

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΕΞΑΜΗΝΟ Η (ΧΕΙΜΕΡΙΝΟ)

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ
ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΚΑΙ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ ΣΕ
ΝΕΑΡΑ ΑΤΟΜΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.
ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΧΕΙΛΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ
ΧΡΥΣΙΚΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
ΨΑΡΑΚΗ ΖΑΜΠΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΔΡ.Γ.Θεοδωρακοπούλου

Πάτρα 2007

ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ
ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΚΑΙ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ ΣΕ
ΝΕΑΡΑ ΑΤΟΜΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.
ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....σελ.5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ.6

ΜΕΡΟΣ Α

ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

1.1 Βιβλιογραφική μελέτη.....σελ.8
1.1.1 Ιστορική αναδρομή.....σελ.8
1.1.2 Ορισμοί νευρικής ανορεξίας και νευρικής βουλιμίας.....σελ.9

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΙΣ ΜΕΡΕΣ ΜΑΣ

2.1 Επιπτώσεις της κοινωνίας.....σελ.12
2.2 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά Νευρικής Ανορεξίας και
Νευρικής Βουλιμίας.....σελ.13
2.3 Έρευνες σε Ελλάδα και εξωτερικό.....σελ.14

ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ

3.1 Τύποι Νευρικής Ανορεξίας και Νευρικής Βουλιμίας.....σελ.22
3.2 Αιτιολογική παράγοντες Νευρικής Ανορεξίας και Νευρικής Βουλιμίας.....σελ.23
3.2.1 Παθογενετικοί Μηχανισμοί.....σελ.25

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- 4.1 Διάγνωση Νευρικής Ανορεξίας και Νευρικής Βουλιμίας.....σελ.27
- 4.1.2 Διαφορική διάγνωση.....σελ.28
- 4.2 Κλινική Συμπτωματολογία Νευρικής Ανορεξίας.....σελ.30
- 4.2.1 Κλινική Συμπτωματολογία Νευρικής Βουλιμίας.....σελ.31

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

- 5.1 Αιματολογικά-Βιοχημικά-Εργαστηριακά Ευρήματα Νευρικής Ανορεξίας.....σελ.32
- 5.1.1 Αιματολογικά-Βιοχημικά-Εργαστηριακά Ευρήματα Νευρικής Βουλιμίας.....σελ.33
- 5.2 Άλλες Διαταραχές Νευρικής Ανορεξίας και Νευρικής Βουλιμίας.....σελ.34

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

- 6.1 Θεραπεία Νευρικής Ανορεξίας και Νευρικής Βουλιμίας.....σελ.37
- 6.1.1 Εναλλακτική Θεραπεία Νευρικής Ανορεξίας.....σελ.40
- 6.1.2 Το Πρόβλημα της Αποθεραπείας.....σελ.40
- 6.2 Πρόγνωση Νευρικής Ανορεξίας.....σελ.42
- 6.2.1 Πρόγνωση Νευρικής Βουλιμίας.....σελ.43

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

- 7.1 Βασικά σημεία νοσηλευτικής φροντίδας και νοσηλευτική διεργασία.....σελ.44
- 7.2 Νοσηλευτική ετοιμότητα.....σελ.47
- 7.3 Εκπαίδευση ασθενούς.....σελ.48

ΜΕΡΟΣ Β

ΣΚΟΠΟΣ.....σελ.51

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

1.1 Σχεδιασμός της έρευνας.....σελ.52

1.2 Πληθυσμός-Δείγμα.....σελ.52

1.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....σελ.53

1.4 Γεωγραφικά πλαίσια που διεξήχθησε η έρευνα.....σελ.53

1.5 Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση.....σελ.54

ΥΠΟΘΕΣΗ.....σελ.55

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....σελ.56

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

2.1 Ποσοστά απαντήσεων ανάλογα με την ηλικία.....σελ.58

2.1.1 Ποσοστά απαντήσεων ανάλογα με το φύλο.....σελ.80

ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....σελ.104

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....σελ.106

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Ερωτηματολόγιο.....σελ.107

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.111

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Με την ευκαιρία που μας δόθηκε στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας, αποφασίσαμε να ερευνήσουμε δυο ψυχολογικές ασθένειες, που έχουν συγκεντρώσει μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Η έρευνα αυτή σχεδιάστηκε με σκοπό να παρουσιάσουμε ποσοστά που σχετίζονται με την συχνότητα εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας και της νευρικής βουλιμίας, σε Αθήνα, Πάτρα και Ναύπακτο. Επίσης θέλουμε να αναφέρουμε τις διαστάσεις που έχει πάρει αυτό το θέμα παγκοσμίως και κατά πόσο ο κλάδος της νοσηλευτικής έχει συμβάλει στην αντιμετώπιση αυτών των ψυχολογικών διατροφικών διαταραχών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας ολοένα και περισσότεροι νέοι πέφτουν θύματα διαταραχών πρόσληψης τροφής. Δύο από αυτές τις διαταραχές είναι η Νευρική Ανορεξία (Anorexia Nervosa) και η Νευρική Βουλιμία.

Τα πρότυπα που προβάλλονται στις σημερινές κοινωνίες μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ωθούν τους νέους να ακολουθήσουν μια συγκεκριμένη μορφή προτύπου του σώματος, ώστε να είναι ελκυστικοί και αποδεκτοί από το περιβάλλον τους. Καθημερινά βομβαρδιζόμαστε από εικόνες καλλίγραμμων και αποστεωμένων μοντέλων, που επιδρούν αρνητικά σε μια ευαίσθητη ηλικία, όπως είναι αυτή των εφήβων.

Τα παραπάνω σε συνδυασμό με τις αυξημένες υποχρεώσεις που έχουν οι έφηβοι στην καθημερινότητά τους, θέτουν σε σοβαρό κίνδυνο την σωματική και την ψυχική τους υγεία. Με την σκέψη τους συνεχώς στραμμένη στην διαρκεί αγωνία τους να αδυνατίσουν κλείνονται περισσότερο στον εαυτό τους και πέφτουν σε βαριά μελαγχολία, ενώ παράλληλα επιβαρύνουν την σωματική τους κατάσταση.

Τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει μια αλματώδεις και συνεχιζόμενη αύξηση της ψυχικής νόσου Νευρικής Ανορεξίας, όπου κυρίως εκδηλώνεται σε γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών. Είναι η μοναδική ψυχική διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει απευθείας στο θάνατο.

ΜΕΡΟΣ Α

ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

1.1 Βιβλιογραφική μελέτη

1.1.1 Ιστορική αναδρομή

Η Νευρική Ανορεξία ως συγκεκριμένη κλινική οντότητα μέχρι τη δεκαετία του '60, και μερικοί ψυχίατροι ακόμα, δεν την θεωρούν μια ευδιάκριτη ασθένεια (Hsu 1980). Η Νευρική Ανορεξία εμφανίζεται κυρίως στα μεσαίας κατηγορίας θηλυκά (Crisp και λοιποί 1976) στις αναπτυγμένες χώρες και δημιουργείται κυρίως στην εφηβεία. Ο όρος νευρική ανορεξία χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τον William Gull στην ετικέτα του το 1874 έναν όρο που περιγραφικά 200 έτη νωρίτερα από τον Richard Morton το 1689. Μέχρι τότε, υπήρξε λίγο ενδιαφέρον για την ανορεξία εία, η πιο κοινή ηλικία που αρχίζει να χάνει βάρος είναι περίπου στα 15 έτη (Crisp & Stonehill 1971). Είναι δύσκολο να αξιολογηθεί η επίπτωση της αναταραχής λόγω του ότι κρύβονται οι ασθενείς, ψευδών δηλώσεων και λάθος διαγνώσεων, θεωρείται ότι αριθμεί των περιπτώσεων (Palmer 1980) στις 10.000 σοβαρών επιπτώσεων στη Μεγάλη Βρετανία σε οποιοδήποτε χρόνο (Crisp 1983).

Ο Russell (1970) περιέγραψε τρία ουσιαστικά χαρακτηριστικά: συμπεριφορά που οδηγεί σε ένα χαρακτηριστικό χάσιμο του βάρους σώματος, εισαγωγή τροφίμων οριακά, αλλά και υπερβολική άσκηση, αυτεπαγόμενος έμετος και κάθαρση μια αναταραχή που παρουσιάζεται ενδοκρινής από το amenorrhoea στα θηλυκά και ένας τρομακτικός φόβος πάχους¹. Με τις εργασίες της Bruch (1966), που περιέγραψε τη χαρακτηριστική «ανυποχώρητη επιδίωξη της ισχνότητας», και του Crisp (1967), που απέδωσε βασικό ρόλο στη «φοβία του πάχους», και τέλος τις δημοσιεύσεις του Russell στη δεκαετία του '70, τα πράγματα ξεκαθάρισαν και τέθηκαν οι βάσεις για την σύγχρονη κατανόηση και κριτήρια για την διάγνωση της νοσολογικής οντότητας της «πρωτοπαθούς» ψυχογενούς ανορεξίας².

Ο όρος βουλιμία (ελληνική λέξη που σημαίνει μεγάλη και ακόρεστη πείνα) αρχικά χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει απληστία για την τροφή, συνοδευμένη από αισθήσεις αδυναμίας. Δεν επρόκειτο λοιπόν, αναγκαστικά, για παθολογική πείνα.

Οι βουλιμικές συμπεριφορές υπήρξαν στη πραγματικότητα αντικείμενο μιας μακράς νοσογραφικής περιπλάνησης και σχετίστηκαν διαδοχικά η μια με την άλλη παθολογία. Ο Κάρολος Λαζέγκ, κατ' αρχήν, τις βλέπει σαν σημάδι υστερικής νευρώσεως, όπως και ο Σάντορ Φέρεντζι ενώ ο Σίγκμουντ Φρόυντ τις θεωρεί άλλοτε σαν υστερικές εκδηλώσεις και άλλοτε σαν συμπτώματα σύγχρονης νευρώσεως ελέγχου κατά τη διαδικασία πρόσληψης τροφής αλλά και από καταθλιπτική διάθεση.¹⁸

1.1.2 Ορισμοί νευρικής ανορεξίας και νευρικής βουλιμίας

Η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από έντονη και σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος του ίδιου του ατόμου και από ανυποχώρητη επιδίωξη της λεπτότητάς του. Η βασική αυτή διαταραχή, που θα μπορούσε να γίνει κατανοητή ως «παράλογος φόβος του πάχους», οδηγεί το άτομο σε σκόπιμα αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό στην πρόσληψη τροφής και επιλογή των τροφών σε ποσότητα και ποιότητα, ώστε να οδηγείται σε απώλεια βάρους και απίσχνανση, η οποία προοδευτικά μπορεί να φτάσει σε κατάσταση λιμοκτονίας. Η διαταραχή αυτή έχει αναγνωριστεί εδώ και πολλές δεκαετίες και έχει περιγραφεί σε διάφορα πρόσωπα με μια εντυπωσιακή ομοιομορφία στην εμφάνισή της. Είναι πολύ περισσότερο συχνή στις γυναίκες παρά στους άνδρες και συνήθως η έναρξή της γίνεται στην εφηβεία. Οι υποθέσεις για τις υποκείμενες ψυχολογικές διαταραχές σε νεαρές κοπέλες περιλαμβάνουν συγκρούσεις ενδοψυχικές, που σχετίζονται με την μετάβαση του κοριτσιού προς την ενηλικίωση².



Η νευρική βουλιμία, η οποία είναι συχνότερη από απ' την νευρική ανορεξία είναι μια σοβαρή διατροφική και ψυχολογική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια πρόσληψης μεγάλων ποσοτήτων τροφής τα οποία συνοδεύονται από την πλήρη απώλεια ελέγχου του σωματικού βάρους και του αισθήματος της πείνας

Παρόλο που το άτομο είναι ευαισθητοποιημένο τόσο για τη σιλουέτα όσο για και για το σωματικό βάρος .¹⁶

Κατά τη διάρκεια των βουλιμικών επεισοδίων το άτομο καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφών σε έναν γρήγορο, αυτόματο, και ανίσχυρο να του αντισταθεί μοτίβο. Όσο διαρκεί το βουλιμικό επεισόδιο το άτομο νιώθει μια πρόσκαιρη υποχώρηση της πείνας, του θυμού, και άλλων αρνητικών συναισθημάτων, αλλά τελικά μένει μια αίσθηση βιολογικής ταλαιπωρίας κι ένας φόβος αναφορικά με τη λήψη βάρους. Έτσι το άτομο νιώθει την ανάγκη να "ακυρώσει" τα τρόφιμα που κατανάλωσε, συνήθως με την πρόκληση εμετού και με την προσφυγή σε κάποιο συνδυασμό δίαιτας, υπερβολικής άσκησης, καθαρτικών, και διουρητικών.

Το άτομο καταβροχθίζει τροφές και όταν τρώει αισθάνεται να είναι εκτός ελέγχου Κάνει εμετό, κάνει κακή χρήση καθαρτικών, ασκείται υπερβολικά ή νηστεύει για να ξεφορτωθεί τις θερμίδες. Τρέφεται μέσω βουλιμικών επεισοδίων, απέχει από το φαγητό μέχρι που ξαναπεινάσει και να επαναληφθεί το βουλιμικό επεισόδιο. Θεωρεί ότι

μόνο κάποιος με αδύνατο σώμα αξίζει να έχει αυτοαποδοχή. Μπορεί να παρουσιάσει τάσεις κλοπής, να είναι επιρρεπές σε παραβάσεις και να κάνει κατάχρηση οινόπνευματος, ναρκωτικών, και πιστωτικών καρτών. Το βάρος του μπορεί να είναι κανονικό ή κοντά στο κανονικό, εκτός κι αν συνυπάρχει ανορεξία. Όπως η ανορεξία, έτσι και η βουλιμία μπορεί να σκοτώσει. Ακόμα κι αν το άτομο παρουσιάζει εξωτερικά ένα εύθυμο πρόσωπο, μέσα του είναι συχνά πιεσμένο, μόνο, ντροπαλό, και εσωτερικά κενό. Οι φίλοι των βουλιμικών μπορεί να τους περιγράψουν ως άτομα ικανά και διασκεδαστικά αλλά κάτω από όλα αυτά κρύβουν τα ένοχα μυστικά τους. Αισθάνονται αναξιότητα έχουν μεγάλη δυσκολία να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους, τα οποία σχεδόν πάντα περιλαμβάνουν ανησυχία, κατάθλιψη, κακή αυτοεικόνα, και βαθιά θαμμένο θυμό¹⁷.



ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΙΣ ΜΕΡΕΣ ΜΑΣ

2.1 Επιπτώσεις της κοινωνίας

Το είδος της κοινωνίας μέσα στην οποία μεγαλώνει ένα άτομο φαίνεται να είναι πολύ σημαντικό για το αν θα αναπτύξει κάποια διαταραχή διατροφής ή όχι. Τα τελευταία είκοσι χρόνια Η Dr Ruth H Striegel – Moore περιγράφει πως ο τρόπος με τον οποίο οι γυναίκες βλέπουν τον εαυτό τους και οι προσδοκίες που τους επιβάλλει η κοινωνία συντελούν στο να τις κάνουν, ιδιαίτερα τις νεαρές, ευάλωτες στην παρουσία των προβλημάτων διατροφικής διαταραχής.

Η Dr Ruth H Striegel Moore υποστηρίζει πως η εικόνα που έχει μια γυναίκα για τον εαυτό της βασίζεται στην επίγνωση των προσωπικών της χαρακτηριστικών, τα οποία ωστόσο επιβεβαιώνονται μέσα στο πλαίσιο σημαντικών σχέσεων. Αυτό κάνει τις γυναίκες ιδιαίτερα ευάλωτες στην γνώμη των άλλων. Επειδή η εξωτερική εμφάνιση συμβάλλει σημαντικά στην επιτυχία στον κοινωνικό τομέα, δεν είναι παράξενο το ότι οι γυναίκες θέτουν την εμφάνιση και το βάρος τους σαν υψηλές προτεραιότητες στη ζωή τους.

Ο κοινωνικός ρόλος των γυναικών αναβαθμίζεται και εμπλουτίζεται δεδομένου ότι ξεχωρίζουν συνήθως νεαρές, κομψές, ιδιαίτερα ελκυστικές γυναίκες. Οι κοπέλες που νιώθουν ανασφαλείς σχετικά με τη ταυτότητα τους, ιδιαίτερα με το πώς τις βλέπουν οι άλλοι, μπορεί να στρέψουν όλη τους τη προσοχή στην εξωτερική εμφάνιση, γιατί έτσι βρίσκουν πραγματικό συγκεκριμένο τρόπο να διαμορφώσουν τη προσωπικότητα τους .

Στις δυτικές κυρίως χώρες όλο και πιο πολύ προβάλλεται το αδύνατο σώμα όχι μόνο σαν πρότυπο ομορφιάς αλλά και σαν προϋπόθεση για αυτοεκτίμηση, επιτυχία κι ευτυχία. Ταυτόχρονα όλο και πιο πολύ αυξάνονται τα ποσοστά των διαταραχών διατροφής. Σε μη δυτικές κοινωνίες που δεν υπήρχαν αυτά τα δυτικά πρότυπα δεν αναφέρονταν περιστατικά ανορεξίας. Με την εισβολή των δυτικών προτύπων ομορφιάς και κομψότητας μέσα από διαφημίσεις, περιοδικά και σταρ του κινηματογράφου άρχισαν

να αναφέρονται όλο και πιο πολλά περιστατικά ανορεξίας. Ακόμη, τα παιδιά των οικογενειών χωρών της μέσης ανατολής και της Ασίας που πήγαν στην Αγγλία π.χ. ανέπτυξαν διαταραχές διατροφής με το που ήρθαν σε επαφή με τις νέες αξίες ενώ στις χώρες τους τα ποσοστά ανορεξίας είναι κοντά στο μηδέν.

Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα των ερευνών είναι πως οι έγχρωμες γυναίκες της Αμερικής δεν θεωρούν πως ένα αδύνατο σώμα είναι απαραίτητο για να είναι, επιτυχημένες και ελκυστικές αλλά αντίθετα πως η ελκυστικότητα εξαρτάται από τη συνολική στάση και προσωπικότητα της γυναίκας. Το 70% των έγχρωμων γυναικών δηλώνουν ευχαριστημένες με το σώμα τους ενώ μόλις 11 % των λευκών γυναικών της Αμερικής δηλώνουν το ίδιο. Συνολικά πολύ λίγες έγχρωμες Αμερικάνες έχουν νευρική ανορεξία σε σχέση με τις λευκές Αμερικάνες και οι έγχρωμοι Αμερικάνοι είναι πολύ πιο πρόθυμοι από τους λευκούς να φλερτάρουν με μια παχύτερη γυναίκα. Σύμφωνα με τους Αμερικάνους ψυχολόγους Sue & Sue, φαίνεται πως η κουλτούρα των νέγων της Αμερικής «θωρακίζει» τις γυναίκες τους από τα δυτικά πρότυπα ομορφιάς και κατ' επέκτασιν και από τις διαταραχές διατροφής³.

2.2 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά Νευρικής Ανορεξίας και Νευρικής Βουλιμίας

Η νευρική ανορεξία είναι μια ασθένεια που πλήττει το 1% του γυναικείου πληθυσμού. Οι γυναίκες αυτές, που μπορεί να είναι οι κόρες μας, οι γυναίκες μας, οι αδελφές μας ή οι μητέρες μας, νιώθουν ένα έντονο αίσθημα αναποτελεσματικότητας και ανεπάρκειας. Αυτό τις οδηγεί στο να μην τρώνε και να εξασκούνται εντατικά με αποτέλεσμα να έχουν μια σημαντική απώλεια βάρους που ξεπερνά το 15% του ιδανικού τους βάρους. Η απώλεια βάρους μπορεί να είναι πολύ σημαντική και το ποσοστό θνησιμότητας που παρατηρείται στη νόσο αυτή ανέρχεται στο 20%.

Σημειώστε ότι η νευρική ανορεξία έχει ένα από τα ψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας των ψυχικών νόσων. Παρά το γεγονός ότι η νευρική ανορεξία μπορεί να εκδηλωθεί σε όλες τις ηλικίες εντούτοις είναι συχνότερη στην εφηβική ηλικία, ιδιαίτερα μεταξύ 13 και 20 ετών.⁴

Η έναρξη της νευρικής βουλιμίας τοποθετείται μεταγενέστερα στην εφηβεία, ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή τα κορίτσια εφηβικής ηλικίας και οι νεαρές γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο από τη νευρική βουλιμία.. Η νευρική βουλιμία είναι σημαντικά συχνότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες, από το σύνολο των ασθενών που παρουσιάζουν βουλιμία , μόνο 10% έως 15% είναι άνδρες. Υπολογίζεται ότι 1,1% έως 4,2% των γυναικών παρουσιάζουν νευρική βουλιμία σε κάποια φάση της ζωής τους Η νευρική βουλιμία είναι συχνότερη από τη νευρική ανορεξία. Χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας και προκλητού εμετού. Υπάρχουν περιγραφές ασθενών με νευρική βουλιμία που παρουσίαζαν μέχρι και 14 επεισόδια υπερφαγίας εβδομαδιαίως.. Η νευρική βουλιμία είναι σημαντικά συχνότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες, αλλά η έναρξη της τοποθετείται μεταγενέστερα στην εφηβεία, ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή.

Σποραδικά συμπτώματα νευρικής βουλιμίας όπως μεμονωμένα επεισόδια υπερφαγίας και κάθαρσης έχουν αναφερθεί μέχρι και στο 40% των γυναικών σε κολέγια. Αν και η νευρική βουλιμία εμφανίζεται συνήθως σε φυσιολογικού βάρους νέες γυναίκες, μερικές φορές υποκρύπτεται ιστορικό παχυσαρκίας .⁴

2.3 Έρευνες σε Ελλάδα και εξωτερικό

ΑΜΕΡΙΚΗ

Σύμφωνα με την εφημερίδα <<dBusinessNews>> στο Ντυτρόιτ στις 26 Φεβρουαρίου του 2007 γιόρτασαν το 20ό έτος της εθνικής εβδομάδας συνειδητοποίησης

διατροφικής διαταραχής (NEDAW). Στην εφημερίδα αναφέρεται ότι το πρόβλημα των διατροφικών διαταραχών επηρεάζει περίπου 24 εκατομμύρια Αμερικανούς και 74 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως²⁷. Τουλάχιστον 50.000 άτομα θα πεθάνουν ως άμεσο αποτέλεσμα της διατροφικής διαταραχής τους. Το ίδιο αναφέρεται από την Barbara Rea, ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι ένα αυξανόμενο πρόβλημα και υπολογίζεται ότι 20% του αμερικανικού πληθυσμού πάσχουν από κάποια μορφή διατροφικής διαταραχής σε κάποιο χρόνο στις ζωές τους²⁶.

Επίσης, στην Ινδιανάπολη στις 13 Μαρτίου 2007, το σπίτι SELAH, το μόνο κατοικημένο κέντρο επεξεργασίας διατροφικής διαταραχής του Ινδιάννα, σε συνεργασία με το πανεπιστήμιο του Άντερσον, υποστηρίζει ένα συμπόσιο διατροφικής διαταραχής. Το πρόγραμμα είναι σε απάντηση με μια κρίσιμη ανάγκη στις πανεπιστημιακές πανεπιστημιούπολεις να εξεταστούν οι διατροφικές διαταραχές μεταξύ των ανδρών και γυναικών σπουδαστών.

Σύμφωνα με την εθνική ένωση διατροφικής διαταραχής, 91% των γυναικών που ερευνήθηκαν πρόσφατα σε μια πανεπιστημιούπολη κολλεγίων είχαν προσπαθήσει να ελέγξουν το βάρος τους μέσω της δίαιτας. Το 22% είπε ότι είχαν κάνει δίαιτα <<συχνά>> ή <<πάντα>>. Μέχρι και το 10% του ανδρικού πληθυσμού αποτελεί τις διατροφικές διαταραχές σήμερα. <<Ενώ η διατροφή και ο μέτριος έλεγχος βάρους είναι φυσιολογικοί και υγιεινοί, όταν γίνεται ακραία αυτό μπορεί να είναι θανάσιμη, >> είπε ο Misty Rees, διευθυντής προγράμματος για το σπίτι Selah.<<Σύμφωνα με την NEDA, γυναίκες μεταξύ δεκαπέντε έως εικοσιτεσσάρων ετών πάσχουν από νευρική ανορεξία, το ποσοστό θνησιμότητας είναι **δώδεκα φορές** υψηλότερο από όλες τις αιτίες θανάτου που συνδυάζονται.>>²³

Στην εφημερίδα << University of Kentucky News>> σημειώνεται ότι σε έναν πολιτισμό που συνεχίζει να προωθεί λεπτές και μη ρεαλιστικές εικόνες των σωμάτων, κατ' εκτίμηση 11 εκατομμύρια άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες πάσχουν από την νευρική βουλιμία ή binge eating και από την νευρική βουλιμία. Περίπου 90 τοις εκατό είναι νέες ενήλικες γυναίκες κατά τη διάρκεια των ετών κολλεγίων. Οι συνέπειες των διατροφικών διαταραχών είναι αυστηρές, με 1 σε 10 να οδηγούν στο θάνατο από το λιμό, την καρδιακή σύλληψη ή την αυτοκτονία²⁵.

Σύμφωνα με τον Joan Thomson, τον εκπαιδευτικό υγείας στο Wellness και τις υπηρεσίες αναψυχής πανεπιστήμιο του βόρειου Iowa, 40% των πρόσφατα προσδιορισμένων περιπτώσεων της νευρικής ανορεξίας είναι στα κορίτσια 15-19 ετών. Περιπτώσεις που περιλαμβάνουν τις γυναίκες μεταξύ ηλικιών 10-39 που τριπλασιάζονται μεταξύ από το 1988²⁴.

Στο Μπέρκλεϋ της Καλιφόρνιας, η Erica Browne, εκπαιδευτικός υγείας για τις πανεπιστημιακές υγειονομικές υπηρεσίες, υπολογίζει ότι υπάρχουν τουλάχιστον 30% των σπουδαστών με κάποια μορφή διαταραγμένης κατανάλωσης τροφής, δεδομένου ότι τα συμπτώματα μπορούν να παρουσιαστούν με τους κλασικούς τρόπους, κατά την διάρκεια του χρόνου τους στο πανεπιστήμιο³².

Σύμφωνα με το συνασπισμό διατροφικών διαταραχών για τον ιστοχώρο έρευνας, πολιτικής και δράσης, eatingdisorderscoalition.org, η πιθανότητα μιας γυναίκας που έχει νευρική ανορεξία κατά την διάρκεια της ζωής της είναι 0,9%, ενώ η πιθανότητα για τους άνδρες είναι 0,3%. Η πιθανότητα που ενός προσώπου που έχει νευρική βουλιμία σε μια διάρκεια ζωής είναι 1,5% στις γυναίκες και 0,5% στους άνδρες.

Η πιθανότητα ενός προσώπου που έχει μια αναταραχή ψυχογενής κατανάλωσης σε μια διάρκεια ζωής, εντούτοις, είναι 3,5% στις γυναίκες και 2% στους άνδρες, σύμφωνα με τον ιστοχώρο.

Η κυβέρνηση έκανε χρηματοδοτημένη μελέτη, που δημοσιεύθηκε από πανεπιστημιακούς συνδεδεμένο με το Χάρβαρντ νοσοκομείο McLean, εξέτασε ένα εθνικό δείγμα περισσότερων από 9.000 οικογενειών, είπε ο Lerro. Όπως υποστηρίζει ο Lerro, την έρευνα αυτή καθίσταται σημαντική, λόγω των αντιπροσωπευτικών στατιστικών της για τον αμερικανικό πληθυσμό. Αυτό παρουσιάζει μια διατομή των Ηνωμένων Πολιτειών, και αυτά είναι οι πρώτες διατροφικές διαταραχές που αφορά μελέτη σε εθνικό στατιστικό αντιπροσωπευτικό επίπεδο. Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι τουλάχιστον 5% του γενικού πληθυσμού επηρεάζονται από την αναταραχή, είτε η Linda Linda LaSalle, συντονιστής των εκπαιδευτικών υπηρεσιών στις πανεπιστημιακές υγειονομικές υπηρεσίες. Είπε ότι η αναταραχή χαρακτηρίζεται από το επαναλαμβανόμενο binge τρώγοντας χωρίς την κανονική χρήση των αντισταθμιστικών μέτρων για να αντιμετωπιστεί το binge τρώγοντας³⁰.

Η εθνική ένωση της ανορεξίας και των σχετικών αναταραχών αναφέρει ότι τουλάχιστον 8 εκατομμύρια άνθρωποι στις ΗΠΑ έχουν μια διατροφική διαταραχή. Ενενήντα τοις εκατό είναι γυναίκες 12 και 25. Εντούτοις οι αυξανόμενοι αριθμοί γυναικών και ηλικιωμένων αναφέρονται με τις αναταραχές³³.

Σε μια άλλη μελέτη του Δρ DB Woodside του γενικού νοσοκομείου του Τορόντου, αναφέρει ότι 10 έως 20 τοις εκατό που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή είναι άνδρες. Απο αυτό συμπεραίνει ότι περίπου ένα εκατομμύριο άτομα στις ΗΠΑ πάσχουν από μια διατροφική διαταραχή, σύμφωνα με το διεθνή οργανισμό παραπομπής διατροφικής διαταραχής³⁵.

Η κα Mitchem, Αμερικανίδα ψυχολόγος, είπε ότι βλέπει περίπου μια έως δύο περιπτώσεις σπουδαστών με διατροφικές διαταραχές ετησίως. Όπως μας αναφέρει σαράντα έως εξήντα τοις εκατό της εφηβικής διατροφής κοριτσιών και εβδομήντα οκτώ τοις εκατό 18 έτους είναι δυστυχισμένα με τους οργανισμούς τους³⁶.

ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ

Η Tanya Thompson, ανταποκριτής κοινωνικών υποθέσεων, υποστηρίζει σε μελέτη της ότι περίπου 1 σε 100 νέους ηλικίας μεταξύ 12 και 25 ετών στη Μεγάλη Βρετανία πάσχει από νευρική ανορεξία. Η επίπτωση της βουλιμίας είναι 4% του πληθυσμού, ενώ το σχεδιάγραμμα ηλικίας των πασχόντων ψυχογενούς ανορεξίας μειώνεται, με τη νεότερη καταγεγραμμένη περίπτωση στη Μεγάλη Βρετανία ακριβώς οκτώ έτη πριν³¹.

ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ

Σε μια μελέτη πέντε ετών από μια κλινική ομάδα εκβάσεων επιδημιολογίας και υγείας, Flinders ιατρικό κέντρο, βρέθηκε ότι τρεις ασθενείς με νευρική ανορεξία και δύο με EDNOS πέθαναν. Τα 65(74%) των ατόμων που ήταν βουλιμικά, τα 29(78%) με EDNOS, και τα 53(56%) που έπασχαν από ανορεξία δεν είχαν καμία ασθένεια που να μπορεί να διαγνωσθεί. Ένα μικρό ποσοστό των ασθενών σε κάθε ομάδα είχε φτωχά αποτελέσματα Morgan-Russel-Hayard στην έκβαση. Η τελική έκβαση προβλέφθηκε από τον βαθμό και την ένταση, αλλά όχι κατά την διάρκεια, των αρχικών συμπτωμάτων των ασθενών με νευρική ανορεξία, ούτε και με τις αρχικές σωματο-σχετικές τοποθετήσεις και την εξασθενημένη ψυχοκοινωνική λειτουργία στους ασθενείς βουλιμίας. Στην μελέτη

αυτή ήταν αδύνατον να προβλεφθεί η έκβαση EDNOS, ενώ η επεξεργασία δεν είχε επιπτώσεις στην έκβαση για οποιαδήποτε ομάδα³⁴.

Σύμφωνα με το ίδρυμα διατροφικών διαταραχών Βικτωρίας, οι διατροφικές διαταραχές έχουν επιπτώσεις σε περίπου 10% των νέων γυναικών και 1% των νεαρών ανδρών ηλικίας 14 έως 24. Η αυστραλιανή ιατρική ένωση λέει ότι ραβδί-λεπτά πρότυπα συμβάλλουν σε αυτόν τον αριθμό επειδή έχουν ισχυρή επιρροή στην εικόνα σωμάτων και των αυτοσεβασμό μεταξύ των εφήβων. Τα κορίτσια οργανώσεων νεολαίας θα θεωρήσουν τους ultra-thin οργανισμούς ως ιδανικό και θα αναπτύξουν τις διατροφικές διαταραχές σε μια προσπάθεια να επιτευχθεί το ίδιο πράγμα²⁹.

ΚΑΝΑΔΑΣ

Ο Bunnell, μέλος του εθνικού διοικητικού συμβουλίου ένωσης διατροφικών διαταραχών αναφέρει ότι ένα κατ' εκτίμηση 0,5% σε 3,7% των γυναικών πάσχει από νευρική ανορεξία σε κάποιο σημείο κατά την διάρκεια της ζωής τους, σύμφωνα με το εθνικό ίδρυμα διανοητικής υγείας.

Η βουλιμία χαρακτηρίζεται από υπερβολική κατανάλωση binge που ακολουθείται με τον εξαντισμό των τροφίμων μέσω του εμετού, των καθαρτικών ή της πέρα από-άσκησης. Ένα κατ' εκτίμηση 1,1% σε 4,2% των αμερικανικών θηλυκών θα αγωνιστούν με τη νευρική βουλιμία στη διάρκεια ζωής τους²¹.

ΤΑΪΒΑΝ

Μια πρόσφατη έρευνα από το Υπουργείο Παιδείας και του εθνικού συμβουλίου επιστήμης δείχνει ότι 6,7% των ανδρών και 4,7% των γυναικών σπουδαστών μερικές φορές ή συχνά προκαλούν τον εμετό ως τρόπο ελέγχου βάρους.

Τουλάχιστον 27.000 σπουδαστές χρησιμοποιούν τη μέθοδο αυτή, η οποία οι ανώτεροι υπάλληλοι του υπουργείου είχαν προειδοποιήσει ότι ήταν ένα σημάδι με περισσότερη προσοχή που πρέπει να δοθεί στην ψυχολογική υγεία των σπουδαστών.

Η πρόσφατη έρευνα περιέλαβε 52.315 και 26.307 εναγόμενους με πρώτους τους πανεπιστημιακούς σπουδαστές του τρίτου έτους, αντίστοιχα, στα ιδιωτικά και δημόσια σχολεία. Με βάση τα αποτελέσματα του Chung Yuan το χριστιανικό πανεπιστήμιο έχει συμπληρώσει προκαταρκτική έκθεση σχετικά με τη διανοητική και φυσική υγεία των

πανεπιστημιακών σπουδαστών της Ταιβάν. Μεταξύ των σπουδαστών τρίτου έτους, 51,5% των γυναικών εναγόμενων και 32,3% των ανδρών εναγόμενων απάντησαν ότι έκαναν δίαιτα επειδή ήταν φοβισμένοι υπέρβαροι. Εντούτοις, η έρευνα διαπίστωσε ότι 63,3% των κοριτσιών και 61,7% των αγοριών μερικές φορές ή συχνά είχαν υπερκατανάλωση στα τρόφιμα ή στο οινόπνευμα.

