

**Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΕΥΠ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ  
ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ: ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΚΑΙ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ**

Μαντζουράτου Χρυσούλα

Μαρούδα Αγγελική

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ**

Μιχαλοπούλου Αντιγόνη

**Πάτρα, 2009**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

---

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>	<b>6</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>8</b>
<b>ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ</b>	<b>13</b>
<b>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	
1.1 Ορισμός	16
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	
1.2 Επιδημιολογία	18
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	
1.3.1 Αιτιολογία Βουλιμίας	21
1.3.2 Προδιαθεσικοί Παράγοντες	25
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>	
1.4.1 Διάγνωση	28
1.4.2 Κριτήρια Διάγνωσης Ψυχογενούς Βουλιμίας	31
1.4.3 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά το DSM- IV & ICD-10	32
1.4.4 Γνωσιακό μοντέλο νευρογενούς βουλιμίας	35
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</b>	
1.5 Συμπτώματα	39
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6</b>	
1.6 Συνέπειες – Επιπλοκές	48
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7</b>	
1.7.1 Θεραπεία	51
1.7.2 Αντιμετώπιση	53

1.7.3 Ενδείξεις Εισαγωγής	55
1.7.4 Στόχοι θεραπείας	56
1.7.5 Ψυχοθεραπεία – Φάρμακα	58
1.7.6 Άτυπες Διατροφικές Διαταραχές	60
1.7.7 Επανασίτιση	60
1.7.8 Εναλλακτικές θεραπείες	63
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8</b>	
1.8 Πρόγνωση	65
<b>ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	
2.1 Νοσηλευτικές Απόψεις	67
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	
2.2 Διατροφή και Δίαιτα	71
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	
2.3 Φάρμακοι Κύκλοι	71
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>	
2.4.1 Αντιμετώπιση	73
2.4.2 Νοσηλευτικός Στόχος	74
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</b>	
2.5.1 Αποκατάσταση	81
2.5.2 Νοσηλευτική Δράση	86
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6</b>	
2.6 Ψυχολογική Διάσταση	89
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b>	99
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	100

### Αφιέρωση

Στους γονείς μας, Ευάγγελο και Χαρίκλεια, Αλέκο και Βασιλική, οι οποίοι θυσίασαν τα πάντα για την ευτυχία και την πρόοδο των παιδιών τους και στέκονται συνεχώς δίπλα μας και μας στηρίζουν σε κάθε μας προσπάθεια.

Στα αδέρφια μας, Χρήστο και Σταμάτη, για την πολύτιμη βοήθεια και την υποστήριξή τους.

*Στην μνήμη του πολυαγαπημένου μου αδελφού Βασίλη.*

*Στην μνήμη του ξεχωριστού μου Γιώργου.*

**Let us all  
Love and respect  
Each other  
And ourselves...  
(Lindsey Hall)**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η αξία και η πολυτιμότητα της ανθρώπινης ζωής είναι δεδομένη και αναμφισβήτητα μας οδηγεί στις συνιστώσες που ορίζουν την ανθρώπινη υπόσταση ως ψυχική και σωματική υγεία. Πολλοί είναι η παράγοντες που απειλούν και καταστρέφουν την υγεία. Άλλοι οδηγούν σε ασθένειες που είναι σοβαρές και άλλοι όχι. Μια από τις σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές που έχει πάρει σημαντικές διαστάσεις τις τελευταίες δεκαετίες είναι η ψυχογενής βουλιμία.

Στην παρούσα εργασία θα μας απασχολήσει το φαινόμενο της ψυχογενούς βουλιμίας, καθώς και οι παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξή της, τονίζοντας τον καταλυτικό ρόλο του νοσηλευτή.

Η εργασία μας απευθύνεται σε άτομα που θέλουν να κατανοήσουν την Ψυχογενή Βουλιμία, όπως επίσης και σε άτομα υψηλού κινδύνου, ηλικίας **10 - 30** ετών. Το ερέθισμα για την εργασία μας είναι τα άτομα που πάσχουν την συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή, τα οποία στις μέρες μας αυξάνονται με ραγδαίους ρυθμούς.

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν μέχρι τώρα λόγω της άγνοιας για τα συμπτώματα, της πορεία και τους τρόπους αντιμετώπισης της Ψυχογενούς Βουλιμίας, μας έδωσαν το έναυσμα για να πραγματοποιήσουμε την εργασία μας γύρω από την διαταραχή αυτή.

Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την εισηγήτρια της εργασίας μας κα Αντ. Μιχαλοπούλου για την πολύτιμη βοήθειά της και την ανθρώπινη προσέγγιση της στην προσπάθεια μας αυτή. Επίσης τις οικογένειες μας για τη στήριξη και την αγάπη που μας προσφέρουν όλα αυτά τα χρόνια των σπουδών μας.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι σύγχρονες δυτικού τύπου κοινωνίες παρέχουν πληθώρα τροφίμων, εύληπτων και νόστιμων αλλά ταυτόχρονα και πλούσιων σε ενέργεια, που μπορεί κανείς να προμηθευτεί με ευκολία. Παραδόξως, οι ίδιες κοινωνίες δίνουν έμφαση και προωθούν ως πρότυπο το αδύνατο σώμα, ασκώντας έτσι πίεση στις έφηβες, κυρίως μέσα από τη μόδα και τη διαφήμιση, να συμβαδίζουν με τα σωματικά πρότυπα της κοινωνίας. Μεγάλος αριθμός νεαρών κοριτσιών δεν είναι ικανοποιημένες με το σώμα τους, το βάρος τους αλλά και το σχήμα και προσπαθούν να χάσουν τα περιττά κιλά. Η δυσαρέσκεια ως προς το σώμα έχει εξαπλωθεί τόσο ανάμεσα στις έφηβες που πια τείνει να αποτελέσει φυσιολογικό χαρακτηριστικό της ηλικίας. (Ζαμπέλας 2003)

Για όλους τους παραπάνω λόγους, και ξέροντας τις δυσμενείς συνέπειες, που έχει η βουλιμία στην ψυχοσωματική ισορροπία των ατόμων που έχουν προσβληθεί από αυτή, χρίζει ιδιαίτερης προσοχής, η συνειδητοποίηση της κατάστασης αυτής και η έγκαιρη και επαρκής ενημέρωση του κοινού για να αλλάξουν οι λανθασμένες αντιλήψεις μας, πριν πάρει μεγαλύτερες διαστάσεις στην κοινωνία μας. (Πανατόπουλος 2001).

Αναφορικά με το τι μπορεί να γίνει προκειμένου να προληφθούν περιπτώσεις βουλιμίας αλλά και για να αντιμετωπισθούν οι ήδη υπάρχουσες, θα λέγαμε ότι χρειάζεται να υπάρξει ενημέρωση γύρω από το θέμα. Η διατροφική εκπαίδευση αποτελεί σημαντική ασπίδα προστασίας, έτσι το μάθημα της



σωστής διατροφής, θα πρέπει να ενταχθεί στα σχολεία από την πρώιμη κιόλας ηλικία. Αυτό θα βοηθήσει ώστε να γίνει σαφές ότι το χαμηλό βάρος, δεν σημαίνει απαραίτητα και υγεία, αφού όσο υπάρχουν κίνδυνοι από την παχυσαρκία, άλλο τόσο υπάρχουν και από το πολύ χαμηλό σωματικό βάρος. (Πάλλης **2008**).

Σημαντικό είναι επίσης να υπάρχει σωστή διαπαιδαγώγηση από το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον ώστε οι νέοι να μην επηρεάζονται σε τόσο μεγάλο βαθμό από τα πρότυπα τα οποία προβάλλονται από τα ΜΜΕ. Να συνειδητοποιήσουν ότι κάθε άνθρωπος είναι ξεχωριστός και ότι δεν έχει μεγαλύτερη σημασία η εξωτερική εμφάνιση από τα ψυχικά χαρίσματα. Κάθε άνθρωπος πρέπει να υπερασπίζεται τον εαυτό του όπως είναι και να μην έχει την ψευδαίσθηση ότι για να είναι ευτυχισμένος και επιτυχημένος πρέπει να έχει αδύνατο σώμα. (Χούνου **2003**)

Καλό θα ήταν επίσης, να αλλάξει η προβολή αυτών των προτύπων από τα ΜΜΕ. Να μην περιστρέφονται συνέχεια γύρω από το τέλειο σώμα προβάλλοντας κέντρα αδυνατίσματος, εξοντωτικές δίαιτες και να υποβαθμίζουν όλο και περισσότερο τις πνευματικές αξίες του κάθε ατόμου και τις σωματικές ατέλειες που τυχόν έχει. (<http://www.e-psychology.gr>)

Από την άλλη πλευρά, πρέπει να ενθαρρυνθεί το κοινωνικό σύνολο, ώστε να στραφεί σε άλλες δραστηριότητες που θα ενισχύσουν την αυτοπεποίθησή του. Έτσι, θα ήταν εύλογο να αναφέρουμε την γυμναστική η οποία ενισχύει την φυσική κατάστασή μας , απαλλάσσει από την ένταση και συγχρόνως μας βοηθάει να καταλάβουμε την αξία της υγιεινής διατροφής. Με

αυτό τον τρόπο, θα εισχωρήσουν ιδέες όπως «γυμναστική = υγεία» και όχι «αδύνατος = υγιείς».

Για όλους τους παραπάνω λόγους, και ξέροντας τις δυσμενείς συνέπειες, που έχει η βουλιμία στην ψυχοσωματική ισορροπία των ατόμων που έχουν προσβληθεί από αυτή, χρίζει ιδιαίτερης προσοχής, η συνειδητοποίηση της κατάστασης αυτής και η έγκαιρη και επαρκής ενημέρωση του κοινού για να αλλάξουν οι λανθασμένες αντιλήψεις μας, πριν πάρει μεγαλύτερες διαστάσεις στην κοινωνία μας. (Μπαζαίος 2004)

## *Πότε η υγιεινή διατροφή γίνεται... μανία.*

Είναι απόλυτα θεμιτό να προσπαθούμε να τρεφόμαστε υγιεινά, επισημαίνουν οι διατροφολόγοι και μάλιστα πολλές φορές η κατάσταση της υγείας μας, το επιβάλλει κιόλας. Είναι ανθυγιεινό, όμως η διατροφή μας να επηρεάζει και κυρίως να πλήττει την ποιότητα της ζωής μας. Όταν οι διατροφικές μας επιλογές «απειλούν» την οικογενειακή ισορροπία, αλλά και τις κοινωνικές μας συναναστροφές, τότε σίγουρα δεν ευεργετούν την υγεία μας.

Έτσι «παν μέτρον άριστον», έλεγαν οι αρχαίοι και είχαν δίκιο. Μια ισορροπημένη διατροφή χωρίς ακρότητες είναι το καλύτερο για την υγεία μας. (Μωρογιάννης, Λιάκος **2001**)

Η φροντίδα ασθενούς που πάσχει από ψυχογενή βουλιμία είναι ένα σπουδαίο καθήκον των ατόμων εκείνων που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα, καθώς η νοσηλευτική είναι αφιερωμένη στην υπηρεσία του ανθρώπου, τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική του υγεία.

*ΜΕΡΟΣ*

*ΠΡΩΤΟ*

## Ιστορική Αναδρομή

Αν και τα τελευταία χρόνια υπάρχει αυξανόμενο επιστημονικό ενδιαφέρον για τις διαταραχές στη λήψη τροφής (**eating disorders**), αυτές δεν αποτελούν μία καινούργια ασθένεια. Ήδη από τον 17ο αιώνα δημοσιεύονται μονογραφίες ιατρών με τις πρώτες παρατηρήσεις για μία ιδιαίτερη μορφή απίσχνανσης, η οποία αναφέρεται με διάφορα ονόματα ανάλογα με τα ενδιαφέροντα των συγγραφέων. Το 1689, ο **Richard Morton** αναφέρει τη «νευρική κατανάλωση» (**nervous consumption**), η οποία προκαλείται λόγω θλίψης και αγχωτικής αγωνίας. Αρκετά χρόνια αργότερα, το 1764, ο **Robert Wyt** περιέγραψε τη «νευρική ατροφία» (**nervous atrophy**), ενώ περίπου έναν αιώνα αργότερα (το 1860) ο **Louis-Victor Marce** έγραψε σημειώσεις για μία μορφή «υποχονδριακού παραληρήματος» (**delire hypochondiaque**), το οποίο χαρακτηρίζεται από άρνηση τροφής. Στο Παρίσι, λίγα χρόνια αργότερα, το 1873, ο **Charles Lasegue** αναφέρεται στην «υστερική ανορεξία» (**anorexie hysterique**), ως υστερία η οποία συνδέεται με την υποχονδρίαση. (Ματάλα 2008)

Ο όρος «ψυχογενής ανορεξία» (**Anorexia Nervosa**) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον **Sir William Gull**, σε σχετική ανακοίνωση που έκανε στην Οξφόρδη το 1868, ενώ σε δημοσίευση του αργότερα περιέγραψε τρεις κλινικές περιπτώσεις με όλα τα συμπτώματα που παρατήρησε, τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και τα αποτελέσματα τους, συνοδευόμενες από σκίτσα γυναικών πριν και μετά τη θεραπεία. Σύμφωνα με τη δημοσίευση

αυτή, η ασθένεια έπρεπε να διαφοροποιηθεί από τη φυματίωση, με την οποία συγγεόταν συχνά. Εμφανίζόταν κυρίως σε νεαρές γυναίκες και μεταξύ των συμπτωμάτων της περιλαμβάνονταν το πολύ χαμηλό σωματικό βάρος, η αμηνόρροια, οι χαμηλοί καρδιακοί παλμοί, η ανορεξία ιδιαίτερα για ζωικά τρόφιμα, η υπερκινητικότητα, η δυσθυμία και διάφορα «διανοητικά - ψυχολογικά» προβλήματα. Για τη θεραπεία της νόσου ο **Gull** πρότεινε την αύξηση της διαιτητικής πρόσληψης (πρόσληψη «θρεπτικών» τροφίμων, όπως γάλα, αβγό, κρέμα, σούπα, ψάρι, κοτόπουλο, κάθε δύο ώρες) και τη χορήγηση διαφόρων τονωτικών. Η θεραπεία θα έπρεπε να υποστηριζόταν από άτομα που ασκούσαν κάποια επιρροή και έλεγχο απέναντι στους ασθενείς, ενώ συγγενείς και φίλοι δεν αποτελούσαν καλούς συμβούλους. (Zέλλου 2008)

Κατά το πρώτο μισό του 20ου αιώνα υπήρξαν κάποιες περαιτέρω προσεγγίσεις της ασθένειας από διάφορους θεραπευτές. Εξαιρετικής σημασίας ήταν η συμβολή της ψυχιάτρου **Hilde Bruch**, η οποία μέσα από τη μακροχρόνια θεραπευτική εμπειρία της με άτομα που έπασχαν από ψυχογενή ανορεξία, ήταν η πρώτη που προσπάθησε να αποσαφηνίσει τη συναισθηματική παθολογία της ασθένειας, περιγράφοντας συγκεκριμένες περιοχές παθολογικής ψυχολογικής λειτουργίας.

Συγκεκριμένα, διατύπωσε την άποψη ότι η εκούσια αποχή από το φαγητό αποτελεί το μέσο για αυτονομία, ικανότητα ανάδειξης και αυτοέλεγχου. Σύμφωνα με την **Bruch**, πίσω από αυτήν την παθολογική συμπεριφορά κρύβεται η ανικανότητα της μητέρας να αναγνωρίσει και να προωθήσει την ανάγκη του παιδι-

ού για ανεξαρτησία και αυτονομία. Σημαντική ήταν και η συνεισφορά του ψυχιάτρου **Arthur Crisp**, ο οποίος επεσήμανε τη σημασία των ψυχολογικών και βιολογικών εμπειριών κατά την ήβη και την εφηβεία στην ανάπτυξη παθολογικών συμπεριφορών. Κατά τον **Crisp**, η διαταραχή αποτελεί ουσιαστικά την αποφυγή ενός υπέρμετρου φόβου για απόκτηση βάρους σώματος που αντιστοιχεί σε ενήλικα. (Σίμος 2006)

Ο όρος «ψυχογενής βουλιμία» καθιερώθηκε για πρώτη φορά από τον **Gerarld Russell** το 1979, παρά το ότι η χρήση του ήταν αρκετά διαδεδομένη εδώ και 2000 χρόνια, για να περιγράψει την παθολογική κατάσταση λαιμαργίας και κατανάλωσης υπερβολικών ποσοτήτων τροφής. Σχετικά πρόσφατα οι **Spitzer** και συν. χρησιμοποίησαν τον όρο «**binge eating dis-order**» (διαταραχή αδηφαγίας ή υπερφαγίας) για να περιγράψουν ένα ιδιαίτερο είδος διατροφικής διαταραχής, ξεχωριστό από την ψυχογενή βουλιμία, με ιδιαίτερα διαγνωστικά κριτήρια. (Πάλλης 2008).

