

Άρθρο Σύνταξης Editorial

Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Ένα σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας αναζητά λύσεις

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (ΔΠΤ) αποτελούν μια ομάδα ψυχιατρικών διαταραχών με σημαντικές ιδιαιτερότητες, οι οποίες κατά γενική – διεθνή – ομολογία αποτελούν πρόκληση τόσο για την επιστημονική κοινότητα όσο και για το γενικό πληθυσμό. Ιδιαίτερα στη χώρα μας το ενδιαφέρον και η ανησυχία του κοινού αυξήθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια και ένας από τους λόγους είναι η στροφή των μέσων προς την «ενημέρωση» για τις διαταραχές αυτές. Συχνά, «δημοφιλείς» τηλεοπτικές εκπομπές ασχολούνται με την προβολή περιστατικών διασημοτήτων που πάσχουν από τη διαταραχή ή με την προβολή κάποιων δραματικών περιπτώσεων Ψυχογενούς Ανορεξίας (ΨΑ), οι οποίες περιγράφουν την οδύσσειά τους καθώς αναζητούσαν βοήθεια, περιπλανώμενες από παθολογικές κλινικές γενικών νοσοκομείων σε ιδιωτικά ιατρεία ψυχιάτρων που τους χορηγούσαν ψυχοφαρμακευτική αγωγή ή σε ιατρεία γυναικολόγων που τους χορηγούσαν αντισυλληπτικά!

Η πρόκληση για την επιστημονική κοινότητα είναι διαφορετική και σχετίζεται με τις ιδιαιτερότητες των διαταραχών αυτών. Καταρχήν, τα άτομα που πάσχουν από ΔΠΤ είναι συχνά απρόθυμα να δεχθούν τη διαταραχή τους και αυτό περιπλέκει τη διάγνωση και καθυστερεί σημαντικά την αναζήτηση βοήθειας για την αντιμετώπισή τους. Οι ΔΠΤ, όπως είναι γνωστό, συνιστούν κατά κανόνα χρόνιες, δυσίατες και υφιέμενες ή υποτροπιάζουσες διαταραχές, που μάλιστα είναι δυνατόν στη μακροχρόνια πορεία τους να εξελίσσονται μεταπίπτοντας σε άλλη μορφή διαταραχής της ίδιας ομάδας.

Χαρακτηρίζονται, επίσης, από σοβαρή συνοδό ιατρική νοσηρότητα λόγω επιπλοκών από το μακροχρόνιο υποσιτισμό, τη διαταραχή θρέψεως ή/και τις καθαρτικές συμπεριφορές. Συνοδεύονται από υψηλό δείκτη θνητότητας, ιδιαίτερα η ΨΑ σύμφωνα με ορισμένες αναφορές και η Ψυχογενής Βουλιμία (ΨΒ) κυρίως λόγω αυτοκαταστροφής.

Παρουσιάζονται επομένως σοβαρές δυσκολίες στη διεξαγωγή μελετών για τον προσδιορισμό των επιδημιολογικών δεικτών (επίπτωσης, επικράτησης, θνητότητας κ.λπ.) αλλά και μελετών σύγκρισης της αποτελεσματικότητας μεταξύ των διαφορετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων που έχουν προταθεί για την αντιμετώπισή τους. Η ισχυρή αντίσταση ή η αμφιθυμία για θεραπεία, σε συνδυασμό και με τις συχνές ιατρικές επιπλοκές, καθιστούν ιδιαίτερα υψηλό το δείκτη εξόδου από τα θεραπευτικά πρωτόκολλα (drop-out rate). Σε πρόσφατη συγκριτική μελέτη που αφορούσε σε 122 ασθενείς με ΨΑ με τυχαιοποιημένο σχεδιασμό, το ποσοστό εξόδου από τη μελέτη έφθανε σχεδόν στο 50%.