Όταν ερωτήθηκαν εάν ακολουθήθηκε από τις προσπάθειες να εξαγνιστούν από τα τρόφιμα μέσω προκληθείς εμετό, ο χαρακτηριστικός της βουλιμίας, το 83,6% των ανδρών εναγόμενων και το 87,2% των γυναικών εναγόμενων είπαν δεν έκαναν έτσι, ενώ το 16,4% των ανδρών σπουδαστών και το 12,8% των γυναικών σπουδαστών είπαν σπάνια, μερικές φορές ή συχνά. Έτσι με βάση αυτά τα ποσοστά, 940.000 σπουδαστές σε εθνικό επίπεδο, κατ' εκτίμηση 27.000 σπουδαστές έχουν εξετάσει την πρόκληση ή έχουν προκαλέσει εμετό για να ελέγξουν το βάρος τους.

Λαμβάνοντας υπόψη το στερεότυπο που τα κορίτσια ανησυχούν περισσότερο για την εμφάνισή τους και το βάρος τους από τα αγόρια, τα αποτελέσματα ήταν εκπληκτικά σε αυτό που οι άνδρες εναγόμενοι είπαν ότι προκάλεσαν εμετό περισσότερο: 1,1% των αγοριών και 0,9% των κοριτσιών προκάλεσαν να κάνουν εμετό συχνά, ενώ 5,6% των αγοριών και 3,8% των κοριτσιών έκαναν εμετό μερικές φορές²².

ΧΙΛΗ

Σε μια δημοσίευση της εφημερίδας “Santiago times” , στη Χιλή, η οικονομική ανάπτυξη και η επιρροή των βορειοαμερικανικών και ευρωπαϊκών εικόνων ομορφιάς έχουν συναρμολογήσει μια αιχμηρή αύξηση σε περιπτώσεις διατροφικής διαταραχής. Το 2005 οι εισαγωγές σε νοσοκομείο της Χιλής ως αποτέλεσμα επιλοκών των διατροφικών διαταραχών έφτασε το 62%.

Οι περισσότεροι πάσχοντες διατροφικής διαταραχής είναι κορίτσια μεταξύ 10 και 19, αλλά το πρόβλημα υπάρχει επίσης μεταξύ των αγοριών και των ενηλίκων. Πολλά άτομα που δεν γίνονται ανορεξικοί ή βουλιμικοί τότε το κάνουν στο νοσοκομείο επειδή δοκιμάζουν κάποια επέμβαση προτού να προχωρήσει η ασθένεια σε μια ζωή που απειλεί το στάδιο. Εκτός από τα 2.674 άτομα που επεδίωξαν την προσοχή πέρις για την αναταραχή στη Χιλή, μπορεί να υποτίθεται ότι υπάρχουν πολλοί περισσότεροι άνθρωποι που δεν έλαβαν επεξεργασία²⁸.

ΕΛΛΑΔΑ

Σε ποσοστό έως και 4% των νεαρών κοριτσιών (στην εφηβεία ή στη διάρκεια των φοιτητικών χρόνων) παρατηρείται η ψυχογενής ανορεξία. Και όπως αναφέρει ο καθηγητής Ψυχιατρικής και πρόεδρος της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας κ. Γιώργος Χριστοδούλου, είναι μια διαταραχή που παρουσιάζεται 10 - 20 φορές πιο συχνά στις γυναίκες και εκφράζει τον παράλογο φόβο του πάχους. Στο 85% των περιπτώσεων, η ψυχογενής ανορεξία (anorexia nervosa) εμφανίζεται στην ηλικία από 13 έως 20 χρόνων¹⁰.

Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, σε δημοσίευση του περιοδικού Focus, ένας στους πενήντα χιλιάδες άντρες πάσχει από ανορεξία. Ο αριθμός αυτός, που αφορά σε ηλικίες από 18 έως 28 χρονών, δείχνει ότι το φαινόμενο βρίσκεται σε άνοδο. Έχει, μάλιστα, υπερδιπλασιαστεί τα τελευταία είκοσι χρόνια. Το γεγονός ότι αυτή η διαταραχή ήταν κυρίως γυναικεία υπόθεση οδήγησε σε καθυστερημένη διάγνωση στους άντρες. Σύμφωνα με μια έρευνα του πανεπιστημίου του Μίσιγκαν, αυτή η παθολογική κατάσταση εμφανίζεται συνήθως σε άντρες με έντονη αθλητική δραστηριότητα, που απαιτεί τον αυστηρό έλεγχο του σωματικού βάρους. Όμως η προσπάθειά τους ν' αποκτήσουν "τέλειο" σώμα γίνεται με τέτοια μανία, που ξεπερνά το αρχικό μύθος και αθλητικό πρότυπο. Η περίοδος που οι έφηβοι, αγόρια και κορίτσια, εκδηλώνουν νευρική ανορεξία (ο σωστός όρος είναι νευρωτική ανορεξία) είναι συνήθως η εφηβική - περίοδος που το άτομο συγκροτεί την προσωπική του ταυτότητα και εικόνα¹¹.

Μια άλλη δημοσιευμένη έρευνα του οργανισμού Medlook Kids, Τα κορίτσια εφηβικής ηλικίας και οι νεαρές γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο από τη νευρική ανορεξία. Για τη νευρική ανορεξία το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 0,5% έως 3,7%². Η καθηγήτρια Ελευθερία Βάρσου αναφέρει (Το Βήμα 8/02/1998) ότι 90% των περιστατικών με ψυχογενή ανορεξία που καταφεύγουν στο ειδικό Ιατρείο Αντιμετώπισης Διαταραχών Λήψης Τροφής του Αιγινήτειου είναι γυναίκες, με ιδιαίτερη έμφαση στις νεαρές ηλικίες 12 -25 ετών¹².

Επίσης στο Vita Equalis το 90-95% των πασχόντων από νευρική ανορεξία είναι γυναίκες και κορίτσια. Το 1%-2% των Αμερικανίδων Γυναικών πάσχουν από νευρική ανορεξία. Τυπικά εμφανίζεται στην πρώιμη και μέση εφηβεία. Ακόμη στο Vita Equalis

αναφέρεται ότι η ψυχογενής βουλιμία επηρεάζει το 1-3% μαθητριών Δημοτικού και Γυμνασίου και το 10% γυναικών Λυκείου. Το 80% των ασθενών είναι γυναίκες.²⁰



ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ

3.1 Τύποι Νευρικής Ανορεξίας και Νευρικής Βουλιμίας

Η ψυχογενής ανορεξία εκδηλώνεται με δύο διαφορετικούς τύπους :

A)Ανορεξία στερητικού τύπου(restricting type):

Ο στερητικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από μια παρατεταμένη και αυστηρή αποχή από το φαγητό. Οι ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου συνήθως χαρακτηρίζονται από περισσότερη εσωστρέφεια κι αρνούνται να παραδεχτούν πως νιώθουν πείνα και άγχος.

B)Ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου(binge eating/purging type):

Ο υπερκαταναλωτικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από σποραδικά επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούνται από τεχνητή πρόκληση εμέτου. Οι ασθενείς με ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου χαρακτηρίζονται από εξωστρέφεια, αναφέρουν συχνότερα άγχος, κατάθλιψη και ενοχές, παραδέχονται πως έχουν έντονη όρεξη και τείνουν να είναι μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τους ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου.³

Η νευρική βουλιμία εκδηλώνεται δυο διαφορετικούς τύπους:

A) Καθαρτικός τύπος :

Ο καθαρτικός τύπος στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε προκλητούς εμετούς ή σε κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.

B) Μη καθαρτικός τύπος :

Ο μη καθαρτικός τύπος στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο χρησιμοποιεί άλλες απρόσφορες αντιρροπιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία ή υπερβολική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτά σε προκλητούς εμετούς ή σε κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.⁵

3.2 Αιτιολογική παράγοντες Νευρικής Ανορεξίας και Νευρικής Βουλιμίας

Ψυχολογικοί, κοινωνικοί, γενετικοί και βιολογικοί μηχανισμοί έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Οι ψυχολογικές θεωρίες προτείνουν ότι η Ψυχογενής Ανορεξία είναι μια φοβική στάση του ατόμου απέναντι στην τροφή εξαιτίας της σεξουαλικής έντασης της εφηβικής ηλικίας. Ιδιαίτερα οι ψυχοδυναμικές διαμορφώσεις τονίζουν την ασυνείδητη φαντασία/φόβο της ανορεκτικής να μείνει έγκυος από το στόμα. Κοινωνικές θεωρίες σημειώνουν την έμφαση που έχει δοθεί στις ανεπτυγμένες χώρες (όπου η ψυχογενής Ανορεξία φαίνεται να είναι πολύ πιο συχνή) στα νιάτα, στην ομορφιά και στο να είναι το άτομο λεπτό και στην υπερβολική ενασχόληση των ατόμων με την εικόνα και το σχήμα του σώματος⁵. Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία, το πρόβλημα είναι οικογενειακό και όχι ατομικό.

Ο Minuchin (1974) θεωρεί ότι πρέπει να αναφερόμαστε σε "ανορεκτικές οικογένειες" και όχι άτομα. Συνήθως υπάρχει κάποια σύγκρουση μεταξύ των γονέων, ή κάποιο πρόβλημα που δεν εκφράζεται για να εκτονωθεί. Το παιδί, διαισθανόμενο την ένταση, "θυσιάζεται", εκδηλώνοντας την διαταραχή και γίνεται το επίκεντρο του οικογενειακού ενδιαφέροντος. Οι γονείς έτσι αποστρέφουν την προσοχή τους από τις δικές τους εντάσεις και ασχολούνται κυρίως με το παιδί και έτσι ενώνονται. Συχνά τα παιδιά και κυρίως οι έφηβοι χρησιμοποιούν τα συμπτώματα για να αντιδράσουν στον αυταρχισμό ή την αδιαφορία των γονέων⁶.

Μελέτες σε οικογένειες και σε διδύμους έχουν, δείξει τη γενετική/κληρονομική πλευρά της διαταραχής. Έχει βρεθεί ότι η Ψυχογενής ανορεξία είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων που έχουν τη διαταραχή (όπως επίσης, είναι πιο συχνές και οι Διαταραχές της Διάθεσης, ιδιαίτερα σε συγγενείς ατόμων με τον τύπο Υπερφαγίας/Κάθαρσης) και ότι οι μονοζυγώτες δίδυμοι συμπίπτουν πολύ πιο συχνά να έχουν την διαταραχή απ' ό,τι οι διζυγώτες⁵.

Η νευρική βουλιμία προκύπτει από μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση παραγόντων.

Οι παράγοντες αυτοί έχουν σχέση με:

1. Διαταραχές της προσωπικότητας
2. Προβλήματα του συναισθηματικού κόσμου
3. Οικογενειακές πιέσεις
4. Γενετική ή βιολογική προδιάθεση
5. Πολιτισμικούς παράγοντες και υπεραφθονία τροφών
6. Έμμονες ιδέες για ισχύτητα σώματος.⁴

A) Βιολογικοί παράγοντες: Μερικοί ερευνητές κατέβαλαν προσπάθειες να συνδέσουν τους κύκλους υπερφαγίας και κάθαρσης με διάφορους νευροδιαβιβαστές. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά είναι συχνά ωφέλιμα στους ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, έχουν ενοχοποιηθεί η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη. Τα επίπεδα των ενδορφινών αυξάνονται στο πλάσμα σε μερικούς αρρώστους που έχουν ψυχογενή βουλιμία με εμετούς, οδηγώντας στη πιθανότητα ότι το αίσθημα ευεξίας μετά από εμετό, που βιώνουν ορισμένοι απ' αυτούς τους αρρώστους, μπορεί να οφείλεται στα αυξημένα επίπεδα ενδορφινών.

B) Κοινωνικοί παράγοντες: οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, έχουν τη τάση επιτυγχάνουν και να αποκρίνονται στις κοινωνικές πιέσεις για λυγρόκορμα σώματα. Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία έχουν κατάθλιψη μια αυξημένη συχνότητα οικογενούς κατάθλιψης. Οι σχέσεις στις οικογένειες των αρρώστων με ψυχογενή βουλιμία είναι λιγότερο στενές και με μεγαλύτερες συγκρούσεις. Οι άρρωστοι με ψυχογενή βουλιμία περιγράφουν τις οικογένειες τους ως αδιάφορες και απορριπτικές.

Γ) Ψυχολογικοί παράγοντες: οι άρρωστοι με ψυχογενή βουλιμία έχουν δυσκολίες με τις απαιτήσεις της εφηβείας. Ωστόσο, οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία είναι περισσότερο εξωστρεφείς, θυμωμένοι και παρορμητικοί. Συνοδές καταστάσεις της ψυχογενούς βουλιμία είναι η εξάρτηση από το αλκοόλ, η κλεπτομανία και η συναισθηματική μεταβλητότητα (συμπεριλαμβανομένων των και των αποπειρών αυτοκτονίας. Γενικά οι άρρωστοι με ψυχογενή βουλιμία, βιώνουν την ανεξέλεγκτη

πρόσληψη τροφής ως περισσότερο διστονική στο Εγώ, αναζητώντας έτσι πιο εύκολα βοήθεια.

Στους αρρώστους με ψυχογενή βουλιμία λείπει ο έλεγχος του υπερεγώ και το σθένος του εγώ. Οι δυσκολίες ελέγχου των παρορμήσεων των αρρώστων με ψυχογενή βουλιμία εκδηλώνονται συχνά με εξάρτηση από ουσίες και με αυτοκαταστροφικές σεξουαλικές σχέσεις, επιπλέον τα επεισόδια πολυφαγίας και η χρήση καθαρτικών που αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά της διαταραχής. Πολλοί άρρωστοι με ψυχογενή βουλιμία έχουν ιστορικά δυσκολιών αποχωρισμού από τα άτομα που τους φροντίζουν όπως φαίνεται και από την απουσία μεταβατικών αντικειμένων στην πρώιμη παιδική ηλικία. Πολλοί θεραπευτές έχουν παρατηρήσει ότι οι άρρωστοι με ψυχογενή βουλιμία χρησιμοποιούν το σώμα τους ως μεταβατικό αντικείμενο. Η διαπάλη αποχωρισμού απ' το μητρικό πρόσωπο εκδηλώνεται με αμφιθυμία σχετικά με το φαγητό. Η πρόσληψη τροφής μπορεί να αναπαριστά την επιθυμία την επιθυμία για συνταύτιση με το άτομο που τους φροντίζει, ενώ η αποβολή μπορεί να εκφράζει, ασυνείδητα, την επιθυμία για αποχωρισμό.¹⁹

3.2.1 Παθογενετικοί Μηχανισμοί

Παθογενετικοί Μηχανισμοί Νευρικής Ανορεξίας

Οι βιολογικές θεωρίες εστιάζονται στη λειτουργία του υποθαλάμου(που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος όπως όρεξη, βάρος, θερμοκρασία και γενικότερα την ομοιόσταση).Φαίνεται ότι στην ψυχογενής ανορεξία υπάρχει μια πρωτογενής δυσλειτουργία του υποθαλάμου, όπως υποδεικνύεται από διάφορα ευρήματα και παρατηρήσεις: την αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRF)στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών αυτών, την εμφάνιση αμηνόρροιας πριν την εκδήλωση της απώλειας βάρους, την ελαττωμένη δραστηριότητα νορεπινεφρίνης και τις

διαταραχές στη λειτουργία και άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών, όπως της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης⁵.

Παθογενετικοί μηχανισμοί Νευρικής βουλιμίας

Σύμφωνα με τις βιολογικές θεωρίες μερικοί ερευνητές κατέβαλαν προσπάθειες να συνδέσουν τους κύκλους υπερφαγίας και κάθαρσης με διάφορους νευροδιαβιβαστές. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά είναι συχνά ωφέλιμα στους ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, έχουν ενοχοποιηθεί η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη. Τα επίπεδα των ενδορφινών αυξάνονται στο πλάσμα σε μερικούς αρρώστους που έχουν ψυχογενή βουλιμία με εμετούς, οδηγώντας στη πιθανότητα ότι το αίσθημα ευεξίας μετά από εμετό, που βιώνουν ορισμένοι απ' αυτούς τους αρρώστους, μπορεί να οφείλεται στα αυξημένα επίπεδα ενδορφινών.¹⁹



ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

4.1 Διάγνωση Νευρικής Ανορεξίας και Νευρικής Βουλιμίας

Διάγνωση Νευρικής ανορεξίας

Εξετάσεις γενικής διαλογής όπως το τεστ διατροφικής συμπεριφοράς (EAT) ίσως εντοπίσουν δυνητικά ανορεκτικά άτομα, κυριότερη ένδειξη όμως είναι η μεγάλη απίσχνανση, αν δεν υπάρχει άλλο φυσικό αίτιο παρά μόνο η νηστεία. Λεπτομερείς αναλύσεις αίματος και ούρων μπορεί να αποκλείσουν άλλα αίτια απίσχνανσης και ιδιαίτερα να αποκαλύψουν ορμονικές διαταραχές και χαμηλά επίπεδα σημαντικών παραγόντων όπως το κάλιο, ο ψευδάργυρος ή τα λιπαρά οξέα.

Η ανεπάρκεια ψευδαργύρου, συχνή στους ανορεκτικούς, ιδίως αν είναι και φυτοφάγοι επηρεάζουν άλλες βιοχημικές λειτουργίες του σώματος, καθυστερώντας την σωματική και σεξουαλική ανάπτυξη και συμβάλλοντας τελικά στην ίδια την ανορεξία. Ακραίες ορμονικές και διατροφικές ανισορροπίες ίσως οδηγήσουν σε θάνατο, έτσι έχει μεγάλη σημασία η συχνή παρακολούθηση⁷.

Διάγνωση Νευρικής Βουλιμίας

Σύμφωνα με το DSM-IV, τα ουσιώδη χαρακτηριστικά της ψυχογενούς βουλιμίας είναι τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας, η αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην πρόσληψη τροφής στη διάρκεια αυτών των επεισοδίων, οι προκλητοί εμετοί, η κατάχρηση υπακτικών ή διουρητικών, η νηστεία και η υπερβολική άσκηση για την αποτροπή αύξησης βάρους και η επιμένουσα αυτοκριτική που επηρεάζετε υπερβολικά από απ' το σχήμα και το βάρος του σώματος. Η πολυφαγία προηγείται συνήθως εμετών περίπου κατά ένα έτος.

Οι εμετοί είναι συχνοί και προκαλούνται με τη τοποθέτηση του δακτύλου βαθιά στο φάρυγγα αν και μερικοί άρρωστοι, μπορούν να κάνουν εμετό κατά βούληση. Ο εμετός μειώνει το κοιλιακό άλγος και την αίσθηση μετεωρισμού, επιτρέποντας παράλληλα στον

ασθενή να συνεχίσει να τρώει, χωρίς να φοβάται ότι θα πάρει βάρος. Συχνά το επεισόδιο ακολουθείται από κατάθλιψη που έχει ονομαστεί μεταπολυφαγική αγωνία.

Οι περισσότεροι άρρωστοι με ψυχογενή βουλιμία βρίσκονται στα όρια του φυσιολογικού βάρους, αλλά μερικοί είτε υπέρβαροι, είτε είναι λιπόβαροι. Οι περισσότεροι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία ασχολούνται με τη σωματική τους εμφάνιση, ανησυχούν για το τους βλέπουν οι άλλοι και ενδιαφέρονται για την ερωτική τους ελκυστικότητα.

Άρρωστοι με καθαρτικό τύπο ψυχογενούς βουλιμίας μπορεί να διατρέχουν τον κίνδυνο για ορισμένες σωματικές επιπλοκές, όπως υποκαλιαιμία, απ' τους εμετούς ή την κατάχρηση υπακτικών, και υπογλωρραιμική αλκάλωση. Όσοι έχουν επαναλαμβανόμενους εμετούς, διατρέχουν το κίνδυνο γαστρικών οισοφαγικών εξελκώσεων, αν και οι επιπλοκές αυτές είναι σπάνιες. Άρρωστοι με καθαρτικό τύπο ψυχογενούς βουλιμίας εμφανίζουν διαφορετική εξέλιξη απ' αυτούς στους οποίους η πολυφαγία ακολουθείται από δίαιτα ή άσκηση.

Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται σε ασθενείς με αυξημένη συχνότητα διαταραχών της διάθεσης και ελέγχου των παρορμήσεων. Έχει επίσης αναφερθεί ότι η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα υψηλού κινδύνου για χρήση ουσιών και σε μια ποικιλία διαταραχών της προσωπικότητας. Οι άρρωστοι με ψυχογενή βουλιμία εμφανίζουν επίσης αυξημένη συχνότητα διαταραχών άγχους, διπολικής διαταραχής τύπου Α, διχαστικών διαταραχών και ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης.¹⁹

4.1.2 Διαφορική διάγνωση

Διαφορική Διάγνωση Νευρικής Ανορεξίας

Τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας καθιστά ιδιαίτερα δυσχερή η άρνηση της ασθενούς να συζητήσει για τα συμπτώματα, η μυστικότητα της γύρω από τις τελετουργίες στη συμπεριφορά φαγητού και η γενικότερη αντίστασή της. Μπορεί, επομένως, να αποδειχθεί δύσκολος ο προσδιορισμός του μηχανισμού απώλειας βάρους

και η εκμαίευση από την ασθενή των σκέψεων που αφορούν τις διαταραχές στην εικόνα του σώματος.

Ο κλινικός πρέπει να αποκλείσει με ασφάλεια την ύπαρξη σωματικής νόσου που μπορεί να είναι υπεύθυνη για την απώλεια βάρους (π.χ. όγκο του εγκεφάλου, καρκίνο, σύνδρομο δυσαπορρόφησης). Απώλεια βάρους και ασυνήθιστες συμπεριφορές φαγητού καθώς και εμέτοι μπορεί να συμβαίνουν και στα πλαίσια άλλων ψυχικών διαταραχών. Οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν ορισμένα συμπτώματα κοινά με την ψυχογενή ανορεξία, όπως καταθλιπτικό συναίσθημα, κλάματα, διαταραχή του ύπνου, σκέψεις αυτοκτονίας. Ωστόσο, στην κατάθλιψη, εφόσον υπάρχει απώλεια βάρους, συνυπάρχει σοβαρή διαταραχή της όρεξης, ενώ η ανορεκτική ασθενής ισχυρίζεται ότι έχει φυσιολογική όρεξη και ότι αισθάνεται την πείνα. Η ανησυχία που συνοδεύει την κατάθλιψη είναι διαφορετική από την υπερκινητικότητα της ανορεκτικής ασθενούς, η οποία είναι σκόπιμη και έχει τελετουργικό χαρακτήρα. Η ενασχόληση με τις θερμίδες, τη σύνθεση των τροφών, τις συνταγές και την παρασκευή γευμάτων δεν παρουσιάζεται στην κατάθλιψη ούτε βέβαια ο φόβος του πάχους και δεν υπάρχει άρνηση της απώλειας βάρους.

Οι παραληρητικές ιδέες που σχετίζονται με το φαγητό, στη σχιζοφρένεια σπάνια αφορούν τη θερμιδική σύσταση των τροφών. Μία σχιζοφρενής ασθενής σπάνια θα υπεραπασχολείται με το φόβο του πάχους και δεν θα εμφανίζει τη χαρακτηριστική υπερκινητικότητα της ανορεκτικής ασθενούς.

Τέλος, η ψυχογενής ανορεξία πρέπει να διακρίνεται από την ψυχογενή βουλιμία. Εδώ τα επεισόδια υπερφαγίας συνοδεύονται από καταθλιπτικό συναίσθημα, σκέψεις αυτουποτίμησης και αισθήματα ντροπής, ενώ συνήθως το βάρος της ασθενούς διατηρείται σχετικά κοντά στο φυσιολογικό, φθάνοντας πολύ σπάνια σε απώλεια μεγαλύτερη από 15% του αναμενόμενου².

Διαφορική διάγνωση Νευρικής Βουλιμίας

Η διαφορική διάγνωση από νευρολογικές ή άλλες σωματικές καταστάσεις όπως το σύνδρομο Kleine Levin όπου υπάρχει βουλιμική συμπεριφορά, αλλά δεν υπάρχει έντονη ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Η διαφορική διάγνωση από τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ,με άτυπα στοιχεία όπου συχνά υπάρχει υπερφαγία θα βασισθεί στο ότι δεν υπάρχει η παθολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά ούτε έντονη ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Όσον αφορά τα παρορμητικά επεισόδια υπερφαγίας που μπορεί να παρατηρηθούν στη Μετايχμιακή Διαταραχή της προσωπικότητας , θα μας οδηγήσουν σε διπλή διάγνωση, αν πληρούνται τα κριτήρια και για τις δύο διαταραχές.⁵

4.2 Κλινική Συμπτωματολογία Νευρικής Ανορεξίας

Στο σώμα φανερώνονται στοιχεία:

- Στους Ενήλικες, ακραία απώλεια βάρους, στα παιδιά και εφήβους φτωχή ή ανεπαρκής αύξηση βάρους σε σχέση με την ανάπτυξή τους
- Κοιλιακά άλγη
- Ζαλάδες και λιποθυμίες
- Πρηξίματα στο στομάχι, και πρόσωπο
- Προβλήματα στο κυκλοφορικό και μόνιμη αίσθηση κρύου
- Ξηρό, άγριο, δύσχρομο δέρμα
- Διακοπές στο εμμηνοριακό κύκλο ή αμμηνόρροια
- Χάσιμο της λίμπιντο
- Μείωση της οστεϊκής μάζας και τελικά οστεοπόρωση⁸
- Αύξηση της τριχοφυΐας στο πρόσωπο και σώμα, απώλεια μέρους τριχών από την κεφαλή
- Χρόνια αϋπνία⁷

4.2.1 Κλινική Συμπτωματολογία Νευρικής Βουλιμίας

- Επαναλαμβανόμενα επεισόδια λαιμαργίας, που ακολουθούνται από ηθελημένη πρόκληση εμετού ή λήψη καθαρτικών.
- Αβάσιμος φόβος για αύξηση βάρους.
- Διακυμάνσεις του βάρους (αν και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί το βάρος να διατηρείται σε φυσιολογικά πλαίσια).
- Έντονη επιθυμία για ορισμένες τροφές.
- Κατάχρηση καθαρτικών.
- Κατάθλιψη.
- Διάβρωση του σμάλτο των δοντιών, μολύνσεις των ούλων, κοιλότητες και αποχρωματισμός στα δόντια(που οφείλεται στα οξέα του στομάχου, εξαιτίας των συχνών εμετών).
- Διαταραχές του πεπτικού συστήματος⁸

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

5.1 Αιματολογικά-Βιοχημικά-Εργαστηριακά Ευρήματα Νευρικής Ανορεξίας

Την ψυχογενή ανορεξία συνοδεύουν πολλές ορμονικές και μεταβολικές διαταραχές. Οι περισσότερες από αυτές δεν είναι ειδικές γιατί τις συναντάμε σε όλες τις καταστάσεις παθολογικής απίσχνανσης δεν είναι λοιπόν, παρά οι συνέπειες του υποσιτισμού. Άλλες διαταραχές φαίνεται ότι είναι πιο χαρακτηριστικές της ψυχογενούς ανορεξίας, όπως ορισμένες πλευρές της λειτουργίας των γοναδοτρόπων ορμονών, γεγονός που δικαιολογεί την έρευνα για πιθανές δυσχέρειες στις κεντρικές νευροχημικές ρυθμίσεις, κατά την ψυχογενή ανορεξία ειδικότερα, θα αφορούσε δυσχέρειες στο επίπεδο του υποθαλάμου, στα τμήματα τα υπεύθυνα για την αύξηση και την έκκριση των γονάδων. Με αυτή την υπόθεση η παθογένεια της νόσου παίρνει, ακόμη πιο κλασικά, ψυχοσωματικό χαρακτήρα, χάρη στα δυο της στοιχεία το πρώτο, το ψυχοπαθολογικό (το μόνο προς το παρόν βέβαιο) θα αποκάλυπτε ή θα αντιστάθμιζε ένα πιθανό, δεύτερο στοιχείο, σωματικό, το οποίο αντιπροσωπεύεται από αυτές τις υποθετικές υποθαλάμιες δυσλειτουργίες.

Όπως και αν έχουν τα πράγματα, τα δύο κύρια κλινικά συμπτώματα της νόσου είναι η ανορεξία-απίσχνανση και η αμηνόρροια, σε τέτοιο βαθμό που για πολύ καιρό η νόσος θεωρήθηκε ως αποτέλεσμα ανεπάρκειας υπόφυσης [«η υποφυσιογενής καχεξία» («Cachexie hypophysaire») του Simmonds, 1914]. Στην πραγματικότητα, αν υποθέσουμε ότι υπάρχει μια προ-υποφυσιακή διαταραχή, αυτή δεν είναι πλήρης και κυρίως δεν είναι παρά λειτουργική, δευτερογενής μιας παθολογίας που τοποθετείται σε ανώτερα επίπεδα. Τα υπόλοιπα κλινικά σημεία είναι, ουσιαστικά, δευτερογενή και οφείλονται στην απίσχνανση⁹.

5.1.1 Αιματολογικά-Βιοχημικά-Εργαστηριακά Ευρήματα Νευρικής Βουλιμίας

Εργαστηριακά οι συχνοί εμετοί μπορούν να δημιουργήσουν ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υποκαλιαιμία υπονατρίαζα υποχλωραιμία) και μεταβολική αλκάλωση και οι διάρροιες από τη λήψη καθαρτικών μεταβολική οξέωση. Σε ορισμένα άτομα υπάρχει μέτρια αύξηση της αμυλάσης του ορού .

Οι προκλητοί εμετοί μπορεί να δημιουργήσουν μεγάλη φθορά στην αδαμαντίνη των δοντιών, διόγκωση των σιελογόνων αδένων και ιδιαίτερα της παρωτίδος κάλλους η ουλές στη ραχιαία επιφάνεια των χεριών, ακόμη και οισοφαγική ρήξη ή αρρυθμίες με κίνδυνο το θάνατο.

Ακόμα σε βουλιμικά άτομα μπορεί να εμφανισθούν διαταραχές του καταμήνιου κύκλου η αμηνόρροια.

Υπολογίζεται ότι πάνω από το 90% των βουλιμικών ατόμων είναι γυναίκες. Ο επιπολασμός της διαταραχής σε εφήβους και νεαρές γυναίκες είναι 1% ως 3% (στους άντρες το 10%). Η έναρξη της ψυχογενούς βουλιμίας είναι στην εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή και η πορεία της είναι χρόνια ή διαλείπουσα

Εργαστηριακά οι συχνοί εμετοί μπορούν να δημιουργήσουν ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υποκαλιαιμία υπονατρίαζα υποχλωραιμία) και μεταβολική αλκάλωση και οι διάρροιες από τη λήψη καθαρτικών μεταβολική οξέωση. Σε ορισμένα άτομα υπάρχει μέτρια αύξηση της αμυλάσης του ορού .

Οι προκλητοί εμετοί μπορεί να δημιουργήσουν μεγάλη φθορά στην αδαμαντίνη των δοντιών, διόγκωση των σιελογόνων αδένων και ιδιαίτερα της παρωτίδος κάλλους η ουλές στη ραχιαία επιφάνεια των χεριών, ακόμη και οισοφαγική ρήξη ή αρρυθμίες με κίνδυνο το θάνατο.

Ακόμα σε βουλιμικά άτομα μπορεί να εμφανισθούν διαταραχές του καταμήνιου κύκλου η αμηνόρροια.

Υπολογίζεται ότι πάνω από το 90% των βουλιμικών ατόμων είναι γυναίκες. Ο επιπολασμός της διαταραχής σε εφήβους και νεαρές γυναίκες είναι 1% ως 3% (στους

άντρες το 10%). Η έναρξη της ψυχογενούς βουλιμίας είναι στην εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή και η πορεία της είναι χρόνια ή διαλείπουσα.²⁰

5.2 Άλλες Διαταραχές Νευρικής Ανορεξίας και Νευρικής Βουλιμίας

Άλλες Διαταραχές Νευρικής Ανορεξίας

Των ενδοκρινών, του φυτικού συστήματος, του μεταβολισμού.

Υπάρχουν διαταραχές της υδρο-ηλεκτρολυτικής ισορροπίας έστω και αν δεν πραγματοποιείται (καλυμμένα αλλά συχνά) χρήση υπακτικών ή διουρητικών πολυουρία και ελάττωση του όγκου του ύδατος (υποβολαιμία) αλλά με ανισορροπία ανάμεσα στον εξωκυττάριο χώρο, ο οποίος θίγεται λιγότερο, και στον ενδοκυττάριο (αυτή η ανισορροπία μπορεί να εξηγήσει τις εικόνες ανατρέψιμης εγκεφαλικής ατροφίας που παρατηρούνται με την αξονική τομογραφία)' επίσης υπάρχει απώλεια καλίου με σχετική αύξηση του νατρίου.

Από τις ορμόνες που ρυθμίζουν αυτό το μεταβολισμό, η αλδοστερόνη είναι σε υψηλά επίπεδα, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες προέλευσης υποκαλιμίας και οιδημάτων κατά τον επανασιτισμό (περίπτωση ψευδούς συνδρόμου Bartter). Η αντιδιουρητική ορμόνη, επίσης, είναι σε υψηλά επίπεδα, σίγουρα ως αντίδραση στην υποβολαιμία και στην πολυουρία. Τα υψηλά επίπεδα των ορμονών πιθανά μπορούν να εξηγηθούν από διαταραχές στον καταβολισμό των ορμονών.

Στο επίπεδο του φυτικού συστήματος, πρέπει να αναφέρουμε τις διαταραχές στη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και στη γαστρική λειτουργία. Όσον αφορά τις πρώτες, η ευαισθησία στο ψύχος και η ακροκυάνωση αποτελούν συνηθισμένα συμπτώματα της κλινικής εικόνας, όπως ακριβώς και η υποθερμία. Οι πιθανές εξηγήσεις είναι: η απώλεια του λιπώδους ιστού και/ή το σύνδρομο της «χαμηλής T3», δηλαδή ακόμη μια άμεση διαταραχή του υποθαλαμικού θερμορρυθμιστή. Όσον αφορά τις

δεύτερες ,σε σύγκριση με τα φυσιολογικά άτομα, ο όγκος πληρώσεως του στομάχου είναι μεγαλύτερος, στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας, η κένωση του στομάχου περισσότερο βραδεία και μικρότερη η έκκριση των υγρών, χωρίς για όλα αυτά να μπορούμε να δώσουμε ακριβείς εξηγήσεις. Τέλος, ας αναφέρουμε μία τάση για υποπλασία στο επίπεδο του μυελού και κάποιες, πιθανές, ελλείψεις σε βιταμίνες και μικρό-στοιχεία όπως ο ψευδάργυρος⁹.