Πρέπει, τέλος, να τονισθεί η σημαντική συνεισφορά της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, η οποία δημοσιεύει και αναθεωρεί σε συνεχή βάση σαφώς καθορισμένα διαγνωστικά κριτήρια για τις παραπάνω διαταραχές. Αντίστοιχα κριτήρια διατυπώνονται και στο Διεθνές Σύστημα Κατηγοριοποίησης των Νοσημάτων (**International Classification of Diseases - ICD-10**). Στην παρούσα ερευνητική εργασία, για τους ορισμούς των διαταραχών στη λήψη τροφής, έχουν χρησιμοποιηθεί τα κριτήρια της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. (Ματάλα 2008).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 1.1 Ορισμός

Στις ψυχιατρικές διαταραχές λήψης τροφής κατατάσσεται η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία, οι άτυπες μορφές αυτών και η διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας.(Ζαμπέλας **2003**). Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι ψυχοπαθολογικές κατάστασεις που ανήκουν στα ψυχιατρικά νοσήματα. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι γνωστές από πολλά χρόνια αλλά υπάρχει αυξημένο ερευνητικό ενδιαφέρον τις **3** τελευταίες δεκαετίες (Μορτόγλου **2002**). Εμείς συγκεκριμένα θα αναλύσουμε το φαινόμενο της ψυχογενούς βουλιμίας.

Ταξινομήθηκε ως ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία το **1979**. Η Βουλιμική διαταραχή έχει να κάνει με συναισθηματικές ανάγκες όπου φανερώνεται ότι δεν μπορούν να ικανοποιηθούν μόνο από το φαγητό. ([www.health and life.gr](http://www.healthandlife.gr))

Η ψυχογενής βουλιμία είναι μια διατροφική διαταραχή όπου το άτομο έχει επανειλημμένα επεισόδια υπερκατανάλωσης τροφής, χάνοντας τον έλεγχο του εαυτού του, σταματώντας όταν νιώθει έντονους πόνους στο στομάχι και χρησιμοποιεί αντισταθμευτικά μέσα για την αποφυγή απόκτησης βάρους π.χ. πρόκληση εμετού(**80-90%**), καθαρτικά, διουρητικά, νηστεία, υπερβολική άσκηση(<http://www.dikepsy.gr>). Ακόμη χρήση ανορεξιογόνων φαρμάκων και θυρεοειδικών ορμονών (Ζαμπέλας **2003**). Τα βουλιμικά άτομα δείχνουν υπέρμετρο ενδιαφέρον για το βάρος τους.



Πρόκειται για μια νέα νόσο, η οποία περιγράφηκε από τον **G. Russel** το **1979**. Προέρχεται από τη σύνθετη ελληνική λέξη βουλιμία που σημαίνει ακατανίκητη πείνα(βους:βόδι ή ταύρος και λιμός που σημαίνει μεγάλη πείνα), και έχει τουλάχιστον δύο σημασίες: πείνα τόση μεγάλη όσο ενός ταύρου ή ενός βοδιού ώστε να καταβροχθίσει κάποιος ένα βόδι(**Ζαμπέλας 2003**).

Η ψυχογενής βουλιμία εκδηλώνεται μετά από μακροχρόνια προσπάθεια απώλειας βάρους όπου οι ασθενείς προσπαθούν να ελέγξουν το βάρος τους αποκλείοντας από τη διατροφή τους τροφές που θεωρούν παχυντικές και “απαγορευμένες” (**Μορτόγλου, Μορτόγλου 2002**).

Η βουλιμία δεν συνοδεύεται αναγκαστικά από έλλειψη βάρους. Το κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι εδώ το φαγητό, συνοδεύεται από έντονο αίσθημα ντροπής. (**Μπαζαίος 2004**)

Παρόλα αυτά τα περισσότερα βουλιμικά άτομα έχουν φυσιολογικό βάρος. Η έναρξη της είναι στα εφηβικά χρόνια και εμφανίζεται κυρίως στα κορίτσια (<http://www.dikepsy.gr>). Αυτό το σύνδρομο της “υπερκατανάλωσης – κάθαρσης” αναφέρεται σε κάποιες περιπτώσεις από τους Αγγλοσάξονες ως **bulimarexia** (**Murtagh 2004**).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 1.2 Επιδημιολογία

Επίπτωση 1-  
5%

Σημαντική αύξηση επίπτωσης της νόσου – επιδημία στις ΗΠΑ

Κορίτσια – Αγόρια  
10/1

Υψηλή κοινωνικοοικονομική θέση

Λευκή φυλή

Ηλικία: όψιμοι και νεαροί ενήλικες (<http://www.e-psychology.gr>)

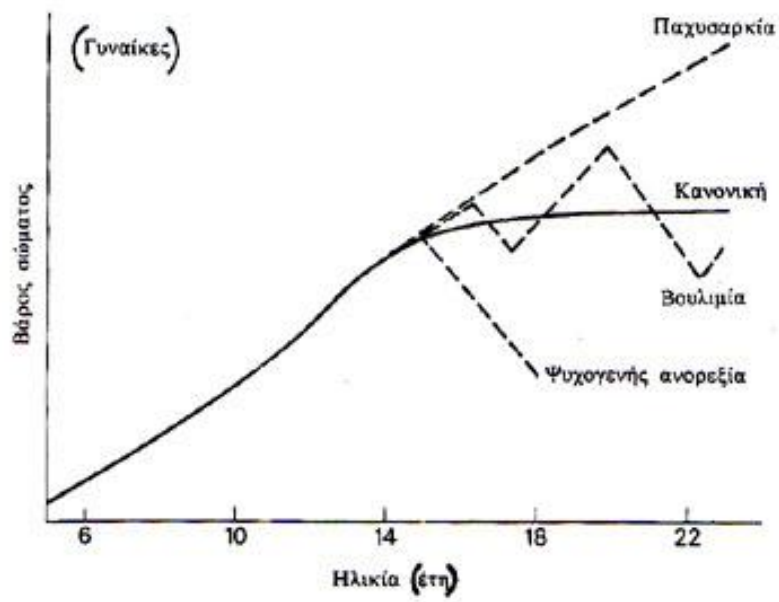
Σημαντικό ρόλο για τη δημογραφική αύξηση της ψυχογενούς βουλιμίας τις τελευταίες δεκαετίες, έχουν παίξει τα μέσα μαζικής ενημέρωσης που προβάλλουν σταθερά ως πρότυπο ευτυχίας και επιτυχίας το καλοσχηματισμένο αδύνατο σώμα σε συνδυασμό με ψηλό οικονομικό και κοινωνικό **status** (<http://www.paxysarkia.net>).

Το κύριο χαρακτηριστικό της βουλιμίας είναι τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια καταβρόχθισης τροφής τα οποία ακολουθούνται από δυσβάσταχτες ενοχές οι οποίες συνήθως εξουδετερώνονται μέσα από τεχνητές εκκενώσεις του στομάχου π.χ. με προκλητό εμετό ή με χρήση καθαρτικών και διουρητικών

σκευασμάτων. Η βουλιμία είναι πολύ πιο συχνή από την ανορεξία και υπολογίζεται πως το δύο με τέσσερα τοις εκατό του γενικού πληθυσμού έχει βουλιμία ενώ το δέκα τοις εκατό των γυναικών έχουν κάποια αλλά όχι όλα τα συμπτώματα της βουλιμίας. Όπως και η ανορεξία, η βουλιμία είναι πολύ πιο συχνή στις γυναίκες, αλλά εμφανίζεται λίγο αργότερα στην εφηβεία, έχει καλύτερη πρόγνωση και πολύ σπάνια οδηγεί στο θάνατο (<http://www.eatdisorders.gr>).

Η έναρξη της κατάστασης αυτής είναι συνήθως από την εφηβική ηλικία ή κατά την αρχή της ενηλίκου ζωής. Επιπλέον, μεμονωμένα επεισόδια υπερφαγίας χωρίς την πλήρη εικόνα της ψυχογενούς βουλιμίας, έχουν αναφερθεί σε ποσοστό **40%** νεαρών γυναικών. (Μίσιρα και Μπαστάλε **2006**)

Η επίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας είναι **11.4** νέες περιπτώσεις σε **100.000** κατοίκους/έτος και ο επιπολασμός της είναι **1.2%** στις νέες γυναίκες της Δ. Ευρώπης και των Η.Π.Α. Κάποιοι εκτιμούν ότι η πραγματικότητα υπερβαίνει το **10%**. (Ζαμπέλας **2003**). Στη χώρα μας σύμφωνα με τα δεδομένα μιας έρευνας σε μαθητές και μαθήτριες λυκείου του Ν. Ιωαννίνων βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της ψυχογενούς βουλιμίας είναι **0.3** για τα αγόρια και **1%** για τα κορίτσια. (Ζαμπέλας **2003**)





ασθενείς είναι συχνά εξωστρεφείς και παρορμητικοί χαρακτήρες αλλά δυσκολεύονται στο να αναπτύξουν αυτονομία και ανεξαρτησία και να αναλάβουν τις ευθύνες της ανήλικης ζωής. (<http://www.paxysarkia.net>).

Συνήθως ανευρίσκεται κάποια διαταραχή της προσωπικότητας. Επίσης μπορεί να οφείλεται και στην αδυναμία του ατόμου να ανακαλέσει στη μνήμη ανακουφιστικές εικόνες την μητέρα σε περιόδους αποχωρισμού. (Trotter 2001)

### **Διαταραχές στη λήψη τροφής**

Πολλές θεωρίες έχουν προταθεί για την εξήγηση της παθογένειας των διαταραχών στη λήψη τροφής, αλλά και γενικότερα των προβλημάτων διαιτητικής συμπεριφοράς, όπως η φεμινιστική και η πολιτισμική θεωρία. Οι περισσότεροι ερευνητές ωστόσο έχουν υιοθετήσει το ψυχοδυναμικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο διάφοροι προδιαθεσικοί, εκλυτικοί και διαιωνιστικοί παράγοντες συνεργούν στην ανάπτυξη και στην εγκαθίδρυση της διαταραγμένης διαιτητικής συμπεριφοράς.

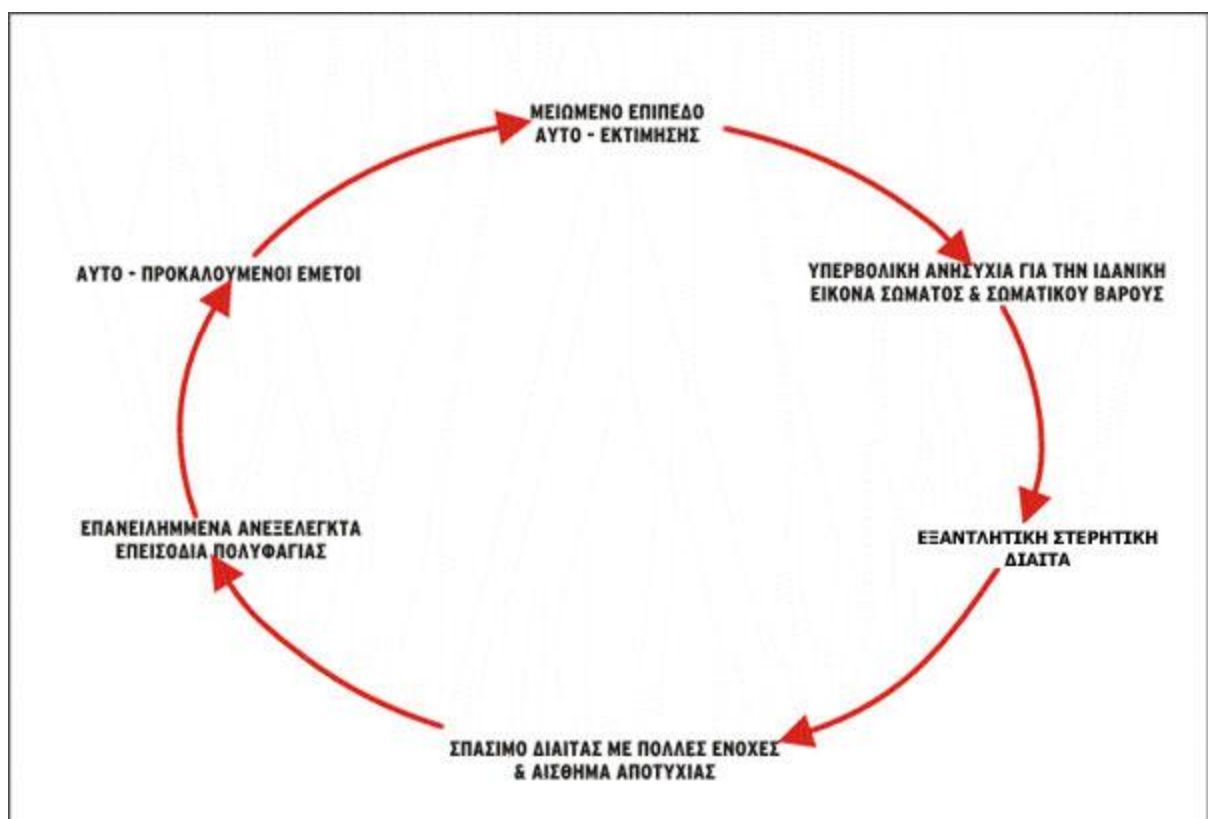
Κατά το ψυχοδυναμικό μοντέλο, μεταξύ των προδιαθεσικών παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης του προβλήματος περιλαμβάνονται ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η τελειομανία, η υπερβολική συμμόρφωση), προβλήματα σίτισης και διατροφής σε πολύ μικρή ηλικία, στάσεις της οικογένειας, ύπαρξη παχυσαρκίας,

σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, ιστορικό διαταραχών στη λήψη τροφής ή αλκοολισμού σε μέλη της οικογένειας, κοινωνικές πιέσεις για διατήρηση ενός αδύνατου σώματος και ταύτιση του αδύνατου με την επιτυχία, την ομορφιά και την ελκυστικότητα. Η ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος αποτελεί το σημαντικότερο εκλυτικό παράγοντα. Παρόλα αυτά, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που ασχολούνται με δίαιτες αδυνατίσματος δεν εμφανίζουν ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία. Το αν τελικά θα εκδηλωθεί η διαταραχή εξαρτάται από το πόσο και το ποιοι παράγοντες θα συνδυαστούν με την ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος για να εκφρασθεί η διαταραχή. Στους εκλυτικούς παράγοντες συγκαταλέγονται τα προβλήματα της εφηβικής ηλικίας και της σεξουαλικής ανάπτυξης, ο αποχωρισμός και η ανάγκη για ανεξαρτησία, οι προβληματικές συναισθηματικές σχέσεις, κάποια ασθένεια καθώς και οι αρνητικές κρίσεις από τρίτους. Τέλος, υπάρχουν παράγοντες, οι οποίοι δρώντας είτε προστατευτικά είτε διαιωνιστικά, καθορίζουν το αν η διαταραχή θα έχει μεταβατική μορφή ή πιο μόνιμο χαρακτήρα. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται η υπερβολική ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος, οι αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις και στο κοινωνικό περιβάλλον, οι επιπτώσεις της αιτίας αυτής καθαυτής στη φυσιολογία και την ψυχοπαθολογία του πάσχοντος. (Μίσσιρα 2006)

Πιέσεις και συγκρούσεις μέσα από την οικογένεια θεωρούνται η κύρια αιτία της βουλιμίας. Συνήθως ο βουλιμικός ζητά πολλά από τον εαυτό του, είναι τελειομανής και νοιώθει ότι δεν μπορεί

να φανεί αντάξιος στις προσδοκίες των γονιών του. Έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση και πάσχει από κατάθλιψη. Μπορεί να έχει υποστεί σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση ως παιδί. Περίπου οι μισές βουλιμικές γυναίκες έχουν ιστορικό κακοποίησης. (Ιατρικός οδηγός του 21ου αιώνα 2002).