Λόγω της συνύπαρξης της ψυχιατρικής με την ιατρική νοσηρότητα, οι περιπτώσεις της σοβαρής ΨΑ ιδιαίτερα, αλλά συχνά και της ΨΒ, χρειάζονται για την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους τη συνεχή, στενή και αρμονική συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας από διάφορους κλάδους και ειδικότητες, όπως παθολόγου, καρδιολόγου, διατροφολόγου, νοσηλεύτη, ψυχιάτρου, ψυχοθεραπευτή και κοινωνικού λειτουργού. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που απαιτούνται ποικίλλουν σε κάθε περίπτωση και εξαρτώνται από την εκάστοτε φάση της διαταραχής και τη σοβαρότητα της συνοδού ιατρικής κατάστασης. Το φάσμα αυτών των παρεμβάσεων εκτείνεται από την ανάγκη νοσηλείας σε γενικό ιατρικό τμήμα για τη σταθεροποίηση της ιατρικής κατάστασης και την αντιμετώπιση των σοβαρών επιπλοκών, έως την παροχή εξειδικευμένου τύπου

ψυχοθεραπείας (ατομικής, ομαδικής ή/και θεραπείας οικογένειας) και τις ψυχοκοινωνικού τύπου και αποκαταστασιακές παρεμβάσεις που μπορεί να χρειαστούν σε ορισμένες περιπτώσεις.

Τα περιστατικά που (α) δεν εμφανίζουν σοβαρή ιατρική νοσηρότητα, (β) διαθέτουν κίνητρο για να υποβληθούν σε θεραπεία, (γ) διαθέτουν καλό υποστηρικτικό σύστημα και στοιχειώδη λειτουργικότητα στο κοινωνικό επίπεδο, μπορεί να αντιμετωπισθούν σε αμιγώς εξωνοσοκομειακό πλαίσιο. Αρκεί να πληρούνται οι βασικές προϋποθέσεις της ύπαρξης μιας διακλαδικής ομάδας υποστήριξης, με διαθέσιμους ψυχοθεραπευτές και τη δυνατότητα ιατρικής και παρακλινικής εκτίμησης όπου αυτό χρειαστεί.

Τέλος, ως προς τη θέση της χρήσης των ψυχοφαρμάκων στη θεραπευτική αγωγή, τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας από τη διεξαγωγή ελεγχόμενων συγκριτικών δοκιμών (controlled trials) οδηγούν σε ορισμένα χρήσιμα για την κλινική πράξη συμπεράσματα. Στην ΨΑ δεν έχει αποδειχθεί να υφίσταται σαφής και σημαντική αποτελεσματικότητα. Αντίθετα, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος παρενεργειών που μπορεί να επιπλέξουν την ιατρική κατάσταση της/του ασθενούς. Στις περιπτώσεις ΨΒ η χορήγηση εκλεκτικών αναστολέων επαναρόσληψης σεροτονίνης, όπως και στις περιπτώσεις Διαταραχής Κρίσεων Επεισοδιακής Υπερφαγίας (ΔΚΕΥ) η χορήγηση τοπιραμάτης και σιμπουτραμίνης, σύμφωνα με τις δοκιμές ελέγχου, έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα σε αξιόλογο ποσοστό ασθενών, ωστόσο υπολείπονται σαφώς της αποτελεσματικότητας που έχει η γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία.

Όσα εκτέθηκαν προηγουμένως ως θεραπευτικές υποδείξεις προκύπτουν από τις Κατευθυντήριες Πρακτικές Οδηγίες για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ΔΠΤ που έχει εκδόσει η ομάδα εργασίας για αυτές τις διαταραχές της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, αλλά και η αντίστοιχη του Εθνικού Ινστιτούτου Κλινικής Αριότητας της Αγγλίας (NICE). Σε πολύ πρόσφατη ανασκόπηση του θέματος η Halmi, μια αυθεντία στις ΔΠΤ, προτείνει επιπλέον την οργάνωση μιας περιεκτικής υπηρεσίας για την αντιμετώπισή τους:

1. Τη συγκρότηση μιας διακλαδικής-διεπαγγελματικής θεραπευτικής ομάδας (με τη σύνθεση που προαναφέραμε) και την οποία συντονίζει ψυχίατρος με εμπειρία στην αντιμετώπιση ΔΠΤ.
2. Υπάρχει η αναγκαιότητα για μια αρχική πλήρη αξιολόγηση κάθε περιστατικού τόσο από ψυχιατρική όσο και από ιατρική σκοπιά.
3. Η κατάλληλη εξωνοσοκομειακή δομή προσφέρει ατομικό ψυχοθεραπευτή γνωσιακής-συμπεριφορικής κατεύθυνσης εξειδικευμένη στην ΨΑ και ΨΒ, οικογενειακή θεραπεία, φαρμακευτική θεραπεία και υποδομή για την εκτέλεση των κατάλληλων εργαστηριακών εξετάσεων.
4. Αν οι ασθενείς χρειάζονται ενδονοσοκομειακή φροντίδα αντιμετωπίζονται καλύτερα σε εξειδικευμένη για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής μονάδα, στελεχωμένη από διακλαδική θεραπευτική ομάδα όπως προαναφέρθηκε.
5. Πρωταρχικός στόχος της ενδονοσοκομειακής φροντίδας είναι η ιατρική αντιμετώπιση και η διατροφική αποκατάσταση. Ακολουθεί η εφαρμογή των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στις διάφορες συνιστώσες τους.

