



Ανώτατο Τεχνολογικό Ίδρυμα Πατρών
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα: Νοσηλευτικής

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ:
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

EATING DISORDERS PSYCHOLOGICAL ANOREXIA AND
PSYCHOLOGICAL BOULIMIA AND THE NURSE ROLE



ΟΜΑΔΑ ΦΟΙΤΗΤΩΝ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΚΛΩΝΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
Δρ. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

-ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ.5
-ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ	σελ.6
-ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.7-8

Κεφάλαιο 1^ο

1.1 Ιστορική αναδρομή της Διατροφής	σελ.8-9
1.2 Διατροφικές Διαταραχές	σελ.9-10
1.3 Διατροφικές Διαταραχές στην Εφηβεία	σελ.10
1.4 Κίνδυνοι των διατροφικών διαταραχών	σελ.11-12

Κεφάλαιο 2^ο

2.1 Ιστορική Αναδρομή της Ψυχογενούς Ανορεξίας	σελ.12
2.2 Ορισμός της Ψυχογενούς Ανορεξίας	σελ.13-14
2.3 Τύποι της Ψυχογενούς Ανορεξίας	σελ.15
2.4 Διάγνωση – Διαγνωστικά κριτήρια	σελ.15-18
2.5 Διαφορική Διάγνωση	σελ.18
2.6 Αιτιολογικοί παράγοντες	σελ.18-20
2.7 Κλινική Εικόνα	σελ.20-22
2.8 Επιδημιολογία	σελ.22-24
2.9 Ψυχογενή ανορεξία στους άντρες	σελ.24-25
2.10 Θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας	σελ. 25-27
2.12 Ο ρόλος του νοσηλευτή	σελ. 28-30

Κεφάλαιο 3^ο

3.1 Ιστορική αναδρομή της Ψυχογενούς Βουλιμίας	σελ.31
3.2 Ορισμός της Ψυχογενούς Βουλιμίας	σελ.31-32
3.3 Αίτια της Ψυχογενούς Βουλιμίας	σελ.32-33
3.4 Κλινική Εικόνα	σελ. 33-34
3.5 Επιδημιολογία	σελ.34-35
3.6 Τύποι της Ψυχογενούς Βουλιμίας	σελ.35-36
3.7 Διαγνωστικά κριτήρια	σελ.36-37
3.8 Διαφορική Διάγνωση	σελ.37-38
3.9 Θεραπεία της Ψυχογενούς Βουλιμίας	σελ.38-39
3.10 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη Ψυχογενή Βουλιμία	σελ.39-40

Κεφάλαιο 4^ο

4.1 Ορισμός παχυσαρκίας	σελ.40-41
4.2 Αίτια της παχυσαρκίας	σελ.41-42
4.3 Θεραπεία της παχυσαρκίας	σελ.43
4.4 Αναφορά στην υπερφαγία	σελ.43-45
4.5 Οι διατροφικές διαταραχές στα Ελληνικά δεδομένα	σελ.45-46
4.6 Περιστατικό Ψυχογενούς Ανορεξίας	σελ.47-48
4.7 Περιστατικό Ψυχογενούς Βουλιμίας	σελ. 49-51
4.8 Περιστατικό Παχυσαρκίας	σελ.52-54
4.9 Περιστατικό Υπερφαγίας	σελ.55-57
- Συμπεράσματα- Προτάσεις	σελ.58
- Επίλογος	σελ.59
- Βιβλιογραφία	σελ.60-61

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτριά μας κ. Μαρία Μπατσολάκη για την πολύτιμη βοήθειά της, για την υποστήριξη που μας πρόσφερε όλο αυτό το διάστημα όπως και για την ευκαιρία που μας έδωσε να ασχοληθούμε με το συγκεκριμένο θέμα το οποίο μας ενδιέφερε πάρα πολύ. Κλείνοντας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας οι οποίοι ήταν πάντα δίπλα μας και μας έδωσαν την ευκαιρία να σπουδάσουμε, να διευρύνουμε τις γνώσεις μας και να γίνουμε καλύτεροι άνθρωποι στον μέλλον.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η Ψυχογενή Ανορεξία και η Ψυχογενή Βουλιμία είναι ψυχιατρικές νόσοι που χαρακτηρίζονται από διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και πολλές φορές συνοδεύονται από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Το ερέθισμα για την εργασία μας είναι τα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές τα οποία στις μέρες μας αυξάνονται με ραγδαίους ρυθμούς. Αυτά τα άτομα αποτελούν μια ιδιαίτερα δύσκολη ομάδα ασθενών ως προς το διαχωρισμό της νόσου, τα συμπτώματα, την πορεία, τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση με υψηλό δείκτη θνησιμότητας γι' αυτό και μας έδωσαν το έναυσμα για να κάνουμε την εργασία μας γύρω από τις διαταραχές αυτές.

Η εργασία αυτή αποτελεί μία βιβλιογραφική ανασκόπηση και παράλληλα παρέχονται κάποιες γενικές γνώσεις και πληροφορίες σχετικά με την Ανορεξία , την Βουλιμία, την παχυσαρκία και την υπερφαγία.. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας σε βιβλιοθήκες, σε περιοδικά και σε βάσεις δεδομένων Google scholar και Medlook. Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση των διαταραχών αυτών, τα χαρακτηριστικά τους, τα διαγνωστικά τους κριτήρια, τα αίτια, η κλινική εικόνα και η θεραπεία τους και ειδικά ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτές τις διατροφικές διαταραχές.

Λέξεις κλειδιά: Ψυχογενή ανορεξία και Ψυχογενή βουλιμία, Ανορεξία και Βουλιμία στους εφήβους, διατροφικές διαταραχές, παχυσαρκία, υπερφαγία.

Summary

According to the national bibliography psychological anorexia and psychological bulimia are psychiatric illnesses which are characterised by a disturbed alimentary behavior and in many occasions are accompanied by other psychiatric disorders. What stimulated this dissertation was the large number of people which nowadays suffer from eating disorders. These people form a particularly difficult group of patients as for the segregation of illness, the symptoms, the course, their therapeutic confrontation with a high indicator of mortality. Therefore this gave the spark in order to complete the dissertation around this disorder.

The dissertation is a bibliographic examination and at the same time provides certain general knowledge and information in relation to anorexia, bulimia, and obesity and over eating. The method that was used in order to gather information was through the relative bibliography in libraries, magazines and databases such as Google Scholar and Medlock. The aim of this dissertation is to investigate these disorders, their characteristics, their symptoms, their causes, their cures and especially the role the nurse plays with these disorders.

Key words: psychological anorexia and psychological bulimia, anorexia and bulimia in teenagers, eating disorders, obesity and overeating.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εποχή της αφθονίας, της τεχνολογικής εξέλιξης και της αυτοματοποίησης, των ραγδαίων και αποπνικτικών ρυθμών στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων, του άγχους και της πίεσης χαρακτηρίζουν την εποχή μας και ο άνθρωπος έχει καταβάλει τεράστιες προσπάθειες για να τα αποκτήσει και να ξεφύγει από τον κάποτε παραδοσιακό τρόπο ζωής. Όλα αυτά αποτελούν απόδειξη της απληστίας και της αμετροέπειας σημαντικής μερίδας ανθρώπων στον πλανήτη που έρχονται σε σύγκρουση με τα ελλειποβαρή πρότυπα ομορφιάς και οδηγούν στην ανικανότητα για διατήρηση του κανονικού σωματικού βάρους. Μεγαλώνουμε σε μια κοινωνία, όπου οι φίλοι μας μάς θέλουν αδύνατους, όπου οι γονείς μας μάς επικρίνουν εάν βάλουμε κανένα κιλό παραπάνω και όπου η παρέα μάς χλευάζει εάν ατυχήσαμε και είμαστε χοντροί. Ζούμε σε κοινωνίες όπου καθημερινά γινόμαστε μάρτυρες νέων ανθρώπων που υποφέρουν και απειλούνται θανάσιμα με σοβαρές διατροφικές διαταραχές. Πού να φανταζόμασταν πριν από 20 χρόνια ότι θα φθάναμε σε αυτή την εποχή της παρανόησης, όπου η έννοια του μέτρου έχει χάσει την αξία της και ακόμη και το φαγητό μας γίνεται πρόβλημα, παρά ευχαρίστηση και απόλαυση.

Καθημερινά φυλλομετρούμε περιοδικά, εφημερίδες, παρακολουθούμε στην τηλεόραση περιπτώσεις πολύ νέων ανθρώπων με ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές. Όλο και περισσότεροι άνθρωποι ψάχνουν για εξειδικευμένη βοήθεια και υποστήριξη. Έρευνες που έχουν γίνει από ακαδημαϊκούς σε γνωστά Πανεπιστήμια καταδεικνύουν ότι όταν αναγνωριστεί μια τέτοιας μορφής διαταραχή σε ένα αρχικό στάδιο, και ακολουθηθεί η κατάλληλη ψυχολογική θεραπεία, τα αποτελέσματα είναι πολύ θετικά και δημιουργούνται σοβαρές ελπίδες για ανάρρωση των ασθενών.

Είναι γεγονός ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή του ατόμου καθώς σχετίζεται με την ικανοποίηση των βιολογικών του αναγκών. Καταρχήν όλοι μας τρώμε για λόγους επιβίωσης αλλά δεν τρώμε μόνο όταν πεινάμε. Μερικές φορές καταφεύγουμε στο φαγητό ή το αποφεύγουμε επιχειρώντας να εκφράσουμε τα συναισθήματά μας. Η υπερβολική ή ελάχιστη κατανάλωση τροφής πυροδοτεί αναπόφευκτα συναισθήματα. Η διατροφική συμπεριφορά καθενός επηρεάζεται σημαντικά από τα συναισθήματά του, αλλά αυτό δεν σημαίνει πως όλοι θα αναπτύξουμε κάποια στιγμή στη ζωή μας μια διαταραχή διατροφής. Η διαταραχή διατροφής για κάποιους δεν είναι τίποτε περισσότερο από έναν τρόπο διαχείρισης δύσκολων συνθηκών και επώδυνων συναισθημάτων. Έχει αναπτυχθεί μεγάλη επιστημονική δραστηριότητα τα τελευταία χρόνια σε σχέση με τα προβλήματα που παρουσιάζονται στις συνήθειες του ατόμου που αφορούν τη πρόσληψη τροφής. Αυτά τα προβλήματα παίρνουν τη μορφή διατροφικών διαταραχών δηλαδή η Ψυχογενή Ανορεξία, Ψυχογενή Βουλιμία, παχυσαρκία και υπερφαγία που πλήττουν πολύ περισσότερο τις γυναίκες παρά τους άνδρες και μάλιστα τις νεαρές και τα κορίτσια στην εφηβεία. Είναι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις όπου πέρα από τις προφανείς επιπτώσεις όπως η αβιταμίνωση, η κακή διατροφή, η ασιτία, η

επεισοδιακή υπερφαγία και η βουλιμία οι διαταραχές διατροφής μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη καθώς και να επιφέρουν και το θάνατο στο άτομο που πάσχει.

Ως νοσηλευτές πρέπει να έχουμε την ικανότητα να αναγνωρίσουμε αν ο ασθενής έχει συμπτώματα που οδηγούν σε διατροφικές διαταραχές και να διαχωρίζουμε ποια από τις τέσσερις διαταραχές ταλαιπωρεί περισσότερο τον ασθενή. Επειδή οι διαταραχές αυτές επιδρούν καταστροφικά στη ζωή της οικογένειας και αντιμετωπίζονται δύσκολα, σημασία έχει η έγκαιρη ανίχνευση των περιπτώσεων και η παραπομπή στη θεραπεία. Στην παρούσα εργασία θα προσπαθήσουμε να καλύψουμε αυτά τα τέσσερα θέματα και να μάθουμε όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες για τις διαταραχές στην πρόσληψη τροφής έτσι ώστε να μπορούμε να αντιμετωπίσουμε αυτά τα περιστατικά.^{21}

Κεφάλαιο 1^ο

1.1 Ιστορική αναδρομή της Διατροφής

Η διατροφή του ανθρώπου από την εμφάνιση του μέχρι σήμερα διαμορφώθηκε από την εξελικτική εμπειρία του και από πολλούς άλλους παράγοντες όπως την ανθρωπολογία, οικονομία, κοινωνιολογία, ιστορία της τέχνης, αρχαιολογία, ψυχανάλυση και την εξελικτική νεοδαρβινίνη θεωρία. Μέχρι το Β' Παγκόσμιο πόλεμο οι Έλληνες αντιμετώπιζαν προβλήματα διατροφής και υγείας αντίστοιχα με εκείνα που εξακολουθούν να παρουσιάζουν οι χώρες του Τρίτου Κόσμου όπως η αβιταμίνωση, θάνατοι από ασιτία, φυματίωση και ραχίτιδα. Μετά από την απελευθέρωση η οικονομική ανάπτυξη μείωσε τους πρόωρους θανάτους από τα προβλήματα της διατροφής. Το είδος και η ποσότητα της διατροφής καθορίζονται κυρίως από το φυσικό περιβάλλον και τις επιδράσεις που ασκεί η εκάστοτε ανθρώπινη δραστηριότητα σε αυτό. Σε ότι αφορά τη διατροφική συμπεριφορά εκτός από τα παρεχόμενα τρόφιμα καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν ευρύτεροι κοινωνικοί, οικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι υπεύθυνοι για τις σημαντικές διατροφικές διαφορές που παρατηρούνται από τη μία περιοχή του κόσμου στην άλλη καθώς και για τις διατροφικές αλλαγές που σημειώθηκαν κατά τη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας.^{1}

Ο πρωτόγονος άνθρωπος κατά την Παλαιολιθική Εποχή πολύ πριν το 10.000 π.Χ. είχε ως κύρια και σημαντική απασχόλησή του την ανεύρεση και συλλογή τροφής γι' αυτό και ονομάστηκε τροφοσυλλέκτης. Την αναζητούσε στο περιβάλλον στο οποίο ζούσε συλλέγοντας καρπούς, ρίζες, βλαστούς και άλλα είδη χόρτων, κυνηγώντας πουλιά, άγρια ζώα και πιάνοντας ψάρια. Ζούσε σε μικρές ομάδες προσπαθώντας να επιβιώσει σε ένα περιβάλλον όχι πολύ φιλικό και διαρκώς μεταβαλλόμενο. Όταν εξαντλούνταν οι πηγές ανεύρεσης της

τροφής του, μετακινείτε προς άλλες περιοχές. Έτσι έθεσε τις βάσεις της διατροφής του σημερινού ανθρώπου. Με την πάροδο των χρόνων (8.000 π.Χ.), ο άνθρωπος – τροφοσυλλέκτης άρχισε να αξιοποιεί τις γνώσεις του που είχε αποκτήσει γύρω από τα φυτά. Γύρω στο 4.000 π.Χ. ο άνθρωπος έφτιαξε και χρησιμοποίησε τα πρώτα γεωργικά εργαλεία από ξύλο ή κόκαλο όπως το δρεπάνι, που το ακόνιζε σε κοφτερές πέτρες. Αργότερα, την εποχή του Μετάλλου και γύρω στο 2.800 π.Χ., άρχισε η κατασκευή μεταλλικών εργαλείων, που αποτέλεσαν την προέκταση του ανθρώπου και του έδωσαν τη δυνατότητα να ελέγχει το περιβάλλον του. Οι μεγάλες εξερευνήσεις, κατά τον 14ο και 15ο αιώνα, είχαν ως αποτέλεσμα την εισαγωγή και ανταλλαγή διαφορετικών ειδών προϊόντων και φυσικά την επιρροή στον τρόπο διατροφής των λαών. Από την Παλαιολιθική εποχή, οι επινοήσεις, εφευρέσεις, ανακαλύψεις του ανθρώπου άλλαξαν, βελτίωσαν, εμπλούτισαν τη διατροφή του. Αλλά και άλλοι παράγοντες όπως η θρησκεία, το πολιτιστικό επίπεδο, τα ήθη και τα έθιμα, το περιβάλλον, το κλίμα διαμόρφωσαν και πολλές φορές καθόρισαν τις διατροφικές συνήθειες των λαών. Ο σύγχρονος άνθρωπος έχει αναπτύξει ολόκληρη επιστήμη, που αντικείμενό της είναι ο χειρισμός, η επεξεργασία, η μεταποίηση και η συντήρηση των τροφίμων γενικά. Είναι η επιστήμη της Τεχνολογίας Τροφίμων. Σήμερα η βιομηχανία τροφίμων βασίζεται στην επιστήμη αυτή και αποτελεί απαραίτητη συνέχεια της παραγωγής της πρώτης ύλης.^{24}

1.2 Διατροφικές διαταραχές

“ Ωχραν την θέλω και λευκήν ως νεκρική σινδονή ”. Με αυτούς τους στίχους περιέγραψε πριν από ένα αιώνα ο ρομαντικός ποιητής Αχιλλέας Παράσχος την τέλεια γυναίκα. Σήμερα δεν φαίνεται να άλλαξε και πολύ το πρότυπο της γυναικείας ομορφιάς. Οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής έχουν συγκεντρώσει μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Παρά την αυξανόμενη επιστημονική δραστηριότητα γύρω από το θέμα, πολλά ερωτήματα που αφορούν την αιτιολογία, την παθογένεια και την θεραπευτική αντιμετώπιση των ιδιότυπων αυτών συνδρόμων παραμένουν αναπάντητα. Πρόκειται για ψυχοπαθολογικά σύνδρομα που χαρακτηρίζονται από συμπεριφορά έντονα διαταραγμένη ως προς τον τρόπο χειρισμού της τροφής από τα άτομα που πάσχουν. Ζούμε σε μια εποχή όπου η εικόνα και το πώς μας βλέπουν οι φίλοι και οι συνάδελφοί μας φαίνεται να είναι κυρίαρχο στην καθημερινή μας ζωή. 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 αυτό πριν από 20 χρόνια. Πολλοί άνθρωποι έχουν λανθασμένη εντύπωση πως κάποιος με ψυχογενή διατροφική διαταραχή φαίνεται και συμπεριφέρεται.^{21}

Οι διατροφικές διαταραχές είναι πολύ περίπλοκες, παρά την επιστημονική έρευνα. Για να τις καταλάβουμε, οι βιολογικές συμπεριφορές των κοινωνικών

ερεισμάτων των εν λόγω ασθενειών παραμένουν αβέβαια. Παρά ότι οι (ΔΠΤ) ήταν γνωστές από μακρού, οι δύο περισσότερο γνωστές διαταραχές αυτού του τύπου είναι η Ψυχογενή Ανορεξία και η Ψυχογενή Βουλιμία όπου έχουν γίνει αντικείμενο προσοχής των ερευνητών μόνο κατά τη διάρκεια των τελευταίων 25 ετών. Τόσο η Ψυχογενή Ανορεξία όσο και η Ψυχογενή Βουλιμία προσβάλλουν κατά κανόνα άτομα εφηβικής ηλικίας και νεαρής ηλικίας και παρατηρούνται κατεξοχήν στις δυτικές πολιτισμικές κοινωνίες. Τα τελευταία χρόνια στην ίδια νοσολογική κατηγορία φαίνεται να συμπεριλαμβάνονται και οι δύο άλλες αποκλίσεις των συνηθειών διατροφής όπως η παχυσαρκία και η υπερφαγία.^{2}

1.3 Διατροφικές Διαταραχές στην Εφηβεία

Η εφηβική ηλικία κατέχει μια σημαντική θέση προβληματισμού στις μέρες μας. Προσδιορίζεται μεταξύ των 11 και 18 ετών. Η περίοδος αυτή είναι η γέφυρα μεταξύ της παιδικής και της ενήλικης ζωής. Η εφηβεία εμπεριέχει την ήβη. Η ήβη είναι η πιο χαρακτηριστική πλευρά της εφηβείας αλλά είναι μόνο το βιολογικό μέρος της και διαρκεί από 2 έως και 4 χρόνια. Η ήβη οδηγεί στην ολοκλήρωση της σωματικής ανάπτυξης και της σεξουαλικής ωρίμανσης. Κατά την εφηβική ηλικία, η αίσθηση της ανεξαρτησίας είναι αυξημένη και οι έφηβοι προσπαθούν να συμπεριφέρονται ως ενήλικες. Σημαντικές αλλαγές σε διάφορους τομείς συμβαίνουν τόσο στη σωματική και ψυχολογική ανάπτυξη όσο και στην κοινωνική τους συμπεριφορά. Αυτές οι μεταβολές δεν γίνονται όλες την ίδια χρονική στιγμή αλλά συμβαίνουν σε διαφορετικές χρονικές περιόδους και με διαφορετικό ρυθμό από έφηβο σε έφηβο.^{3}

Στις αλλαγές αυτές προσπαθεί να προσαρμοστεί τόσο ο έφηβος όσο και ο κοινωνικός του περίγυρος. Οι βιοσωματικές αλλαγές επηρεάζουν την διαμόρφωση και τη διαφοροποίηση της εικόνας που ο έφηβος έχει για τον εαυτό του αλλά και την εικόνα που οι άλλοι έχουν γι' αυτόν. Ο έφηβος διανύει την περίοδο αναζήτησης της δικής του ταυτότητας μέσα από δοκιμασίες δηλαδή προσπαθεί να αναγνωρίσει ποιος είναι, τι αξίζει και τι μπορεί να γίνει. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι παράγοντες κινδύνου της παιδικής ηλικίας όπως τα προβλήματα διατροφής, οι διαιτητικές συνήθειες και η αρνητική εικόνα του σώματος συγκρούονται με προκλήσεις τις οποίες αντιμετωπίζει ο έφηβος. Αυτές οι συγκρούσεις μπορεί να οδηγήσουν μερικές φορές στην υπερβολική άσκηση αυτοελέγχου όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες με αποτέλεσμα την εκδήλωση διαταραχών στη πρόσληψη τροφής όπως τη Ψυχογενή Ανορεξία, τη Ψυχογενή Βουλιμία, την υπερφαγία και την παχυσαρκία. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στην εφηβεία σε φυσικά αναπτυξιακά καθήκοντα όπως η μειωμένη συμμετοχή ατόμων στην εκπαίδευση, φτωχή ανάπτυξη της κοινωνικής τους ζωής και ο διαχωρισμός από την οικογένεια. Η μακροπρόθεσμη ανησυχία που υπάρχει στις διατροφικές διαταραχές είναι τα άτομα να εμφανίσουν κατάθλιψη, να οδηγηθούν σε απόπειρα αυτοκτονίας και να κάνουν κατάχρηση οινοπνευματώδη ποτών και ναρκωτικών ουσιών.^{26}

1.4 Κίνδυνοι των διατροφικών διαταραχών

Όλες οι διατροφικές διαταραχές είναι επικίνδυνες. Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι παρόλο που ένα άτομο μπορεί να πάσχει από ανορεξία ή βουλιμία η παχυσαρκία και η υπερφαγία, δεν είναι ασύνηθες να εμφανίζει συμπεριφορές από κάθε μια από τις 4 διαταραχές. Επίσης δεν είναι ασύνηθες μια διατροφική διαταραχή να δίνει τη θέση της σε μία άλλη όπως π.χ. ένα άτομο που υποφέρει από Ανορεξία να στρέφεται σε Βουλιμία και ένα άτομο που υποφέρει από βουλιμία να στρέφεται σε παχυσαρκία ή υπερφαγία. Γι' αυτό είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τους κινδύνους που ακολουθούν που είναι όλοι εξίσου σημαντικοί ανεξάρτητα από το είδος της διατροφικής διαταραχής που υπάρχει.