Σύμφωνα όμως με την συμπεριφοριστική θεώρηση η βουλιμία οφείλεται και σε αρνητικές μαθημένες συνεξαρτήσεις με το περιβάλλον. Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες αναζητούν τα βαθύτερα αίτια της διαταραχής σε πεδία ασυνείδητων συγκρούσεων παρόμοια με αυτά της ανορεξίας. Η ψυχογενής βουλιμία εκφράζει συγκρούσεις σε σχέση με απωθημένες σεξουαλικές επιθυμίες, επιθυμίες για εγκυμοσύνη ή διαταραχή στον έλεγχο του εαυτού. (Mirsa, Klibanski 2002)





### 1. 3. 2 Προδιαθεσικοί Παράγοντες

- ι Ιστορικό ελαφριάς υπέρβασης σωματικού βάρους, παχυσαρκίας. Είναι γνωστό πλέον πως η σωματική διάπλαση και το βάρος καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από γενετικούς παράγοντες. Ερευνητικά ευρήματα υποδεικνύουν πως οι άνθρωποι που αναπτύσσουν ψυχογενή βουλιμία διατρέχουν υψηλό κίνδυνο παχυσαρκίας, καθώς πολλοί υπήρχαν υπέρβαροι κατά την παιδική τους ηλικία, ενώ συγχρόνως παρατηρείται ένα αυξημένο ποσοστό παχυσαρκίας στα μέλη της οικογένειάς τους. Φυσικά αυτή η ευπάθεια στην παχυσαρκία είναι πιθανό να ενθαρρύνει την δίαιτα, δεδομένων των κοινωνικών πιέσεων. Ακόμα η ύπαρξη ενός μέλους της οικογένειας με σημαντικό πρόβλημα βάρους είναι δυνατόν να ευαισθητοποιήσει το άτομο απέναντι στο «πάχος», κάνοντάς το να πασχίζει να το αποφύγει μέσω της δίαιτας. (Murtagh J. 2004)
- ι Κατάθλιψη - συναισθηματική αστάθεια, έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτοελέγχου. Ορισμένοι άνθρωποι με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας φαίνεται πως είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στο να αναπτύξουν προβλήματα βουλιμίας. Αυτά τα άτομα είναι πολύ υπάκουα και ευσυνείδητα ως παιδιά. Συνήθως είναι κάπως συνεσταλμένα και μοναχικά και δυσκολεύονται να έρθουν σε επαφή με τα άλλα. Επιπλέον, τείνουν να είναι ανταγωνιστικά άτομα και να επιδιώκουν την επιτυχία. Θέτουν υψηλά στάνταρ και κάνουν τα πάντα για να

ανταποκριθούν σε αυτά. Αυτά τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά φαίνεται πως αποτελούν το προοίμιο της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της τελειομανίας, που παρατηρούνται σε πολλούς ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία. (Ματάλα 2008)

- ι Περιβάλλον που δίνει έμφαση στην εμφάνιση και τη σωστή διαιτητική συμπεριφορά.
- ι Προβληματικές οικογενειακές σχέσεις. Οι θεραπευτές που δουλεύουν με άτομα που υποφέρουν από προβλήματα βουλιμίας δεν μπορούν παρά να έρθουν αντιμέτωποι με το τόσο συχνό φαινόμενο των τραυματικών γεγονότων που έχουν συμβεί κατά την παιδική τους ηλικία. Θάνατοι, αποχωρισμοί, οικογενειακοί καυγάδες, πειράγματα, απειλές στιγματίζουν με προκλητική συχνότητα τις ζωές των ατόμων αυτών. (Γιαννακούλια 2007)
- ι Ασθενείς με **anorexia nervosa** που αύξησαν το βάρος τους πολύ γρήγορα ή κάτω από πίεση.
- ι Διαταραχή προσωπικότητας (<30%) η αναλυτική ψυχοθεραπεία συχνά επιβεβαιώνει αυτές τις διαπιστώσεις. Ο Dr Μάικλ Στρόνμπερ απ' το **UCLA**, αυθεντία στις διαταραχές πρόσληψης τροφής και προσωπικότητας, δήλωσε πως μια λεπτομερής διερεύνηση του εσωτερικού κόσμου αυτών των ασθενών αποκαλύπτει «τον πανταχού παρόντα» φόβο τους μήπως φανούν αδύναμοι, ανεπαρκείς και μέτριοι. Δεικνύει την ανικανότητά τους να αντλήσουν ικανοποίηση από την

ξεκούραση και τη διασκέδαση, ένα δισταγμό να ρισκάρουν και να αντιμετωπίσουν νέες καταστάσεις, να συμμετάσχουν σε αυθόρμητες ή τολμηρές πράξεις ή να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και να διατυπώσουν τη στάση τους απέναντι στις παρορμήσεις και στις επιθυμίες τους τις οποίες θεωρούν εμπόδια που τους αποσπούν από την επίτευξη ανώτερων ηθικών στόχων. Ο Dr Στρόμπερ ισχυρίζεται πως αυτού του είδους τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας αφήνουν τα άτομα «απελπιστικά απροετοίμαστα» απέναντι στις αναπτυξιακές απαιτήσεις της εφηβείας. (Σίμος 2006)

- | Ανεξέλεγκτη και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
- | Παραβατικότητα, αντικοινωνική συμπεριφορά (π.χ κλεπτομανία)
- | Σεξουαλική υπερδραστηριότητα με πολλούς συντρόφους
- | Χρήση αλκοόλ, ναρκωτικά
- | Προβληματική οικογένεια (διαζύγιο, δυσλειτουργικές σχέσεις, χρήση ουσιών) (<http://www.e-psychology.gr>)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 1. 4. 1 Διάγνωση

Για μια βουλιμική γυναίκα, διατροφική κραιπάλη σημαίνει να καταναλώσει ολόκληρα κουτιά μπισκότων ή λίτρα κόλας, μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα. Ανάμεσα στις μεθόδους αυτό-εξαγνισμού περιλαμβάνονται η εκούσια πρόκληση εμετού, η χρήση διουρητικών χαπιών ή καθαρτικού. Οι βουλιμικοί έφηβοι χρησιμοποιούν συνήθως διεγερτικά καθαρτικά, επειδή αυτά προκαλούν διάρροια σε μικρό χρονικό διάστημα μετά το φαγητό. Έτσι, χάνουν τα υγρά και τους δημιουργείται η ψευδής εντύπωση ότι έχουν χάσει βάρος. Ο πόνος στην κοιλιά – μια από τις παρενέργειες – δίνει σωματική διάσταση στον συναισθηματικό πόνο του εφήβου. Η κακή χρήση καθαρτικών μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα, όπως, για παράδειγμα, αφυδάτωση και διαταραχή της ισορροπίας των ηλεκτρολυτών. Πολλοί ανορεξικοί παρουσιάζουν επίσης δυσκοιλιότητα από τον συνδυασμό της ανεπαρκούς λήψης μεγάλου όγκου τροφής, τους συχνούς εμέτους και τη χρήση των καθαρτικών, και υπάρχει η πιθανότητα να περάσουν μέρες ολόκληρες χωρίς καμιά κίνηση των εντέρων τους. (Ανσογούρθκαι Μπάρρετ 2003)

Τα άτομα που παρουσιάζουν ψυχογενή βουλιμία εμφανίζουν επανειλημμένα επεισόδια κατανάλωσης μεγάλης ποσότητας τροφής. Κατά τη διάρκεια επεισοδίου υπερφαγίας τα άτομα αυτά αισθάνονται ότι έχουν χάσει τελείως τον έλεγχο και αδυνατούν να σταματήσουν. (<http://www.paxysarkia.net>)

Τα βουλιμικά άτομα περνούν μερικές ημέρες με ελάχιστη τροφή και μετά κυριεύονται από μια ανεξέλεγκτη επιθυμία να φάνε και καταβροχθίζουν σχεδόν ότι φαγώσιμο βρεθεί μπροστά τους. Μπορεί να φάνε ασυνήθιστους συνδυασμούς νωπών και μαγειρευτών τροφών, γλυκών και αλμυρών σε τεράστιες ποσότητες. (Στόππαρντ Μ. 2005)

Το επεισόδιο υπερφαγίας διακόπτεται συνήθως εξαιτίας ορισμένων συνθηκών, π.χ επειδή παρεμβαίνει κάποιος τρίτος ή όταν πια το άτομο αισθάνεται δυσφορία ή ναυτία. Τα επεισόδια υπερφαγίας συνήθως διαρκούν λίγο(το πολύ 2 - 3 ώρες) αλλά η ποσότητα τροφής που καταναλώνεται είναι πολύ μεγαλύτερη από αυτή που θα έτρωγε ένα φυσιολογικό άτομο υπό παρόμοιες συνθήκες. Οι συχνοί παροξυσμοί υπερφαγίας οδηγούν συχνά σε παχυσαρκία. Είναι χαρακτηριστικό για τα άτομα που πάσχουν από βουλιμία να είναι τελειομανείς σαν χαρακτήρες και να δίνουν εξαιρετική σημασία στην εξωτερική τους εμφάνιση. Παρά το γεγονός αυτό, δεν τρέφουν συνήθως εκτίμηση για τον εαυτό τους και νιώθουν ενοχές για την αδυναμία αυτοελέγχου. (<http://www.paxysarkia.net>)

Πολλοί μπερδεύουν τη βουλιμία με τη λαιμαργία, όμως στην πραγματικότητα πρόκειται για 2 εντελώς διαφορετικά πράγματα. Το γρήγορο και πολύ φαγητό που χαρακτηρίζει τους λαιμαργούς, δεν έχει καμία σχέση με ένα βουλιμικό επεισόδιο, που συνήθως συνδέεται με σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα. Ενώ μετά την κρίση προσπαθεί να βγάλει με βία ότι έφαγε. (Μίσιρα και Μπαστάλε 2006).

Ορισμένα άτομα τρώνε φυσιολογικά, αλλά αμέσως μετά αναγκάζουν τον εαυτό τους να κάνει εμετό ή λαμβάνουν τεράστιες ποσότητες καθαρτικών για να απαλλαγούν από την τροφή. (Στόππαρντ Μ. **2005**) Αυτοί που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία παγιδεύονται σε ένα φαύλο κύκλο συμπεριφορών που ενισχύεται από τα συναισθήματά τους, την ενοχή, την ντροπή, την αηδία και την απέχθεια για τον εαυτό τους. Πρόκειται για ιδιαίτερα κοινωνικά άτομα που παρουσιάζουν έναν κοινωνικό εαυτό με αυτοπεποίθηση, επιτυχία και ευτυχία, γι' αυτό η υποκειμενική διαταραχή διαδραμεί για χρόνια. Το δυσάρεστο γεγονός είναι ότι νιώθουν απόγνωση, δεν είναι πραγματικά ευτυχισμένοι, έχουν ιδιαίτερα χαμηλή αυτοεκτίμηση και μπορεί να παρουσιάζουν σοβαρή κατάθλιψη. (Ζαμπέλας **2003**)

**1.4.2 Τα κριτήρια για τη διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας θα μπορούσαμε συνοπτικά να πούμε ότι είναι τα ακόλουθα:**

- ι Επανελημμένα υπερφαγικά-βουλιμικά επεισόδια.
- ι Αίσθημα έλλειψης αυτοελέγχου κατά τη διάρκεια των βουλιμικών επεισοδίων που ακολουθούνται από συναισθήματα ενοχής και αυτοεκτίμησης (μετα-υπερφαγική αγωνία).
- ι Αλόγιστη χρήση υπακτικών και διουρητικών καθώς και αυτοπροκαλούμενοι εμετοί σε μια προσπάθεια για έλεγχο του βάρους (καθαρτικός τύπος).
- ι Τουλάχιστον **2** βουλιμικά επεισόδια εβδομαδιαία για **3** τουλάχιστον μήνες.
- ι Εκτίμηση του εαυτού από το σωματικό σχήμα και βάρος(Μορτόγλου, Μορτόγλου **2002**).
- ι Τερματισμός της βουλιμίας λόγω κοιλιακού άλγους, ύπνου ή πρόκληση εμετού.
- ι Αφανής σίτιση στη διάρκεια της βουλιμίας.
- ι Επαναλαμβανόμενες προσπάθειες απώλειας βάρους.
- ι Συχνές διακυμάνσεις περισσότερο από **4.5 kg** (Murtagh J. **2004**)

**1. 4. 3 Διαγνωστικά κριτήρια για ψυχογενή βουλιμία(Bulimia Nervosa) κατά τη διαθνή ψυχιατρική ορολογία και το διεθνές σύστημα ταξινόμησης DSM - IV (1994) και ICD - 10 των ψυχικών παθήσεων.**

- Επανελημμένα επεισόδια περιστασιακής και ανεξέλεγκτης πολυφαγίας (ή διατροφικής υπερβολής), παρ' ότι το άτομο μπορεί να είναι ελλιποβαρές. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας (**bringe eating**) χαρακτηρίζεται από:
  1. Κατανάλωση σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ μέσα σε **2** ώρες) μιας ποσότητας τροφής, σαφώς μεγαλύτερης από αυτή που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου(υπό φυσιολογικές συνθήκες).
  2. Αίσθηση απώλειας ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (το άτομο νιώθει ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγχει το τι και πόσο πολύ τρώει.
- Επανελημμένη, ακατάλληλη και υποτροπιάζουσα συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η ανεπιθύμητη αύξηση βάρους, όπως: αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, κατάχρηση καθαρτικών, διουρη-τικών, κατασταλτικών της όρεξης, ψυχοτρόπων ή άλλων φαρμάκων, νηστεία (πλήρης αποχή από το φαγητό), εξουθενωτική σωματική άσκηση.



- Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και η ακατάλληλη διορθωτική συμπεριφορά εμφανίζονται κατά μέσο όρο, τουλάχιστον **2** φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα **3** μηνών.
- ι Η αυτοεκτίμηση και ο αυτοέλεγχος μειώνονται υπέρμετρα λόγω του βάρους, του σχήματος και της εικόνας του σώματος. (<http://www.jeremy-nutrifit.gr>). Συνοπτικά θα λέγαμε ότι πρόκειται για εθιστική συμπεριφορά, μια υστερική κατάσταση με επαναλαμβανόμενες ψυχαναγκαστικές κρίσεις λαιμαργίας «ψεύτικης πείνας», με απώλεια αυτοελέγχου (του είδους και ποσότητας τροφής), μυστικότητα, μειωμένη αυτοπεποίθηση και άσχημο ψυχολογικό υπόβαθρο (συχνές τύψεις, μελαγχολία, ντροπή, εκνευρισμό, απομόνωση) εύκολη δικαιολογία για εκτόνωση είναι το φαγητό, δηλ. δρα ως αγχολυτικό! Μερικές φορές αντανακλάται ως ένα «βουνό» μίσους, δηλ. μια εσωτερική διαμάχη – εκδίκηση του ατόμου με κάποια συγκεκριμένη «απαγορευμένη» τροφή, την οποία έχει στερηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα (ως ανταμοιβή ή ως μορφή αποζημίωσης). Η κλινική εμπειρία και οι έρευνες αποδεικνύουν πως η διαταραχή της ανεξέλεγκτης υπερφαγίας έχει ευρύτερη κατανομή απ' ότι η ψυχογενής βουλιμία. Είναι πιο ομαλά κατανεμημένη σε άντρες και γυναίκες, άτομα της μαύρης φυλής παρουσιάζουν τον ίδιο κίνδυνο εκδήλωσης της διαταραχής με τους λευκούς, ενώ η ηλικία των ατόμων είναι ευρύτερης κλίμακας, κυμαινόμενη από τα είκοσι έως τα

πενήντα χρόνια. Στις μέρες μας επικρατεί εσφαλμένη αντίληψη πως όλοι οι άνθρωποι που πάσχουν από διαταραχή της ανεξέλεγκτης υπερφαγίας είναι υπέρβαροι. Οι έρευνες στο γενικό πληθυσμό δείχνουν πως μόνο οι μισοί περίπου είναι υπέρβαροι. (Κούτσικας **2008**)

#### 1. 4. 4 Το γνωσιακό μοντέλο της νευρογενούς βουλιμίας.

Χαμηλή αυτοεκτίμηση

↓

Δυσλειτουργικές και δογματικές πεποιθήσεις για την ευτυχία, την επιτυχία στη ζωή και την εικόνα του φυσικού σώματος. Διπολική σκέψη και γενίκευση όπως:

«Όταν κανείς είναι λεπτός είναι επιτυχημένος, γοητευτικός και ευτυχιμένος. Πρέπει να είμαι λεπτός.» «Το πάχος είναι αποτυχία, δυστυχία και κατάσταση που δημιουργεί αποστροφή. Πρέπει να μην είμαι χοντρός.» «Ο αυτοέλεγχος είναι ένδειξη δύναμης και πειθαρχίας, δεν πρέπει να ενδίδω σε πειρασμούς.» «Οτιδήποτε λιγότερο από την απόλυτη επιτυχία είναι απλά αποτυχία.»

↓

ΑΠΟΦΑΣΗ: Θέτω και ακολουθώ αυστηρούς κανόνες: τι να μη φάω, πότε και πόσο να φάω.

↓

Αρχικά πολύ αυστηρή διαίτα.

↓

Απώλεια ελέγχου - Βουλιμία.

