



**Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**  
(*πρ. Τ.Ε.Ι. Πάτρας & πρ. Τ.Ε.Ι. Μεσολογγίου*)

**ΣΧΟΛΗ: ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ και ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

# **ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.**



**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ:**

**ΛΑΓΟΓΙΑΝΝΗ ΔΗΜΗΤΡΑ**

**ΤΕΡΖΗΣ ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΒΙΤΣΑ ΑΡΙΣΤΕΑ**

**ΠΑΤΡΑ - 2013**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ABSTRACT .....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	8
ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ .....	8
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ .....	8
1.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ .....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	15
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ .....	15
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	15
2.2 ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ .....	16
2.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ .....	18
2.3.1 Προδιαθεσικοί Παράγοντες.....	19
2.3.2 Οικογενειακοί .....	22
2.3.3 Κοινωνικο-πολιτιστικοί Παράγοντες.....	24
2.3.4 Εκκλησιαστικοί Παράγοντες .....	25
2.3.5 Επιβαρυντικοί Παράγοντες (Παράγοντες που Συντηρούν και Διαιωνίζουν τη Διαταραχή) .....	26
2.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ .....	27
2.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	40
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ .....	40
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ .....	40
3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ .....	45
3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ .....	49
3.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ .....	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	58
ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	58
4.1 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	58
4.2 ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	63
4.3 Η ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΈΝΩΣΗΣ.....	65
4.4 ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	69

<b>ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ .....</b>	<b>69</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....</b>	<b>73</b>
<b>ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....</b>	<b>73</b>
<b>5.1 ΚΩΔΙΚΑΣ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ</b>	<b>73</b>
<b>5.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....</b>	<b>75</b>
<b>5.3 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....</b>	<b>78</b>
<b>5.4 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ .....</b>	<b>81</b>
<b>5.5 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ .....</b>	<b>82</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....</b>	<b>85</b>
<b>ΕΡΕΥΝΑ.....</b>	<b>85</b>
<b>ΣΚΟΠΟΣ.....</b>	<b>85</b>
<b>ΔΕΙΓΜΑ.....</b>	<b>85</b>
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>86</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>97</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>99</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή παρουσιάζουν ακραίες διαταραχές στη διατροφική τους συμπεριφορά στις σκέψεις και στα συναισθήματα.

Οι διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από μια απορροφητική προσπάθεια του ατόμου για λεπτότητα σώματος και από το νοσηρό φόβο για συνεχιζόμενη αύξηση βάρους του λόγω ελλειψης αυτοελεγχου και αυτοσυγκρατησης όσο αφορά την ποιότητα και την ποσότητα του φαγητού.

Κυρίως γυναίκες νοσηλεύονται για διατροφικές διαταραχές αλλά μπορεί να παρουσιασθούν και στους άνδρες (Γιαννίτση, 1996). Οι διαταραχές αυτές αρχίζουν συνήθως κατά την εφηβεία, αλλά μπορούν να αρχίσουν και κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή. (Γιαννίτση, 1996)

Οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να υπερνικηθούν και είναι σημαντικό για το άτομο να αναζητήσει συμβουλή και θεραπευτική αγωγή όσο το δυνατό νωρίτερα, διότι οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να έχουν σοβαρές σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες. (Γιαννίτση, 1996)

## **ABSTRACT**

Individuals suffering from an eating disorder have extreme disturbances in eating behavior the thoughts and feelings.

Eating disorders are characterized by an absorbent effort of the individual for thinness and body of morbid fear of continued weight gain due to lack self-control and restraint on the quality and posootita of food.

Mostly women hospitalized for eating disorders but can occur in both men ( Giannitsi , 1996). These disorders usually begin during adolescence , but can begin in early adulthood. ( Giannitsi , 1996)

Eating disorders can be overcome and it is important for the person to seek advice and treatment as early as possible because eating disorders can have serious physical and psychological consequences. ( Giannitsi , 1996)

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από την πρώτη στιγμή που έρχεται στον κόσμο ο άνθρωπος, χτίζει μια σχέση με τη διατροφή του που είναι πολύ πλούσια συναισθηματικά. Η διατροφική πράξη φορτίζεται με τη γευστική απόλαυση αλλά και με την ανθρώπινη επικοινωνία και παρουσία, ενώ διανθίζεται με συναισθήματα ασφάλειας, προστασίας, φροντίδας, αγάπης και πρόκλησης προσοχής και ενδιαφέροντος από τους άλλους. Με το πέρασμα των χρόνων δε θα διαμορφώσουν όμως όλοι οι άνθρωποι μια υγιή σχέση με τη διατροφή τους. Ιδίως με την ενηλικίωση μεταβάλλονται πολλά δεδομένα, καθώς το νεοδιαμορφωμένο σώμα προκαλεί έντονα συναισθήματα δυσαρέσκειας, απογοήτευσης και δυσπροσαρμοστικότητας.

Γίνεται ιδιαίτερα έντονη η δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος, ενώ παράλληλα το άτομο διαπιστώνει ότι πρέπει να μάθει να ελέγχει την τροφή του.

Παράλληλα η σχέση με την τροφή γίνεται προβληματική (και) λόγω των έντονων πιέσεων από το περιβάλλον σχετικά με το ιδεώδες του λεπτού σώματος. Πρωταρχικά η οικογένεια (π.χ. η έμφαση που δίνεται ενδοοικογενειακά σε ζητήματα εξωτερικής εμφάνισης) και δευτερευόντως το κοινωνικό περιβάλλον, οι φίλοι και φυσικά η πολύ έντονη επίδραση των ΜΜΕ δημιουργούν στο άτομο μια προβληματική σχέση με τη διατροφή και με την εικόνα του σώματος.

Ωστόσο, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής δεν αναπτύσσονται μόνο ως μια στρέβλωση της σχέσης του ανθρώπου με το φαγητό του. Αντανακλούν άλλα, βαθύτερα προβλήματα και χρησιμοποιούνται ως ένας τρόπος παράκαμψης ή πρόσκαιρης ανακούφισης από άλλες συναισθηματικές καταστάσεις. Το άτομο που πάσχει προσπαθεί να ελέγξει υπερβολικά, να αποστειρωθεί, να τιμωρηθεί, να αποσπάσει την

προσοχή του, να χορτάσει τη συναισθηματική του πείνα, να καταπραΐνει ένα δυσβάσταχτο συναίσθημα μέσα από τη διατροφική του πράξη. Επειδή η διαταραγμένη αυτή σχέση με το φαγητό χρησιμοποιείται για να καλύψει άλλα προβλήματα, δημιουργούνται πολύπλοκες και συχνά επικίνδυνες επιπλοκές στην υγεία, την ψυχική σταθερότητα, τις ανθρώπινες σχέσεις, την οικογενειακή ισορροπία, ακόμα και την επαγγελματική επίδοση. Είναι λοιπόν επιτακτική η επιμόρφωση των ειδικών αλλά σχετικά με την έγκαιρη αναγνώριση και τη σωστή προσέγγιση των προβλημάτων αυτών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

#### 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η πλειονότητα των ατόμων που προσέρχονται για θεραπεία μιας από των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας ή της Νευρογενούς Βουλιμίας, γεγονός που εγείρει ένα σημαντικό θεωρητικό και πρακτικό ερώτημα: «Τι είναι η Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής;» Αν και το ερώτημα αυτό δεν έχει τύχει της δέουσας προσοχής, ωστόσο, ένας λειτουργικός ορισμός της Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής θα μπορούσε να είναι ο ακόλουθος: «μια επίμονη διαταραχή της διατροφής ή της σχετιζόμενης με τη διατροφή συμπεριφοράς, η οποία έχει σε σημαντικό βαθμό αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική υγεία ή την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου». Το πλεονέκτημα αυτού του ορισμού είναι ότι μπορεί να εμπεριέχει ξεκάθαρα τις μέχρι σήμερα αναγνωρισμένες διαταραχές, και παράλληλα, παρέχει μια βάση για να μελετήσουμε (σαν) Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής κι άλλα σημαντικά κλινικά προβλήματα, τα οποία ωστόσο, δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας ή της Νευρογενούς Βουλιμίας. Για τέτοιου είδους προβλήματα συχνά χρησιμοποιείται ο όρος «Άτυπες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής».

Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι ο χαρακτηρισμός «άτυπες» δεν είναι αντιπροσωπευτικός καθώς οι άνθρωποι που υποφέρουν από τέτοιου είδους προβλήματα φαίνεται να είναι περισσότεροι από αυτούς που εμφανίζουν τις «τυπικές» Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Σύμφωνα με τις έρευνες, σε ό,τι αφορά τις «άτυπες» μορφές εκδήλωσης της Νευρογενούς Ανορεξίας και της Νευρογενούς Βουλιμίας, τα ποσοστά



επιπολασμού είναι υψηλότερα από αυτά που αναφέρονται στις «τυπικές» μορφές εκδήλωσης αυτών των διαταραχών.

Για να γίνουν κατανοητές οι άτυπες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής αναφέρονται παρακάτω κάποια παραδείγματα: Μια περίπτωση τέτοιας άτυπης μορφής εκδήλωσης είναι αυτή των γυναικών, που εκδηλώνουν έντονη ενασχόληση με το βάρος τους, προβαίνουν σε αλλεπάλληλες δίαιτες, και διατηρούν ένα σωματικό βάρος κάτω από το όριο του φυσιολογικού (για την ηλικία, το φύλο και το ύψος τους), ωστόσο δεν έχουν παρουσιάσει άλλα συμπτώματα (π.χ. αμηνόρροια) και κατά συνέπεια, δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας. Άλλο παράδειγμα μπορεί να αποτελεί η περίπτωση ατόμου που παρουσιάζει συχνά υπερφαγικά επεισόδια, τα οποία συνοδεύονται και από αυτοπροκαλούμενους εμετούς, αλλά η συχνότητα αυτής της συμπεριφοράς είναι μικρότερη από 2 φορές την εβδομάδα, γεγονός που δεν επιτρέπει να δοθεί η διάγνωση της Νευρογενούς Βουλιμίας.

Επιπρόσθετο παράδειγμα μιας σημαντικής άτυπης Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής είναι τα τακτικά υπερφαγικά επεισόδια, που δεν ακολουθούνται από αντισταθμιστικές συμπεριφορές με στόχο την αποφυγή της αύξησης του σωματικού βάρους, συμπεριφορές, δηλαδή, που είναι χαρακτηριστικές στη Νευρογενή Βουλιμία. Η διαταραχή αυτή ονομάζεται Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας, και απαντάται συχνά ανάμεσα σε άτομα υπέρβαρα-παχύσαρκα, που προσέρχονται για θεραπεία σε κλινικές που διαθέτουν τμήματα ειδικά για την απώλεια βάρους.

## **1.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

Η Νευρογενής Ανορεξία είναι γνωστή εδώ και μερικές εκατοντάδες χρόνια από περιγραφές περιπτώσεων . Όμως, ο όρος Νευρογενής Βουλιμία χρησιμοποιείται για πρώτη φορά στις αρχές του 1970. Ωστόσο, υπάρχει περιορισμένος αριθμός αναφορών από πηγές της Ιστορίας της Ιατρικής και πριν από το 1970, που φαίνεται να αποτελούν περιπτώσεις που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν Νευρογενής Βουλιμία. Σήμερα, τα δύο αυτά είδη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής απασχολούν τους ψυχοθεραπευτές, καθώς φαίνεται να αποτελούν ένα ολοένα και περισσότερο αυξανόμενο φαινόμενο.

Παρότι οι κλινικές περιγραφές αυτών των διαταραχών μπορούν να εντοπιστούν αρκετά χρόνια πριν, για πρώτη φορά εντάσσονται στο DSM το 1980 ως μια υποκατηγορία διαταραχών, που ξεκινούν στην παιδική και εφηβική ηλικία. Όταν εκδίδεται το DSMIV, οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, και ειδικότερα η Νευρογενής Ανορεξία και η Νευρογενής Βουλιμία, περιγράφονται ως διακριτές διαγνωστικές κατηγορίες, αντανακλώντας έτσι το αυξανόμενο ενδιαφέρον των κλινικών και ερευνητών, έτσι όπως αυτό εκδηλώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες.

Παρότι, λοιπόν, οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι γνωστές εδώ και χρόνια, το ενδιαφέρον των ερευνητών και θεραπευτών για τις δύο περισσότερο γνωστές διαταραχές αυτού του τύπου εντείνεται κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών, και αυτό γιατί σημειώθηκε έκρηξη στη συχνότητα εμφάνισής τους. Τα 2/3 των ασθενών που εμφανίζουν Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής διαγιγνώσκονται είτε με Νευρογενή Ανορεξία είτε με Νευρογενή Βουλιμία και οι διαταραχές αυτές προσβάλλουν κατά κανόνα άτομα εφηβικής και νεαρής ηλικίας, ενώ παρατηρούνται κατεξοχήν στις δυτικές κοι-νωνίες. Τα τελευταία χρόνια, έχει συμπεριληφθεί στην ίδια νοσολογική κατηγορία και μια

άλλη απόκλιση της διατροφικής συμπεριφοράς, η Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας.

Τόσο η ταξινόμηση όσο και ο καθορισμός των διαγνωστικών κριτηρίων, που απαιτούνται για την ασφαλή διάγνωση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής έχει περάσει από διάφορα στάδια. Στον ακόλουθο πίνακα περιλαμβάνονται οι επιμέρους διαγνώσεις, έτσι όπως αυτές ισχύουν σήμερα βάσει των αναθεωρημένων ταξινομικών συστημάτων. Έτσι, η 10<sup>η</sup> έκδοση του Διεθνούς Ταξινομικού Συστήματος Νόσων και Συνδεόμενων Προβλημάτων Υγείας κατατάσσει τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στα «Σύνδρομα Συμπεριφοράς που συνδέονται με διαταραχές των φυσιολογικών λειτουργιών και με σωματικούς παράγοντες». Το Σύστημα της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, το οποίο δεν περιλαμβάνει όλες τις κατηγορίες της διεθνούς ταξινόμησης, κατατάσσει τις διαταραχές αυτές ως χωριστή κατηγορία «Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής».

ΤΑΞΙΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ			
ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ			
ICD-10		DSM-IV <sup>12</sup>	
F 50.0	Νευρογενής Ανορεξία	307.1	Νευρογενής Ανορεξία
F 50.1	Άτυπη Νευρογενής Ανορεξία		- Περιοριστικός Τύπος
F 50.2	Νευρογενής Βουλιμία		-Υπερφαγικός –Καθαρτικός Τύπος
F 50.3	Άτυπη Νευρογενής Βουλιμία	307.51	Νευρογενής Βουλιμία
F 50.4	Υπερφαγία Συνδεόμενη Με Άλλες Ψυχολογικές Διαταραχές		
F 50.5	Έμετοι Συνδεόμενοι Με Άλλες Ψυχολογικές Διαταραχές		
F 50.8	Άλλες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής		
F 50.9	Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής Μη Καθοριζόμενη	307.50	Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής Μη Καθοριζόμενη

Θα μπορούσαμε να φανταστούμε ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής σχηματίζουν ένα συνεχές, στο οποίο τοποθετούνται σοβαρές διαταραχές στη διατροφή και στο βάρος καθώς και σοβαρή υποβόσκουσα ψυχοπαθολογία. Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά αυτών των διαταραχών είναι ο διαταραγμένος τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται και βιώνουν τα άτομα αυτά το σωματικό βάρος και σχήμα, καθώς και ο έντονος φόβος του πάχους. Αυτά τα δύο στοιχεία θα μπορούσαν να μην αποτελούν διαφορετικές διαγνώσεις, αλλά να συνιστούν δύο συνιστώσες μιας και μόνο διαταραχής. Αν αναλογιστούμε, για παράδειγμα, το γεγονός ότι τα δίδυμα αδέρφια των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία έχουν περισσότερες πιθανότητες από το γενικό πληθυσμό να εμφανίσουν Νευρογενή Βουλιμία, ίσως είναι πιο εύκολο να κατανοήσουμε γιατί κάποιοι υποστηρίζουν ότι οι δύο αυτές διαταραχές ίσως είναι περισσότερο στενά συνδεδεμένες απ' ό τι θεωρούσαμε μέχρι τώρα.

Επανερχόμενοι στην ιδέα για το συνεχές των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, στο άκρο που καταλήγει στις πιο σοβαρές διαταραχές αυτής της κατηγορίας, τοποθετείται η σημαντική απώλεια βάρους, χαρακτηριστική της Νευρογενούς Ανορεξίας. Πρόκειται για μια διαταραχή, που έχει τη βάση της στην ανυποχώρητη επιδίωξη της απώλειας βάρους και στο φόβο του πάχους, τα οποία οδηγούν σε εκούσια και αυτοεπιβαλλόμενη αποχή από την πρόσληψη τροφής και τελικά στην απίσχνανση. Η απίσχνανση, εκτός από την αυστηρή στέρηση τροφής (Περιοριστικός Τύπος), μπορεί να προκληθεί και στις περιπτώσεις που το άτομο επιδίδεται σε αντισταθμιστικές / αντιρροπιστικές συμπεριφορές μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο ή μετά από ένα κανονικό ή ακόμα και μετά από ένα μικρό γεύμα (Υπερφαγικός / Καθαρτικός Τύπος).

Η αμέσως επόμενη διαταραχή στο συνεχές είναι η Νευρογενής Βουλιμία, η οποία απαντάται σε άτομα μέσου βάρους και χαρακτηρίζεται από τον ίδιο χαοτικό τρόπο συμπεριφοράς που συναντάμε και στη Νευρογενή Ανορεξία και ειδικότερα στον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο της. Χαρακτηριστικό της Νευρογενούς Βουλιμίας είναι τα υπερφαγικά επεισόδια, κατά τη διάρκεια των οποίων ο πάσχων κατακλύζεται από μια αίσθηση απώλειας ελέγχου και αδυναμίας να ελέγξει τη διατροφική συμπεριφορά του εκείνη τη στιγμή. Επίσης, σημαντικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι και η προσπάθεια διατήρησης του σωματικού βάρους ή αλλιώς αποφυγής της αύξησης του σωματικού βάρους με διάφορες πρακτικές όπως οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί ή η χρήση καθαρτικών. Μέρος της προσπάθειας αυτής είναι και οι περίοδοι νηστείας, κατά τις οποίες η κατανάλωση τροφής είναι περιορισμένη, και οι οποίες προηγούνται ενός υπερφαγικού επεισοδίου.

Μετά τη Νευρογενή Βουλιμία στο συνεχές τοποθετείται η Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας, μια νέα διαγνωστική κατηγορία. Το χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι ότι σημειώνονται επαναλαμβανόμενα υπερφαγικά επεισόδια χωρίς όμως να υπάρχουν συνακόλουθες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, σαν αυτές που απαντώνται στη Νευρογενή Βουλιμία. Δεν εκπλήσσει, λοιπόν, το γεγονός ότι οι πάσχοντες από Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας παρουσιάζουν σωματικό βάρος υψηλότερο του μέσου σωματικού βάρους για την ηλικία, το ύψος και το φύλο τους.

Στο τέλος του συνεχούς εντάσσονται οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής που δεν προσδιορίζονται διαφορετικά (NOS – NotOtherwiseSpecified), δηλαδή διαταραχές που δεν πληρούν τα κριτήρια για κάποιες από τις προαναφερθείσες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. (Λιάκος, 1973)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

#### 2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Το κεντρικό σύμπτωμα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η ακατανίκητη τάση για απίσχναση μέσω προκλητής ασιτίας και ο έντονος φόβος ότι το άτομο θα γίνει παχύ, ακόμη κι όταν είναι κάτισχνο.

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από εκσεσημασμένη απώλεια βάρους που προκαλείται και διατηρείται συνειδητά από τον ίδιο τον πάσχοντα (Λιάκος 1973). Η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται μέσω πολλών τεχνικών όπως με τη δίαιτα, την αποφυγή «παχυντικών» τροφών, τους προκλητούς εμετούς μετά το γεύμα, τη χρήση καθαρτικών, την υπερβολική και εντατική γυμναστική, τη χρήση διουρητικών φαρμάκων καθώς και την χρήση κατασταλτικών της όρεξης (ανορεξιογόνων) (Στεφανής, 1993).

Κατά τον Crisp η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί τρόπο αντιμετώπισης της ζωής δια της αποφυγής της ανάπτυξης και όχι - μέσω της ασιτίας- πορεία προς τον θάνατο. Συμβολίζει τη λύση που υιοθετεί το υποκείμενο για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που συναντά και οι οποίες φαίνονται δισεπίλυτες. Αναπαριστά την έκφραση των συγκρούσεων ως προς την εξάρτηση, την αυτονομία και τον έλεγχο.

Οι ανορεκτικοί τρομοκρατούνται με την ιδέα ότι θα χάσουν τον έλεγχο, εξ αυτού δε του φόβου, το φαγητό και η απώλεια βάρους εκλαμβάνουν πολύ μεγάλη σημασία. Αυτό δείχνει, ότι υπάρχει μια περιοχή της ζωής τους, την οποία νιώθουν ικανοί να την ελέγχουν, έτσι ώστε με την επιτυχία τους να χάνουν βάρος, συγκαλύπτουν το βαθιά ριζωμένο φόβο τους για την αποτυχία. Η στάση ζωής των ανορεκτικών

περιλαμβάνει έλλειψη αυτοεκτίμησης σε συνδυασμό με υψηλές προσδοκίες και τελειοθηρία.

Η ψυχογενής ανορεξία σε καμιά περίπτωση δεν αποτελεί μια ηλίθια εμμονή για αδυνάτισμα ή μια πλανημένη προσπάθεια για λεπτότητα και ομορφιά, αλλά αποτελεί μια απεγνωσμένη προσπάθεια του ατόμου για ψυχολογική επιβίωση. (Ιεροδιακόνου, 1991)

## **2.2 ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ**

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας, σύμφωνα με το DSMIV, είναιτα κάτωθι (APA, 1994):

A. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος πάνω από τοελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία καιτο ύψος του. Δηλαδή το άτομοδιατηρεί ή προσπαθεί να διατηρήσει ένα βάρος σώματος το οποίο είναι 85% του αναμενόμενου ή και μικρότερο. Κατά τη διάρκεια δε της περιόδουανάπτυξης το άτομο δεν αποκτά το αναμενόμενο βάρος για την ηλικία και τούψος του αλλά παραμένει σ' ένα βάρος που είναι 85% του αναμενόμενου ήκαι μικρότερο.

B. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα και όταντο βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

Γ. Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει και αντιλαμβάνεται το βάρος και τοσχήμα του σώματος του. Το άτομο αρνείται τη σοβαρότητα της κατάστασηςεξαιτίας του εξαιρετικά χαμηλού βάρους. Υπεραξιολογεί αδικαιολόγητα τοβάρος καιτο σχήμα του σώματός του, όταν αξιολογείτον εαυτό του.

Δ. Σε γυναίκες εμμηνορρυσιακής ηλικίας, απουσία τουλάχιστον τριώνδιαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων (μια γυναίκα θεωρείται ότι



έχειαμηνόρροια εάν οι περίοδοίτης έρχονται μόνο μετά χορήγηση ορμονών (π.χ. οιστρογόνων).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι τα κάτωθι (Στεφανής, 1993) :

(α) 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 ασθενείςπροεφηβικής ηλικίας, μπορεί να παρατηρείται αδυναμία να επιτευχθεί ηπροσδοκώμενη για την ηλικία αύξηση του σωματικού βάρους.

(β) Η απώλεια βάρους προκαλείται με την αποφυγή «παχυντικών τροφών». Είναι δυνατόν επίσης να υπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα επόμενα :αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, αυτοπροκαλούμενες κενώσεις με καθαρτικέςουσίες, υπερβολική σωματική άσκηση, χρήση φαρμάκων κατασταλτικών της όρεξης ή / και διουρητικών.

(γ) Παραμόρφωση της εικόνας του σωματικού εγώ υπό τη μορφή ειδικήςψυχοπαθολογίας, κατά την οποία ο φόβος του πάχους επιδιαρκεί ωςπαρεμβλητή, υπεραξιολογούμενη ιδέα και ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτότου χαμηλό επίπεδο σωματικού βάρους.

(δ) Υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή, του υποθαλαμο-υποφυσιογοναδικού άξονα εκδηλούμενη στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας. (Προφανής εξαίρεση αποτελεί η επίμονη κοιλική αιμορραγία σε ανορεκτικές γυναίκες, οι οποίες λαμβάνουν ορμονική θεραπείαυποκατάστασης, συνηθέστατα υπό τη μορφή του αντισυλληπτικού χαπιού.)

Δυνατόν επίσης να υπάρχουν αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης καικορτιζόλης, μεταβολές στον περιφερικό μεταβολισμό των θυροειδικώνορμονών και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης.