Προκαλείται:

- Υποσιτισμός λόγω της ελλιπής σίτισης ή της υπερφαγίας και προκαλεί σοβαρά προβλήματα υγείας όπως λοιμώξεις του αναπνευστικού, νεφρική ανεπάρκεια, τύφλωση, καρδιακή προσβολή ακόμη και θάνατο.
- Αφυδάτωση που προκαλείται από τη στέρηση ή την έλλειψη των προσλαμβανόμενων υγρών και προκαλεί ζαλάδες, αδυναμία, νεφρική ανεπάρκεια, καρδιακή ανεπάρκεια.

Οι κίνδυνοι των διατροφικών διαταραχών εμφανίζονται με την έλλειψη βιταμινών και μεταλλικών στοιχείων με αποτέλεσμα να υπάρχει:

- Μυϊκή ατροφία
- Αϋπνίες
- Χρόνια κόπωση
- Υπερδραστηριότητα
- Οίδημα στο πρόσωπο και στα μάγουλα
- Μελανιασμένα δάκτυλα λόγω της επαναλαμβανόμενης χρήσης των δακτύλων για την πρόκληση του εμετού
- Διάτρηση του οισοφάγου από τους συνεχής επαναλαμβανόμενους εμετούς
- Οισοφαγική παλινδρόμηση λόγω ότι ορισμένα στοιχεία που έχουν χωνευτεί στο στομάχι αναμιγμένα με οξύ και ένζυμα επιστρέφουν πίσω στον οισοφάγο
- Παλινδρόμηση και πολλές φορές μπορεί να γίνει αρκετά σοβαρή
- Καρκίνος του λαιμού και των φωνητικών χορδών εξαιτίας της παλινδρόμησης των οξέων
- Ξηρότητα του δέρματος και των μαλλιών, τριχόπτωση
- Μείωση της αρτηριακής πίεσης και υπόταση που προκαλείται από τη χαμηλή θερμοκρασία του σώματος και από την αφυδάτωση
- Αύξηση της αρτηριακής πίεσης ή υπέρταση και εμφανίζεται πιο συχνά στην παχυσαρκία
- Ανισορροπία στα επίπεδα σακχάρου στο αίμα

- Μείωση στα επίπεδα σακχάρου στο αίμα/ υπογλυκαιμία που οδηγεί σε διαβήτη, φράξιμο του ήπατος, προβλήματα ανοσοποιητικού συστήματος
- Διαβήτης λόγω της χαμηλής παραγωγής ινσουλίνης
- Έλλειψη σιδήρου με εμφάνιση αναιμίας σαν αποτέλεσμα την κόπωση, δύσπνοια, αύξηση των καρδιακών παλμών
- Λοιμώξεις στα νεφρά και νεφρική ανεπάρκεια όπου τα νεφρά καθαρίζουν το σώμα από τα δηλητήρια και ρυθμίζουν τη συγκέντρωση οξέων και διατηρούν την ισορροπία του νερού στο σώμα. Η έλλειψή του μπορεί να προκαλέσει αφυδάτωση, λοίμωξη.
- Οστεοπόρωση λόγω της έλλειψης ασβεστίου
- Αρθρίτιδα λόγω έλλειψης βιταμινών
- Αμηνόρροια δηλαδή απώλεια κύκλου έμμηνου ρύσης
- Δέρμα που μελανιάζει εύκολα λόγω έλλειψη βιταμινών
- Οδοντικά προβλήματα λόγω της έλλειψης βιταμίνης D και πιθανόν να οφείλεται και από την απώλεια άσκησης που αποκτούν τα δόντια από το μάσημα των τροφών.
- Κατάθλιψη
- Πεπτικά έλκη λόγω των φαρμάκων που παίρνουν και από τους προκαλούμενους εμέτους.
- Επιληπτικές κρίσεις λόγω αφυδάτωσης στην ανορεξία και τη βουλιμία
- Θάνατος^{13,11}

2.1 Ιστορική Αναδρομή της Ανορεξίας

Ο όρος ανορεξία nervosa μέχρι τα μέσα του 20^{ου} αιώνα ο όρος αλλά και η έννοια της ήταν σχεδόν άγνωστη. Πρωτοχρησιμοποιήθηκε από το Sir William Gull, ένα γιατρό στο νοσοκομείο Guy's του Λονδίνου σε άρθρο που δημοσίευσε το 1874, στο οποίο περιέγραφε τα ιστορικά 4 περιπτώσεων από τις οποίες η μία έχε καταλήξει στο θάνατο. Σχεδόν ταυτόχρονα ο καθηγητής της ιατρικής στο Παρίσι Ernest Laseque δημοσίευσε το 1873 το άρθρο 'Περί της υστερικής Ανορεξίας' όπου περιέγραφε 8 ασθενείς κυρίως νεαρές κοπέλες στις οποίες η έναρξη της νόσου είχε προκληθεί από κάποιο συγκινησιακό ερέθισμα. Οι κλινικές περιγραφές που έδωσε ήταν παρόμοιες με αυτές του Gull και τόνισε την ικανοποίηση των ιδίων των ασθενών του με τη κατάσταση τους παρά την ανησυχία και τις απειλές των μελών της οικογένειάς του.^{2}

Και οι δύο γιατροί είχαν παρατηρήσει πως η νόσος αυτή παρουσιαζόταν συχνότερα σε άτομα τα οποία προέρχονταν από τις πιο εύπορες κοινωνικές τάξεις. Το γεγονός αυτό οδήγησε τον Laseque (Γάλλος ψυχίατρος) στη διατύπωση της υπόθεσης πως η ελλιπής γονεϊκή συναισθηματική στήριξη σχετίζεται με την εκδήλωση της διαταραχής αυτής. Επικράτησε επίσης η άποψη πως οι συγκρούσεις των γονέων με τα παιδιά τους είναι πιθανόν να οδηγούν μερικές φορές κάποια κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβεία , στην

άρνηση της τροφής, ως μια μορφή έκφρασης του συναισθήματος της απόρριψης το οποίο βιώνουν. Γι' αυτό, στις αρχές του περασμένου αιώνα, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας προτεινόταν η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια του σε συνδυασμό με την επιβολή της υποχρεωτικής σίτισης του παιδιού με οποιονδήποτε τρόπο. Ο Simmonds το 1914 αποκαλύπτει μια μορφή γενικευμένη εξασθένηση του οργανισμού, την πανυποφυσιακή καχεξία η οποία οφείλεται σε νέκρωση του αδένου της υπόφυσης. Έτσι μετά από αυτό οι ενδοκρινολόγοι θεωρούν ότι η διανοητική ανορεξία οφείλεται σε ολική ανεπάρκεια του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης και επομένως η ψυχογενής ανορεξία που επικράτησε στην Ευρώπη και όχι στην Αμερική όπου αναφέρεται ακόμα ως *anorexia nervosa*. Τέλος αξίζει να αναφέρουμε ότι η ανορεξία απασχόλησε την εκκλησιαστική κοινότητα με αποτέλεσμα την περίοδο του Μεσαίωνα να εκδηλωθεί στη Δύση μια επιδημία ανορεξίας η οποία προκλήθηκε από τις εκτεταμένες θρησκευτικές νηστείες που απέβλεπαν στην εξάλειψη, καθυπόταξη και εξαγνισμό των σωματικών παθών.^{4}

2.2 Ορισμός της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Η Ψυχογενής Ανορεξία αποτελεί αναμφισβήτητα μια από τις πιο σοβαρές και συνάμα τις πιο ενδιαφέρουσες ψυχιατρικές διαταραχές. Ίσως επειδή σε σημαντικό βαθμό εξακολουθεί να συνιστά πρόκληση της εποχής μας. Πρόκληση όχι μόνον θεραπευτική, που αφορά στους κλινικούς και τους εργαζομένους στην ψυχική υγεία, ούτε μόνο ερευνητική, για όσους ειδικούς προσπαθούν να προσδιορίσουν τον ακριβή ρόλο των ποικίλων αλληλοδιαπλεκόμενων παραγόντων που σχετίζονται με τη παθογένεση της πολύπλοκης αυτής διαταραχής. Αποτελεί πρόκληση και για το πλατύ κοινό, που προβληματίζει ή ακόμα και σοκάρεται από τις όλο και συχνότερες σχετικές δημοσιεύσεις και εκπομπές στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ειδικά όταν αναφέρονται σε περιστατικά θανάτων νεαρών κοριτσιών ή σε προσβεβλημένες από τη διαταραχή διάσημες νεαρές γυναίκες.^{13}

Οι επιστήμονες της έδωσαν τον ορισμό της ακραίας διατροφικής διαταραχής και την κατέταξαν στην κατηγορία των ψυχιατρικών προβλημάτων, αφού συχνά συνδέεται με συναισθηματικά προβλήματα. Είναι απλά θέμα μιμητισμού και επιρροής ή συγκεκριμένη πάθηση; Φυσικά και όχι.^{7}

Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ. 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 της παχυσαρκίας. 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. Τυπικά αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της εφηβείας και κυρίως προσβάλλει κορίτσια. Παρατηρείται συχνότερα σε μοντέλα καθώς και σε αθλήτριες αθλημάτων με έμφαση στο βάρος και το σχήμα του σώματος όπως γυμνάστριες. Η Ψυχογενής Ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνον αργά στην πορεία της νόσου. Τα άτομα με τη διαταραχή αυτή λένε ότι νιώθουν <<παχιά>> όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή ακόμα κι όταν έχουν απισχανθεί και αυτό γιατί ή απώλεια του βάρους δεν καθησυχάζει το φόβο τους της παχυσαρκίας. Η Ψυχογενής Ανορεξία σε καμιά περίπτωση δεν αποτελεί μια ηλίθια εμμονή για αδυνάτισμα ή μια πλεημένη προσπάθεια για λεπτότητα και ομορφιά αλλά αποτελεί μια απεγνωσμένη προσπάθεια του ατόμου για ψυχολογική επιβίωση. Είναι μια σοβαρή δυνητική θανατηφόρος κατάσταση που χαρακτηρίζεται από διαταραγμένη εικόνα του σώματος και εβολή στον εαυτό αυστηρών διαιτητικών περιορισμών που συνήθως οδηγούν σε σοβαρού υποσιτισμού. Οι ασθενείς χάνουν βάρος μειώνοντας δραστικά τη συνολική πρόσληψη τροφής ξεκινώντας αυστηρά προγράμματα άσκησης ή εμφανίζοντας τακτικά επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούνται από τη λήψη καθαρτικών ουσιών. Το ποσοστό θνητότητας ανέρχεται στο 5% με 18% των ασθενών.^{19}



ΕΙΚΟΝΑ 1 : Γυναίκα σε τελικό στάδιο Ψυχογενούς Ανορεξίας

2.3 Τύποι της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Η Ψυχογενή Ανορεξία εκδηλώνεται με 2 τρόπους στο άτομο. Υπάρχει η κατηγορία των ατόμων που αρνούνται την τροφή διότι πραγματικά η όρεξη έχει έκλειψη πια. Όμως άλλες ανορεκτικές γυναίκες νιώθουν την επιθυμία να τραφούν όποτε χάνεται ο έλεγχος της τροφής και ξεκινά η χρήση καθαρτικών ή ο προκλητός εμετός ύστερα από κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής. Σύμφωνα με το DSM-IV διακρίνει δύο τύπους Ψυχογενούς Ανορεξίας ανάλογα με τον τρόπο στον οποίο καταφεύγει το άτομο προκειμένου να περιορίσει τη λήψη θερμίδων. Αυτή η διάκριση γίνεται περισσότερο για τη διαφοροποίηση της πιθανής αιτιολογίας της Ανορεξίας και κατ' επέκταση της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Στην περίπτωση του περιοριστικού τύπου (restricting type) το άτομο καταφεύγει σε δίαιτα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση. Στην περίπτωση όπου έχουμε υπερφαγία/ καθαρτικό τύπο (binge-eating/purging type) κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει σε συμπεριφορά κάθαρσης δηλαδή αυτοπροσκαλούμενους εμέτους, ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλύσμων). Σε αυτές τις περιπτώσεις το άτομο καταναλώνει συνήθως σχετικά μικρές ποσότητες τροφής αλλά καταφεύγει σταθερά σε συμπεριφορά κάθαρσης. Ο τύπος αυτός παρουσιάζεται περίπου στις μισές περιπτώσεις της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Τα άτομα τα οποία παρουσιάζουν το δεύτερο τύπο της Ψυχογενούς Ανορεξίας τείνουν να έχουν συχνότερα οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας και συναισθηματικά προβλήματα. Αντίθετα τα άτομα με περιοριστικό τύπου Ανορεξίας είναι συνήθως άτομα που χαρακτηρίζονται από εμμονές, ανελαστική συμπεριφορά και υπερβολικό αυτοέλεγχο.^[4]

2.4 Διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR για τη Ψυχογενή Ανορεξία

Το Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) ‘‘Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών’’. Το χρησιμοποιούσαν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αυτό όταν ασχολούνταν με ασθενείς προκειμένου να κατανοήσουν την ασθένεια τους και τις δυνατότητες θεραπείας καθώς και τις ανάγκες των ασθενών. Η διάγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας μπορεί να είναι δύσκολη επειδή πολλοί συνήθεις κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες προάγουν και διατηρούν τη συμπεριφορά της ανορεξίας. Η διάγνωση βασίζεται στην αναγνώριση των κοινών χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς και στον αποκλεισμό των παθολογικών διαταραχών, οι οποίες μπορεί να είναι υπεύθυνες για την απώλεια βάρους. Έναρξη των φαινομένων Ψυχογενή Ανορεξία παρουσιάζεται συνήθως στις ηλικίας μεταξύ 10 και 30 ετών. Ασθενείς εκτός του ηλικιακού αυτού φάσματος δεν αποτελούν τυπικές περιπτώσεις και επομένως οι διαγνώσεις που τους αφορούν θα πρέπει να αμφισβητούνται. Μετά την ηλικία των 13 ετών, η εμφάνιση της διαταραχής πληθαίνει απότομα, με μεγαλύτερη συχνότητα στις ηλικίες 17 και 18 ετών. Στο 85% περίπου όλων των ασθενών με Ψυχογενή

Ανορεξία η ηλικία έναρξης της νόσου κυμαίνεται μεταξύ 13 και 20 ετών. Μερικοί ανορεκτικοί έτρωγαν επιλεκτικά ή είχαν δυσπεπτικά προβλήματα, πριν ακόμη από την ηλικία των 10 ετών. Τα πρώτα διαγνωστικά κριτήρια για τη Ψυχογενή Ανορεξία προτάθηκαν από τον Russell το 1970 και περιλάμβαναν μια συμπεριφορική παράμετρο (την προσπάθεια απώλεια βάρους), ένα ψυχοπαθολογικό χαρακτηριστικό (τον επίμονο φόβο για την πιθανότητα αύξησης του βάρους) και μια ενδοκρινή διαταραχή (την αμηνόρροια). Τα κριτήρια αυτά ενσωματώθηκαν σε μικρές διαφοροποιήσεις στα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα δηλαδή το DSM-IV και ICD-10. Η βασική διαφορά μεταξύ των δύο ταξινομικών συστημάτων είναι ότι το DSM-IV προτείνει δύο υποκατηγορίες της Ψυχογενούς Ανορεξίας τον περιοριστικό τύπο και τον καθαρτικό/υπερφαγικό τύπο.^{8}

Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για τη Ψυχογενή Ανορεξία είναι:

1. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο, του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του π.χ.(απώλεια βάρους που έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση του βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή η αποτυχία να έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης, οδηγώντας σε βάρος σώματος λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου)
2. Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα γίνει παχύ, ακόμα και όταν αυτό είναι κάτω από το κανονικό.
3. Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα, υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτό-αξιολόγηση ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού σωματικού βάρους.
4. Σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων (μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοι της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων)

Διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας κατά ICD-10

International Classification of Diseases (ICD-10) “Διεθνής ταξινόμηση των Νόσων”. Χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση νοσημάτων και άλλων προβλημάτων υγείας που καταγράφονται σε πολλά είδη της υγείας.

1. Το σωματικό βάρος παραμένει τουλάχιστον 15% κάτω από το αναμενόμενο (είτε λόγω απώλειας είτε επειδή ποτέ δεν επιτεύχθηκε) ή ο δείκτης της σωματικής μάζας κατά Quetelet είναι 17,5 ή λιγότερο. Σε ασθενείς

προεφηβικής ηλικίας μπορεί να παρατηρηθεί αδυναμία επίτευξης της προσδοκώμενης για την ηλικία αύξησης του σωματικού βάρους.

2. Η απώλεια βάρους αυτοπροκαλείται με την αποφυγή “παχυντικών τροφών”. Είναι δυνατόν επίσης να υπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα επόμενα:

- Αυτοπροκαλούμενοι εμέτοι
- Αυτοπροκαλούμενες κενώσεις με καθαρτικές ουσίες
- Υπερβολική σωματική άσκηση
- Χρήση φαρμάκων κατασταλτικών της όρεξης ή και διουρητικών

3. Υπάρχει παραμόρφωση της εικόνας του σωματικού Εγώ υπό την μορφή ειδικής ψυχοπαθολογίας, κατά την οποία φόβος του πάχους επιδιάρκει ως παρέμβλητη, υπεραξιολογούμενη ιδέα και ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του χαμηλό επίπεδο σωματικού βάρους.

4.Υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινή διαταραχή του υποθάλαμο-υποφύσιο-γοναδικού άξονα, εκδηλούμενη στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της στυτικής ικανότητας (προφανή εξαίρεση αποτελεί η επίμονη κοιλιακή αιμορραγία σε ανορεκτικές γυναίκες, οι οποίες λαμβάνουν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης, υπό μορφή αντισυλληπτικού χαπιού). Δυνατόν επίσης να υπάρχουν αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης και κορτιζόνης, μεταβολές στον περιφερικό μεταβολισμό των θυροειδικών ορμονών και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης.

