υγεία	11
2. Κατηγορίες διατροφικών διαταραχών	13
2.1. Ψυχογενής ανορεξία	13
2.2. Ψυχογενής βουλιμία.....	14
2.3. Διαταραχή υπερφαγίας	14
2.4 Άτυπες διατροφικές διαταραχές (Διατροφικές διαταραχές που δεν προσδιορίζονται αλλιώς)	15
3. Αιτίες εμφάνισης διατροφικών διαταραχών στην εφηβεία.....	16
3.1. Βιολογικοί παράγοντες	16
3.2. Κοινωνικοί παράγοντες.....	16
3.3. Ψυχολογικοί παράγοντες.....	17
4. Ρυθμιστικά συστήματα πρόσληψης τροφής και ενεργειακής κατανάλωσης	19
5. Ορεξιογόνοι και ανορεξιογόνοι παράγοντες	20
5.1. Ορεξιογόνοι παράγοντες.....	20
5.2. Ανορεξιογόνοι παράγοντες	21
6. Θεραπευτική προσέγγιση	22
6.1. Ψυχογενής ανορεξία	22
6.2. Ψυχογενής βουλιμία	24
6.3. Διαταραχή υπερφαγίας.....	25
7. Οικογενειακά περιβάλλοντα και διατροφή	26
7.1. Κατηγοριοποίηση των οικογενειών	27
8. Θεραπεία βασισμένη στην οικογένεια (Family-Based Treatment, FBT)	29
8.1. Φάσεις της θεραπείας.....	29
8.2. Βασικές Αρχές της θεραπείας	30
8.2.1. Αγνωστική προσέγγιση της θεραπείας	31
8.2.2. Μη αυταρχική θεραπευτική στάση	32
8.2.3 Ενδυνάμωση των γονέων	33

8.2.4. Εξωτερίκευση της θεραπείας.....	34
8.2.5. Πραγματική προσέγγιση στη θεραπεία.....	35
9. Θεραπεία βασισμένη στην οικογένεια και διατροφικές διαταραχές.....	37
9.1. FBT και Ψυχογενής Ανορεξία (NA)	37
9.2. FBT και Ψυχογενής Βουλιμία (BN)	38
9.3. FBT και Άτυπες Διατροφικές Διαταραχές (EDNOS)	39
9.4. Επέκταση της θεραπείας που βασίζεται στην οικογένεια.....	39
9.5. Εξ αποστάσεως εφαρμογή μέσω τηλε-ιατρικής.....	40
9.6. Εντατική μορφή για μια ή πολλές οικογένειες.....	40
9.7. FBT για νεαρούς ενήλικες.....	40
9.8. Προσαρμογές των οικογενειακών θεραπειών με βάση τους συντονιστές των αποτελεσμάτων της θεραπείας	41
9.9. Πάροχοι υγειονομικής φροντίδας.....	42
10. Μελλοντικά βήματα	43
11. Συμπεράσματα	44
12. Βιβλιογραφία	46

Εισαγωγή

Κύριοι τύποι διατροφικών διαταραχών είναι η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία και η υπερφαγία. Οι διατροφικές διαταραχές στην εφηβική ηλικία αποτελούν ένα πολυδιάστατο ζήτημα και η εμφάνισή τους είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Εμφανίζονται παγκοσμίως ωστόσο είναι πιο συχνές στις δυτικές κοινωνίες και επηρεάζουν το 5- 10% των έφηβων κυρίως των γυναικών. Στην ψυχογενή ανορεξία οι πάσχοντες έχουν μια λαθεμένη εικόνα σώματος και υποβάλλονται σε μια εκούσια μείωση φαγητού η οποία προκύπτει από τον έντονο φόβο πρόσληψης βάρους. Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας τα οποία ακολουθούνται από αντισταθμιστικές συμπεριφορές όπως χρήση καθαρτικών ουσιών, έντονη άσκηση και αυτοπροκαλούμενο έμετο. Οι παραπάνω συμπεριφορές είναι αποτέλεσμα της έντονης ενοχής που νιώθει ο πάσχων λόγω της υπερβολικής κατανάλωσης τροφής. Τέλος, όπως στη ψυχογενή βουλιμία έτσι και στα επεισόδια υπερφαγίας το άτομο καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφής. Στην περίπτωση όμως των επεισοδίων υπερφαγίας το άτομο δεν εφαρμόζει μεταγενέστερες αντισταθμιστικές τεχνικές για την αποβολή των περιττών θερμίδων. Η αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση με τη συμβολή ενός συνόλου ειδικών με σκοπό την ανάρρωση του ατόμου. Έκτος, από τις κλασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις η FBT η θεραπεία δηλαδή που βασίζεται στην οικογένεια φαίνεται να αποτελεί μια από τις πιο αποτελεσματικές προσεγγίσεις. Η δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, η εκπαίδευση της οικογένειας και η ενθάρρυνση των ατόμων που αντιμετωπίζουν κάποια διατροφική διαταραχή από την οικογένεια αποτελεί βασικό πυλώνα της θεραπείας η οποία έχει ως στόχο την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας του πάσχοντα.

Συντμήσεις

Σύντμηση	Ονομασία
AN	Ψυχογενής ανορεξία
BN	Ψυχογενής βουλιμία
EDNOS	Διατροφικές διαταραχές που δεν προσδιορίζονται αλλιώς
CBT	Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία
FBT	Θεραπεία βασισμένη στην οικογένεια
EDE	Δείκτης διατροφικής διαταραχής
CRT	Θεραπεία γνωστικής αναδόμησης
ED	Διατροφική διαταραχή
RCT	Τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές
SFT	Συστημική οικογενειακή θεραπεία
AFT	Ατομική θεραπεία εστιασμένη στον έφηβο
IPC	Εντατική μέθοδος καθοδήγησης γονέων

Γενικό μέρος

1. Διατροφικές διαταραχές

Οι διατροφικές διαταραχές είναι διαταραχές που επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται, διαχειρίζεται και σχετίζεται με την τροφή και το σωματικό του βάρος. Αποτελούν περίπλοκες καταστάσεις που συνήθως χαρακτηρίζονται από ακραίες και επίμονες αλλαγές στη διατροφική συμπεριφορά και συνδέονται στενά με ψυχολογικούς, βιολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Είναι πλέον αρκετά συχνές και επηρεάζουν το 5-10 % των νέων και κυρίως τις γυναίκες (πίνακας 1), με περισσότερους από 50% να έχουν μια ασθένεια που επιμένει για περισσότερα από 5 χρόνια. Οι κύριες διατροφικές διαταραχές είναι η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία και η υπερφαγία. Οι διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με την υπερφαγία κυριαρχούν πλέον, αλλά η ψυχογενής ανορεξία είναι η σοβαρότερη. Σήμερα έχουν εισαχθεί και νέες κατηγορίες διατροφικών διαταραχών, όπως η διαταραχή αποφυγής/περιορισμένης πρόσληψης φαγητού, το σύνδρομο *pica* και η διαταραχή αναμασήματος. Γενετικοί παράγοντες σχετιζόμενοι με τη διατροφή ή με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ή υποτροπής [1]. Παρά τη στερεοτυπική αντίληψη, το 80 έως 85% των ατόμων με διατροφικές διαταραχές δεν είναι λιποβαρή, ωστόσο διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για σωματικά προβλήματα λόγω υποσιτισμού (πχ καρδιολογικά προβλήματα), υπερφαγίας (πχ κίνδυνος διαβήτη), καθαρτικών ουσιών (πχ διαταραχές ηλεκτρολυτών) και ψυχολογικών διαταραχών, φτάνοντας ακόμα και στην αυτοκτονία.

Οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται παγκοσμίως. Ωστόσο, είναι περισσότερο διαδεδομένες στις δυτικές κοινωνίες, που προωθούν συγκεκριμένα πρότυπα σώματος, ειδικά σε ό,τι αφορά τις γυναίκες. Καθώς οι δυτικές αξίες διαδίδονται μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και εκτός δύσης, όλο και περισσότεροι άνθρωποι προσπαθούν να συμμορφώνονται με τα νέα πρότυπα. Εντός της ίδιας κοινωνίας από την άλλη, τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί αύξηση των διαταραχών στους άνδρες. Η εθνικότητα και η κοινωνική τάξη δεν δείχνουν να συνδέονται άμεσα με μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης των διαταραχών που συνδέονται με την τροφή.

Διάφορες θεωρίες έχουν αναπτυχθεί για τα αίτια που προκαλούν αυτές τις διαταραχές, όμως ακόμα δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις για την προέλευση τους. Φαίνεται να οφείλονται σε ένα συνονθύλευμα παραγόντων, όπως οι κοινωνικοπολιτικοί, οι βιολογικοί και οι ψυχολογικοί. Ωστόσο, η έρευνα εμποδίζεται λόγω της χαμηλής συχνότητας τους. Επίσης, η διάγνωση καθυστερεί αρκετά, λόγω της συχνής ντροπής που νιώθουν οι ασθενείς να την αποκαλύψουν ή λόγω της άγνοιας για τις τρέχουσες θεραπείες. Έτσι, οι τελευταίες έρευνες εστιάζουν περισσότερο στην ελαχιστοποίηση των παραγόντων που τις γιγαντώνουν [2].

Πίνακας 1: Ποσοστά διατροφικών διαταραχών στα δυο φύλα

Διατροφικές Διαταραχές	women	Men
Νευρική Ανορεξία	0.9%	0.3%
Νευρική Βουλιμία	1.5%	0.5%

1.1 Διατροφικές διαταραχές και γενική υγεία

Η ύπαρξη αυτών των διαταραχών έχει πολλές και σοβαρές επιπτώσεις στη γενική υγεία του ασθενούς, καθώς επηρεάζουν αισθητά όσο σε ψυχικό όσο και σε σωματικό επίπεδο. Όσον αφορά το συναισθηματικό και ψυχικό επίπεδο, οι ασθενείς με αυτές τις διαταραχές συχνά εμφανίζουν επεισόδια κατάθλιψης και αγχώδεις συμπεριφορές. Εκδηλώνουν έντονα συναισθήματα αυτομομφής, ντροπής και άγχους σχετικά με την εικόνα τους και την υπερβολική ή την ελλιπή κατανάλωση φαγητού όπου φαινομενικά δείχνουν να ελέγχουν. Επίσης, ο συνεχής έλεγχος του βάρους, η καταμέτρηση θερμίδων και οι αυστηρές διατροφικές συνήθειες, προκαλούν εμμονικές συμπεριφορές, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο που εντείνει το άγχος και την απομόνωση. Τέλος, η προσκόλληση στη διατροφή και το βάρος, σε συνδυασμό με την ψυχολογική επιβάρυνση, επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνική ζωή και την απόδοση στη δουλειά ή τις σπουδές [2,3].

Σε σωματικό επίπεδο οι παθήσεις αυτές δημιουργούν μεταξύ άλλων καρδιαγγειακά προβλήματα. Πιο συγκεκριμένα, η ανεπαρκής πρόσληψη θερμίδων και θρεπτικών συστατικών, ειδικά στην ανορεξία, δημιουργεί ανωμαλία στον καρδιακό ρυθμό, προκαλώντας βραχυκαρδία και υπόταση. Άλλες διαταραχές έχουν επιπτώσεις στα νεφρά, καθώς ο εμετός και η κατάχρηση καθαρτικών προκαλούν έντονη απώλεια ηλεκτρολυτών, ενώ κάποιες προκαλούν γαστρεντερικές και ορμονικές ανωμαλίες [2]. Τέλος, η ανεπαρκής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών επηρεάζει τη νοητική λειτουργία και το ανοσοποιητικό σύστημα προκαλώντας μειωμένη διανοητική λειτουργία ή κάνοντας το σώμα ευάλωτο σε λοιμώξεις αντίστοιχα. Στις νεαρότερες ηλικίες δε, διαταραχές όπως η ψυχογενής βουλιμία μπορεί να οδηγήσουν σε οστεοπόρωση (πίνακας 2) [2].

	AN	BN
Ευρήματα φυσικής εξέτασης	Ξηροδερμία, σχηματισμός τριχών lanugo (μόνο με σοβαρή απώλεια βάρους), ακροκυάνωση, αλωπεκία, χαμηλή θερμοκρασία σώματος, αφυδάτωση, επιβράδυνση της εφηβικής ανάπτυξης	Διάβρωση του οδοντικού σμάλτου, διεύρυνση παρωτίδας/σιελογόνων αδένων, ουλές στο δέρμα του πίσω μέρους του χεριού που προκύπτουν από την πρόκληση του αντανακλαστικού φίμωσης, αφυδάτωση
Καρδιαγγειακό σύστημα	Βραδυκαρδία, ανωμαλίες ΗΚΓ, οίδημα (πριν ή κατά τη διάρκεια της επανατροφοδότησης)	Διαταραχές του ΗΚΓ (καρδιακή αρρυθμία, παρατεταμένο διάστημα QT)
Γαστρεντερικό σύστημα	Διαταραχή της γαστρικής κένωσης, παγκρεατίτιδα, Λευκοκυτταροπενία, θρομβοπενία	Οισοφαγίτιδα, παγκρεατίτιδα, καθυστερημένη γαστρική κένωση
Αίμα	Θρομβοπενία, αναιμία Υποκαλιαιμία, υπονατρία, υπομαγνησιαμία, υπασβεστιαμία, υποφωσφαταιμία (κατά τη διάρκεια της επανασίτισης), χαμηλά επίπεδα γλυκόζης, AST↑, ALT↑ (με σοβαρή νηστεία ή έναρξη επανασίτισης), χοληστερόλη ↑	Υπογλυκαιμία, υπονατρία, υπομαγνησιαμία (που προκαλείται από διάρροια), υπασβεστιαμία, μεταβολική αλκάλωση (σε περίπτωση σοβαρής κάθαρσης), μεταβολική οξέωση (σε περίπτωση σοβαρής κατάχρησης καθαρτικών)

Πίνακας 2: Μεταβολές που προκαλούνται από διατροφικές διαταραχές

2.Κατηγορίες διατροφικών διαταραχών

1. Ψυχογενής ανορεξία

Η ψυχογενής ανορεξία (Anorexia Nervosa, AN) είναι η διαταραχή κατά την οποία ο ασθενής διατηρεί το βάρος του όσο το δυνατόν χαμηλότερο ελέγχοντας το συνολικό ενεργειακό ισοζύγιο. Αυτό επιτυγχάνεται κυρίως μέσω του περιορισμού της τροφής. Ορισμένα άτομα εκδηλώνουν συμπεριφορές που μειώνουν την πρόσληψη ενέργειας και αυξάνουν την ενεργειακή δαπάνη, όπως η λήψη φαρμάκων, η έκθεση σε κρύο, το φτύσιμο του φαγητού και η έντονη άσκηση [2]. Το χαμηλό βάρος ορίζεται ως λιγότερο από το ελάχιστο του φυσιολογικού στους ενήλικες ή ως το ελάχιστο αναμενόμενο σε νεότερες ηλικίες. Για τους ενήλικες, ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) είναι μικρότερος από 18.5. Για τα παιδιά και τους νέους σημαίνει ΔΜΣ κάτω από το 5^ο εκατοστημόριο [2,5].

Πολλοί ασθενείς έχουν κακή εικόνα της κατάστασής τους και δεν θεωρούν τους εαυτούς τους άρρωστους. Σε άλλες περιπτώσεις κυριαρχεί μυστικότητα σχετικά με τα συμπτώματα και την απώλεια βάρους. Αυτή η έλλειψη σαφήνειας μπορεί να έχει επιπτώσεις στη θεραπεία, καθώς είναι πιθανό να καθυστερήσει το χρονικό διάστημα μεταξύ της εμφάνισης της ασθένειας και της διάγνωσης από τον γιατρό. Το μεσοδιάστημα αυτό μπορεί να είναι δείκτης κακής πρόγνωσης. Στη διαταραχή αυτή, η οικογένεια και ο κοινωνικός περίγυρος διαδραματίζουν έναν βασικό ρόλο, καθώς παρατηρούν ότι ο ασθενής χάνει βάρος, γίνεται ευερέθιστος και αποσύρεται από τις κοινωνικές συναναστροφές (π.χ. στη διάρκεια των εκδηλώσεων που περιλαμβάνουν φαγητό). Συχνά, μπορεί να γίνουν επιλεκτικοί ως προς το φαγητό και επιλέγουν να προετοιμάσουν τα γεύματά τους, λέγοντας ότι δεν πεινούν ή ότι έχουν φάει ή εκφράζοντας μια απέχθεια για το φαγητό που κάποτε απολάμβαναν. Μπορεί να αναπτύξουν ασυνήθιστες συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατανάλωση φαγητού, όπως το να χρησιμοποιούν πάντα τα ίδια μαχαιροπίρουνα, το να τρώνε συγκεκριμένες ώρες ή το να κομματιάζουν το φαγητό σε μικρά κομμάτια. Άλλες συμπεριφορές που παρατηρούνται είναι ο εμμονικός έλεγχος του βάρους τους με τακτικό ζύγισμα ή επίβλεψη στον καθρέφτη [2,5].

