

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

Σχολή: ΣΕΥΠ

Τμήμα: Νοσηλευτικής



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**“ΘΡΕΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ”**

Σπουδάστρια: ΜΠΟΥΚΟΥΒΑΛΑ ΟΥΡΑΝΙΑ

Εποπτεύων καθηγητής: ΜΑΡΝΕΡΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΠΑΤΡΑ-2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|----|
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ | 5 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 7 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 | 9 |
| 1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ | 9 |
| 1.2 ΤΙ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ | 10 |
| 1.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΘΡΕΠΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ | 11 |
| 1.4 ΓΙΑΤΙ ΤΑ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ | 11 |
| 1.5 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΥΣΤΡΟΦΙΑ | 12 |
| 1.6 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΣΥΝΑΞΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ | 13 |
| 1.7 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ | 14 |
| 1.8 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ | 15 |
| 1.9 ΤΑ ΚΥΡΙΑ ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ | 15 |
| 1.10 ΠΟΙΟΙ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ | 15 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 | 17 |
| 2.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΟΡΙΣΜΟΣ | 17 |
| 2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ | 18 |
| 2.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΥ | 18 |
| 2.3.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ | 18 |
| 2.3.2 ΥΠΕΡΦΑΓΙΚΟΣ-ΚΑΘΑΡΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ | 18 |
| 2.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ | 19 |
| 2.5 ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΥΠΕΡΦΑΓΙΚΟΥ-ΚΑΘΑΡΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ | 21 |
| 2.6 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ | 22 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 | 24 |
| 3.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ-ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 24 |
| 3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ (DSM IV) | 25 |
| 3.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΥ | 26 |
| 3.3.1.ΚΑΘΑΡΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ | 26 |
| 3.3.2 ΜΗ ΚΑΘΑΡΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ | 26 |
| 3.4 Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ | 27 |
| 3.5 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ | 28 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 | 30 |
| 4.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ | 30 |
| 4.1.1 ΜΕΛΕΤΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ | 31 |
| 4.2 ΤΟ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ | 33 |
| 4.2.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ | 34 |
| 4.2.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΝΕΥΡΟΜΕΤΑΒΙΒΑΣΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ | |
| ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΕΠΤΙΔΙΩΝ | 35 |
| 4.2.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΝΤΟΠΑΜΙΝΕΡΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ | 35 |
| 4.2.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΕΡΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ | 35 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.3 | ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ | 36 |
| 4.3.1 | ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΡΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΠΕΠΤΙΔΙΩΝ | 36 |
| 4.3.2 | ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΝΕΥΡΟΜΕΤΑΒΙΒΑΣΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΝΕΥΡΟΠΕΠΤΙΔΙΑ | 36 |
| 4.3.3 | ΝΟΡΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ | 37 |
| 4.3.4 | ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΕΡΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ | 37 |
| 4.3.5 | ΝΤΟΠΑΜΙΝΕΡΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ | 37 |
| 4.4 | ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ | 38 |
| 4.4.1 | ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ | 38 |
| 4.4.2 | ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ | 38 |
| 4.4.3 | ΨΥΧΟΔΙΝΑΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ | 39 |
| 4.5 | ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | 40 |
| 4.5.1 | ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ | 40 |
| 4.5.2 | ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ | 41 |
| 4.5.3 | Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΣΥΣΤΗΜΑ | 42 |
| 4.5.4 | ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ | 44 |
| 4.5.5 | ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 44 |
| 4.6 | ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ | 45 |
| 4.7 | ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ | 47 |
| | ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 | 49 |
| 5.1 | ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ | 49 |
| 5.2 | ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ | 50 |
| | ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 | 52 |
| 6.1 | ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ | 52 |
| 6.2 | ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ | 52 |
| 6.3 | ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ | 52 |
| 6.4 | ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ | 54 |
| 6.4.1 | ΠΙΝΑΚΑΣ Α | 55 |
| | ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 | 57 |
| 7.1 | ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ-ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 57 |
| 7.2 | ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ | 58 |
| 7.3 | ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ | 59 |
| 7.4 | ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ | 59 |
| 7.5 | ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ | 62 |
| 7.6 | ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ ΚΑΙ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ | 63 |
| 7.7 | ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΧΩΡΙΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ | 65 |
| | ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 | 67 |
| 8.1 | ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ-ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 67 |
| 8.2 | ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ | 68 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ 71
ΓΥΝΑΙΚΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ 73
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

| | |
|----------------------------|----|
| ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ..... | 76 |
| ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2..... | 78 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 80 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ..... | 81 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 92 |

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ζούμε σε μια εποχή όπου η εικόνα μας και πως μας βλέπουν οι φίλοι μας και οι συνάδελφοί μας φαίνεται να είναι κυρίαρχο στην καθημερινή ζωή μας. Παράλληλα με αυτό υπάρχει μια επίμονη εμμονή με το φαγητό και την διαίτα. Βομβαρδιζόμαστε με χιλιάδες εικόνες και συμβουλές στο πώς να αποκτήσουμε μια ‘τέλεια γραμμή’. Συνεπώς, οι διατροφικές διαταραχές απλώνονται σε τέτοια έκταση όπου θα ήταν αδιανόητο να συνέβαινε κάτι τέτοιο πριν 20 χρόνια. Έτσι, έχουν δημιουργηθεί αρκετοί μύθοι και παρανοήσεις. Πολλοί άνθρωποι έχουν μια λανθασμένη εντύπωση πως κάποιος με ψυχογενή διατροφική διαταραχή φαίνεται και συμπεριφέρεται.

Οι περιπτώσεις ψυχογενών διατροφικών διαταραχών αυξάνονται καθημερινά με όλο και περισσότερους ανθρώπους να αναζητούν εξειδικευμένη βοήθεια και υποστήριξη. Είναι πολύ σημαντικό να είμαστε ενήμεροι για την ύπαρξη τους, την σπουδαιότητά τους και τους κινδύνους που φέρνουν μαζί τους.

Εάν αναγνωρίσουμε την ύπαρξη μιας τέτοιας διαταραχής σε ένα αρχικό στάδιο, και ακολουθηθεί κατάλληλη ψυχολογική θεραπεία, έχει πολύ θετικά αποτελέσματα σε θέματα ανάρρωσης του ατόμου από την διαταραχή. Αυξάνοντας την γνώση μας και κατανοώντας τα ψυχογενή διατροφικά νοσήματα, μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης αυτών των πολύ επικινδύνων για την υγεία νοσημάτων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κύριος σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση των ψυχογενών διατροφικών διαταραχών. Της ψυχογενούς ανορεξίας, της ψυχογενούς βουλιμίας, της επεισοδιακής υπερφαγίας, της νυχτερινής υπερφαγίας.

Αρχικά γίνεται αναφορά στο πόσο σημαντικό ρόλο παίζει η σωστή διατροφή στην καθημερινότητα ενός ανθρώπου και στην πρόληψη των ψυχογενών διατροφικών διαταραχών.

Αναφέρεται ο ορισμός των ψυχογενών διατροφικών διαταραχών, τα αίτια που προκαλούνε αυτές τις ασθένειες. Στη συνέχεια αναλύεται η κλινική εικόνα των ψυχιατρικών αυτών ασθενειών, και η θεραπευτική αντιμετώπιση τους.

Περιγράφεται το έργο του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια και κλινική φροντίδα, καθώς και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που παρέχει.

Τέλος αναφέρονται δύο πραγματικές ιστορίες ασθενών με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία. Καθώς και νοσηλευτικές παρεμβάσεις σ αυτές τις ανεπιθύμητες ασθένειες.

ABSTRACT

The main purpose of this study is the analysis of psychogenic eating disorders. Of anorexia nervosa, bulimia nervosa of of binge eating, overeating at night.

Initially, reference is made to the important role it plays in the daily diet of a human being and the prevention of psychogenic eating disorders.

Give the definition of psychogenic eating disorders, the causes of these diseases. Afterwards, the clinical picture of these psychiatric illnesses, and treating them.

Describe the work of nurses in primary mental health and clinical care, and nursing interventions provided.

Finally the two true stories of patients with anorexia nervosa and psychobgenianorexia. And nursing interventions in these diseases tisanepithymites.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Η διατροφή αποτελεί μοναδικό παράγοντα για την ανάπτυξη του σώματος, την καλή λειτουργία του, την διατήρηση της υγείας και την προστασία από τις διάφορες ασθένειες. Όλα αυτά ισχύουν γιατί μέσω της διατροφής, λαμβάνουμε όλα τα θρεπτικά συστατικά (πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπη, βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία) αλλά και το νερό που χρειάζεται ο οργανισμός για να επιτελέσει τις κύριες λειτουργίες του.

Δεν είναι λίγα όμως και τα προβλήματα που παρουσιάζονται σε πολλά άτομα και έχουν να κάνουν με την διατροφή και την θρέψη. Αυτά μπορεί να οφείλονται σε υπερβολική ή ανεπαρκή πρόσληψη θρεπτικών ουσιών, στην διαταραχή της απορρόφησης ή του μεταβολισμού κάποιου στοιχείου, κτλ.

Επίσης, υπάρχουν αρκετές ασθένειες, οι οποίες είτε εμφανίζονται είτε επιδεινώνονται λόγω της κακής διατροφής και οι οποίες μπορούν να προληφθούν ή να βελτιωθούν με σωστή και ισορροπημένη διατροφή.

Η επιστήμη της διατροφής ασχολείται με όλες τις διαδικασίες εκείνες με τις οποίες ο άνθρωπος, αλλά και κάθε άλλος ζωντανός οργανισμός, εξασφαλίζει, προσλαμβάνει και χρησιμοποιεί αυτά τα διατροφικά στοιχεία που αναφέρθηκαν παραπάνω(Κουμεντάκη,2006).

1.2 ΤΙ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Σωστή διατροφή είναι μια ισορροπημένη, υγιεινή διατροφή με καλή κατανομή των γευμάτων, ελαχιστοποίηση των σνακ και του τσιμπολογήματος και πλούσιο πρωινό.

Ο καλύτερος τρόπος διατροφής είναι η μεσογειακή διατροφή, η οποία προτείνεται πλέον σε όλες τις χώρες του κόσμου ως η πιο υγιεινή και πρέπει να υιοθετείται απ' όλη την οικογένεια

Στα παιδιά η απώλεια βάρους με μέτρηση θερμίδων δεν πρέπει να συστήνεται, διότι δεν φέρνει αποτελέσματα και μπορεί να έχει επιπλοκές. Καλύτερη μέθοδος είναι η ελάττωση ορισμένου είδους τροφών πλούσιων σε λιπαρά, όπως χάμπουργκερ, πατατάκια, γλυκά, παγωτά και η αντικατάστασή τους από άλλες όπως π.χ. χυμούς, φρούτα, γιαούρτια. Τα υποθερμιδικά τρόφιμα (light) καλό είναι να αποφεύγονται στα παιδιά. Επίσης, δεν πρέπει να χορηγούνται χαμηλών θερμίδων δίαιτες, διότι είναι στερητικές και μπορεί να εμποδίσουν τη σωστή ανάπτυξη του παιδιού κι αν αυτό θεωρηθεί αναγκαίο, πρέπει να γίνει με την καθοδήγηση ενός ειδικού. Αντίθετα, η έστω και μικρή ελάττωση των θερμίδων, όταν προσαρμόζεται με την ηλικία και εξατομικεύεται, μπορεί να συμβάλλει σε ουσιαστική απώλεια βάρους μακροπρόθεσμα, π.χ. έλλειμμα 100 θερμίδων ημερησίως οδηγεί σε ελάττωση βάρους της τάξης των 5 κιλών, σε 1 χρόνο (Williams,2003).

1.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΘΡΕΠΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ

Τα θρεπτικά συστατικά μπορούν να χωριστούν σε έξι κατηγορίες:

- υδατάνθρακες
- πρωτεΐνες
- λιπαρά
- βιταμίνες
- μέταλλα
- νερό (Vitaequalis,2010).

1.4 ΓΙΑΤΙ ΤΑ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ

Οι υδατάνθρακες χρειάζονται για ενέργεια, αλλά μόνο μια ορισμένη ποσότητα μπορεί να χρησιμοποιείται. Η ποσότητα που περισσεύει, αποθηκεύεται από τον οργανισμό για μελλοντική χρήση.

Οι πρωτεΐνες παρέχουν αμινοξέα που χρησιμοποιεί ο οργανισμός για τη δημιουργία, διατήρηση και επισκευή των κυττάρων και του μυϊκού ιστού, για την επούλωση τραυμάτων και για την υποστήριξη του πεπτικού συστήματος.

Τα λιπαρά, όπως οι υδατάνθρακες, χρησιμοποιούνται από τον οργανισμό για ενέργεια και είναι απαραίτητα για την απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών (βιταμίνες A,D,E,K).

Ο ανθρώπινος οργανισμός χρειάζεται βιταμίνες και μέταλλα για αρκετές απαραίτητες βιολογικές λειτουργίες.

Πολλοί άνθρωποι δεν το καταλαβαίνουν, αλλά ο οργανισμός μετά το οξυγόνο χρειάζεται το νερό. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το νερό είναι η

βάση για όλα τα υγρά του οργανισμού. Η έλλειψη νερού μπορεί να προκαλέσει μείωση του μεταβολισμού και αρκετά προβλήματα στην υγεία (Vitaequalis,2010).

1.5 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΥΣΤΡΟΦΙΑ

Οι άνθρωποι σε σύγκριση με τη διατροφή πριν 50 χρόνια, καταναλώνουν σήμερα 34% λιγότερα λαχανικά και 66% λιγότερα ψάρια. Τα ψάρια αποτελούν την κυριότερη πηγή των ωμέγα 3 λιπαρών οξέων που είναι τόσο σημαντικά για την καλή κατάσταση του εγκεφάλου.

Αναφέρεται ότι μόνο 13% των ανδρών και 15% των γυναικών καταναλώνουν κάθε μέρα τις 5 μερίδες φρούτων και λαχανικών που συστήνονται (1 μερίδα = 80 γραμμάρια). Η καλή λειτουργία του εγκεφάλου, η πνευματική ευστροφία, η μνήμη, η συγκέντρωση, η συμπεριφορά και η ψυχική διάθεση επηρεάζονται από το περιεχόμενο των φαγητών σε βιταμίνες, ωμέγα 3 λιπαρά οξέα, ακόρεστα λίπη και ιχνοστοιχεία. Υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι η έλλειψη μερικών θρεπτικών στοιχείων, συμβάλλει στη γένεση ψυχικών παθήσεων.

Η επίδραση των φαγητών στην ψυχική διάθεση και συμπεριφορά, μπορεί να είναι άμεση αλλά και μακροχρόνια λόγω του τρόπου με τον οποίο επηρεάζονται η δομή και λειτουργία του εγκεφάλου. Η κατάθλιψη έχει σχετισθεί με μειωμένη πρόσληψη ωμέγα 3 λιπαρών οξέων λόγω μη επαρκούς κατανάλωσης ψαριών.

Μελέτες σε σχιζοφρενείς έδειξαν ότι έχουν χαμηλότερα επίπεδα ακόρεστων λιπαρών οξέων. Η σεροτονίνη και το φολικό οξύ των οποίων η συγκέντρωση στον οργανισμό εξαρτώνται από τη διατροφή, επηρεάζουν την ψυχική διάθεση, τη μνήμη και άλλες πνευματικές δεξιότητες.

Ο κίνδυνος για νόσο Αλτσχάιμερ αυξάνεται από διατροφή φτωχή σε λαχανικά, βιταμίνες και πλούσια σε κορεσμένα λίπη. Το σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας μπορεί να είναι συχνότερο σε παιδιά με χαμηλό σίδηρο και λιπαρά οξέα.

Η πλειονότητα, σχεδόν το 66%, των ατόμων που αναφέρουν ότι δεν πάσχουν από ψυχικές νόσους, καταναλώνουν κάθε μέρα φρέσκα φρούτα, χυμούς φρούτων, φρέσκα λαχανικά και σαλάτες. Αντίθετα λιγότεροι από 50% αυτών που έχουν ψυχικά προβλήματα, αναφέρουν μια ανάλογη κατανάλωση. Η ποιότητα διατροφής δεν είναι μόνο καθοριστική για το σώμα αλλά και για την ψυχική μας υγεία.

Ο εγκέφαλος αντλεί από τα φαγητά, αυτά που του είναι απαραίτητα για να λειτουργεί στο καλύτερο δυνατό επίπεδο. Κατανοώντας τη σημασία των φαγητών για την ψυχική διάθεση και ευστροφία, μπορούμε να επιλέγουμε τα πλέον κατάλληλα τρόφιμα για τον εγκέφαλο μας (Medloock,2010).

1.6 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΣΥΝΑΞΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ

Οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν ότι είναι πολλές οι ευεργετικές επιδράσεις όταν τα παιδιά τρώνε μαζί τους ή και με την υπόλοιπη οικογένεια. Δυστυχώς παρατηρείται μείωση των παιδιών που τρώνε μεσημεριανό ή βραδινό φαγητό μαζί με την οικογένεια τους. Η σύναξη της οικογένειας για το μεσημεριανό ή βραδινό φαγητό, είναι ευκαιρία για τους γονείς να μαθαίνουν πολλά για τη ζωή των παιδιών, να προσφέρουν τη υποστήριξη και τις συμβουλές τους και ταυτόχρονα να συσφίγγονται οι οικογενειακοί δεσμοί.

Η απόκτηση συνηθειών υγιεινής διατροφής από την παιδική ηλικία, έχει μεγάλη σημασία για την πρόληψη ασθενειών στην ενήλικη ζωή. Η συχνότητα των καρδιαγγειακών παθήσεων και ορισμένων τύπων καρκίνου μειώνονται από την υγιεινή διατροφή. Το φαγητό με την οικογένεια δημιουργεί καλύτερες

διατροφικές συνήθειες ενώ παράλληλα προσφέρει ψυχολογική και διαπαιδαγωγική στήριξη των παιδιών και εφήβων (Vitaequalis,2010).

1.7 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Το γάλα που παράγεται σε κάθε θηλαστικό είναι εξειδικευμένο και περιέχει χαρακτηριστικά ειδικά για την ανάπτυξη του συγκεκριμένου είδους. Η απομύζηση όμως από το μαστό είναι μια συμπεριφορά κοινή σε όλα τα θηλάσθηκα. Νεογνά και βρέφη που έχουν θηλάσει έχουν μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν λοιμώξεις, αλλεργία, καρκίνο. Αυτά τα πλεονεκτήματα συχνά διαρκούν για όλη τη ζωή του ατόμου που θηλάζει. Η μητέρα επίσης που θηλάζει έχει μικρότερες πιθανότητες να αναπτύξει καρκίνο του μαστού και του ενδομήτριου περιβάλλοντος, οστεοπόρωση, παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη. Ο μητρικός θηλασμός, επίσης, έχει αντισυλληπτική δράση, καθώς η ορμόνη προλακτίνη που ενεργοποιεί τον μαστό αναστέλλει την παραγωγή ωαρίων και την πιθανότητα σύλληψης.

Εκτός από τα παραπάνω ο μητρικός θηλασμός είναι ένας τρόπος ανατροφής του βρέφους ο οποίος προσφέρει σωματική και ψυχική επαφή ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος. Η επαφή αυτή είναι αναπλήρωτη και απαραίτητη για την ανάπτυξη της ψυχικής υγείας του βρέφους. Έχει παρατηρηθεί ότι βρέφη που είχαν διακοπτόμενο θηλασμό από τη μητέρα αλλά και από το μπουκάλι μαζί ή μόνο από το μπουκάλι, από τον πρώτο μήνα μόλις μήνα, έγιναν ευερέθιστα σε δυσάρεστα ερεθίσματα, όπως θορύβους, παρουσία αγνώστων ανθρώπων, φωνές γονέων. Απέκτησαν φόβους και πιο δύσκολα μπόρεσαν τα βρέφη αυτά να προσαρμοστούν αρμονικά στο περιβάλλον καθώς μεγάλωναν ως παιδιά κι αργότερα ως ενήλικες. Αν ο μητρικός θηλασμός είναι ικανοποιητικός τότε το βρέφος έχει βασικά θεμέλια να γίνει ανεξάρτητο παιδί κι

ενήλικας, ικανό να αντλεί ευχαρίστηση από τη ζωή. Το βρέφος που δεν έχει ικανοποιήσει τις ενστικτώδεις ανάγκες του θηλασμού και της επαφής μέσω του θηλασμού, με τη μητέρα, έχει μεγάλη προδιάθεση να αναπτύξει μεγαλώνοντας νεύρωση (Williams,2003).