5. Εάν η έναρξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας τοποθετείται στην προεφηβική ηλικία, η διαδοχή των διαφόρων γεγονότων της ήβης καθυστερεί ή αναστέλλεται (η ανάπτυξη του ατόμου σταματά, στα κορίτσια οι μαστοί δεν αναπτύσσονται και υπάρχει πρωτογενής αμηνόρροια, ενώ στα αγόρια τα γεννητικά όργανα παραμένουν παιδικά). Με την ανάρρωση συχνά η ήβη συμπληρώνεται φυσιολογικά, αλλά η εμμηναρχή καθυστερεί.^{13}

Ο σημαντικός προβληματισμός που έχει διατυπωθεί για τα ανωτέρω διαγνωστικά κριτήρια είναι ότι η εφαρμογή τους είναι ιδιαίτερα περιοριστική. Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι ο μεγάλος αριθμός ασθενών διαγιγνώσκεται ότι πάσχει από άτυπη ή μη αλλιώς καθοριζόμενη, σύμφωνα με το DSM-IV διαταραχή πρόσληψης τροφής, είτε γιατί το βάρος τους δεν είναι κάτω από το 85% του κανονικού, είτε γιατί έχουν έμμηνο ρύση, είτε ακόμη γιατί ο φόβος για πιθανή αύξηση βάρους δεν είναι ιδιαίτερα ισχυρός. Μάλιστα, ορισμένες μελέτες έδειξαν ότι έως και 60% των περιπτώσεων διαταραχής πρόσληψης τροφής χαρακτηρίστηκαν ως άτυπες, ενώ το 40% αυτών των περιπτώσεων θα μπορούσε να διαγνωστεί ως Ψυχογενή Ανορεξία ή Βουλιμία αν τα κριτήρια δεν ήταν τόσο πολύ περιοριστικά. Το ενδιαφέρον είναι ότι αυτές οι άτυπες ή υποοδικές περιπτώσεις δεν φαίνεται να διαφέρουν σε επίπεδο ανορεκτικής συμπτωματολογίας, συννοσηρότητας, πρόγνωσης ή απάντησης στη θεραπεία από τις “τυπικές” περιπτώσεις ανορεξίας. Το παραπάνω εύρημα έχει

προκαλέσει έντονο προβληματισμό για τα ποια θα είναι τα καταλληλότερα κριτήρια για τη διάγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας.^{8}

2.5 Διαφορική Διάγνωση

Τη διάγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας καθιστά ιδιαίτερα δυσχερή η άρνηση του ασθενούς να συζητήσει για τα συμπτώματα, η μυστικότητα της γύρω από τις τελετουργίες στη συμπεριφορά φαγητού και η γενικότερη αντίστασή της. Μπορεί επομένως να αντιμετωπισθεί δύσκολος ο προσδιορισμός του μηχανισμού, η απώλεια βάρους και η εκμείευση από τον ασθενή των σκέψεων που αφορούν τις διαταραχές στην εικόνα του σώματος. Όσο πιο άτυπα είναι τα χαρακτηριστικά της απώλειας βάρους π.χ. έναρξη της διαταραχής μετά από τα 40 τόσο η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να συμπεριλάβει γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως γαστρεντερικές νόσους, όγκους του εγκεφάλου, άλλους ‘κρυφούς κακοήθεις όγκους, Aids, ενδοκρinoπάθειες π.χ. υπερθυρεοειδισμός κ.α. Απώλεια βάρους και ασυνήθιστες συμπεριφορές φαγητού καθώς και έμετοι μπορεί να συμβαίνουν και στα πλαίσια άλλων ψυχικών διαταραχών. Οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν ορισμένα συμπτώματα κοινά με τη Ψυχογενή Ανορεξία, όπως καταθλιπτικό συναίσθημα, κλάματα, διαταραχή του ύπνου, σκέψεις αυτοκτονίας. Ωστόσο, στην κατάθλιψη εφόσον υπάρχει απώλεια βάρους, συνυπάρχει σοβαρή διαταραχή της όρεξης, ενώ η ανορεκτική ασθενής ισχυρίζεται ότι έχει φυσιολογική όρεξη και ότι αισθάνεται την πείνα. Η ανησυχία που συνοδεύει την κατάθλιψη είναι διαφορετική από την υπερκινητικότητα της ανορεκτικής ασθενούς, η οποία είναι σκόπιμη και έχει τελετουργικό χαρακτήρα. Η ενασχόληση με τις θερμίδες, τη σύνθεση των τροφών, τις συνταγές και την Παρασκευή γευμάτων δεν παρουσιάζεται στην κατάθλιψη ούτε βέβαια ο φόβος του πάχους και δεν υπάρχει άρνηση της απώλειας βάρους. Οι παραληρητικές ιδέες που σχετίζονται με το φαγητό στη σχιζοφρένεια σπάνια αφορούν τη θερμιδική σύσταση των τροφών. Μια σχιζοφρενής ασθενής σπάνια θα υπεραπασχολείται με το φόβο του πάχους και δεν εμφανίζει τη χαρακτηριστική υπερκινητικότητα της ανορεκτικής ασθενούς. Τέλος η Ψυχογενή Ανορεξία πρέπει να διακρίνεται από τη Ψυχογενή Βουλιμία. Εδώ τα επεισόδια υπερφαγίας συνοδεύονται από καταθλιπτικό συναίσθημα, σκέψεις αυτουποτίμησης και αισθήματα ντροπής, ενώ συνήθως το βάρος της ασθενούς διατηρείται σχετικά κοντά στο φυσιολογικό φθάνοντας πολύ σπάνια σε απώλεια μεγαλύτερη από 15% του αναμενόμενου.^{2,20}

2.6 Αιτιολογικοί παράγοντες

Οι δραματικές συνέπειες των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής, τόσο σε βιολογικό όσο και ψυχολογικό επίπεδο, τροφοδότησαν το ενδιαφέρον των ειδικών για τη διατύπωση πολλών θεωρητικών μοντέλων, τα οποία επιχειρούν την ερμηνεία τους. Παρόλα αυτά όμως δεν στάθηκε δυνατό μέχρι σήμερα να

απομονωθεί κάποιος παράγοντας ο οποίος να θεωρηθεί ως η βασική αιτία κάποιας από τις διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, καθώς ήταν δύσκολο να διευκρινιστεί αν οι παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με τις διαταραχές αυτές αποτελούν τα αίτια ή τις συνέπειές τους. Αν αναζητήσει κανείς τα αίτια της εμφάνισης της Ψυχογενούς Ανορεξίας, σίγουρα θα μπορέσει να καταλήξει σε ένα μόνο παράγοντα. Στον παράγοντα της κληρονομικότητας από την οικογένεια λόγω της μίμησης προτύπου ή το άγχος που βιώνει καθημερινά μέσα από την οικογένεια, ή το άγχος που βιώνει καθημερινά που δεν έχει καλή αυτοεκτίμηση και που προσπαθεί να είναι τέλειο σε ότι κάνει. Όμως δεν φταίει μόνο η οικογένεια για την κατάληξη των παιδιών στη Ψυχογενή Ανορεξία. Η εφηβεία ως περίοδος μετάβασης από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση, με όλες τις ψυχοκοινωνικές και βιολογικές αλλαγές που το άτομο βιώνει συμβάλλουν διάφοροι παράγοντες. Σε κάθε περίπτωση, η προσπάθεια διερεύνησης της αιτιολογίας των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής πρέπει να συνεκτιμά την επίδραση τριών ομάδων παραγόντων : τους βιολογικούς, τους ψυχολογικούς παράγοντες και τους κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες. Όλοι γνωρίζουμε την πολιτισμική έμφαση που αποδίδεται στα πρότυπα που αφορούν το λεπτό σώμα, τον αυτοέλεγχο και την άσκηση. Αυτά δημιουργούν το ελκυστικό μοντέλο ατόμου σε όλους τους ανθρώπους και ιδιαίτερα στις γυναίκες.^{9}

Πληθυσμιακές μελέτες έδειξαν πως η Ψυχογενή Ανορεξία είναι περίπου 3,6 φορές συχνότερη σε άτομα που γεννήθηκαν πρόωρα, ειδικά αν ήταν μικρόσωμα για την εβδομάδα γέννησης τους. Μια εξήγηση που έχει δοθεί γι' αυτό είναι ότι οι μητέρες που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία ή άτυπη διαταραχή διατροφής, που χαρακτηρίζεται από περιορισμό στην πρόσληψη τροφής, δεν μπορούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης να σιτίσουν επαρκώς, με αποτέλεσμα τα νεογνά να είναι πρόωρα και ελλιποβαρή. Είναι επίσης πιθανόν παιδιά που λόγω της προωρότητας έχουν υποστεί ήπιες εγκεφαλικές βλάβες να εμφανίζουν δυσκολίες στην πρόσληψη της τροφής κατά την παιδική ηλικία. Οι δυσκολίες αυτές έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση Ψυχογενή Ανορεξία μετά την εφηβεία. Το 33 – 84% στα αιτιολογίας της Ψυχογενούς Ανορεξίας μπορεί να αποδοθεί σε κληρονομικούς παράγοντες και έχει βρεθεί πως συγγενείς ατόμων με Ψυχογενή Ανορεξία και Βουλιμία και ιδιαίτερα οι γυναίκες έχουν τέσσερις έως πέντε φορές περισσότερες πιθανότητες από τον υπόλοιπο πληθυσμό να παρουσιάσουν κάποια διαταραχή στην πρόσληψη τροφής. Σε περιπτώσεις μονοζυγωτικών δίδυμων όπου το ένα παρουσιάζει διαταραχές διατροφής, η πιθανότητα να παρουσιάζει και το άλλο κυμαίνεται από 30% έως και 50%, ενώ στα διζυγωτικά η πιθανότητα αυτή δεν ξεπερνά τα 10%. Ο Hsu, υποστηρίζει πως ορισμένα άτομα έχουν κάποια βιολογική προδιάθεση, η οποία αλληλεπιδρά με παράγοντες κοινωνικούς και ψυχολογικούς και έτσι αυξάνεται η πιθανότητα εκδήλωσης διαταραχών στην πρόσληψη τροφής. Η αιτιολογία όμως των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής ίσως γίνει καλύτερα κατανοητή αν μπορέσουμε να διερευνήσουμε τα κίνητρα του κοριτσιού, το οποίο υποβάλλει τον εαυτό του σε μια οδυνηρή και επικίνδυνη διαδικασία ανατρέποντας τους

ρυθμούς του οργανισμού του προκειμένου να καταφέρει να έχει «ιδανικό» βάρος.^{13}

Το «ιδανικό» σωματικό βάρος, όπως αυτό συχνά προβάλλεται στην κοινωνία μας με διάφορους τρόπους, είναι πολλές φορές κατώτερο από το φυσιολογικό. Έχει διαπιστωθεί πως οι επιθυμητές αναλογίες σώματος, όπως αυτές που διαθέτουν μοντέλα, καλλονές ή ακόμα και κούκλες, όπως είναι γνωστές Barbie και Ken, είναι κάτω από τα όρια φυσιολογικού. Γι αυτό λοιπόν εάν τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν ως πρότυπα αυτά τα μοντέλα, τότε είναι πιθανό να βιώνουν το αίσθημα του ανικανοποίητου σχετικά με τη δική τους σωματική εικόνα και να προσπαθούν με κάθε τρόπο να την αλλάξουν για να πλησιάσουν αυτή των πρότυπων τους. Η Hilda Brunch διατύπωσε την υπόθεση πως η ανορεξία σχετίζεται με την προσπάθεια του ατόμου για τη διεκδίκηση της αυτονομίας του. Η Brunch συσχέτισε αυτή την προσπάθεια με την αποτυχία του γονέα να αναγνωρίσει την ανάγκη του παιδιού του για την αυτονομία και να ενθαρρύνει την εκδήλωσή της. Ο Arthur Crisp εκτιμά πως η Ψυχογενής Ανορεξία αποτελεί μια από τις μορφές της αποτρεπτικής φοβικής διαταραχής, όπου το αντικείμενο της φοβίας είναι το κανονικό σώμα του ενήλικα με το ανάλογο βάρος και σχήμα. Γι' αυτό λοιπόν, η έφηβος η οποία διαπιστώνει πως το σώμα της μοιάζει όλο και περισσότερο με αυτό του ενήλικα, στην προσπάθεια της να αποτρέψει την ανάπτυξη επιχειρεί να διατηρήσει το σώμα της όπως ήταν νωρίτερα. Τόσο αυτό το θεωρητικό μοντέλο όσο και αυτό της Hilda Brunch έχουν επηρεάσει σημαντικά τις θεραπευτικές προσεγγίσεις της Ψυχογενούς Ανορεξίας.^{2}

2.7 Κλινική εικόνα

Αν και η ονομασία “Ανορεξία” παραπέμπει σε απουσία ή μείωση της όρεξης, στην πραγματικότητα η ασθενής μειώνει εκούσια την πρόσληψη τροφής παρόλο που υπάρχει το αίσθημα της πείνας. Η μείωση ή ακόμα και η ολική απώλεια της όρεξης εμφανίζεται συνήθως στα περισσότερα προχωρημένα στάδια του υποσιτισμού. Η ιστορία του κάθε κοριτσιού που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία είναι σίγουρα διαφορετική και μοναδική, ορισμένες όμως από τις συμπεριφορές και κάποιες παραλλαγές τους φαίνεται να εμφανίζονται στο μεγαλύτερο μέρος των ανορεκτικών ασθενών.^{13}

Οι περισσότεροι συχνές κλινικές εκδηλώσεις της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι οι ακόλουθες. Το άτομο κυριαρχείται από τη διάθεση άρνησης για λήψη φαγητού για να παίρνει τις θρεπτικές ουσίες προκειμένου να μην πάρει βάρος, παρά το γεγονός ότι το σωματικό του βάρος κυμαίνεται κάτω από τα κατώτερα όρια του φυσιολογικού για την ηλικία και μάλιστα σε τέτοιο βαθμό που πολλές φορές είναι αντιαισθητικό για τους άλλους, το φύλο και το ύψος του δηλαδή το βάρος του βρίσκεται κάτω από το 85% του φυσιολογικού ή ο Δείκτης Σωματικής Μάζας είναι κάτω από το 1.75. Η ψυχική υγεία αλλά και η

σωματική υγεία επηρεάζεται σωματικά από τη ψυχογενή ανορεξία. Παρά το γεγονός ότι το σωματικό του βάρος είναι κάτω από τα όρια του φυσιολογικού του, το άτομο διακατέχεται από έντονο φόβο ότι θα πάρει βάρος και φοβάται για την εμφάνισή του. Έτσι, λοιπόν βρίσκεται συνεχώς στην προσπάθεια να χάσει περισσότερο βάρος. Το άτομο έχει διαταραγμένη εικόνα για το σώμα του και δίνει υπέρμετρη έμφαση στην επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος του στην αυτοαξιολόγηση, ενώ έχει ανεπαρκή βάρος νομίζει ότι έχει περισσότερο. Επίσης, στις περιπτώσεις των γυναικών υπάρχουν συχνά διαταραχές στον εμμηνορρυσιακό κύκλο για τουλάχιστον 3 μήνες ως αποτέλεσμα της υπερβολικής μείωσης του σωματικού τους βάρους. Υπάρχει η έντονη ενασχόληση με τη σωματική άσκηση πέρα του φυσιολογικού ορίου, υποφέρουν από άγχος σε διάφορα θέματα με αποτέλεσμα να προκαλείται η απουσία, και η δυσκολία στον ύπνο. Μπορεί να εμφανιστεί ανάπτυξη της τριχοφυΐας στον αυχένα, στην πλάτη και στο πρόσωπο. Δυσκολία στην συγκέντρωση καθώς εξαντλούνται και έχουν συνεχή αδυναμία. Συνήθως διαμαρτύρονται για πόνο στο στομάχι και στα οστά.^{4}

Συχνές ακόμα είναι άλλες περίεργες συμπεριφορές σε σχέση με το φαγητό, όπως π.χ.. κρύβουν τροφές σε διάφορα σημεία του σπιτιού, σε τσέπες ή τσάντες, κατά τη διάρκεια του γεύματος πετούν μέρος της τροφής τους όπου μπορέσουν, κόβουν την τροφή τους σε μικρά κομματάκια και καθυστερούν υπερβολικά να ολοκληρώσουν το γεύμα τους. Αν ρωτηθούν γι' αυτές τις περίεργες συμπεριφορές, αρνούνται ότι είναι ασυνήθιστες ή αρνούνται κάθε συζήτηση γι' αυτό το θέμα. Ο υπερβολικός φόβος αύξησης του βάρους υπάρχει σε όλες τις ασθενείς και καθορίζει την έλλειψη ενδιαφέροντος ή ακόμα και την αντίσταση σε όποια θεραπευτική παρέμβαση. Συχνά περιγράφονται ιδεοψυχαναγκαστικές συμπεριφορές, κατάθλιψη και άγχος στην ψυχιατρική συμπτωματολογία αυτών των ασθενειών, οι οποίες είναι κατά κανόνα δύσκαμπτες και τελειοθηρικές. Συχνά υπάρχουν σωματικά ενοχλήματα, ιδιαίτερα επιγαστρική δυσφορία. Κάποιες φορές μπορεί να εμφανίζονται καταναγκαστικές κλοπές (κλεπτομανία), συνήθως γλυκών ή υπακτικών ή σπανιότερα άλλων αντικειμένων. Συνήθως, στα πλαίσια της διαταραχής υπάρχει κακή σεξουαλική προσαρμογή, που εκδηλώνεται στις έφηβες με καθυστέρηση στην ψυχοκοινωνική σεξουαλική ανάπτυξη ή στους ενήλικες με μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον. Οι ασθενείς συνήθως φθάνουν στο γιατρό όταν η απώλεια του βάρους έχει καταστεί ιδιαίτερα εμφανής. Συχνά συμπτώματα και φυσικά σημεία σε αυτή τη κατάσταση είναι η υποθερμία, η βραδυκαρδία, η υπόταση, το οίδημα στάσεως, η εμφάνιση lanugo (χνούδι που μοιάζει με αυτό του νεογνού) και ποικιλία μεταβολικών διαταραχών. Μερικές ανορεκτικές ασθενείς φθάνουν στο γιατρό για την εμμηνορροια, η οποία μερικές φορές εγκαθίσταται πριν από την εμφάνιση αξιοσημείωτης απώλειας βάρους. Οι ασθενείς που προκαλούν εμέτους ή κάνουν κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών, εμφανίζουν συχνά υποκαλιαιμία. Οι συνηθέστερες ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις είναι η ταπεινωση ή αναστροφή των T, η κατάσπαση του ST ή η επιμήκυνση του QT διαστήματος και οφείλονται στο σοβαρό υποσιτισμό. Σοβαρότερες

ηλεκτροκαδιογραφικές αλλοιώσεις, που οφείλονται σε βαρεία υποκαλιαμία, μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο. Άλλη σπάνια αλλά επικίνδυνη επιπλοκή είναι η οξεία γαστρική διάταση. Η διαταραχή αυτή εμφανίζεται πολύ συχνή συννοσηρότητα με μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές ή δυσθυμία σε ποσοστό που φθάνει και το 50% των ασθενών. Επομένως υπάρχει υψηλός κίνδυνος αυτοκτονικής συμπεριφοράς, που ωστόσο είναι συχνότερος στο υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο της διαταραχής. Λόγω των χημικών αλλαγών στις λειτουργίες του εγκεφάλου το άτομο στις πλείστες περιπτώσεις δεν είναι σε θέση να βοηθήσει τον εαυτό του από μόνο του, αδυνατεί να πάρει διατροφικές αποφάσεις και το αίσθημα της πείνας είναι σχεδόν ανύπαρκτο. Καθώς προχωρά ο υποσιτισμός προκαλεί βλάβες σε όργανα ζωτικής σημασίας όπως στην καρδιά και τον εγκέφαλο, μειωμένη πίεση, αρρυθμίες, αναπνευστικά προβλήματα, φθορά στα οστά και σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις το θάνατο.^{2}

2.8 Επιδημιολογία

Παρά το γεγονός της έλλειψης επαρκών στοιχείων από επιδημιολογικές έρευνες για τη Ψυχογενή Ανορεξία φαίνεται πως τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει αλματώδη αύξηση η διαταραχή αυτή. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην ανάπτυξη και εφαρμογή συγχρόνων και αξιόπιστων κλινικών κριτηρίων στην μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση των κλινικών προς την ανίχνευση και διάγνωση της διαταραχής αλλά και στην αντικειμενική αύξηση των νέων περιστατικών. Η Ψυχογενή Ανορεξία μπορεί πλήττει κατά πλειοψηφία τις γυναίκες αφού περίπου 12 – 22 στις 1000 γυναίκες θα νοσήσουν από Ψυχογενή Ανορεξία κάποια στιγμή στη ζωή τους χωρίς όμως να εξαιρούνται και οι περιπτώσεις στον αντρικό πληθυσμό αφού το ποσοστό είναι γύρω στο 0,3% δηλαδή σε 1000 άνδρες μόνο 3 θα νοσήσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους από Ψυχογενή Ανορεξία. Η επίπτωση σημείου για νέες γυναίκες έχει υπολογιστεί ότι κυμαίνεται περί το 0.3% για τη Ψυχογενή Ανορεξία και είναι ελαφρώς μεγαλύτερη για τις υπο – ουδικές περιπτώσεις (0,37 – 1,3%). Το παραπάνω σημαίνει ότι αν μετρούσαμε τις περιπτώσεις της Ψυχογενούς Ανορεξίας σε μια δεδομένη χρονική στιγμή, θα βρίσκαμε ότι σε 1000 γυναίκες οι 3 πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία και 4 – 13 από κάποια άτυπη μορφή της. Υπολογίζεται ότι κάθε έτος σε 100.000 άτομα στο γενικό πληθυσμό, περίπου 8,3 θα νοσήσουν για πρώτη φορά από Ψυχογενή Ανορεξία. Το παραπάνω ποσοστό αυξάνεται δραματικά αν η έρευνα περιοριστεί σε άτομα που βρίσκονται στην εφηβεία ή στην πρώτη νεανική ηλικία. Δηλαδή, ενώ η Ψυχογενή Ανορεξία φαίνεται να αποτελεί σπάνια πάθηση στο γενικό πληθυσμό, είναι πολύ συχνότερη στην πληθυσμιακή ομάδα των νέων και εφήβων κοριτσιών (15-19 ετών), όπου κάθε χρόνο μπορεί να εμφανίζονται έως και 270 νέες περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας ανά 100.000 κορίτσια. Η συνηθέστερη ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας πρωτοεμφανίζεται μεταξύ 16-18 ετών αν και ένα ποσοστό ανορεκτικών εμφανίζουν την έναρξη της νόσου μετά τα 20 έτη. Μελετώνται επίσης σπάνιες περιπτώσεις γυναικών όπου η ψυχογενή ανορεξία

εμφανίστηκε σε προχωρημένη ηλικία, καθώς και σε περιπτώσεις εμφάνισης της σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας. Ένα επίσης ανησυχητικό εύρημα είναι πως έχουν αρχίσει να αναφέρονται αυξανόμενα περιστατικά Ψυχογενούς Ανορεξίας σε ηλικίες 8-13 ετών γεγονός που έχει καταγραφεί από το 1992 από τους ερευνητές Lask και Bryant-Waugh. Επίσης η διαταραχή αυτή προσβάλλει κυρίως γυναίκες με συχνότητα 1 στις 250 μεταξύ 12 και 18 ετών που είναι πιο συχνή στις αδερφές και στις μητέρες ατόμων που πάσχουν από τη Ψυχογενή Ανορεξία απ' ότι στο γενικό πληθυσμό.^{10}

Οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει στις δυτικές κοινωνίες δείχνουν μια αύξηση της συχνότητας διάγνωσης της Ψυχογενούς Ανορεξίας όσο και του αριθμού των πασχόντων που αναζητούν θεραπεία από τη δεκαετία του 1950 έως τη δεκαετία του 1970. Μετά το 1980 παρατηρήθηκε, ιδιαίτερα στην Ευρώπη, σταθεροποίηση της συχνότητας της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Το παραπάνω εύρημα έχει ερμηνευτεί είτε ως πραγματική αύξηση των νέων περιστατικών της Ψυχογενούς Ανορεξίας, λόγω των αλλαγών των κοινωνικοπολιτισμικών συνθηκών στις δυτικές κοινωνίες μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου πολέμου, είτε ως ένας συνδυασμός βελτίωσης της ανίχνευσης νέων περιστατικών Ψυχογενούς Ανορεξίας με ταυτόχρονη αύξηση του ποσοστού των ασθενών που ζήτησαν θεραπεία λόγω της εντατικότερης ενημέρωσης του κοινού για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Η άποψη ότι η Ψυχογενή Ανορεξία είναι ασθένεια του δυτικού πολιτισμού φαίνεται να μην είναι απόλυτα ακριβής. Η διαταραχή αυτή ανιχνεύεται και σε μη δυτικές κοινωνίες, τόσο της Αφρική όσο και της Ασίας. Η διαφορά των ανωτέρων κοινωνιών με τις δυτικές κοινωνίες εστιάζεται κυρίως σε διαφοροποιήσεις στη συχνότητα της ψυχογενούς ανορεξίας και στη συμπτωματολογία της. Αν και στις μη δυτικές κοινωνίες η Ψυχογενή Ανορεξία είναι λιγότερο συχνή, τα τελευταία χρόνια η συχνότητα της αυξάνεται και τείνει να προσεγγίσει αυτή των δυτικών κοινωνιών. Το εύρημα αυτό έχει αποδοθεί τόσο στην αστικοποίηση και βιομηχανοποίηση των ανωτέρων κοινωνιών όσο και στην αυξανόμενη επιρροή των δυτικών πολιτισμικών προτύπων. Οι διαφορές στη συμπτωματολογία αφορούν κυρίως στον αδικαιολόγητο φόβο πάχυνσης και στη διαταραχή της εικόνας του σώματος, που στις μη δυτικές κοινωνίες δεν είναι τόσο συχνές. Δυστυχώς η Ανορεξία δεν είναι ένα φαινόμενο με ιδιαίτερη έξαρση μόνο στους κύκλους των ανθρώπων του θεάματος και της μόδας οι οποίοι έχουν έναν επιπλέον λόγο να ενδιαφέρονται για την εμφάνιση τους. Πρόκειται για σοβαρή Ψυχογενή ασθένεια η οποία μαζί με άλλες διατροφικές ανωμαλίες πλήττει διεθνείς. Ο κίνδυνος να αποβιώσει μια ανορεκτική ασθενής είναι σημαντικά μεγαλύτερος του κινδύνου που διατρέχει ένα άτομο ίδιας ηλικίας που δεν πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία. Η θνησιμότητα στον πληθυσμό των ανορεκτικών έχει υπολογιστεί στο 6 – 10% ανά δεκαετία νόσησης. Η θνησιμότητα κατά τις τελευταίες πιθανώς να έχει ελαφρά μειωθεί, λόγω της βελτίωσης στην έγκαιρη αναγνώριση και στην αποτελεσματικότερη θεραπεία των περιπτώσεων Ψυχογενούς Ανορεξίας. Η αιτία θανάτου στο 54% των περιπτώσεων ήταν επιπλοκές της Ψυχογενούς Ανορεξίας, στο 27% αυτοκτονία και στο υπόλοιπο

19% άγνωστοι ή άλλοι λόγοι. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η διερεύνηση της αιτίας θανάτου σε άτομα που έπασχαν από Ψυχογενή Ανορεξία δεν είναι εύκολη, καθώς στο πιστοποιητικό θανάτου αναγράφονται συχνά μόνο παθολογικές αιτίες που προκάλεσαν το θάνατο και όχι η υποκειμενική ψυχική νόσος που οδήγησε στην εμφάνιση αυτών των παθολογικών αιτιών. Είναι συνεπώς πιθανόν τα υπάρχοντα αποτελέσματα να υποεκτιμούν τον αριθμό των θανάτων που οφείλονται στη Ψυχογενή Ανορεξία.^{13}

2.9 Ψυχογενή Ανορεξία στους Άντρες

Η εμφάνιση Ψυχογενούς Ανορεξίας σε άνδρες δεν είναι ιδιαίτερα συχνή. Οι περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι τι ποσοστό των αρρένων που εμφανίζουν τη διαταραχή δεν υπερβαίνει το 5-10% του συνόλου των πασχόντων από Ψυχογενή Ανορεξία. Αν κανείς αναλογιστεί τη χαμηλή συχνότητα της διαταραχής στο γενικό πληθυσμό, αντιλαμβάνεται το ποσό σπάνιο είναι να νοσήσει ένας άνδρας από Ψυχογενή Ανορεξία. Παρουσιάζει ωστόσο ενδιαφέρον ότι οι μελέτες που έχουν γίνει σε έφηβους αναφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά αρρένων πασχόντων. Τα ποσοστά αυτά μπορούν να φθάσουν έως και 1/3 του συνόλου των πασχόντων όταν συμπεριληφθούν και οι άτυπες περιπτώσεις Ψυχογενούς Ανορεξίας, όπου παρά την κλινική παρουσία διαταραχής πρόσληψης τροφής δεν πληρούνται όλα τα κριτήρια για τη διάγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Η κλινική εικόνα των ανδρών που πάσχουν από Ανορεξία δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφορές από αυτή των γυναικών. Όπως είναι προφανές, το κριτήριο της αμηνόρροιας για τη διάγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας δεν έχει εφαρμογή σε άρρενες πάσχοντες. Αντί αυτού αναφέρεται η παντελής έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος ή διέγερσης. Η μόνη διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών εντοπίζεται κυρίως στο ότι η ισχυρότερη και ο παθολογικός φόβος πάχυνσης είναι λιγότερο έντονα στους ανορεκτικούς άνδρες. Επίσης, φαίνεται ότι οι ανορεκτικοί άνδρες δυσφορούν περισσότερο για το άνω παρά για το κάτω τμήμα του σώματος και ξεκινούν δίαιτα σε μεγαλύτερο δείκτη μάζας σώματος απ' ότι οι γυναίκες. Το παραπάνω πιθανώς να σχετίζεται με το ότι τα μοντέλα ομορφιάς στις δυτικές κοινωνίες απαιτούν για μεν τις γυναίκες λεπτό, για δε τους άνδρες μυώδες σώμα. Το ιδανικό ανδρικό σώμα έχει σχήμα V, δηλαδή λεπτά κάτω άκρα, γυμνασμένη κοιλιακή χώρα, λεπτή μέση και φαρδύς ώμους με γυμνασμένους μύς στη θωρακική και ραχιαία χώρα. Δεν είναι ίσως τυχαίο ότι μεγάλο ποσοστό από την ομάδα των ανδρών που ανέπτυξαν Ψυχογενή Ανορεξία υπήρξαν στο παρελθόν παχύσαρκοι ή είχαν έντονη ενασχόληση με τον αθλητισμό. Πιθανώς, η εμφάνιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας να σχετίζεται στους άνδρες με την προσπάθεια τους να ελέγξουν τη διατροφή τους ώστε να αποκτήσουν ένα ιδανικό μυώδες σώμα. Βέβαια το αποτέλεσμα είναι το ίδιο, όπως και οι ιατρικές επιπλοκές από τον υποσιτισμό, για παράδειγμα οι καρδιολογικές επιπλοκές και η εγκεφαλική ψευδοατροφία. Είναι δε πιθανόν οι ανορεκτικοί άνδρες ασθενείς να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης οστεοπόρωσης

σε σχέση με ανορεκτικές γυναίκες αντίστοιχης ηλικίας. Οι άρρενες ανορεκτικοί ασθενείς περιγράφονται από τους γονείς τους ως αγχώδεις, συγκρατημένοι, τελειοθηρικοί και άκαμπτοι, περιγραφή δηλαδή που είναι σχεδόν πανομοιότυπη με την περιγραφή της προνοσηρής προσωπικότητας των ανορεκτικών γυναικών. Διαφορές μεταξύ των δύο φύλλων δεν βρέθηκαν ούτε στην ηλικία έναρξης της πάθησης αλλά ούτε και στη συννοσηρότητα της Ψυχογενούς ανορεξίας με αγχώδεις και συναισθηματικές διαταραχές. Η θεραπευτική προσέγγιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας στους άνδρες έχει βασιστεί στα θεραπευτικά μοντέλα που ισχύουν για τις γυναίκες. Ωστόσο, το δοκίμιο αυτής της προσέγγισης αμφισβητείται, καθώς και τα δύο φύλλα παρουσιάζουν αρκετές διαφορές σε ορισμένα στοιχεία που αφορούν στην ανορεκτική συμπτωματολογία και την προβληματική που θέτουν, όπως είναι η εικόνα σώματος, το ιδανικό σώμα και η αξία του για κοινωνική καταξίωση του ατόμου, η σεξουαλικότητα και η δυναμική των οικογενειακών σχέσεων. Τα τελευταία έτη γίνεται προσπάθεια σχεδιασμού θεραπευτικών παρεμβάσεων που θα επικεντρώνονται στα ζητήματα που θέτει η Ψυχογενής Ανορεξία στη ζωή του άρρενος που πάσχει. Δυσκολίες έχουν παρατηρηθεί και στα ενδονοσοκομειακά προγράμματα για την αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής, καθώς το προσωπικό τους έχει εκπαιδευτεί να αντιμετωπίζει ανορεκτικές γυναίκες και όχι άνδρες. Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι ο σεξουαλικός προσανατολισμός των αρρένων πασχόντων μπορεί να αντιμετωπίζεται επιθετικά από τις γυναίκες ανορεκτικές ασθενείς. Ανεξάρτητα πάντως από τις δυσκολίες που τίθενται στη θεραπεία των ανδρών ανορεκτικών ασθενών, οι άρρενες πάσχοντες, ένα έτος μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, παρουσιάζουν λιγότερη ψυχοπαθολογία διαταραχής πρόσληψης τροφής σε σχέση με τις γυναίκες πάσχουσες από Ψυχογενή Ανορεξία, εύρημα που θέτει το ερώτημα αν η Ψυχογενής Ανορεξία στους άνδρες έχει καλύτερη πρόγνωση απ' ότι στις γυναίκες.^{13,8}

2.10 Θεραπευτική Προσέγγιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Για την αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας που είναι δύσκολη, επίπονη, μακροχρόνια, πρώτο βήμα θεωρείται η ενημέρωση τόσο της πάσχουσας όσο και της οικογένειας της σχετικά με τη φύση της διαταραχής, τα συμπτώματα και τα σημεία της, την πορεία και τη σοβαρότητα της. Προϋπόθεση αποτελεί η εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και ασθενούς. Σ' αυτό το πλαίσιο θα συμφωνηθεί η αποκατάσταση του βάρους. Η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει πρώτιστα στην αποκατάσταση του φυσιολογικού βάρους και στην επαναφορά φυσιολογικών διαιτητικών συνηθειών προκειμένου να διορθωθούν οι βιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της ασιτίας, που συντηρούν και διαιωνίζουν τη παθολογική συμπεριφορά διατροφής. Η θεραπευτική προσπάθεια για τη Ψυχογενή Ανορεξία έχει εστιάσει κυρίως στις ψυχολογικού τύπου θεραπείες, καθώς οι πραγματοποιηθείσες μελέτες έχουν δείξει ότι εμφανίζουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα συγκριτικά με τη φαρμακοθεραπεία. Επιπλέον, και οι ίδιοι οι ασθενείς βρίσκουν τις ψυχολογικές

θεραπείες περισσότερο βοηθητικές και υποστηρικτικές συγκριτικά με ιατρικές παρεμβάσεις που στοχεύουν αποκλειστικά στην αύξηση του σωματικού βάρους.^{3}

- **Ψυχοθεραπείες:** Τόσο μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, όσο και σε περίπτωση που η κατάσταση της ασθενούς επιτρέπει την εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση, απαραίτητη είναι η εφαρμογή εντατικού ψυχοθεραπευτικού προγράμματος, για τουλάχιστον 1-2 χρόνια. Η ατομική ψυχοθεραπεία είναι η συνηθέστερη μορφή εξωνοσοκομειακής θεραπείας κυρίως για ενήλικες ασθενείς. Οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, που χρησιμοποιούνται με επιτυχία σε ανορεκτικούς ασθενείς, είναι η συμπεριφορική – γνωσιακή, η ψυχοδυναμική και λιγότερο η διαπροσωπική ψυχοδυναμική. Στη φάση του έντονου υποσιτισμού και στα πρώτα στάδια της επανασίτισης η εξειδικευμένη ψυχοθεραπεία δεν φαίνεται να έχει ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα λόγω των γνωσιακών ελλειμμάτων που προκαλεί ο υποσιτισμός. Θεωρείται σημαντικό να είναι ενήμερος ο θεραπευτής για τη δυσκολία να συγκεντρωθεί, να αυτοπαρατηρηθεί και να κάνει περίπλοκους συλλογισμούς ένας άνθρωπος που ο εγκέφαλος του έχει περιορισμένη διαθεσιμότητα σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά. Έχει βρεθεί ότι σε αυτή τη φάση της θεραπείας οι υποστηρικτικού και ψυχοεκπαιδευτικού τύπου παρεμβάσεις έχουν παρόμοια αποτελεσματικότητα τόσο με τη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία όσο και με τη διαπροσωπική θεραπεία. Η οικογενειακή θεραπεία συστηματικού τύπου έχει δείξει ότι είναι περισσότερο αποτελεσματική από την ατομική ψυχοθεραπεία όταν η πάσχουσα από Ψυχογενή Ανορεξία είναι ηλικίας <18 και η διαταραχή έχει διάρκεια <3 έτη. Σε οικογένειες όπου η πάσχουσα είναι ενήλικη, η οικογενειακή θεραπεία είχε μικρότερη αποτελεσματικότητα από την ατομική θεραπεία, αν και τελικά στη φάση παρακολούθησης οι δύο θεραπείες εμφάνιζαν συγκρίσιμα αποτελέσματα. Πάντως η οικογενειακή θεραπεία, είτε είναι μακρόχρονη είτε βραχύχρονη, φαίνεται ότι έχει καλύτερα αποτελέσματα, κυρίως όταν η πάσχουσα βρίσκεται στην ηλικία της εφηβείας. Άλλες ψυχολογικού τύπου παρεμβάσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία ασθενών ή οικογενειών, καθώς τα προγράμματα αυτοβοήθειας των 12 βημάτων (ανώνυμοι ανορεκτικοί) και οι ομάδες αυτό – υποστήριξης, χωρίς όμως να έχει αξιολογηθεί μέχρι στιγμής επαρκώς η αποτελεσματικότητά τους. Στην κλινική πράξη, πολλές φορές η ατομική ψυχοθεραπεία συνδυάζεται με οικογενειακή ή και ομαδική ψυχοθεραπεία, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου δεν παρατηρείται βελτίωση με μία μόνο θεραπευτική παρέμβαση. Αυτό αποτελεί τη συνήθη πρακτική, κυρίως στα ενδονοσοκομειακά προγράμματα. Δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα μελέτες που να έχουν διερευνήσει αν η έκβαση της συνδυαστικής θεραπείας είναι καλύτερη από την εφαρμογή ενός μόνο τύπου θεραπευτικής παρέμβασης.

- Βιολογικές θεραπείες. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες ομάδες ψυχοφαρμάκων και οι υπόλοιπες βιολογικές θεραπείες έχουν σχεδόν όλες δοκιμαστεί στη θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας, οι μελέτες σύγκρισης της αποτελεσματικότητας δεν έχουν αποδείξει να υπάρχει βέβαιη θεραπευτική δράση, τουλάχιστον ως προς τον πυρήνα της ψυχοπαθολογίας της νόσου. Γι' αυτό και η χορήγηση ψυχοφαρμάκων περιορίζεται σε εμπειρική συμπτωματική χρήση, ανάλογα με τα επιφανειακά συμπτώματα – στόχους. Στην πράξη, συχνά καταφεύγουμε στη χορήγηση αγχολυτικών και αντικαταθλιπτικών για την αντιμετώπιση συνοδών ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων. Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών, σε ασθενείς υποσιτισμένους ή με επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα, πρέπει να γίνεται προσεκτικά με σταδιακά αυξανόμενες δόσεις. Σε περίπτωση διαπίστωσης συννοσηρότητας με μείζονα κατάθλιψη, μπορεί να έχει ένδειξη η εφαρμογή ηλεκτροσπασμοθεραπείας. Η χορήγηση των αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων στη Ψυχογενή Ανορεξία, ακόμα κι αν δεν προσφέρει σημαντική βοήθεια στην αντιμετώπιση της ίδιας της διαταραχής, μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά στη μείωση των καταθλιπτικών και ψυχοαναγκαστικών συμπτωμάτων που πολλές φορές συνοδεύουν τη διαταραχή. Αν και είναι σύνηθες στην κλινική πράξη να συνταγογραφούνται αντιψυχωσικά σκευάσματα και ειδικότερα κατά τα τελευταία χρόνια τα νεότερα άτυπα αντιψυχωσικά, δεν έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι στιγμής διπλές τυφλές μελέτες για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας τους στη Ψυχογενή Ανορεξία. Σε μικρό αριθμό ανοικτών μελετών αναφέρονται θετικές ενδείξεις για την ολανζαπίνη και την κουετιαπίνη. Ένα ερώτημα που τίθεται συχνά από τις πάσχουσες και της οικογένειες τους είναι αν θα πρέπει να λάβουν κάποιο οιστρογόνο σκεύασμα με στόχο την αποκατάσταση του κύκλου και την πρόληψη της οστεοπόρωσης. Από τις δημοσιευμένες μελέτες φαίνεται ότι η χορήγηση οιστρογόνων για την αποκατάσταση του καταμήνιου κύκλου θα πρέπει να αποφεύγεται, όχι μόνο γιατί δεν βελτιώνει την οστεοπενία αλλά και γιατί η πρόκληση έμμηνου ρύσεως ενισχύει σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς την άρνηση από την πλευρά της ασθενούς της αναγκαιότητας αύξηση του σωματικού βάρους. Επίσης για την θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας έχουν μελετηθεί η χορήγηση αλάτων λιθίου, βιταμινών, αγχολυτικών πριν από τη λήψη τροφής, ορεξιογόνων ουσιών όπως η κυπροεπταδίνη, αλλά και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί με διπλές – τυφλές μελέτες ότι κάποια από τις παραπάνω θεραπείες μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της διαταραχής. Τέλος η θεραπεία οικογένειας μπορεί να συνεισφέρει αποτελεσματικά στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας. Αν και ο αριθμός των συγκριτικών μελετών με ομάδα ελέγχου είναι μικρός, τα ευρήματα είναι ενθαρρυντικά, ιδιαίτερα για πάσχουσες που βρίσκονται στην εφηβεία. Η θεραπεία οικογένειας μπορεί στην κλινική πράξη να συνδυαστεί με ατομική θεραπεία τόσο σε εξωνοσοκομειακό όσο και σε ενδονοσοκομειακό περιβάλλον. ^{2,10}