Η ενασχόληση με το φαγητό και το βάρος σχετίζεται με την επιδίωξη αδυνατίσματος – ή μετέπειτα – με τον φόβο για αύξηση βάρους. Οι ασθενείς έχουν σε γενικές γραμμές χαμηλή αυτοεκτίμηση και κίνητρο για τελειότητα, με αποτέλεσμα να προσπαθούν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους μέσω της διατροφής. Κάποιοι ακόμα πιστεύουν, ότι δεν αξίζουν να φάνε ή ακόμα και ότι οι συμπεριφορές τους θα οδηγήσουν σε αυξημένη ευτυχία ή αυτοεκτίμηση και θα επηρεάσουν θετικά τον τρόπο με τον οποίο τους αντιλαμβάνονται οι άλλοι. Η κατανόηση του ψυχολογικού υποβάθρου για τη διαταραχή αυτή δεν είναι ολοκληρωμένη πλήρως, καθώς πολλές φορές οι νέες γενιές δυσκολεύονται να διατυπώσουν γιατί περιορίζουν το φαγητό τους [2,5].

1.2. Ψυχογενής βουλιμία

Η ψυχογενής βουλιμία (Bulimia Nervosa, BN) από την άλλη, χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενη υπερφαγία, ακραία συμπεριφορά ελέγχου βάρους και υπερβολική ανησυχία για το σχήμα και το βάρος του σώματος. Κατά τη διαταραχή αυτή, ο ασθενής καταναλώνει μεγάλες ποσότητες φαγητού που συνοδεύονται από μια αίσθηση απώλειας ελέγχου εκείνη τη στιγμή. Είναι συχνότερη της ψυχογενούς ανορεξίας, αλλά μικρότερης σοβαρότητας [2,5].

Η διαταραχή αυτή αρχίζει συνήθως στο τέλος της εφηβείας ή στην αρχή της ενηλικίωσης. Συνήθως ξεκινάει με τον ίδιο τρόπο όπως η ψυχογενής ανορεξία (απώλεια βάρους, βιώνεται θετικά), αλλά μετά από μερικούς μήνες ή χρόνια, ο διατροφικός περιορισμός διακόπτεται από επαναλαμβανόμενες υπερβολές με απώτερο φόβο την αύξηση βάρους. Οι υπερβολές συνοδεύονται από αντισταθμιστικές συμπεριφορές, στις περισσότερες περιπτώσεις αυτοπροκαλούμενο εμετό και χρήση καθαρτικών ουσιών. Οι ασθενείς αυτοί συνηθίζουν να κρατούν κρυφό το πρόβλημα για πολλά χρόνια, καθώς η διαφορά στην εμφάνισή τους δεν είναι συνήθως αξιοσημείωτη και συχνά μπορούν να τρώνε κανονικά δημόσια. Οι περισσότεροι μάλιστα, καθυστερούν να ζητήσουν βοήθεια λόγω της ντροπής που σχετίζεται με αυτό τον τρόπο διατροφής ή λόγω της έλλειψης επίγνωσης των διαθέσιμων θεραπευτικών μεθόδων. Μόλις αναπτυχθεί πλήρως, η ψυχογενής βουλιμία τείνει να διαιωνίζεται σε μεγάλο βαθμό με σοβαρές επιπτώσεις στη διάθεση, την αυτοεκτίμηση και τις κοινωνικές σχέσεις [2].

1.3. Διαταραχή υπερφαγίας

Τα άτομα με διαταραχή υπερφαγίας καταναλώνουν τακτικά μεγάλες ποσότητες φαγητού σε μια δεδομένη περίοδο, συνοδευτικά με αίσθηση απώλειας ελέγχου. Ωστόσο, δεν νηστεύουν ούτε χρησιμοποιούν άλλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές σε σημαντικό βαθμό. Η διαταραχή αυτή συνοδεύεται από σημαντική αγωνία και μπορεί να περιλαμβάνει υψηλά επίπεδα ενοχής και ντροπής, κρυφό φαγητό και φαγητό παρά το γεγονός ότι δεν πεινάει ο ασθενής. Πολλά άτομα, λοιπόν, με διαταραχή υπερφαγίας, μπορεί να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα, αλλά όχι όλα. Η διαταραχή υπερφαγίας είναι συνηθισμένη μεταξύ των ασθενών που παραπέμπονται για βαριατρικό χειρουργείο [2,3]. Με την πλειοψηφία των ασθενών να είναι μεσήλικες και το ένα τρίτο άνδρες, δείχνει να υποχωρεί και να υποτροπιάζει ανά περιόδους που συχνά διαρκούν πολλούς μήνες με ή χωρίς τη διαταραχή. Η αντιμετώπισή της συνίσταται στην καταπολέμηση της επιθυμίας για τροφή και όχι στην απώλεια βάρους, καθώς αυτό θα σήμαινε μεγαλύτερα επίπεδα υπερφαγίας.

2.4 Άτυπες διατροφικές διαταραχές (Διατροφικές διαταραχές που δεν προσδιορίζονται αλλιώς)

Ορισμένοι ασθενείς εμφανίζονται στις κλινικές με χαρακτηριστικά ψυχογενούς βουλιμίας ή ψυχογενούς ανορεξίας συνδυασμένα με τέτοιο τρόπο που η πλήρης διάγνωση καθίσταται πρακτικά αδύνατη. Δεν υπάρχει συναίνεση για το πώς μπορούν να υποδηλωθούν αυτά τα συμπτώματα και συχνά αναφέρονται ως άτυπες διατροφικές διαταραχές ή διατροφικές διαταραχές που δεν προσδιορίζονται διαφορετικά (EDNOS) ή σαν άλλες καθορισμένες διαταραχές σίτισης ή διατροφής (OSFED) , παρόλο που είναι πιο συχνές από τις κλασικές διαταραχές. Οι διαφορετικοί ορισμοί προκύπτουν από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM). Η ορολογία και τα κριτήρια έχουν αλλάξει με την πάροδο των ετών στο πλαίσιο του DSM, με το DSM-V πλέον να κυριαρχεί. Με την εισαγωγή των διατροφικών διαταραχών υπερφαγίας στο DSM-V οι άτυπες διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνουν πλέον και αυτές τις περιπτώσεις. Στη γενική αυτή κατηγορία περιλαμβάνονται και το σύνδρομο νυχτερινής διατροφής και η διαταραχή καθαρισμού. Όλες αυτές οι περιπτώσεις μοιράζονται την ίδια ανησυχία για το φαγητό , το σχήμα και το βάρος και την ίδια τάση για ακραία και επίμονη δίαιτα ή ακόμα και διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά .Οι άτυπες διατροφικές διαταραχές δεν περιλαμβάνουν το σύνδρομο *pica*, τη διαταραχή μηρυκασμού και τη διαταραχή αποφυγής περιοριστικής πρόσληψης τροφής, στις οποίες οι ανησυχίες για το βάρος και το σχήμα δεν αποτελούν χαρακτηριστικά[2,5].

Οι περισσότεροι ασθενείς με άτυπη διατροφική διαταραχή είναι γυναίκες, και είναι από 20 έως 30 ετών .Κάποιοι έχουν ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας , ψυχογενούς βουλιμίας ή και των δύο, ή θα αναπτύξουν μια τυπική διατροφική διαταραχή , αντανakλώντας τη διαγνωστική μετανάστευση που είναι κοινή μεταξύ των διατροφικών διαταραχών. Οι διαταραχές αυτές είναι, επίσης, κοινές σε ασθενείς με άλλες πρωτογενείς διαγνώσεις ψυχικής υγείας.

2. Αιτίες εμφάνισης διατροφικών διαταραχών στην εφηβεία

3.1. Βιολογικοί παράγοντες

Οι βιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών στην εφηβεία περιλαμβάνουν τις ορμονικές αλλαγές, τη γενετική προδιάθεση και τις νευροβιολογικές διεργασίες που επιδρούν στη συμπεριφορά, την αυτοεικόνα και την αντίληψη της τροφής. Αυτοί οι παράγοντες διαμορφώνουν ένα ευάλωτο πλαίσιο, που σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών.

Κατά την εφηβεία, η αύξηση των ορμονών, όπως τα οιστρογόνα, η αυξητική ορμόνη, η κορτιζόλη, η γκρελίνη, η λεπτίνη και η τεστοστερόνη επηρεάζουν σημαντικά τόσο το σώμα όσο και την ψυχική υγεία. Η αλλαγή στα επίπεδα των ορμονών αυτών σχετίζεται με συναισθηματική ευαισθησία και ενίσχυση της εστίασης στην αυτοεικόνα. Για παράδειγμα, οι έφηβοι που βλέπουν αλλαγές στη σωματική τους διάπλαση λόγω ορμονών μπορεί να ανησυχούν για το βάρος ή το σχήμα του σώματος, γεγονός που εντείνει την επιθυμία για έλεγχο μέσω της διατροφής [7,8].

Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι η γενετική μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην προδιάθεση για διατροφικές διαταραχές. Συγκεκριμένα, υπάρχουν ενδείξεις ότι άτομα με οικογενειακό ιστορικό διατροφικών διαταραχών έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης παρομοίων συμπτωμάτων. Η κληρονομικότητα συνδέεται με τάσεις για άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο διαταραχών όπως η ανορεξία και η βουλιμία.

Οι μελέτες γύρω από τη νευροβιολογία δείχνουν ότι η εφηβεία είναι περίοδος αναδιοργάνωσης του εγκεφάλου, ιδιαίτερα περιοχών που σχετίζονται με τη λήψη αποφάσεων, τον αυτοέλεγχο και την επιβράβευση. Στη περίπτωση των διατροφικών διαταραχών, ο εγκέφαλος μπορεί να ανταποκρίνεται υπερβολικά σε ερεθίσματα που συνδέονται με την τροφή ή το βάρος, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε εμμονή με το βάρος και την αυτοεικόνα [7].

2.2. Κοινωνικοί παράγοντες

Οι κοινωνικοί παράγοντες και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης διαδραματίζουν επίσης κρίσιμο ρόλο στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών στους εφήβους, καθώς ενισχύουν τις πιέσεις για συμμόρφωση με συγκεκριμένα πρότυπα ομορφιάς και σωματικής εμφάνισης. Αυτές οι επιρροές αλληλεπιδρούν με την ευαίσθητη φάση της εφηβείας, όπου οι έφηβοι συχνά αναζητούν επιβεβαίωση

και ταυτότητα, γεγονός που μπορεί να αυξήσει την επιρρέπεια τους σε αρνητικές σκέψεις για το σώμα τους [3,6].

Τα πολιτισμικά πρότυπα για το αδύνατο και γυμνασμένο σώμα επηρεάζουν άμεσα τους εφήβους ,οι οποίοι βλέπουν την εμφάνιση των πρώτων ως ιδανική. Αυτή η εξιδανίκευση, είναι ιδιαίτερα έντονη στα κορίτσια, τα οποία βιώνουν μεγαλύτερη πίεση για συμμόρφωση με το λεπτό ιδανικό, αλλά και στα αγόρια που πιέζονται για αυξημένη μυϊκότητα. Η σύγκριση με αυτά τα πρότυπα μπορεί να οδηγήσει σε απογοήτευση και χαμηλή αυτοεκτίμηση, εντείνοντας την ανάγκη για αυστηρές διατροφικές πρακτικές και ενισχύοντας τη δυσαρέσκεια για το σώμα. Επίσης, εκτίθενται καθημερινά σε ρετουσαρισμένες εικόνες που παρουσιάζουν μη ρεαλιστικές απεικονίσεις του ανθρώπινου σώματος, κυρίως μέσω πλατφορμών όπως το Instagram ή το TikTok. Η συνεχής σύγκριση με αυτές τις εικόνες αυξάνει την πίεση για απόκτηση ενός ιδανικού σώματος, ενισχύοντας αισθήματα ανασφάλειας και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Μελέτες δείχνουν ότι οι έφηβοι που κάνουν χρήση αυτών των πλατφορμών είναι πιθανότερο να υιοθετήσουν περιοριστικές διατροφικές πρακτικές ή ακόμα και να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές.

Επιπρόσθετα, οι απόψεις της οικογένειας και οι διαπροσωπικές σχέσεις παίζουν βασικό ρόλο στην εικόνα του σώματος που διαμορφώνει ο έφηβος, αφού συχνά οι συγκρίσεις με τα παραπάνω πρότυπα ομορφιάς, η εξωτερική εμφάνιση ως κριτήριο επιλογής από τον κοινωνικό περίγυρο και ο υπερβολικός έλεγχος μπορούν να αποδοθούν ως μοιραίοι συντελεστές στην ανάπτυξη και την εξέλιξη των διαταραχών αυτών. Επίσης η συχνή ενασχόληση με δίαιτες ή σχόλια για το βάρος από το οικογενειακό περιβάλλον συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης τέτοιων διαταραχών στους εφήβους [3,6].

2.3. Ψυχολογικοί παράγοντες

Τέλος, ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν αισθητά στην εμφάνιση διαταραχών που σχετίζονται με τη διατροφή στους εφήβους, καθώς αυτή η περίοδος της ζωής χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές και γνωστικές αλλαγές, οι οποίες επηρεάζουν την αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμηση [3,6].

Όπως προαναφέρθηκε, κατά την εφηβεία η αυτοεκτίμηση και η εικόνα που έχει ο εν δυνάμει ασθενής για το σώμα του διαμορφώνονται και επηρεάζονται έντονα από τον κοινωνικό περίγυρο και τα πρότυπα ομορφιάς. Οι έφηβοι που βιώνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση μπορεί να υιοθετήσουν επικίνδυνες διατροφικές πρακτικές για να αλλάξουν την εμφάνιση τους ή να επιδιώξουν την αποδοχή των άλλων. Η χαμηλή αυτή αυτοεκτίμηση αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για διατροφικές διαταραχές , αφού ενισχύει την εμμονή για το βάρος και το σώμα.

Το άγχος και η κατάθλιψη ακόμα, είναι ισχυροί δείκτες εμφάνισης. Οι έφηβοι που βιώνουν έντονο άγχος, είτε λόγω ακαδημαϊκής πίεσης είτε λόγω κοινωνικών σχέσεων, συχνά στρέφονται σε ελεγχόμενες διατροφικές πρακτικές ως μέσο διαχείρισης του άγχους τους. Παρόμοια, εκείνοι με καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πιθανότερο να αναπτύξουν βουλιμία ή διαταραχή υπερφαγίας, καθώς η διατροφή μπορεί να λειτουργήσει σαν συναισθηματική διαφυγή. Μάλιστα, η αναζήτηση ταυτότητας και η επιθυμία για ανεξαρτησία διαιωνίζουν το πρόβλημα αφού οι διαταραχές της διατροφής μπορούν να εμφανιστούν ως ένας τρόπος ελέγχου της ζωής τους και της αυτονομίας τους. Η εστίαση στον έλεγχο της διατροφής και του βάρους γίνεται ένας μηχανισμός για να επιτύχουν την αίσθηση του ελέγχου όταν άλλες πτυχές της ζωής τους φαίνονται ανεξέλεγκτες [3,6].

4.Ρυθμιστικά συστήματα πρόσληψης τροφής και ενεργειακής κατανάλωσης

Η ενεργειακή κατάσταση του σώματος, είναι καθοριστικός παράγοντας για την επιβίωση και την αναπαραγωγή. Ένα ενεργειακό έλλειμμα εξουδετερώνεται από την αύξησή της πρόσληψης τροφής, μιας συμπεριφοράς που συντονίζεται από τον εγκέφαλο. Μελέτες στις αρχές του 20^{ου} αιώνα έδειξαν ότι οι βλάβες του υποθαλάμου σε αρουραίους επηρέασαν την πρόσληψη τροφής οδηγώντας είτε σε παχυσαρκία είτε σε έντονη ψυχογενή ανορεξία, που τελικά προξένησε θάνατο. Έπειτα, δεκαετίες ερευνών ικανοποίησαν αυτό το εγχείρημα υπογραμμίζοντας την ύπαρξη νευρικών δικτύων που εμπλέκονται στη ρύθμιση της πρόσληψης της τροφής και του σωματικού βάρους [9].

