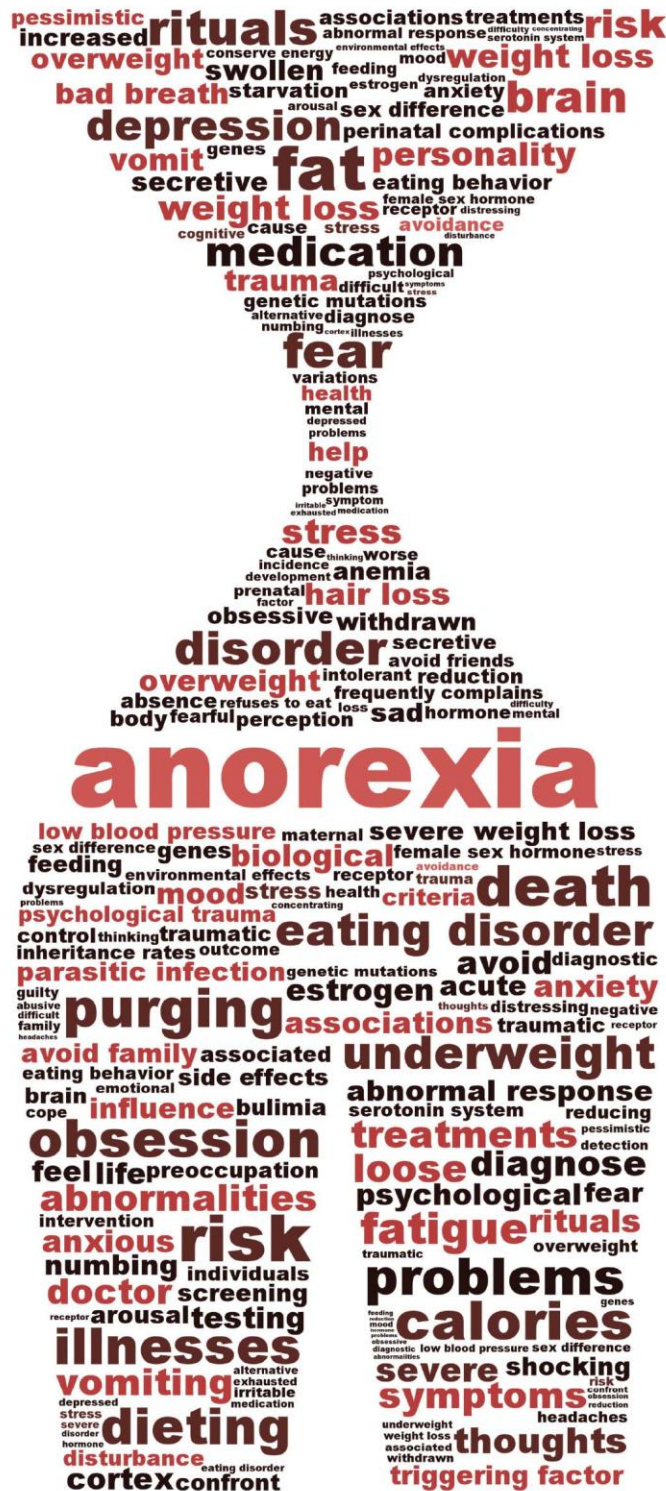


ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ - ΒΟΥΛΙΜΙΑ:
ΕΝΑΥΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ



ΚΑΡΑΜΠΑ ΕΛΕΝΗ (Α.Μ: 7065) - ΚΟΥΥΜΠΙΡΗ ΝΑΤΑΣΑ (Α.Μ: 7527)
ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΡΜΑΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.1 Εισαγωγή στις διατροφικές διαταραχές.....	10
1.2 Κοινά στοιχεία ανορεξίας-βουλιμίας.....	11
1.3 Επιδημιολογία.....	13
1.4 Διαχρονικές τάσεις στην επιδημιολογία τω διατροφικών διαταραχών.....	15
1.5 Η συχνότητα των διατροφικών στις Δυτικές κοινωνίες.....	16
1.6 Αύξηση συχνότητας εμφάνισης με την πάροδο του χρόνου.....	17
1.7 Αιτίες διαταραχών.....	18
1.8 Αντιμετώπιση.....	20
1.9 Θνησιμότητα & αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στις διατροφικές διαταραχές	22
1.9.1 Σωματική νοσηρότητα.....	22
1.9.2 Θνησιμότητα.....	23
1.9.3 Αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.....	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

2.1 Γενικές έννοιες-Ιστορική αναδρομή.....	25
2.2 Επιδημιολογία.....	26
2.3 Κλινική εικόνα, συμπτωματολογία και διάγνωση.....	29
2.3.1 Έμμηνος ρύση και νευρική ανορεξία.....	33
2.4 Αιτιολογικοί παράγοντες.....	34
2.4.1 Βιολογικοί παράγοντες & Γενετικές μεταβολές.....	36

2.4.2. Ενδοκρινείς ανωμαλίες.....	37
2.4.3 Διαταραχές νευρομεταβιβαστικών συστημάτων.....	38
2.4.4 Διαταραχές του Ντοπαμινεργικού Συστήματος.....	39
2.4.5 Διαταραχές του Σεροτονινεργικού Συστήματος.....	39
2.4.6 Αναπτυξιακοί παράγοντες.....	40
2.4.7 Δυναμική της οικογένειας.....	41
2.4.8 Κοινωνικό-πολιτισμικοί παράγοντες.....	42
2.4.9. Προσωπικότητα.....	44
2.5 Αντιμέτωπιση και Θεραπεία.....	45
2.5.1 Νοσηλεία.....	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΒΟΥΛΙΜΙΑ

3.1 Γενικές έννοιες-Ιστορική αναδρομή.....	50
3.1.1 Ορισμός βουλιμίας.....	52
3.2Επιδημιολογία.....	52
3.3 Κλινική εικόνα, συμπτωματολογία και διάγνωση.....	54
3.4 Εικόνα βουλιμικού ασθενή.....	56
3.5 Ο ρόλος των φαρμάκων στη βουλιμία.....	58
3.6 Αιτιολογικοί παράγοντες.....	59
3.6.1 Διαταραχές στις ορμόνες.....	60
3.6.2. Διαταραχές νευρομεταβιβαστικών συστημάτων.....	61
3.6.3 Ο ρόλος της οικογένειας.....	63
3.6.4 Πολιτισμικοί παράγοντες.....	65
3.6.5 Ψυχοδυναμικοί παράγοντες.....	68
3.6.6 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	69
3.7 Αντιμέτωπιση & Θεραπεία βουλιμίας.....	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΦΗΒΕΙΑ

4.1 Γενικές έννοιες.....	76
4.1.1 Στάδια της εφηβείας.....	77
4.1.2 Φυσιολογία της εφηβείας.....	78
4.1.3 Σωματική αύξηση & οστική πυκνότητα στην εφηβεία.....	79
4.1.4 Χαρακτηριστικά της εφηβείας.....	80
4.2 Εφηβεία & διατροφικές διαταραχές: Γιατί εκλαμβάνεται η εφηβεία ως έναυσμα	81
4.3 Το σώμα και η διαμόρφωση της εικόνας του σώματος στην εφηβεία.....	83
4.4 Έφηβοι και τροφή.....	85
4.5 Σωματικό είδωλο: Ομοιότητες και διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα.....	86
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	88

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένα σύγχρονο πρόβλημα, αυτό των διατροφικών διαταραχών και συγκεκριμένα της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας με έναυσμα την εφηβική ηλικία, θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε μέσα από μεγάλο όγκο βιβλιογραφίας σε αυτήν εδώ την εργασία. Οι διαταραχές που πλήττουν την σωματική αλλά και τη ψυχική υγεία των εφήβων και μάλιστα αρκετές φορές οδηγούν στο θάνατο, θα εξεταστούν και θα αναλυθούν λεπτομερώς.

Μέσα από γενικές έννοιες, ορισμούς, την πορεία τους στο βάθος των χρόνων, επιδημιολογικά στοιχεία, αλλά κυρίως μελετώντας τις απόκρυφες πτυχές τους θα προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε τόσο εμείς όσο και οι αναγνώστες αυτών των σελίδων, τους λόγους που οδηγούν σε αυτές τις παθήσεις κατά τη διάρκεια της εφηβείας αλλά και τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να αντιμετωπιστούν.

Ο δρόμος είναι σίγουρα μακρύς και περίπλοκος αλλά μέσα από τα σωστά βιβλία και με τις ορθές αναφορές, ευελπιστούμε να αποσαφηνιστούν τα πάντα, κάθε λανθασμένη αντίληψη και σκέψη, οποιαδήποτε παρανόηση. Μοναδικός στόχος εξάλλου, είναι στο τέλος αυτών των σελίδων να έχουν απαντηθεί όλα τα ερωτήματα και να έχει γίνει απόλυτα κατανοητό αυτό το τόσο λεπτό θέμα, της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας στην εφηβεία. Ίσως κιόλας καταφέρουμε αυτή η εργασία να χρησιμοποιηθεί ως ένα μικρό λιθαράκι για μετέπειτα μελέτες.

ABSTRACT

A modern problem, eating disorders, namely anorexia nervosa and bulimia ushered the teens will try to approach through large volumes of literature here in this work. The disorders that affect the physical and mental health of adolescents and sometimes even lead to death, will be examined and analyzed in detail.

Through concepts, definitions, heading deep into the years, epidemiological data, but mainly studying arcane aspects will try to understand both, we and the readers of these pages, the reasons that lead to these diseases during adolescence and how they can be addressed.

The road is certainly long and complicated but through the books, correctly and with good references, we hope to clarify everything, every misconception and thought, any misunderstanding. The sole aim also is at the end of these pages have answered all the questions and have fully understood this very sensitive issue of anorexia nervosa and bulimia in adolescence. Maybe you already manage this task be used as a small stone for subsequent studies.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως μάστιγες του 21^{ου} αιώνα θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν οι διατροφικές διαταραχές, ειδικά η νευρική ανορεξία και βουλιμία, που όλο και πιο συχνά χτυπούν την πόρτα του σύγχρονου κόσμου. Το φαινόμενο γίνεται πιο επικίνδυνο και έντονο όταν αναφερόμαστε στους έφηβους. Οι αιτίες πολλές, τα όσα δεν γνωρίζουμε ακόμα περισσότερα. Μέσα από αυτή την εργασία λοιπόν στόχος είναι να πάρουμε τα πράγματα από την αρχή ώστε να αποσαφηνιστεί η κάθε λανθασμένη άποψη.

Για αρχή επιτακτική ανάγκη είναι να εξετάσουμε τον ορισμό των διατροφικών διαταραχών. Τι είναι νευρική ανορεξία και βουλιμία; Ποια είναι τα κοινά τους στοιχεία και οι βασικές τους διαφορές; Θα ερευνήσουμε τα ποσοστά εμφάνισης τους, και ιδιαίτερα στους εφήβους, καθώς επίσης και το πώς διαμορφώνονται αυτά τα δύο είδη διαταραχών κατά τη διάρκεια των ετών στις δυτικές κοινωνίες. Θα εμείνουμε με μεγάλη προσοχή στα αίτια τους καθώς αυτά θα μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε τη «πηγή του κακού» αλλά και τους τρόπους αντιμετώπισης. Βέβαια, θα αναφερθούμε και στη χειρότερη των περιπτώσεων που αφορά στη θνησιμότητα.

Έπειτα θα αναλύσουμε διεξοδικά τη νευρική ανορεξία και βουλιμία. Δεν υπάρχουν, ίσως, καταστάσεις όπου η διαπλοκή ψυχολογικών, βιολογικών, ψυχοκοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων είναι τόσο εμφανής όσο οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής. Αυτό ισχύει, κυρίως, για τις δύο βασικές νοσολογικές οντότητες που εντάσσονται σ' αυτή τη κατηγορία δηλ. την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία. Όλες αυτές οι καταστάσεις υπόκεινται στην επίδραση μιας μεγάλης ποικιλίας αιτιοπαθογενετικών παραγόντων. Τα γονίδια, οι νευροχημικοί συντελεστές, η προσωπικότητα, οι ψυχολογικές επιδράσεις, τα δυναμικά της οικογένειας, η συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία, οι στρεσογόνοι παράγοντες (με την περιστασιακή αλλά και με τη δυναμικά μονιμότερη επίδραση τους στη δομή και λειτουργία του εγκεφάλου) οι αισθητικές νόρμες, πολιτισμικοί παράγοντες, ακόμη και μακροοικονομικοί παράγοντες που συμβάλλουν στο βαθμό ανάπτυξης μιας χώρας, παίζουν το μικρό ή μεγάλο ρόλο τους και με τη διαπλοκή και αλληλεπίδραση τους διαμορφώνουν το αιτιοπαθογενετικό πλέγμα των διαταραχών αυτών. Όπως είναι φυσικό, η πολυπλοκότητα και πολυπαραγοντικότητα έχουν

σημασία όχι μόνο για τον προσδιορισμό της αιτιοπαθογένειας αλλά κυρίως για τον καθορισμό ενός λογικού και αποτελεσματικού θεραπευτικού σχήματος που να λαμβάνει υπ' όψιν όλες τις πτυχές του προβλήματος.

Με δεδομένο το σημαντικό κίνδυνο για την ίδια τη ζωή της ασθενούς με ψυχογενή ανορεξία (που προσεγγίζει το 20% των χρόνιων περιπτώσεων) είναι πολλές φορές αναγκαία η παρεμβατική προσέγγιση του προβλήματος με άμεση αναγκαστική εισαγωγή σε ειδικό νοσοκομείο. Στις περιπτώσεις αυτές είναι απαραίτητη η αντικειμενική εκτίμηση των προτεραιοτήτων και όχι η πεισματική εμμονή σε ψυχοθεραπευτικά σχήματα, όταν αυτά εμφανώς δεν έχουν αποδώσει.

Στις περιπτώσεις όπως η παραπάνω, μετά την παράκαμψη του άμεσου βιολογικού κινδύνου, είναι αναγκαίο να εφαρμοσθεί ένα πολυδιάστατο θεραπευτικό σχήμα που να περιλαμβάνει απαραίτητως ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της ασθενούς και της οικογένειας της.

Για να επιτευχθεί η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση, απαραίτητη είναι η δημιουργία ψυχοθεραπευτικής σχέσης με την πάσχουσα ασθενή. Η σχέση αυτή, ιδιαίτερα όσον αφορά στην ψυχογενή ανορεξία, επιτυγχάνεται δύσκολα. Η ανορεξική άρρωστη δεν θέλει βοήθεια, γιατί (σε επιφανειακή ανάγνωση) τα «συμφέροντα» της αποκλίνουν πολλές φορές αντιθετικά από τους στόχους του θεραπευτή. Κάτω από αυτές τις συνθήκες η «θεραπευτική συμμαχία» είναι δύσκολη και απαιτείται επιμονή, υπομονή και αφοσίωση από τη πλευρά του θεραπευτή.

Έγινε προηγουμένως λόγος για «συμφέροντα» της ασθενούς. Όμως το προφανές «συμφέρον» της ασθενούς είναι να διατηρηθεί στη ζωή. Πώς είναι δυνατόν να νοηθεί ως «συμφέρουσα» μια κατάσταση που οδηγεί συχνά στο θάνατο; Μπαίνει λοιπόν το ερώτημα τι βρίσκεται πίσω από την αρνητική αυτή εκτίμηση της ζωής. Η ανάγκη διερεύνησης της σχέσης των διαταραχών πρόσληψης τροφής με την κατάθλιψη απορρέει αβίαστα από αυτόν τον προβληματισμό.

Η αυξημένη θνησιμότητα δεν αφορά μόνο στην ψυχογενή ανορεξία και τη βουλιμία. Στην παχυσαρκία, αν αυξηθεί η μάζα σώματος περισσότερο από 40% η θνησιμότητα δωδεκαπλασιάζεται.

Η αντίληψη ότι η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί πρωτογενή υποθαλαμική δυσλειτουργία έχει χάσει σήμερα έδαφος, ενώ αντίθετα οι απόψεις που θεωρούν ότι η κατάσταση αυτή απορρέει από μία απεγνωσμένη προσπάθεια αποφυγής ή παράκαμψης της εφηβείας και όσων αυτή συνεπάγεται εξακολουθούν να είναι δημοφιλείς. Η έλλειψη σεξουαλικών ενδιαφερόντων (και ενδεχομένως και η αμηνόρροια) εντάσσονται σε αυτό το πλαίσιο. Η παραποιημένη αντίληψη της εικόνας του σώματος που παρατηρείται σε πολλές ανορεξικές ασθενείς συμμετέχει αποφασιστικά στην παθογένεση αυτής της διαταραχής και πρέπει να συνεκτιμάται από τον κλινικό.

Αν και η αύξηση της επίπτωσης των διαταραχών πρόσληψης τροφής ενδέχεται να σχετίζεται απλώς και μόνο με τη μεγαλύτερη ετοιμότητα διάγνωσης των διαταραχών αυτών, αξίζει εν τούτοις να διερευνηθεί περισσότερο και να αναζητηθούν τα αίτια της. Θα πρέπει, για παράδειγμα, να εκτιμηθεί το ενδεχόμενο κοινωνικής ενίσχυσης της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας. Οι δυτικές κοινωνίες ενθαρρύνουν με ποικίλους τρόπους τη δίαιτα και είναι χαρακτηριστικό ότι η ψυχογενής βουλιμία έχει περιγραφεί μόνο σε οικονομικά ανεπτυγμένες κοινωνίες. Έτσι, λοιπόν, τα αισθητικά πρότυπα και οι επακόλουθες διατροφικές πρακτικές των κοινωνιών αυτών υποβάλλονται με ποικίλους τρόπους και τελικά επιβάλλονται στον πληθυσμό, με πιθανές επιπτώσεις στην αυξανόμενη συχνότητα των διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής, και ιδιαίτερα της ψυχογενούς ανορεξίας, πέρασε από διάφορα στάδια. Εξετάστηκε η σχέση των διαταραχών αυτών με την κατάθλιψη και η επακόλουθη χρησιμοποίηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Για το τέλος, θα εξετάσουμε την κρίσιμη ηλικία της εφηβείας, τα στάδιά της, τις αλλαγές που συντελούνται στο σώμα και τη ψυχολογία σε αυτή την περίοδο και θα απαντήσουμε στο βασικό ερώτημα του γιατί χρησιμοποιούμε την εφηβεία ως έναυσμα για τις διατροφικές διαταραχές.

Κεφάλαιο 1: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.1 Εισαγωγή στις διατροφικές διαταραχές

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι ένα ψυχογενές πρόβλημα, το οποίο κατά κύριο λόγο εμφανίζεται σε κορίτσια ηλικίας 13-18 ετών, ενώ τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση κρουσμάτων και στους άντρες νεαρής ηλικίας. Οι πιο γνωστές διατροφικές διαταραχές είναι η νευρική ανορεξία (άρνηση λήψης τροφής), η βουλιμία (υπερφαγικά επεισόδια, που ακολουθεί αυτο-προκαλούμενος εμετός) και παρορμητική υπερφαγία (υπερφαγικά επεισόδια χωρίς να ακολουθεί αυτο-προκαλούμενος εμετός) αλλά που μετά από κάθε επεισόδιο τα άτομα αισθάνονται φοβερές ενοχές¹⁵. Στην εργασία αυτή θα επικεντρωθούμε στις δύο πρώτες.

Οι διατροφικές διαταραχές είναι σοβαρές παθήσεις και σύνηθες χαρακτηριστικό είναι ότι τα άτομα που υποφέρουν από αυτές, υποφέρουν «κρυφά» και νιώθουν μεγάλη ντροπή για την απώλεια ελέγχου που βιώνουν. Οι διατροφικές διαταραχές κυριεύουν στη ζωή των παιδιών που πάσχουν από αυτές και καθορίζουν την καθημερινότητά τους. Σκέφτονται συνέχεια το φαγητό και τις θερμίδες, πανικοβάλλονται αν πάρουν λίγο βάρος, μπορεί να τρώνε υπερβολικά λίγο (π.χ. ένα γιαούρτι ή ένα πορτοκάλι την ημέρα), ξεχωρίζουν τα φαγητά σε «καλά» και «κακά» (π.χ λάδι και πιπεριά), ενώ ταυτόχρονα πιστεύουν ότι αν χάσουν κιλά, θα λυθούν ως δια μαγείας όλα τους τα προβλήματα, π.χ. θα νιώσουν καλά με τον εαυτό τους, θα αποκτήσουν ερωτικό σύντροφο κλπ., πράγμα το οποίο δε συμβαίνει, γιατί τα προβλήματά τους δεν έχουν να κάνουν με το βάρος. Είναι μύθος ότι αυτού του είδους οι διαταραχές δεν αποτελούν ακόμα συχνό φαινόμενο στη χώρα μας, όσο στις ανεπτυγμένες χώρες-τα ποσοστά πλέον είναι παρόμοια^{7,15,40}.

Η νευρική ανορεξία είναι πιο εύκολο να γίνει αντιληπτή από το περιβάλλον. Αυτό επειδή τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία χάνουν ένα μεγάλο ποσοστό του βάρους τους, οπότε η εξωτερική εμφάνισή τους αλλάζει, πολλές φορές δραματικά¹. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι ύπουλες με την έννοια ότι αρχικά περνούν απαρατήρητες κι όσος περισσότερος χρόνος περάσει, τόσο πιο δύσκολο είναι να αντιμετωπισθούν. Τα παιδιά αυτά «πηδούν» γεύματα, ακολουθούν έντονα προγράμματα γυμναστικής, λένε ψέματα για το τι έφαγαν, αποφεύγουν να τρώνε παρουσία άλλων, μπορεί να υποφέρουν από

κατάθλιψη, εμφανίζουν πάντα απότομη απώλεια βάρους, απώλεια περιόδου, παρουσιάζουν πολλές φορές υπερκινητικότητα, ζαλάδες, υπόταση, κρύα χέρια και πόδια, εντερικά προβλήματα και σε πιο προχωρημένο στάδιο μπορεί να υποφέρουν από οστεοπόρωση, καρδιακά προβλήματα, απώλεια μαλλιών και δοντιών^{6,27,32}. Η νευρική ανορεξία είναι μια σοβαρότατη πάθηση και παρουσιάζει τα μεγαλύτερα ποσοστά θανάτου. Η θεραπεία απαιτεί ειδική αντιμετώπιση από ψυχίατρο και διατροφολόγο, ειδικευμένο στις διατροφικές διαταραχές, και το άτομο συχνά χρειάζεται να νοσηλευθεί^{1,9,53}.

Η βουλιμία πάλι δεν είναι πάντα εύκολο να γίνει αντιληπτή από το περιβάλλον, γιατί πολλά βουλιμικά άτομα, καταφέρνουν και διατηρούν ένα φυσιολογικό βάρος. Τα βουλιμικά άτομα, μετά το φαγητό πηγαίνουν στην τουαλέτα για εμετό, χρησιμοποιούν καθαρτικά, κάνουν γυμναστική με έντονο ρυθμό και συχνότητα, εμφανίζουν «σπασμένα» αγγεία στα μάτια, χαλασμένα δόντια, αφυδάτωση, πρήξιμο στο πρόσωπο, κατάθλιψη, καρδιακά προβλήματα, κατεστραμμένο οισοφάγο^{6,12,24}.

1.2 Κοινά στοιχεία ανορεξίας-βουλιμίας

Η διαχωριστική γραμμή μεταξύ δίαιτας και διατροφικής διαταραχής είναι πολύ λεπτή και η εμμονή με επαναλαμβανόμενες δίαιτες μπορεί εύκολα στους εφήβους και νέους ενηλίκους να εξελιχθεί σε διατροφική διαταραχή. Οι πιο συνηθισμένες διατροφικές διαταραχές είναι η νευρική ανορεξία (NA) και η νευρική βουλιμία και αποτελούν πολυπαραγοντικά φαινόμενα, των οποίων τα αίτια είναι σύνθετα και αλληλοσυνδύαζονται μεταξύ τους^{6,8,60}.

Αυτό σημαίνει ότι ένα άτομο μπορεί να πάσχει ταυτόχρονα και από τις δύο διαταραχές, είτε από βουλιμία να μεταπέσει σε ανορεξία και αντίστροφα. Κάτι τέτοιο ισχύει κυρίως στο δεύτερο τύπο νευρικής ανορεξίας (ανορεξία περιοριστικού - βουλιμικού τύπου), όπου οι περίοδοι στέρησης φαγητού εναλλάσσονται από επεισόδια βουλιμίας με υπερφαγία, που ακολουθούνται όμως από προκλητούς εμετούς. Επιπρόσθετα, τη βουλιμία διαδέχεται η ανορεξία σε περιπτώσεις ατόμων

που έχουν υπάρξει παχύσαρκοι, στη συνέχεια αδυνάτισαν, αλλά δυσκολεύονται να αποδεχθούν ότι πλέον βρίσκονται σε φυσιολογικό βάρος σώματος^{6,11,60}.

Κάτι τέτοιο ερμηνεύεται από το γεγονός ότι και οι δύο διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν κοινά σημεία αιτιολογίας και συμπτώματα. Συγκεκριμένα και στις δύο περιπτώσεις το άτομο: Πάσχει από διαταραγμένη εικόνα σώματος, δηλαδή δεν έχει αντικειμενική εικόνα για το πραγματικό του βάρος και συνήθως έχει έντονη ενασχόληση με το βάρος και την εικόνα του σώματος, εμμονή με τον συνήθως μη ρεαλιστικό στόχο της μεγάλης απώλειας βάρους^{1,60}.

Καταφεύγει σε εξοντωτικές συμπεριφορές όπως ασιτία ή ακραίες δίαιτες, χρήση διουρητικών ή καθαρικών και εμετό, οι οποίες ενώ αρχικά φαίνεται πως ανακουφίζουν και επιτυγχάνουν προσωρινά τον πολυπόθητο στόχο της απώλειας βάρους, στη συνέχεια ισχυροποιούν τα ψυχογενή συμπτώματα, εγκαθιδρύουν σταδιακά μια εμμονή με το φαγητό και το βάρος²⁴.

Εμφανίζει πάντα σύνδρομο υπερφαγίας, δηλαδή την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, το οποίο ακολουθείται από ακούσιο ή προκαλούμενο εμετό και εναλλάσσεται στη συνέχεια με αφαγία για την υπόλοιπη μέρα²⁴.

Συνεπώς, η προσωπική σωστή αντίληψη για την εικόνα του σώματος μας είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη διατήρηση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα, εφόσον η δυσαρέσκεια για το σώμα μας σχετίζεται με διατροφικές διαταραχές (βουλιμία, ανορεξία), πρόωπη διακοπή κάποιας δίαιτας ή ακόμα και εφαρμογή εξαντλητικών διατροφικών προγραμμάτων. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα τις συνεχείς αυξομειώσεις βάρους και την ανεπαρκή λήψη θρεπτικών συστατικών, με ευρύτερες αρνητικές επιδράσεις στη σωματική και πνευματική υγεία μας^{23,33}. Επιπλέον, η διαταραγμένη εικόνα σώματος αποτελεί εμπόδιο στις θετικές αλλαγές της εξωτερικής εμφάνισης, μιας και για να βελτιώσουμε οποιοδήποτε χαρακτηριστικό μας, πρέπει αρχικά να το αποδεχτούμε. Τέλος, είναι πάρα πολύ σημαντικό να έχουμε ορθή αντίληψη για την εικόνα σώματος μας, αφού σύμφωνα με έρευνες οι άνθρωποι με υγιή εικόνα σώματος και υψηλή αυτοεκτίμηση έχουν λιγότερο άγχος, είναι πιο θαρραλέοι και διεκδικητικοί στις σχέσεις τους με τους άλλους και είναι περισσότερο πιθανό να προωθήσουν θετικές αλλαγές στο σώμα τους και να τις διατηρήσουν^{38,66}.

Σε κάθε περίπτωση, μείζονος σημασίας είναι η επιστημονική διάγνωση να συνοδεύεται απαραίτητα από ολοκληρωμένη συμβουλευτική και θεραπεία από μια ομάδα ειδικών, κατά την οποία το άτομο να χαίρει διατροφικής, ψυχολογικής και ιατρικής παρακολούθησης προκειμένου να αποκτήσει ένα υγιές βάρος αλλά, πάνω απ' όλα, μια υγιή σχέση με το φαγητό^{5,6}.

1.3 Επιδημιολογία

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής συνήθως, πρωτοεμφανίζονται στην εφηβική ηλικία. Περίπου το 0,5-2% των γυναικών πάσχει από νευρογενή ανορεξία και το 2-4% από βουλιμία. Η ψυχογενής ανορεξία και η βουλιμία είναι κυρίως πρόβλημα, που αφορά στις γυναίκες καθότι είναι 8-9 φορές συχνότερες σε αυτές από ό,τι στους άνδρες. Τα τελευταία χρόνια όμως, η διαφορά αυτή φαίνεται να μικραίνει. Ενώ στις ΗΠΑ η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί την 3η συχνότερη νόσο στις έφηβες. Αντίθετα, η ψυχαναγκαστική υπερφαγία εμφανίζεται περίπου στην ίδια συχνότητα και σε γυναίκες και σε άνδρες (1,5:1) σε ένα ποσοστό γύρω στο 5% του πληθυσμού^{28,30}.

Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια από τις πιο επικίνδυνες ψυχιατρικές καταστάσεις αφού το 5-20% περίπου των ασθενών θα πεθάνει, λόγω επιπλοκών της ασθένειας. Από τις πιο τελευταίες έρευνες στην Αμερική υποστηρίζεται ότι 10% των νέων γυναικών του γενικού πληθυσμού παρουσιάζουν συμπτώματα Βουλιμιάς³⁰.

Στην Αμερική, περίπου 10 εκατομμύρια γυναίκες και 1 εκατομμύριο άνδρες δίνουν μάχη ζωής και θανάτου με διαταραχές πρόσληψης τροφής όπως η ανορεξία ή η βουλιμία. Εκατομμύρια άλλοι ταλαιπωρούνται από επεισόδια υπερφαγίας. Λόγω της μυστικοπάθειας και της ντροπής που συνδέεται με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, πολλά περιστατικά ενδεχομένως δεν αναφέρονται. Επιπρόσθετα, πολλά άτομα είναι δυσαρεστημένα με την εικόνα του σώματος τους και ταλανίζονται από υποκλινικές διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές⁷¹.

Για παράδειγμα, έχει αποδειχθεί ότι σε ποσοστό 80% οι Αμερικανίδες γυναίκες είναι δυσαρεστημένες με την εξωτερική τους εμφάνιση. Το ποσοστό

θνησιμότητας που σχετίζεται με τη νευρογενή ανορεξία σε γυναίκες ηλικίας 15 έως 24 ετών είναι δώδεκα φορές υψηλότερο από το ποσοστό θνησιμότητας ΟΛΩΝ των υπόλοιπων αιτιών θανάτου. Ας σημειωθεί ότι το αυξημένο αυτό ποσοστό θνησιμότητας αφορά αποκλειστικά και μόνο στα άτομα με νευρογενή ανορεξία, δίχως αυτό να σημαίνει ότι η νευρογενής ανορεξία αποτελεί τη βασική αιτία θανάτου μεταξύ όλων των γυναικών ηλικίας 15-24 ετών. Η νευρογενής ανορεξία έχει το υψηλότερο ποσοστό πρόωρης θνησιμότητας από όλες τις άλλες ψυχιατρικές ασθένειες^{28,30,71}.

Σε μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που έγινε το 2003, οι Hoek και van Hoeken διαπίστωσαν ότι: Το 40% των πιο πρόσφατων περιστατικών ανορεξίας απαντάται σε κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών. Από το 1935 έως το 1989, η συχνότητα εκδήλωσης νευρογενούς ανορεξίας σημείωσε σημαντική αύξηση, ιδίως σε γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών. Κάθε δεκαετία μετά το 1930, η συχνότητα εμφάνισης νευρογενούς ανορεξίας σε νεαρές γυναίκες ηλικίας 5-19 ετών σημείωσε αύξηση. Κατά την περίοδο 1988-1993, η συχνότητα εμφάνισης νευρογενούς βουλιμίας σε γυναίκες ηλικίας 10-39 ετών τριπλασιάστηκε. Μόλις το ένα τρίτο των ατόμων με ανορεξία ακολουθούν θεραπευτική αγωγή. Μόλις το 6% των ατόμων με βουλιμία ακολουθούν θεραπευτική αγωγή. Η πλειονότητα των ατόμων με σοβαρές διαταραχές πρόσληψης τροφής δεν τυγχάνουν της δέουσας περίθαλψης⁷¹.

Δίαιτα και η Επιδίωξη της του Αδύνατου Σώματος, πάνω από τα μισά κορίτσια και περίπου το ένα τρίτο των αγοριών εφηβικής ηλικίας εκδηλώνουν μη υγιείς συμπεριφορές ελέγχου του σωματικού τους βάρους όπως η παράλειψη γευμάτων, η νηστεία, το κάπνισμα, ο αυτοπροκαλούμενος εμετός και η πρόσληψη καθαρτικών^{28,30}.

Τα κορίτσια που κάνουν συχνά δίαιτα είναι 12 φορές πιο επιρρεπή σε επεισόδια υπερφαγίας από τα κορίτσια που δεν κάνουν δίαιτα. Τα κορίτσια 1ης – 3ης γυμνασίου θα ήθελαν να είναι πιο λεπτά σε ποσοστό 42%. Το 81% των παιδιών ηλικίας 10 ετών φοβάται μήπως παχύνει. Η μέση Αμερικανίδα γυναίκα έχει ύψος 1,63 m και ζυγίζει 63,5 kg. Το μέσο μοντέλο στην Αμερική έχει ύψος 1,80 m και ζυγίζει 53 kg^{28,30,71}.

Τα περισσότερα μοντέλα είναι πιο λεπτά από το 98% των Αμερικανίδων. Το 46% των παιδιών ηλικίας 9-11 ετών «ενίοτε» ή «πολύ συχνά» κάνει δίαιτα, ενώ το

82% των οικογενειών τους κάνει επίσης δίαιτα «ενίοτε» ή «πολύ συχνά». Το 91% των γυναικών που ρωτήθηκαν πρόσφατα σε ένα κολλέγιο απάντησε ότι έχει επιχειρήσει να ελέγξει το βάρος του κάνοντας δίαιτα. Συγκεκριμένα, το 22% εξ αυτών απάντησε ότι κάνει δίαιτα «συχνά» ή «πάντα»⁷¹.

Το 95% όλων των ατόμων που κάνουν δίαιτα ξαναπαίρνει τα χαμένα κιλά σε διάστημα 1-5 ετών. Στο 35% των περιπτώσεων ατόμων που κάνουν δίαιτα σε «φυσιολογικά πλαίσια», η δίαιτα αποκτά παθολογικές διαστάσεις. Μάλιστα, το 20 με 25% των ατόμων αυτών εκδηλώνουν μερικώς ή πλήρως διατροφικές διαταραχές. Το 25% των Αμερικάνων ανδρών και το 45% των Αμερικανίδων βρίσκεται μόνιμως σε δίαιτα. Οι Αμερικανοί ξοδεύουν ετησίως πάνω από 40 δισεκατομμύρια δολάρια σε δίαιτες και συναφή προϊόντα^{30,71}.

1.4 Διαχρονικές τάσεις στην επιδημιολογία των διατροφικών διαταραχών

Μια πρόσφατη ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας των τελευταίων 30-40 ετών έδειξε ότι πράγματι η επίπτωση των διαταραχών πρόσληψης τροφής έχει αυξηθεί μεταξύ των νεαρών κοριτσιών'. Από τις έρευνες της δεκαετίας του 1990 φαίνεται ότι με την εφαρμογή αυστηρότερων κλινικών κριτηρίων η επικράτηση και η επίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας βρέθηκε να παραμένει αμετάβλητη αν και αυξάνονται οι περιπτώσεις ανορεξίας που προσέρχονται στον κλινικό. Μια άλλη επιδημιολογική έρευνα που μελέτησε αναδρομικά περιπτώσεις διαταραχών πρόσληψης τροφής στην περιοχή της Ζυρίχης της Ελβετίας δεν διαπίστωσε αυξητικές τάσεις μεταξύ των ετών 1983 -1985 και 1973 -1975²⁴. Η έρευνα των Pagsberg και Wang ανέφερε μια αύξηση της επικράτησης κατά τα τελευταία μόνο έτη του διαστήματος 1970 -1989. Φαίνεται ότι υπάρχουν κάποια αντιφατικά δεδομένα που αποκλείουν την κατηγορηματική απάντηση για το αν υπάρχει διαχρονικότητα στην επιδημιολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής^{60,71}.