2.11 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη Ψυχογενή Ανορεξία

Με τα σημερινά δεδομένα, η ενδονοσοκομειακή θεραπεία είναι ο προτεινόμενος τρόπος αντιμετώπισης της Ψυχογενούς Ανορεξίας μόνον όταν η εξωνοσοκομειακή θεραπεία για διάφορους λόγους δεν μπορεί να γίνει ή έχει δοκιμαστεί και έχει αποτύχει. Να σημειωθεί ότι στο παρόν κεφάλαιο η αναφορά στην ενδονοσοκομειακή θεραπεία αφορά κυρίως σε εκούσια νοσηλεία. Αυτό σημαίνει ότι η ασθενής έχει ενημερωθεί διεξοδικά για τις παραμέτρους της θεραπείας, έχει συμφωνήσει να νοσηλευτεί και έχει προετοιμαστεί πριν γίνει η εισαγωγή της στο νοσοκομείο με επισκέψεις στο χώρο νοσηλείας και συζητήσεις με το θεραπευτικό προσωπικό και τις θεραπευόμενες. Η ακούσια νοσηλεία και η προβληματική της συζητείται διεξοδικά στο κεφάλαιο για τα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα στη θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Σε αυτή τη θεραπευτική αντιμετώπιση σημαντικός είναι και ο ρόλος του νοσηλευτή οι οποίοι θα πρέπει να είναι ικανοί να αναγνωρίσουν τον ασθενή με συμπτώματα Ψυχογενούς Ανορεξίας. Από την δεκαετία του 1980 έως και σήμερα η συνήθης διάρκεια της νοσηλείας για τη Ψυχογενή Ανορεξία μειώθηκε από περίπου 6 μήνες σε 1 μήνα. Αυτό συνέβη κατεξοχήν στις χώρες όπου εφαρμόζεται το μοντέλο διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας. Η νοσηλεία σε ιδανικές συνθήκες θα πρέπει να διαρκεί μέχρι την αποκατάσταση του βάρους στα κατώτερα φυσιολογικά επίπεδα λόγω δυσκολίας της ανορεκτικής ασθενούς να δεχθεί το μετασχηματισμό του σώματος της και ιδιαίτερα σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος όπως είναι οι γλουτοί, οι μηροί, η κοιλιακή χώρα και οι μαστοί. Μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς, που το βάρος τους κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της Ψυχογενούς Ανορεξίας είχε φθάσει σε πολύ χαμηλό επίπεδο, θα χρειαστούν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα νοσηλείας μέχρι την αποκατάσταση της διατροφής και του σωματικού τους βάρους. Η πρόταση για νοσηλεία δεν θα πρέπει σε καμιά περίπτωση να αποτελεί μια “Δαμόκλειο σπάθη” πάνω από το κεφάλι της ασθενούς. <<Αν δεν μπορέσεις να γίνεις καλά, αν δεν αυξηθεί το βάρος σου, θα νοσηλευτείς>>. Μια τέτοια προοπτική συνήθως προκαλεί έντονο άγχος και είναι γνωστό ότι η ανορεκτική ασθενής είναι πιθανόν να αντιμετωπίσει το άγχος τη με τον τρόπο που γνωρίζει, δηλαδή περιορίζοντας ακόμα περισσότερο την πρόσληψη τροφής. Θα πρέπει επίσης να έχουμε υπόψη ότι το στίγμα της ψυχικής νόσου είναι εντονότερο όταν ο πάσχων νοσηλευτεί. Για την ανορεκτική ασθενή που παλεύει να κερδίσει την αυτονομία της, η απόφαση για νοσηλεία είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Όταν η φωνή της δεν ακούγεται παρά μόνον μέσω της ανορεξίας, τι θα γίνει αν έχει επίσημα χαρακτηριστεί “τρελή” λόγω της πολύμηνης νοσηλείας της σε ψυχιατρική κλινική; Η πιθανότητα της νοσηλείας θα ήταν χρήσιμο να παρουσιάζεται από τον κλινικό ως ένα δεύτερο σχέδιο ή ως μια ακόμα βοήθεια που η ασθενής μπορεί να έχει αν η εξωνοσοκομειακή προσπάθεια δεν φέρει αποτέλεσμα. Έτσι, η πιθανότητα της νοσηλείας μπορεί να είναι περισσότερο μια ακόμη ελπίδα θεραπείας και λιγότερο η ατιμωτική συνέπεια της αποτυχίας της ασθενούς να

παλέψει τη Ψυχογενή Ανορεξία. Όπως αναφέραμε μερικά συμπτώματα που μπορεί να κινήσουν τις υποψίες του νοσηλευτή για να διαπιστώσει αν ο ασθενής πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία είναι ότι συνήθως οι ανορεκτικοί ασθενείς πίνουν μεγάλες ποσότητες νερού την νύχτα πριν το ζύγισμα, αποφεύγουν να αδειάσουν την κύστη τους πριν να ζυγιστούν, τρώνε πολύ την προηγούμενη νύχτα, φοράνε κοσμήματα η βαριά αντικείμενα, κρύβουν το φαγητό ή το πετάνε από το παράθυρο και διάφορα άλλα.^{22}

Συγκεκριμένα ο νοσηλευτής θα πρέπει:

- Να διατηρεί μια ισορροπημένη διατροφή πλούσια σε θερμίδες
- Να ζυγίζει καθημερινά και προσεκτικά τον έφηβο την ίδια ώρα χωρίς να του αποκαλύπτει τυχόν αύξηση βάρους και να μένει μαζί του κατά τη διάρκεια και μετά τα γεύματα.
- Επίσης πρέπει να καταγράφει και να μετράει την πρόσληψη και την απέκκριση των υγρών καθώς και να καταγράφει τις κενώσεις.
- Αν συνεχίζεται η απώλεια βάρους θα πρέπει να τοποθετήσει ρινογαστρικό καθετήρα για την σίτιση του ασθενή
- Παίζει ενθαρρυντικό ρόλο παροτρύνοντας τον να ασχοληθεί με δραστηριότητες οι οποίες θα βοηθήσουν να εξοικειωθεί με την αντίληψη της εικόνας του σώματος του, καθώς επίσης να αναγνωρίζει τις δυνάμεις του, τα ταλέντα του και τις δεξιότητες του.
- Πρέπει να δημιουργήσει πρόγραμμα τακτικής διατροφής και τροφές της αρέσκειάς του, δηλαδή στην αρχή να παίρνει μικρές ποσότητες και να αυξάνονται σταδιακά για αποφυγή στομαχικής διαταραχής και δυσπεψίας.
- Ο νοσηλευτής πρέπει με τον τρόπο του να υποδυθεί στον ασθενή ότι έχει πρόβλημα και να το κατανοήσει χωρίς όμως τα αποτελέσματα να είναι αντίθετα.
- Μπορεί να διδάξει τον ασθενή και να του επεξηγήσει για πιο λόγο πρέπει να παίρνει τροφή.
- Είναι υπεύθυνος να δημιουργήσει μια έρευνα με στόχο να βρει το λόγο τον οποίο αρνείται την τροφή ο ασθενής όπως π.χ. με την παρατήρηση, τη συνέντευξη και τη συλλογή πληροφοριών.
- Να δημιουργήσει μια σχέση εμπιστοσύνης για να πετύχει τα πιο πάνω και θα πρέπει να δείχνει στον ασθενή με λόγια και στάσεις ότι αντιλαμβάνονται το πρόβλημα του.
- Διαβεβαίωση του ασθενούς ότι δεν είναι παχύς και ότι χρειάζεται να βάλει βάρος.
- Συζητάει με τον άρρωστο την προοπτική ανάληψης ρόλου στην οικογένεια και την κοινωνία και εκτιμάει την καταλληλότητα της συμπεριφοράς του.
- Χρησιμοποιεί τεχνικές για να βοηθήσει τον ασθενή να μάθει τις κατάλληλες συμπεριφορές για τον ρόλο της οικογένειας και της κοινωνία, ενισχύοντας θετικά.

- Διδάσκει τον άρρωστο να χρησιμοποιεί δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων για να πετύχει ανάλογες για την ηλικία αναπτυξιακές εργασίες καθώς επίσης και αποτελεσματικές δεξιότητες επικοινωνίας με στόχο την κοινωνικοποίηση.
- Ο νοσηλευτής ακόμη συμβάλει στην ενημέρωση της οικογένειας, στην εκμάθηση των δεξιοτήτων προκειμένου να συμμετέχει αποτελεσματικά στη θεραπεία του αρρώστου.
- Τέλος χορηγεί αντικαταθλιπτικά φάρμακα εάν κρίνεται αναγκαίο και ύστερα από ιατρική εντολή τα οποία συμβάλλουν στην μείωση της απώλειας βάρους των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία.

Το σημαντικότερο θέμα στη συζήτηση για τη χρησιμότητα και την αποτελεσματικότητα της ενδονοσοκομειακής θεραπείας είναι η διατήρηση του καλού αποτελέσματος και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Στη διατήρηση του καλού αποτελέσματος φαίνεται να συμβάλλει σημαντικά το βάρος που έχει η ασθενής κατά την έξοδο από το νοσοκομείο. Η αποκατάσταση του βάρους της ασθενούς εντός του νοσοκομείου φαίνεται να μειώνει σημαντικά την πιθανότητα μείωσης του σωματικού βάρους μέσα σε ένα έτος από το εξιτήριό της. Παράγοντες που έχει βρεθεί ότι αυξάνουν την πιθανότητα υποτροπής και επαναισαγωγής είναι η διάρκεια νόσου >6 έτη, η ύπαρξη αμηνόρροιας για χρονικό διάστημα >2,5 έτη, ο πολύ χαμηλός δείκτης μάζας σώματος κατά την εισαγωγή της ασθενούς και τέλος η απουσία ισχυρού κίνητρου για αλλαγή κατά την έξοδο από το νοσοκομείο. Με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι η ανορεξία στην πραγματικότητα δεν βρίσκει μόνο στον κόσμο του κινηματογράφου και της μόδας με τα πρότυπα που προβάλλουν, αλλά είναι πολλές φορές κοντά μας. Είναι ανάγκη λοιπόν να γνωρίζουμε τόσο την ύπαρξη της και τις συνέπειες της αλλά και το γεγονός ότι μπορεί να καταπολεμηθεί οριστικά με την κατάλληλη θεραπεία και την βοήθεια των νοσηλευτών.^{13}

Κεφάλαιο 3^ο

3.1 Ιστορική αναδρομή βουλιμίας

Το σύνδρομο της Ψυχογενούς Βουλιμίας περιγράφηκε στα τέλη του 1970 από το Russel. Ταξινομήθηκε ως ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία το 1980 και γι' αυτό η σχετική ερευνητική βιβλιογραφία είναι ακόμη περιορισμένη. Ο όρος όμως βουλιμία συναντάται σε δυτικές Ευρωπαϊκές πηγές για χρονικό διάστημα πάνω από 2000 χρόνια με αξιοσημείωτη συνέπεια στην εννοιολογική απόδοση του ορισμού και στην παθολογική κατάσταση των αδηφαγικών επεισοδίων. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι υπάρχουν και λίγες μαρτυρίες από πηγές της ιστορίας της ιατρικής που αναφέρουν περιπτώσεις οι οποίες μπορούν να χαρακτηρισθούν ως Ψυχογενή Βουλιμία πριν το 1970. Η πρώτη μαρτυρία για την ύπαρξη της διαταραχής έκανε την εμφάνιση της με τη δημοσίευση ενός αριθμού άρθρων που περιέγραφαν τη <<Βουλιμαρεξία>> ή το σύνδρομο <<Βουλιμίας- κάθαρσης>> που παρουσίαζαν φοιτήτριες που έμεναν σε εστίες Αμερικανών πανεπιστημίων. Μέχρι πρόσφατα οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής δεν εντοπιζόνταν στις αναπτυσσόμενες χώρες όταν η πρόσβαση στην επαρκή τροφή είναι μια καθημερινή πάλη. Οι πρώτες αναφορές σε περιπτώσεις ατόμων με συμπτώματα ανάλογα με αυτά που σήμερα θεωρούνται ως χαρακτηριστικά της Βουλιμίας γίνονται σε περιγραφές του έκτου αιώνα. Μάλιστα από τις 40 περιπτώσεις που περιγράφονταν, οι περισσότερες αφορούσαν σε άντρες, ενδεχομένως επειδή εκείνη την εποχή η υπερφαγία ήταν ένα κοινωνικά αποδεκτό φαινόμενο στους άντρες καθώς θεωρούνταν ως ένδειξη ευμάρειας και κοινωνικής επιτυχίας, σε αντίθεση με τις αντιλήψεις που επικρατούν στη σύγχρονη κοινωνία.^{4}

3.2 Ορισμός της Ψυχογενούς Βουλιμίας

Η Ψυχογενή Βουλιμία είναι άλλη μια διατροφική διαταραχή, η οποία αποτελεί ένα πραγματικό διατροφικό χάος. Σε αυτή την περίπτωση έχουμε το αντίθετο αέρα από την Ψυχογενή Ανορεξία. Πρόκειται για την κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από επεισόδια υπερφαγίας και στη συνέχεια αντιρροπιστική αποβολή των τροφίμων που προσλαμβάνονται. Είναι συχνότερη από την ανορεξία και όπως οι ανορεκτικοί έτσι και οι βουλητικοί σπάνια συνειδητοποιούν η σοβαρότητα της κατάστασης και ζητούν θεραπεία. Ο όρος Ψυχογενή Βουλιμία στην αρχαιότητα προερχόμενος από τις ελληνικές λέξεις “βους” και “λιμός” που αντίστοιχα δηλώνουν το βόδι και την πείνα ενώ πολλές παραλλαγές παρήχθησαν από το λατινικό *boulimus* και το γαλλικό *bolisme*. Κατά λέξη η Βουλιμία δηλώνει την “πείνα-βοδιού” δηλαδή την όρεξη που είναι τόσο μεγάλη όσο αυτή ενός βοδιού ή την ικανότητα κατανάλωσης πολύ μεγάλης ποσότητας φαγητού όπως ένα βόδι. Αυτή η

ιδιαίτερη διαταραχή στη διατροφική συμπεριφορά εμφανίζεται στην ψυχιατρική και ψυχαναλυτική βιβλιογραφία εδώ και τουλάχιστον ένα αιώνα.^{7}

Ο ασθενής χωρίς να μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του καταναλώνει εξαιρετικά μεγάλες ποσότητες τροφίμων και στη συνέχεια προσπαθεί να αντισταθμίσει τη συμπεριφορά του μέσω προκλητικών εμέτων, λήψης φαρμάκων π.χ. καθαρικών ή διουρητικών, ή αποχής από το φαγητό. Είναι μια οργανωμένη συμπεριφορά, ένας τρόπος ζωής που καθορίζει πλήρως την καθημερινότητα του ατόμου – ενός ατόμου, που σχεδόν κάθε μέρα και σε διάφορη έκταση, αναλώνεται στα ψώνια, τα τρόφιμα, το μαγείρεμα, την υπερφαγία και τελικά την αποβολή της προσλαμβανόμενης τροφής.^{3}

3.3 Αιτιολογικοί παράγοντες

Ανάμεσα στα πιθανά κυρίαρχα αίτια της Βουλιμίας είναι οι αγχώδεις καταστάσεις, συναισθηματική υπερφόρτωση, ανία και περιβαλλοντογενείς αιτίες γύρω από την τροφή και το φαγητό, κατάχρηση οινόπνευματος, κατάχρηση ουσιών και εξάντληση. Αν και η ακριβής αιτία για την Βουλιμία παραμένει ασαφείς ορισμένοι παράγοντες που αναγνωρίζεται ότι παίζουν δυνητικά σημαντικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια τους είναι οι βιολογικοί, οι κοινωνικοί οι ψυχολογικοί παράγοντες και οι αλληλεπιδράσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος και γαστρεντερικών πεπτιδίων. Η κατανόηση της αιτιολογίας της Ψυχογενούς Βουλιμίας συναντά τις ίδιες δυσκολίες όπως και αυτή της Ανορεξίας αφού υπάρχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά στις δύο αυτές διαταραχές

- Κοινωνικοί παράγοντες. Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία όπως και εκείνες με Ψυχογενή Ανορεξία, έχουν τη τάση να είναι φιλόδοξες και τελειοθηρικές, θέλουν να επιτυγχάνουν και επομένως ενσωματώνουν τις κοινωνικές πιέσεις επίτευξης του λεπτόσωμου ιδεώδους. Πολλές φορές στο οικογενειακό τους ιστορικό αναφέρεται συχνότερη εμφάνιση κατάθλιψης ή άλλων συναισθηματικών διαταραχών. Ωστόσο, στις οικογένειες των βουλιμικών παρουσιάζονται διαφορετικά χαρακτηριστικά απ' ότι στις οικογένειες των ανορεκτικών: οι σχέσεις είναι λιγότερο στενές με πιο ανοικτές συγκρούσεις και συχνά οι ασθενείς περιγράφουν τους γονείς ως απορριπτικούς ή αδιάφορους.
- Ψυχολογικοί παράγοντες. Οι πάσχουσες από Ψυχογενή Βουλιμία παρουσιάζουν και αυτές δυσκολίες προσαρμογής στις απαιτήσεις της εφηβείας και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ωστόσο, είναι συνήθως πιο εξωστρεφείς, θυμωμένες ή παρορμητικές σε σχέση με τις ανορεκτικές. Συχνά συνυπάρχουν στη Ψυχογενή Βουλιμία έντονη και απόπειρες αυτοκαταστροφής, εξάρτηση από αλκοόλ και κλεπτομανία. Γενικά, πάντως, οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία βιώνουν την έλλειψη ελέγχου στην πρόσληψη τροφής ως πολύ δυσάρεστη και ενοχλητική εμπειρία και γι' αυτό

είναι πρόθυμες να ζητήσουν βοήθεια από τον ειδικό. Χαρακτηρίζονται από δυσκολίες στον έλεγχο των παρορμήσεων, είναι συχνά εξαρτητικές με αδυναμία εγκατάστασης σταθερών, ισότιμων σχέσεων. Γι' αυτό, συχνά εμπλέκονται σε αμφιθυμικές ή σαδομαζοχιστικές σεξουαλικές σχέσεις. Στο ιστορικό πολλών τέτοιων ασθενών διαπιστώνονται δυσκολίες αποχωρισμού και έντονα αμφιθυμική σχέση με τη μητέρα.

- Αλληλεπιδράσεις του κεντρικού Νευρικού Συστήματος και γαστρεντερικών πεπτιδίων. Φαίνεται ότι μία πολύπλοκη δυσλειτουργική αλληλεπίδραση υφίσταται μεταξύ ορεξιογόνων παραγόντων όπως είναι το νευροπεπτίδιο Y(NP-Y) και τον ανορεξιογόνων παραγόντων όπως η χολοκυστοκινίνη (CCK) αλλά και με την βήτα-ενδορφίνη. Οι ακριβείς λεπτομέρειες αυτής της αλληλεπίδρασης είναι υπό εντατική έρευνα αλλά διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν ότι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία έχουν φυσιολογικά επίπεδα νευροπεπτιδίου Y(NP-Y) το οποίο αυξάνει μετά από επιτυχή θεραπεία. Επιπρόσθετα ασθενής με Ψυχογενή Βουλιμία έχουν μειωμένα βήτα-ενδορφίνη, φυσιολογική δυνορφίνη και χαμηλά επίπεδα χολοκυστοκινίνης (CCK) καθώς επίσης και μειωμένη δράση του κεντρικού νευρικού συστήματος σεροτίνης.^{16,8}

3.4 Κλινική εικόνα

Η διαταραχή αυτή η οποία εκδηλώνεται συνήθως στην εφηβεία εμφανίζεται με πολύ μεγαλύτερη συχνότητα από τη Ψυχογενή Ανορεξία και χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούν από ρουτίνες ακύρωσης. Για παράδειγμα πολλά άτομα με Βουλιμία έχουν ιστορικό Ανορεξίας, δηλαδή κάποτε ακολούθησαν αυστηρή δίαιτα για να μειώσουν το βάρος τους κάτω από τα επιθυμητά επίπεδα. Τα συμπτώματα χαρακτηρίζονται από επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας που φαίνεται από τα ακόλουθα : κατανάλωση σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο δηλαδή μέσα σε 2 ώρες, μιας ποσότητας τροφής, η οποία είναι μεγαλύτερη από αυτή που θα μπορούσε να καταναλωθεί από τους περισσότερους ανθρώπους κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις. Συνυπάρχει επίσης αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. ένα αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει).^{15}

Τα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία έχουν τη τάση να καταναλώνουν μια ποικιλία τροφών κατά τη διάρκεια επεισοδίου υπερφαγίας. Ίσως το πιο τυπικό είναι η κατανάλωση επιδορπίου ή σνακ όπως μπισκότα, παγωτά και κέικ. Τα άτομα επίσης αυτά καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα υγρών κατά τη διάρκεια της υπερφαγίας ίσως γιατί τους επιτρέπει να προκαλέσουν ευκολότερα έμετο. Υπάρχει επανειλημμένη απρόσφορη αντισταθμική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι έμετοι λόγω της

κακής χρήσης καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, λόγω νηστείας ή λόγω υπερβολικής σωματικής άσκησης. Ο βουλιμικός αξιολογεί τον εαυτό του με βάση το σχήμα και το βάρος του σώματος. Τα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία εμπλέκονται σε ανορθόδοξες προσπάθειες για να απαλλαγούν από την αύξηση του σωματικού βάρους με την πιο συχνή συμπεριφορά τον αυτοπροκαλούμενο έμετο. Ο έμετος είναι συχνά δύσκολο να προκληθεί όταν αρχίζει η νόσος αλλά γίνεται λιγότερο δύσκολος και πιο συνηθισμένος με την πάροδο του χρόνου. Πολλά άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία καταλήγουν στο να προκαλούν έμετο όχι μόνο μετά από τα επεισόδια υπερφαγίας αλλά μετά από την κατανάλωση οποιουδήποτε γεύματος είτε μεγάλο είναι είτε μικρό. Πολλοί ασθενείς χρησιμοποιούν φάρμακα στην προσπάθεια να αντισταθμίσουν τα επεισόδια υπερφαγίας. Συχνά παίρνουν μεγάλες ποσότητες καθαρτικών χωρίς συνταγή για να προκαλέσουν διάρροια. Αν και η κατάχρηση καθαρτικών σίγουρα θα προκαλέσει άμεση απώλεια βάρους που αυτό οφείλεται στην αφυδάτωση. Και αυτό διότι τα καθαρτικά δρουν κατά κύριο λόγο στο παχύ έντερο ενώ η απορρόφηση θερμίδων γίνεται στο λεπτό έντερο. Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και η απρόσφορη αντισταθμική συμπεριφορά εμφανίζονται κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα 3 μηνών. Τα συμπτώματα της Ανορεξίας, καθώς πολλές φορές η Βουλιμία εμφανίζεται σε άτομα με ιστορικό ανορεξία. Και στις δύο περιπτώσεις παρατηρούμε υπερβολική ενασχόληση και προσπάθεια ελέγχου του σωματικού βάρους. Ωστόσο στην Ανορεξία το βάρος του ατόμου είναι τουλάχιστο 15% λιγότερο από το κανονικό βάρος σε σχέση με την ηλικία και το ύψος του) ενώ στη Βουλιμία το βάρος είναι κανονικό ίσως και λίγο παραπάνω από το κανονικό. Άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία έχουν συνήθως συμπτώματα για αρκετά χρόνια και η πορεία κατάστασης αυτής χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις ή από χρόνια συνεχή συμπτωματολογία. Σε αρκετές περιπτώσεις η κατάσταση βαθμιαία περνάει σε κατάσταση ύφεσης. ^{19,1}

3.5 Επιδημιολογία

Η Ψυχογενή Βουλιμία όπως και η Ψυχογενή Ανορεξία είναι σημαντικά συχνότερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες κυρίως γυναίκες στις δυτικές κοινωνίες αλλά η έναρξη της τοποθετείται μεταγενέστερα στην εφηβεία σε σχέση με τη Ψυχογενή Ανορεξία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή. Περίπου 10-15% των πασχόντων με Ψυχογενή Βουλιμία είναι άνδρες και παρατηρείται συχνότερα σε ομοφυλόφιλους. Σημαντική μελέτη δείχνει ότι η Ψυχογενή Βουλιμία εμφανίζεται μέχρι και τέσσερις φορές μεγαλύτερη από ότι στο γενικό πληθυσμό σε αθλήτριες. Μια περίοδος έντονης διατροφικής στέρησης προηγείται της έναρξης και των δύο κυριότερων διαταραχών λήψης τροφής δηλαδή της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Ψυχογενούς Βουλιμίας για το οποίο οι εκδηλώσεις της ασθένειας παρουσιάζονται με υπερβολική κατανάλωση τροφής. Οι εκτιμήσεις για τη Ψυχογενή Βουλιμία κυμαίνονται στο 1-3% των νεαρών γυναικών. Υπολογίζεται ότι το 25-70% με Ψυχογενή Βουλιμία

εμφανίζεται σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις για την απώλεια σωματικού βάρους.^{8}

Επειδή οι διαταραχές διατροφής συχνά επικαλύπτονται από άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως για παράδειγμα με την κατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια, σε αρκετές περιπτώσεις κάποια συμπτώματα της Ψυχογενούς Βουλιμίας μπορεί να επισκιάζονται από τα συμπτώματα των άλλων διαταραχών και γι' αυτό να δημιουργούνται δυσκολίες στη διάγνωση. Όπως στην περίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας, η συχνότητα εμφάνισης της Ψυχογενούς Βουλιμίας διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με τον πληθυσμό στον οποίο αναφερόμαστε και εκδηλώνεται σε σπάνιες περιπτώσεις στον ανδρικό πληθυσμό. Και τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι γενικά η εμφάνιση της Ψυχογενούς Βουλιμίας φαίνεται να έχει αυξηθεί σημαντικά μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο.^{4}



Εικόνα 2: Στην εικόνα αυτή φαίνεται μια από τις πιο συνηθισμένες κλινικές εκδηλώσεις της Ψυχογενούς Βουλιμίας ο αυτοπροκαλούμενος έμετος.