Άλλες Διαταραχές Νευρικής Βουλιμίας

Η βουλιμία φαίνεται να είναι μια πιο πολύπλοκη κατάσταση . Ιατροί από το Ινστιτούτο Καρολίνσκα της Σουηδίας, σε πρόσφατη ερευνητική εργασία, βρήκαν ότι το 33% των γυναικών με νευρική βουλιμία, παρουσιάζουν ορμονικές διαταραχές οι οποίες δημιουργούν την παρορμητική υπερφαγία. Οι βουλιμικές γυναίκες με τις ορμονικές διαταραχές, είχαν ψηλότερα επίπεδα στο αίμα της ανδρικής σεξουαλικής ορμόνης τεστοστερόνης και χαμηλότερα επίπεδα των οιστρογόνων που είναι οι γυναικείες σεξουαλικές ορμόνες σε σύγκριση με γυναίκες χωρίς διατροφικές διαταραχές Η τεστοστερόνη έχει άμεση σχέση με τη ρύθμιση της όρεξης στον οργανισμό μας. Αυξημένα επίπεδα τεστοστερόνης, μπορούν να δημιουργούν αυξημένη όρεξη. Οι βουλιμικές γυναίκες με ορμονικές διαταραχές, δήλωναν ότι είχαν συχνότερα προβλήματα της περιόδου και υπερτρίχωση. Επίσης παρουσίαζαν συχνότερα σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών σε σύγκριση με γυναίκες χωρίς βουλιμία.

Τι είναι όμως το επεισόδιο βουλιμικής ή παρορμητικής υπερφαγίας; Το άτομο πιθανόν να ξεκινήσει ένα επεισόδιο υπερφαγίας στην προσπάθειά του να αντεπεξέλθει με συναισθηματικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει ή να ανακουφιστεί από την ένταση που βιώνει εκείνη την στιγμή, αλλά εύκολα όλο αυτό μπορεί να εξελιχθεί σε μια κατάσταση εκτός ελέγχου. Γενικότερα, τα φαγητά που καταναλώνονται σε ένα επεισόδιο είναι υπερβολικά πλούσια σε θερμίδες, γεμάτο από υδατάνθρακες και λιπαρά, αλλά μερικές φορές μπορεί ακόμα και να καταναλωθούν καταγυγμένες τροφές.

Καθώς το άτομο αρχίζει να νιώθει υπέρ-πλήρες, αισθήματα ενοχών και ντροπής κατακλύζουν το άτομο. Απεγνωσμένα προχωρούν στο να αυτό-προκαλέσουν εμετό ή

παίρνουν καθαρτικά για να εξαγνίσουν τον εαυτό τους από οτιδήποτε έχουν καταναλώσει. Σε αυτό το σημείο, μερικά άτομα περιγράφουν αισθήματα συναισθηματικής ανακούφισης και ελαφρά ζαλισμένοι. Αυτός ο κύκλος μπορεί να κρατήσει την εσωτερική θλίψη και πόνο χαμηλά - αλλά μόνο για λίγο.

Η συχνότητα αυτών των κύκλων βουλιμίας ποικίλει από άτομο σε άτομο. Μερικοί θα υποφέρουν από ένα επεισόδιο κάθε μερικούς μήνες ενώ άλλοι που είναι σοβαρά ασθενείς ίσως έχουν επεισόδια υπερφαγίας και αυτό προκαλούμενου εμετού αρκετές φορές μέσα στην ημέρα. Μερικά άτομα πιθανόν να κάνουν εμετό αυτόματα αφού έχουν φάει οποιαδήποτε τροφή. Άλλοι πιθανόν να τρώνε υγιώς κοινωνικά αλλά όταν βρεθούν μόνοι να εκδηλώνεται η βουλιμική διαταραχή τους. Αρκετά άτομα δεν θεωρούν την διαταραχή τους ως πρόβλημα ενώ άλλοι περιφρονούν και φοβούνται τον ανεξέλεγκτο, φαύλο κύκλο.⁴



ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

6.1 Θεραπεία Νευρικής Ανορεξίας και Νευρικής Βουλιμίας

Λόγω σύνθετων ψυχολογικών και ιατρικών προβλημάτων που συνοδεύουν τη φύση της ψυχογενούς ανορεξίας, στις περισσότερες περιπτώσεις απαιτείται για τη θεραπευτική της αντιμετώπιση ένα σύνθετο πρόγραμμα, που περιλαμβάνει ενδονοσοκομειακή νοσηλεία σε συνδυασμό με ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις, όταν η σωματική κατάσταση της ασθενούς το επιτρέπει ή όταν υπάρχουν τα αντίστοιχα απαιτούμενα μέσα, μπορεί να αντιμετωπιστεί η κατάσταση και εξωνοσοκομειακά. Οι προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται είναι σύνθετες, συμπεριφορικού-γνωσιακού ή διαπροσωπικού τύπου ψυχοθεραπείες και, όπου χρειάζεται, χρήση ψυχοφαρμάκων.

α. Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Η πρώτη φροντίδα είναι η αποκατάσταση του υποσιτισμού και των επιπλοκών του. Η απόφαση για την εισαγωγή της ασθενούς εξαρτάται από τη σωματική της κατάσταση και από την ύπαρξη των συνθηκών εκείνων που θα διασφαλίσουν τη συνεργασία της. Γενικά, αν η απώλεια βάρους είναι μεγαλύτερη από 20% ή αν αυτή έχει συμβεί με ταχύ ρυθμό, χρειάζεται εισαγωγή στο γενικό νοσοκομείο. Το ίδιο συμβαίνει όταν διαπιστώνονται σοβαρές καρδιακές ή μεταβολικές-ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή παράλληλη νοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές.

Τα ενδονοσοκομειακά ψυχιατρικά προγράμματα για ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία περιλαμβάνουν συνδυασμό συμπεριφερολογικών πρακτικών, ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας. Η επιτυχία τους εξαρτάται από τις δεξιότητες του νοσηλευτικού κυρίως προσωπικού, αλλά και γενικότερα από τον υψηλό βαθμό συνεργασίας της ψυχιατρικής ομάδας, ώστε να καλλιεργηθεί η απαραίτητη θεραπευτική συμμαχία με την εξαιρετικά δύσκολη αυτή ασθενή. Απαραίτητο στοιχείο της θεραπευτικής προσπάθειας είναι η συνεργασία, η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των μελών της οικογένειας.

Η νοσηλευτική φροντίδα που απαιτείται για την ψυχογενή ανορεξία περιλαμβάνει

χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων (1500-2000 θερμίδες ημερησίως αρχικά, μοιρασμένες σε 5-6 γεύματα), συχνό πρωινό ζύγισμα, συχνή παρακολούθηση των κλινικών και εργαστηριακών δεικτών που αφορούν τις επιπλοκές του υποσιτισμού, αποτροπή των προκλητών εμέτων ή της χρήσης άλλων καθαρτικών τεχνικών με στενή επίβλεψη μετά τα γεύματα, φαρμακευτική βοήθεια για την αποκατάσταση του ύπνου, αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με μαλακτικά κοπράνων, καταστολή της υπερκινητικότητας και του άγχους της ασθενούς με ηρεμιστικά-αγχολυτικά. Τέλος, σημαντική είναι η υποστήριξη και η ενθάρρυνση της ασθενούς να επικεντρώνεται στη συζήτηση των προβλημάτων ζωής και σχέσεων, αντί να περιορίζεται σε θέματα διατροφής και σωματικού βάρους.

β. Ψυχοθεραπείες. Τόσο μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, όσο και σε περίπτωση που η κατάσταση της ασθενούς επιτρέπει την εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση, απαραίτητη είναι η εφαρμογή εντατικού ψυχοθεραπευτικού προγράμματος, για τουλάχιστον 1- 2 χρόνια. Οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, που χρησιμοποιούνται με επιτυχία σε ανορεκτικούς ασθενείς, είναι η συμπεριφορική-γνωσιακή, η διαπροσωπική και η ψυχοδυναμική. Η τελευταία έχει σοβαρές δυσκολίες εφαρμογής σε υποσιτισμένες ασθενείς. Πολύ χρήσιμη είναι επίσης η συμβουλευτική υποστήριξη σε θέματα διατροφής και βάρους από ειδικευμένο διαιτολόγο. Το ίδιο απαραίτητη είναι η συνεργασία και η συμβουλευτική της οικογένειας. Σε περιπτώσεις, μάλιστα, εφήβων ασθενών ηλικίας κάτω των 18 ετών, η θεραπεία με την οικογένεια από οικογενειακό θεραπευτή αποτελεί τη θεραπεία εκλογής.

γ. Βιολογικές θεραπείες. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες ομάδες ψυχοφαρμάκων και οι υπόλοιπες βιολογικές θεραπείες έχουν σχεδόν όλες δοκιμαστεί στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας, οι μελέτες σύγκρισης της αποτελεσματικότητας δεν έχουν αποδείξει να υπάρχει βέβαιη θεραπευτική δράση, τουλάχιστον ως προς τον πυρήνα της ψυχοπαθολογίας της νόσου. Γι' αυτό και η χορήγηση ψυχοφαρμάκων περιορίζεται σε εμπειρική συμπτωματική χρήση, ανάλογα με τα επιφανειακά συμπτώματα-στόχους. Στην πράξη, συχνά καταφεύγουμε στη χορήγηση αγχολυτικών και αντικαταθλιπτικών για την αντιμετώπιση συνοδών ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων. Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών, σε ασθενείς υποσιτισμένους ή με επιπλοκές από το

καρδιαγγειακό σύστημα, πρέπει να γίνεται προσεκτικά και με σταδιακά αυξανόμενες δόσεις. Σε περίπτωση διαπίστωσης συννοσηρότητας με μείζον κατάθλιψη, μπορεί να έχει ένδειξη η εφαρμογή ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT)².

Υπάρχουν δυο βασικοί στόχοι στη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας ο πρώτος είναι να επιτευχθεί η μεταβολική ισορροπία, ο δεύτερος στόχος είναι να τροποποιηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου ούτως ώστε να κρατηθεί το βάρος σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό τα επεισόδια υπερφαγίας, οι προκλητοί εμετοί, η καθαρτικών και όλες οι άλλες παθολογικές συμπεριφορές.

Η θεραπευτική προσέγγιση είναι ένας συνδυασμός θεραπειών συμπεριφοράς και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας. Ο στόχος της θεραπείας συμπεριφοράς είναι να αποκατασταθεί λήψης τροφής και τα βουλιμικά άτομα να ελαττώνουν καθημερινά τον αριθμό των προκλητών εμετών. Έτσι οι ασθενείς ζυγίζονται καθημερινά, η πρόσληψη και η απέκκριση των υγρών μετριέται υπάρχει στενή παρατήρηση μέχρι και 2 ώρες μετά τα γεύματα για να αποτραπεί ο προκλητός εμετός. Γενικά αρχίζουμε με δίαιτα που παρέχει περίπου 500 θερμίδες περισσότερες από αυτές που απαιτούνται για να διατηρηθεί το τωρινό βάρος των ασθενών και αυξάνουμε τις θερμίδες σιγά σιγά μοιράζοντας τη τροφή σε πολύ μικρά γεύματα. Σε άτομα με μεγάλη ελάττωση βάρους μπορεί να χρειασθεί σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα όπως και η προσεκτική διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών

Το πρόβλημα αντιμετωπίζεται διατροφικά με τη δημιουργία εξατομικευμένου διαιτολογίου με βάση τις ανάγκες του συγκεκριμένου ατόμου.

- Μικρά και συχνά γεύματα και να πίνει αρκετά υγρά
- Ημερήσια καταγραφή τροφίμων από το ίδιο το άτομο.
- Το άτομο πρέπει να ηρεμεί μετά από κάθε γεύμα
- Είναι σημαντική η παρουσία άλλων ατόμων κατά τη διάρκεια του γεύματος καθώς και μετά από αυτό.
- Να ασχολείται με διάφορες αγαπημένες δραστηριότητες και να περνά το χρόνο του ευχάριστα.

- Να ζει σε ένα αγαπημένο και ευχάριστο οικογενειακό περιβάλλον.

Το βουλιμικό άτομο μπορεί να αρνηθεί τη βοήθεια παρόλο που αναγνωρίζει τη σοβαρότητα του προβλήματος.

Επιπλέον υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να υποτροπιάσει το πρόβλημα γι' αυτό και η θεραπεία πρέπει να γίνει μακροχρόνια έστω και αν το ίδιο το άτομο υποστηρίζει ότι θεραπεύτηκε.⁵

6.1.1 Εναλλακτική Θεραπεία Νευρικής Ανορεξίας

Οι εναλλακτικές θεραπείες βοηθούν σε κάποια από τα συμπτώματα της ανορεξίας και λειτουργούν επίσης επικουρικά σε θεραπείες που αφορούν στη διατροφή και τα ψυχολογικά αίτια της διαταραχής.

α .Φυτοθεραπεία . Άγχος-βότανα που ηρεμούν, για χαλάρωση των μυών του στομάχου, κυρίως μέντα (3-4 φορές) την ημέρα.

β .Ψυχοσωματική Ιατρική. Η γιόγκα, τσί-τσί χορός, κολύμπι είναι από τις τεχνικές άσκησης ή χαλάρωσης που μπορούν να μειώσουν το άγχος και να αυξήσουν την επίγνωση του σώματος. Η βιοανάδραση ή ΗΕΓ (ηλεκτροεγκεφαλογράφος) ίσως βοηθά στο έλεγχο του άγχους και των τροφικών συνηθειών. Η θεραπευτική ύπνωση μπορεί επίσης να βοηθήσει στην εξερεύνηση βαθύτερων συναισθηματικών προβλημάτων⁷.

6.1.2 Το Πρόβλημα της Αποθεραπείας

Θεμελιώδης αρχή είναι η θεραπευτική εργασία που αρχίζει στη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης, να συνεχίζεται και μετά από αυτήν. Η νοσοκομειακή

περίθαλψη και η απομόνωση δεν μπορούν να είναι – όπως επιμένουν οι E.J. Kestemberg και S. Decocobert – παρά «μεταβατικά στάδια, μια αναγκαία συνοδεία όπως είναι και ο έλεγχος του βάρους και της φυσικής κατάστασης - αλλά όχι μοναδική και απατηλή θεραπεία, ακόμα και στις περιπτώσεις που η εξαφάνιση του συμπτώματος στεφανώνει το τελικό αποτέλεσμα».

Αν αυτή η εργασία της αποθεραπείας δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί, τότε υπάρχει πραγματικά μεγάλη πιθανότητα η ανόρεκτη - στερημένη από την «αμυντική» της συμπεριφορά και αντιμέτωπη απότομα με τις δυσκολίες μιας ζωής της οποίας διαισθάνεται καλύτερα τα «κενά» χωρίς να μπορεί ακόμα να τα γεμίσει - αναγκάζεται να ξαναεφαρμόσει «ελλείπει καλύτερου μέσου» την ανόρεκτη της συμπεριφορά. Το πόσο ακατάλληλες είναι οι εξωνοσοκομειακές παρακολουθήσεις που προτείνουν τα περισσότερα κλασικά ψυχιατρικά κέντρα καθώς και οι αναλυτικές, σιωπηρές και σημαντικές ψυχοθεραπείες αποδειχνεται από τις συχνές και μετά από σύντομο χρονικό διάστημα διακοπές των θεραπειών αυτών, γεγονός που οδηγεί στο να προτείνει κανείς στις άρρωστες αυτές μια πιο εξειδικευμένη μορφή περίθαλψης που, όπως προτείνει η H.Bruch, επικεντρώνεται στην έλλειψη της εμπιστοσύνης στον εαυτό τους, στην ανικανότητά τους να αντιτάσσονται χρησιμοποιώντας το λόγο στους άλλους, ώστε μ' αυτόν τον τρόπο να «υπάρχουν» λίγο περισσότερο.

Σ' αυτό ακριβώς το στάδιο της θεραπείας, εμείς προσωπικά πιστεύουμε ότι παρουσιάζουν ενδιαφέρον ορισμένες γνωστικό-συμπεριφορικές προσεγγίσεις του τύπου ομάδες εξάσκησης στην επιβεβαίωση του εαυτού, τις κοινωνικές επιδεξιότητες και στην έκφραση των αισθημάτων «όπου συναντώνται οι ανόρεκτες αλλά και άλλοι ασθενείς που εκφράζουν παρόμοια αισθήματα και που παρουσιάζουν ένα παραπλήσιο προβληματισμό.

Τέτοιες ομάδες επιτρέπουν να θιγούν κατά πολύ πρακτικό τρόπο - με τη βοήθεια της εναλλαγής των ρόλων - ορισμένες καταστάσεις της καθημερινής ζωής κατά τις οποίες οι δυσκολίες και ανικανότητες αυτές εμφανίζονται ιδιαίτερα και συμπαραστέκονται πραγματικά στη διαδικασία της αυτονόμησης που είναι τόσο δύσκολη όσο και απαραίτητη.

Όπως ισχύει και για την περίθαλψη των αλκοολικών και τοξικομανών, έτσι και σ' αυτή την περίπτωση έχει επίσης μεγάλη σημασία η θεραπευτική ομάδα να επιδείχνει μεγάλη σταθερότητα, να παραμένει για πολύ καιρό μια σίγουρη προσφυγή για την

ανόρεκτη -όποια και αν είναι η εξέλιξή της - ιδίως ξεπερνώντας το αίσθημα στέρησης που προκαλούν οι αναπόφευκτες υποτροπές. Η περίθαλψη των ασθενών αυτών που παρουσιάζουν συμπεριφορές εθισμού , αποτελεί σχεδόν πάντα, μια μακροπρόθεσμη υπόθεση. Είναι απαραίτητο να πεισθούν γι' αυτό οι θεραπευτές και να το αποδεχθούν.

Αν ξεπερασθεί η οξεία περίοδος, που μπορεί μερικές φορές να διαρκέσει πολύ καιρό, είναι επιθυμητό και συχνά είναι εφικτό να αρχίσουν οι άρρωστες αυτές μια προσωπική ψυχαναλυτική διεργασία, η οποία δεν θα μπορούσε να προταθεί νωρίτερα.⁸

6.2 Πρόγνωση Νευρικής Ανορεξίας

Στο ένα τρίτο των περιπτώσεων μπορεί να υπάρξουν επιπλοκές ψυχιατρικού τύπου με κατάθλιψη, αγχώδεις καταστάσεις και έμμονες βασανιστικές καταναγκαστικές διαταραχές. Περίπου στο 50% των περιπτώσεων επιτυγχάνεται ανάκτηση και διατήρηση ενός ικανοποιητικού βάρους σώματος.

Σε ένα ποσοστό της τάξης του 10 έως 20% υπάρχουν συνεχιζόμενα προβλήματα για πολλά χρόνια.

Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου στην ασθένεια αυτή. Έχει ένα από τα ψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας των ψυχικών ασθενειών και περιγράφεται μια θνησιμότητα της τάξης του 20%.

Η πρόγνωση είναι καλύτερη στις περιπτώσεις εκείνες όπου η έναρξη της ασθένειας γίνεται νωρίς, κατά την εφηβεία, με μια σύντομη αρχική φάση της ασθένειας. Επίσης η γρήγορη, ολοκληρωμένη και αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση όπως επίσης και το κατάλληλο υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον συντείνουν στην επιτυχή αποθεραπεία και στην καλή πρόγνωση⁴.

6.2.1 Πρόγνωση Νευρικής Βουλιμίας

Λίγα είναι γνωστά για την πορεία της ψυχογενούς βουλιμίας, ενώ η βραχύχρονη έκβαση ποικίλλει. Γενικά φαίνεται ότι έχει καλύτερη πρόγνωση από την ψυχογενή ανορεξία. Για ένα μικρό διάστημα, ασθενείς με βουλιμία που μπορούν να ενταχθούν σε θεραπεία ανέφεραν πάνω από 50% βελτίωση στην πολυφαγία και στη κάθαρση. Σε περιπατητικούς αρρώστους, η βελτίωση φαίνεται να διαρκεί πάνω από πέντε χρόνια. Ωστόσο, και στις περιόδους βελτίωσης οι ασθενείς δεν είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων. Η ψυχογενής βουλιμία είναι χρόνια διαταραχή με υφέσεις και εξάρσεις. Μερικοί άρρωστοι με ήπια πορεία νόσου έχουν μακρόχρονες υφέσεις. Άλλοι ασθενείς καθίστανται ανάπηροι από την αρρώστια και νοσηλεύονται. Στην διάρκεια μίας παρακολούθησης 3 ετών, διαπιστώθηκε ότι λιγότερο από το 1/3 εμφανίζουν κάποια βελτίωση, ενώ το τελευταίο 1/3 περίπου έχει φτωχή έκβαση με χρόνια συμπτώματα.

Η πρόγνωση εξαρτάται από τα επακόλουθα κάθαρσης- δηλαδή κατά πόσο ο άρρωστος έχει ηλεκτρολυτικές διαταραχές και σε ποιο βαθμό οι έμετοι οδηγούν σε οισοφαγίτιδα, αμυλασαιμία, διόγκωση των σιελογόνων αδένων και τερηδονισμό των δοντιών.

Σε μερικές περιπτώσεις ψυχογενούς βουλιμίας χωρίς θεραπεία, παρουσιάζεται αυτόματη ύφεση σε 1 έως 2 χρόνια.⁹

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

7.1 Βασικά σημεία νοσηλευτικής φροντίδας και νοσηλευτική διεργασία

A. Νοσηλευτική εκτίμηση.

1. Διεξάγεται έλεγχος στα σημεία και τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών.

2. Κάνουμε μια πλήρη εκτίμηση και υπολογισμό του βάρους.

- Βάρος στην παρούσα φάση.
- Πρόσφατη λήψη ή απώλεια βάρους.
- Εικόνα του σώματος.

3. Κάνουμε αξιολόγηση των προτύπων διατροφής.

- Πόσο πολύ και πόσο συχνά τρώει ο ασθενής.
- Ποιες τροφές καταναλώνει.
- Ύπαρξη κύκλων παχυσαρκίας.
- Συναισθήματα γύρω από τις διατροφικές του συνήθειες.
- Επίπτωση των διατροφικών του συνηθειών στις καθημερινές του δραστηριότητες.

- Επίπεδο ελέγχου σε άλλες περιοχές, όπως χρήση φαρμάκων, ναρκωτικών.

4. Εκτίμηση του επιπέδου δραστηριότητας για την ύπαρξη έντονης άσκησης.

5. Εκτίμηση της οικογένειας.

- Λειτουργικές ικανότητες και ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων.
- Περιοχές προβλημάτων, είδη και ζητήματα.
- Ικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων.
- Οικογενειακό ιστορικό διατροφικών διαταραχών.
- Συγκρούσεις των γονέων στο γάμο.
- Αντιδράσεις στη διατροφική συμπεριφορά και το βάρος του ασθενούς.
- Οικογενειακά πρότυπα γύρω από τις διατροφικές συνήθειες.

B. Νοσηλευτική διάγνωση.

1. Κύρια νοσηλευτική διάγνωση NANDA.

- Προβλήματα γύρω από την εικόνα του σώματος.
- Μεταβολές στη διατροφή, ποσότητες μικρότερες από τις ανάγκες του οργανισμού (ανορεξία).
- Πιθανότητα έκρηξης βίας.

2. Επιπλέον νοσηλευτική διάγνωση NANDA.

- Άγχος.
- Μείωση της καρδιακής λειτουργίας, λόγω ανισορροπίας των ηλεκτρολυτών.
- Μη αποδοτικοί μηχανισμοί άμυνας.
- Μη αποδοτική οικογενειακή αντιμετώπιση.
- Μεταβολές στην οικογένεια.
- Πιθανή έλλειψη όγκου υγρών.
- Προβλήματα έλλειψης αυτοσεβασμού.

3. Επιλογή ολοκληρωμένων νοσηλευτικών διαγνώσεων.

- Μεταβολές στη διατροφή με ποσότητες μικρότερες από τις ανάγκες του οργανισμού, που είναι εμφανείς από την απώλεια βάρους κατά τους 3 τελευταίους μήνες.
- Προβλήματα με την εικόνα του σώματος, λόγω της αδυναμίας του ατόμου να αντιληφθεί το μέγεθος του σώματος του.

Γ. Σχεδιασμός.

1. Γενικοί στόχοι.

- Πρόληψη των τάσεων αυτοκαταστροφής.
- Προώθηση της αντίληψης των υποκείμενων αιτιών.
- Μεταβολή των καταστροφικών διατροφικών συνηθειών.
- Ανάπτυξη υγιών μηχανισμών άμυνας.

Δ. Νοσηλευτική παρέμβαση.

1. Γενικές παρεμβάσεις.

- Ενημερώστε τον ασθενή για τα υγιή πρότυπα διατροφής και επικεντρώστε το ενδιαφέρον σας στη συμπεριφορά και όχι στο βάρος.

- Προσπαθήστε να εδραιώσετε μια σχέση εμπιστοσύνης.
- Αρχίστε τη διερεύνηση των οικογενειακών ζητημάτων με τον ασθενή και την οικογένεια.
- Χορηγήστε του φάρμακα και να τον παρακολουθείτε στενά για τυχόν παρενέργειες.
- Ελέγχετε τακτικά τον ασθενή ώστε να αποκλείσετε τυχόν τάσεις αυτοκτονίας.
- Βοηθήστε τον ασθενή να αναπτύξει υγιείς μηχανισμούς άμυνας.
- Προωθήστε τις κοινωνικές του σχέσεις, για να περιοριστεί το συναίσθημα της απομόνωσης.
- Χειριστείτε τα προσωπικά σας συναισθήματα έναντι των ασθενών με διατροφικές διαταραχές.

2. Συγκεκριμένες παρεμβάσεις σε ασθενείς με νευρική ανορεξία.

- Παρατηρείτε και μετράτε τη λήψη θερμίδων και το προϊόν ούρων και κοπράνων. Παρατηρείτε για σημεία απόρριψης του φαγητού.
- Παρατηρείτε για σημεία κενώσεων μετά το φαγητό.
- Παρατηρείτε το επίπεδο άσκησης και διεξαγωγής δραστηριοτήτων.
- Ζυγίζετε τον ασθενή την ίδια ώρα κάθε μέρα .
- Ενημερώστε τον ασθενή για το ότι πρέπει να πετύχει το επιθυμητό βάρος, πριν βγει από το νοσοκομείο.
- Βεβαιώστε τον ότι η ταχεία ή υπερβολική λήψη βάρους δεν αποτελεί στόχο της θεραπείας.
- Επιτρέψτε στον ασθενή να ελέγχει το θεραπευτικό πρόγραμμα μόλις διαπιστώσετε ότι οι διατροφικές του συνήθειες είναι ποιο φυσιολογικές.
- Βοηθήστε τον ασθενή να έρθει σε επαφή με ομάδες υποστήριξης
- Χορηγήστε παρεντερική διατροφή ή σίτιση με σωλήνα, ανάλογα με τις οδηγίες που έχετε από το γιατρό.
- Διερευνήστε τα συναισθήματα του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του και εκτιμήστε την πιθανότητα υποτροπής μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο.
- Να ελέγχετε καθημερινά τη θερμοκρασία, τις αναπνοές, την πίεση του αίματος και τους παλμούς.

- Να ελέγχετε για σημεία τετανίας και κράμπες των μυών, ώστε να εντοπίσετε τυχόν ανισορροπία των ηλεκτρολυτών.

Ε. Νοσηλευτική αξιολόγηση:

- Επανεξετάστε τους στόχους και εκτιμήστε την πρόοδο.
 - Ο ανόρεκτος ασθενής φτάνει το βάρος στόχο.
 - Ο ασθενής αποκτά πλήρη επίγνωση της διαταραχής του.
 - Αναπτύσσει ικανοποιητικούς μηχανισμούς άμυνας.
 - Καθιερώνει υγιή διατροφική συμπεριφορά.
 - Συμμετέχει στην αγωγή και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.
 - Σημειώθηκε πρόοδος σε οικογενειακά ζητήματα.
 - Τα ιατρικά προβλήματα ελέγχονται.
 - Καθορίζονται στόχοι και για μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.
3. Επανεξετάζετε το θεραπευτικό πρόγραμμα και τους στόχους, ανάλογα με τις ανάγκες¹³.

7.2 Νοσηλευτική ετοιμότητα

Χειρισμός των προσωπικών αντιδράσεων έναντι ασθενών με διατροφικές διαταραχές.

- Ερευνήστε τα προσωπικά σας συναισθήματα και τη στάση σας απέναντι σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές.
- Τα προσωπικά σας προβλήματα γύρω από την εικόνα του σώματός σας δεν πρέπει να σας κάνουν να ταυτιστείτε με τον ασθενή.
- Η κατάθλιψη του ασθενούς μπορεί να σας προκαλέσει αισθήματα μελαγχολίας.
- Πιθανόν να προκύψουν συναισθήματα θυμού, εάν δεν καταφέρετε να δείτε ως σοβαρό πρόβλημα τις διατροφικές διαταραχές.

- Κάντε γνωστά τα συναισθήματά σας στους συναδέλφους σας.
Ζητήστε υποστήριξη και συμβουλευτείτε τους συναδέλφους σας.¹

7.3 Εκπαίδευση ασθενούς

Ο ασθενής εκπαιδεύεται από τον νοσηλευτή έτσι ώστε να προσανατολιστεί σε έναν υγιεινό και φυσιολογικό τρόπο διατροφής.

Ο νοσηλευτής πρέπει να ακολουθήσει τα παρακάτω:

- Αποθαρρύνετε τη συνομιλία σχετικά με τα ζητήματα τροφίμων κατά την διάρκεια των γευμάτων.
- Εποπτεύστε όλα τα γεύματα και τα πρόχειρα φαγητά.
- Παρέχετε ένα συμπλήρωμα αν ο ασθενής δεν τρώει ένα ολοκληρωμένο γεύμα.

Εφαρμόστε τις ακόλουθες ενέργειες εάν ο ασθενής αρνείται να ολοκληρώσει το γεύμα του:

- Κρατήστε τον ασθενή στο day room μέχρι την ώρα του ύπνου.
- Αρνηθείτε τη συμμετοχή ομάδας.
- Αρνηθείτε τη συζήτηση των ζητημάτων επεξεργασίας με την ομάδα.
- Εξασφαλίστε συμπληρώματα για να δειπνήσει υπό επίβλεψη για μια ώρα μετά από τα γεύματα και 30 λεπτά μετά από τα πρόχειρα φαγητά.
- Παραπέμψτε τον ασθενή στον κλινικό διατροφολόγο για τις ανησυχίες με τα γεύματα ή τα πρόχειρα φαγητά.
- Διατηρήστε επικοινωνία με τον κλινικό διατροφολόγο σχετικά με το σχέδιο διατροφής.
- Επίσης κρατήστε την πόρτα των λουτρών κλειδωμένη, εποπτεύστε τη χρήση των λουτρών.
- Ελέγξτε το βάρος του ασθενή πριν από το πρόγευμα κάθε πρωί.
- Περιορίστε τα τρόφιμα και το ποτό πριν ζυγιστεί.
- Αποφύγετε τη συζήτηση του βάρους

- Αναπτύξτε μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή και το περιβάλλον του έτσι ώστε να εκφράζει προς εσάς τα συναισθήματα του αλλά και για να μπορέσετε να τον αποθαρρύνετε από το να μη τρώει επισημαίνοντας του τις συνέπειες από αυτή του την ενέργεια.
- Ενθαρρύνετε τον ασθενή να αποκτήσει δραστηριότητες που προάγουν την αυτοεκτίμηση.
- Διδάξτε τη σημασία ενός υγιούς βάρους.
- Διδάξτε τους ασθενείς πως να αναγνωρίζουν τις παράλογες σκέψεις¹⁴.

ΜΕΡΟΣ Β

ΣΚΟΠΟΣ

Με αφορμή την αύξηση κρουσμάτων των διατροφικών διαταραχών, τα τελευταία χρόνια, αποφασίσαμε να μελετήσουμε δύο διατροφικές διαταραχές, την νευρική ανορεξία και την νευρική βουλιμία, που έχουν συγκεντρώσει μεγάλο ενδιαφέρον στις μέρες μας.

Σκοπός της μελέτης ήταν να παρουσιάσουμε μια γενική εικόνα ισχυρών τάσεων νευρικής ανορεξίας και νευρικής βουλιμίας σε νεαρά άτομα του ελληνικού πληθυσμού. Στόχοι ήταν η αναζήτηση πιθανής συσχέτισης των διαταραχών αυτών με την ηλικία του ερωτηθέντος ατόμου και το φύλο του.



ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

1.1 Σχεδιασμός της έρευνας

Η έρευνα αυτή σχεδιάστηκε με βάση το περιγραφικό μοντέλο έρευνας, στο οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή. Στην δική μας μελέτη, ερευνήσαμε δύο ανεξάρτητες μεταβλητές, την ηλικία και το φύλο των ατόμων, προς δύο εξαρτημένες, την νευρική ανορεξία και την νευρική βουλιμία.

1.2 Πληθυσμός-Δείγμα

Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από την καταγωγή, την κοινωνικοοικονομική και οικογενειακή κατάσταση των ατόμων. Το μέγεθος του δείγματος καθορίστηκε από την ερευνητική ομάδα (Χειλάκη Ειρήνη, Χρυσικού Παναγιώτα, Ψαράκη Ζαμπία) και ήταν της τάξεως 330 ατόμων, ηλικίας 12-18 ετών. Από αυτά το 13% ήταν 12 ετών, 14% ήταν 13 ετών, 15% ήταν 14 ετών, 15% ήταν 15 ετών, 25% ήταν 16 ετών, 12% ήταν 17 ετών και το 6% ήταν 18 ετών. Επίσης το 51% ήταν γυναίκες και το 49% ήταν άνδρες.

Ο πληθυσμός του δείγματος ήταν μαθητές γυμνασίου και λυκείου, στους οποίους τηρήθηκε ανωνυμία και εχεμύθεια. Επίσης τηρήθηκαν τα σχετικά άρθρα της Διακήρυξης του Ελσίνκι και οι «Κατευθυντήριες οδηγίες των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για νοσηλευτές σε κλινική και άλλη έρευνα».

1.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, που μεταφράστηκε στα ελληνικά και ανήκει στην Αμερικανίδα ψυχολόγο Kim Lampson Reeif. Απευθύνεται σε άτομα ανεξαρτήτου ηλικίας και είναι ένα ψυχολογικό τεστ από το οποίο συμπεραίνουμε αν ένα άτομο έχει ισχυρές τάσεις για νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία, αν έχει συνειδητό βάρος και αν δεν πάσχει από ανορεξία ή βουλιμία.