Τα μονοπάτια που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά της σίτισης είναι δύο. Αρχικά, οι οδοί ανταμοιβής εμφανίζονται κυρίως στις κορτικολεμβικές περιοχές, ενώ οι ομοιοστατικές οδοί περιλαμβάνουν τον υποθάλαμο και το εγκεφαλικό στέλεχος. Οι κύριοι ρόλοι του ηδονικού συστήματος είναι η προώθηση της συμπεριφοράς αναζήτησης τροφής και η ανταμοιβή μετά από το γεύμα. Οι ομοιοστατικές οδοί από την άλλη, ενσωματώνουν τη μεταβολική ανατροφοδότηση σχετικά με τις αποθήκες ενέργειας σε μια κατάλληλη απόκριση σίτισης και προσαρμογή της ενεργειακής δαπάνης. Άλλοι νευροδιαβιβαστές που εμπλέκονται σε αυτές τις διαδικασίες είναι το γλουταμικό, ακετυλοχολίνη, η ντοπαμίνη, η σεροτονίνη και το γ-αμινοβουτυρικό οξύ. Η ανακάλυψη της λεπτίνης – ορμόνης που αυξάνεται παράλληλα με τη λιπώδη μάζα – απέδειξε ότι τα μεταβολικά σήματα από το σώμα ρυθμίζουν άμεσα τη δραστηριότητα των νευρωνικών κυττάρων που επηρεάζουν την πρόσληψη τροφής. Πέρα από τη λεπτίνη, το ενεργειακό πλεόνασμα ή έλλειμμα, σηματοδοτούνται στον εγκέφαλο μέσω υποστρωμάτων, ορμονών και προσαγωγών από διάφορα όργανα που εμπλέκονται στην επεξεργασία των θρεπτικών συστατικών. Όσον αφορά τα υποστρώματα, κατά τη διάρκεια της νηστείας πέφτουν και τα ελεύθερα λιπαρά οξέα (FFAs) και τα κετονοσώματα αυξάνονται. Η διεργασία συνοδεύεται από χαμηλά επίπεδα ινσουλίνης και λεπτίνης και αυξημένη γλυκαγόνη, αυξητική ορμόνη και κατεχολαμίνες. Επίσης, τα επίπεδα γαστρεντερικών ορμονών είναι χαμηλά στην κατάσταση νηστείας, εκτός από τη γκρελίνη, η οποία σηματοδοτεί την πείνα. Η μεταβολική υπογραφή της νηστείας παρέχει στον εγκέφαλο ανατροφοδότηση για την αποκατάσταση των επιπέδων ενέργειας μέσω της αναζήτησης τροφής. Η αντίθετη απόκριση εμφανίζεται στην κατάσταση κορεσμού και επαρκούς ενέργειας. Συνολικά, έχει αποδειχθεί ότι οι οδοί ανταμοιβής και ομοιόστασης μεταβάλλονται σε άτομα με παχυσαρκία, με πολλούς εμπλεκόμενους τελεστές και νευρωνικές οδούς [9][10].

5. Ορεξιογόνοι και ανορεξιογόνοι παράγοντες

Όπως προαναφέρθηκε, υπάρχει πολύ ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των ορέξεων, του εγκεφάλου (υποθαλάμου) και του εντέρου. Διάφορες νευρωνικές πεπτιδικές ορμόνες συνδέουν τον γαστρεντερικό σωλήνα με τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης. Έτσι, ο υποθάλαμος οδηγεί την έναρξη της έκκρισης ορισμένων τέτοιων ορμονών που διεγείρουν την όρεξη πριν από το φαγητό και την έκκριση ορμονών που την καταστέλλουν, μετά από το γεύμα. Ακόμα και η αίσθηση της οσμής, της αφής και της όρασης του φαγητού, ξεκινούν μια διαδικασία νευρο-ορμονικών απολήξεων, με άμεσο αποτέλεσμα την αύξηση της κινητικότητας του εντέρου. Μαζί οι ορεξιογόνοι και ανορεξιογόνοι παράγοντες είναι εξειδικευμένοι παράγοντες στον ενεργειακό μεταβολισμό, βρίσκοντας ή προσπαθώντας να βρουν μια ουδέτερη γενική ισορροπία σε ότι αφορά την εισαγωγή της τροφής και την παραγωγή ενέργειας.

5.1. Ορεξιογόνοι παράγοντες

Οι ορεξιογόνοι παράγοντες είναι ουσίες που διεγείρουν την όρεξη και αυτές οι ενώσεις θα μπορούσαν να αντιπροσωπεύονται από μια φυσική ορμόνη ή ένα φάρμακο. Οι ορεξιογονικές ορμόνες που παράγονται από τα σήματα ορεξιογονικών νευρώνων είναι νευροπεπτίδια όπως η γκρελίνη, η ορεξίνη (ορεξίνη Α και ορεξίνη Β) ή το νευροπεπτίδιο Υ (NPY) που ενισχύει την κατανάλωση τροφής έχοντας έμμεση επίδραση στην αύξηση βάρους. Επίσης, η γαλανίνη (GAL) και η μελανο-συγκεντρωτική ορμόνη (MCH) θεωρούνται πεπτίδια με ορεξιογονική δράση. Η χορήγηση ορεξιογόνων φαρμάκων βελτιώνει την όρεξη, με αποτέλεσμα την αύξηση βάρους και ίσως οφείλεται σε μια διαδικασία καταστολής των προφλεγμονοδών κυτοκινών. Πρέπει, ωστόσο, να αξιολογηθεί καλά και υπεύθυνα η δράση τους, καθώς κάποιες ενώσεις με διεγερτική δράση της όρεξης έχουν παρενέργειες όπως η θρόμβωση[11].

Η γκρελίνη ή λεανορελίνη (INN), το σημαντικότερο πεπτίδιο με ορεξιογόνο χαρακτήρα, είναι πεπτίδιο που παράγεται από κύτταρα που μοιάζουν με Α από το στομάχι και στον οργανισμό δρα ως πεπτική ορμόνη, έχοντας στη δομή της 28 αμινοξέα και στη σειρά 3 ακετυλιώνεται κυρίως με η-οκτανοϊκό οξύ. Παράγεται, επίσης, στον υπόκαμπο, στο πάγκρεας, στον πλακούντα, το έντερο και την υπόφυση. Η συγκέντρωση της γκρελίνης στο πλάσμα είναι μέγιστη πριν την πρόσληψη τροφής και μειώνεται εντός δύο ωρών μετά την πρόσληψη αυτής. Επίσης, η συγκέντρωσή της αυξάνεται σε περίπτωση ασιτίας ή υποσιτισμού. Η έντονη παρουσία της στο αίμα διεγείρει τη σύνθεση ου νευροπεπτιδίου Υ και της αγγειοσυσχετιζόμενης πρωτεΐνης (AgRP) στον υποθάλαμο, έχοντας ως αποτέλεσμα τη διέγερση της όρεξης και τελικά της πρόληψης τροφής, αρά ρυθμίζει την ενεργειακή ομοιόσταση. Σε μοριακό επίπεδο, στον υποθάλαμο, η γκρελίνη ενεργοποιεί την ενεργοποιημένη από AMP πρωτεϊνική κινάση που προκαλεί μείωση της συγκέντρωσης λιπαρών οξέων μακράς αλυσίδας σε

ενδοκυτταρικό επίπεδο. Υπάρχει ισχυρή μεταβολική σχέση μεταξύ των ορμονών ινσουλίνης και λεπτίνης[11].

5.2. Ανορεξιογόνοι παράγοντες

Οι ανορεξιογόνοι παράγοντες είναι ενώσεις που χαρακτηρίζονται από καταστολή της όρεξης. Οι πιο γνωστοί παράγοντες αντιπροσωπεύονται κυρίως από λεπτίνη και ορισμένα πεπτίδια όπως οι μελανοκορτίνες, που προέρχονται από POMC, μεταγραφή ρυθμιζόμενη από κοκαΐνη και αμφεταμίνες (CART), πεπτίδιο παρόμοιο με γαλανίνη (GALP) και παράγοντας απελευθέρωσης κορτικοτροφίνης (CRF) [11].

Η λεπτίνη αντιπροσωπεύει τη σημαντικότερη ορμόνη που προάγει τη μείωση κατανάλωσης της τροφής. Παράγεται από εξειδικευμένα κύτταρα του λιπώδους ιστού. Έχει 167 θέσεις αμινοξέων και μοριακή μάζα 16 kDa και είναι γνωστή ως «ορμόνη κορεσμού» ή «ανασταλτική ορμόνη πείνας» και βρίσκεται ως σύμβολο LEP, LEPDOB και OBS. Η λεπτίνη είναι ένας παράγοντας σηματοδότησης που στέλνει πληροφορίες στον υποθάλαμο για να μειώσει την πρόσληψη τροφής, ούσα αντίθετη με τη γκρελίνη ή άλλες ορεξιογονικές πεπτιδικές ορμόνες. Δρα στους υποδοχείς που βρίσκονται στον τοξοειδή πυρήνα του υποθαλάμου και μεσολαβούν στην όρεξη και στην ομοιόσταση της ενέργειας. Βρίσκεται, επίσης, στο αίμα των βρεφών που τρέφονται με ανθρώπινο μητρικό γάλα, ως αποτέλεσμα της παρουσίας λεπτίνης στο γάλα κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Ακόμη, έχει την ικανότητα να σηματοδοτεί τον εγκέφαλο, συμμετέχοντας στον μεταβολισμό των οστών. Με αυτό τον τρόπο αυξάνει το φλοιώδες οστό και μειώνει το σπογγώδες, έχοντας άμεση επίδραση στο μέγεθος του οστού και την αντίσταση του. Η ανεπάρκεια ή η χαμηλή κυκλοφορία της λεπτίνης του πλάσματος μεταβάλλουν τη νευρωνική λειτουργία επηρεάζοντας τις πρωτεΐνες του εγκεφάλου, οδηγώντας σε ανορεξία, κατάθλιψη ή άλλες ψυχικές ασθένειες όπως το Άλτσχάιμερ [11].

6. Θεραπευτική προσέγγιση

Υπάρχει μεγάλη αβεβαιότητα σχετικά με την ανταπόκριση των διατροφικών διαταραχών στη θεραπεία. Αυτό οφείλεται τόσο στις αιτιολογικές και παθογενετικές τους βάσεις όσο και στην ταξινόμηση, πορεία, επιπολασμό και την πρόγνυσή τους που υπόκεινται συνεχώς σε νέους ορισμούς. Όπως συζητήθηκε, είναι συνονθύλευμα διαφόρων ψυχολογικών και σωματικών παθολογιών. Σήμερα, το ψυχολογικό στοιχείο θεωρείται ο πυρήνας των διατροφικών διαταραχών, ενώ η βιολογική συνιστώσα θεωρείται απλώς η συνέπεια των διατροφικών αυτών ανωμαλιών. Ωστόσο, αυτή η θεωρία είναι σε κάποιο βαθμό αμφισβητήσιμη, καθώς ορισμένες σωματικές βλάβες εμπλέκονται στην ανάπτυξη ορισμένων πτυχών, συμβάλλοντας στη διατήρηση, την πρόγνωση και την ανταπόκρισή τους σε θεραπείες. Γενετικοί, βιολογικοί και κοινωνικοί έχουν θεωρηθεί ως πρωταρχικές αιτίες για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, αλλά πιθανώς είναι αποτελεσματικοί όταν τελικά δρουν όλοι μαζί ως ταυτόχρονη αιτία. Συνεπώς, οι διατροφικές διαταραχές πρέπει να αντιμετωπιστούν με πολυδιάστατα μοντέλα θεραπείας, σύμφωνα με την k.Halmi, που απαιτεί η σοβαρότητα της ασθένειας να καθορίζει την τελική θεραπεία[12][13].

6.1. Ψυχογενής ανορεξία

Για τη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας, τα βασικά στοιχεία είναι η ιατρική διαχείριση, η συμπεριφορική θεραπεία, η γνωστική θεραπεία και θεραπεία της οικογένειας. Η φαρμακοθεραπεία είναι στην καλύτερη περίπτωση συμπλήρωμα των άλλων θεραπειών σε αυτή τη διαταραχή, όπου η διατροφική αποκατάσταση και η αποκατάσταση βάρους είναι απαραίτητες. Η συμπεριφορική θεραπεία είναι χρήσιμη για τη διαχείριση της αύξησης βάρους και την πρόληψη της υπερφαγίας και του καθαρισμού. Η γνωστική θεραπεία αντιμετωπίζει τις παραμορφωμένες γνώσεις αίσθησης μεγάλου ποσοστού λίπους, αξιολογώντας την αυτοεκτίμηση αποκλειστικά από την εικόνα του σώματος. Η οικογενειακή θεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για παιδιά κάτω των 18 ετών. Η φλουοξετίνη μπορεί να αποτρέψει την υποτροπή σε ασθενείς που έχουν λάβει τουλάχιστον το 85% ενός φυσιολογικού βάρους. Τα άτυπα αντιψυχωσικά μπορεί να είναι χρήσιμα για τη μείωση του σοβαρού άγχους και την αύξηση του βάρους [13].

Τα προγράμματα διατροφικής αποκατάστασης, συνήθως χρησιμοποιούν συναισθηματική τροφή και ποικίλες συμπεριφορικές παρεμβάσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν έναν συνδυασμό συνηθειών που συνδέουν την άσκηση, την ανάπαυση στο κρεβάτι και προγραμματισμό φαγητού για τη στόχευση βάρους. Πολλά κέντρα χρησιμοποιούν για καλύτερη βραχυπρόθεσμη έκβαση ρινικό γαστρικό σωλήνα για τη χορήγηση τροφής, σε νοσηλευόμενα έφηβα κορίτσια. Ωστόσο, δεν υπάρχουν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές που να αποδεικνύουν την υπεροχή της σίτισης με ρινικό γαστρικό σωλήνα έναντι

της στοματικής σίτισης στη διατροφική αποκατάσταση, καθώς το ένα τρίτο εγκαταλείπει ή αποσύρεται των δοκιμών λόγω υποτροπών. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία μετά από αύξηση βάρους μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο υποτροπής[13].

Σε ό,τι αφορά τη γνωστική θεραπεία, γίνονται δύο βασικές υποθέσεις. Καταρχήν, η αποφυγή φαγητού είναι μια φοβία που καλείται τροφοφοβία και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται. Δεύτερον, εξυπηρετεί μια θετική οπτική, αποτελεί μια διαφυγή από απεχθή αναπτυξιακά ζητήματα και οδυνηρά γεγονότα της ζωής. Το πρώτο, λοιπόν, στοιχείο στη γνωστική θεραπεία είναι η γνωστική αναδιάρθρωση. Κατά την προσέγγιση αυτή, ο ασθενής υποβοηθάτε να εντοπίσει συγκεκριμένες αρνητικές σκέψεις, να απαριθμήσει τα στοιχεία ενάντια στις σκέψεις και σχηματίζοντας ένα αιτιολογημένο συμπέρασμα να διορθώσει τη συμπεριφορά του. Άλλο στοιχείο της γνωσιακής θεραπείας είναι η επίλυση των προβλημάτων. Κατά τη διαδικασία αυτή, κάθε ασθενής εντοπίζει ένα συγκεκριμένο πρόβλημα, αναπτύσσει διαφορετικές στρατηγικές, εξετάζει την πιθανή αποτελεσματικότητα και τη σκοπιμότητα του προβλήματος, επιλέγει την καλύτερη δυνατή στρατηγική, καθορίζει τα βήματα για την υλοποίηση της στρατηγικής, την πραγματοποιεί και τέλος αξιολογεί ολόκληρη τη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων. Τέλος, στη γνωσιακή θεραπεία χρησιμοποιείται το στοιχείο της παρακολούθησης, και οι ασθενείς καθημερινά διατηρούν αρχεία σημειώσεων για την πρόσληψη τροφής που καταναλώθηκε, το χρόνο κατάποσης και το περιβάλλον που έγινε η σίτιση. Τα αρχεία αυτά περιλαμβάνουν, επίσης, σημειώσεις για στατικά στοιχεία υπερφαγίας, σωματικής άσκησης διάθεσης και διαπροσωπικών δυσκολιών.