Η πραγματικότητα που επικρατεί στην Ελλάδα ως προς την αντιμετώπιση των ασθενών με ΔΠΤ χαρακτηρίζεται από τις ακόλουθες διαπιστώσεις στις οποίες οδηγούμαστε μετά από 20 και πλέον χρόνια εμπειρίας στον ειδικό αυτό χώρο. Η πρώτη διαπίστωση είναι πως σημειώνεται τελευταία μια αλματώδης αύξηση της ζήτησης κλινικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση ασθενών με ΔΠΤ. Ενδεικτική είναι η αύξηση την τελευταία 4ετία κατά 40%, σε σχέση με τις αρχές της δεκαετίας, του αριθμού των ανά έτος νέων περιπτώσεων ενηλίκων ασθενών που απευθύνονται στο Ειδικό Εξωτερικό Ιατρείο ΔΠΤ του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Καθώς η στελέχωση του Ιατρείου είναι ανεπαρκής παρά την προσφορά ακόμη και εθελοντών, σημειώνεται μεγάλη καθυστέρηση στην ανταπόκριση στα αιτήματα. Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά το ίδιο περίπου αυτό χρονικό διάστημα έχουν δραστηριοποιηθεί στο Λεκανοπέδιο δύο νέες εξειδικευμένες υπηρεσίες που ασχολούνται με περιπτώσεις ΔΠΤ: μια για Εφήβους στη Μονάδα Εφηβικής Ιατρικής του Νοσοκομείου Αγλαΐα Κυριακού και μια δεύτερη από το Κέντρο της μη Κερδοσκοπικής Εταιρείας ΑΝΑΣΑ (για την υποστήριξη πασχόντων από διατροφικές διαταραχές). Εξ όσων γνωρίζουμε, δυσκολεύονται και αυτές να ανταποκριθούν στη συνεχώς αυξανόμενη προσέλευση.

Μια ακόμη διαπίστωση είναι τα συνεχώς αυξανόμενα αιτήματα ή παραπομπές για άμεση εισαγωγή και νοσηλεία στην Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου, που διαθέτει ένα πολύ περιορισμένο αριθμό κλινών (έως 3 κλίνες για το ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα αντιμετώπισης) σοβαρών από πλευράς ιατρικής κατάστασης περιπτώσεων ενηλίκων με ΔΠΤ. Συνήθως, τις παραπομπές προτείνουν ιατροί άλλων ειδικοτήτων από Γενικά Νοσοκομεία του λεκανοπεδίου όπου λειτουργούν ψυχιατρικοί τομείς και υπηρεσίες διασυνδεδετικής ψυχιατρικής. Όπως πιστεύουμε, εκεί ακριβώς θα έπρεπε κατεχοχίην να νοσηλεύονται αυτές οι περιπτώσεις, εφόσον στο πλαίσιο γενικού νοσοκομείου μπορούν ευκολότερα να συγκροτηθούν οι απαραίτητες για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση θεραπευτικές ομάδες διακλαδικής συνεργασίας, στελεχωμένες κατάλληλα από διαθέσιμους επαγγελματίες υγείας και ήδη εκπαιδευμένους στην ψυχοθεραπεία επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Υπάρχει βέβαια το ερώτημα αν οι διαθέσιμοι επαγγελματίες είναι και διατεθειμένοι, πρώτον να λειτουργήσουν στα πλαίσια μιας νοσοκομειακής ομάδας και δεύτερον να διαθέσουν τις δεξιότητες, την εκπαίδευση και το χρόνο τους για να δουλέψουν με αυτά τα δύσκολα και απαιτητικά περιστατικά. Αυτό το τελευταίο προϋποθέτει κατάλληλες εργασιακές συνθήκες αλλά και κίνητρα τουλάχιστον επιστημονικά και ηθικά.