Αξιίζει να αναφερθεί ότι αυτοί που έχουν συνειδητοποιήσει το βάρος τους αν έχουν απαντήσει σε ορισμένες ερωτήσεις που αφορούν διατροφικές ανησυχίες ή εκφράζουν φόβο να πάρουν βάρος, δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει η πιθανότητα να εκδηλώσουν νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία. Επίσης όσοι έχουν μηδενικές πιθανότητες να πάσχουν από τις δύο παραπάνω διατροφικές διαταραχές, δεν σημαίνει ότι δεν θα νοσήσουν στο μέλλον από κάποια άλλη διατροφική διαταραχή, όπως για παράδειγμα η παχυσαρκία.

Στο ερωτηματολόγιο αυτό κρίθηκε αναγκαίο από την επιστημονική ομάδα να προστεθούν οι έξι πρώτες ερωτήσεις και αφορούν δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου, το μορφωτικό επίπεδο, την ηλικία, το φύλο, το βάρος και το ύψος. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις είναι πολλαπλής επιλογής ψυχολογικού περιεχομένου και για τ' αποτελέσματα αυτών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Likert.

1.4 Γεωγραφικά πλαίσια που διεξήχθησε η έρευνα

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε σχολεία της Αθήνας και της επαρχίας (Ναύπακτος και Πάτρα). Από αυτά τα 172 άτομα ήταν από Αθήνα και τα 158 άτομα ήταν από επαρχία (78 Πάτρα, 80 Ναύπακτος).

1.5 Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Το πλήθος των ατόμων σε κάθε απάντηση ξεχωριστά αντιπροσώπευε ένα n ακέραιο αριθμό. Με την βοήθεια του προγράμματος Excel του Microsoft Office 2003, το πλήθος των ατόμων αυτών υπέστησε στατιστική επεξεργασία και οι n ακέραιοι αριθμοί μετατράπηκαν σε ποσοστά (%).

Τα στατιστικά αποτελέσματα μεταφέρθηκαν και προσαρμόστηκαν στις ανάγκες του Word, προγράμματος του Microsoft Office 2003.

ΥΠΟΘΕΣΗ

Με βάση τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και τις διάφορες δημοσιευμένες έρευνες σε Ελλάδα και εξωτερικό, οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται στις νεαρές ηλικίες μεταξύ των ηλικιών 15-25 ετών. Σύμφωνα με τις μελέτες διάφορων επιστημόνων η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία είναι συχνότερες στην εφηβεία και στο γυναικείο φύλο. Υποθέσαμε, λοιπόν, πριν μελετήσουμε τ' αποτελέσματα της έρευνας ότι ισχυρότερες τάσεις ν' αναπτύξουν νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία θα ήταν γυναίκες ηλικίας 15-18 ετών.

Το ενδεχόμενο να παρατηρούσαμε μια αύξηση ισχυρών τάσεων ψυχογενούς ανορεξίας στο ανδρικό φύλο, δεν το αποκλείσαμε. Υπάρχουν αρκετοί μελετητές που υποστηρίζουν ότι τα τελευταία χρόνια ένα στα δέκα άτομα, που πάσχουν από ψυχογενής ανορεξία, είναι από το ανδρικό φύλο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

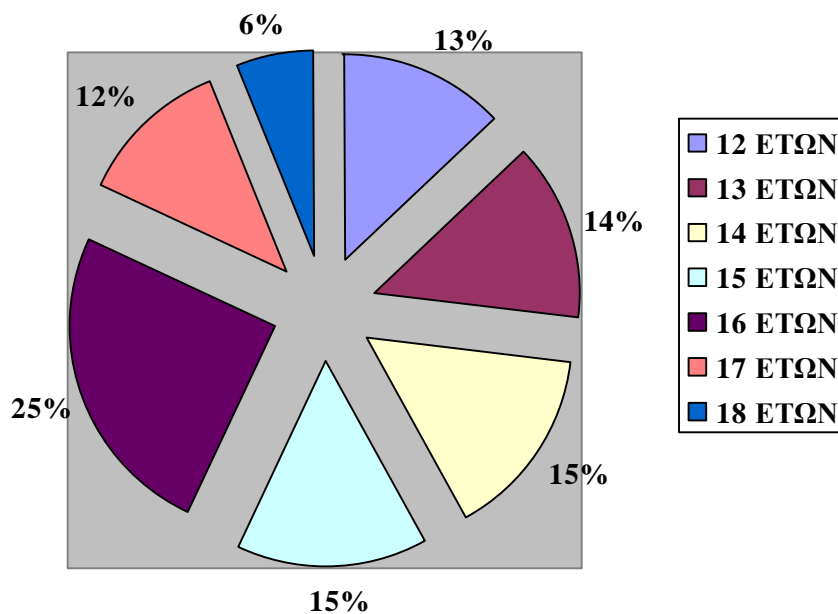
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται οι εξεταζόμενες ομάδες. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Αναφέρεται η κατανομή των ατόμων (%) ανά ηλικία.

	12 ΕΤΩΝ	13 ΕΤΩΝ	14 ΕΤΩΝ	15 ΕΤΩΝ	16 ΕΤΩΝ	17 ΕΤΩΝ	18 ΕΤΩΝ
ΑΤΟΜΑ	13%	14%	15%	15%	25%	12%	6%

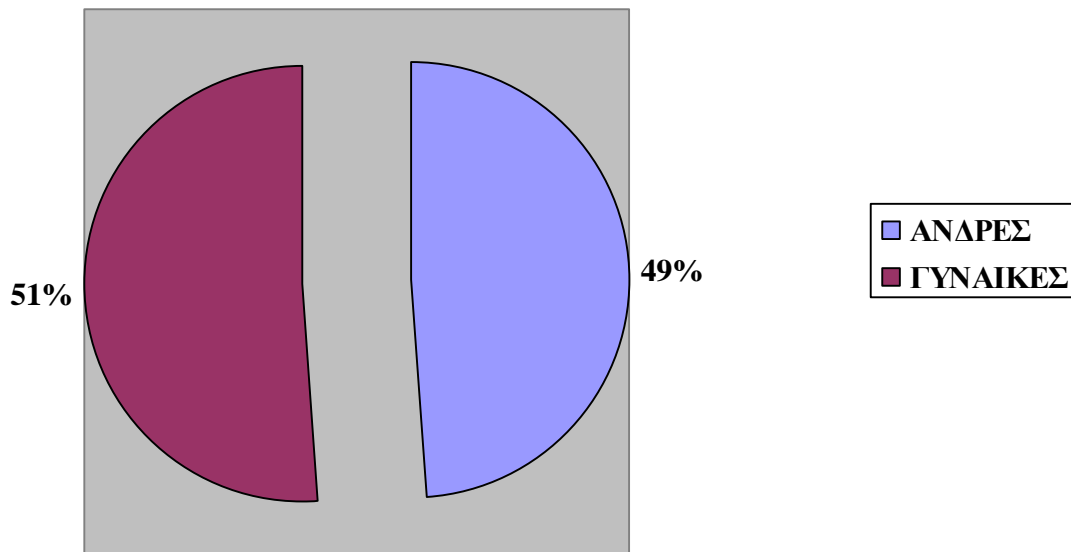
ΣΧΗΜΑ 1α: Γραφική παράσταση ατόμων (%) ανά ηλικία.



ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Αναφέρεται η κατανομή των ποσοστών (%) ατόμων ανά φύλο.

	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΑΤΟΜΑ	49%	51%

ΣΧΗΜΑ 2α: Γραφική παράσταση ατόμων (%) ανά φύλο.



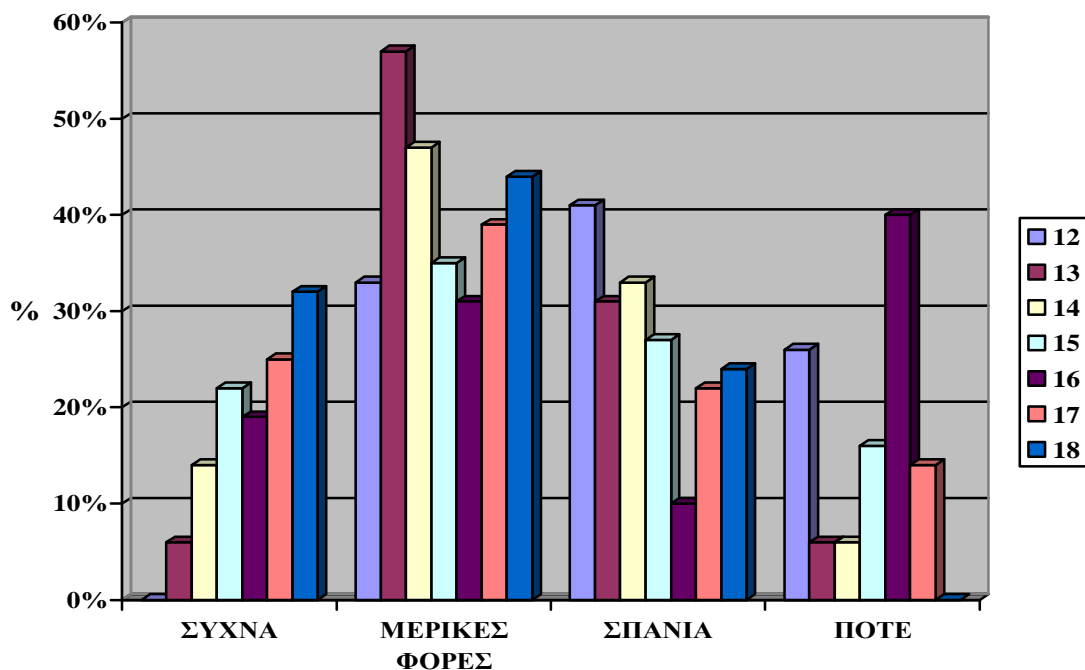
Αναφέρονται τα ποσοστά απαντήσεων ανάλογα με την ηλικία

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν έχουν άλλες διατροφικές συνήθειες από εκείνες της οικογένειάς τους και των φίλων τους.

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
12	0%	33%	41%	26%
13	6%	57%	31%	6%
14	14%	47%	33%	6%
15	22%	35%	27%	16%
16	19%	31%	10%	40%
17	25%	39%	22%	14%
18	32%	44%	24%	0%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν έχουν άλλες διατροφικές συνήθειες από την οικογένεια τους ή τους φίλους τους εκτός από την ηλικία ,13,14,15,17,18.

ΣΧΗΜΑ 3α :Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

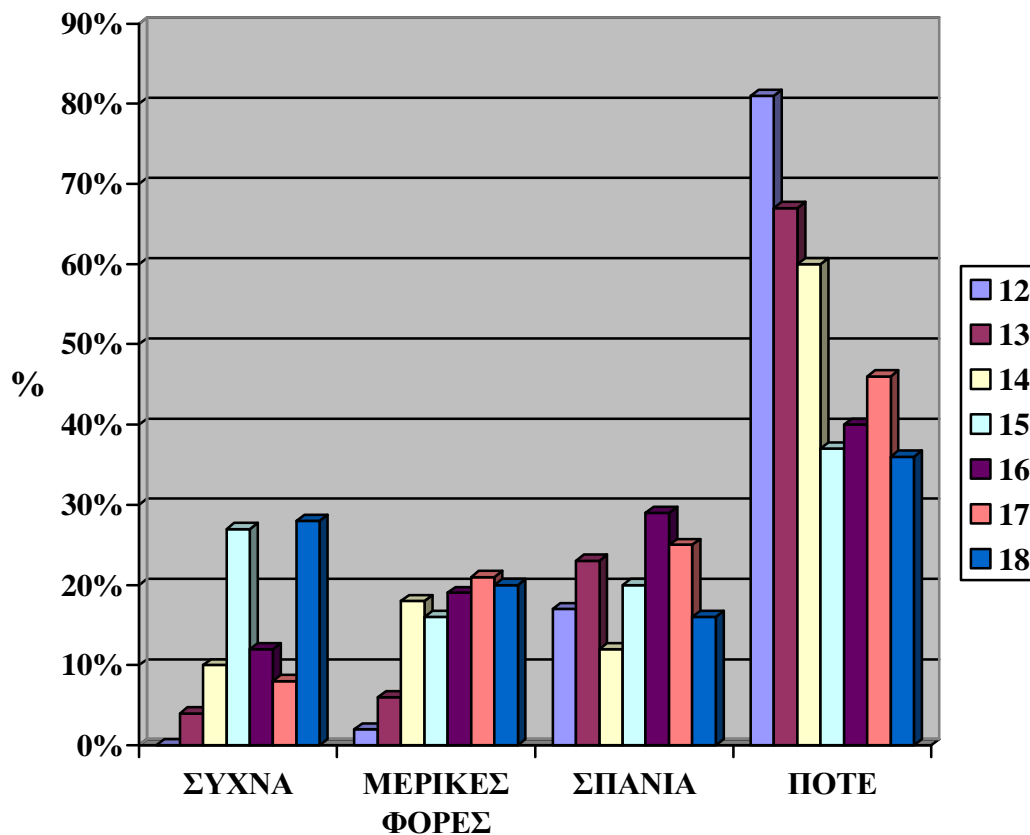


ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πανικοβάλλονται, εάν δεν μπορούν να γυμναστούν όπως προγραμματίσαν, γιατί φοβούνται ότι μ' αυτόν τον τρόπο θα κερδίσουν βάρος.

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
12	0%	2%	17%	81%
13	4%	6%	23%	67%
14	10%	18%	12%	60%
15	27%	16%	20%	37%
16	12%	19%	29%	40%
17	8%	21%	25%	46%
18	28%	20%	16%	36%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν πανικοβάλλονται εάν δεν μπορούν να γυμναστούν όπως προγραμματίσαν από την ηλικία 12-18.

ΣΧΗΜΑ 4α : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

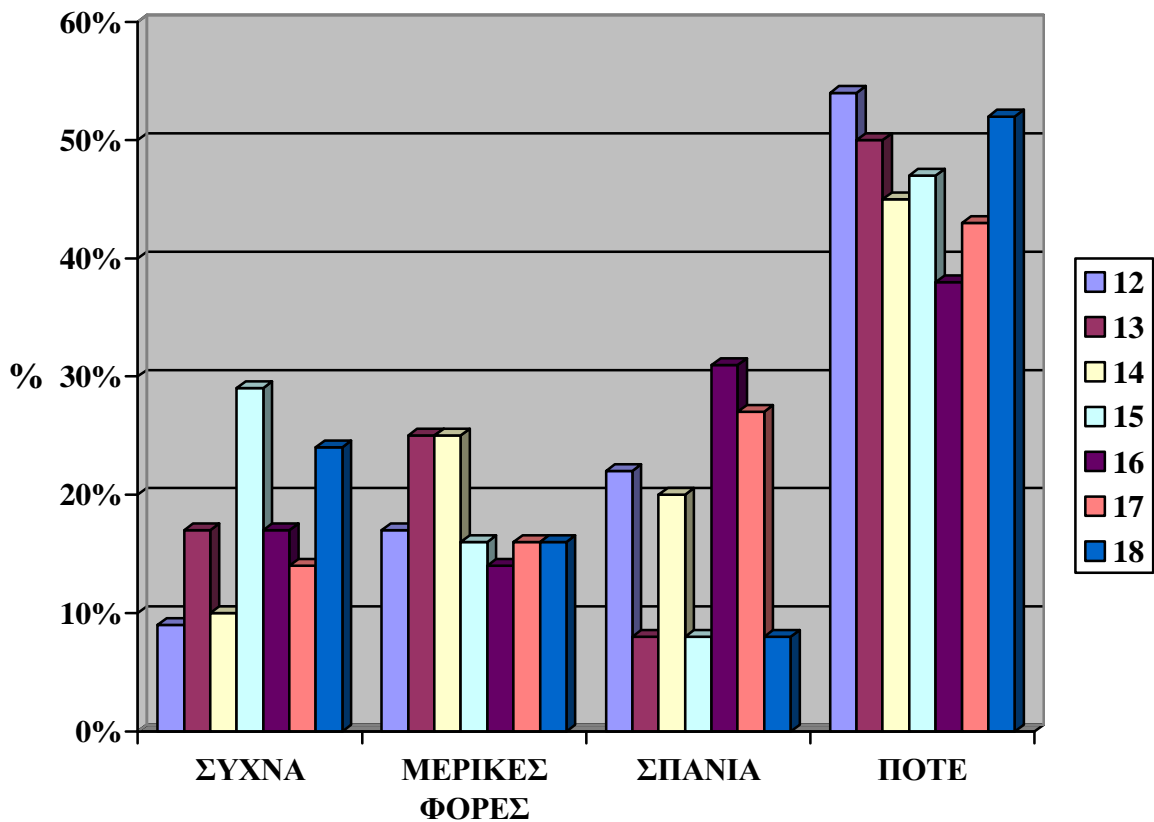


ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν οι φίλοι τους λένε ότι είναι αδύνατοι, αλλά εκείνοι δεν τους πιστεύουν γιατί νιώθουν παχύ

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
12	9%	15%	22%	54%
13	17%	25%	8%	50%
14	10%	25%	20%	45%
15	29%	16%	8%	47%
16	17%	14%	31%	38%
17	14%	16%	27%	43%
18	24%	16%	8%	52%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες πιστεύουν του φίλους τους όταν τους λένε ότι είναι αδύνατοι από την ηλικία 12-18.

ΣΧΗΜΑ 5α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

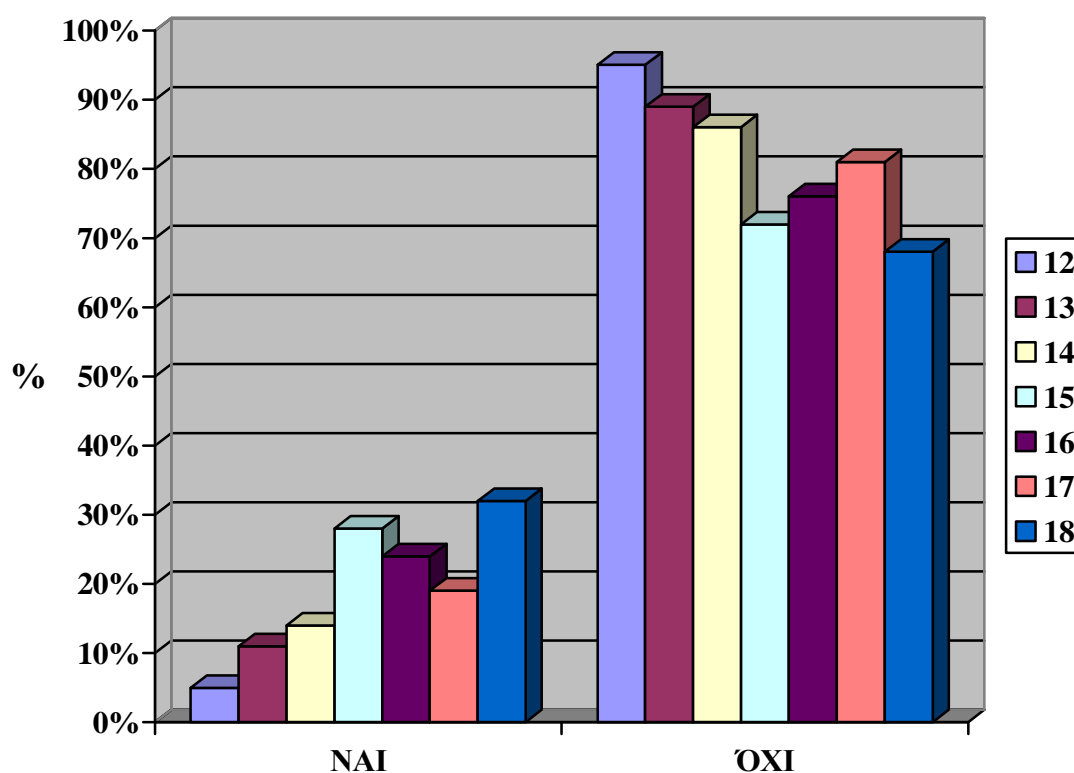


ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή των απαντήσεων **γυναικών μόνο** σε σχέση με το εάν η έμμηνος ρύση τους σταμάτησε ή παρουσιάζει ανωμαλίες για άγνωστους ιατρικούς λόγους.

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΌΧΙ
12	5%	95%
13	11%	89%
14	14%	86%
15	28%	72%
16	24%	76%
17	19%	81%
18	32%	68%

Οι περισσότερες γυναίκες δεν έχουν πρόβλημα με την έμμηνος ρύση ή είχαν σπάνια κάποια προβλήματα.

ΣΧΗΜΑ 6α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

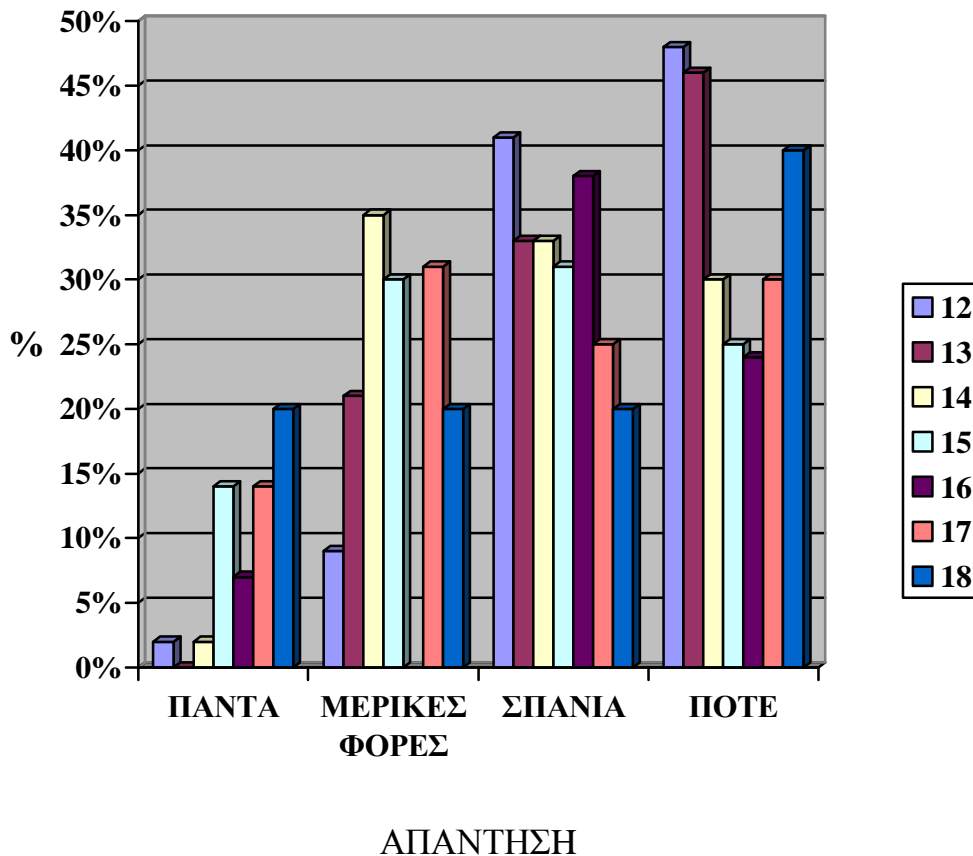


ΠΙΝΑΚΑΣ7: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιάνουν τον εαυτό τους απασχολημένο με το φαγητό σε σημείο που δεν μπορούν να περάσουν μια μέρα χωρίς ανησυχία γι' αυτό που πρόκειται ή δεν πρόκειται να φάνε.

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΑΝΤΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
12	2%	9%	41%	48%
13	0%	21%	33%	46%
14	2%	35%	33%	30%
15	14%	30%	31%	25%
16	7%	31%	38%	24%
17	14%	31%	25%	30%
18	20%	20%	20%	40%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν πιάνουν τον εαυτό τους απασχολημένο με το φαγητό σε σημείο που δεν μπορούν να περάσουν μια μέρα χωρίς ανησυχία γι' αυτό που πρόκειται ή δεν πρόκειται να φάνε, **εκτός από τις ηλικίες 14,15**

ΣΧΗΜΑ 7α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

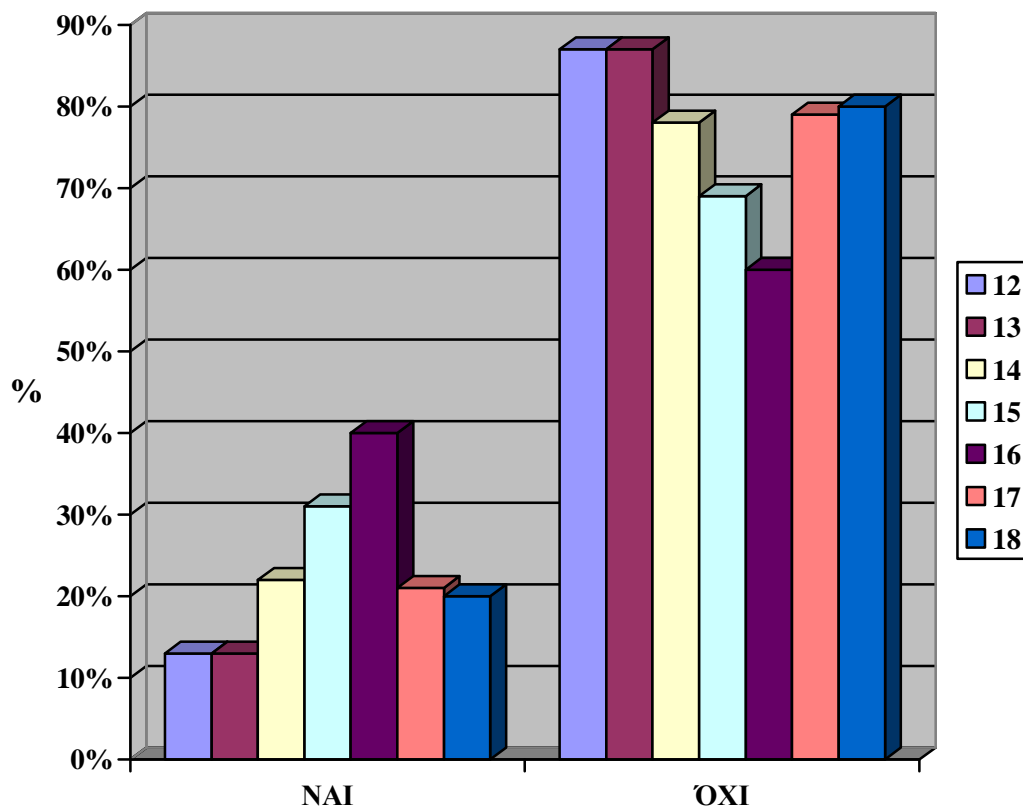


ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν έχουν χάσει περισσότερο από 15% από αυτό που θεωρείται ένα υγιές βάρος για το ύψος τους (π. χ. γυναίκα, 1,60 ύψος χάνει 9 κιλά, όταν ένα υγιές βάρος γι' αυτήν είναι περίπου 55 κιλά)

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΌΧΙ
12	13%	87%
13	13%	87%
14	22%	78%
15	31%	69%
16	40%	60%
17	21%	79%
18	20%	80%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν έχουν χάσει περισσότερο από 15% από αυτό που θεωρείται ένα υγιές βάρος για το ύψος τους, **αλλά** στην ηλικία των 16 το ποσοστό είναι υψηλό.

ΣΧΗΜΑ 8α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

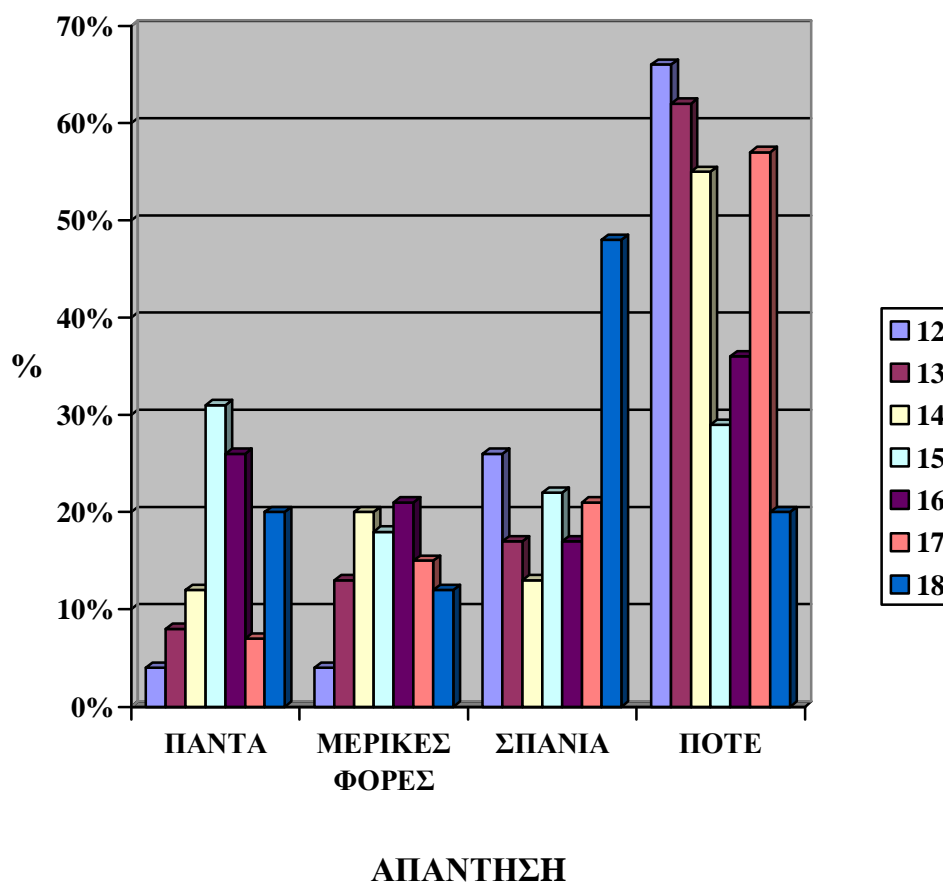


ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα τους πιάσει πανικός αν ανέβουν αύριο στην ζυγαριά και διαπιστώσουν ότι πήραν ένα κιλό.

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΑΝΤΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
12	4%	4%	26%	66%
13	8%	13%	17%	62%
14	12%	20%	13%	55%
15	31%	18%	22%	29%
16	26%	21%	17%	36%
17	7%	15%	21%	57%
18	20%	12%	48%	20%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν θα τους πιάσει πανικός αν ανέβουν αύριο στην ζυγαριά και διαπιστώσουν ότι πήραν ένα κιλό **εκτός** της ηλικίας 15 αλλά και 16.

ΣΧΗΜΑ 9α : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

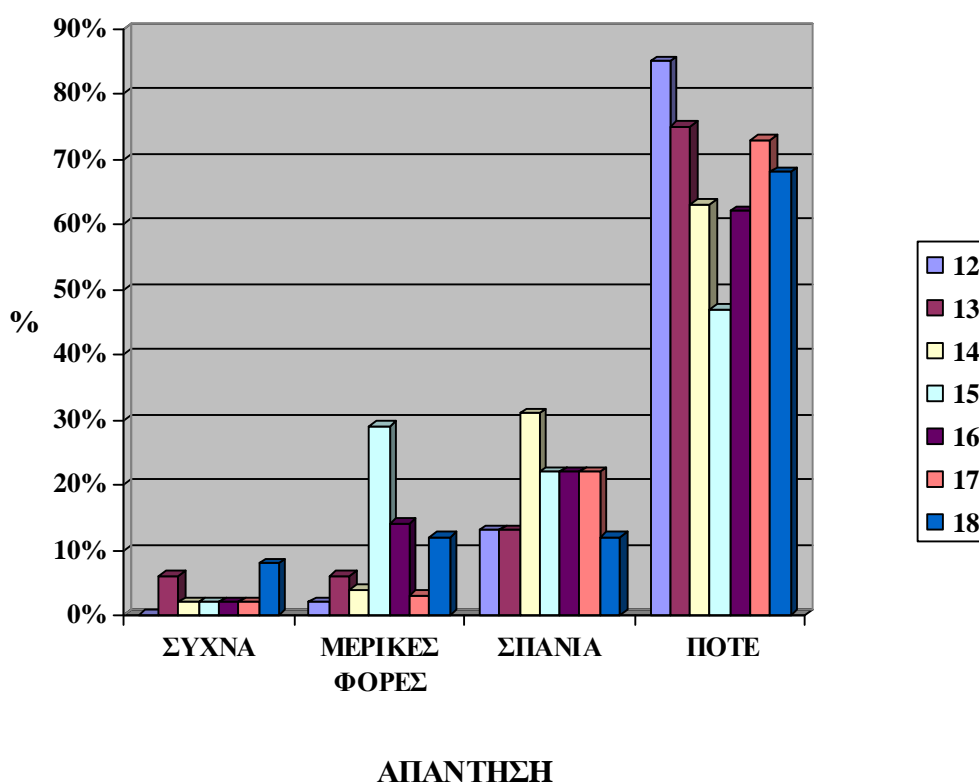


ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν διαπιστώνουν ότι προτιμούν να φάνε μόνοι ή όταν είναι βέβαιοι ή ότι κανένας δεν θα τους δει, και γι' αυτό το λόγο φτιάχνουν δικαιολογίες έτσι ώστε να μπορούν να φάνε όλο και λιγότερο συχνά με τους φίλους τους ή την οικογένειά τους.

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
12	0%	2%	13%	85%
13	6%	6%	13%	75%
14	2%	4%	31%	63%
15	2%	29%	22%	47%
16	2%	14%	22%	62%
17	2%	3%	22%	73%
18	8%	12%	12%	68%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν προτιμούν να φάνε μόνοι ώστε να μπορούν να φάνε όλο και λιγότερο.

ΣΧΗΜΑ 10α : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

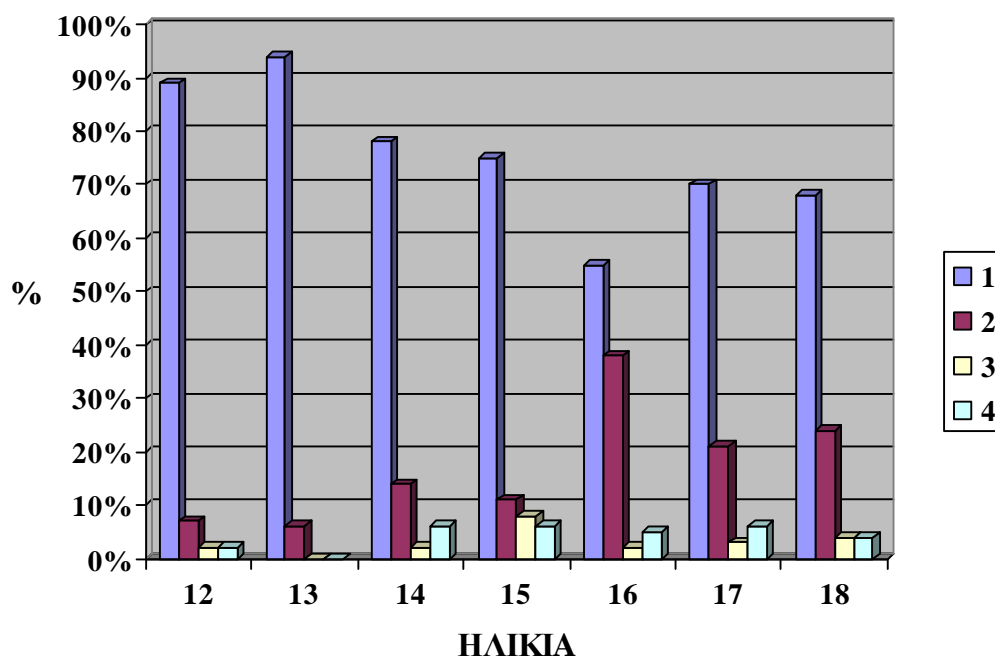


ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πίνουν τον εαυτό τους να πλησιάζει σ' ένα ανεξέλεγκτο φαγοπότι, κατά την διάρκεια του οποίου καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες φαγητού με αποτέλεσμα να νιώθουν άρρωστοι και να κάνουν εμετό.