Σε ό,τι αφορά τη φαρμακοθεραπεία, η θεραπευτική προσέγγιση είναι περιορισμένη. Η κρυπτοεπταδίνη διευκολύνει την ανάπτυξη βάρους στην περιοριστική ψυχογενής ανορεξία και έχει αντικαταθλιπτική δράση. Η χλωροπροαζίνη ή η ολανζαπίνη μπορεί να μειώσουν τη σοβαρή ιδεοληψία, την ψυχαναγκαστική και ταραγμένη συμπεριφορά, της οποίας μια παρενέργεια είναι η αύξηση βάρους. Η φλουοξετίνη μπορεί να μειώσει την υποτροπή του βάρους και τις συμπεριφορές που ακολουθούν οι διατροφικές διαταραχές.

Συνολικά, οι γνώσεις φαρμακοθεραπείας για την ψυχογενής ανορεξία είναι περιορισμένες. Η αιτιολογία βασίζεται στην έλλειψη νέων τυχαιοποιημένων δοκιμών φαρμάκων. Δεύτερον οι ασθενείς δεν έχουν κίνητρο για θεραπεία. Αυτό φαίνεται από τα μεγάλα ποσοστά εγκατάλειψης. Τρίτο, οι ιατρικές επιπλοκές συχνά απαιτούν απόσυρση από τις δοκιμές και τέλος υπάρχουν πολύ μικρά δείγματα σε ολοκληρωμένες δοκιμές [2] [13].

6.2. Ψυχογενής βουλιμία

Η θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας είναι εξίσου πολυδιάστατη. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, η οποία μπορεί να διεξαχθεί ως ατομική ή ομαδική μορφή, έχει ψυχοεκπαιδευτική συνιστώσα και απαιτεί αυτοπαρακολούθηση. Άλλες τεχνικές είναι η γνωστική αναδιάρθρωση, η επίλυση προβλημάτων και αναλύσεις κόστους-οφέλους. Η συμπεριφορική θεραπεία σε αυτή την περίπτωση παρέχεται συνήθως σε συνδυασμό με τη γνωστική θεραπεία. Κατά τη θεραπεία αυτή, εφαρμόζεται συχνά περιορισμός της έκθεσης σε ερεθίσματα και αναπτύσσονται εναλλακτικές συμπεριφορές με τεχνικές πρόληψης της αντίδρασης εμετού. Η διαπροσωπική θεραπεία εστιάζει στις σχέσεις και κατηγοριοποιεί τα είδη προβλημάτων στις κοινωνικές σχέσεις. Φαρμακευτικά σκευάσματα, όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα, καθώς μειώνουν τα επεισόδια υπερφαγίας και έχουν λιγότερες συνέπειες από τα κλασικά αντικαταθλιπτικά[2] [13].

Μέχρι σήμερα η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) θεωρείται η πιο αποτελεσματική μέθοδος. Σε 35 ελεγχόμενες μελέτες, το 40-50% των ασθενών σταμάτησε τα επεισόδια υπερφαγίας και κάθαρσης μέσα σε 16-20 εβδομάδες, ενώ σε 70 έως 95% των περιπτώσεων, παρατηρήθηκε μείωση τέτοιων συμπεριφορών. Τέλος, ένα 30% παρουσίασε πλήρη ανάκαμψη σε διάστημα ενός έτους.

Όσον αφορά τη διατροφή, διάφορα προγράμματα που περιλαμβάνουν διατροφική συμβουλευτική υφίστανται. Η αποκατάσταση αυτή στοχεύει στην καθιέρωση τακτικών, μη υπερφαγικών γευμάτων και στη διερεύνηση της ποικιλίας μακροθρεπτικών συστατικών, διορθώνοντας ακόμα και πιθανές ελλείψεις.

Η διαπροσωπική θεραπεία από την άλλη, μπορεί να έχει θετική επίδραση, αλλά η ψυχοδυναμική θεραπεία έχει μικρότερα αποτελέσματα σε σύντομο χρόνο δοκιμές. Ο συνδυασμός ατομικών και ομαδικών συνεδρίων είναι προτιμότερος από πολλές θεραπείες. Τα θεραπευτικά βιβλία αυτοβοήθειας, αν και υποσχόμενα απαιτούν πιο εξονυχιστική έρευνα. Επιπλέον, η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία εστιάζει στη ρύθμιση των συναισθημάτων, με μια μελέτη να δείχνει βελτιώσεις.

Στη φαρμακευτική αγωγή, αντικαταθλιπτικά όπως η φλουοξετίνη (60 mg/ ημέρα) είναι η πρώτη επιλογή λόγω της αποτελεσματικότητας και του προφίλ ασφαλείας τους. Σε περίπτωση αποτυχίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί πληθώρα άλλων αντικαταθλιπτικών. Η θεραπεία πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 6 μήνες. Άλλα φάρμακα όπως η ονδανσετρόνη και η τοπιραμάτη έχουν περιορισμένα αποτελέσματα και η χρήση τους συνδέεται με σοβαρές παρενέργειες. Σε συνδυασμό με τη CBT θεραπεία, η φαρμακευτική αγωγή δίνει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα, αφού η βουλιμία ανταποκρίνεται καλύτερα στην τελευταία αλλά η αντικαταθλιπτική αγωγή βελτιώνει αισθητά τη διάθεση και το άγχος[13].

6.3. Διαταραχή υπερφαγίας

Η διαταραχή υπερφαγίας διαφέρει από τη βουλιμία στην έλλειψη αντισταθμιστικών συμπεριφορών όπως ο εμετός, η υπερβολική άσκηση ή η αυστηρή δίαιτα. Οι μέθοδοι, ωστόσο, που εφαρμόζονται είναι αντίστοιχες με αυτές τις βουλιμίας. Οι ασθενείς φαίνεται να ανταποκρίνονται θετικά στη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και στα αντικαταθλιπτικά χάπια.

Ελεγχόμενες δοκιμές με διπλή τυφλή μέθοδο με κοινά αντικαταθλιπτικά όπως η δεσιπραμίνη, η φλουβοξαμίνη, η φλουοξετίνη, η σερτραλίνη και η σιταλοπράμη, μειώνουν τα επεισόδια υπερφαγίας και οδηγούν σε απώλεια βάρους. Επιπλέον, φάρμακα όπως η φαιντοίνη και η τοπιραμάτη έχουν αποδειχθεί πιο αποτελεσματικά από τα placeboφάρμακα. Η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να εξετάζει ως επιλογή σε όλες τις περιπτώσεις και όχι μόνο όταν συντρέχουν ταυτόχρονα και διαταραχές διάθεσης. Συνιστάται η δοκιμή φαρμάκων όπως οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs). Ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις ίσως χρειαστούν να γίνουν τρεις δοκιμές για να βρεθεί η βέλτιστη θεραπεία, η επιλογή φαρμάκου πρέπει να βασίζεται στις συννοσηρότητες του ασθενούς και τις προτιμήσεις σχετικά με τις πιθανές παρενέργειες. Σε ό,τι αφορά τη δοσολογία, οι δόσεις πρέπει να είναι αντίστοιχες με άλλες ενδείξεις, και η διάρκεια της θεραπείας να είναι παρόμοια με αυτή της βουλιμίας ή ακόμα και της μείζονος κατάθλιψης. Σε ιδιαίτερες περιπτώσεις, η θεραπεία συνεχίζεται και επ' αόριστον [13].

Ειδικό μέρος

7. Οικογενειακά περιβάλλοντα και διατροφή

Όπως προαναφέρθηκε, η οικογένεια παίζει καθοριστικό ρόλο στη ζωή των εφήβων, καθώς αποτελεί το πρώτο και βασικό περιβάλλον στο οποίο διαμορφώνουν την προσωπικότητά τους. Σε αυτή την κρίσιμη φάση της ζωής τους, οι έφηβοι αναζητώντας αυτονομία και ταυτότητα λαμβάνουν ερεθίσματα από το οικογενειακό περιβάλλον και σκιαγραφούν τον χαρακτήρα τους, ακόμα και λαμβάνοντας αρνητικό αντίκτυπο πολλές φορές.

Το κοινωνικό περιβάλλον μέσα στις οικογένειες έχει για χρόνια αποτελέσει αντικείμενο μελέτης στις θεωρίες και τις θεραπείες για διατροφικές διαταραχές. Αρχικά η ανορεξία θεωρούνταν ψυχοσωματική διαταραχή, με την υπόθεση ότι οι οικογενειακές αλληλεπιδράσεις συνέβαλαν στην εμφάνιση και τη διατήρησή της. Σύμφωνα με τον Minuchin και κατά το διαρθρωτικό μοντέλο οικογένειας που υπέδειξε, δίνεται έμφαση σε διάφορα χαρακτηριστικά όπως η υπερβολική σύνδεση, η υπερπροστατευτικότητα (υπερβολική ασφάλεια για τα μέλη), η αδυναμία προσαρμογής στις αλλαγές και τα επίπεδα σύγκρουσης. Παρόλο που αυτές οι πρώιμες θεωρίες βασίζονταν κυρίως σε υποκειμενικές κλινικές παρατηρήσεις και έχουν σε μεγάλο βαθμό καταρριφθεί, η έρευνά του εξετάζει εάν οι διαφορές στις οικογενειακές αλληλεπιδράσεις χαρακτηρίζουν οικογένειες παιδιών με διατροφικές διαταραχές συγκριτικά με άλλες ή εάν υπάρχουν μοτίβα αλληλεπίδρασης που σχετίζονται με διαφορετικούς τύπους διαταραχών όπως η ανορεξία και η βουλιμία [15] [16].

Αρκετές μελέτες έχουν ζητήσει από τους εφήβους και τους γονείς τους να αναφέρουν τις αντιλήψεις τους για την οικογένεια χρησιμοποιώντας έγκυρα εργαλεία αξιολόγησης όπως η συσκευή οικογενειακής αξιολόγησης (FamilyAssessmentDevice–FAD), η κλίμακα οικογενειακού περιβάλλοντος (FamilyEnvironmentScale–FES) και η κλίμακα αξιολόγησης προσαρμοστικότητας και συνοχής οικογένειας (FamilyAdaptabilityandCohesionEvaluationScale–FACES). Ωστόσο, δεν έχει βρεθεί κάποιο συνεπές μοτίβο αλληλεπιδράσεων που να συνδέεται αποκλειστικά με συγκεκριμένες διατροφικές διαταραχές. Για παράδειγμα, δεν υπάρχει σαφής ένδειξη– ακόμα τουλάχιστον – ότι οι οικογένειες με παιδί που πάσχει από ανορεξία εμφανίζουν περισσότερες συγκρούσεις σε σχέση με οικογένειες με παιδί που πάσχει από βουλιμία. Παρομοίως, οι έρευνες δεν υποστηρίζουν ότι οι οικογένειες με διατροφικές διαταραχές έχουν υψηλότερα επίπεδα προστριβών από οικογένειες χωρίς αντίστοιχα προβλήματα. Συνεπώς, δεν υπάρχουν ξεκάθαρα μοτίβα που να καθοδηγούν την προσαρμογή της θεραπείας στις ανάγκες των ασθενών με αυτές τις διαταραχές. Επίσης, η περισσότερη έρευνα στον τομέα αυτό είναι παρωχημένη, γεγονός που επιτάσσει την ανάγκη για νέες μελέτες.

Τα αποτελέσματα αυτά δεν είναι απροσδόκητα, δεδομένων των τρεχόντων συζητήσεων στον επιστημονικό τομέα για την ταξινόμηση των διατροφικών διαταραχών. Οι συνεχείς αναθεωρήσεις του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου έχουν αυξήσει τις κατηγορίες διαγνώσεων, προκαλώντας συζητήσεις για το πώς πρέπει να προσδιορίζονται και να αντιμετωπίζονται καλύτερα οι δύσκολες διατροφικές διαταραχές. Ως εκ τούτου, οι σύγχρονες προσεγγίσεις εστιάζουν σε διαγνωστικές μεθόδους που καλύπτουν ταυτόχρονα διάφορες κατηγορίες διαταραχών αναζητώντας παράγοντες πέρα από τη διάγνωση για την εξατομίκευση της θεραπείας.

Τη σήμερον ημέρα, η θεραπεία των διατροφικών διαταραχών στους εφήβους έχει απομακρυνθεί από την ιδέα ότι η οικογένεια είναι υπεύνη για την έναρξή τους, αλλά οι οικογενειακές επιδράσεις εξακολουθούν να είναι ιδιαίτερης σημασίας. Η έρευνα δείχνει ότι αυτές οι αλληλεπιδράσεις συχνά συνδέονται με τα επίπεδα στρες και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, ενώ μπορούν να επηρεάσουν καθοριστικά την πορεία και το αποτέλεσμα της θεραπείας. Μείζονος ενδιαφέροντος είναι το γεγονός ότι αρνητικά μοτίβα οικογενειακών αλληλεπιδράσεων, όπως η έντονη σύνδεση και οι συγκρούσεις, παρατηρούνται και σε άλλες διαταραχές, όπως οι αγχώδεις κι συναισθηματικές διαταραχές. Συνεπώς, τα μοτίβα αυτά θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ακόμα και για την κατανόηση και θεραπευτική προσέγγιση κοινών ψυχικών προβλημάτων στους νέους[14][15].

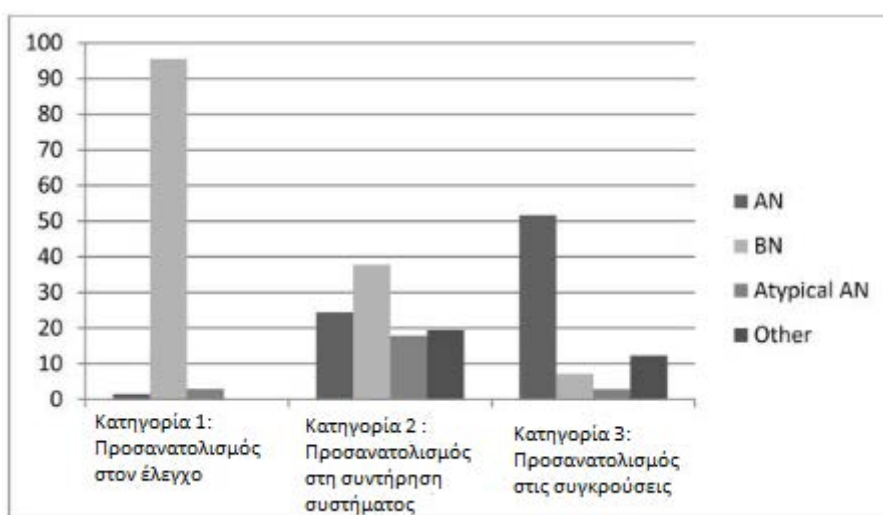
7.1.Κατηγοριοποίηση των οικογενειών

Η μελέτη των Darrow et al. επικεντρώνεται στις αντιλήψεις των νέων για τη λειτουργία της οικογένειας τους σε περιπτώσεις διατροφικών διαταραχών. Εξετάζεται πώς η οικογενειακή δυναμική μπορεί να επηρεάσει την πορεία της διαταραχής και τη θεραπεία, με στόχο την καλύτερη εξατομίκευση της αντιμετώπισης. Τα αποτελέσματα δείχνουν τρεις κύριους τύπους οικογενειών: οικογένειες με έμφαση στον έλεγχο, στη διατήρηση του συστήματος και στη σύγκρουση. Η μελέτη προσφέρει μια βάση για μελλοντική έρευνα σχετικά με τη χρήση οικογενειακών προφίλ για την εξατομίκευση των θεραπειών και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων (εικόνα 1).

Το πείραμα υποδεικνύει ότι οι οικογένειες που χαρακτηρίζονται από έντονη ανάγκη για έλεγχο τείνουν να έχουν αυστηρούς κανόνες στη διαχείριση της οικογενειακής ζωής. Οι νέοι από αυτές τις οικογένειες συχνά εμφανίζουν πιο σοβαρές μορφές διατροφικών διαταραχών, όπως η βουλιμία. Ενδιαφέρον προκαλεί η διατύπωση ότι η χρήση αυστηρών κανόνων μπορεί να είναι ένας μηχανισμός προσαρμογής για την αντιμετώπιση της διαταραχής, γεγονός που μπορεί να διευκολύνει την έναρξη θεραπευτικών προγραμμάτων βασισμένων στην οικογένεια.