(ε) Εάν η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας τοποθετείται στην προεφηβική ηλικίαη διαδοχή των διαφόρων γεγονότων της ήβης καθυστερεί ή αναστέλλεται (ηανάπτυξη του ατόμου σταματά, στα κορίτσια οι μαστοί δεν αναπτύσσονταικαι υπάρχει πρωτογενής αμηνόρροια, στα αγόρια τα γεννητικά όργαναπαραμένουν παιδικά). Με την ανάρρωση, η ήβη συχνά συμπληρώνεται φυσιολογικά, αλλά η εμμηναρχή καθυστερεί. (Στεφανής, 1993)

Ειδικά στο DSM-IV περιγράφονται δυο υποκατηγορίες της Ψυχογενούς Ανορεξίας:

- Περιοριστικός Τύπος (Αμιγής Ψυχογενής Ανορεξία): Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου της Διαταραχής το άτομο δεν παρουσιάζει επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορές αποβολής των τροφών (προκλητοί έμετοι, χρήση καθαρτικών ή διουρητικών)

- Βουλιμικός Τύπος ή Υπερφαγικός-Καθαρτικός Τύπος(Βουλιμική Ψυχογενής Ανορεξία): Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου της Διαταραχής το άτομο παρουσιάζει επεισόδια υπερφαγίας και χρήσης καθαρτικών ή διουρητικών.

## 2.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Κατά τον Garner,(1993), η αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι πολυπαραγοντική και ο τρόπος εμφάνισης των συμπτωμάτων αναπαριστά έναν τελικό παθογενετικό δρόμο που είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης παραγόντων που ανήκουν σε 3 διαφορετικά επίπεδα και χαρακτηρίζονται ως Προδιαθεσιακοί (Ατομικοί, Οικογενειακοί, Κοινωνικο - πολιτιστικοί παράγοντες), ως Εκλυτικοί (Δυσαρέσκεια για το σχήμα και το βάρος του σώματος, Δίαιτα με σκοπό την ενίσχυση του αυτοέλεγχου και της αυτοεκτίμησης) και ως Επιβαρυντικοί (Επιπλοκές της ασιτίας και άλλοι) (Στεφανής, 1993).

Από τους προδιαθεσικούς παράγοντες, ο ρόλος των Ατομικών (Βιολογικών και Ψυχολογικών) των Οικογενειακών και των Κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων, θεωρείται ότι κυμαίνεται στον ετερογενή πληθυσμό των ασθενών αυτών. Οι Εκλυτικοί παράγοντες της διαταραχής δεν έχουν κατανοηθεί σαφώς, εκτός της δίαιτας που είναι σταθερά, ένα πρώιμο γεγονός. Ίσως η πλέον σημαντική πρόοδος τα τελευταία χρόνια έχει προκύψει από την κατανόηση του γεγονότος ότι η ασιτία καθ' αυτή διαιωνίζει και συντηρεί τη διαταραχή μέσω των βιολογικών και ψυχολογικών συνεπειών της (Μωρόγιαννης, 2000).

### **2.3.1 Προδιαθεσικοί Παράγοντες**

#### **α. Ατομικοί (Βιολογικοί και Ψυχολογικοί)**

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η προνοσηρά προσωπικότητα των ανορεκτικών χαρακτηρίζεται από πυρηνική συναισθηματική αστάθεια και ιδιαίτερη γνωσιακή συγκρότηση (στερεότυπες παραμορφωτικέςπίστεις, λογικά σφάλματα, παθολογική αντίληψη της εικόνας του σώματος).

Στο ατομικό αναμνηστικό των ανορεκτικών καταγράφονται, ιστορικόψυχολογικού τραύματος, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικήςκακοποίησης, μια ιδιοσυστασιακή φυσική ευαλωτότητα (η ευαλωσία) από τηνπαιδική ηλικία (ιστορικό λοιμώξεων, σπασμών, χαμηλό βάρος γέννησης, γαστρεντερικές διαταραχές καθώς και μια τάση για πρόιμηωρίμανση (τάση για παχυσαρκία, υψηλό ανάστημα).

Ως προς τη γενετική προδιάθεση για νόσηση από ψυχογενήανορεξία, οι ενδείξεις προέρχονται από μελέτες σε διδύμους όπου υπάρχειβαθμός συμφωνίας πάνω από 50% για τους μονοζυγωτικούς διδύμους καικάτω από 10% για τους διζυγωτικούς. Αυτές οιέρευνες δείχνουν ότι μπορεί να υπάρχει κάποιος γενετικός παράγων πουμπορεί να

συνεισφέρει μέσω μιας ειδικής ευαλωτότητας, ή μπορεί να παρεμβαίνει έμμεσα μέσω μιας προδιάθεσης για παχυσαρκία ή για κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που επιφέρουν αυστηρή δίαιτα και πολύ πιθανόν επομένως, ψυχογενή ανορεξία (Στεφανής, 1993).

Οι νευροενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές που ενοχοποιούνται είναι οι διαταραχές του άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης - γονάδων που είναι πλέον σταθερές από τις ποικίλες ενδοκρινικές διαταραχές που σχετίζονται με την ψυχογενή ανορεξία. Οι διαταραχές που παρατηρούνται σε διάφορα συστήματα, στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι δευτεροπαθείς λόγω της ασιτίας. Παρ' όλα αυτά, η εγκατάλειψη της θεωρίας περί πρωτοπαθούς βιολογικής ευαλωτότητας για την ψυχογενή ανορεξία φαίνεται πρόωρη. Η αμηνόρροια αναπτύσσεται σε αρκετές ασθενείς πριν από την απώλεια σημαντικού βάρους καθώς και, ο μη συμβατός με την ηλικία, τρόπος έκκρισης των γοναδοτροπινών επιμένει σε αρκετές ασθενείς παρ' ότι έχουν ανακτήσει το βάρος τους (Σίμος, 1996).

Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι το σεροτονινεργικό σύστημα που εμπλέκεται στη ρύθμιση της πρόσληψης τροφής και της διάθεσης παρουσιάζει μια ιδιαίτερη διαταραχή στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία.

Ως προς τη συννοσηρότητα άλλων ψυχιατρικών διαταραχών αναφέρεται η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κατάθλιψης, προ της έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας, κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης αλλά και μετά την ύφεση, με δια βίου επικράτηση της Μείζονος Κατάθλιψης σε ποσοστό 68%. Οι αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζονται συχνά με δια βίου επικράτηση 65%, η κοινωνική φοβία που είναι επίσης συχνή με δια βίου επικράτηση 34%, καθώς και η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, τόσο κατά την ενεργό φάση, όσο και μετά την αποκατάσταση του βάρους, με δια βίου επικράτηση 26% (Halmi και

συν. 1991). Οι διαταραχές προσωπικότητας στους πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία, παρατηρούνται στο 23-80%, και οι μεν ασθενείς του Αμιγούς ή Περιοριστικού Τύπου, παρουσιάζουν διαταραχές προσωπικότητας μεπροεξάρχουσα την Αποφευκτική (33%), οι δε ασθενείς που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία Βουλμικού Τύπου παρουσιάζουν διαταραχές με προεξάρχουσα την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (40%) (Μωρόγιαννης, 2000).

Σχετικά με την φαινομενολογία της ΨΑ οι ανορεκτικές φαίνονται – από πρώτη ματιά και εκτίμηση, άτομα αποτελεσματικά, αποφασιστικά, γεμάτα σιγουριά. Πιο προσεκτική προσέγγιση αποδεικνύει ότι είναι έντρομες με την ιδέα ότι, αυτό που κάνουν, δε θα είναι και αρκούτως καλό. Ανησυχούν για την επιτυχία και την επιδιώκουν. Θέλουν να είναι άριστες σ’ όλα όσα κάνουν. Δυστυχώς όμως, σύμφωνα με τη θεώρησή τους οσαδήποτε και αν κάνουν, ποτέ δεν είναι αρκετά. Βλέπουν τους άλλους πιο χαρισματικούς, πιο έξυπνους, πιο αποδεκτούς και πιστεύουν ότι τα μέλη των οικογενειών τους και οι φίλοι τους συμερίζονται τις απόψεις τους. Θέτουν για τους εαυτούς τους μέτρα και σταθμά πιο πέρα από τα συνήθη, που είναι πολύ μακριά από τα εφικτά. Έτσι δεν είναι ποτέ ευτυχισμένες και βλέπουν τους εαυτούς τους αποτυχημένους.

Σύμφωνα με τις περιγραφές του P. Slade που παρουσιάζεται στον σχετικό πίνακα, η τυπική περίπτωση του ατόμου που πιθανόν να νοσήσει από ψυχογενή ανορεξία είναι το εσωστρεφές και ευσυνείδητο παιδί με καλή συμπεριφορά που ποτέ δε θα δημιουργήσει προβλήματα στο σπίτι ή στο σχολείο. Πολλοί έρευνητές αναφέρουν ότι έχει υψηλή νοημοσύνη και ενδιαφέρεται υπερβολικά και σχολαστικά για την εξωτερική του εμφάνιση. Τα πιο χαρακτηριστικά και σταθερά στοιχεία της προσωπικότητάς του είναι η τελειοθηρία και η ψυχαναγκαστικότητα. Και όταν αυτά τα χαρακτηριστικά εμπλέκονται με μια γενική έλλειψη ευχαρίστησης από τη ζωή ή όταν το άτομο συναντιέται με τα γεγονότα

ζωής χωρίς επαρκή προετοιμασία, τότε η ψυχογενής ανορεξία γίνεται μια «βιώσιμη εναλλακτική λύση».

Η ανορεκτική ασθενής, επικεντρώνοντας την προσοχή της σε μια προσπάθεια να μην παχύνει ή μάλλον να γίνει πιο λεπτή, αποφεύγει να προσέξει το συνολικό εαυτό της, τις σχέσεις της με τους άλλους, τα συναισθήματά της και τα όρια των δυνατοτήτων της. Τότε, η ψυχογενής ανορεξία αναδύεται ως «λύση», ως ένας τρόπος αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων μέσω της αποφυγής της ανάπτυξης. Άλλοι καταφεύγουν στο αλκοόλ, άλλοι χρησιμοποιούν ναρκωτικά. Φαίνεται ότι όλες αυτές οι συμπεριφορές που υιοθετούνται ως «λύσεις» από τα νεαρά συνήθως άτομα, συνδέονται με την έλλειψη αποδοχής του εαυτού των, όπως πράγματι είναι, αλλά και με την εξάντληση των δυνατοτήτων και των ορίων των (Βάρσου, 1991).

### **2.3.2 Οικογενειακοί**

Κάποιες από τις πλέον πρώιμες περιγραφές της ψυχογενούς ανορεξίας δίνουν έμφαση στον παθογενετικό ρόλο της οικογένειας. Οι μητέρες έχουν περιγραφεί ως κυριαρχικές, αδιάκριτες και αμφιθυμικές, ενώ οι πατέρες έχουν περιγραφεί ως παθητικοί και αναποτελεσματικοί. Η διαταραχή, κάποιες φορές φαίνεται να υπηρετεί έναν ομοιοστατικό και σταθεροποιητικό ρόλο στην οικογένεια. Ειδικά πρότυπα συμπεριφοράς και αλληλοσυσχέτισης έχουν παρατηρηθεί στις οικογένειες αυτές, όπως παγιδευτική εμπλοκή, σύγχυση ρόλων, υπερπροστασία, ακαμψία, και αποφυγή επίλυσης των συγκρούσεων. Η παθολογία της οικογένειας, μπορεί θαυμάσια να είναι αποτέλεσμα της διαταραχής, παρά αίτιο. Παρ' όλα αυτά, οι διαταραχές διατροφής έχουν μία οικογενειακή κατανομή. Μελέτες της δια βίου επίπτωσης διαταραχών διατροφής σε οικογένειες με ψυχογενή ανορεξία δείχνουν ότι οι γυναίκες - πρώτου βαθμού

συγγενείς των ασθενών - έχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχών διατροφής.

Παρ' ότι καταγράφονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά στις οικογένειες με ανορεκτικό μέλος, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι κάθε οικογένεια είναι διαφορετική και ότι κάθε οικογένεια, ακόμη και η πιο λειτουργική, έχει τα δικά της προβλήματα και περιόδους πολλών δυσκολιών. Αν και δεν είναι σωστό να θεωρούμε ένοχη την οικογένεια για την ψυχογενή ανορεξία ενός μέλους της, πολλοί συγγραφείς θεωρούν ότι κάποιοι παράγοντες που προέρχονται από την οικογένεια μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας.

«Όταν ήταν μικρή, ήταν ένα υπερβολικά ήσυχο παιδί, που δεν αντιμιλούσε, δεν έκανε φασαρία, που σπάνια θύμωνε, λιγότερο από τα αδέρφια της», λένε οι γονείς για το παιδί τους. Όταν θυμάται τα παιδικά του χρόνια, το ίδιο το παιδί, λέει ότι προσπαθούσε να κάνει, αυτό που οι άλλοι σκέπτονταν ότι ήθελε να κάνει. Προσπαθούσε να είναι το «καλό» και το «χαρούμενο» παιδί. Έτσι προσπαθούσε να παρουσιάζεται, ανεξάρτητα αν αυτό ανταποκρινόταν στα πραγματικά του συναισθήματα.

Οι γονείς των ανορεκτικών περιγράφονται, ως εξαιρετικά απαιτητικοί από τα παιδιά τους. Έχουν μεγάλες προσδοκίες και θέλουν να είναι επιτυχημένα. Παραβλέπουν όμως ότι οι μεγάλες προσδοκίες για να εκπληρωθούν, πρέπει να συνοδεύονται από επαρκή αγάπη και στήριξη για τα παιδιά ως άτομα.

Το ανορεκτικό παιδί δεν ξέρει, δεν έχει ακούσει και δεν έχει αισθανθεί ότι αγαπιέται ως άτομο, ως άνθρωπος. Νοιώθει ότι αποκτά αξία, μόνο μέσα από τα επιτεύγματά του αλλά δεν αισθάνεται την πραγματική και ουσιαστική φροντίδα των γονέων του. Κάποτε όλα αυτά κορυφώνονται και τότε το ανορεκτικό παιδί νοιώθει την ανάγκη να παρουσιάσει την πιο πειθαρχημένη πλευρά του εαυτού του: το ίδιο του το σώμα, γίνεται το σπουδαιότερο «επίτευγμά» του .

Άλλοι ερευνητές θεωρούν την ψυχογενή ανορεξία ως αποτέλεσμα συμβιβασμού μεταξύ ισχυρών αλλά αντίρροπων αναγκών τόσο για εξάρτηση όσο και για αυτονομία. Πολλοί ανορεκτικοί ανήκουν σε πολύ κλειστές οικογένειες, που επιδιώκουν να κρατούν τα παιδιά, ασφυκτικά κοντά τους.

Το παιδί που θα παρουσιάσει ψυχογενή ανορεξία, θέλει να χαράξει τη δική του πορεία και να αποδείξει ότι αξίζει έξω από την οικογένεια αλλά ταυτόχρονα νοιώθει απροετοίμαστο και ανέτοιμο για κάτι τέτοιο, γεγονός που το οδηγεί σε αναζήτηση προστασίας και φροντίδας πάλι από την οικογένεια.

Ασυνείδητα, τη λύση αυτή του διλήμματος, αντιπροσωπεύουν τα συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας. Με τον απόλυτο και άκαμπτο έλεγχο των αναγκών του σώματος, δίνει ένα σαφές μήνυμα ότι αυτό και μόνο είναι υπεύθυνο για τη ζωή του, ενώ ταυτόχρονα, ως άρρωστο παιδί, δηλαδή μέσω της αρρώστιας φανερώνει με έκδηλο τρόπο τα αισθήματα της ένδειας και της εξάρτησης που νοιώθει (Στεφανής, 1993).

### **2.3.3 Κοινωνικο-πολιτιστικοί Παράγοντες**

Η αναγνώριση ότι οι κοινωνικο-πολιτιστικές πιέσεις για δίαιτα στις γυναίκες συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχογενούς ανορεξίας είναι μία εντελώς πρόσφατη διαπίστωση. Η δυσαρέσκεια για το σώμα, ενδημική στις νέες γυναίκες των δυτικών κοινωνιών επιφέρει αυστηρές περιοριστικού τύπου δίαιτες που αυξάνουν την ευαλωτότητα για διαταραχές διατροφής (Hsu 1990). Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται και στην Ελλάδα. Τα δεδομένα από την έρευνα της Θεσσαλονίκης (Σίμος, 1996), καθώς και αυτό που προέκυψε από την παρούσα έρευνα, δείχνουν ότι 25% των μαθητριών Λυκείου σε Ιωάννινα και Θεσσαλονίκη, έχουν παθολογικές τιμές στο ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής, EAT-26.



Μια έντονη ανησυχία περί την εξωτερική εμφάνιση φαίνεται να χρονολογείται πριν από την ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας. Η διαταραχή συμπεριφοράς διατροφής συσχετίζεται με την αφομοίωση μιας κουλτούρας που εμπεριέχει την αξία της λεπτότητας ως συνείδηση. Το στίγμα της παχυσαρκίας και οι δύσκολες θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή της θεωρούνται ως παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχών διατροφής. Υπάρχει ένδειξη ότι η ψυχογενής ανορεξία καθ' εαυτή έχει αναπτύξει μία ιδιαίτερα θετική αποδοχή και ότι τα συμπτώματά της θεωρούνται από την κοινή γνώμη συνήθη, και καθόλου παθολογικά, γεγονός που σχετίζεται με την προεξάρχουσα και αυξανόμενη αξία που αποδίδεται στο λεπτό και αδύνατο σώμα των γυναικών, στις κοινωνίες των αναπτυγμένων χωρών.

Άλλοι κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες, όπως ο αμφιθυμικός και συγκρουσιακός ρόλος της γυναίκας στη σύγχρονη κοινωνία, η τελειοθηρία, η επίδραση των ΜΜΕ στη διαμόρφωση της εικόνας του ιδανικού γυναικείου σώματος, η επιλογή του επαγγέλματος με έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση, εμπλέκονται επίσης στην παθογένεια των διαταραχών διατροφής (Στεφανής, 1993).

#### **2.3.4 Εκλυτικοί Παράγοντες**

Όπως αναφέρθηκε ήδη, η περιοριστική δίαιτα μπορεί να προκαλέσει ψυχογενή ανορεξία σ' αυτούς που έχουν ευαλωτότητα. Η δίαιτα υποκινείται είτε εξαιτίας του ότι το άτομο αισθάνεται συνήθως «παχουλό», είτε λόγω σχολίων από άλλους. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι ένα εκλυτικό αίτιο σε κάποιες περιπτώσεις. Υποστηρίζεται ότι η ψυχογενής ανορεξία έχει έναν εποχιακό τύπο εκδήλωσης, αντίστοιχο μ' αυτό των διαταραχών της διάθεσης και των αυτοκτονιών. Όσον αφορά τις δεξιότητες στρατηγικής αντιμετώπισης των προβλημάτων φαίνεται

ότι είναι ανεπαρκείς στους ανορεκτικούς, καθόσον η ψυχογενής ανορεξία αναδύεται ως απάντηση σε νέες εμπειρίες όπως η εφηβεία, η εγκατάλειψη του σπιτιού, η εισαγωγή στο Πανεπιστήμιο. Επίσης δυσμενή γεγονότα ζωής έχουν αναγνωρισθεί ως δυνητικά εκλυτικά αίτια, ειδικά σε ασθενείς με όψιμη έναρξη (Στεφανής, 1993).

### **2.3.5 Επιβαρυντικοί Παράγοντες (Παράγοντες που Συντηρούν και Διαιωνίζουν τη Διαταραχή)**

Οι ψυχολογικές και φυσικές επιπτώσεις της ασιτίας έχουν σαφώς διακριβωθεί και από τα κλινικά ευρήματα αλλά και από πειραματικές συνθήκες. Είναι ενδιαφέρον για την κατανόηση της ψυχογενούς ανορεξίας να επισημανθεί ότι, πρώτον τα συμπτώματα που παλαιότερα εθεωρούντο ότι αντανακλούν την πρωτοπαθή ψυχοπαθολογία, αναγνωρίζονται τώρα, ως κοινά σε λιμοκτονούντες ασθενείς, ανεξαρτήτως του αιτίου της ασιτίας και δεύτερον ότι η ασιτία καθεαυτή οδηγεί σε δευτεροπαθή συμπτώματα που εν συνεχεία παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στη διαιώνιση της διαταραχής.

Έτσι, ενώ η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε δίαιτα με σκοπό την ανάκτηση της αυτοεκτίμησης, η ασιτία προκαλεί περαιτέρω αποδιοργάνωση της διάθεσης. Η ασιτία αυξάνει την υπερενασχόληση με τις τροφές καθιστώντας τον έλεγχο της πρόσληψής τους ακόμη περισσότερο επιτακτικό και αναγκαίο. Η καθυστερημένη γαστρική κένωση και η μειωμένη γαστρική κινητικότητα ενισχύουν την αίσθηση πληρότητας του στομάχου και επομένως συμβάλλουν στην περαιτέρω μείωση της προσλαμβανόμενης τροφής. Υπάρχουν επίσης ψυχολογικοί, διαπροσωπικοί και πολιτιστικοί παράγοντες που συντηρούν τη διαταραχή. Τα συμπτώματα μπορεί να προκαλούν μέσω θετικής επανατροφοδότησης (feed-back), σταθεροποίηση στα οικογενειακά και

ψυχολογικά συστήματα ή μπορεί να διασώζουν τις ισορροπίες εκτρέποντάς την εστίαση μακριά από δυσάρεστες περιοχές (Παπακώστας, 1994).

## 2.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα κεντρικά συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η απώλεια βάρους και η έντονη ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος.

Οι ανορεκτικοί φοβούνται ότι είναι ή ότι θα γίνουν παχείς. Στη ζωή τους, κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζουν οι θερμίδες, το φαγητό, η αποφυγή τροφών έτσι ώστε να γίνονται συν τω χρόνω, μυστικοπαθείς και κοινωνικά απομονωμένοι. Μπορεί να παρουσιάσουν υπερδραστηριότητα και έντονη ανησυχία, ενώ η εμμηνορρυσία διακόπτεται στις γυναίκες. Πολλοί ανορεκτικοί υποφέρουν από τα συμπτώματα της ασιτίας, όπως σοβαρή δυσκοιλιότητα, κοιλιακούς πόνους, ζαλάδες, πρήξιμο στο στομάχι, στο πρόσωπο και τους αστραγάλους. Συνήθης είναι η ανάδυση χνουδωτής τρίχωσης στο δέρμα του σώματος και η τριχόπτωση στο τριχωτό της κεφαλής. Οι συνέπειες της ελαττωμένης κυκλοφορίας στην περιφέρεια του σώματος, εκδηλώνονται με έντονη ευαισθησία στο κρύο και την ξηρασία καθώς και αποχρωματισμένο δέρμα.

Η διαταραγμένη αντίληψη των ανορεκτικών για τον εαυτό τους και τη ζωή τους έχει σαν αποτέλεσμα τη δυσκολία να δεχθούν βοήθεια. Εάν όμως επιλυθούν οι υποκείμενες συναισθηματικές δυσκολίες και αποκατασταθεί το πρόγραμμα διατροφής, η ανάκαμψη αρχίζει σύντομα και ολοκληρώνεται σταδιακά. Το ανθρώπινο σώμα διαθέτει τεράστια αποθέματα αντοχής και οι φυσιολογικές λειτουργίες του αποκαθίστανται, με ελάχιστα ή καθόλου στίγματα του παρελθόντος.

Τα συμπτώματα της διαταραχής συνοψίζονται ως ακολούθως:

1. Σοβαρή απώλεια βάρους (βάρος = 85% Φ.Β.)
2. Παραμορφωμένη αντίληψη για το βάρος και το σχήμα του σώματος.
3. Υπερβολική σωματική άσκηση.
4. Προκλητοί έμετοι - Χρήση καθαρτικών ή διουρητικών.
5. Κοινωνική απομόνωση - Απομάκρυνση από φίλους.
6. Συναισθηματική αστάθεια, ευερεθιστότητα, κρίσεις θυμού.
7. Δυσκολίες στον ύπνο.
8. Αμηνόρροια (= 3 κύκλους) για τις γυναίκες.

Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας για τους άνδρες.