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	1	2	3	4
12	89%	7%	2%	2%
13	94%	6%	0%	0%
14	78%	14%	2%	6%
15	75%	11%	8%	6%
16	55%	38%	2%	5%
17	70%	21%	3%	6%
18	68%	24%	4%	4%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες φαγητού με αποτέλεσμα να κάνουν εμετό.

ΣΧΗΜΑ 11α : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.



1=ΠΟΤΕ

2=ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

3=1-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

4=1 Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πίνουν τον εαυτό τους να τρώει υποχρεωτικά παραπάνω απ' όσο νιώθουν ότι θέλουν αισθανόμενοι ή εκτός ελέγχου ή και χωρίς να ξέρουν γιατί το κάνουν

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	1	2	3	4
12	85%	15%	0%	0%
13	75%	25%	0%	0%
14	55%	22%	23%	0%
15	71%	21%	8%	0%
16	86%	8%	6%	0%
17	60%	27%	13%	0%
18	59%	41%	0%	0%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν πίνουν τον εαυτό τους να τρώει υποχρεωτικά παραπάνω.

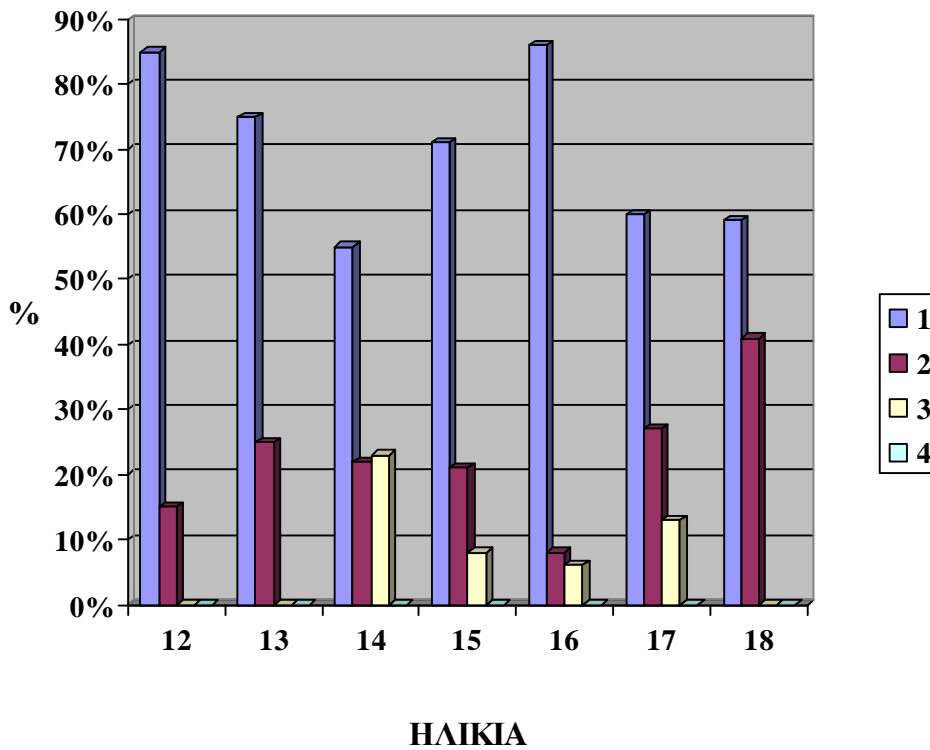
ΣΧΗΜΑ 12α :Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

1=ΠΟΤΕ

2=ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

3=1-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

4=1 Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ



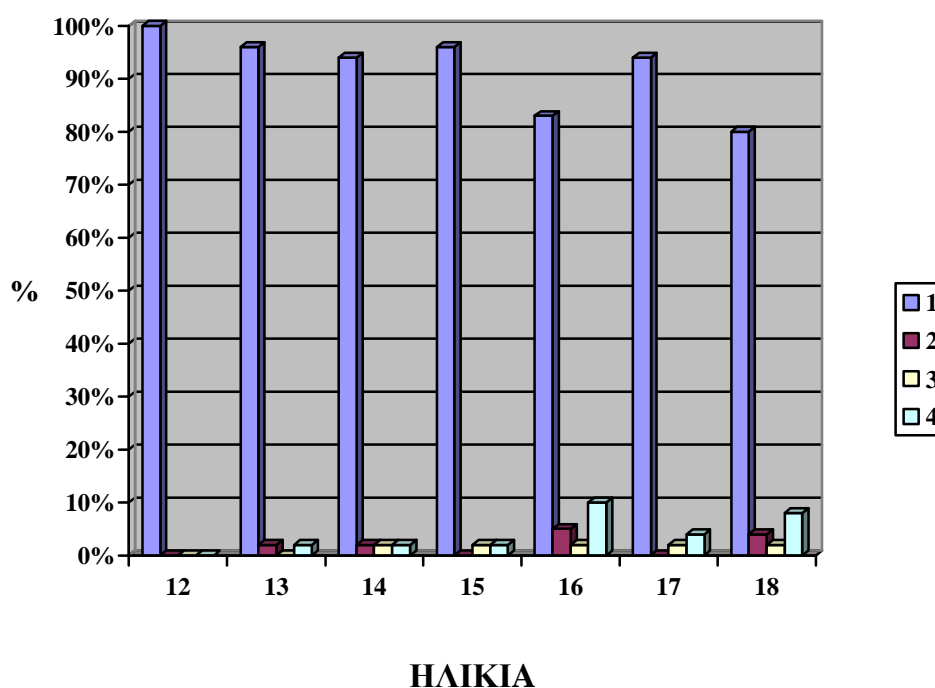
ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν χρησιμοποιούν καθαρτικά ή διουρητικά ως μέσο ελέγχου βάρους

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	1	2	3	4
12	100%	0%	0%	0%
13	96%	2%	0%	2%
14	94%	2%	2%	2%
15	96%	0%	2%	2%
16	83%	5%	2%	10%
17	94%	0%	2%	4%
18	80%	4%	8%	8%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν χρησιμοποιούν καθαρτικά ή διουρητικά ως μέσο ελέγχου βάρους.

ΣΧΗΜΑ 13α : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

- 1=ΠΟΤΕ
- 2=ΣΠΑΝΙΑ
- 3=ΜΕΡΙΚΕΣΦΟΡΕΣ
- 4=ΥΠΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

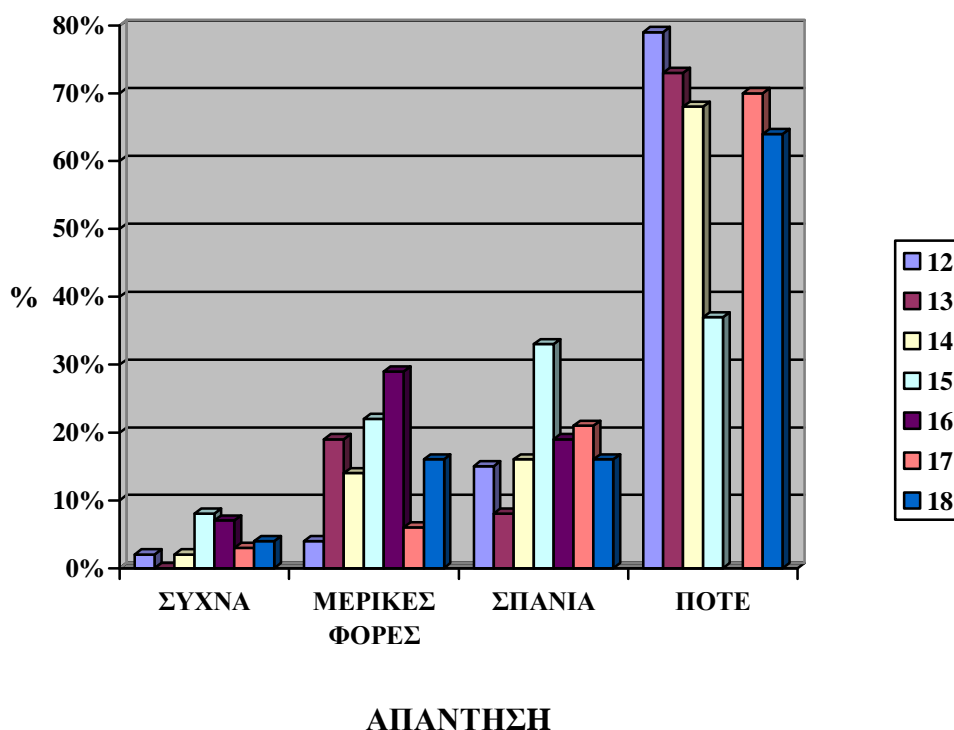


ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιάνουν τον εαυτό τους να παίζουν παιχνίδια με το φαγητό(π. χ να κόβουν το φαγητό σε πολύ μικρά κομματάκια, να το κρύβουν ώστε να νομίζουν οι άλλοι ότι το έφαγαν, να το μασάνε και να το φτύνουν, χωρίς να το καταπίνουν, να το φυλάνε σε μυστικές κρυψώνες)και/ ή έχουν αποφασίσει ότι υπάρχουν «ασφαλείς» τροφές και είναι ιδανικές για αυτούς και τροφές που είναι «κακές» και δεν πρέπει να τις καταναλώνουν.

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
12	2%	4%	15%	79%
13	0%	19%	8%	73%
14	2%	14%	16%	68%
15	8%	22%	33%	37%
16	7%	29%	19%	45%
17	3%	6%	21%	70%
18	4%	16%	16%	64%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν παίζουν παιχνίδια με το φαγητό. **ΑΛΛΑ** στην ηλικία των 15,16 το ποσοστό των ερωτηθέντων που έχουν απαντήσει μερικές φορές είναι υψηλό.

ΣΧΗΜΑ 14α :Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

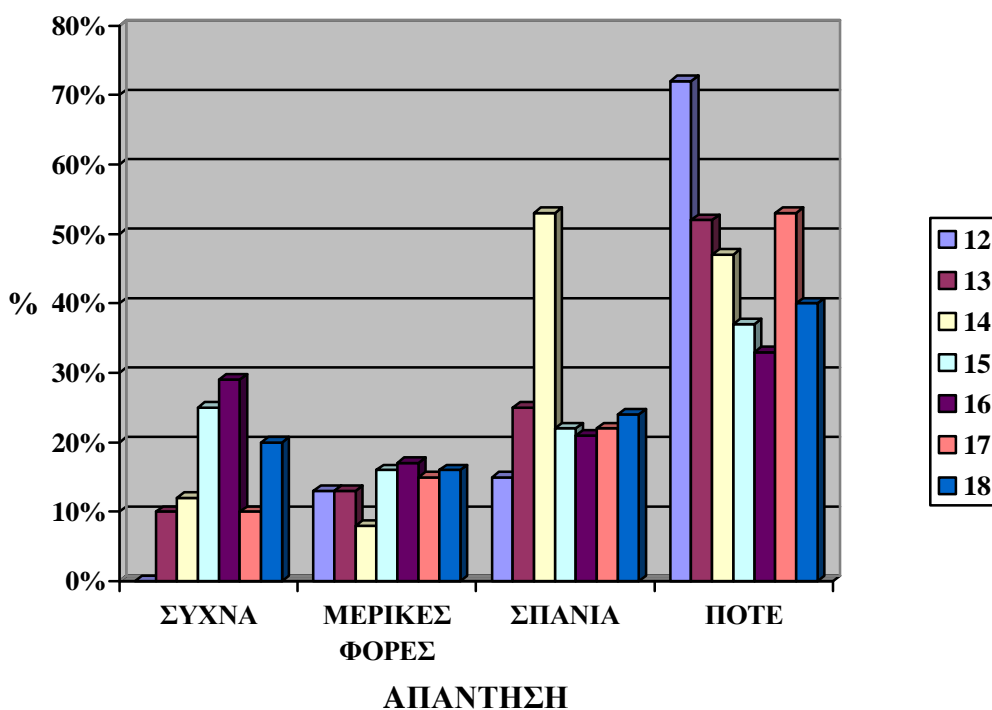


ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν οι άνθρωποι γύρω τους έχουν αρχίσει να ενδιαφέρονται για το τι τρώνε και θυμώνουν μαζί τους που τους τιμωρούν να τρώνε περισσότερο

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
12	0%	13%	15%	72%
13	10%	13%	25%	52%
14	12%	8%	33%	51%
15	25%	16%	22%	37%
16	29%	17%	21%	33%
17	10%	15%	22%	53%
18	20%	16%	24%	40%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν θυμώνουν με τους ανθρώπους όταν τους τιμωρούν να τρώνε περισσότερο όταν εκείνοι δεν τρώνε. **ΑΛΛΑ** στην ηλικία των 15,16 το ποσοστό είναι εξίσου υψηλό στην απάντηση **συχνά**.

ΣΧΗΜΑ 15α : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

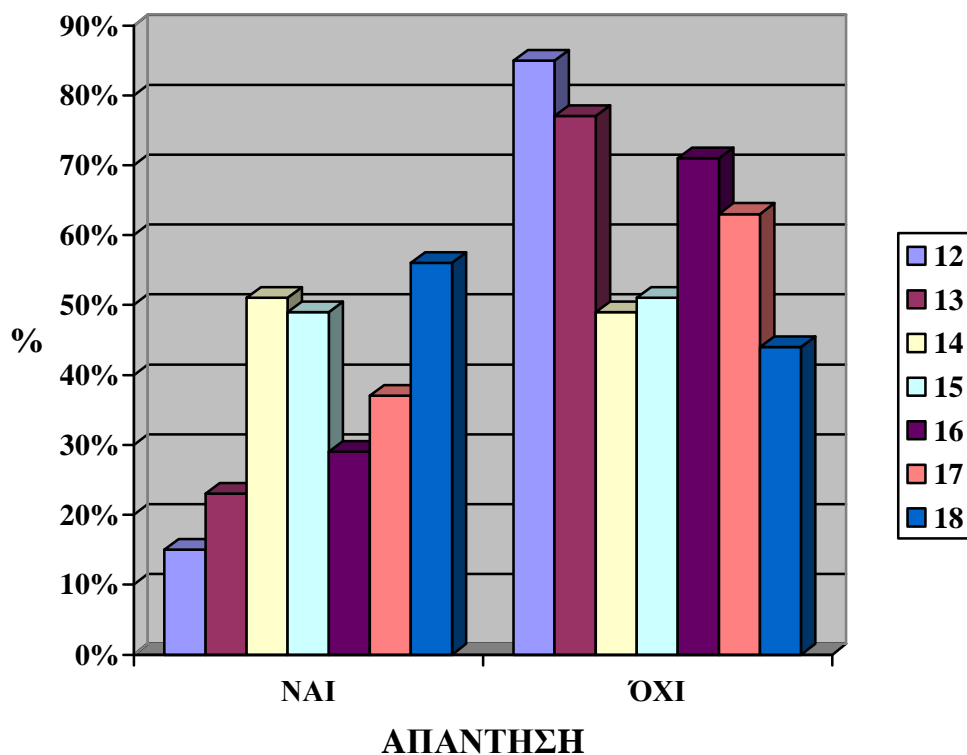


ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν έχουν αισθανθεί περισσότερο ή πιεσμένοι και οξύθυμοι πρόσφατα απ' ότι είναι το συνηθισμένο για τους εαυτούς τους και ή ξοδεύουν ένα μεγάλο μέρος του χρόνου μένοντας μόνοι.

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΌΧΙ
12	15%	85%
13	23%	77%
14	51%	49%
15	49%	51%
16	29%	71%
17	37%	63%
18	56%	44%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν έχουν αισθανθεί περισσότερο πιεσμένοι και οξύθυμοι πρόσφατα απ' ότι είναι το συνηθισμένο ούτε μένουν μόνοι. **ΑΛΛΑ** στην ηλικία των 14,15,18 έχουν απαντήσει **ναι**.

ΣΧΗΜΑ 16α :Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

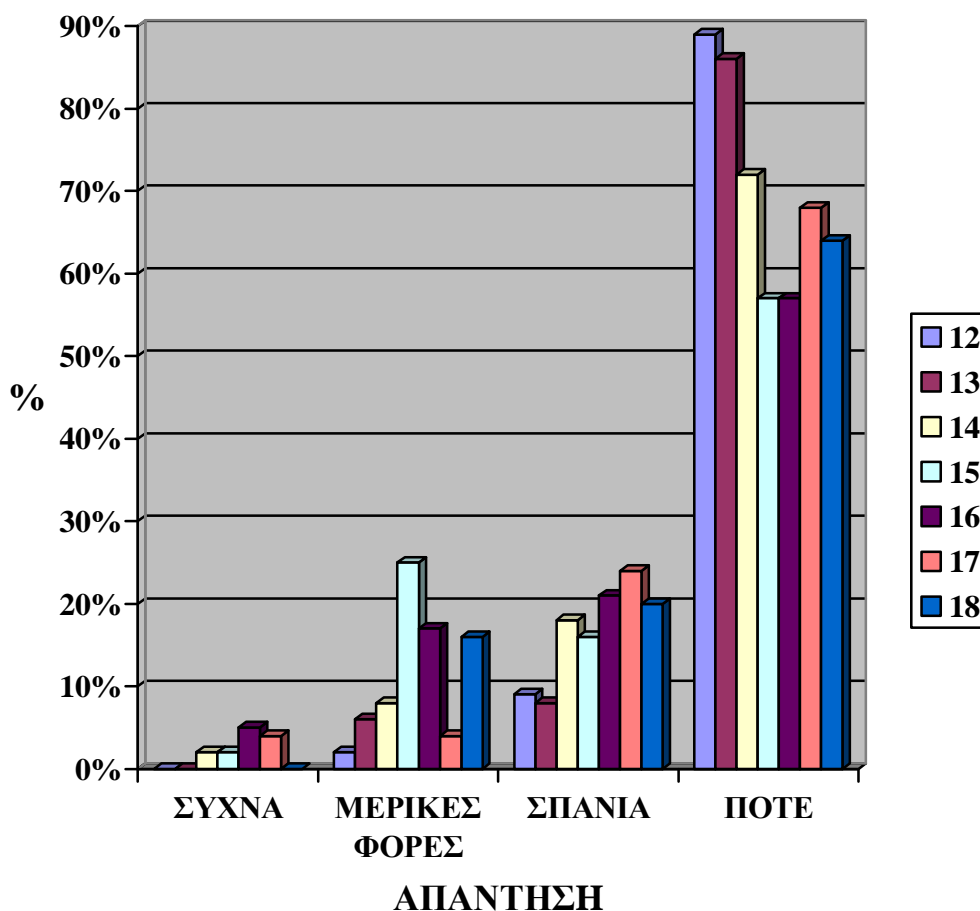


ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν κρατούν μυστικό πολλούς από τους φόβους τους για το φαγητό και τις τροφές, γιατί φοβάμαι ότι κανείς δεν θα με καταλάβει

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
12	0%	2%	9%	89%
13	0%	6%	8%	86%
14	2%	8%	18%	72%
15	2%	25%	16%	57%
16	5%	17%	21%	57%
17	4%	4%	24%	68%
18	0%	16%	20%	64%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν κρατούν μυστικό πολλούς από τους φόβους τους για το φαγητό και τις τροφές.

ΣΧΗΜΑ 17α : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

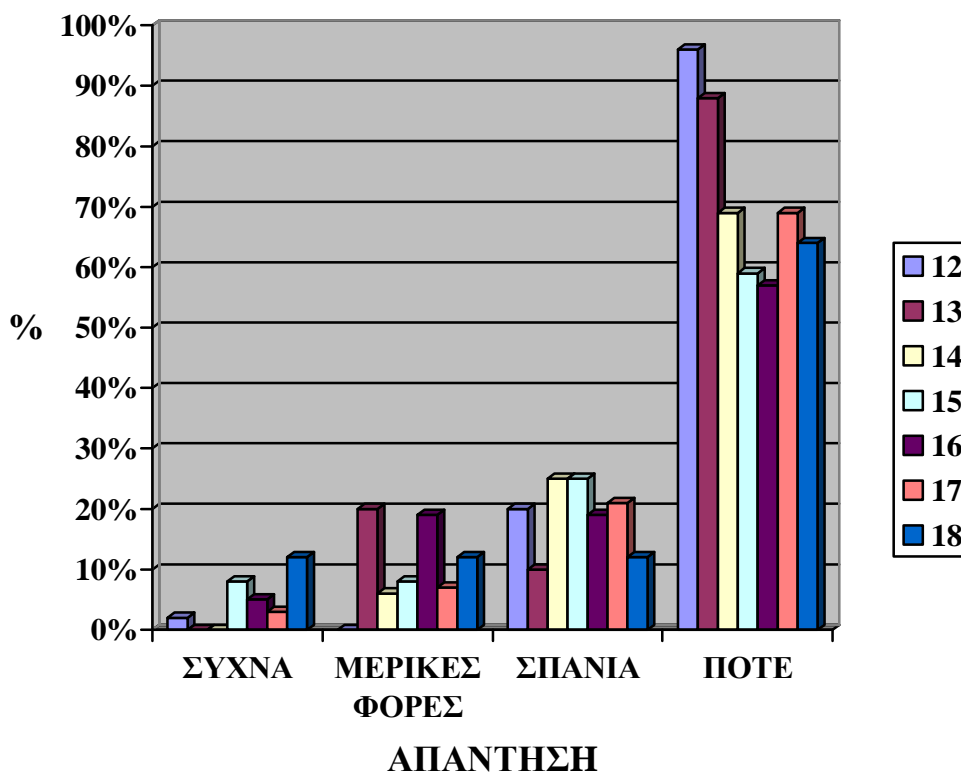


ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν απολαμβάνουν να φτιάχνουν γαστρονομικά ή παχυντικά φαγητά για άλλους, αλλά με την προϋπόθεση να μη φάνε το στιδήποτε οι ίδιοι

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
12	2%	0%	2%	96%
13	0%	2%	10%	88%
14	0%	6%	25%	69%
15	8%	8%	25%	59%
16	5%	19%	19%	57%
17	3%	7%	21%	69%
18	12%	12%	12%	64%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν φτιάχνουν γαστρονομικά ή παχυντικά φαγητά για άλλους, αλλά με την προϋπόθεση να μη φάνε το στιδήποτε οι ίδιοι

ΣΧΗΜΑ 18α : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

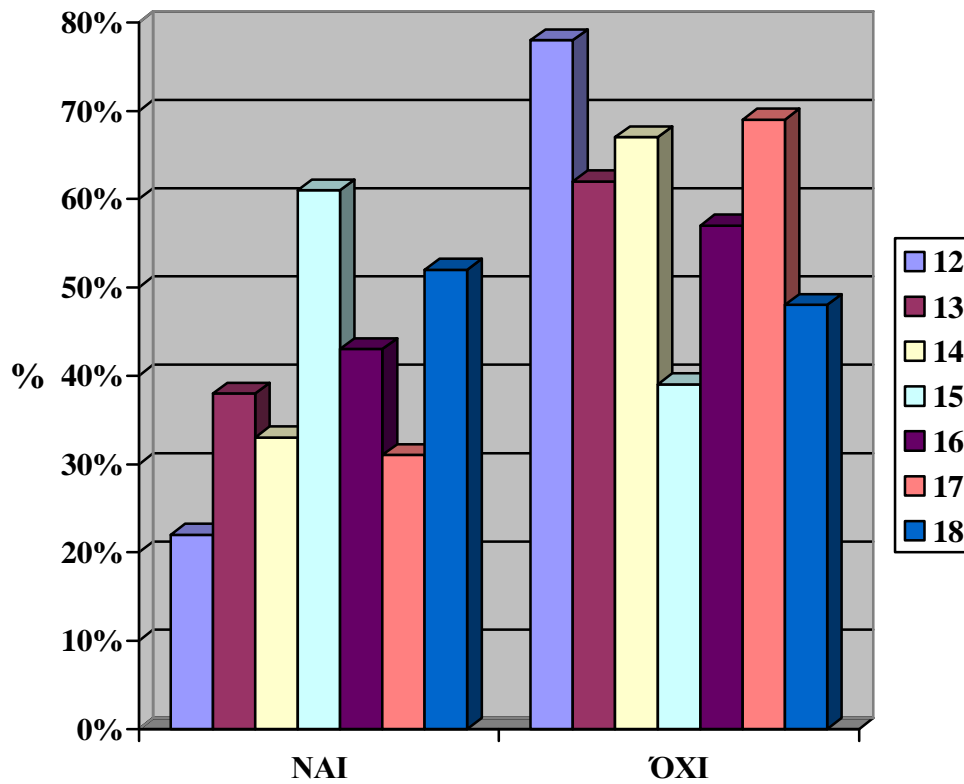


ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν ο μεγαλύτερος φόβος στην ζωή τους είναι να πάρουν βάρος ή να γίνουν παχύ.

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΌΧΙ
12	22%	78%
13	38%	62%
14	33%	67%
15	61%	39%
16	43%	57%
17	31%	69%
18	52%	48%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν είναι ο μεγαλύτερος φόβος στην ζωή τους να πάρουν βάρος ή να γίνουν παχύ εκτός από τις ηλικίες 15,18 όπου το ποσοστό είναι υψηλότερο.

ΣΧΗΜΑ 19α : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

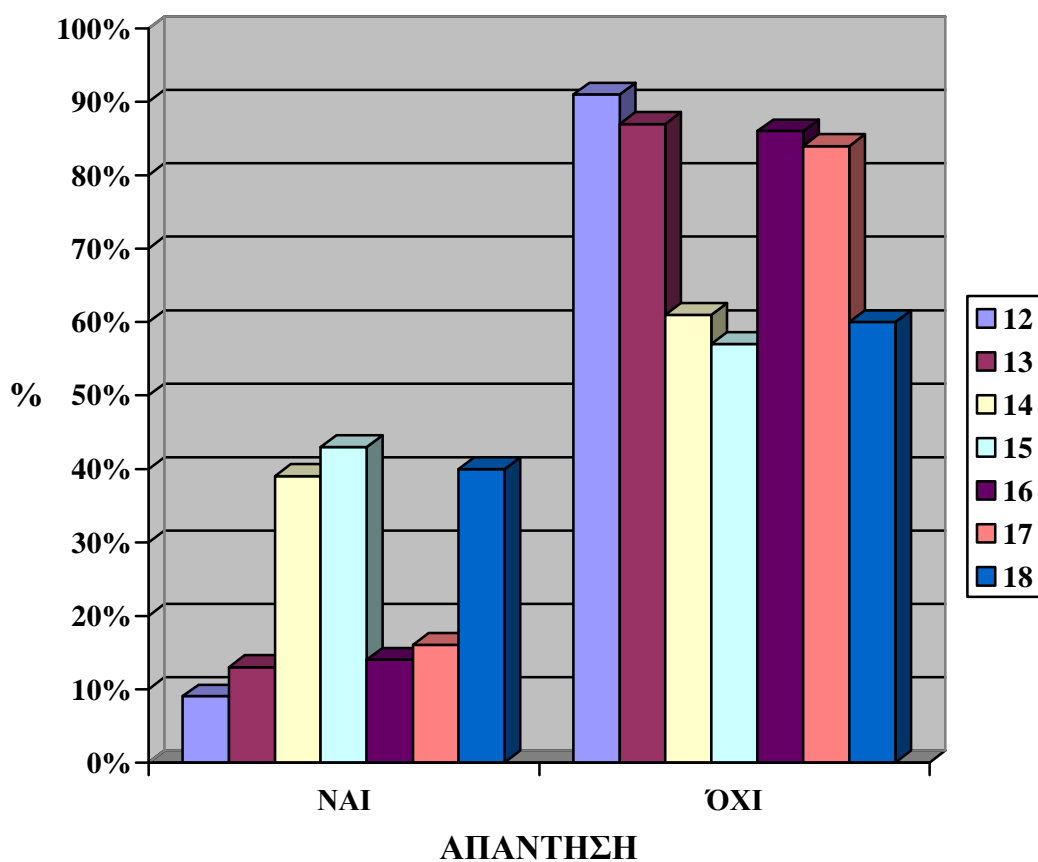


ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν γυμνάζονται πολύ(περισσότερο από 4 φορές την εβδομάδα ή και περισσότερο από 4 ώρες την εβδομάδα)ως μέσο ελέγχου βάρους

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΌΧΙ
12	9%	91%
13	13%	87%
14	39%	61%
15	43%	57%
16	14%	86%
17	16%	84%
18	40%	60%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν γυμνάζονται πολύ ως μέσο ελέγχου βάρους.

ΣΧΗΜΑ 20α :Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

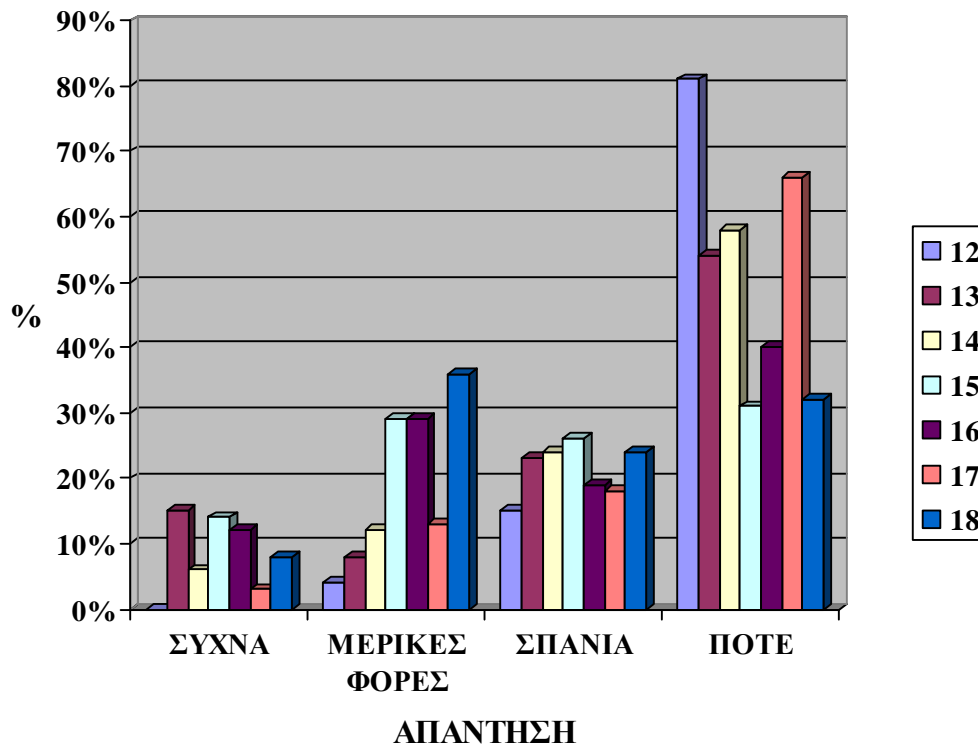


ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν νιώθουν ολοκληρωτικά απορροφημένοι όταν διαβάζουν βιβλία ή περιοδικά για διαίτα, γυμναστική, αδυνάτισμα, ή για υπολογισμό θερμίδων σε βαθμό που μπορούν να περάσουν ώρες μελετώντας τα

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
12	0%	4%	15%	81%
13	15%	8%	23%	54%
14	6%	12%	24%	58%
15	14%	29%	26%	31%
16	12%	29%	19%	40%
17	3%	13%	18%	66%
18	8%	36%	24%	32%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν νιώθουν ολοκληρωτικά απορροφημένοι όταν διαβάζουν βιβλία αλλά και στις ηλικίες 15,18 το ποσοστό είναι υψηλό.

ΣΧΗΜΑ 21α :Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

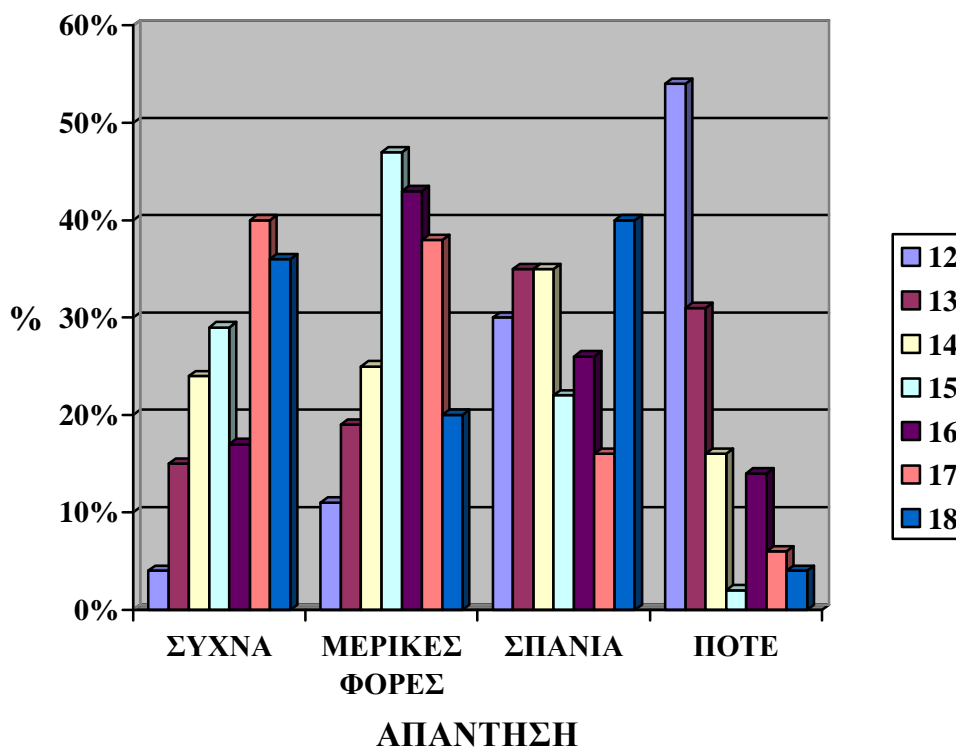


ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν έχουν την τάση να είμαι τελειομανής και δεν είναι ικανοποιημένοι με τον εαυτό τους εκτός εάν τα πράγματα που κάνουν είναι τέλεια

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
12	4%	11%	31%	54%
13	15%	19%	35%	31%
14	24%	25%	35%	16%
15	29%	47%	22%	2%
16	17%	43%	26%	14%
17	40%	38%	16%	6%
18	36%	20%	40%	4%

Εδώ μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι ηλικίες 15,16 έχουν απαντήσει σε μεγάλο ποσοστό **μερικές φορές** και στην ηλικία των 17 το μεγαλύτερο ποσοστό έχει απαντήσει **συχνά**.