1.5 Η συχνότητα των διατροφικών στις Δυτικές κοινωνίες

Παρά την ύπαρξη αρκετών επιδημιολογικών μελετών, ο προσδιορισμός του δείκτη επικράτησης των διαταραχών πρόσληψης τροφής αποδείχθηκε δύσκολος, επειδή συχνά οι εκτιμήσεις από τις διάφορες εργασίες καταλήγουν σε διαφορετικά ποσοστά⁸⁶.

Η Ψυχογενής Ανορεξία παρουσιάζει ιδιαίτερα προβλήματα. Είναι σπάνια διαταραχή και επομένως απαιτείται μεγάλο τμήμα γενικού πληθυσμού προκειμένου να εξαχθούν αξιόπιστες εκτιμήσεις. Άλλα προβλήματα σχετίζονται με την ποικιλία στην κλινική έκφραση της νόσου, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που αναφέρονται σε μη κλινικό περιβάλλον, αλλά και με την απροθυμία των ατόμων που πάσχουν να συμμετάσχουν σε έρευνες πληθυσμών. Μια μελέτη που αντιμετώπισε ικανοποιητικά τις δυσκολίες αυτές, είναι αυτή των Rastam η οποία μελέτησε το σχολικό πληθυσμό του Gotenberg για ψυχογενή ανορεξία και υπολόγισε το δείκτη επικράτησης να βρίσκεται στο 0,7% για κορίτσια ηλικίας 16 ετών. Οι εκτιμήσεις για το δείκτη επίπτωσης ποικίλλουν και αυτές σημαντικά. Τα χαμηλότερα ποσοστά είναι αυτά που υπολογίστηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '80 από αρχεία περιπτώσεων και ανεβάζουν το δείκτη σε 4-5/100.000 κατοίκους, ενώ μελέτες που έγιναν σε περιβάλλοντα όπως ιατρεία γενικών γιατρών, ή με τη χρήση των αρχείων όλων των υπηρεσιών, βρίσκουν υψηλότερα ποσοστά, όπως η μελέτη στο Rochester της Minnesota για την περίοδο 1980-84 που υπολογίζει την επίπτωση σε 14.2/100.000 κατοίκους το χρόνο^{30,85,92}.

Οι έρευνες για την Ψυχογενή Βουλιμία εμφανίζουν παρόμοια προβλήματα, τόσο γιατί η βουλιμία συχνά έχει κυμαινόμενη πορεία, όσο και επειδή οι βουλιμικές συμπεριφορές και τα συμπτώματα εμφανίζονται σε ένα συνεχές φάσμα, με μεμονωμένα συμπτώματα να είναι παρόντα συχνά στο γενικό πληθυσμό. Επειδή δεν έχουν χρησιμοποιηθεί όμοια κριτήρια αξιολόγησης, τα ποσοστά κυμαίνονται ανάλογα με το διαγνωστικό σύστημα που χρησιμοποιήθηκε σε κάθε μελέτη. Αργότερα, υιοθετήθηκαν οι μελέτες δύο σταδίων: αρχικά η εξέταση ενός πληθυσμού με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια και κατόπιν τα άτομα με υψηλή βαθμολογία, καθώς και ένα μέρος από τα άτομα με χαμηλή, εξετάζονται σε δεύτερο

στάδιο σε συνέντευξη και αξιολογούνται κλινικά. Τα ευρήματα από αυτού του τύπου τις μελέτες βρίσκονται χονδρικά σε συμφωνία, υπολογίζοντας ότι 3%-5% των νεαρών γυναικών εμφανίζουν κλινικά συμπτώματα διαταραχής πρόσληψης τροφής. Γενικά, η ψυχογενής βουλιμία φαίνεται να είναι η συχνότερη κλινική διαταραχή στην πρόσληψη τροφής^{71,95}.

1.6 Αύξηση συχνότητας εμφάνισης με την πάροδο του χρόνου

Αν και γνωστή από παλιά η ανορεξία συχνά χαρακτηρίζεται ως μοντέρνα διαταραχή. Η διαδεδομένη υπόθεση ότι γίνεται όλο και πιο συχνή η εμφάνισή της, προέρχεται κυρίως από τους κλινικούς ψυχιάτρους, προς τους οποίους υπάρχει αναμφισβήτητη αύξηση των παραπομπών για ανορεξία. Η αύξηση των ετήσιων ρυθμών επίπτωσης με βάση υπολογισμούς από τα ψυχιατρικά αρχεία, και έχει αναφερθεί σε διάφορες μελέτες και θεωρήθηκε από πολλούς συγγραφείς ως ένδειξη μιας μοντέρνας «επιδημίας» ανορεξίας^{87,97}.

Ωστόσο, οι Williams και King και στη συνέχεια άλλοι μελετητές, ερμήνευσαν το φαινόμενο σαν αποτέλεσμα των μεθοδολογικών προβλημάτων, που είναι σύμφυτα με την αλλαγή στην πρακτική των παραπομπών και τις ελλείψεις του συστήματος καταγραφής και αρχειοθέτησης των περιστατικών, αλλά και με τις δημογραφικές αλλαγές που παρατηρούνται με την πάροδο των ετών. Τα πιο ικανοποιητικά δεδομένα που αφορούν στην αύξηση της επίπτωσης της ανορεξίας προκύπτουν κυρίως από μελέτες που αφορούν στις δύο τελευταίες δεκαετίες. Μια από αυτές απέδειξε σημαντική αύξηση των πρώτων εισαγωγών για ανορεξία μεταξύ των ετών 1970 και 1989, η οποία δεν εξηγείται από δημογραφικές αλλαγές, ενώ λόγω της πηγής της μελέτης δεν τίθεται θέμα επίδρασης από αλλαγές στην πρακτική των παραπομπών ή από τον αριθμό επανεισαγωγών των ίδιων πασχόντων ατόμων σε άλλες κλινικές. Μια επίσης σημαντική μελέτη είναι αυτή των Lucas και συν στο Rochester, Minnesota. Οι συγγραφείς εξέτασαν τα αρχεία όλων των περιπτώσεων που παρουσιάστηκαν σε νοσοκομειακές υπηρεσίες τα τελευταία 50 χρόνια με διαγνώσεις που είχαν κλινικές ομοιότητες με την ψυχογενή ανορεξία. Αυτή η μελέτη δεν ανέδειξε σημαντική συνολική τάση αύξησης στην επίπτωση της ψυχ. ανορεξίας

μεταξύ των ετών 1935 και 1979. Έδειξε μόνο κάποια αύξηση των νεοπροσερχόμενων περιπτώσεων για κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών, για την τελευταία περίοδο της μελέτης μεταξύ των ετών 1980 και 1984. Από την προσεκτική εξέταση λοιπόν όλων των δεδομένων προκύπτει, ότι δεν είναι βέβαιο να υπάρχει τόσο θεαματική αύξηση στην επίπτωση της ανορεξίας, όσο τουλάχιστον είχε δημιουργηθεί η εντύπωση με βάση κάποιους υπερβολικούς ισχυρισμούς^{30,79}.

Οι αμφιβολίες που δυνατόν να αφορούν στην επίπτωση της βουλιμίας είναι πολύ λίγες. Από τις αρχικές περιγραφές του συνδρόμου, ως μάλλον σπάνιου επακόλουθου της ψυχογενούς ανορεξίας, κατέληξε λίγα χρόνια αργότερα να αποτελεί τη συχνότερα κλινικά παρουσιαζόμενη διαταραχή πρόσληψης τροφής. δεδομένα από αναδρομικές μελέτες σε ομάδες πληθυσμού με παλαιότερη ηλικία γεννήσεως, όπως αυτή του Kendler ήταν σπάνια πριν από τη δεκαετία του '70^{71,84}.

1.7 Αιτίες διαταραχών

Η ακριβής αιτία των διαταραχών αυτών δεν είναι γνωστή. Παρόλ' αυτά γνωρίζουμε, ότι στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει ένας συνδυασμός περίπλοκων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, ο οποίος σχετίζεται με την εκδήλωση και ανάπτυξη του προβλήματος^{35,37}.

Συχνές δυσκολίες που παρατηρούμε είναι: χαμηλή αυτοεκτίμηση, θλίψη ή θυμός, δυσκολίες στην έκφραση των συναισθημάτων, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις ή στην οικογένεια, ιδιαίτερα τραυματικά γεγονότα όπως σεξουαλική κακοποίηση, πολιτιστικές πιέσεις για το ποιο σώμα θεωρείται όμορφο και αποδεκτό¹⁶. Όχι σπάνια, μπορεί να υπάρχει και κάποιο άλλο μέλος στην οικογένεια, που να έχει διατροφικά προβλήματα. Επίσης γνωρίζουμε, ότι ορισμένα άτομα εμφανίζουν διαφορετικά επίπεδα από το φυσιολογικό σε ουσίες, που είναι υπεύθυνες για τον έλεγχο της όρεξης, της πέψης και του συναισθήματος. Ενώ οι διαταραχές διατροφής φαίνεται να έχουν πολλές και διαφορετικές αιτίες συχνά ξεκινούν είτε σαν μια απλή δίαιτα είτε σαν ένας τρόπος ελέγχου του περιβάλλοντος είτε σαν μια προσπάθεια το άτομο να ανταποκριθεί στα σωματικά πρότυπα της

κοινωνίας του. Γρήγορα όμως αυτή η κατάσταση αποκτά τη δικιά της ανεξάρτητη πορεία, αρχίζει να μοιάζει σαν μια μορφή εξάρτησης, επηρεάζοντας τα γενικότερα συναισθήματα και τις σκέψεις^{25,39}.

Παρόλο που η εκδήλωση διαταραχών πρόσληψης τροφής ενδέχεται να προκύψει από την επίμονη ενασχόληση με την τροφή και το σωματικό βάρος, συχνά οφείλεται σε άλλους, βαθύτερους παράγοντες. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελούν σύνθετες παθήσεις που απορρέουν από έναν συνδυασμό μακρόχρονων συμπεριφορικών, συναισθηματικών, ψυχολογικών, διαπροσωπικών και κοινωνικών παραγόντων. Αν και οι επιστήμονες και οι ερευνητές δεν έχουν σταματήσει να διερευνούν τη λανθάνουσα πηγή αυτών των συναισθηματικά και σωματικά επιβλαβών παθήσεων, μερικοί από τους γενικότερους παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωσή τους μας είναι ήδη γνωστοί. Οι άνθρωποι που εκδηλώνουν διαταραχές πρόσληψης τροφής συχνά χρησιμοποιούν την τροφή και τον έλεγχο αυτής ως μέσο αντιστάθμισης συναισθημάτων τα οποία, διαφορετικά, θα τους κυρίευαν. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι άνθρωποι υιοθετούν συμπεριφορές όπως η δίαιτα, η επεισοδιακή υπερφαγία και οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί προκειμένου να αντιμετωπίσουν οδυνηρά συναισθήματα και να νιώσουν ότι έχουν τον έλεγχο της ζωής τους. Εν τέλει όμως, αυτές οι συμπεριφορές καταστρέφουν τη σωματική και συναισθηματική τους υγεία, εκμηδενίζοντας παράλληλα το αίσθημα της αυτοεκτίμησης, της ικανότητας και του ελέγχου^{39,52,73}.

Ψυχολογικοί Παράγοντες
Χαμηλή αυτοεκτίμηση
Αίσθημα ανεπάρκειας ή έλλειψης ελέγχου στη ζωή
Κατάθλιψη, άγχος, θυμός ή μοναξιά

Διαπροσωπικοί Παράγοντες
Φορτισμένο οικογενειακό περιβάλλον και τεταμένες διαπροσωπικές σχέσεις
Δυσκολία στην έκφραση των συναισθημάτων

Ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης ή γλευασμού σωματικού βάρους

Κοινωνικοί Παράγοντες

Κοινωνικές πιέσεις που εξυμνούν το πρότυπο της ισχνότητας και προσδίδουν αξία στην απόκτηση του “τέλειου σώματος

Στενοί ορισμοί της ομορφιάς που περιλαμβάνουν αποκλειστικά και μόνο γυναίκες και άνδρες συγκεκριμένου σωματικού βάρους και διάπλασης

Αξιολόγηση των ατόμων βάσει της σωματικής τους εμφάνισης και όχι βάσει των προσωπικών αξιών και δυνατοτήτων

Άλλοι παράγοντες

Οι επιστήμονες εξακολουθούν να ερευνούν τα πιθανά βιοχημικά ή βιολογικά αίτια των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Σε μερικά από τα άτομα που εκδηλώνουν διαταραχές πρόσληψης τροφής, ορισμένες βιοχημικές παράμετροι του εγκεφάλου που ελέγχουν την πείνα, την όρεξη, και την πέψη είναι ασταθείς.

Συχνά, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής οφείλονται σε κληρονομικούς παράγοντες. Η επίδραση του γενετικού παράγοντα στην εκδήλωση διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι ιδιαίτερα σημαντική. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι σύνθετες παθήσεις που οφείλονται σε ποικίλα πιθανά αίτια. Εάν και εφόσον εκδηλωθούν, ενδέχεται να οδηγήσουν σε ένα διαιωνιζόμενο κύκλο σωματικής και συναισθηματικής αυτοκαταστροφής. Όλες οι διαταραχές πρόσληψης τροφής απαιτούν τη βοήθεια επαγγελματιών.

1.8 Αντιμετώπιση

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελούν ένα δύσκολο θεραπευτικό εγχείρημα τόσο λόγω της σοβαρότητας της νόσου όσο και λόγω της άρνησης που

συχνά συναντάται στους ασθενείς ως προς την αναγνώριση και παραδοχή της ύπαρξης προβλήματος. Η άρνηση αυτή συχνά οδηγεί σε δυσκολία συνεργασίας μεταξύ του ασθενούς και της θεραπευτικής ομάδας. Τα αποτελέσματα είναι πολύ καλύτερα αν η θεραπεία ξεκινήσει νωρίς, πριν η διαταραχή γίνει συνήθεια και τρόπος ζωής^{67,85}.

Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς που είναι κάτω των 18 ετών και πάσχουν από τη διαταραχή για λιγότερο από 3 χρόνια είναι αυτοί που ανταποκρίνονται καλύτερα στη θεραπευτική παρέμβαση. Υπομονή και δέσμευση τόσο από τη θεραπευτική ομάδα όσο και από την θεραπευόμενη και την οικογένεια της είναι σημαντικά, διότι τα αποτελέσματα θα έρθουν μετά από μερικούς μήνες και όχι αμέσως. Οι περισσότεροι ασθενείς θα χρειαστούν να ακολουθήσουν ψυχοθεραπεία. Η μορφή, που θα πάρει η θεραπεία αυτή προσαρμόζεται πάντα στις ανάγκες του ατόμου και προσφέρεται από έμπειρο και ειδικευμένο θεραπευτή. Γνωρίζουμε, ότι η θεραπεία οικογένειας και η ψυχοθεραπεία, που στηρίζεται σε γνωσιακές και συμπεριφερολογικές αρχές είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Ορισμένοι ασθενείς θα χρειαστούν φαρμακευτική αγωγή με στόχο να αντιμετωπιστούν πιθανόν συνυπάρχουσες καταστάσεις, όπως κατάθλιψη ή άγχος. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να βοηθήσει επίσης και στη μείωση των βουλμικών επεισοδίων. Η αγωγή παρακολουθείται στενά και προσεχτικά από ειδικευμένο ψυχίατρο^{54,56,68}.

Πολύ σημαντικό ρόλο όμως έχει και το ψυχολογικό κομμάτι. Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις για τις διατροφικές διαταραχές συνιστώνται για τη θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Πρέπει να σημειωθεί ότι όλες οι ψυχολογικές παρεμβάσεις προϋποθέτουν την ιατρική παρακολούθηση του ασθενούς καθώς και την αποκατάσταση της σωματικής του υγείας και βάρους. Η σωματική υγεία και το βάρος του ασθενούς πρέπει να έχουν αποκατασταθεί, σ' ένα βαθμό τουλάχιστον, κατά προτίμηση πριν την έναρξη της ψυχολογικής παρέμβασης ή και παράλληλα με αυτήν. Σε καμία περίπτωση πάντως δεν πρέπει να δοθεί βάρος στην ψυχολογική παρέμβαση μόνο και να παραμεληθεί η σωματική υγεία και παρακολούθηση του ασθενούς^{41,56,75}.

Η συμβολή του διατροφολόγου είναι επίσης επιτακτική ανάγκη. Σε λίγες μόνο περιπτώσεις, στις οποίες είτε κινδυνεύει άμεσα η υγεία του ατόμου είτε όλες οι άλλες θεραπείες έχουν αποτύχει, συνιστάται εισαγωγή σε νοσοκομείο. Θα πρέπει η μονάδα

αυτή να είναι εξειδικευμένη σε θέματα διαταραχών πρόσληψης τροφής και να υπάρχει ένα προσεχτικό πρόγραμμα παρακολούθησης και συνεχιζόμενης θεραπείας μετά την έξοδο από το νοσοκομείο^{19,55}.

Η αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι δύσκολη, απαιτεί προσέγγιση του προβλήματος από πολλούς ειδικούς και συνίσταται σε τακτικό ιατρικό έλεγχο, εφαρμογή προγράμματος σίτισης και σε ψυχολογική θεραπεία του ασθενούς και της οικογένειας. Όσον αφορά στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχογενούς βουλιμίας εφαρμόζεται συνδυασμός προγραμμάτων διατροφής και συνεχούς αυτοεπιτήρησης με σκοπό την επίγνωση της διαταραγμένης συμπεριφοράς. Όπως και στην ψυχογενή ανορεξία η αποτυχία της εξωνοσοκομειακής θεραπείας ή σοβαρές ιατρικές επιπλοκές αποτελούν ένδειξη εισαγωγής στο νοσοκομείο^{1,13,26,71}.

1.9 Θνησιμότητα και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στις διατροφικές διαταραχές

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν συγκεντρώσει το ενδιαφέρον των ερευνητών τα τελευταία χρόνια. Τα δυο κύρια κλινικά σύνδρομα που εντάσσονται στη μεγάλη αυτή κατηγορία (ψυχογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία) εμφανίζουν σημαντικές ομοιότητες σε διάφορα επίπεδα (συννοσηρότητα, παρουσία καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογίας, υψηλά ποσοστά υποτροπών, ύπαρξη αποπειρών αυτοκαταστροφής, κ.ά.). Η μελέτη της σωματικής νοσηρότητας, θνησιμότητας και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς έχει απασχολήσει τη διεθνή βιβλιογραφία κυρίως σε σχέση με την ψυχογενή ανορεξία. Η ψυχογενής βουλιμία, που σχετικά πρόσφατα (1979) προτάθηκε ως κλινική οντότητα, πολύ λιγότερο έχει διερευνηθεί στο επίπεδο των παραπάνω παραμέτρων^{74,94}.

1.9.1 Σωματική νοσηρότητα

Από αρκετούς ερευνητές υποστηρίχθηκε η άποψη ότι το ιστορικό μιας σοβαρής σωματικής νόσου αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την ανάπτυξη, αργότερα, ψυχογενούς ανορεξίας. Έτσι, διάφορες σωματικές παθήσεις έχουν συσχετισθεί με την ανάπτυξη ψυχογενούς ανορεξίας, όπως βρογχικό άσθμα, φυματίωση, συγγενής

τύφλωση, στραβισμός, μέση ωτίτιδα με επακόλουθο βαρηκοΐα ή κώφωση, κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Εξάλλου, η ψυχογενής ανορεξία συχνά συνυπάρχει (comorbidity) με διάφορες σωματικές παθήσεις επιπλέοντας στην κλινική τους εικόνα όπως: σακχαρώδης διαβήτης, παθήσεις του ουρογεννητικού συστήματος, νευροϊνωμάτωση, συνδρομή Turner, νόσος του Crohn, AIDS^{1,81}.

1.9.2 Θνησιμότητα

Οι μελέτες θνησιμότητας ανορεκτικών ασθενών που πραγματοποιήθηκαν μέχρι το 1980 παρουσίαζαν μεγάλες διακυμάνσεις των δεικτών θνησιμότητας (από 0% έως 25%). Βέβαια, όλες αυτές οι μελέτες αναφέρονταν σε υπολογισμό των αδρών δεικτών θνησιμότητας χωρίς να αναφέρονται σε σταθεροποιημένους δείκτες. Ακόμη, στις μελέτες αυτές ασκήθηκε κριτική για τη μη χρησιμοποίηση ευρέως αποδεκτών διαγνωστικών κριτηρίων, τη μικρή χρονική περίοδο παρακολούθησης των ασθενών (follow-up) και το μικρό αριθμό ασθενών του δείγματος. Στη δεκαετία του 80, τρεις σημαντικές μελέτες θνησιμότητας ασθενών με ψυχογενή ανορεξία, εφαρμόζοντας σαφώς καλύτερη μεθοδολογία (μεγαλύτερο αριθμό ασθενών του δείγματος και μεγαλύτερη περίοδο παρακολούθησης των αρρώστων, 6-34 χρόνια), έδειξαν αδρούς δείκτες θνησιμότητας που κυμαίνονταν από 2%-18%. Πρόσφατα, δημοσιεύθηκαν τρεις μελέτες θνησιμότητας ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής (ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία) όπου εφαρμόστηκε η καλύτερη δυνατή μεθοδολογία (εφαρμογή του προτυπωμένου ηλικιακού θνησιμότητας, SMR). Εάν ο δείκτης αυτός (SMR) είναι μεγαλύτερος του 1 υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Έτσι, παρατηρήθηκε ότι ο δείκτης SMR ήταν σημαντικά υψηλός, τόσο στο σύνολο των ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής όσο και στις υποομάδες ασθενών με ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία. Όσον αφορά στις αιτίες θανάτου ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής αυτές διακρίνονται στις οφειλόμενες σε επιπλοκές της διαταραχής και σε οφειλόμενες σε άλλες αιτίες. Έτσι, ως επιπλοκές έχουν αναφερθεί, κυρίως, οι παρακάτω: ηπατική ανεπάρκεια, υποκαλιαμία, εμφύσημα, βρογχοπνευμονία, καρδιακή αρρυθμία, ανεπάρκεια των στεφανιαίων αγγείων, υπογλυκαιμία. Εξάλλου, στις άλλες αιτίες υπάγονται οι θάνατοι που οφείλονται σε αυτοκτονίες, τροχαία ατυχήματα, καρκίνο. Ας σημειωθεί, ότι ο αυξημένος κίνδυνος θνησιμότητας συσχετίστηκε με σοβαρότερη

ψυχοπαθολογία, χρονιότερη διαδρομή της διαταραχής και περισσότερες ψυχιατρικές νοσηλείες^{65,68,88}.

1.9.3 Αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές

Οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, αδρά, περιλαμβάνουν τις απόπειρες αυτοκτονίας και τις επιτυχείς αυτοκτονίες. Οι δυο αυτές μεγάλες κατηγορίες έχουν στενή σχέση μεταξύ τους (βαθμίδες του αυτοκτονικού συνεχούς) αλλά και σημαντικές διαφορές (κυρίως στο επίπεδο των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των ατόμων). Όπως είναι γνωστό οι καταραμένες απόπειρες αυτοκτονίας είναι πολλαπλάσιες των επιτυχών αυτοκτονιών. Εκτιμάται ότι σε κάθε αυτοκτονία αντιστοιχούν 10-30 απόπειρες. Στο επίπεδο των διαταραχών πρόσληψης τροφής έχουν αναφερθεί, από αρκετούς ερευνητές, θετικές συσχετίσεις τόσο με τις επιτυχείς αυτοκτονίες όσο και με τις απόπειρες αυτοκτονίας. Όπως και προηγουμένως επισημάνθηκε, η αυτοκτονία θεωρείται μια από τις κύριες αιτίες θανάτου ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Αρκετοί μάλιστα ερευνητές πιστεύουν ότι αποτελεί την κυριότερη αιτία πρόωρου θανάτου των ασθενών αυτών. Συνηθέστερος τρόπος απόπειρας ή επιτυχούς αυτοκτονίας ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής θεωρείται η υπέρβαση δοσολογίας φαρμάκων ή άλλων ουσιών. Οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής (ψυχογενούς ανορεξίας ή βουλιμίας) έχουν συσχετισθεί με παράλληλη νοσηρότητα από κατάθλιψη ή παρουσία καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογίας, με κοινωνική μόνωση, μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον, σεξουαλική κακοποίηση, κατάχρηση ή κακή χρήση ουσιών (συμπεριλαμβανομένων υπακτικών ή άλλων φαρμάκων), κατάχρηση αλκοόλ. Αρκετοί ερευνητές πιστεύουν ότι υπάρχει μια υποκατηγορία ασθενών με ψυχογενή βουλιμία που αποκαλείται πολυ-παρορμητική βουλιμία και η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από παρορμητικού τύπου συμπεριφορές των ασθενών σε διάφορα επίπεδα(π.χ. συνύπαρξη αποπειρών αυτοκτονίας με κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ)^{12,85}.

Κεφάλαιο 2: ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

2.1 Γενικές έννοιες-Ιστορική αναδρομή

Οι περιγραφές περιστατικών, που θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν ως περιστατικά Νευρογενούς Ανορεξίας, ανευρίσκονται πολλά χρόνια πριν. Το 1689, σε μια διατριβή με θέμα την κατανάλωση, ο Richard Morton περιέγραψε την περίπτωση μιας 18χρονης κοπέλας που εμφάνιζε αμηνόρροια και αυτοπροκαλούμενη απώλεια βάρους. Ο Morton απέδωσε την απώλεια βάρους της κοπέλας σε μια «πληθώρα από ανησυχίες και πάθη που κατέκλυζαν το μυαλό της». Αυτή η νεαρή γυναίκα τελικά κατέληξε εξαιτίας της ασθένειάς της, την οποία ο Morton αποκάλεσε «νευρική κατανάλωση» αναγνωρίζοντας έτσι τους σημαντικούς ψυχολογικούς παράγοντες. Μετά την πρώτη αυτή επίσημη αναφορά σε τέτοιο περιστατικό, το 1873 ο καθηγητής της Ιατρικής στο Παρίσι Ernest Laségue δημοσίευσε άρθρο του με τίτλο «Περί της Υστερικής Ανορεξίας». Στο άρθρο αυτό ο Laségue περιέγραφε 8 περιπτώσεις ασθενών, κυρίως νεαρών γυναικών, στις οποίες η έναρξη της νόσου είχε προκληθεί από κάποιο συγκινησιακό ερέθισμα, εστιάζοντας και αυτός με κάποιο τρόπο στους υποβόσκοντες ψυχολογικούς παράγοντες έναρξης της νόσου. Ο Laségue έδωσε έμφαση στο αίσθημα ικανοποίησης, που βίωναν οι ίδιοι οι ασθενείς για την κατάστασή τους, το οποίο αίσθημα ερχόταν σε αντίθεση με την έντονη ανησυχία και τις απειλές των μελών της οικογένειάς τους^{1,21}.

Το σύνδρομο της Νευρογενούς Ανορεξίας αναγνωρίστηκε ξεκάθαρα και χρησιμοποιήθηκε αυτός ο όρος για την ονομασία του στα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Ο πρώτος, που χρησιμοποίησε τον όρο «anorexia nervosa», ήταν ο Sir William Gull, ένας γιατρός του νοσοκομείου Guy's του Λονδίνου, σε άρθρο που δημοσιεύθηκε το 1874. Στο άρθρο αυτό περιέγραφε τα ιστορικά 4 περιπτώσεων εκ των οποίων η μία είχε καταλήξει στο θάνατο. Οι κλινικές περιγραφές του Gull ήταν παρόμοιες με αυτές του Laségue. Τα κυρίαρχα κλινικά χαρακτηριστικά, που περιγράφηκαν σχεδόν 100 χρόνια πριν, έχουν αξιοσημείωτη ομοιότητα με αυτά που παρουσιάζονται στους ασθενείς σήμερα. Είναι πιθανό κάποιες περιπτώσεις Νευρογενούς Ανορεξίας μπορεί να είχαν αναγνωρισθεί και πριν τον 19^ο αιώνα^{1,34}.

Μετά τις περιγραφές του 19^{ου} αιώνα, η νοσολογική οντότητα της Νευρογενούς Ανορεξίας συσκοτίστηκε καθώς υπήρξε σύγχυση της νόσου αυτής με την

πανυποφυσιακή καχεξία, την οποία περιέγραψε ο Simmonds το 1914. Λίγα χρόνια αργότερα, το 1949, διαφοροποιείται η έννοια της Νευρογενούς Ανορεξίας από τη γενικευμένη υπολειτουργία της υπόφυσης, αλλά το γεγονός ότι ο όρος «ανορεξία» παρέπεμπε σε μια υπεργενικευμένη αποφυγή λήψης τροφής συνέβαλε στην παράταση της σύγχυσης μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1970. Τα πράγματα άρχισαν να ξεκαθαρίζουν με τη βοήθεια κάποιων σημαντικών θεωρητικών όπως η Bruch (1966), που μέσα από τις εργασίες της περιέγραψε τη χαρακτηριστική «ανυποχώρητη επιδίωξη της ισχύτητας», ο Grisp (1967), που αναγνώρισε τον καθοριστικό ρόλο της «φοβίας του πάχους», και ο Russell με τις δημοσιεύσεις του κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970. Οι προαναφερθέντες καθώς κι άλλοι θεωρητικοί με το έργο τους συνέβαλλαν στο να τεθούν οι βάσεις για την κατανόηση της νοσολογικής οντότητας της «πρωτοπαθούς» Νευρογενούς Ανορεξίας και στη συνέχεια να αναγνωρισθούν και να καθοριστούν τα κριτήρια για τη διάγνωσή της^{1,16,72}.

Καταλήγοντας ορίζεται ως νευρική ανορεξία η παθολογική εκείνη κατάσταση που συνίσταται σε έναν παράλογο φόβο του ατόμου ότι είναι υπέρβαρο με αποτέλεσμα να αρνείται την πρόσληψη τροφής για μεγάλο διάστημα.

2.2 Επιδημιολογία

Η Νευρογενής Ανορεξία θεωρείται μια μάλλον σπάνια ασθένεια. Ακόμα και ανάμεσα στις λεγόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου (έφηβες κοπέλες και νεαρές ενήλικες γυναίκες) ο επιπολασμός της αυστηρώς ορισμένης Νευρογενούς Ανορεξίας μόλις που αγγίζει το 0,5%. Σε ότι αφορά το γενικό πληθυσμό, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία εκτιμά ότι ο επιπολασμός κυμαίνεται από 0,5%-1%, ποσοστό που επιβεβαιώνεται και από τις επιδημιολογικές μελέτες. Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι, όσον αφορά τις άτυπες μορφές εκδήλωσης της διαταραχής, οι οποίες εντάσσονται στην κατηγορία NOS (Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής Μη Προσδιοριζόμενες Διαφορετικά) γιατί δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια, φαίνεται να καταγράφονται σε πολύ μεγαλύτερες συχνότητες απ' ότι η τυπική ολοκληρωμένη κλινική μορφή εκδήλωσης της Νευρογενούς Ανορεξίας το ποσοστό

επιπολασμού για τις υποτυπώδεις αυτές μορφές Νευρογενούς Ανορεξίας είναι αρκετά μεγαλύτερο από τα προαναφερθέντα ποσοστά και εκτιμάται ότι αγγίζει το 5%³⁰.

Αν λοιπόν ισχύουν τα παραπάνω, και η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια σπάνια ασθένεια, πώς δικαιολογείται το αυξανόμενο ενδιαφέρον των ειδικών και της ευρύτερης κοινωνίας γι' αυτή τη νόσο; Παρά τη μάλλον σπάνια εμφάνισή της, η πλειονότητα των ερευνών δείχνει ότι τα ποσοστά εμφάνισης της Νευρογενούς Ανορεξίας έχουν σημειώσει σημαντική αύξηση τα τελευταία 50 χρόνια, με αυξανόμενες αναφορές σε κορίτσια ακόμα και της προεφηβικής ηλικίας αλλά και στους άρρενες. Προς απογοήτευση των ερευνητών, οι πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι περιορισμοί στο φαγητό, τα υπερφαγικά επεισόδια, οι καθαρτικές συμπεριφορές και η διαστρεβλωμένη εικόνα του εαυτού, που παλαιότερα θεωρούνταν ως διαταραχές της εφηβείας και της νεαρής ενήλικης ζωής, έχουν αρχίσει να κάνουν αισθητά την εμφάνισή τους ακόμα και σε κορίτσια ηλικίας 9 ετών. Υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη για κάθε 100.000 κατοίκους αναλογούν 1,5-5 καινούρια περιστατικά Νευρογενούς Ανορεξίας. Το φαινόμενο αυτό συχνά αποδίδεται στις αλλαγές που έχουν σημειωθεί στις νόρμες της κοινωνίας για το ιδανικό -επιθυμητό σωματικό σχήμα και βάρος^{30,83}.

Σε ό,τι αφορά στο φύλο, η Νευρογενής Ανορεξία φαίνεται από τις έρευνες ότι πλήττει κυρίως τις γυναίκες, που είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην ανάπτυξη Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών, που έχουν διαγνωσθεί με Νευρογενή Ανορεξία, κυμαίνεται από 1:10 έως 1:20. Οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 90% των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Η διαταραχή βέβαια εμφανίζεται και σε αγόρια εφήβους, αλλά και σε αυτές τις ηλικίες ισχύει το ότι τα περιστατικά είναι 15-20 φορές λιγότερο συχνά απ' ότι στα κορίτσια της εφηβείας. Οι διαφορές στον επιπολασμό της Νευρογενούς Ανορεξίας μεταξύ του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού μάλλον αντανακλούν τη μεγαλύτερη έμφαση που δίνουν οι γυναίκες στα πρότυπα που προβάλλει η κοινωνία για το τι θεωρείται ελκυστικό – επιθυμητό τα πρότυπα αυτά είναι γνωστό ότι εδώ και δεκαετίες προβάλλουν τη λεπτόσωμη σιλουέτα σαν ιδανικό, και είναι πολλές οι ερευνητικές μελέτες που δείχνουν ότι η υπέρμετρη ενασχόληση με την τροφή και το βάρος είναι εντυπωσιακά συχνή ανάμεσα στο γυναικείο πληθυσμό. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι η Νευρογενής Ανορεξία εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε νεαρές κοπέλες που ασχολούνται με επαγγέλματα που απαιτούν λεπτά

σώματα όπως είναι τα μοντέλα, οι χορεύτριες μπαλέτου, οι αθλήτριες ορισμένων αθλημάτων (π.χ. ρυθμικής) κ.α. Κάτι ανάλογο ισχύει, όπως θα δούμε παρακάτω και για τους άνδρες που κινούνται σε συγκεκριμένους επαγγελματικούς χώρους^{34,51}.

Λίγες έρευνες έχουν εστιάσει στο να κατανοήσουμε γενικά τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες. Ίσως αυτό να οφείλεται στα χαμηλά ποσοστά εμφάνισης π.χ. της Νευρογενούς Ανορεξίας στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Για παράδειγμα, πρόσφατες έρευνες αναφέρουν αρκετά υψηλά ποσοστά ομοφυλόφιλων ανδρών που πάσχουν από κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Επίσης, οι αναβάτες ιππασίας, οι παλαιστές, οι χορευτές, οι body builders, οι παρουσιαστές κι άλλες ομάδες επαγγελματιών, που καλούνται να χάνουν βάρος ή να διατηρούν ένα ιδανικό βάρος για ν' ανταποκριθούν στις επαγγελματικές απαιτήσεις, να είναι ανταγωνιστικοί και να επιτύχουν τους επαγγελματικούς στόχους του, είναι επίσης ευάλωτοι στο να αναπτύξουν τέτοιες διαταραχές και θα πρέπει να εντάσσονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Όταν η νευρογενής ανορεξία απαντάται στους άνδρες, η συμπτωματολογία και τα χαρακτηριστικά, όπως οι αναφορές για ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, είναι όμοια με αυτά που αναφέρονται και στις γυναίκες πάσχουσες. Ωστόσο μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να διαφοροποιείται στους άνδρες. Έχει παρατηρηθεί ότι οι άνδρες γενικότερα ασχολούνται λιγότερο μ' ένα συγκεκριμένο προκαθορισμένο ιδανικό βάρος ή το μέγεθος των ρούχων που φοράνε και είναι περισσότερο ανήσυχοι για τη γράμμωση των μυών τους και την αποφυγή εναπόθεσης λίπους^{63,72}.