9. Φτωχή περιφερική κυκλοφορία.
10. Χνουδωτή τρίχωση του σώματος.
11. Τελειοθηρία και ψυχαναγκαστικότητα.
12. Χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Παθολογικά Ευρήματα και Σημεία

Οι ασθενείς είναι εξαιρετικά λεπτοί και βρίσκονται σε κατάσταση ασιτίας. Σημεία αφυδάτωσης, διόγκωσης των σιαλογόνων αδένων, ρωγμές της αδαμαντίνης των δοντιών και περιοδοντίτιδα, χνουδωτή τρίχωση του προσώπου και της ράχης και σημεία φτωχής περιφερικής κυκλοφορίας (κρύα και λευκά άκρα) είναι παρόντα. Διατηρείται όμως η τρίχωση της μασχάλης και του εφηβαίου (Ντώνιας, 1991).

- Αιματολογικά: Λευκοπενία, Θρομβοκυτοπενία
- Μεταβολικά: Μεταβολική αλκάλωσις, υποκαλιαιμία, υπογλωραιμία, αύξηση αμυλάσης ορού, υπογλυκαιμία, μείωση Zn πλάσματος, υπερχοληστεριναιμία, και φυσιολογικά επίπεδα πρωτεϊνών και αλβουμίνης πλάσματος.
- Ορμόνες: Μείωση T3, αύξηση αυξητικής ορμόνης, αύξηση κορτιζόλης, μείωση γοναδοτροπινών, μείωση τεστοστερόνης (στους άνδρες), ανωμαλίες στην έκκριση της ινσουλίνης.
- Ούρα: Σημεία αφυδάτωσης, μείωση ρυθμού σπειραματικής διήθησης.

- ΗΚΓ: Βραδυκαρδία, αρρυθμίες, παράταση Q-T διαστήματος, πτώση του ST διαστήματος, επιπέδωση ή αντιστροφή των T-κυμάτων, U κύμα.

#### Διαφορική Διάγνωση

Εκτός της διαφορικής διάγνωσης από άλλες ψυχιατρικές νόσους που είναι σχετικά εύκολη, πρέπει να αποκλείονται επίσης α) τα οργανικά νοσήματα που προκαλούν απώλεια βάρους, όπως τα κακοήθη νοσήματα, β) οι όγκοι του εγκεφάλου, γ) οι παθήσεις του γαστρεντερικού, (Νόσος του Crohn, σύνδρομο δυσαπορρόφησης, σύνδρομο άνω μεσεντερίων αγγείων), δ) το AIDS, ε) ο υποθυρεοδισμός και στ) η κροταφική επιληψία. (Σίμος, 1996)

## 2.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η διαταραχή, με τα συμπτώματα και τα σημεία της, η πορεία και η σοβαρότητά της πρέπει να εξηγηθεί στον πάσχοντα και την οικογένειά της. Προϋπόθεση αποτελεί η εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Σ' αυτό το πλαίσιο θα συμφωνηθεί η αποκατάσταση του βάρους.

Η ψυχογενής ανορεξία, σύμφωνα με τα όσα έχουν καταγραφεί μέχρι τώρα, είναι τόσο από την ιατρική πλευρά, όσο και από την πλευρά της ψυχοπαθολογίας σύνθετη, σοβαρή και συχνά χρόνια κατάσταση που η θεραπεία της απαιτεί συνεχή προσπάθεια και προσοχή και ένα πλήρες θεραπευτικό πλάνο που να περιλαμβάνει α) ιατρική και ψυχιατρική αντιμετώπιση, β) ατομική ψυχοθεραπεία και γ) οικογενειακή θεραπεία.

Η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει πρώτιστα στην αποκατάσταση του φυσιολογικού βάρους και στην επαναφορά φυσιολογικών διατροφικών συνηθειών προκειμένου να διορθωθούν οι βιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της ασιτίας που συντηρούν και διαιωνίζουν την

παθολογική συμπεριφορά διατροφής. Οι συνοδοί στόχοι αφορούν την επισήμανση και την αντιμετώπιση των υποκείμενων ψυχολογικών, γνωσιακών, συμπεριφορικών, οικογενειακών και κοινωνικών προβλημάτων έτσι ώστε να διατηρηθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα και να αποφευχθεί η υποτροπή.

Οι στόχοι της θεραπείας λοιπόν, πρέπει να περιλαμβάνουν:

- 1) την αποκατάσταση του βάρους στο επίπεδο του βάρους-στόχου.
- 2) την επαναφορά φυσιολογικού τρόπου διατροφής, με ενθάρρυνση του ασθενούς να εξοικειωθεί με μια κανονική και θερμιδικά ισορροπημένη πρόσληψη τροφών.
- 3) τη διάγνωση και τη θεραπεία των ιατρικών επιπλοκών εξαιτίας της ασιτίας και των συμπεριφορών που τη συντηρούν.
- 4) την επισήμανση των αρνήσεων και των δυσλειτουργικών σκέψεων, πίστευων και πεποιθήσεων.
- 5) την παρέμβαση στην οικογένεια με σκοπό τη συνεργασία και την αποφυγή της εμπλοκής.
- 6) την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την ενίσχυση της αυτονομίας, τη διευκόλυνση της διαμόρφωσης ταυτότητας, τη στήριξη της διαδικασίας αυτοεκτίμησης και την αντιμετώπιση του αισθήματος αναξιοσύνης.
- 7) την προληπτική παρέμβαση και εκπαίδευση για την αποφυγή υποτροπής (Σίμος, 1996)

#### A. Αποκατάσταση του βάρους

Υπάρχει γενική συμφωνία ότι η αποκατάσταση του βάρους θα πρέπει να είναι κεντρικός και πρώτος στόχος της θεραπείας. Το επιθυμητό βάρος-στόχος θα πρέπει να είναι το ατομικά καθορισμένο φυσιολογικό βάρος σώματος στο οποίο θα αποκατασταθεί η αναπαραγωγική λειτουργία.

Ως προς το περιεχόμενο των γευμάτων και τον υπολογισμό της θερμιδικής πρόσληψης, είναι καλύτερα, εξ αρχής ο καθορισμός του περιεχομένου των γευμάτων και του ποσού των θερμίδων να γίνεται από το διατροφολόγο ή το γιατρό. Είναι επίσης σημαντικό να επισημανθεί και να συμφωνηθεί με τον ασθενή ότι ο στόχος της θεραπείας είναι το φυσιολογικό βάρος και ότι το υπερβολικό βάρος δεν είναι επιθυμητό και πρέπει να αποφεύγεται. Σα βασική πάντως αρχή της προτεινόμενης διατροφής είναι να περιλαμβάνονται απαραίτητως σε κάθε γεύμα υδατάνθρακες, λευκώματα και λίπη, χωρίς να αποφεύγονται τα λαχανικά και φρούτα, των οποίων η αποφυγή είναι συχνά επιθυμία των ασθενών και θα πρέπει να ελέγχεται.

Συνήθως η αρχική θερμιδική πρόσληψη κυμαίνεται μεταξύ 30-40 Kcal/kg την ημέρα (περίπου 1000-1600 Kcal /την ημέρα) πιθανόν όμως να πρέπει να αυξηθεί σε 70-100 Kcal/kg την ημέρα για ορισμένους ασθενείς κατά τη διάρκεια της φάσης αύξησης του βάρους, ώστε να σταθεροποιηθεί στις 40-60 Kcal/kg την ημέρα κατά τη φάση διατήρησης του βάρους. Η συνεχής εκπαίδευση και υποστήριξη του ασθενούς για τη διατήρηση φυσιολογικών συνηθειών διατροφής είναι ουσιαστική παράμετρος της θεραπείας καθ' όλη τη διάρκειά της. (Στεφανής, 1993). Ο υπολογισμός του βάρους-στόχου γίνεται βάσει του Δείκτη Σωματικής Μάζας, που προσδιορίζεται από το πηλίκο του βάρους σε kg, δια του τετραγώνου του ύψους σε εκατοστά. Για ασθενείς ηλικίας 16 ετών και άνω, ο ελάχιστος Δείκτης Σωματικής Μάζας πρέπει να είναι 20. Γι' αυτούς που είναι 14 και 15 ετών ο Δείκτης Σωματικής Μάζας πρέπει να είναι τουλάχιστον 18,5 - 19,5. Για ασθενείς μικρότερης ηλικίας πρέπει να γίνεται χρήση ειδικών πινάκων. Οι ανορεκτικοί ασθενείς που το βάρος τους είναι έως 20% κάτωθεν του φυσιολογικού βάρους πρέπει πρώτα να αντιμετωπίζονται εξωνοσοκομειακά, ιδιαίτερα όταν υπάρχει υψηλό

κίνητρο, όταν η οικογένεια είναι συνεργάσιμη και όταν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρή.

Σε περισσότερο σοβαρές περιπτώσεις ασθενών με εξαιρετικά χαμηλό βάρος, απαιτείται ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση και συνολική θεραπεία, προκειμένου να επιτευχθεί η αύξηση του βάρους. Η απόφαση για νοσηλεία σε ψυχιατρική μονάδα αντί για παθολογική ή παιδιατρική, εξαρτάται από τηνιατρική κατάσταση του ασθενούς και από τις επιδεξιότητες και ικανότητες του τοπικού ψυχιατρικού και ιατρικού προσωπικού. Πρέπει να γίνεται σε ψυχιατρικές κλινικές και απαιτεί έμπειρο και ειδικευμένο προσωπικό.

Στα προγράμματα ενδονοσοκομειακής θεραπείας θα πρέπει να καθορίζονται με ακρίβεια τόσο το βάρος-στόχος όσο και ο ρυθμός ελεγχόμενης αύξησης του βάρους αλλά και να πείθονται οι ασθενείς ότι μπορούν να αποκτήσουν τον έλεγχο επί των υγιών διατροφικών συνηθειών, στις οποίες εκπαιδεύονται. Ένα υποστηρικτικό και ενθαρρυντικό προσωπικό με το οποίο οι ασθενείς και οι οικογένειές τους μπορούν να αναπτύξουν ρεαλιστικές σχέσεις εμπιστοσύνης, είναι απολύτως αναγκαίο. Στο πρόγραμμα θα πρέπει να περιλαμβάνεται ένας λογικός ρυθμός αύξησης του βάρους (π.χ. 1,5 kg/εβδομάδα για ενδονοσοκομειακούς ασθενείς ή 1 Kgr/εβδ. για εξωτερικούς ασθενείς ή ασθενείς ημέρας) καθώς και ορισμένες θετικές και αρνητικές ενισχύσεις (παραμονή στο κρεβάτι, απαγόρευση προνομίων εκτός μονάδας, άσκηση εξαρτώμενη από την αύξηση του βάρους) (Σίμος, 1996)

Η θεραπεία των ανορεκτικών ασθενών στο νοσοκομείο ολοκληρώνεται όταν η φυσική τους κατάσταση είναι ιατρικά σταθεροποιημένη, όταν το βάρος-στόχος έχει αποκατασταθεί, όταν η συμπεριφορά διατροφής έχει ικανοποιητικά διορθωθεί, και όταν έχει γίνει αρκετή προετοιμασία για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών και των οικογενειακών παραγόντων που εμπλέκονται στη διαταραχή.



## Β. Αντιμετώπιση ιατρικών επιπλοκών

Η ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης του βάρους και των συνηθειών διατροφής θα πρέπει να περιλαμβάνει την εξέταση των ζωτικών σημείων, τον υπολογισμό πρόσληψης και απώλειας υγρών, την παρακολούθηση για ανάπτυξη οιδημάτων λόγω γρήγορης αύξησης του βάρους εξαιτίας κατακράτησης υγρών, την αποφυγή συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, και την αντιμετώπιση των γαστρεντερικών συμπτωμάτων.

Ενίοτε, ένεκα της ασιτίας, των εμέτων και των καθαρτικών, παρατηρούνται σοβαρές επιπλοκές όπως ηλεκτρολυτικές διαταραχές, καρδιακή ανεπάρκεια, υπόταση, αφυδάτωση, αρρυθμίες και νεφρική ανεπάρκεια που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση στο νοσοκομείο. Η χρήση ρινογαστρικού καθετήρα ή, σε εξαιρετικές περιπτώσεις, η χορήγηση παρεντερικής διατροφής είναι εναλλακτικές λύσεις που χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν κίνδυνοι για τη ζωή του ασθενή. Τέτοιου τύπου παρεμβάσεις θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο για όσο χρονικό διάστημα είναι απολύτως αναγκαίες, ενώ θα πρέπει να συνεχίζεται η μέριμνα για την αποκατάσταση της φυσιολογικής διατροφής (Σίμος, 1996)

## Γ. Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Παρ' ότι τα τελευταία 40 χρόνια έχει σημειωθεί ιδιαίτερα σημαντική πρόοδος στην ψυχοφαρμακολογία, κανένα φάρμακο δεν έχει αποδειχθεί χρήσιμο στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας. Επειδή λοιπόν η κεντρική ψυχοπαθολογία της διαταραχής αυτής, είναι εξαιρετικά ανθεκτική στη φαρμακευτική προσέγγιση, τα φάρμακα δεν πρέπει να χορηγούνται ως μοναδική θεραπεία. Η φαρμακευτική αγωγή όμως είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση των

επιπλοκών της ασυμπτωτικής και για τη θεραπεία της συνυπάρχουσας νοσηρότητας που παρατηρείται στους ανορεκτικούς ασθενείς με χρόνια πορεία (25% των πασχόντων). Τα φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί περισσότερο είναι τα αντικαταθλιπτικά (αμιτριπτυλίνη, χλωριμιπραμίνη-σε ασθενείς με κατάθλιψη που επιμένει παρά την αύξηση του βάρους) τα νευροληπτικά (χλωροπρομαζίνη -κατά την ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση και ιδιαίτερα κατά την περίοδο που ο ασθενής παραμένει κλινίης, έχουν χρησιμοποιηθεί βοηθητικά οι υψηλές δόσεις χλωροπρομαζίνης, οι οποίες γίνονται καλώς ανεκτές και συμβάλλουν στην επιτυχή ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, ηπιμοζίδη σε χαμηλές δόσεις για την ψυχαναγκαστικότητα, το άγχος και τον ψυχωσικό μορφο τρόπο σκέψης) καθώς και τα αγχολυτικά φάρμακα (λοραζεπάμη) που χρησιμοποιούνται εκλεκτικά πριν από τα γεύματα για να μειώσουν το άγχος αναμονής που σχετίζεται με το φαγητό.

Οι περισσότεροι ειδικοί πιστεύουν ότι: 1) οι ασθενείς με υποθρεψία και κατάθλιψη είναι περισσότερο επιρρεπείς στις ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαταθλιπτικής αγωγής απ' ό,τι άλλοι ασθενείς με κατάθλιψη, ενώ παράλληλα ανταποκρίνονται λιγότερο σ' αυτή. 2) τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο υπότασης και αρρυθμίας στους ασθενείς με ανορεξία ειδικότερα σε ασθενείς που κάνουν χρήση πακτικών και των οποίων η ενυδάτωση είναι ανεπαρκής και η καρδιακή λειτουργία διαταραγμένη. 3) μερικά συμπτώματα κατάθλιψης μπορούν να υποχωρήσουν με την αύξηση του βάρους. 4) τα αντικαταθλιπτικά βοηθούν στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που επιμένουν, μειώνουν την ψυχαναγκαστικότητα και γενικώς περιορίζουν τον κίνδυνο υποτροπής, μετά τη φάση αποκατάστασης του βάρους. 5) Σε περιπτώσεις ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και ιδιαίτερα όταν είναι αναγκαίο ο ασθενής να παραμείνει κλινίης κατά τη φάση απόκτησης

φυσιολογικού βάρους, βαθμιαία αυξανόμενες δόσεις χλωροπρομαζίνης (μέχρι 400 mg ημερησίως), γίνονται καλά ανεκτές και βοηθούν σημαντικά στην παραμονή του ασθενή στο κρεβάτι και τη συμμόρφωση στην ενδεικνυόμενη σίτιση.

Συμπερασματικά, κανένα φάρμακο δεν έχει ειδική επίδραση στην ψυχογενή ανορεξία, και όσα έχουν χρησιμοποιηθεί έχουν μόνο μερική ένδειξη για την αντιμετώπιση ορισμένων συμπτωμάτων και για περιορισμένο χρόνο (Ντόνιας, 1991)

#### Δ. Οικογενειακή παρέμβαση

Η οικογένεια πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στο θεραπευτικό σχεδιασμό από την αρχή και να συμμετέχει στη θεραπευτική προσπάθεια. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία (εάν είναι δυνατόν με τους δυο γονείς τουλάχιστον εάν όχι με όλα τα μέλη της οικογένειας) θα πρέπει να αρχίσει όταν τα μέλη της οικογένειας μπορούν να συμμετάσχουν χωρίς να κρατούν κριτική στάση, απέναντι στον ασθενή και όταν κανένα μέλος της οικογένειας δεν είναι τόσο χαοτικό ώστε να αποκλείει την παραγωγική εργασία.

Υπερβολικά αυστηροί γονείς θα πρέπει πρώτα να αντιμετωπίζονται χωρίς την παρουσία του ασθενούς ώστε να γίνει η σχετική προετοιμασία για να συμμετάσχουν στην οικογενειακή θεραπεία που περιλαμβάνει και τον ασθενή. Η οικογενειακή θεραπεία είναι περισσότερο χρήσιμη για νεότερους ασθενείς και πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι η οικογενειακή θεραπεία πρέπει να είναι υποχρεωτική για παιδιά και νεαρούς εφήβους. Η θεραπεία ζεύγους μπορεί να είναι χρήσιμη σε παντρεμένους ασθενείς.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επισημανθεί στην οικογένεια ότι οι θεραπευτικοί χειρισμοί θα πρέπει να αποφασίζονται από τη θεραπευτική

ομάδα. Συχνά οι ασθενείς προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν την οικογένειά τους να διακοπεί η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία πριν το βάρος-στόχος επιτευχθεί με διάφορα τεχνάσματα. Η στήριξη της θεραπευτικής ομάδας από την οικογένεια κατά τη διάρκεια της φάσης ανάκτησης φυσιολογικού βάρους, είναι απαραίτητη προϋπόθεση της θεραπείας. (Σίμος, 1996)

#### Ε. Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία θα πρέπει να προσαρμόζεται σύμφωνα με το επίπεδο γνωσιακής συγκρότησης, το στυλ και την πολυπλοκότητα του συγκεκριμένου ασθενή και της οικογένειάς του.

Συναισθηματική δοτικότητα και υποστήριξη, ενίσχυση της εναισθησίας, εκπαίδευση και εκμάθηση τεχνικών επίλυσης προβλημάτων αποτελούν βασικές περιοχές εργασίας και μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν ο ασθενής είναι επιδεκτικός σε τέτοιες παρεμβάσεις.

Η ψυχοθεραπεία, ατομική ή ομαδική χρειάζεται να συνεχιστεί για πολλά χρόνια, ίσως με διαλείμματα που εξαρτώνται από την ψυχοπαθολογία του ασθενούς και την ιατρική του κατάσταση. Η επίμονη και συχνά χρόνια φύση της ψυχοπαθολογίας αλλά και των διαταραχών της προσωπικότητας στην ψυχογενή ανορεξία, και η ανάγκη για ουσιαστική αλλαγή κατά τη διάρκεια της ανάκαμψης, απαιτούν μακροχρόνια ψυχολογική αντιμετώπιση τουλάχιστον για ένα χρόνο ή ίσο χρόνο ψυχοθεραπείας με τον χρόνο από την έναρξη της διαταραχής.

Η ερμηνεία των ψυχολογικών διαταραχών που απαντώνται σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία βασίζεται σε ψυχοδυναμικές, ψυχαναλυτικές, γνωσιακές, συστημικές, κοινωνικοπολιτισμικές και φεμινιστικές θεωρίες, από τις οποίες απορρέουν και οι αντίστοιχες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, που όλες έχουν εφαρμοστεί, με άλλοτε, άλλη επιτυχία. (Σολδάτος, 1993)

Ο ρόλος της ψυχοθεραπείας στην οξεία φάση της ενδονοσοκομειακής αντιμετώπισης του σοβαρά υποσιτιζόμενου ασθενή παραμένει ασαφής. Η εμπειρία από προγράμματα με μεγάλο αριθμό ασθενών και επιτυχή αντιμετώπιση δείχνουν ότι η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας αρχίζοντας φαίνεται μετά την αποκατάσταση του βάρους. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, χωρίς ταυτόχρονη πρόοδο στην απόκτηση του βάρους, συνήθως δεν είναι αποτελεσματικές (Glenn, 2011).

Γενικά, κάθε ψυχοθεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να εστιάζει αφ' ενός στα εσώτερα προβλήματα του ανορεκτικού ασθενούς (αισθήματα κενού, άρνηση και φόβος έναντι των προσωπικών αναγκών, αίσθημα αναποτελεσματικότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, εχθρότητα προς εαυτό) και αφ' ετέρου να τον βοηθήσει να επεξεργασθεί τις αναπτυξιακές προκλήσεις της εφηβείας. Ο θεραπευτής πρέπει να εκπαιδεύει, να διευθετεί, να υποστηρίζει, να προτείνει, να συζητά, να διαπραγματεύεται, να ενθαρρύνει, να εκπλήσσει και να αποτελεί πρότυπο για τον ασθενή του. Κάτι που πρέπει να αποφεύγεται γενικά σε κάθε προσέγγιση είναι η χρησιμοποίηση διαφόρων τακτικών και τεχνικών που εκλαμβάνονται ως εξαναγκαστικές από τους ασθενείς, για τους οποίους είναι γνωστό ότι ο έλεγχος είναι κάτι πολύ σημαντικό. (Σίμος, 1996)

#### ΣΤ. Μακροπρόθεσμοι Στόχοι και Πρόγνωση

Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι περιλαμβάνουν σταθεροποίηση της συναισθηματικής διάθεσης, διευθέτηση των δυσλειτουργικών στοιχείων της προσωπικότητας, βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινωνικής λειτουργικότητας. Οι υποστηρικτικές και ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να αρχίσουν από τα πρώτα στάδια της ψυχοθεραπείας και να συνεχιστούν καθ' όλο το διάστημα της θεραπείας. Οι ασθενείς πρέπει να διευκολύνονται να δημιουργήσουν μια

θεραπευτική σχέση μ' έναν ειδικό όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Το φύλο του θεραπευτή δεν έχει τόσο σημασία, όσο η εμπειρία του και οι ικανότητές του (Σίμος, 1996).

Ως προς την πρόγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας τα αποτελέσματα από έγκυρες μελέτες παρακολούθησης νοσηλευθέντων ασθενών, για τουλάχιστον 4 χρόνια μετά την έναρξη της διαταραχής δείχνουν ότι: περίπου 44% των ασθενών είχε καλή έκβαση (το βάρος επανήλθε στο προτεινόμενο βάρος και αποκαταστάθηκε η εμμηνορυσία), στο 24% περίπου αποτελέσματα ήταν φτωχά (το βάρος ποτέ δεν έφτασε το προτεινόμενο, και η έμμηνος ρύση δεν αποκαταστάθηκε ή ήταν σποραδική), στο 28%, περίπου, υπήρχαν ενδιάμεσα αποτελέσματα, και λιγότεροι από 5% είχαν πεθάνει (πρώιμη θνησιμότητα) (Hsu 1990). Αντίστοιχα αποτελέσματα προκύπτουν (καλή έκβαση 43%, βελτίωση 36%, χρόνια πορεία 20%, θνησιμότητα 5%) από εντελώς πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (68 μελέτες - 3104 ασθενείς).

Η κακή πρόγνωση έχει συσχετιστεί με το πολύ χαμηλό αρχικά βάρος, την παρουσία εμέτων, την αποτυχία ανταπόκρισης σε προηγούμενη θεραπεία, τις διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις και το γάμο.

Η θνησιμότητα, οφειλόμενη πρωταρχικά σε καρδιακή προσβολή ή αυτοκτονία, (1-5%) αυξήθηκε όσο παρατεινόταν η παρακολούθηση και έφτασε περίπου το 20% μεταξύ ασθενών που παρακολουθούνταν για περισσότερο από 20 χρόνια. Συνήθως κυμαίνεται μεταξύ 4% και 17%. Επιπλέον, περίπου τα 2/3 των ασθενών συνέχισαν να έχουν συνεχή νοσηρήνασχόληση με το φαγητό και το βάρος, πάνω από 40% είχαν βουλιμικά συμπτώματα και πολλοί είχαν δυσθυμία, κοινωνική φοβία, ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά συμπτώματα και κατάχρηση ουσιών.

Πρέπει να επισημανθεί ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών ( 25% περίπου) εισέρχεται στη χρόνια μορφή της διαταραχής που συνοδεύεται από σοβαρές ιατρικές επιπλοκές (Σίμος, 1996).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

#### 3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Πρόκειται για σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, από υπερβολική ενασχόληση με τον έλεγχο του σωματικού βάρους, από ένα νοσηρό φόβο πάχυνσης που οδηγεί το άτομο να υιοθετεί παράδοξους τρόπους μείωσης του σωματικού βάρους, όπως αποφυγή «παχυντικών τροφών», προκλητούς εμετούς, χρήση καθαρτικών, χρήση ανορεξιογόνων φαρμάκων, θυρεοειδικών ορμονών και διουρητικών.