Μια τελευταία διαπίστωση είναι πως αφενός οι εξειδικευμένοι στην αξιολόγηση και θεραπευτική αντιμετώπιση ΔΠΤ ψυχίατροι στη χώρα μας είναι πραγματικά ελάχιστοι σε σχέση με τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες. Οι δε εκπαιδευμένοι στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία ή έστω άλλου τύπου ψυχοθεραπεία με εξειδίκευση στις ΔΠΤ είναι επίσης περιορισμένοι σε αριθμό και οι περισσότεροι εξασκούν τη δεξιότητά τους μοναχικά στο ιδιωτικό τους γραφείο.

Το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι πως η διαμορφωμένη κατάσταση ως προς την αντιμετώπιση των ΔΠΤ στη χώρα μας δεν είναι καθόλου ικανοποιητική.

Αν δε σημειωθούν σύντομα βελτιώσεις στο σύστημα, τόσο με δραστικές παρεμβάσεις από τους αρμόδιους για τη χάραξη πολιτικής στην ψυχική υγεία όσο και με περισσότερη «διάθεση» εκ μέρους των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, η κατάσταση θα επιδεινώνεται διαρκώς και μεγάλος αριθμός ασθενών με ΔΠΤ θα συνεχίζει να ταλαιπωρείται.

Ελευθερία Βάρσου

*Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών
Αιγινήτειο Νοσοκομείο*

Βιβλιογραφία

- Fairburn CG, Harrison PJ. Eating Disorders. Seminar. *The Lancet* 2003, 361:407–416
- Halmi K, Agras S, Crow S et al. Predictors of treatment acceptance and completion of Anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:776–781
- American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. 3rd ed. Washington, American Psychiatric Association, 2006
- National Institute for Clinical Excellence. Eating Disorders-Core Interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline No 9, London, *National Institute for Clinical Excellence*, 2004
- Halmi KA. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry* 2009, 8:150–155
- Γονιδάκης Φ, Βάρσου Ε. *Ψυχογενής Ανορεξία*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 2008

Editorial

Άρθρο Σύνταξης

Eating disorders: A serious problem of mental health seeks solution

Eating Disorders are a group of mental disorders with considerable peculiarities and present a challenge for both the scientific community and the general public. More specific in our country a great attention and concern has been observed recently, caused to some extent by the role of public media, as they turned to “inform” about these disorders. Popular television programs are frequently focusing on famous individuals suffering from the disorder. Or they deal with dramatic presentation of Anorexia Nervosa (AN) cases, as they describe their wander around from inpatient services of general hospitals to private practices either of psychiatrists who only prescribed psychopharmaceutics drugs or gynecologists who recommended oral contraceptives.

The challenge for the scientists is of different nature and relates with the special characteristics of these disorders. Many persons suffering with eating disorder (ED) are reluctant to admit to their disorder, thus complicating the diagnosis and creating problems or great delay in seeking treatment.

As it is well known ED are chronic, difficult to treat disorders but they may be transient or recurrent and in many cases even a temporal movement between diagnostic categories has been observed during their long subsequent course.

Eating Disorders are also characterized by accompanied physical morbidity due to medical complications either from chronic starvation or malnutrition and/or purgative behaviours. They present high morbidity rate, especially AN (according to some reports Bulimia Nervosa too, mainly due to suicide).

As a consequence great difficulties are imposed in conducting studies on prevalence, incidence or mortality rates, as well as in comparing the efficacy among different treatment modalities. Strong resistance to treatment and medical complications often require withdrawal of patients from treatment protocols. In a recent study by Halmi, of 122 randomized cases the overall drop-out rate of anorexia nervosa patients was almost 50%.

Because of the high co-occurrence of physical with the psychiatric morbidity the cases of severe AN and/or BN require for their effective management intensive and congruent collaboration of a treatment team by health and mental health professionals from many disciplines: physician, cardiologist, nutritionist, psychiatrist, psychotherapist, social worker. The interventions needed, vary greatly in every case depending on the phase of the disorder and the state in medical condition. The spectrum of interventions may extend from neediness of hospitalization in a general medical ward for the medical stabilization and the management of serious complication, to the application of a specified type of psychotherapy (individual, group and/or family) and even to psychosocial and rehabilitational interventions – they may be needed in some cases.

Patient that (a) do not present with grave medical morbidity, (b) are motivated for treatment and (c) have a supportive system and a baseline social functionality, can be managed and treated in an outpatient setting.