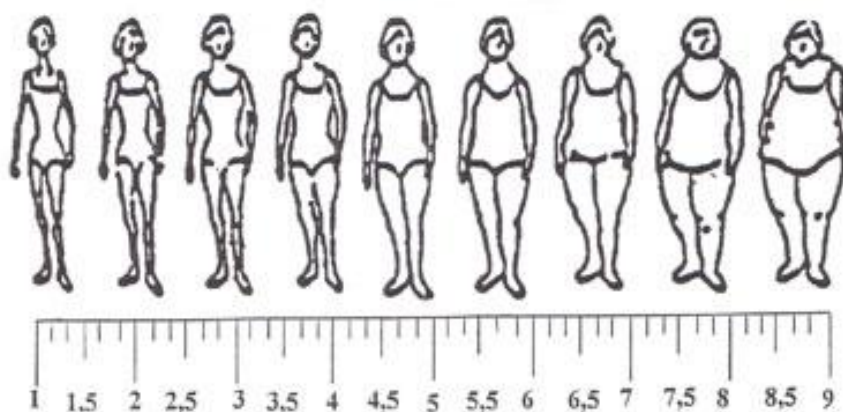
↓

Ενοχές, αυτομορφή και επαναμορφωτικές συμπεριφορές (εμετός, καθαρτικά)



Βραχυπρόθεσμα ανακούφιση αλλά μακροπρόθεσμα ενίσχυση της δυσλειτουργικής κατάστασης. (<http://www.paxysarkia.net>)

Η έγκαιρη διάγνωση της νόσου παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο στη θεραπεία. Είναι σημαντικό να δημιουργηθούν δυνατές ομάδες με έμπειρους ψυχιάτρους, κλινικούς ψυχολόγους, οικογενειακούς συμβούλους και γυμναστές που θα αναλαμβάνουν τη σωστή θεραπεία των ατόμων που πάσχουν από αυτή την ασθένεια. Συχνές και τακτικές επισκέψεις είναι σίγουρα σημαντικές ακόμα και μετά τη θεραπεία. ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr))



## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

### Τύποι Βουλιμίας

Υπάρχουν **2** τύποι βουλιμίας:

#### Διορθωτική ή ακυρωτική συμπεριφορά

Ο ασθενής απέχει από το φαγητό και γυμνάζεται υπερβολικά. Η βουλιμία παρουσιάζεται συχνότερα στις γυναίκες παρά στους άντρες. Σύμφωνα με το Αμερικανικό Σύνδεσμο Διαιτολογίας, ποσοστά **1-5%** παρουσιάζουν βουλιμία είναι κοπέλες στην εφηβεία ενώ το ποσοστό αυξάνεται στο κολέγιο και στο πανεπιστήμιο. Τα κρούσματα την ψυχογενούς βουλιμίας αυξάνονται με πολύ γρήγορο ρυθμό. Η ασθένεια αυτή, δεν κοιτάζει κοινωνικές τάξεις, αλλά σίγουρα τα κοινωνικά πρότυπα και οι απαιτήσεις της σημερινής κοινωνίας είναι παράγοντες που εντείνουν στην εκδήλωση των ασθενειών αυτών. ([www.psychologia.gr](http://www.psychologia.gr)).

Επιπλέον, και δύο τύποι βουλιμικών ατόμων:

1. καθαρτικός τύπος: στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε προκλητούς εμετούς ή σε κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλισμών.
2. Μη καθαρτικός τύπος: στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο

χρησιμοποιεί άλλες απρόσφορες αντιρροπιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε προκλητούς εμετούς ή σε κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλισμών, προκειμένου να διατηρήσει το βάρος του. (Ζαμπέλας 2003)

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

## 1.5 Συμπτώματα

Είναι σίγουρο πως η σύγχρονη κοινωνία έχει να επιδείξει πολλά στοιχεία που συνέβαλαν αποφασιστικά στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου στις ανεπτυγμένες χώρες. Παράλληλα όμως φαίνεται πως υπάρχουν και σημαντικές «παρενέργειες» στην γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου. Στην διατροφική πλευρά του θέματος παρατηρούνται ολοένα και νέα προβλήματα. ([www.paxysarkia.net-2006](http://www.paxysarkia.net-2006) - βουλιμία και διαταραχές)

Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία δίνουν τεράστια σημασία στην εξωτερική τους εμφάνιση. Χαρακτηριστικά της ψυχογενούς βουλιμίας εμφανίζεται το σύνδρομο «τσιμπολογήματος». Ασταμάτητα τσιμπολογήματα σε τακτά χρονικά διαστήματα, με αποτέλεσμα το άτομο να καταναλώνει πολύ μεγαλύτερες ποσότητες τροφής απ' ό τι ένα φυσιολογικό άτομο θα έτρωγε. (Πανοτόπουλος 2008)

Σε πολλές περιπτώσεις η απώλεια ελέγχου συμπεριφοράς του ατόμου που πάσχει από ψυχογενή βουλιμία οδηγεί σε:

- Εφαρμογή ακραίων διαιτολογίων
- Απότομη αύξηση της δραστηριότητάς τους
- Διαταραχές στην ηλεκτρολυτική ισορροπία του οργανισμού,

όπως, ελλείψεις ψευδαργύρου (Zn), χαλκού (Cu) κ.λπ με τα ανάλογα συμπτώματα και συνέπειες. ([www.paxysarkia.nlt-2006](http://www.paxysarkia.nlt-2006)- βουλιμία και διαταραχές).

Τα άτομα που πάσχουν από βουλιμία συνήθως είναι ανικανοποίητοι με το σώμα τους. Αναμασούν διαρκώς στο μυαλό τους την ιδέα πως είναι υπέρβαροι και πως συγκεκριμένα μέρη του σώματός τους είναι παράξενα και μη ελκυστικά. Πολλοί βουλιμικοί έχουν μάθει κατά την παιδική τους ηλικία να χρησιμοποιούν το φαγητό σαν ένα τρόπο να τιθασεύσουν το άγχος τους. Ο φόβος της παχυσαρκίας όμως, η αίσθηση ανεπάρκειας, οι ενοχές, η ντροπή είναι τα κύρια συναισθήματα που εναλλάσσονται στους βουλιμικούς που συχνά εγκλωβίζονται σε έναν φαύλο κύκλο. Έτσι καταφεύγουν σε προκλητό εμετό ή σε καθαρτικά σκευάσματα, που επαναφέρουν κάποια πρόσκαιρη ψυχική ηρεμία η οποία μετά από λίγο δίνει τη σκυτάλη σε αισθήματα κατάθλιψης, ντροπής, απαξίωσης και αδιεξόδου. (<http://eatingdisorders.gr>)

Τα συμπτώματα μπορεί να προκαλέσουν περιορισμό στην κοινωνική ζωή του ασθενούς (λόγου χάριν αποφεύγει να βγαίνει για φαγητό, από φόβο μήπως συμβεί κάποιο βουλιμικό επεισόδιο).

Η διαταραχή μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη για τον ασθενή, ειδικά σε περιπτώσεις με μεγάλη συχνότητα επεισοδίων εμετών, καθώς ο οισοφάγος μπορεί να γίνει πολύ αδύναμος και να σπάσει.

([www.psyohealth.gr](http://www.psyohealth.gr))

Στα άτομα με ψυχογενή βουλιμία υπάρχει αυξημένη



συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (π.χ. χαμηλή αυτο-εκτίμηση) όπως και Μείζονος καταθλιπτικής Διαταραχής και Δυσθυμικής Διαταραχής, που μπορεί να εμφανίζονται ταυτόχρονα ή να προηγούνται της διαταραχής. Επίσης υπάρχει αυξημένη συχνότητα συμπτωμάτων (π.χ. φόβος κοινωνικών καταστάσεων), Αγχωδών Διαταραχών, κατάχρησης ουσιών και εξάρτησης από ουσίες (ιδιαίτερα αλκοόλ και διεγερτικών) και Διαταραχών της προσωπικότητας (πιο συχνά της Μετ αιχμιακής Διαταραχής της προσωπικότητας). (Σίμος 1996)

Όλη αυτή η συμπεριφορά, αναπόφευκτα προκαλεί κάποιες ανεπανόρθωτες βλάβες και χαρακτηρίζεται και από κάποια συμπτώματα πιο συγκεκριμένα ως συμπτώματα-χαρακτηριστικά της βουλιμίας αναφέρονται τα εξής:

- ι Φυσιολογικό βάρος.

Η βουλιμία δεν συνοδεύεται αναγκαστικά από έλλειψη βάρους.

- ι Υπερφαγία - πρόσληψη τεράστιων ποσοτήτων τροφής.

Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια υπερκατανάλωσης τροφής, χάνοντας τον έλεγχο.

- ι Εμετός ή λήψη καθαρτικών μετά το φαγητό.

Είναι κάποια από τα αντισταθμευτικά μέσα για την αποφυγή απόκτησης βάρους, που χρησιμοποιεί ένα βουλιμικό άτομο.

- ι Εξαφάνιση στην τουαλέτα μετά τα γεύματα.

Αποτελεί συχνό φαινόμενο σε βουλιμικά άτομα, θέλοντας να ελέγξουν το βάρος τους μ' αυτό τον τρόπο, προκαλώντας εκούσιο εμετό.

- ι Το άτομο αισθάνεται αβοήθητο και μόνο.

Πολλά βουλιμικά άτομα εγκλωβισμένα στον φαύλο κύκλο της κατάστασης που βιώνουν, αισθάνονται αβοήθητα, αφού το γεγονός αυτό παραμένει ένα καλά «φυλαγμένο» μυστικό, με αποτέλεσμα πολλές φορές να παρουσιάζουν και φαινόμενα κατάθλιψης. (<http://www.eatingdisorderw.gr>)

- ι Ακατάστατη εμμηνόρροια.

Το φαινόμενο αυτό αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο της νόσου, γεγονός ου προκαλείται από την απώλεια της φυσιολογικής δραστηριότητας των οιστρογόνων.

- ι Πονόλαιμος.

Αίσθημα που προκαλείται από τους εκούσιους εμετούς που διαπράττει το βουλιμικό άτομο προκειμένου να απαλλαγεί από την τροφή και να ελέγξει έτσι το βάρος του. (Ζαμπέλας 2003)

- ι Αφυδάτωση και κακή κατάσταση δέρματος.

Είναι κάποια από τα δερματολογικά προβλήματα που

συναντώνται, όπως επίσης ξηροδερμία, κιτρίνισμα στις παλάμες των χεριών (λόγω της υπερκαροτιναιμίας) και αδύνατα νύχια.

ι Κοινωνική απομόνωση.

Τα βουλιμικά άτομα χαρακτηρίζονται από έντονη ενασχόληση με την τροφή και ανικανότητα να ρυθμίσουν τη διαιτητική τους πρόσληψη σε φυσιολογικά πλαίσια, γεγονός που συχνά καταλήγει να αποφεύγουν συστηματικά τις κοινωνικές συναρθροίσεις, πολύ περισσότερο όταν «αυτές» συνοδεύονται και από φαγητό. (Ανσγουρθ και Μπάρρετ 2003)

ι Πρησμένοι σιαλογόνοι αδένες.(Στόππαρντ 2005)

Επίπτωση σοβαρή, η οποία δημιουργείται από την πρόκληση εμετών. (Στόππαρντ 2005)

ι Βλάβες αδαμαντίνης των δοντιών και των δακτύλων(σημείο **Russel**) λόγω των προκλητών εμετών.

Τα οξέα του στομάχου που ελευθερώνονται από την πρόκληση εμετών προκαλούν ανεπανόρθωτες βλάβες στην αδαμαντίνη και το σμάλτο των δοντιών με εμφανή οδοντική διάβρωση. Πολλά άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν μια εικόνα στοματικής κοιλότητας πολύ άσχημη. Εκτός των δοντιών πρόβλημα παρουσιάζουν και τα δάκτυλα των βουλιμικών, λόγω των οξέων του στομάχου, καθώς επίσης πολύ συχνά έχουμε και την

εμφάνιση χειλίτιδας και γλωσσίτιδας. (Zέλλου 2008)

- | Ληθαργικότητα.
- | Μεταπτώσεις στη διάθεση
- | Χρόνιο άγχος, υπερένταση, κατάθλιψη.  
Δυσθυμία, έντονες αλλαγές διάθεσης και αγχώδες συμπεριφορά αποτελούν τυπικά συμπτώματα της νόσου, ενώ καταγράφονται και μειωμένη ικανότητα προσοχής, συγκέντρωσης, μνήμης, κρίσης, εγρήγορσης και δυνατότητας για σύνθετη σκέψη. ([http://www. Jeremy-nutrifit.gr](http://www.Jeremy-nutrifit.gr))
- | Εκδραματίσεις (σεξουαλικές, αυτοτραυματισμοί)
- | Κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών.
- | Κλοπές.  
Τα βουλιμικά άτομα, προκειμένου να καταναλώνουν «τεράστιες» ποσότητες φαγητού ξοδεύουν υπέρογκα πόσα γι' αυτό, με αποτέλεσμα να «βγαίνουν» εκτός προϋπολογισμού. Ο φαύλος κύκλος στον οποίο είναι εγκλωβισμένοι και συνάμα εθισμένοι δεν τους αφήνει περιθώρια να σκεφτούν και πολλές φορές οι κλοπές χρημάτων είναι η μόνη και η πιο εύκολη λύση. Συνήθως οι κλοπές γίνονται σε άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος με αποτέλεσμα να κλονίζονται σημαντικά οι οικογενειακές σχέσεις. (Ματάλα 2008)

- | Συμπεριφορά συγκάλυψης, απόκρυψης και εξαπάτησης (μυστικοπάθεια, ψευδολογία).
- | Υπερδραστηριότητα-οι εξαιρέσεις δεν είναι σπάνιες.

Πολλά βουλιμικά άτομα επιδίδονται με ζήλο σε υπερβολική άσκηση προκειμένου να κρατηθούν σε όσο το δυνατό χαμηλά επίπεδα βάρους. Οι εξαιρέσεις ωστόσο δεν είναι σπάνιες, διότι κατά την πάροδο της νόσου σημαντικές ποσότητες μυϊκής μάζας εξαντλούνται, με αποτέλεσμα να εξασθενεί η μυϊκή λειτουργία, γεγονός όμως που, κατά κανόνα, δεν εμποδίζει τους ασθενείς να εμμένουν σε υπερβολική αθλητική δραστηριότητα, την μειώνουν όμως έστω και στο ελάχιστο. (Σίμος **2006**)

- | Πολυδιψία-πολυουρία

Όταν οι ασθενείς κάνουν χρήση καθαρτικών ή διουρητικών, καθώς και όταν προκαλούν εκούσια εμετό, παρατηρείται χρόνια αφυδάτωση, ως αποτέλεσμα αυτής της επιπλοκής να εμφανίζεται πολυδιψία και πολυουρία.

- | Αναφερόμενα οιδήματα και διάρροια

Επίσης στη ψυχογενή βουλιμία, επίσης συνήθεις είναι μια σειρά γαστρεντερικών διαταραχών, όπως γαστρική διαστολή, δυσκοιλιότητα, αλλά και παγκρεατίτιδα και γαστρεντεροπάθειες. (Χούνου **2008**)

- ι Κατάθλιψη, αυτοκτονικός ιδεασμός (<http://www.e-psychology.gr>)

Πολύ συχνό φαινόμενο σε άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία είναι η εμφάνιση κατάθλιψης, η οποία ψυχική διαταραχή αυτή, μπορεί να αποβεί μοιραία, οδηγώντας τα άτομα στο σημείο να σκέπτονται να αφαιρέσουν και την ίδια τους τη ζωή. Δεν είναι τυχαίο ότι η μοιραία κατάληξη των περιστατικών ψυχογενούς βουλιμίας προέρχεται κατά μεγάλο ποσοστό σε αυτοκτονία (Μίσσιρα 2006).

Στα συμπτώματα βουλιμίας, το υπουργείο Υγείας της Βρετανικής Κολούμπια συμπεριλαμβάνει τα παρακάτω:

- Ø Η βουλιμική γυναίκα καταναλώνει τεράστιες ποσότητες φαγητού, αλλά παίρνει ελάχιστο βάρος.
- Ø Γίνεται υπερευαίσθητη, μυστικοπαθής και ευερέθιστη στα θέματα που αφορούν το φαγητό και την κατανάλωσή του.
- Ø Μετά τα γεύματα πηγαίνει στο μπάνιο και κάνει κρυφά εμετό.
- Ø Την πονάει ο λαιμός της και η φωνή της είναι βραχνή.
- Ø Παρουσιάζει ενδείξεις εμετού ή κατάχρησης καθαρτικών. (Άνσογουρθ και Μπάρρετ 2003)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### 1. 6 Συνέπειες-Επιπλοκές

Κορυφαίοι γκουρού της ψυχολογίας το λένε καθαρά: “Είμαστε ότι τρώμε. Η διατροφή επηρεάζει την υγεία, τα συναισθήματα και την εμφάνιση μας”.

Οι περισσότεροι από εμάς πάσχουμε από χρόνια αφυδάτωση χωρίς να το γνωρίζουμε με αποτέλεσμα να υποφέρουμε από κόπωση, πονοκεφάλους, δυσπεψία, πόνους στις αρθρώσεις, τα οποία είναι τα πλέον συνήθη συμπτώματα της αφυδάτωσης. **(Marie Claire Diet 2005)**

Η έλλειψη βιταμινών, μεταλλικών στοιχείων, ιχνοστοιχείων και βασικών διατροφικών συστατικών αναδεικνύεται ξεκάθαρα από την κατάσταση του δέρματος, των μαλλιών και των νυχιών.