Η Νευρογενής Ανορεξία παρατηρείται κατεξοχήν στις δυτικές πολιτισμικές κοινωνίες, δηλαδή τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα σε βιομηχανικές, ανεπτυγμένες χώρες σε σύγκριση με αναπτυσσόμενες χώρες, όπου φαίνεται να σπανίζει. Ακόμα και μέσα σ' αυτές τις ανεπτυγμένες χώρες είναι πιο συχνή στα υψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχόντων είναι γυναίκες της μέσης ή ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης. Ίσως αυτό να συνδέεται με το γεγονός ότι η Νευρογενής Ανορεξία είναι πιο πιθανό να αναπτυχθεί σε ένα περιβάλλον όπου υπάρχει πληθώρα διαθέσιμου φαγητού αλλά στο οποίο το να είναι οι γυναίκες λεπτές με κάποιο τρόπο εξισώνεται με υψηλό επίτευγμα. Τα δεδομένα των ερευνών φαίνεται ότι αλλάζουν σημαντικά σε ό,τι αφορά παραμέτρους όπως η εθνικότητα, η κοινωνικοοικονομική τάξη και το φύλο^{31,52,62}.

2.3 Κλινική εικόνα, συμπτωματολογία και διάγνωση

Ο ασθενής θα πρέπει να παρουσιάζει σωματικό βάρος σε σημαντικό βαθμό χαμηλότερο απ' αυτό που θεωρείται φυσιολογικό για την ηλικία και το ύψος του. Δεν είναι δυνατό να οριστεί μια συγκεκριμένη απώλεια βάρους που να εφαρμοστεί ως κριτήριο για κάθε άτομο υπό αξιολόγηση, αλλά το DSM-IV(Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών) μας παρέχει ως οδηγό το 85% του αναμενόμενου φυσιολογικού βάρους. Στην πραγματικότητα είναι πολλοί οι ασθενείς που φθάνουν στο σημείο να ζυγίζουν λιγότερο από το 50% του μέσου αναμενόμενου φυσιολογικού βάρους. Η απώλεια αυτή βάρους συνήθως επιτυγχάνεται μέσω δίαιτας, κατά την οποία φροντίζουν να υπάρξει ένας αυστηρός περιορισμός των θερμίδων που καταναλώνουν έτσι ώστε να παραμένουν μέσα στα όρια μιας εξαντλητικής δίαιτας, η οποία περιλαμβάνει έναν πολύ περιορισμένο αριθμό τροφών (π.χ. συνήθως απαγορεύονται οι υδατάνθρακες και τα λίπη). Στις περισσότερες περιπτώσεις, όμως, υιοθετούνται κι άλλες πρακτικές, που προάγουν την απώλεια βάρους, κι έτσι μέρος της εικόνας του πάσχοντος μπορεί να αποτελούν και οι καθαρτικές συμπεριφορές (π.χ. αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, χρήση διουρητικών, υπακτικών, υποκλυσμών, εμετικών κ.α.) και η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας (π.χ. υπερβολική, εξοντωτική εκγύμναση, τελετουργική υπερκινητικότητα κ.α.), που μπορεί να φθάσει στο σημείο της στέρησης ακόμα και του ύπνου προκειμένου να ικανοποιηθεί το αίτημα για σωματική δραστηριότητα και τελικά το άτομο οδηγείται στην εξουθένωση^{1,6,21,72}.

Οι διαταραχές ύπνου, η απώλεια της σεξουαλικής παρόρμησης και η μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και εγρήγορσης είναι συμπτώματα που συχνά αναφέρονται από ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία. Οι μεταβολικές διαταραχές, οι κοιλιακοί πόνοι, οι ζαλάδες, οι λιποθυμίες, τα πρηξίματα σε πρόσωπο και στομάχι, η κόπωση και η μυϊκή ατονία αποτελούν, επίσης, συμπτωματική έκφραση της νόσου. Συχνά, συναντάμε ανώμαλο καρδιακό ρυθμό, χαμηλή αρτηριακή πίεση αλλά και καρδιακή ανεπάρκεια. Προβλήματα στο κυκλοφορικό σύστημα, εξασθετισμένοι μύες, πρησμένες αρθρώσεις έρχονται να προστεθούν στη συμπτωματολογία όπως επίσης και αυτά στο πεπτικό σύστημα^{1,33}.

Για τις γυναίκες βασικό θέμα είναι και οι ορμόνες. Η περίοδος σταματά ενώ υπάρχουν και προβλήματα σύλληψης. Αν κάποια είναι έγκυος, υπάρχουν

μεγαλύτερες πιθανότητες αποβολής ή καισαρικής τομής. Ακόμα σε περίπτωση που το μωρό γεννηθεί το πιο πιθανό είναι να έχει χαμηλό βάρος καθώς και συμπτώματα κατάθλιψης⁵¹.

Παρά το υπερβολικά χαμηλό βάρος του σώματός τους, τα άτομα, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, ανησυχούν υπερβολικά μήπως πάρουν βάρος και παχύνουν, φοβούνται ότι θα γίνουν υπέρβαροι και είναι αξιοσημείωτο ότι αυτός ο έντονος και επίμονος «φόβος του πάχους», όπως αποκαλείται, όχι μόνο δε μειώνεται σε ένταση και ισχύ με την απώλεια βάρους, αντιθέτως, κατά ένα περίεργο τρόπο, όσο το βάρος τους μειώνεται ο φόβος αυτός εντείνεται. Ο φόβος αυτός σχετίζεται με τη διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα των πασχόντων, στους οποίους είναι χαρακτηριστική η διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο αξιολογούν και βιώνουν το σωματικό τους σχήμα και βάρος. Για παράδειγμα, παρότι το βάρος τους είναι πολύ χαμηλότερο από το φυσιολογικό και σε κάποιες περιπτώσεις έχουν αποστεωνθεί, τα άτομα, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, συχνά νιώθουν το σώμα τους ή ένα μέρος του σώματός τους (συνήθως κοιλιά, γλουτούς, μηρούς) σαν να είναι πολύ βαρύ, πολύ χοντρό. Για να μπορούν να ελέγχουν το σχήμα του σώματός τους, οι ασθενείς φροντίζουν να ζυγίζονται τακτικά, μετρούν με μεζούρα την περίμετρο διαφόρων μερών του σώματός τους και κοιτούν επίμονα και συχνά επικριτικά το είδωλό τους στον καθρέφτη^{1,82}.

Τα άτομα, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, είναι απολύτως απορροφημένα με την τροφή και ένδειξη αυτού αποτελεί το γεγονός ότι υπολογίζουν με ιδιαίτερη προσοχή τις θερμίδες οποιασδήποτε τροφής πρόκειται να καταναλώσουν. Κάποιες φορές μάλιστα αυτή η ανησυχία φθάνει τα όρια της εμμονής. Για παράδειγμα, ένας ασθενής χαρακτηριστικά είπε: «δε θα γλύψω το γραμματόσημο... δεν μπορεί κανείς να γνωρίζει που μπορεί να κρύβονται οι θερμίδες». Η εμμονή αυτή με το φαγητό και την πιθανή αύξηση του βάρους τους μπορεί να οδηγήσει και σε ψυχαναγκαστική συμπεριφορά σε ότι αφορά την εκγύμναση, για την οποία πολλές φορές μπορούν να αφιερώσουν πολλές ώρες την ημέρα. Η αυτοεκτίμησή τους, ακόμα είναι στενά συνδεδεμένη με τη διατήρηση του χαμηλού σωματικού βάρους³².

Ορισμένοι από τους πάσχοντες χάνουν περιστασιακά τον έλεγχο στον περιορισμό της τροφής τους και οδηγούνται σε υπερφαγικά επεισόδια και καθαρτικές συμπεριφορές. Έτσι, προκύπτουν οι 2 Τύποι της Νευρογενούς Ανορεξίας, τους

οποίους αναγνωρίζει και διαχωρίζει το DSM-IV. Το DSM-IV ορίζει ότι τα άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία θα πρέπει να διακρίνονται βάσει ενός από δύο διαστάσεις, τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο ή τον Περιοριστικό Τύπο. Οι διαφορές μεταξύ των δύο υποτύπων, που μπορούν να στηρίξουν την αξιοπιστία αυτού του διαχωρισμού, είναι πολλές^{1,21,89}.

Στον Περιοριστικό Τύπο η απώλεια βάρους είναι αποτέλεσμα του αυστηρού περιορισμού στην πρόσληψη τροφής. Στο άτομο, που εμφανίζει αυτόν τον Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας και αυτοαξίας συνδέεται άρρηκτα με το βαθμό στον οποίο μπορεί να ελέγξει το σωματικό βάρος και σχήμα. Το άτομο αισθάνεται περήφανο και αποκτά την αίσθηση της αυτοκυριαρχίας όταν το βάρος του αρχίζει να μειώνεται, ενώ αντίθετα όταν το βάρος του αυξάνεται το άτομο κατακλύζεται από συναισθήματα αποτυχίας και την εντύπωση ότι δεν είναι πλέον αποδεκτό από τους οικείους και το κοινωνικό σύνολο. Στα άτομα, που εμφανίζουν τον Περιοριστικό Τύπο, είναι σπάνιο να εκδηλωθούν επεισόδια υπερφαγίας ή καθαρτικών συμπεριφορών, και σε σύγκριση με τα άτομα, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο, δεν είναι πολύ επιρρεπείς στη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών. Επιπλέον, εμφανίζουν μικρότερη συναισθηματική αστάθεια και είναι λιγότερο ενεργοί σεξουαλικά. Υπάρχουν ακόμα ενδείξεις ότι οι δύο αυτοί υποτύποι μπορεί να διαφέρουν στον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή^{1,4,27}.

Στον Υπερφαγικό/Καθαρτικό Τύπο το άτομο παρουσιάζει τακτικά υπερφαγικά επεισόδια και συνακόλουθες καθαρτικές συμπεριφορές. Οι βουλιμικοί ανορεκτικοί ξεκινούν συχνά ως περιοριστικοί και τελικά προχωρούν προς τα υπερφαγικά επεισόδια και τις καθαρτικές συμπεριφορές, όταν στα μεσοδιαστήματα της πλήρους αποστέρησης τροφής αισθάνονται ανίκανοι πλέον να διατηρήσουν απόλυτο έλεγχο της τροφής που καταναλώνουν. Υπάρχουν αρκετά χαρακτηριστικά βάσει των οποίων διακρίνεται ο Τύπος αυτός της Νευρογενούς Ανορεξίας από τον Περιοριστικό Τύπο. Οι ασθενείς, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας, είναι πιθανότερο να νοσούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, απαιτούν μεγαλύτερη συχνότητα στις θεραπευτικές συναντήσεις, βιώνουν υψηλότερο βαθμό συναισθηματικής δυσφορίας και έχουν λιγότερο καλή πρόγνωση απ' ότι τα άτομα που εμφανίζουν τον Περιοριστικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας. Γενικότερα, σαν ομάδα, τα άτομα, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό /

Καθαρτικό Τύπο, έχουν περισσότερο αποδιοργανωμένη προσωπική ζωή και περισσότερο διαταραγμένο οικογενειακό ιστορικό, ασθενούν με μεγαλύτερη συχνότητα και εν γένει εκδηλώνουν εντονότερη ψυχοπαθολογία (π.χ. εμφανίζουν συχνότερα Διαταραχές Προσωπικότητας) απ' ότι τα άτομα, που πάσχουν από τον Περιοριστικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας. Επιπροσθέτως, εμφανίζονται λιγότερο ικανοί να διατηρήσουν με επιτυχία αυστηρό έλεγχο σε ό,τι αφορά τη συμπεριφορά τους και τις παρορμήσεις τους και είναι περισσότερο ευάλωτοι να αναπτύξουν διαταραχές που σχετίζονται με τον έλεγχο των παρορμήσεων όπως η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, ο αλκοολισμός, η ψυχαναγκαστική αγοραστική συμπεριφορά, η κλεπτομανία και η ασύδοτη, αχαλίνωτη σεξουαλική συμπεριφορά. Οι ασθενείς, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο, εμφανίζουν επίσης ισχυρές τάσεις προς το σωματικό αυτοτραυματισμό (π.χ. χτύπημα-κόψιμο κ.α.) και συχνά σημειώνεται σ' αυτούς κοινωνική απόσυρση, καθώς και αυτοκτονική συμπεριφορά (π.χ. απόπειρες αυτοκτονίας)^{1,4,27}.

Σε γενικές γραμμές, η Νευρογενής Ανορεξία δεν είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί. Για το 85% των περιπτώσεων ισχύει ότι το άτομο θα εκδηλώσει τη νόσο κάποια στιγμή μεταξύ των 13 και 20 ετών. Ο ειδικός θα πρέπει να εξετάζει με ιδιαίτερη προσοχή την πιθανότητα να διαγνώσει Νευρογενή Ανορεξία σε άτομο που δεν εμπίπτει σ' αυτό το ηλικιακό φάσμα. Η δυσκολία του ειδικού εντοπίζεται περισσότερο στη μυστικοπάθεια που διακατέχει τους ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, με αποτέλεσμα να μην περιγράφουν ξεκάθαρα ούτε το κίνητρό τους να είναι αδύνατοι ούτε το φόβο του πάχους που τους κυριεύει. Αντ' αυτού μπορεί να αναγνωρίζουν στον εαυτό τους μόνο μια γενική και αόριστη ανησυχία για την ποιότητα των τροφών που καταναλώνουν και μια έντονη επιθυμία να γυμνάζονται. Επίσης, μπορεί να είναι δύσκολο για τους ασθενείς αυτούς να εξωτερικεύσουν τη διαστρεβλωμένη εικόνα που έχουν για το σωματικό τους σχήμα και βάρος. Μπορεί να δηλώνουν οι ασθενείς αυτοί ότι συνειδητοποιούν πως είναι πολύ αδύνατοι και ότι θα χρειαστούν υπεράνθρωπες προσπάθειες για να ανακτήσουν ένα φυσιολογικό βάρος, αλλά ωστόσο δεν ανησυχούν για τους πολύ σοβαρούς κινδύνους που διατρέχει ο οργανισμός τους εξαιτίας του χρόνιου υποσιτισμού και σε γενικές γραμμές δεν είναι βαθιά δεσμευμένοι να προσπαθήσουν πραγματικά όπως με το να αυξήσουν την θερμοδική αξία των τροφών που καταναλώνουν^{1,4,41}.

Όσον αφορά το ψυχικό κομμάτι. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία το 1994, δημοσίευσε τον αναθεωρημένο οδηγό ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών (A.P.A., DSM-IV) σύμφωνα με τον οποίο η διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας θα πρέπει να στηρίζεται σε 4 βασικά κριτήρια. Στην Άρνηση του ατόμου για τη διατήρηση του σωματικού βάρους στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο του ελάχιστα φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί σε διαμόρφωση του σωματικού βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αποτυχία στην επίτευξη της αναμενόμενης αύξησης του βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης, που έχει σαν αποτέλεσμα την απόκτηση σωματικού βάρους χαμηλότερου από το 85% του αναμενόμενου). Ο υπερβολικός φόβος του ατόμου για την αύξηση του βάρους ή φόβος πάχους, ακόμα κι όταν το βάρος τους είναι πολύ χαμηλότερο από το κανονικό αποτελεί ένα ακόμα κριτήριο. Επίσης, η διαταραχή του τρόπου με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το σωματικό βάρος ή σχήμα. Αδικοιολόγητη και υπέρμετρη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην αυτοαξιολόγηση, ή άρνηση της σοβαρότητας του τρέχοντος χαμηλού σωματικού βάρους³.

2.3.1 Έμμηνος ρύση και νευρική ανορεξία

Οι διαταραχές της εμμήνου ρύσεως μπορεί να σχετίζονται με τα χρονικά διαστήματα μεταξύ των έμμηνων ρύσεων, με την ποσότητα του αίματος, με τα σύννοδα συμπτώματα. Συνήθως μεταξύ των διαδοχικών περιόδων μεσολαβούν 24-35 μέρες και η αιμορραγία διαρκεί 2-7 ημέρες. Τα διαστήματα αυτά μπορεί να ποικίλλουν από γυναίκα σε γυναίκα είναι όμως πάντα σχεδόν τα ίδια από κύκλο σε κύκλο της ίδιας γυναίκας. Αν υπάρχουν μεταβολές τότε αυτό συνήθως υποδηλώνει μια πρόσκαιρη ορμονική διαταραχή. Μπορεί να οφείλονται σε στρες, κατάθλιψη, αλλά και σε σοβαρές χρόνιες νόσους. Η έντονη άσκηση ή απώλεια βάρους μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε ακανόνιστες περιόδους^{36,43}.

Η αμηνορροία ορίζεται λοιπόν ως η απουσία έμμηνου ρύσεως για 3 μήνες τουλάχιστον σε γυναίκες που κανονικά θα έπρεπε να είχαν περίοδο. Υπάρχουν δύο τύποι αμηνόρροιας: η πρωτοπαθής και η δευτεροπαθής. Αν μια κοπέλα δεν έχει εμφανίσει έμμηνο ρύση ως την ηλικία των 16 ετών τότε λέμε ότι πάσχει από

πρωτοπαθή αμηνόρροια. Αν ενώ έχει εμφανίσει έμμηνου ρύση αυτή διακοπεί για 3 μήνες ή περισσότερο τότε μιλάμε για δευτεροπαθή αμηνόρροια^{43,32,82}.

Οι αιτίες; Οι ορμονικές μεταβολές μπορούν να είναι αίτιο πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς αμηνόρροιας. Αυτές μπορεί να οφείλονται σε άγχος ή κατάθλιψη, νευρική ανορεξία, υπερβολική άθληση και απώλεια βάρους (π.χ. αθλητές, μπαλαρίνες). Η πρωτοπαθής αμηνόρροια μπορεί να οφείλεται και σε χρωμοσωμική ανωμαλία, σε άτρητο παρθενικό υμένα ή σε συγγενή έλλειψη μήτρας (που είναι όμως μια πολύ σπάνια κατάσταση). Η δευτεροπαθής αμηνόρροια παρατηρείται σε βλάβες της υπόφυσης όπως το προλακτίνωμα, σε πρόωρη εμμηνόπαυση (πριν τα 35), σε πολυκυστικές ωοθήκες, και μετά από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Πρέπει κανείς να έχει υπόψιν ότι σε κάποιες καταστάσεις η έμμηνου ρύση σταματά χωρίς αυτό να είναι παθολογικό⁸².

Σχετικά με την νευρική ανορεξία, το άτομο έχει απουσία έμμηνου ρύσης για τουλάχιστον 3 διαδοχικούς κύκλους. Υπάρχουν και άτυπες μορφές της νόσου όπου δεν πληρούν όλα τα κριτήρια της νευρικής ανορεξίας αλλά η έμμηνου ρύση δεν έχει διακοπεί, ή το άτομο πληροί όλα τα κριτήρια αλλά το βάρος του είναι σε φυσιολογικά επίπεδα (προσπαθεί όμως να το μειώσει). Πάντως ακόμα και τα άτομα με τις άτυπες μορφές νευρικής ανορεξίας βιώνουν στον ίδιο βαθμό το ψυχολογικό στρες με τα άτομα που πληρούν ακριβώς τα κριτήρια. Οι περιπτώσεις εφήβων που έχουν όλα τα κριτήρια για νευρική ανορεξία έχουν συχνότητα 0,5-1% όμως οι περιπτώσεις άτυπων μορφών μπορεί να φτάσουν και το 20% του εφηβικού πληθυσμού, ποσοστό τρομακτικά υψηλό⁸².

2.4 Αιτιολογικοί παράγοντες

Η αιτιολογία των διαταραχών αυτών είναι πολυπαραγοντική και η αναζήτηση ενός και μοναδικού αιτιολογικού παράγοντα φαίνεται να είναι ένα άκαρπο εγχείρημα. Το αν και κατά πόσο μια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής θα εκδηλωθεί και θα επιμείνει συνεχίζοντας την πορεία της, είναι κάτι που θα εξαρτηθεί κατά κύριο λόγο από την παρουσία συνθηκών, οι οποίες ενεργοποιούν την επιρρέπεια του ατόμου σε

ειδικούς παράγοντες κινδύνου ή το κατευθύνουν προς προστατευτικούς μηχανισμούς. Όλες οι σύγχρονες προσεγγίσεις προτείνουν ότι μια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής έρχεται σαν μια «προσωπική απάντηση» του ατόμου στις συνθήκες ζωής, με τις οποίες βρίσκεται αντιμέτωπο. Αυτός είναι και ο λόγος που συνίσταται η οποιαδήποτε ερμηνεία επιχειρείται να δοθεί να στηρίζεται σε μια προσεκτική μελέτη της πολυεπίπεδης αλληλεπίδρασης ενός συνόλου παραγόντων, βιολογικών και ψυχολογικών, που διαπλέκονται με το κοινωνικό περιβάλλον και την κουλτούρα του και οικοδομούν ένα είδος προδιαθεσικού πλαισίου για την ανάπτυξη και εκδήλωση τέτοιων διαταραχών^{1,6,21}.

Αυτό που μπορούμε να κάνουμε με σχετική ασφάλεια είναι να αναγνωρίσουμε παράγοντες κινδύνου, η παρουσία των οποίων υποθέτουμε ότι αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου. Επίσης, είναι δυνατό να περιγράψουμε την πορεία της διαταραχής, τις υφέσεις και τις εξάρσεις που μπορεί να σημειωθούν, τις επιπλοκές και την υποτροπή και ν' αναγνωρίσουμε τη διαπλοκή των διαφόρων χαρακτηριστικών της διαταραχής, όπως για παράδειγμα να επιχειρήσουμε να περιγράψουμε τη σχέση μεταξύ της κακής διατροφής και της ψυχικής διαταραχής. Συνεπώς, μπορούμε να διαχωρίσουμε τους παράγοντες και τις δυσκολίες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας, από τους παράγοντες και τις δυνάμεις εκείνες που εντείνουν τα συμπτώματα και διαιωνίζουν τη διαταραχή από τη στιγμή που αυτή έχει ήδη εκδηλωθεί^{1,72}.

Συνοπτικά, οι παράγοντες, που φαίνεται να εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια της Νευρογενούς Ανορεξίας ή/ και να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαίωσή της, καταγράφονται παρακάτω:

Γενετικές καταβολές και βιολογικοί και ιατρικοί παράγοντες (λ.χ. υποθαλαμο-υποφυσιακές ανωμαλίες, μολύνσεις, ο ρόλος της φυσιολογίας του εγκεφάλου κ.α.).

Οικογενειακές επιρροές (λ.χ. κληρονομικοί και περιβαλλοντικοί αρνητικοί οικογενειακοί παράγοντες).

Κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις (λ.χ. οι διαφημίσεις του γρήγορου «πλαστικού» φαγητού, η ανάδειξη της λεπτής σιλουέτας ως υπέρτατου αγαθού, πίεςεις να είναι κανείς αδύνατος, νόρμες της κοινωνίας).

Προσωπικότητα (λ.χ. Διαταραχές Διάθεσης όπως η Κατάθλιψη και οι Αγχώδεις Διαταραχές, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας).

Επίσης στους παράγοντες που συντείνουν στην εκδήλωση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής έχουν συμπεριληφθεί και οι ακόλουθοι: το επάγγελμα: μελέτες επισημαίνουν ότι αθλητές, καλλιτέχνες ή άτομα που υπηρετούν σε στρατιωτικά επαγγέλματα διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν Διατροφικές Διαταραχές. Ακόμα τα άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, όπως διαβήτη ή άσθμα, ή που παρουσίασαν μια πρώιμη ήβη, κινδυνεύουν περισσότερο από το μέσο όρο των συνομηλίκων τους, να εμφανίσουν διατροφικό πρόβλημα⁶⁹.

2.4.1 Βιολογικοί παράγοντες & Γενετικές μεταβολές

Μεταξύ των πιθανών βιολογικών παραμέτρων συμπεριλαμβάνονται γενετικοί και νευροβιολογικοί παράγοντες, ενώ η νευροπεπτιδική ρύθμιση της όρεξης φαίνεται να αποτελεί μια εναλλακτική πρόταση σχετικά με την αιτιολογία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Υπάρχουν δεδομένα που στηρίζουν την άποψη ότι υπάρχει γενετική συμβολή στην ανάπτυξη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Σε ότι αφορά την κληρονομικότητα, η Νευρογενής Ανορεξία φαίνεται να παρουσιάζεται με σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα σε βιολογικούς συγγενείς ασθενών που έχουν εκδηλώσει τη διαταραχή και το εύρημα αυτό μας οδηγεί να υποθέσουμε ότι υπάρχουν μηχανισμοί μεταβίβασης της νόσου στα μέλη μιας οικογένειας. Οι γυναίκες συγγενείς νεαρών ασθενών που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, έχουν 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν και οι ίδιες από τη διαταραχή. Ο επιπολασμός της Νευρογενούς Ανορεξίας στις αδελφές των ατόμων που έχουν ήδη προσβληθεί υπολογίζεται περίπου στο 6%, αλλά αυτή η σχέση μπορεί να αντικατοπτρίζει κοινωνική επίδραση, παρά γενετική το ποσοστό επικινδυνότητας για άλλους συγγενείς κυμαίνεται μεταξύ του 2% και 4%^{1,6,14,72}.

Κάποια δεδομένα, που ενισχύουν την άποψη ότι κάποιος γενετικός παράγοντας ενυπάρχει στην αιτιοπαθογένεια της Νευρογενούς Ανορεξίας, έρχονται μέσα από μελέτες διδύμων. Τα δεδομένα αυτών των ερευνών αποτελούν ενδείξεις, οι οποίες

συνηγορούν για αυξημένους δείκτες συμφωνίας σε μονοζυγωτικούς διδύμους σε σύγκριση με διζυγωτικούς. Ο Hsu (1990), συνδυάζοντας δεδομένα από πολλές διαφορετικές δημοσιευμένες μελέτες, υπολόγισε ένα ποσοστό συμφωνίας 47% για τους μονοζυγωτικούς διδύμους και ένα ποσοστό συμφωνίας 10% για τους ετεροζυγωτικούς διδύμους. Μεταγενέστερες έρευνες επιβεβαιώνουν αυτά τα δεδομένα καθώς αναφέρουν ποσοστά σύμπτωσης σχεδόν 50% μεταξύ των μονοζυγωτικών διδύμων και ποσοστά 10% σε μονοζυγωτικούς διδύμους ή σε μη διδύμους αδελφούς. Αυτά τα δεδομένα μπορεί να ενισχύουν την πιθανότητα η γενετική προδιάθεση να κατέχει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της Νευρογενούς Ανορεξίας, αλλά θα πρέπει να σημειωθεί ότι είναι σημαντικό να πραγματοποιηθούν και περισσότερο περίπλοκες μελέτες και έρευνες με υιοθετημένους διδύμους γιατί τα δεδομένα που αποδεικνύουν την γενετική μετάδοση της νόσου δεν είναι ακόμα διαθέσιμα⁸³.

2.4.2. Ενδοκρινείς ανωμαλίες

Στην ψυχογενή ανορεξία είναι χαρακτηριστικές οι διαταραχές της υποθαλαμικής λειτουργίας. Η έκκριση του εκλυτικού παράγοντα της θυλακιοτρόπου ορμόνης (LHRH) είναι μειωμένη με αποτέλεσμα τα επίπεδα της θυλακιοτρόπου (FSH) ορμόνης, της ωχρινοτρόπου (LH) ορμόνης και της οιστραδιόλης να είναι και αυτά μειωμένα ή να έχουν τις προεφηβικές τιμές. Συνεπώς, η αμηνόρροια που παρατηρείται στην ψυχογενή ανορεξία οφείλεται σε υπογοναδοτροφικό υπογοναδισμό. Ο ρυθμός 24ώρου της LH διαταράσσεται, αυξημένη έκκριση παρατηρείται κατά τη διάρκεια του ύπνου. Η απάντηση της LH στην LHRH μειώνεται, ενώ της FSH είναι φυσιολογική ή αυξημένη. Οι ανωμαλίες αυτές είναι δευτεροπαθείς στην απώλεια βάρους και στη διαταραχή της συμπεριφοράς πρόσληψης τροφής. Αποκαθίστανται με την αποκατάσταση του σωματικού βάρους στο φυσιολογικό⁶⁴.

Η υποθαλαμική δυσλειτουργία διαπιστώνεται και από τη μειωμένη ή επιβραδυμένη αλλά φυσιολογική απάντηση της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης TSH στον παράγοντα που είναι υπεύθυνος για την έκκριση της (CRF). Τα επίπεδα της T3 είναι μειωμένα, της T4 στα κατώτερα επίπεδα του φυσιολογικού ή ελαφρά μειωμένα, της ανενεργούς T3 (στην οποία μετατρέπεται η T4) αυξημένα και της TSH φυσιολογικά.

Τα επίπεδα της αυξητικής ορμόνης (GH) είναι αυξημένα, αποτέλεσμα της μειωμένης πρόσληψης τροφής. Η απάντηση της GH στη χορήγηση TRH είναι «παράδοξη». Τα επίπεδα της προλακτίνης είναι φυσιολογικά. Τα επίπεδα της κορτιζόλης στο πλάσμα είναι αυξημένα και ορισμένες μελέτες αναφέρουν διαταραχές στο ρυθμό 24ώρου⁶⁴. Η δοκιμασία δεξαμεθαζόνης είναι θετική, η απάντηση της αδρενοκορτικοτροπίνης (ACTH) στον παράγοντα CRF μειωμένη. Τα επίπεδα ACTH και η απάντηση της κορτιζόλης στην υπογλυκαιμία από την ινσουλίνη αυξημένη. Τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης οφείλονται στον αυξημένο χρόνο ημιζωής της κορτιζόλης που παρατηρείται σε συνθήκες περιορισμού πρόσληψης τροφής και ίσως σε κάποια αύξηση της σύνθεσης^{64,94}.

Οι ενδοκρινικές ανωμαλίες που παρατηρούνται στην ψυχογενή ανορεξία έχουν συγκεντρώσει το ερευνητικό ενδιαφέρον από τις αρχές του αιώνα, οπότε μίλησαν για «υποφυσεϊκή ανεπάρκεια». Αρκετά αργότερα θεώρησαν ότι υπάρχει μια πρωτοπαθής υποθαλαμική διαταραχή. Σήμερα οι ενδοκρινικές ανωμαλίες θεωρούνται δευτεροπαθείς και αποδίδονται στις διαταραχές της συμπεριφοράς των ανορεκτικών (εμετοί, χρήση υπακτικών, υπερδραστηριότητα)^{64,94}.

2.4.3 Διαταραχές νευρομεταβιβαστικών συστημάτων

Στην ψυχογενή ανορεξία είχε διαπιστωθεί 20 και πλέον χρόνια πριν διαταραχή στην ικανότητα συγκέντρωσης των ούρων που υποδηλώνει ανωμαλία στην έκκριση αργινίνης-βασοπρεσίνης (AVP). Μεταγενέστερες μελέτες έδειξαν αυξημένα επίπεδα της AVP στο πλάσμα και το ENY. Με την αποκατάσταση του σωματικού βάρους, τα επίπεδα της AVP ομαλοποιούνται. Μειωμένα επίπεδα ωκυτοκίνης έχουν βρεθεί στο ENY που επανέρχονται στο φυσιολογικό με την αύξηση του σωματικού βάρους. Ανορεκτικές γυναίκες με μειωμένο σωματικό βάρος έχουν αυξημένα επίπεδα του νευροπεπτιδίου Y (NPY) και φυσιολογικά επίπεδα του πεπτιδίου YY. Μετά την αποκατάσταση του σωματικού βάρους, τα επίπεδα του NPY παραμένουν αυξημένα στις γυναίκες που συνεχίζουν να έχουν ολιγομηνόρροια ή αμηνόρροια ενώ επιστρέφουν στο φυσιολογικό στις γυναίκες των οποίων η Ε.Ρ. ομαλοποιείται^{43,67,83}.

Στα ζώα έχει βρεθεί ότι αγωνιστές των οπιοειδών αυξάνουν, ενώ οι ανταγωνιστές μειώνουν την πρόσληψη τροφής. Οι ανορεκτικοί ασθενείς με μειωμένο σωματικό βάρος έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα β-ενδορφίνης στο ENY σε

σύγκριση με υγιείς μάρτυρες. Η διαταραχή αυτή αποκαθίσταται με την αποκατάσταση του σωματικού βάρους στο φυσιολογικό. Τέλος, τα επίπεδα του CRF έχουν βρεθεί αυξημένα στο ENY και το πλάσμα ανορεκτικών ασθενών και εντός των φυσιολογικών ορίων μετά την επανάκτηση του βάρους. Οι μεταβολές στη δραστηριότητα των νευροπεπτιδεργικών συστημάτων συμβάλλουν πιθανώς στην εμφάνιση κάποιων από τις εκδηλώσεις, κλινικές και βιοχημικές, της ψυχογενούς ανορεξίας. Όπως για παράδειγμα, οι μεταβολές στα επίπεδα του CRF και της β-ενδορφίνης μπορεί να παίζουν ρόλο στην υπερκορτιζολαιμία και την εκδήλωση δυσφορικών συμπτωμάτων. Επίσης οι μεταβολές στα επίπεδα των δυο αυτών πεπτιδίων καθώς και του NPY μπορεί να συμβάλουν στην πρόκληση αμηνόρροιας και μειωμένης σεξουαλικής δραστηριότητας. Η ωκυτοκίνη φαίνεται ότι διαταράσσει την καθηλωτική και ανακλητική λειτουργία της μνήμης, ενώ η βαζοπρεσίνη παγώνει τη μάθηση. Ο Demitrack διατύπωσε την υπόθεση ότι οι μεταβολές στα επίπεδα των δυο πεπτιδίων, επιτείνουν την επίμονη ενασχόληση των ανορεκτικών με τις «ανεπιθύμητες» επιπτώσεις της πρόσληψης τροφής⁸³.

2.4.4 Διαταραχές του Ντοπαμινεργικού Συστήματος

Ο Halmi ανέφερε ότι οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία έχουν μειωμένη απάντηση GH στη χορήγηση L-DOPA σε κατάσταση απίσχνανσης αλλά και όταν έχει αποκατασταθεί το σωματικό βάρος. Επίσης οι ίδιοι συγγραφείς κατέδειξαν ότι και στις δυο αυτές καταστάσεις, οι ανορεκτικοί ασθενείς έχουν μειωμένη απάντηση προλακτίνης στη χορήγηση χλωροπρομαζίνης. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει μειωμένη λειτουργικότητα των μετασυναπτικών υποδοχέων⁸⁰.

2.4.5 Διαταραχές του Σεροτονινεργικού Συστήματος

Η ανεύρεση αυξημένων επιπέδων 5-υδροξυϊνδολοξικού οξέος (5-HIAA), κύριου μεταβολίτη της σεροτονίνης, αρκετά αργότερα από την αποκατάσταση του σωματικού βάρους καθώς και η παρατήρηση ότι αναγκαστική συμπεριφορά και τελειοθηρία επιμένουν και αυτά μετά την αποκατάσταση του βάρους, οδήγησε στη διατύπωση της υπόθεσης σύμφωνα με την οποία στην ψυχογενή ανορεξία υπάρχει μια ιδιαίτερη (intrinsic) διαταραχή της σεροτονινεργικής δραστηριότητας υπό μορφή

χαρακτηριστικού (trait) που συνδυάζεται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ανορεκτικών, όπως περιορισμός της τροφής, δυσκαμψία, αναστολή, άγχος ή ιδεοληψίες. Τα στοιχεία αυτά προδιαθέτουν στην ανάπτυξη παθολογικής συμπεριφοράς πρόσληψης τροφής. Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, τα άτομα που αναπτύσσουν ψυχογενή ανορεξία έχουν μια ευενοδοτότητα για την ανάπτυξη τελειοθηρικής, αγχώδους και ιδεοληπτικής συμπεριφοράς με τη συμμετοχή στρεσογόνων παραγόντων και κοινωνικών επιδράσεων (κοινωνικών προσδοκιών, πολιτιστικών πιέσεων). Η υπόθεση αυτή είναι συμβατή με τις σύγχρονες απόψεις που δέχονται το πολυπαραγοντικό (βιοψυχοκοινωνικό) μοντέλο για την αιτιοπαθογένεια της ψυχογενούς ανορεξίας⁸⁹.