ΣΧΗΜΑ 22α :Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

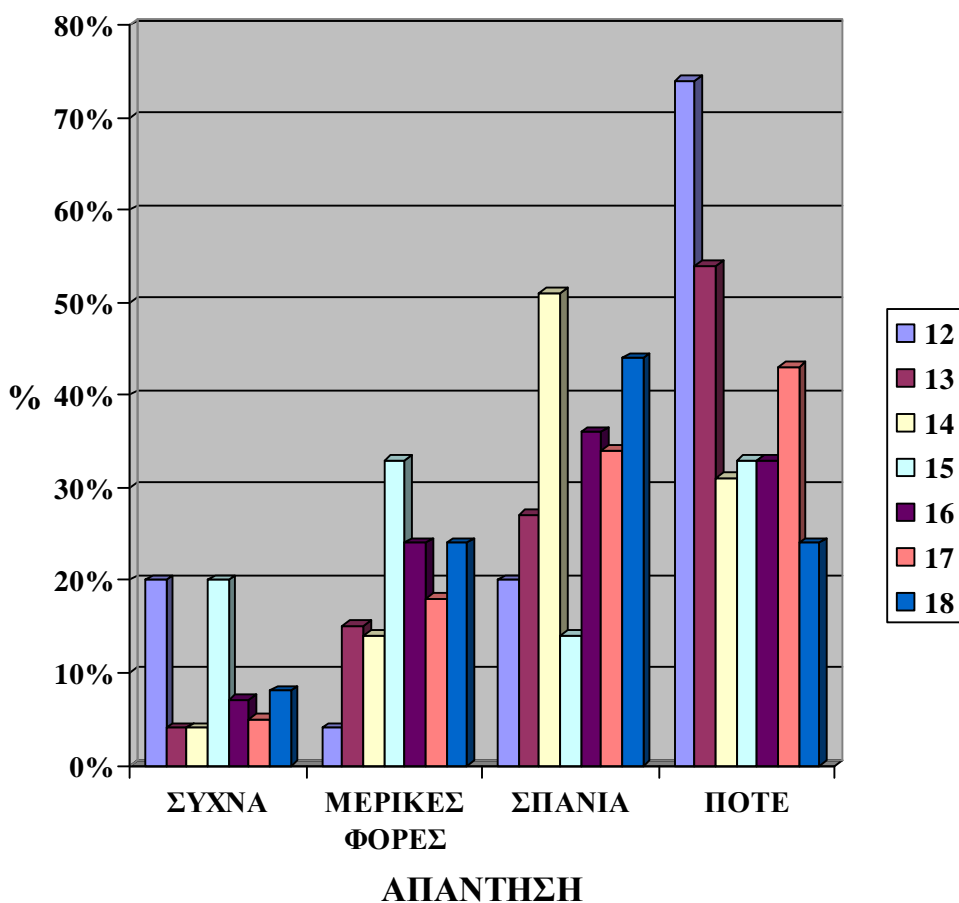


ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν περνάνε μεγάλες περιόδους χωρίς κατανάλωση φαγητού(νηστεία) ή τρώγοντας πολύ λίγο ώστε να ελέγχουν το βάρος τους.

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
12	2%	4%	20%	74%
13	4%	15%	27%	54%
14	4%	14%	51%	31%
15	20%	33%	14%	33%
16	7%	24%	36%	33%
17	5%	18%	34%	43%
18	8%	24%	44%	24%

Το μεγαλύτερο ποσοστό δεν περνάει μεγάλες περιόδους χωρίς κατανάλωση φαγητού εκτός από την ηλικία των 15 που έχει απαντήσει **μερικές φορές**.

ΣΧΗΜΑ 23α :Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.

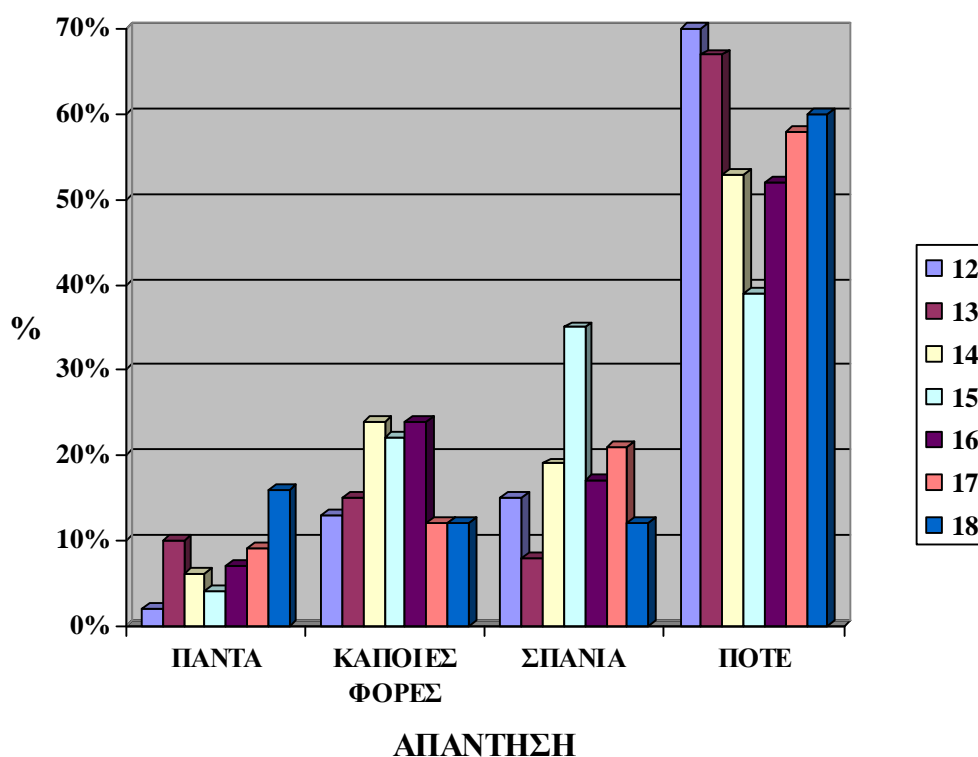


ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Κατανομή των απαντήσεων 330 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν είναι σημαντικό για εκείνους να προσπαθούν να είναι λεπτότεροι από τους φίλους τους

ΗΛΙΚΙΑ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΑΝΤΑ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
12	2%	13%	15%	70%
13	10%	15%	8%	67%
14	6%	24%	17%	53%
15	4%	22%	35%	39%
16	7%	24%	17%	52%
17	9%	12%	21%	58%
18	16%	12%	12%	60%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν προσπαθούν να είναι λεπτότεροι από τους φίλους τους.

ΣΧΗΜΑ 24α : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων.



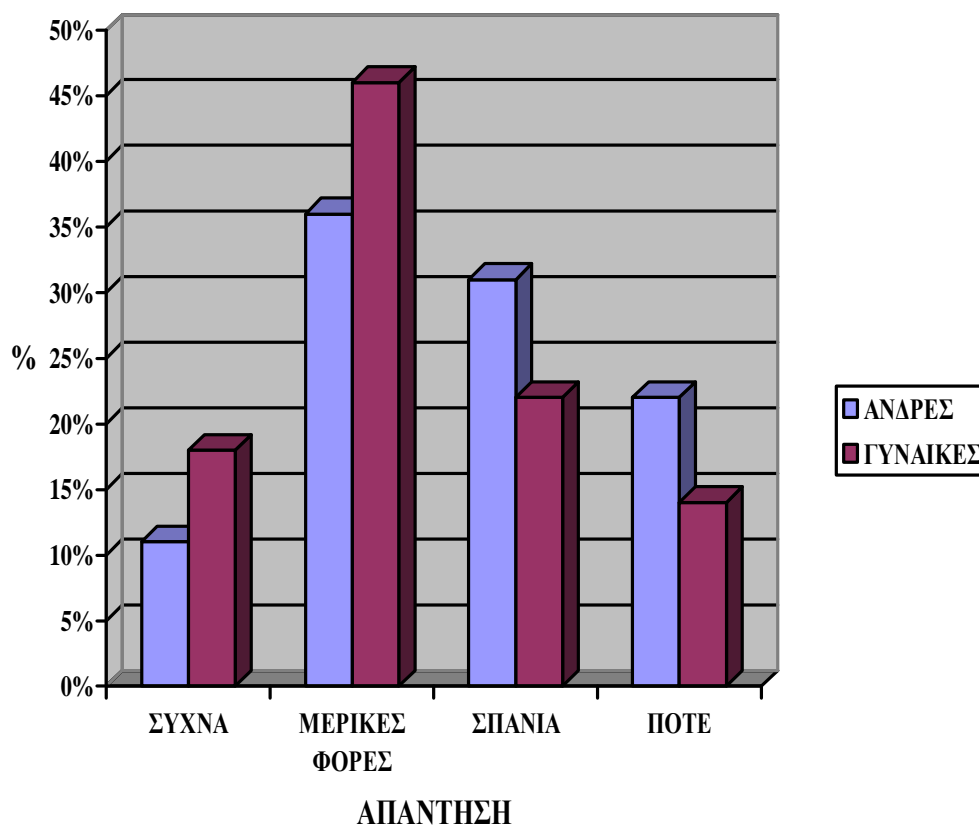
Ποσοστά απαντήσεων ανάλογα με το φύλο

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων **ανά φύλο** τις ερωτήσεις εάν έχουν άλλες διατροφικές συνήθειες από εκείνες της οικογένειάς τους και των φίλων τους.

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
ΑΝΔΡΕΣ	11%	36%	31%	22%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	18%	46%	22%	14%

Ένα μεγάλο ποσοστό ανδρών και γυναικών έχει απαντήσει **μερικές φορές**.

ΣΧΗΜΑ 25α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο**.

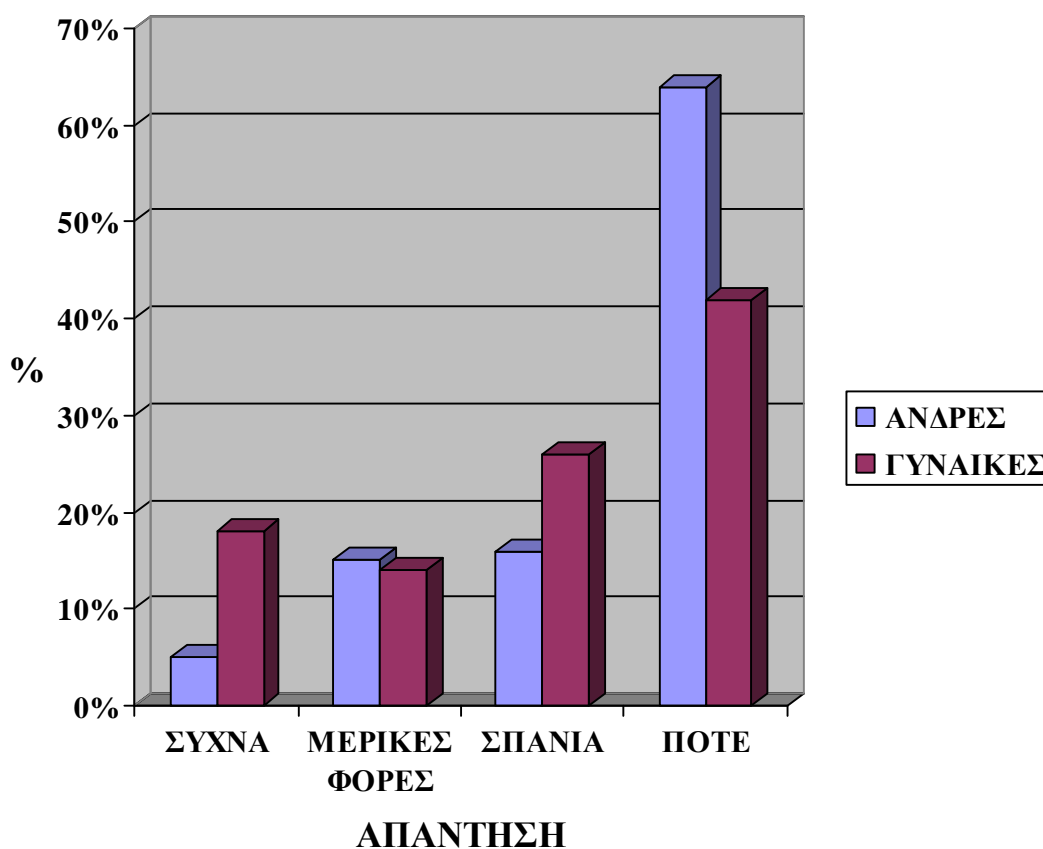


ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων **ανά φύλο** τις ερωτήσεις εάν πανικοβάλλονται, εάν δεν μπορούν να γυμναστούν όπως προγραμματίσαν, γιατί φοβούνται ότι μ' αυτόν τον τρόπο θα κερδίσουν βάρος.

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
ΑΝΔΡΕΣ	5%	15%	16%	64%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	18%	14%	26%	42%

Ένα μεγάλο ποσοστό ανδρών και γυναικών έχει απαντήσει **ποτέ**.

ΣΧΗΜΑ 26α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο**.

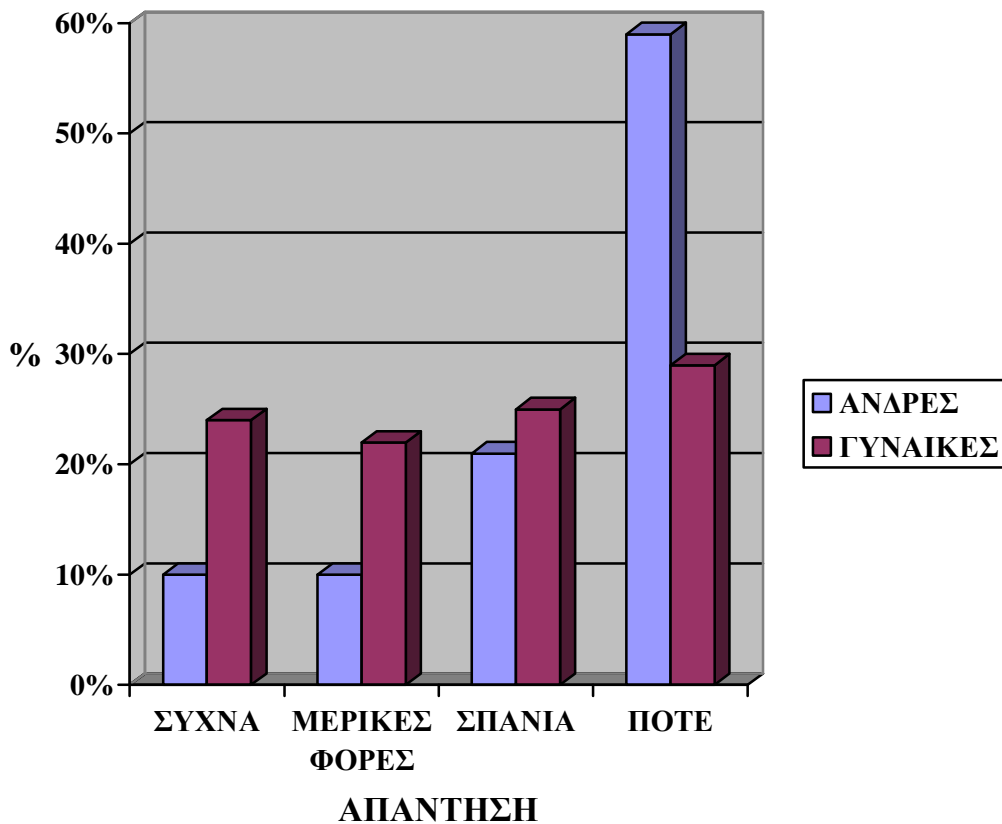


ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων **ανά φύλο** τις ερωτήσεις οι φίλοι τους λένε ότι είναι αδύνατοι, αλλά εκείνοι δεν τους πιστεύουν γιατί νιώθουν υπέρβαροι

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
ΑΝΔΡΕΣ	10%	10%	21%	59%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	24%	22%	25%	29%

Ένα μεγάλο ποσοστό ανδρών και γυναικών έχει απαντήσει ποτέ όμως το ποσοστό είναι υψηλό και στις γυναίκες που έχουν απαντήσει **συχνά** , **μερικές φορές** , **σπάνια**.

ΣΧΗΜΑ 27α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο**.

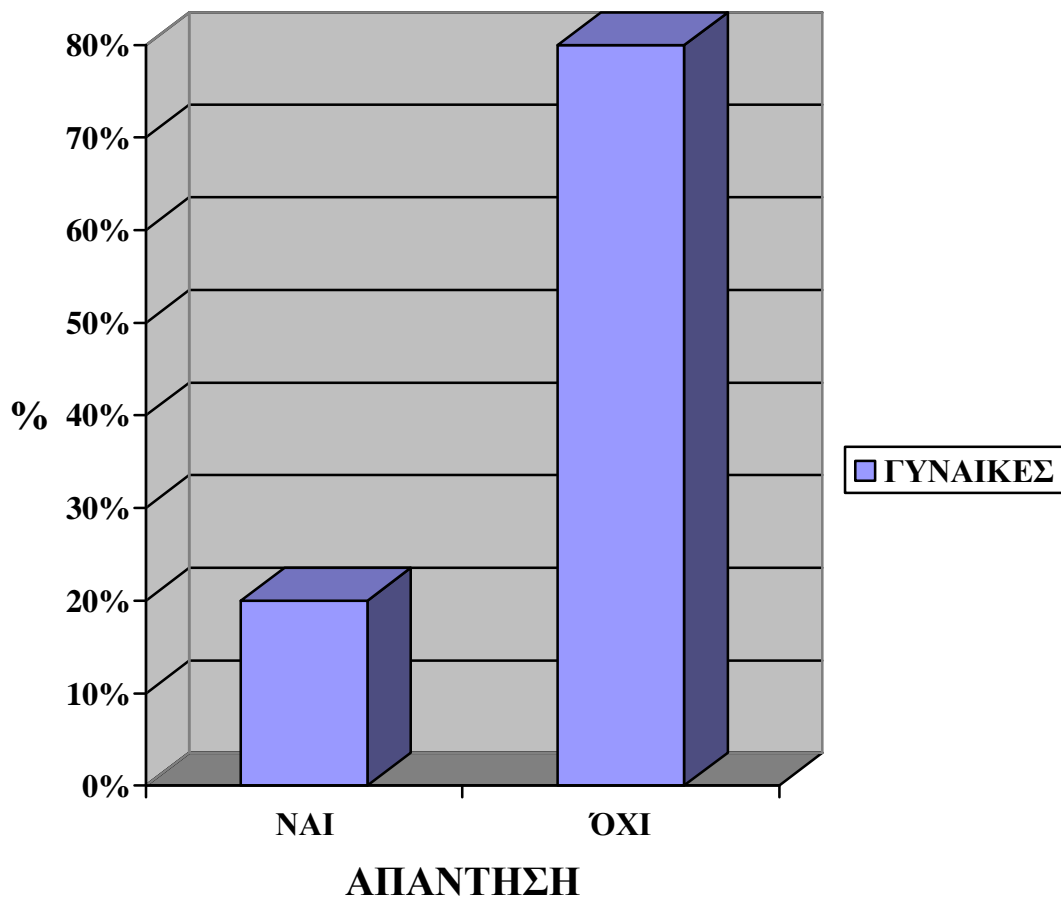


ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων γυναικών τις ερώτησης εάν η έμμηνος ρύση τους σταμάτησε ή παρουσιάζει ανωμαλίες για άγνωστους ιατρικούς λόγους.

ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΝΑΙ 20%	ΌΧΙ 80%
-----------------	-------------------	-------------------

Το μεγαλύτερο ποσοστό δεν παρουσίασε ανωμαλίες στην έμμηνος ρύση

ΣΧΗΜΑ 28α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο**.

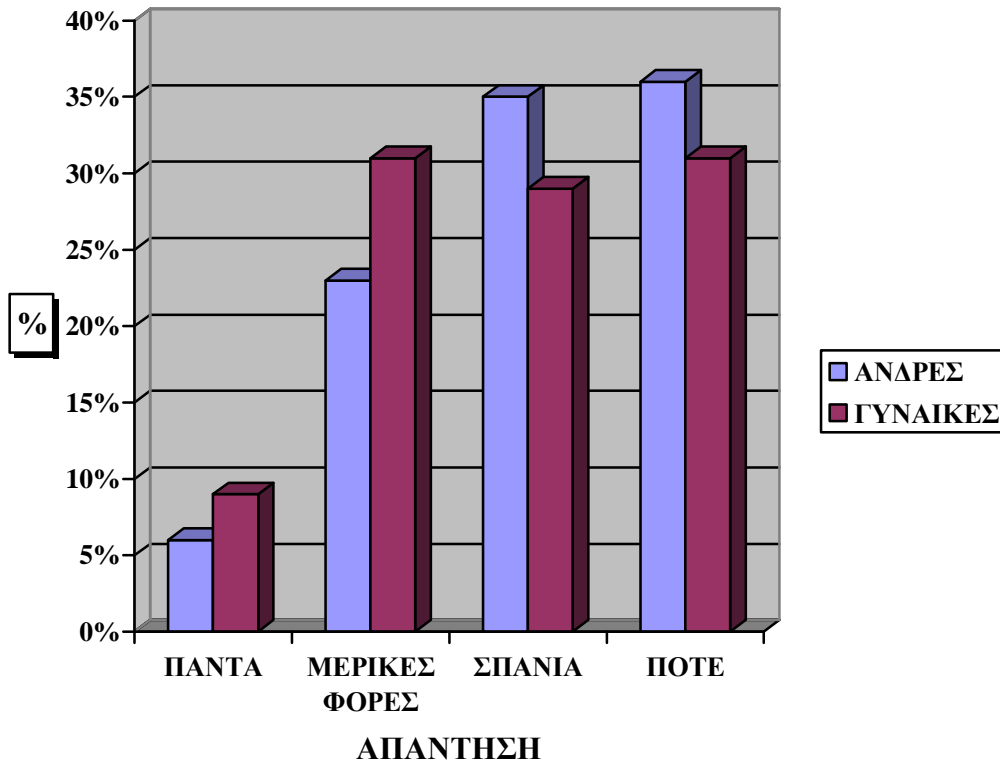


ΠΙΝΑΚΑΣ 29: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων τις ερώτησης αν πιάνουν τον εαυτό τους απασχολημένο με το φαγητό σε σημείο που δεν μπορούν να περάσουν μια μέρα χωρίς ανησυχία γι' αυτό που πρόκειται ή δεν πρόκειται να φάνε.

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΑΝΤΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
ΑΝΔΡΕΣ	6%	23%	35%	36%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	9%	31%	29%	31%

Το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε **ποτέ** ωστόσο βρέθηκε και ένα σημαντικό ποσοστό ανδρών και γυναικών που απάντησαν **μερικές φορές**

ΣΧΗΜΑ 29α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο**.

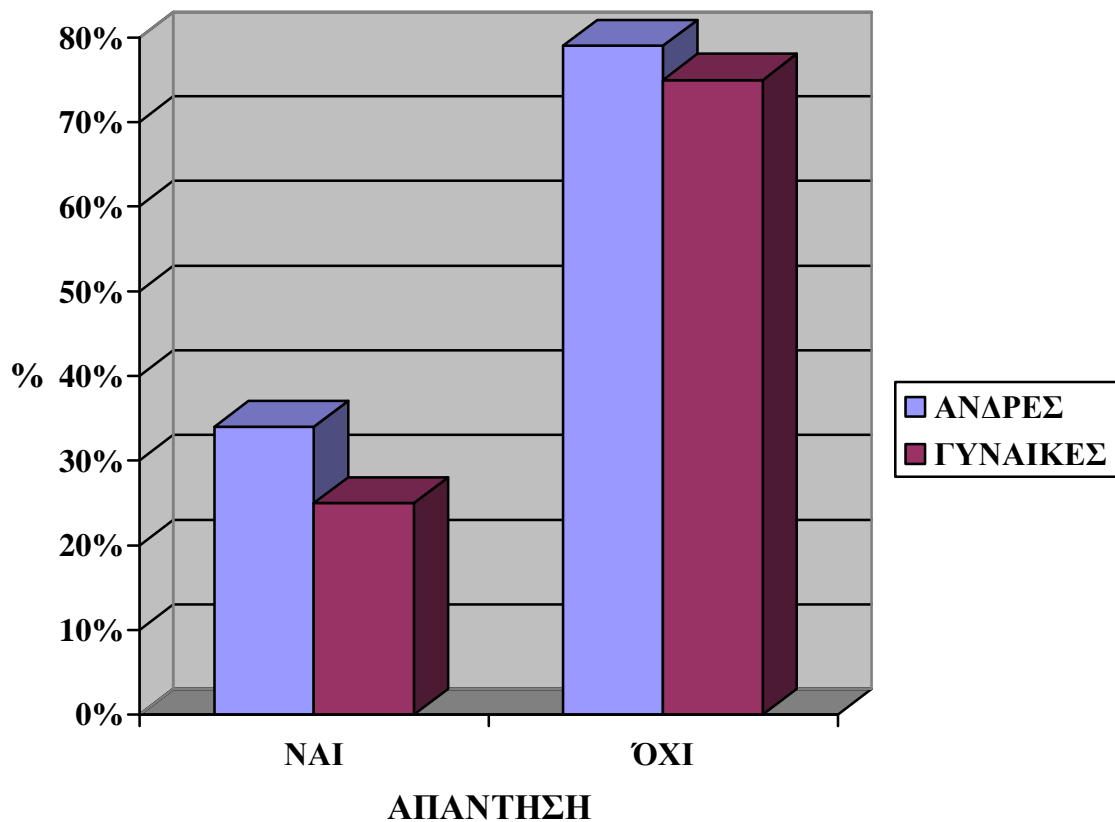


ΠΙΝΑΚΑΣ 30: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων τις ερώτησης εάν έχουν χάσει περισσότερο από 15% από αυτό που θεωρείται ένα υγιές βάρος για το ύψος τους (π. χ, γυναίκα, 1,60 ύψος χάνει 9 κιλά, όταν ένα υγιές βάρος γι' αυτήν είναι περίπου 55 κιλά)

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΌΧΙ
ΑΝΔΡΕΣ	21%	79%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	25%	75%

Το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε όχι δεν έχουν χάσει περισσότερο από 15% από αυτό που θεωρείται ένα υγιές βάρος για το ύψος τους.

ΣΧΗΜΑ 30α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο.**

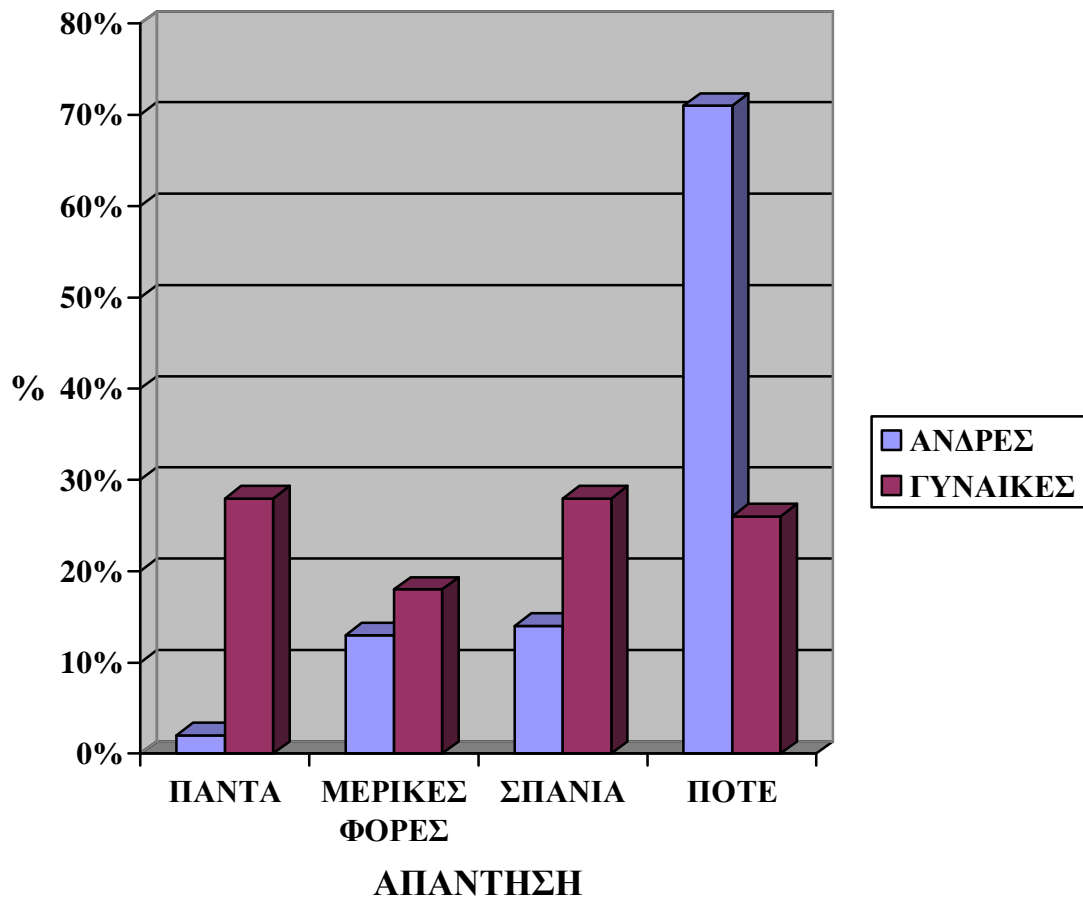


ΠΙΝΑΚΑΣ 31: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων τις ερώτησης εάν θα τους πιάσει πανικός αν ανέβουν αύριο στην ζυγαριά και διαπιστώσουν ότι πήραν ένα κιλό.

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΑΝΤΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
ΑΝΔΡΕΣ	2%	13%	14%	71%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	28%	18%	28%	26%

Το μεγαλύτερο ποσοστό στους άνδρες απάντησε **ποτέ** όμως σχεδόν το 1/4 των γυναικών απάντησε **πάντα**

ΣΧΗΜΑ 31α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο**.

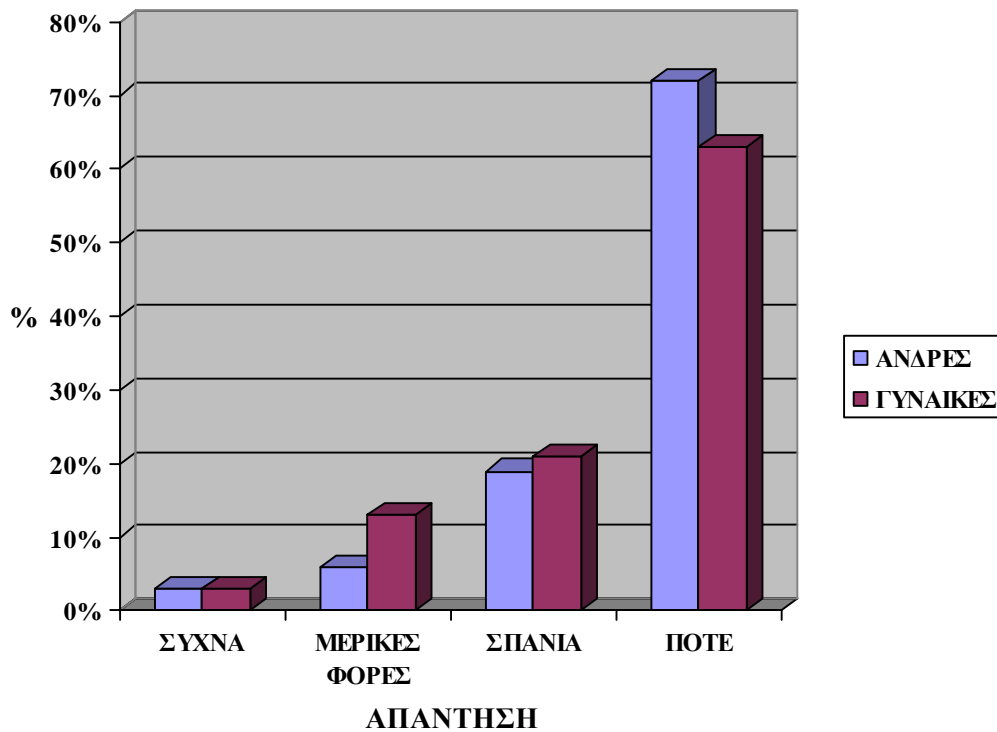


ΠΙΝΑΚΑΣ 32: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων τις ερώτησης εάν διαπιστώνουν ότι προτιμούν να φάνε μόνοι ή όταν είναι βέβαιοι ή ότι κανένας δεν θα τους δει, και γι' αυτό το λόγο φτιάχνουν δικαιολογίες έτσι ώστε να μπορούν να φάνε όλο και λιγότερο συχνά με τους φίλους τούς ή την οικογένειά τους.

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
ΑΝΔΡΕΣ	3%	6%	19%	72%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	3%	13%	21%	63%

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησε **ποτέ** και στα δύο φύλα.

ΣΧΗΜΑ 32α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο**.



ΠΙΝΑΚΑΣ 33: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων της ερώτησης εάν πίνουν τον εαυτό τους να πλησιάζει σ' ένα ανεξέλεγκτο φαγοπότι, κατά την διάρκεια του οποίου καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες φαγητού με αποτέλεσμα να νιώθουν άρρωστοι και να κάνουν εμετό.

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	1	2	3	4
ΑΝΔΡΕΣ	77%	16%	4%	3%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	75%	17%	2%	6%

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησε **ποτέ** και στα δύο φύλα.

