

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΚΥΡΙΑΚΗ ΣΑΜΑΡΤΖΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΜΕΛΙΣΣΟΥΡΓΟΥ ΕΥΔΟΚΙΑ - ΔΑΝΑΗ
ΓΙΑΝΝΑΡΑΚΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2013

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στην εισηγήτρια μας
κα. Κυριακή Σαμαρτζή για την καθοδήγηση και την υποστήριξη της καθ' όλη τη
διάρκεια διεκπεραίωσης της παρούσας πτυχιακής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	5-12
Κεφάλαιο 1 Ιστορική Αναδρομή.....	12-16
1.1 Αιτιολογία διατροφικών διαταραχών.....	16-17
1.2 Κοινωνικοί παράγοντες.....	17
1.3 Βιολογικοί παράγοντες.....	17
1.4 Ψυχολογικοί παράγοντες.....	17
1.5 Οικογενειακοί παράγοντες.....	17-18
Κεφάλαιο 2 Νευρογενής/ Ψυχογενής ανορεξία.....	19-20
2.1 Επιπολασμός.....	20
2.2 Τύποι νευρογενούς ανορεξίας.....	21
2.2.1 Περιοριστικός τύπος.....	21
2.2.2 Υπερφαγικός / καθαρτικός τύπος.....	21-22
2.3 Διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας κατά DSM- IV.....	23
2.3.1 Διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας κατά ICD-10	23-24
2.4 Αιτιολογία Νευρογενούς Ανορεξίας.....	24
2.4.1 Βιολογικοί- Οικογενειακοί Παράγοντες.....	24-26
2.4.2 Ψυχολογικοί Παράγοντες- Προσωπικότητα.....	26-27
2.4.3 Κοινωνικοί – Περιβαλλοντικοί Παράγοντες.....	27-28
2.5 Κλινική Εικόνα Νευρογενούς Ανορεξίας.....	28-31
2.6 Συνέπειες της Νευρογενούς Ανορεξίας.....	31
2.6.1 Καρδιακές Επιπλοκές.....	31-32
2.6.2 Γαστρεντερικές Επιπτώσεις.....	32
2.6.3 Κατάχρηση καθαρτικών.....	32-33
2.6.4 IPECAP σιρόπι – Πρόκληση εμέτου.....	33
2.6.5 Επιπτώσεις Αμηνόρροιας.....	33
2.6.6 Υπογονιμότητα.....	33
2.7 Συνοσηρότητα.....	33-35
2.8 Θεραπεία νευρογενούς ανορεξίας.....	35-36
2.8.1 Θεραπευτικές παρεμβάσεις.....	36
2.8.2 Στόχοι της θεραπείας.....	36-39
2.8.3 Ενδονοσοκομειακή θεραπεία.....	39-40
2.8.4 Φαρμακευτική αντιμετώπιση.....	40-42
2.8.5 Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.....	42-44
2.8.6 Οικογενειακή θεραπεία.....	44-45
2.8.7 Συναισθηματικές αντιδράσεις στους ασθενείς.....	45-46
2.9 Νοσηλευτική διεργασία.....	46-47
2.9.1 Νοσηλευτικό ιστορικό.....	47-48