Αντίθετα, οι οικογένειες με έμφαση στη διατήρηση του συστήματος εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής σύνδεσης, ενώ χαρακτηρίζονται από μέσο επίπεδο συγκρούσεων. Οι νέοι από αυτές τις οικογένειες αναφέρουν χαμηλή αυτονομία και αίσθηση αλληλεξάρτησης. Οι διαπιστώσεις αυτές μπορεί να καθοδηγήσουν παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της ανεξαρτησίας των νέων.

Τέλος, οι οικογένειες που χαρακτηρίζονται από έντονες συγκρούσεις φαίνεται να αντιμετωπίζουν ανοιχτή εχθρότητα μεταξύ τους και οι νέοι δείχνουν να έχουν λιγότερο σοβαρά προβλήματα κατάθλιψης. Οι προστριβές συχνά αφορούν θέματα διατροφής και βάρους παρά την ήδη επικρατούσα αντίληψη ότι οι περιοριστικές διατροφικές συμπεριφορές σχετίζονται με στενή αλληλεξάρτηση και όχι με διαμάχες[15].



Εικόνα 1: Ποσοστά κατηγορίας οικογένειας ανά διαταραχή

8. Θεραπεία βασισμένη στην οικογένεια (Family-Based Treatment, FBT)

Η οικογενειακή θεραπεία (Family-Based Treatment, FBT) έχει καθιερωθεί ως η πλέον αποτελεσματική και τεκμηριωμένη θεραπεία για εφήβους με διατροφικές διαταραχές και συνιστάται ως η πρώτη επιλογή για ασθενείς που μπορούν να λάβουν εξωτερική θεραπεία, χωρίς ανάγκη νοσηλείας. Οι πρώτες μελέτες για την οικογενειακή θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας πραγματοποιήθηκαν στο νοσοκομείο Maudsley του Λονδίνου, και αργότερα προσαρμόστηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες, εστιάζοντας σε μια συμπεριφορική προσέγγιση που κατέληξε στη διαμόρφωση της τελικής οικογενειακής θεραπείας. Οι εξελίξεις αυτές σημειώθηκαν στα πανεπιστήμια του Στάνφορντ και του Σικάγο, που αναπτύχθηκαν κλινικά εγχειρίδια για τη θεραπεία εφήβων με ανορεξία και βουλιμία.

Η θεραπευτική αυτή μέθοδος βασίζεται σε πέντε θεμελιώδεις αρχές που καθορίζουν την προσέγγισή της. Κατά τη θεραπεία, ο θεραπευτής διατηρεί ουδέτερη στάση σχετικά με την αιτία της διαταραχής, χωρίς να αποδίδει ευθύνη για την ανάπτυξή της. Παράλληλα αποφεύγει τον αυταρχικό ρόλο και επικεντρώνεται στο να λειτουργεί ως καθοδηγητής αναγνωρίζοντας τους γονείς ως τους βασικούς παράγοντες που μπορούν να συμβάλλουν στην ανάρρωση του παιδιού τους. Η προσέγγιση ενδυναμώνει τους γονείς να αναλάβουν ενεργά τη φροντίδα και τη θεραπεία του εφήβου, βοηθώντας τους να αντιμετωπίσουν τη διατροφική διαταραχή ως ξεχωριστό στοιχείο, ανεξαρτήτως της προσωπικότητας του παιδιού. Ταυτόχρονα η θεραπεία χαρακτηρίζεται από μια πρακτική και επικεντρωμένη στο παρόν προσέγγιση, δίνοντας έμφαση στις τρέχουσες ανάγκες και όχι στο παρελθόν. Η περισσότερη έμφαση δίνεται στην πρακτική χρήση της οικογενειακής θεραπείας για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων στους εφήβους με διατροφικές διαταραχές, προωθώντας παράλληλα την εκπαίδευση και τη διάδοσή της ως θεραπευτική μέθοδος [17] [18].

8.1. Φάσεις της θεραπείας

Η προσέγγιση αυτή οργανώνεται σε τρεις φάσεις, κάθε μία από τις οποίες έχει συγκεκριμένους στόχους που επικεντρώνονται στη διαχείριση της διατροφικής διαταραχής. Στην αρχική φάση, οι γονείς αναλαμβάνουν πλήρως την ευθύνη για την αποκατάσταση του σωματικού βάρους, στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας ή για την εξάλειψη των επεισοδίων υπερφαγίας και κάθαρσης και την καθιέρωση ενός τακτικού διατροφικού προγράμματος, στην περίπτωση της βουλιμίας. Παίρνουν όλες τις αποφάσεις που σχετίζονται με τη διατροφή του παιδιού και συνήθως περιορίζουν

τη σωματική του δραστηριότητα, μέχρι τουλάχιστον η διατροφική διαταραχή να χάσει την επιρροή της στη συμπεριφορά και τις σκέψεις του εφήβου. Στη ψυχογενή ανορεξία, λόγω του ότι η διαταραχή είναι συχνά εγωσυντονική (δηλαδή ευθυγραμμισμένη με την προσωπικότητα του ασθενούς), η αυτονομία του εφήβου σχετικά με τη διατροφή δεν αποτελεί αρχικό στόχο. Αντίθετα, στη βουλιμία, η οποία είναι περισσότερο «εγωδυστονική» (δηλαδή προκαλεί εσωτερική σύγκρουση), υπάρχει περιθώριο για μεγαλύτερη συνεργασία μεταξύ γονέων και εφήβου [18].

Κατά τη δεύτερη φάση της θεραπείας, η ευθύνη για τη διατροφή επιστρέφεται σταδιακά στον έφηβο, στο βαθμό που είναι κατάλληλο για την ηλικία και τις συνθήκες της οικογένειας. Τέλος, η τελική φάση περιλαμβάνει την ανασκόπηση της υγιούς εφηβείας και την αξιολόγηση της αναπτυξιακής κατάστασης του εφήβου μετά την υποχώρηση της διαταραχής.

Η FBT προσέγγιση οφείλει να εφαρμόζεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας με εμπειρία στη θεραπεία εφήβων με διατροφικές διαταραχές και δεξιότητες συνεργασίας με οικογενειακά περιβάλλοντα. Επειδή οι ασθενείς συχνά αντιμετωπίζουν ιατρικές επιπλοκές και ψυχιατρικές συννοσηρότητες, απαιτείται διεπιστημονική ομάδα. Κάποιοι ειδικοί όπως παιδίατροι ή παιδοψυχίατροι, μπορούν να παρέχουν φροντίδα που βασίζεται στις αρχές της FBT και να ενισχύουν τα μηνύματα που προωθεί ο θεραπευτής. Ωστόσο, ο θεραπευτής που εφαρμόζει τη θεραπεία, κατέχει ηγετικό ρόλο στην ομάδα, καθοδηγώντας τη θεραπευτική διαδικασία και τη συνεργασία των εμπλεκόμενων [17].

8.2. Βασικές Αρχές της θεραπείας

Η φιλοσοφία της οικογενειακής θεραπείας βασίζεται σε ορισμένες αρχές που καθορίζουν την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητά της, αν και δεν αναλύονται όλες λεπτομερώς στα θεραπευτικά εγχειρίδια. Μία από τις κεντρικές ιδέες της, είναι η αγνωστικιστική προσέγγιση απέναντι στην αιτία της διαταραχής. Αντί να εστιάζει στους λόγους που οδήγησαν στην εμφάνιση της διατροφικής διαταραχής, η θεραπεία επικεντρώνεται στη χρήση της οικογένειας ως βασικού πόρου για την επίτευξη άμεσων συμπεριφορικών αλλαγών. Οι διαταραχές αυτές είναι πολύπλοκες, με γενετικούς, κοινωνικοπολιτισμικούς, προσωπικούς και μεταβολικούς παράγοντες να συμβάλλουν στην ανάπτυξή τους. Παρόλο που στοιχεία όπως τα πειράγματα για το βάρος ή οι διαιτητικές συμπεριφορές της μητέρας μπορεί να αυξήσουν τις πιθανότητες ανθυγιεινών διατροφικών συμπεριφορών, η επιστημονική κοινότητα έχει απομακρυνθεί από την ιδέα ότι οι οικογένειες ευθύνονται για την ανάπτυξη αυτών των διαταραχών.

Παρότι οι οικογένειες συχνά αναφέρουν δυσκολίες στη λειτουργία τους όταν υπάρχει διατροφική διαταραχή, η θεραπεία αναγνωρίζει ότι αυτό μπορεί να οφείλεται στην αρνητική επίδραση της

διαταραχής και όχι σε μια βαθύτερη αιτία που προέρχεται από την οικογένεια. Έτσι, οι γονείς δεν θεωρούνται υπεύθυνοι για την ανάπτυξη της διαταραχής, και οποιαδήποτε αίσθηση ενοχής πρέπει να αντιμετωπίζεται από τον θεραπευτή. Ο γονείς συχνά νιώθουν υπεύθυνοι, είτε επειδή πιστεύουν ότι έκαναν κάτι λάθος είτε επειδή δεν αντιλήφθηκαν τη διαταραχή νωρίτερα. Αυτή η ενοχή μπορεί να μειώσει την αυτοπεποίθησή τους στη διαδικασία θεραπείας, καθιστώντας τους λιγότερο αποτελεσματικούς στη διαχείριση της κατάστασης. Επομένως, ο θεραπευτής έχει την ευθύνη να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση και την αποτελεσματικότητά τους, καθώς αυτά τα χαρακτηριστικά έχουν αποδειχθεί ότι συνδέονται με την αύξηση του σωματικού βάρους του εφήβου κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Επιπλέον η θεραπεία αποφεύγει να παθολογικοποιεί την οικογένεια. Δεν είναι χρήσιμο να αποδίδεται η διαταραχή σε χαρακτηριστικά όπως ο υπερβολικός έλεγχος από έναν γονέα καθώς οι λόγοι της ανάπτυξης μια διατροφικής διαταραχής δεν είναι πάντα γνωστοί και δεν είναι απαραίτητο να ανακαλυφθούν για να υπάρξει βελτίωση στα συμπτώματα. Η θεραπεία επικεντρώνεται στη γρήγορη μείωση των συμπτωμάτων, αλλάζοντας τον τρόπο με τον οποίο η οικογένεια διαχειρίζεται και ανταποκρίνεται στη διατροφική διαταραχή. Η αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης δεν προκύπτει από τη επίλυση μιας υποθετικής οικογενειακής αιτιολογίας αλλά από την αλλαγή της αλληλεπίδρασης της οικογένειας με τη διαταραχή, οδηγώντας σε καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα [17] [18][19].

8.2.1. Αγνωστική προσέγγιση της θεραπείας

Η διατήρηση μιας αγνωστικιστικής στάσης στην κλινική πρακτική της οικογένειας απαιτεί από τον θεραπευτή να διαχειρίζεται με προσοχή τις αναπόφευκτες ερωτήσεις των γονέων σχετικά με τα αίτια της διατροφικής διαταραχής. Ο θεραπευτής επικεντρώνεται στη διαβεβαίωση των γονέων ότι ενώ είναι φυσιολογικό να αναρωτιούνται για την αιτία, η θεραπεία δε χρειάζεται να βασιστεί στην ανακάλυψη αυτής για να είναι αποτελεσματική. Τους τονίζει ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι σύνθετες ασθένειες που προκύπτουν από ένα συνδυασμό γενετικών, περιβαλλοντικών και προσωπικών παραγόντων, αλλά οι γονείς δεν φέρουν ευθύνη για την εμφάνισή τους. Παράλληλα, ο θεραπευτής τους εξηγεί ότι ο ρόλος τους στη θεραπεία είναι καθοριστικός για την ανάρρωση του παιδιού.

Συχνά οι γονείς δυσκολεύονται να αποδεχθούν την απουσία μιας σαφούς αιτίας, καθώς θεωρούν ότι η ανακάλυψη της θα μπορούσε να αποτρέψει μελλοντική υποτροπή. Σε αυτές τις περιπτώσεις, χρησιμοποιείται η αναλογία με τον καρκίνο: όπως σε μια κρίσιμη ασθένεια δίνεται άμεση έμφαση στη θεραπεία χωρίς καθυστέρηση για τη διερεύνηση της αιτίας, έτσι και στην περίπτωση μιας διατροφικής διαταραχής προτεραιότητα αποτελεί η άμεση αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Ο ειδικός

υπογραμμίζει ότι το να επικεντρωθεί η οικογένεια σε συμπεριφορικές αλλαγές είναι αυτό που τελικά θα συμβάλλει στην ανάρρωση.

Εξίσου σημαντικό είναι ο θεραπευτής να αναγνωρίζει και να ενισχύει τα δυνατά σημεία της οικογένειας, αντί να εστιάζει σε αδυναμίες ή να παθολογικοποιεί τη δυναμική της. Συχνά, οι οικογένειες εκπλήσσουν με τη δημιουργικότητα και την ανθεκτικότητα τους, στοιχεία που μπορούν να αξιοποιηθούν για την καλύτερη διαχείριση της διαταραχής. Η υποστήριξη και καθοδήγηση των γονέων με τρόπο που να αυξάνει την αυτοπεποίθηση και την αυτοαποτελεσματικότητά τους, έχει αποδειχθεί κρίσιμη για την επιτυχία της θεραπείας.

Όταν εντοπίζονται δυναμικές μέσα στην οικογένεια που συντηρούν την ασθένεια, ο θεραπευτής παρεμβαίνει για να βοηθήσει την οικογένεια να τις διαχειριστεί. Για παράδειγμα, η έντονη κριτική ή η υπερβολική εμπλοκή από την πλευρά των γονέων μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την πορεία της θεραπείας. Σε τέτοιες περιπτώσεις, είναι σημαντικό ο ειδικός να βοηθήσει τους γονείς να διαχειριστούν συναισθήματα όπως ο θυμός και να τα εκφράσουν με εποικοδομητικό τρόπο, εστιάζοντας στην ανησυχία και την αγάπη τους.

Καθώς η αγνωστική προσέγγιση καθιερώνεται στην πρώτη φάση της εν λόγω θεραπείας, αυτή μεταφέρεται και στις επόμενες φάσεις. Όταν η θεραπεία είναι επιτυχής, η αυτοπεποίθηση της οικογένειας, αυξάνεται, το αίσθημα ενοχής μειώνεται και οι γονείς αντιλαμβάνονται την πρόοδο του παιδιού τους, χωρίς να χρειάζεται να εστιάσουν στην αιτία της διαταραχής. Αυτό το πλαίσιο ενισχύει τη συνολική αποτελεσματικότητα της FBT, με έμφαση στη βελτίωση των συμπεριφορών και της δυναμικής της οικογένειας [17].

8.2.2. Μη αυταρχική θεραπευτική στάση

Κατά την προσέγγιση αυτή ο θεραπευτής υιοθετεί μια μη αυταρχική προσέγγιση, λειτουργώντας ως εξειδικευμένος σύμβουλος. Παρότι είναι ο ειδικός στις διατροφικές διαταραχές και στις μεθόδους θεραπείας, ο θεραπευτής αναγνωρίζει τους γονείς ως τους κύριους γνώστες του παιδιού και της οικογένειας τους. Ο ρόλος του θεραπευτή είναι να παρέχει καθοδήγηση και ψυχοεκπαίδευση, ενώ οι γονείς είναι υπεύθυνοι για την εφαρμογή των θεραπευτικών συστάσεων όπως η φροντίδα, για την αποκατάσταση του βάρους του παιδιού. Ουσιαστικά, ο θεραπευτής προφέρει το γενικό πλαίσιο της θεραπείας, αλλά οι γονείς το προσαρμόζουν στις ανάγκες της οικογένειας [20].

Η μη αυταρχική αυτή προσέγγιση δεν σημαίνει ότι οι γονείς έχουν πλήρη ελευθερία να ενεργούν κατά βούληση. Αντίθετα, η στάση του θεραπευτή εξαρτάται από τη σοβαρότητα της κατάστασης. Για παράδειγμα, εάν ο έφηβος έχει χαμηλό σωματικό βάρος ή επιδεινώνει τη διαταραχή του, ο θεραπευτής μπορεί να παρέμβει πιο αποφασιστικά, εξηγώντας τις πιθανές συνέπειες και προτείνοντας εναλλακτικές λύσεις. Ωστόσο, η τελική ευθύνη ανήκει στους γονείς και ο ειδικός τους βοηθά να

ελαχιστοποιήσουν τυχόν κινδύνους από τις αποφάσεις τους, για παράδειγμα, μέσω προσαρμοσμένων διατροφικών σχεδίων ή εποπτευόμενης σωματικής δραστηριότητας.