1.8 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή παρουσιάζουν ακραίες διαταραχές στη διατροφική τους συμπεριφορά και στις σχετικές με τη διατροφή σκέψεις και συναισθήματα.

Οι διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από την υπερβολική ανάγκη που αισθάνεται το άτομο να είναι αδύνατο και από ένα νοσηρό φόβο ότι θα παχύνει και θα χάσει τον έλεγχο πάνω στη διατροφή του. Οι διατροφικές διαταραχές παρουσιάζονται κυρίως στις γυναίκες, αλλά μπορεί να παρουσιασθούν και στους άνδρες. Οι διαταραχές αυτές αρχίζουν συνήθως κατά την εφηβεία, αλλά μπορούν να αρχίσουν και κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή.

Οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να υπερνικηθούν και είναι σημαντικό για το άτομο να αναζητήσει συμβουλή και θεραπευτική αγωγή όσο το δυνατό συντομότερα, διότι οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να έχουν σοβαρές σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις (Vitaequalis,2010).

1.9 ΤΑ ΚΥΡΙΑ ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι δύο πιο σοβαρές μορφές διατροφικής διαταραχής είναι η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία.

1.10 ΠΟΙΟΙ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οποιοσδήποτε μπορεί να αναπτύξει μια ψυχογενή διατροφική διαταραχή, άσχετα από τη ηλικία, το φύλο ή το εκπαιδευτικό του επίπεδο. Ωστόσο, νεαρές

γυναίκες είναι περισσότερο ευπαθείς, ιδιαίτερα μεταξύ των ηλικιών 15-25 ετών. Πανεπιστημιακές έρευνες φανερώνουν πως τα γονίδια ενός ατόμου ίσως προδιαθέτουν το άτομο να αναπτύξει μια τέτοια διαταραχή που όταν ερεθιστούν από περιβαλλοντικούς παράγοντες -επίδραση από την στάση άλλων μελών της οικογενείας του προς το φαγητό-ευνοείται η ανάπτυξή τους. Επίσης σε καταστάσεις όπου υπάρχουν υψηλές ακαδημαϊκές προσδοκίες ή κοινωνικές πιέσεις, το άτομο μπορεί να εστιάσει σε θέματα γύρω από το φαγητό ως ένα τρόπο να διαχειριστεί τις αγχώδεις καταστάσεις.

Τραυματικά γεγονότα μπορεί να προκαλέσουν νευρική βουλιμία ή ανορεξία όπως-διαδικασία πένθους, κακομεταχείριση ή κακοποίηση, δυσκολίες μέσα στην οικογένεια (διαζύγιο) ή ανησυχίες γύρω από τον σεξουαλικό προσανατολισμό του ατόμου (Medloock,2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχογενής ανορεξία (ή νευρογενής ανορεξία-anorexia nervosa) είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ. Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος, έντονος φόβος του ατόμου μήπως γίνει παχύ, διαταραχή στη σωματική εικόνα, σημαντική απώλεια βάρους και αμηνόρροια στις γυναίκες.

Άτομα με τη διαταραχή αυτή λένε ότι <<νιώθουν παχιά>> όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή ακόμα κι όταν έχουν απισχανθεί, κι αυτό γιατί η απώλεια του βάρους δεν καθησυχάζει τον φόβο τους της παχυσαρκίας. Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη του σώματός τους ολόκληρου και της εξωτερικής τους σωματικής εικόνας –δεν μπορούν να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις συμπεριλαμβανόμενου του αισθήματος της πείνας, πιστεύουν ότι το σώμα τους ή διάφορα μέρη του είναι <<πολύ παχιά>> ακόμα κι όταν είναι κάτω από το φυσιολογικό βάρος.

Βέβαια η λέξη <<ανορεξία>> είναι αποπροσανατολιστική. Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης, γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνον αργά στην πορεία της νόσου. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στην ταυτότητα και στην αυτονομία, για λόγους που ακόμα δεν γνωρίζουμε. Η απώλεια του βάρους συνήθως κατορθώνεται με

μείωση της συνολικής ποσότητας τροφής με δυσανάλογη ελάττωση βάρους (και οφείλεται σε ελαττωμένη έκκριση από την υπόφυση της θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινοποιητικής ορμόνης (LH) (Σαράντογλου,1987).

2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Α. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του.

Β. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ , ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

Γ. Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος ή το σχήμα του σώματος του, αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην εκτίμηση του εαυτού ή άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος σωματικού βάρους .

Δ. Σε γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου, αμηνόρροια, δηλ. απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών (Σαράντογλου,1987).

2.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΥ

2.3.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

Κατά την διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς ανορεξίας ο πάσχων δεν έχει αναγκαστικά εμπλακεί σε υπερφαγική ή καθαρτική συμπεριφορά (π.χ. αυτοπροκαλούμενοι έμετοι ή κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών) (DSM-IV,1996).

2.3.2 ΥΠΕΡΦΑΓΙΚΟΣ-ΚΑΘΑΡΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

Η συμπτωματολογία αυτή χαρακτηρίζεται από εμπλοκή, υποχρεωτική, του ασθενούς σε υπερφαγικά επεισόδια και καθαρτική συμπεριφορά με τη χρήση των ήδη αναφερθέντων μέσων (DSM-IV,1996).



2.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η φαινομενολογία της κύριας ψυχοπαθολογικής διαταραχής της ψυχογενούς ανορεξίας δεν είναι εύκολο να καθορισθεί. Η ορολογία που έχει χρησιμοποιηθεί περιλαμβάνει ποικίλες, ακόμα και εκ διαμέτρου αντίθετες, περιγραφές, όπως <<υστερική εκδήλωση>>, <<φοβία αύξησης του βάρους>>, <<ιδεοληψία>> ή ακόμα και <<παραλήρημα>>. Ίσως είναι περισσότερο αντιληπτή σαν μια <<υπεραξιολογούμενη ιδέα>>

Οι συμπεριφορές των ανορεκτικών ασθενών, μολονότι αποσκοπούν είτε στην μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας είτε στην αύξηση της κατανάλωσης ενέργειας, δεν εκδηλώνονται πάντοτε με ομοιόμορφο τρόπο.

Μερικοί ασθενείς υιοθετούν μόνο περιοριστικού τύπου συμπεριφορές, οι οποίες συνήθως συνοδεύονται από υποσιτισμό, άρνηση λήψης ουσιών υψηλής ενεργειακής απόδοσης και εξουθενωτική άσκηση. Ενώ άλλοι επεκτείνουν την περιοριστική αυτή συμπεριφορά και σε περισσότερο επικίνδυνες μεθοδεύσεις, όπως οι αυτοπροκλητοί έμετοι και η κατάχρηση υπακτικών ή διουρητικών ουσιών.

Αρκετά συχνά οι συμπεριφορές αυτές, που έχουν σαν στόχο την απώλεια βάρους, γίνονται στα κρυφά. Οι πάσχοντες συνήθως αρνούνται να φάνε μαζί με τα άλλα μέλη της οικογένειας ή σε δημόσιο χώρο και η απώλεια βάρους οφείλεται σε δραστική μείωση της συνολικής ποσότητας φαγητού, με δυσανάλογη ελάττωση των τροφών που περιέχουν υδατάνθρακες και λίπη.

Η λέξη << ανορεξία > είναι λαθεμένη, γιατί απώλεια της όρεξης για φαγητό είναι σπάνια ακόμα και στα τελευταία στάδια της νόσου.

Ένδειξη ότι οι πάσχοντες σκέπτονται και ενασχολούνται συνεχώς με τη διατροφή τους αποτελεί το γεγονός ότι κάνουν συλλογή από συνταγές και το ότι κατασκευάζουν αρκετά δύσκολα φαγητά για τους άλλους.

Μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να ελέγξουν την αυτοεπιβληθείσα περιστολή στη λήψη φαγητού και παρουσιάζουν υπερφαγικές κρίσεις, που επισυμβαίνουν κρυφά, συνήθως τις νυκτερινές ώρες και κατά κανόνα ακολουθούνται από προκλητούς εμέτους.

Η κατάχρηση υπακτικών αλλά και διουρητικών για να χάσουν βάρος, ή ακόμα ασκήσεις με τελετουργικό τρόπο, έντονη ποδηλασία, βιάδισμα, τρέξιμο, είναι αρκετά συνηθισμένες δραστηριότητες στους ασθενείς αυτούς.

Οι άρρωστοι αυτοί αναπτύσσουν επίσης συμπεριφορές με συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες σε σχέση με την διατροφή. Κρύβουν φαγητά σε διάφορα μέρη του σπιτιού και συχνά έχουν στις τσέπες τους μεγάλες ποσότητες διαφόρων γλυκισμάτων. Αν τύχει με άλλα άτομα, τεμαχίζουν το φαγητό τους σε μικρά κομματάκια και καταναλώνουν αρκετό χρόνο στο να τα αναδιατάξουν μέσα στο πιάτο τους ή να τα κρύψουν σε πετσέτες ή τις τσέπες τους. Τις τυχόν

παρατηρήσεις των άλλων για τις συμπεριφορές τους αυτές, αντιμετωπίζουν είτε αρνούμενοι κάθε συζήτηση στο θέμα. Ο έντονος φόβος ότι κινδυνεύουν να πάρουν βάρος ή να παχύνουν, είναι εμφανής σε όλους σχεδόν τους πάσχοντες και αναμφισβήτητα συμβάλλει στην έλλειψη ενδιαφέροντος σε οποιαδήποτε θεραπευτική πρόταση και στην ενεργητική αντίσταση σε ενδεχόμενη προσπάθεια με ανάλογο στόχο.

Συνήθως οι ασθενείς στα πρώτα στάδια της νόσου αντιμετωπίζονται, από το περιβάλλον τουλάχιστον, σαν ιδιόρρυθμοι σε σχέση με τις διατροφικές συνήθειες ή ότι ακολουθούν τη μόδα κι έτσι όταν φθάσουν στην ιατρική παρατήρηση βρίσκονται σε αρκετά προχωρημένη μορφή ή παρουσιάζουν ακόμα και έντονες σωματικού τύπου εκδηλώσεις , από τη μεγάλη απώλεια βάρους (υποθερμία, οιδήματα, υπόταση και βραδυκαρδία, μεταβολικές διαταραχές, αμηνόρροια κ. α) (Σαράντογλου,1987).

2.5 ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΥΠΕΡΦΑΓΙΚΟΥ-ΚΑΘΑΡΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ

Ο δεύτερος είναι αρκετά συχνός μεταξύ των ανορεκτικών πασχόντων, σε ποσοστά μάλιστα που υπερβαίνουν το 50% , ενώ καθένας από αυτούς φαίνεται ότι ακολουθεί διαφορετική ιστορική και κλινική πορεία. Τα άτομα που περιλαμβάνονται στον υπερφαγικό-καθαρτικό τύπο έχουν πολλά κοινά στοιχεία από πλευράς συμπτωματολογίας με τους ασθενείς που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία . Οι ασθενείς της κατηγορίας του υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου ,στον οικογενειακό τους περίγυρο φαίνεται ότι είχαν άτομα με παχυσαρκία, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις και οι ίδιοι οι ασθενείς αυτοί χαρακτηρίζονταν σαν υπέρβαροι, σε σύγκριση με άτομα που ανήκουν στον περιοριστικό τύπο. Οι ασθενείς επίσης της κατηγορίας αυτής έχουν σχέση με χαρακτηριστικές διαταραχές, κατάχρηση ουσιών και διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων.

Από την άλλη μεριά οι ασθενείς που υπάγονται στον περιοριστικό τύπο περιορίζουν τις διατροφικές τους επιλογές, παίρνουν όσο το δυνατό λιγότερες θερμίδες και συχνά χαρακτηρίζονται από ιδεοψυχαναγκαστικού τύπου συμπεριφορές όσον αφορά στη διατροφή.

Και οι δυο τύποι έχουν έντονη ενασχόληση με το σωματικό βάρος και την εικόνα του σωματικού εγώ, ενώ οι ασθενείς και στους δυο τύπους μπορεί να ασκούνται για ώρες καθημερινά ή να εκδηλώνουν αλλόκοτη διατροφική συμπεριφορά, μπορεί να είναι κοινωνικά απομονωμένοι, με καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογία και μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον.

Τέλος μερικοί ασθενείς της πρώτης κατηγορίας μπορεί να παρουσιάζουν καθαρτικού τύπου συμπεριφορές αλλά όχι υπερφαγία (DSM-IV,1996).

2.6 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Εκτιμήσεις της ετήσιας επίπτωσης (incidence) της ψυχογενούς ανορεξίας κυμαίνονται στις 1.8 περιπτώσεις ανδρών και 14.6 περιπτώσεις γυναικών ανά 100.000 άτομα πληθυσμού . Έρευνες που αφορούσαν στην επικράτηση της νόσου ανέφεραν ποσοστά 0.5 στα 100 νέα κορίτσια ηλικίας 14 έως 18 ετών.

Από μελέτη προέκυψε ότι 0.6 άνδρες και 6.7 γυναίκες στους 100.000 είχαν νοσηλευθεί με τη διάγνωση <<ψυχογενής ανορεξία>> σε όλα τα ψυχιατρικά ιδρύματα μεταξύ 1973 και 1987 στη Δανία. Αντίθετα, βρέθηκαν 0.17 άνδρες και 1.9 γυναίκες στις 100.000 νέες περιπτώσεις εισαγωγών με τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας.

Μια άλλη έρευνα στο νησί Bornholm της Δανίας μεταξύ 1970 και 1989, που περιέλαβε την άντληση πληροφοριών από τους γενικούς γιατρούς και τις τοπικές ψυχιατρικές υπηρεσίες, έδειξε υψηλά ποσοστά μεταξύ των γυναικών 10-24 ετών. Από τη Δανία προέρχονται επίσης δεδομένα που επιβεβαίωσαν την

προηγούμενη έρευνα. Φαίνεται ότι οι γενικοί γιατροί βλέπουν πολύ μεγαλύτερο αριθμό κοριτσιών με ψυχογενή ανορεξία (μια περίπτωση ψυχογενούς ανορεξίας στα 780 κορίτσια) από τον αριθμό των νέων περιπτώσεων που επισκέπτονται ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Μια σημαντική συγχρονική έρευνα με εφαρμογή των κριτηρίων DSM III για την ανίχνευση της ψυχογενούς ανορεξίας έγινε σε 5.705 μαθήτριες στη Ν. Αυστραλία και αποκαλύφθηκαν 105 περιπτώσεις ηλικίας 10-14 στα 1000 κορίτσια.

Η τεράστια αυτή διάφορα μεταξύ των ποσοστών της πραγματικής επικράτησης στο μαθητικό πληθυσμό και της επικράτησης της ψυχογενούς ανορεξίας όπως αυτή καταγράφεται από τη χρήση ψυχιατρικών υπηρεσιών ή κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής, εύκολα προσεγγίσιμων από κάθε άτομο που έχει κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα (Σαραντόγλου,1987).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ-ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχογενής βουλιμία θεωρείται μια παραλλαγή της ψυχογενούς ανορεξίας, με την οποία έχει κοινά πολλά κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η διατήρηση όμως, εκ μέρους των πασχόντων από ψυχογενή βουλιμία, σταθερού σωματικού βάρους αποτελεί χαρακτηριστικό διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο. Η ψυχογενής βουλιμία είναι ίσως περισσότερο συχνή από την ψυχογενής ανορεξία και έχει αρκετές ομοιότητες με τον υπερφαγικό-καθαρτικό τύπο της δεύτερης, χωρίς όμως να προκαλεί τόσο σοβαρά προβλήματα υποσιτισμού.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχογενή βουλιμία ήταν πιο αυθαίρετα και πιο ασαφή σε σύγκριση με εκείνα της ψυχογενούς ανορεξίας. Μολονότι τα υπερφαγικά επεισόδια αποτελούν απαραίτητο διαγνωστικό στοιχείο, δεν φαίνεται να υπάρχει συμφωνία στο τι περιλαμβάνει η έννοια της υπερφαγίας και ποια είναι η ελάχιστη απαιτούμενη συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων. Όσον αφορά στην υπερφαγία μερικοί έδωσαν έμφαση στην ποσότητα της τροφής που τρώγεται, άλλοι στην υποκειμενική αίσθηση του ατόμου και άλλοι τέλος στην ανάγκη ύπαρξης συγκεκριμένων επεισοδίων υπερφαγίας ή ενός γρήγορου ρυθμού πρόσληψης τροφής. Ακόμα πιο ασαφές είναι το κριτήριο της συχνότητας των υπερφαγικών επεισοδίων, η οποία είναι απαραίτητη για τη διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας (Fairburn,1999).



3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ (DSM IV)

A. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο που ακολουθούν:

Το να φάει κανείς, σε μια καθορισμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε δυο ώρες), μια ποσότητα φαγητού σαφώς μεγαλύτερη από εκείνη που ο περισσότερος κόσμος στην ίδια χρονική περίοδο και κάτω από τις ίδιες συνθήκες μπορεί να φάει.

Η ύπαρξη μιας αίσθησης απώλειας ελέγχου της υπερφαγίας κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. η αίσθηση ότι δεν μπορεί κανείς να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει το τι και πόσο τρώει).

Β. Επανειλημμένη μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά προς αποφυγή αύξησης του βάρους, όπως προκλητοί έμετοι, κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμακευτικών ουσιών, νηστεία ή έντονη άσκηση.

Γ. Η υπερφαγία και η μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά επισυμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για διάστημα τριών μηνών.

Δ. Ο τρόπος εκτίμησης του εαυτού επηρεάζεται αδικαιολόγητα από το σωματικό σχήμα και βάρος.

Ε. Η διαταραχή αυτή δεν παρουσιάζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς βουλιμίας (DSM-IV,1996).

3.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΥ

3.3.1.ΚΑΘΑΡΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς βουλιμίας, ο πάσχων έχει εμπλακεί αναγκαστικά σε αυτοπροκλητούς εμέτους ή κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών (DSM-IV,1996).

3.3.2 ΜΗ ΚΑΘΑΡΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς βουλιμίας, ο πάσχων χρησιμοποιεί άλλες μη φυσιολογικές αντιρροπιστικές συμπεριφορές όπως νηστεία ή έντονη άσκηση αλλά δεν έχει εμπλακεί υποχρεωτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών (DSM-IV,1996).

3.4 Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Έχουν ανασκοπηθεί 19 συγχρονικές (cross-sectional) επιδημιολογικές έρευνες που έγιναν στη δεκαετία του 1980 σε μεικτούς πληθυσμούς αγοριών και κοριτσιών. Τα μέσα ποσοστά επικράτησης της ψυχογενούς βουλιμίας ήσαν 1,7% ($\pm 1,91$) για τους άνδρες και 9,8% ($\pm 5,25$). Οι έρευνες αυτές εφάρμοσαν τα κριτήρια DSM III.

Ο Garfinkel αναφέρει ότι σε συγχρονική έρευνα μεταξύ μαθητριών σε περιοχή των ΗΠΑ βρέθηκε ένα ποσοστό επικράτησης 1,5% μεταξύ κοριτσιών ηλικίας 12-19 ετών. Σύμφωνα με τον ίδιο έχουν αναφερθεί βουλιμικά επεισόδια που φθάνουν το 40% μεταξύ σπουδαστριών πανεπιστημίων. Από την έρευνα των Pagsberg και Wang στο νησί Bornholm της Δανίας βρέθηκαν 89 περιπτώσεις γυναικών 10-24 ετών στις 100000 να νοσούν για όλη τη ζωή τους από ψυχογενή βουλιμία. Αντίθετα μικρότερος αριθμός νέων περιπτώσεων γυναικών (45/100000) βρέθηκε να νοσεί από βουλιμία. Ίδιες διαφορές επιβεβαιώθηκαν από την έρευνα του Joergensen σε άλλη περιοχή της Δανίας.