2.9.2 Νοσηλευτική διεργασία.....	48
Κεφάλαιο 3 Ψυχογενής/ Νευρογενής Βουλιμία.....	49
3.1 Ορισμός.....	49
3.2 Εισαγωγή.....	49
3.3 Περιγραφή.....	50-51
3.4 Επιπολασμός.....	51-52
3.5 Τύποι νευρογενούς βουλιμίας.....	52
3.5.1 Καθαρτικός τύπος.....	52
3.5.2 Μη καθαρτικός τύπος.....	52
3.6 Αιτιολογία.....	53
3.6.1 Βιολογικές θεωρίες.....	53-54
3.6.2 Οικογενειακές θεωρίες.....	54-55
3.6.3 Αναπτυξιακές θεωρίες.....	55
3.6.4 Κοινωνικό-πολιτισμικές θεωρίες.....	56
3.7 Διαγνωστικά κριτήρια.....	57
3.7.1 Διαγνωστικά κριτήρια κατά ICD-10.....	57-58
3.7.2 Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV.....	58-59
3.8 Κλινική εικόνα.....	59-60
3.8.1 Επιπτώσεις στον οργανισμό.....	60
3.8.2 Επιπτώσεις στην ψυχολογία και στην συμπεριφορά.....	61
3.9 Συνοσηρότητα.....	62
3.10 Θεραπεία νευρογενούς βουλιμίας.....	62
3.10.1 Στόχοι θεραπείας.....	62-63
3.10.2 Νοσοκομειακή θεραπεία.....	63
3.10.3 Εξωνοσοκομειακή θεραπεία.....	63-65
3.10.4 Θεραπεία διαιτητικής αποκατάστασης.....	65-66
3.10.5 Οικογενειακή θεραπεία.....	66-67
3.10.6 Φαρμακευτική αντιμετώπιση.....	67
3.11 Πρόγνωση.....	68
3.12 Νοσηλευτική φροντίδα.....	69-70
3.13 Νοσηλευτικό ιστορικό.....	70-71
3.13.1 Νοσηλευτική διεργασία.....	71-72
Κεφάλαιο 4: Σύνδρομο Επεισοδιακής Υπερφαγίας.....	73
4.1 Ορισμός.....	73-74
4.2 Διαγνωστικά κριτήρια υπερφαγίας κατά DSM-IV.....	74-75
4.3 Διαχωρισμός διαταραχής υπερφαγίας και νευρογενούς βουλιμίας.....	75
4.4 Αίτια υπερφαγίας.....	75
4.4.1 Βιολογικά αίτια.....	75-76
4.4.2 Ψυχολογικά αίτια.....	76-77
4.4.3 Λοιπά αίτια.....	77-78
4.5 Κλινική εικόνα.....	78-79
4.6 Επιπλοκές υπερφαγίας.....	80-81

4.7 Θεραπεία υπερφαγίας.....	81-82
4.7.1 Ψυχοθεραπεία.....	82-83
4.7.2 Φαρμακοθεραπεία.....	83-84
4.7.3 Προγράμματα θεραπείας για μείωση βάρους.....	84-85
4.7.4 Οικογενειακή θεραπεία.....	85
Κεφάλαιο 5: Σύνδρομο Νυχτερινής Υπερφαγίας.....	86
5.1 Ορισμός.....	86
5.2 Διαγνωστικά κριτήρια νυχτερινής υπερφαγίας κατά DSM-IV.....	86
5.3 Αίτια συνδρόμου νυχτερινής υπερφαγίας.....	87
5.3.1 Βιολογικά αίτια.....	87
5.3.2 Ψυχολογικά αίτια.....	87-88
5.4 Κλινική εικόνα.....	88-89
5.5 Συνέπειες νυχτερινής υπερφαγίας.....	89-90
5.6 Θεραπεία νυχτερινής υπερφαγίας.....	90
5.6.1 Διατροφική αγωγή.....	90
5.6.2 Φαρμακευτική αγωγή.....	90-91
5.6.3 Ψυχοθεραπευτική αγωγή.....	91
5.6.4 Ορμονικά συμπληρώματα.....	91
Κεφάλαιο 6: Παχυσαρκία.....	92
6.1 Ορισμός.....	92-93
6.2 Επιδημιολογία.....	93
6.3 Αιτιολογία.....	94-100
6.4 Διάγνωση.....	100-101
6.5 Επιπλοκές.....	101-103
6.6 Θεραπεία.....	103-104
6.6.1 Διαιτητική θεραπεία.....	104-105
6.6.2 Φαρμακοθεραπεία.....	106-108
6.6.3 Χειρουργική θεραπεία.....	108-109
6.7 Ο νοσηλευτής και η παχυσαρκία.....	109-110
6.8 Πρόληψη της παχυσαρκίας.....	110
Κεφάλαιο 7: Μη αλλιώς προσδιοριζόμενες διαταραχές πρόσληψης τροφής- Άτυπες διαταραχές πρόσληψης τροφής.....	111
7.1 Ορθορεξία.....	111-112
7.1.1 Χαρακτηριστικά της ορθορεξίας.....	112-113
7.1.2 Συμπτώματα.....	113-114
7.1.3 Αντιμετώπιση της νευρικής ορθορεξίας.....	114
7.2 Αλλοτριοφαγία.....	115
7.2.1 Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV στην παιδική ηλικία.....	115-116
7.3 Σύνδρομο: Η τριάδα της γυναίκας αθλήτριας.....	116-117
7.3.1 Αιτιολογία.....	117-118