Οι ασθενείς έχουν κατά κανόνα φυσιολογικό βάρος και οι γυναίκες κανονική εμμηνορρυσία.

Προέρχεται από τη σύνθετη ελληνική λέξη βουλιμία που σημαίνει ακατανίκητη πείνα (βου: βόδι ή ταύρος, και λιμός που σημαίνει μεγάλη πείνα και έχει τουλάχιστον δυο σημασίες: πείνα, τόσο μεγάλη όση ενός ταύρου ή ενός βοδιού ή πείνα, τόσο μεγάλη ώστε να καταβροχθίσει κάποιος ένα βόδι).

Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας κατά DSM-.

A. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγία χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

(1) Την κατανάλωση, σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε 2 ώρες), μιας ποσότητας τροφής, η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις.



(2) Την αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην υπερφαγία κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. ένα αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει και πόσο τρώει)

Β. Επανελημμένη μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία. ή υπερβολική σωματική άσκηση.

Γ. Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και η μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα 3 μηνών.

Δ. Η εκτίμηση του εαυτού επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Ε. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας. (Ντόνιας, 1991)

Προσδιορίζονται δύο τύποι της ΨΒ:

Καθαρτικός Τύπος: Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

Μη Καθαρτικός Τύπος: Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες μη φυσιολογικές, αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως η νηστεία ή η υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας κατά ICD-10:

(α) Επιμένουσα υπεραπασχόληση με τη διατροφή και ακατανίκητη επιθυμία για λήψη τροφής. Ο ασθενής υποκύπτει στην επιθυμία του να

τρέι υπερβολικά, με επεισόδια υπερφαγίας κατά τα οποία πολύ μεγάλες ποσότητες τροφής καταναλίσκονται σε βραχείες χρονικές περιόδους.

(β) Ο ασθενής προσπαθεί να αντιρροπήσει την «παχυντική» επίδραση της τροφής με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση καθαρτικών ουσιών, εναλλασσόμενες περίοδοι αποχής από τη λήψη τροφής, χρήση φαρμάκων, όπως ανορεκτικών, θυροειδικών σκευασμάτων ή διουρητικών. (Διαβητικοί ασθενείς με βουλιμία δυνατόν να παραμελήσουν τη θεραπεία τους με ινσουλίνη).

(γ) Η ψυχοπαθολογία εκφράζεται ως νοσηρός φόβος πάχυνσης. Ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του ένα αυστηρά καθορισμένο όριο σωματικού βάρους, πολύ κάτω από το προνοσηρό επίπεδο, το οποίο και αποτελείτο άριστο ή το κατά τη γνώμη του γιατρού συμβατό με την υγεία σωματικό βάρος.

Συχνά, αλλά όχι πάντοτε, αναφέρονται στο ιστορικό επεισόδια ψυχογενούς ανορεξίας. Τυχόν προηγούμενο επεισόδιο μπορεί να έχει πλήρη κλινική έκφραση ή να είχε προσλάβει ελάχιστα λανθάνουσα μορφή με μέτρια μόνο απώλεια βάρους ή / και παροδική φάση αμηνόρροιας. Το μεσοδιάστημα μεταξύ ενός επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας και ενός ψυχογενούς βουλιμίας μπορεί να κυμαίνεται από λίγους μήνες μέχρι μερικά χρόνια. (Σολδάτος, 1993)

Σύμφωνα με το ICD-10 δεν περιγράφονται οι δυο υπότυποι, όπως στο DSMIV.

Για την κατανόηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας, επειδή πρόκειται για νέανόσο, αξίζει να καταγραφούν τα παρακάτω αποσαφηνιστικά σχόλια. Πρόκειται όπως αναφέρθηκε ήδη, για μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υπερφαγία και αντιρροπιστική αποβολή των τροφών που προσλαμβάνονται. Ο ασθενής, χωρίς να μπορεί να ελέγξει τον εαυτό

του, καταναλώνει εξαιρετικά μεγάλες ποσότητες τροφών και εν συνεχεία προσπαθεί να αντισταθμίσει τη συμπεριφορά του, είτε μέσω προκλητών εμέτων ή λήψεως φαρμάκων (καθαρτικών ή διουρητικών) ή μέσω αποχής από το φαγητό. Είναι μια οργανωμένη συμπεριφορά -έναν τρόπο ζωής που καθορίζει πλήρως την καθημερινότητα του ατόμου -ενός ατόμου, που σχεδόν κάθε μέρα και σε διάφορη έκταση, καταναλώνεται στα ψώνια, τις τροφές, το μαγείρεμα, την υπερφαγία και τελικώς την αποβολή των τροφών που θα φάει.

Είναι ένα διακριτό κλινικό σύνδρομο που αρχίζει συνήθως μεταξύ 15-20 ετών, και συχνά εμφανίζεται σε άτομα που είχαν προβλήματα στις συνήθειες διατροφής και το βάρος τους, όπως, ψυχογενή ανορεξία, παιδική παχυσαρκία, εφηβικό βάρος στα ανώτερα φυσιολογικά όρια και ιστορικό μεγάλων διακυμάνσεων του βάρους. Σε πολλές περιπτώσεις η ψυχογενής βουλιμία αρχίζει με δίαιτα, που γίνεται μετά από κάποιο στρεσογόνο γεγονός (διακοπή σχέσης) ή καινούργιο συμβάν (έναρξη πρωταθλητισμού) ή οποιαδήποτε κατάσταση που παροτρύνει το άτομο να ασχοληθεί με το σχήμα του σώματός του και τη σχέση του με τον αυτοέλεγχο, ενώ ταυτόχρονα παρέχει δημοσιότητα και υπόσχεται σπουδαία επιτεύγματα. Δεν είναι τυχαίο, ότι στις ηλικίες που παρουσιάζεται η ψυχογενής βουλιμία επισυμβαίνουν παράλληλα, η μετάβαση από το Λύκειο στην επόμενη βαθμίδα αλλά και η μετάβαση από την οικογένεια στην ανεξάρτητη ζωή.

Αυτοί που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία, παγιδεύονται σ' έναν φαύλο κύκλο συμπεριφορών που ενισχύεται από τα συναισθήματά τους, την ενοχή, τη ντροπή, την αηδία και την απέχθεια για τον εαυτό τους. Αισθάνονται υπερβολικά μεγάλη ενοχή για τη βουλιμική συμπεριφορά τους, ώστε να αποφεύγουν την κοινωνική ζωή για να μην αποκαλυφθούν, παρ' ότι είναι ιδιαίτερα κοινωνικά άτομα (Ντώνιας, 1991)

Η ντροπή και η απομόνωση που νοιώθουν, ενισχύει αισθήματα ανεπάρκειας και έλλειψης ελκυστικότητας. Όπως αναφέρθηκε, πρόκειται για ιδιαίτερα κοινωνικά άτομα που παρουσιάζουν έναν κοινωνικό εαυτό, με αυτοπεποίθηση, επιτυχία και ευτυχία, γι' αυτό η υποκείμενη διαταραχή διαδράμει απαρατήρητη για χρόνια. Το δυσάρεστο γεγονός είναι ότι νιώθουν απόγνωση, δεν είναι πραγματικά ευτυχισμένοι, έχουν ιδιαίτερα χαμηλή αυτοεκτίμηση και μπορεί να παρουσιάζουν σοβαρή κατάθλιψη.

Ωστόσο, διατηρούν το σωματικό βάρος τους σε φυσιολογικά όρια, ανεξάρτητα αν έχει προηγηθεί ψυχογενής ανορεξία, και τρώνε φυσιολογικά όταν είναι με άλλους (Ντόνιας, 1991).

Για την κατανόηση του επεισοδίου υπερφαγίας (Binge Eating) περιγράφεται ότι, υπερφαγία επισυμβαίνει όταν η συμπεριφορά διατροφής είναι εντελώς εκτός ελέγχου. Τεράστιες ποσότητες τροφών καταναλώνονται με μανία, έτσι ώστε οι τροφές να τρώγονται μισομαγειρεμένες ή κατευθείαν από το ψυγείο. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας, περιέχει σχεδόν αποκλειστικά τροφές υψηλής θερμιδικής περιεκτικότητας. Πρόκειται συνήθως για αυδαάνθρακες και λίπη. Οι τροφές είναι συνήθως γλυκά, σοκολάτες, μπισκότα, ψωμί, μέλι, βούτυρο και τυρί. Υπάρχουν φυσικά και πολλά άλλα προϊόντα τα οποία έχουν εκ των προτέρων συλλεχθεί μετά από μια ειδική αποστολή στα καταστήματα, με το μυαλό και την έννοια στην κατανάλωσή τους.

Οι βουλιμικοί απεχθάνονται και νοιώθουν αηδία για τον φαύλο κύκλο υπερφαγίας-αποβολής τροφών που έχουν παγιδευτεί. Η αντιρροπιστική αποβολή και απομάκρυνση των τροφών, αποτελεί μια “καθαρτήρια συμπεριφορά” και εκλαμβάνεται από τους ίδιους ως αυτό – επιβεβλημένη τιμωρία για το χάσμα που χωρίζει την εικόνα του κοινωνικού εαυτού από τον ιδιωτικό εαυτό, αυτόν τον εαυτό, τον ήδη απεγνωσμένο και καθημαγμένο από αισθήματα ενοχής, που θεωρεί το

υποκείμενο με ακόμη μεγαλύτερη αποστροφή. Πολλοί πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία, αναφέρουν ότι αυτή συμπεριφορά τους - η υπερφαγία- είναι κάτι που προέρχεται από κάποια κρυμμένη πλευρά της προσωπικότητάς τους, μια αχαλίνωτη τάση γι' αυτό, και ότι τους καθορίζει εντελώς, ώστε εκείνη τη στιγμή να βρίσκονται εντελώς εκτός ελέγχου. Είναι τόσο ισχυρός και ακατανίκητος αυτός ο καταναγκασμός για υπερφαγία, ώστε κάποιες φορές, δεν είναι κυριολεκτικά τίποτα δυνατόν, να τον σταματήσει. Το αποτέλεσμα είναι να θεωρείται από τους ίδιους ότι αυτός ο φαύλος κύκλος, είναι αδύνατον να καταπολεμηθεί, ακόμη και όταν δηλώνεται η αποφασιστικότητα του πάσχοντος να αλλάξει συμπεριφορά. (Μουζιάς, 1996)

### **3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ**

Στην αιτιολογία της Ψυχογενούς Βουλιμίας, βάσει του πολυπαραγοντικού μοντέλου, περιγράφεται η διαπλοκή Προδιαθεσικών παραγόντων (Ατομικών, Οικογενειακών, Κοινωνικο-Πολιτιστικών), Εκλυτικών παραγόντων και Επιβαρυντικών παραγόντων.

#### **Προδιαθεσικοί παράγοντες**

##### **Ατομικοί (Βιολογικοί και ψυχολογικοί)**

Σε κάποιες έρευνες έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ επεισοδίων υπερφαγίας και αντιροπιστικών συμπεριφορών αποβολής των τροφών και της δράσης των νευροδιαβιβαστών, νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από την κλινική ανταπόκριση των συμπτωμάτων της ψυχογενούς βουλιμίας στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα (τρικυκλικά και σεροτονεργικά).

Έχει βρεθεί επίσης ότι τα επίπεδα των ενδορφινών στο αίμα είναι αυξημένα σε ορισμένους ασθενείς που κάνουν εμετούς. Πιθανόν το

αίσθηματης ικανοποίησης που βιώνουν οι ασθενείς αυτοί μετά τον έμετο, να οφείλεται στη διαμεσολάβηση των ενδορφινών (Glenn, 2011).

Άλλες αλλαγές στα νευροενδοκρινικά συστήματα που έχουν βρεθεί στους ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία μοιάζουν με αυτές που βρίσκονται στους πάσχοντες από συναισθηματικές διαταραχές (καθυστερημένη απάντηση της TSH στην πρόκληση με TRH στο 80% των ασθενών, ανωμαλία καταστολής κορτιζόλης στη δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη - θετική δοκιμασία DST- στο 67% των ασθενών) (Στεφανής, 1993).

Δίδυμοι ασθενών με βουλιμία, επίσης εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά βουλιμίας με υψηλότερη επίπτωση στους μονοζυγωτικούς (βαθμός συμφωνίας 23-100%) απ' ό,τι στους διζυγωτικούς διδύμους (βαθμός συμφωνίας 0-33%). Τα στοιχεία σχετικά με τα ποσοστά βουλιμίας σε γυναίκες συγγενείς πρώτου βαθμού είναι αντιφατικά.

Ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης έχει αναφερθεί στο 20-50% των ασθενών με βουλιμία.

Τα στοιχεία προσωπικότητας που κυριαρχούν στους βουλιμικούς ασθενείς είναι η παρορμητικότητα, η διαπροσωπική ευαισθησία και η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενώ επιπλέον μέσω μελετών σε βουλιμικούς ασθενείς με τη χρήση του MMPI, περιγράφεται ένα προφίλ προσωπικότητας με μικρό έλεγχο των ενορμήσεων, χρόνια κατάθλιψη, συμπεριφορές εκδραμάτισης και ελάχιστη αντοχή στη ματαίωση (Γιαννίτση, 1996).

Ως προς τη διάγνωση των διαταραχών προσωπικότητας σε βουλιμικούς ασθενείς, το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 21-77% και ο τύπος που κυριαρχεί είναι η ενότητα Β (Δραματικά άτομα με έντονα συναισθήματα και ασταθή στις διαπροσωπικές σχέσεις) σύμφωνα με το DSM-IV. Η συχνότερη διαταραχή προσωπικότητας στους βουλιμικούς

ασθενείς είναι η οριακή διαταραχή (2-47%) και η μελέτη της σχέσης των δυο διαταραχών προκαλεί ένα συνεχές ερευνητικό ενδιαφέρον.

Στους βουλιμικούς ασθενείς παρατηρούνται διασχιστικά συμπτώματα, σεξουαλικές παρεκκλίσεις και παρορμητικές συμπεριφορές (υπερβολική σπατάλη χρημάτων, κλοπές καταστημάτων, σεξουαλικές εκδραματίσεις, αυτοακρωτηριασμοί), και απόπειρες αυτοκτονίας.

Ως προς τη συνυπάρχουσα ψυχιατρική νοσηρότητα (συννοσηρότητα) σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, έχουν αναφερθεί αυξημένα ποσοστά Μείζονος Κατάθλιψης (46%), αγχωδών διαταραχών (43%), εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες (49%) και διπολικής συναισθηματικής διαταραχής (12%) (ICD -10, 1993)).

Δυσκολίες ως προς την αντιμετώπιση των προβλημάτων της εφηβείας είναι κυρίαρχες και στους βουλιμικούς ασθενείς όπως και στους ανορεκτικούς. Οι βουλιμικοί όμως είναι περισσότερο εξωστρεφείς, επιθετικοί και παρορμητικοί. Επειδή βιώνουν τα συμπτώματά τους περισσότερο μη-σύντονα απ' ό,τι οι ανορεκτικοί, προσέρχονται πιο εύκολα και αναζητούν βοήθεια.

Ως προς την ψυχοδυναμική συγκρότηση, οι βουλιμικοί φαίνεται να υστερούν ως προς τον υπερεγωτικό έλεγχο και την ισχύ του εγώ, σε σχέση με τους ανορεκτικούς. Ιστορικό δυσκολιών αποχωρισμού και απουσίας μεταβατικού αντικειμένου είναι διακριτά στοιχεία της βουλιμικής ψυχοσυγκρότησης. Αναφέρεται ότι οι ασθενείς αυτοί χρησιμοποιούν το ίδιο τους το σώμα ως μεταβατικό αντικείμενο. Ο αγώνας για τον αποχωρισμό από το μητρικό πρόσωπο μεταφέρεται ως αμφιθυμία για το φαγητό. Το να τρώς αντιπροσωπεύει τις ανάγκες συγχώνευσης με τη μητέρα, και το να αποβάλλεις τις τροφές την ασυνείδητη επιθυμία για αποχωρισμό και αυτονομία (ICD -10, 1993).

### **Οικογενειακοί και Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες**

Οι οικογένειες των βουλιμικών διαφέρουν από των ανορεκτικών. Είναι λιγότερο κλειστές με περισσότερο συγκρουσιακές σχέσεις. Επίσης, οι οικογένειες βουλιμικών εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα κατάχρησης ουσιών(κυρίως αλκοολισμού), συναισθηματικών διαταραχών και παχυσαρκίας. Οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία, όπως και οι ανορεκτικοί, έχουν υψηλούς στόχους και μεγάλη ευαισθησία στις πολιτιστικές πιέσεις ως προς τη λεπτότητα του σώματος (Ιεροδιακόνου, 1998).

### **Εκλυτικοί Παράγοντες και Επιβαρυντικοί Παράγοντες**

Σύμφωνα με το γνωστικό μοντέλο η χαμηλή αυτοεκτίμηση προκαλεί μια ιδεατή υπεραπασχόληση για το σχήμα και το βάρος του σώματος που οδηγεί σε περιοριστική δίαιτα. Η δίαιτα έχει ως αποτέλεσμα επεισόδια υπερφαγίας που βεβαίως προκαλούν είσοδο σε φαύλο κύκλο, με εκ των υστέρων συμπεριφορά αποβολής τροφών(προκλητούς έμετους, καθαρτικά ή καταναγκαστική γυμναστική), αίσθησης απώλειας του ελέγχου και ενίσχυση της χαμηλής αυτοεκτίμησης, με συνεχή αναπαραγωγή καθημερινώς του ίδιου και πανομοιότυπου φαύλου κύκλου. Οι βουλιμικοί ασθενείς, παρ' ότι έχουν συνήθως φυσιολογικό βάρος, λόγω του χαοτικού τρόπου διατροφής των, βρίσκονται σε κατάσταση, ισοδύναμου ασιτίας, γεγονός που λειτουργεί, όπως και στην ψυχογενή ανορεξία, ως επιβαρυντικός παράγων, που διαιωνίζει και συντηρεί τη διαταραχή.

Σύμφωνα με μια εντελώς πρόσφατη άποψη, η ψυχογενής βουλιμία εκδηλώνεται ως αποτέλεσμα της ταυτόχρονης δράσης των παραγόντων κινδύνου για νόσηση από ψυχιατρική διαταραχή γενικά, και των παραγόντων κινδύνου για έναρξη δίαιτας. Στο ιστορικό των ασθενών παρατηρείται αρνητική εκτίμηση εαυτού, πριν από την εκδήλωση της



ψυχογενούς βουλιμίας καθώς και συγκρουσιακές γονεϊκές σχέσεις στην οικογένεια. (Γιαννίτση, 1996).

### 3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα συμπτώματα, τα σημεία και τα χαρακτηριστικά των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία είναι τα κάτωθι :

1. Επαναλαμβανόμενα και ανεξέλεγκτα επεισόδια υπερφαγίας.
2. Αντιρροπιστική προσπάθεια ανατροπής των αποτελεσμάτων της υπερφαγίας μέσω αυτο-προκαλούμενων εμέτων, περιοριστικής διαίτας, εξαντλητικής γυμναστικής, χρήσης νόμιμων ή παράνομων κατασταλτικών της όρεξης, χρήσης καθαρτικών ή διουρητικών φαρμάκων.
3. Συχνή εξαφάνιση στην τουαλέτα μετά από τα γεύματα, με σκοπό την απομάκρυνση των προσληφθεισών τροφών.
4. Διαταραχές εμμηνορρυσίας
5. Ιστορικό μεγάλης διακύμανσης του σωματικού βάρους.
6. Αφυδάτωση - Λέπτυνση και κακή υγεία του δέρματος
7. Βλάβες της αδαμαντίνης των δοντιών και σημάδια στα δάκτυλα (σημείο του Russel) λόγω των προκλητών εμέτων.
8. Ληθαργικότητας
9. Αίσθημα ενοχής και αυτομομφής, έλλειψης βοήθειας και μοναξιάς.
10. Παρορμητική συμπεριφορά με διαταραχή του ελέγχου των ενορμήσεων και μεταπτώσεις στη διάθεση.
11. Συμπεριφορές συγκάλυψης, απόκρυψης και εξαπάτησης (μυστικοπάθεια, ψευδολογία).
12. Χρόνιο άγχος, υπερένταση, κατάθλιψη.
13. Εκδραματίσεις (σεξουαλικές, αυτοτραυματισμοί, κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών, κλοπές).

Όταν στη συμπεριφορά αντιρρόπησης, κυριαρχούν οι αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, προσβάλλονται σοβαρά τα δόντια και τα ούλα. Σχισμές και ρωγμές της σκληρής ουσίας των δοντιών και προοδευτικά τερηδονισμός, ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα και απόπτωση των δοντιών είναι η κατάληξη.

Σ' αυτούς που χρησιμοποιούν καθαρτικά ή διουρητικά μπορεί να παρουσιασθούν σημεία σοβαρών ίσως και μοιραίων επιπλοκών, με σημαντικότερη την αποδιοργάνωση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας των υγρών του σώματος, που, ως γνωστόν, επηρεάζει σοβαρά την καρδιακή και νεφρική λειτουργία (διαταραχή ισορροπίας ύδατος-ηλεκτρολυτών) και εκδηλώνεται με κόπωση, πλήρη εξάντληση, ακόμη -σε σοβαρές περιπτώσεις- και κώμα ή θάνατο.

### **Διαφορική Διάγνωση**

Η διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση της Ψυχογενούς Βουλιμίας εκτός της διαφορικής διάγνωσης με τις ψυχιατρικές νόσους θα πρέπει να περιλαμβάνει την Επιληψία -τύπου Επιληπτικών Ισοδύναμων, τους Όγκους του ΚΝΣ, το Σύνδρομο Kliver-Bucy και το Σύνδρομο Kleine-Levin, καθώς και την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας.

Η διαφορική διάγνωση των νευρολογικών νόσων θα στηριχθεί στο ιστορικό, στην κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο. Στο Σύνδρομο Kliver-Bucy, παρατηρείται έκπτωση της μνήμης για ανάκληση πρόσφατων γεγονότων, οπτική αγνωσία, καταναγκαστικές λειχίες και δαγκώματα των χειλέων, έλεγχος των αντικειμένων με το στόμα, ανικανότητα του ατόμου να αδιαφορεί για κάποια ερεθίσματα, απαλλαγή από το αίσθημα του φόβου, αύξηση της σεξουαλικής ορμής και υπερφαγία. Πρόκειται για εξαιρετικά σπάνιο σύνδρομο, οφειλόμενο σε βλάβη της μέσης και κάτω κροταφικής έλικας και του ιπποκάμπειου σχηματισμού. Το σύνδρομο Kleine-Levin χαρακτηρίζεται από περιόδους υπερυπνίας που διαρκούν για 2 ή 3 εβδομάδες και από επεισόδια

υπερφαγίας. Αρχίζει στην εφηβεία και είναι πιο συχνό στους άνδρες. Οι ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας εμφανίζουν επεισόδια υπερφαγίας αλλά και τα λοιπά χαρακτηριστικά της διαταραχής (Περοδιακόνου, 1991).

### **Επιπλοκές και Πορεία.**

Οι φυσικές επιπλοκές της βουλιμικής συμπεριφοράς περιλαμβάνουν ηλεκτρολυτικές διαταραχές (κυρίως υποκαλιαιμική, υποχλωραιμική αλκάλωση σε ασθενείς που κάνουν έμετο), διαταραχή του ισοζυγίου ύδατος-ηλεκτρολυτών, υπομαγνησισαιμία, γαστρικό και οισοφαγικό ερεθισμό και αιμορραγία, σοβαρές εντερικές ανωμαλίες λόγω της κατάχρησης υπακτικών, φθορά της οδοντικής αδαμαντίνης, διόγκωση των παρωτίδων και συνοδό υπεραμυλασαιμία.

Σύνδρομο Mallory-Waiss συμβαίνει σπάνια. Κατάχρηση ιπεκακουάνας για πρόκληση έμετου μπορεί να προκαλέσει μυοκαρδιοπάθειες (με ξαφνικό θάνατο) ή περιφερική μυϊκή αδυναμία. Βραδυκαρδία στην ανάπαυση, υπόταση και ελαττωμένος ρυθμός μεταβολισμού παρατηρούνται σε μερικούς βουλιμικούς ασθενείς και μπορεί να αντανakλούν μειωμένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και του θυροειδικού άξονα. (Καλαντζή-Αζίζι, 2003)

Επιπρόσθετα, παρόλο που οι βουλιμικοί ασθενείς μπορεί να είναι μέσα στα πλαίσια του φυσιολογικού βάρους, λόγω της χαοτικής διατροφής των μπορεί να εμφανίζουν βιολογικά και ψυχολογικά ισοδύναμα ασιτίας. Έτσι η οριστική ψυχολογική εκτίμηση μπορεί να είναι δύσκολο να ολοκληρωθεί προτού η διατροφή και το βάρος σταθεροποιηθούν.