2.4.6 Αναπτυξιακοί παράγοντες

Δεδομένου ότι η έναρξη της Νευρογενούς Ανορεξίας συχνά σημειώνεται στην περίοδο της εφηβείας, τα θέματα που σχετίζονται με την αναπτυξιακή πορεία του ατόμου θεωρούνται ότι διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της νόσου. Σημαντικές είναι οι προκλήσεις αυτής της περιόδου της ζωής και της ανάπτυξης, όπως η ανάγκη ν' αποκτήσουν ανεξαρτησία, μια καλώς-διαμορφωμένη προσωπική ταυτότητα, ικανοποιητικές σχέσεις και ένα ξεκάθαρο σύστημα αξιών και αρχών, που θα καθοδηγεί το άτομο στις επιλογές του. Θέματα που αφορούν την σεξουαλικότητα, όπως οι πιέσεις των γονέων για αυξημένη ετεροσεξουαλική επαφή, έρχονται στο προσκήνιο. Ωστόσο, δεν είναι ξεκάθαρο ότι δυσκολίες στην αντιμετώπιση τέτοιου είδους θεμάτων είναι μεγαλύτερες για τους εφήβους που τελικά εκδηλώνουν Νευρογενή Ανορεξία απ' ότι για τους άλλους εφήβους^{18,50}.

Η κατάθλιψη επίσης έχει ενοχοποιηθεί ως ένας μάλλον απροσδιόριστος παράγοντας κινδύνου, καθώς τα υψηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (π.χ. άγχος, ανασφάλεια, χαμηλή αυτοεκτίμηση κ.α.) έχουν παρατηρηθεί περισσότερο σε έφηβες κοπέλες απ' ότι σε αγόρια. Ομοίως, η εξέλιξη της σωματικής και σεξουαλικής ωρίμανσης και η συνακόλουθη αύξηση του σωματικού λίπους στις γυναίκες έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην αυτοεικόνα των εφήβων κοριτσιών, κυρίως γιατί η σχέση μεταξύ αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης με την εξωτερική εμφάνιση και το σχήμα

του σώματος είναι ισχυρότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Η ηλικία, τέλος, όπως και το φύλο θεωρούνται από τους βασικούς παράγοντες που συντείνουν στην εκδήλωση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό, που αγγίζει το 90%, των πασχόντων από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής είναι έφηβες ή νεαρές ενήλικες γυναίκες^{2,3,51}.

2.4.7 Δυναμική της οικογένειας

Η δυναμική της οικογένειας θεωρείται ότι παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην παθογένεση όσο και στη διαίωσιση μιας Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής. Η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής στους γονείς, οι δυσλειτουργικές ενδοοικογενειακές σχέσεις αλλά και οι προβληματικοί τρόποι συνδιαλλαγής μεταξύ των μελών της οικογένειας είναι παράγοντες που έχουν συνδεθεί με την εκδήλωση Νευρογενούς Ανορεξίας. Για παράδειγμα, στα οικογενειακά ιστορικά των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία απαντώνται μεγαλύτερα ποσοστά Κατάθλιψης, Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής και αλκοολισμού σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ποσοστά του γενικού πληθυσμού. Οι θεωρητικοί, που μελετούν το σύστημα της οικογένειας προτείνουν ότι οι διαταραγμένοι τρόποι συνδιαλλαγής μεταξύ των μελών της οικογένειας αποτελούν κεντρικά γνωρίσματα της ανορεκτικής παθολογίας^{14,17,31}.

Πιο συγκεκριμένα αναφέρονται σε στοιχεία όπως ο παθολογικός εγκλωβισμός, η αυστηρότητα, η υπερπροστασία, η έλλειψη ξεκάθαρα καθορισμένων διαπροσωπικών ορίων, οι δυσκολίες να αντιμετωπίζουν και να επιλύουν συγκρούσεις και διαφωνίες κ.α. Συχνά στις περιπτώσεις Νευρογενούς Ανορεξίας συναντάμε την άρνηση των μελών της οικογένειας να παραδεχθούν ότι το πάσχον μέλος παρουσιάζει πλέον μια σκελετωμένη εικόνα και συχνά τα μέλη της οικογένειας μοιράζονται τις ίδιες απόψεις με τον πάσχοντα σχετικά με τη σημασία του να είναι κανείς αδύνατος ενστερνίζονται κι αυτοί την άποψη ότι το χαμηλό σωματικό βάρος και η εμφάνιση γενικότερα είναι περισσότερο σημαντικά από το να είναι κάποιος πραγματικά ευτυχής ή έστω να αισθάνεται καλά^{14,17,31}.

Οι μητέρες των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία συχνά περιγράφονται ως υπερπροστατευτικές, διεισδυτικές, τελειοθηρικές, γυναίκες που φοβούνται τον αποχωρισμό από τα παιδιά τους. Οι πατέρες των πασχόντων, από την άλλη πλευρά, περιγράφονται ως αποσυρμένοι, υποχωρητικοί, παθητικοί, με καταπιεσμένο συναίσθημα, αναποτελεσματικοί, φαντασιωσικοί, με συνεχείς εναλλαγές στο συναίσθημα, και γενικότερα άτομα που επιχειρούν να αποφεύγουν οποιαδήποτε εμπλοκή στα θέματα της οικογένειας^{14,17,31}.

Το πάσχον μέλος της οικογένειας συχνά εξυπηρετεί μια σημαντική λειτουργία στο να διατηρηθεί το status quo στο σύστημα της οικογένειας, μεταμφιέζοντας – συγκαλύπτοντας τις συγκρούσεις και τα προβλήματα μεταξύ άλλων μελών της οικογένειας (π.χ. Διαταραχές της Διάθεσης, Αγχώδεις Διαταραχές, Εξάρτηση από Ουσίες, συζυγικές διαφωνίες κ.α.). Συχνά οι σχέσεις του πάσχοντος από Νευρογενή Ανορεξία με τους γονείς του χαρακτηρίζονται ως πολύ στενές αλλά και διαταραγμένες. Διατυπώνεται, λοιπόν, η υπόθεση ότι η εκδήλωση της νόσου εξυπηρετεί κατά κάποιον τρόπο τον πάσχοντα στο να αποσπάσει την προσοχή από τις τεταμένες συζυγικές ή άλλες ενδοοικογενειακές σχέσεις^{14,17,31}.

2.4.8 Κοινωνικό-πολιτισμικοί παράγοντες

Τα κοινωνικοπολιτισμικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος φαίνεται να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στις εσφαλμένες αντιλήψεις και τη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών των πασχόντων από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Οι παράγοντες εκείνοι, που σχετίζονται με τις πολιτισμικές και κοινωνικές μεταβλητές, παρεμβαίνουν ποικιλοτρόπως στη διαμόρφωση των προσωπικών θέσεων σε ότι αφορά το σωματικό βάρος και σχήμα και εμπλέκονται στην επιρρέπεια έναντι των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Συνεπώς, η έμφαση και η σημασία, που δίνεται από πολιτισμικής πλευράς στη λεπτόσωμη εμφάνιση και τη διατροφή, έχει τη δύναμη να αποτελέσει προδιαθεσικό παράγοντα για την ανάπτυξη μιας Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής^{52,60,64}.

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής φαίνεται να είναι ιδιαίτερα συχνές στις βιομηχανικές κοινωνίες όπως οι Η.Π.Α., ο Καναδάς, η Ιαπωνία, η Αυστραλία, οι χώρες της Ευρώπης, παρά στις μη βιομηχανικές κοινωνίες. Η μεγάλη αυτή διαφοροποίηση στην επικράτηση των διαταραχών αυτών μεταξύ των διαφορετικών κοινωνιών αποτελεί ένα παράθυρο για να εξετάσουμε τη σημασία των πολιτισμικών στοιχείων μιας κοινωνίας στην εγκατάσταση ρεαλιστικών σε αντίθεση με πιθανώς διαταραγμένων τρόπων αντίληψης του σώματος και διαμόρφωσης της αυτοεικόνας. Σε μια μελέτη 369 έφηβων κοριτσιών στο Πακιστάν, για παράδειγμα, καμία από τις συμμετέχουσες δεν πληρούσε τα διαγνωστικά κριτήρια της Νευρογενούς Ανορεξίας και μόνο μια από αυτές πληρούσε τα διαγνωστικά κριτήρια της Νευρογενούς Βουλιμίας^{52,60,64}.

Μέχρι στιγμής δεν έχουν πραγματοποιηθεί διαπολιτισμικές επιδημιολογικές έρευνες, που να χρησιμοποιούν όμοιες μεθόδους αξιολόγησης και τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια, και κατά συνέπεια, απουσία ευθέως συγκρίσιμων δεδομένων, είναι εξαιρετικά δύσκολο να προβούμε σε ακριβείς συγκρίσεις των ποσοστών επικράτησης ανάμεσα σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα. Σε μια από τις μελέτες, που στηρίζουν την άποψη ότι υπάρχουν διαπολιτισμικές διαφορές, ζητήθηκε από φοιτητές κολεγίου από την Ουγκάντα και τη Μ. Βρετανία να βαθμολογήσουν την ελκυστικότητα σκίτσων γυμνών γυναικών, που κυμαίνονταν από πάρα πολύ αδύνατες ως υπέρβαρες. Οι φοιτητές από την Ουγκάντα βαθμολογούσαν τις υπέρβαρες γυναίκες ως περισσότερο ελκυστικές σε σύγκριση με τους Βρετανούς φοιτητές. Από άλλες μελέτες έχει προκύψει ότι για τις γυναίκες, που ζουν σε κοινωνίες με χαμηλά ποσοστά εμφάνισης Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, όταν μεταναστεύουν σε κοινωνίες με υψηλά ποσοστά εμφάνισης αυτών των διαταραχών, σημειώνεται αύξηση του ποσοστού εκδήλωσης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής σε αυτή την ομάδα γυναικών^{52,60,64,78}.

Παρά ταύτα, η διαπολιτισμική διακύμανση στα ποσοστά εμφάνισης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής παραμένει μια υπόθεση και πολλές φορές τα δεδομένα των διεξαχθέντων ερευνών είναι αντιφατικά. Για παράδειγμα, ο Lee (1994) υποστηρίζει ότι μια διαταραχή παρόμοια με τη Νευρογενή Ανορεξία κάνει την εμφάνισή της σε μη-βιομηχανικές Ασιατικές χώρες (Ινδία, Μαλαισία, Φιλιππίνες). Η διαταραχή αυτή, που περιγράφει ο Lee (1994), περιλαμβάνει την αποστέωση, την άρνηση τροφής και την αμηνόρροια, αλλά απουσιάζει ο φόβος του πάχους. Το

ερώτημα που τίθεται είναι αν αυτή η διαταραχή είναι μια πολιτισμική παραλλαγή της Νευρογενούς Ανορεξίας (αν είναι δηλαδή στην ουσία Νευρογενής Ανορεξία με μια κλινική εικόνα που διαφοροποιείται λόγω των πολιτισμικών παραγόντων) ή είναι μια διαφορετική διαταραχή, π.χ. Κατάθλιψη. Αυτό το ερώτημα είναι μια μόνο από τις πολυάριθμες προκλήσεις, που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ερευνητές, που δραστηριοποιούνται στις διαπολιτισμικές μελέτες^{28,30,69,71}.

2.4.9. Προσωπικότητα

Οι παράγοντες, που σχετίζονται με την προσωπικότητα, είναι πιθανό να παρεμβαίνουν στη διαμόρφωση των προσωπικών θέσεων του ατόμου σε ότι αφορά το σωματικό βάρος και σχήμα και κατά συνέπεια να εμπλέκονται και στην επιρρέπεια έναντι των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Αυτό που έχει οδηγήσει σε αυτή την υπόθεση είναι το γεγονός ότι τα άτομα που τελικά προσβάλλονται από τη νόσο τείνουν να παρουσιάζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά: νεαρής ηλικίας, καυκάσιας φυλής, θηλυκού γένους, μέσου ή ανώτερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και προερχόμενα από οικογένειες, που περιγράφονται ρευστές και δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στα επιτεύγματα. Αυτού του είδους το υπόβαθρο είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε στρεσογόνες οικογενειακές προσδοκίες και απαιτήσεις, και μέσα σ' ένα τέτοιο πλαίσιο η άρνηση της νεαρής γυναίκας να φάει μπορεί ασυνείδητα ν' αποτελεί μια προσπάθεια να ασκήσει έλεγχο. Μια άλλη υπόθεση, που έχει διατυπωθεί, είναι ότι η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια επίσης ασυνείδητη προσπάθεια να αρνηθούν τη σεξουαλικότητά τους. Στα κορίτσια, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, εκτός της αμηνόρροιας, λόγω του χαμηλού σωματικού βάρους τους, η φιγούρα τους δε θυμίζει γυναικείο σώμα καθώς απουσιάζουν κι άλλα χαρακτηριστικά (π.χ. μικρομαστία, στενή λεκάνη κ.α.)^{8,20,38}.

Αν και ο ρόλος της ύπαρξης ενός συγκεκριμένου προδιαθεσικού στυλ προσωπικότητας δεν έχει ακόμα αποδειχθεί, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά, τα οποία φαίνεται να είναι κοινά στις αναφορές σε γυναίκες πάσχουσες από Νευρογενή Ανορεξία. Οι ασθενείς, που έχουν νοσηλευθεί εξαιτίας της νόσου αυτής, έχουν μεγαλύτερη αυτοκυριαρχία, συνέπεια και επιφυλακτικότητα σε σύγκριση με γυναίκες

που δεν είχαν ποτέ εμφανίσει διατροφικά προβλήματα. Επιπρόσθετα, οι πάσχουσες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους συνεχίζουν να παρουσιάζουν την τάση να αποφεύγουν το ρίσκο, να επιδεικνύουν υψηλά επίπεδα επιφυλακτικότητας στην έκφραση των συναισθημάτων τους και να δείχνουν μεγάλη συμμόρφωση σε κανόνες και ιδιαίτερα τους κανόνες ηθικής^{8,20,38}.

2.5 Αντιμετώπιση και Θεραπεία

Μια από τις δυσκολίες που αναγνωρίζουν οι επαγγελματίες στη θεραπεία των πασχόντων από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι το να πείσεις τον πάσχοντα να προσέλθει για θεραπεία. Ο ασθενής αρνείται ότι έχει κάποιο πρόβλημα και κατά συνέπεια αρνείται και τη συνεργασία με τον ειδικό. Η σθεναρή αντίσταση του πάσχοντος σχετίζεται με την πεποίθηση του ότι η σιλουέτα του είναι τόσο φυσιολογική όσο και επιθυμητή από τον ίδιο. Αυτός είναι και ο λόγος που η πλειονότητα των ασθενών με κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής –περίπου το 90%- δεν παρακολουθούν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Αυτή η αντίσταση των ασθενών όταν συνδυαστεί με την άρνηση ή την άγνοια των οικείων, αναφορικά με το διατροφικό πρόβλημα και τους σοβαρότατους κινδύνους που ενέχει αυτό, οδηγεί πολλές φορές τον πάσχοντα στο να εγκαταλείψει τη θεραπεία ή να υποτροπιάσει. Γενικότερα, τα ποσοστά ίασης είναι χαμηλότερα για τους πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία σε σύγκριση με τους πάσχοντες από Νευρογενή Βουλιμία^{1,5,6,9,53,56}.

Η θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας εστιάζει σε δύο βασικά στοιχεία. Ο άμεσος στόχος είναι να βοηθήσει τον πάσχοντα να αυξήσει το σωματικό του βάρος, έτσι ώστε να αποφευχθούν οι ιατρικές επιπλοκές και η πιθανότητα θανάτου. Προκειμένου ν' ανατραπούν οι διατροφικές και συμπεριφορικές διαταραχές αναφορικά με την πρόσληψη τροφής θα πρέπει πρώτα να καθοριστεί η απαιτούμενη συχνότητα των θεραπευτικών συνεδριών και να αξιολογηθεί η ανάγκη για μερική ή ολική νοσηλεία. Τα παραπάνω θα καθοριστούν βάσει του τρέχοντος σωματικού βάρους, της ταχύτητας απώλειας βάρους, της σοβαρότητας των συνοδών ιατρικών ή συμπεριφορικών προβλημάτων και τη συνύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας^{6,9,53,56}.

Ο ασθενής συχνά είναι τόσο αδύναμος και οι οργανικές του λειτουργίες σε τέτοιο βαθμό αποδιοργανωμένες, ώστε η νοσηλεία, προκειμένου να διασφαλιστεί η πρόσληψη τροφής, είναι ιατρικώς επιβεβλημένη. Θα πρέπει να αξιολογηθούν και ν' αντιμετωπισθούν τα επείγοντα οργανικά προβλήματα όπως οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών και οι καρδιακές αρρυθμίες. Γενικά, οι ασθενείς των οποίων το βάρος είναι χαμηλότερο του 75% του αναμενόμενου θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως επικίνδυνοι ή αμφίβολοι ιατρικά και να νοσηλεύονται. Βάσει της σοβαρότητας της ασθένειας, συχνά κρίνεται αναγκαία η εμπλοκή και ενός γενικού ιατρού στην όλη θεραπευτική διαδικασία, ακόμα και αν η νοσηλεία δεν είχε κριθεί απαραίτητη. Έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά τα προγράμματα θεραπείας της συμπεριφοράς, στα οποία ο νοσηλευόμενος είναι απομονωμένος όσο το δυνατό περισσότερο και του παρέχεται συντροφιά κατά τη διάρκεια του γεύματος, αλλά και περίοδοι που θα έχει πρόσβαση σε τηλεόραση, ραδιόφωνο, στέρεο, περίπατους με κάποιο νοσηλευτή, αλληλογραφία και επισκέπτες όλα αυτά χρησιμοποιούνται ως επιβραβεύσεις για την πρόσληψη τροφής και την αύξηση του σωματικού βάρους^{6,9,53,56}.

Ο δεύτερος στόχος της θεραπείας, η μακροπρόθεσμη διατήρηση των κεκτημένων σε ότι αφορά το σωματικό βάρος, δεν έχει μέχρι τώρα αξιόπιστα αποδειχθεί μέσω ιατρικών, συμπεριφοριστικών ή παραδοσιακών ψυχοδυναμικών παρεμβάσεων. Η αποκατάσταση του σωματικού βάρους σ' ένα φυσιολογικό επίπεδο, η επαναφορά της διατροφικής συμπεριφοράς στα φυσιολογικά πλαίσια και η επίλυση των συναφών ψυχολογικών διαταραχών αποτελούν στόχους δύσκολους και χρονοβόρους^{6,9,53,56}.

Στόχο, επίσης, της θεραπείας αποτελεί και η δέσμευση του ασθενούς και της οικογένειάς του. Για την πλειονότητα των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία αυτό αποτελεί μια πρόκληση για το θεραπευτή. Η ανησυχία της οικογένειας και των φίλων του ασθενούς συχνά παίζει καθοριστικό ρόλο προκειμένου να οριστεί το πρώτο ραντεβού με ειδικό, αλλά οι ασθενείς συνήθως υποβαθμίζουν τα συμπτώματά τους και θεωρούν ότι αυτή η ανησυχία των τρίτων κινείται σε επίπεδα υπερβολής. Οι διαφωνίες των ασθενών αναφορικά με τους θεραπευτικούς στόχους είναι ένα κοινό μείζον εμπόδιο. Οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία πολύ απλά δεν αντιλαμβάνονται πολλά από τα χαρακτηριστικά της διαταραχής τους ως προβληματικά. Αυτό μπορεί να σχετίζεται και με ένα σύνολο άλλων ανησυχιών του ασθενούς όπως η γενικευμένη επιφυλακτικότητα στις σχέσεις, τα αισθήματα

ευθραυστότητας και κατωτερότητας και η ευαισθησία στον προσλαμβανόμενο εξαναγκασμό^{6,9,53,56}.

Κατά τη διάρκεια της φάσης αποκατάστασης του σωματικού βάρους, οι ασθενείς έχουν ανάγκη από συναισθηματική στήριξη. Φαίνεται ότι αποδοτικότερο είναι να αντιμετωπίζεται ο φόβος του πάχους με την ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τους κινδύνους της νηστείας και της αυστηρής στέρησης της τροφής και με τη διαβεβαίωση ότι θα αποτραπεί από τον ίδιο το θεραπευτή το ενδεχόμενο οι ασθενείς να πάρουν τέτοιο βάρος ώστε να γίνουν υπέρβαροι^{6,53}.

Μια συνεχής και δομημένη θεραπευτική προσέγγιση, με ή χωρίς πρόγραμμα διαμόρφωσης της συμπεριφοράς, είναι γενικά επιτυχημένη στο να προάγει την αποκατάσταση του σωματικού βάρους, αλλά απαιτεί καλό συντονισμό ώστε να διατηρηθεί ένα υποστηρικτικό, μη τιμωρητικό θεραπευτικό κλίμα. Η συμβουλευτική ενός διαιτολόγου και οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις έχουν αποδειχθεί επίσης βοηθητικές και αποτελεσματικές στο να βοηθήσουν τους ασθενείς να διευρύνουν το διαιτητικό τους ρεπερτόριο συμπεριλαμβάνοντας και τροφές που μέχρι πρότινος φοβούνταν να καταναλώσουν εξαιτίας της υψηλής θερμιδικής τους αξίας^{53,56}.

Από τη στιγμή που το βάρος αρχίζει να αυξάνεται, η ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία μπορεί να αρχίσει να εστιάζει στην αντιμετώπιση άλλων θεμάτων παράλληλα με την αντιμετώπιση της ανησυχίας για την αύξηση του σωματικού βάρους. Για παράδειγμα, είναι σημαντικό για τους ασθενείς να αναγνωρίσουν ότι έχουν φθάσει στο σημείο να βασίζονται στην αυτοεκτίμησή τους στη δίαιτα και στον έλεγχο του σωματικού βάρους και είναι πιθανό να αξιολογούν τον εαυτό τους με αυστηρά και απόλυτα κριτήρια, χωρίς να αφήνουν περιθώρια να συγχωρήσουν στους εαυτούς τους κάποια λάθη. Ομοίως, οι ασθενείς θα πρέπει να βοηθηθούν να δουν ότι η Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής έχει εμπλακεί με την επίτευξη των προσωπικών τους στόχων όπως η εκπαίδευση, η άθληση ή η δημιουργία και διατήρηση φιλικών σχέσεων^{6,9,53,56}.

2.5.1 Νοσηλεία

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^{13,53,72}.

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:

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).

Σοβαρές ιατρικές επιπλοκές - σοβαρά συνοδά οργανικά προβλήματα (π.χ. σοβαρές καρδιακές ή μεταβολικές – ηλεκτρολυτικές διαταραχές, διαταραχές δηλαδή των ηλεκτρολυτών, υποκαλιαιμία, οργανική βλάβη άλλου είδους).

Ένας επίμονος κύκλος αυτοπροκαλούμενων εμετών ή κατάχρησης υπακτικών μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο, ο οποίος κύκλος δεν έχει διακοπεί με τις εξωνοσοκομειακές παρεμβάσεις.

Σοβαρός κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας.

Η διαπίστωση συνοσηρότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές.

Μια αξιοσημείωτη ανικανότητα να φροντίσει ο ασθενής τον ίδιο τον εαυτό του ή η ανυπαρξία τέτοιας βοήθειας από την οικογένεια του ασθενούς^{13,53,72}.

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^{14,17}.

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^{9,13,15}.

Κεφάλαιο 3: ΒΟΥΛΙΜΙΑ

3.1 Γενικές έννοιες-Ιστορική αναδρομή

Ο όρος βουλιμία ανέρχεται στην αρχαιότητα (boulimia/boulimie). Προερχόμενος από τις ελληνικές λέξεις βους και λίμος (το «βου» υποδηλώνει την υπερβολή) απαντάται στα κλασσικά ιατρικά εγχειρίδια με μία σταθερή σημασία: της παθολογικής κατάστασης «αδηφαγίας» που οδηγεί στην κατανάλωση υπερβολικών ποσοτήτων τροφής. Αυτή η ιδιαίτερη διαταραχή στη διατροφική συμπεριφορά, εμφανίζεται τουλάχιστον εδώ και έναν αιώνα. Ο Lassegue, ήδη από το 1873, αναφερόταν σε μία «ακατανίκητη ψευδή όρεξη» αντιπαραθέτοντας την στην ψυχογενή ανορεξία. Ο Janet, το 1908 περίπου, περιέγραψε μια κατάσταση μεταξύ εναλλαγής φάσεων ανορεξίας και κρίσεων βουλιμίας συνοδευμένων από τύψεις. Ο Abraham, το 1924 μίλησε για «αυξημένη στοματική ανάγκη», ο Freud ένα χρόνο μετά για «εμετό ως υστερική άμυνα κατά της διατροφής» και ο Finichel το 1945 είδε τη βουλιμία ως μία «τοξικομανία δίχως λήψη ναρκωτικών»^{6,24,71}.

Εν τούτοις αν και οι βουλιμικές διαταραχές είναι γνωστές από παλιά, παρέμειναν για πολύ στο περιθώριο των ερευνητικών προσπαθειών που ήταν κυρίως εστιασμένες στη νευρική ανορεξία. Ο εμφανής χαρακτήρας της τελευταίας, η βιοτική απειλή που ενέχει και που καθιστά καθοριστική την πρόγνωση της, καθώς και τα έκδηλα σωματικά της συμπτώματα, σύντομα οδήγησαν στην αναγνώρισή της ως σοβαρής νόσου. Η διάγνωση της βουλιμίας είναι δυσκολότερη. Ακόμα και ο άμεσος κύκλος του ατόμου που πάσχει ενδέχεται να μην εντοπίσει κάποια συμπτώματα, καθώς έχει συνήθως φυσιολογικό σωματικό βάρος, ενώ οι κρίσεις παραμένουν κρυφές. Εξάλλου, ακόμη κι αν τα συμπτώματα είναι εμφανή, η σημασία και η βαρύτητά τους παραγκωνίζονται εύκολα, ώστε να θεωρούνται ακόμα και από γιατρούς ως καπρίτσια των κακομαθημένων παιδιών της κοινωνίας της αφθονίας. Έτσι δεν πρέπει να μας εκπλήσσει το γεγονός ότι η εκ νέου ανακάλυψη της βουλιμίας, κατά τη δεκαετία του 1970, έγινε σε σχέση με τη ψυχογενή ανορεξία που είχε ήδη αναγνωριστεί^{6,24,71}.

Το 1971, ο Brusset και Jeammet περιέγραψαν βουλιμικές φάσεις κατά την εξέλιξη της εφηβικής ψυχογενούς ανορεξίας. Το 1979, ο Lawrence Igoin εξέδωσε το έργο «Η Βουλιμία και η κακοτυχία της» επισημαίνοντας «το απίστευτο μαρτύριο που

βιώνουν αυτοί οι ασθενείς, οι οποίοι διαμαρτύρονται ότι δεν κάνουν τίποτα το αφύσικο, απλώς... τρώνε». Το ίδιο έτος, στην Αγγλία, ο Russel όρισε τα διαγνωστικά κριτήρια και τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά της ψυχογενούς βουλιμίας, την οποία ερμήνευσε ως «μία δυσοίωνη παραλαγή της ψυχογενούς ανορεξίας». Σε Αυτό το άρθρο που αποτέλεσε βασικό σημείο αναφοράς για τις μεταγενέστερες προσεγγίσεις, ο συγγραφέας περιγράφει την εξέλιξη δώδεκα περιπτώσεων ανορεξικών ασθενών σε αυτό που ονομάζει, κατ' αναλογία της ψυχογενούς ανορεξίας, ψυχογενή βουλιμία. Επιπλέον, αξιοσημείωτος σε αυτές τις πρώτες δημοσιεύσεις είναι ο δραματικός χαρακτήρας που αποδόθηκε σε μία παραμελημένη ως τότε παθολογία. Η σταδιακή αναγνώριση της πιθανότητας εμφάνισης βουλιμίας πέρα και έξω από το πλαίσιο της ανορεξίας και, στη συνέχεια, οι πρώτες επιδημιολογικές μελέτες που διεξήχθησαν κατά τη δεκαετία του 1980, οι οποίες κατέδειξαν την ευρύτητα του φαινομένου οδήγησαν τελικά στην εκτίμηση της βαρύτητας⁷¹.

Η αναγνώριση της συχνότητας εμφάνισης των βουλιμικών συμπεριφορών αποτελεί πρόσφατο φαινόμενο των τελευταίων είκοσι ή τριάντα χρόνων ενώ οι ερευνητές δημοσίευση πολυάριθμων άρθρων επί του θέματος ιδίως σε ιατρικά περιοδικά και σε περιοδικά που απευθύνονταν κυρίως σε γυναίκες, προκειμένου να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για την άρση της προκατάληψης και οι ενδιαφερόμενες να μπορέσουν μέσα από περιγραφές που διάβαζαν, να αναγνωρίσουν το πρόβλημα τους και να κατανοήσουν ότι επρόκειτο για πάθηση και όχι για προσωπική ιδιοτροπία. Έτσι η βουλιμία θεωρήθηκε πρόβλημα δημόσιας υγείας και η βαρύτητα των πιθανών οργανικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συνεπειών της έγινε ευρέως αποδεκτή. Το ενδιαφέρον για τη διερεύνηση της αιτιοπαθογένειας της βουλιμίας αυξήθηκε ενώ η αναγνώριση αυτής της νέας «επιδημίας» ανάγκασε τους κλινικούς να προβληματιστούν, τόσο σχετικά με το ρόλο των κοινωνικών διαδικασιών, όσο και για τη φύση των ψυχολογικών φαινομένων στα οποία θα μπορούσε να αποδοθεί η σύγχρονη έξαρση της διαταραχής⁷¹.

3.1.1 Ορισμός βουλιμίας

Η βουλιμία είναι ψυχογενής διαταραχή που εκδηλώνεται με ακραία διατροφική συμπεριφορά. Χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας, που ακολουθούνται από ακραίες επανορθωτικές πράξεις, όπως η πρόκληση εμετού, η λήψη καθαρτικών και διουρητικών, η υπερβολική δίαιτα και η εξαντλητική γυμναστική. Η βουλιμία, όπως και άλλες ψυχογενείς παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με τη διατροφή (νευρική ανορεξία, παροξυσμική υπερφαγία), πλήττουν κυρίως τις γυναίκες, οι οποίες στην προσπάθειά τους να αποκτήσουν ένα σώμα με τέλειες αναλογίες – σύμφωνα με τα πρότυπα της σύγχρονης εποχής – υποβάλλονται σε επικίνδυνες για το σώμα, τον οργανισμό και την ψυχική τους υγεία στερήσεις - εξαντλητικές δίαιτες, αφαγία – που συχνά τις οδηγούν σε αντίθετα ακραίες εκδηλώσεις. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής από τη μία με την αφθονία και τον καταναλωτισμό και από την άλλη με την προβολή ως προτύπων των αδύνατων ανορεξικών σωμάτων έχει αυξήσει τα τελευταία χρόνια τις εκδηλώσεις τέτοιων φαινομένων. Δεν είναι τυχαίο ότι τόσο η ανορεξία όσο και η βουλιμία "άνθισαν" τις τελευταίες τρεις δεκαετίες του 20ου αιώνα - όταν η μόδα άρχισε να λανσάρει ολοένα και πιο αποστεωμένα πρότυπα ομορφιάς^{24,33}.

Τα επεισόδια υπερφαγίας εμφανίζονται συνήθως στην εφηβική ηλικία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής και οδηγούν σταδιακά στην παχυσαρκία και την κατάθλιψη. Η παθολογική διατροφική συμπεριφορά μπορεί να διαρκέσει πολλά χρόνια και η πορεία της χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις ή και από χρόνια συνεχή συμπτωματολογία. Η συχνότητα της ψυχογενούς βουλιμίας στο γενικό πληθυσμό φτάνει το 3% με 6% και είναι διπλάσια στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Ωστόσο, μεμονωμένα επεισόδια υπερφαγίας, χωρίς όμως την πλήρη εικόνα της νόσου, έχουν αναφερθεί μέχρι και στο 40% των νεαρών γυναικών^{24,33}.

3.2 Επιδημιολογία

Εξαιτίας της σχετικά πρόσφατης ταξινόμησης της νευρογενούς βουλιμίας ως ξεχωριστής νοσολογικής οντότητας, τα επιδημιολογικά δεδομένα για τη διαταραχή

αυτή είναι περιορισμένα. Η ετήσια εξάπλωση της διαταραχής έχει υπολογιστεί στο 11,15 - 13,5 % . Το ποσοστό αυτό τριπλασιάζεται όταν συμπεριληφθούν και οι υποκλινικές περιπτώσεις νευρογενούς βουλιμίας. Οι μετρήσεις της επίπτωσης της διαταραχής παρουσίασαν αύξηση μέσα στη δεκαετία 1980-1990, αλλά αυτό πιθανώς να οφείλεται στη βελτίωση της διαγνωστικής μας ικανότητας και όχι σε πραγματική αύξηση των περιστατικών^{30,71}.

Όπως και η ψυχογενής ανορεξία, η βουλιμία εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες. Μόνο το 5-10% των πασχόντων είναι άρρενες, η δε ηλικιακή ομάδα στην οποία συνήθως παρουσιάζεται η διαταραχή είναι αυτή των 20-24 ετών. Υπάρχουν μεγαλύτερα ποσοστά διατροφικών διαταραχών σε ομάδες που ασχολούνται με δραστηριότητες όπως που έχουν εξιδανικεύσει ένα αδύνατο σώμα όπως ο χορός, η ενόργανη γυμναστική, το μόντελινγκ, οι μαζορέτες, το τρέξιμο, το καλλιτεχνικό πατινάζ, η ηθοποιία και η κωπηλασία. Η βουλιμία είναι πιο συχνή στους Καυκάσιους^{30,71}.

Αναφέρεται ότι η συχνότητα της ψυχογενούς βουλιμίας σε νεαρές γυναίκες είναι 1-3%. Σε νεαρές ηλικίες είναι περισσότερο συχνή στις γυναίκες παρότι στους άνδρες σε μία σχέση 10/1. Η έναρξη της κατάστασης αυτής είναι συνήθως κατά την εφηβική ηλικία (μέση και τελική) ή κατά την αρχή της ενηλίκου ζωής. Μεμονωμένα επεισόδια υπερφαγίας χωρίς την πλήρη εικόνα της ψυχογενούς βουλιμίας έχουν αναφερθεί σε ποσοστό 40% νεαρών γυναικών. Στο γενικό πληθυσμό η συχνότητα της ψυχογενούς βουλιμίας έχει αναφερθεί σε συχνότητα 3-6% και η σχέση αγοριών προς κορίτσια 1/2^{30,71}.

Σε μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που έγινε το 2003, οι Hoek και van Hoeken διαπίστωσαν ότι: Κάθε δεκαετία μετά το 1930, η συχνότητα εμφάνισης νευρογενούς ανορεξίας σε νεαρές γυναίκες ηλικίας 5-19 ετών σημείωσε αύξηση. Κατά την περίοδο 1988 - 1993, η συχνότητα εμφάνισης νευρογενούς βουλιμίας σε γυναίκες ηλικίας 10-39 ετών τριπλασιάστηκε. Μόλις το 6% των ατόμων με βουλιμία ακολουθούν θεραπευτική αγωγή^{30,71}.