3.6 Τύποι Ψυχογενούς Βουλιμίας

Στο DSM-IV-TR διακρίνονται δύο τύποι Ψυχογενούς Βουλιμίας: α) ο καθαρτικός τύπος στον οποίο το άτομο κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών και β) ο μη καθαρτικός τύπος στον οποίο το άτομο κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας χρησιμοποιεί άλλες απρόσφορες, αντισταθμικές συμπεριφορές όπως η νηστεία ή η υπερβολική σωματική, αλλά

δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλύσμων. Οι δύο αυτοί τύποι διαφέρουν ως προς τον τρόπο με τον οποίο το άτομο προσπαθεί να αποβάλει κάθε θερμίδα που έχει πάρει. Μερικοί συγγραφείς εισηγήθηκαν πως οι καθαρτικοί τύποι ενοχλούνταν περισσότερο με την εικόνα του σώματος τους και έχουν άγχος για το φαγητό απ' ότι οι μη- καθαρτικοί, μεγαλύτερα προβλήματα συγκέντρωσης, αισθήματα ενόχων και περισσότερες σκέψεις για την αυτοκτονία. Οι μη-καθαρτικοί ισχυρίζονται ότι είναι υπέρβαροι και καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες από όσες φορές τις αποβάλλουν. Για να διαγνωστεί η Ψυχογενή Βουλιμία θα πρέπει το άτομο να διακατέχεται από επιμένουσα απασχόληση με το φαγητό και ανεξέλεγκτη επιθυμία να φάει με αποτέλεσμα να τρώει συχνά πάρα πολύ. Στη συνέχεια προσπαθεί να ισορροπήσει λαμβάνοντας καθαρτικά και διουρητικά ή κάνοντας έντονη γυμναστική ούτως ώστε να χάσει τις θερμίδες που πήρε από το φαγητό.^{19}

3.7 Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για τη Ψυχογενή Βουλιμία είναι:

- Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο παρακάτω:
 - το να τρώει κάποιος σε μια διακριτική χρονική περίοδο π.χ. (σε περίοδο 2 ωρών) μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις
 - μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου του πόσο τρώει κάποιος κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. μια αίσθηση ότι κάποιος δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι ή πόσο τρώει)
- Επανελημμένη ακατάλληλη αντισταθμική συμπεριφορά για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους όπως π.χ. πρόκληση εμέτου, κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, ενεμάτων ή άλλων φαρμάκων ή νηστεία, ή από υπερβολική άσκηση.
 - Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμικές συμπεριφορές και τα δύο, συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για 3 μήνες.
 - Η εκτίμηση του εαυτού αδικαιολόγητα επηρεάζεται από το σχήμα του σώματος και το βάρος.
 - Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας.^{19}

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Βουλιμίας κατά το ICD είναι:

- Επιμένουσα υπεραπασχόληση με τη διατροφή και ακατανίκητη επιθυμία για πρόσληψη τροφής. Ο ασθενής υποκύπτει στην επιθυμία να τρώει υπερβολικά, επεισόδια υπερφαγίας κατά τα οποία πολύ μεγάλες ποσότητες τροφής καταναλώνονται σε βραχείες χρονικές περιόδους.
- Ο ασθενής προσπαθεί να αντιρροπήσει την ‘παχυντική επίδραση’ της τροφής με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:
 - Αυτοπροσκαλούμενους εμέτους
 - Κατάχρηση καθαρτικών ουσιών
 - Εναλλασσόμενες περιόδους αποχής από την πρόσληψη τροφής
 - Χρήση φαρμάκων όπως ανορεκτικών, θυροειδικών σκευασμάτων ή διουρητικών. Διαβητικοί ασθενείς με Βουλιμία δυνατόν να παραμέλησαν τη θεραπεία τους με την ινσουλίνη.
- Η ψυχοπαθολογία εκφράζεται ως νοσηρός φόβος πάχυνσης. Ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του ένα αυστηρό καθορισμό όριο σωματικού βάρους, πολύ κάτω από το προνοσηρό επίπεδο το οποίο αποτελεί το άριστο ή το κατά τη γνώμη του γιατρού συμβατό με την υγεία σωματικού βάρους. Συχνά αλλά όχι πάντοτε, αναφέρονται στο ιστορικό επεισόδια ψυχογενούς ανορεξίας. Τυχόν προηγούμενο επεισόδιο μπορεί να έχει πλήρη κλινική έκφραση ή αν έχει προσλάβει ελάχισονα λανθάνουσα μορφή με μέτρια μόνο απώλεια βάρους ή και παροδική φάση αμηνόρροιας. Το μέσο διάστημα μεταξύ ενός επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας και ενός Ψυχογενούς Βουλιμίας μπορεί να κυμαίνεται από λίγους μέχρι μερικά χρόνια.^{18,16}

3.8 Διαφορική Διάγνωση

Για να τεθεί η διάγνωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας σε άτομο με κρίσεις υπερφαγίας και αντιρροπιστική ή καθαρτική συμπεριφορά πρέπει να αποκλειστεί πρώτα από όλα από τη Ψυχογενή Ανορεξία διότι η διαφορική διάγνωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας προϋποθέτει ένα προηγούμενο έκδηλο ή λανθάνον επεισόδια Ψυχογενούς Ανορεξίας. Σύμφωνα με το DSM-IV εφόσον το άτομο έχει επεισόδια υπερφαγίας/ κάθαρσης μόνον κατά την πορεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας δεν θα δοθεί ως επιπρόσθετη διάγνωση η Ψυχογενή Βουλιμία. Στην περίπτωση που κάποιο άτομο έχει επεισόδια υπερφαγίας / κάθαρσης αλλά δεν πληροί όλα τα κριτήρια για Ψυχογενή Ανορεξία τύπου υπερφαγίας / κάθαρσης π.χ. το βάρος του είναι φυσιολογικό ή η εμμηνορρυσία είναι κανονική τότε εναπόκειται στην κρίση του κλινικού να βάλει τη διάγνωση

Ψυχογενή Ανορεξία τύπου υπερφαγίας / κάθαρσης σε μερική ύφεση ή τη διάγνωση Ψυχογενούς Βουλιμίας. Ο κλινικός πρέπει επίσης να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής δεν έχει κάποια νευρολογική νόσο, όπως επιληπτικό ισοδύναμο, όγκο του κεντρικού νευρικού συστήματος ή ένα από τα σπάνια σύνδρομα Kluer – Bucy ή Klein Levin που χαρακτηρίζεται από σπάνια οπτική αγνωσία, καταναγκαστική συμπεριφορά γλειψίματος ή δαγκώματος και εξέταση των αντικειμένων με το στόμα, απάθεια, παρεκκλίνουσα σεξουαλική συμπεριφορά (υπερσεξουαλικότητα συνήθως) και παρεκκλίνουσες διαιτητικές συνήθειες (υπερφαγία συνήθως). Το σύνδρομο Kleine Levin χαρακτηρίζεται από παροδική εμφάνιση υπερυπνίας που διαρκεί 2-3 εβδομάδες και συνοδεύεται από υπερφαγία. Εμφανίζει την έναρξη του στην εφηβεία αλλά είναι συχνότερο στους άνδρες. Η διαφορική διάγνωση από τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Με Άτυπα Στοιχεία, όπου συχνά υπάρχει υπερφαγία, θα βασισθεί στο ότι δεν υπάρχει η παθολογική αντισταθμική συμπεριφορά, ούτε έντονη ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος. Όσον αφορά τα παρορμητικά επεισόδια υπερφαγίας, που μπορεί να παρατηρηθούν στη Μετايχμική Διαταραχή της Προσωπικότητας, θα μας οδηγήσουν σε διπλή διάγνωση, αν πληρούνται τα κριτήρια και για τις δύο διαταραχές.^{2,19}

3.9 Θεραπεία της Ψυχογενούς Βουλιμίας

Από τη δεκαετία του '80 και μετά έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεραπείες για τη Βουλιμία και το γεγονός ότι οι άνθρωποι με προβλήματα Βουλιμίας συχνά αναβάλλουν την εξασφάλιση βοήθειας είναι πολύ λυπηρό, δεδομένου ότι σήμερα υπάρχει ποικιλία αποτελεσματικών μορφών θεραπείας. Οι περισσότεροι ασθενείς με μη επιπλεγμένη Βουλιμία δηλαδή μια Βουλιμία χωρίς επιπλοκές μπορούν να αντιμετωπιστούν εξωνοσοκομειακά. Στις περισσότερες ωστόσο υπάρχει είτε διαιτητικό χάος με συνεχή επεισόδια υπερφαγίας, λήψεις καθαρτικών, τάση αυτοκτονίας, κατάχρηση ουσιών η νοσηλεία στο νοσοκομείο είναι απαραίτητα για κάποιο τουλάχιστον χρονικό διάστημα. Η ιδανική αντιμετώπιση θα προϋποθέτει τη συνεργασία ομάδας ειδικών στην οποία να συμμετέχουν παθολόγος, διαιτολόγος και ψυχοθεραπευτής. Στην περίπτωση που γίνει η διάγνωση κάποιας διαταραχής διατροφής και αποκλειστεί το ενδεχόμενο ύπαρξης κάποιου άλλου οργανικού προβλήματος, τότε ο ειδικός θα πρέπει να αποφασίσει για την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση την οποία θα ακολουθήσει. Σε κάθε περίπτωση όμως η εμπλοκή τα οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία είναι ιδιαίτερης σημασίας γιατί αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες επιτυχούς έκβασης της θεραπευτικής προσπάθειας. Σε ορισμένες περιπτώσεις η επίλυση ενδοοικογενειακών προβλημάτων όπως για παράδειγμα προβλημάτων που αφορούν τις σχέσεις του παιδιού με τους γονείς του, την ψυχοπαθολογία ή την απομόνωση της οικογένειας μπορεί να είναι καθοριστικής σημασίας προκειμένου να ξεπεραστούν οι διαταραχές διατροφής. Σύμφωνα με τις ψυχολογικές μεθόδους στη γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία θα πρέπει να θεωρείται πρώτη γραμμής θεραπεία για τη Ψυχογενή Βουλιμία. Η επιτυχία

βασίζεται στην απαρέγκλιτη τήρηση και την αυστηρή εφαρμογή εξαιρετικά λεπτομερών, καθοδηγούμενων από εγχειρίδια θεραπειών, που περιλαμβάνουν 20 περίπου συνεδρίες για χρονικό διάστημα 5-6 μηνών. Εφαρμόζεται ένας αριθμός γνωσιακών και συμπεριφορικών μεθόδων ώστε 1^ο να διακοπεί ο αυτοδιατηρούμενος συμπεριφορολογικός κύκλος υπερφαγίας και δίαιτας και 2^ο να τροποποιηθούν οι δυσλειτουργικές γνώσεις και πεποιθήσεις του ατόμου αναφορικά με το φαγητό, το βάρος, την εικόνα του σώματος και τη συνολική εικόνα του εαυτού. Στη δυναμική ψυχοθεραπεία η ψυχοδυναμική θεραπεία έχει αποκαλύψει μία τάση δυσκαμψίας των ενδοβλητικών και προβλητικών αμυντικών μηχανισμών. Με τρόπο ανάλογο με τη σχάση, τα άτομα διακρίνουν την τροφή σε δύο κατηγορίες : είδη που είναι θρεπτικά και είδη που είναι ανθυγιεινά.^{18}

Η τροφή που έχει οριστεί ως θρεπτική μπορεί να καταναλώνεται και να διατηρείται, επειδή ασυνείδητα συμβολίζει καλά ενδοβλημένα αντικείμενα, αλλά η ανθυγιεινή τροφή συμβολίζει την καταστροφικότητα, το μίσος και την κακία, και επομένως αποβάλλεται μέσω του εμετού. Τέλος στη φαρμακευτική θεραπεία τα αντικαταθλιπτικά είναι περισσότερο ευεργετικά σε σχέση με την αποτελεσματικότητά τους στη Ψυχογενή Ανορεξία. Στις μελέτες, τα συμπτώματα έχουν βελτιωθεί με την ιμιπραμίνη, τη δεσιπραμίνη, την τραζοδόνη και τους αναστολείς της μονοαμινο - οξειδάσης. Η φλουοξετίνη έχει επίσης βοηθήσει στην ελάττωση της υπερφαγίας και της επακόλουθης χρήσης καθαρτικών. Δίνεται δόση 20mg ή σε δόση 60mg την ημέρα για οκτώ εβδομάδες ή να λαμβάνουν εικονικό φάρμακο. Η θεραπεία με την χαμηλότερη δόση της φλουοξετίνης δηλαδή των 20mg είχε σαν αποτέλεσμα μείωση της υπερφαγίας και μείωση της συχνότητας των εμέτων σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Οι ασθενείς που λαμβάνουν 60mg φλουοξετίνης είχαν μεγαλύτερη βελτίωση στην υπερφαγία και στη μείωση των εμέτων. Η καρβαμαζεπίνη και το λίθιο δεν έχουν δείξει σημαντική αποτελεσματικότητα για την υπερφαγία, αλλά έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία ασθενών με συννοσηρές διαταραχές της διάθεσης.^{27}

3.10 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη Ψυχογενή Βουλιμία

Για την θεραπεία της Ψυχογενούς Βουλιμίας υπάρχουν λίγες νοσοκομειακές μονάδες που δέχονται ασθενείς προκειμένου να παρακολουθήσουν ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, δεδομένου ότι η διαταραχή προσδιορίζεται από την κατάσταση του ασθενούς. Όταν η είσοδος στο νοσοκομείο πραγματοποιείται προκειμένου να σταθεροποιηθούν και να ομαλοποιηθούν οι χαοτικές διατροφικές συνήθειες η παρακολούθηση του ασθενούς μετά την έξοδο του νοσοκομείου κρίνεται αναγκαία και καθοριστικής σημασίας προκειμένου να επιβεβαιωθεί η ομαλή και σταθερή πορεία του όσον αφορά τον έλεγχο που ασκεί στον εαυτό του και την υιοθέτηση του νέου διατροφικού μοντέλου στο περιβάλλον του. Όσον όμως ο ασθενής που πάσχει

από Ψυχογενή Βουλιμία βρίσκεται στο νοσοκομείο ο νοσηλευτής είναι υπόχρεος να τηρήσει όλα αυτά που θα αναφέρουμε πιο κάτω.^{16}

Οι ασθενείς με Βουλιμία έχουν επίγνωση του προβλήματος τους και θέλουν να βοηθηθούν άρα ο νοσηλευτής θα πρέπει να δημιουργήσει μια ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης έτσι ώστε κατά τη διάρκεια της συνέντευξης ο ασθενής να πει όλη την αλήθεια. Πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή για να συζητήσουν θετικές ιδιότητες για τον εαυτό τους έτσι ώστε να αναπτύξουν δύναμη για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα. Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να πλησιάζει το νοσηλευτικό προσωπικό όταν αισθάνεται την ανάγκη, έτσι με αυτόν τον τρόπο ο νοσηλευτής θα έρθει πιο κοντά στον ασθενή και θα μπορεί να καταλάβει τα συναισθήματα που νιώθει ο ασθενής για να βρει εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης. Επίσης ο νοσηλευτής πρέπει να ενθαρρύνει τους ασθενείς να συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες με άλλα πρόσωπα που έχουν την ίδια διαταραχή διατροφής και έτσι τους βοηθά να κερδίσουν πρόσθετη υποστήριξη. Για τους νεαρούς εφήβους που ζουν στο σπίτι τους, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενθαρρύνει την οικογενειακή θεραπεία για να διορθώσει τα δυσλειτουργικά οικογενειακά πρότυπα. Ο νοσηλευτής πρέπει να επιβλέπει τον ασθενή κατά τη διάρκεια του γεύματος και για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα μετά από το γεύμα, συνήθως 1 ώρα καθώς και να θέσει ένα χρονικό όριο για κάθε γεύμα και να προσπαθεί να δημιουργήσει ένα ευχάριστο και άνετο περιβάλλον για φαγητό. Τέλος ο νοσηλευτής πρέπει να αξιολογεί και να παρακολουθεί συνεχώς τις κινήσεις του ασθενή για να πιθανές τάσεις αυτοκτονίας.^{25}

4.1 Ο ορισμός της παχυσαρκίας

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό της Υγείας, η παχυσαρκία αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό χρόνια μεταβολικό νόσημα που προκύπτει από την αλληλεπίδραση γενετικών, φυσιολογικών, κοινωνικών, πολιτισμικών και συμπεριφοριστικών παραγόντων. Έχει απόκτηση έκταση παγκόσμιας επιδημίας και αποτελεί ένα μεγάλο κεφάλαιο στον κλάδο της υγείας εφόσον βάση στατιστικών στοιχείων εκτιμάται πως περισσότεροι από ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι είναι υπέρβαροι και περίπου 300 εκατομμύρια εξ αυτών παχύσαρκοι σε παγκόσμιο επίπεδο. Κατατάσσεται στους 10 πρώτους άμεσα επικίνδυνους παράγοντες για την παγκόσμια υγεία. Δεν είναι πάθηση με την έννοια η φυματίωση ή η γρίπη. Δεν οφείλεται σε μικρόβιο ή σε ιό αλλά στη προσωπική συνήθεια της πολυφαγίας. Η παχυσαρκία ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα ονομάζεται η υπερβολική αποταμίευση ενέργειας στον οργανισμό με τη μορφή λίπους. Είναι αποτέλεσμα μιας χρόνιας διαταραχής του μεταβολισμού που προκαλείται από υπερκατανάλωση τροφής και την υπερβολική λήψη θερμίδων. Έχει αποδειχθεί ότι η παχυσαρκία, αυξάνει το κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων, εγκεφαλικών επεισοδίων και σακχαρώδους διαβήτη, ενώ η απώλεια σωματικού βάρους έστω και 5-10%