Δύο άλλες συγχρονικές (cross-sectional) έρευνες με ερωτηματολόγια και κριτήρια του DSM III που διεξήχθησαν στις ΗΠΑ και Ιρλανδία σε μεγάλο αριθμό μαθητών-φοιτητών έδειξαν ότι οι μαθήτριες-φοιτήτριες 13-25 ετών εμφάνιζαν ψυχογενή βουλιμία σε αντίστοιχα ποσοστά 8,3% και 3% των δειγμάτων των σχολικών ερευνών. Φαίνεται ότι και στην περίπτωση της επιδημιολογίας της ψυχογενούς βουλιμίας ισχύει ότι και για την ψυχογενή ανορεξία.

Η πραγματική επικράτηση (true prevalence) είναι σημαντική μεταξύ των ομάδων ηλικιών και του φύλλου στις οποίες συνήθως εμφανίζεται η νόσος αυτή (Fairburn, 1999).

3.5 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Αρκετά συχνά η ψυχογενής βουλιμία αποτελεί συνέχεια μιας προϋπάρχουσας ανορεκτικής συμπτωματολογίας ή ακολουθεί μια μακρόχρονη ενασχόληση και προσπάθεια του πάσχοντος να περιορίσει το φαγητό του.

Η κλινική εικόνα του βουλιμικού ασθενούς είναι αρκετά διακριτή. Οι πάσχοντες προσπαθούν να ασκήσουν έλεγχο στο σωματικό τους βάρος είτε με συγκεκριμένη δίαιτα, μένοντας μακριά από τροφές υψηλής θερμιδικής απόδοσης, είτε μέσω αυτοπροκλητών εμέτων και κατάχρησης υπακτικών.

Στα αρχικά στάδια οι κλινικές εκδηλώσεις της ψυχογενούς βουλιμίας δεν γίνονται αντιληπτές από το περιβάλλον των ασθενών. Οι πάσχοντες φροντίζουν να συγκαλύπτουν επιμελώς τις συμπεριφορές τους, με αποτέλεσμα, ακόμα και για δύο χρόνια να παραμένουν κρυφά τα υπερφαγικά επεισόδια και οι έμετοι. Άλλοι όμως ασθενείς αφήνουν εμφανή σημεία της διαταραγμένης συμπεριφοράς τους, όπως σωρούς από αδειανά δοχεία φαγητών στην κουζίνα ή πλαστικές σακούλες με εμέσματα κάτω από τα κρεβάτια, πιθανόν για να υποδηλώσουν το μέγεθος του προβλήματος.

Τα βουλιμικά επεισόδια κατά κανόνα σχεδιάζονται και οι τροφές αποθηκεύονται ώστε να καταναλωθούν σε χρόνο που δε θα υπάρχει πιθανότητα να διακοπεί αυτή η δραστηριότητα. Οι τροφές που χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς αυτούς διαλέγονται ώστε να είναι εύκολη η κατάποση και η ξέμεση τους. Κατά κανόνα είναι ουσίες με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπη και υδατάνθρακες, τις οποίες οι ίδιοι οι ασθενείς αρνούνται κάτω από άλλες συνθήκες. Μερικές φορές η ποσότητα της τροφής που καταναλώνεται περιέχει μέχρι και το 30πλάσιο σε θερμιδική αξία από την τροφή που θα καταναλωνόταν κάτω από φυσιολογικές συνθήκες. Συνήθως οι βουλιμικοί ασθενείς έχουν την τάση να τρώγουν γρήγορα και κρυφά μεγάλες ποσότητες τροφών, ακόμα και χωρίς να τις μασήσουν. Τα βουλιμικά επεισόδια συχνά επισυμβαίνουν κατά τη διάρκεια των νυχτερινών ωρών. Ασθενείς με χρόνια εξέλιξη παρουσιάζουν

επεισόδια υπερφαγίας με βραδύτερους ρυθμούς ενώ άλλοι «τσιμπολογάνε με τις ώρες» μικρές ποσότητες τροφών.

Οι περισσότεροι βουλιμικοί ασθενείς έχουν φυσιολογικό σωματικό βάρος, μερικοί όμως από αυτούς μπορεί να είναι υπέρβαροι ή το αντίθετο ελλειποβαρείς.

Οι ασθενείς αυτοί έχουν ιδιαίτεροι ενασχόληση με την εικόνα του σώματός τους και τη συνολική τους εμφάνιση και φαίνεται να ανησυχούν για τη γνώμη που έχουν οι άλλοι γι' αυτούς αλλά και για τη σεξουαλική τους ελκυστικότητα.

Πάντως σε σχέση με τους ανορεκτικούς ασθενείς οι βουλιμικοί είναι περισσότερο σεξουαλικά ενεργοί.

Από τις δυο υποκατηγορίες των βουλιμικών ασθενών που προβλέπει το DSM-IV εκείνοι που ανήκουν στον καθαρτικό τύπο θεωρούνται σαν ομάδα κινδύνου για σωματικού τύπου επιπλοκές, όπως υποκαλιαιμία ή υποχλωραιμική αλκάλωση, μπορεί μάλιστα να ακολουθούν διαφορετική πορεία από εκείνους του μη καθαρτικού τύπου, οι οποίοι παρουσιάζουν υπερφαγία και στη συνέχεια κάνουν δίαιτα και ασκούνται συστηματικά.

Τα επεισόδια υπερφαγίας, που είναι ίσως τα πιο εντυπωσιακά συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας, μπορεί να σταματήσουν, προσωρινά, είτε κάτω από κοινωνική πίεση είτε από αίσθημα σωματικής δυσφορίας (όπως πόνος στην κοιλιακή χώρα ή ναυτία), ενώ μπορεί να ακολουθούνται και από συναισθήματα ενοχής και αυτοσιχασιάς. Τα καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα που παρατηρούνται μετά τα υπερφαγικά επεισόδια χαρακτηρίζονται σαν «μετα-υπερφαγική αγωνία».

Η χρήση τέλος ή και κατάχρηση κατασταλτικών της όρεξης, υπακτικών, διουρητικών, η επίπονη και επίμονη δίαιτα αλλά και η εξουθενωτική άσκηση αποτελούν τους πλέον προσηφιείς τρόπους, εκτός από τους αυτοπροκλητούς εμέτους, που προτιμούν οι πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία για τον έλεγχο του σωματικού τους βάρους (Fairburn,1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

- ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ
- ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑ
- ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ
- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
- ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ
- ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

4.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ

Οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής κίνησαν πρώιμα το ενδιαφέρον των ερευνητών. Σε μερικές οικογένειες παρατηρήθηκε συχνότερη εμφάνιση των διαταραχών αυτών που οδήγησε στην διερεύνηση του ρόλου της κληρονομικότητας στην εκδήλωσή τους. Έτσι το 1860, αναφέρθηκε από τον Marce ότι το υποχονδριακό παραλήρημα, κατάσταση που σήμερα αναγνωρίζεται ως ψυχογενής ανορεξία, εμφανίζεται σε νεαρά άτομα με κληρονομική προδιάθεση για νόσηση, ενώ αρκετές δεκαετίες αργότερα παρατηρήθηκε η εκδήλωση νευρωτισμού σε ορισμένες οικογένειες.

Τόσο οι αρχικές, που βασίζονταν σε εμπειρικές παρατηρήσεις, όσο και οι μεταγενέστερες μελέτες ανέφεραν ότι οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής εμφανίζονται συχνότερα στις οικογένειες των πασχόντων.

Μετά την βασική κατηγοριοποίηση των διαταραχών σε ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία γίνεται, τις τελευταίες δεκαετίες, συστηματική διερεύνηση του ρόλου των γενετικών συντελεστών στην αιτιοπαθογένεια και εκδήλωσή τους. Η προσπάθεια αυτή βασίζεται στις μελέτες σε οικογένειες ασθενών και μαρτύρων, στην ανεύρεση του βαθμού συμφωνίας ανάμεσα σε ζεύγη διδύμων, σε μελέτες σε υιοθετημένους καθώς και στις νεότερες μελέτες

συνδυασμού και σύνδεσης των διαταραχών με πολυμορφικούς δείκτες με την εφαρμογή μεθόδων της μοριακής βιολογίας. Γίνεται επίσης προσπάθεια διερεύνησης του ρόλου που παίζουν και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες στην εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας (Treasure, 1995).

4.1.1 ΜΕΛΕΤΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ

Η εκδήλωση διαταραχής στην πρόσληψη τροφής μπορεί να χαρακτηριστεί με τις μελέτες σε οικογένειες πασχόντων και μαρτύρων ως οικογενής ή σποραδική. Στις οικογένειες με σποραδικές (μη οικογενείς ή μεμονωμένες) περιπτώσεις, ο κίνδυνος νόσησης άλλου μέλους της οικογένειας είναι ελάχιστα υψηλότερος από τον αντίστοιχο κίνδυνο στο γενικό πληθυσμό. Όταν λέμε κίνδυνο νόσησης εννοούμε τον κίνδυνο που εμφανίζει το άτομο να νοσήσει όταν διανύει την ηλικία νόσησης που για τις διαταραχές στην πρόσληψη τροφής θεωρείται το ηλικιακό φάσμα 15-45 ετών. Ο κίνδυνος νόσησης διορθώνεται σύμφωνα με την ηλικία και παρότι θεωρείται εμπειρικός προσδιορισμός, παίζει σημαντικό ρόλο στην διαδικασία της ψυχιατρικής γενετικής συμβουλευτικής.

Η οικογενής εκδήλωση των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής επιβεβαιώθηκε με τις μελέτες οικογενειών, αφού ο κίνδυνος νόσησης για τις διαταραχές αυτές βρέθηκε σημαντικά αυξημένος στους α' βαθμούς συγγενείς (γονείς, αδέρφια, παιδιά) των ασθενών σε σύγκριση με τους συγγενείς των μαρτύρων. Η ψυχογενής βουλιμία διαπιστώθηκε ότι είναι περισσότερο συχνή στις οικογένειες των πασχόντων, αφού οι συγγενείς τους εμφανίζουν κίνδυνο να εκδηλώσουν την ίδια διαταραχή που κυμαίνεται από 2,4% μέχρι 10,4%, σε σχέση με τον κίνδυνο στους συγγενείς των μαρτύρων που κυμαίνεται κάτω από 1%. Αντίθετα ο κίνδυνος εκδήλωσης ψυχογενούς ανορεξίας δεν βρέθηκε σημαντικά υψηλότερος στους συγγενείς των βουλιμικών ασθενών (0,0%-3,1%) σε σχέση με τους συγγενείς των μαρτύρων. Σε ορισμένες μελέτες, όμως, δεν

διαπιστώθηκαν σαφείς διαφορές στην εκδήλωση ψυχογενούς βουλιμίας ανάμεσα στους συγγενείς των βουλιμικών ασθενών και των υγιών μαρτύρων.

Εμφάνιση παχυσαρκίας επίσης διαπιστώθηκε στις οικογένειες των ασθενών με διαταραχή στη λήψη τροφής με επίπτωση περίπου 6% στις γυναίκες α' βαθμού συγγενείς, ποσοστό όμως που δεν απέχει εκείνου που παρατηρείται στον γενικό πληθυσμό. Σε άλλες όμως μελέτες δεν παρατηρήθηκε μεγαλύτερη επίπτωση της παχυσαρκίας στους συγγενείς των ανορεκτικών. Οι μελέτες καταλήγουν ότι η γενετική προδιάθεση για παχυσαρκία ίσως να σχετίζεται περισσότερο με την βουλιμία παρά με την ανορεξία.

Σε σχέση με άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις στους α' βαθμούς συγγενείς των πασχόντων από ψυχογενή βουλιμία παρατηρήθηκε, πέρα από την εκδήλωση ψυχογενούς ανορεξίας, εκδήλωση αγχωδών διαταραχών σε ποσοστά που κυμαίνονταν από 0,4% μέχρι 5,4%, ενώ αναφέρθηκε συννοσηρότητα των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Επίσης παρατηρήθηκε στους συγγενείς των βουλιμικών αλκοολισμός και χρήση ουσιών σε ποσοστά 8,6%-22% και 2%-8,2% στις διάφορες μελέτες αντίστοιχα. Από την άλλη πλευρά, σε πρόσφατη μελέτη, δεν διαπιστώθηκαν αυξημένα επίπεδα ψυχογενούς ανορεξίας στους συγγενείς των αλκοολικών, ενώ τα επίπεδα ψυχογενούς βουλιμίας βρέθηκαν σε μεγαλύτερα από τα αναμενόμενα ποσοστά. Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι δεν υπάρχουν ενδείξεις οικογενούς κατανομής ανάμεσα στον αλκοολισμό και την ανορεξία ή βουλιμία, οι δύο διαταραχές είναι συγκριτικά σπάνιες και η σχέση τους με τον αλκοολισμό φαίνεται να οφείλεται σε προϋπάρχουσα ή δευτεροπαθή ψυχιατρική διαταραχή (Αλεξανδρίδης,2000).

Οι μελέτες οικογενειών κατέδειξαν ότι υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στις διαταραχές στην πρόσληψη τροφής και στην μείζονα συναισθηματική διαταραχή, αφού παρατηρήθηκε αυξημένη εμφάνιση της διαταραχής στους συγγενείς των ανορεκτικών και βουλιμικών ασθενών σε σύγκριση με τους συγγενείς των μαρτύρων.

Ο κίνδυνος νόσησης για διπολική συναισθηματική διαταραχή στους συγγενείς α' βαθμού των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία κυμαίνεται από 1,7% μέχρι 7%, ενώ για μονοπολική διαταραχή από 9% μέχρι 29,5%, σε σχέση με ποσοστά 1% και 5% αντίστοιχα στο γενικό πληθυσμό. Οι συγγενείς των βουλιμικών ασθενών που εμφανίζουν και μείζονα συναισθηματική διαταραχή, έχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο νόσησης από τους συγγενείς των βουλιμικών ασθενών που δεν εμφανίζουν και μείζονα συναισθηματική διαταραχή, σε σχέση με τους συγγενείς των μαρτύρων.

Οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στις οικογένειες των ανορεκτικών ασθενών είναι η διπολική και η μονοπολική μείζονα συναισθηματική διαταραχή. Σε σχέση όμως με τους α' βαθμού συγγενείς των βουλιμικών, διαπιστώθηκαν μειωμένα ποσοστά διπολικής διαταραχής στους α' βαθμού συγγενείς των ανορεκτικών ασθενών (Αλεξανδρίδης,2000).

4.2 ΤΟ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, ψυχογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία, είναι πολύπλοκα σύνδρομα τα οποία πιθανώς προκαλούνται αλλά και διατηρούνται από βιολογικούς, ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η χρονιότητα και η συχνότητα υποτροπών της διαταραγμένης συμπεριφοράς τροφής συνιστούν ένα σοβαρό πρόβλημα. Οι βιολογικοί μηχανισμοί που επηρεάζουν τη συμπεριφορά πρόσληψης τροφής, την πείνα και τον κορεσμό επηρεάζουν και το συναίσθημα, τη δραστηριότητα και τη νοητική κατάσταση που διαταράσσονται στην ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία. Πολλές από τις βιολογικές διαταραχές που παρατηρούνται στις διαταραχές πρόσληψης τροφής αντανακλούν την κατάσταση θρέψης του ασθενούς με την επάνοδο του σωματικού βάρους και της δίαιτας σε φυσιολογικά επίπεδα. Την τελευταία δεκαετία, η έρευνα στις νευροεπιστήμες έχει αρχίσει να αποκαλύπτει τους

βασικούς βιολογικούς μηχανισμούς, κεντρικούς και περιφερικούς, που ελέγχουν τη συμπεριφορά πρόσληψης τροφής (Βάρσου,1995).

4.2.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

Στην ψυχογενή ανορεξία είναι χαρακτηριστικές οι διαταραχές της υποθαλαμικής λειτουργίας. Η έκκριση του εκλυτικού παράγοντα της θυλακιοτρόπου ορμόνης (LHRH) είναι μειωμένη με αποτέλεσμα τα επίπεδα της θυλακιοτρόπου (FSH) ορμόνης, της ωχρινοτρόπου (LH) ορμόνης και της οιστραδιόλης να είναι και αυτά μειωμένα ή να έχουν τις προεφηβικές τιμές. Συνεπώς, η αμηνόρροια που παρατηρείται στην ψυχογενή ανορεξία οφείλεται σε υπογοναδοτροφικό υπογοναδισμό.

Η υποθαλαμική δυσλειτουργία διαπιστώνεται και από την μειωμένη ή επιβραδυμένη αλλά φυσιολογική απάντηση της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης TSH στον παράγοντα που είναι υπεύθυνος για την έκκριση της (CRF).

Τα επίπεδα της αυξητικής ορμόνης (GH) είναι αυξημένα, αποτέλεσμα της μειωμένης πρόσληψης τροφής.

Τα επίπεδα της κορτιζόλης στο πλάσμα είναι αυξημένα και ορισμένες μελέτες αναφέρουν διαταραχές στο ρυθμό 24ώρου.

Οι ενδοκρινείς ανωμαλίες θεωρούνται δευτεροπαθείς και αποδίδονται στις διαταραχές της συμπεριφοράς των ανορεκτικών (έμετοι, χρήση υπακτικών, υπερδραστηριότητα) (Βάρσου,1995).

4.2.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΝΕΥΡΟΜΕΤΑΒΙΒΑΣΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΕΠΤΙΔΙΩΝ

Οι μεταβολές στη δραστηριότητα των νευροπεπτιδεργικών συστημάτων συμβάλλουν πιθανώς στην εμφάνιση κάποιων από τις εκδηλώσεις, κλινικές και βιοχημικές, της ψυχογενούς ανορεξίας. Όπως για παράδειγμα, οι μεταβολές στα επίπεδα του CRF και της β-ενδορφίνης μπορεί να παίζουν ρόλο στην υπερκοτιζολαιμία και την εκδήλωση δυσφορικών συμπτωμάτων(Βάρσου,1995).

4.2.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΝΤΟΠΑΜΙΝΕΡΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία έχουν μειωμένη απάντηση GH στη χορήγηση L-DOPA σε κατάσταση απίσχνασης αλλά και όταν έχει αποκατασταθεί το σωματικό βάρος. Επίσης οι ανορεκτικοί ασθενείς έχουν μειωμένη απάντηση προλακτίνης στη χορήγηση χλωροπρομαζίνης. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει μειωμένη λειτουργικότητα των μετασυναπτικών υποδοχέων (Βάρσου,1995).

4.2.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΕΡΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η ανεύρεση αυξημένων επιπέδων 5-υδροξυϊνδολοξικού οξέος, κύριου μεταβολίτη της σεροτονίνης, αρκετά αργότερα από την αποκατάσταση του σωματικού βάρους καθώς και η παρατήρηση ότι αναγκαστική συμπεριφορά και τελειοθηρία επιμένουν και αυτά μετά την αποκατάσταση του βάρους, οδήγησε στη διατύπωση της υπόθεσης σύμφωνα με την οποία στην ψυχογενή ανορεξία υπάρχει μια ιδιαίτερη διαταραχή της σεροτονινεργικής δραστηριότητας υπό μορφή χαρακτηριστικού που συνδυάζεται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ανορεκτικών, όπως περιορισμός της τροφής, δυσκαμψία, αναστολή, άγχος ή ιδεοληψίες (Βάρσου,1995).

4.3 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

4.3.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΡΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΠΕΠΤΙΔΙΩΝ

- **ΑΞΟΝΑΣ ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΣ-ΥΠΟΦΥΣΗ-ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ**

Στους βουλιμικούς ασθενείς ο περιορισμός των θερμίδων φαίνεται ότι σχετίζεται με τα επίπεδα της κορτιζόνης στο πλάσμα. Ερευνητές έχουν παρατηρήσει φυσιολογικά επίπεδα έκκρισης κορτιζόλης σε βουλιμικές ασθενείς χωρίς διαταραχές της έμμηνου ρύσης. Αντίθετα, βουλιμικές ασθενείς με αμηνόρροια είχαν αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης κατά τη διάρκεια των νυκτερινών ωρών (Σολδάτος,1996).