3.3 Κλινική εικόνα, συμπτωματολογία και διάγνωση

Η βουλιμία θεωρείται μια παραλλαγή της ανορεξίας, με την οποία έχει κοινά πολλά κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η διατήρηση όμως, εκ μέρους των πασχόντων από βουλιμία, σταθερού σωματικού βάρους αποτελεί χαρακτηριστικό διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο. Η βουλιμία είναι ίσως περισσότερο συχνή από την ανορεξία και έχει αρκετές ομοιότητες με τον υπερφαγικό-καθαρτικό τύπο της δεύτερης, χωρίς όμως να προκαλεί τόσο σοβαρά προβλήματα υποσιτισμού. Τα διαγνωστικά κριτήρια για την βουλιμία ήταν πιο αυθαίρετα και πιο ασαφή σε σύγκριση με εκείνα της ανορεξίας. Μολονότι τα υπερφαγικά επεισόδια αποτελούν απαραίτητο διαγνωστικό στοιχείο, δεν φαίνεται να υπάρχει συμφωνία στο τι περιλαμβάνει η έννοια της υπερφαγίας και ποια είναι η ελάχιστη απαιτούμενη συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων⁸. Όσον αφορά στην υπερφαγία μερικοί έδωσαν έμφαση στην ποσότητα της τροφής που τρώγεται, άλλοι στην υποκειμενική αίσθηση του ατόμου, και άλλοι τέλος στην ανάγκη ύπαρξης συγκεκριμένων επεισοδίων υπερφαγίας ή ενός γρήγορου ρυθμού πρόσληψης τροφής. Ακόμα πιο ασαφές είναι το κριτήριο της συχνότητας των υπερφαγικών επεισοδίων, η οποία είναι απαραίτητη για τη διάγνωση της βουλιμίας^{6,24,72,83,94}.

Τα διαγνωστικά κριτήρια που καθιερώθηκαν από τον Russel για την βουλιμία έχουν υποστεί έκτοτε αρκετές τροποποιήσεις, οι οποίες καθιστούν τη διάγνωση πιο συγκεκριμένη. Το πρώτο κριτήριο του Russel, η έντονη και μη ελεγχόμενη παρόρμηση για αυξημένη κατανάλωση τροφών, φαίνεται ότι αντιστοιχεί στο κριτήριο Α του DSM-IV και του ICD-10, στα οποία όμως δίδεται έμφαση στην ποσότητα φαγητού που καταναλώνεται από τον πάσχοντα σε ένα χρονικό διάστημα και σε σύγκριση με την κατανάλωση τροφής του μέσου πληθυσμού στον ίδιο χρόνο. Αυτή η προσέγγιση του καθορισμού της αυξημένης ποσότητας φαγητού που καταναλώνεται, αφ' ενός μεν επιτρέπει τον αντικειμενικό ορισμό και αφ' ετέρου λαμβάνει υπόψη τη μεγάλη ποικιλία της ατομικής κατανάλωσης φαγητού του γενικού πληθυσμού. Τα υπερφαγικά επεισόδια χαρακτηρίζονται από την απώλεια άσκησης ελέγχου τόσο όσον αφορά στην έναρξη τους όσο και σε σχέση με τη διακοπή τους, όταν αρχίσουν. Συνήθως των υπερφαγικών επεισοδίων προηγείται ένα δυσφορικό συναίσθημα, το οποίο μειώνεται άμεσα με την έναρξη του επεισοδίου. Στη συνέχεια όμως φαίνεται ότι ανατροφοδοτείται με την αίσθηση της σωματικής δυσφορίας αλλά και από τον

συνακόλουθο φόβο της αύξησης του βάρους. Όσον αφορά στη συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων το DSM-IV καθορίζει την ύπαρξη τουλάχιστον δυο επεισοδίων στη διάρκεια μιας εβδομάδας και για διάστημα τριών μηνών σαν απαραίτητο διαγνωστικό κριτήριο. Το DSM-IV επίσης για πρώτη φορά θεσπίζει δυο διαφορετικούς τύπους, τον καθαρτικό και τον μη καθαρτικό τύπο βουλιμίας, ενώ παράλληλα αποκλείει τα περιστατικά εκείνα βουλιμικής συμπεριφοράς που επισυμβαίνουν κατά την κλινική πορεία της ανορεξίας, σε μια προσπάθεια καθορισμού περισσότερο αυστηρών διαγνωστικών κριτηρίων. Τέλος και οι δυο πρόσφατες αναθεωρήσεις των ταξινομικών συστημάτων (DSM-IV και ICD-10) δίνουν έμφαση στην εκτίμηση του εαυτού του από τον ίδιο τον πάσχοντα και στην επίμονη ενασχόληση του με το βάρος και το σχήμα του σώματος του^{6,24,72}.

Όσον αφορά στα επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δυο που ακολουθούν: 1) Το να φάει κανείς, σε μια καθορισμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε δυο ώρες), μια ποσότητα φαγητού σαφώς μεγαλύτερη από εκείνη που ο περισσότερος κόσμος στην ίδια χρονική περίοδο και κάτω από τις ίδιες συνθήκες μπορεί να φάει. 2) Η ύπαρξη μιας αίσθησης απώλειας ελέγχου της υπερφαγίας κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. η αίσθηση ότι δεν μπορεί κανείς να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει το τι και το πόσο τρώει)^{6,24,72}.

Ακόμη, η επανειλημμένη μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά προς αποφυγή αύξησης του βάρους, όπως προκλητοί εμετοί, κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμακευτικών ουσιών, έντονη άσκηση, αποτελούν σύμπτωμα. Η υπερφαγία και η μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά επισυμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για διάστημα τριών μηνών. Σημαντικό ρόλο έχει και ο τρόπος εκτίμησης του εαυτού που επηρεάζεται αδικαιολόγητα από το σωματικό σχήμα και βάρος⁷².

Σημαντικό είναι όμως το να προσδιορίσουμε και τους δύο τύπους βουλιμίας. Καθαρτικός τύπος: Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς βουλιμίας, ο πάσχων έχει εμπλακεί αναγκαστικά σε αυτοπροκλητούς εμετούς ή κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών. Μη καθαρτικός τύπος Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, ο πάσχων χρησιμοποιεί άλλες μη φυσιολογικές αντιρροπιστικές συμπεριφορές όπως νηστεία ή έντονη

άσκηση αλλά δεν έχει εμπλακεί υποχρεωτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών. Τα διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας σχετίζονται με την επιμένουσα υπεραπασχόληση με τη διατροφή και ακατανίκητη επιθυμία για πρόσληψη τροφής. Ο ασθενής υποκύπτει στην επιθυμία του να τρώει υπερβολικά, με επεισόδια υπερφαγίας κατά τα οποία πολύ μεγάλες ποσότητες τροφής καταναλίσκονται σε βραχείες χρονικές περιόδους. Ο ασθενής προσπαθεί επίσης να αντιρροπήσει την «παχυντική» επίδραση της τροφής με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: α) Αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, β) Κατάχρηση καθαρτικών ουσιών, γ) Εναλλασσόμενες περίοδοι αποχής από τη πρόσληψη τροφής, δ) Χρήση φαρμάκων όπως ανορεκτικών, θυρεοειδικών σκευασμάτων ή διουρητικών. Οι διαβητικοί ασθενείς με βουλιμία μπορεί να παραμελήσουν τη θεραπεία τους με ινσουλίνη. 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 αποτελεί το 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, αν έχει προσλάβει ελάσσονα 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^{24,72,83,94}.

3.4 Εικόνα βουλιμικού ασθενή

Η κλινική εικόνα του βουλιμικού ασθενούς είναι αρκετά διακριτή. Οι πάσχοντες προσπαθούν να ασκήσουν έλεγχο στο σωματικό τους βάρος είτε με συγκεκριμένη δίαιτα, μένοντας μακριά από τροφές υψηλής θερμιδικής απόδοσης, είτε μέσω αυτοπροκλητών εμετών και κατά- χρήσης υπακτικών. Στα αρχικά στάδια οι κλινικές εκδηλώσεις της Ψ Β δεν γίνονται αντιληπτές από το περιβάλλον των ασθενών. Οι πάσχοντες φροντίζουν να συγκαλύπτουν επιμελώς τις συμπεριφορές τους, με αποτέλεσμα, ακόμα και για χρόνια, να παραμένουν κρυφά τα υπερφαγικά

επεισόδια και οι εμετοί. Άλλοι όμως ασθενείς αφήνουν εμφανή σημεία της διαταραγμένης συμπεριφοράς τους, όπως σωρούς από αδειανά δοχεία φαγητών στην κουζίνα ή πλαστικές σακούλες με εμέσματα κάτω από τα κρεβάτια, πιθανόν για να υποδηλώσουν το μέγεθος του προβλήματος. Τα βουλιμικά επεισόδια κατά κανόνα σχεδιάζονται και οι τροφές αποθηκεύονται ώστε να καταναλωθούν σε χρόνο που δε θα υπάρχει πιθανότητα να διακοπεί αυτή η δραστηριότητα. Οι τροφές που χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς αυτούς διαλέγονται ώστε να είναι εύκολη η κατάποση και η εξέμεσή τους. Κατά κανόνα είναι ουσίες με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπη και υδατάνθρακες, τις οποίες οι ίδιοι οι ασθενείς αρνούνται κάτω από άλλες συνθήκες. Μερικές φορές η ποσότητα της τροφής που καταναλώνεται περιέχει μέχρι και το 30πλάσιο σε θερμιδική αξία από την τροφή που θα καταναλωνόταν κάτω από φυσιολογικές συνθήκες. Συνήθως οι βουλιμικοί ασθενείς έχουν την τάση να τρώνουν γρήγορα και κρυφά μεγάλες ποσότητες τροφών, ακόμα και χωρίς να τις μασήσουν^{6,63,71}.

Τα βουλιμικά επεισόδια συχνά επισυμβαίνουν κατά τη διάρκεια των νυκτερινών ωρών. Ασθενείς με χρόνια εξέλιξη παρουσιάζουν επεισόδια υπερφαγίας με βραδύτερους ρυθμούς ενώ άλλοι τσιμπολογάνε με τις ώρες μικρές ποσότητες τροφών. Οι περισσότεροι βουλιμικοί ασθενείς έχουν φυσιολογικό σωματικό βάρος, μερικοί όμως από αυτούς μπορεί να είναι υπέρβαροι ή το αντίθετο ελλιποβαρείς. Οι ασθενείς αυτοί έχουν ιδιαίτερη ενασχόληση με την εικόνα του σώματος τους και τη συνολική τους εμφάνιση και φαίνεται να ανησυχούν για τη γνώμη που έχουν οι άλλοι γι' αυτούς αλλά και για τη σεξουαλική τους ελκυστικότητα. Πάντως σε σχέση με τους ανορεκτικούς ασθενείς οι βουλιμικοί είναι περισσότερο σεξουαλικά ενεργοί. Από τις δυο υποκατηγορίες των βουλιμικών ασθενών που προβλέπει το DSM-IV εκείνοι που ανήκουν στον καθαρτικό τύπο θεωρούνται σαν ομάδα κινδύνου για σωματικού τύπου επιπλοκές, όπως υποκαλιαμία ή υπογλωρραιμική αλκάλωση, μπορεί μάλιστα να ακολουθούν διαφορετική πορεία από εκείνους του μη καθαρτικού τύπου, οι οποίοι παρουσιάζουν υπερφαγία και στη συνέχεια κάνουν δίαιτα και ασκούνται συστηματικά. Τα επεισόδια υπερφαγίας, που είναι ίσως τα πιο εντυπωσιακά συμπτώματα της βουλιμίας, μπορεί να σταματήσουν, προσωρινά, είτε κάτω από κοινωνική πίεση είτε από αίσθημα σωματικής δυσφορίας (όπως πόνος στην κοιλιακή χώρα ή ναυτία), ενώ μπορεί να ακολουθούνται και από συναισθήματα ενοχής. Τα καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα που παρατηρούνται μετά τα υπερφαγικά επεισόδια

χαρακτηρίζονται σαν μεταυπερφαγική αγωνία. Η χρήση τέλος ή και κατάχρηση κατασταλτικών της όρεξης, υπακτικών, διουρητικών, η επίπονη και επίμονη δίαιτα αλλά και η εξουθενωτική άσκηση αποτελούν τους πλέον προσφιλείς τρόπους, εκτός από τους αυτοπροκλητούς εμετούς, που προτιμούν οι πάσχοντες από βουλιμία για τον έλεγχο του σωματικού τους βάρους^{71,72}.

3.5 Ο ρόλος των φαρμάκων στη βουλιμία

Όσοι ανησυχούν να μην πάρουν βάρος, βουλιμικοί και ανεξέλεγκτοι υπέρφαγοι, συχνά καταφεύγουν σε κάθε είδους φάρμακα για να αδυνατίσουν ή να μην παχύνουν. Ας αναφερθούμε στα πιο συνηθισμένα από αυτά.

Τα θυρεοειδικά εκχυλίσματα επιταχύνουν το βασικό μεταβολισμό και συντελούν αποτελεσματικά στην απώλεια βάρους. Ένα μεγάλο μέρος όμως του βάρους που χάνεται, αποτελείται από λεπτή μάζα και ιδιαίτερα μύες. Οι ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού κατ'επέκταση μειώνονται, γεγονός που κάνει την ανάκτηση βάρους μετά τη διακοπή της αγωγής σχεδόν αναπόφευκτη. Τα θυρεοειδικά εκχυλίσματα μπορούν να προκαλέσουν εξάψεις, εφίδρωση, ταχυπαλμίες, φυσικές καθώς και καρδιακές διαταραχές, μερικές φορές θανατηφόρες. Γιατροί χωρίς ενδοιασμούς χορηγούν χάπια και κρέμες με βάση τις θυρεοειδικές ορμόνες, τα οποία αποκαλούν συνήθως «ομοιοπαθητικές συνταγές» ανάμεσα σε άλλες γενικότερες αγωγές^{59,90}.

Τα διουρητικά προτιμούνται από κάποιους βουλιμικούς και παχύσαρκους. Η απώλεια του νερού όμως δεν είναι απώλεια λίπους. Το βάρος που χάνεται λόγω αφυδάτωσης επανεμφανίζεται μετά τη διακοπή της λήψης διουρητικών. Διακινδυνεύουμε σε αυτό το μικρό παιχνίδι, πτώση της πίεσης και κόπωση, ιλίγγους και ανακοπές. Η διαφυγή ποτασίου στα ούρα μπορεί να προκαλέσει ενίοτε θανατηφόρες διαταραχές του καρδιακού ρυθμού^{59,90}.

Παρόμοια, τα καθαρτικά σε μεγάλη δόση –προκαλώντας διάρροια– εμποδίζουν την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών. Η απώλεια νερού και μεταλλικών αλάτων, επιφέρει και εδώ πτώση της πίεσης, κόπωση, ιλίγγους και

ανακοπές, καθώς και καρδιακά προβλήματα, που αποδεικνύονται ορισμένες φορές θανατηφόρα. Όταν λαμβάνονται σε πι λογικές δόσεις, τα καθαρτικά δεν έχουν καμία επίπτωση στο βάρος^{59,90}.

Οι αμφεταμίνες που αναστέλλουν την πένα καθυστερούν τη εκδήλωσή της και ελαττώνουν την ποσότητα των γευμάτων. Επιφέρουν όμως εγκεφαλική και φυσική διέγερση που ακολουθείται από μία καταθλιπτική περίοδο, η οποία απαιτεί νέα λήψη αμφεταμίνης και δημιουργεί εξάρτηση. Στο μεταξύ παρατηρούνται καταθλιπτικές καταστάσεις και σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές⁵⁹.

Τα καινούργια ανασταλτικά της πείνας, όπως η φενφλουραμίνη, δεν έχουν διεγερτική επίπτωση στο νευρικό σύστημα και δεν προκαλούν εξάρτηση. Χάρη στην επίδρασή τους –ιδίως όσον αφορά τρόφιμα πλούσια σε γλυκίδια, τα οποία καταναλώνονται άμεσα στα γεύματα- προτείνονται μερικές φορές ως αγωγή για τις «μεγάλες πείνες» και τις βουλιμίες σακχάρων⁵⁹.

Τέλος, κάποια αντικαταθλιπτικά φάρμακα, όπως η ημιπραμίνη ή η φλουβοξαμίνη, φαίνεται ότι έχουν ευνοϊκή δράση κατά των βουλιμιών και άλλων ανεξέλεγκτων υπερφαγιών. Ωστόσο, φαίνεται ότι αυτή η επίδραση είναι παροδική. Κανένα από τα φάρμακα δεν επιτρέπει τη ρύθμιση των διατροφικών λήψεων και του βάρους χωρίς να προκαλέσει βλάβες στην υγεία⁵⁹.

3.6 Αιτιολογικοί παράγοντες

Τα ακριβή αίτια της βουλιμίας δεν είναι γνωστά, αλλά φαίνεται ότι εμπλέκουν τόσο την προσωπικότητα των ατόμων, όσο και την έκθεσή τους στα πρότυπα των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών που υμνούν την κομψότητα και την ομορφιά, αλλά και μια μικρή γενετική συνδρομή. Δεν είναι τυχαίο ότι οι διαταραχές διατροφής «άνθισαν» τις τελευταίες δεκαετίες του 20ου αιώνα, όταν τα διεθνή πρότυπα μόδας άρχισαν να λανσάρουν όλο και πιο αποστεωμένα πρότυπα ομορφιάς^{29,59}.

Ξεκινώντας από την παιδική ηλικία, το παιδί συχνά δέχεται αντικρουόμενα μηνύματα σχετικά με το φαγητό κατά τη διάρκεια της ζωής του. Έτσι, στην παιδική ηλικία το καλό παιδί είναι αυτό που τρώει όλο το φαγητό του, ενώ στην εφηβεία ο

αποδεκτός, από τους συνομηλίκους του κι από τον εαυτό του, έφηβος είναι αυτός που έχει ένα αδύνατο, ελκυστικό για τα πρότυπα της εποχής μας, σώμα. Έτσι ο έφηβος από τη μια πλευρά νιώθει ανακούφιση κάθε φορά που τρώει μιας και έτσι έχει μάθει κατά την παιδική του ηλικία να είναι «το καλό παιδί» κι από την άλλη κάθε φορά που τρώει πολύ νιώθει απορριπτέος από την παρέα του και αποκλίνων από τα δυτικά πολιτισμικά πρότυπα ομορφιάς. Η βουλιμία περιλαμβάνει και τα δυο αυτά στάδια.^{29,59}

Επίσης φαίνεται ότι οι οικογενειακές σχέσεις των βουλιμικών ασθενών είναι προβληματικές. Οι οικογένειες αυτές δεν εκφράζουν συνήθως συναισθήματα και είναι περισσότερο επιθετικές, παρά υποστηρικτικές. Ανάμεσα στα μέλη τους έχουν παρατηρηθεί ειδικά πρότυπα συμπεριφοράς και αλληλεπίδρασης, όπως ο προσανατολισμός στη διάκριση και την επιτυχία, το χάος, η μη συνεκτικότητα, οι ανοιχτές συγκρούσεις και η αίσθηση ότι η μητέρα είναι αδιάφορη. Δεν λείπουν οι αλληλοκατηγορίες καθώς και ο αμοιβαίος έλεγχος των σχέσεων των μελών της οικογένειας. Πιο σύνθετες φαίνεται να είναι οι σχέσεις μητέρας-κόρης, η οποία είναι αυτή συνήθως που παρουσιάζει την ασθένεια.. Η μητέρα και η κόρη αντιδρούν με έναν σκυθρωπό και θυμωμένο τρόπο η μία απέναντι στην άλλη. Οι προσπάθειες της κόρης να διεκδικήσει τις ξεχωριστές της ανάγκες υπονομεύονται αναπόφευκτα από μια τέτοια εχθρική υποταγή. Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει πως οι γονείς βουλιμικών γυναικών εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας που εκφράζονται με υψηλότερη συχνότητα προβληματικών συμπεριφορών με το αλκοόλ, κατάθλιψη, αποπειρών αυτοκτονιών, θεραπείας για ψυχικό πρόβλημα και αντικοινωνικών συμπεριφορών, ενώ όσον αφορά στη σεξουαλική κακομεταχείριση βρέθηκε ότι 1 στους 4 βουλιμικούς ασθενείς είχαν δεχτεί σεξουαλική κακοποίηση⁶⁴.

3.6.1 Διαταραχές στις ορμόνες

Η δοκιμασία καταστολής της δεξαμεθαζόνης έχει βρεθεί θετική από τους περισσότερους ερευνητές. Ο περιορισμός των θερμίδων φαίνεται ότι σχετίζεται με τα επίπεδα της κορτιζόλης στο πλάσμα. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η ανωμαλία στη δοκιμασία δεξαμεθαζόνης είναι αποτέλεσμα της προσωρινής μείωσης στη λήψη

θερμίδων. Επίσης, η απάντηση της ACTH στον παράγοντα CRF είναι μειωμένη όπως σε πολλές καταστάσεις που παρατηρείται υπερκορτιζολαιμία. Άλλοι ερευνητές έχουν παρατηρήσει φυσιολογικά επεισόδια έκκρισης κορτιζόλης σε βουλιμικές ασθενείς χωρίς διαταραχές της E.P. Αντίθετα, βουλιμικές ασθενείς με αμηνόρροια είχαν αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης κατά τη διάρκεια των νυχτερινών ωρών⁵⁹.

i) Άξονας υποθάλαμος-υπόφυση-θυρεοειδής

Η απάντηση της TSH στον παράγοντα TRH σε βουλιμικούς ασθενείς σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες ποικίλλει στις διάφορες μελέτες. Βρέθηκε φυσιολογική, μειωμένη, ή φυσιολογική αλλά με καθυστερημένη απάντηση. Η απάντηση της GH και της προλακτίνης στον παράγοντα TRH σε βουλιμικούς ασθενείς βρέθηκε αυξημένη όπως και τα βασικά επίπεδα της GH στο πλάσμα. Τα επίπεδα της TSH, T, και T4 στο πλάσμα βουλιμικών ασθενών είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια^{36,89}.

ii) Αυξητική ορμόνη (GH) και προλακτίνη (PRL)

Αυξημένα επίπεδα GH έχουν βρεθεί στους βουλιμικούς ασθενείς τις νυχτερινές ώρες. Τα επίπεδα της προλακτίνης τις νυχτερινές ώρες παρουσιάζουν μικρότερη αύξηση σε βουλιμικούς ασθενείς από ό,τι σε υγιείς μάρτυρες. Το εύρημα αυτό έχει συνδεθεί με τη μειωμένη παραγωγή οιστρογόνων στους βουλιμικούς ασθενείς^{36,89}.

3.6.2. Διαταραχές νευρομεταβιβαστικών συστημάτων

i) Νευροπεπτίδια

Τα επίπεδα της β-ενδορφίνης στο ENY βουλιμικών γυναικών ήταν χαμηλότερα σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες. Τα επίπεδα της δυνορφίνης δεν διέφεραν. Ωστόσο τα επίπεδα της β-ενδορφίνης συσχετίστηκαν αρνητικά με τη βαθμολογία της κατάθλιψης. Δεν είναι γνωστό ακόμη αν οι μεταβολές αυτές οφείλονται στα επεισόδια υπερφαγίας/εμέτων στην απίσχνανση ή είναι χαρακτηριστικό που προδιαθέτει στη βουλιμία. Τα επίπεδα του NPY και του PYY που διεγείρουν στα πειραματόζωα τη συμπεριφορά πρόσληψης τροφής, ήταν

φυσιολογικά στο ENY βουλιμικών ασθενών με επεισόδια υπερφαγίας και λήψη καθαρτικών. Τριάντα ημέρες μετά την αποδρομή της βουλιμικής συμπεριφοράς τα επίπεδα του PYY αυξήθηκαν ενώ τα επίπεδα του NPY παρέμειναν στα ίδια επίπεδα. Η ερμηνεία του ευρήματος αυτού είναι προς το παρόν δυσχερής. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο ρόλος της χολοκυστοκινίνης (CCK) στη ρύθμιση του κορεσμού. Μια ομάδα ερευνητών ανέφερε ότι η απάντηση της CCK σε πειραματικό γεύμα ήταν μειωμένη σε βουλιμικούς ασθενείς σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες. Μετά από θεραπεία με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα βουλιμικά επεισόδια μειώθηκαν ενώ αυξήθηκε η απάντηση της CCK σε πειραματικό γεύμα όπως ο κορεσμός^{22,29,33}.

ii) Νοραδρενεργικό Σύστημα

Τα επίπεδα της 3-μεθυξυλυδροξυφαινυλγλυκόλης(MHPΘ), κύριου μεταβολίτη της νορεπινεφρίνης (N E), έχει αναφερθεί ότι είναι μειωμένα στα ούρα βουλιμικών ασθενών σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες. Επίσης, μειωμένα επίπεδα N E έχουν βρεθεί στο πλάσμα και το ENY βουλιμικών ασθενών σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες. Με την αύξηση του βάρους 55 των ανορεκτικών ασθενών αυξάνονται και τα επίπεδα της N E και του MHPG. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας έχει παρατηρηθεί αύξηση των επιπέδων της N E στο πλάσμα βουλιμικών ασθενών, ενώ σε περιόδους απουσίας βουλιμικών επεισοδίων και εμετών τα επίπεδα N E έχουν βρεθεί μειωμένα. Η δοκιμασία κλονιδίνης σε βουλιμικούς ασθενείς (χορήγηση κλονιδίνης-μέτρηση αυξητικής ορμόνης) δεν κατέδειξε ανωμαλίες α2-αδρενεργικών υποδοχέων στον υποθάλαμο. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι οι ανωμαλίες στο νοραδρενεργικό σύστημα των βουλιμικών ασθενών συνδέονται με τις διαιτητικές συνθήκες^{22,29,33}.

iii) Σεροτονινεργικό σύστημα

Έχει διατυπωθεί ή άποψη ότι η μειωμένη κεντρική σεροτονινεργική δραστηριότητα είναι προδιαθεσικός παράγον για την ανάπτυξη της βουλιμίας. Η άποψη αυτή βασίζεται στα ευρήματα από μελέτες σε πειραματόζωα για το ρόλο της σεροτονίνης στη ρύθμιση της πείνας και της αντίληψης του κορεσμού. Χορήγηση ανταγωνιστών της σεροτονίνης οδηγεί στην κατανάλωση πλουσιότερων γευμάτων και προκαλεί αύξηση του βάρους. Αντίθετα, η χορήγηση αγωνιστών προκαλεί μείωση της πρόσληψης τροφής. Οι βουλιμικοί ασθενείς με περισσότερα από δυο επεισόδια

υπερφαγίας έχουν χαμηλότερα επίπεδα 5-HIAA, σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες και βουλιμικούς ασθενείς με λιγότερο συχνά επεισόδια υπερφαγίας. Ωστόσο, άλλοι ερευνητές δεν βρήκαν διαφορές στα επίπεδα του 5-HIAA στο ENY μεταξύ βουλιμικών ασθενών και υγιών μαρτύρων. Η χορήγηση m-χλωροφαινυλπιπεραζίνης (m-cpp), αγωνιστή των σεροτονινεργικών υποδοχέων, έχει ως αποτέλεσμα μειωμένη έκκριση PRL σε βουλιμικούς ασθενείς σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες⁸⁰. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ανωμαλία στους μετασυναπτικούς σεροτονινεργικούς υποδοχείς. Το ίδιο παρατηρείται από τη χορήγηση L-τροπτοφάνης σε βουλιμικούς ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη. Και το εύρημα αυτό είναι ενδεικτικό μειωμένης σεροτονινεργικής λειτουργίας^{22,29,33}.

iv) Ντοπαμινεργικό Σύστημα

Τα επίπεδα του ομοβανιλλικού οξέος (HVA, κύριου μεταβολίτη της ντοπαμίνης), βρέθηκαν μειωμένα σε βουλιμικούς ασθενείς με μεγάλη συχνότητα επεισοδίων υπερφαγίας⁷⁹. Τα ευρήματα αυτά είναι ενδεικτικά ανωμαλιών στις ντοπαμινεργικές οδούς, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε μειωμένη ικανοποίηση μετά τη λήψη τροφής η οποία με τη σειρά της ευοδωθεί τη βουλιμική συμπεριφορά. Όσα αναφέρθηκαν, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν διαταραχές σε πολλά φυσιολογικά συστήματα στις διαταραχές της πρόσληψης τροφής. Υπάρχουν αρκετά δεδομένα για δυσλειτουργία του σεροτονινεργικού συστήματος στην ψυχογενή ανορεξία υπό μορφή χαρακτηριστικού και μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα στην βουλιμία. Η υπερέκκριση του παράγοντα CRF μπορεί να συμμετέχει στη διατήρηση της ανορεκτικής συμπεριφοράς και την έναρξη υποτροπής. Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις για συμμετοχή του ντοπαμινεργικού συστήματος, αλλά περισσότερες μελέτες είναι απαραίτητες. Το ίδιο ισχύει για τα νευροπεπτίδια, χωρίς να λησμονείται το γεγονός ότι αμινεργικά και πεπτιδεργικά συστήματα αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Η έρευνα προς την κατεύθυνση αυτή μπορεί να αποδειχθεί αρκετά σημαντική για την κατανόηση των διαταραχών της πρόσληψης τροφής και την εφαρμογή πιο αποτελεσματικών θεραπευτικών μέσων^{22,29,33}.

3.6.3 Ο ρόλος της οικογένειας

Πολλές ψυχαναλυτικές θεωρίες χτίστηκαν εξ αρχής γύρω από την ιδέα μιας κακής μητέρας. Έτσι η μητέρα των βουλιμικών ατόμων έχει περιγραφεί ως ψυχρό άτομο: καθοδηγείται από το καθήκον το οποίο πρέπει να φέρει εις πέρας, απεχθάνεται τις σωματικές επαφές με το παιδί της και αποφεύγει τις εκδηλώσεις στοργής. Αγχωμένες από την ιδέα ότι ίσως να μην είναι καλές μητέρες, μπορεί να το παρακάνουν και εύκολα να προβαίνουν σε καταχρήσεις. Στην πραγματικότητα λοιπόν είναι γυναίκες εύθραυστες, αγχώδεις, ανικανοποίητες, με καταθλιπτικές τάσεις. Μπορεί εύκολα να χρησιμοποιούν το παιδί τους ως δεκανίκι, ως ναρκισσιστικό αντικείμενο. Οικειοποιούνται την ομορφιά του παιδιού τους, τις σχολικές επιτυχίες με στόχο την καταξίωση. Το παιδί αρχικά ανταποκρίνεται στις προσδοκίες της μητέρας και οι δυσκολίες αρχίζουν να εμφανίζονται στην εφηβεία με τις προσπάθειες αυτονομησης. Τον πατέρα τον έχουν περιγράψει ως ξεθωριασμένη προσωπικότητα, χωρίς κύρος, ή πάλι ως ένα πατέρα σωματικά και ηθικά απόντα, προσηλωμένο στο επάγγελμά του ή ακόμα εξαφανισμένο ή πεθαμένο. Ακόμα, οι γονείς βουλιμικών εφήβων μπορεί να φαίνονται πιο εύθραυστοι, λιγότερο συγκροτημένοι, ίσως και καταθλιπτικοί^{14,33}.

Η οικογενειακή θεραπεία αντί να ενδιαφερθεί για την ατομική παθολογία των γονιών, ρίχνει το βάρος στις δια-οικογενειακές σχέσεις. Η ψυχοσωματική οικογένεια, έτσι όπως περιγράφεται από τον ειδικό της οικογενειακής θεραπείας Σαλβαντόρ Μινουσέν, ανάμεσα σε άλλα είναι ένα φυτώριο διανοητικής ανορεξίας, βουλιμίας ή υπερφαγικής παχυσαρκίας. Αυτή η ψυχοσωματική οικογένεια χαρακτηρίζεται από επιπλοκή των σχέσεων ανάμεσα στα μέλη καθώς και από υπερβολική εγγύτητα και δυσανάλογη ένταση, υπερπροστασία, αυστηρότητα, έλλειψη προσαρμοστικότητας, ανικανότητα αντιμετώπισης των κρίσεων και έλλειψη ανοχής στις συγκρούσεις. Οι γονείς ανίκανοι να υπερβούν τις μεταξύ τους δυσκολίες, μπορεί να τις μετατρέπουν σε δυσκολίες όλης της οικογένειας εμπλέκοντας και τα παιδιά τους. Σε αυτά τα πλαίσια, το παιδί μπορεί να «συγκεντρώσει» πάνω του τις ενδοοικογενειακές εντάσεις και να μετατραπεί σε αποδιοπομπαίο τράγο. Αυτός ο ρόλος ευνοεί με τη σειρά του, μέσω του στρες που δημιουργεί, τις διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς και στην προκειμένη τη βουλιμία^{14,33}.

Επιπλέον, κατά τον Γ. Κίνστον, η κινητήρια δύναμη των οικογενειών με βουλιμικά παιδιά είναι η διάσωση των κοινωνικών προσχημάτων. Πρόκειται για υποδειγματικές οικογένειες, αλλά μόνο σε ό,τι αφορά τα προσχήματα. Οι γονείς εύθραυστοι, αντιφατικοί, ασταθείς, ανίκανοι να δώσουν στοργή, υιοθετούν ένα τελείως επίπλαστο τρόπο ομιλίας. Μέσα σε αυτή την κατάσταση, τα παραπανίσια κιλά του παιδιού θεωρείται απαράδεκτο στίγμα και συνεπάγεται την απόρριψη. Οι «χαοτικές οικογένειες», ευάλωτες, με τη διχόνοια, τον αυταρχισμό και την ασυδοσία να βασιλεύουν στο εσωτερικό τους, αποτελούν πρόσφορο έδαφος για την εμφάνιση της βουλιμίας^{14,33}.

3.6.4 Πολιτισμικοί παράγοντες

Η άποψη της αιτιολογικής σύνδεσης κοινωνικών παραγόντων και πολιτισμικών διαδικασιών με την Ψυχογενή Ανορεξία, χρονολογείται από παλιά και έχει συγκεντρώσει το ενδιαφέρον περισσότερο από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Ο Fenwick, υπαινίχθηκε το ρόλο κοινωνικών δυνάμεων, όταν περιέγραψε την ψυχογενή ανορεξία ως διαταραχή που αφορούσε κυρίως στις ανώτερες τάξεις. Οι Bliss και Branch, διατύπωσαν την υπόθεση ότι η υπερασχόληση της αμερικανικής κοινωνίας με την ισχύτητα ήταν ένας κοινός παράγοντας που σηματοδοτούσε την έναρξη της ανορεκτικής διαδικασίας σε νεαρές κοπέλες. Λίγο αργότερα, η Branch εισηγήθηκε πως η έμφαση στην ισχύτητα, όπως καλλιεργείται από τη μόδα και τα μέσα ενημέρωσης, προκαλούν την ενίσχυση και τη διασπορά των κοινωνικών προτύπων τα οποία αποτελούν το υπόστρωμα για την ανάπτυξη των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Οι μεταγενέστερες απόψεις συνέχισαν να υπογραμμίζουν τις πιέσεις που δέχονται οι νεαρές γυναίκες για να επιτύχουν την επιβραβευόμενη κοινωνικά εμφάνιση «συλφίδας». Παράλληλα, άρχισαν να διατυπώνονται απόψεις και για άλλες κοινωνικές επιδράσεις, οι οποίες συνδέονται με τις αλλαγές του κοινωνικού ρόλου των νεαρών γυναικών, στις οποίες στη σύγχρονη εποχή, επιτρέπεται να έχουν περισσότερες δραστηριότητες και ευκαιρίες, με πολύ σημαντική ανάμεσα σε αυτές, εκείνη της ανάπτυξης της σεξουαλικότητάς τους. Η φεμινιστική άποψη διαμόρφωσε την πρόταση ότι ο σύνθετος & αντιφατικός ρόλος της γυναίκας στη σύγχρονη

κοινωνία, η οποία παραμένει πατριαρχική, οδηγεί σε ανασφάλεια και εσωτερικές συγκρούσεις και αυτές με τη σειρά τους αποτελούν το υπόστρωμα για την ανάπτυξη ορισμένων χαρακτηριστικών ανορεκτικών στάσεων και συμπεριφορών^{33,57}.