Η πορεία της ψυχογενούς βουλιμίας περιλαμβάνει περιόδους κατά τις οποίες εμφανίζονται εξάρσεις με επεισόδια υπερφαγίας και απώλεια

του ελέγχου οι οποίες ακολουθούνται από μεγάλες περιόδους νηστείας και ασιτίας. Η ασιτία και η λιμοκτονία ως καταστάσεις, προκαλούν μια ακατανίκητη και επίμονη επιθυμία για φαγητό η οποία γίνεται ακαταμάχητη και αξεπέραστη ώστε να οδηγήσει σε εκ νέου απώλεια του ελέγχου με αποτέλεσμα, τα επεισόδια υπερφαγίας. Μετά το επεισόδιο υπερφαγίας, οι βουλιμικοί καταφεύγουν στη χρήση καθαρτικών ή διουρητικών φαρμάκων, κάνουν εμέτους με πρόκληση, ώστε να αποβάλουν τις τροφές που έφαγαν.

Πολλοί ασθενείς έχουν προηγούμενο ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας και πιστεύουν ότι λύνουν το δίλημμα, τρώγοντας αυτά που θέλουν αλλά και ταυτόχρονα μένοντας λεπτοί.

Στην αρχή, η ψυχογενής βουλιμία, φαίνεται ότι προσφέρει στήριξη στα άτομα εκείνα που είναι δυσαρεστημένα από τη ζωή τους και ανικανοποίητα από αυτό που είναι. Πρόκειται για εξαιρετικά άστοχη και επιφανειακή “λύση” και “απάντηση”, καθόσον γρήγορα ανακαλύπτουν ότι έχουν παγιδευτεί σ’ έναν εξαιρετικά επικίνδυνο φαύλο κύκλο που ενισχύει και ενισχύεται από την αυτο-υποτίμηση και τον ευτελισμό, την ντροπή και την ενοχή. Παρ’ ότι κάποιοι βουλιμικοί ασθενείς δεν αναφέρουν ποτέ ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας, εμφανίζουν παρ’ όλα αυτά τις παθολογικές ανησυχίες των ανορεκτικών γύρω από το σχήμα και το βάρος του σώματος, έλεγχο και απώλεια του ελέγχου καθώς και μια πρωταρχική ανάγκη να εκλαμβάνουν τα ελαττώματά τους ως ενδείξεις δυνάμεως και ισχύος. Τέλος, υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις βουλιμικών ασθενών που παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις του σωματικού βάρους, από πολύ υψηλό σε πολύ χαμηλό, έτσι ώστε να θυμόμαστε ότι η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία μπορεί να αλληλοδιαδέχονται η μια την άλλη. (Μαδιανός, 1998)

### 3.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΗΜΙΑΣ

Οι στόχοι της θεραπείας της ΨΒ περιγράφονται παρακάτω:

1. Εγκατάσταση κανονικού προγράμματος διατροφής και διακοπής του φαύλου κύκλου Υπερφαγίας-Εμέτων.
2. Τροποποίηση Σκέψεων, Πίστεων και Συναισθημάτων που συντηρούν την βουλιμική συμπεριφορά βάσει του γνωσσιακού μοντέλου.
3. Θεραπεία των Ιατρικών Επιπλοκών της Βουλιμίας.
4. Αντιμετώπιση των συνυπαρχόντων ψυχιατρικών συμπτωμάτων που είναι συνήθη στη Βουλιμία.
5. Ψυχολογική προσέγγιση
  - Ατομική ή Ομαδική ψυχοθεραπεία:
    - α) Γνωσιακή-συμπεριφορική (θεραπεία εκλογής)
    - β) Διαπροσωπική
    - γ) Ψυχοδυναμική
  - Οικογενειακή θεραπεία
6. Φάρμακα
7. Πρόληψη των υποτροπών, καθόσον η πορεία της νόσου, χαρακτηρίζεται από περιόδους υφέσεως, εξάρσεως.

Η νοσοκομειακή θεραπεία γενικά, δεν είναι απαραίτητη. Οι ασθενείς που πάσχουν από μη επιπλεγμένη ψυχογενή βουλιμία θα πρέπει να αντιμετωπίζονται πρώτα ως εξωτερικοί ασθενείς ή σε νοσοκομεία ημέρας. Η νοσηλεία στο νοσοκομείο θα πρέπει να γίνεται όταν: α) υπάρχει μεγάλη διακύμανση του βάρους, β) υπάρχει αστάθεια στην ισορροπία ύδατος-ηλεκτρολυτών, γ) παρατηρείται αυτοκτονικός ιδεασμός ή αυτοκτονική πρόθεση, δ) συνυπάρχει σοβαρή κατάχρηση αλκοόλ ή ψυχοδραστικών φαρμάκων, ε) υπάρχουν επικίνδυνα για τη ζωή ιατρικά προβλήματα που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν έξω από το νοσοκομείο, στ) υπάρχει κύηση 1<sup>ου</sup> τριμήνου, λόγω κινδύνου αποβολής.

ζ) Επίσης η εισαγωγή στο νοσοκομείο μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη για τους ασθενείς των οποίων η διαταραχή διατροφής είναι εξ ολοκλήρου εκτός ελέγχου, και οι οποίοι δεν έχουν καμία ουσιαστική πρόοδο κατά τη διάρκεια μιας αρκετά μεγάλης περιόδου εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης.

Η θεραπεία Διαιτητικής αποκατάστασης έχει ως σκοπό να εκπαιδεύσει τον ασθενή με Ψυχογενή Βουλμία ώστε:

α. Να υιοθετήσει τις αρχές της σωστής διατροφής (να τρώει κανονικά γεύματα, να αυξήσει την ποικιλία των τροφών που τρώει, να μειώσει την ταχύτητα πρόσληψης των τροφών και να αρχίσει να τρώει τις απαγορευμένες τροφές με κανονικό τρόπο).

β. Να αντιληφθεί τη συσχέτιση υποθρεψίας και υπερφαγίας

γ. Να κατανοήσει τις καταστρεπτικές επιπτώσεις των εμέτων και της χρήσης καθαρτικών

δ. Να προσλαμβάνει ισορροπημένα γεύματα σε τακτικότητα και συχνότητα

ε. Να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα γυμναστικής σύντομο με το πρόγραμμα διατροφής, και να κατανοήσει τη συσχέτισή των (ισοζύγιο πρόσληψης - κατανάλωσης ενέργειας).

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές είναι: η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, οι ψυχοδυναμικές θεραπείες και η ψυχανάλυση, η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, η θεραπεία βάσει του μοντέλου απεξάρτησης, η οικογενειακή θεραπεία όταν ενδείκνυται και η ομαδική ψυχοθεραπεία όλων των κατευθύνσεων (Ντώνιας, 1991).

Πρόσφατες έρευνες δίνουν έμφαση στην αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας που περιγράφεται ως θεραπεία εκλογής καθώς και στη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία.

Η ψυχοθεραπευτική εργασία πρέπει να επικεντρωθεί σε κοινά θέματα όπως η ανάπτυξη, η διαμόρφωση της προσωπικότητας, η απαρτίωση της ταυτότητας του φύλου και της σεξουαλικότητας, οι σεξουαλικές δυσκολίες, η έκφραση του συναισθήματος, η οικογενειακή δυσλειτουργία, οι τρόποι αντιμετώπισης των δυσκολιών και οι τεχνικές επίλυσης των προβλημάτων.

Ασθενείς με συνυπάρχουσα ψυχογενή ανορεξία και /ή συνυπάρχουσα οριακή διαταραχή προσωπικότητας συνήθως απαιτούν παρατεταμένη θεραπεία (Παπαϊωάννου, 1990).

Η οικογενειακή θεραπεία θεωρείται απαραίτητη σε εφήβους που ζουν ακόμα με τους γονείς τους, αλλά και σε μεγαλύτερους ασθενείς με συνεχιζόμενες συγκρουσιακές σχέσεις με τους γονείς τους και σε ασθενείς με συζυγικά προβλήματα.

Σχετικά με την φαρμακευτική αντιμετώπιση, έχει γίνει πρόσφατα γνωστό ότι, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα περιορίζουν τα συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας ανεξάρτητα από την παρουσία ή όχι κατάθλιψης, και γι' αυτό είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν ως μέρος του αρχικού θεραπευτικού προγράμματος σε πολλούς ασθενείς δεν πρέπει όμως να αποτελούν το μοναδικό θεραπευτικό μέσο. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμα σε ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, ψυχαναγκαστικής- καταναγκαστικής διαταραχής, συμπτώματα διαταραχής του ελέγχου των παρορμήσεων και σε ασθενείς που έχουν αποτύχει σε προηγούμενες προσπάθειες ψυχοκοινωνικής θεραπείας. Συνήθως διάφορα αντικαταθλιπτικά φάρμακα θα πρέπει να δοκιμαστούν διαδοχικά προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο αποτέλεσμα. Οι δόσεις των αντικαταθλιπτικών που έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας (ιμιπραμίνη, δεσιπραμίνη, τραζοδόνη, φλουοξετίνη) ήταν αντίστοιχες εκείνων που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, αν και στην περίπτωση της φλουοξετίνης

απαιτούνται υψηλότερες δόσεις από αυτές που χρησιμοποιούνται στην κατάθλιψη (60 mg/ημερ.) (Σίμος, 1996).

### **Πρόγνωση**

Ως προς την πρόγνωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας, λίγα είναι γνωστά. Είναι επίσης γνωστό ότι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία που χρησιμοποιούν καθαρτικά έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης σοβαρών ιατρικών προβλημάτων. Πολύλίγα είναι γνωστά για την πρόγνωση της ανθεκτικής και της παρορμητικής (multi-impulsive) ψυχογενούς βουλιμίας. Κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 1-2 χρόνων βουλιμικοί ασθενείς που δεν έλαβαν καμιά θεραπεία, αναφέρουν μέτρια αυτόματη βελτίωση με ελάττωση περίπου 25-30% των επεισοδίων με καλύτερη γενική κατάσταση και με ηπιότερα συμπτώματα στην αρχή της θεραπείας, και που αντιμετωπίζονται ως εξωτερικοί ασθενείς, έχουν συχνά καλύτερη πρόγνωση από αυτούς με κακή γενική κατάσταση και σοβαρά συμπτώματα. Αντίθετα, βουλιμικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν, 3 χρόνια μετά, περίπου 27% είχαν καλά αποτελέσματα (εμφάνιση συμπτωμάτων λιγότερο από μια φορά το μήνα), 40% έχουν ενδιάμεσα αποτελέσματα, και 33% έχουν φτωχά αποτελέσματα (καθημερινά επεισόδια υπερφαγίας και έμετοι ή συνέχιση κατάχρησης καθαρτικών-διουρητικών). Είναι επίσης γνωστό ότι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία που χρησιμοποιούν καθαρτικά έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης σοβαρών ιατρικών προβλημάτων. Πολύλίγα είναι γνωστά για την πρόγνωση της ανθεκτικής και της παρορμητικής (multi-impulsive) ψυχογενούς βουλιμίας. Κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 1-2 χρόνων βουλιμικοί ασθενείς που δεν έλαβαν καμιά θεραπεία, αναφέρουν μέτρια αυτόματη βελτίωση με ελάττωση περίπου 25-30% των επεισοδίων υπερφαγίας και της χρήσης καθαρτικών.

Γενικά από τα μέχρι σήμερα δεδομένα για την έκβαση της Ψυχογενούς Βουλιμίας, σύμφωνα με τη μελέτη του Fichter, όπου καταγράφονται τα δεδομένα παρακολούθησης ασθενών με ψυχογενή



βουλιμία –καθαρτικούτύπου, 6 χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, φαίνεται ότι το 60% έχουν καλή έκβαση, 30% ενδιάμεση και 10% των ασθενών έχουν κακήέκβαση. Η θνησιμότητα ήταν 1,1%, και το ποσοστό ασθενών με ψυχογενή ανορεξία 3,7% (Μουζιάς,1996).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ**

#### **4.1 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Σε έρευνα η οποία διενεργήθηκε από το ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος» σε δείγμα 1000 ατόμων ηλικίας 15-65 ετών σε όλες τις αστικές περιοχές της χώρας, καταγράφηκαν οι διατροφικές και καταναλωτικές συνήθειες των Ελλήνων ( Ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος 2008). Τα κυριότερα ευρήματα της έρευνας συνοψίζονται παρακάτω:

- Ένα ποσοστό της τάξεως του 16% των ερωτηθέντων απάντησε ότι αγοράζει αρκετά έως πολύ συχνά είδη διατροφής που δεν χρειάζεται, με το φαινόμενο αυτό να συναντάται περισσότερο στους νέους 15-25 ετών και στα άτομα της ανώτερης και μεσο-ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης. Στον αντίποδα, περισσότεροι από 4 στους 10 ερωτηθέντες δεν αγοράζουν ποτέ τέτοια προϊόντα. Υψηλότερα είναι τα ποσοστά αυτών που παρασύρονται αρκετά έως πολύ συχνά από προσφορές στο σημείο πώλησης (24%). Οι νεαρότεροι σε ηλικία παρουσιάζουν εντονότερα αυτό το χαρακτηριστικό.
- Τρεις στους δέκα Έλληνες απαντούν ότι δοκιμάζουν προϊόντα που διαφημίζονται αρκετά έως πολύ συχνά, με την τάση αυτή να παρατηρείται εντονότερα στους ερωτηθέντες ηλικίας 15-45 ετών και στις γυναίκες. Υπάρχει πάντως και ένα ποσοστό σχεδόν της τάξεως του 20% που δηλώνει ότι δεν επηρεάζεται από τις διαφημίσεις και δεν θέλει να δοκιμάζει καθόλου τα προϊόντα που διαφημίζονται, γεγονός που πιθανά οφείλεται στην ιδιοσυγκρασία κάποιων ανθρώπων να θέλουν ή να

αποφεύγουν να δοκιμάζουν κάτι καινούργιο, αλλά και στην οικονομική τους κατάσταση. Φαίνεται πάντως ότι υπάρχει μια μέτρια επίδραση της διαφήμισης.

- Λίγο περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες (52%), κυρίως τα άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 25 ετών και οι γυναίκες, θεωρούν τον εαυτό τους αρκετά έως πολύ ενημερωμένο σε σχέση με τις αγορές των ειδών διατροφής. Από προηγούμενες όμως πανελλήνιες έρευνες, έχει φανεί ότι οι καταναλωτές διαβάζουν ελάχιστα στοιχεία από τη συσκευασία (την ημερομηνία λήξης σε ποσοστό σχεδόν 70%, τα συστατικά σε ποσοστό 43% και τη χώρα παραγωγής σε ποσοστό σχεδόν 20% ) και σχεδόν 6 στους 10 θεωρούν ότι η συσκευασία δεν έχει την πληροφόρηση που χρειάζονται. Μικρός είναι και ο βαθμός εμπιστοσύνης των ερωτηθέντων προς τις πληροφορίες που παρέχει η συσκευασία, αφού λιγότεροι από 1 στους 3 εμπιστεύονται αρκετά έως πολύ πληροφορίες όπως «χωρίς συντηρητικά», «με αγνά προϊόντα», «πλούσιο σε κάποιο θρεπτικό συστατικό».

- Επιπλέον, περίπου οι μισοί από τους ερωτηθέντες ηλικίας 15-65 ετών θεωρούν τον εαυτό τους αρκετά έως πολύ ενημερωμένο σχετικά με θέματα διατροφής. Και πάλι την πρωτιά στην ενημέρωση κατέχουν οι γυναίκες, αφού 6 στις 10 γυναίκες έναντι 4 στους 10 άνδρες αισθάνονται αρκετά έως πολύ ενημερωμένες. Ο βαθμός ενημέρωσης είναι μεγαλύτερος στα αστικά κέντρα, στις μεγαλύτερες ηλικίες και στην ανώτερη κοινωνικοοικονομική τάξη. Η ενημέρωση σχετικά με τη διατροφή προέρχεται κυρίως από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο (64.6%), καθώς και από τα σχετικά με τη διατροφή έντυπα (41.8%).

- Σχεδόν ένας στους 3 ερωτηθέντες επιλέγει τρόφιμα και ποτά μαρκών Super Market, με βασικότερο κριτήριο τη χαμηλότερη τιμή τους. Η επιλογή προϊόντων μαρκών Super Market αποθήκης γίνεται κυρίως από άτομα μεγαλύτερων ηλικιών (56-65 ετών), σε ποσοστό 39%, και

κατώτερης κοινωνικοοικονομικής (κ/ο) τάξης, σε ποσοστό 38%. Οι λόγοι προτίμησης προϊόντων συγκεκριμένης μάρκας βιομηχανίας (2 στους 3 ερωτηθέντες τα προτιμούν) είναι η ποιότητα που πιστεύουν οι καταναλωτές ότι έχουν τα προϊόντα αυτά, η εμπιστοσύνη που τους εμπνέουν, καθώς τα θεωρούν ασφαλή, ελεγμένα και αξιόπιστα, και η συνήθεια χρήσης τους. Παρατηρούμε ότι η τάση για τα προϊόντα μάρκας Super Market ή αποθήκης έχει επεκταθεί σε μεγάλο βαθμό και στα τρόφιμα.

- Όσον αφορά στην επιλογή μεταξύ ελληνικών και εισαγόμενων προϊόντων, παρατηρείται προτίμηση προς τα ελληνικά προϊόντα, αφού, όπως φαίνεται από τα πορίσματα, τα προτιμούν περίπου 9 στους 10 ερωτηθέντες σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες, τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις και τις περιοχές διαμονής. Το μεγαλύτερο ποσοστό προτίμησης στα εισαγόμενα προϊόντα (11%) εμφανίζεται στους νέους ηλικίας 15-25 ετών. Στις ηλικίες άνω των 35 ετών, η προτίμηση στα ελληνικά προϊόντα είναι ακόμα μεγαλύτερη, φτάνοντας στις ηλικίες των 56-65 ετών στο 97%. Οι λόγοι αυτής της προτίμησης έγκεινται στην ποιότητα που πιστεύουν οι καταναλωτές ότι έχουν τα ελληνικά προϊόντα, στην εμπιστοσύνη που τους εμπνέουν (τα θεωρούν ασφαλή, ελεγμένα, αξιόπιστα), αλλά και στη διάθεσή τους να ενισχύσουν την ελληνική οικονομία. Όσοι, λίγοι στο σύνολο, προτιμούν τα εισαγόμενα προϊόντα, προτάσσουν την ποιότητα και την ασφάλεια ως τους δύο πιο σημαντικούς λόγους, αλλά τα αποτελέσματα αυτά μόνο ενδεικτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν, αφού η βάση ανάλυσης ήταν πολύ μικρή. Αξίζει ακόμα να σημειωθεί ότι η τιμή δεν φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην προτίμηση των ελληνικών προϊόντων (μόνο 5% των ερωτηθέντων που προτιμά τα ελληνικά προϊόντα, τα επιλέγει για την τιμή τους).

- Την πρώτη θέση στις προτιμήσεις των καταναλωτών καταλαμβάνουν τα ντόπια προϊόντα, με ποσοστό 66.5% των ερωτηθέντων να τα θεωρούν αρκετά έως πολύ ασφαλή, ενώ μόλις 21% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι τα εισαγόμενα προϊόντα τού παρέχουν αντίστοιχη ασφάλεια. Η πρωτιά των ελληνικών προϊόντων θεωρείται ιδιαίτερα ενθαρρυντική, και πιθανά να αντικατοπτρίζει τα αποτελέσματα των ενεργειών των Ελλήνων παραγωγών προς την κατεύθυνση της ασφάλειας των προϊόντων τους, ίσως όμως να δείχνει και μια ανασφάλεια ή/και δυσπιστία που έχουν οι Έλληνες για τα ξένα προϊόντα. Τα προϊόντα των μεγάλων εταιριών χαίρουν αναγνώρισης για την ασφάλειά τους από το 51% των ερωτηθέντων, σε αντίθεση με τα προϊόντα των μικρών εταιριών, όπου το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 30%. Τέλος, τα συσκευασμένα προϊόντα θεωρούνται αρκετά ως πολύ ασφαλή από το 51,6% των ερωτηθέντων, σε αντίθεση με τα χύμα προϊόντα, τα οποία θεωρούνται αρκετά ως πολύ ασφαλή μόλις από το 15% των ερωτηθέντων. Μάλιστα, περίπου 1 στους 3 ερωτηθέντες θεωρεί u972 ότι τα χύμα προϊόντα δεν είναι καθόλου ασφαλή. Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι Έλληνες αντιλαμβάνονται την ανάγκη τυποποίησης των τροφίμων και ποτών, ως ένα μέσο προστασίας και ασφάλειας.

- Ο δείκτης ασφάλειας των προϊόντων διατροφής και των ποτών, όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, κινείται σε μέτρια επίπεδα, με την υψηλότερη βαθμολογία να συγκεντρώνουν τα ντόπια προϊόντα, που θεωρούνται «αρκετά ασφαλή» (3,82 σε κλίμακα 1-5), και τη χαμηλότερη τα χύμα προϊόντα, που θεωρούνται «λίγο ασφαλή» (2,3). Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι τη χαμηλότερη κατά μέσο όρο βαθμολογία παίρνουν τα χύμα προϊόντα, με μόνη την ηλικιακή ομάδα των 56-65 ετών να δίνει ακόμη πιο χαμηλή βαθμολογία στα εισαγόμενα προϊόντα. Επιπλέον, φαίνεται από τα πορίσματα της έρευνας ότι οι Αθηναίοι θεωρούν τα χύμα προϊόντα λιγότερο ασφαλή και τα προϊόντα

των μεγάλων εταιριών περισσότερο ασφαλή από τους ερωτηθέντες των άλλων γεωγραφικών περιοχών που ελέγχθηκαν.

- Οι κρατικοί φορείς καταλαμβάνουν, σύμφωνα με την έρευνα, την τελευταία θέση στην εμπιστοσύνη των καταναλωτών ως προς την προστασία που τους παρέχουν. Μόνο το 14% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι οι κρατικοί φορείς τον προστατεύουν αρκετά έως πολύ (βαθμολογία 2,25 σε μια κλίμακα από 1-5), ενώ περισσότεροι από 1 στους 3 ερωτηθέντες (36%) θεωρούν ότι οι κρατικοί φορείς δεν παρέχουν καμία προστασία. Όλες οι ελπίδες του καταναλωτή εναποτίθενται στην οικογένεια, η οποία αναγνωρίζεται από όλες τις ηλικιακές ομάδες ως «πρωταθλητής» στην προστασία των μελών της (βαθμολογία 4,37), και για την οποία το 86% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι τους προστατεύει αρκετά έως πολύ. Ακολουθούν οι επιστήμονες (3,39) και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί (3,0).

- Τέλος, χαμηλό είναι το ποσοστό των καταναλωτών που προβάλλει κάποια μορφή αντίδρασης, όταν το προϊόν που αγοράζει ή σκοπεύει να αγοράσει έχει κάποιο πρόβλημα. Συγκεκριμένα, 4 στους 10 ερωτηθέντες προβαίνουν σε κάποια μορφή διαμαρτυρίας στο σημείο πώλησης ή επιστρέφουν το προϊόν, το 36% των ερωτηθέντων δεν το αγοράζουν ξανά, ενώ μόλις το 14% τηλεφωνεί στην εταιρία παραγωγής του για να διαμαρτυρηθεί. Τέλος, το 11% των ερωτηθέντων καταναλωτών δήλωσε ότι δεν αντιδρά με κανένα τρόπο. Είναι εντυπωσιακό ότι ο καταναλωτής επιλέγει μορφές διαμαρτυρίας που εξαρτώνται μόνο από τις u948 δικές του δυνάμεις, ενώ δεν χρησιμοποιεί σχεδόν καθόλου τις κρατικές αρχές. (Glenn, 2011)

## **4.2 ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Η πολιτική για τη διατροφή στην Ελλάδα έχει ως κύρια κατεύθυνση τη διασφάλιση της υγιεινής και ασφάλειας των τροφίμων, καθώς και των επιχειρήσεων τροφίμων και εστίασης. Στον τομέα αυτό, ο κύριος φορέας σχεδιασμού και άσκησης της πολιτικής τροφίμων είναι ο Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.). Ο Ε.Φ.Ε.Τ. ιδρύθηκε με το Ν. 2741/1999, ως Ν.Π.Δ.Δ. που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Ανάπτυξης.