- **ΑΞΟΝΑΣ ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΣ-ΥΠΟΦΥΣΗ-ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ**

Η απάντηση της TSH στο παράγοντα TRH σε βουλιμικούς ασθενείς σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες ποικίλει στις διάφορες μελέτες. Βρέθηκε φυσιολογική, μειωμένη, η φυσιολογική αλλά με καθυστερημένη απάντηση. Τα επίπεδα της TSH, T3, και T4 στο πλάσμα βουλιμικών ασθενών είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια (Σολδάτος,1996).

ΑΥΞΗΤΙΚΗ ΟΡΜΟΝΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗ

Αυξημένα επίπεδα GH έχουν βρεθεί στους βουλιμικούς ασθενείς τις νυκτερινές ώρες. Τα επίπεδα προλακτίνης τις νυκτερινές ώρες παρουσιάζουν μικρότερη αύξηση σε βουλιμικούς ασθενείς από ότι σε υγιείς μάρτυρες. Το εύρημα αυτό εχει συνδεθεί με τη μειωμένη παραγωγή οιστρογόνων στους βουλιμικούς ασθενείς (Σολδάτος,1996).

4.3.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΝΕΥΡΟΜΕΤΑΒΙΒΑΣΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΝΕΥΡΟΠΕΠΤΙΔΙΑ

Τα επίπεδα της β-ενδορφίνης στο ΕΝΥ βουλιμικών γυναικών ήταν χαμηλότερα σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες. Δεν είναι γνωστό ακόμη αν η μεταβολή αυτή οφείλεται στα επεισόδια υπερφαγίας/εμέτων στην απίσχναση ή είναι χαρακτηριστικά που προδιαθέτει στη βουλιμία.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο ρόλος της χολοκυστοκινίνης (CCK) στη ρύθμιση του κορεσμού. Μια ομάδα ερευνητών ανέφερε ότι η απάντηση της CCK σε πειραματικό γεύμα ήταν μειωμένη σε βουλιμικούς ασθενείς σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες. Μετά από θεραπεία με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα βουλιμικά επεισόδια ενώ αυξήθηκε η απάντηση της CCK σε πειραματικό γεύμα όπως ο κορεσμός (Σολδάτος,1996).

4.3.3 ΝΟΡΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Τα επίπεδα της 3-μεθυξυλ-υδροξυ-φανυλγλυκόλης (MHPG) , κύριου μεταβολίτη της νορεπινεφρίνης (NE), έχει αναφερθεί ότι είναι μειωμένα στα ούρα βουλιμικών ασθενών σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες. Επίσης μειωμένα επίπεδα NE έχουν βρεθεί στο πλάσμα και το ENY βουλιμικών ασθενών σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες (Σολδάτος,1996).

4.3.4 ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΕΡΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η μειωμένη κεντρική σεροτονινεργική δραστηριότητα είναι προδιαθεσικός παράγων για την ανάπτυξη της βουλιμίας. Η άποψη αυτή βασίζεται στα ευρήματα από μελέτες σε πειραματόζωα για τον ρόλο της σεροτονίνης στη ρύθμιση της πείνας και της αντίληψης του κορεσμού (Σολδάτος,1996).

4.3.5 ΝΤΟΠΑΜΙΝΕΡΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Τα επίπεδα του ομοβανιλλικού οξέος (κύριου μεταβολίτη της ντοπαμίνης), βρέθηκαν μειωμένα σε βουλιμικούς ασθενείς με μεγάλη συχνότητα επεισοδίων υπερφαγίας. Τα ευρήματα αυτά είναι ενδεικτικά ανωμαλιών στις ντοπαμινεργικές οδούς οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε

μειωμένη ικανοποίηση μετά τη λήψη τροφής η οποία με τη σειρά της ευοδώνει τη βουλιμική συμπεριφορά (Σολδάτος,1996).

4.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

4.4.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ

Έρευνες τόσο στην ψυχογενή ανορεξία όσο και στην ψυχογενή βουλιμία απέδειξαν ότι υπάρχει όντως υψηλή συννοσηρότητα, κυμαινόμενη από 20% έως 80%.Πιο συγκεκριμένα, στην ψυχογενή ανορεξία, η παρουσία διάγνωσης διαταραχής προσωπικότητας κυμαίνεται από 23% έως 80%. Ιδιαίτερα παρατηρούνται διαταραχές του <<cluster B>> (ιστριονική, δ.π.-ναρκισσιστική,δ.π.μεθοριακή,δ.π.αντικοινωνική).Και ακολουθούν οι διαγνωστικές κατηγορίες του <<cluster C>> (ψυχαναγκαστική δ.π.εξαρτητική δ.π.αποφευκτική δ.π.).

Στη βουλιμία, τα ποσοστά συννοσηρότητας διαταραχών προσωπικότητας κυμαίνονται στις έρευνες από 21% έως 77%, με σαφή επικράτηση των διαταραχών του <<cluster B>> (Αλεξανδρίδης,2000).

4.4.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η μελέτη των ψυχοδυναμικών παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας ξεκίνησε από το έργο της Hilde Bruch, μιας ερευνήτριας και ψυχοθεραπεύτριας που επί τρεις δεκαετίες ασχολήθηκε με την κατανόηση και την θεραπεία της ψυχικής αυτής ασθένειας. Η Bruch υπογράμμισε τη σημασία που έχει:

α) η κρίση της εφηβείας και οι νέες εμπειρίες στην εφηβεία, ως προδιαθεσικοί παράγοντες.

β) το μέγαλωμα του παιδιού που φαινομενικά μόνο είναι <<φυσιολογικό>>. Υποκρύπτονται συνήθως ελλιπούς αναγνώρισης από τους

γονείς των αναγκών του παιδιού ή χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενίσχυσης και επιβεβαίωσης των ικανοτήτων του.

γ) ο επικρατών ψυχολογικός μηχανισμός που είναι ο πλήρης έλεγχος στο σώμα, σαν μια προσπάθεια να διατηρηθεί ένα «πεδίο κυριαρχίας του εαυτού». Η ανορεκτική κινητοποιεί αυτόν τον μηχανισμό, όταν βρεθεί μπροστά στο καθήκον της εφηβείας για ανεξαρτησία και διαμόρφωση ταυτότητας. Τότε, η λύση είναι αντιφατική:

κυριαρχεί στο σώμα αντιδρώντας σε όποια εξωτερική επέμβαση (γι' αυτό και αρχικά η ανορεξία εγκαθίσταται, συχνά, μέσα από μια δίαιτα που η έφηβη θεωρεί στοιχείο «απελευθέρωσης» και «αυτονομίας»)

αρνείται το μέγλωμα της και γίνεται πιο εξαρτημένη από τους γονείς (γι' αυτό και συχνά η εμφάνιση της νόσου ανατρέπει τα οικογενειακά δεδομένα και η μητέρα, από μια στάση απόμακρη, μεταπίπτει σε μια συμβιωτική σχεδόν σχέση με την κόρη της) (Αναστασόπουλος,1999).

4.4.3 ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Πρόσφατες ψυχοδυναμικές εργασίες στη βουλιμία τείνουν να αναδείξουν τους ίδιους παράγοντες που παίζουν ρόλο και στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας. Το άγχος αποχωρισμού, ο φόβος εγκατάλειψης και δυσχέρειες γύρω από την αυτονομία τους είναι χαρακτηριστικά που συναντώνται στις βουλιμικές ασθενείς. Επίσης εμπειρικές μελέτες έδειξαν ότι οι γυναίκες με βουλιμία, όπως και αυτές με ψυχογενή ανορεξία, έχουν βιώσει ότι οι μητέρες τους δίνουν λιγότερη φροντίδα, ζεστασιά και ενδιαφέρον απ' ότι οι μητέρες των μη-ανορεκτικών/μη βουλιμικών ατόμων. Συμπερασματικά, συγκρούσεις γύρω από τις διεργασίες της φάσης αποχωρισμού και εξατομίκευσης φαίνεται να έχουν αποφασιστικό ρόλο και στη βουλιμία.

Όσον αφορά, τέλος, στην παχυσαρκία, ελάχιστες ψυχαναλυτικές μελέτες υπάρχουν, παρά το γεγονός ότι αναφέρεται η σαφής επίδραση της

ψυχοθεραπευτικής αντιμετώπισης στους παχύσαρκους ασθενείς (μ. ο. απώλεια 10 κιλών κατά τη διάρκεια ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας). Η παχυσαρκία αποτελεί έναν τρόπο παλινδρομημένης αντιμετώπισης αγχών και ψυχικών συγκρούσεων διαφόρων αιτιο-παθογενετικών καταβολών (εξάρτηση/αυτονομία-οιδιποδειακές συγκρούσεις) και έναν τρόπο απόκτησης του ιδανικού αντικειμένου με το οποίο οι άρρωστοι δεν είχαν συνδεθεί ικανοποιητικά στη βρεφική ηλικία. Στην περίπτωση δηλαδή της παχυσαρκίας, περισσότεροι ψυχολογικοί (Αναστασόπουλος,1999).

4.5 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής οφείλονται σε περισσότερους από έναν αιτιοπαθογενετικούς παράγοντες. Οι οικογενειακοί παράγοντες ανέκαθεν πιστεύεται ότι παίζουν πρωτεύοντα ρόλο, ιδίως στην ψυχογενή ανορεξία. Ο ρόλος τους έχει επιχειρηθεί να αποσαφηνιστεί με τη βοήθεια αρκετών ερευνών, που τα κύρια ευρήματά τους συνοψίζονται και αξιολογούνται στο κεφάλαιο αυτό (Bruch,1973).

4.5.1 ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ

Φαίνεται ότι η ενασχόληση με την τροφή και το σώμα αποτελεί κεντρικό θέμα για ένα σημαντικό ποσοστό των οικογενειών που ένα μέλος τους εμφανίζει ψυχογενής ανορεξία. Επιλεγμένες τροφές και διαιτολόγια, τελετουργικά γεύματα, σχολαστική παρακολούθηση του σωματικού βάρους, έμφαση στη σωματική εμφάνιση και ομορφιά είναι μερικές από τις μορφές αυτής της ενασχόλησης. Είναι πιθανό ότι η στάση της οικογένειας προς το σωματικό βάρος, εμφάνιση, κλπ ευοδώνει το «λεπτόσωμο» ιδεώδες, που με τη σειρά του διευκολύνει τη δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος και τη μειωμένη αυτοεκτίμηση στο παιδί-έφηβο, δρώντας έτσι έμμεσα ως εκλυτικός παράγοντας στην εκδήλωση διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Αρκετές έρευνες συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι η ψυχιατρική και ψυχοσωματική επιβάρυνση είναι συχνή στους γονείς παιδιών με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Επικρατούν οι αγχώδεις, φοβικές διαταραχές και η κατάθλιψη ιδίως στις μητέρες, καθώς και η κατάχρηση αλκοόλ, κυρίως στους πατέρες. Τα ευρήματα αυτά είναι κοινά τόσο για την ψυχογενή ανορεξία όσο και για την ψυχογενή βουλιμία. Έχει επίσης αναφερθεί υψηλή επικράτηση της ημικρανίας (30%) σε μητέρες παιδιών με ψυχογενή ανορεξία. Συχνά, οι γονείς παιδιών με διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν εμφανίσει και οι ίδιοι διαταραχές πρόσληψης τροφής, ενώ η παχυσαρκία φαίνεται ότι προσιδιάζει στις μητέρες βουλιμικών ασθενών. Τέλος, έχει υποστηριχθεί ότι περισσότερα ότι περισσότερα προβλήματα υγείας συνοδεύουν τους γονείς ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής και ιδίως των βουλιμικών (Αλεξανδρίδης,2000).

4.5.2 ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Αν και η απώλεια ενός γονέα δεν συσχετίζεται με την εκδήλωση διαταραχής πρόσληψης τροφής, σε μια έρευνα έχει διαπιστωθεί αυξημένη συχνότητα παλαιότερων θανάτων στην οικογένεια των ανορεκτικών και μάλιστα αδελφών που είχαν αποβιώσει πριν καν γεννηθεί η (ο) ασθενής. Το αξιοπερίεργο αυτό εύρημα μπορεί να ερμηνευτεί μόνο σε συνδυασμό με δομικά-λειτουργικά χαρακτηριστικά του οικογενειακού συστήματος. Η ποικιλότητα γονεϊκή αποστέρηση ενδεχομένως συσχετίζεται με την ψυχογενή βουλιμία.

Ο παράγοντας που οπωσδήποτε έχει συζητηθεί περισσότερο είναι η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία. Τα ευρήματα των σχετικών ερευνών συγκλίνουν στο ότι περίπου το 1/3 των ανορεκτικών έχουν υποστεί τη συγκεκριμένη εμπειρία. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής έχει βρεθεί να έχουν κοινά χαρακτηριστικά με τα θύματα σεξουαλικής κακοποίησης: χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα ντροπής, αρνητική στάση προς το σώμα και τη σεξουαλικότητα. Η διαπίστωση αυτή τροφοδοτεί

την υπόθεση ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελούν μία, ειδική για το φύλλο, αντίδραση μετατραυματικού stress. Η σεξουαλική κακοποίηση δεν συσχετίζεται στον ίδιο βαθμό με την ψυχογενή βουλιμία. Για την τελευταία πιστεύεται ότι η σωματική κακοποίηση μέσα στην οικογένεια, καθώς και η παραμέληση κατά την παιδική ηλικία αποτελούν τους κύριους παράγοντες υψηλού κινδύνου. Αξιοπρόσεκτο είναι και το εύρημα ότι τα άτομα με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν (υποκλινική) διατροφική συμπτωματολογία, συγκριτικά με εκείνα που δεν έχουν παρόμοιο αναμνηστικό (Αλεξανδρίδης,2000).

4.5.3 Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η θεωρία της συναισθηματικής πρόσδεσης δίνει έμφαση στην πρώιμη προσκόλληση του παιδιού στη μητέρα ως δότη προστασίας και βιώματος ασφάλειας. Η H. Bruch υποστήριξε ότι η ψυχοπαθολογία της ψυχογενούς ανορεξίας έχει να κάνει με την αδυναμία της (του) ασθενούς να διαφοροποιηθεί από τη γονεϊκή και ιδιαίτερα τη μητρική εικόνα εξαιτίας του γονεϊκού ελέγχου και παρεμβατικότητας. Το παιδί αναπτύσσει έναν κοινωνικό, συμμορφούμενο «ψευδοεαυτό», ευάλωτο στην πραγματικότητα. Η ευπάθειά του ενεργοποιείται κατά την εφηβεία, μία περίοδο αυξημένων απαιτήσεων για αυτοκατάφαση και αυτονομία. Κατά την Bruch η (ο) ανορεκτική (ός) ασθενής έχει αποδυθεί σε μία προσπάθεια ελέγχου του σώματος. Ο αγώνας λαμβάνει χώρα μέσα στην οικογένεια, στην σχέση με τη μητέρα και ενδοψυχικά. Κατά τη βρεφονηπιακή ηλικία το παιδί δεν τρέφεται όταν είναι πεινασμένο, αλλά όταν η μητέρα το θεωρεί απαραίτητο. Η μητέρα δηλαδή δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του, αλλά στις δική της ανάγκη για έλεγχο. Με τον καιρό αυτό οδηγεί σε αυτό-αμφισβήτηση, απώλεια του αισθήματος κυριαρχίας εαυτού και εξασθένηση των ορίων του εγώ. Το παιδί αισθάνεται ως ιδιοκτησία των άλλων και κατά την εφηβεία του οι βιολογικές και ψυχολογικές ανάγκες του παραμένουν ασαφείς,

με συνέπεια να αδυνατεί να προχωρήσει στη διαδικασία αυτονόμησης και αποχωρισμού από τους γονείς.

Ο S. Minuchin με τους συνεργάτες του παρουσίασε την πιο περιεκτική ίσως τυπολογία της «ψυχοσωματικής» οικογένειας στην οποία συμπεριλαμβάνεται και η «ανορεκτική» οικογένεια. Τα τέσσερα χαρακτηριστικά της είναι:

α) Η παγιδευτική εμπλοκή κατά την οποία τα όρια μεταξύ των υποσυστημάτων (γονείς- παιδιά κυρίως) αλλά και γενικά των μελών έχουν ασαφοποιηθεί. Δεν υπάρχει χώρος για ιδιωτικότητα και η διαφοροποίηση του κάθε μέλους από την ομάδα είναι υποτυπώδης.

β) Η υπερπροστατευτικότητα, δηλαδή ο υπερβολικός βαθμός ενδιαφέροντος και φροντίδας.

γ) Η ακαμψία, δηλαδή η αδυναμία προσαρμογής σε εξωτερικές αλλαγές ή στην ανέλιξη του κύκλου ζωής της οικογένειας. Η οικογένεια δεν είναι σε θέση να τροποποιήσει το σύστημα κανόνων και τους τρόπους επικοινωνίας της, οσάκις απαιτείται.

δ) Η αποφυγή σύγκρουσης, ολοκλήρωσης μιας διαφωνίας ή επίλυσης μιας κρίσης

Η διατύπωση θεωριών για την οικογένεια των ασθενών με διαταραχές στην πρόσληψη τροφής και κυρίως με ψυχογενή ανορεξία από τους Bruch, Selvini, Minuchin και άλλους, αποτέλεσε το ερέθισμα για τη διεξαγωγή ερευνών που είχαν ως στόχο τη μελέτη ενδοοικογενειακών παραμέτρων και τον ρόλο τους στην αιτιοπαθογένεια ή και την πορεία των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής. Ειδικά για την ψυχογενή βουλιμία, παρότι τα ερευνητικά δεδομένα είναι λιγοστά, φαίνεται πιθανό ότι η επικριτικότητα των γονέων προς την (τον) ασθενή είναι, συγκριτικά με την ψυχογενή ανορεξία, αυξημένη, στα πλαίσια μιας αρνητικής οικογενειακής ατμόσφαιρας και ότι το φαινόμενο της ολοκληρωτικής απεμπλοκής είναι πιο συχνό από ότι εκείνο της παγιδευτικής εμπλοκής. Ο γονεϊκός έλεγχος είναι μάλλον υπερβολικός στη ψυχογενή

ανορεξία, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στην ψυχογενή βουλιμία. Οι διαφορετικές συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής θα μπορούσε να υποτεθεί ότι αντανακλούν τη διαφορετική ποιότητα της διαντίδρασης γονέα-παιδιού, δηλαδή η άρνηση τροφής στην ψυχογενή ανορεξία υποσημαίνει άρνηση ελέγχου, ενώ η συμπεριφορά της ψυχογενούς βουλιμίας ισοδυναμεί με στιγμιαία πρόσκτηση συναισθηματικής παροχής (Αναστασόπουλος,1999).

4.5.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής μπορεί να λάβει χώρα υπό τη μορφή της θεραπείας οικογένειας. Η συστηματική θεραπεία οικογένειας αντιμετωπίζει την οικογένεια ως σύστημα προσώπων που αλληλεπιδρούν και των οποίων η συμπεριφορά αλληλοκαθορίζεται. Η θεραπεία οικογένειας συνίσταται σε ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες με τη συμμετοχή ολόκληρης ή μέρους της οικογένειας. Συζητούνται οι υγιείς εφεδρείες που διαθέτει η οικογένεια, αλλά και οι δυσλειτουργικές της πλευρές. Αναζητείται η πιθανή σχέση ανάμεσα στη συμπτωματολογία και στα προβλήματα της οικογένειας, καθώς επίσης και το νόημα που ενδεχομένως έχει το σύμπτωμα στα πλαίσια του οικογενειακού συστήματος. Κοινός τόπος σε όλες τις θεωρίες της οικογένειας είναι η δυσκολία της στη φάση της επικείμενης αυτονόμησης και αποχωρισμού της (του) εφήβου (Αναστασόπουλος,1999).

4.5.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πολυπαραγοντική αιτιολογία αποτελεί, προς το παρόν τουλάχιστον, τον καλύτερο τρόπο κατανόησης των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής. Υπό διερεύνηση τελούν παράγοντες γενετικοί, βιολογικοί, αλλά και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών. Οι περιβαλλοντικοί και ιδιαίτερα οι οικογενειακοί παράγοντες μπορούν να δρουν προδιαθεσιακά. Ορισμένα γεγονότα ή αλλαγές στη ζωή της οικογένειας (π.χ. θάνατος μέλους) μπορούν να δράσουν εκλυτικά, πυροδοτώντας την έναρξη της

συμπτωματολογίας. Θα πρέπει εξάλλου να αναζητώνται οι παράγοντες οι οποίοι συντηρούν τη συμπτωματολογία, ακόμη και μετά την άρση των αντίξοων συνθηκών.