Η προσέγγιση αυτή απαιτεί από τον θεραπευτή να δείχνει εμπιστοσύνη στις δυνατότητες των γονέων και να τους βοηθά να ενισχύσουν την αποτελεσματικότητά τους. Παράλληλα, η βαθιά κατανόηση της ψυχολογίας των εφήβων με διατροφικές διαταραχές είναι κρίσιμη, καθώς οι γονείς βρίσκονται συχνά σε κρίσιμη συναισθηματική κατάσταση όταν ξεκινούν τη θεραπεία. Ο θεραπευτής τους υποστηρίζει, εξηγώντας, για παράδειγμα, ότι στη ψυχογενή ανορεξία, όπου η ασθένεια θεωρείται εγωσυντονική, ο έφηβος συχνά αντιστέκεται στη θεραπεία. Αυτό καθιστά απαραίτητη την ενεργό συμμετοχή των γονέων στις αποφάσεις.

Η μη αυταρχική στάση συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Στις αρχικές φάσεις, οι γονείς επωμίζονται πλήρως τις διατροφικές αποφάσεις, ώστε να απαλλάξουν τον έφηβο από τη συναισθηματική σύγκρουση μεταξύ της υγιούς πλευράς και της διαταραχής. Στις μεταγενέστερες φάσεις, καθώς οι γονείς αποκτούν περισσότερη αυτοπεποίθηση και ο έφηβος ανακάμπτει από ψυχολογικής και διατροφικής άποψης, η συμμετοχή τους προσαρμόζεται και ο θεραπευτής παρεμβαίνει λιγότερο συχνά. Η προσέγγιση αυτή βοηθά την οικογένεια να αναδιαρθρώσει τη δυναμική της, απομακρύνοντας τη διαταραχή από το επίκεντρο της ζωής της και ενισχύοντας τη συνοχή της [17].

8.2.3 Ενδυνάμωση των γονέων

Η ενδυνάμωση των γονέων την οικογενειακή θεραπεία FBT είναι θεμελιώδης για να μπορέσουν να αναλάβουν το ρόλο τους ως οι κύριοι παράγοντες αλλαγής στη διαδικασία ανάρρωσης του παιδιού τους. Για να επιτύχουν το δύσκολο στόχο της επανασίτισης ενός εφήβου με ψυχογενή ανορεξία παραδείγματος χάριν, οι γονείς πρέπει να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση ότι μπορούν να διαχειριστούν αυτή την πρόκληση. Η ενίσχυση της εμπιστοσύνης, τους επιτρέπει να αντιμετωπίζουν την αντίσταση που προβάλλει η διατροφική διαταραχή, αποφεύγοντας παράλληλα την αμφιβολία για τις αποφάσεις τους σε κρίσιμες στιγμές. Όταν οι γονείς δεν έχουν αυτή την αυτοπεποίθηση, η διαταραχή το αντιλαμβάνεται και το «αξιοποιεί», επιδιώκοντας διαπραγματεύσεις γύρω από τα γεύματα και διαβρώνοντας την αποφασιστικότητάς τους. Ο θεραπευτής πρέπει να διαβεβαιώνει τους γονείς για την ικανότητα τους να επιτελέσουν τον ρόλο αυτό, αναγνωρίζοντας ότι οι ίδιοι είναι ο σημαντικότερος πόρος της θεραπείας, καθώς είναι αυτοί που ζουν καθημερινά με το παιδί-ασθενή τους και αναλαμβάνοντας το μεγαλύτερο μέρος της δουλειάς [20].

Η ενδυνάμωση των γονέων δεν επιτυγχάνεται με την παροχή άκαμπτων οδηγιών ή προτεινόμενων διατροφικών πλάνων, καθώς αυτό έρχεται σε αντίθεση με την πεποίθηση ότι διαθέτουν ήδη τις δεξιότητες για να υποστηρίξουν το παιδί τους. Ο θεραπευτής παρέχει καθοδήγηση και ενθαρρύνει

τους γονείς να βρουν δικές τους λύσεις. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς πολλοί γονείς φτάνουν στη θεραπεία εξαντλημένοι από προηγούμενες προσπάθειες διαχείρισης της διαταραχής. Η υπενθύμιση ότι πριν την εμφάνιση της διαταραχής είχαν ένα υγιές παιδί και γνώριζαν πώς να το φροντίζουν, λειτουργεί ενδυναμωτικά και τους βοηθά να ανακτήσουν την αυτοπεποίθησή τους. Ο θεραπευτής μπορεί, επίσης, να επισημάνει ότι, αν τους ζητούνταν να αυξήσουν το βάρος τους για οποιοδήποτε λόγο, θα γνώριζαν πώς να το επιτύχουν, αναδεικνύοντας ότι η διαταραχή είναι αυτή που τους κάνει να αμφιβάλλουν για τις ικανότητές τους.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι γονείς ανησυχούν περισσότερο για το τι είναι διατεθειμένο να φάει το παιδί τους παρά για το χρειάζεται να φάει. Ο θεράπων σύμβουλος, τους βοηθά να κατανοήσουν ότι η προτεραιότητα είναι η παροχή επαρκούς θρέψης και όχι η ικανοποίηση των απαιτήσεων της διαταραχής. Εάν οι γονείς πράγματι δυσκολεύονται να επιλέξουν κατάλληλα τρόφιμα, ο θεραπευτής μπορεί να τους παρέχει καθοδήγηση ή να τους προτείνει χρήσιμους πόρους, όπως συνταγές με υψηλή θερμιδική αξία [17].

Η ενδυνάμωση των γονέων διατηρείται και στις επόμενες φάσεις της θεραπευτικής προσέγγισης. Στη δεύτερη φάση, παραμένουν υπεύθυνοι για την εποπτεία των διατροφικών συμπεριφορών του παιδιού, ενώ ταυτόχρονα το παιδί αποκτά σταδιακά μεγαλύτερη αυτονομία. Για παράδειγμα, ο έφηβος μπορεί να σερβίρεται μόνος του το φαγητό του, αλλά οι γονείς είναι εκεί για να παρέμβουν εάν η ποσότητα είναι ανεπαρκής. Στην τελευταία φάση, η ενδυνάμωση των γονέων αντανακλάται στη αναδιοργάνωση της οικογένειας και στην ενίσχυση του γονικού ρόλου. Οι γονείς ανακτούν τον ηγετικό τους ρόλο στην οικογένεια, περιθωριοποιώντας τις κακές διατροφικές συνήθειες από το κέντρο της οικογενειακής ζωής.

8.2.4. Εξωτερίκευση της θεραπείας

Η εξωτερίκευση της διαταραχής είναι μια θεμελιώδης έννοια στην οικογενειακή θεραπεία FBT που απαιτεί τον διαχωρισμό της διαταραχής από τον έφηβο, ώστε η οικογένεια να εστιάσει στον αγώνα κατά της διαταραχής και όχι στον έφηβο. Οι γονείς συχνά αισθάνονται απογοήτευση, φόβο ή θυμό, ειδικά όταν βλέπουν το παιδί τους να αρνείται να φάει, και παρόλο που αυτά τα συναισθήματα είναι φυσιολογικά, η κατεύθυνσή τους προς το παιδί μπορεί να γίνει αντιπαραγωγική. Είναι σημαντικό οι γονείς να κατανοήσουν ότι το παιδί τους δεν είναι απλώς πεισματάρικο ή ανώριμο, αλλά βρίσκεται υπό την επιρροή μιας ισχυρής διαταραχής που επηρεάζει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του. Η κατανόηση της διάκρισης αυτής μπορεί να μειώσει την κριτική και τη φιλονικία, που έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζουν αρνητικά την έκβαση της θεραπείας.

Ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει μεταφορές για να εξηγήσει την έννοια της εξωτερικοποίησης. Συχνά, η διατροφική διαταραχή συγκρίνεται με μια σοβαρή ιατρική κατάσταση,

όπως ο καρκίνος. Όπως ένας ασθενής με καρκίνο δεν ευθύνεται για την ασθένεια του έτσι και ο έφηβος με διατροφική διαταραχή δεν μπορεί να <<αποφασίσει>> να γίνει καλά. Αυτή η προσέγγιση βοηθά τους γονείς να αναγνωρίσουν ότι ο θυμός τους πρέπει να απευθύνεται στη διαταραχή και όχι στο παιδί. Ορισμένοι θεραπευτές ενθαρρύνουν τις οικογένειες να δώσουν όνομα στη διαταραχή, όπως «Ed», για να ενισχύσουν αυτή την αντίληψη.

Αρκετά συχνά, οι γονείς δυσκολεύονται να υιοθετήσουν την έννοια της εξωτερικοποίησης, θεωρώντας ότι το παιδί τους πρέπει να επιθυμεί την ανάρρωση για να προχωρήσει η θεραπεία. Αυτή η άποψη μπορεί να περιορίσει την αποτελεσματικότητα της FBT, καθώς οι γονείς μπορεί να γίνουν υπερβολικά κριτικοί, υπονομεύοντας την πορεία της θεραπείας. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο θεραπευτής πρέπει να αφιερώσει χρόνο για να βοηθήσει την οικογένεια να αποδεχθεί αυτή τη θεωρία, καθώς χωρίς τη συμφωνία της οικογένειας, η θεραπεία μπορεί να μην επιτύχει.

Παρόλο που η εξωτερικοποίηση είναι σημαντική κατά τις πρώτες φάσεις της θεραπείας, η σημασία της, επίσης συνεχίζεται στις επόμενες φάσεις. Καθώς το παιδί αναρρώνει και επιστρέφει σε φυσιολογική εφηβική ανάπτυξη, η εξωτερικοποίηση αποτρέπει την παθολογία της και επιτρέπει στην οικογένεια να επανεστιάσει στις κανονικές σχέσεις. Αυτό διευκολύνει την προσαρμογή του παιδιού σε ένα πιο ανεξάρτητο πλαίσιο, καθώς η υπερβολική γονική επίβλεψη καθίσταται πλέον περιττή. Η εξωτερικοποίηση, όταν ενσωματωθεί φυσικά στη γλώσσα και τη συμπεριφορά της οικογένειας, μπορεί να ενισχύσει αισθητά τη συνολική επιτυχία της θεραπείας [17].

8.2.5. Πραγματική προσέγγιση στη θεραπεία

Η βασική ιδέα αυτού του τελευταίου χαρακτηριστικού είναι ότι ο θεραπευτής διατηρεί την εστίαση του στη μείωση των συμπτωμάτων της διατροφικής διαταραχής (ED). Η οικογενειακή θεραπεία βασίζεται στη παρούσα κατάσταση του ασθενούς και επικεντρώνεται στα συμπτώματα με μια έντονα συμπεριφορική προσέγγιση. Οι διατροφικές διαταραχές είναι σοβαρές ασθένειες με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας και πιθανές μακροχρόνιες ιατρικές συνέπειες, ακόμα και στους εφήβους. Η έγκαιρη και αποτελεσματική παρέμβαση είναι ζωτικής σημασίας για την ελαχιστοποίηση των μόνιμων βλαβών και τη αποτροπή της ενσωμάτωσης της διαταραχής στην προσωπικότητα, την ταυτότητα και τον τρόπο σκέψης του νέου. Επομένως, η θεραπεία επικεντρώνεται έντονα στη γρήγορη μείωση των συμπτωμάτων, ειδικά στις πρώτες φάσεις τις θεραπειάς.

Οι γονείς συχνά αποζητούν από το θεραπευτή να ασχοληθεί με ζητήματα που είναι δευτερεύοντα σε σχέση με τη διατροφική διαταραχή, όπως η αυξημένη ευερεθιστότητα, η κατάθλιψη, το άγχος ή η κοινωνική απόσυρση. Ωστόσο, η ενασχόληση με αυτά τα θέματα αποσπά την προσοχή από την απαραίτητη αλλαγή στη συμπεριφορά που θα οδηγήσει στην αποκατάσταση του βάρους. Μια χρήσιμη στρατηγική είναι να εξηγηθεί στους γονείς, για παράδειγμα μέσω της Μελέτης Λιμοκτονίας της

Μινεσότα, η επιτακτική ανάγκη για άμεση αποκατάσταση του σωματικού βάρους ώστε να διευκολυνθεί η πλήρης ανάρρωση. Παράλληλα, ο θεραπευτής μπορεί να σημειώνει τις ανησυχίες των γονέων και να τους διαβεβαιώνει ότι αυτά τα ζητήματα θα επανεξεταστούν στην Τρίτη Φάση της Θεραπείας, όταν η κρίση θα έχει περάσει και το παιδί θα βρίσκεται σε καλύτερη κατάσταση. Συχνά, όταν τα θέματα επανέρχονται στη συζήτηση αργότερα, αποδεικνύεται ότι έχουν ουσιαστικά ήδη επιλυθεί.

Κατά την κινητική πρακτική της FBT, ο θεραπευτής ζυγίζει τον έφηβο στην αρχή κάθε συνεδρίας και καταγράφει το βάρος σε γράφημα που κοινοποιείται στην οικογένεια. Αυτή η διαδικασία υπογραμμίζει τη σημασία του βάρους στη θεραπεία και διαμορφώνει τη συζήτηση για τη συνεδρία ανάλογα με την πρόοδο του ασθενούς. Στην πρώτη φάση, ο θεραπευτής εξετάζει λεπτομερώς τα γεύματα και τα σνακ σε κάθε συνεδρία, ενισχύοντας την εστίαση στη διατροφική αποκατάσταση. Αν οι γονείς αναρωτηθούν γιατί το παιδί τους δεν λαμβάνει ατομική θεραπεία για ζητήματα όπως η εικόνα του σώματος, ο θεραπευτής μπορεί να εξηγήσει ότι η διατροφική διαταραχή είναι μια εν δυνάμει θανατηφόρα κατάσταση, ενώ η εικόνα του σώματος δεν είναι.

Καθώς η θεραπεία προχωρά στις φάσεις 2 και 3, η εστίαση παραμένει στις διατροφικές συμπεριφορές, βοηθώντας την οικογένειά να επανέλθει σταδιακά στην κανονικότητα, ενώ διατηρείται η πρόοδος που επιτεύχθηκε στην πρώτη φάση. Παρότι μπορεί να είναι δελεαστικό να εξεταστούν πιο <<ενδιαφέροντα>> θέματα όπως τα πιθανά αίτια της διαταραχής, δεν υπάρχει τεκμηρίωση ότι αυτό επιταχύνει την ανάρρωση. Η FBT θεωρεί ότι η προσαρμογή της οικογένειας στην ασθένεια, είναι ένας παράγοντας διατήρησης της, ο οποίος αντιμετωπίζεται μέσω της ψυχοεκπαίδευσης και της αναδιάρθρωσης της οικογενειακής δομής.

Ιδιαίτερα για νέους στον χώρο θεραπευτές, η αφοσίωση στο θεραπευτικό εγχειρίδιο μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση της πραγματιστικής προσέγγισης. Παρόλο που η πρώτη φάση της θεραπείας, μπορεί να φαίνεται επαναλαμβανόμενη λόγω της σταθερής εστίασης στη διατροφή και την εξισορρόπηση βάρους, αυτή η συνεχόμενη εστίαση στην αλλαγή της συμπεριφοράς φαίνεται να είναι ένας από τους λόγους της αποτελεσματικότητας της[17] [20].

9. Θεραπεία βασισμένη στην οικογένεια και διατροφικές διαταραχές

9.1. FBT και Ψυχογενής Ανορεξία (AN)

Η οικογενειακή θεραπεία για τη ψυχογενή ανορεξία (AN) έχει μελετηθεί συστηματικά σε οκτώ τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες (RCTs), εκ των οποίων οι έξι επικεντρώθηκαν αποκλειστικά στην AN. Αυτές οι έρευνες έχουν δημιουργήσει μια ισχυρή βάση δεδομένων που υποστηρίζει τη χρήση της FBT ως αποτελεσματική θεραπεία για εφήβους που πάσχουν από την ασθένεια. Στην πρώτη δοκιμή που χρησιμοποίησε το εγχειρίδιο FBT-AN, συμμετείχαν 121 έφηβοι με AN, οι οποίοι χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες: μια που έλαβε FBT και μια που έλαβε ατομική θεραπεία εστιασμένη στον έφηβο (Adolescent-Focused Therapy -AFT). Ο βασικός στόχος ήταν η πλήρης ανάρρωση, η οποία ορίστηκε ως επίτευξη σωματικού βάρους ίσου ή μεγαλύτερου από το 95% του αναμενόμενου και μιας βαθμολογίας στον Δείκτη Διατροφικής Διαταραχής (Eating Disorder Examination -EDE) εντός μιας τυπικής απόκλισης από φυσιολογικές τιμές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, αν και δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ομάδων στο τέλος της θεραπείας, σημαντικά περισσότεροι έφηβοι που έλαβαν FBT είχαν επιτύχει πλήρη ανάρρωση κατά την παρακολούθησή τους στους 6 έως 12 μήνες (40% και 49% αντίστοιχα, έναντι 18% και 23% για την AFT) [14][21].