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, η αποστολή του Ε.Φ.Ε.Τ. είναι:

- Η προστασία του καταναλωτή με τη διασφάλιση της εισαγωγής, της παραγωγής και της διακίνησης υγιεινών τροφίμων.
- Η πιστοποίηση της ποιότητας και η ποιοτική αναβάθμιση των τροφίμων.
- Η αποτροπή φαινομένων νοθείας, καθώς και η μέριμνα για την αποτροπή της παραπλάνησης και η προστασία των οικονομικών συμφερόντων του καταναλωτή. Επιπλέον, από το 2000, ορίστηκε ως ο αρμόδιος φορέας για την εφαρμογή των συστημάτων διασφάλισης υγιεινών τροφίμων (H.A.C.C.P.) στις επιχειρήσεις τροφίμων.

Η οργανική διάρθρωση του Ε.Φ.Ε.Τ. περιλαμβάνει (α) την κεντρική και (β) τις 13 περιφερειακές του υπηρεσίες.

Η αποστολή του Ε.Φ.Ε.Τ. υλοποιείται με τις ακόλουθες κατηγορίες ενεργειών:

- Συστηματικούς ελέγχους και επιθεωρήσεις τροφίμων και επιχειρήσεων τροφίμων.
- Παροχή τεχνικής βοήθειας προς τους παραγωγικούς κλάδους.

- Καθορισμό και έλεγχο της εφαρμογής προτύπων και διαδικασιών ποιότητας και ασφάλειας.
- Διαμόρφωση θέσεων, εισηγήσεων και πολιτικών σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Πληροφόρηση και εκπαίδευση του καταναλωτή.

Στον τομέα της προώθησης υγιεινών προτύπων διατροφής, τα μέτρα που έχουν ληφθεί στη χώρα μας αφορούν κύρια την αγωγή υγείας στα παιδιά και τη λήψη μέτρων για τα σχολεία.

Η διατροφική αγωγή στα σχολεία προωθείται μέσα από τις δράσεις του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας.

Το Υπουργείο, σε συνεργασία και με άλλους φορείς, οργανώνει προγράμματα πληροφόρησης και βιωματικής εκπαίδευσης για την παραδοσιακή ελληνική δίαιτα, την υγιεινή διατροφή, την παχυσαρκία και τη σωματική άσκηση στα σχολεία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Παράλληλα, σε συνεργασία των Υπουργείων Παιδείας και Υγείας, έχουν προωθηθεί μέτρα απαγόρευσης της πώλησης σκευασμάτων υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, ζάχαρη και αλάτι από τα σχολικά κυλικεία και έχουν οργανωθεί πρωτοβουλίες για την προώθηση υγιεινών τροφίμων (π.χ. φρούτων).

Στο επίπεδο του γενικού πληθυσμού, οι πρωτοβουλίες που έχουν ληφθεί αναφέρονται κυρίως στην προώθηση του ελαιόλαδου αντί των ζωικών λιπών και κατά περιόδους στην προώθηση της κατανάλωσης φρούτων ή άλλων ομάδων τροφίμων. Συχνά, οι πρωτοβουλίες αυτές προωθούνται από φορείς του ιδιωτικού τομέα και έχουν κύρια οικονομική κατεύθυνση και όχι υγειονομική.

Στο νομοθετικό επίπεδο, έχουν θεσπισθεί μέτρα που αναφέρονται στο φρέσκο γάλα, το ψωμίκ.λπ., αλλά και στο πεδίο αυτό τα μέτρα που



λαμβάνονται έχουν κύρια κατεύθυνση τη ρύθμιση της αγοράς και την προστασία του καταναλωτή και λιγότερο μια υγειονομική κατεύθυνση.

Το 1999, αναπτύχθηκε από ειδική επιτροπή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ένα σύνολο συστάσεων και οδηγιών υγιεινής διατροφής για τους ενήλικες (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας 1999). Στη διάρκεια της Ελληνικής Προεδρίας το 2003, οργανώθηκε στην Αθήνα μισθυσμένη του Ευρωπαϊκού τμήματος του Π.Ο.Υ. με αντικείμενο την αξιολόγηση της προόδου του πρώτου Σχεδίου Δράσης. Παράλληλα, συγκροτήθηκε εθνική επιτροπή διατροφικής πολιτικής, πορίσματα και συστάσεις της οποίας έχουν ενταχθεί λεπτομερώς στο παρόν σχέδιο δράσης.

Οι ελλείψεις στον τομέα αυτό αφορούν:

- Την απουσία επαρκούς πολιτικής πρωτοβουλίας.
- Την απουσία ενός επιστημονικού συμβουλευτικού οργάνου της πολιτείας.
- Την έλλειψη ενός μηχανισμού συλλογής u954 και επεξεργασίας των στοιχείων για τη διατροφή και την υγεία.
- Την απουσία μέτρων και πολιτικών για την πληροφόρηση, τη σήμανση, την προώθηση υγιεινών προτύπων κ.λπ.
- Την περιορισμένη διατομεακή συνεργασία. (Glenn, 2011)

### **4.3 Η ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΈΝΩΣΗΣ**

Η βάση πάνω στην οποία αναπτύσσεται η στρατηγική της Ε.Ε. στον τομέα της διατροφής είναι η διακηρυγμένη απαίτηση, «κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας να εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας». Η απαίτηση αυτή στην Ε.Ε. ερμηνεύεται ότι οι προτάσεις σε όλους τους τομείς της κοινοτικής δραστηριότητας (εσωτερική αγορά, έρευνα,

γεωργία, εμπόριο και πολιτική ανάπτυξης, περιβάλλον κ.λπ.) πρέπει να προάγουν ενεργητικά την προστασία της υγείας. Πάνω σε αυτή τη θεμελιακή αφετηρία, η στρατηγική της Ε.Ε. στον τομέα της διατροφής κινείται σε δύο άξονες:

α) Ο ένας άξονας αφορά την ασφάλεια των τροφίμων και την προστασία του καταναλωτή από βιολογικούς, χημικούς, τοξικούς ή άλλους κινδύνους που μπορεί να απειλήσουν την υγεία, με σκοπό την εξασφάλιση υψηλότερου επιπέδου ασφάλειας των τροφίμων.

β) Ο δεύτερος άξονας είναι η προσέγγιση της διατροφής μέσα από την οπτική της Δημόσιας Υγείας, ως σημαντικού καθοριστικού παράγοντα της υγείας, αλλά και της νοσηρότητας των ανθρώπων. Σε σχέση με τον πρώτο άξονα, η στρατηγική της Ε.Ε. έχει καθορισθεί από το 2000 με τη «Λευκή Βίβλο» για την ασφάλεια των τροφίμων, που ορίζει ένα σύνολο ενεργειών για τη συμπλήρωση και τον εκσυγχρονισμό της κοινοτικής νομοθεσίας στον τομέα αυτό. Επιπλέον, το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών για την περίοδο 2007-2013, περιλαμβάνει στον τομέα της υγιεινής των τροφίμων:

- κοινές δράσεις και συνέργειες με άλλους τομείς
- δράσεις του προγράμματος Δημόσιας Υγείας και
- δράσεις που αφορούν την προστασία του καταναλωτή.

Ο δεύτερος άξονας της στρατηγικής της Ε.Ε. είναι η οικοδόμηση μιας ειδικής πολιτικής για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, με σκοπό τον περιορισμό των σχετιζόμενων με τη διατροφή και την παχυσαρκία ασθενειών. Στον τομέα αυτό, το 2007, η Ε.Ε. προχώρησε στην οριστικοποίηση της «Ευρωπαϊκής στρατηγικής για θέματα υγείας που έχουν σχέση με τη διατροφή, το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία» και επιβεβαίωσε τις δράσεις που από το 2005 είχαν προσδιορισθεί με την «Πράσινη

Βίβλο» για τη διατροφή και την παχυσαρκία. Το πλαίσιο που καθορίζουν οι δύο αυτές οδηγίες περιλαμβάνει δράσεις στους παρακάτω τομείς:

Σφαιρική και ολοκληρωμένη προσέγγιση της διατροφής, με παρεμβάσεις σε όλες τις συναφείς πολιτικές.

Θέσπιση μέτρων, ώστε σε όλες τις συναφείς πολιτικές σε τοπικό, περιφερειακό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, να λαμβάνεται υπόψη ο αντίκτυπος στη διατροφική υγεία και τη σωματική άσκηση, με την αξιολόγηση των επιπτώσεων, τη δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος που να διευκολύνει την υγιεινή διατροφή, τη σωματική άσκηση κ.λπ.

Πληροφόρηση των καταναλωτών και διαφήμιση. Περιλαμβάνει τη θέσπιση μέτρων για την παροχή των αναγκαίων πληροφοριών στους καταναλωτές, οι οποίες θα τους επιτρέψουν να κάνουν ορθές επιλογές όσον αφορά τη διατροφή τους, και μέτρα αναφορικά με τη διασφάλιση της αποφυγής παραπλανητικής διαφήμισης στον τομέα της διατροφής.

Για το ζήτημα αυτό, η Ε.Ε., ήδη από το 2003 έχει ψηφίσει σχετική οδηγία που αναφέρεται στη ρύθμιση θεμάτων για τη διατροφική ενημέρωση στις ετικέτες των τροφίμων.

Εκπαίδευση των καταναλωτών. Η δράση αυτή αποσκοπεί στο να προσφέρει στους καταναλωτές με απλό και σαφή τρόπο βασικές πληροφορίες για τη σχέση διατροφής με την υγεία, τον τρόπο που οι διάφοροι διατροφικοί παράγοντες συμβάλλουν στην παχυσαρκία και για τα κριτήρια υγιεινών επιλογών στην καθημερινή διατροφή.

Μέτρα τα οποία απευθύνονται στα παιδιά και στους νέους. Ανάπτυξη και διάδοση βέλτιστων πρακτικών για την προώθηση της υγείας, της υγιεινής διατροφής και της φυσικής άσκησης στα παιδιά και στους νέους.

Προώθηση της υγιεινής διατροφής στους χώρους εργασίας. Ανάπτυξη μέτρων και δραστηριοτήτων που αποσκοπούν στην

ενθάρρυνση και προώθηση υγιεινών επιλογών διατροφής και σωματικής άσκησης στους χώρους εργασίας.

Διευκόλυνση της πρόσβασης στην υγιεινή διατροφή.

Αξιοποίηση των δυνατοτήτων της κοινής αγροτικής πολιτικής και της πολιτικής μεταποίησης των τροφίμων και προώθηση πολιτικών που θα διευκολύνουν τη διαθεσιμότητα υγιεινών τροφίμων στον πληθυσμό.

Ενθάρρυνση της σωματικής άσκησης.

Ενθάρρυνση και υποστήριξη πρωτοβουλιών και πολιτικών για την προώθηση όλου του φάσματος δραστηριοτήτων από τα οργανωμένα αθλήματα έως τους «τρόπους ενεργητικής μετακίνησης».

Αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων.

Λήψη μέτρων και ανάληψη ειδικών πρωτοβουλιών για την αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων που παρατηρούνται στον τομέα της υγιεινής διατροφής, εξαιτίας μορφωτικών, οικονομικών, πολιτιστικών ή άλλων παραγόντων.

Αξιοποίηση του ρόλου των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας.

Προώθηση μέτρων με σκοπό τη μέγιστη αξιοποίηση των επαγγελματιών υγείας στη βελτίωση της διατροφής και της σωματικής άσκησης των ασθενών τους, αλλά και για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης στις υγειονομικές υπηρεσίες.

Προώθηση της έρευνας.

Μέτρα για την προώθηση της έρευνας στο πεδίο της διατροφής, ώστε να αυξηθούν οι γνώσεις σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες των διατροφικών επιλογών σε σχέση με την υγεία.

Πολιτικές παρακολούθησης.

Μέτρα για την οργάνωση σε κοινοτικό και εθνικό επίπεδο της παρακολούθησης των δεδομένων σχετικά με τη διατροφή και την παχυσαρκία.

Συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα.

Προώθηση της συνεργασίας και της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα, με σκοπό την προώθηση υγιεινών επιλογών στα βιομηχανικά τρόφιμα και στα καταστήματα εστίασης, καθώς και για την προώθηση υγιεινών επιλογών στον τομέα της σωματικής άσκησης.

Διεθνής συνεργασία. Ενίσχυση της συνεργασίας με τον Π.Ο.Υ. και τους άλλους διεθνείς οργανισμούς. (Μωρόγιαννης, 2000)

#### **4.4 ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ**

Ακολουθώντας τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατά τα τελευταία χρόνια πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν αναλάβει πρωτοβουλίες για την προώθηση της υγιεινής διατροφής, της σωματικής άσκησης και την καταπολέμηση της παχυσαρκίας.

Η διασφάλιση της δυνατότητας υγιεινών επιλογών από τον πληθυσμό, με την κατάλληλη ενημέρωση αλλά και με τη διασφάλιση της δυνατότητας προσφυγής σε υγιεινές επιλογές, αποτελεί έναν τομέα προτεραιότητας στον οποίο αποδίδεται ιδιαίτερη σημασία, ιδίως σε σχέση με τον παιδικό πληθυσμό.

Ορισμένες χώρες, όπως η Ιρλανδία και η Ισπανία, έχουν αναπτύξει εθνικές στρατηγικές για τον έλεγχο της παχυσαρκίας, στις οποίες εμπλέκουν τη δημόσια διοίκηση, ομάδες ειδικών, τη βιομηχανία τροφίμων, τους τομείς που σχετίζονται με τη σωματική άσκηση, μη-κυβερνητικές οργανώσεις κ.λπ., σε μια πολυτομεακή δράση που στοχεύει στην προώθηση υγιεινότερης διατροφής και μεγαλύτερης σωματικής δραστηριότητας (Commission of the European Communities 2005).

Η Γαλλία από το 2001 προώθησε ένα πενταετές σχέδιο εθνικής διατροφικής πολιτικής, το οποίο καλύπτει ένα ευρύ φάσμα μέτρων και

διατομεακών δράσεων. Πιο πρόσφατα, το 2005, το Κοινοβούλιο της Σλοβενίας ενέκρινε ένα Εθνικό Πρόγραμμα Διατροφικής Πολιτικής για την περίοδο 2005-2010

Η Ολλανδία έχει ενσωματώσει την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας ως μια από τις προτεραιότητες της εθνικής πολιτικής πρόληψης. Ομοίως και στη Μεγάλη Βρετανία, η διατροφή και η σωματική άσκηση αναφέρονται ως σημαντικά πεδία δραστηριότητας της Δημόσιας Υγείας, στο πλαίσιο της εθνικής πολιτικής υγείας, όπως προσδιορίστηκε από τα τέλη του 2004.

Η Γερμανία καθόρισε επίσης μια εθνική καμπάνια για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης, μολονότι οι δράσεις στον τομέα της Δημόσιας Υγείας είναι αρμοδιότητα των τοπικών κυβερνήσεων. Οι πλέον προωθημένες στον τομέα αυτό είναι οι σκανδιναβικές χώρες Δανία, Ισλανδία, Φινλανδία, Νορβηγία και Σουηδία, οι οποίες έχουν αναπτύξει από κοινού ένα ειδικό πρόγραμμα δράσης για την πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.

Πολλές από τις χώρες αυτές έχουν καθορίσει συγκεκριμένους διατροφικούς στόχους, καθώς και στόχους για την κατανάλωση τροφίμων (π.χ. συγκεκριμένους στόχους για την αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών ή τη μείωση της κατανάλωσης ζάχαρης κ.λπ.) και έχουν αναπτύξει κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις υγιεινής διατροφής για τον πληθυσμό. Αρκετές χώρες έχουν οργανώσει ειδικά συστήματα εποπτείας και παρακολούθησης των εξελίξεων στον τομέα της διατροφής και έχουν καθιερώσει την έκδοση τακτικών εθνικών αναφορών.

Σε ό,τι αφορά τους επιμέρους τομείς της διατροφικής πολιτικής: Σχεδόν το σύνολο των χωρών της Ευρώπης, όπως το Βέλγιο, η Μεγάλη Βρετανία, η Ισπανία κ.ά. έχουν θεσπίσει διαφορετικούς περιορισμούς στην τηλεοπτική διαφήμιση διατροφικών προϊόντων που απευθύνονται σε

παιδιά. Οι περιορισμοί αυτοί υπαγορεύονται από ευρήματα μελετών που δείχνουν ότι τα προϊόντα αυτά συνήθως δεν εκπληρώνουν τις ενδεδειγμένες διατροφικές προϋποθέσεις, και η διαφήμισή τους επηρεάζει άμεσα την κατανάλωση από τα παιδιά, ήδη από την προσχολική ηλικία.

Η επισήμανση των τροφίμων αποτελεί ένα πεδίο πολιτικής το οποίο έχει πρόσφατα αρχίσει να αναπτύσσεται σε αρκετές χώρες, δεδομένων και των σχετικών πρωτοβουλιών του Π.Ο.Υ. και της Ε.Ε. Η Μεγάλη Βρετανία, η Γερμανία, η Ιταλία και οι βόρειες χώρες έχουν ήδη υιοθετήσει μέτρα για την προώθηση της κατάλληλης και κατανοητής σήμανσης των τροφίμων.

Πολλές χώρες έχουν συνδέσει την προώθηση της υγιεινής διατροφής και τη σωματική άσκηση για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας με προγράμματα και δράσεις στο χώρο εργασίας. Η ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης και αγωγής υγείας που απευθύνονται στα παιδιά αποτελεί έναν τομέα στον οποίο αποδίδεται ιδιαίτερη σημασία σε πολλές χώρες. Η Γαλλία, η Γερμανία, η Δανία, η Ολλανδία, η Μ. Βρετανία και οι βόρειες χώρες έχουν αναπτύξει ειδικά προγράμματα δράσης στο χώρο της εκπαίδευσης, που περιλαμβάνουν μέτρα στο περιεχόμενο της εκπαίδευσης, στα είδη που διατίθενται στα κυλικεία, στην προώθηση της σωματικής άσκησης, την ενημέρωση των γονέων κ.λπ., ή έχουν αναπτύξει ειδικές διατροφικές οδηγίες και συστάσεις που απευθύνονται σε παιδιά. (Μαδιανός, 1998)

Οι εθνικές εκστρατείες πληροφόρησης και ενημέρωσης για τη διατροφή και τη σωματική άσκηση αποτελούν ένα σημαντικό στοιχείο στις εθνικές διατροφικές πολιτικές αρκετών χωρών, όπως της Γερμανίας, της Μ. Βρετανίας, της Δανίας, της Ισπανίας κ.ά. Οι εκστρατείες αυτές μπορεί να έχουν διαφορετικούς προσανατολισμούς σε κάθε χώρα και να περιλαμβάνουν διαφορετικά μέτρα και δραστηριότητες.

Μέτρα και πολιτικές που απευθύνονται στον τομέα της παραγωγής, επεξεργασίας και εμπορίου τροφίμων έχουν υιοθετήσει οι σκανδιναβικές χώρες, η Γαλλία, η Γερμανία κ.λπ.

Τέλος, αρκετές χώρες αναπτύσσουν ειδικές πολιτικές για την υ960 προώθηση της σωματικής άσκησης και δραστηριότητας, που συμπεριλαμβάνουν μέτρα για τη διευκόλυνση των μετακινήσεων πεζών και ποδηλάτων, την προώθηση της σωματικής άσκησης στους χώρους εργασίας κ.λπ.

Όπως υπογραμμίζεται σε σχετική μελέτη του Π.Ο.Υ., μερικά κρίσιμα στοιχεία σε ό,τι αφορά τη χάραξη εθνικής διατροφικής πολιτικής είναι:

- Η ύπαρξη ενός επιστημονικού συμβουλευτικού οργάνου της πολιτείας, με σκοπό την εξασφάλιση της αναγκαίας επιστημονικής υποστήριξης για τη χάραξη της πολιτικής.
- Η καθιέρωση γραπτής αναφοράς για την εθνική διατροφική πολιτική και τις προτεραιότητές της.
- Ο καθορισμός συγκεκριμένων διατροφικών στόχων και η ανάπτυξη εθνικών συστάσεων και οδηγιών προς τον πληθυσμό.
- Η οργάνωση ενός συστήματος παρακολούθησης της διατροφής και των προβλημάτων υγείας που συνδέονται με αυτή.
- Η διασφάλιση της αναγκαίας διατομεακής συνεργασίας. (Μαδιανός, 1998)



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

#### **5.1 ΚΩΔΙΚΑΣ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, (ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία, διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας και άτυπες μορφές), αποτελούν ένα αυξανόμενο και ιδιαίτερα ανησυχητικό πρόβλημα των νεαρών γυναικών του αναπτυγμένου κόσμου. Όσο η συχνότητά τους αυξάνει, τόσο το πρόβλημα αντιμετωπίζεται επιφανειακά επικοινωνιακά, παραμένοντας ταυτόχρονα κρυμμένο και συχνά αθεράπευτο, με αποτέλεσμα πολλά νεαρά άτομα -κυρίως γυναίκες- να παραμένουν αβοήθητα, χωρίς πρόσβαση σε υπηρεσίες ειδικής θεραπείας. Δεδομένου των ανωτέρω, η Διεθνής Ακαδημία για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής εξέδωσε πρόσφατα μια Διακήρυξη, όπου επισημαίνει την ανάγκη για παγκόσμια εγρήγορση σε σχέση με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Επισημαίνει τις βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τη θεραπεία, το σεβασμό των ατομικών ελευθεριών και των ατομικών δικαιωμάτων των πασχόντων, την ανάγκη δημιουργίας ειδικών δομών για την ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή θεραπεία, το δικαίωμα πρόσβασης και ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών, καθώς και τη συμμετοχή των συγγενών στη θεραπευτική διαδικασία. Η βασικότερη αρχή που προβάλλεται στη διακήρυξη αυτή, είναι ότι η συνεργασία ασθενών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, των οικογενειών τους και της θεραπευτικής ομάδας, υπό το καθεστώς σεβασμού για τα δικαιώματα της κάθε πλευράς, είναι επιβεβλημένη και επιτακτική αν η αρμόδια

υπηρεσία θέλει να παρέχει υψηλό επίπεδο θεραπείας και προγραμμάτων αντιμετώπισης των διαταραχών αυτών, αλλά και για κάθε ατομική, εθελοντική ή κοινοτική προσπάθεια που στοχεύει στην παροχή θεραπευτικής φροντίδας στους πάσχοντες από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Τα δικαιώματα των ασθενών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και των συγγενών τους:

1. Δικαίωμα στην επικοινωνία και στη συνεργασία με τους ειδικούς θεραπευτές στο χώρο της υγείας.
2. Δικαίωμα στην πολυδιάστατη κλινική θεραπευτική αντιμετώπιση και στη συμμετοχή στο θεραπευτικό σχεδιασμό.
3. Δικαίωμα στην πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες, με πλήρη ασφαλιστική κάλυψη, και θεραπεία από εξειδικευμένη θεραπευτική ομάδα.
4. Δικαίωμα πρόσβασης σε αποτελεσματικά και αξιοπρεπή θεραπευτικά προγράμματα και δομές με επιστημονική αρτιότητα και ποιότητα, ανάλογα με την ηλικία του κάθε ασθενούς (παιδιά - έφηβοι - ενήλικες).
5. Δικαίωμα στα μέλη της οικογένειας (γονείς, συγγενείς) να πληροφορούνται για τη φύση του προβλήματος των διαταραχών πρόσληψης τροφής, να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και να εκλαμβάνονται ως σύμμαχοι στη θεραπευτική αντιμετώπιση των αντίστοιχων διαταραχών.
6. Δικαίωμα στους γονείς, συγγενείς και λοιπά μέλη της οικογένειας να έχουν πρόσβαση σε ομάδες υποστήριξης, σε πηγές πληροφόρησης και αναζήτησης βοήθειας, καθώς και συμμετοχή σε ψυχοεκπαιδευτικές δραστηριότητες (συμβουλευτική ή οικογενειακή ψυχοθεραπεία). (Καλαντζή-Azizi, 1995)

## 5.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Είναι γεγονός ότι παρά τις αυξανόμενες καμπάνιες που επιχειρούν τα κέντρα αδυνατίσματος, προβάλλοντας τις δίαιτες 'αστραπή' μέσα από τα 'εξειδικευμένα' τους προγράμματα, και δίνοντας υποσχέσεις για άμεσα αποτελέσματα, οι άνθρωποι που καταφεύγουν σ' αυτά δεν καταφέρνουν να φτάσουν στον αρχικό επιθυμητό τους στόχο: τη μόνιμη βελτίωση της εξωτερικής τους εμφάνισης, της εσωτερικής τους ισορροπίας και της αυτοπεποίθησής τους.