Η Boskind-Lodahl γράφει ότι η επιρρέπεια προς τις διαταραχές πρόσληψης τροφής πηγάζει από την αποδοχή εκ μέρους των γυναικών του παθητικού και «συμβιβαστικού» ρόλου όπως προσδιορίζεται πολιτισμικά. Υπογραμμίζει τη σύγκρουση ανάμεσα στην ανάγκη για αυτοαξιολόγηση και τον υπερβολικό φόβο της ανδρικής εξουσίας, που συνυπάρχουν ως κυρίαρχες κοινωνικές επιδράσεις πάνω στη γυναικεία ψυχολογία. Θεωρεί ότι το αποτέλεσμα αυτής της σύγκρουσης μπορεί να είναι η εξάρτηση της αυτοεκτίμησης από την επίτευξη της επιθυμούμενης ισχνής εμφάνισης^{33,57}.

Ένας ακόμα προδιαθεσικός παράγων που έχει θεωρηθεί ότι παίζει σημαντικό ρόλο σε ορισμένα κοινωνικοπολιτιστικά περιβάλλοντα, είναι η υιοθέτηση του ασκητικού ιδεώδους. Οι Bliss και Branch, σημείωσαν την έμφαση στη χρήση ασκητικών πρακτικών. Πράγματι, μερικές ανορεξικές κοπέλες της σημερινής εποχής, έχουν ομοιότητες στις πρακτικές τους, με τις κοπέλες που στη διάρκεια του μεσαίωνα υποβάλλονταν σε εξαντλητικές νηστείες για λόγους θρησκευτικούς. Άλλοι συγγραφείς, όπως ο Yates, παρατήρησαν την ιδιαίτερη παρουσία άλλων ασκητικών πρακτικών που έχουν πολιτισμικά επιδοκιμαστεί, όπως η αναγκαστική γυμναστική σε άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής^{33,57}.

Τα στοιχεία που έχουν προκύψει από μελέτες των επιδημιολογικών δεδομένων, υποστηρίζουν τις υποθέσεις για την αιτιοπαθογενετική δράση πολιτισμικών παραγόντων στις διαταραχές πρόσληψης τροφής, ιδιαίτερα για την ψυχογενή ανορεξία. Ήδη από τη δεκαετία του '60, η αύξηση των περιστατικών στις περισσότερες δυτικές χώρες, τράβηξαν την προσοχή των κλινικών. Παρατηρήσεις σε άλλες περιοχές, υποστηρίζουν το ρόλο της κοινωνικής πίεσης προς το λεπτό σωματικό ιδεώδες. Παραδείγματος χάρη, σε κοινωνίες όπου απουσιάζει ο Ινδικός τρόπος ζωής και όπου τα γυναικεία ιδεώδη δεν συνδέονται με τη λεπτότητα του σώμα θα έπρεπε από παιδιά να δένουν σφικτά τους άκρους πόδες τους, πράγμα που θεωρείτο απαραίτητο σύμβολο ομορφιάς και ελκυστικότητας, συνδυαζόμενο με την ανικανότητα να εκτελούν σωματικές εργασίες, ενώ επιπλέον αυτό τις καθιστούσε ανήμπορες να περπατήσουν και έπρεπε να μεταφέρονται. Στο 19ο αιώνα, η επίτευξη

του γυναικείου ιδεώδους ομορφιάς απαιτούσε τη χρησιμοποίηση στενού κορσέ, μια πρακτική που προκαλούσε την εμφάνιση δυσπεψίας, δυσκοιλιότητας και γενικευμένης αδυναμίας. Στις αρχές του 20ού αιώνα, οι γυναίκες έπρεπε να δένουν το στήθος με εξαρτήματα της ένδυσης που έκαναν το θώρακα να φαίνεται επίπεδος^{30,33}.

Γενικά, τα σώματα των γυναικών θεωρούνταν διαρκώς ατελή, σε μια συνεχή προσπάθεια να «βελτιώνονται» ώστε να προσαρμόζονται στα καθοριζόμενα πολιτισμικά πρότυπα ομορφιάς. Το σύγχρονο ιδεώδες γυναικείας ομορφιάς στη Δυτική κουλτούρα απαιτεί να είναι λεπτή και απόλυτα σωματικά γυμνασμένη, «σε φόρμα». Η σύγχρονη κοινωνία είναι ικανή να προχωρήσει διαρκώς πιο πέρα, χρησιμοποιώντας την τεχνολογική εξέλιξη και την πρόοδο στην κατασκευή των καλλυντικών προκειμένου να επιτευχθεί το ιδανικό σώμα. Έτσι, προκύπτει το αποτέλεσμα, οι γυναίκες για να προσεγγίσουν το σωματικό ιδεώδες να αναγκάζονται να κάνουν δίαιτα και να γυμνάζονται. Μόνο στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι μερικές εκατοντάδες δισεκατομμύρια δολάρια ξοδεύονται κάθε χρόνο από καταναλωτές, στην πλειοψηφία τους γυναίκες, που επιδιώκουν να προσεγγίσουν την ιδανική εικόνα σώματος: σε προγράμματα διαίτας, γυμναστήρια και εξαρτήματα γυμναστικής, καλλυντικά, ρούχα της μόδας καθώς και κοσμητικές χειρουργικές επεμβάσεις όπως πλαστικές στήθους, λιποαναρροφήσεις, liftings, κ.λπ., με στόχο να «φαίνονται καλά». «Στην κατευθυνόμενη από την πρόοδο της τεχνολογίας κοινωνία μας, μοιάζει σαν, ο στόχος να φαίνεται κανείς καλά, να είναι δυνατόν να επιτευχθεί από οποιονδήποτε, αρκεί να εργάζεται αρκετά σκληρά, να γυμνάζεται αρκετά και να περιορίζει τη δίαιτα του αρκετά όπως γράφουν οι Wilfley και Rodin^{33,57}.

Το ιδανικό σώμα έχει και επιπλέον συμβολικές σημασίες: επιτυχία, αυτο-έλεγχο και αποδοχή. Τα μαζικά μέσα ενημέρωσης αναπαράγουν διαρκώς αυτή την εικόνα, με σημαντική απήχηση, επιδεικνύοντας σε όλους τη μοναδική ιδεώδη εμφάνιση, ενώ παράλληλα με τις διαφημίσεις η βιομηχανία ομορφιάς υπόσχεται ότι ο καθένας μπορεί να πετύχει αυτή την εμφάνιση, αν αγοράσει αρκετά από τα σχετικά προϊόντα, από καλλυντικά μέχρι πλαστικές επεμβάσεις. Η Brownell όπως και άλλοι συγγραφείς επεσήμαναν ότι η αναζήτηση του τέλειου σώματος καθοδηγείται από δυο βασικές πεποιθήσεις. Πρώτη είναι εκείνη που υποστηρίζει ότι το σώμα είναι εύπλαστο χωρίς όρια και επομένως με τη σωστή δίαιτα, τη γυμναστική και την προσωπική προσπάθεια κάθε άτομο μπορεί να πετύχει το αισθητικό ιδεώδες. Δεύτερη, ότι εφόσον το ιδανικό σώμα επιτευχθεί θα προκύψουν σημαντικά θετικά

αποτελέσματα, όπως βελτίωση της καριέρας, πλούτος, ευτυχία και ελκυστικότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις^{33,57}.

Το σύγχρονο ιδεώδες ομορφιάς που συμπυκνώνεται στο σύνθημα «η ισχύτητα ισοδυναμεί με θεληματικότητα» συνιστά ένα σωματικό βάρος, το οποίο για τις περισσότερες γυναίκες είναι χαμηλό σε επίπεδα μη ρεαλιστικά, λόγω βιολογικών και γενετικών παραγόντων. Είναι γεγονός ότι το σώμα δεν μπορεί να αλλάξει σχήμα κατά βούληση, δεδομένου ότι γενετικοί παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο, περιορίζοντας τα όρια των αλλαγών που μπορεί κανείς να επιφέρει, τόσο στο βάρος όσο και στο σχήμα. Η αναντιστοιχία αυτή ανάμεσα στις πολιτισμικές πιέσεις και τη βιολογική πραγματικότητα καταλήγει στο κρίσιμο ερώτημα, κατά πόσον πραγματικά ένα άτομο έχει υπό τον έλεγχό του το βάρος και το σχήμα του σώματός του. Στο σώμα μιας υγιούς γυναίκας φυσιολογικού βάρους υπάρχει λίπος σε ποσοστό 22%-25%, ενώ το τρέχον σωματικό ιδεώδες βασίζεται σε σώματα ηθοποιών και μοντέλων τα οποία διαθέτουν μόνο 10%-15% λίπος. Αυτό προκύπτει από τα δεδομένα πρόσφατης μελέτης που προσδιόρισε, ότι η πλειοψηφία των κοριτσιών των κεντρικών σελίδων του περιοδικού Playboy και των διαγωνιζόμενων στα καλλιστεία κοριτσιών της Αμερικής, έχουν σωματικό βάρος που υπολείπεται κατά 15% ή περισσότερο από το αναμενόμενο με βάση το ύψος και την ηλικία τους. Τέλος, πολλά από τα top models, συμπληρώνουν από πλευράς βάρους το σχετικό κριτήριο καθώς υπολείπονται κατά 15% από το αναμενόμενο βάρος. Και ενώ οι κοινωνικά συνιστώμενες προδιαγραφές του ιδανικού σώματός είναι μη ρεαλιστικές και μη εφικτές για τις περισσότερες υγιείς κατά τα άλλα γυναίκες, αυτές που δεν ανταποκρίνονται σε αυτό το ιδεώδες συχνά κρίνονται ως υπερβολικά ανεκτικές με τον εαυτό και με έλλειψη δύναμης θελήσεως^{33,57}.

3.6.5 Ψυχοδυναμικοί παράγοντες

Πρόσφατες ψυχοδυναμικές εργασίες στη βουλιμία τείνουν να αναδείξουν τους ίδιους παράγοντες που παίζουν ρόλο και στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας. Το άγχος αποχωρισμού, ο φόβος εγκατάλειψης και δυσχέρειες γύρω από την αυτονομία τους είναι χαρακτηριστικά που συναντώνται στις βουλιμικές ασθενείς.

Επίσης εμπειρικές μελέτες έδειξαν ότι οι γυναίκες με βουλιμία, όπως και αυτές με ψυχογενή ανορεξία, έχουν βιώσει ότι οι μητέρες τους δίνουν λιγότερη φροντίδα, ζεστασιά και ενδιαφέρον, απ' ότι οι μητέρες των μη-ανορεκτικών/μη βουλιμικών ατόμων". Συμπερασματικά, συγκρούσεις γύρω από τις διεργασίες της φάσης αποχωρισμού και εξατομίκευσης φαίνεται να έχουν αποφασιστικό ρόλο και στη βουλιμία⁹¹.

Όσον αφορά, τέλος, στην παχυσαρκία, ελάχιστες ψυχαναλυτικές μελέτες υπάρχουν, παρά το γεγονός ότι αναφέρεται η σαφής επίδραση της ψυχοθεραπευτικής αντιμετώπισης στους παχύσαρκους ασθενείς (μ. ο. απώλεια 10 κιλών κατά τη διάρκεια ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας). Η παχυσαρκία αποτελεί έναν τρόπο παλινδρομημένης αντιμετώπισης αγχών και ψυχικών συγκρούσεων διαφόρων αιτιοπαθογενετικών καταβολών (εξάρτηση/αυτονομία-οιδιποδειακές συγκρούσεις) και έναν τρόπο απόκτησης του ιδανικού αντικειμένου με το οποίο οι άρρωστοι δεν είχαν συνδεθεί ικανοποιητικά στη βρεφική ηλικία. Στην περίπτωση δηλαδή της παχυσαρκίας, περισσότεροι ψυχολογικοί δρόμοι οδηγούν στη διατήρηση ή και τη δημιουργία του υπέρμετρου βάρους, γι' αυτό και η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ουσιαστικά εξατομικεύεται στις συγκρούσεις του κάθε ατόμου⁹⁶.

3.6.6 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Στην περίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας, έχει διαπιστωθεί από πολλές έρευνες ότι η εμφάνιση βουλιμικών συμπτωμάτων συχνά έπεται μιας περιόδου αυστηρής δίαιτας. Πιο συγκεκριμένα αναφέρεται ότι πριν από την εμφάνιση συμπτωμάτων βουλιμίας είχε προηγηθεί μια περίοδος αυξημένης ανησυχίας γύρω από το σωματικό βάρος που συνοδευόταν συχνά από αυξημένο ενδιαφέρον προς το αντίθετο φύλο και που είχε ως αποτέλεσμα αυστηρή δίαιτα. Πάντως είναι εντυπωσιακή η σύμπτωση των αποτελεσμάτων των περισσότερων ερευνών που προαναφέρθηκαν ως προς το ότι η παρατεταμένη δίαιτα είναι ένας βασικός παράγων που συσχετίζεται με την εμφάνιση της βουλιμίας. Φαίνεται ότι η ψυχοφυσιολογική και η ψυχική στέρηση που προκαλείται από τη δίαιτα σε συνδυασμό με την ύπαρξη

στρεσογόνων γεγονότων ζωής όπως χωρισμοί ή διαπροσωπικές συγκρούσεις είναι παράγοντες ικανοί να προκαλέσουν βουλιμική συμπεριφορά σε ορισμένα άτομα^{33,59}.

Έχει βρεθεί επίσης, ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών ανέφεραν ότι τραυματικές εμπειρίες, όπως απώλεια ή χωρισμός από ένα πρόσωπο που κατείχε σημαντική θέση στη ζωή τους, συνδέονταν με την εμφάνιση της βουλιμικής συμπεριφοράς ενώ σ' ένα μικρότερο ποσοστό η εμφάνιση των συμπτωμάτων αυτών συνδεόταν με αισθήματα σχετικά με αλλαγές στην ερωτική και σεξουαλική ζωή του ατόμου ή διαφωνίες με σημαντικά για το άτομο πρόσωπα^{33,59}.

Σε μια άλλη έρευνα διαπιστώθηκε ότι το 40% του δείγματος απέδιδαν την εμφάνιση της βουλιμίας σε δυσκολίες στο χειρισμό συγκεκριμένων συναισθημάτων, ιδιαίτερα της κατάθλιψης, της μοναξιάς, της πλήξης και του θυμού. Η απώλεια ή ο χωρισμός από φίλους, οικογένεια ή εργασία αναφέρθηκαν σε ποσοστό 7% και ένα επιπλέον 7% ανέφερε τις διαπροσωπικές συγκρούσεις ως παράγοντες επιδείνωσης της βουλιμικής συμπεριφοράς και των επεισοδίων υπερφαγίας. Φαίνεται πάντως από τις ήδη αναφερθείσες μελέτες ότι στην περίπτωση της βουλιμίας, επεισόδια υπερφαγίας συχνά εκλύονται από στρεσογόνο γεγονότα και στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας, σε μερικά άτομα η έναρξη της νόσου συνδέεται με κάποια στρεσογόνο κατάσταση. Έτσι ένα μείζον γεγονός στη ζωή του ατόμου και η ψυχολογική αντίδραση σ' αυτό αυξάνουν την πιθανότητα νόσησης του ατόμου^{59,71}.

Γενικώς οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, σύμφωνα με την ολιστική θεώρηση για την υγεία και τη νόσο, θεωρούνται ότι εμπλέκονται άλλοτε σε μεγαλύτερο και άλλοτε σε μικρότερο βαθμό σε κάθε αρρώστια ή επεισόδιο αρρώστιας. Στις περιπτώσεις των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής φαίνεται ότι παίζουν ένα συντελεστικό αιτιολογικό ρόλο και συμβάλλουν στη γένεση της νόσου ή την εξέλιξή της³³.

3.7 Αντιμετώπιση & Θεραπεία βουλιμίας

Σε αντίθεση με τη ψυχογενή ανορεξία, η φαρμακοθεραπεία στην ψυχογενή βουλιμία έχει τεκμηριωθεί ότι έχει κλινική χρησιμότητα. Η αυξημένη συχνότητα συναισθηματικών διαταραχών στους βουλιμικούς ασθενείς οδήγησε τους ερευνητές στη μελέτη του θεραπευτικού ρόλου των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων^{5,29}.

Για τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουν δημοσιευθεί έξι διπλές τυφλές μελέτες σε 200 συνολικά ασθενείς: τρεις με δεσιπραμίνη, δυο με ιμιπραμίνη και μια με αμιτριπτυλίνη. Η σύγκριση σε όλες τις μελέτες έγινε με εικονικό φάρμακο, η διάρκεια ήταν 6-8 εβδομάδες και η δόση 150-200 mg την ημέρα σε ισοδύναμα ιμιπραμίνης. Από τις μελέτες αυτές προέκυψε ότι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα μειώνουν κατά μέσον όρο 69% (47-91 %) τα επεισόδια υπερφαγίας και τους επανειλημμένους εμετούς ενώ σε ποσοστό 24% δεν υπήρχαν βουλιμικά συμπτώματα την τελευταία εβδομάδα θεραπείας. Οι γνωστές ανεπιθύμητες ενέργειες των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών όπως το κεντρικό χολινεργικό σύνδρομο, η περιφερική αντιχολινεργική δράση, η αντιαδρενεργική δράση, οι διαταραχές της αγωγιμότητας του καρδιακού μυός και η πρόκληση αρρυθμιών, οδήγησαν στη διερεύνηση του θεραπευτικού αποτελέσματος και άλλων –των νεότερων- αντικαταθλιπτικών και των αναστολέων της μονοαμινοξειδάσης (MAOI). Η τραζοδόνη σε δόση 400-650 mg την ημέρα, στα πλαίσια ελεγχόμενης μελέτης είχε, εξίσου ικανοποιητικά αποτελέσματα στη μείωση των βουλιμικών συμπτωμάτων. Οι MAOI φενελζίνη και ισοκαρβοξαζίδη έχουν επίσης ικανοποιητικό αποτέλεσμα στη μείωση των βουλιμικών συμπτωμάτων. Ασθενείς με άτυπη κατάθλιψη και βουλιμία απαντούν καλύτερα στους MAOI σε σύγκριση με ιμιπραμίνη. Επειδή μερικοί ασθενείς με βουλιμία έχουν δυσκολία να αποφύγουν τροφές που περιέχουν τυραμίνη θα πρέπει να ελέγχεται ο βαθμός αξιοπιστίας τους ως προς αυτό το σημείο^{5,29}.

Η φλουοξετίνη εμφανίζεται αποτελεσματική στη μείωση κατά 50% των επεισοδίων υπερφαγίας και εμετών όπως κατέδειξαν τέσσερις διπλές τυφλές μελέτες σε ένα σύνολο 610 ασθενών. Πιο αποτελεσματική ήταν η θεραπευτική δόση των 60 mg σε σύγκριση με τη δόση των 20 mg την ημέρα. Η διάρκεια θεραπείας ήταν 8 και 16 εβδομάδες. Η μιανσερίνη σε δόση 60 mg δεν φάνηκε να πλεονεκτεί έναντι του εικονικού φαρμάκου σε βουλιμικούς ασθενείς. Αντίθετα, η χορήγηση βουπροπιόνης σε ημερήσια δόση 225-450 mg βελτίωσε κατά 65% τα επεισόδια υπερφαγίας.

Ωστόσο, το υψηλό ποσοστό εμφάνισης σπασμών, τουλάχιστον σ' αυτό το εύρος δόσεως, καθιστά τη χορήγηση της απαγορευτική^{5,29}.

Η φαινφλουραμίνη, φάρμακο με ανορεξιογόνο δράση έχει δοκιμασθεί σε δυο ελεγχόμενες μελέτες, η μια με εικονικό φάρμακο και η άλλη με δεσιπραμίνη. Τα αποτελέσματα υπήρξαν θετικά όσον αφορά τη συχνότητα των επεισοδίων υπερφαγίας και εμετών. Άλλα φάρμακα που έχουν δοκιμασθεί σε ελεγχόμενες μελέτες αλλά χωρίς ενθαρρυντικά αποτελέσματα είναι η κλονιδίνη και οι ανταγωνιστές των οπιοειδών όπως η ναλτρεξόνη. Αντίθετα με την τελευταία, ένας άλλος ανταγωνιστής των οπιοειδών, η ναλοξόνη σε μια διπλή τυφλή μελέτη μείωσε τη διάρκεια των βουλιμικών επεισοδίων. Το λίθιο και η καρβαμαζεπίνη δεν έχουν θεραπευτική χρησιμότητα και η χορήγηση τους ενδείκνυται σε περιπτώσεις συνύπαρξης συναισθηματικών διαταραχών^{5,29}.

Παρά το γεγονός ότι αρκετοί ασθενείς ανταποκρίνονται στη φαρμακοθεραπεία με κριτήριο τη μείωση των επεισοδίων υπερφαγίας και εμετών είναι λίγοι εκείνοι οι οποίοι στο τέλος της θεραπείας είναι ελεύθεροι ψυχοπαθολογίας. Προβλεπτικοί παράγοντες για την επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου δεν έχουν βρεθεί. Επομένως η χορήγηση τους ακολουθεί εμπειρικούς κανόνες. Η συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής είναι απαραίτητη για τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών που διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή υποτροπιάζει ακόμη και αν συνεχίσουν τη θεραπεία για 6 μήνες^{5,29}.

Συμπερασματικά, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να αποβούν χρήσιμα στη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας. Οι χορηγούμενες δόσεις των τρικυκλικών και των ΜΑΟΙ είναι στα ίδια επίπεδα με τις δόσεις που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των συναισθηματικών διαταραχών. Ωστόσο, υψηλότερες δόσεις της φλουοξετίνης (60 mg) ήταν πιο αποτελεσματικές από ό,τι οι μικρότερες (20 mg)⁵.

Γενικά, κανένα αντικαταθλιπτικό δεν πλεονεκτεί έναντι των άλλων. Ωστόσο η φλουοξετίνη φαίνεται ότι γίνεται καλύτερα ανεκτή. Σε μια μελέτη η σύγκριση φαρμακοθεραπείας και ομαδικής ψυχοθεραπείας βασισμένης σε γνωσιακές-υπεριφερολογικές και ψυχοεκπαιδευτικές αρχές απέβη υπέρ της δεύτερης. Ο συνδυασμός και των δυο (σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο) δεν απέδωσε καλύτερα αποτελέσματα. Βελτιώθηκαν ωστόσο, τα συμπτώματα της κατάθλιψης και του

άγχους. Σε μια παρόμοια μελέτη διάρκειας 24 εβδομάδων ο συνδυασμός γνωσιακής-συμπεριφερολογικής και φαρμακευτικής θεραπείας σε σύγκριση με την αμιγή φαρμακευτική υπερτερούσε σαφώς στη μείωση των επεισοδίων υπερφαγίας, χρήση καθαρτικών, ενασχόληση με τη δίαιτα και την πείνα⁵.

Στις οδηγίες της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας για την αντιμετώπιση της ψυχογενούς βουλιμίας συνιστάται η ένταξη των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στο συνολικό πρόγραμμα θεραπείας και όχι η χορήγηση τους ως μόνου θεραπευτικού μέσου. Η θεραπεία της βουλιμικής διαταραχής με βάση τις αρχές της γνωσιακής συμπεριφορικής προσέγγισης στηρίζεται στην άποψη των διαδικασιών που εμπλέκονται στην ανατροφοδότηση και διατήρηση της διαταραχής^{5,29}.

Σύμφωνα με αυτή την άποψη η ανατροφοδότηση οφείλεται στην παρουσία συγκεκριμένων γνωσιακών χαρακτηριστικών που προσομοιάζουν με αυτά της ψυχογενούς ανορεξίας: τάση για αξιολόγηση του εαυτού σχεδόν αποκλειστικά με όρους βάρους και σχήματος του σώματος, παρουσία χαμηλής αυτοεκτίμησης και τελειοθηρίας, διχοτομικός τρόπος σκέψης, τύπου «άσπρο-μαύρο». Τα χαρακτηριστικά αυτά σχήματα έχουν σαν αποτέλεσμα, η ασθενής να ζει διαρκώς με τον φόβο της αύξησης του βάρους και της παχυσαρκίας, όντας εξαιρετικά ευαίσθητη σε αλλαγές του βάρους και προσπαθώντας διαρκώς να κρατάει αυστηρό έλεγχο στη συμπεριφορά φαγητού, περιορίζοντας σημαντικά τη διατροφή της^{5,29}.

Η δίαιτα δημιουργεί προδιάθεση για κρίσεις υπερφαγίας μέσα από αλληλεπιδράσεις φυσιολογικών και ψυχολογικών μηχανισμών. Οι ασθενείς αυτοί, αντιδρούν αρνητικά σε ελάχιστες παρεκκλίσεις από τους αυτοεπιβαλλόμενους διαιτητικούς περιορισμούς και τυπικά απαντούν με επεισοδιακή εγκατάλειψη αυτού του ελέγχου. Στη συνέχεια ανανεώνουν την αποφασιστικότητα με την οποία ξεκινούν πάλι τη δίαιτα, ενώ φυσικά ενδιάμεσα παρεμβάλλεται η καθαρτική συμπεριφορά με στόχο την απομάκρυνση του «παχυντικού» αποτελέσματος της κρίσης υπερφαγίας⁵⁸.

Η γνωσιακή άποψη της διατήρησης της βουλιμικής συμπεριφοράς υποστηρίζεται από αρκετές ενδείξεις. Για παράδειγμα σε ασθενείς που αποκαταστάθηκαν από πλευράς συμπεριφοράς, οι πιθανότητες υποτροπής σχετίζονται άμεσα με την παραμονή των ανησυχιών για το βάρος και το σχήμα του σώματος. Επιπλέον, τα αποτελέσματα με αμιγείς συμπεριφορικές θεραπείες είναι

λιγότερο θετικά από αυτά της συνδυασμένης συμπεριφορικής - γνωσιακής θεραπείας⁵⁸.

Στη συνδυασμένη θεραπεία χρησιμοποιείται μια συγκεκριμένη αλληλουχία διαδικασιών που απευθύνεται τόσο στα γνωσιακά όσο και στα συμπεριφορικά στοιχεία της διαταραχής τα οποία οργανώνονται σε σχήμα με 3 στάδια⁵⁸.

Πρώτο στάδιο

Η έμφαση είναι στον τρόπο με τον οποίο θα βοηθηθεί η ασθενής να αποκτήσει έλεγχο στη συμπεριφορά φαγητού και να εγκαταστήσει ένα σχήμα φυσιολογικών γευμάτων. Στόχος είναι η διακοπή του κύκλου υπερφαγίας-καθαρτικής συμπεριφοράς. Για το σκοπό αυτό η ασθενής εφοδιάζεται με πληροφορίες που αφορούν στη σχέση της υπερβολικής πείνας με την κρίση υπερφαγίας καθώς και τις επικίνδυνες ιατρικά επιπτώσεις της καθαρτικής συμπεριφοράς. Επομένως, η κυρίαρχη προσέγγιση σε αυτή τη φάση είναι ψυχοεκπαιδευτική, ενώ παράλληλα οικοδομείται η θετική θεραπευτική σχέση, με ενθάρρυνση και υποστήριξη, αλλά και σταθερότητα όπου χρειάζεται, ιδιαίτερα επιμένοντας στην ανάγκη τήρησης γευμάτων και καταγραφής εκ μέρους της ασθενούς των τροφών και υγρών που προσλαμβάνει. Παράλληλα ο θεραπευτής δίνει διαιτητικού τύπου κατευθύνσεις στην ασθενή, βοηθώντας την να επιλέξει ένα ισορροπημένο πλάνο γευμάτων. Σκόπιμη επίσης είναι η καθοδήγηση με απλές τεχνικές ελέγχου του ερεθίσματος⁵⁸.

Το σημαντικό σημείο αυτού του σταδίου είναι να βοηθηθεί η ασθενής να μάθει πώς να καταγράφει τη συμπεριφορά φαγητού της και πώς να την παρατηρεί, ώστε μέσα από την παρατήρηση - καταγραφή να είναι δυνατόν να προσδιοριστούν τα γεγονότα που προηγούνται των κρίσεων υπερφαγίας. Τα γεγονότα αυτά μπορεί να είναι είτε φυσιολογικά (π.χ. πείνα ή κούραση), συναισθηματικά (δυσάρεστα συναισθήματα), γνωσιακά (π.χ. σκέψη ότι είναι μη ελκυστική ή παχιά) ή περιστασιακά (π.χ. κάποιο κριτικό σχόλιο που άκουσε ή κάποια ειδική συνθήκη)⁵⁸.

Δεύτερο στάδιο

Έχει ευρύτερους σκοπούς και περιλαμβάνει τεχνικές αντιμετώπισης της διαιτητικής συμπεριφοράς και των κυρίαρχων γεγονότων που τροφοδοτούν τις κρίσεις υπερφαγίας. Επιπλέον οι προβληματικοί τρόποι σκέψης προσδιορίζονται και στη συνέχεια αντιμετωπίζονται με γνωσιακές τεχνικές. Σ' αυτό το στάδιο συνεχίζεται

η παρατήρηση - καταγραφή των συμπεριφορών φαγητού και συζητούνται οι παρεκκλίσεις από το σχήμα των γευμάτων. Σταδιακά προτείνεται η εισαγωγή των «απαγορευμένων» τροφών, ενώ η ασθενής ενθαρρύνεται να διευρύνει, σταδιακά επίσης, την γκάμα των συστατικών των γευμάτων, ώστε να περιοριστούν οι διαιτητικές συνήθειες. Σε αυτή τη φάση επίσης αντιμετωπίζονται τα γεγονότα που προηγούνται των κρίσεων υπερφαγίας αφ' ενός με τεχνικές επίλυσης των προβλημάτων (problem solving) και αφ' ετέρου με τεχνικές τροποποίησης των γνωσιακών δυσλειτουργικών σκέψεων, όπως αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο για την ψυχογενή ανορεξία^{57,58}.

Τρίτο στάδιο

Οι σκοποί αυτού του σταδίου είναι η σταθεροποίηση των θετικών αλλαγών και η προετοιμασία της ασθενούς για τον τερματισμό της θεραπείας. Οι ασκήσεις γνωσιακής αναδιάταξης συνεχίζονται, με το κύριο βάρος στη δουλειά που κάνει μόνος του ο ασθενής μεταξύ των θεραπευτικών συναντήσεων, ενώ παράλληλα δίδονται οδηγίες για την αντιμετώπιση των υποτροπών. Η θεραπεία αυτού του τύπου έχει σχετικά βραχεία διάρκεια. Γίνονται περίπου 20 συναντήσεις σε διάστημα 4-5 μηνών, με συχνότητα αρχικά μεγαλύτερη, ανάλογα και με τη βαρύτητα της βουλιμικής συμπεριφοράς και σταδιακά οι συναντήσεις αραιώνουν και γίνονται ανά 15/ήμερο⁵⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΦΗΒΕΙΑ

4.1 Γενικές έννοιες

Ο όρος εφηβεία είναι μια μακρά χρονική, εξελικτική περίοδος που περιλαμβάνει το σύνολο των αλλαγών που συμβαίνουν στους τέσσερις βασικούς τομείς της ανάπτυξης: το βιοσωματικό, το γνωστικό, το συναισθηματικό και τον κοινωνικό. Η βιολογική διάσταση αυτής της περιόδου λέγεται ήβη και αρχίζει γενικά περί το 11ο έτος της ηλικίας και φτάνει μέχρι το 18ο. Η εφηβική ηλικία είναι περίοδος αναζήτησης νέων ρόλων που οδηγούν στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου. Θεωρείται ως περίοδος της αυξανόμενης αυτονομίας και της απομάκρυνσης από την οικογένεια. Το άτομο δίνει την απάντηση στο ερώτημα «ποιος είμαι;». Η περίοδος αυτή είναι μια σειρά προκλήσεων, η οποία απαιτεί την προσαρμογή του σε αλλαγές τόσο σε προσωπικό όσο και οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο².

Η εφηβεία έχει τρία στάδια. Την πρόωμη, τη μέση και την ύστερη εφηβεία. Είναι μια περίοδος έκστασης και άγχους, ευτυχίας και προβλημάτων, εξερεύνησης και ψυχικής πίεσης. Ο έφηβος γεφυρώνει μια σταδιακή περίοδο. Από τη μια κάνει μια ρήξη με το παρελθόν του και την παιδική του ηλικία, από την άλλη δημιουργεί μια νέα εποχή, προσπαθώντας να μεταβεί στο μέλλον του. Έχει παρατηρηθεί ότι η εφηβεία είναι μια κρίσιμη περίοδος με επαναστατικότητα, ρευστότητα και ανακατατάξεις, όμως από μελέτες έχει εξαχθεί το συμπέρασμα ότι δεν είναι ίδια για όλους. Η κοινωνική στήριξη, ο δημοκρατικός τρόπος ανατροφής από τους γονείς αλλά και η λογική σκέψη του εφήβου μειώνουν τα προβλήματα συμπεριφοράς στην εφηβεία^{2,10}.

Η έννοια του εαυτού είναι ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αξιολογεί τον εαυτό του. Δυο βασικές συνιστώσες για να αντιληφθεί ο έφηβος τον εαυτό του, είναι η αυτοαντίληψη και η αυτοεκτίμηση. Η αυτοεκτίμηση είναι η γνωστική πλευρά της έννοιας του εαυτού, και αντιπροσωπεύει μια πεποίθηση του ατόμου για τον εαυτό του. Είναι συναισθηματική πλευρά και αναφέρεται στη σφαιρική άποψη που έχει κάποιος για την αξία του ως άτομο. Κατά την εφηβεία, το περιεχόμενο και η δομή των εκτιμήσεων του ατόμου για τον εαυτό του αλλάζουν. Η έννοια του εαυτού διαφοροποιείται προοδευτικά, και έρευνες απέδειξαν ότι ο έφηβος διαμορφώνει και

ενεργοποιεί πολλούς εαυτούς, οι οποίοι συχνά είναι αντιθετικοί. Η ρευστότητα της έννοιας του εαυτού στην εφηβεία αποδίδεται σε αγώνα του εφήβου να πλάσει πολλούς και πολλές φορές αντιθετικούς εαυτούς, με κάποια εσωτερική συνοχή και αρμονία^{2,10}.

Διακρίνουμε τρεις ομάδες εφήβων. Τους εφήβους που είναι επιθετικοί, τους εφήβους οι οποίοι είναι κοινωνικά απομονωμένοι, και τους εφήβους οι οποίοι είναι και επιθετικοί και απομονωμένοι. Οι επιθετικοί συνήθως εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς, οι κοινωνικά απομονωμένοι δείχνουν μοναξιά και έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη. Οι επιθετικοί εκδηλώνουν ποικιλία ψυχολογικών προβλημάτων. Σε όλες τις περιπτώσεις όμως, τα στάδια και τις φάσεις των εφήβων, καταλυτικό ρόλο παίζουν οι γονείς, οι οποίοι διαμορφώνουν τις σχέσεις των παιδιών. Παρ' όλα αυτά, σημαντικό ρόλο παίζει η προσωπικότητα και οι ψυχικές δυνάμεις του εφήβου που είναι σε θέση να ξεπεράσει την κάθε κρίση⁴⁵.

Η εφηβεία σαν έννοια είναι, σε μεγάλο βαθμό, δημιούργημα του δυτικού πολιτισμού. Σε άλλες πιο απλές κοινωνίες, οι νέοι μόλις καταστούν έτοιμοι βιολογικά για τεκνοποίηση, θεωρούνται ενήλικες. Αντίθετα, στις δυτικές κοινωνίες η εφηβεία είναι μια περίοδος χάριτος ή μια περίοδος ωρίμανσης, ώστε οι έφηβοι να προετοιμαστούν για τις πολυσύνθετες υποχρεώσεις που θα κληθούν να αντιμετωπίσουν ως ενήλικες. Στην Ελλάδα ειδικότερα, φαίνεται να παρατείνεται για όλο και περισσότερα χρόνια, καθώς συχνά οι οικογένειες προστατεύουν τα παιδιά τους κατά τη δεύτερη αλλά και τρίτη δεκαετία της ζωής τους⁴⁵.

4.1.1 Στάδια της εφηβείας

Η εφηβεία χωρίζεται σε στάδια, τα οποία περιγράφουν τους μηχανισμούς που τη διέπουν. Το αρχικό στάδιο (από τα 11-13έτη), σηματοδοτεί αλλαγές στη συμπεριφορά του παιδιού. Οι γονείς παύουν να αναγνωρίζουν το χαρακτήρα του παιδιού τους, ενώ ο έφηβος παρουσιάζεται εριστικός, ανυπόμονος, απαιτητικός και επιθετικός, ιδιαίτερα όταν δεν ικανοποιούνται οι ανάγκες του και οι αντιδράσεις του είναι απρόβλεπτες⁴⁶.