Ανεπάρκειες των βασικών αυτών διατροφικών συστατικών μπορεί να προκληθούν από χημικές ή ορμονικές διαταραχές, ασθένειες, ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων, περιορισμό της πρόσληψης τροφής, κακή διατροφή, καταστάσεις **stress** και άλλους περιβαλλοντικούς ή γενετικούς παράγοντες. Οι περισσότερες από τις καταστάσεις που προκαλούνται από διατροφικές ανεπάρκειες θα αποκατασταθούν μόλις επανέλθει η διατροφική ισορροπία. **(Pharma plus link '06-'07)**

Συγκεκριμένα όμως, σε ότι αφορά την ψυχογενή βουλιμία, αυτή η αλόγιστη χρήση υπακτικών που γίνεται και διουρητικών,



σε συνδυασμό με τους αυτοπροκαλούμενους εμετούς, είναι αναπόφευκτο και λογικό επακόλουθο να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες και επιπλοκές στον οργανισμό του ατόμου που πάσχει. (Μορτόγλου, Μορτόγλου **2002**)

Ως συνέπειες - επιπλοκές της βουλιμίας, χαρακτηριστικά αναφέρονται τα εξής:

- ι Εμετός: Το οξύ του στομάχου διαλύει το σμάλτο των δοντιών και το πρόσωπο δείχνει πρησμένο (λόγω των διογκωμένων σιαλογόνων αδένων).
- ι Η χρήση καθαρτικών προκαλεί επίπονο πονόκοιλο, πρήξιμο στα δάχτυλα και βλάβη των εντερικών μυών που μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια δυσκοιλιότητα.
- ι Ακανόνιστος καρδιακός ρυθμός, μυϊκή αδυναμία, βλάβη των νεφρών και κρίσεις επιληψίας (Στοππαρντ **2005**).
- ι Ερεθισμό του πρωκτού και του ανώτερου πεπτικού συστήματος.
- ι Διάρρηξη των τριχοειδών αγγείων των ματιών.
- ι Πληγές στις εξωτερικές αρθρώσεις των δαχτύλων από την πρόκληση εμετών.
- ι Οι συνεχείς εμετοί σε συνδυασμό με την χρήση διουρητικών

και καθαρτικών μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές και αφυδάτωση(Μορτόγλου, Μορτόγλου **2002**)

- | Υποκαλιαιμία, υπονατρίαζαία, υποχλωραιομία και μεταβολική αλκάλωση και οι διάρροιας από τη λήψη καθαρτικών μεταβολική οξέωση. ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr))
- | Σε ορισμένα άτομα υπάρχει μέτρια αύξηση της αμυλάσης του ορού. (Mauino, Dennerstein **2004**)
- | Έλκη και πληγές της υπερώας και του φάρυγγα.
- | Ουλίτιδα.
- | Τύλοι των δαχτύλων.
- | Διαταραχή του επιπέδου συνείδησης.
- | Ειλεός (<http://www.psychology.gr>)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### 1.7.1 Θεραπεία

Ο ασθενής και η οικογένεια του πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι η βουλιμία είναι ένα σημαντικό πρόβλημα για το οποίο χρειάζεται συστηματική θεραπευτική παρέμβαση. Άτομα με ψυχογενή βουλιμία συνήθως δεν χρειάζονται νοσηλεία σε νοσοκομείο. Χρειάζεται όμως ψυχοθεραπεία (ατομική ή ομαδική) προκειμένου να επεξεργαστεί το άτομο τις ψυχολογικές δυσκολίες που το εμποδίζουν να λειτουργήσει ικανοποιητικά. Επίσης όλη η οικογένεια χρειάζεται ενδεχομένως ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, ώστε οι αντιδράσεις των μελών να είναι τέτοιες που να διευκολύνουν την πορεία του ατόμου προς ανεξαρτητοποίηση και αυτονομία. Ορισμένες φορές χρησιμοποιούνται και τεχνικές που στοχεύουν στο να ενισχύσουν τη σωστή συμπεριφορά γύρω από το φαγητό και να αποθαρρύνουν τα βουλιμικά επεισόδια.

Ορισμένα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι επίσης αποτελεσματικά για τη μείωση των βουλιμικών επεισοδίων. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα της αντικαταθλιπτικής αγωγής είναι αμφιλεγόμενη, επειδή φαίνεται ότι οι περισσότεροι ασθενείς υποτροπιάζουν γρήγορα. (<http://www.paxysarkia.net>)

Η θεραπεία αφορά τόσο στον σωματικό όσο και στον ψυχικό τομέα. Συχνά έχει χαρακτήρα επείγουσας σωματικής ή ψυχικής αιτιολογίας π.χ εντονότατη καχεξία, ηλεκτρολυτικές και ορμονικές

διαταραχές, απόπειρα αυτοκτονίας, εντονότατη έκρηξη άγχους ιδίως μετά από βουλιμική κρίση. Τις περισσότερες φορές η έναρξη της θεραπείας απαιτεί το χωρισμό από το οικογενειακό περιβάλλον με ταυτόχρονη ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. (Πάλλης 2008). Φυσικά, υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις κατά τις οποίες η νοσοκομειακή περίθαλψη επιβάλλεται. Από αυτές, οι σημαντικότερες είναι πέντε:

1. Ορισμένοι άνθρωποι με προβλήματα βουλιμίας υποφέρουν σε τόσο μεγάλο βαθμό από κατάθλιψη που δεν μπορούν να επωφεληθούν από εξωτερική θεραπεία.
2. Κάποιοι έχουν τάσεις αυτοκτονίας και κατά συνέπεια χρειάζονται την προστασία που παρέχει ένα νοσοκομείο.
3. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η σωματική υγεία του ατόμου αποτελεί λόγο για την εξασφάλιση φροντίδας.
4. είναι καλό οι γυναίκες που βρίσκονται στα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης τους να εισάγονται στο νοσοκομείο εφόσον οι συνήθειες διατροφής τους είναι διαταραγμένες, γιατί υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι επέρχεται ένα αυξημένο ποσοστό αποβολών σε αυτές τις περιπτώσεις.
5. Η νοσοκομειακή περίθαλψη ενδείκνυται επίσης για τα άτομα που δεν ανταποκρίθηκαν στην παρεχόμενη

εξωτερική θεραπεία. (Ραγιά 1993)

### 1. 7 .2 Αντιμετώπιση

ΟΜΑΔΑ: Παιδίατρος, Παιδοψυχίατρος, Διαιτολόγος

#### Αντιμετώπιση - Στόχοι

1. Αποκατάσταση των σωματικών λειτουργιών και του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα.
2. Επανακαθιέρωση φυσιολογικών διατροφικών συνηθειών.

#### Αντιμετώπιση

1. Αντιμετώπιση απειλητικών για τη ζωή διαταραχών - ενδείξεις εισαγωγής στο Νοσοκομείο.
2. Κέντρα ημέρας (3 - 5 ημέρες/εβδομάδα, 6-9 ώρες/ημέρα).
3. Αντιμετώπιση εξωτερικών ασθενών

- | Ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία
- | Φαρμακοθεραπεία
- | Διαιτητική παρακολούθηση και επιτήρηση της γενικότερης υγείας των ασθενών (<http://www.e-psychology.gr>)

Η αύξηση του σωματικού βάρους πρέπει να γίνεται κάτω από στενή ιατρική παρακολούθηση γιατί η απότομη αύξηση είναι δυνατόν να επιφέρει αιμορραγία από το πεπτικό οίδημα ή, σπανιότερα, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. (Πάλλης 2008)



### 1.7.3 Ενδείξεις Εισαγωγής

- | Σοβαρή υποθρεψία (απώλεια βάρους >25%)
- | Αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές
- | Καρδιακή δυσλειτουργία (σημαντική βραδυκαρδία, αλ-  
λοιώσεις στο ΗΚΓ)
- | Επικείμενο **sock** (ταχυκαρδία, ορθοστατική υπόταση)

#### 1. Οξεία άρνηση λήψης τροφής

- | Ανεξέλεγκτη πολυφαγία
- | Επείγουσες ψυχιατρικές καταστάσεις(π.χ αυτοκτονικός  
ιδεασμός)
- | Ακατάλληλες περιβαλλοντικές συνθήκες για την αντι-  
μετώπιση της διαταραχής (π.χ σοβαρή οικογενειακή  
δυσλειτουργία)
- | Αποτυχία εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης([http://www.e-  
psychology.gr](http://www.e-<br/>psychology.gr))

Απαιτείται μακρόχρονη ατομική ψυχοθεραπεία με παράλληλη υποστηρικτική ή συμβουλευτική συνεργασία με τους γονείς, οικογενειακή θεραπεία, υποστήριξη για κοινωνική ένταξη και ψυχοφαρμακευτική αγωγή. (Πάλλης 2008)

### 1.7.4 Στόχοι Θεραπείας

1. Εγκατάσταση κανονικού προγράμματος διατροφής και διακοπής του φαύλου κύκλου υπερφαγίας-εμετών.
2. Τροποποίηση σκέψεων, πεποιθήσεων και συναισθημάτων που συντηρούν τη βουλιμική συμπεριφορά βάσει του γνωσιακού μοντέλου
3. Θεραπεία των ιατρικών επιπλοκών της βουλιμίας
4. Αντιμετώπιση των συνυπάρχοντων ψυχιατρικών συμπτωμάτων που είναι συνήθη στη βουλιμία
  - i. Ψυχολογική προσέγγιση
  - i. Ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία
  - i. Γνωσιακή -συμπεριφοριστική (θεραπεία εκλογής)
  - ii. Διαπροσωπική
  - iii. Ψυχοδυναμική
  - i. Οικογενειακή θεραπεία
5. Φάρμακα
6. Πρόληψη των υποτροπών



Η διαιτητική αποκατάσταση έχει ως σκοπό να εκπαιδεύσει τον ασθενή ώστε:

- | Να υιοθετήσει τις αρχές της ισορροπίας στη διατροφή
- | Να αντιληφθεί τη συσχέτιση υποθρεψίας και υπερφαγίας
- | Να κατανοήσει τις καταστρεπτικές επιπτώσεις των εμετών και της χρήσης καθαρτικών
- | Να προσλαμβάνει ισορροπημένα γεύματα και τακτικά
- | Να αυξήσει τη φυσική του δραστηριότητα ανάλογα με τη διαιτητική του πρόσληψη και να κατανοήσει τη συσχέτιση μεταξύ ισοζυγίου πρόσληψης και κατανάλωσης ενέργειας.  
(Ζαμπέλας 2003)

### 1.7.5 Ψυχοθεραπεία – Φάρμακα

Η ψυχοθεραπεία είναι το “κλειδί” για ένα καλό αποτέλεσμα που μπορεί να έχει διάρκεια.

Ατομική ψυχοθεραπεία (τεχνικές θετικής ή αρνητικής ενίσχυσης συμπεριφοράς)

Οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Φάρμακα (κυρίως ανταγωνιστές της σεροτονίνης) έχουν θέση κυρίως στην αντιμετώπιση της βουλιμίας. Προσοχή στη χορήγηση-ιδιαίτερα σε ασθενείς με διαταραχή προσωπικότητας.  
(<http://www.e-psychology.gr>)

Σήμερα τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα σε συνδυασμό με ψυχολογική θεραπεία αποτελούν τη βάση της θεραπείας. Οι επιλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης όπως η σερτραλίνη και η φλουοζετίνη μοιάζει να βοηθούν περισσότερο απ' ότι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, όπως η αμιτριπτυλίνη και η ιμιπραμίνη (Ιατρικός οδηγός του 21ου αιώνα, 2002).



Στην ψυχογενή βουλιμία, φαίνεται ότι η πιο αποδοτική θεραπεία είναι η γνωσιακή συμπεριφορική, με ιδιαίτερη έμφαση στην τροποποίηση των συμπεριφορών και των σκέψεων που οδηγούν και διατηρούν τα άτομα στις διαταραχές στη λήψη τροφής. Συνήθως περιλαμβάνει **20** ατομικές συνεδρίες σε περίοδο περίπου **5** μηνών. Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών (**30-50%**) που υποβάλλονται σε θεραπεία αναρρώνουν πλήρως. Στους υπόλοιπους ασθενείς παρατηρείται από μικρή έως μέτρια βελτίωση. Άλλες θεραπευτικές επιλογές στην ψυχογενή βουλιμία αποτελεί η διαπροσωπική θεραπεία, η συμπεριφορική θεραπεία καθώς και οι παρεμβάσεις αυτοβοήθειας με τα αντίστοιχα βιβλία. Η περιορισμένη βιβλιογραφία που υπάρχει σχετικά με την αποτελεσματικότητα διαφόρων μεθόδων ψυχοθεραπείας στην ψυχογενή ανορεξία υποδεικνύει τη χρήση της οικογενειακής θεραπείας ιδιαίτερα σε νεαρούς ασθενείς ή σε αυτούς στους οποίους η ασθένεια ξεκίνησε σε νεαρή ηλικία. Σε μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς έχει χρησιμοποιηθεί η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και η μακροχρόνια ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία.

### 1.7.6 Άτυπες διατροφικές διαταραχές

Διατροφικές διαταραχές που δεν πληρούν όλα τα κριτήρια διάγνωσης

Υψηλή επίπτωση στις έφηβες

Παρόμοιες ψυχικές διαταραχές με το πλήρες σύνδρομο

Μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχούς αντιμετώπισης στα αρχικά στάδια της νόσου (<http://www.e-psychology.gr>)

### 1.7.7 Επανασίτιση

Αποκατάσταση σωματικού βάρους στο **80%** του φυσιολογικού:

- | Εκούσια λήψη τροφής(συχνότερα), Ρινογαστρικός σωλήνας, Παρεντερική σίτιση
- | **3** γεύματα και **2-3** μικρά γεύματα (**snacks**):**3000** θερμίδες/ημέρα
- | Επιθυμητή αύξηση βάρους:**115-350 gr/ημέρα**.  
Διάρκεια **10-14** εβδομάδες.

Η παρέμβαση στις διαταραχές λήψης τροφής απαιτεί τη συνεργασία θεραπειτών από διαφορετικές ειδικότητες λόγω της πολυπλοκότητας της ασθένειας αλλά και των πολλαπλών παραμέτρων που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Μαζί με τον ψυχίατρο ή και τον ψυχολόγο, το νοσηλευτή, τον κοινωνικό λειτουργό, ο διαιτολόγος συμπληρώνει σημαντικά τη θεραπευτική ομάδα, διότι επωμίζεται τα ζητήματα επανεκπαίδευσης του ασθενή στη φυσιολογική σίτιση, με σκοπό την ανάρρωση σε πρώτη φάση και τη διατήρηση της υγείας στη συνέχεια. (Τσιαντής, Μανολόπουλος **1988**)

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΝΑΣΤΙΤΙΣΗΣ

Εμφανίζεται σε ασθενείς με σοβαρή υποθρεψία (απώλεια βάρους>**30%**) όταν επανασιτούν γρήγορα.

- | Ήπια μορφή: οίδημα, αύξηση τρανσαμινασών
- | Βαριά μορφή: υποφωσφαταιμία(καρδιακή ανεπάρκεια, καταστολή ΚΝΣ, αιμολυτική αναιμία, ραβδομυόλυση)

Σε ασθενείς με σοβαρή υποθρεψία η επανασίτιση θα πρέπει να αρχίζει σταδιακά(αρχικά με χορήγηση **800-1000** θερμίδων ημερησίως και σταδιακή αύξηση με **100-200** θερμίδες ημερησίως) και να χορηγείται προφυλακτικά φλωσφορος) (<http://www.e-psychology.gr>).

### 1.7.8 Εναλλακτικές Θεραπείες

Οι εναλλακτικές θεραπείες δεν απευθύνονται στα κυρίως αίτια της βουλιμίας παρά μόνο ανακουφίζουν ένα μέρος της σωματικής ταλαιπωρίας που προκύπτει από αυτή.

**Φυτοθεραπεία:** Χρησιμοποιούνται βότανα που μειώνουν το άγχος και την κατάθλιψη. Για την καταπράυνση στομαχικών πόνων ή φλεγμονής του στόματος δοκιμάστε ρίζα νερομολόχας ή σκόνη φτελιάς.

**Ομοιοπαθητική:** Η ομοιοπαθητική ιατρική συχνά έχει πολύ θετικά αποτελέσματα στη βουλιμία. Σε δύσκολες περιπτώσεις όπου συχνά η συμβατική ιατρική αποτυγχάνει.

**Ψυχοσωματική:** Σωματικές ασκήσεις στους η γιόγκα ή ο χορός μπορούν να βελτιώσουν την εικόνα του βουλιμικού για το σώμα του. Άλλη προσέγγιση είναι ο επαναπρογραμματισμός νοητικών διαδικασιών ώστε ο βουλιμικός να αποκτά έλεγχο πάνω στους κύκλους των κρίσεων. (Ιατρικός οδηγός του 21<sup>ου</sup> αιώνα, 2002)

**ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΑ  
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

**ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Απαραίτητη ημερήσια πρόσληψη ασβεστίου: **1300 mg**

Χορήγηση σκευασμάτων ανθρακικού ασβεστίου

Χορήγηση οιστρογόνων (<http://www.e-psychology.gr>)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### 1.8 Πρόγνωση

Άτομα με ψυχογενή βουλιμία οδηγούνται σταδιακά στην παχυσαρκία, στην εγκατάλειψη και στην κατάθλιψη. Η παθολογική διατροφική συμπεριφορά μπορεί να διαρκεί για πολλά χρόνια και η πορεία χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις ή και από χρόνια συνεχή συμπτωματολογία. Μερικές όμως φορές είναι δυνατό η κατάσταση να βελτιωθεί σημαντικά με την ενηλικίωση. (<http://www.paxysarkia.net>)

Δεν υπάρχουν μελέτες με μακροχρόνιο **follow-up**

Πλήρης αποκατάσταση ή μακροχρόνια ύφεση

Ύφεση: **40-50%**

Επιβαρυντικός παράγων διαταραχή προσωπικότητας

“Άβουλες, υπομονές και μυστικές αγάπες σε φρουρούν και ταπεινωμένη μένεις στον κλοιό...”