Για να διερευνηθεί ο ρόλος της οικογένειας, διεξήχθη μια πολυκεντρική μελέτη με 164 εφήβους που συνέκρινε τη FBT με τη Συστημική Οικογενειακή θεραπεία (Systemic Family Therapy -SFT). Η SFT θεωρεί ότι οι δυσκολίες, όπως η AN, αναπτύσσονται εντός των σχέσεων και της δυναμικής της οικογένειας, κι όχι ως μεμονωμένα ατομικά προβλήματα. Σε αυτή την προσέγγιση, η αποκατάσταση του βάρους δεν αποτελεί πρωταρχικό ρόλο, εκτός αν αναφερθεί από την οικογένεια. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά το βάρος στο τέλος της θεραπείας ή κατά την παρακολούθηση ενός έτους, αλλά οι ασθενείς που έλαβαν FBT ανέκτησαν βάρος σημαντικά πιο γρήγορα και χρειάστηκαν λιγότερες νοσηλείες.

Μια άλλη μελέτη με 86 εφήβους συνέκρινε τις διαφορές μεταξύ βραχυχρόνιας (6 μήνες, 10 συνεδρίες) και μακροχρόνιας (12 μήνες, 20 συνεδρίες) θεραπείας γονέων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η βραχυχρόνια θεραπεία είναι εξίσου σημαντική με τη μακροχρόνια, αλλά οι ασθενείς με πιο έντονα εμμονικά χαρακτηριστικά ή από μη ολοκληρωμένες οικογένειες μπορεί να ωφεληθούν περισσότερο από μεγαλύτερης διάρκειας θεραπεία.

Μια άλλη έρευνα που αξιολόγησε τον αντίκτυπο της πρώιμης αύξησης του βάρους στις θεραπευτικές εκβάσεις περιέλαβε 82 εφήβους. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε ομάδες που έλαβαν είτε σύντομη νοσηλεία για ιατρική σταθεροποίηση είτε μεγαλύτερη νοσηλεία για αποκατάσταση βάρους στο 90% του αναμενόμενου. Ακολούθησαν 20 συνεδρίες γονικής θεραπείας FBT για όλους. Τα αποτελέσματα

έδειξαν ότι η πρόωμη αύξηση βάρους (πάνω από 1.8 κιλά μέχρι την 4^η συνεδρία) προέβλεπε μεγαλύτερη αποκατάσταση βάρους και καλύτερη ανάρρωση στο τέλος της θεραπείας και στους 12 μήνες.

Συνολικά, αυτές οι μελέτες υποστηρίζουν ότι η χρήση της FBT για τη ψυχογενής ανορεξία ως πιο αποτελεσματική συγκριτικά με άλλες θεραπείες, ενώ αναδεικνύουν τη σημασία προσαρμογών για την αντιμετώπιση ειδικών παραγόντων, όπως η πρόωμη αύξηση βάρους. Επιπλέον, νέες μορφές της FBT, όπως η θεραπεία με επίκεντρο τους γονείς (Parent Focused Therapy-PFT) ερευνώνται για την περαιτέρω ενίσχυση των αποτελεσμάτων [14][21][28].

9.2. FBT και Ψυχογενής Βουλιμία (BN)

Η οικογενειακή θεραπεία για τη βουλιμία BN στους εφήβους έχει μελετηθεί λιγότερο συγκριτικά με τη θεραπεία για τη ψυχογενής ανορεξία AN, παρόλο που η BN παρουσιάζει υψηλότερη συχνότητα στον εφηβικό πληθυσμό. Μέχρι και σήμερα, έχουν πραγματοποιηθεί τρεις τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα της FBT για τη BN. Σε μια εξ αυτών, συγκρίθηκε μια προσαρμογή της οικογενειακής θεραπείας για την AN, τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία CBT που εφαρμόστηκε μέσω αυτοκαθοδηγούμενης προσέγγισης. Η μελέτη περιέλαβε 85 εφήβους με BN ή μη προσδιοριζόμενη διαταραχή διατροφής. Τα κύρια αποτελέσματα αφορούσαν την αποχή από υπερφαγικά επεισόδια και επεισόδια κάθαρσης μετά από 6 μήνες θεραπείας και κατά την παρακολούθηση στους 12 μήνες. Παρόλο που η CBT παρουσίασε ταχύτερη μείωση στα επεισόδια υπερφαγίας σε σχέση με την οικογενειακή θεραπεία, αυτά τα αποτελέσματα εν συνεχεία δεν διατηρήθηκαν.

Σε μια διαφορετική μελέτη, η FBT για τη BN (FBT- BN) συγκρίθηκε με την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (Supportive Psychotherapy -SPT) σε 80 εφήβους ηλικίας 12-19 των με διάγνωση BN ή μερική BN σύμφωνα με τα κριτήρια του DMS-IV. Η FBT – BN όπως προαναφέρθηκε, υιοθετεί μια μη κατηγορηματική προσέγγιση για τα αίτια της διαταραχής, εξωτερικεύει την ασθένεια και ενδυναμώνει τους γονείς ώστε να αντιμετωπίσουν τις δυσλειτουργικές διατροφικές συμπεριφορές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η FBT- BN οδήγησε σε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αποχής από υπερφαγικά επεισόδια και κάθαρση (39% έναντι 18%) στο τέλος της θεραπείας, αν και τα ποσοστά μειώθηκαν στην παρακολούθηση στους 12 μήνες (29% και 10% αντίστοιχα).

Μια τρίτη μελέτη συνέκρινε την FBT-BN με μια προσαρμοσμένη μορφή CBT για εφήβους (CBT-A). Συμμετείχαν 109 έφηβοι ηλικίας 12-18 ετών, και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η FBT -BN είχε υψηλότερα ποσοστά αποχής από επεισόδια υπερφαγίας και κάθαρσης τόσο στο τέλος της θεραπείας

όσο και στους 6 μήνες παρακολούθησης. Στους 12 μήνες, αν και τα ποσοστά αποχής βελτιώθηκαν και στις 2 ομάδες, η διαφορά μεταξύ των ομάδων δεν ήταν πλέον στατιστικά σημαντική.

Συνολικά, οι έρευνες υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της FBT στους βουλιμικούς ασθενείς. Παρά την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα, τα μέχρι στιγμής ευρήματα καταδεικνύουν ότι η FBT – BN είναι μια ισχυρή προσέγγιση, με συγκρίσιμη, αν όχι μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σχέση με την FBT για τη ψυχογενή ανορεξία. Αυτές οι μελέτες προσφέρουν χρήσιμες κατευθύνσεις για την ενίσχυση της FBT- BN ως πρότυπο θεραπείας για τη βουλιμία στην εφηβική ηλικία [14] [23].

9.3. FBT και Άτυπες Διατροφικές Διαταραχές (EDNOS)

Η προσέγγιση αυτή έχει προσαρμοστεί για να εφαρμόζεται και σε άλλες διατροφικές διαταραχές και σωματοβαρικές διαταραχές πέρα από τη ψυχογενή ανορεξία. Αυτές οι προσαρμογές περιλαμβάνουν τη θεραπεία για προδρομικές μορφές της ανορεξίας, την παιδιατρική παχυσαρκία PO και τη διαταραχή αποφυγής/περιορισμού πρόσληψης τροφής (ARFID).

Στην προσαρμογή της FBT για προδρομικές μορφές της AN, η έμφαση μετατοπίζεται από την αυστηρή αποκατάσταση του βάρους στην κανονικοποίηση των διατροφικών συνηθειών και την πρόληψη της πλήρους ανάπτυξης της διαταραχής. Επικεντρώνεται στη δημιουργία τακτικών οικογενειακών γευμάτων και στη μοντελοποίηση υγιεινών διατροφικών προτύπων από τους γονείς.

Στην περίπτωση της παιδιατρικής παχυσαρκίας, η θεραπεία προσαρμόζεται ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς. Η συμμετοχή των γονέων είναι κεντρική, ιδιαίτερα στην αρχή της θεραπείας, με το επίπεδο ελέγχου να μειώνεται σταδιακά όσο προχωρά η θεραπεία. Για τα μικρότερα παιδιά, οι γονείς αναλαμβάνουν πλήρως τις αποφάσεις που αφορούν τη διατροφή και την παρακολούθηση των γευμάτων, όπως ακριβώς στη FBT για τη ψυχογενή ανορεξία. Παράλληλα, στη FBT -PO, οι γονείς ενθαρρύνονται να προάγουν και να επιβλέπουν τη φυσική δραστηριότητα.

Στη θεραπεία της ARFID, η έμφαση δίνεται στην υποστήριξη των γονέων, ώστε να αυξήσουν την ποικιλία και τα είδη τροφών που καταναλώνει το παιδί. Οι γονείς εκπαιδεύονται σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τα παιδιά με ARFID, όπως οι μηχανισμοί που τα αποτρέπουν από το να δοκιμάσουν νέες τροφές και η ανάγκη συχνής παρουσίας νέων διατροφικών επιλογών [22].

9.4. Επέκταση της Θεραπείας που βασίζεται στην οικογένεια

Η οικογενειακή θεραπεία έχει επεκταθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, ώστε να καλύψει νέους πληθυσμούς, ηλικιακές ομάδες και διαγνώσεις. Αυτές οι τροποποιήσεις της θεραπείας στοχεύουν στη

βελτίωση της πρόσβασης, της ευκολίας εφαρμογής και της αποτελεσματικότητας της FBT, ενώ νέες μορφές, όπως η εξ αποστάσεως θεραπεία, φαίνεται να ενισχύουν τη δυνατότητα των οικογενειών να λαμβάνουν εξειδικευμένη υποστήριξη.

9.5. Εξ αποστάσεως εφαρμογή μέσω τηλε-ιατρικής

Η συγκέντρωση θεραπευτών εκπαιδευμένων στη FBT σε αστικά κέντρα συχνά περιορίζει την πρόσβαση σε εξειδικευμένη θεραπεία για οικογένειες που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές. Η χρήση της τηλεϊατρικής για τη FBT έχει αποδειχθεί ελπιδοφόρα, με πρόσφατες μελέτες να δείχνουν βελτίωση στον Δείκτη Μάζας Σώματος (mBMI) και τις βαθμολογίες EDE κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία. Αυτά τα αποτελέσματα παρέχουν προκαταρκτική επιβεβαίωση ότι η τηλεϊατρική μπορεί να είναι εξίσου σημαντική με τη δα ζώσης θεραπεία [14][24].

9.6. Εντατική μορφή για μια ή πολλές οικογένειες

Η εντατική οικογενειακή θεραπεία (IFT), που βασίζεται στη FBT , περιλαμβάνει εβδομαδιαία θεραπεία διάρκειας πέντε ημερών και οκτώ ωρών ημερησίως. Αυτή η προσέγγιση φαίνεται να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για οικογένειες που δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε ειδική φροντίδα ή για περιπτώσεις ανθεκτικές στη θεραπεία. Η θεραπεία πολλαπλών οικογενειών (M-IFT) υποστηρίζει ότι η συμμετοχή περισσότερων οικογενειών σε κοινές συνεδρίες ενισχύει την αλληλοϋποστήριξη και τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Έρευνες έδειξαν ότι τόσο οι ατομικές όσο και οι ομαδικές μορφές της IFT είναι αποτελεσματικές, με σημαντικά ποσοστά ανάρρωσης ή μερικής ανάρρωσης.

9.7. FBT για νεαρούς ενήλικες

Αν και η πλειοψηφία της έρευνας για τη FBT εστιάζει σε εφήβους 12-18 ετών, η θεραπεία έχει τροποποιηθεί για νέους ενήλικες 17-25 ετών, που βρίσκονται σε μεταβατικό στάδιο. Σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, η θεραπεία προσαρμόζεται ώστε να περιλαμβάνει ζητήματα όπως η ανεξαρτησία και η διαχείριση διατροφής σε πανεπιστημιακά περιβάλλοντα. Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε σημαντική βελτίωση στο σωματικό βάρος και στη βαθμολογία EDE-Q μετά τη θεραπεία, ενισχύοντας την υπόθεση ότι η προσαρμοσμένη FBT για νεαρούς ενήλικες (FBT-TAY) μπορεί να σταθεί αποτελεσματική.

9.8. Προσαρμογές των οικογενειακών θεραπειών με βάση τους συντονιστές των αποτελεσμάτων της θεραπείας

Με βάση στοιχεία από μελέτες, διάφοροι παράγοντες (μετριαστές) έχουν αναγνωριστεί ως καθοριστικοί για την έκβαση της οικογενειακής θεραπείας FBT σε περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας AN και BN. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν την πρώιμη ανάπτυξη βάρους, την κριτική των γονέων και τη γνωστική ακαμψία ή εμμονικές σκέψεις. Για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων, έχουν αναπτυχθεί προσαρμοσμένες εκδοχές της θεραπείας, με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας.

Η πρώιμη ανάπτυξη βάρους, δηλαδή η επίτευξη συγκεκριμένου ποσοστού αύξησης μέσα στον πρώτο μήνα της θεραπείας, έχει αναγνωριστεί ως ισχυρός δείκτης ανάρρωσης. Έφηβοι που δεν καταφέρνουν να αυξήσουν το βάρος τους τουλάχιστον κατά 2,4 κιλά στις πρώτες τέσσερις συνεδρίες θεωρούνται μη ανταποκρινόμενοι στη θεραπεία. Για αυτές τις περιπτώσεις, έχει αναπτυχθεί μια εντατική μέθοδος καθοδήγησης των γονέων (Intensive Parental Coaching, IPC). Σε αυτή τη μέθοδο, οι γονείς συμμετέχουν σε τρεις επιπλέον συνεδρίες. Παράλληλα, οργανώνονται νέα γεύματα που περιλαμβάνουν την οικογένεια και την καλύτερη διαχείριση της διατροφής. Μια μελέτη έδειξε ότι οι έφηβοι που έλαβαν αυτή τη προσαρμοσμένη θεραπεία παρουσίασαν μεγαλύτερη αύξηση βάρους σε σύγκριση με όσους συνέχισαν με την τυπική θεραπεία με βάση τους γονείς, αν και τα αποτελέσματα βασίζονται σε μικρό δείγμα και χρειάζονται περαιτέρω επιβεβαίωση.

Η γονική κριτική έχει επίσης αναγνωριστεί ως παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την πορεία της θεραπείας. Για την αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος, έχει αναπτυχθεί μια μορφή της θεραπείας προσαρμοσμένης στην οικογένεια που επικεντρώνεται στους γονείς (PFT). Σε αυτή τη θεραπεία οι γονείς συμμετέχουν στις συνεδρίες χωρίς την παρουσία του παιδιού. Έρευνες έχουν δείξει ότι αυτή η μέθοδος είναι αποτελεσματική στη μείωση της γονικής κριτικής, ενώ τα ποσοστά ανάρρωσης ήταν υψηλότερα για οικογένειες με αρχικά έντονα επίπεδα κριτικής, συγκριτικά με την κλασσική FBT. Παρά τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας στο τέλος της θεραπείας, οι διαφορές μεταξύ των δυο προσεγγίσεων μειώθηκαν στους έξι και στους δώδεκα μήνες παρακολούθησης.

Η γνωστική ακαμψία και οι εμμονικές σκέψεις αποτελούν ένα τρίτο παράγοντα που επηρεάζει την έκβαση της θεραπείας. Η FBT έχει αποδειχθεί πιο αποτελεσματική από άλλες θεραπείες, όπως η ατομική θεραπεία εστιασμένη στον έφηβο (AFT) για την αντιμετώπιση αυτών των χαρακτηριστικών. Πλέον έχει δοκιμαστεί η θεραπεία γνωστικής αναδόμησης (Cognitive Remediation Therapy- CRT) ως συμπληρωματική μέθοδος. Σε μια μελέτη έφηβοι που έλαβαν θεραπεία FBT συνδυασμένη με την

παραπάνω παρουσίασαν βελτιώσεις στη γνωστική ευεξία, αν και απαιτούνται περισσότερες έρευνες για να εξακριβωθεί η πλήρης αποτελεσματικότητα αυτής της προσέγγισης [14].