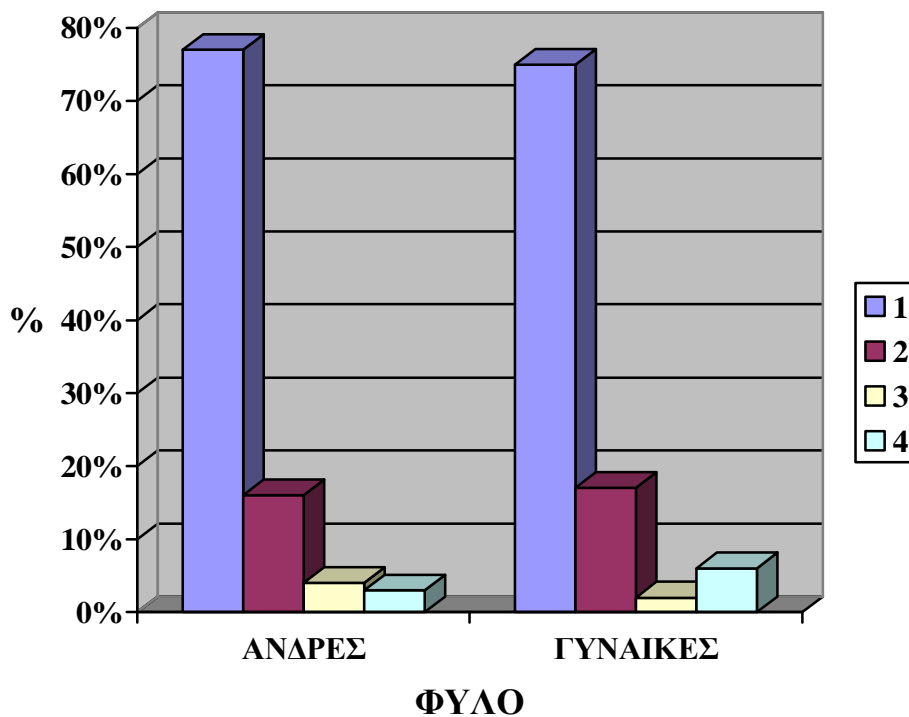
ΣΧΗΜΑ 33α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο.**

1=ΠΟΤΕ

2=ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

3=1-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

4=1 Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ



ΠΙΝΑΚΑΣ 34: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων της ερώτησης εάν πίνουν τον εαυτό τους να τρώει υποχρεωτικά παραπάνω απ' όσο νιώθουν ότι θέλουν αισθανόμενοι ή εκτός ελέγχου ή και χωρίς να ξέρουν γιατί το κάνουν

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	1	2	3	4
ΑΝΔΡΕΣ	78%	18%	2%	2%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	66%	30%	4%	0%

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησε **ποτέ** όμως το ποσοστό είναι μεγάλο και στις γυναίκες που απάντησαν λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα.

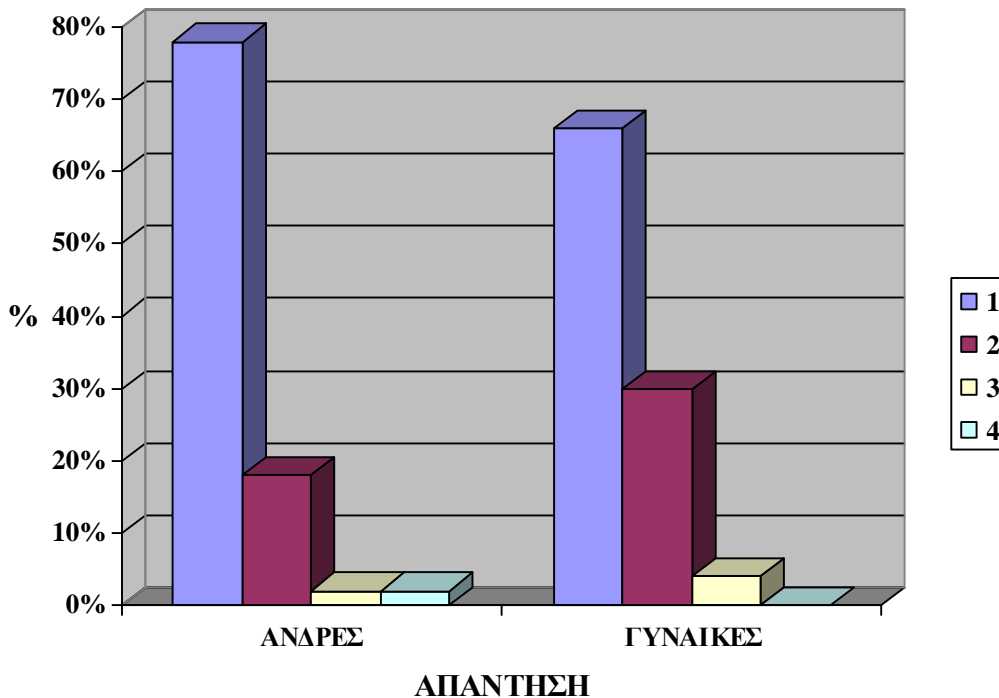
ΣΧΗΜΑ 34α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο.**

1=ΠΟΤΕ

2=ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

3=1-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

4=1 Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ



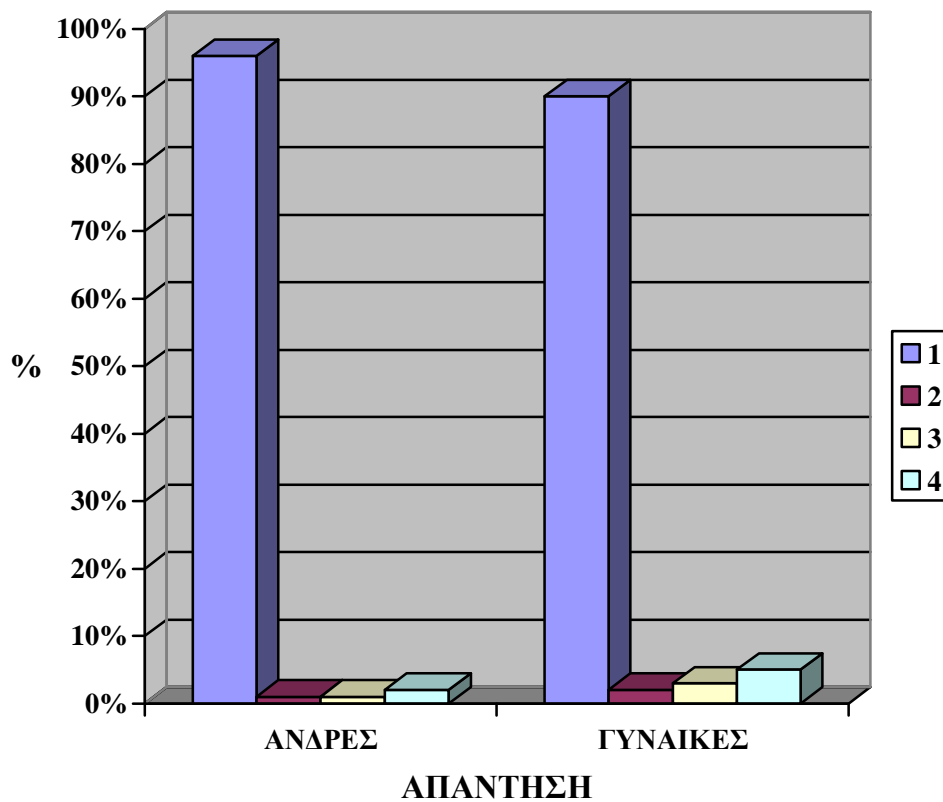
ΠΙΝΑΚΑΣ 35: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων της ερώτησης εάν χρησιμοποιούν καθαρτικά ή διουρητικά ως μέσο ελέγχου βάρους

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	1	2	3	4
ΑΝΔΡΕΣ	96%	1%	1%	2%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	90%	2%	3%	5%

Το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε **ποτέ** και στα δύο φύλα.

ΣΧΗΜΑ 35α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο.**

- 1=ΠΟΤΕ
- 2=ΣΠΑΝΙΑ
- 3=ΜΕΡΙΚΕΣΦΟΡΕΣ
- 4=ΥΠΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

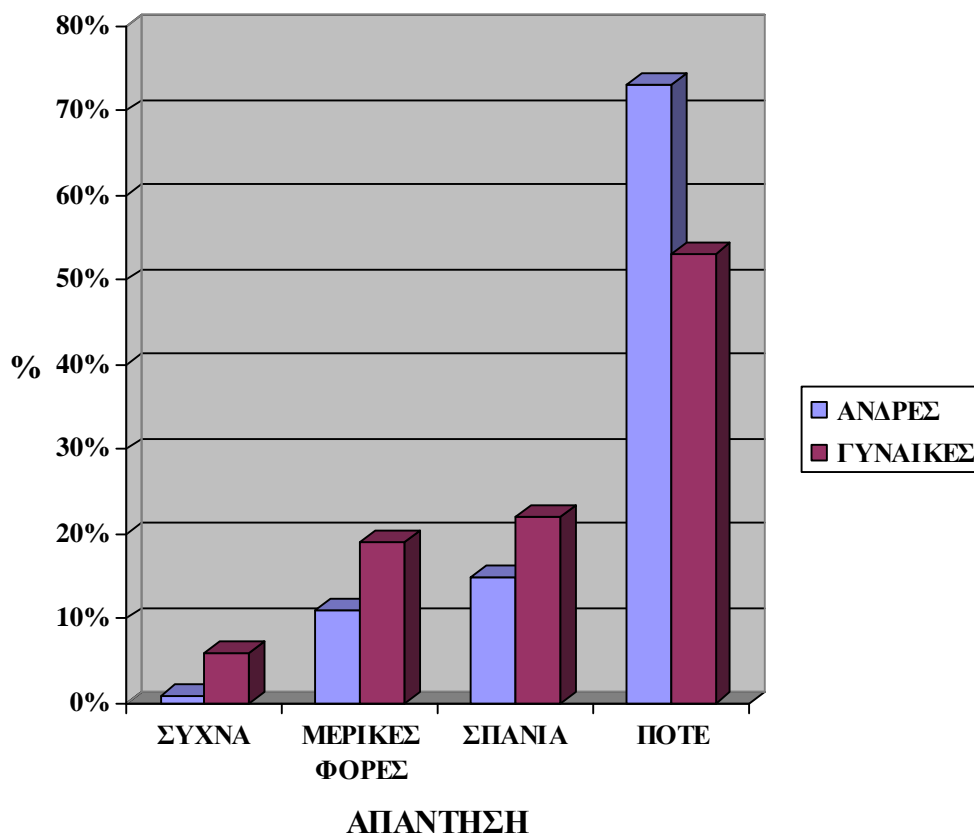


ΠΙΝΑΚΑΣ 36: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων της ερώτησης εάν πίνουν τον εαυτό τους να παίζουν παιχνίδια με το φαγητό(π. χ να κόβουν το φαγητό σε πολύ μικρά κομματάκια, να το κρύβουν ώστε να νομίζουν οι άλλοι ότι το έφαγαν, να το μασάνε και να το φτύνουν, χωρίς να το καταπίνουν, να το φυλάνε σε μυστικές κρυψώνες)και/ ή έχουν αποφασίσει ότι υπάρχουν «ασφαλείς» τροφές και είναι ιδανικές για αυτούς και τροφές που είναι «κακές» και δεν πρέπει να τις καταναλώνουν.

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
ΑΝΔΡΕΣ	1%	11%	15%	73%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	6%	19%	22%	53%

Το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε **ποτέ** και στα δύο φύλα.

ΣΧΗΜΑ 36α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο.**

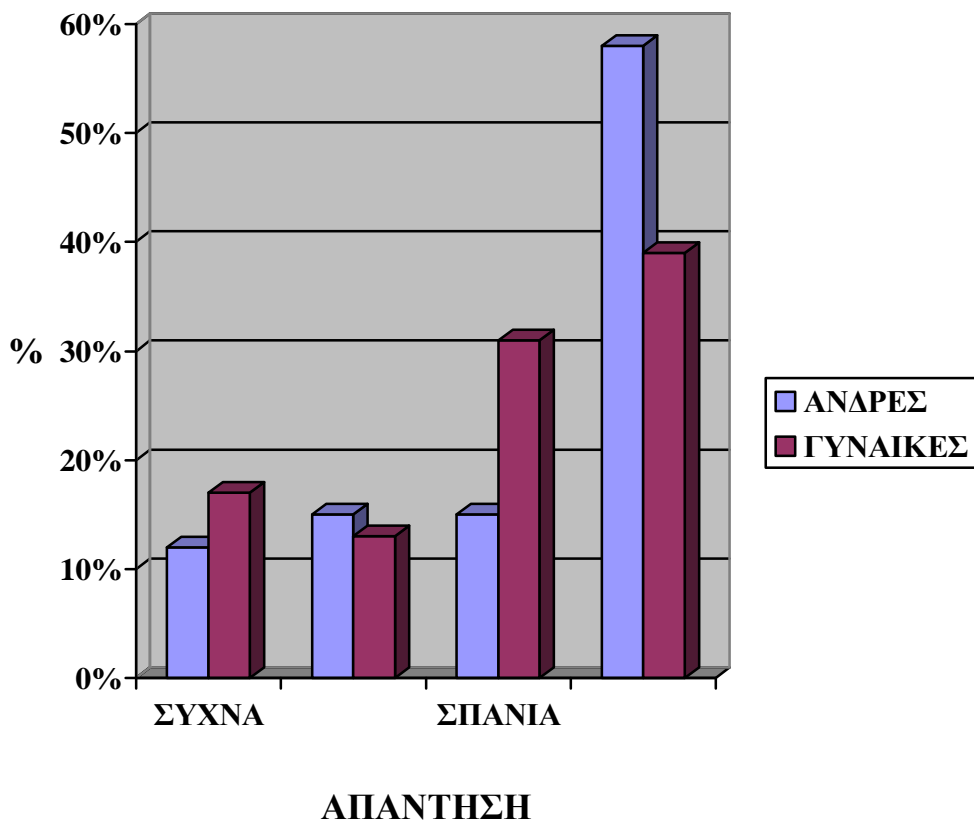


ΠΙΝΑΚΑΣ 37: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων της ερώτησης εάν οι άνθρωποι γύρω τους έχουν αρχίσει να ενδιαφέρονται για το τι τρώνε και θυμώνουν μαζί τους που τους τιμωρούν να τρώνε περισσότερο

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
ΑΝΔΡΕΣ	12%	15%	15%	58%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	17%	13%	31%	39%

Το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε **ποτέ** και στα δύο φύλα.

ΣΧΗΜΑ 37α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο**.

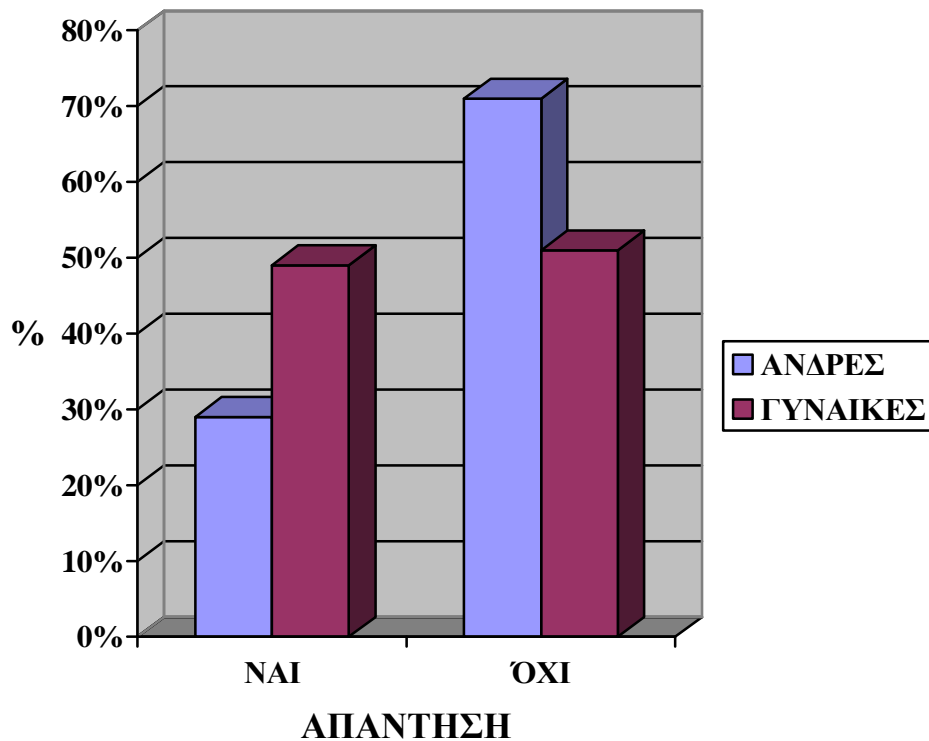


ΠΙΝΑΚΑΣ 38: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων της ερώτησης εάν έχουν αισθανθεί περισσότερο πιεσμένοι και οξυθυμοί πρόσφατα απ' ότι είναι το συνηθισμένο για τους εαυτούς τους ή ξοδεύουν ένα μεγάλο μέρος του χρόνου μένοντας μόνοι.

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΌΧΙ
ΑΝΔΡΕΣ	29%	71%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	49%	51%

Το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε **όχι** και στα δύο φύλα όμως οι γυναίκες που απάντησαν **ναι** καταλαμβάνουν εξίσου μεγάλο ποσοστό.

ΣΧΗΜΑ 38α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο**.

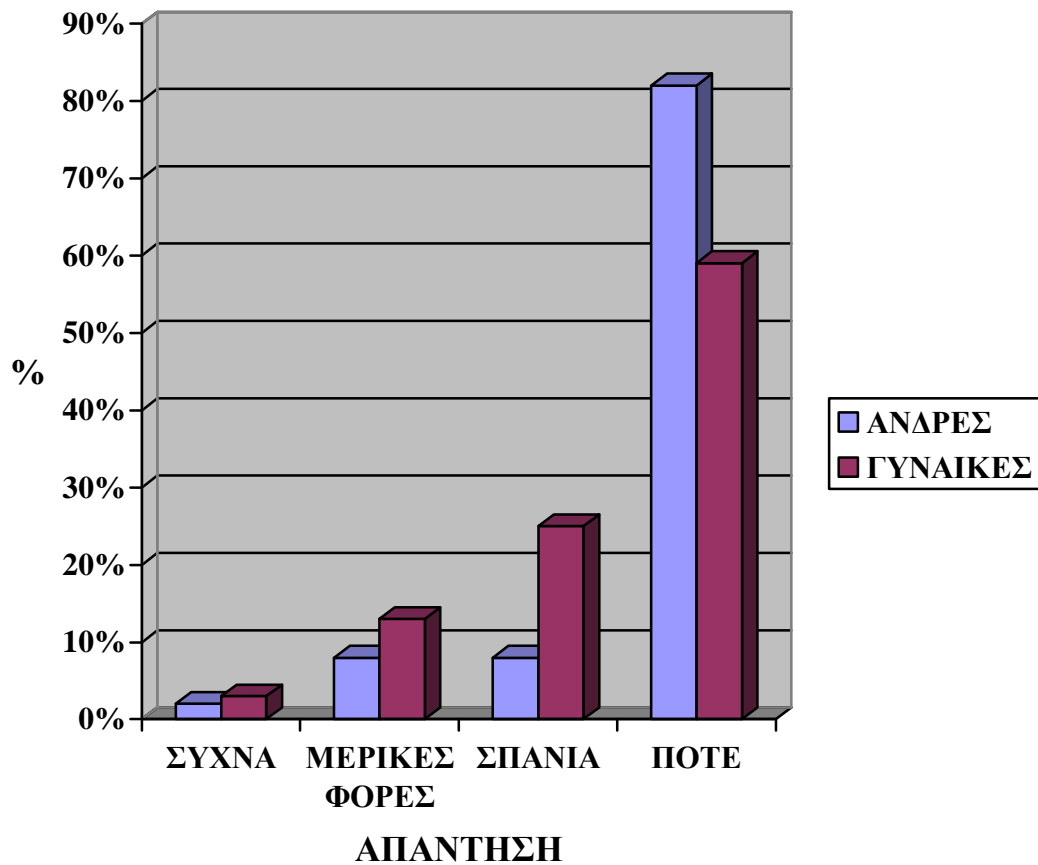


ΠΙΝΑΚΑΣ 39: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων της ερώτησης εάν κρατούν μυστικό πολλούς από τους φόβους τους για το φαγητό και τις τροφές, γιατί φοβούνται ότι κανείς δεν θα τους καταλάβει.

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
ΑΝΔΡΕΣ	2%	8%	8%	82%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	3%	13%	25%	59%

Το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε **ποτέ** και στα δύο φύλα.

ΣΧΗΜΑ 39α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο**.

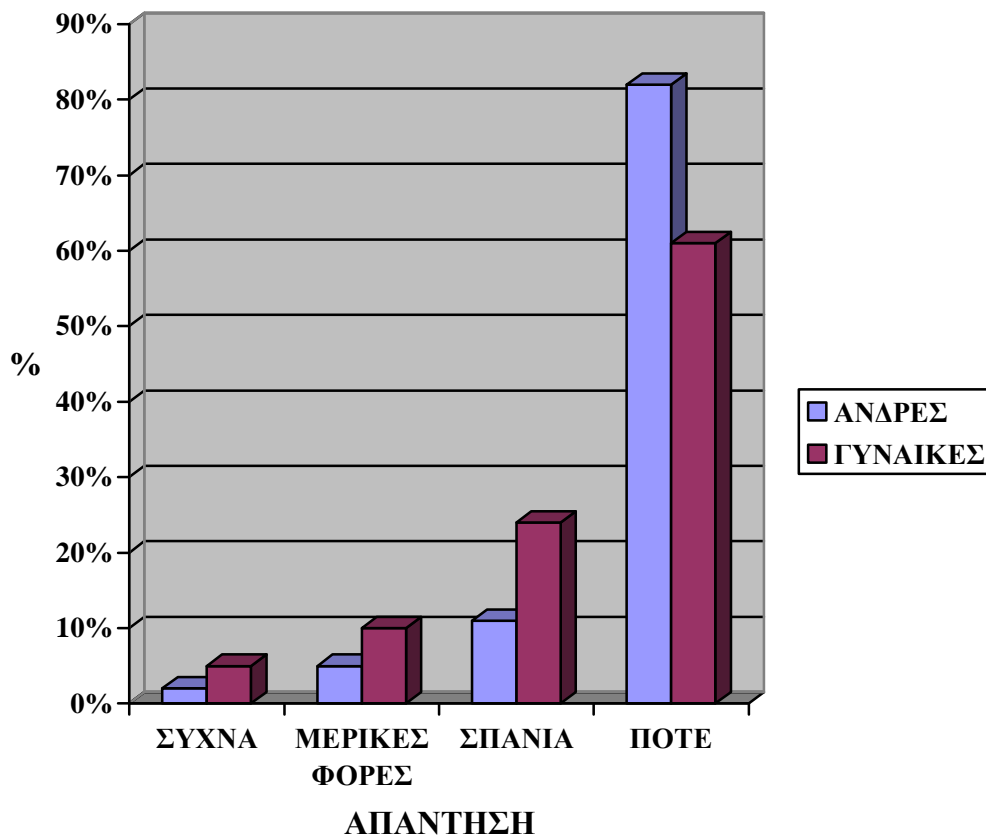


ΠΙΝΑΚΑΣ 40: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων της ερώτησης εάν απολαμβάνουν να φτιάχνουν γαστρονομικά ή παχυντικά φαγητά για άλλους, αλλά με την προϋπόθεση να μη φάνε το στιδήποτε οι ίδιοι

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
ΑΝΔΡΕΣ	2%	5%	11%	82%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	5%	10%	24%	61%

Το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε **ποτέ** και στα δύο φύλα.

ΣΧΗΜΑ 40α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων ανά φύλο.

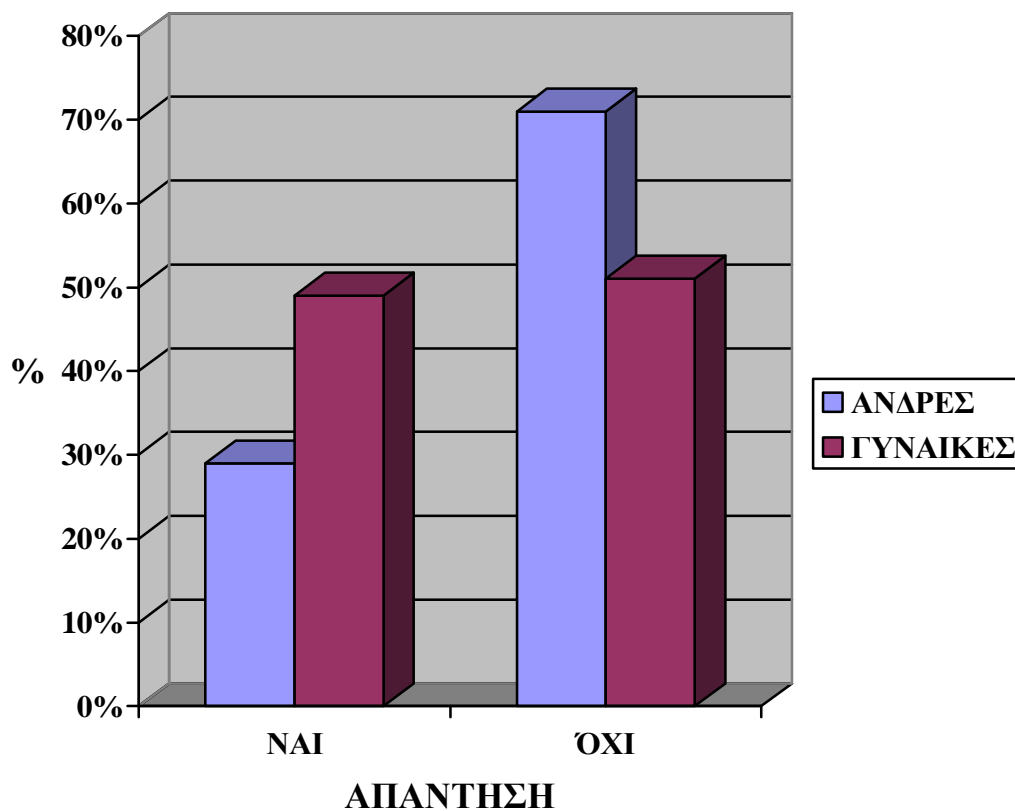


ΠΙΝΑΚΑΣ 41: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων της ερώτησης εάν ο μεγαλύτερος φόβος στην ζωή τους είναι να πάρουν βάρος ή να γίνουν υπέρβαροι.

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΌΧΙ
ΑΝΔΡΕΣ	29%	71%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	49%	51%

Το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε **ποτέ** και στα δύο φύλα όμως το ποσοστό των γυναικών που ο μεγαλύτερος φόβος στην ζωή τους είναι να πάρουν βάρος είναι μεγάλο.

ΣΧΗΜΑ 41α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο**.

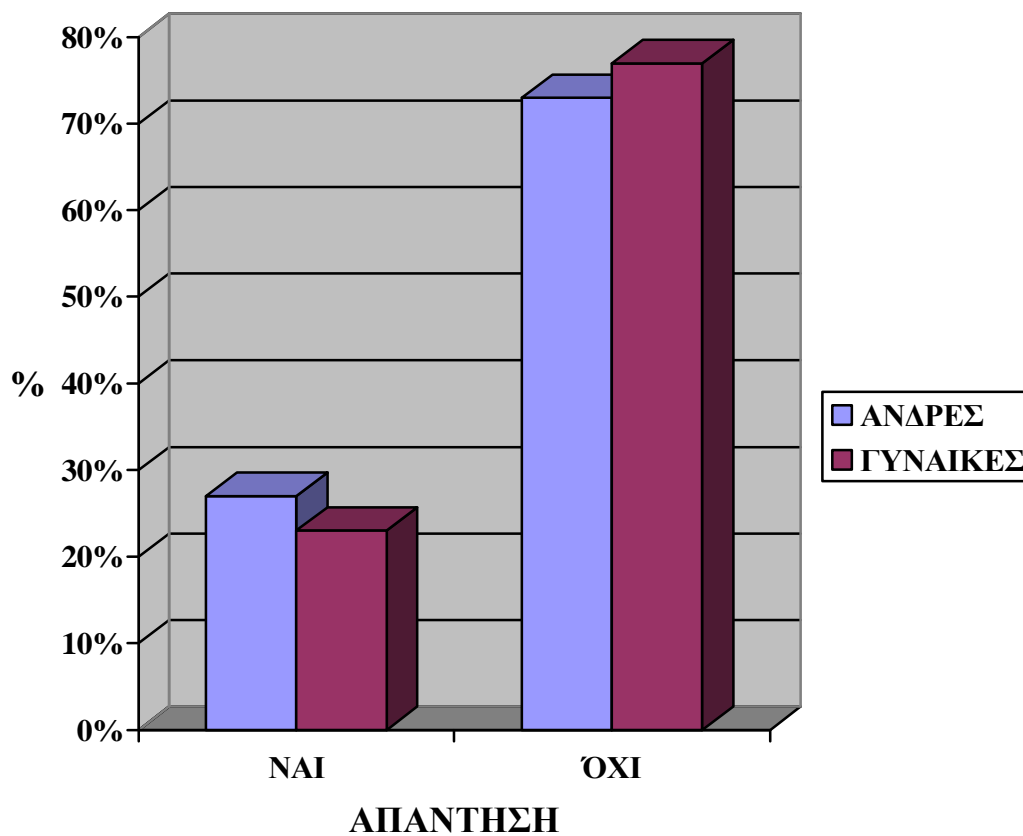


ΠΙΝΑΚΑΣ 42: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων της ερώτησης εάν γυμνάζονται πολύ(περισσότερο από 4 φορές την εβδομάδα ή και περισσότερο από 4 ώρες την εβδομάδα)ως μέσο ελέγχου βάρους

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΌΧΙ
ΑΝΔΡΕΣ	27%	73%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	23%	77%

Το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε **όχι** και στα δύο φύλα

ΣΧΗΜΑ 42α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο.**

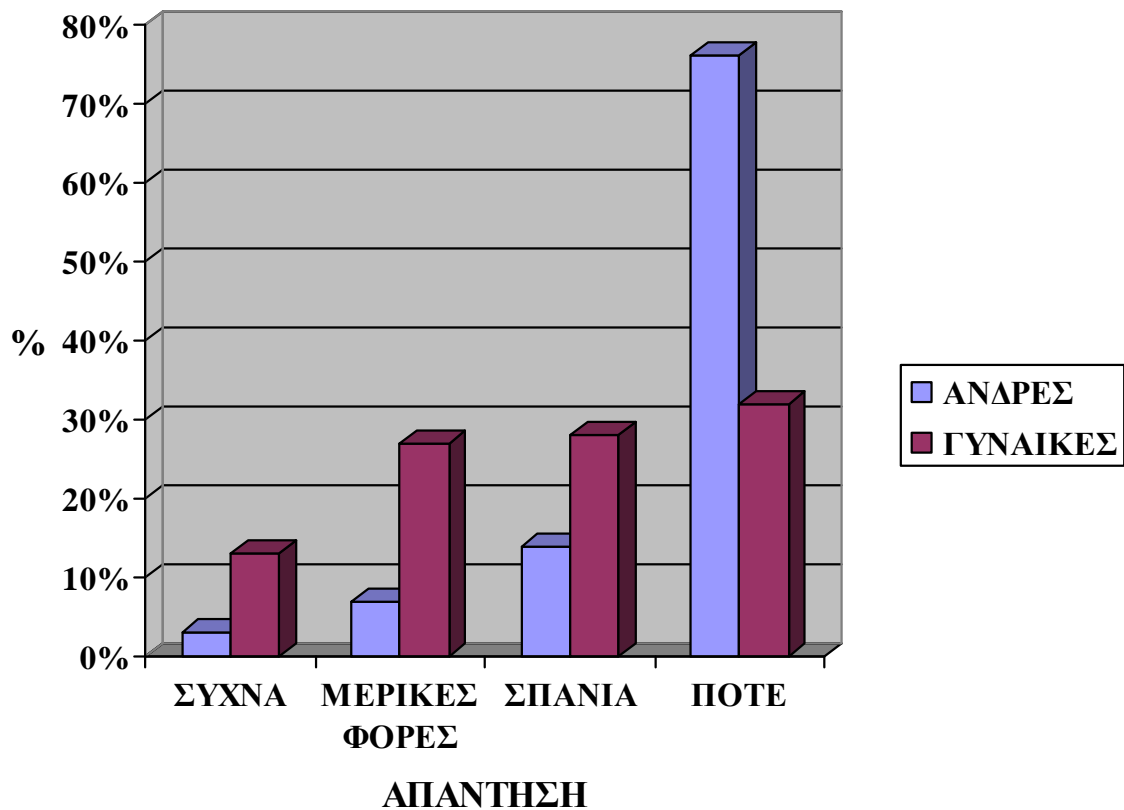


ΠΙΝΑΚΑΣ 43: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων της ερώτησης εάν νιώθουν ολοκληρωτικά απορροφημένοι η όταν διαβάζουν βιβλία ή περιοδικά για δίαιτα, γυμναστική, αδυνάτισμα, ή για υπολογισμό θερμίδων σε βαθμό που μπορούν να περάσουν ώρες μελετώντας τα

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
ΑΝΔΡΕΣ	3%	7%	14%	76%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	13%	27%	28%	32%

Το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε **ποτέ** και στα δύο φύλα

ΣΧΗΜΑ 43α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο.**

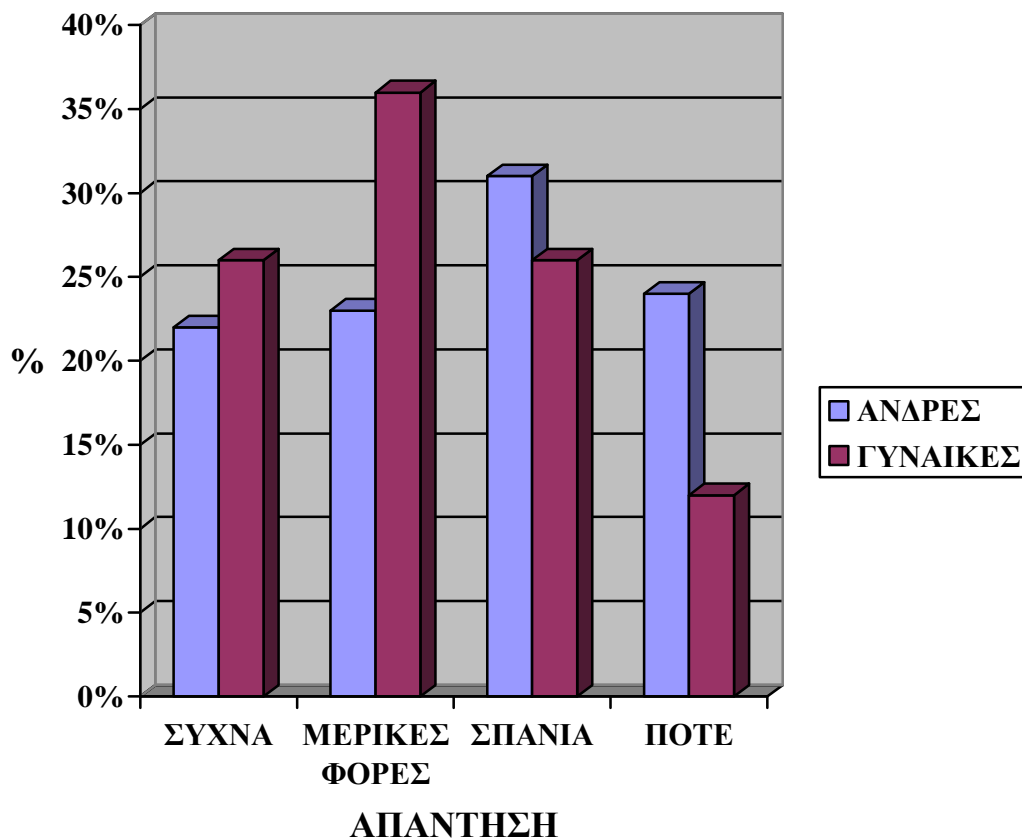


ΠΙΝΑΚΑΣ 44: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων της ερώτησης εάν έχουν την τάση να είμαι τελειομανής και δεν είναι ικανοποιημένοι με τον εαυτό τους εκτός εάν τα πράγματα που κάνουν είναι τέλεια

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
ΑΝΔΡΕΣ	22%	23%	31%	24%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	26%	36%	26%	12%

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών απάντησε **σπάνια** όμως το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών απάντησε **μερικές φορές**.