Η σύνδεση των οικογενειακών παραγόντων με τη διαταραχή, κάνοντας χρήση του διπόλου «αίτιο-αιτιατό», δυσχεραίνει την κατανόηση του προβλήματος. Η υπερπροστατευτικότητα, για παράδειγμα, ενός γονέα δημιουργεί συναισθήματα ανεπάρκειας στο παιδί, το οποίο ελέγχοντας τη τροφή του, αποπειράται ταυτόχρονα να ελέγξει και τους γονείς του. Η απόπειρα όμως αυτή οδηγεί σε απειλή της υγείας, γεγονός που επαυξάνει την υπερπροστατευτικότητα του γονέα. Αυτή με τη σειρά της επαυξάνει τον εξαρτημένο ρόλο του παιδιού κοκ. Διαμορφώνεται έτσι ένας κύκλος αιτιότητας χωρίς αρχή και τέλος, που στο παράδειγμά μας οδηγεί ολόκληρο το σύστημα σε αδιέξοδο. Θα ήταν λοιπόν ορθότερο να θεωρήσουμε την οικογένεια όχι ως αιτία της διαταραχής, αλλά ως πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτή εκτυλίσσεται και ταυτόχρονα να το χρησιμοποιήσουμε για τη θεραπεία της (Μωρογιάννης,2000).

4.6 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ

Στην ψυχογενή ανορεξία, σε μια από τις ελάχιστες μελέτες που εξετάζει με συστηματικό τρόπο το ρόλο ψυχοπιεστικών συμβάντων ζωής και συγκρίνει την ψυχογενή ανορεξία πρώιμης έναρξης με τη χρόνια ψυχογενή ανορεξία και αυτήν με όψιμη έναρξη, διαπιστώθηκε ότι στη μορφή με την όψιμη έναρξη προηγούνται, σε σύγκριση με τις άλλες δύο μορφές, ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής και υπάρχει ένα υπόβαθρο χρόνιας έντασης. Από μια άλλη σύγχρονη έρευνα που μελετά την επίδραση των γεγονότων ζωής σε εφήβους με ψυχογενή ανορεξία και τους συγκρίνει με εφήβους νοσηλευόμενους ψυχιατρικούς ασθενείς, αλλά μη ανορεκτικούς και με υγιείς εφήβους, διαπιστώθηκε ότι στη σύγκριση με τους υγιείς, οι έφηβοι ανορεκτικοί ανέφεραν σαφώς περισσότερα αρνητικά γεγονότα ζωής σε όλους τους τομείς που εξετάστηκαν ενώ στη σύγκριση με τους εφήβους που νοσηλεύτηκαν για μια άλλη ψυχιατρική

διαταραχή ανέφεραν περισσότερα αρνητικά γεγονότα και εμπειρίες που είχαν όμως σχέση με τους γονείς. Χαρακτηριστικό είναι ότι αυτές οι αρνητικές εμπειρίες με τους γονείς είχαν κυρίως τη μορφή της συναισθηματικής σκληρότητας από την πλευρά των γονέων και της σωματικής κακοποίησης των παιδιών. Διαπιστώθηκε επίσης ότι ο συνδυασμός και η συσσώρευση ψυχοτραυματικών εμπειριών με τους γονείς είχαν ισχυρότερη επίδραση για την ανάπτυξη της νόσου από ότι ένα και μόνο άμεσο ψυχοπιεστικό γεγονός ζωής. Επίσης, ψυχοτραυματικά γεγονότα και αλλαγές στη ζωή που σηματοδοτούν χωρισμούς και απώλειες έχουν επανειλημμένα αναφερθεί ότι προηγούνται της εκδήλωσης της ψυχογενούς ανορεξίας.

Μια άλλη μεγάλη ομάδα γεγονότων ή καταστάσεων ζωής περιλαμβάνει περιπτώσεις στις οποίες το άτομο αντιμετωπίζει καταστάσεις με απαιτήσεις ή υψηλές προσδοκίες ενώ δεν είναι ασυνήθες η αρρώστια να εμφανιστεί μετά από πραγματική ή φαντασιωσική προσωπική αποτυχία.

Σε μικρότερες ομάδες ασθενών διαπιστώθηκε ότι η σωματική νόσος που συνοδεύεται από ανορεξία και απώλεια βάρους προηγήθηκε της εμφάνισης της ανορεκτικής διαταραχής. Πάντως όποιο και αν είναι το συγκεκριμένο στρεσογόνο γεγονός τα αποτελέσματα είναι περίπου παρόμοια. Η νεαρή γυναίκα εκλαμβάνει το ψυχοπιεστικό γεγονός ζωής ως απειλή για την οντότητά της, τον εσωτερικό της αλλά και τον εξωτερικό της κόσμο και αυτό την οδηγεί αφ' ενός μεν σε μια αυξημένη ενασχόληση με το σώμα της, αφ' ετέρου δε στην πεποίθηση ότι θα αισθάνεται καλύτερα εάν συνεχίσει να χάνει βάρος.

Από τα ψυχοτραυματικά γεγονότα ζωής που έχουν μελετηθεί και φαίνεται να έχουν κάποια σχέση με την ανάπτυξη διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και ειδικά της ψυχογενούς βουλιμίας, είναι και η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία. Σε μια έρευνα βρέθηκε ότι πάνω από το 50% των βουλιμικών και ανορεκτικών ασθενών είχαν εμπειρία σεξουαλικής κακοποίησης. Για την ερμηνεία αυτού του ευρήματος χρησιμοποιήθηκε το επιχείρημα ότι τραυματικά γεγονότα του τύπου της σεξουαλικής κακοποίησης

φαίνεται να λειτουργούν ανασταλτικά στην ομαλή ανάπτυξη της σεξουαλικής συμπεριφοράς και παρεμβαίνουν έτσι στη δημιουργία διαταραχών στην πρόσληψη τροφής αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνισής τους, μια και είναι γνωστό ότι τα άτομα με διαταραχή στην πρόσληψη τροφής χαρακτηρίζονται από μια ψυχολογική οπισθοδρόμηση στην παιδική ηλικία και ανθίστανται στη βιολογική ωρίμανση και στις ψυχολογικές και κοινωνικές απαιτήσεις για σεξουαλική ανάπτυξη (Αναστασόπουλος,1999).

4.7 ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ

Το σύγχρονο ιδεώδες γυναικείας ομορφιάς στη Δυτική κουλτούρα απαιτεί να είναι λεπτή και απόλυτα σωματικά γυμνασμένη, <<σε φόρμα>>. Η σύγχρονη κοινωνία είναι ικανή να προχωρήσει διαρκώς πιο πέρα, χρησιμοποιώντας την τεχνολογική εξέλιξη και την πρόοδο στην κατασκευή των καλλυντικών προκειμένου να επιτευχθεί το ιδανικό σώμα. Έτσι προκύπτει το αποτέλεσμα, οι γυναίκες για να προσεγγίσουν το σωματικό ιδεώδες να αναγκάζονται να κάνουν δίαιτα και να γυμνάζονται. Μόνο στις Η.Π.Α υπολογίζεται ότι μερικές εκατοντάδες δισεκατομμύρια δολάρια ξοδεύονται κάθε χρόνο από καταναλωτές, στην πλειοψηφία τους γυναίκες, που επιδιώκουν να προσεγγίσουν την ιδανική εικόνα σώματος: σε προγράμματα δίαιτας, γυμναστήρια και εξαρτήματα γυμναστικής, καλλυντικά, ρούχα της μόδας, καθώς και κοσμητικές χειρουργικές επεμβάσεις όπως πλαστικές στήθους, λιποαναρροφήσεις, με στόχο να <<φαίνονται καλά>>.

Το ιδανικό σώμα έχει και επιπλέον συμβολικές σημασίες: επιτυχία, αυτό-έλεγχο και αποδοχή. Τα μέσα ενημέρωσης αναπαράγουν διαρκώς αυτή την εικόνα, με σημαντική απήχηση, επιδεικνύοντας σε όλους τη μοναδική ιδεώδη εμφάνιση, ενώ παράλληλα με τις διαφημίσεις η βιομηχανία ομορφιάς υπόσχεται ότι ο καθένας μπορεί να πετύχει αυτή την εμφάνιση, αν αγοράσει

αρκετά από τα σχετικά προϊόντα, από καλλυντικά μέχρι πλαστικές και επεμβάσεις.

Το γεγονός ότι οι διατροφικές διαταραχές παρατηρούνται σε κοινωνίες στις οποίες η λεπτότητα αποτελεί αξία , ενώ είναι πολύ αραιό φαινόμενο στις κοινωνίες όπου το υγιές με σωστό σωματικό βάρος σώμα αποτελεί αξία , προσθέτει την παρατήρηση ότι οι κοινωνία παίζει έναν σημαντικό ρόλο στη γένεση των διατροφικών διαταραχών (Αναστασόπουλος,1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Όσο πιο άτυπα είναι τα χαρακτηριστικά της απώλειας βάρους (π.χ. ένάρξη της διαταραχής μετά τα 40), τόσο η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να συμπεριλάβει γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως π.χ. γαστρεντερικές νόσους, όγκους του εγκεφάλου, άλλους <<κρυφούς>> κακοήθειες όγκους, AIDS, ενδοκρινολογικές νόσους. Στις σωματικές βλάβες αυτές νόσους δεν υπάρχει διαταραχή της εικόνας του σώματος, ούτε επιθυμία για περαιτέρω απώλεια βάρους. Ιδιαίτερα αναφέρουμε το σύνδρομο της άνω μεσεντερίου αρτηρίας (έμετος μετά το φαγητό λόγω διαλείπουσας απόφραξης της γαστρικής εξόδου), που πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από την ψυχογενή ανορεξία, με βάση τα παραπάνω που, όμως μπορεί και να αναπτυχθεί μερικές φορές σε άτομα με ψυχογενή ανορεξία λόγω της απίσχνασης.

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει, επίσης, από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και από τη σχιζοφρένεια, όπου μπορεί να υπάρχει σημαντική απώλεια βάρους, όμως δεν υπάρχει φόβος του ατόμου να πάρει βάρος και δεν υπάρχει της σωματικής εικόνας.

Καθώς τα ανορεκτικά άτομα μπορεί να έχουν συμπτώματα που θυμίζουν κοινωνική φοβία (π.χ. φόβος να φάει δημόσια), ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή (π.χ. έντονη ενασχόληση με φανταστικό ελάττωμα στην εμφάνιση του σώματος), οι επιπρόσθετες διαγνώσεις των διαταραχών αυτών θα μπουν μόνον όταν υπάρχουν συμπτώματα που δεν σχετίζονται με τη λήψη τροφής ή το σχήμα και το μέγεθος του σώματος.

Η διαφορική διάγνωση από την ψυχογενή βουλιμία, η οποία σαν την ψυχογενή ανορεξία, τύπου υπερφαγίας / κάθαρσης μπορεί να έχει επεισόδια υπερφαγίας, προκλητούς εμέτους και έντονη ενασχόληση με το σχήμα με το

σχήμα και το μέγεθος του σώματος , θα βασισθεί στο ότι τελικά σε αυτήν το βάρος του σώματος, δεν πέφτει κάτω από τα φυσιολογικά όρια (DSM-IV,1996).

5.2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Η διαφορική διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας θα γίνει από την ψυχογενή ανορεξία, τύπου υπερφαγίας/κάθαρσης. Εφόσον το άτομο έχει επεισόδια υπερφαγίας/κάθαρσης μόνον κατά την πορεία ψυχογενούς ανορεξίας, δεν θα δοθεί ως επιπρόσθετη διάγνωση η ψυχογενής βουλιμία . στην περίπτωση που κάποιο άτομο έχει επεισόδια υπερφαγίας / κάθαρσης , αλλά δεν πληροί πια όλα τα κριτήρια για ψυχογενή ανορεξία , τύπου υπερφαγίας /κάθαρσης (π.χ. το βάρος του είναι φυσιολογικό ή εμμηνορρυσία είναι κανονική) τότε εναπόκειται στην κρίση του κλινικού να βάλει τη διάγνωση ψυχογενής ανορεξία , τύπου υπερφαγίας / κάθαρσης, σε μερική ύφεση ή τη διάγνωση ψυχογενής βουλιμία.

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει ακόμα από νευρολογικές ή άλλες σωματικές καταστάσεις όπως π.χ. το σύνδρομο Kleine-Levin, όπου υπάρχει βουλιμική συμπεριφορά, αλλά δεν υπάρχει η 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 μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας, θα μας οδηγήσουν σε διπλή διάγνωση, αν πληρούνται τα κριτήρια και για τις δύο διαταραχές (DSM-IV,1996).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Για την θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής έχουν προταθεί τρεις μορφές θεραπείας : η ενδονοσοκομειακή θεραπεία, η αντιμετώπιση σε κέντρα ημέρας και η εξωνοσοκομειακή θεραπεία, από τις οποίες η τελευταία φαίνεται να είναι και η περισσότερη διαδεδομένη. Τα θεραπευτικά μέσα περιλαμβάνουν τόσο τη φαρμακοθεραπεία όσο και τις ψυχολογικές θεραπείες (Μωρογιάννης,2000).

6.2 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατηγορίες φαρμάκων

- Αντικαταθλιπτικά
- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης(SSRIS)
- Αντιψυχωσικά
- Άλλοι φαρμακευτικοί παράγοντες όπως σισαπρίδη χορήγηση ανταγωνιστών των οπιοειδών (Μάνος,1997).

6.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Η ψυχοθεραπεία ασθενούς που πάσχει από διαταραχή πρόσληψης τροφής και ιδιαίτερα από ψυχογενή ανορεξία παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες. Που σχετίζονται με τη σύντομη με το εγώ φύση των συμπτωμάτων. Την αλληλεπίδραση των ιατρικών συνεπειών του υποσιτισμού με την ψυχική κατάσταση της ασθενούς, τα έντονα ελλείμματα στη συγκρότηση του εαυτού και, τέλος τις ισχυρές εσφαλμένες πεποιθήσεις σχετικά με τη διατροφή και το βάρος, που χαρακτηρίζουν τις ανορεκτικές ασθενείς (Bruch,1982).

Ψυχοεκπαίδευση. Η ψυχοεκπαίδευση προηγείται κάθε θεραπευτικής προσπάθειας. Η θεματολογία της περιλαμβάνει βασικές πληροφορίες τόσο για τη φυσιολογία της διατροφής και τις τροφές, όσο και για τη διατροφική διαταραχή και τις συνέπειες της.

Οικογενειακή θεραπεία. Για ανορεκτικές ασθενείς που βρίσκονται στην εφηβεία, οι μελέτες αποτελεσματικότητας δείχνουν υπεροχή της οικογενειακής θεραπείας έναντι της ατομικής. Η οικογενειακή θεραπεία που έχει μελετηθεί περισσότερο είναι συστημικής και λιγότερο ψυχοδυναμικής κατεύθυνσης.

Για την ψυχογενή βουλιμία, αν και η θεραπεία οικογένειας συστημικής, ψυχοδυναμικής ή υποστηρικτικής κατεύθυνσης χρησιμοποιείται ευρέως, ιδιαίτερα στο ενδονοσοκομειακό περιβάλλον, δεν έχει κάποιο διαμορφωμένο θεωρητικό μοντέλο και οι μελέτες για την αποτελεσματικότητα της παρουσιάζουν αντικρουόμενα αποτελέσματα.

Γνωσιακή -συμπεριφορική θεραπεία. Στην ψυχογενή ανορεξία, αρχικά, αρχικά διερευνώνται μαζί με την ασθενή τα υπέρ και τα κατά της ανορεξίας κι στην συνέχεια καταβάλλεται προσπάθεια η ασθενής σταδιακά να τροποποιήσει τη διατροφική συμπεριφορά της αυξάνοντας την ποσότητα και την ποικιλία της προσλαμβανόμενης τροφής. Παράλληλα τροποποιούνται βασικές δυσλειτουργίες πεποιθήσεις γύρω από την τροφή και το βάρος, καθώς και αρνητικές στάσεις και απόψεις για τον εαυτό της.

Η γνωσιακή- συμπεριφορική ψυχοθεραπεία αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση της ψυχογενούς βουλιμίας. Η θεραπεία γίνεται σε τρία στάδια:

(α) Μέσα από τη σταδιακή ομαλοποίηση της διατροφής αρχίζει η προσπάθεια να αποκτήσει η ασθενής τον έλεγχο της διατροφής της.

(β) καταβάλλεται προσπάθεια να αντιμετωπιστούν οι πεποιθήσεις γύρω από το σχήμα του σώματος και το σωματικό βάρος, καθώς και οι σύνοδες συμπεριφορές. Επίσης, η θεραπεία διευρύνεται για να αντιμετωπιστούν τόσο

δυσμενείς έξω παράγοντες όσο και ατομικές δυσκολίες, όπως ο έλεγχος των παρορμήσεων ή η άκαμπτη τελειοθηρία.

(γ)σταθεροποιείται το θετικό αποτέλεσμα και οργανώνεται με τον ασθενή ένα ρεαλιστικό σχέδιο για το μέλλον και την αντιμετώπιση των υποτροπών. Έχουμε μείωση των υπερφαγικών συμπεριφορών στο 80% των ασθενών, ενώ πλήρης διακοπή τους επιτυγχάνεται στο 40-50%. Το 80-85% των ασθενών ολοκληρώνει την θεραπεία . τα αποτελέσματα από την θεραπεία φαίνεται να διατηρούνται 6-12 μήνες μετά τον τερματισμό της.

Η ψυχοδυναμική θεραπεία είναι αρκετά διαδεδομένη μορφή θεραπείας για την ψυχογενή βουλιμία, αν και δεν υπάρχουν μελέτες για την αποτελεσματικότητά της , προτείνεται ως θεραπεία εκλογής, ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις όπου η ψυχογενής βουλιμία συνυπάρχει με βαριά διαταραχή προσωπικότητας.

Διαπροσωπική θεραπεία. Η θεραπεία αυτή εστιάζει αποκλειστικά στις διαπροσωπικές σχέσεις της ασθενούς και στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει σε αυτές.

Τέλος για την θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας έχουν χρησιμοποιηθεί η ομαδική ψυχοθεραπεία, η ψυχοεκπαίδευση ως αυτοτελής θεραπευτική παρέμβαση, καθώς και οι οδηγοί αυτοβοήθειας, χωρίς να έχει μέχρι στιγμής αξιολογηθεί επαρκώς η αποτελεσματικότητά τους (Μάνος,1997).

6.4 ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Απευθύνεται κυρίως σε ανορεκτικές ασθενείς. Τα κριτήρια με τα οποία αποφασίζεται η εισαγωγή παρουσιάζονται στον πίνακα Α. οι στόχοι της θεραπείας είναι η επανασίτιση της ασθενούς, η αντιμετώπιση των ιατρικών επιπλοκών της ψυχογενούς ανορεξίας, η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής, η θεραπεία οικογένειας και τέλος, η ψυχοκοινωνική επανένταξη της ασθενούς. συνήθως τα ενδονοσοκομειακά ψυχοθεραπευτικά προγράμματα χρησιμοποιούν περισσότερες από μία ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Η

νοσηλεία έχει μακρά διάρκεια και ολοκληρώνεται όταν η ασθενής φτάσει σε δείκτη μάζας 18,5-20. η έξοδος της ασθενούς από το νοσοκομείο σε χαμηλότερο βάρος βρέθηκε να σχετίζεται με χειρότερη μετανοδοκομειακή πορεία.

Η αναγκαστική μέσω νομικής οδού εισαγωγή στο νοσοκομείο αποφασίζεται μόνο αν η ζωή της ασθενούς βρίσκεται σε κίνδυνο και έχει ως στόχο περισσότερο τη σίτιση, την ιατρική σταθεροποίηση και μερικώς την ψυχολογική στήριξη της ασθενούς και λιγότερο την ψυχοθεραπεία, στην οποία συνήθως η ασθενής αρνείται να δεσμευτεί (Bruch,1982).