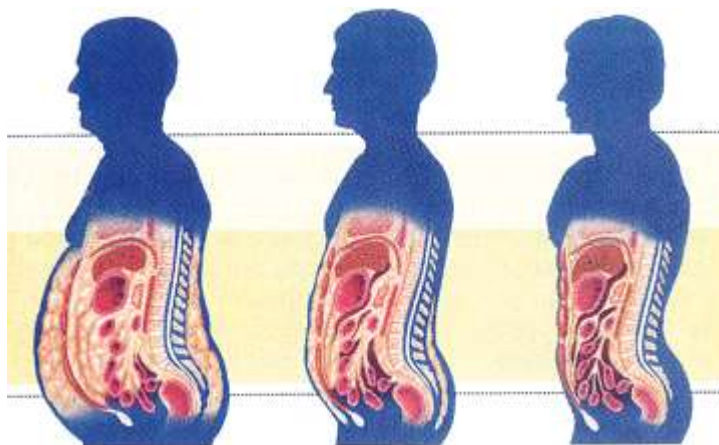
μπορεί να μειώσει τους παράγοντες κινδύνου και την αρτηριακή πίεση. Με δύο λόγια η παχυσαρκία είναι σοβαρή απειλή για την υγεία και ύπουλος εχθρός για την αισθητική του σώματος. Κι ενώ σε προϊστορικές εποχές μπορεί να έπαιζε το ρόλο μιας αποθήκης λίπους και να εξασφάλιζε την επιβίωση σε περιόδους λιμού, το μόνο που εξασφαλίζει σήμερα είναι η μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης του ατόμου. Αποτελεί ένα διεθνώς αναγνωρισμένο παράγοντα κινδύνου για τη δημόσια υγεία που στις μέρες μας έχει λάβει διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας. Χαρακτηριστικό είναι ότι στις αναπτυγμένες χώρες η επίπτωση της παχυσαρκίας αυξήθηκε την τελευταία δεκαετία κατά 37%. Οι μεσογειακές χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα έχουν τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας στην Ευρώπη.^{12,17}

4.2 Τα αίτια της Παχυσαρκίας

Η παθογένεια της παχυσαρκίας είναι πολύπλοκη. Στην όλη διεργασία συμμετέχουν τόσο οι ορμονολογικοί παράγοντες, οι ψυχολογικοί παράγοντες όπου πολλοί άνθρωποι τρώνε αντιδραστικά στα αρνητικά συναισθήματα δηλαδή στο άγχος, στη λύπη, στο θυμό. Πρόσφατη έρευνα αποκάλυψε έως και το 70% των ανθρώπων, όταν αγχώνονται καταφεύγει στο ψυγείο. Ευθύνονται επίσης και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπου έχουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας αλλά και οι προσωπικές επιλογές τροφών, αριθμών γευμάτων κλπ επηρεάζουν το βάρος του ατόμου. Για παράδειγμα οι Έλληνες κατά τα τελευταία χρόνια δείχνουν μια μεγάλη στροφή προς τροφές με πολλά συντηρητικά και λίπος, όπως για παράδειγμα το “γρήγορο φαγητό” σε αντίθεση με τους Έλληνες προηγούμενων γενεών που προτιμούσαν την ευρέως πια διαδεδομένη “μεσογειακή διατροφή” των ελαιολάδων, των λαχανικών και φρούτων. Η παχυσαρκία φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά και από γενετικούς παράγοντες. Η κληρονομικότητα αναμφισβήτητα ευθύνεται για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Ωστόσο το γεγονός ότι τα μέλη μια οικογένειας μοιράζονται κατά κανόνα κοινό τρόπο ζωής και άρα διατροφικών συνηθειών καθιστά δύσκολη την αναγνώριση του βαθμού επίδρασης των γενετικών παραγόντων. Σε μια μελέτη ενηλίκων που υιοθέτησαν κατά την παιδική του ηλικία, βρέθηκε να έχουν βάρος πιο σχετικό με αυτό των βιολογικών γονιών τους παρά με αυτό των γονιών με ους οποίους μεγάλωσαν. Άλλες αιτίες της παχυσαρκίας φαίνεται όπως μερικές ασθένειες να οδηγούν στην παχυσαρκία έστω σε μια τάση αύξησης του βάρους. Ο υποθυρεοειδισμός, το σύνδρομο Cushing, η κατάθλιψη και ορισμένα νευρολογικά προβλήματα που μπορούν να οδηγήσουν στην υπερκατανάλωση τροφής ή στην αύξηση βάρους. Επίσης, τα φάρμακα όπως τα στεροειδή και μερικά αντικαταθλιπτικά χάπια μπορούν να προκαλέσουν αύξηση βάρους.^{6}

Και τέλος πέρα από τους γενετικούς, περιβαλλοντικούς και ψυχολογικούς παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν και κάποιοι εξωτερικοί παράγοντες που ευνοούν την παχυσαρκία όπως:

- το φαγητό θεωρείται ευχάριστο, διασκεδαστικό γεγονός και διαφημίζεται ασταμάτητα από τα ΜΜΕ.
- Τα φαστ φουντ δελεάζουν τους μικρούς πελάτες τους με τα παιχνίδια και διαγωνισμούς.
- Οι συσκευασίες των φαγητών και ο τρόπος που πλασάρονται στα ράφια προσελκύουν τα παιδιά.
- Οι μερίδες που προσφέρονται στα εστιατόρια είναι μεγάλες, ενώ συχνά δεν υπάρχουν υγιεινά πιάτα στους καταλόγους τους.
- Τα παιδιά συχνά τρώνε έξω από το σπίτι.
- Στα σχολεία πωλούνται αμφίβολης ποιότητας φαγητά
- Οι κακές διατροφικές συνήθειες μιας οικογένειας και οι λανθασμένες απόψεις της για την υγεία
- Η έλλειψη ελεύθερου χρόνου
- Τα παιδιά μένουν μόνα τους στο σπίτι μετά το σχολείο
- Κάνουν καθιστική ζωή όπως περνούν πολλές ώρες μπροστά από την τηλεόραση τον υπολογιστή κ.α.
- Εμπόδια στην άσκηση για παράδειγμα γειτονιές χωρίς πεζοδρόμια, δρόμος που περνούν πολλά αυτοκίνητα, σπίτια χωρίς κοντινά πάρκα κ.α. ^{12,14}



Εικόνα 4: Στάδια της παχυσαρκίας

4.3 Θεραπεία της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία είναι χρόνια κατάσταση που απαιτεί μακροχρόνια αντιμετώπιση. Κύριος στόχος για τη θεραπεία της παχυσαρκίας παραμένει η απώλεια βάρους η οποία μπορεί να επιτευχθεί μόνο με τη δημιουργία αρνητικού θερμιδικού ισοζυγίου. Αυτό όμως μπορεί να παρουσιάζει μεγάλες δυσκολίες εφόσον ο αρχικός στόχος περιλαμβάνει την απώλεια του 10% του αρχικού σωματικού βάρους σε διάστημα περίπου 6 μηνών με ποσοστό επιτυχίας της πρώτης προσπάθειας μειώσεις αυτού του βάρους να κυμαίνεται μεταξύ 12 και 29% ενώ η μείωση του βάρους κατά 20 kg πραγματοποιείται μόνο στο 3 με 8% των περιπτώσεων. Παράλληλα με τη δίαιτα συνιστάται αύξηση της σωματικής δραστηριότητας η οποία επικουρεί μεν ελαφρώς στην αρχική απώλεια βάρους αλλά κυρίως φαίνεται και βοηθάει στη μακροπρόθεσμη επιτυχία της θεραπείας. Τέλος στη μη φαρμακευτική παρέμβαση συμπεριλαμβάνονται οδηγίες σχετικά με την αλλαγή της συμπεριφοράς. Στην προσπάθεια αντιμετώπισης της παχυσαρκίας περιλαμβάνεται και η χρησιμοποίηση διαφόρων φαρμάκων που θα πρέπει να αποτελεί το δεύτερο βήμα για την αντιμετώπισή της. Το παχύσαρκο άτομο θα πρέπει να καταφεύγει σε χρήση φαρμάκων μόνο όταν η διαιτολογική αντιμετώπιση έχει αποδεδειγμένα αποτύχει στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Η χρήση των φαρμάκων συνδυάζεται με πληθώρα ανεπιθύμητων ενεργειών και θα πρέπει να διευκρινίσει ότι η χρήση φαρμάκων κατά της παχυσαρκίας δεν απαλλάσσει το παχύσαρκο άτομο από την ανάγκη να υποβληθεί σε δίαιτα ή σε σωματική άσκηση. Απλά βοηθάει περισσότερο στην απώλεια βάρους αλλά και στην αποφυγή υποτροπής. Τα φάρμακα που είναι εγκεκριμένα και ενδείκνυνται για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας σήμερα είναι η ορλιστάτη και η σιμπουτραμίνη.^{11}

Τέλος ένα τρίτο και τελευταίο βήμα για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας μπορεί να αποτελεί η χειρουργική επέμβαση. Η χειρουργική θεραπεία αφορά επιλεγμένες περιπτώσεις νοσογόνου παχυσαρκίας και το άτομο μπορεί να αντιμετωπιστεί χειρουργικά αποκλειστικά και μόνο όταν οι άλλες προσπάθειες θεραπείας έχουν αποτύχει και όπου οι κίνδυνοι για την ζωή αλλά και για την υγεία του ατόμου είναι αυξημένοι. Ωστόσο οι χειρουργικές τεχνικές παρεμβάσεις δεν είναι άμοιρες ανεπιθύμητων ενεργειών και επιπλοκών, οι οποίες ενίοτε σοβαρές. Τονίζεται ότι η επιλογή των ασθενών θα πρέπει να γίνεται προσεκτικά και σε ειδικευμένα κέντρα τα οποία εξασφαλίζουν την μακροχρόνια παρακολούθησή τους.^{20}

4.4 Αναφορά στην Υπερφαγία

Οι πρόσφατες έρευνες έχουν επικεντρωθεί στη μελέτη μιας κατηγορίας ατόμων που βιώνουν έντονα συμπτώματα αγωνίας λόγω της υπερφαγίας αλλά δεν καταφεύγουν σε ακραίες αντισταθμικές συμπεριφορές και γι' αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι υποφέρουν από Βουλιμία. Τα άτομα αυτά υποφέρουν από τη

διαταραχή της υπερφαγίας. Η διαταραχή αυτή περιλαμβάνεται στο παράρτημα του DSM-IV ως μια πιθανή καινούργια διαταραχή που χρειάζεται όμως περαιτέρω μελέτη. Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι η διαταραχή αυτή θα πρέπει να συμπεριληφθεί στις επόμενες εκδόσεις του DSM ως μια ανεξάρτητη διαταραχή ή τουλάχιστον να συνδυαστεί με άλλες υπάρχουσες διαταραχές. Για παράδειγμα ο Gastonguay και οι συνεργάτες του, (1995), υποστηρίζουν ότι η διαταραχή της υπερφαγίας και η ψυχογενής βουλιμία θα μπορέσουν να συνδυαστούν, επειδή η μεγάλη κατανάλωση τροφής, αποτελεί κυρίαρχο χαρακτηριστικό και των δύο διαταραχών. Τα άτομα θα μπορούσαν έτσι να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με το εάν χρησιμοποιούν μεθόδους κάθαρσης όπως για παράδειγμα ο έμετος, καθαρτικά ή διουρητικά ή όχι και με το εάν είναι παχύσαρκα ή όχι. Οι μελλοντικές έρευνες θα καθορίσουν το κατά πόσο αυτή η περιγραφή θα είναι χρήσιμη.^{15}

Οι περισσότεροι άνθρωποι κατά καιρούς τυχαίνει να φάνε περισσότερο από ότι συνηθίζουν χωρίς αυτό να αποτελεί πρόβλημα. Ωστόσο υπάρχει μια λεπτή γραμμή που διαχωρίζει μια απλή περίπτωση μεγάλης κατανάλωσης φαγητού από την επεισοδιακή υπερφαγία μια νέα διατροφική διαταραχή που τρέφει τα συναισθήματά μας. Οι άνθρωποι που εμφανίζουν τη διαταραχή της υπερφαγίας φαίνονται να διαφέρουν με πολλούς τρόπους από τα άτομα που υποφέρουν από άλλες διαταραχές στην πρόσληψη τροφής και από εκείνα που είναι παχύσαρκα, αλλά δεν καταναλώνουν υπερβολικές τροφές. Για παράδειγμα η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα δεν είναι τόσο μεγάλη στα πλαίσια αυτής της διαταραχής με την αναλογία των γυναικών προς τους άντρες να κυμαίνεται από το 3:1 έως 2:1, σε σύγκριση με την αναλογία 9:1 στην περίπτωση της βουλιμίας και της ανορεξίας. Οι Tanofsky, Wilfy, Spurrel, Welch και Brownell του 1997, συγκρίνοντας τις γυναίκες και τους άντρες που εμφανίζουν αυτή τη διαταραχή δεν εντόπισαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά στις ανησυχίες των ατόμων για τη σωματική κατάσταση ή το βάρος, στη διατάραξη των διατροφικών συνηθειών, στις διαπροσωπικές δυσκολίες ή στην αυτοεκτίμηση. Όμως οι άντρες φαίνεται να είχαν όντως άλλες διαταραχές, όπως μία αγχώδη διαταραχή ή μία διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών, ενώ οι γυναίκες ανέφεραν συχνότερα από τους άντρες ότι καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα τροφής ως αντίδραση στο άγχος, στο θυμό, στην απογοήτευση ή στην κατάθλιψη. Τα άτομα που υποφέρουν από υπερφαγία και αναζητούν θεραπεία είναι συνήθως ηλικίας περίπου 40 ετών, μεγαλύτερα δηλαδή κατά μέσο όρο από τα άτομα που υποφέρουν από ανορεξία ή Βουλιμία. Όμως, από τη στιγμή που η ηλικία να είναι μεταξύ 19 και 25 ετών, το γεγονός αυτό μάλλον σημαίνει ότι τα άτομα που υποφέρουν από υπερφαγία δεν αποφασίζουν αμέσως να ακολουθήσουν θεραπεία για το πρόβλημά τους. Τα άτομα αυτά εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα συνοδών ψυχολογικών διαταραχών και σοβαρότερη ψυχοπαθολογία από ότι τα παχύσαρκα άτομα που δεν καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα τροφής. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της επεισοδιακής υπερφαγίας είναι η κατανάλωση πολύ μεγάλης ποσότητας φαγητού και η αίσθηση αδυναμίας διακοπής του περιστατικού η οποία παρατηρείται τουλάχιστον 2 φορές την

εβδομάδα για περισσότερους από 6 μήνες. Η μεγάλη κατανάλωση φαγητού γίνεται προκειμένου το άτομο να καλύψει συναισθηματικές ανάγκες (θυμό, στεναχώρια, άγχος κλπ). Άλλο χαρακτηριστικό της υπερφαγίας είναι η κατανάλωση φαγητού κρυφά γιατί το άτομο ντρέπεται για τη συμπεριφορά του. Υπάρχει επίσης αίσθημα αηδίας, κατάθλιψη, ενόχων και αποστροφής μετά το επεισόδιο. Η βασική διαφορά της επεισοδιακής υπερφαγίας από τη βουλιμία είναι ότι μετά το επεισόδιο το άτομο δεν καταφεύγει σε “εξισορροπιστικές” μεθόδους όπως εμέτους, χρήση καθαρτικών, υπερβολική άσκηση. Τα τρόφιμα συνήθως που επιλέγονται στα περιστατικά υπερφαγίας είναι εύγεστα, φτωχά σε θρεπτικά συστατικά (συνήθως πρόκειται για τρόφιμα πλούσια σε ζάχαρη και λίπος, αμυλούχα τρόφιμα ή junk food και χρησιμοποιούνται προκειμένου να “ανακουφιστούν” ή να “ανταμείψουν” το άτομο. Η επιλογή των τροφίμων γίνεται με βάση προηγούμενες εμπειρίες, οι οποίες έχουν τις ρίζες τους ακόμα και στην παιδική ηλικία. Ενδεικτικά η κατανάλωση σοκολάτας ή άλλων γλυκισμάτων που έχουν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν σαν ανταμοιβή καλής συμπεριφοράς ή έχουν συνδυαστεί με ευχάριστα γεγονότα όπως γιορτές ή εκδηλώσεις και έτσι καλλιεργεί την ιδέα ότι το φαγητό έχει τη δύναμη να προκαλεί ευχάριστα συναισθήματα. Ως συνέπεια το άτομο χρησιμοποιεί τα τρόφιμα αυτά για να κάψει δυσάρεστα συναισθήματα, αναζητώντας τη “χαρά” που έχει νιώσει κατά την κατανάλωση τους στο παρελθόν. Η πρακτική αυτή ονομάζεται “comfort eating” δηλαδή “φαγητό παρηγοριάς” και σχετίζεται με διάφορες διατροφικές διαταραχές μεταξύ των οποίων και η επεισοδιακή υπερφαγία. Ωστόσο το “φαγητό παρηγοριάς” τελικά μόνο παρηγοριά δεν επιφέρει αφού όταν το άτομο ενδώσει τελικά αισθάνεται ενοχές, αδυναμία χαρακτήρα, αποτυχία και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τα άτομα που εμφανίζουν συχνότερα τη διαταραχή είναι οι νεαρές γυναίκες ειδικά εκείνες που προβληματίζονται πολύ με την εμφάνιση τους και έχουν ως πρότυπο ομορφιάς το πολύ αδύνατο “ανορεκτικά μοντέλα”. Επίσης εμφανίζουν υπερφαγία άτομα με έντονο στρες και ψυχολογικά προβλήματα καθώς και χαμηλή αυτοπεποίθηση. Παρουσιάζεται επίσης και σε άτομα με αυξημένο σωματικό βάρος χωρίς αυτό να σημαίνει ότι όλα αυτά τα υπέρβαρα άτομα έχουν επεισόδια υπερφαγίας και επίσης εμφανίζεται σε άτομα που έχουν κάνει πολλές αποτυχημένες προσπάθειες απώλειας βάρους.^{10}

4.5 Οι διατροφικές διαταραχές στα Ελληνικά δεδομένα

Οι περιπτώσεις των ψυχογενών διατροφικών διαταραχών αυξάνονται καθημερινά με όλο και περισσότερους ανθρώπους να αναζητούν εξειδικευμένη βοήθεια και υποστήριξη. Ανησυχητική έκταση λαμβάνει η Ελλάδα το πρόβλημα των διατροφικών διαταραχών οι οποίες αποτελούν μια σοβαρή πάθηση και εμφανίζονται κυρίως στην περίοδο της εφηβείας. Υπολογίζεται μάλιστα ότι σήμερα ένα εκατομμύριο έφηβοι και νεαροί ενήλικες πάσχουν στην Ελλάδα από κάποια μορφή διατροφικής διαταραχής, γεγονός που σημαίνει ότι δύο εκατομμύρια οικογένειες βρίσκονται αντιμέτωπες με το πρόβλημα αυτό. Οι

παλιότερες γενιές θεωρούσαν το πάχος απόδειξη υγείας και ομορφιάς. Φαίνεται πως οι Ελληνίδες και οι Έλληνες δεν έχουν ξεφύγει ακόμη από αυτήν την νοοτροπία. Με βάση την έκθεση της επιτροπής των Ευρωπαϊκών κοινοτήτων, οι Ελληνίδες είναι οι πιο παχουλές Ευρωπαίες. Έχουν μεν τα λιγότερα κρούσματα καρκίνου και το μικρότερο αριθμό αυτοκτονιών αλλά από όλες τις χώρες της Ευρώπης έχουν τα υψηλότερα ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων γυναικών με ποσοστό 33,2%. Αυτό σημαίνει ότι 1 στις 3 Έλληνες κουβαλάνε περιττά κιλά. Ακολουθεί η Πορτογαλία με 28,5% και οι πιο αδύνατες είναι οι Γάλλοι με 15,5%. Κανονικό βάρος έχουν οι Γερμανοί οι Ιρλανδοί και οι Σουηδοί. ^{23,1}

Μια πρόσφατη έρευνα που έγινε από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και αφορούσε τη διερεύνηση για τη συμπεριφορά στην πρόσληψη τροφής σε μαθητές και μαθήτριες λυκείου στην Θεσσαλονίκη σε ηλικία 17 ετών. Το ποσοστό κοριτσιών με παθολογικές στάσεις και συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής ήταν 24,8% ενώ το αντίστοιχο σε αγόρια ήταν 7,8 %. Η δυσφορία και η δυσαρέσκεια που βιώνουν οι Ελληνίδες για το σώμα τους τις κάνει να καταφεύγουν σε παθολογικές συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής και έτσι προκαλούνται κίνδυνοι για την ανάπτυξη ανορεξίας, βουλιμίας ακόμη παχυσαρκίας και υπερφαγίας. Επίσης μέσω των απαντήσεων που κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με το βάρος τους και το ύψος τους μόνο το 50% των κοριτσιών και το 58% των αγοριών θεωρούν το βάρος κανονικό για το ύψος τους. Το 65% των κοριτσιών και 33,5% των αγοριών θα ήθελαν να χάσουν κιλά. Τα κορίτσια ζυγίζονται πολύ συχνότερα από τα αγόρια. Το 52% των νέων Ελληνίδων δήλωσε ότι θεωρεί τον εαυτό του υπέρβαρο ενώ το 8,4% παχύσαρκο. Τα ίδια ποσοστά ήταν αυξημένα και για τους άνδρες. Στην πραγματικότητα όμως μόνο το 8% είχε πρόβλημα περιττών κιλών και λιγότερο από 1% ήταν παχύσαρκοι. Συμπερασματικά σύμφωνα με τα πιο πάνω αποτελέσματα μπορούμε να πούμε ότι οι νεαρές Ελληνίδες και οι νέοι Έλληνες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά διαταραγμένων συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής άρα πολλές από αυτές έχουν αναπτύξει κάποια διατροφική διαταραχή. ^{5}