Basic presumption is the existence of an interdisciplinary group, including available psychotherapist and resources for medical and laboratory assessment if needed.

Finally, on the issue of the psychopharmacological treatment of ED the evidence from the literature based on controlled trials offers useful conclusions for clinical practice. For AN patients no clear and statistical effectiveness has been proved by some specific drug, in contrast there exists an elevated danger for side-effects that can complicate the medical condition. For BN patients the use of serotonin reuptake inhibitors as well as in Binge-Eating Disorder patients the use of topiramate and sibutramine have been proved to be of some good effectiveness. Nevertheless they are less effective when compared to cognitive-behavioural therapy.

The treatment proposals summarised above stem from the Practice Guidelines for the Treatment of patients with Eating Disorders, issued by the Work Group on ED of the American Psychiatric Association as well as the National Institute for Clinical Excellence from England (NICE).

In a very recent review on the topic, Professor K. Halmi an expert on ED is writing on the components of a comprehensive service for their treatment:

1. A well-established eating disorders program should set up a multidisciplinary team of professionals coordinated by a psychiatrist experienced in eating disorders.
2. An adequate initial assessment is required including psychiatric and medical evaluation.
3. An adequate outpatient eating disorder clinic needs to provide individual psychotherapy with cognitive-behavioural techniques specific for AN and BN, family therapy, pharmacological treatment and resources to obtain appropriate laboratory tests.
4. If the patients require inpatient care they are best treated in a specialized unit under the medical attendance of a multidisciplinary team.
5. Medical management and nutritional rehabilitation are the primary goals of inpatient treatment followed by the psychotherapeutic interventions of various dimensions.

The actual situation in Greece concerning the management of patients with eating disorders is characterized by the following ascertainment, as we have concluded to them after more than 20 years of experience in the topic.

Firstly, there is a rapidly increase in the demand of clinical services for ED patients who are addressed to the outpatient clinic in the Eginition Hospital. Due to insufficient personnel despite the recruitment of volunteers a great delay in responding to the demand is present. During this period of last few years two new services dealing with eating disorder cases are settled in the greater Athens area: one for adolescents in the Adolescent Medicine outpatient unit of "Aglaiia Kyriakou Hospital" and the second from the non-profit association for supporting patients with eating disorders ANASA. As we are informed both of them have difficulties to accommodate to the continuously increasing demand.

There exists another additional problem, too many demands or referrals for emergency inpatient treatment of patients with serious medical condition in the psychiatric department of Eginition hospital, where a very limited number of beds can be available for the psychotherapeutic treatment program (only up to 3 beds). The referrals are mainly recommended by medicals from general hospitals by the greater Athens area, where psychiatric sectors and liaison psychiatry services are established. We believe that it is exactly in those settings where the cases of this condition should be hospitalized, because in the environment of psychiatric sectors it is easier for multidisciplinary approach teams to be formed, if the appropriate professionals are coordinated to work together with trained in psychotherapy mental health workers.

However there is an open question, if the available professionals do have the intention to operate as members in a hospital group and if they are willing to offer their skills and their time for working in the management of those demanding patients. There exists a precondition for this proposal: appropriate working conditions and provision of motives to the health workers, at least moral and/or scientific compensation.

One last ascertainment is concerning the issue of specifically trained for eating disorders psychiatrists. It is true that they are extremely few in the country, and the psychotherapists trained in cognitive-behavioural or other approach with specification for eating disorders are also limited in number and they mostly exert their skills insulated in their private practice.

As a result we can conclude that the management of eating disorders in our country is very much fragmented and not at all satisfactory. The system needs to be improved by prompt decisions and movements both through interventions from authorities responsible for mental health policies as well as through greater availability by mental health professionals. Without interventions for improvement a great number of ED patients will continue to suffer.

Eleftheria Varsou

*Assoc. Professor of Psychiatry, A' Psychiatric Department
University of Athens, Eginition Hospital*

References

- Fairburn CG, Harrison PJ. Eating Disorders. Seminar. *The Lancet* 2003, 361:407-416
- Halmi K, Agras S, Crow S et al. Predictors of treatment acceptance and completion of Anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:776-781
- American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 2006
- National Institute for Clinical Excellence. Eating Disorders-Core Interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline No 9, London: *National Institute for Clinical Excellence*, 2004
- Halmi KA. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry* 2009, 8:150-155
- Gonidakis F, Varsou E. *Anorexia Nervosa*. Beta Medical Publishers, 2008