Για ποιους λόγους όμως όλη αυτή η βιομηχανία αδυνατίσματος, δεν έχει ένα μακρόχρονο, μόνιμο επιθυμητό αποτέλεσμα; Γιατί το 80% των ανθρώπων που επιλέγουν να χάσουν βάρος μέσω μια αυστηρής δίαιτας, ξαναπαίρνουν γρήγορα τα παραπανίσια κιλά που κατάφεραν αρχικά να χάσουν; Είναι άραγε όλα αυτά τόσο αναποτελεσματικά;

Σύγχρονες έρευνες στο θέμα των διαταραχών της διατροφής αποκαλύπτουν ότι πολλές μέθοδοι είναι βοηθητικές, όχι όμως θαυματουργές! Η ανάγκη που ανακύπτει στα άτομα με διαταραχές ελέγχου πρόσληψης τροφής (βουλιμία, ανορεξία, παχυσαρκία) αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά μόνο με μια ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματος, και τελικά αυτό το απαραίτητο συστατικό που οι παραπάνω μέθοδοι παραμελούν είναι ο ίδιος ο άνθρωπος και τα συναισθήματά του, που είναι στην πραγματικότητα τα βαθιά, εσώτερα κίνητρα που οδηγούν σε μια βουλιμική στάση και συμπεριφορά.

Οι περισσότεροι άνθρωποι (πάνω από 70%) καταφεύγουν στο φαγητό για να εκτονώσουν μια ψυχική ένταση, ένα συναίσθημα θυμού ή απογοήτευσης. Μια ζυγαριά ακριβείας που καταμετρά θερμίδες, με άλλα λόγια μια υποθερμιδική δίαιτα, θεωρητικά οφείλει -είτε το θέλουμε είτε όχι- να φέρει αποτέλεσμα στην απώλεια βάρους. (Ιεροδιακόνου, 1998)

Αποτελεί όμως μια λογική, μηχανιστική προσέγγιση που δεν λαμβάνει υπόψη τον άνθρωπο ως ψυχή με τις λεπτές αποχρώσεις της ιδιαιτερότητας και διαφορετικότητας στην προσωπικότητα και στην συμπεριφορά του, που τον καθιστούν μοναδικό σε σχέση με οποιονδήποτε άλλον άνθρωπο.

Πρώτιστα στην Αμερική και ακολούθως στην Ευρώπη, η συνθετική ψυχοθεραπεία, ατομική και ομαδική, τα τελευταία χρόνια, φαίνεται να κερδίζει έδαφος στη θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής, είτε ως συμπληρωματική, είτε ως μοναδική θεραπεία επιλογής.

Η υψηλή αποτελεσματικότητα της συνθετικής ψυχοθεραπείας οφείλεται στο γεγονός ότι, ως 'τέχνη' του λόγου που προσεγγίζει τον άνθρωπο ως ψυχή-σώμα, αυτή η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση αντιμετωπίζει τον άνθρωπο ολιστικά (δηλ. ως μια ενοποιημένη ψυχοσωματική οντότητα) δουλεύοντας με τα εσώτερα, ενδεχομένως και σκοτεινά κομμάτια του εαυτού (= κομμάτια της προσωπικότητάς μας που λειτουργούν, και επηρεάζουν τη συμπεριφορά, και τις επιλογές μας αυτόνομα, χωρίς εμείς να μπορούμε να τα ελέγχουμε συνειδητά, αφού δεν έχουμε επίγνωση της ύπαρξής τους).

Μέσα από την ατομική ψυχοθεραπεία αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά οι αιτίες της βουλιμίας, όπως είναι η χαμηλή αυτοπεποίθηση του ατόμου, η δυσκολία του στις διαπροσωπικές του σχέσεις, η επίλυση των εσωτερικών και των οικογενειακών συγκρούσεων.

Η θεραπεία της βουλιμίας μπορεί να είναι μακροχρόνια κι επίμονη, αν και συμβαίνει πολύ συχνά οι βουλιμικοί να διακόπτουν τη θεραπεία τους πρόωρα.

Σε κάθε περίπτωση, η οικοδόμηση μιας σχέσης κατανόησης, αλληλοσεβασμού και εμπιστοσύνης του θεραπευόμενου με τον ψυχοθεραπευτή είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την επιτυχία

οποιοδήποτε προγράμματος ψυχοθεραπείας. Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία, ως διαπροσωπική προσέγγιση, δεν εστιάζει άμεσα στα συμπτώματα της βουλιμίας, αλλά αντίθετα προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να λύσει τις συγκρούσεις του, στις διαπροσωπικές του σχέσεις, και να εξυγιάνει τον τρόπο με τον οποίο βλέπει τον εαυτό του σε σχέση με τους άλλους.

Όπως είδαμε, τα αίτια της βουλιμίας εμπλέκουν σε μεγάλο βαθμό τις σχέσεις του ατόμου με το περιβάλλον του, γεγονός στο οποίο φαίνεται να στηρίζονται τα αποτελέσματα αυτού του θεραπευτικού μοντέλου. Σειρά ερευνών καταδεικνύει πως η βουλιμία και η παχυσαρκία μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με τη Συνθετική αλλά και άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, και μάλιστα με σημαντικά μικρό κίνδυνο υποτροπών στο μέλλον. (Μωρόγαννης, 1999)

Όταν το άτομο που αντιμετωπίζει κάποια ψυχογενή διαταραχή διατροφής νιώσει έτοιμο να ζητήσει ψυχοθεραπευτική βοήθεια, μπορεί να ωφεληθεί πολύ από τη συμμετοχή του σε ομάδες υποστήριξης και ψυχοθεραπείας, καθώς εκεί θα λάβει -αλλά και θα δώσει- υποστήριξη από άλλα άτομα που παρουσιάζουν παρόμοια προβλήματα.

Έτσι θα νιώσει πιο υπεύθυνο και θα λάβει το μήνυμα πως γίνεται αποδεκτό, παρά το γεγονός ότι είναι φορέας ενός πολυσύνθετου προβλήματος.

Μια ομάδα υποστήριξης και συνθετικής ψυχοθεραπείας για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, παρέχει:

- § Υποστήριξη σε ένα ασφαλές περιβάλλον εμπιστοσύνης
- § Μοίρασμα εμπειριών και συναισθημάτων με άλλους ανθρώπους που υποφέρουν από παρόμοια προβλήματα
- § Ψυχοθεραπευτική βοήθεια ώστε να δουν τα μέλη της ομάδας ανεπίγνωστα κομμάτια της προσωπικότητας και των σχέσεών τους στο

παρελθόν, τα οποία εμπλέκονται στην ανάπτυξη της προβληματικής τους στάσης και συμπεριφοράς

- § Επεξεργασία θεμάτων όπως ο κοινωνικός αποκλεισμός, η αυτοεκτίμηση, η εικόνα του σώματος κ.α.
- § Υποστήριξη, ιδέες και στρατηγικές από άλλους συμμετέχοντες που βρίσκονται σε πιο προχωρημένο στάδιο αντιμετώπισης
- § Εκπαίδευση των μελών για τις φυσικές και συναισθηματικές συνέπειες των διαταραχών πρόσληψης τροφής, τους κινδύνους, τις σωματικές και ψυχικές επιπλοκές
- § Εκμάθηση εναλλακτικών και μη δυσλειτουργικών τρόπων συμπεριφοράς
- § Εκμάθηση στρατηγικών αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων.

Αν και τα οφέλη μιας ψυχοθεραπευτικής ομάδας, είναι δύσκολο να περιγραφούν λεκτικά, οι δυναμικές που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών της ομάδας, αποτελούν ίσως το πιο ισχυρό εργαλείο αντιμετώπισης των διατροφικών διαταραχών, ενώ η στείρα, μηχανιστική καταγραφή τους, δεν επιτρέπει να φανούν οι συναισθηματικές διαστάσεις μέσα στις οποίες βιώνονται αυτές οι δυναμικές.

Σε κάθε περίπτωση, οι ομάδες υποστήριξης και ψυχοθεραπείας, αποτελούν ένα χρήσιμο, και απαραίτητο συστατικό στοιχείο στην αντιμετώπιση της βουλιμίας, της παχυσαρκίας, και της ανορεξίας. (Μωρόγαννης, 1999)

### **5.3 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Η φύση της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι τέτοια, λόγω των σύνθετων ψυχολογικών και ιατρικών συνοδών προβλημάτων, που στις περισσότερες περιπτώσεις επιβάλλεται η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία σε

συνδυασμό με την ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία για τη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής. Η νοσηλεία έχει σαν στόχο να αυξηθεί σταδιακά η πρόσληψη τροφής άλλα και να παρακολουθείται στενά και με προσοχή το σωματικό βάρος του ασθενούς, το οποίο αφού σταθεροποιηθεί θα πρέπει να αρχίζει σταδιακά να αυξάνεται. Η αποκατάσταση του υποσιτισμού και των σοβαρών επιπλοκών του, λοιπόν, θα πρέπει να είναι η πρώτη μας φροντίδα, καθώς η απώλεια βάρους μπορεί να είναι τόσο μεγάλη και τόσο σοβαρή ώστε να είναι αναγκαία ακόμη και η ενδοφλέβια σίτιση του ασθενούς προκειμένου να μην καταλήξει.

Τα στοιχεία, που αξιολογεί ο ψυχίατρος προκειμένου να αποφασίσει την εισαγωγή του ασθενούς, σχετίζονται με τη σωματική κατάσταση και την ύπαρξη των συνθηκών εκείνων που θα διασφαλίσουν τη συνεργασία του πάσχοντος. Πιο συγκεκριμένα, η νοσηλεία σε νοσοκομείο θα πρέπει να εξετάζεται σαν ενδεχόμενο βάσει των ακόλουθων κριτηρίων:

- (1) σοβαρό υποσιτισμό (μερικές φορές ορίζεται από την απώλεια βάρους που έχει οδηγήσει σε βάρος χαμηλότερο από το όριο που θέτει ο θεράπων ιατρός, π.χ. αν η απώλεια βάρους είναι μεγαλύτερη από 20% ή αν αυτή έχει συμβεί με ταχύ ρυθμό)
- (2) σοβαρές ιατρικές επιπλοκές - σοβαρά συνοδά οργανικά προβλήματα (π.χ. σοβαρές καρδιακές ή μεταβολικές - ηλεκτρολυτικές διαταραχές, διαταραχές δηλαδή των ηλεκτρολυτών, υποκαλιαιμία, οργανική βλάβη άλλου είδους)
- (3) ένας επίμονος κύκλος αυτοπροκαλούμενων εμετών ή κατάχρησης υπακτικών μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο, ο οποίος κύκλος δεν έχει διακοπεί με τις εξωνοσοκομειακές παρεμβάσεις
- (4) σοβαρός κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας

- (5) η διαπίστωση συνοσηρότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές
- (6) μια αξιοσημείωτη ανικανότητα να φροντίσει ο ασθενής τον ίδιο τον εαυτό του ή η ανυπαρξία τέτοιας βοήθειας από την οικογένεια του ασθενούς. (Μωρόγαννης, 1999)

Τα ενδονοσοκομειακά ψυχιατρικά προγράμματα για ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία βασίζονται τόσο σε συμπεριφερολογικές πρακτικές, στην ψυχοθεραπευτική παρέμβαση αλλά και σε φαρμακοθεραπείες. Η επιτυχία τέτοιων προγραμμάτων θα εξαρτηθεί κατά βάση από τις δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και από τον βαθμό συνεργασίας της θεραπευτικής ομάδας. Είναι σημαντικό στη θεραπεία αυτών των ασθενών να καλλιεργηθεί η θεραπευτική συμμαχία, αλλά το ίδιο σημαντικό στοιχείο είναι και η συνεργασία, η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των μελών της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία και το θεραπευτή.

Σε ό,τι αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα, θα πρέπει να φροντίσουμε ώστε να χορηγούνται μικρά και συχνά γεύματα (1500-2000 θερμίδες ημερησίως αρχικά, μοιρασμένες σε 5-6 γεύματα). Επίσης, θα πρέπει να πραγματοποιείται τακτικό πρωινό ζύγισμα, να υπάρχει συχνή παρακολούθηση των κλινικών εργαστηριακών δεικτών για τις επιπλοκές του χρόνιου υποσιτισμού, αποτροπή των αυτοπροκαλούμενων εμετών και των άλλων καθαρτικών συμπεριφορών με στενή επίβλεψη μετά τα γεύματα, φαρμακευτική αγωγή για την αποκατάσταση των διαταραχών ύπνου, αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με μαλακτικά κοπράνων, καταστολή της υπερκινητικότητας και του άγχους με ηρεμιστικά – αγχολυτικά. Τέλος, είναι εξαιρετικά σημαντικό να ενθαρρύνεται και να ενισχύεται ο ασθενής ώστε οι συζητήσεις του να επικεντρώνονται στα προβλήματα που αντιμετωπίζει και να πάψει να περιορίζεται στα θέματα διατροφής και σωματικού βάρους. (Μωρόγαννης, 1999)



## 5.4 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Παρότι η Νευρογενής Ανορεξία συνδέεται με πολλαπλές οργανικές διαταραχές, δεν έχει αποδειχθεί ξεκάθαρα ο ρόλος της φαρμακευτικής αγωγής. Επιπρόσθετα, έχουν γίνει δοκιμές με τις περισσότερες από τις ομάδες ψυχοφαρμάκων και τις υπόλοιπες βιολογικές θεραπείες για τη Νευρογενή Ανορεξία, αλλά μέσα από τις συγκριτικές μελέτες για την αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπειών δεν έχει αποδειχθεί η θεραπευτική τους δράση, τουλάχιστον σε ότι αφορά τον πυρήνα της ψυχοπαθολογίας της νόσου. Έτσι, οι ψυχίατροι περιορίζονται στο να χορηγούν ψυχοφάρμακα κατά περίπτωση και ανάλογα με τα επιφανειακά συμπτώματα-στόχους, αλλά γενικότερα θα λέγαμε ότι η φαρμακοθεραπεία για τη Νευρογενή Ανορεξία είναι περιορισμένη.

Παρ' όλα αυτά, εξαιτίας της συνοσηρότητας της Νευρογενούς Ανορεξίας με την Κατάθλιψη, η χορήγηση αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής έχει φανεί να έχει σχετική επιτυχία στην αντιμετώπιση της Νευρογενούς Ανορεξίας.(15) Αρκετές είναι και οι έρευνες, που υπογραμμίζουν ότι η αντικαταθλιπτική αγωγή συχνά ενισχύει τα αποτελέσματα της Γνωσιακής – Συμπεριφοριστικής Παρέμβασης, και συνδέουν οι ερευνητές το αποτέλεσμα αυτό με το γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία παρουσιάζει συχνά και καταθλιπτική συμπτωματολογία. (Βενις, 2011)

Πρόσφατα το ενδιαφέρον έχει εστιαστεί στο fluoxetine (Prozac). Οι έρευνες υποστηρίζουν ότι το fluoxetine είναι χρήσιμο στη θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας. Σε μια από τις έρευνες, που έχουν διεξαχθεί, αποδείχθηκε ότι από ένα σύνολο 37 πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία, που ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή με

fluoxetine, οι 29 είχαν κατορθώσει να διατηρήσουν ένα φυσιολογικό βάρος ακόμα και 11 μήνες μετά το τέλος της αγωγής, έτσι όπως προέκυψε από το follow-up. Τα αντικαταθλιπτικά, όπως το fluoxetine, μπορούν να βοηθήσουν τόσο στις περιπτώσεις των πασχόντων, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό – Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας, στο να ελεγχθεί ο κύκλος υπερφαγίας-καθαρτικής συμπεριφοράς, αλλά και στις περιπτώσεις που συνυπάρχει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ωστόσο, κάποιιο υποστηρίζουν ότι η αύξηση του βάρους του ασθενούς αυτή καθεαυτή είναι πιο αποτελεσματική στο να ανακουφίσει τον ασθενή από την καταθλιπτική συμπτωματολογία και να βελτιώσει την διάθεση των ασθενών αυτών.

Στην πράξη, οι ψυχίατροι συχνά καταφεύγουν στη χορήγηση αγχολυτικών και αντικαταθλιπτικών για την αντιμετώπιση των συνοδών ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων. Η χορήγηση, όμως, αντικαταθλιπτικών σε ασθενείς, που έχουν ταλαιπωρήσει τον οργανισμό τους με τον χρόνιο υποσιτισμό και παρουσιάζουν επιπλοκές στο καρδιαγγειακό τους σύστημα, θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή και να φροντίζει ο ειδικός ώστε να αυξάνεται σταδιακά η δόση. Σε περίπτωση που έχει διαπιστωθεί η συνοσηρότητα με Κατάθλιψη, μπορεί ο ειδικός να εξετάσει και το ενδεχόμενο της ηλεκτροσπασμοθεραπείας. (Βενις, 2011)

## **5.5 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Οι ασθενείς, που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, μπορούν να προκαλέσουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις στα μέλη μιας θεραπευτικής ομάδας. Η αδύνατη και αδύναμη εμφάνιση και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά των πασχόντων από Νευρογενή

Ανορεξία μπορεί να προκαλέσει πολύ δυνατά συναισθήματα φόβου και θυμού στους θεραπευτές. Ο αγώνας για την απόκτηση ελέγχου μπορεί να περιπλέξει την θεραπεία των ασθενών και να αποσταθεροποιήσει την αντικειμενικότητα των θεραπειών. Επίσης, η συχνή συνοσηρότητα με την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας σε αυτό τον πληθυσμό ασθενών περιπλέκει ακόμα περισσότερο το θεραπευτικό σχεδιασμό, καθώς συχνά οι ασθενείς διαχωρίζουν τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε κατηγορίες «καλών» και «κακών», μέσα στα πλαίσια του αμυντικού μηχανισμού του splitting. Τέλος, κάποιες διαδικασίες πολλές φορές θα πρέπει να εφαρμόζονται ενάντια στη θέληση του ασθενούς και αυτό τις καθιστά διεισδυτικές κι έτσι μπορούν εύκολα να επεκταθούν σε τιμωρητικά συναισθήματα και πράξεις ενάντια στον ασθενή.

Οι επαγγελματίες σε χώρους ψυχικής υγείας θα πρέπει να έχουν υπόψη τους αυτές τις αντιδράσεις και ν' αναζητούν συμβουλευτική όταν θεωρούν ότι απαιτείται προκειμένου ν' αντιμετωπίσουν αυτά τα συναισθήματα. Πολλές φορές είναι χρήσιμο και βοηθητικό να πραγματοποιούνται συναντήσεις όλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, που συνεργάζεται για τη θεραπεία του ασθενούς, προκειμένου να απελευθερώσουν όλα αυτά τα συναισθήματα και να επαναπροσδιορίσουν τη θεραπεία όταν κρίνεται απαραίτητο.

Η θεραπεία των ασθενών, που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση και εμφανίζουν και κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, εγείρει μοναδικές προκλήσεις σε ότι αφορά την αντιμεταβίβαση των επαγγελματιών θεραπειών. Οι θεραπευτές και γενικότερα οι ειδικοί συχνά σοκάρονται, τρομοκρατούνται και κατακλύζονται από τις περιγραφές της κακοποιητικής εμπειρίας. Το άτομο, που έχει επιβιώσει από την κακοποίηση, είναι γενικότερα ευαίσθητο ακόμα και σε συγκαλυμμένες μορφές αποστασιοποίησης και εξαιτίας της μαθημένης τάσης τους να φροντίζουν τους άλλους, συχνά θα σταματήσουν τις

αποκαλύψεις προκειμένου να προστατέψουν και να μην επιβαρύνουν το  
θεραπευτή τους. (Βενις, 2011)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **ΕΡΕΥΝΑ**

#### **ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της γνώμης των κατοίκων της Πάτρας και του Λονδίνου σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές.

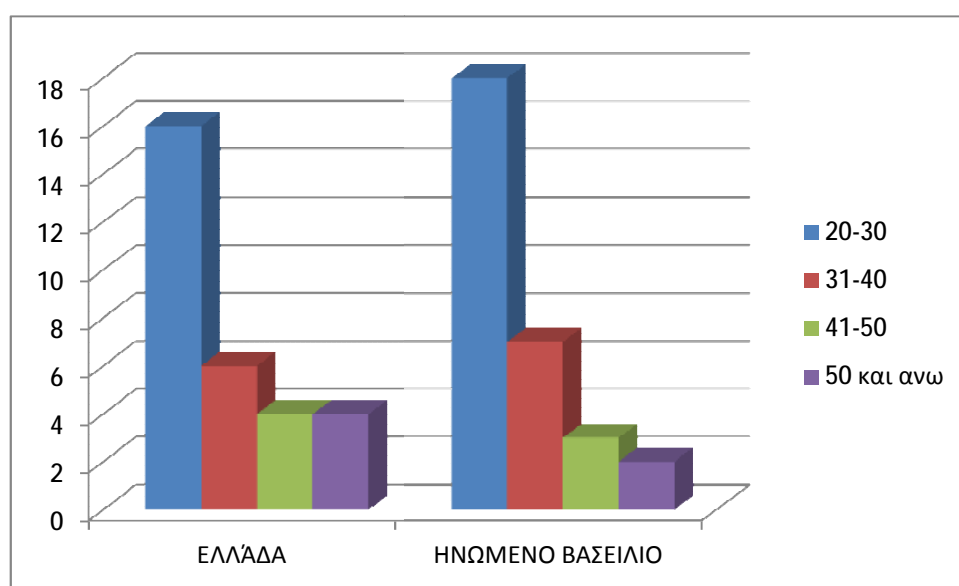
#### **ΔΕΙΓΜΑ**

Δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν 60 ενήλικες από τους οποίους 30 κατοικούν στην πόλη της Πάτρας και οι 30 στην πόλη του Λονδίνου.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

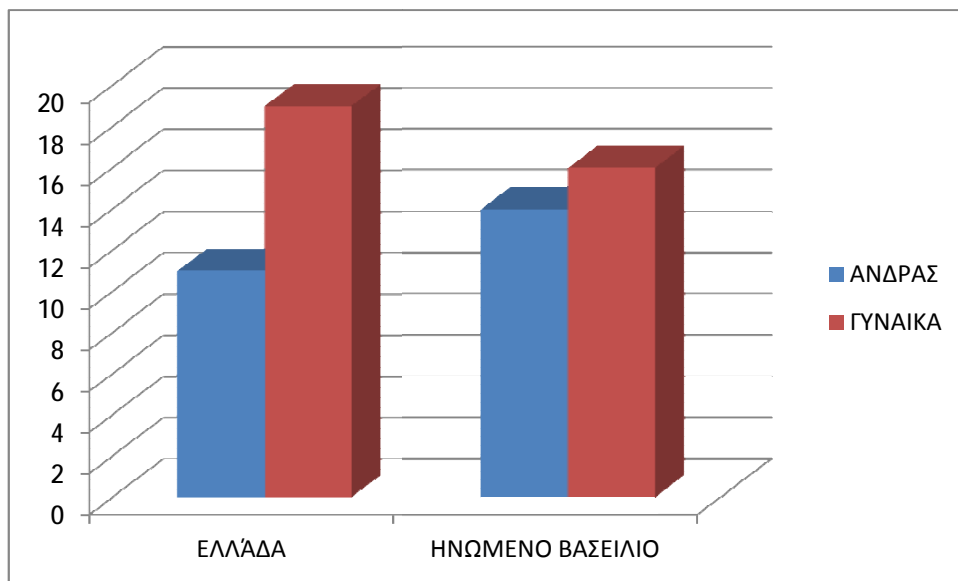
### 1. ΗΛΙΚΙΑ

	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΕΙΛΙΟ
20-30	16	18
31-40	6	7
41-50	4	3
50 και ανω	4	2
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>30</b>	<b>30</b>