9.9. Πάροχοι υγειονομικής φροντίδας

Η πρόσθετη καθοδήγηση προς τους γονείς μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευπρόσδεκτη, δεδομένου του έντονου άγχους που συχνά συνοδεύει τη φροντίδα ατόμων με διατροφικές διαταραχές. Οι φροντιστές των ασθενών με διατροφικές διαταραχές βιώνουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής πίεσης και επιβάρυνσης από τη φροντίδα τους. Παρόλο που η εν λόγω θεραπεία μπορεί να είναι μια εντατική και απαιτητική διαδικασία για τους γονείς η εμπειρία τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας δεν έχει καταγραφεί εκτενώς. Σύμφωνα με ανεπίσημες αναφορές, η διαδικασία συχνά περιγράφεται ως αρκετά δύσκολη.

Μια ανάλυση ιστολογιών μητέρων που συμμετείχαν στη θεραπεία FBT ανέδειξε δύο βασικά θέματα: τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης και τις αλλαγές στους γονικούς ρόλους. Οι μητέρες αναφέρθηκαν τόσο στην τυπική υποστήριξη από την ομάδα θεραπείας όσο και στην ανεπίσημη υποστήριξη από διαδικτυακά φόρουμ ή κοντινούς ανθρώπους. Περιέγραψαν δε, την ανάγκη να εμπλακούν περισσότερο στη ζωή των παιδιών τους, κάτι που δεν είναι τόσο εμφανές πριν την έναρξη της διαταραχής.

Δεδομένης της σημασίας της υποστήριξης, αξίζει να εξεταστούν τρόποι παροχής βοήθειάς στους γονείς που συμμετέχουν στη θεραπεία. Οι Rhodes et al. αξιολόγησαν τις διαβουλεύσεις μεταξύ γονέων, στις οποίες συμμετείχαν γονείς που είχαν ολοκληρώσει με επιτυχία τη θεραπεία και άλλοι που ξεκινούσαν τη διαδικασία. Οι γονείς που έλαβαν αυτή τη μορφή υποστήριξης ένιωσαν λιγότερη μοναξιά, είχαν την ευκαιρία να αναλογιστούν τους οικογενειακούς ρόλους και ένιωσαν ισχυρότερη αυτοπεποίθηση. Αν και η διαβούλευση αυτή δεν οδήγησε σε σημαντική διαφορά στο ιδανικό βάρος στο τέλος της θεραπείας, παρατηρήθηκε μικρή αύξηση στον ρυθμό αποκατάστασης του βάρους.

Όπως επισημάνθηκε, η διαδικτυακή υποστήριξη προσφέρεται, επίσης, στους γονείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Σύμφωνα με τους Horpeta., 13 φροντιστές συμμετείχαν σε 15 εβδομαδιαίες συνεδρίες διαδικτυακής συνομιλίας με καθοδήγηση θεραπευτή. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από την ομάδα (91,7%) και οι περισσότεροι δήλωσαν ότι τους βοήθησε να διαχειριστούν συνολικά τη διατροφική διαταραχή του παιδιού τους, ενώ θα σύστηναν αυτή τη μέθοδο και σε άλλους φροντιστές.

Η επιβάρυνση που βιώνουν οι φροντιστές συσχετίζεται με υψηλό επίπεδο εκφρασμένου συναισθήματος (EE), το οποίο αναφέρεται στις στάσεις και τις συμπεριφορές των συγγενών προς το άρρωστο μέλος της οικογένειας. Ο υψηλός EE, που περιλαμβάνει κριτικά σχόλια, εχθρότητα ή

υπερβολική συναισθηματική εμπλοκή, συσχετίζεται με αρνητικά αποτελέσματα στη θεραπεία, ενώ η θετική στάση των γονέων συνδέεται με καλύτερα. Έχουν αναπτυχθεί πολλαπλές παρεμβάσεις που μειώνουν το ΕΕ και θα είχε ενδιαφέρον να εξεταστεί η εφαρμογή τους στην εν λόγω θεραπεία για τη βελτίωση της θεραπευτικής πορείας [22].

10. Μελλοντικά βήματα

Η οικογενειακή θεραπεία FBT αποτελεί μια εξειδικευμένη προσέγγιση για την αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας που έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αποκατάσταση του σωματικού βάρους των ασθενών έως το τέλος της θεραπείας. Ωστόσο, η ανακούφιση των ψυχολογικών συμπτωμάτων συχνά καθυστερεί να επιτευχθεί με τον ίδιο ρυθμό. Στην εν λόγω θεραπεία, η αποκατάσταση του βάρους αποτελεί κεντρικό στόχο, και η πρόωπη αύξηση βάρους κατά τον πρώτο μήνα της θεραπείας φαίνεται να παίζει καθοριστικό όλο. Για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων, η προσαρμογή της θεραπείας με στόχο την ενίσχυση αυτής της πρόωμης αύξησης μπορεί να οδηγήσει σε πιο ολοκληρωμένη ανάρρωση.

Η διαχείριση των ψυχολογικών συμπτωμάτων είναι εξίσου σημαντική, καθώς οι προκλήσεις στην ψυχική υγεία μπορεί να παραμείνουν παρά τη σωματική βελτίωση. Προσαρμογές στη θεραπεία για συγκεκριμένες ομάδες, όπου οι κλασσικές μέθοδοι δεν επιτυγχάνουν το μέγιστο αποτέλεσμα, μπορούν να ενισχύσουν την αποτελεσματικότητα της συνολικής θεραπείας σε αυτές τις περιπτώσεις.

Σημαντικό, επίσης, ζήτημα είναι η ευρύτερη πρόσβαση στη θεραπεία. Ειδικά εκτός αστικών περιοχών, η έλλειψη εξειδικευμένων θεραπειών αποτελεί εμπόδιο. Η εκπαίδευση περισσότερων επαγγελματιών υγείας μέσω διαδικτυακών πλατφορμών εκπαίδευσης και επίβλεψης θεωρείται μια κρίσιμη στρατηγική για την κάλυψη του κενού αυτού, μέθοδος που έχει αρχίσει ήδη να εξελίσσεται.

Αυτές οι νέες εξελίξεις δείχνουν την ανάγκη για ευέλικτες προσεγγίσεις που να προσαρμόζονται στις ανάγκες διαφορετικών πληθυσμών, προσφέροντας μια πιο ολοκληρωμένη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των προκλήσεων της ψυχογενούς ανορεξίας, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο [14].

11. Συμπεράσματα

Η οικογενειακή θεραπεία έχει αναδειχθεί ως μία από τις πιο αποτελεσματικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών στους εφήβους, χάρη στον τρόπο με τον οποίο εστιάζει στη συνεργασία όλων των μελών της οικογένειας. Ο βασικός στόχος της είναι η αποκατάσταση υγιών διατροφικών συνηθειών και η επαναφορά της φυσιολογικής ανάπτυξης του εφήβου μέσα από τη δυναμική στήριξη της οικογένειας. Η διαδικασία αυτή διαρθρώνεται σε τρεις διακριτές φάσεις, οι οποίες ακολουθούν μια συστηματική και οργανωμένη πορεία. Αρχικά, οι γονείς αναλαμβάνουν πλήρη ευθύνη για τη διατροφική συμπεριφορά του παιδιού, ενώ στη συνέχεια προχωρούν σε μια σταδιακή μεταβίβαση ευθυνών στον έφηβο. Η τελευταία φάση περιλαμβάνει την ολοκληρωμένη επανένταξη του εφήβου σε καθημερινές δραστηριότητες και κοινωνικούς ρόλους, ενισχύοντας την ανεξαρτησία του.

Η θεραπεία αυτή αναγνωρίζει την κρίσιμη σημασία της ψυχολογικής και κοινωνικής στήριξης των γονέων, οι οποίοι καλούνται να διαδραματίσουν ενεργό ρόλο στη διαδικασία αποκατάστασης. Συγκεκριμένα, ενθαρρύνονται να ενισχύσουν την αυτοπεποίθησή τους και να αποκτήσουν τις κατάλληλες δεξιότητες που θα τους επιτρέψουν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις αναδυόμενες προκλήσεις. Η καθοδήγηση που παρέχεται επικεντρώνεται στη μείωση της γονικής κριτικής, η οποία συχνά συνδέεται με αρνητικά θεραπευτικά αποτελέσματα, και στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος που ευνοεί την ανάρρωση του παιδιού. Παράλληλα η ενθάρρυνση της θετικής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας αναδεικνύεται ως βασικό εργαλείο για την ενίσχυση της οικογενειακής συνοχής.

Η συγκεκριμένη προσέγγιση αποφεύγει την παθολογικοποίηση των οικογενειών και αντ' αυτού εστιάζει στην ανάδειξη των δυνατοτήτων τους να συμβάλλουν ενεργά στην αλλαγή. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση στρατηγικών που επικεντρώνονται στην άμεση συμπεριφορική παρέμβαση, αποφεύγοντας τη χρονοβόρα διαδικασία αναζήτησης των αιτιών της διαταραχής. Η φιλοσοφία της θεραπείας αποδεικνύεται αποτελεσματική καθώς δίνει έμφαση στις πρακτικές λύσεις και στις θετικές αλλαγές που μπορούν να επέλθουν μέσα από την καλή συνεργασία.

Επιπλέον, η εφαρμογή νεότερων προσαρμογών, όπως η χρήση τηλεϊατρικής και η ενσωμάτωση τεχνολογικών εργαλείων, προσφέρει νέες δυνατότητες για τη διάδοση της θεραπείας σε διαφορετικά πλαίσια και ομάδες πληθυσμού. Αυτές οι προσαρμογές επιτρέπουν την πρόσβαση σε απομακρυσμένες περιοχές και μειώνουν τα εμπόδια που σχετίζονται με τη γεωγραφική απόσταση ή την έλλειψη εξειδικευμένων θεραπειών. Παράλληλα, οι εναλλακτικές μέθοδοι, όπως η διαδικτυακή υποστήριξη και οι διαβουλευσεις μεταξύ γονέων ενισχύουν περαιτέρω τη δυνατότητα των οικογενειών να διαχειριστούν αποτελεσματικά τη θεραπευτική διαδικασία. Η εμπλοκή της οικογένειας σε όλα τα στάδια της θεραπείας αποτελεί έναν από τους πιο κρίσιμους παράγοντες επιτυχίας.

Η ενίσχυση της συνεργασίας, η δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος και η προώθηση υγιών διατροφικών συνηθειών είναι βασικές αρχές της προσέγγισης αυτής, καθιστώντας τη μία από τις πιο ολοκληρωμένες και αποτελεσματικές επιλογές για την υποστήριξη των εφήβων που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές.

12. Βιβλιογραφία

1. Treasure J, Cardi V, Kan C. Eating in eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 2011 Jan 27;20(1):42–9
2. UK) A. Introduction [Internet]. Nih.gov. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2017 [cited 2024 Nov 5]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533174/#ch2.s7>
3. Rikani AA, Choudhry Z, Maqsood Choudhry A, Ikram H, Waheed Asghar M, Kajal D, et al. A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of Neurosciences* [Internet]. 2013 Oct 1; 20(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4117136/>
4. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*. 2010;43(2):NA-NA.
5. Gonçalves J de A, Moreira EAM, Trindade EBS de M, Fiates GMR. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Revista Paulista de Pediatria*. 2013 Mar;31(1):96–103.
6. Voelker D, Reel J, Greenleaf C. Weight status and body image perceptions in adolescents: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* [Internet]. 2015 Aug;6(6):149–58. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4554432/>
7. Cerniglia L. Neurobiological, Genetic, and Epigenetic Foundations of Eating Disorders in Youth. *Children (Basel)*. 2024 Feb 23;11(3):274–4.
8. Gander M, Sevecke K, Buchheim A. Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Front Psychol*. 2015;6:1136.
9. Galen KA, ter Horst KW, Serlie MJ. Serotonin, food intake, and obesity. *Obes Rev*. 2021 Jul;22(7):e13210. doi:10.1111/obr.13210.
10. Schwartz MW, Woods SC, Porte D, Seeley RJ, Baskin DG. Central nervous system control of food intake. *Nature* [Internet]. 2000;404(6778):661–71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10766253>
11. (PDF) Metabolic role of orexigenic and anorexigenic compounds [Internet]. www.researchgate.net. Available from: https://www.researchgate.net/publication/338517089_Metabolic_role_of_orexigenic_and_anorexigenic_compounds
12. MONTELEONE P, BRAMBILLA F. Therapeutic approach to eating disorders: the biological background. *World Psychiatry*. 2009 Oct;8(3):163–4.

13. Halmi KA. The multimodal treatment of eating disorders. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* [Internet]. 2005 Jun 1;4(2):69–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16633511/>
14. Gorrell S, Loeb KL, Le Grange D. Family-based Treatment of Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2019 Jun;42(2):193–204.
15. Darrow SM, Accurso EC, Nauman ER, Goldschmidt AB, Le Grange D. Exploring Types of Family Environments in Youth with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*. 2017 Jul 4;25(5):389–96.
16. Mahmood L, Flores-Barrantes P, Moreno LA, Manios Y, Gonzalez-Gil EM. The Influence of Parental Dietary Behaviors and Practices on Children’s Eating Habits. *Nutrients*. 2021 Mar 30;13(4):1138.
17. Rienecke RD, Le Grange D. The five tenets of family-based treatment for adolescent eating disorders. *Journal of Eating Disorders* [Internet]. 2022 May 3;10(1). Available from: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-022-00585-y>
18. Sheldon-Dean H. Family-Based Treatment for Eating Disorders [Internet]. Child Mind Institute. 2023. Available from: <https://childmind.org/article/family-based-treatment-for-eating-disorders/Lm>
19. Erriu M, Cimino S, Cerniglia L. The Role of Family Relationships in Eating Disorders in Adolescents: A Narrative Review. *Behavioral Sciences*. 2020 Apr 1;10(4):71.
20. Forsberg S, Lock J. Family-based Treatment of Child and Adolescent Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2015 Jul;24(3):617–29.
21. Oshukova S, Jaana Suokas, Nordberg M, Ålgars M. Effects of family-based treatment on adolescent outpatients treated for anorexia nervosa in the Eating Disorder Unit of Helsinki University Hospital. *Journal of eating disorders*. 2023 Sep 11;11(1).
22. Rienecke R. Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* [Internet]. 2017 Jun;Volume 8(8):69–79. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5459462/>
23. Family-Based Treatment for Bulimia Nervosa | Society of Clinical Psychology [Internet]. div12.org. 2017. Available from: <https://div12.org/treatment/family-based-treatment-for-bulimia-nervosa/>
24. Matheson BE, Bohon C, Lock J. Family-based treatment via videoconference: Clinical recommendations for treatment providers during COVID -19 and beyond. *International Journal of Eating Disorders*. 2020 Jun 13;53(7).
25. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *The Lancet* [Internet]. 2020 Mar;395(10227):899–911. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32171414/>
26. Bhattacharya A, DeFilipp L, Timko CA. Feeding and eating disorders. *Handbook of Clinical Neurology* [Internet]. 2020; 175:387–403. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33008539/>

27. Harrington BC, Jimerson M, Haxton C, Jimerson DC. Initial Evaluation, Diagnosis, and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *American Family Physician* [Internet]. 2015 Jan 1;91(1):46–52. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2015/0101/p46.html>
28. Bentz M, Pedersen SH, Moslet U. An evaluation of family-based treatment for restrictive-type eating disorders, delivered as standard care in a public mental health service. *Journal of Eating Disorders* [Internet]. 2021 Oct 29;9(1). Available from: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-021-00498-2>
29. Loeb KL, Lock J, Greif R, Le Grange D. Transdiagnostic Theory and Application of Family-Based Treatment for Youth With Eating Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012 Feb;19(1):17–30.
30. Lock J, Le Grange D. Family-based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2018 Dec 6;52(4).
31. Binford RB, Le Grange D, Jellar CC. Eating Disorders Examination versus Eating Disorders Examination-Questionnaire in adolescents with full and partial-syndrome bulimia nervosa and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2004;37(1):44–9.