6.4.1 ΠΙΝΑΚΑΣ Α

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ (Bruch,1982).

| |
|---|
| Απειλητικές για την ζωή καταστάσεις |
| Ιατρικές |
| Δείκτης μάζας σώματος (BMI)<13,5kg/m ² η απότομη μείωση του βάρους >20% σε 6 μήνες |
| Βραδυκαρδία (<40 σφίξεις/min) |
| Υπόταση(<90/60mm/hg) |
| Ορθοστατική υπόταση (>10-20mm/hg μείωση της πίεσης σε όρθια θέση) |
| Σοβαρή αφυδάτωση |
| Μυοπάθεια |
| Υπογλυκαιμία |
| Πενιχρή ρύθμιση σακχαρώδη διαβήτη |
| Σοβαρή ηλεκτρολυτική διαταραχή |
| Πεπεχαιώδες εξάνθημα και σημαντική θρομβοπενία |
| Δυσλειτουργία οργάνων: ήπαρ, νεφροί, μυελός των οστών. |
| Ψυχιατρικές |
| Σημαντικός κίνδυνος αυτοκτονίας |
| Συννοσηρότητα, π.χ. με σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο ή ιδεοψυχαναγκαστική |

| |
|--|
| διαταραχή |
| Πολύ χαμηλό κίνητρο για θεραπεία/πενιχρή ευαισθησία |
| Εμπόδια στην εξωνοσοκομειακή θεραπευτική αντιμετώπιση |
| Αφόρητη οικογενειακή ατμόσφαιρα (π.χ. πολύ αυξημένο εκφραζόμενο συναίσθημα, κακοποίηση) |
| Δυσμενής κοινωνική κατάσταση(π.χ. κοινωνική απομόνωση, έλλειψη υποστήριξης) |
| Αδυναμία ανάκτησης βάρους ως εξωνοσοκομειακή ασθενής. |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ-ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υπερφαγία ορίζεται στην τέταρτη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου, (DSM-IV-TR) ως συχνά επεισόδια υπερφαγίας, τα οποία χαρακτηρίζονται από την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού σ χωριστές χρονικές περιόδους και συνοδεύονται από υποκειμενικό αίσθημα ελέγχου σε σχέση με το φαγητό. Η υπερφαγία δεν σχετίζεται μόνο με την ψυχοπαθολογική διατροφική διαταραχή αλλά και με παθολογικές ψυχιατρικές διαταραχές, προβλήματα υγείας και την παχυσαρκία.

Η ποιότητα υγείας καταστρέφεται σημαντικά στις παχύσαρκες γυναίκες χωρίς διαταραχή υπερφαγίας. Γι αυτούς τους λόγους έχει ειπωθεί ότι η διαταραχή υπερφαγίας είναι μια ξεχωριστή και σημαντική διαταραχή κλινικής σοβαρότητας, η οποία απαιτεί συγκεκριμένη θεραπεία.

Έχει όμως ειπωθεί ότι η συχνή ψυχιατρική παθολογία, η καλή αντίδραση σε μορφές θεραπείας και η διαφωνία ως προς τον προσδιορισμό μίας μεγάλης ποσότητας φαγητού κάνει την διάγνωση της υπερφαγίας πιο χρήσιμη ως δείκτη για άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που αφορούν παχύσαρκους απ ότι μια ξεχωριστή κλινική διαταραχή. Ένα άλλο πρόβλημα που αφορά τον διαγνωστικό ορισμό της υπερφαγίας είναι πόσο τα κριτήρια είναι έγκυρα.

Οι kendell και jablensky υπαινίσσονται ότι η εγκυρότητα σε ψυχιατρικές διαταραχές υπάρχει αν τα προσδιοριστικά χαρακτηριστικά ενός συνδρόμου μπορούν να περιγραφούν ως μια οντότητα και αν διαχωρίζονται ξεκάθαρα από γειτονικά σύνδρομα και από την κοινωνικότητα (Μάνος,1997).

7.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

Τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για να ορίσουν τα επεισόδια υπερφαγίας στο διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο (DSM –IV –TR) περιλαμβάνουν:

A. ένα επεισόδιο υπερφαγίας επισημαίνεται από τα εξής χαρακτηριστικά

- 1) την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού
- 2) την αίσθηση απώλειας ελέγχου κατά την κατανάλωση φαγητού
- 3) την εμφάνιση των επεισοδίων σε χωριστά χρονικά διαστήματα

B. τα άτομα με διαταραχή υπερφαγίας νιώθουν εξαντλημένα από αυτό το σύνδρομο και τα επεισόδια υπερφαγίας σχετίζονται με τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα:

- 1) καταναλώνουν φαγητό πολύ γρηγορότερα από το κανονικό
- 2) τρώνε μέχρι να νιώσουν υπερβολικά γεμάτοι
- 3) τρώνε επίσης μεγάλες ποσότητες φαγητού ενώ δεν πεινάνε
- 4) τρώνε μόνο γιατί ντρέπονται
- 5) νιώθουν αηδιασμένοι, μελαγχολικοί ή ένοχοι για την υπερφαγία τους.

Γ. παρουσιάζεται έντονη δυσφορία στα επεισόδια υπερφαγίας.

Δ. μια διάγνωση υπερφαγίας απαιτεί ότι η υπερφαγία πρέπει να συμβαίνει κατά μέσο όρο τουλάχιστον 2 μέρες την εβδομάδα για τουλάχιστον 6 μήνες.

E. τα επεισόδια υπερφαγίας δε συνοδεύονται από συμπεριφορές τύπου κάθαρσης, νηστείας ή υπερβολικής άσκησης και δεν εμφανίζονται απαραίτητα κατά την διάρκεια ψυχογενούς ανορεξίας ή ψυχογενούς βουλιμίας.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι διαχωρίζονται δύο βασικοί τύποι επεισοδίων υπερφαγίας που συμβαίνουν συχνά σε άτομα με διατροφικές διαταραχές.

A. τα αντικειμενικά βουλιμικά επεισόδια περιλαμβάνουν την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού που συνοδεύεται από απώλεια ελέγχου.

B. τα υποκειμενικά βουλιμικά επεισόδια περιλαμβάνουν την κατανάλωση μιας μικρής ή μέτριας ποσότητας φαγητού που συνοδεύεται και αυτή από απώλεια ελέγχου (Μάνος,1997).

7.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η διαταραχή της υπερφαγίας είναι ευρέως διαδεδομένη μεταξύ των ατόμων που αναζητούν θεραπεία για την παχυσαρκία με γενικές εκτιμήσεις που κυμαίνονται από 15-50%. Στο γενικό πληθυσμό η επικράτηση της υπερφαγίας κατά τη διάρκεια της ζωής κυμαίνεται από 0,7% μέχρι 4%.

Η ηλικία εκδήλωσης της διαταραχής κυμαίνεται μεταξύ των 30-50 ετών. Το σύνδρομο της υπερφαγίας εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες (το ποσοστό ανέρχεται στο 35%), συγκριτικά με την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία.

Τα συμπτώματα της διαταραχής εμφανίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό στους ισπανόφωνους λαούς, ενώ το ποσοστό εκδήλωσης της νόσου αγγίζει το 8% τόσο στους άφρο-αμερικάνους όσο και στη καυκάσια φυλή (Μάνος,1997).

7.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Αν και η διαταραχή αυτή παίρνει μεγάλες διαστάσεις, λίγα στοιχεία είναι διαθέσιμα για τα ακριβή αιτία της. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ξεκινά όταν το φαγητό, χρησιμοποιείται ως μέσο ελέγχου των συναισθημάτων. Η αντίληψη της απώλειας ελέγχου κατά την κατανάλωση τροφής μπορεί να επηρεαστεί από τη διάθεση. Στη μελέτη των Guertin και Conger (1999), η αρνητική επαγωγική διάθεση αύξησε τις συχνότητες απώλειες ελέγχου των συμμετεχόντων με υψηλές επιδόσεις στο τεστ βουλιμίας (μια αξιόπιστη και έγκυρη κλίμακα αναφοράς των ίδιων πασχόντων βάσει της οποίας μπορούν να

αναγνωριστούν τα άτομα με νευρική βουλιμία). Από την άλλη πλευρά η θετικότερη διάθεση αύξησε τις συχνότητες αυτοελέγχου κατά την κατανάλωση τροφής.

Σύμφωνα με αυτά τα ευρήματα η απώλεια ελέγχου μπορεί να αποτελεί έγκυρο κριτήριο στον προσδιορισμό της υπερφαγίας, οι αναφορές όμως των ασθενών με επεισοδιακή υπερφαγία μπορούν να επηρεαστούν από τη διάθεση και επομένως μπορεί να είναι ανακριβείς.

Σε μια πληθυσμιακή έρευνα που έγινε τα άτομα με πλήρες σύνδρομο διαταραχής υπερφαγίας ανέφεραν μεγαλύτερη μελαγχολία, χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και περισσότερο άγχος από τα άτομα με αρχική διαταραχή υπερφαγίας, τα οποία ανέφεραν ελάχιστο όριο ενός επεισοδίου υπερφαγίας ανά εβδομάδα. Αυτοί οι χαμηλής συχνότητας ασθενείς υπερφαγίας ανέφεραν με τη σειρά τους μεγαλύτερη μελαγχολία και χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από άτομα που υποβλήθηκαν σε διαδικασία υπερφαγίας ως εθελοντές (πειραματόζωα) κάνοντας λόγο για προοδευτική δριμύτητα της υπερφαγίας.

Σε δείγμα 50 ατόμων με διαταραχή υπερφαγίας η μεγαλύτερη συχνότητα επεισοδιακής υπερφαγίας σχετιζόταν με υψηλότερη σωματική μάζα και περισσότερες διαταραχές προσωπικότητας (το μέγεθος υπερφαγίας σχετίστηκε μόνο με τη σωματική μάζα και όχι με την ψυχοπαθολογία). Τα ευρήματα δείχνουν ότι η συχνότητα υπερφαγίας μπορεί να σηματοδοτεί την ύπαρξη μεγαλύτερης παθολογίας και ψυχοπαθολογίας.

Σε αντίθεση άλλες έρευνες ισχυρίζονται ότι ο βλάβες που προκαλούνται στους ασθενείς με πλήρη διαταραχή υπερφαγίας και στους ασθενείς με μερική διαταραχή υπερφαγίας είναι οι ίδιες. (οι ασθενείς με μερική διαταραχή υπερφαγίας θεωρήθηκε ότι ανταποκρινόταν σε όλα τα κριτήρια SCID που καθορίζουν τη διαταραχή υπερφαγίας εκτός του κριτηρίου της συχνότητας υπερφαγίας, οποία συνέβαινε τουλάχιστον 1 ημέρα το μήνα για 6 μήνες). Η συχνότητα των επεισοδίων υπερφαγίας δεν επηρέασε τα επίπεδα

αυτοεκτίμησης, κοινωνικής προσαρμογής και προηγούμενης ή τρέχουσας μελαγχολίας.

Ανακεφαλαιώνοντας, οι έρευνες χρησιμοποιώντας διαφορετικά δείγματα και μεθόδους υποστηρίζουν μερικώς την υπόθεση ότι όσο μεγαλύτερη είναι η συχνότητα υπερφαγίας η ανταπόκριση σε όλα τα κριτήρια που ορίζουν τη διαταραχή υπερφαγίας τόσο μεγαλύτερη είναι η διατροφική και γενική ψυχοπαθολογία του ατόμου.

Από την άλλη πλευρά όμως υπάρχουν μελέτες που παρέχουν αποδείξεις για την αντίθετη υπόθεση. Οι ασθενείς με μικρότερη συχνότητα επεισοδίων υπερφαγίας που δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια (DSM-IV) του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο με τους ασθενείς που εμφανίζουν μεγαλύτερη επεισοδιακή υπερφαγία, η υπερφαγία τους οφείλεται σε ψυχοπαθολογικούς παράγοντες.

Η επεισοδιακή πολυφαγία σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την κατάθλιψη. Το άγχος, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το στρες και οι δυσκολίες στην αντιμετώπιση προβλημάτων οδηγούν στην εμφάνιση της διαταραχής. Οι μελέτες επίσης έχουν δείξει ότι οι βιολογικοί παράγοντες (τα γονίδια) από την μια πλευρά, αλλά και η στάση της οικογένειας απέναντι στο φαγητό, είναι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν κάποιον στο να υποφέρει από τη διαταραχή αυτή.

Η επεισοδιακή υπερφαγία επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια. Τα κοντινά πρόσωπα του πάσχοντος, δεν καταλαβαίνουν ότι η διαταραχή αυτή αφορά κυρίως τον τρόπο έκφρασης των συναισθημάτων παρά το ίδιο το φαγητό. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μικροπαρεξηγήσεις και διαφωνίες κυρίως την ώρα των γευμάτων. Οι περισσότερες οικογένειες επωφελούνται από την οικογενειακή θεραπεία που στοχεύει την διευκόλυνση της επικοινωνίας και τη διαχείριση των δυσκολιών στις σχέσεις (Μωρογιάννης,2003).

7.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η επεισοδιακή υπερφαγία θα πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα γιατί μπορεί να οδηγήσει σε σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα με την πάροδο του χρόνου που περιλαμβάνουν κατάθλιψη απώλεια της φυσικής κατάστασης, άγχος, ανησυχία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση, μεγάλη πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου του γαστρεντερικού συστήματος, καθώς και παχυσαρκία με τα επακόλουθα της (π.χ. υπέρταση, καρδιακές παθήσεις κ.α.)

Ένας τρόπος να αντιμετωπιστεί η επεισοδιακή υπερφαγία είναι η διατροφική παρέμβαση ενός διαιτολόγου-διατροφολόγου. Όπως αναφέρθηκε, η διαταραχή αυτή παρουσιάζεται και χαρακτηρίζει άτομα παχύσαρκα ή υπερβολικά υπέρβαρα, τα οποία προσπαθούν με διάφορους τρόπους να χάσουν βάρος, κάνοντας πολλές στερητικές δίαιτες, με αποτέλεσμα να απογοητεύονται και να εγκαταλείπουν τη δίαιτα, μη μπορώντας να συνεχίσουν.

Στόχος του διαιτολόγου είναι να κάνει τον ασθενή να καταλάβει ότι οι στερητικές-εξαντλητικές δίαιτες δεν είναι λύση στο πρόβλημα του. Έτσι καλό θα ήταν πριν ο ασθενής ξεκινήσει ένα πρόγραμμα απώλειας βάρους να καταλάβει τα αίτια που τον οδηγούν στα επεισόδια υπερφαγίας (με τη βοήθεια ενός ψυχολόγου) και να μπορέσει να ξεχωρίζει ο αίσθημα της πείνας πότε είναι εγκεφαλικό και πότε οργανικό.

Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης του συνδρόμου φαίνεται να έχει περισσότερα αποτελέσματα σε σχέση με μια εφαρμογή ενός απλού διαιτολογίου για την απώλεια βάρους, η οποία υλοποιείται μετά την επίσκεψη σε ένα ψυχολόγο (Μωρογιάννης,2003).

7.6 ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ ΚΑΙ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Δύο ποιοτικές διαφορές ανάμεσα στα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής υπερφαγίας και της βουλιμίας είναι οι επανορθωτικές συμπεριφορές και οι ανησυχίες μορφής και βάρους. Ο καθορισμός ή άλλες επανορθωτικές συμπεριφορές απαιτούνται για να γίνει διάγνωση βουλιμίας ενώ αυτές οι ίδιες συμπεριφορές δεν συμπεριλαμβάνονται στα κριτήρια για την διαταραχή υπερφαγίας.

Στην βουλιμία η εκτίμηση του εαυτού επηρεάζεται υπερβολικά από τη μορφή του σώματος και του βάρους το άτομου. Τέτοιο κριτήριο δεν υπάρχει στην διαταραχή υπερφαγίας.

Διαφορές στο βάρος και στο ιστορικό βάρους όπως είναι το μεγαλύτερο κυκλικό βάρος, η μεγαλύτερη μάζα σώματος και οι συχνότητες παχυσαρκίας στη διαταραχή υπερφαγίας μπορεί να σχετίζονται με την απουσία επανορθωτικών συμπεριφορών.

Οι μελέτες που συγκρίνουν την ψυχοπαθολογία των διατροφικών διαταραχών στη βουλιμία και στη διαταραχή υπερφαγίας έχουν καταλήξει ότι η νευρική βουλιμία σχετίζεται με δριμύτερη διατροφική παθολογία. Για παράδειγμα οι ασθενείς με νευρική βουλιμία βρίσκονταν υψηλότερα στις μετρήσεις όχι μόνο του <<καθαρισμού>> αλλά επίσης και στην αποφυγή απαγορευμένων τροφών, του περιοριστικού φαγητού, του φόβου της παχυσαρκίας, της συγκράτησης και της έλλειψης αναστολών σε σχέση με τους ασθενείς με διαταραχή υπερφαγίας.

Έχει καταγραφεί ακόμα πιο μυστικοπαθή κατανάλωση τροφής στους συμμετέχοντες με διαταραχή υπερφαγίας. Παχύσαρκοι ασθενείς με διαταραχή υπερφαγίας ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερη δραστηριότητα αδυνατίσματος

από τους ασθενείς με βουλιμία και από τους μη παχύσαρκους ασθενείς με διαταραχή υπερφαγίας, οι οποίοι δεν διέφεραν μεταξύ τους.

Παρ' όλα αυτά η έλλειψη ικανοποίησης με το σώμα τους ήταν κοινή σε όλες τις ομάδες.

Επομένως παρά τα υψηλότερα επίπεδα διατροφικής ψυχοπαθολογίας και διατροφικού περιορισμού στη βουλιμία (που μπορεί να συνδέεται με την παρουσία ή την απουσία επανορθωτικών συμπεριφορών) υπάρχουν ομοιότητες όσον αφορά τις ανησυχίες για το σχήμα και το βάρος μεταξύ των ασθενών με διαταραχή υπερφαγίας και των ασθενών με βουλιμία.

Τα στοιχεία όμως σχετικά με το αν η νευρική βουλιμία και η διαταραχή υπερφαγίας διαφέρουν ως προς την ψυχοπαθολογία είναι μπερδεμένα. Κάποιες έρευνες συγκρίνουν τη βουλιμία και τη διαταραχή υπερφαγίας εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους, διαταραχές προσωπικότητας, κοινωνικής προσαρμοστικότητας, γενικής θλίψης, βλάβες και ψυχοπαθολογικά συμπτώματα στη βουλιμία.

Παρ' όλα αυτά άλλες μελέτες δεν έχουν καταγράψει σημαντικές διαφορές μεταξύ της βουλιμίας και της επεισοδιακής υπερφαγίας στα χαρακτηριστικά της μελαγχολίας στα συναισθήματα λύπης, την αυτοεκτίμηση και κοινωνική προσαρμοστικότητα, στις απόπειρες αυτοκτονίας, στις συμπεριφορές αυτοτραυματισμού ή χρήσης ναρκωτικών, στο ιστορικό νοσηλείας και σε άλλα είδη ψυχοπαθολογίας.

Έρευνες που εξέτασαν τις διαφορές μεταξύ της διαταραχής υπερφαγίας και της νευρικής βουλιμίας έδειξαν ότι παρ' όλο που αυτές οι διαταραχές συχνά διαφέρουν ως προς την γενική και τη διατροφική ψυχοπαθολογία τους, οι ασθενείς και των δύο ομάδων βιώνουν σημαντικές αγωνίες που αφορούν το σχήμα και το βάρος του σώματος ως μέτρο αυτοεκτίμησης εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερη διατροφική και γενική ψυχοπαθολογία και φτωχότερη ποιότητα ζωής από τα άτομα με επεισοδιακή υπερφαγία που δεν υπερεκτιμούν το σχήμα και το βάρος τους (Μάνος,1997).

7.7 ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΧΩΡΙΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ

Σε έρευνα που έγινε συγκρίθηκαν 177 άτομα με επεισοδιακή υπερφαγία με άλλα 42 υπέρβαρα άτομα βρήκε κάποιες ουσιώδεις διαφορές μεταξύ αυτών των ομάδων. Τα συμπτώματα κατάθλιψης ήταν σημαντικά υψηλότερα στα άτομα με επεισοδιακή υπερφαγία καθώς επίσης και η διατροφική ψυχοπαθολογία τους, συμπεριλαμβανομένων και των προσδιορισμένων αντικειμενικών βουλιμικών επεισοδίων, των διατροφικών περιορισμών, διατροφικών συνηθειών της έλλειψης αυτοσυγκράτησης και της πείνας.