Στο μέσο στάδιο (από τα 13-16 έτη), εμφανίζεται καθαρά ο ανταγωνισμός με τους γονείς, οι οποίοι παύουν να είναι αντικείμενα θαυμασμού, ενώ η παρέα τους θεωρείται ανιαρή και ανούσια. Ο έφηβος βρίσκει το γονεϊκό υποκατάστατο σε κάποιον άλλο ενήλικο που τον θαυμάζει π.χ. έναν καθηγητή του. Ακόμη σ' αυτό το στάδιο, εκδηλώνονται οι πρώτοι έρωτες, καταστάσεις έντονου πάθους και μικρής διάρκειας όπου ο σύντροφος κρατιέται σε απόσταση ασφαλείας. Ο έφηβος διανύει μια περίοδο μοναξιάς, κλείνοντας στο δωμάτιο του, δημιουργώντας φιλοσοφικά ερωτήματα και υπαρξιακές αναζητήσεις⁴⁶.

Στο τελικό στάδιο (από τα 16-18 έτη), έχουμε τη σταθεροποίηση της ταυτότητας. Συγκεκριμένα, οι έντονες συγκρούσεις του εφήβου σταματούν και η ταυτότητά του ολοκληρώνεται, προκειμένου να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της ενήλικης ζωής και να προσαρμοστεί στην πραγματικότητα. Επίσης, οι ετεροφυλικές σεξουαλικές σχέσεις αποκτούν μεγαλύτερη διάρκεια, ενώ επέρχεται η συμφιλίωση με τους γονείς⁴⁶.

4.1.2 Φυσιολογία της εφηβείας

Η εφηβεία αποτελεί τη μεταβατική περίοδο ωρίμανσης του ανθρώπου, κατά την οποία το παιδί γίνεται ενήλικος και αποκτά την ικανότητα της αναπαραγωγής. Η περίοδος αυτή συνοδεύεται από σημαντικές μεταβολές στην ταχύτητα ανάπτυξης, την οστική μάζα και τη σύσταση του σώματος, τον ψυχισμό και τη συμπεριφορά, ως αποτέλεσμα περίπλοκων νευροενδοκρινικών επιδράσεων. Οι διεργασίες της εφηβείας αποτελούν τμήμα ενός γενετικά καθορισμένου προγράμματος. Η μέση ηλικία εμφάνισης των δευτερογενών χαρακτήρων του φύλου (δηλαδή ανάπτυξη των μαστών για τα κορίτσια και αύξηση του μεγέθους των όρχεων και του πέους για τα αγόρια) είναι τα 10,5 έτη στα κορίτσια και τα 11,5-12 έτη στα αγόρια⁴⁴.

Πρώιμη θεωρείται η εφηβεία όταν οι μεταβολές που τη συνοδεύουν εμφανισθούν σε ηλικία μικρότερη των 8 ετών στα κορίτσια και των 9 στα αγόρια. Αντίθετα, καθυστερημένη θεωρείται όταν οι μεταβολές αυτές δεν έχουν εμφανισθεί σε ηλικία 13 ετών στα κορίτσια και 14 στα αγόρια. Οι διακυμάνσεις στο χρόνο

έναρξης της φυσιολογικής εφηβείας οφείλονται σε φυσιολογικές διαφορές ως προς τους μηχανισμούς έναρξης και εξέλιξής της, στους οποίους η κληρονομικότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Στα αγόρια, το πρώτο σημείο έναρξης της εφηβείας αποτελεί η αύξηση του μεγέθους των όρχεων και έπεται η αύξηση του μήκους του πέους. Ταυτόχρονα ξεκινά η τρίχωση στο εφήβαιο⁴⁴.

4.1.3 Σωματική αύξηση & οστική πυκνότητα στην εφηβεία

Το εφηβικό άλμα ανάπτυξης αποτελεί τη φάση της ταχύτερης ανάπτυξης του παιδιού μετά τη νεογνική περίοδο. Προηγείται ο ελαττωμένος ρυθμός αύξησης της όψιμης παιδικής ηλικίας. Στα κορίτσια, το εφηβικό άλμα ανάπτυξης αρχίζει πριν από την εμφάνιση των δευτερογενών χαρακτήρων του φύλου. Το άλμα ανάπτυξης των αγοριών εμφανίζεται δύο περίπου χρόνια μετά το αντίστοιχο των κοριτσιών. Το μέσο ύψος το οποίο αποκτάται κατά τη διάρκεια του εφηβικού άλματος ανάπτυξης είναι περίπου 28 cm στα αγόρια και 25 cm στα κορίτσια. Η μέση διαφορά των 12,6 cm μεταξύ ανδρών και γυναικών οφείλεται κυρίως στο ψηλότερο ανάστημα των αγοριών κατά την έναρξη του εφηβικού άλματος ανάπτυξης, καθώς και στο αυξημένο ύψος που αποκτά το αγόρι στη διάρκεια της εφηβείας σε σχέση με το κορίτσι⁴³.

Αξίζει όμως να αναφερθούμε και στην οστική πυκνότητα και σύσταση σώματος. Τα κορίτσια αποκτούν τη μέγιστη οστική πυκνότητα σε ηλικία 14-16 ετών, ενώ τα αγόρια σε ηλικία 17,5 ετών. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν γενετικοί παράγοντες, ενώ η σωματική άσκηση κατά την προεφηβική περίοδο είναι επίσης σημαντική για την εξασφάλιση φυσιολογικής οστικής μάζας. Η υπερβολική όμως άσκηση, μπορεί να καθυστερήσει την εφηβεία και να προκαλέσει ελαττωμένη οστική πυκνότητα. Κατά την προεφηβική περίοδο και στα δύο φύλα παρατηρούνται ίσα ποσοστά λίπους, σκελετικής και αλίπου μάζας. Κατά την εφηβεία παρατηρείται αύξηση της οστικής και αλίπου μάζας στα αγόρια, ενώ στα κορίτσια αυξάνεται η άλιπος αλλά και η λιπώδης μάζα. Στην ενήλικη ζωή, οι άνδρες έχουν 1,5 φορά μεγαλύτερη σκελετική και άλιπο μάζα από τις γυναίκες, οι οποίες όμως, έχουν διπλάσιο σωματικό λίπος από τους άνδρες. Κατά την εφηβεία παρατηρείται επίσης διεύρυνση της λεκάνης στα κορίτσια και αύξηση του εύρους των ώμων στα αγόρια⁴⁴.

4.1.4 Χαρακτηριστικά της εφηβείας

Κατά την εφηβεία έχουμε αλλαγές τόσο ορμονικές, βιολογικές όσο και συναισθηματικές, διανοητικές και κοινωνικές που αξίζει να αναφερθούμε και να διερευνήσουμε όπως επίσης και τις συγκρούσεις που δημιουργούνται και είναι απόρροια των αλλαγών αυτών. Η ήβη ανήκει στις βιολογικές αλλαγές και η έναρξή της γίνεται αντιληπτή με τη σταδιακή και αυξανόμενη παραγωγή ορμονών⁴⁷.

Η τεστοστερόνη στα αγόρια και η οιστραδιόλη στα κορίτσια είναι υπεύθυνες για τις αναπτυξιακές και βιολογικές αλλαγές στους εφήβους. Τα αγόρια ψηλώνουν απότομα, αποκτούν περισσότερη μυϊκή μάζα, τα γεννητικά τους όργανα μεγαλώνουν και οι όρχεις τους μπορούν να παράγουν σπέρμα. Οι μασχάλες και το πρόσωπο αποκτούν τρίχωμα και η φωνή σπάει από πολύ χαμηλούς σε πολύ υψηλούς τόνους για να σταθεροποιηθεί αργότερα στη βραχνάδα της αντρικής φωνής. Τα οστά αναπτύσσονται γρήγορα και πολλές φορές το σώμα δείχνει δυσανάλογο με μακριά χέρια και πόδια. Στα κορίτσια, η περίοδος αυτή κάνει την έναρξή της με την έμμηνου ρήση, η οποία είναι μια τρομακτική εμπειρία, ιδιαίτερα για τα κορίτσια που έχουν πλήρη άγνοια πληροφοριών. Το στήθος και το σώμα τους αποκτά περισσότερο λιπώδη ιστό, στρογγυλεύει και προετοιμάζεται για την μητρότητα. Σε αναλογία με τα αγόρια, έτσι και στα κορίτσια η φωνή σταδιακά λαμβάνει τη χαρακτηριστική χροιά μιας γυναίκας^{44,47}.

Περνώντας στις διανοητικές αλλαγές, παρατηρείται ολοκλήρωση της διανοητικής ανάπτυξης των παιδιών, όπου οι έφηβοι περνούν από το στάδιο της ενεργητικής νοημοσύνης στο στάδιο της τυπικής νοημοσύνης. Αυτό σημαίνει, πως ενώ μέχρι τα 11-12 τους χρόνια σκέφτονται εμπειρικά χωρίς να κάνουν συσχετίσεις και να βγάζουν συμπεράσματα, μετά την ηλικία των 12 αναπτύσσουν αφηρημένη σκέψη, κάνουν λογικές υποθέσεις και παράλληλα μπορούν να κάνουν συσχετίσεις που να οδηγούν σε ορθά συμπεράσματα. Ο έφηβος έχοντας την ανάγκη να εκφράσει τα συναισθήματα του και να δημιουργήσει τις δικές του κοινωνικές αξίες αναζητά νέα λεκτικά σχήματα και διατυπώσεις προκειμένου να δομηθούν οι συλλογισμοί του. Ιδιαίτερη αξία ωστόσο έχουν και οι ψυχικές αλλαγές. Κατά την περίοδο της εφηβείας τα ευμετάβλητα συναισθήματα είναι ένα σύνηθες φαινόμενο. Χωρίς σταθερή ταυτότητα, ο εαυτός του εφήβου αλλάζει καθημερινά, δοκιμάζοντας ρόλους, προκειμένου να καταλήξει σ' αυτόν που του ταιριάζει περισσότερο^{43,47}.

Καθώς η εφηβεία εξελίσσεται, ο έφηβος δεν βλέπει πλέον τους γονείς του σαν πρότυπα δημιουργώντας στον εαυτό του συναισθηματικά κενά, τα οποία προσπαθεί να γεμίσει στρεφόμενος στο κοινωνικό περιβάλλον. Οι παρέες τους χαρακτηρίζονται από έντονους συναισθηματικούς δεσμούς και διέπονται από τυπικά ή άτυπα καταστατικά συμπεριφοράς. Νιώθουν πιο δυνατοί και ανεξάρτητοι προσπαθώντας να ενσωματωθούν σε μια ομάδα εφήβων και θέλουν να δοκιμάσουν τα όρια τους. Απορρίπτουν τα παραδοσιακά πρότυπα και στρέφονται στα πρότυπα της μαζικής κουλτούρας διαταράσσοντας την ψυχική τους ισορροπία. Η εφηβεία περιγράφεται ως μια ψυχολογική διεργασία, η οποία είναι στενά συνδεδεμένη με την κοινωνία στην οποία ζει και αναπτύσσεται. Ο έφηβος μπερδεμένος με όλα αυτά, υιοθετεί μια επιθετική συμπεριφορά δοκιμάζοντας μ' αυτόν τον τρόπο, όχι μόνο τις δικές του αντοχές, αλλά και τις αντοχές των άλλων^{43,47}.

4.2 Εφηβεία και διατροφικές διαταραχές: Γιατί εκλαμβάνεται η εφηβεία ως έναυσμα

Κάθε ηλικιακή περίοδος είναι ξεχωριστή, έχει ιδιαίτερες ανάγκες και απαιτεί διαφορετική διατροφική προσέγγιση. Εξαιρετική προσοχή όμως απαιτείται κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Η ήβη αποτελεί το μεσοδιάστημα μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ενηλικίωσης. Μία περίοδος, κάποιες φορές παρατεταμένη, αλλά απαραίτητη για την προσαρμογή του εφήβου στις πολυσύνθετες υποχρεώσεις της ενήλικης ζωής. Οι αλλαγές που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια αυτής όπως είναι αντιληπτό είναι πολυδιάστατες, σημαντικές και ταχύτατες. Σώμα, νόηση και ψυχισμός διαφοροποιούνται και σημαδεύουν ολόκληρη την μετέπειτα ζωή του ατόμου. Η είσοδος ενός παιδιού στην εφηβεία σηματοδοτεί μια περίοδο άγχους και αναζητήσεων⁴⁸.

Προσπαθεί να διαμορφώσει μια ταυτότητα, να ανακαλύψει το ρόλο του στην οικογένεια, την κοινωνία και τις φιλίες του. Παρατηρούνται ακόμα και αλλαγές στο γνωστικό τομέα. Κάποιοι καταφέρνουν να φτάσουν στο επίπεδο της αφαιρετικής σκέψης, της ικανότητας δηλαδή να αντιλαμβάνονται τι βρίσκεται πίσω από τα πράγματα και να μη δέχονται κάποιες καταστάσεις έτσι όπως φαίνονται. Μερικοί

όμως δεν το καταφέρνουν αυτό, μένουν στο επίπεδο της συγκεκριμένης σκέψης και δέχονται την πραγματικότητα όπως φαίνεται. Αλλαγές παρουσιάζονται και στον συναισθηματικό τομέα. Οι έφηβοι είναι δυνατό να βιώσουν κάποια συναισθήματα κατάθλιψης και άγχους για το μέλλον. Η εφηβεία είναι περίοδος ανησυχίας και αμφισβήτησης των θεσμών και της λειτουργίας του κοινωνικού συστήματος γενικότερα⁴⁸.

Η σημαντικότερη όμως μετάβαση είναι αυτή που αφορά στο σώμα. Είναι επιτακτική ανάγκη να καταλάβει και να αποδεχτεί τις ραγδαίες αλλαγές στο σώμα του. Είτε γίνει νωρίς ή αργά (πρώιμη ή όψιμη ήβη) η ενασχόληση με το σώμα είναι έντονη και η πίεση που νιώθει ο έφηβος μεγάλη. Το σώμα των εφήβων απέχει πια από την εικόνα που είχε στην παιδική ηλικία, τόσο που πολλοί τρομοκρατούνται. Ο έφηβος σχηματίζει μια εικόνα για τον εαυτό του, για τις ιδιαίτερές του ανάγκες, πεποιθήσεις, δεξιότητες και αδυναμίες του και αυτή η εικόνα έχει άμεση σχέση με το σωματικό του είδωλο. Με τον όρο σωματικό είδωλο εννοούμε το πώς βλέπει το άτομο το σώμα του, σε σχέση με το πώς θα ήθελε να είναι (χάσμα πραγματικού εαυτού -ιδανικού εαυτού)⁴⁸.

Στην ηλικία αυτή, ιδιαίτερα τα κορίτσια, ασχολούνται συνεχώς με το σώμα τους. Όσο η εμφάνισή τους απέχει από αυτό που θα ήθελαν να είναι, αποκτούν τεράστιο άγχος. Τόσο που, συχνά, απαιτείται η παρέμβαση ειδικού, που θα λύσει τις απορίες τους και θα τα πείσει πως ένα υγιές σώμα ενδέχεται να μην ταυτίζεται με τα εκάστοτε σωματικά πρότυπα. Κύριος υπαίτιος των αλλαγών αυτών είναι η ορμονική έκρηξη που εμφανίζεται κατά την ήβη. Μερικές από τις βιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν είναι: ταχύτατη ανάπτυξη των οστών, αύξηση του λιπώδους ιστού και η εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως. Ακόμα εμφανίζονται δευτερογενείς χαρακτηριστικά του φύλου, όπως ο μαστός και το εφηβαίο^{43,48}.

Εν κατακλείδι, ο οργανισμός του εφήβου βιώνει μια πολύμορφη οργανική-βιολογική έκρηξη και χρειάζεται ασφαλώς, ποσότητα και ποιότητα θρεπτικού υλικού και ενεργειακού δυναμικού για να κατορθώσει να διεκπεραιώσει σωστά το έργο του. Τίποτα απολύτως δεν είναι δυνατόν να σταθεί περισσότερο σύμμαχος και βοηθός από την κατάλληλα επιλεγμένη τροφή, όσον αφορά την ποιότητα και την ποσότητα, αλλά και τον σωστό και υπεύθυνα οργανωμένο πρόγραμμα διατροφής, που θα εξασφαλίσει

την διαρκή τροφοδοσία του οργανισμού, με τα απαιτούμενα θρεπτικά συστατικά για την ανάπτυξη⁴².

4.3 Το σώμα και η διαμόρφωση της εικόνας του σώματος στην εφηβεία

Η εικόνα του σώματος χτίζεται σταδιακά μέσα από την σχέση που βιώνει το άτομο με το σώμα του, ανάλογα με το σχήμα που έχει και την λειτουργικότητά του, με την κοινωνική αποδοχή του ή μη σύμφωνα πάντα με τις εκάστοτε κοινωνικό-πολιτισμικές απόψεις γύρω από το τι είναι ωραίο και τι όχι (Fisher, 1990)⁷⁰.

Το τι θεωρείται ωραίο διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία και από χρόνο σε χρόνο. Κάποτε ήταν της μόδας οι κυρίες της Δύσης να είναι πιο πληθωρικές, ενώ τώρα το πρότυπο είναι το αδυνατισμένο –ορισμένες φορές σχεδόν σκελετωμένο- γυναικείο κορμί. Ταυτόχρονα σε κάποιες αφρικανικές κοινωνίες τα κοινωνικά πρότυπα για την ομορφιά απαιτούν από τις γυναίκες να προσπαθούν να αυξήσουν το μήκος του λαιμού τους βάζοντας διάφορα ειδικά δαχτυλίδια σε αυτόν, σε μια προσπάθεια να φτάσουν το ιδανικό πρότυπο. Όποια και αν είναι τα εκάστοτε πρότυπα, το σίγουρο είναι ότι πιέζουν σημαντικά το κάθε άτομο για να τα ακολουθήσει και ταυτόχρονα αποτελούν ένα μέσο σύγκρισης και εν τέλει δημιουργίας του σωματικού ειδώλου⁷⁷.

Πολύ σημαντικό ρόλο όμως για τη διαμόρφωση της εικόνας έχουν και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Παρόλο που τα τελευταία χρόνια έχει ξεκινήσει μια εκστρατεία υπέρ των καμπύλων, για πολλά χρόνια το ανορεκτικό πρότυπο επικρατούσε. Η εικόνα των αδύνατων μοντέλων, τραγουδιστών ή ηθοποιών που είναι ευτυχισμένοι έχει καταγραφεί στο συλλογικό ασυνείδητο των εφήβων ταυτίζοντας την ευτυχία με το σωματικό βάρος. Και όλα αυτά σε συνδυασμό με την έμφυτη ανάγκη του εφήβου για την ύπαρξη προτύπων στα οποία επιθυμεί να μοιάσει^{14,42}.

Η διαμόρφωση της προσωπικότητας του εφήβου επηρεάζεται σημαντικά και από την παρέα του, η οποία αποτελεί μία πρώτη δομή κοινωνικοποίησης. Η σχέση του εφήβου με τους συνομηλίκους του, επηρεάζει τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τον

εαυτό του καθώς και την αξία που του αποδίδει. Έχει μεγάλη σημασία για τον έφηβο ο τρόπος που τον αντιμετωπίζουν οι άλλοι και τι σκέφτονται γι' αυτόν. Γι' αυτό και οι ισχυρές σχέσεις με τους συνομηλίκους σχετίζεται με τη μειωμένη εμφάνιση προβληματικής συμπεριφοράς. Ο έφηβος μοιράζεται τις ανησυχίες του με τους άλλους εφήβους και παρατηρεί ομοιότητες και διαφορές, μαθαίνει τα όριά του αλλά και να σέβεται τα όρια των άλλων⁴⁹.

Εκτός από τις εξωτερικές πηγές, υπάρχει και το οικογενειακό περιβάλλον όπου παίζει το σημαντικότερο ρόλο. Ο ασφαλής δεσμός με τους γονείς στην εφηβεία είναι ένας δείκτης υψηλής αυτοεκτίμησης, περισσότερης ικανοποίησης από τη ζωή, καλύτερης ακαδημαϊκής προσαρμογής και λιγότερης ψυχολογικής εξάντλησης. Η ποιοτική σχέση του εφήβου με τους γονείς συμβάλει στην επιτυχή αντιμετώπιση των προκλήσεων, των δυσκολιών και των έντονων αλλαγών στην εφηβεία. Ο έφηβος θέλει να μιλάει και να δρα ελεύθερα, δεν ανέχεται να τον υποτιμούν οι γονείς ή οποιοσδήποτε άλλος. Αποτελεί τόσο ισχυρό πρότυπο για το παιδί, που ο τρόπος που αντιμετωπίζει ο ίδιος το φαγητό και το σώμα του, οδηγεί κάποιες φορές και τον έφηβο σε λαθεμένες συμπεριφορές. Έρευνα που δημοσιεύτηκε στο Journal of the American Dietetic Association φανέρωσε πως τα κοινά οικογενειακά γεύματα ενισχύουν την επικοινωνία γονιού και εφήβου^{49,52,62}.

Πολλές φορές, οι διαταραχές ξεκινούν ως η προσπάθεια του εφήβου να αποκτήσει τον έλεγχο, να ξεσπάσει δυσάρεστα συναισθήματα ή να αυτοτιμωρηθεί. Αυτό συμβαίνει αν στην οικογένεια υπάρχει λεκτική, σωματική ή συναισθηματική κακοποίηση, παραμέληση του εφήβου ή του ασκείται έντονη κριτική. Παράλληλα, όταν το οικογενειακό περιβάλλον δεν ευνοεί την επικοινωνία και τη συζήτηση, τα συναισθήματα του εφήβου μένουν καταπιεσμένα μέσα του και αισθάνεται μοναξιά και άγχος. Παρόμοια συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν και όταν ασκείται έντονη πίεση στον έφηβο για επιτυχία (συνήθως σχολική). Πολλές φορές οι γονείς έχουν ιδιαίτερα κριτική στάση απέναντι στους εφήβους. Τους επικρίνουν για τη συμπεριφορά, την εμφάνιση κάνοντας αρνητικά σχόλια γύρω από το βάρος και καλλιεργώντας αρνητική αντίληψη του εαυτού και ανάγκη πρόσληψης ή απώλειας βάρους (Tremblay & Lariviere 2009)^{49,52,62}.

4.4 Έφηβοι και τροφή

Το νόημα του Οιδιπόδειου ψυχοσυμπλέγματος, της επιστημονικής υπόθεσης δηλαδή που εισήγαγε ο S. Freud ως έρεισμα της ψυχαναλυτικής θεωρίας, δεν έγκειται, σε μια σημερινή του «ανάγνωση», τόσο στην ενεργειακή δυναμική των σεξουαλικών ενορμήσεων όσο και στην παρέμβαση μιας πατρικής λειτουργίας στα πεπρωμένα των ενορμήσεων. Η εν λόγω πατρική λειτουργία, η οποία σημειωτέον δεν ανάγεται απλοϊκά στα ανατομικά χαρακτηριστικά του φύλου, είναι καθολικής αξίας στην ιστορία του πολιτισμού και έχει σαν σταθερή αποστολή να αποσπάσει το νήπιο από τη σύμπτωση ταυτότητας, από τη συμβιωτική σχέση με την τροφό μητέρα. Το απαλλάσσει, μέσω των συμβόλων εξουσίας που διαθέτει η απαγορευτική εν τη ουσία της πατρική λειτουργία, από την υποχρέωση να αποτελεί στο διηνεκές συμπλήρωμα της «ελλείψεως» της μητέρας ως γυναίκας και ικανοποίηση της φαντασιακής επιθυμίας της: να κατέχει το «σκήπτρο» που συμβολίζει ο Φαλλός εξισώνοντας τον Φαλλό με το παιδί της⁹³.

Η πατρική λειτουργία συνίσταται εν ολίγοις στο ότι προάγει αποστάσεις από τη μητέρα και εξασφαλίζει αυτές τις αποστάσεις επιφορτίζοντας το νεαρό υποκείμενο με την ευθύνη αποδοχής της κοινωνικής συμβολικότητας, της οποίας υπόδειγμα είναι η παροχέτευση στη γλώσσα. Κανόνα ετερονομίας και μεταφορικής αναγωγής της επικοινωνίας: εάν η φυσική γλώσσα νοείται σαν «παρουσία γεννημένη από την απουσία», η ψυχογενής ανορεξία εμμένει να συμψηφίζεται κυριολεκτικά με την απουσία. Το σώμα είναι ο λόγος της. Η δέσμη συμβολοποιημένων εξόδων και συμβολικών καθηκόντων αποτελεί προοίμιο της εισόδου στην εφηβεία, συμβόλαιο της. Εάν η πατρική λειτουργία στον κρίσιμο παιδικό χρόνο ακυρωθεί ή αστοχήσει, το νεαρό υποκείμενο εγκλωβίζεται προκαταβολικά σε μια συναίρεση με το Είναι της μητέρας, φαλκιδεύεται σε μιαν έκφραση των δικών της επιθυμιών η οποία θα αμφισβητηθεί εκρηκτικά στην εφηβεία. Στα χρόνια δηλαδή που αναζωπυρώνονται, για βιολογικούς λόγους, οι παιδικές εκκρεμότητες, προβάλλουν οι ψυχοπαθολογικές μεν, διορθωτικές όμως από την άποψη της οντολογικής προθέσεως λύσεις. Η διελκυστίνδα βουλιμία/ανορεξία είναι μια από τις χαρακτηριστικές «κοριτσίστικες» λύσεις. Ίσως επειδή στην εφηβεία το κυριότερο κοριτσίστικο ερώτημα είναι ερώτημα επί της συνάφειας στόματος (ορέξεως) - σώματος: να είσαι σαν τη μητέρα ή να μην είσαι^{62,76}.

Ανακεφαλαιωτικά: η διπλής κατευθύνσεως διαδρομή βουλιμία προς ανορεξία ερμηνεύεται σαν αναβίωση παιδικών εκκρεμοτήτων με επίκεντρο το μητρικό σώμα. Η σχέση με τη μητέρα δεν εξοφλήθηκε και το κεφάλαιο πατέρας δεν ήταν αρκετό ώστε να την εξοφλήσει. Η βουλιμική ανορεξία είτε η ανορεκτική βουλιμία δεν είναι με τυπικούς νοσολογικούς όρους μια ψύχωση, πλην όμως από την άποψη ανεπίλυτων βασικών ψυχολογικών χρεών που απορρίπτουν εντυπωσιακά την πραγματικότητα η διαταραχή αγγίζει τους ψυχωσικούς μηχανισμούς άμυνας του Εγώ: την άρνηση, την απόρριψη ή αποκλεισμό^{62,72}.

4.5 Σωματικό είδωλο: Ομοιότητες και διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα στην εφηβεία

Πράγματι φαίνεται πως υπάρχουν μεγάλες διαφορές στον τρόπο που τα δύο φύλα αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους, στους μηχανισμούς που χρησιμοποιούν και στην κοινωνική πίεση που δέχονται για το θέμα αυτό. Μεταξύ των αγοριών, αυτά που ωριμάζουν πιο νωρίς, σχηματίζουν πιο θετικά σωματικά είδωλα. Ακριβώς το αντίθετο συμβαίνει με τα κορίτσια. Τα κορίτσια που αργούν να ωριμάσουν νοιώθουν πιο καλά με το σώμα τους, καθώς και πιο ελκυστικές σε σχέση με αυτά που ωριμάζουν πιο νωρίς. Αυτό συμβαίνει γιατί τα κορίτσια που ωριμάζουν πιο γρήγορα συνήθως έχουν εμφανή σημάδια ωρίμανσης (π.χ. μεγάλο στήθος), τα οποία τα τοποθετούν στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος καλώντας τα να αναλάβουν έναν ρόλο και να δώσουν μια μάχη με το σωματικό τους είδωλο, πράγματα για τα οποία τα κορίτσια μικρής ηλικίας δεν είναι έτοιμα να δώσουν ακόμη. Στην πρώιμη εφηβεία οι φυσικές αλλαγές συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στην αντίληψη των εφήβων για τον εαυτό τους. Η αυτοεικόνα των εφήβων είναι στενά συνδεδεμένη με το σωματικό είδωλο, και αυτό ισχύει και για τα δύο φύλα. Επιπρόσθετα το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι έφηβοι με το σώμα τους, προβλέπει γενικά το επίπεδο της αυτοεκτίμησής τους, ειδικότερα για τα κορίτσια⁴⁴.

Γενικότερα τα αγόρια έχουν πιο θετικό σωματικό είδωλο από τα κορίτσια. Τα κορίτσια τείνουν να είναι πιο επικριτικές με την εμφάνισή τους και -τις περισσότερες φορές- θεωρώντας ότι έχουν πιο πολλά κιλά από ότι έχουν στην πραγματικότητα,

επιθυμούν να αδυνατίσουν (συμπεριφορά άμεσα σχετιζόμενη με την ανορεξία!). Αυτή η τάση των κοριτσιών υποχωρεί βαθμιαία στα μέσα της εφηβείας, αν και η δυσαρέσκειά τους για το σώμα τους συνεχίζει να αυξάνεται καθ' όλη τη διάρκεια της εφηβείας. Από την άλλη πλευρά τα αγόρια είναι πιο ικανοποιημένα από την εμφάνισή τους και το μόνο που ζητούν είναι, αν όχι τίποτα, απλά να είναι πιο μυώδη, μια τάση που αρχίζει να είναι πιεστική όλο και περισσότερο στις σημερινές κοινωνίες των “πλαστικών μοντέλων”. Αξίζει να σημειώσουμε σε αυτό το σημείο τα αποτελέσματα της έρευνα των Roberta Simmons και Dale Blyth (1987) που έγινε σε 600 εφήβους. Η έρευνα αυτή βρήκε σταθερές διαφορές μεταξύ των δυο φύλων, όσο αφορά το σωματικό είδωλο και την αυτοεκτίμηση, κατά τη διάρκεια της πρώιμης και μέσης εφηβείας. Τα κορίτσια, βρέθηκαν να είναι λιγότερο ικανοποιημένα γενικότερα με το σωματότυπό τους και να θεωρούν ότι είναι λιγότερο ελκυστικά σε σχέση με τα αγόρια κυρίως στο ηλικιακό διάστημα των 12-16 χρόνων. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι όχι μόνο αξιολογούν την εμφάνισή τους πιο αρνητικά από ότι τα αγόρια, αλλά και ότι δίνουν και περισσότερη έμφαση στην εξωτερική τους εμφάνισή⁴⁴.

Ας επικεντρωθούμε όμως περισσότερο στην κοινωνική ομάδα των κοριτσιών, μιας και φαίνεται πως είναι και η πιο ευάλωτη σε προβλήματα σχετιζόμενα με το σωματικό είδωλο, και ας προσπαθήσουμε να ρίξουμε λίγο φως στο ερώτημα “Γιατί τα κορίτσια θέλουν να είναι πιο αδύνατα”. Το ερώτημα αυτό απασχόλησε και μια ομάδα ερευνητών (Tiggeman, Gardiner και Slater 2000) η οποία και έκανε μια έρευνα με σκοπό να ερευνήσει τις ανησυχίες των έφηβων κοριτσιών για το σώμα τους. Η έρευνα βρήκε πως υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που φαίνονται να επηρεάζουν την επιθυμία των κοριτσιών να είναι πιο αδύνατα. Οι δύο πιο συχνά εμφανιζόμενοι λόγοι που δικαιολογούν αυτή την επιθυμία, είναι πρωτίστως η επίδραση των μοντέλων και των ΜΜΕ, και δευτερευόντως η επιθυμία τους να είναι πιο ελκυστικές και να λαμβάνουν περισσότερη προσοχή. Άλλες συχνά δοσμένες αιτίες είναι: για αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, για να φοράνε μικρότερο νούμερο στα ρούχα, να πετύχουν μια αίσθηση ελέγχου, για να είναι πιο δημοφιλείς, να είναι αρεστές στα αγόρια, γιατί αυτό είναι που ζητάει η κοινωνία, η πίεση που δέχονται από το φιλικό τους περιβάλλον, και η πεποίθησή τους ότι «οι γυναίκες πρέπει να είναι πιο μικρόσωμες και λιγότερο μυώδεις από ότι οι άνδρες»⁴³.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εφηβεία αποτελεί τη μεταβατική περίοδο ωρίμανσης του ανθρώπου, κατά την οποία το παιδί γίνεται ενήλικος και αποκτά την ικανότητα της αναπαραγωγής. Η περίοδος αυτή συνοδεύεται από σημαντικές μεταβολές στην ταχύτητα ανάπτυξης, την οστική μάζα και τη σύσταση του σώματος, τον ψυχισμό και τη συμπεριφορά, ως αποτέλεσμα περίπλοκων νευροενδοκρινικών επιδράσεων. Οι αλλαγές που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια αυτής όπως είναι αντιληπτό είναι πολυδιάστατες, σημαντικές και ταχύτατες. Σώμα, νόηση και ψυχισμός διαφοροποιούνται και σημαδεύουν ολόκληρη την μετέπειτα ζωή του ατόμου. Η είσοδος ενός παιδιού στην εφηβεία σηματοδοτεί μια περίοδο άγχους και αναζητήσεων. Η σημαντικότερη όμως μετάβαση είναι αυτή που αφορά στο σώμα. Είναι επιτακτική ανάγκη να καταλάβει και να αποδεχτεί τις ραγδαίες αλλαγές στο σώμα του. Το σώμα των εφήβων απέχει πια από την εικόνα που είχε στην παιδική ηλικία, τόσο που πολλοί τρομοκρατούνται.

Στην ηλικία αυτή ασχολούνται συνεχώς με το σώμα τους. Όσο η εμφάνισή τους απέχει από αυτό που θα ήθελαν να είναι, αποκτούν τεράστιο άγχος. Κύριος υπαίτιος των αλλαγών αυτών είναι η ορμονική έκρηξη που εμφανίζεται κατά την ήβη. Μερικές από τις βιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν είναι: ταχύτατη ανάπτυξη των οστών, αύξηση του λιπώδους ιστού και η εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως. Ακόμα εμφανίζονται δευτερογενείς χαρακτηριστικά του φύλου, όπως ο μαστός και το εφηβαίο. Εν κατακλείδι, ο οργανισμός του εφήβου βιώνει μια πολύμορφη οργανική-βιολογική έκρηξη και χρειάζεται ασφαλώς, ποσότητα και ποιότητα θρεπτικού υλικού και ενεργειακού δυναμικού για να κατορθώσει να διεκπεραιώσει σωστά το έργο του. Σε αυτό το πλαίσιο, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, ιδιαίτερα η νευρική ανορεξία και βουλιμία που εξετάσαμε, εμφανίζονται. Είναι σοβαρές παθήσεις και σύνηθες χαρακτηριστικό είναι ότι τα άτομα που υποφέρουν από αυτές, υποφέρουν «κρυφά» και νιώθουν μεγάλη ντροπή για την απώλεια ελέγχου που βιώνουν. Η νευρική ανορεξία είναι πιο εύκολο να γίνει αντιληπτή από το περιβάλλον. Αυτό επειδή τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία χάνουν ένα μεγάλο ποσοστό του βάρους τους, οπότε η εξωτερική εμφάνιση τους αλλάζει, πολλές φορές δραματικά. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι ύπουλες με την έννοια ότι αρχικά περνούν απαρατήρητες κι όσος περισσότερος χρόνος περάσει, τόσο πιο

δύσκολο είναι να αντιμετωπισθούν. Τα παιδιά αυτά «πηδούν» γεύματα, ακολουθούν έντονα προγράμματα γυμναστικής, λένε ψέματα για το τι έφαγαν, αποφεύγουν να τρώνε παρουσία άλλων, μπορεί να υποφέρουν από κατάθλιψη, εμφανίζουν πάντα απότομη απώλεια βάρους, απώλεια περιόδου, παρουσιάζουν πολλές φορές υπερκινητικότητα, ζαλάδες, υπόταση, κρύα χέρια και πόδια, εντερικά προβλήματα και σε πιο προχωρημένο στάδιο μπορεί να υποφέρουν από οστεοπόρωση, καρδιακά προβλήματα, απώλεια μαλλιών και δοντιών. Η θεραπεία απαιτεί ειδική αντιμετώπιση από ψυχίατρο και διατροφολόγο, ειδικευμένο στις διατροφικές διαταραχές, και το άτομο συχνά χρειάζεται να νοσηλευθεί. Η βουλιμία πάλι δεν είναι πάντα εύκολο να γίνει αντιληπτή από το περιβάλλον, γιατί πολλά βουλιμικά άτομα, καταφέρνουν και διατηρούν ένα φυσιολογικό βάρος. Τα βουλιμικά άτομα, μετά το φαγητό πηγαίνουν στην τουαλέτα για εμετό, χρησιμοποιούν καθαρτικά, κάνουν γυμναστική με έντονο ρυθμό και συχνότητα, εμφανίζουν «σπασμένα» αγγεία στα μάτια, χαλασμένα δόντια, αφυδάτωση, πρήξιμο στο πρόσωπο, κατάθλιψη, καρδιακά προβλήματα, κατεστραμμένο οισοφάγο.