*Τίλλα Μπάλη*

“Ναι, είναι και η αφαίρεση...”

(<http://www.e-psychology.gr>)

*ΜΕΡΟΣ*

*ΔΕΥΤΕΡΟ*

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 2.1 Νοσηλευτικές Απόψεις

Οι γυναίκες που αποδέχονται το σώμα τους, με όλες του τις ατέλειες, συνήθως τρώνε πιο υγιεινά, κατά τις ανάγκες τους, σύμφωνα με μια νέα μελέτη. Αυτό φαίνεται να δείχνει ότι οι τυπικοί λόγοι που οδηγούν στη δίαιτα-η έλλειψη ικανοποίησης με την εικόνα του σώματός τους- ενδέχεται να λειτουργεί εν τέλει εις βάρος τους. “Οι γυναίκες μιλάνε συχνά αρνητικά για τα σώματά τους. Πιστεύουν ότι μπορούν να χάσουν βάρος ευκολότερα και να αισθανθούν καλύτερα, αν δεν είναι ικανοποιημένες με το σώμα τους”, δήλωσε στο **Reuters Health** η **Dr. Tracy Tylka**.”Η έρευνα αυτή δείχνει ότι, σε αντίθεση, η υιοθέτηση μιας πιο θετικής εικόνας για το σώμα μας συνδέεται πιο στενά με την υγιεινή διατροφή.**(30** ημέρες υγείας, **2006)**

Στην επιστημονική κοινότητα, δεν ισχύουν «ιδανικά βάρη», γιατί δεν υπάρχει «ιδανικός άνθρωπος». Υπάρχει ο λεγόμενος δείκτης μάζας σώματος. Είναι το βάρος μας (σε **kg**) δια του ύψους (σε μέτρα) στο τετράγωνο και είναι επιθυμητό να είναι σε όλους από **18** έως **25 Kg/m<sup>2</sup>**. Παχύσαρκος είναι αυτός που έχει Δ.Μ.Σ. πάνω από **30 Kg/m<sup>2</sup>**. (Λανοτόπουλος **2008)**

Η παχυσαρκία στην παιδική και εφηβική ηλικία φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την υπερλιπιδαιμία και την υπερλιπιδαιμία. Μάλιστα πρόσφατες μελέτες απέδειξαν ότι τα παχύσαρκα και υπέρβαρα παιδιά εμφάνισαν δυσλιπιδαιμία, υπέρταση και αθηροσκλήρωση, που αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων. (Κούτσικας 2008)

### **Πως επιτυγχάνεται η σταθεροποίηση του σωματικού βάρους.**

Για να διατηρήσουμε σταθερό το σωματικό μας βάρος θα πρέπει να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα στην ενέργεια που προσλαμβάνουμε με τις τροφές και στην ενέργεια που καταναλώνουμε με τις διάφορες σωματικές δραστηριότητες. Επιπλέον θα πρέπει να υπάρχει και η σωστή ισορροπία στα θρεπτικά συστατικά. Οι τροφές που καταναλώνουμε θα πρέπει να περιέχουν και τα τρία είδη θρεπτικών συστατικών δηλαδή υδατάνθρακες, λιπίδια και πρωτεΐνες, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να είναι πλούσιες σε βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία. (365 ημέρες υγείας, 2006).

Δεν χάνουμε «πέντε κιλά σε δέκα μέρες», όπως διαφημίζουν τα διάφορα ινστιτούτα και οι δίαιτες που δημοσιεύουν τα γυναικεία περιοδικά κάθε Μάιο και Ιούνιο. Ο οργανισμός πρέπει να χάσει 2-4 κιλά το πολύ το μήνα. Τα περισσότερα είναι δυστυχώς μυς και νερό. Από το πόσους μυς έχουμε στο σώμα μας εξαρτάται τι καύσεις κάνουμε. Μπορεί δυο άνθρωποι της ίδιας ηλικίας ίδιου ύψους και ίδιου βάρους να κάνουν διαφορετικές καύσεις. Οπότε

ας μη μυθοποιούμε τη ζυγαριά. (Πανοτόπουλος **2008**)

Αυτό που συνήθως συμβαίνει είναι ότι βιαζόμαστε να “εκμοντελλιστούμε” και επιλέγουμε ένα ιδιαίτερα στερητικό πρόγραμμα. Μια νοοτροπία, που στόχο έχει να ξεμπερδεύουμε όσο το δυνατόν συντομότερα με τα επιπλέον κιλά μας, για να επανέλθουμε στις γνώριμες διατροφικές μας συνήθειες. Ακόμη συχνότερα, διακόπτουμε το διαιτητικό πρόγραμμα, γιατί η επιθυμία για περισσότερη κατανάλωση τροφής υπερισχύει, με συνέπεια να αισθανόμαστε ενοχές που δεν μπορούσαμε να συγκρατηθούμε και καταλήγουμε να τιμωρούμε τον εαυτό μας τρώγοντας.

Η κ. Κασσιανή Μαδεμλή, ψυχολόγος και ψυχοθεραπεύτρια επισημαίνει πως μερικές φορές, αυτή η τιμωρία έχει την εικόνα μικρών βουλιμικών επεισοδίων. (**Popular Medicine 2008**)

Έτσι, οι καθημερινές ανάγκες σε θερμίδες διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Στην εφηβεία, και στα παιδιά που αθλούνται συστηματικά απαιτούνται θερμίδες από **2200** μέχρι **2800** την ημέρα. (Πανοτόπουλος **2001**)

Τα παιδιά με σοβαρές λοιμώξεις, καρδιακά νοσήματα, χρόνια πνευμονοπάθεια και νεφροπάθεια έχουν ανάγκη περισσότερων θερμίδων, λόγω των αυξημένων μεταβολικών αναγκών τους. Επίσης, περισσότερες θερμίδες και περισσότερη πρωτεΐνη, σε σχέση με τις ανάγκες των συνομηλίκων τους, έχουν τα παιδιά που υποβλήθηκαν σε σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις. (Ζέλλου **2008**)

Στις ανεπτυγμένες χώρες η συχνότητα της παιδικής παχυσαρκίας έχει τριπλασιαστεί την τελευταία εικοσαετία το **20%** των παιδιών σχολικής ηλικίας έχουν σωματικό λίπος περισσότερο

από το ιδανικό και από αυτά το ένα τέταρτο είναι παχύσαρκα.  
(Κούτσικας **2008**)

Η χώρα μας θεωρείται από τις χώρες της Ευρώπης με τα υψηλότερα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας. Η Ελλάδα, σύμφωνα με τη Διεθνή Ομάδα Εργασίας Παχυσαρκίας (**JOTF**), κατατάσσεται μεταξύ των τριών πρώτων Ευρωπαϊκών χωρών όσον αφορά τη συχνότητα της παιδικής παχυσαρκίας. Μάλιστα, το **2004**, το **32%** των παιδιών ηλικίας **7** έως **11** ετών είχαν σωματικό βάρος μεγαλύτερο βάσει του ιδανικού, κατατάσσοντας την Ελλάδα στη δεύτερη θέση στην Ευρώπη. Πλέον, σε ορισμένες αγροτικές περιοχές της χώρας μας, το ποσοστό αυτό φτάνει και **50%**.  
(Πανοτόπουλος **2008**)

Φαίνεται λοιπόν ότι αρκετοί άνθρωποι δυσκολεύονται να αποκτήσουν μια ισορροπημένη σχέση με το φαγητό και αναλώνονται σε μια αλληλουχία από στερητικές δίαιτες και επεισόδια υπερκατανάλωσης τροφής. (**Popular Medicine, 2008**)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.2 Διατροφή και Δίαιτα

Μια δίαιτα πλούσια σε θρεπτικά συστατικά χωρίς ζάχαρη μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της βουλιμίας. Ακόμη αποφεύγοντας εντελώς το αλκοόλ, την καφεΐνη, τα βελτιωτικά της γεύσης, το πολύ αλάτι και το τσιγάρο.

#### ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ:

- ι Αν κάποιος αρχίσει να τρώει κρυφά και στη συνέχεια να κάνει εμετό ή να παίρνει καθαρτικό.
- ι Αν αποφεύγει να τρώει μπροστά στους άλλους.
- ι Αν φοβάται αδικαιολόγητα πως θα παχύνει και πιστεύει πως είναι παχύ ενώ δεν είναι.
- ι Αν αποφασίζει να τρώει μαζί με άλλους ή συνηθίζει να πηγαίνει στο μπάνιο μετά το γεύμα. (Ο Ιατρικός οδηγός του 21ου αιώνα, 2002)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 2.3 Φάυλοι Κύκλοι

Οι βουλιμικοί απεχθάνονται να νοιώθουν αηδία για τον φάυλο κύκλο υπερφαγίας και αποβολής τροφίμων που έχουν παγιδευτεί. Η αντισοροποιστική αποβολή και απομάκρυνση των τροφίμων αποτελεί “καθαρτήρια” συμπεριφορά και εκλαμβάνεται από τους ίδιους ως αυτο-επιβεβλημένη τιμωρία. Πολλοί πάσχοντες από ψυχογενής βουλιμία αναφέρεται ότι η συμπεριφορά τους -η υπερφαγία- είναι κάτι που προέρχεται από κάποια κρυμμένη πλευρά της προσωπικότητάς τους, μια αχαλίνωτη τάση γι' αυτό και ότι τους καθορίζει εντελώς ώστε εκείνη τη στιγμή βρίσκονται εκτός ελέγχου το αποτέλεσμα είναι να θεωρείται από τους ίδιους ότι ο φάυλος κύκλος είναι αδύνατον να καταπολεμηθεί, ακόμη και όταν δηλώνεται η αποφασιστικότητα του πάσχοντος να αλλάξει συμπεριφορά. (Ζαμπέλας 2003)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 2. 4. 1 Αντιμετώπιση

Το θεραπευτικό πρόγραμμα αποτελείται από δύο συνισταμένες:

1. Το πρόγραμμα της διατροφής, για το οποίο η συμπεριφορά της θεραπευτικής ομάδας θα είναι συγκεκριμένη και σαφώς οριοθετημένη.
2. Την ψυχολογική, στην οποία ο ασθενής κρατά τα ινία τότε τα παιδιά προτιμούν την ειλικρίνεια των θεραπειών και δέχονται το θεραπευτικό πρόγραμμα ευκολότερα. **(Rattner 2004)**.

Ακόμη 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 θυμό.  
(Δοϊρανλής [info@e-psychology.gr](mailto:info@e-psychology.gr))

#### 2.4.2 Νοσηλευτικός Στόχος

Ρύθμιση των ηλεκτρολυτών και **Fl**. Νοσηλευτική δράση: Ο νοσηλευτής θα πρέπει με τη βοήθεια του γιατρού να ρυθμίσει τους ηλεκτρολύτες. Γι' αυτό γίνονται συχνές αιμοληψίες(1 φορά κάθε 15 ημέρες) για να ελεγχθούν οι τιμές των ηλεκτρολυτών, ενημερώνουμε τον ασθενή για την ενέργεια αυτή και τον καθησυχάζουμε. Σε συνεργασία με το γιατρό μπορεί να χορηγηθεί **Fl** από το στόμα για ένα χρονικό διάστημα, διακόπτεται και γίνεται επανέλεγχος. Ενισχύεται ο ασθενής προς την υγιεινή διατροφή. Εξαιτίας του χαμηλού επιπέδου του **Na** παρατηρούμε και μια πτώση της αρτηριακής πίεσεως. Αυτός είναι ο λόγος που γίνεται καθημερινή λήψη της Α.Π, συνήθως το πρωί και καταγράφεται.

- ι Ο νοσηλευτής εξηγεί ότι αν ζαλιστεί πρέπει να τον ενημερώσει και να καθίσει αμέσως κάπου. Λέμε να μη φοβάται για τα συμπτώματά του αυτά γιατί είναι απόρροια της όλης κατάστασης του.

- ι Να καταγράφονται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.
- ι Τέλος ο νοσηλευτής συνεργάζεται με το γιατρό ώστε η διαίτα να είναι εμπλουτισμένη με τις απαραίτητες ποσότητες. (Ραγιά **1993**).

Το βάρος – στόχος της διατροφικής παρέμβασης θα πρέπει να είναι τέτοιο ώστε να εξασφαλίζει την υγεία, ενώ ταυτόχρονα να είναι αποδεκτό από τον ασθενή. Αν και δεν υπάρχουν συγκεκριμένες συστάσεις, συνήθως προτείνεται ως βάρος στόχος αυτό που αντιστοιχεί σε ΔΜΣ **18,5-19 Kg/m<sup>2</sup>**. Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για αυτό, χωρίς όμως να δίνεται υπερβολική έμφαση στην αποκατάσταση του βάρους ως μοναδικού στόχου της θεραπείας. (Μίσοιρα και Μπαστάλε **2006**)

Η ενεργειακή πρόσληψη θα πρέπει να είναι τόση όση μπορεί να ανεχθεί ο ασθενής χωρίς να υπερβαίνει τις φυσιολογικές ή τις βιολογικές του ικανότητες. Επομένως, η ενέργεια αυξάνεται σταδιακά καθώς αυξάνεται το βάρος με την πρόοδο της θεραπείας, προσαρμόζοντας τις απαιτήσεις για το τρέχον βάρος. Εναλλακτικά, στο θέμα της ενεργειακής πρόσληψης έχουν προταθεί και εφαρμοσθεί και άλλες μέθοδοι, όπως ο υπολογισμός των τελικών ενεργειακών αναγκών του ασθενή και σε σύντομο χρονικό διάστημα η κατανάλωση διαίτας που να καλύπτει τις τελικές του ανάγκες, η αρχικά εξαιρετικά υψηλή ενεργειακή πρόσληψη και η μείωσή της σταδιακά στα επίπεδα των απαιτήσεων, ή τέλος, η πίεση στον ασθενή να καταναλώσει όσο το

δυνατόν περισσότερο φαγητό μπορεί, ίσως και λίγο παραπάνω.  
(Στόππαρντ 2005)

Θα πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι η γρήγορη, έντονη επανασίτιση σε γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία έχει βρεθεί ότι συνεισφέρει στην αλλαγή της κατανομής του λίπους, οδηγώντας σε σημαντική αύξηση του λίπους στην κοιλιακή χώρα, ακόμα και στα πρώτα στάδια αύξησης βάρους, όταν ακόμα το βάρος είναι χαμηλό. (<http://www.e-psychology.gr>)

Οι ενεργειακές απαιτήσεις των βουλιμικών ατόμων κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα, λόγω του ότι μειώνεται ο βασικός μεταβολικός ρυθμός και η σωματική δραστηριότητα. Για παράδειγμα, μια νεαρή έφηβος 45 κιλών μπορεί να καλύπτει τις ανάγκες της με **1200 Kcal/ημέρα**. Επομένως για την αύξηση του σωματικού βάρους αρκεί η κατανάλωση **1500 Kcal/ημέρα** την πρώτη εβδομάδα ή και την δεύτερη, ενέργεια που αντιπροσωπεύει μία ποσότητα τροφής ή οποία μπορεί να γίνει σχετικά καλά ανεκτή από έναν υποσιτισμένο οργανισμό. (Πάλλης 2008)

Στην περίπτωση του εσωτερικού ασθενή, είναι πιο εύκολη η αρχική χορήγηση **1500 Kcal / ημέρα** και στη συνέχεια η σταδιακή αύξησή τους σε σύντομο χρονικό διάστημα μέχρι τις **3000 Kcal / ημέρα**. Αντίθετα στους εξωτερικούς ασθενείς, για του οποίους συστήνεται λιγότερο έντονη παρέμβαση, αρχικές ενεργειακές

προσλήψεις της τάξης των **800 – 1200 Kcal** / ημέρα με σταδιακή αύξηση **200 – 250 Kcal** /εβδομάδα συνήθως οδηγεί σε αύξηση του σωματικού βάρους κατά **0,5 – 1 Kg** / εβδομάδα.