Παρά την ίδια μάζα σώματος των ομάδων, οι ανησυχίες για το βάρος και το σχήμα του σώματος ήταν σημαντικά πιο διαταραγμένες στα άτομα με διαταραχή υπερφαγίας. Έτρωγαν επίσης πιο συχνά κατά τη διάρκεια της ημέρας και από τους υπέρβαρους συμμετέχοντες και από τα άτομα με σύνδρομο κατανάλωσης φαγητού κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Η έρευνα αυτή παρουσίασε συγκεκριμένα στοιχεία για τη διαφορετικότητα μεταξύ των ατόμων με επεισοδιακή υπερφαγία και των ατόμων που πάσχουν από παχυσαρκία χωρίς διαταραχή υπερφαγίας. Βέβαια παρά τις διαφορές μεταξύ παχυσαρκίας με διαταραχή υπερφαγίας και της παχυσαρκίας χωρίς διαταραχή υπερφαγίας είναι δυνατόν οι δύο ομάδες πασχόντων να έχουν παρόμοιες αντιδράσεις στην θεραπεία της παχυσαρκίας, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα (Μάνος,1997).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1 ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ-ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το 1955 περιγράφηκε για πρώτη φορά μια μορφή διαταραχής με βασικό τρίπτυχο αναγνώρισης την πρωινή ανορεξία, τη βραδινή κατανάλωση τροφής και την αϋπνία.

Το σύνδρομο νυχτερινής υπερφαγίας, είναι μια διατροφική διαταραχή με κλινικά χαρακτηριστικά την πρωινή ανορεξία, την βραδινή υπερφαγία και την αϋπνία με συνεχείς διακοπές νυχτερινής κατανάλωσης φαγητού. Το βασικό χαρακτηριστικό κλινικό γνώρισμα του συνδρόμου είναι η καθυστέρηση στον εικοσιτετράωρο συγχρονισμό της πρόσληψης ενέργειας.

Τα βασικά χαρακτηριστικά των ατόμων που πάσχουν από το σύνδρομο της νυχτερινής υπερφαγίας είναι τα εξής:

Η αϋπνία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη του συνδρόμου. Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα αυτά ξυπνάνε κατά μέσο όρο 4 φορές το βράδυ, σε αντίθεση με τη φυσιολογική συχνότητα της 1 φοράς το βράδυ. Το πρόβλημα οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι όταν αυτά τα άτομα ξυπνήσουν, αναζητούν επίμονα κάποιο σνακ.

Η σύσταση των νυχτερινών γευμάτων αποτελείται κυρίως από υδατάνθρακες (περίπου 65%) και πρωτεΐνες σε μια αναλογία 7:1. Πιθανολογείται πως μια τέτοια αναλογία θρεπτικών συστατικών, προάγει την προώθηση τρυπτοφάνης στον εγκέφαλο και την μετατροπή της σε σεροτονίνη, ουσία με σημαντικές ιδιότητες κατά της αϋπνίας, ενώ προκαλεί μια αίσθηση ηρεμίας και χαλάρωσης. Επιπλέον, φαίνεται να επηρεάζεται και ο μεταβολισμός της μελατονίνης και της κορτιζόλης από την συγκεκριμένη αναλογία.

Όσον αφορά τη συσχέτιση του συνδρόμου με την ψυχολογική διάθεση, οι ειδικοί αναφέρουν ότι η αγάπη των ατόμων που πάσχουν από αυτό το σύνδρομο για τους υδατάνθρακες, εξηγείται από το μήνυμα που στέλνουν οι υδατάνθρακες στους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου για να προκαλέσουν το

αίσθημα της ευχαρίστησης. Ίσως αυτή η επιδρομή που κάνουν τα συγκεκριμένα άτομα κατά τη διάρκεια της νύχτας σε υδατανθρακούχα σνακ, να αποτελεί μια ασυνείδητη προσπάθεια για να αποκαταστήσουν την κακή ψυχολογία, που τους διακατέχει.

Έχει βρεθεί επιστημονικά ότι με το φαγητό καταπολεμάται και το άγχος. Αυτό συμβαίνει διότι ενεργοποιείται μια συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου και εκκρίνονται χημικές ενώσεις, οι οποίες απελευθερώνονται όταν το άτομο αισθανθεί ευτυχία, χαρά και ικανοποίηση. Στην πραγματικότητα, ο εγκέφαλος του ανθρώπου φαίνεται ότι έχει συσχετίσει την πρόσληψη τροφής με χαλαρωτικά και ευχάριστα συναισθήματα.

Ακόμα θα πρέπει να αναφερθεί ότι στις ουσίες που καταπολεμούν το άγχος, συμπεριλαμβάνονται οι υδατάνθρακες, οι πρωτεΐνες, το σελήνιο και το φυλλικό οξύ. Τέλος, δεν θα πρέπει να παραληφθεί το γεγονός, ότι το σύνδρομο συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την κατάθλιψη και την χαμηλή αυτοεκτίμηση (Stunkard,2002).

8.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το φαινόμενο της νυχτερινής υπερφαγίας βασανίζει μεγάλο αριθμό τόσο γυναικών όσο και ανδρών. Η εξάπλωση του συνδρόμου στο γενικό πληθυσμό, αγγίζει ποσοστό 1,5%. Τα κλινικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου (ανορεξία, αϋπνία, βραδινή υπερφαγία) μπορούν να αρχίσουν σε μικρή ηλικία, συνήθως σε παιδιά υπέρβαρα, και ορισμένες φορές συνοδεύονται από πόνο στις αρθρώσεις.

Για την καταπολέμηση του συνδρόμου είναι απαραίτητο να προσδιοριστεί η γενεσιουργός αιτία και να εκπαιδευτεί το άτομο σε ένα νέο τρόπο διατροφής κατά τον οποίο το μεγαλύτερο μέρος της ενεργειακής πρόσληψης κατά τη διάρκεια της ημέρας θα γίνεται ως το απόγευμα. Χρειάζεται λοιπόν η συμβολή κλινικού διαιτολόγου προκειμένου το άτομο να ξεπεράσει το λανθασμένο τρόπο διατροφής του και να μην καταφεύγει στο υπερβολικό

φαγητό. Καλό είναι να αυξηθεί η ποσότητα φαγητού την ημέρα και να προστεθούν ενδιάμεσα σνακ, για να μειωθεί ο βραδινός παρορμητισμός.

Όμως, η πιο ουσιαστική λύση βρίσκεται στην ψυχοθεραπεία, για να καταπολεμηθεί το στρες ή η κατάθλιψη. Τέλος η φαρμακευτική χορήγηση μελατονίνης, θεωρείται ότι μπορεί να συνεισφέρει στην βελτίωση της κλινικής εικόνας του συνδρόμου, μέσα από την αποκατάσταση των μειωμένων επιπέδων της την νύχτα.

Μια μεγάλη μελέτη που δημοσιεύθηκε το 1999 στην Journal of the American Medical Association και αφορούσε 2 ομάδες παχύσαρκων ατόμων (όπου η ομάδα Α έτρωγε κυρίως από τις 6 το απόγευμα και μετά).

Σύμφωνα λοιπόν με αυτή τη μελέτη, η συνολική πρόσληψη τροφής των παχύσαρκων, που συνήθιζαν να τρώνε κυρίως από τις 18:00 το απόγευμα και μετά (γκρουπ Α), ήταν μεγαλύτερη σε σχέση με τα υπόλοιπα παχύσαρκα άτομα που εξετάστηκαν (γκρουπ Β). πιο συγκεκριμένα το γκρουπ Α, κατανάλωνε από το πρωί μέχρι τις 18:00 το 37% της συνολικής ημερήσιας πρόσληψης τροφής, σε σχέση με το γκρουπ Β, που κατανάλωνε το 74%, στο αντίστοιχο χρονικό διάστημα.

Από τις 20:00 και μέχρι τις 6:00 το πρωί, το γκρουπ Α κατανάλωνε το 56% της συνολικής ημερήσιας πρόσληψής τροφής, σε αντίθεση με το γκρουπ Β που έφθανε το 15 %. Επιπρόσθετα, τα άτομα του γκρουπ Α ξυπνούσαν κατά μέσο όρο 3,6 φορές ανά νύχτα (στο γκρουπ Β ο μέσος όρος ήταν 0,3 φορές) και τα μισά από αυτά, αναζητούσαν επίμονα το σνακ. Τα σνακ αυτά ήταν πλούσια σε υδατάνθρακες με μια αναλογία υδατάνθρακα- πρωτεΐνης 7:1

Πιθανολογείται πως μια τέτοια αναλογία θρεπτικών συστατικών, προάγει την προώθηση τριπτοφάνης στον εγκέφαλο και την μετατροπή της σε σεροτονίνη, ουσία με σημαντικές ιδιότητες κατά της αϋπνίας. Οι διαφορές στα δύο γκρουπ, σύμφωνα πάντα με τα ευρήματα των επιστημόνων, όπως η κορτιζόλη και η μελατονίνη. Τα επίπεδα της μελατονίνης το βράδυ, ήταν σαφέστατα χαμηλότερα στο γκρουπ Α από ότι στο γκρουπ Β, ενώ τα επίπεδα

κορτιζόλης 24ωρου, ήταν υψηλότερα στο Α από ότι στο Β γκρούπ παχύσαρκων ατόμων (Stunkard,2002).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης στις γυναίκες συνήθως ξεκινάνε από την εφηβεία μέχρι την ενηλικίωση τους, όπου ο συναισθηματικός τους κόσμος και τα πιστεύω τους, επηρεάζονται από την εξωτερική τους εμφάνιση. Σύμφωνα με την Mc Carthy (1990), η έναρξη της κατάθλιψης στις γυναίκες και των διατροφικών διαταραχών, οφείλεται στο ότι οι περισσότερες γυναίκες δεν είναι ικανοποιημένες με το σώμα τους και προσπαθούν να πετύχουν μέσα από αυστηρές δίαιτες την αποδοχή από το άλλο φύλλο, δημιουργώντας έτσι μια ελκυστική εικόνα, η οποία στην ουσία το μόνο που δημιουργεί είναι η στιγμιαία ικανοποίηση του εαυτού τους, αλλά και παράλληλα το αίσθημα του φόβου που οδηγεί στην απογοήτευση και στις διατροφικές διαταραχές.

Και οι γυναίκες και οι άντρες, που έχουν μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους, αδιαφορούν για το πόσο σημαντική είναι η σωματική τους υγεία και για το πόσο αξίζουν σαν άτομα. Από την άλλη πλευρά, η εξωτερική τους εικόνα σχετίζεται με τις διατροφικές διαταραχές. Και για τα δύο φύλα οι διατροφικές διαταραχές σχετίζονται με υψηλό επίπεδο προβλημάτων με αυτούς που έχουν αρνητική εικόνα σώματος.

Προσπαθώντας να φτιάξουν μια καλύτερη εξωτερική εμφάνιση και επηρεασμένοι σε μεγάλο βαθμό από τα διάφορα πρότυπα που κυριαρχούν, για να μπορούν να γίνουν αποδεκτοί από το κοινωνικό τους περιβάλλον, δημιουργούν ακόμα πιο σοβαρά διατροφικά προβλήματα.

Η αποτυχία μιας διατροφικής αγωγής (δίαιτα), έχει σαν αποτέλεσμα την απογοήτευση και στη συνέχεια αυτό έχει σαν επακόλουθο την κατάθλιψη.

Οι λόγοι αποτυχίας μιας δίαιτας είναι διάφοροι. Η έμμονη και παράλληλα η επιμονή στο να πετύχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, οδηγεί τους περισσότερους στο να σκέφτονται αρνητικά και να μην μπορούν να επιτύχουν το στόχο τους. Τα συμπτώματα που μπορούν να οδηγήσουν στην κατάθλιψη είναι η απαισιοδοξία και οι αυστηρές δίαιτες οι οποίες οδηγούν σε ψυχολογικό στρές.

Από διάφορες μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι για τους άντρες που αποτυγχάνουν στην πραγματοποίηση μιας δίαιτας, αυτό το γεγονός συνδέεται σε μεγαλύτερο βαθμό με το Mac (Mizes anorectic cognitions scale) από το ότι με το EAT26, σαν αποτέλεσμα, αυτό αποδεικνύει ότι μπορούν να προβλεφτούν καλύτερα οι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά το φαγητό από ότι η διατροφική συμπεριφορά,. Αυτό είναι να διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών.

Θα πρέπει να τονιστεί επίσης, ότι δεν είναι σωστό να χρησιμοποιούμε το ίδιο μέτρο σύγκρισης για τους άντρες και για τις γυναίκες, γιατί διάφορες μελέτες δείχνουν ότι η σχέση (που είναι δυσαρεστημένοι με το σώμα τους) είναι αντιστρόφως ανάλογη, γιατί οι πολλοί άντρες θέλουν να αυξήσουν το βάρος τους, αντί να το μειώσουν.

Τέλος θα πρέπει να τονιστεί ότι οι άντρες που είναι δυσαρεστημένοι με την εμφάνιση τους, δεν κάνουν δίαιτα, αλλά προτιμούν να αυξήσουν το σωματικό τους βάρος και το μυικό ιστό τους, χρησιμοποιώντας διάφορα συμπληρώματα διατροφής, κάνοντας γυμναστική και λαμβάνοντας στεροειδή (iatrotek,2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, ορατές πράξεις και την προσέγγιση και ανταπόκριση του νοσηλευτή προς των άρρωστο καθώς προωθεί ή διατηρεί την ψυχοκοινωνική του υγεία και ευεξία, προστατεύει και ενισχύει την προσωπική του ταυτότητα ή βοηθάει την ανάρρωση του αρρώστου. Νοσηλευτική παρέμβαση κάνει ο νοσηλευτής όταν προλαμβάνει κάποια βλάβη η μεγαλύτερη δυσλειτουργία του αρρώστου ή τον βοηθά να χειρίζεται τα ζητήματα του όσο το δυνατό πιο αποτελεσματικά.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι υποστηρικτικές, προστατευτικές, παιδαγωγικές θεραπευτικές. Επίσης μπορεί να είναι αλληλοεξαρτώμενες με την ιατρική θεραπευτική αγωγή, όπως η χορήγηση φαρμάκων και θεραπειών καθώς και συνεργασία στην εκτέλεση ιατρονοσηλευτικών φροντίδων.

Οι ανεξάρτητες νοσηλευτικές παρεμβάσεις δεν εξαρτώνται από ιατρικές οδηγίες, αποφασίζονται αυτόνομα και υπεύθυνα από τον νοσηλευτή κατά τη διεργασία της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας του ψυχικά αρρώστου.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις ψυχικής υγείας είναι οι εξής:

- Φροντίδα του αρρώστου με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας. Δηλαδή υπεύθυνη νοσηλευτική αξιολόγηση του αρρώστου, προγραμματισμός και εκτέλεση η διδασκαλία και επίβλεψη της ολιστικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής του φροντίδας καθώς και εκτίμηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών εφαρμογών.

- Ελάττωση των στρεσογόνων ερεθισμάτων, όσο είναι δυνατό και ελάττωση του άγχους του αρρώστου με υποστηρικτική στάση και διαθέσιμο χρόνο κοντά στον άρρωστο.

- Ανάπτυξη, διατήρηση και διακοπή –όταν εκπληρωθεί ο σκοπός- ψυχοθεραπευτικού διαλόγου με τον άρρωστο, την οικογένεια ή μία ομάδα, με σκοπό την καλλιέργεια κοινωνικών δεξιοτήτων.

- Δημιουργία αισθητηριακών ερεθισμάτων χωρίς υπερφόρτιση του αρρώστου, με σκοπό την πρόληψη απόσυρσης, κοινωνικής απομόνωσης ή καταφυγής σε αυτιστική φαντασία και εξωπραγματικά βιώματα.

- Οργάνωση και διατήρηση ασφαλούς και θεραπευτικού περιβάλλοντος για ενίσχυση του αισθήματος προσωπικής αξίας και των θετικών συμπεριφορών του αρρώστου.

- Προώθηση της επαφής του αρρώστου με την πραγματικότητα βοηθώντας τον να αντιμετωπίζει τα τρέχοντα προβλήματα της καθημερινής του ζωής.

- Ενθάρρυνση του αρρώστου να συμμετέχει στην φροντίδα του εαυτού του όσο μπορεί πιο υπεύθυνα, ώστε να έχει ευκαιρίες ικανοποίησης από την πρόοδο και επιτυχία του.

- Αποδοχή και προσωρινή εκπλήρωση υποκατάστατου γονεϊκού ρόλου, που περιλαμβάνει λήψη αποφάσεων και ανάληψη ορισμένων ευθυνών για την καθημερινή υγιεινή φροντίδα, όταν ο άρρωστος παρουσιάζει σωματική, και συναισθηματική ανικανότητα.

- Καθοδήγηση του αρρώστου πώς να αποφεύγει ή να παρακάμπτει ή να υπερνικά τους παράγοντες που απειλούν την ψυχική του ισορροπία, ασφάλεια η προσαρμοστική του ικανότητα.

- Διεύθυνση νοσηλευτικής μονάδας ή υπηρεσίας ψυχικής υγείας και συντονισμός της φροντίδας των ψυχικά άρρωστων. Έτσι θα συνδυάζεται η υψηλή ευαισθησία με την σύγχρονη τεχνολογία της περίθαλψης, θα

διατηρείται η πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία, θα αποφεύγεται ο τεμαχισμός και η αποπροσωποποίηση και θα προάγεται η συνοχή και συνέχεια της φροντίδας.

- Ενσωμάτωση της ενεργητικής συμβολής του αρρώστου στα σχέδια της προετοιμασίας της εξόδου του από το νοσοκομείο και της επανένταξης του στην ζωή της κοινωνίας.

- Συμμέτοχη στη θεραπευτική ομάδα με συστηματική μεταβίβαση των νοσηλευτικών κλινικών παρατηρήσεων και συγκεκριμένες προτάσεις για τη θεραπευτική προσέγγιση κάθε αρρώστου.

- Υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά αρρώστων και συνηγορία υπέρ αυτών σε κάθε ευκαιρία και περίσταση για κινητοποίηση του ενδιαφέροντος της τοπικής, εθνικής και διεθνούς πολιτικής για την ψυχική υγεία και την ψυχιατρική περίθαλψη. Επίσης πληροφόρηση των ψυχικά αρρώστων και των οικογενειών τους για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους (Ραγιά,2009).

ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΠΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΔΑΦΝΙ

Η Περίπτωση της Μαρίας

Η Ελένη είναι 24 ετών και έπασχε από ψυχογενή ανορεξία. Τα πρώτα συμπτώματα εμφανίστηκαν στα 12 της χρόνια.

Η Μαρία έχει μια αδερφή δύο χρόνια μεγαλύτερη της, που είναι η αγαπημένη της μητέρα της.

Η μητέρα της Μαρίας έχει καταθλιπτική προσωπικότητα και υποτιμά τη γυναικεία της φύση. Μεγάλωσε μακριά από τους γονείς της και δεν ήθελε την εγκυμοσύνη της Μαρίας.

Ο πατέρας της Μαρίας έχει ήπιο και υποχωρητικό χαρακτήρα. Εργάζεται όλη την ημέρα για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις βασικές ανάγκες της οικογενείας του. Πιστεύει ότι η ανατροφή των παιδιών είναι δουλειά των γυναικών.

Το ζευγάρι των γονιών φαινομενικά τα πάει καλά, δεν καυγαδίζουν και δεν εκφράζουν τα παράπονα τους ο ένας για το άλλο.

Στον έβδομο μήνα της εγκυμοσύνης της Μαρίας οι γονείς της είχαν ένα αυτοκινητιστικό ατύχημα. Η πρώτη σκέψη της μητέρας της τη στιγμή του ατυχήματος, όπως η ίδια παραδέχεται ήταν θα πεθάνω και θα σκοτώσω το παιδί μου. Μετά το ατύχημα γίνεται μερική αποκόλληση του πλακούντα. Παρ' όλα αυτά η Μαρία γεννήθηκε φυσιολογικά στον ένατο μήνα.