Οι διατροφικές διαταραχές κυριεύουν στη ζωή των παιδιών που πάσχουν από αυτές και καθορίζουν την καθημερινότητά τους. Τι κρύβεται όμως πίσω από την εμφάνισή των διαταραχών αυτών; Από τα αποτελέσματα των μελετών σε οικογένειες και διδύμους στηρίζεται η υπόθεση της γενετικής συμμετοχής στην αιτιοπαθογένεια και εκδήλωση των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής. Οι διαταραχές αυτές είναι ετερογενείς με πολυμορφία στη φαινοτυπική τους έκφραση και φαίνεται ότι παράγοντες τόσο γενετικοί όσο και κοινωνικοπολιτισμικοί συμβάλλουν αλληλοεπηρεαζόμενοι στην εκδήλωσή τους. Ο ακριβέστερος καθορισμός του φαινοτύπου της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας, η διερεύνηση της ετερογένειάς τους και κυρίως η κατανόηση της αλληλεπίδρασης γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων θα έχει ως αποτέλεσμα την πληρέστερη αντίληψη της συμβολής γενετικών συντελεστών στην παθογένεση των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής.

Η πολυπαραγοντική αιτιολογία αποτελεί, προς το παρόν τουλάχιστον τον καλύτερο τρόπο κατανόησης των διατροφικών διαταραχών. Υπό διερεύνηση τελούν παράγοντες γενετικοί, βιολογικοί, αλλά και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών. Οι περιβαλλοντικοί και ιδιαίτερα οι οικογενειακοί, παράγοντες μπορεί να δρουν προδιαθεσιακά (π.χ. μια κλειστή, άκαμπτη και ομοιοστατική οικογένεια). Ορισμένα γεγονότα ή αλλαγές στη ζωή της οικογένειας (π.χ. θάνατος μέλους,

αναχώρηση ενός αδελφού, απειλή διαζυγίου των γονέων) μπορεί να δράσουν πυροδοτώντας την έναρξη της συμπτωματολογίας. Θα πρέπει εξάλλου να αναζητούνται οι παράγοντες οι οποίοι συντηρούν τη συμπτωματολογία, ακόμη και μετά την άρση των αντίξοων συνθηκών. Η σύνδεση των οικογενειακών παραγόντων με τη διαταραχή, δυσχεραίνει την κατανόηση του προβλήματος. Η υπερπροστατευτικότητα, για παράδειγμα, ενός γονέα δημιουργεί συναισθήματα ανεπάρκειας στο παιδί, το οποίο ελέγχοντας την τροφή του, αποπειράται ταυτόχρονα να ελέγξει και τους γονείς του. Η απόπειρα όμως αυτή οδηγεί σε απειλή της υγείας, γεγονός που επαυξάνει την υπερπροστατευτικότητα του γονέα. Αυτή με τη σειρά της επαυξάνει τον εξαρτημένο ρόλο του παιδιού. Διαμορφώνεται έτσι ένας κύκλος αιτιότητας χωρίς αρχή και τέλος, που στο παράδειγμα μας οδηγεί ολόκληρο το σύστημα σε αδιέξοδο. Θα ήταν λοιπόν ορθότερο να θεωρήσουμε την οικογένεια όχι ως αιτία της διαταραχής, αλλά ως το πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτή εκτυλίσσεται και ταυτόχρονα να το χρησιμοποιήσουμε για τη θεραπεία της.

Η θεώρηση των κοινωνικό-πολιτισμικών παραγόντων που έχουν συσχετισθεί, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, προσφέρουν σημαντικά στην εμβάθυνση της κατανόησης της αιτιοπαθογένειας αυτών των συνδρόμων συμπεριφοράς, για τα οποία πολλά ακόμη παραμένουν ασαφή ή και αδιευκρίνιστα. Διαθέτουμε σήμερα κάποια δεδομένα για την επίπτωση και την επικράτηση της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας στις ανεπτυγμένες δυτικές κοινωνίες, ωστόσο είναι σημαντικό να μη μας διαφεύγει ότι η τυπική εικόνα της ανορεξίας και της βουλιμίας όπως τη συναντάμε στις ειδικές κλινικές, δεν είναι απόλυτα αντιπροσωπευτική των μορφών των διαταραχών συμπεριφοράς φαγητού όπως αυτές εμφανίζονται στην κοινότητα. Αν και τα δεδομένα δεν επιτρέπουν με βεβαιότητα οριστικά συμπεράσματα, οι ενδείξεις συνηγορούν υπέρ της άποψης ότι υπάρχει αύξηση των περιπτώσεων ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας κατά τη διάρκεια των πρόσφατων δεκαετιών, ιδιαίτερα στις νεαρές κοπέλες και αυτό είναι ενδεικτικό της λειτουργίας κοινωνικών και πολιτισμικών συνιστωσών. Επίσης, έχουν προσδιοριστεί ορισμένοι παράγοντες αυξημένου κινδύνου και ανάμεσα σε αυτούς η διαιτητική συμπεριφορά φαίνεται να είναι ιδιαίτερης βαρύτητας. Οι διαπολιτισμικές μελέτες, οι οποίες με μια έννοια θα μπορούσαν να συμπεριλάβουν και τις δια-ιστορικές, συναντούν πολλά μεθοδολογικά προβλήματα, ωστόσο έχει σημειωθεί πρόοδος. Η ψυχογενής ανορεξία, όπως αυτή

καθορίζεται στις δυτικές χώρες είναι προφανώς σπάνια στις αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά φαίνεται να καθίσταται συχνότερη, καθώς τα δυτικά πρότυπα της ισχύτητας του σώματος εξαπλώνονται και υιοθετούνται. Εν τούτοις, καταστάσεις αυτοεπιβαλλόμενου υποσιτισμού μπορεί να συμβαίνουν σε άλλο πλαίσιο και με διαφορετικές σημασίες, σε διαφορετικά κοινωνικά περιβάλλοντα και η διερεύνηση αυτών των συμπεριφορών θα διαφωτίσει πτυχές των κλινικών διαταραχών πρόσληψης τροφής. Τα επιδημιολογικά δεδομένα αν εξετασθούν συνολικά, υποστηρίζουν τη βασική ιδέα ότι ο περιορισμός της διαιτητικής πρόσληψης, από οποιοδήποτε κίνητρο και αν ξεκινάει (δίαιτα για απώλεια βάρους, ασκητισμός, αποστροφή για κάποια είδη τροφής) αποτελεί την κύρια αιτία για την ψυχογενή ανορεξία ή για τις άλλες αυτοδιδιωμιζόμενες, αυτοεπιβαλλόμενες καταστάσεις υποσιτισμού. Στις ομάδες πληθυσμού όπου η δίαιτα είναι συχνότερη η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία είναι επίσης συχνότερες. Δεν αναπτύσσεται βέβαια η διαταραχή σε οποιονδήποτε υποβάλλεται σε δίαιτα και επομένως ένας μικρός αριθμός ατόμων διαθέτει αυξημένη προδιάθεση για ανάπτυξη της διαταραχής. Οι νεαρές κοπέλες παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι τα κορίτσια κάνουν δίαιτα συχνότερα από τα αγόρια, ίσως επειδή η τροφή και η σχέση της με το σώμα, είχαν πάντα πολιτισμικά συμβολισμό σχετιζόμενο με τη θηλυκότητα. Είναι ωστόσο πιθανό η διαφορά στην προδιάθεση μεταξύ των φύλων να οφείλεται σε βιολογικούς - φυσιολογικούς παράγοντες. Οι πολιτισμικές επιδράσεις μπορεί να προσδιορίζουν τη συχνότητα των διαταραχών, μέσα από την ενθάρρυνση της διαιτητικής συμπεριφοράς, όπως επίσης να επιδρούν στην εκδήλωσή της μέσα από σημασίες που της αποδίδονται. Η διαίωνιση της διαταραχής στη συμπεριφορά μπορεί να επηρεάζεται και πάλι πολιτισμικά, εφόσον είναι δυνατόν να εκτιμάται ιδιαίτερα, είτε από το άτομο είτε από τα σημαντικά γι' αυτό το άτομο πρόσωπα και επομένως να ενισχύεται, και ο βαθμός της ενίσχυσης μπορεί επίσης να διαφέρει ανάλογα με το κοινωνικό-πολιτισμικό περιβάλλον.

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση τους. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελούν ένα δύσκολο θεραπευτικό εγχείρημα τόσο λόγω της σοβαρότητας της νόσου όσο και λόγω της άρνησης που συχνά συναντάται στους ασθενείς ως προς την αναγνώριση και παραδοχή της ύπαρξης προβλήματος. Η άρνηση αυτή συχνά οδηγεί σε δυσκολία συνεργασίας μεταξύ του ασθενούς και της θεραπευτικής ομάδας.

Τα αποτελέσματα είναι πολύ καλύτερα αν η θεραπεία ξεκινήσει νωρίς, πριν η διαταραχή γίνει συνήθεια και τρόπος ζωής.

Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς που είναι κάτω των 18 ετών και πάσχουν από τη διαταραχή για λιγότερο από 3 χρόνια είναι αυτοί που ανταποκρίνονται καλύτερα στη θεραπευτική παρέμβαση. Υπομονή και δέσμευση τόσο από τη θεραπευτική ομάδα όσο και από την θεραπευόμενη και την οικογένεια της είναι σημαντικά, διότι τα αποτελέσματα θα έρθουν μετά από μερικούς μήνες και όχι αμέσως. Οι περισσότεροι ασθενείς θα χρειαστούν να ακολουθήσουν ψυχοθεραπεία. Η μορφή, που θα πάρει η θεραπεία αυτή προσαρμόζεται πάντα στις ανάγκες του ατόμου και προσφέρεται από έμπειρο και ειδικευμένο θεραπευτή. Γνωρίζουμε, ότι η θεραπεία οικογένειας και η ψυχοθεραπεία, που στηρίζεται σε γνωσιακές και συμπεριφερολογικές αρχές είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Ορισμένοι ασθενείς θα χρειαστούν φαρμακευτική αγωγή με στόχο να αντιμετωπιστούν πιθανόν συνυπάρχουσες καταστάσεις, όπως κατάθλιψη ή άγχος. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να βοηθήσει επίσης και στη μείωση των βουλμικών επεισοδίων. Η αγωγή παρακολουθείται στενά και προσεχτικά από ειδικευμένο ψυχίατρο.

Πολύ σημαντικό ρόλο όμως έχει και το ψυχολογικό κομμάτι. Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις για τις διατροφικές διαταραχές συνιστώνται για τη θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Πρέπει να σημειωθεί ότι όλες οι ψυχολογικές παρεμβάσεις προϋποθέτουν την ιατρική παρακολούθηση του ασθενούς καθώς και την αποκατάσταση της σωματικής του υγείας και βάρους. Η σωματική υγεία και το βάρος του ασθενούς πρέπει να έχουν αποκατασταθεί, σ' ένα βαθμό τουλάχιστον, κατά προτίμηση πριν την έναρξη της ψυχολογικής παρέμβασης ή και παράλληλα με αυτήν. Σε καμία περίπτωση πάντως δεν πρέπει να δοθεί βάρος στην ψυχολογική παρέμβαση μόνο και να παραμεληθεί η σωματική υγεία και παρακολούθηση του ασθενούς.

Η συμβολή του διατροφολόγου είναι επίσης επιτακτική ανάγκη. Σε λίγες μόνο περιπτώσεις, στις οποίες είτε κινδυνεύει άμεσα η υγεία του ατόμου είτε όλες οι άλλες θεραπείες έχουν αποτύχει, συνιστάται εισαγωγή σε νοσοκομείο. Θα πρέπει η μονάδα αυτή να είναι εξειδικευμένη σε θέματα διαταραχών πρόσληψης τροφής και να υπάρχει ένα προσεχτικό πρόγραμμα παρακολούθησης και συνεχιζόμενης θεραπείας μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Η αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι δύσκολη, απαιτεί προσέγγιση του προβλήματος από πολλούς ειδικούς και συνίσταται σε τακτικό ιατρικό έλεγχο, εφαρμογή προγράμματος σίτισης και σε ψυχολογική θεραπεία του ασθενούς και της οικογένειας. Όσον αφορά στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχογενούς βουλιμίας εφαρμόζεται συνδυασμός προγραμμάτων διατροφής και συνεχούς αυτοεπιτήρησης με σκοπό την επίγνωση της διαταραγμένης συμπεριφοράς. Όπως και στην ψυχογενή ανορεξία η αποτυχία της εξωνοσοκομειακής θεραπείας ή σοβαρές ιατρικές επιπλοκές αποτελούν ένδειξη εισαγωγής στο νοσοκομείο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ιστορικό ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Ε.Κ

Ηλικία: 15

Επάγγελμα: Μαθήτρια Γυμνασίου

Καταγωγή: Ελευσίνα

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμη

Ημερομηνία εισόδου: 26/12/2012. Η Ε.Κ ετών 15, εισήλθε στην παθολογική κλινική του ΘΡΙΑΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ. Μετά από αιματολογικές

εξετάσεις που έκανε, κρίθηκε αναγκαία η εισαγωγή της.

Οικογενειακό ιστορικό ασθενούς

Μητέρα: χρόνια κατάθλιψη και προβλήματα στο οικογενειακό περιβάλλον.

Πατέρας: ορφανή πατρός.

Ατομικό ιστορικό

Η Ε.Κ, εμφανίζεται να έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση και ιστορικό χλευασμού για το σωματικό της βάρος. Κατόπιν εξέτασως από το γιατρό, διαπιστώθηκε ύπαρξη κοιλιακού άλγους, χαμηλή αρτηριακή πίεση και έντονο αίσθημα κόπωσης με ατονία.

Ζωτικά σημεία ασθενούς:

Θερμοκρασία : 36.8 °C

Αρτηριακή πίεση: 130/80 mmHg

Σφύξεις: 85/min

Αναπνοές: 18/min

Η ασθενής την ώρα της εξέτασης της, ανέφερε στον ιατρό ότι τα τελευταία 2 χρόνια προσέχει απλώς την πρόσληψη θερμίδων και γυμνάζεται αρκετά συχνά.

- Κατόπιν κλινικής εξέτασης διαπιστώθηκε ότι η ασθενής έχει απουσία έμμηνου ρύσης για τουλάχιστον 3 διαδοχικούς κύκλους.

Ακολούθως με τη συνεργασία του νοσηλευτή ελήφθησαν οι παρακάτω απαραίτητες εξετάσεις.

Τα εργαστηριακά ευρήματα έδειξαν:

- Μειωμένη έκκριση του εκλυτικού παράγοντα του θυλακιστρόπου (LHRM), της ωχριοτρόπου (LH) και της οιστραδιόλης.

Τα επίπεδα της T3 είναι μειωμένα, το T4 κατώτερου επιπέδου της ανενεργούς T3 αυξημένα και της TSM φυσιολογικά.

- GH (αυξητική ορμόνη) αυξημένα λόγω μειωμένης πρόσληψης τροφής.

- Αυξημένα επίπεδα της AVP στο πλάσμα.

- Μεταβλητές των πεπτιδίων καθώς και του NPY με συνέπεια απουσία έμμηνου ρύσης.

- Επίπεδα ACT4 και η απάντηση της κορτιζόλης στην υπογλυκαιμία από ινσουλίνη αυξάνεται.

Τελική διάγνωση

Ο συνδυασμός της κλινικής εξέτασης και των εργαστηριακών εξετάσεων έδειξαν πως η ασθενής πάσχει από νευρογενή ανορεξία. Έτσι κρίθηκε αναγκαία η εισαγωγή της στην κλινική του νοσοκομείου για βέλτιστη παρακολούθηση.

Ακολουθεί η ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας.

Νοσηλευτική Διάγνωση (προβλήματα -ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτική Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>α) Αυξημένο κοιλιακό άλγος. (δυσκοιλιότητα)</p> <p>β) Μειωμένο σωματικό βάρος και έντονη κόπωση σε συνδυασμό με ατονία.</p> <p>γ) Δυσκολία να αναγνωριστεί η σοβαρότητα της κατάστασης.</p> <p>δ) Ψυχολογικά προβλήματα. (χλευασμός βάρους)</p>	<p>α) Ο ασθενής να ανακουφιστεί από τα κοιλιακά άλγη.</p> <p>β) Άμεσος στόχος να αυξηθεί το σωματικό βάρος σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>γ) Επαναφορά διαταραγμένης συμπεριφοράς στα φυσιολογικά πλαίσια.</p> <p>δ) Επίλυση ψυχολογικών διαταραχών.</p> <p>ε) Μακροπρόθεσμη εμπιστοσύνη και από τις δύο πλευρές.</p>	<p>α) Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων (1500-2000 θερμίδων) ημερησίως.</p> <p>β) Αντιμετώπιση δυσκοιλιότητας και κοιλιακών αλγών με μαλακτικά κοπράνων και αναλγητικά.</p> <p>γ) Φαρμακευτική αγωγή.</p> <p>δ) Πρωινό ζύγισμα.</p> <p>ε) Παρακολούθηση εργαστηριακών δεικτών.</p> <p>ζ) Ενθάρρυνση και ενίσχυση της ασθενούς και σε προσωπικά ζητήματα.</p>	<p>α) Δόθηκαν τακτικά καθημερινά γεύματα.</p> <p>β) Χορηγήθηκαν τα μαλακτικά και τα αναλγητικά λόγω δυσκοιλιότητας και πόνων.</p> <p>γ) Δεν χρειάστηκε περαιτέρω φαρμακευτική αγωγή.</p> <p>δ) Έγινε λήψη και παρακολούθηση εργαστηριακών ευρημάτων τα αποτελέσματα των οποίων έδειξαν φυσιολογικούς δείκτες.</p> <p>ε) Υπήρξε συνεργασία υποστήριξης και συνεργασίας και από τις δύο ομάδες. (ψυχολόγων +διαιτολόγων) (ασθενούς +οικογένειας)</p>	<p>α) Το αίσθημα άλγους και η δυσκοιλιότητα αποχώρησε και σύμφωνα με τους νοσηλευτές η ασθενής χρησιμοποίησε την τουαλέτα 3 φορές.</p> <p>β) Το καθημερινό ζύγισμα έδειξε πως το σωματικό βάρος της ασθενούς επανέρχεται στα φυσιολογικά όρια ύστερα από τα γεύματα των 2000 θερμίδων που χορηγήθηκαν.</p> <p>γ) Τα εργαστηριακά ευρήματα από τη 2^η ημέρα νοσηλείας εξελίχθηκαν πολύ αρμονικά.</p> <p>δ) Ψυχολογική κατάσταση πολύ σταθερή. Συνειδητοποίηση της κατάστασής της.</p>

Ιστορικό ασθενούς:

Όνοματεπώνυμο: Γ.Κ

Ηλικία: 18,5

Επάγγελμα: φοιτήτρια λογιστικής

Καταγωγή: Αθήνα

Ημερομηνία εισόδου: 23/5/2012. Η Γ.Κ εισήλθε στο γενικό νοσοκομείο Αθηνών και ύστερα από αιματολογικές εξετάσεις στις οποίες υπεβλήθει κρίθηκε αναγκαία η εισαγωγή της .

Οικογενειακό ιστορικό:

Μητέρα: Χρόνια κατάθλιψη και κατάχρηση αλκοόλ με δύο απόπειρες αυτοκτονίας

Πατέρας: Χρόνια απών

Ατομικό ιστορικό: Η ασθενής ΓΚ φαίνεται υγιής εξωτερικά ωστόσο το ιστορικό που έλαβε ο ψυχολόγος με τη διατροφολόγο κατέληξε πως η ΓΚ πάσχει από κατάθλιψη και φόβο εγκατάληψης. Παρόλο που πρόκειται για ενήλικο άτομο φαίνεται να μην μπορεί να αυτονομηθεί και να πάψει να συγκρούεται με τη μητέρα της. Η ΓΚ στη συνέχεια υπεβλήθει σε γενικές εξετάσεις για να ελεγχθεί η κατάσταση της υγείας της

Ζωτικά σημεία:

Θερμοκρασία: 36,7 C

Αρτηριακή πίεση: 130/70 mmhg

Σφύξεις: 86/min

Αναπνοές: 18/min

Η ασθενή την ώρα της εξέτασης ανέφερε πως ένιωθε έντονη την ανάγκη να καταναλώνει τροφές σε τεράστιες ποσότητες, ωστόσο αμέσως μετά προκαλούσε εμετό αφού ένιωθε τύψεις για τη ποσότητα που είχε καταναλώσει.

Διαταραχές ορμονών:

- Λόγω αμηνόρροιας υπήρξαν αυξημένα τα επίπεδα της κορτιζόλης ιδιαίτερα τις νυχτερινές ώρες .
- Αυξημένα επίπεδα GH (αυξητική ορμόνη)
- Σε σχέση με υγιή άτομο υπάρχει μικρή αύξηση της προλακτίνης.

Διαταραχές στο:

- Ντοπαμινεργικό σύστημα:

Επίπεδα ομοβανιλλικού οξέος (HVA μεταβολίτης της ντοπαμίνης) βρέθηκε μειωμένο

- Νοραδρενεργικό σύστημα:

Επίπεδα της 3μεθυξυλοδροξυφαινυλγλυκόλης μειωμένη στα ούρα. Αυξημένα επίπεδα NE στο πλάσμα και το ENY.

- Σεροτονινεργικό σύστημα:

Μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα η οποία είναι υπεύθυνη για τη βουλιμία

Τελική διάγνωση

Ο συνδυασμός της κλινικής εξέτασης και των εργαστηριακών εξετάσεων έδειξαν πως η ασθενής πάσχει από βουλιμία. Έτσι κρίθηκε αναγκαία η εισαγωγή της στην κλινική του νοσοκομείου για βέλτιστη παρακολούθηση και εξέταση του ασθενούς . Ακολουθεί η ολιστική και εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας .

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>α) Αφυδάτωση</p> <p>β) Κατάθλιψη</p> <p>γ) Μειωμένο σωματικό βάρος</p>	<p>α) Η ασθενής να ανακουφιστεί από την αφυδάτωση</p> <p>β) Να επανέλθει η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς σε φυσιολογικές συνθήκες</p> <p>γ) Να αποκτήσει φυσιολογικό βάρος η ασθενής</p>	<p>α) Να δοθούν υγρά και τα κατάλληλα φάρμακα για να διορθωθεί η αφυδάτωση</p> <p>β) Χορήγηση φαρμάκων (ναλοξόνη, βρουπτοπιόνη) για να μειωθούν τα επεισόδια βουλιμίας</p> <p>γ) Ψυχοεκπαιδευτικές συναντήσεις</p>	<p>α) Δόθηκαν πολλά υγρά για το πρόβλημα της αφυδάτωσης</p> <p>β) Χορηγήθηκαν τα κατάλληλα φάρμακα</p> <p>γ) Διεκόπηκε ο κύκλος υπερφαγίας – καθαρτική συμπεριφορά</p> <p>δ) Υποστηρίχθηκε ψυχολογικά η ασθενής ενώ ταυτόχρονα υπήρξε και ενθάρρυνση ώστε να καταγραφούν από την ίδια τα γεύματα</p>	<p>α) Η αφυδάτωση αποκαταστάθηκε με αποτέλεσμα να νιώθει καλά και ευχάριστα η ασθενής</p> <p>β) Λήφθηκαν όλα τα γεύματα, όλων των κατηγοριών με αποτέλεσμα να επανέλθει το βάρος στα φυσιολογικά πλαίσια</p> <p>γ) Η ψυχολογική κατάστασή της φαίνεται να έχει σταθεροποιηθεί και να έχει προετοιμαστεί για τον τερματισμό της θεραπείας</p>

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γονιδάκης Φραγκίσκος - Βάρσου Ελευθερία, 2008, Ψυχογενής ανορεξία, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
2. Παρασκευόπουλος Ιωάννης, 1985, Εξελικτική ψυχολογία, Ιδιωτική Έκδοση, Αθήνα
3. Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ., 2006. Σύγγραμμα ψυχιατρικής, Α΄ Τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
4. Χαρτοκόλου Π. , 1991, Εισαγωγή στην ψυχιατρική, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα
5. Kaplan, Sadock, 2004, Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα
6. Treasure Janet, Smith Granne, Crane Anna, 2010, Μ' αγαπάς; Βοήθησέ με να ξεπεράσω το πρόβλημά μου με την τροφή! Εκδόσεις Βλάσση, Αθήνα
7. Carson R. - Butcher J. , 1992, Abnormal Psychology and modern life (9th ed), Harper Collins publishers Inc, New York
8. Lock James - Le Grange Daniel, 2005, Help your teenager beat an eating disorder, The Guilford Press, New York
9. Συλλογικό έργο, επιμέλεια Σίμος Γρηγόρης, 2007, Εγχειρίδιο θεραπείας για την ψυχογενή ανορεξία, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα
10. Susan Elliot-Wright, 2004, Εφηβεία, Εκδόσεις Σαββάλα, Αθήνα
11. The INC – 10. Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines, 1992, World health organization , Geneva (απόδοση στα Ελληνικά και επιμέλεια από Στεφανής Κ. , Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β.)
12. Κονταξάκης ΒΠ. , Χριστοδούλου ΓΝ. , 1994, Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά: Τάσεις και προβληματισμοί, Τόμος Α΄, Κέντρο ψυχικής υγιεινής, Αθήνα
13. Carol Ren Kneist, Holly and Trigoboff, 2009, Σύγχρονη νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Εκδόσεις Ίων, Αθήνα
14. Evans C., Street E., 1995, Possible differences in family patterns in anorexia nervosa and bulimia nervosa, J Fam Ther
15. Kathleen Morgan Speer, 2000, Παιδιατρική νοσηλευτική, Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα
16. PDM Task Force, 2006, Psychodynamic diagnostic manual, Silver spring, MD: Alliance of psychoanalytic organizations
17. Laura Collins Publisher, 2004, Eating with your anorexic: How my child recovered through family – based treatment and yours can too, McGraw-Hill(1th ed), New York
18. Ελληνική εταιρία ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας παιδιού και εφήβου, 2004, Παιδί και έφηβος, ψυχική υγεία και ψυχοπαθολογία, εκδόσεις Καστανιώτη τόμος 70ς, τεύχος 1^ο-2^ο, Αθήνα

19. Κιτσίκη-Σμιντ Έλσα, 2005, Εισαγωγή στην κλινική ψυχολογία: Δοκίμιο πάνω στη μεταβίβαση της θεωρίας και της πρακτικής, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα
20. Μαδιανός Μιχάλης, 2005, Ψυχιατρική και Αποκατάσταση, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα
21. Σαραντόγλου Γιώργος-Venice Jean-Luc-Churpin Maurice, 1987, Η ψυχογενής ανορεξία, εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα
22. Βάρβογλη Λίζα, 2005, «Τι συμβαίνει στο παιδί;», Νευροεξεληκτικές διαταραχές της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας, εκδόσεις Καστανιώτη
23. Αμοιρίδου Σ., 2006, Συγκριτική παιδοψυχιατρική διερεύνηση των διαταραχών διατροφής στην πρώτη παιδική ηλικία και εφηβική ηλικία. Διδακτορική διατριβή στο τμήμα ιατρικής της σχολής υγείας, Θεσσαλονίκη: Α.Π.Θ
24. Fairburn C, 2007, Βουλιμία : Ξανακερδίστε τον έλεγχο, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα
25. Κουρκουτάς Η.Ε, 2001, Η Ψυχολογία του εφήβου: Θεωρητικά ζητήματα και κλινικές περιπτώσεις, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα
26. Κούρος Ι, 1993, Ψυχολογικά θέματα παιδιών και εφήβων, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
27. Σφηκάκη Μ, 2007, Ανορεξία-Βουλιμία: Εξαρτητική συμπεριφορά ή τρόπος ζωής; Τετράδια ψυχιατρικής
28. Fairburn C, Begun SI., 1995, Studies of epidemiology of bulimia nervosa. Am J Psychiat
29. Johnson C, Connors M., 1987, The etiology and treatment of bulimia nervosa: A biopsychosocial perspective, Basic Books, New York
30. Wakeling A., 1996, Epidemiology of anorexia nervosa, Psychiat Res, Washington
31. Strober M, Morrell W. Burroughs J, Salkin B, Jacobs C., 1985, A controlled family study of anorexia nervosa. J Psychiat Res
32. Boris H., 1984, The problem of anorexia nervosa. Int J Psycho-Anal
33. Schwartz DM, Thompson MG, Johnson C., 1982, Anorexia nervosa and bulimia: The sociocultural context. Int J Eat Dis
34. Bliss EL, Branch CH, 1960, Anorexia Nervosa: Its History, Psychology and Biology, New York, Hoeber
35. Bruch H., 1973, Eating Disorders. New York, Basic Books
36. Χασαπίδου Μ, Φαχαντίδου Α., 2002, Διατροφή για υγεία, άσκηση και αθλητισμό, University studio press, Θεσσαλονίκη
37. Γαλανός Δ., 2001, Η διατροφή μας, Επιμέλεια έκδοσης: Δημόπουλος Κ., Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα
38. Καραδήμας Ε., 2005, Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα
39. Βάρσου Ε, 2008, Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής: Κλινική ψυχιατρική προσέγγιση. Εγκέφαλος, Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής, Τόμος 48

40. Ζαμπέλας Α., 2003, Η διατροφή στα στάδια της ζωής, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα
41. Κουλιεράκης Γ., Πασχάλη Α., Ρότσικα Β., Τζινιέρη-Κοκκώση Μ., 2010, Κλινική ψυχολογία της υγείας, Εκδόσεις Παπαζήσης, Θεσσαλονίκη
42. Μάνιος Γ., 2007, Διατροφική αγωγή, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα
43. Martinez C.N., Ραπακούλια Τ., 2010, Φάκελος εφηβεία: Τα κορίτσια στην εφηβεία, Εκδόσεις Σαββάλα, Αθήνα
44. Martinez C.N., Ραπακούλια Τ., 2010, Φάκελος εφηβεία: Αγόρια και κορίτσια στην εφηβεία, Εκδόσεις Σαββάλα, Αθήνα
45. Καπάτου Α., 2007, Εφηβεία, Εκδοτικός οίκος: Modern Times, Αθήνα
46. Τσιάντης Γ., 1998, Εφηβεία, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα
47. Vallejo-Nagera A., 2001, Εφηβεία: Η άγρια ηλικία, Εκδόσεις Ενάλιος, Αθήνα
48. Laufer Moses, 1992, Εφηβεία, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα
49. Raymond-Rivier B., 1989, Η κοινωνική ανάπτυξη του εφήβου, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα
50. Σχοινά Μ., 23/06/2009, Κλινική ψυχολόγος – ψυχοθεραπεύτρια, Εφηβεία και διατροφικές διαταραχές, Ελευθεροτυπία, ηλεκτρονική έκδοση
51. Χαρίτου-Φατούρου Μ., 2004, Διαταραχές Διατροφής και Γυναίκα, Νέα Υγεία
52. Χαρίλα Ν., 2004, Γνωσιακό-Συμπεριφοριστικό Μοντέλο Ερμηνείας και Παρέμβασης στις Διαταραχές Διατροφής, Νέα Υγεία
53. Carter J., McFarlane T., Bewell C., Olmsted M., Woodside B., Kaplan A., Crosby R., 2009, Maintenance treatment for Anorexia Nervosa: a comparison of Cognitive Behavior Therapy and treatment as usual. *International Journal of Eating Disorders*
54. Dare C., Eisler I., Russell G., Treasure J., Dodge L., 2001, Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomized controlled trial of outpatient treatments. *British Journal of Psychiatry*
55. Pike KM., Walsh BT., Vitousek K., Wilson GT., Bauer J., 2003, Cognitive behaviour therapy in the post hospitalization treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*
56. Stunkard A., 1972, New therapies for the eating disorders. *Archives of General Psychiatry*
57. Bauer, B. G., & Anderson, W. P., 1989, Bulimic beliefs: Food for thought. *Journal of Counseling and Development*
58. Fairburn, C.G., Marcus, M.D. & Wilson, G.T., 1993, Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. In: Fairburn, C.G., & Wilson, G.T. (Eds), *Binge eating: nature, assessment and treatment* N. York: Guilford

59. Fairburn, C.G., Welch, S., Doll, H.A., Davies, B.A. & O' Connor, M.E., 1997, Risk factors for bulimia nervosa: A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*
60. Fairburn C, Brownell K., 2002, *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*, Guilford Press, London
61. Grilo C.M., Masheb R.M., Wilson G.T., 2001, Subtyping binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*
62. Keery H., Eisenberg M.E., Boutelle K., Neumark-Sztainer D., Story M., 2006, Relationships between maternal and adolescent weight-related behaviours and concerns: the role of perception. *Journal of Psychosomatic Research*
63. Pike K.M., 1995, *Bulimic Symptomatology in High School Girls. Toward a Model of Cumulative Risk. Psychology of Quarterly*
64. Strober M., Humphrey L.L., 1987, Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*
65. Williamson D.A., Kelley M.L., Davis C.J., Ruggiero L., Blouin D.C., 1985, Psychopathology of eating disorders: A controlled comparison of bulimics, obese and normal subjects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*
66. Nolen-Hoeksema S., 2008, *Abnormal Psychology (4th Ed.)*. McGraw-Hill Higher Education
67. Kerig P., - Wenar Ch., 2000, Εξελικτική Ψυχοπαθολογία. Από την Βρεφική ηλικία στην Εφηβεία. Κεφάλαιο 11, Ψυχοπαθολογίες της Εφηβικής Μεταβατικής Περιόδου : Διαταραχές στην Πρόσληψη τροφής και κατάχρηση ουσιών, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα
68. Κάκουρος Ε, Μανιαδάκη Κ., 2004, Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων: Αναπτυξιακή Προσέγγιση. Διαταραχές στην Πρόσληψη τροφής κατά την εφηβική ηλικία, Εκδόσεις Τυπωθήτω – Δαρδανός Γ.
69. Μάνος Ν., 1997, Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής: Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής, University Studio Press, Θεσσαλονίκη
70. Νομικού Χ., 2004, Εφηβεία η ηλικία της Επανάστασης. Έκτο μέρος: Διαταραχές Σίτισης, Εκδοτικός Οίκος Λιβάνη, Αθήνα

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

71. <http://www.anasa.com.gr>
72. <http://www.b-eat.co.uk>
73. <http://www.paidorama.com>
74. <https://www.aboutyouth.gr>
75. <http://www.youth-health.gr>
76. <http://www.childmentalhealth.gr>
77. <http://www.enet.gr>
78. <http://www.uromed.gr>
79. <http://www.psy.auth.gr>
80. <http://pediatrics.aappublications.org>.
81. <http://www.medlook.net>
82. <http://www.iatronet.gr>
83. <https://www.b-eating.gr>
84. <https://www.logodiatrofis.gr>
85. <https://www.mednutrition.gr>
86. <https://www.healthview.gr>
87. <https://www.stressteen.stress.gr>
88. <https://www.iator.gr>
89. <https://www.aftognosia.gr>
90. <https://www.globalusers.com>
91. <https://www.dietup.gr>
92. <https://www.ay-efiviki-diatrofi.blogspot.gr>
93. <https://www.psynet.gr>
94. <https://www.diatrofi.gr>
95. <https://www.inews.gr>
96. <https://www.genenutrition.gr>