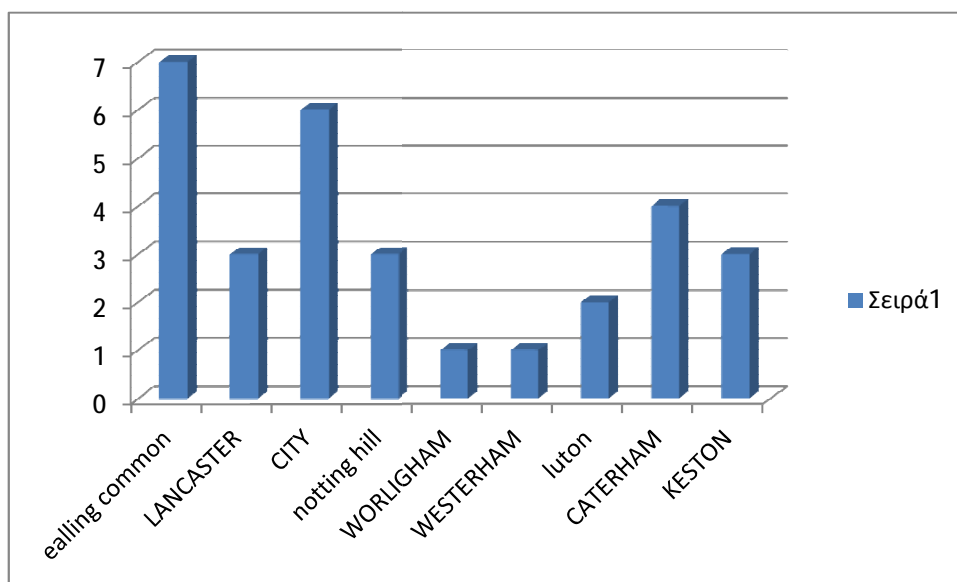
## 2. ΦΥΛΟ

	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΕΙΛΙΟ
ΑΝΔΡΑΣ	11	14
ΓΥΝΑΙΚΑ	19	16
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>30</b>	<b>30</b>



### 3. ΚΑΤΟΙΚΙΑ (για τους ερωτούμενους του Η.Β.)

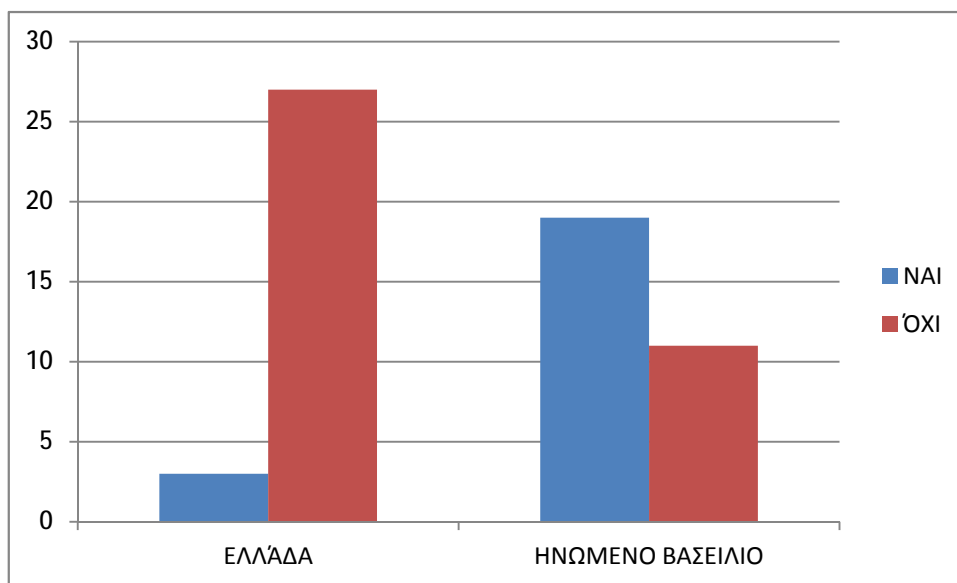
	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΕΙΛΙΟ
EALLING COMMON	7
LANCASTER	3
CITY	6
NOTTING HILL	3
WORLIGHAM	1
WESTERHAM	1
LUTON	2
CATERHAM	4
KESTON	3
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>30</b>





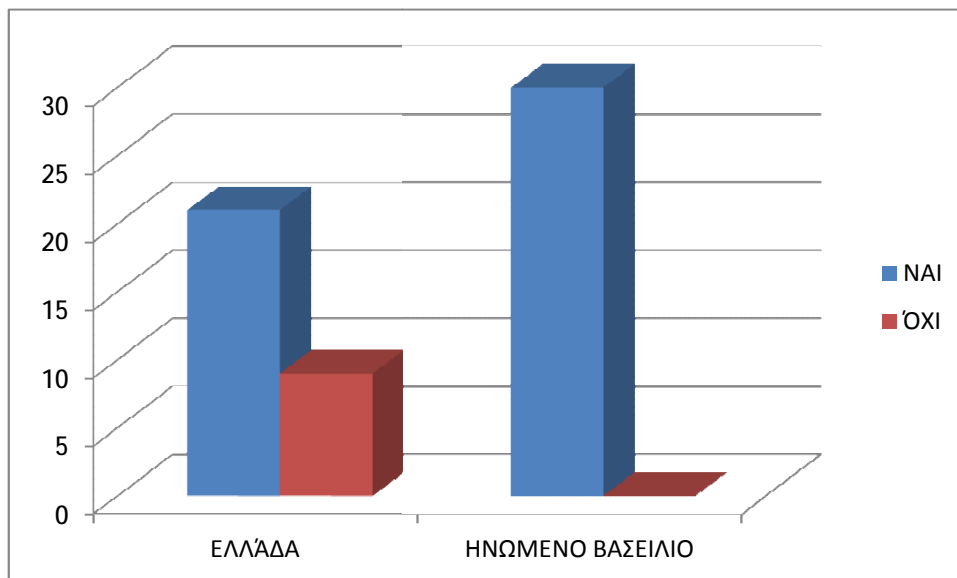
4. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΑΣ;

	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΕΙΛΙΟ
ΝΑΙ	3	19
ΌΧΙ	27	11
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>30</b>	<b>30</b>



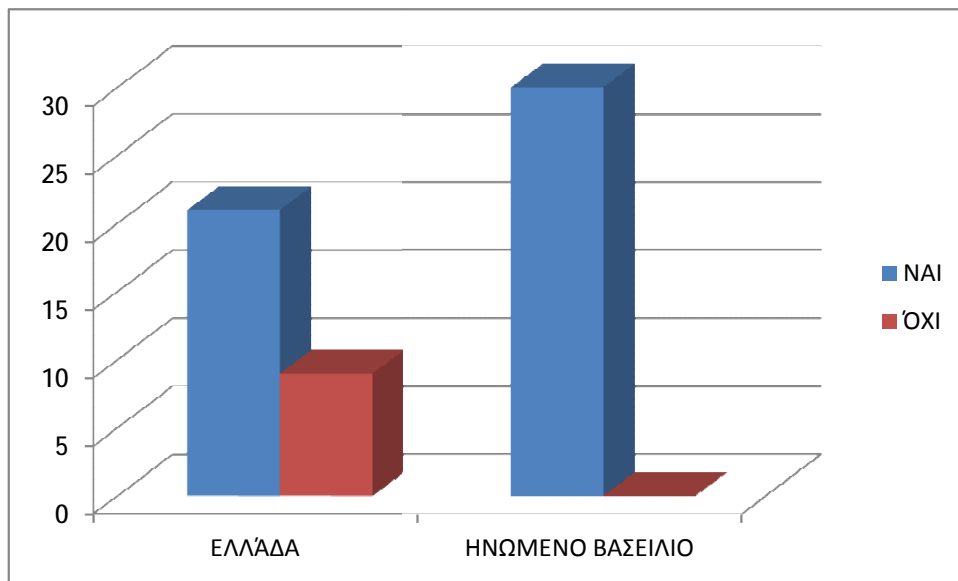
5. ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΡΗΣΟΥΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ;

	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΕΙΛΙΟ
ΝΑΙ	21	30
ΌΧΙ	9	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>30</b>	<b>30</b>



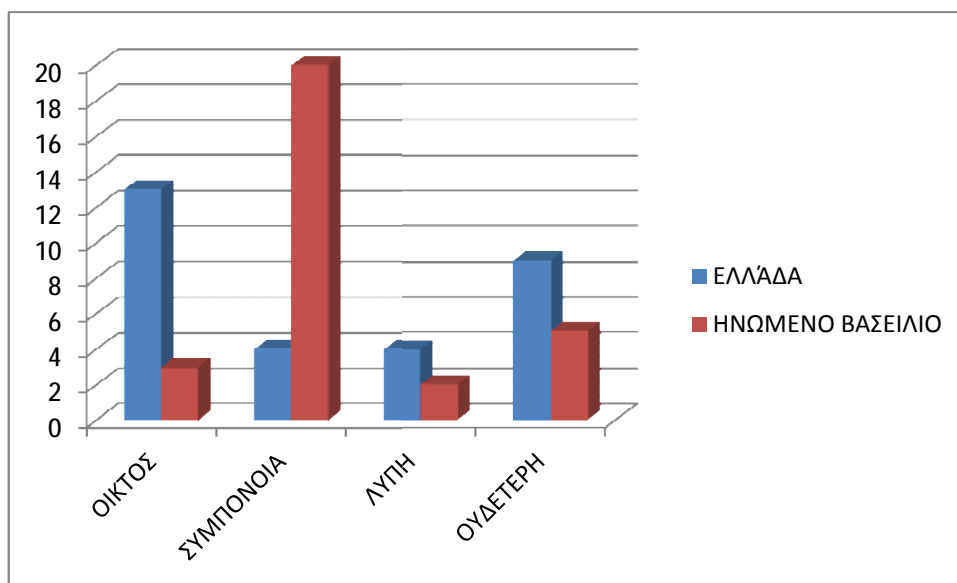
6. ΕΙΝΑΙ ΕΥΚΟΛΟ ΓΙΑ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΝΑ ΑΝΤΙΛΗΦΤΕΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ;

	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΕΙΛΙΟ
ΝΑΙ	21	30
ΌΧΙ	9	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>30</b>	<b>30</b>



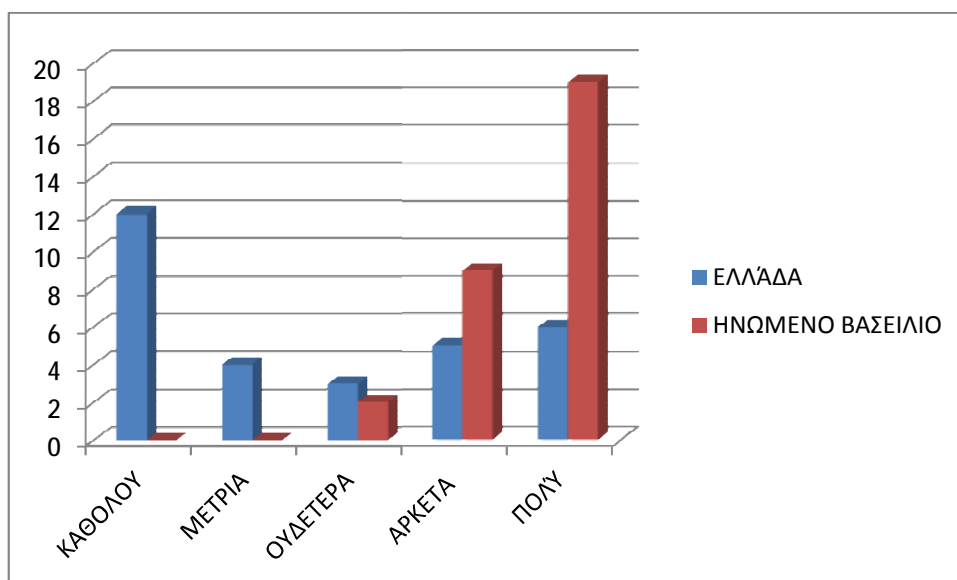
7. ΠΟΙΑ Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ;

	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΕΙΛΙΟ
ΟΙΚΤΟΣ	13	3
ΣΥΜΠΟΝΟΙΑ	4	20
ΛΥΠΗ	4	2
ΟΥΔΕΤΕΡΗ	9	5
ΣΥΝΟΛΟ	30	30



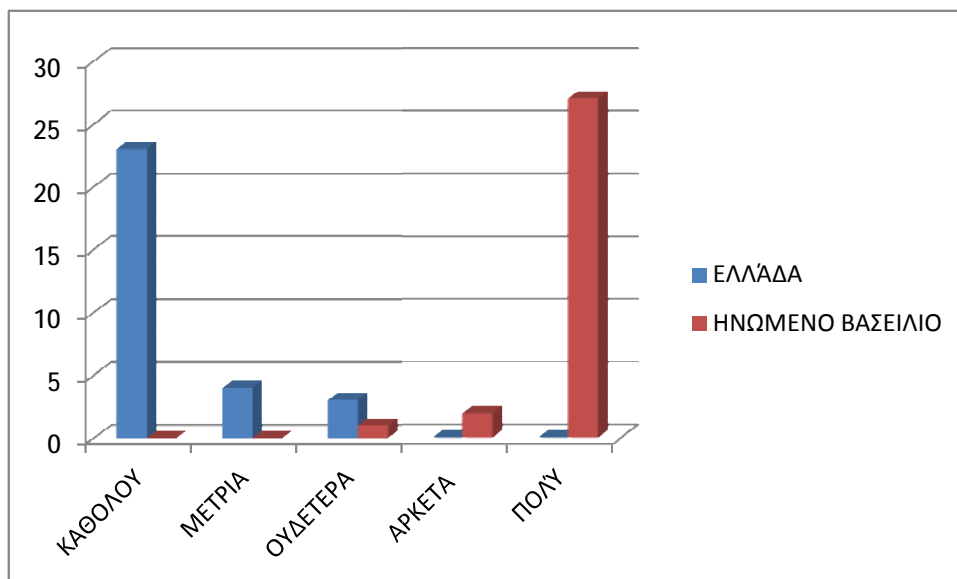
8. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΕΠΑΡΚΩΣ ΤΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ;

	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΕΙΛΙΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	12	0
ΜΕΤΡΙΑ	4	0
ΟΥΔΕΤΕΡΑ	3	2
ΑΡΚΕΤΑ	5	9
ΠΟΛΥ	6	19
ΣΥΝΟΛΟ	30	30



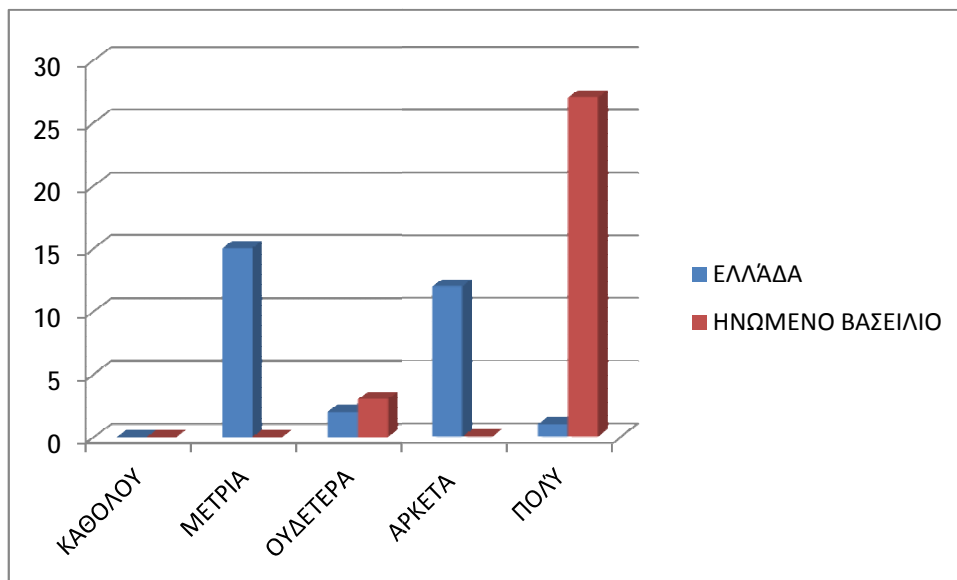
9. ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣΕΧΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΩΣΤΕ ΝΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΘΟΥΝ ΑΚΡΟΥΝΤΩΣ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ;

	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΕΙΛΙΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	23	0
ΜΕΤΡΙΑ	4	0
ΟΥΔΕΤΕΡΑ	3	1
ΑΡΚΕΤΑ	0	2
ΠΟΛΥ	0	27
ΣΥΝΟΛΟ	30	30



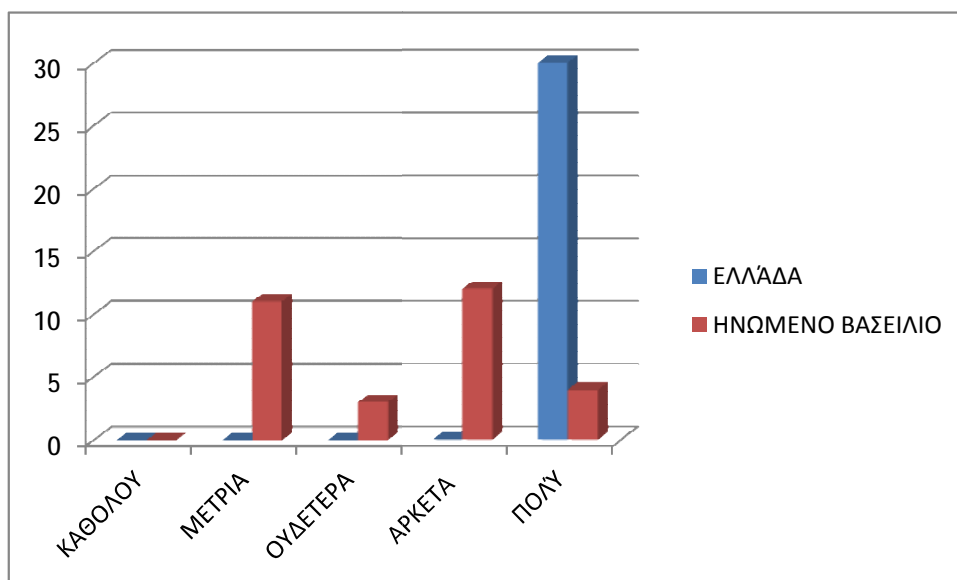
10.ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ;

	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΕΙΛΙΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0
ΜΕΤΡΙΑ	15	0
ΟΥΔΕΤΕΡΑ	2	3
ΑΡΚΕΤΑ	12	0
ΠΟΛΥ	1	27
ΣΥΝΟΛΟ	30	30



## 11. ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΛΛΑΞΕΙ ΤΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ΄

	ΕΛΛΑΔΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΕΙΛΙΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0
ΜΕΤΡΙΑ	0	11
ΟΥΔΕΤΕΡΑ	0	3
ΑΡΚΕΤΑ	0	12
ΠΟΛΥ	30	4
ΣΥΝΟΛΟ	30	30





## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι σύνθετες και πολύ-παραγοντικής αιτιολογίας διαταραχές, που προσβάλλουν σημαντικό τμήμα του πληθυσμού κατά βάση έφηβες κοπέλες και νεαρές ενήλικες γυναίκες. Οι γενικοί ιατροί διαδραματίζουν έναν κριτικής σημασίας ρόλο στην αναγνώριση και θεραπεία αυτών των διαταραχών.

Η έγκαιρη διάγνωση αυτών των διαταραχών συμβάλλει σημαντικά στη θετική θεραπευτική εξέλιξη, αλλά παρεμποδίζεται συχνά από τα ισχυρά συναισθήματα μυστικοπάθειας, άρνησης, και ντροπής από μέρους του ασθενούς.

Αν και τα άτομα που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής μπορεί ν' αρνούνται τη θεραπεία, η γεμάτη κατανόηση προσέγγιση μιας διεπιστημονικής ομάδας, που θα εστιάζει στις ιατρικές, ψυχολογικές αλλά και διατροφικές ανάγκες των ατόμων αυτών, θα μπορούσε να ενισχύσει σε σημαντικό βαθμό την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Οι διατροφικές διαταραχές ολοένα και αυξάνονται στις δυτικές κοινωνίες, και πιστεύεται ότι αυτό συνδέεται με την εμμονή μας σχετικά με την εικόνα του σώματος.

Είναι ιδιαίτερα ανησυχητική η αύξηση του αριθμού των ιστοσελίδων που ενθαρρύνουν επικίνδυνους τρόπους δίαιτας για κορίτσια και νεαρές γυναίκες.

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μας παρουσιάζουν το αδύνατο σώμα ως το ιδανικό, και είναι προκατειλημμένοι με τα φυσικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων. Υπάρχει γενικά η τάση αρνητικής τυποποίησης των ατόμων που είναι παχύσαρκα ή υπέρβαρα.

Όταν γίνει η διάγνωση της διατροφικής διαταραχής, μπορεί να χρειασθεί η συμμετοχή διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων και επαγγελματιών υγείας, καθότι οι διαταραχές αυτές επηρεάζουν τα άτομα τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά.

Η οικογένεια και οι φίλοι των ατόμων που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή συχνά μπορεί να αισθάνονται σύγχυση και ψυχική ένταση. Η υποστήριξη και η επιμόρφωση, καθώς και η καλύτερη κατανόηση των θεμάτων αυτών από το κοινωνικό σύνολο, αποτελούν ένα σημαντικό μέρος της θεραπευτικής αγωγής.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Βάρσου Ε., Τρίκκας Γ. (1991) Τα ερωτηματολόγια διερεύνησης των διαταραχών πρόσληψης τροφής EDI, EAT-26, BITE σε Ελληνικό Πληθυσμό. Ανακοίνωση στο 12<sup>ο</sup> Παν. Συνέδριο Ψυχιατρικής, Βόλος 1991. Φυλλάδιο Επιλογή Δείγματος Εργαστήριο Στατιστικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων 1994

Γιαννίτση Σταυρούλα (1996) Θέματα Ψυχοσωματικής, Ιωάννινα.

Γιαννίτση Σταυρούλα (1997) Ψυχοσωματική και Ομαδική Ψυχοθεραπεία, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

ICD -10 (1993) Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς. Απόδοση-Επιμέλεια. Στεφανής Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β. Εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα.

Ιεροδιακόνου Χ. (1988) Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία. Κείμενα και Περιπτώσεις. Εκδ. Μαστορίδη Θεσσαλονίκη.

Ιεροδιακόνου Χ. (1991) Ψυχικά Προβλήματα στα παιδιά. Εκδ. Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία». Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας.

Καλαντζή-Azizi, A. (1995). Νευρογενής Ανορεξία και Βουλιμία. Τετράδια Ψυχιατρικής

Λιάκος Α (1973) Ψυχογενής Ανορεξία, Στο Στεφανής και συνεργάτες (Επιμ.) Θέματα Ψυχιατρικής (σ.σ. 313-316) Αθήνα

Μαδιανός Μ.(1989).Κοινωνία και Ψυχική Υγεία τ.1,2. Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα.

Μαδιανός Μ (1998).Ψυχική Υγεία των εφήβων στο γενικό πληθυσμό.Στο.Τσιάντης Ι.(Επιμ.) Βασική Παιδοψυχιατρική,Εφηβεία τ.1,σ.σ.217-239,Εκδ. Καστανιώτη,Αθήνα.

Μουζάς Ο,(1996).Η εκτίμηση της Ψυχοπαθολογίας και των παραγόντων που την επηρεάζουν στο Νομό Ιωαννίνων. Διδακτορική Διατριβή. Ιωάννινα

Μωρόγιαννης Φ, Μακρυδήμας Γ, Λιάκος Α.(1993).Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία και Ψυχογενή Βουλιμία.Ανακοίνωση.1οΠαν.Συνέδριο Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας. Αθήνα 8- 11/12/1993.

Μωρόγιαννης Φ, Λιάκος Α (1999) Θεραπευτικές ανάγκες ασθενών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στο Πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Ανακοίνωση στο Συνέδριο. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, Αξιολόγηση και προοπτικές, Ιωάννινα 24-26 Ιουνίου 1999.

Μωρόγιαννης Φ,Λιάκος Α(2000).Οι Ψυχιατρικές Διαταραχές Διατροφής στηνΕφηβική και μετεφηβική ηλικία.Στο Τσιάντης Ι (Επιμ). Βασική Παιδοψυχιατρική ,Εφηβεία,τ.2,Εκδ.Καστανιώτη,Αθήνα.

Ντώνιας Σ., Καραστεργίου Α., Μάνος Ν.(1991).Στάθμιση της κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90R σε Ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική,2,42-48.

Παπαιωάννου και Παπαχρήστος (1990) Η δειγματοληψία, Τομέας ΣτατιστικήςΠαν. Ιωαννίνων.

Παπακώστας, Ι. (1994). Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία, Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Σίμος Γ (1996) Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη τροφής καιτων δυνατοτήτων πρόσληψης. Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.

Στεφανής Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β (1993) Ταξινόμηση ICD-10 ΨυχικώνΔιαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς, Κλινικές περιγραφέςκαι οδηγίες για τη διάγνωση, σ. 218-225, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Glenn Waller, Helen Cordery, Emma Corstorphine, Hendrik Hinrichsen,Rachel Lawson, Victoria Mountford,Katie Russell, (2011) Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής, Πεδίο, Αθήνα.