Η μητέρα της αρνήθηκε να την θηλάσει και ανέφερε την ανατροφή της στην δική της μητέρα.

Η Μαρία περιγράφεται από την μητέρα της μοναχική πεισματάρη, επιθετική, προκλητική με διαταραχές στην διατροφή της από πολύ μικρή.

Κατά την διάρκεια της θεραπείας της στη μετάβαση εμφάνισε αισθήματα κατωτερότητας, μοναξιάς αδυναμίας και εγκατάλειψης. Η συμπεριφορά της ήταν προκλητική απέναντι στο θεραπευτή της. Απαιτούσε να συμφωνεί μαζί της σε ότι έλεγε ή ζητούσε. Ήταν φανερό η έλλειψη εμπιστοσύνης στο πρόσωπο του. Οι ερμηνείες του γινόντουσαν αντικείμενο χλευασμού και απόρριψης. Αυτό εκφραζότανε είτε με αρνητικά, περιπαικτικά σχόλια είτε με παρατεταμένες σιωπές.

Η θεραπεία έμοιαζε να οδηγείται σε αποτυχία. Η μόρια συνέχιζε να χάνει βάρος.

Μια δραματική αλλαγή έγινε στη στάση της απέναντι στο θεραπευτή της. Οι αρνήσεις και οι σιωπής σιγά-σιγά εξαφανιστήκανε. Η έκφραση των συναισθημάτων της έγινε πιο άμεση. Έτσι έγινε δυνατό να έλθει στην επιφάνεια όλος ο εσωτερικός θρήνος μαζί με το θυμό της για ότι έκρυβε μέσα της. Πίστευε ότι κανείς δεν την ήθελε πραγματικά μέχρι τότε στη ζωή της. Γι' αυτό κι αυτή δεν ήθελε κανένα και τίποτε. Αρνιότανε να φάει γιατί δεν της δινότανε τίποτα άξιο να <<φαγωθεί>> , όπως η ίδια είπε. Σήμερα τρία χρόνια μετά η Μαρία έχει σταθερό δεσμό πάνω από ένα χρόνο με έναν νέο δυο χρόνια μεγαλύτερο της δεν παρουσιάζει κανένα σύμπτωμα ψυχογενούς ανορεξίας, ζει με την οικογένεια της και σπουδάζει στο πανεπιστήμιο.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2

Η Γεωργία ήταν 16 ετών όταν ξεκίνησε πρώτη φορά την ψυχοθεραπεία της. Τα πρώτα συμπτώματα βουλιμίας της εμφανιστήκανε στα 13 της χρόνια, λίγο μετά την πρώτη της έμμηνο ρύση.

Η Γεωργία είναι ευαίσθητη και έξυπνη. Η απόδοση της στο σχολείο είναι κακή αλλά δεν έχασε ποτέ τάξη. Θεώρει τα αγόρια της ηλικίας της κατώτερα από τα κορίτσια, με τα οποία έχει στενές φιλικές σχέσεις. Αντίθετα θαύμαζε από πολύ μικρή πολύ μεγαλύτερους της άντρες.

Η Γεωργία έχει έναν αδερφό ένα χρόνο μεγαλύτερο της. Οι σχέσεις τους είναι σαν του <<σκύλου και της γάτας>>.

Οι γονείς της χωρίσανε όταν η γεωργία ήταν τριών χρονών. Μέχρι τότε ήταν μάρτυρας καθημερινής κακοποίησης της μητέρας της αλλά και της ίδιας από το πατέρα της. Η αρνητική παρουσία του πατέρα στη ζωή της συνεχίστηκε για όλα τα χρόνια και μετά το διαζύγιο των γονιών της. Οι γονείς της εξακολουθούν να έχουν χρόνιες ανοιχτές διαμάχες.

Η μητέρα της είναι εγωίστρια και η συμπεριφορά της απέναντι στη γεωργία είναι επιθετική και ανταγωνιστική. Αντίθετα με το γιό της που είναι το αγαπημένο της παιδί. Είχε πολλούς φανερούς δεσμούς με άντρες μετά το διαζύγιο της, ενώ απαγόρευε στα παιδιά της ακόμα και το όνομα του πατέρα της να αναφέρουν μπροστά της.

Η στάση της γεωργίας στη θεραπεία ήταν από αδιάφορη έως εχθρική. Όμως ουδέποτε έχασε μια συνεδρία. Τα συναισθήματα που εξέφραζε ήταν κυρίως θλίψη, και αδυναμία να ευχαριστηθεί με το οτιδήποτε. Αυτά γινόντουσαν πιο έντονα στις περιόδους που οι καυγάδες με την μητέρα της ήταν πιο συχνόι η όταν οι ερωτικές της σχέσεις δεν παγαίνανε καλά. Τότε πίστευε ότι

δεν την ήθελε κανείς στο κόσμο. Στις περιόδους αυτές η βουλιμία της έπαιρνε έναν μανιακό χαρακτήρα.

Από την αρχή της θεραπείας της, ήταν φανερό ότι η γεωργία αναζητούσε την μορφή ενός πατέρα που να είναι παρών και να την αποδέχεται αντί να την καταδιώκει. Όμως η έκφραση αυτών των συναισθημάτων εμποδιζόταν από τη φαντασίωση της ότι ο θεραπευτής της είχε συμμαχήσει με την μητέρα της. Τον έβλεπε σαν αντιπρόσωπο της, που είχε σκοπό να της αποδείξει ότι <<ο πατέρας της ήταν ένας κακούργος αντίθετα με την μητέρα της που ήταν υπόδειγμα καλού ανθρώπου>>.

Πίστευε ότι έπρεπε να παραδεχθεί και να υποκύψει στην ανωτερότητα της μητέρας της. Η στάση της κατανοήθηκε σαν μεταφορά στη σχέση της με τον θεραπευτή της εσωτερικής της σύγκρουσης ανάμεσα στην επιθυμία για τον πατέρα και την απαγόρευση της από την μητέρα . ταυτόχρονα φανέρωνε μια βουλιμική συμπεριφορά απέναντι του. Ζητούσε να τις προσφέρει ότι περισσότερο μπορούσε. Συνεχώς απαιτούσε να της μιλάει και να σχολιάζει όσα έλεγε, έμοιαζε σαν να μην αντέχει τη πιο μικρή σιωπή.

Στην διάρκεια της θεραπείας της, δεν εξέφραζε αναμνήσεις από το παρελθόν διότι της βίωνε πολύ δυσάρεστα και γι' αυτό της απέφευγε. Οι ελάχιστες προσπάθειες του θεραπευτή να συνδέσει την τωρινή της στάση με τις πρώιμες τραυματικές της εμπειρίες, αντί να βοηθήσουν χειροτέρευαν την κατάσταση. Ήταν φανερό ότι η ανάμνηση της βίαιης σχέσης με τον πατέρα της απενεργοποιούσε το παιδικό τραύμα. Η ελπίδα για επανόρθωση χανόταν και η βουλιμία της χειροτέρευε. Η απώθηση έμοιαζε να είναι ο μοναδικός της μηχανισμός άμυνας.

Στη συνέχεια η θεραπεία πήρε περισσότερο χαρακτήρα υποστηρικτικό με εργασία πάνω στο πλαίσιο και στη σχέση στο <<εδώ και τώρα>>. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την μείωση των συμπτωμάτων της βουλιμίας και τον σημαντικό περιορισμό των καταστάσεων πανικού και μανιακών συμπεριφορών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως προκύπτει από τις πιο πάνω σύντομες περιγραφές περιπτώσεων ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της θεραπείας έπαιξε η αναζήτηση της σημασίας του τραύματος και ο θεραπευτικός του χειρισμός.

Στην περίπτωση της νευρικής ανορεξίας εύκολα διακρίνεται α) η αδυναμία της μητρικής φιγούρας να ανταποκριθεί στις πρώιμες διατροφικές και συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού, β) η απουσία ισχυρής πατρικής φιγούρας, γ) συναισθήματα κατωτερότητας, αδυναμίας και εγκατάλειψης της ανορεκτικής εφήβου, που αντισταθμίζονται από το έλεγχο πάνω στο σώμα και δια μέσου αυτού στον άλλο.

Φαίνεται ότι η σημασία του τραύματος και οι συνέπειες του στη παθογένεια των διαταραχών διατροφής είναι εξίσου ουσιώδης αλλά διαφορετική στις περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η Μ.Λ. ηλικίας 18 ετών, είναι πάσχων από νευρική ανορεξία. Διαγνώστηκε ότι πάσχει από νευρική ανορεξία προ τριμήνου. Εισήχθη στην παθολογική κλινική του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΟΝ. Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο παρουσιάζει δύσπνοια, αρρυθμίες, δυσκοιλιότητα, αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές, διαταραχές, κατάρλιψη.

Νοσηλευτική Διεργασία:

| Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες– προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας | Εκτίμηση αποτελέσματος |
|--|--|--|---|--|
| Αρρυθμίες | Αποκατάσταση του καρδιακού ρυθμού εντός μιας ώρας. | Σύνδεση του αρρώστου με μόνιτορ για τη συνεχή παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού καθώς και των ζωτικών σημείων. Χορήγηση ο2 με ρινικό καθετήρα για | Εγινε άμεση σύνδεση με μόνιτορ. Χορηγήθηκε ο2. Χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή ώστε να επανέλθει ο καρδιακός ρυθμός το συντομότερο δυνατό στα φυσιολογικά επίπεδα. | Εντός μίας ώρας αποκαταστάθηκε ο καρδιακός ρυθμός. |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>τη διόρθωση της υποξυγοναιμίας.</p> <p>Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες με την εφαρμογή σταγονομετρικής αντλίας στα ενδοφλέβια διαλύματα για την ακριβή ρύθμιση της ροής των φαρμάκων.</p> <p>Παρακολούθηση του αρρώστου για την ανταπόκριση στην</p> | | |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|---------------|-------------------------------------|--|--|--|
| | | θεραπεία καθώς και για τυχόν εμφάνιση παρενεργειών από τα φάρμακα. | | |
| Δυσκοιλιότητα | Κένωση του εντέρου εντός δωδεκάωρου | Αύξηση φυτικών ιών διαμέσου της διατροφής. Αύξηση λήψης υγρών. Χορήγηση υπακτικών –καθαρτικών εντέρου. | Έγινε χορήγηση υγρών από το στόμα. Και χορηγήθηκε υπόθετο γλυκερίνης για συντομότερη κένωση του εντέρου. | Έγινε κένωση του εντέρου εντός μίας ώρας. |
| Αφυδάτωση | άμεση ενυδάτωση του ασθενούς. | Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών ,ηλεκτρολύτες κάλιο νάτριο με συνεχή αξιολόγηση των | Χορηγήθηκαν οι ηλεκτρολύτες άμεσα. Γίνονται συχνά αιματολογικοί έλεγχοι ώστε να γνωρίζουμε αν | Αποκαταστάθηκε η οξεοβασική ισορροπία εντός εξαώρου. |

| | | | | |
|----------|--|--|---|---|
| | | ηλεκτρολυτών. | τα επίπεδα τους βελτιώνονται. | |
| Δύσπνοια | Αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας εντός μιας ώρας | Τοποθέτηση του ασθενούς σε καθιστή θέση με τα πόδια κάτω. Χορήγηση ο ₂ . Χορήγηση βρογχοδιασταλτικών. | Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε καθιστή θέση με τα πόδια κρεμασμένα διότι με αυτόν τον τρόπο αποτρέπεται η υπερφόρτωση της κυκλοφορίας του αίματος στην καρδιά. Χορηγήθηκε οξυγόνο με μάσκα στα 3 lt. Χορηγήθηκαν βρογχοδιασταλτικά(neb berovent) | Αποκαταστάθηκε η αναπνευστική λειτουργία εντός μιας ώρας. |

| | | | | |
|-----------|---|--|---|---|
| Κατάθλιψη | Βελτίωση της ψυχολογίας ασθενούς στις επόμενες ημέρες | Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από ψυχολόγο και από το νοσηλευτικό προσωπικό. Χορήγηση αντικαταθλιπτικών. | Έγινε παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. χορηγήθηκε αντικαταθλιπτική αγωγή. | Βελτιώνεται σιγά σιγά η ψυχολογία της ασθενούς. |
|-----------|---|--|---|---|

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 2:

Η Μ.Ν ετών 22 που νοσεί από ψυχογενή βουλιμία εισήχθη στην παθολογική κλινική του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΟ. Η ασθενής είχε οιδήματα στα άνω και κάτω άκρα, αφυδάτωση λόγω των εμέτων που έκανε, είχε έντονη δύσπνοια, παρουσίαζε ταχυκαρδία, και ανησυχία.

Νοσηλευτική Διεργασία:

| Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου. | Αντικειμενικός σκοπός. | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας. | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας. | Εκτίμηση αποτελέσματος. |
|--------------------------------|---|---|--|--|
| Οιδήματα άνω και κάτω ακρών | Να υποχωρήσει το οίδημα εντός δύο ωρών. | Διατήρηση των άκρων σε ανάρροπη θέση ψηλότερα από το ύψος της καρδιάς. Πιεστική επίδεση του μέλους με επιδέσμους η κάλτσες διαβαθμισμένης συμπίεσης. Μασάζ λεμφικού τύπου. | Τοποθετήθηκαν τα άκρα σε ανάρροπη θέση. Έγινε πιεστική επίδεση των άκρων. Έγινε το μασάζ λεμφικού τύπου. | Το οίδημα υποχώρησε μέσα σε δύο ώρες. |

| | | | | |
|-----------------------|---|--|---|---|
| Αφυδάτωση λόγω εμέτων | Ενυδάτωση ασθενούς εντός 24 ωρών. | Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών κυρίως ηλεκτρολύτες κάλιο, νάτριο, με συνεχή αξιολόγηση της κατάστασης των ηλεκτρολυτών. | Χορηγήθηκαν ενδοφλεβίως υγρά κυρίως ηλεκτρολύτες, κάλιο, νάτριο με συνεχή αξιολόγηση της κατάστασης των ηλεκτρολυτών. | Πραγματοποιήθηκε ενυδάτωση της ασθενούς εντός 24 ωρών. |
| Δύσπνοια | Αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας εντός μιας ώρας. | Τοποθέτηση του ασθενούς σε καθιστή θέση με τα πόδια κάτω. Χορήγηση ο2. Χορήγηση βρογχοδιασταλτικών. | Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε καθιστή θέση με τα πόδια κρεμασμένα διότι με αυτόν τον τρόπο αποτρέπεται η υπερφόρτωση της κυκλοφορίας του αίματος στην καρδιά. | Αποκαταστάθηκε η αναπνευστική λειτουργία εντός μιας ώρας. |

| | | | | |
|------------|--|---|---|--|
| | | | Χορηγήθηκε οξυγόνο με μάσκα στα 3 lt. Χορηγήθηκαν βρογχοδιασταλτικά(neb berovent). | |
| Ταχυκαρδία | Ρύθμιση καρδιακής λειτουργίας όσο το δυνατό γρηγορότερα. | Καταγραφή ζωτικών σημείων κυρίως σφυγμών Σύνδεση αρρώστου με καρδιογράφο Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. | Έγινε λήψη ζωτικών σημείων κυρίως σφύξεων κάθε 15 λεπτά. Συνδέθηκε ο άρρωστος με τον ΗΚΓγράφο και ελήφθη ΗΚΓ για τον έλεγχο των σφύξεων. Για την αντιμετώπιση της ταχυκαρδίας χορηγήθηκαν Nitroglycerine tabl | Η καρδιακή λειτουργία ρυθμίστηκε εντός δύο ωρών. |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | | | 5mg/24h και Nitroglycerine αυτοκόλλητο σύστημα 5mg/24h | |
| Ανησυχία του ασθενούς λόγω των συμπτωμάτων που εκδήλωσε (ταχυκαρδία, δύσπνοια) | . | Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος Συζήτηση με τον ασθενή. Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. | Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον. Ο ασθενής υποστηρίχτηκε ψυχολογικά με την λεκτική επικοινωνία και ενημερώθηκε για τα συμπτώματα | Ο ασθενής σε λίγη ώρα αισθάνθηκε πιο ήρεμος και συνεργάστηκε με το νοσηλευτικό προσωπικό για την νοσηλεία του. |

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλεξανδρίδης Α. & Ξυπολυτά Ζαχαριάδη Α. (2000). Οι Διαταραχές της Διατροφής. Ψυχοσωματικά Προβλήματα των Παιδιών. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Αναγνωστόπουλος Δ. Λαζαρατου Ε. (2001). Η Ψυχοσωματική Διάσταση της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα (Τόμος 3).
- Αναστασοπουλος Δ. (1999). Η Εικόνα Σώματος στην Εφηβεία και οι Διαταραχές της, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα (Τόμος 1).
- Βάρσου Ε. (1995). Συμμέτοχη Βιολογικών Παραγόντων στη Συμπεριφορά Πρόσληψης Τροφής και τις Διαταραχές της: Βιολογικοί Συντελεστές στην Αιτιοπαθογένεια των Ψυχικών Διαταραχών. Σολδάτος ΚΡ, Λύκουρας ΕΠ, Παπάδημητρίου ΓΝ, Επιμέλεια Εκδόσεις, Ψυχ. Κλινική Παν. Αθηνών, Αθήνα.
- Κουμεντάκη Κ. (2006). Υγεία για Όλους με Σωστή Διατροφή , Εκδόσεις Κουκίδα, Αθήνα.
- Κωνσταντινίδου Μ. (2000). Διαταραχές της Θρέψης: Ο Ρόλος του Διαιτολόγου στη Θεραπευτική Αντιμετώπιση, Πανελλήνιο Συνέδριο Διατροφής Διαιτολογίας, Αθήνα.
- Μάνος Ν. (1997). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής , Εκδόσεις University Studio Press, Αναθεωρημένη Έκδοση, Θεσσαλονίκη.
- Μωρογιάννης Φ. (2000). Θεραπευτικές Ανάγκες Ασθενών με Διαταραχές Διατροφής στο Πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης: Πρωτογενής Δευτερογενής και Τριτογενής Πρόληψη, Τετράδια Ψυχιατρικής, νο 70, Απρίλιος Μάιος Ιούνιος Αθήνα.

- Μωρογιάννης Φ. (2003). Οι Επιπτώσεις των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής στο Άτομο την Οικογένεια και την Κοινωνία, Τετράδια Ψυχιατρικής, νο 82, Απρίλιος Μάιος Ιούνιος Αθήνα.
- Ραγιά Α. (2009). Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας Ψυχιατρική Νοσηλευτική, 7 Έκδοση Βελτιωμένη, Αθήνα.
- Σαραντόγλου Γιώργος. Venice Jean-Luc-Chupin Maurice. (1987). Η Ψυχογενής Ανορεξία, Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα.
- Σολδάτος Κ. Μπεργιαννάκη Ι. (1996) . Η χρονοβιολογία και η Σχέση της με την Συμπεριφορά: Βιολογικοί Συντελεστές στην Αιτιοπαθογένεια των Ψυχικών Διαταραχών, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα .
- Bruch H. (1987).Eating Disorders: Obesity Anorexia Nervosa and the Person Within, Publication Basic Books Group, New York.
- Bruch H. (1982) Anorexia Nervosa: Therapy And Theory, Publication Harvand University Press, New York.
- DSM-IV. (1996). Διαγνωστικά Κριτήρια, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
- Fairburn C. (1999). Βουλμία: Ξανακερδίστε τον Έλεγχο, (Μετάφραση/Επιμέλεια Χήρα Μ-Σίμος Γ) Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.
- Stunkard, A.J. (2002). Night Eating Syndrome: Eating Disorders and obesity, A Comprehensive Handbook, Publication The Guilford Press, New York.
- Treasure J. Holland A. (1995).Genetic Factors in Eating Disorders. Handbook of Eating Disorders: Theory Treatment And Research, Publication John Willey And Sons ltd, London.
- Williams M. (2003). Διατροφή: Υγεία Ευρωστία Αθήνα Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
- www.iatrotek.gr, 12/01/2011
- www.Medloock.gr, 19/12/2010

- www.VitaEqualis.gr 15/12/10.