Σχετικά με τη σύσταση του διαιτολογίου επανασίτισης, προτείνεται κάποιο μη «εκκεντρικό» διαιτολόγιο, χαμηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη, λιπίδια και φυτικές ίνες. Το άμυλο, όταν δεν συνοδεύεται από μεγάλη ποσότητα φυτικών ινών, είναι περισσότερο ανεκτό από το υποσιτισμένο άτομο σε σύγκριση με τη ζάχαρη, η οποία σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει περιορισμένης έκτασης και διάρκειας συμπτώματα συνδρόμου **Dumping**. Λόγω του ότι το διαιτητικό λίπος αποτελεί πηγή άγχους για τον ασθενή, είναι προτιμότερο στα αρχικά στάδια της παρέμβασης τα λιπίδια της διαίτας να κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα. Δεν υπάρχουν ιδιαίτερες συστάσεις για τον τύπο των λιπιδίων. Τέλος, ο ασθενής θα πρέπει να λαμβάνει από το διαιτολόγιό του περίπου **1 g** πρωτεΐνης / **Kg** σωματικού βάρους, σε περίπτωση όμως χαμηλού σωματικού βάρους, η συνολική πρόσληψη πρωτεϊνών δε θα πρέπει να είναι μικρότερη από **50g** ημερησίως. (<http://www.dinepsy.gr>)

Η σχέση εμπιστοσύνης θεράποντος – θεραπευόμενου αποτελεί παράγοντα επιτυχίας για την έκβαση τα παρέμβαση και η αληθής ενημέρωση του ασθενή εκτιμάται και συνεισφέρει στη σχέση αυτή. (Ιατρικός Οδηγός του **21<sup>ου</sup>** αιώνα **2002**)



**Οι ενέργειες του νοσηλευτή, ο οποίος ειδικεύεται στην αντιμετώπιση ψυχογενούς βουλιμίας, θα πρέπει να είναι:**

- Να αφήνει τον ασθενή να προβάλλει τα επιχειρήματά του για αλλαγή
- Να ξεκινά με τις ανησυχίες του ασθενή (και όχι τις δικές του)
- Να εστιάζει στην εκμείευση των ανησυχιών του ασθενή
- Να τονίζει την προσωπική επιλογή και την υπευθυνότητα του ασθενή να αποφασίζει για της μελλοντικές του συμπεριφορές. Να διαπραγματεύεται τους στόχους και τις στρατηγικές

- Να διερευνά τις πεποιθήσεις του ασθενή
- Να χρησιμοποιεί επιλεκτικά την ανακλαστική ακρόαση
- Να ανακλά τα συναισθήματα, τις ανησυχίες, και τις δηλώσεις αυτό-κινητοποίησης του ασθενή
- Να ανακλά μέσω της παράφρασης και της ανακεφαλαίωσης
- Να ανακλά κυρίως με προτάσεις ανάπτυξης και όχι με ερωτήσεις σε δεύτερο πρόσωπο
- Να κάνει μία μικρή περίληψη – ανακεφαλαίωση στην αρχή και το τέλος της κάθε συνάντησης
- Να προσφέρει συμβουλή και ανατροφοδότηση όπου κρίνει απαραίτητο
- Να χρησιμοποιεί την κατάφαση και τη θετική αναδόμηση των όσων λέει ο ασθενής για να βελτιώσει την αυτοπεποίθηση και τη δυναμικότητά του (Ραγιά **1993**)

**Οι ενέργειες που θα πρέπει να αποφύγει ο νοσηλευτής απέναντι στον ασθενή που πάσχει από ψυχογενή βουλιμία είναι:**

- Να επιχειρηματολογεί, να κάνει «μάθημα», ή να προσπαθεί να πείσει με τη λογική
- Να υιοθετήσει το ρόλο του απόλυτου ή του ειδικού
- Να δώσει από την αρχή τη συμβουλή του ειδικού
- Να δίνει εντολές, να κατευθύνει, να προειδοποιεί, να τρομοκρατεί
- Να κάνει το μεγαλύτερο μέρος της συζήτησης
- Να αρχίζει διαμάχες / διαφωνίες για θέματα διάγνωσης
- Να κάνει κρίσεις περί ηθικής, να «κάνει κήρυγμα» ή να επικρίνει
- Να κάνει ερωτήσεις στις οποίες ο ασθενής να δίνει με μικρές απαντήσεις
- Να απαντά με δεύτερη ερώτηση στην απάντηση του ασθενή σε μία ανοιχτή ερώτηση
- Να κάνει σειρά (τριών ή και περισσότερων) ερωτήσεων, τη μία μετά την άλλη
- Να λέει στον ασθενή ότι αυτός έχει το πρόβλημα
- Να δίνει μία συγκεκριμένη πορεία θεραπείας (Χούνου **2008**)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### 2.5.1 Αποκατάσταση

Για την αποκατάσταση των διαταραχών της συμπεριφοράς στη διατροφή μας πρέπει να παρεκκλίνουμε από τη βασική αρχή της απολύτου αποχής, όπως γίνεται με τη θεραπεία των άλλων εξαρτήσεων. Ενώ δηλαδή μπορεί να υπάρχουμε, να ζούμε χωρίς αλκοόλ, καφέ, τσιγάρο, ναρκωτικά, και οποιαδήποτε άλλη εξαρτησιογόνο ουσία ή μέσο, δεν μπορούμε να ζήσουμε χωρίς καθόλου τροφή. Εδώ δηλαδή θα πρέπει να συμφιλιωθούμε με τον «εχθρό» σε μια ειρηνική συνύπαρξη. (Ματάλα 2007)

Ο ρόλος του διαιτολόγου στην αποκατάσταση του πάσχοντα από ψυχογενή βουλιμία είναι σημαντικός. Πρέπει αρχικά να εξηγήσει στον ασθενή το πως λειτουργεί το σώμα και ο μεταβολισμός. Επίσης ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται στο να καταγράφει το βάρος του και όλες τις τροφές που καταναλώνει έτσι ώστε να νοιώθει ότι διατηρεί τον έλεγχο και να έχει την αίσθηση της ασφάλειας όσον αφορά το βάρος του. Επίσης είναι σημαντικό να δημιουργηθεί από το διαιτολόγο ένα τακτικό πρόγραμμα διατροφής, με ισορροπημένες αναλογίες και πάντα σε συνεργασία με τον ασθενή.

Τέλος ο διαιτολόγος θα πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή τη διάκριση μεταξύ σωματικής και “συναισθηματικής” πείνας και να

του δώσει κάποιες συμβουλές τροποποίησης της συμπεριφοράς για να αντιμετωπιστούν τα αρνητικά συναισθήματα. Αυτό βέβαια θα πρέπει να γίνει σε συνεργασία με κάποιον ψυχοθεραπευτή. (Μορτόγλου, Μορτόγλου **2002**)

Από βουλιμία πάσχουν κυρίως γυναίκες **16 – 25** ετών ή και μεγαλύτερες. Η συχνότητα της είναι μικρότερη από το **1%** στο γενικό πληθυσμό, αλλά λέει ο Γ. Πανατόπουλος, φθάνει το **5%** των ασθενών που συμβουλευόμαστε ένα Νοσοκομειακό Τμήμα Διατροφής. Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται πολύ περισσότερο από εκείνη της ανορεξίας ενώ συχνά ο ασθενής αν και δεν είναι παχύσαρκος και έχει φυσιολογικό σωματικό βάρος θέλει να αδυνατίσει. Η επιλογή της κατάλληλης αγωγής εξαρτάται από τη βαρύτητα της νόσου και τη συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή.

Σε αντίθεση με την ανορεξία καταλήγει, η χρήση κυρίως αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, έχει, σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, δώσει καλά αποτελέσματα. (Ραγιά **1993**) Η εκπαίδευση αποτελεί σημαντικό συστατικό της διατροφικής αποκατάστασης στους βουλιμικούς ασθενείς.

Η διατροφική παρέμβαση περιλαμβάνει κυρίως **4** περιοχές ενδιαφέροντος: τη διατροφική εκπαίδευση, τα θέματα που αφορούν το σωματικό βάρος, την καταγραφή και το σχεδιασμό της διαιτητικής πρόσληψης.

Τεχνικές όπως η μείωση της παρουσίας των «προβληματικών» τροφίμων στο σπίτι, η υιοθέτηση συγκεκριμένου χώρου και χρόνου για την πρόσληψη τροφής, η αποφυγή άλλων δραστηριοτήτων

κατά την ώρα του φαγητού η αποφυγή αγοράς τροφίμων όταν το άτομο είναι πεινασμένο, είναι κάποιες από τις τεχνικές. (Ταμπέλας 2003).

Στην ψυχογενή βουλιμία, οι βασικοί στόχοι της παρέμβασης είναι αντίστοιχοι με αυτούς στην ψυχογενή ανορεξία, δηλαδή αποδοχή από τον ασθενή ενός υγιούς βάρους, επαναφορά σε έναν φυσιολογικό τρόπο σίτισης με φυσιολογικές αντιλήψεις για τα αισθήματα πείνας και κορεσμού καθώς και αντιμετώπιση του υποσιτισμού ή του κακοσιτισμού. Οι στρατηγικές που ακολουθούνται συνοψίζονται ως εξής:

- Απόκτηση ενός φυσιολογικού ρυθμού σίτισης, ο οποίος θα απαρτίζεται από τρία ισορροπημένα και σαφώς προγραμματισμένα γεύματα και ένα με δύο σνακ ημερησίως. (Murtagh 2004)
- Κατανάλωση επαρκούς ενεργειακής πρόσληψης, ώστε να επιτυγχάνεται ισοζύγιο ενέργειας και να διατηρείται σταθερό το σωματικό βάρος. (Μόρτογλου και Μόρτογλου 2002)
- Αποφυγή διαφόρων μεθόδων αδυνατίσματος, υπερβολικής άσκησης ή άλλων συναφών μεθόδων (π.χ κατανάλωση προϊόντων χαμηλών θερμίδων), καθώς και άλλων καθαρτηρίων μεθόδων, όπως πρόκληση εμετών, χρήση διουρητικών και καθαρτικών.
- Σταδιακή εισαγωγή «απαγορευμένων» τροφίμων στο

διαιτολόγιο, με σκοπό να μειωθούν οι ενοχές για συγκεκριμένα τρόφιμα, και ο έλεγχος των ερεθισμάτων όταν το άτομο βρίσκεται σε καταστάσεις «υψηλού» κινδύνου.

- Ζύγισμα σωματικού βάρους σε τακτά και προκαθορισμένα διαστήματα (π.χ. μία φορά την εβδομάδα). (Μαργαρίτης και Τζιλιβαράκου 2005).

Τα κύρια σημεία της αποκατάστασης θα μπορούσαν  
συνολικά να προσδιοριστούν στα εξής:

(Α) Λήψη λεπτομερούς ιστορικού

(Β) Κλινική εξέταση

(Γ) Βιοχημικές εξετάσεις

(Δ) Ελεγχόμενη επαναφορά φυσιολογικού βάρους

(Ε) Συμμετοχή του ασθενή στην διαμόρφωση της διατροφής  
του

(ΣΤ) Διατροφολογική εκπαίδευση

(Ζ) Βελτίωση της αυτοπεποίθησης

Με την συστηματική υποστήριξη από ειδικούς και του κοντινού περιβάλλοντος, πλήρη εξατομίκευση και ενεργό συμμετοχή του ασθενή σε κάθε στάδιο της διαδικασίας, μπορούμε μεσοπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα να οδηγηθούμε σε πλήρη διαλεύκανση και κατανόηση των αιτιών του προβλήματος από το ίδιο το άτομο, αποκατάσταση της γενικότερης συμπεριφοράς του και κατ' επέκταση στην πλήρη αντιμετώπιση του προβλήματος. (Μαργαρίτης, Τζελιβαράκου 2005)

Τι συμβουλεύουν οι ειδικοί:

Όπως εξηγεί ο Γ. Πανοτόπουλος «κόπωση, κακή κατάσταση δοντιών, τριχόπτωση, υποκαλιαιμία και διαταραχές ανώτερου πεπτικού συστήματος, είναι οι συχνότερες επιπτώσεις της νόσου. Οι ασθενείς με τις βαρύτερες και συχνότερες κρίσεις παρουσιάζουν και απόπειρες αυτοκτονίας. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η έγκαιρη αναγνώριση και παραδοχή του προβλήματος από τον ασθενή και την οικογένεια του και η άμεση αναζήτηση ιατρικής βοήθειας». ([www.health and life,gr](http://www.healthandlife.gr))

## 2.5.2 Νοσηλευτική Δράση

Ως γνωστόν τα παιδιά-έφηβοι και οι γυναίκες δυσκολεύονται να αντιληφθούν επακριβώς τα όρια τόσο του κόσμου γύρω τους όσο και του εσωτερικού τους κόσμου. Οι ενέργειες του νοσηλευτή-τριας πρέπει να διέπονται από τις βασικές αρχές Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής: αποδοχή, ευαισθησία, ηρεμία, υπομονή, ειλικρίνεια και συνέπεια προς τον ασθενή. Συνισταμένη όλων: η αγάπη προς τον ψυχικά πάσχοντα “ΑΝΘΡΩΠΟ”.

Ο νοσηλευτής-τρια στην προσπάθεια του πάσχοντα για κοινωνικοποίηση ενεργεί ως εξής:

- ι Ενθαρρύνει να κάνει όσο το δυνατόν περισσότερα πράγματα για τον εαυτό του, με σκοπό την ενίσχυση της προσωπικότητάς του, μέσω των δικών του προσπαθειών.
- ι Φροντίζει να επιβλέπει τις δραστηριότητές του ώστε να εκτελούνται με σκοπό την απόκτηση μεγαλύτερης ανεξαρτησίας με απώτερο στόχο την αποκατάστασή του.
- ι Η κοινωνικοποίηση του πάσχοντα περνά μέσα από τη μάθηση, η οποία είναι σταδιακή.

Δεν νοείται αποκατάσταση αν δεν έχουμε εξασφαλίσει τον χώρο και τους ανθρώπους οι οποίοι θα δεχτούν κοντά τους, θα κατανοήσουν τις κάποιες αποκλίσεις της συμπεριφοράς του. (Στεφανής 1990).

Σ' αυτό μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή η καταγραφή συναισθημάτων που τον οδηγούν στις κρίσεις υπερφαγίας. Οι τροφές που συνήθως χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς στις βουλιμικές κρίσεις είναι καλό να μην εισάγονται από την αρχή στο πρόγραμμα διατροφής αλλά όταν η θεραπεία έχει προχωρήσει. (Μορτόγλου, Μορτόγλου **2002**)

- ι Ο νοσηλευτής είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον πάσχοντα και την οικογένεια.
- ι Ενημερώνει και συμβουλεύει την οικογένεια για το πρόβλημα του πάσχοντα.
- ι Εάν είναι μαθήτρια, ενεργό συμμετοχή στην αποκατάσταση έχουν και οι δάσκαλοι και το σχολείο. (Μάνου **1988**).

Η διαδικασία της αποκατάστασης αρχίζει από το Νοσοκομείο με την ατομική-ομαδική ψυχοθεραπεία, με τις ομαδικές δραστηριότητες, με τον προγραμματισμό της ημέρας του παιδιού, την εργοθεραπεία και την εκμάθηση κοινωνικών επιδεξιοτήτων. Η προσπάθεια αποκατάστασης συνεχίζει με την εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση, χρειάζεται επαρκής σχεδιασμός για την έξοδο του πάσχοντα από το Νοσοκομείο και εξασφάλιση παρακολούθησης σε εξωτερική βάση.

*Σε σχέση με την οικογένεια ο νοσηλευτής στοχεύει:*

- | Να προσφέρει μια στοργική σχέση και να λειτουργεί σαν δύναμη ωρίμανσης.
- | Να σέβεται τα δικαιώματα και τις ικανότητες των γονιών.
- | Να διευκολύνει χρήσιμες ανταλλαγές ανάμεσα στο παιδί και την οικογένεια.
- | Να λειτουργεί σαν παιδαγωγός.
- | Να λειτουργεί σαν σύστημα στήριξης. Αυτός ο υποστηρικτικός ρόλος προσφέρει λεκτική ενθάρρυνση, συμπαράσταση στην ενδεχόμενη απελπισία και παρότρυνση της οικογένειας να φέρνει τις δυσκολίες.
- | Καλό είναι να αναπτυχθεί μεταξύ νοσηλευτή και οικογένειας μια σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης όπου εκεί θα στηριχθεί ο κοινός αγώνας για την ψυχική υγεία του παιδιού. **(Rattner 2004).**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### 2.6 Ψυχολογική Διάσταση

Η ψυχογενής βουλιμία αποτελεί μια σοβαρή ψυχοπαθολογική κατάσταση, όπου η ασιτία, η επεισοδιακή υπερφαγία και η βουλιμία αποτελούν τα συμπτώματα που οφείλονται σε υποκείμενες ψυχολογικές και συναισθηματικές δυσκολίες. Από την πλευρά του υποκειμένου οι διαταραχές λήψης τροφής αποτελούν έναν τρόπο αντιμετώπισης της ζωής που υιοθετεί το νεαρό άτομο όταν βρίσκεται μπροστά σε προβλήματα που φαίνονται δύσκολα και δισεπίλυτα και για τα οποία δεν διαθέτει επαρκή προετοιμασία. (Ζαμπέλας 2003)

Η συγκεκριμένη νόσο, προκύπτει από μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση παραγόντων.

Οι παράγοντες αυτοί έχουν σχέση με:

- Διαταραχές της προσωπικότητας
- Προβλήματα του συναισθηματικού κόσμου
- Οικογενειακές πιέσεις

- Γενετική ή βιολογική προδιάθεση
- Πολιτισμικούς παράγοντες και υπεραφθονία τροφών
- Έμμονες ιδέες για ισχνότητα του σώματος. (**Jean – Luc Venisse 2002**)

Η στάση των νοσηλευτών είναι ουδέτερη και δεν ασκείται κριτική όσον αφορά τις πεποιθήσεις του παιδιού γύρω από την τροφή και δεν οικειοποιείται η στάση των γονιών σ' αυτό το θέμα. Σύμφωνα με την **Brush**: “Όταν αποκαθίσταται μια ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης, συμβαίνει να ομολογήσουν σαν ένα πολύτιμο μυστικό πόσο βασανιστική είναι αυτή η πείνα τους”. Επίσης μέσα από μια σχέση εμπιστοσύνης προσπαθεί ο νοσηλευτής να βοηθήσει το παιδί να καταλάβει τη θρεπτική και θερμιδική αξία κάθε είδους τροφής. (**Γιαννοπούλου 1985**).