ΣΧΗΜΑ 44α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο**.

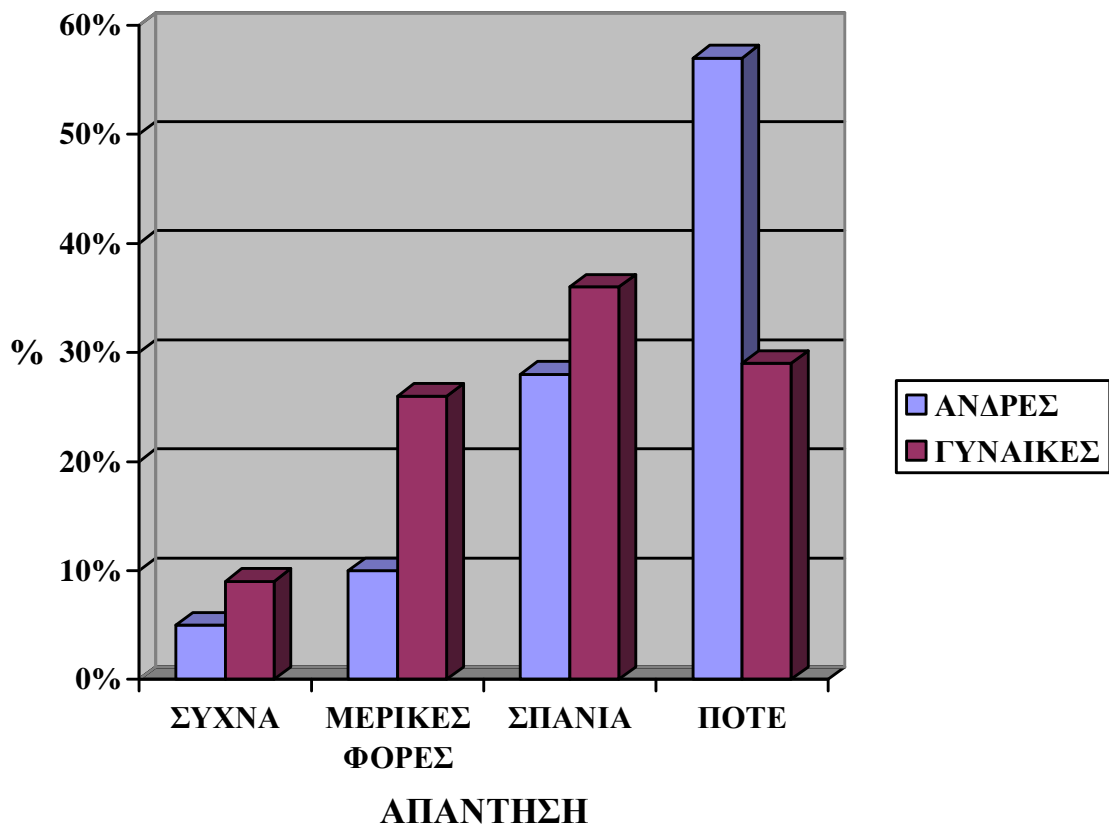


ΠΙΝΑΚΑΣ 45: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων της ερώτησης εάν περνάνε μεγάλες περιόδους χωρίς κατανάλωση φαγητού(νηστεία) ή τρώγοντας πολύ λίγο ώστε να ελέγχουν το βάρος τους.

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
ΑΝΔΡΕΣ	5%	10%	28%	57%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	9%	26%	36%	29%

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών απάντησε **ποτέ** όμως το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών απάντησε **σπάνια**.

ΣΧΗΜΑ 45α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο**.

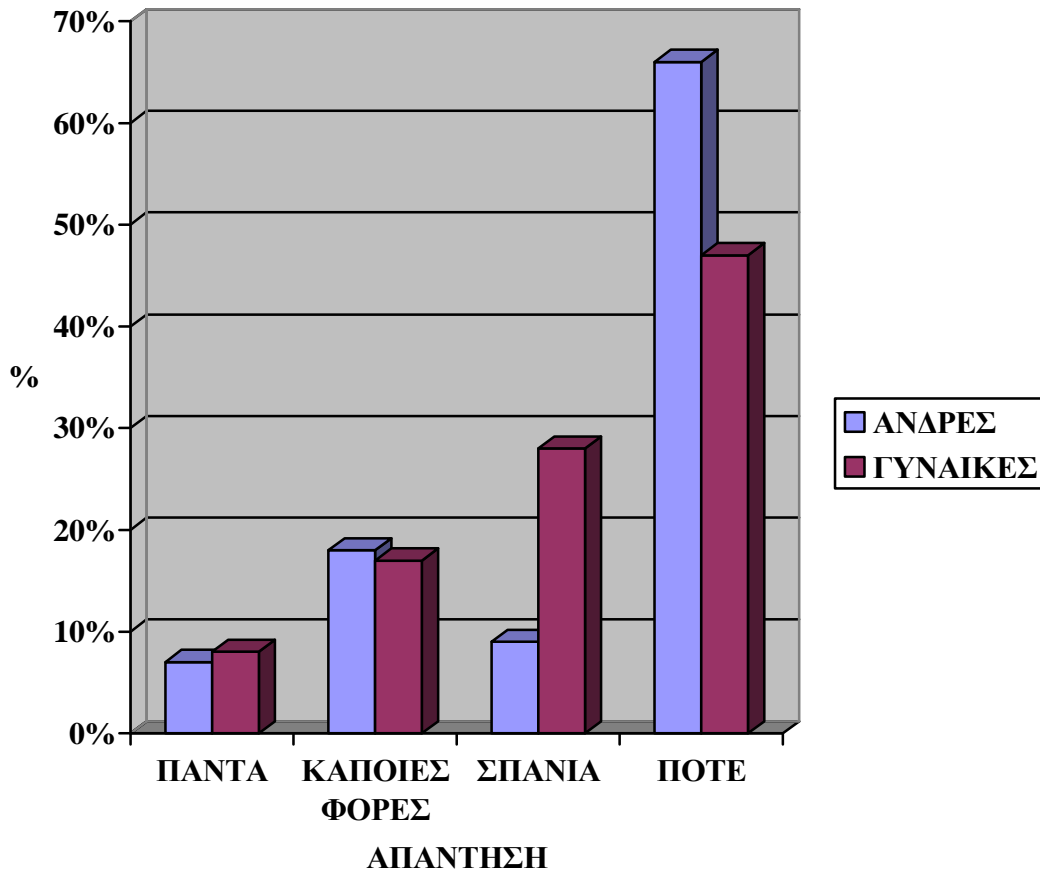


ΠΙΝΑΚΑΣ 46: Αναφέρεται η κατανομή των απαντήσεων της ερώτησης εάν είναι σημαντικό για εκείνους να προσπαθούν να είναι λεπτότεροι από τους φίλους τους

ΦΥΛΟ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΑΝΤΑ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
ΑΝΔΡΕΣ	7%	18%	9%	66%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	8%	17%	28%	47%

Το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε **ποτέ** και στα δύο φύλα

ΣΧΗΜΑ 46α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων **ανά φύλο**.

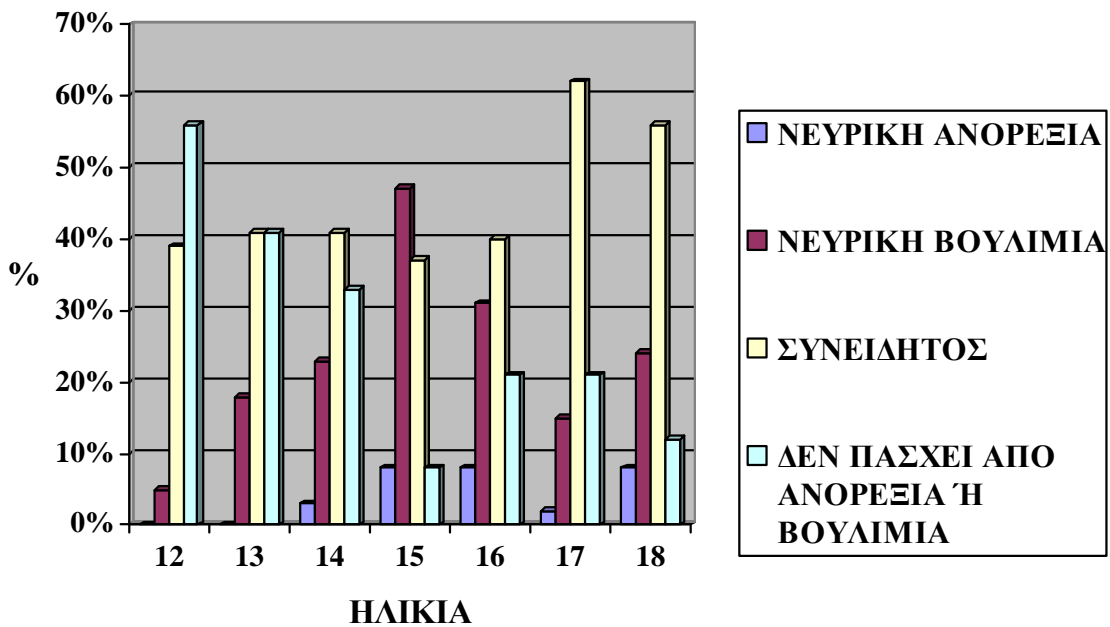


ΠΙΝΑΚΑΣ 47: Αναφέρεται η κατανομή των **αποτελεσμάτων ποσοστών** νευρικής ανορεξίας και νευρικής βουλιμίας

ΑΠΑΝΤΗΣΗ/ΗΛΙΚΙΑ	12	13	14	15	16	17	18
ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	0%	0%	3%	8%	8%	2%	8%
ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ	5%	18%	23%	47%	31%	15%	24%
ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΣ ΔΕΝ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΑΝΟΡΕΞΙΑ Ή ΒΟΥΛΙΜΙΑ	39%	41%	41%	37%	40%	62%	56%
ΑΝΟΡΕΞΙΑ Ή ΒΟΥΛΙΜΙΑ	56%	41%	33%	8%	21%	21%	12%

ΣΧΗΜΑ 47α: Γραφική παράσταση της κατανομής των **αποτελεσμάτων** Νευρικής Ανορεξίας και Νευρικής Βουλιμίας ανά ηλικία.

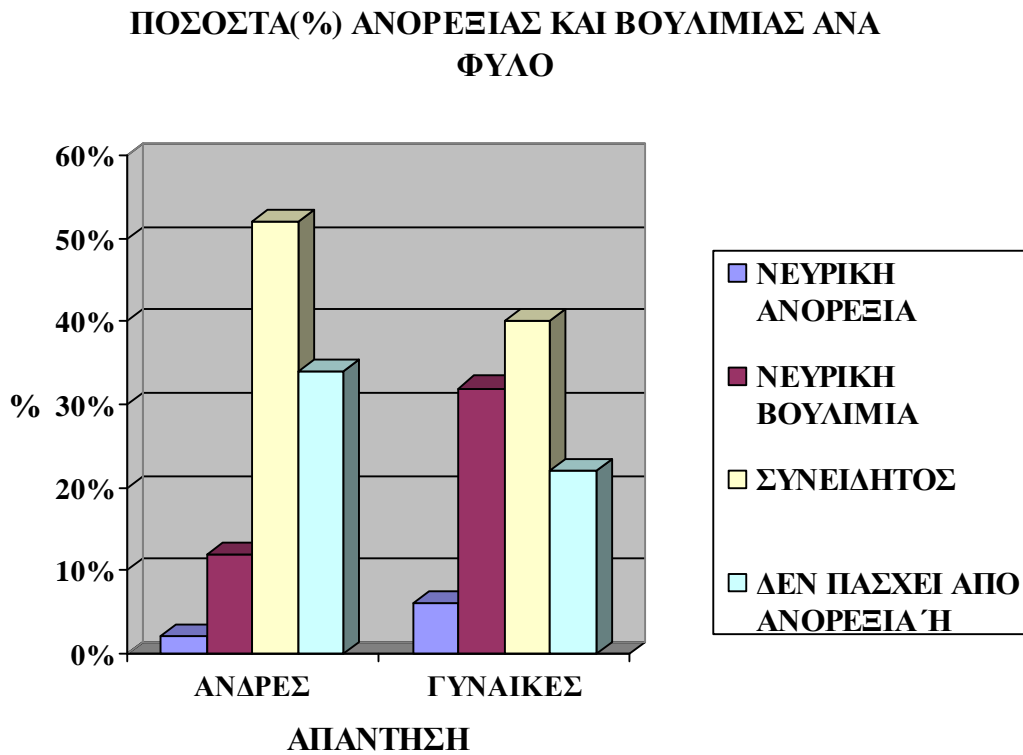
ΠΟΣΟΣΤΑ(%) ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΚΑΙ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ



ΣΧΗΜΑ 48α: Γραφική παράσταση της κατανομής των **αποτελεσμάτων** Νευρικής Ανορεξίας και Νευρικής Βουλιμίας ανά φύλο

ΑΠΑΝΤΗΣΗ / ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	2%	6%
ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ	12%	32%
ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΣ	52%	40%
ΔΕΝ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΑΝΟΡΕΞΙΑ Ή ΒΟΥΛΙΜΙΑ	34%	22%

ΣΧΗΜΑ 48α: Γραφική παράσταση της κατανομής των **αποτελεσμάτων** Νευρικής Ανορεξίας και Νευρικής Βουλιμίας ανά φύλο.



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Με βάση τις έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα και σύμφωνα με τα δικά μας στατιστικά ευρήματα διαπιστώνουμε ότι υπάρχει μια αύξηση κατά μέσο όρο 5% στο γυναικείο φύλο του ελληνικού πληθυσμού που παρουσιάζει ισχυρές τάσεις νευρική ανορεξία. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ενώ στο περιοδικό Focus από τους πενήντα χιλιάδες άντρες βρέθηκε ένας να νοσεί, στην δική μας μελέτη από τους 164, δύο είναι εκείνοι που έχει την τάση να νοσήσουν από νευρική ανορεξία. Παρ' όλο που συμπίπτουν οι ηλικίες της έρευνας μας συγκριτικά με τις έρευνες που αναφέρονται, ωστόσο σύμφωνα με τα δικά μας ευρήματα πλήττονται οι ηλικίες των δεκαπέντε και των δεκαέξι ετών. Τονίζεται το γεγονός ότι ενώ στο περιοδικό Focus ο ένας άντρας που νοσεί στους πενήντα χιλιάδες βρίσκεται μεταξύ των ηλικιών δεκαοχτώ ως εικοσειοχτώ ετών, στην μελέτη που διεξάχθηκε σε Αθήνα και επαρχία βρέθηκε ότι από τους 164 άντρες έχει την πιθανότητα να νοσήσει ο ένας στην ηλικία των δεκατεσσάρων. Επίσης τα ποσοστά σχετικά με την νευρική βουλιμία δεν έχουν μεγάλη απόκλιση από τις άλλες έρευνες, με 47% να πλήττεται η ηλικία των 15.

Σε μια πρόσφατη έρευνα που έγινε στην Ταϊβάν το 6,7 % των ανδρών και το 4,7 των γυναικών απάντησε ότι προκαλεί εμετό ως μέσο ελέγχου βάρους. Στην δική μας μελέτη είδαμε ότι υπάρχει μια αύξηση στην Ελλάδα, αφού 7% των ανδρών και 8% των γυναικών, χρησιμοποιούν τον τρόπο αυτόν ως μέσο ελέγχου βάρους. Επίσης 3% των Ελλήνων ανδρών και 8% των γυναικών χρησιμοποιούν τα καθαρτικά ή τα διουρητικά, για να ελέγχουν το βάρος τους.

Στον Καναδά το 0,5%-3,7% των γυναικών πάσχει από νευρική ανορεξία. Συγκριτικά με τα δικά μας αποτελέσματα είδαμε ότι ένα 6% των Ελλήνων κοριτσιών έχει την ισχυρές τάσεις ν' αναπτύξει νευρική ανορεξία, πράγμα που δηλώνει μεγάλη διαφορά μεταξύ Ελλάδας και Καναδά. Επίσης βρήκαμε ότι 32% των γυναικών έχει ισχυρές τάσεις για νευρική βουλιμία, που έρχεται σε αντίθεση με τον Καναδικό πληθυσμό, όπου 1,1%-4,2% των γυναικών πάσχουν από νευρική βουλιμία.

Το ίδρυμα των διατροφικών διαταραχών της Βικτώριας στην Αυστραλία υποστηρίζει ότι οι διατροφικές διαταραχές έχουν επιπτώσεις σε περίπου 10% των νέων γυναικών και 1% των νέων ανδρών στις ηλικίες 14-24 ετών. Στις ηλικίες 12-18 ετών που μελετήσαμε εμείς βρήκαμε ότι υπάρχουν ισχυρές τάσεις για νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία 14% στις νέες Ελληνίδες και 38% στους νέους Έλληνες. Επίσης σε μια άλλη 5ετή μελέτη που έγινε στην Αυστραλία το 74% που έπασχε από βουλιμία και το 56% που έπασχε από ανορεξία δεν είχε καμιά ένδειξη, για διατροφική διαταραχή, σε αντίθεση με την δική μας μελέτη που το 22% είχε ισχυρές τάσεις για νευρική βουλιμία και το 3,5% είχε ισχυρές τάσεις για νευρική ανορεξία.

Στην Μεγάλη Βρετανία πιστεύεται ότι 4% του πληθυσμού έχουν νευρική βουλιμία, σε αντίθεση με την Ελλάδα που 22% των ατόμων έχουν την τάση να νοσήσουν από αυτήν την διαταραχή.

Στο Τορόντο 10-20% των ατόμων που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές είναι άνδρες, πράγμα που μπορεί να ισχύει και για την Ελλάδα αφού 14% των ανδρών έχουν ισχυρές τάσεις για νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία.

Οι Ελληνίδες έχουν 5,1% περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από τις γυναίκες στο Σαν Ντιέγκο της Καλιφόρνιας, ενώ οι Έλληνες 1,7%. Επίσης στην Ελλάδα οι γυναίκες έχουν 30,5% περισσότερο πιθανότητα να νοσήσουν από νευρική βουλιμία, ενώ οι άνδρες έχουν 11,5%.

Σύμφωνα με τον Thomson κορίτσια 15-19 ετών πάσχουν από νευρική ανορεξία στο 40%, ενώ στην δική μας μελέτη στην ηλικία 15-18 ετών το 6,5 % έχουν ισχυρές τάσεις ν' αναπτύξουν την νόσο.

Στην Ινδιανάπολη το 91% των γυναικών χρησιμοποιούν την δίαιτα ως μέσω ελέγχου βάρους, ενώ μόλις το 71% στην Ελλάδα χρησιμοποιούν αυτή την μέθοδο. Το 22% είχε απαντήσει σε αυτήν την ερώτηση Συχνά ή Πάντα, ενώ στην δική μας μελέτη το 35% απάντησε Συχνά ή Μερικές Φορές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με την έρευνα που διεξάχθηκε, βρέθηκε ότι μεταξύ των ατόμων ηλικίας 12 ως 18 ετών, το 8% που ήταν 15, 16 και 18 ετών και το 47% που ήταν 15 ετών, 31% που ήταν 16 ετών και το 24% που ήταν 18 ετών, έχει ισχυρές τάσεις για νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία αντίστοιχα. Από τα άτομα αυτά το 14% ήταν άνδρες και το 38% ήταν γυναίκες.

Από το υπόλοιπο 86% των ατόμων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, το 42% είναι συνειδητοί και το 10% μπορεί να πάσχει από κάποια άλλη διατροφική διαταραχή

. Διαπιστώνουμε λοιπόν, ότι οι ηλικίες των 15, 16 και 18 ετών είναι αυτές που εμφανίζουν ισχυρές τάσεις νευρικής ανορεξίας και νευρικής βουλιμίας, με μια αύξηση στην ηλικία των 15 ετών. Ωστόσο, τα ποσοστά μεταξύ ανδρών και γυναικών δεν διαφέρουν σημαντικά, αλλά υπερισχύουν στις γυναίκες οι διαταραχές αυτές.

Είναι φανερό ότι η ηλικία και το φύλο ενός ατόμου συνδέεται άμεσα με τις διατροφικές διαταραχές. Η έρευνα αυτή αντιπροσωπεύει ένα μικρό κομμάτι των εφήβων του ελληνικού πληθυσμού και αποτελεί δείγμα προβληματισμού για συνεχιζόμενη μελέτη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις με ειλικρίνεια .Απαντήστε με βάση το πώς είστε τώρα και όχι με τον τρόπο που συνηθίζατε ή θα θέλατε να είστε. Γράψτε το νούμερο της απάντησής σας στο κουτί αριστερά. Μην αφήσετε κενές ερωτήσεις, εκτός αν είστε καθοδηγημένος /η να κάνετε έτσι.

	1. Ηλικία
	2. Φύλο 1) Άνδρας 2) Γυναίκα
	3. Μόρφωση 1) Απόφοιτος/ η Δημοτικού 2) Απόφοιτος/ η Γυμνασίου 3) Απόφοιτος/ η Λυκείου
	4. Βάρος (σε kg)
	5. Ύψος (σε m)
	6. Τόπος διαμονή σας
	7. Έχω διαφορετικές διατροφικές συνήθειες από εκείνες της οικογένειάς μου και των φίλων μου 1) Συχνά 2) Μερικές Φορές 3) Σπάνια 4) Ποτέ
	8.Νιώθω να πανικοβάλλομαι, εάν δεν μπορώ να γυμναστώ όπως προγραμματίσα, γιατί φοβάμαι ότι μ' αυτόν τον τρόπο θα κερδίσω βάρος 1) Συχνά 2) Μερικές φορές 3) Σπάνια 4) Ποτέ
	9.Οι φίλοι μου λένε ότι είμαι αδύνατος/ η, αλλά εγώ δεν τους πιστεύω γιατί νιώθω παχύς/ α 1) Συχνά 2) Μερικές Φορές 3) Σπάνια 4) Ποτέ
	10.(Γυναίκες μόνο)Η έμμηνος ρύση μου σταμάτησε ή παρουσιάζει ανωμαλίες για άγνωστους ιατρικούς λόγους 1) Ναι 2) Όχι
	11.Πιάνω τον εαυτό μου απασχολημένο με το φαγητό σε σημείο που δεν μπορώ να περάσω μια μέρα χωρίς ανησυχία γι' αυτό που πρόκειται ή δεν

	<p>πρόκειται να φάω</p> <p>1) Σχεδόν πάντα 2) Μερικές φορές 3) Σπάνια 4) Ποτέ</p>
	<p>12. Έχω χάσει περισσότερο από 15% από αυτό που θεωρείται ένα υγιές βάρος για το ύψος μου (π. χ, γυναίκα, 1,60 ύψος χάνει 9 κιλά, όταν ένα υγιές βάρος γι' αυτήν είναι περίπου 55 κιλά)</p> <p>1) Ναι 2) Όχι</p>
	<p>13. Θα με πιάσει πανικός αν ανέβω αύριο στην ζυγαριά και διαπιστώσω ότι πήρα ένα κιλό</p> <p>1) Σχεδόν πάντα 2) Μερικές φορές 3) Σπάνια 4) Ποτέ</p>
	<p>14. Διαπιστώνω ότι προτιμώ να φάω μόνος/ η ή όταν είμαι βέβαιος/ η ότι κανένας δεν θα με δει, και γι' αυτό το λόγο φτιάχνω δικαιολογίες έτσι ώστε να μπορώ να φάω όλο και λιγότερο συχνά με τους φίλους μου ή την οικογένειά μου</p> <p>1) Συχνά 2) Μερικές φορές 3) Σπάνια 4) Ποτέ</p>
	<p>15. Πιάνω τον εαυτό μου να πλησιάζει σ' ένα ανεξέλεγκτο φαγοπότι, κατά την διάρκεια του οποίου καταναλώνω μεγάλες ποσότητες φαγητού με αποτέλεσμα να νιώθω άρρωστος/ η και να κάνω εμετό</p> <p>1) Ποτέ 2) Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα 3) 1-6 φορές την εβδομάδα 4) 1 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα</p>
	<p>(ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Απαντήστε την 16 ερώτηση μόνο αν απαντήσατε στην 15 ερώτηση το 1, αλλιώς αφήστε την κενή)</p> <p>16. Πιάνω τον εαυτό μου να τρώει υποχρεωτικά παραπάνω απ' όσο νιώθω ότι θέλω αισθανόμενος/ η εκτός ελέγχου ή/ και χωρίς να ξέρω γιατί το κάνω</p>

	1) Ποτέ 2) Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα 3) 1-6 φορές την εβδομάδα 4) 1 ή περισσότερες φορές την ημέρα
	17.Χρησιμοποιώ τα καθαρτικά ή τα διουρητικά ως μέσο ελέγχου βάρους 1) Ποτέ 2) Σπάνια 3) Μερικές φορές 4) Υπό φυσιολογικές συνθήκες
	18.Πιάνω τον εαυτό μου να παίζει παιχνίδια με το φαγητό(π. χ να κόβω το φαγητό μου σε πολύ μικρά κομματάκια, να το κρύβω ώστε να νομίζουν οι άλλοι ότι το έφαγα, να το μασάω και να το φτύνω, χωρίς να το καταπίνω, να το φυλάω σε μυστικές κρυψώνες)και/ ή έχω αποφασίσει ότι υπάρχουν «ασφαλείς» τροφές και είναι ιδανικές για' μένα και τροφές που είναι «κακές» και δεν πρέπει να τις καταναλώνω 1) Συχνά 2) Μερικές Φορές 3) Σπάνια 4) Ποτέ
	19.Οι άνθρωποι γύρω μου έχουν αρχίσει να ενδιαφέρονται για το τι τρώω και θυμώνω μαζί τους που με τιμωρούν να τρώω περισσότερο 1) Συχνά 2) Μερικές Φορές 3) Σπάνια 4) Ποτέ
	20.Έχω αισθανθεί περισσότερο πιεσμένος/ η και οξύθυμος/ η πρόσφατα απ' ότι είναι το συνηθισμένο για' μένα και/ ή ξοδεύω ένα μεγάλο μέρος του χρόνου μου μένοντας μόνος/ η 1) Ναι 2) Όχι
	21.Κρατάω μυστικό πολλούς από τους φόβους μου για το φαγητό και τις τροφές, γιατί φοβάμαι ότι κανείς δεν θα με καταλάβει 1) Συχνά 2) Μερικές Φορές 3) Σπάνια 4) Ποτέ
	22.Απολαμβάνω να φτιάχνω γαστρονομικά και/ ή παχυντικά φαγητά για άλλους, αλλά με την προϋπόθεση να μη φάω το' οτιδήποτε ο/ η ίδιος/ α 1) Συχνά 2) Μερικές Φορές 3) Σπάνια 4) Ποτέ

	<p>23.Ο μεγαλύτερος φόβος στην ζωή μου είναι να πάρω βάρος ή να γίνω παχύς/α</p> <p>1) Ναι 2) Όχι</p>
	<p>24.Γυμνάζομαι πολύ(περισσότερο από 4 φορές την εβδομάδα ή/ και περισσότερο από 4 ώρες την εβδομάδα)ως μέσο ελέγχου βάρους</p> <p>1) Ναι 2) Όχι</p>
	<p>25.Νιώθω ολοκληρωτικά απορροφημένος/ η όταν διαβάζω βιβλία ή περιοδικά για δίαιτα, γυμναστική, αδυνάτισμα, ή για υπολογισμό θερμίδων σε βαθμό που μπορώ να περάσω ώρες μελετώντας τα</p> <p>1) Συχνά 2) Μερικές Φορές 3) Σπάνια 4) Ποτέ</p>
	<p>26.Έχω την τάση να είμαι τελειομανής και δεν είμαι ικανοποιημένος/ η με τον εαυτό μου εκτός εάν τα πράγματα που κάνω είναι τέλεια</p> <p>1) Συχνά 2) Μερικές Φορές 3) Σπάνια 4) Ποτέ</p>
	<p>27.Περνώ μεγάλες περιόδους χωρίς κατανάλωση φαγητού(νηστεία) ή τρώγοντας πολύ λίγο ώστε να ελέγχω το βάρος μου</p> <p>1) Συχνά 2) Μερικές Φορές 3) Σπάνια 4) Ποτέ</p>
	<p>28.Είναι σημαντικό για' μένα να προσπαθώ να είμαι λεπτότερος/ η από τους φίλους μου</p> <p>1) Σχεδόν πάντα 2) Κάποιες φορές 3) Σπάνια 4) Ποτέ¹⁵</p>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Julia I.Brooking, Susan A.H.Ritter, Ben L.Thomas, Jack C.Hayward, A Textbook of Psychiatric and Mental Health Nursing, σελίδα 7, 46-47, Churchill Livingstone,2000.
2. Χριστοδούλου Ν. Γιώργος και συνεργάτες, Ψυχιατρική, σελίδα 7-8 , 28, 36-38, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 2004.
3. <http://www.eatingdisorders.gr>, 14/3/06, συγγράφηκε τον Ιούλιο του 2002, ψυχολόγος Καναβίτσας Ευάγγελος.
4. <http://www.medlook.net>, 15/3/06, συγγράφηκε στις 20/11/01, Οργανισμοί Medlook Kids.
5. Νίκου Μάνου, Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, σελίδα 343, 345, 347-349, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997
6. <http://specialeducation.gr>, 20/3/06, συγγράφηκε στις 30/6/04, Νίκος Τάκης κλινικός ψυχολόγος.
7. Ιατρικός Οδηγός, Ο πλήρης οδηγός για συμβατικές και εναλλακτικές θεραπείες, σελίδα 164-165, 201-202, έκδοση 2003
8. <http://www.ipse.gr>, 20/3/06, Ινστιτούτο Ψυχοθεραπευτικών Εφαρμογών
9. Jean Luc Venisse με την συνεργασία Maurice Chupin και Σαραντόγλου Γιώργου, μετάφραση Ιουλιέτα και Ροδόλφος Ράλλης, Η Ψυχογενής Ανορεξία, σελίδα 6, 29, 35, 36, εκδόσεις Χατζηνικολή, 1987.
10. <http://ta-nea.dolnet.gr>, 20/3/06, συγγράφηκε στις 4/2/03, εφημερίδα «Τα Νέα», Κυρούσης Γιώργος.

11. <http://www.focusmag.gr>, 14/3/06, συγγράφηκε 20/1/05, περιοδικό Focus.
12. <http://www.neahygeia.gr>, 20/3/06, Ελληνική Εταιρία Προαγωγής και Αγωγής Υγείας, περιοδικό «Νέα Υγεία», τεύχος 45.
13. Κοτρώτσου Ευαγγελία, Ψυχιατρική Νοσηλευτική, σελίδα 43,46, εκδόσεις Έλλην, 2001.
14. <http://www.unhealthcare.org>, 10/4/06, “Anorexia Nervosa or Bulimia Nervosa: Management of Patients with”, Nina Hackney.
15. <http://www.abacus.bates.edu/people/orgs/beaa/test.html>, 21/4/06, Kim Lampson Reef.
16. Γεώργιος Κ. Παπανικολάου, «Παχυσαρκία και Αδυνάτισμα», σελίδα 113-114, εκδόσεις Πρότυπες Θεσσαλονικές, 1998.
17. <http://www.e.phsycology.gr>, 13/1/07, Νικόλαος Δοϊρανλής.
18. Gerarb (AP. Feldofer), «Ανορεξία-Βουλμία-Παχυσαρκία», σελίδα 39, εκδόσεις Ρ. Τραβλόν-Ε. Κωσταράκη.
19. Harold I. Caplan, MD Benjamin.J . Sadock MD JA.C Grebb, MD, «KAPLAN AND SADOCK'S Ψυχιατρική», σελίδα 1010, 1111, 1112, τόμος Β', έβδομη έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 2000.
20. <http://www.vitaequalis.gr>, 3/2/07, N.Zafeiris
21. Canadian Press: DENNIS THOMPSON, HEALTHDAY REPORTER, “Eating Disorders: A Midlife Crisis for Some Women”, Published: Monday, March 19, 2007 | 9:48 PM ET

22. The Taipei Times: Wang Chang-wen and Huang Yi-ching STAFF REPORTERS, "Report highlights eating disorders", Sunday, Mar 18, 2007, Page 4, Copyright © 1999-2007

23. The dBusinessNews: Selah House and Anderson University, "Eating Disorders Symposium: April 4th, 2007" , Indianapolis, In March 13, 2007

24. The Student Newspaper for the University of the Northern Iowan: Rachel Fleming *NI News Writer*, " Eating disorders can affect anyone at any time", 3/9/2007

25. The University of Kentucky News: Ann Blackford, UK to Participate in National Eating Disorders Awareness Week, Lexington, Ky. Feb. 26, 2007

26. The Washington University in St.Louis: Barbara Rea, "Lauren Greenfield chronicles the complex world of eating disorders", Feb. 26, 2007

27. The dBusinessNews: Marcia Dewalt, National Eating Disorders Week, Detroit – February 25 – March 3rd 2007

28. The Santiago Times: Laurel Bernstein (March 11, 2007 SOURCE: EL OBSERVADOR (VALPARAISO), "EATING DISORDER CASES SURGE 62 PERCENT IN CHILE SINCE 2005", Copyright 2000-2005

29. The FairfaxDigital: The Age Company Ltd, " What are the concerns?", Copyright © 2007

30. The Guardian newspaper: Mary Kanaskie Daily Collegian, "Webexclusive: Binge Eating Most Prevalent Eating Disorder", February 26, 2007 — (U-WIRE) UNIVERSITY PARK, Pa

31. The Scotsman: Tanya Thompson Social Affairs Correspondent, "Six-stone anorexia victim can't get a hospital bed Six-stone anorexia victim can't get a hospital bed", Wed 14 Mar 2007

32. The Daily California: Jessica Kwong Contributing Writer, Wednesday, March 14, 2007

33. <http://www.ledger-enquirer.com>, Tue, Feb. 27, 2007, “Poor body image could lead you down a dangerous path”, Source: American Academy Of Family Physicians Borden Black

34. The Lancet: David I Ben-Tovim, Kay Walker, Peter Gilchrist, Robyn Freeman, Ross Kalucy and Adrian Esterman, “Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study”, Copyright © 2001 Elsevier Ltd All rights reserved

35. The Daily Sundial: Katie Sheehy, “Eating disorders' effect on men ignored”, Issue date: 4/23/07

36. The WVVA-TV, “National Eating Disorders Awareness Week”, Updated: February 26, 2007, 9:06 *pm* Content Copyright WVVA TV 2007 ©