4.6 Περιστατικό Ψυχογενούς Ανορεξίας

Η Ζ.Χ ήταν 19 χρονών με ύψος 1,74 και ζύγιζε 47 kg μετά από μια εξαντλητική δίαιτα. Νοσηλευόταν στο Γενικό Νοσοκομείο της Πάφου στην Κύπρο στο τμήμα της Ψυχικής Υγείας. Η ασθενής υπέφερε από αφόρητους πόνους στο στομάχι και στα οστά καθώς είχε παρατηρήσει και αλλαγές στον εμμηνορυσιακό κύκλο της. Φαινόταν να έπασχε από κατάθλιψη αφού έλεγε ότι ένιωθε πολύ παχιά και η ψυχική της κατάσταση ήταν διαταραγμένη. Η μητέρα της μας ανέφερε ότι τις τελευταίες εβδομάδες αρνιόταν για τροφή ενώ δεν είχε φάει τίποτα όλη την υπόλοιπη ημέρα. Όταν την ρώτησαν αν όλες αυτές οι περίεργες συμπεριφορές ισχύουν αυτή αρνιόταν τα πάντα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Έντονος πόνος στο στομάχι λόγω της ασιτίας	Ανακούφιση απο τον πόνο στο στομάχι	Συνεχής παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου και της κατάστασής του	Τρίωρη μέτρηση ζωτικών σημείων και σύνδεση του ασθενή στο monitor. Χορήγηση 1amp apotel 10 ml σε N/S και 1fl Iordin 40mg IV	Η ασθενής ανακουφίστηκε απο τον πόνο στο στομάχι
Πόνος στα οστά λόγω αδυναμίας και έλειψη σιδήρου και ασβεστίου	Αντιμετώπιση του πόνου στις οστά	Σωστή διατροφή πλούσια σε βιταμίνες, σίδηρο και ασβέστιο	Χορηγήθηκε Fe, Ca, και B12 1amp σε N/S 100ml	Η διατροφή του ρυθμίστηκε και βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα
Σε αντιστοιχία με το ύψος της το βάρος της ήταν μειωμένο	Αποκατάσταση του βάρους σε αντιστοιχία με το ύψος	Προετοιμασία αρρώστου και ενημέρωση για χορήγηση βιταμινών.	Χορήγηση βιταμίνης articlox 2ml 1x1 IM	
Αρνείται στην πρόσληψη τροφής	Πλήρης αποκατάσταση του αρρώστου Διδασκαλία για τη σωστή διατροφή	Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα Διδασκαλία ασθενή και συγγενών για την απαραίτητη λήψη τροφής	Σίτιση ασθενούς μέσω ρινογαστρικού σωλήνα	Η ασθενής μετά από 2 χρόνια σκληρής θεραπείας σταθεροποίησε το βάρος της, από 47 kg σε 57 kg
Συμπτώματα κατάθλιψης	Αντιμετώπιση της κατάθλιψης	Χορήγηση αντικαταθλιπτικών μετά από οδηγίες του γιατρού	Χορηγήθηκαν αντικαταθλιπτικά φάρμακα όπως η δόση χλωροπρομαζίνης ½ tab μέχρι τα 400mg ημερησίως.	Ο ασθενής είναι σε θέση να κατανοήσει τη κατάσταση του και να συμβάλλει στην περαιτέρω βελτίωση αυτής
Αλλαγές στον εμμηνορυσιακό της κύκλο	Ορμονική επαναφορά	Ζύγισμα της ασθενούς καθημερινά Υπολογισμός πρόσληψης και απώλειας υγρών	Η ασθενής ζυγίζεται καθημερινά και προσεκτικά κατά τη διάρκεια και μετά το φαγητό	

4.7 Περιστατικό με Ψυχογενή Βουλιμία

Η Ε.Δ είναι 21 χρονών νοσηλεύτηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου της Κύπρου στην κλινική Ψυχικής Υγείας μετά από διάγνωση Ψυχογενούς Βουλιμίας. Η μητέρα της ανέφερε ότι πριν από 2 χρόνια έπασχε από ψυχογενή ανορεξία. Η ασθενής έκανε κατάχρηση μεγάλων ποσοτήτων καθαρτικών ουσιών και διουρητικών νομίζοντας ότι με αυτό τον τρόπο θα χάσει βάρος προκαλώντας σε αυτήν διάρροιες. Επίσης ανέφερε ότι έκανε υπερβολική κατανάλωση φαγητού χωρίς έλεγχο και αμέσως μετά αυτοπροκαλούσε έμετο. Ένωθε απομακρυσμένη από όλους τους φίλους της και απόρριψη λόγω του βάρους της.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Κατάχρηση μεγάλων ποσοτήτων καθαρτικών και διουρητικών	Πλήρης αποκατάσταση του αρρώστου	Αποφυγή κατάχρησης μεγάλων ποσοτήτων καθαρτικών ουσιών και διουρητικών		Η ασθενής σταμάτησε να παίρνει καθαρτικά φάρμακα και διουρητικά
Διάρροια λόγω της κατανάλωσης μεγάλης ποσότητας καθαρτικών	Αντιμετώπιση της διάρροιας	Δίαιτα ανάλογη με την κατάσταση του αρρώστου και διδασκαλία αρρώστου και συγγενών	Χορηγήθηκε δίαιτα Χορήγηση caps imotium 2mg 1x1	Σταμάτησαν οι διάρροιες.
Αυτοπροκαλούμενος εμέτους	Αντιμετώπιση των αυτοπροκαλούμενων εμέτων και επίβλεψη της διατροφής του	Παρακολούθηση της γαστροπροστασίας	Χορήγηση 1fl lordin 2x1	Η ασθενής αποκαταστήθηκε απο την ναυτία και την ζάλη
Αναφέρει να νιώθει ναυτία και ζάλη	Πλήρης αποκατάσταση του αρρώστου		Χορηγήθηκε 1amp primperan IM	
Αφυδάτωση λόγω κατάχρησης καθαρτικών ουσιών	Αντιμετώπιση της αφυδάτωσης	Ενυδάτωση της ασθενούς	Χορηγήθηκε 500 ml N/S κάθε 8 ώρες	Η ασθενής ενυδατώθηκε
Νιώθει δυσφορία	Αντιμετώπιση της δυσφορίας	Παρακολούθηση του O2 του ασθενούς απο το monitor	Χορήγηση O2 με ρινική κάνουλα στα 2lt	
Κατάχρηση οινοπνευματώδη ποτών	Απεξάρτηση απο τη κατάχρηση των οινοπνευματώδη ποτών	Διδασκαλία αρρώστου και συγγενών για την απεξάρτηση και ψυχολογική υποστήριξη		Ο ασθενής είναι σε θέση να κατανοήσει το θεραπευτικό σχήμα και είναι σε θέση να συμβάλλει στην περαιτέρω βελτίωση της κατάστασής του

Κατάθλιψη	Αντιμετώπιση της κατάθλιψης	Χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων μετά από οδηγίες του γιατρού	Χορηγήθηκαν 20 mg φλουξετίνης	
Ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες λόγω εμέτων	Ισοροπία υποκαλσιαιμίας		Χορηγήθηκε 1amp kcl σε 500ml N/S	

4.8 Περιστατικό της Παχυσαρκίας

Ο Γ.Σ είναι 52 ετών και ύψος 1,75 και ζυγίζει 147 kg. Μεταφέρθηκε στα εξωτερικά ιατρεία του Γ.Νοσοκομείου του Αιγίου όταν παραπονέθηκε για επίμονο πόνο στο στήθος. Έγιναν εργαστηριακές εξετάσεις μετά από την λήψη αίματος και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι έχει αυξημένη χοληστερόλη. Ο ασθενής είναι καπνιστής και επίσης αναφέρει ότι είναι και δυσκοίλιος. Οι γιατροί διαπίστωσαν ότι πάσχει από περικάρδιο άλγος και έτσι αποφάσισαν να νοσηλευτή στον καρδιολογικό θάλαμο για μερικές μέρες.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Αναφέρει πόνο στο στήθος	Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο του στήθους	Εφαρμογή ΗΚΓ, Τρίωρη μέτρηση ζωτικών σημείων και σύνδεση ασθενή με monitor	Χορήγηση 1amp apotel σε 1000 N/S	Ο ασθενής έχει σταθεροποιηθεί Σταμάτησε ο πόνος στο στήθος.
Μετά απο το ΗΚΓ έδειξε να έπαθε έμφραγμα μυοκαρδίου	Εξασφάλιση ανάπαυσης και ανακούφισης του πόνου	Τοποθέτηση O2 με ρινική κάνουλα στα 3 lt και τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα	Χορηγήθηκαν αναλγητικά 1amp morfine IV	Ο πόνος υποχώρησε
Περικάρδιο άλγος	Αντιμετώπιση του περικάρδιου άλγους	Χορήγηση αναλγητικών	Χορηγήθηκε παρακεταμόλη 500mg 1x4	
Αυξημένη χοληστερόλη στο αίμα	Μείωση της χοληστερόλης	Δίαιτα ανάλογη με την κατάσταση του αρρώστου	Χορηγήθηκε lipidor tab 40mg 1x2 για μείωση και ρύθμιση χοληστερόλης	Διδάκτικε για την δίαιτα που πρέπει να πάρει
Κατακράτηση υγρών	Ισοροπία ισοζυγίου	Μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών	Χορηγήθηκε Lasix 2amp IM 2x1	Ο ασθενής έχει σταθεροποιηθεί
Υπερβολικό βάρος	Μείωση του περιττού λίπους	Διδασκαλία ασθενούς για μείωση βάρους και προετοιμασία για χορήγηση διαίτας	Δίαιτα χαμηλή σε λίπη και αυξημένη σε βιταμίνες.	
Δερματικό ερύθημα στο σημείο της μασχάλης και της χώρας της ήβης	Ανάπλαση του δέρματος		Καθαρισμός της περιοχής και άλοιψη της fucidine στα σημεία του ερυθήματος	
Δυσκοιλιότητα λόγω κακής διατροφής	Αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας		Υποκυσμό	Οι κενώσεις του ασθενούς είναι φυσιολογικές

Καπνιστής	Διδασκαλία ασθενούς διακοπή καπνίσματος	για		Ψυχολογική υποστήριξη διακοπή καπνίσματος	για του
-----------	--	-----	--	--	------------

4.9 Περιστατικό Υπερφαγίας

Η Μ.Κ. είναι 25 ετών με φυσιολογικό βάρος για το ύψος της. Μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο στα εξωτερικά ιατρεία μετά από παράπονα ζάλης, εμέτους, αδυναμίας και κοιλιακό άλγος. Έγινε εργαστηριακός έλεγχος και όλα ήταν φυσιολογικά. Ο σύζυγος της όμως μας ανέφερε ότι η συμπεριφορά της τους τελευταίους μήνες έχει αλλάξει αφού πιστεύει ότι πάσχει από ψυχολογικά προβλήματα όπου και διαπιστώθηκαν. Επίσης ανέφερε ότι καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφής από αυτές που χρειάζεται καθώς και ότι έπαιρνε χρόνια μεγάλες ποσότητες καθαρτικών φαρμάκων. Ο γιατρός διέγνωσε ότι πάσχει από ειλεό λόγω της χρόνιας λήψης καθαρτικών φαρμάκων και έκρινε ότι πρέπει να νοσηλευτεί για αρκετές μέρες στην παθολογική κλινική.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ζάλη	Αντιμετώπιση της ζάλης	Τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα για την χορήγηση υγρών και φαρμάκων		Η ζάλη υποχώρησαν
Έμετοι	Αντιμετώπιση των έμετων		Χορήγηση 1amp primperan IM και ορό R/L 1000ml	Οι έμετοι σταμάτησαν
Κοιλιακό άλγος	Αντιμετώπιση του πόνου		Χορηγήθηκε 1 amp diclofenac IM	Η ασθενής ανακουφίστηκε απο το κοιλιακό άλγος
Έντονη δυσφορία	Αντιμετώπισης δυσφορίας	Ενημέρωση ασθενούς για οξυγονοθεραπεία	Τοποθέτηση O2 με ρινική κάνουλα στα 2 lt	
Υψηλή αρτηριακή πίεση 170/100 mmHg	Σταθεροποίηση της πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα	Φαρμακευτική αγωγή	Χορηγήθηκε υπογλώσιο tab adalac 10mg 1x1	Η ασθενής επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα
Καταναλώνει μεγάλες ποσότητες καθαρτικών	Πλήρης αποκατάσταση του αρρώστου	Αποφυγή κατάχρησης μεγάλων ποσοτήτων καθαρτικών ουσιών		Η ασθενής σταμάτησε να κάνει χρήση καθαρτικών ουσιών
Πάσχει από αποφρακτικό ειλεό	Αντιμετώπιση αποφρακτικού ειλεού		Υποκλυσμό	Η ασθενής ανακουφίστηκε
Σακχαρώδη διαβήτη τύπου II μετά απο έλεγχο του σακχάρου με ένδειξη 200	Αντιμετώπιση του διαβήτη		Χορηγήθηκαν 6.000 IU actrapid	

Ψυχολογικά προβλήματα και κατάθλιψη	Ψυχολογική υποστήριξη	Ενημέρωση του ψυχολόγου και διδασκαλία ασθενούς και συγγενών	Διδασκαλία από ψυχολόγο για συνεχή παρακολούθηση	
---	--------------------------	---	---	--

Συμπεράσματα-Προτάσεις

Εν κατακλείδι μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε καταδεικνύεται πως:

- Οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα πολυπαραγοντικής αιτιολογίας
- Οι διαταραχές παρουσιάζονται κυρίως στις γυναίκες ενώ στους άντρες οι αριθμοί φθάνουν μέχρι και το 10 %
- Στη ψυχογενή ανορεξία τα άτομα έχουν μεγάλη απώλεια βάρους λόγω της συνεχόμενης αποχής από το φαγητό και αυτό κάνει πιο εμφανή τη νόσο ενώ στην ψυχογενή βουλιμία το βάρος των ασθενών δεν παρουσιάζει συνήθως μεταβολές γιατί η ασθένεια δεν γίνεται εύκολα αντιληπτή
- Αξίζει να τονιστεί πως επεισόδια υπερφαγίας παρουσιάζονται και στην ανορεξία σε πιο ακραία διαστήματα
- Τόσο η ψυχογενή ανορεξία όσο και η ψυχογενή βουλιμία συχνά συνοδεύονται από άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις και χρήζουν άμεσης θεραπείας και χρόνιας παρακολούθησης
- Τόσο η ψυχογενή βουλιμία όσο και η ψυχογενής ανορεξία παρατηρούνται σε νεαρές ηλικίες
- Η θεραπεία πρέπει να είναι άμεση και συνεχής λόγω του υψηλού αριθμού των ασθενών που έχουν επανεμφανιστεί στη νόσο και του υψηλού ποσοστού θνησιμότητας
- Τόσο οι φαρμακευτικές όσο και οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις εφαρμόζονται για την θεραπεία η οποία πρέπει πάντοτε να ακολουθεί μια διαταραχή έτσι ώστε το άτομο να απαλλαγεί από αυτή την ανεπιθύμητη συμπεριφορά που μπορεί να του κοστίζει ακόμα και τη ζωή του.

Επίλογος

Το σώμα μας κατά τους ανθρωπολόγους , το τι τρώμε ή τι δεν τρώμε το πώς ντυνόμαστε, οι καθημερινές τελετουργίες μέσα από τις οποίες τις υπηρετούμε, είναι ένα ισχυρό διάμεσο, μια παντοδύναμη συμβολική φόρμα πάνω στην οποία εγγράφονται οι ιεραρχήσεις, οι κανόνες, οι αξίες μας. Οι περισσότεροι άνθρωποι προσπαθούν να χάσουν βάρος για λόγους αισθητικής. Ξεχνούν όμως ότι τι καλλίγραμμα κορμί είναι αδιάψευστο σημάδι της καλής υγείας. Οι διατροφικές διαταραχές λοιπόν ταλαιπωρούν εκατομμύρια ανθρώπους εκ των οποίων χιλιάδες πεθαίνουν από αυτές σε ετήσια βάση. Υπάρχουν καλές ειδήσεις εντούτοις, οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να νικηθούν αποτελεσματικά. Αν οι διατροφικές διαταραχές δηλαδή η ψυχογενή ανορεξία η ψυχογενή βουλιμία και η παχυσαρκία να αντιμετωπισθούν από νωρίς αυτά θα βελτιώσει την έκβαση της ανάρρωσης διότι αν περάσουν κάποια χρόνια με την διατροφική διαταραχή είναι δύσκολο να αντιμετωπισθούν οι δυσάρεστες επιπτώσεις τους στην σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου. Αν το άτομο δεν είναι σε θέση να αντιληφθεί το πρόβλημά του τότε τα άτομα που είναι κοντά του αιτείται να πάρουν την πρωτοβουλία να συνεργαστούν με την ομάδα στήριξης και θεραπείας να μην περιμένουν να προχωρήσει η ασθένεια σε επικίνδυνα επίπεδα. Η ανάρρωση μπορεί να πάρει μήνες ή χρόνια αλλά η πλειοψηφία των ατόμων αναρρώνουν. Δεν χρειάζεται να είναι κανείς φυλακισμένος σε αυτό πια αρκεί να έχει τη δύναμη μέσα του. Για να γίνει αυτό χρειάζεται πολύ χρόνο, σκληρή δουλειά αλλά αξίζει τον κόπο αφού στο τέλος θα βγει νικητής.

Βιβλιογραφία

- 1) Καραγιανόπουλος Σ.Ι. : Νικήστε το πάχος, Εκδόσεις Μοντέρνοι καιροί ΑΕΕ, Αθήνα 2002 σελ.23-24
- 2) Χριστοδούλου Γ. : Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2005 σελ.482-295
- 3) Ζαμπέλας Α. : Η Διαταραχή στα στάδια της ζωής, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2003 σελ.263-273
- 4) Κακούρος Ε. και Μανιαδάκη Κ. : Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων, Εκδόσεις Τυπωθητώ – Γιώργος Δαρδάκος, Αθήνα 2006 σελ.420-430
- 5) Burns D., Αισθανθείτε καλά, Εκδόσεις Πατάκης, Αθήνα 1996 σελ.40-60
- 6) Γαλανός Δ. : Η Διατροφή μας σήμερα, Έκδοση Κωνσταντίνος Δημόπουλος, Αθήνα 2009 σελ.195
- 7) Καρατζιά Λ. : Ο γιατρός στο σπίτι, " Σωστή Διατροφή", Τόμος 1, Εκδόσεις Βιβλιοθήκης, Κύπρος, Λευκωσία 2009 σελ.60-65
- 8) Kaplan and Sadocks. : Ψυχιατρική, Τόμος Β', Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 7^η Έκδοση, Αθήνα 2000 σελ.1002-1015
- 9) Λεριός Σ. : Health Touch, Τεύχος 3, Κύπρος, Λευκωσία 2009 σελ.43-44
- 10) Witney E.N. & Rolfes R.S., Understanding Nutrition, Eighth Edition, New York 1999 σελ.282-288
- 11) Καπάνταης Ε. : Η Παχυσαρκία στην κλινική πράξη, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004 σελ.55-58
- 12) Σκρέκας Γ.: Η χειρουργική θεραπεία της νοσογόνου Παχυσαρκίας στην κλινική πράξη, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2005 σελ.1-2
- 13) Γονιδάκης Φ. και Βάρσου Ε. : Ψυχογενής Ανορεξία, Αυτοφυλακισμένες κοπέλες και το μονοπάτι προς την έξοδο, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2008 σελ.50-80, 140-160
- 14) Allemen G. : Σώστε το παιδί σας από την παχυσαρκία, Εκδόσεις Μοντέρνοι καιροί, Αθήνα 2003 σελ.37-39
- 15) Durand B. : Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά, Β' Τόμος, Εκδόσεις "Έλλην", Αθήνα 1999 σελ.58-59
- 16) Fairburn C. : Βουλιμία, ξανακερδίστε τον έλεγχο, Εκδόσεις Πατάκης, Αθήνα 1999 σελ. 258-274 σελ.258-274

- 17) Κατσιλάμπρος Ν. και Τσίγκας Κ., Παχυσαρκία η πρόληψη και η αντιμετώπιση μιας παγκόσμια επιδημίας, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2003 σελ.26-33
- 18) Russee G. : Boulimia nervosa, anonymoys variant of anorexia nervosa, Επιμέλεια Τρίκκος, New York 1999 σελ.492-498
- 19) Μάνου Ν. : Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής, Αναθεωρημένη Έκδοση, Θεσσαλονίκη 1997 σελ.339-349
- 20) Μουτσόπουλος Χ. : Cecil Παθολογία, Τόμος Β', Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 1991 σελ.685-686
- 21) Αντωνιάδου Χ. Ανορεξία και βουλιμία του 20^{ου} αιώνα <http://www.sigmalive.com/simerini/news/social/267959> 23/05/2010 13:00
- 22) Καραγεωργίου Δ. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε εφήβους με ψυχογενή ανορεξία www.trikalanews.gr/article/13429 17/06/2010 16:36
- 23) Παπαμάρκου Ε. Διατροφικές Διαταραχές στην Ελλάδα, <http://amanpoiare.blogspot.com/2011/02/6.html> 13/02/2011 11:58
- 24) Τούντας Γ.Κ. Οι ιστορικές-κοινωνικές διαστάσεις της διατροφής και οι επιπτώσεις της στην υγεία <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=808> 10/02/2007 14:43
- 25) Γουόλς Λ. Οι φροντίδα για τους ασθενείς που έχουν διατροφικές διαταραχές <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/caring-for-patients-who-have-eating-disorders/200042> 10/07/2007 12:28
- 26) Σχοινά Μ. Εφηβεία και Διατροφικές Διαταραχές <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=56807> 23/06/2009 17:28
- 27) Φλώρου Χ. Ψυχογενής Βουλιμία: Θεραπευτική προσέγγιση <http://www.farmakeutikoskosmos.gr/article-k/pyhogenhs-boylimia-9erapeytikh-proseggi/5466> 20/04/2010 11:22