Η εστίαση στο φαγητό, η υπερφαγία ή η άρνηση πρόσληψης τροφής αποτρέπουν το υποκείμενο από την επεξεργασία επώδυνων συναισθημάτων έτσι ώστε η έκφραση και η διαχείριση ιδιαίτερα δυσάρεστων συναισθημάτων να βιώνεται από το άτομο ως ανέφικτη. Έτσι οι διαταραχές λήψης τροφής αναπαριστούν μια διαδικασία αποφυγής της εφηβείας, της ψυχολογικής ωρίμανσης και της σεξουαλικής απαρτίωσης, μια “φυγή” από τη διαδικασία της ανάπτυξης. (**Ζαμπέλας 2003**)

Ο φόβος αυτός προκαλεί περιορισμό της τροφής, σταθερή φροντίδα και αδιάκοπους ελέγχους, χρειάζεται να τους επαναφέρουμε στην πραγματικότητα, να δούνε σε καθρέφτη το

σώμα τους, να ξέρουν ποιο είναι το ιδανικό τους βάρος.(**Rattner 2004**).

Δυσκολίες ως προς την αντιμετώπιση των προβλημάτων της εφηβείας είναι κυρίαρχες. Οι βουλιμικοί είναι περισσότερο εξωστρεφείς και επιθετικοί και παρορμητικοί. Οι οικογένειες των βουλιμικών διαφέρουν από αυτές των ανορεκτικών. Είναι λιγότερο κλειστές με περισσότερο συγκρουσιακές σχέσεις. Επίσης εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα κατάχρησης ουσιών(κυρίως αλκοολισμού) συναισθηματικών διαταραχών και παχυσαρκία. (**Ζαμπέλας 2003**)

## Τρόποι προώθησης μιας υγιούς σωματικής εικόνας

Υπάρχουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές για την προώθηση μιας υγιούς σωματικής εικόνας για να βοηθηθεί ένας έφηβος από το οικογενειακό του περιβάλλον, ώστε να νοιώθει περισσότερο σίγουρος για τον εαυτό του. Το μεγαλύτερο βάρος και η ευθύνη για τη στήριξη του εφήβου που παρουσιάζει πρόβλημα τροφικής διαταραχής, θα πρέπει κατά κύριο λόγο να πηγάζει από την ίδια του την οικογένεια και συγκεκριμένα από τους γονείς. Εκείνοι είναι που με την στάση τους και τη δυναμική τους παρουσία, την σωστή πληροφόρηση και ενημέρωση που θα λάβουν πρώτα οι ίδιοι θα βοηθήσουν τον ίδιο τους τον εαυτό και ταυτόχρονα και το παιδί τους από την κατάσταση την οποία βιώνει. Πρώτα από όλα οι γονείς θα πρέπει να νοιώθουν άνετοι και περήφανοι για το βάρος και το σώμα τους. Πρέπει να καταπολεμούν την όποια αρνητική τους στάση ούτως ώστε με τον τρόπο αυτόν να βοηθήσουν και το ίδιο τους το παιδί.

Η εμμονή με τη ζυγαριά θα πρέπει να σταματήσει πρώτα από τους ίδιους και στη συνέχεια με τη βοήθειά τους από το ίδιο το παιδί. Εξ' άλλου, τα κιλά που δείχνουν οι ζυγαριές δεν έχουν καμιά σημασία – αυτά που στα αλήθεια μετρούν είναι η ευφύια και η αβρότητα. (Ζέλλου **2008**). Η αμφισβήτηση των στερεοτύπων επίσης παίζει σημαντικό ρόλο στην επίτευξη αυτής της προσπάθειας. Ακόμα και η συζήτηση και η ανάλυση

πάνω στο θέμα δίαιτα, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά. Όταν ο έφηβος γνωρίζει ότι οι περισσότερες δίαιτες αποτυγχάνουν, γιατί να μπει σε «περιπέτειες»;

Οι γονείς θα πρέπει να μιλούν γενικά για το γενετικό υπόβαθρο του βάρους και τη θεωρία του έμφυτου σημείου αφετηρίας. Η αποφυγή των τσακωμών με θέμα το φαγητό μπορεί να επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα για την βελτίωση της κατάστασης. Επιπλέον, σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να μειώνονται οι μερίδες του φαγητού ούτε να απαγορεύουν συγκεκριμένα είδη φαγητών. Αυτό που είναι προτιμότερο να γίνει είναι να πληροφορηθούν από τους ίδιους για τη θρεπτική αξία τους, ώστε να γνωρίζουν τι ακριβώς χρειάζεται το σώμα τους για να διατηρηθεί υγιές. (Σίμος 2006)

Η απόλαυση του φαγητού είναι εξίσου σημαντική. Το δίδαγμα σ' αυτή την περίπτωση πρέπει να είναι ότι το φαγητό αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες απολαύσεις της ζωής και ότι δεν πρέπει να ντρέπονται όταν θελήσουν να κορέσουν την πείνα τους τρώγοντας. Τέλος οι γονείς θα πρέπει πάνω απ' όλα να ενθαρρύνουν τον έφηβο για το σώμα του. Η επίτευξη αυτού του στόχου θα επιφέρει και την ενίσχυση της αυτοπεποίθησής του σημαντικό κομμάτι για την επίλυση του κύριου προβλήματος που στοχεύουν όλα τα παραπάνω, δηλ. την καταπολέμηση της εμφάνισης μιας διατροφικής διαταραχής. (Ματάλα 2008)

## ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:	Όχι καλή
ΠΑΙΔΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ:	Δεν αναφέρει
ΑΛΛΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ:	Δεν αναφέρει
ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ - ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ:	Εκδορές σε διάφορα σημεία του σώματος, πιθανόν αυτοπροκαλούμενες
ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ:	Δεν αναφέρει
ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ:	Καθαρτικά, ηρεμιστικά
ΚΑΠΝΙΣΜΑ:	Καπνίστρια <b>12</b> χρόνια
ΑΛΚΟΟΛ:	Δεν αναφέρει

Επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων – αναγκών του αρρώστου  
με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας

- Νοσηλευτική διεργασία ιστορικού ασθενούς

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	: Φ.Α.
ΗΛΙΚΙΑ	: 29 ετών
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	: Ιδιωτικός υπάλληλος
ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	: Άγαμος
ΗΜΕΡ. ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	: 01/02/09
ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ	: Απ:100/60 Θερμοκρασία :36,2° C Σφύξεις : 68'/min Αναπνοές : 12'/min
ΥΨΟΣ	: 1,65
ΒΑΡΟΣ	: 25 Kg
ΚΥΡΙΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ	: Επιγάστριο άλγος, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, 3 – 4 αυτοπροκαλούμενοι εμετοί ανά ημέρα, αμφιθυμία, έντονο διαρροϊκό σύνδρομο, αμηνόρροια.
ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	: Αφυδάτωση – Ψυχογενής Βουλιμία.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Ανάγκες – Προβλήματα αρρώστου / Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλ. Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> <li>Αφυδάτωση – Διάρροιες – Εμετοί – Ηλεκτρολυτικές διαταραχές.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ενίσχυση του οργανισμού με ηλεκτρολύτες</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση ορού Ringers με εντολή ιατρού</li> <li>Χορήγηση επιπλέον ηλεκτρολυτών (Na<sup>+</sup>, Kα) σε ορό 24<sup>ωρου</sup></li> <li>Χορήγηση υγρών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μετά από εντολή, χορηγήθηκαν στον ασθενή (α) Ringers 1000ml (1x1)</li> <li>(β) Μικτός ορός με 3Na<sup>+</sup> +2Ka</li> <li>(γ) Χορήγηση 2caps ultra-lenire (1x2)</li> <li>(δ) χορήγηση αντιεμετικών 2 φορές την ημέρα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μετά από 30' από τη χορήγηση του αντιδιαρροϊκού οι διάρροιες ελαπτώθηκαν και δείχνει καλύτερα η γενική της κατάσταση.</li> <li>Συνεχίζεται η χορήγηση υγρών για την συνεχή ενυδάτωση της ασθενούς.</li> <li>Χορηγήθηκαν τα κατάλληλα αντιεμετικά προκειμένου να ελαπθούν τα αίτια που προκάλεσαν τους συνεχείς εμέτους.</li> </ul>



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες – Προβλήματα αρρώστου / Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλ. Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> <li>Αμφιθυμία λόγω ψυχο-διατροφικής διαταραχής κρίσεις, εκρήξεις θυμού, άρνηση οποιασδήποτε παρέμβασης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αντιμετώπιση και βελτίωση της διαταραχής.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με εντολή ιατρού.</li> <li>Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων</li> <li>Ψυχοιατρική παρακολούθηση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μετά από ιατρική εντολή, χορηγήθηκαν στην ασθενή (α) χορήγηση caps Prozac (1x1) (β) χορήγηση caps Zolof (γ) χορήγηση ½ tabl Lexotanil (1/2x1) Επί 305, δηλ. σε υπερδιερεύση επί κρίσης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μετά από 2 ημέρες τα συμπτώματα κατάθλιψης δέχθουν ύφεση.</li> <li>Μετά από 20' χορήγησης των ηρεμιστικών η ασθενής παρουσιάζει σημεία βελτίωσης. Η υπερδιερεύση ελαττώθηκε σε σημαντικό βαθμό. Η ασθενής έπειτα από παρακολούθηση των ειδικών ψυχιάτρων έδειξε σημαντική πρόοδο στην ψυχολογική της διάθεση.</li> </ul>

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Ανάγκες – Προβλήματα αρρώστου / Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλ. Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> <li>Επιγαστριο άλγος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αντιμετώπιση του πόνου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση γαστροπροστασίας και αναλγητικού, συν αντιόξινων, έπειτα από εντολή ιατρού.</li> <li>Χορήγηση πολτοποιημένης τροφής ελαφρύ γεύματος</li> <li>Χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μετά από ιατρική εντολή, χορηγήθηκαν στον ασθενή : (α) N/S 0.9% 100 ml εμπλουτισμένο με 1amp Aprotel (β) 1Fl. Losec I.V. (γ) χορήγηση πολτοποιημένης τροφής χωρίς υπόλειμα. (δ) Παρακολουθείται συνεχώς η γενική κατάσταση της ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μετά από την χορήγηση του αναλγητικού παρατηρήθηκε μείωση του πόνου.</li> <li>Βελτίωση της κατάστασης της ασθενούς λόγω της χορήγησης της γαστροπροστασίας και των αντιόξινων.</li> <li>Συνεχίζεται η σταδιακή χορήγηση της πολτοποιημένης τροφής με εμφανή βελτίωση της κλινικής εικόνας της ασθενούς.</li> </ul>

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

“Ακόμη και ο πλέον απρόσιτος ψυχικώς πάσχων, αρχίζει να αντιδρά ευνοϊκά όταν διακινεί το ενδιαφέρον των άλλων γι' αυτόν. Ανακτά σχετική αυτοπεποίθηση κι αυτός ο λίγος αυτοσεβασμός και το αίσθημα της προσωπικής αξιοπρέπειας, μπορεί να αποβεί ο ζωτικός σπινθήρας στην κοινωνικοποίηση και την αποκατάστασή του. Το βασικό εργαλείο του Νοσηλευτή-τριας είναι η αγάπη. Η αγάπη θεωρείται η βάση της θεραπευτικής νοσηλευτικής. Αυτή είναι η λυδία λίθος.

Η αγάπη δεν είναι πολυτέλεια

Η αγάπη είναι σωσίβιο.

“Weiss” (Τσιάντης και Μανωλόπουλος 1988).

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Γιαννακούλια Μ. (2007). Διατροφή και Διαιτητική Συμπεριφορά. Χατζηνικολή, Αθήνα.
- Γιαννοπούλου Χρ. (1985). Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Ταβιθά, Αθήνα.
- Ζαμπέλας Α. (2003). Η διατροφή στα στάδια της ζωής. Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα.
- Ζέλλου Α. (2008). Ιατρικά Ανάλεκτα «Το παιδί με μειωμένη πρόσληψη βάρους». Άγκυρα, Αθήνα.
- 30 Ημέρες Υγείας (2006). 43:10, Αθήνα και Θεσσαλονίκη
- 365 Ημέρες Υγείας (2006). 34:98, Αθήνα.
- Ο Ιατρικός Οδηγός του 21<sup>ου</sup> Αιώνα (2002) ΚΟΑΝ / βιβλία του κόσμου, Αθήνα.
- Κούτσικας Κ. (2008). METRO ΥΓΕΙΑ «Είναι το παιδί μου παχύσαρκο». Αθήνα.
- Μάνου Ν. (1988). Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής. Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη.
- Μαργαρίτης Γ. Τζελιβαράκου Ε. (2005). Ψυχογενής Ανορεξία και Ψυχογενής Βουλμία στην εφηβεία. Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα.
- Ματάλα Αντ-Λ. (2008). Διαταραχές στη λήψη τροφής. Γιαλλελή, Αθήνα.

- Μίσσιρα Μ., Μπαστάλε Χ. (2006). Ψυχογενής Ανορεξία – Νευρική Βουλιμία, Αγκυρα, Αθήνα.
- Μόρτογλου Τ., Μόρτογλου Κ. ( 2002). Διατροφή από σήμερα για αύριο. Μαλλέλη, Αθήνα.
- Μωρογιάννης Φ., Λιάκος Α. (2001). Διερεύνηση διαταραχών στην πρόσληψη τροφής. Διδακτορική διατριβή Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Πάλλης Ε. (2008) Medlife. 09:72 – 76, Αθήνα.
- Dr. Πανοτόπουλος Γ. (2008). Εις Υγείαν. «9 Λόγοι για να μην χάσετε 9 κιλά σε 9 ημέρες». Αθήνα
- Πανατόπουλος Γ. (2001). «Διατροφή – Διαταραχή Σωματικού βάρους». Γυναικολογία και Μαιευτική της νεαρής ηλικίας. Πασχαλίδη, Αθήνα.
- Ραγιά Α. (1993). Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας – Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Αθήνα.
- Στεφανής και συνεργάτες. (1990). Θέματα Ψυχιατρικής. Συμμετρία, Αθήνα.
- Σίμος ΓΜ. (2006). Διερεύνηση των ψυχογενών Διαταραχών στην Εφηβική και Μεταεφηβική ηλικία. Καστανιώτη, Αθήνα.
- Τσιαντής Γ., Μανωλόπουλος Σ. (1988). Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής. 2:285. Καστανιώτη, Αθήνα.
- Χούνου Β. (2003). ΕΦΗΒΕΙΑ... ΥΠΟΜΟΝΗ ΘΑ ΠΕΡΑΣΕΙ. Άγκυρα, Αθήνα.

- Casper Ar. (1996). *Boulimia Nevrosa*, εκδόσεις Annurev Nutr, London.
- Makino M. (2000) 27: 46-54. Prevalence of eating disorderw Med Gen Med.
- Marie Claire Diet. (2005). 197: 16,32-33, Αθήνα.
- Mirsa M. , Kibanski A. (2002). 7:20-2. Evaluation and treatment of low bone density in anorexia nervosa. Nutr Uin Care.
- Murtagh J. (2004). Γενική Ιατρική 2: 944-945. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Pharma Puiw Link. (2007). 2: 18, Αθήνα
- Popular Medicine. (2008). 63 : 16 – 28. Καθημερινή, Αθήνα
- Rattner J. (2004). Ψυχοσωματικές Αρρώστιες. Εκδόσεις Η. Μανιατέα, Αθήνα.
- Στοππαρντ Μ. (2005). Οδηγός Υγείας για όλη την οικογένεια. Πατάκης, Αθήνα.
- Trotter K. (2001). Nutritional management of anorexia nervosa. Presentation at the Eating Disorders, London.
- Δοϊράνλης Ν. <http://e-psychology.gr/content/view/19/69>  
10-4-2008 19:20.
- <http://www.dispepsy.gr/enil-voulimia.shtail>

10.4.2002 20:00

- [http://www.eatingdisorders.gr/index.Php?](http://www.eatingdisorders.gr/index.Php?Option=com_content&task=view&tusk=view&id=47@itenid-58.13-4-2008)  
Option=com\_content & task = view & tusk = view & id = 47  
@itenid-58.13-4-2008 17:30
- <http://www.gealthandlife.gr>. 15.12.2008 17:30
- <http://www.iatronet.gr>. 17.12.2008 18:00.
- <http://www.jeremy-nutrifit.gr/eating-desotders> htm 13-4-2008 18:00
- [http://www.paxysarkia.net/obesity\\_psyx.htm](http://www.paxysarkia.net/obesity_psyx.htm) 15-4-2008 17:00
- <http://www.paxysarkia.net> -2006- βουλιμία και διαταραχές. 19-12-2008 20:30
- <http://www.psychologia.gr.22-12-2008> 19:30
- <http://e-psychology.gr/content/view/19/69/> 16-4-2008 18:10
- <http://e.psychology.gr/proform/misc.php?> action=login 18-4-2008 19:20