7.3.2 Συμπτώματα.....	118-121
7.3.3 Θεραπεία.....	121-122
7.3.4 Συμπερασματικά.....	122
7.4 Σύνδρομο μηρυκασμού.....	123
7.4.1 Διάγνωση κατά DSM-IV.....	123
7.5 Μεγαλορεξία - Σύνδρομο Άδωνη.....	124-126
7.6 Διαβουλιμία.....	126
7.6.1 Χαρακτηριστικά Διαβουλιμίας.....	126-127
7.6.2 Θεραπεία.....	127
7.7 Drunkorexia.....	128-129
7.7.1 Αιτιολογία.....	129-130
7.7.2 Επιπτώσεις.....	130
7.7.3 Αντιμετώπιση.....	131
7.7.4 Θεραπευτικό πλάνο.....	131
Κεφάλαιο 8: Ο ρόλος του Νοσηλευτή.....	132-133
8.1 Αντιμετώπιση της νόσου και νοσηλευτική παρέμβαση.....	134-135
8.2 Νοσηλευτική Εκτίμηση.....	135
8.3 Αποτελεσματικότητα νοσηλευτικού σχεδίου.....	136
Επίλογος.....	137-139
Παράρτημα.....	140-144
Βιβλιογραφία.....	145-147

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από την αρχή της δημιουργίας του και καθ' όλη την πορεία της εξέλιξης του, ο άνθρωπος, δημιουργεί μια άρρηκτη και εξαρτημένη σχέση με την διατροφή του που είναι πολύ πλούσια συναισθηματικά. Η διατροφική πράξη φορτίζεται με τη γευστική απόλαυση αλλά και με την ανθρώπινη επικοινωνία και παρουσία, ενώ διανθίζεται με συναισθήματα ασφάλειας, προστασίας, φροντίδας, αγάπης και πρόκλησης προσοχής και ενδιαφέροντος από τους άλλους. Με το πέρασμα των χρόνων δε θα διαμορφώσουν όμως όλοι οι άνθρωποι μια υγιή σχέση με τη διατροφή τους. Ιδίως με την έλευση της εφηβείας μεταβάλλονται πολλά δεδομένα, καθώς το νεοδιαμορφωμένο σώμα προκαλεί έντονα συναισθήματα δυσαρέσκειας, απογοήτευσης και δυσπροσαρμοστικότητας.

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

Ωστόσο, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής δεν αναπτύσσονται μόνο ως μια στρέβλωση της σχέσης του ανθρώπου με το φαγητό του. Αντανακλούν άλλα, βαθύτερα προβλήματα και χρησιμοποιούνται ως ένας τρόπος παράκαμψης ή πρόσκαιρης ανακούφισης από άλλες συναισθηματικές καταστάσεις. Το άτομο που πάσχει προσπαθεί να ελέγξει υπερβολικά, να αποστερηθεί, να τιμωρηθεί, να αποσπάσει την προσοχή του, να χορτάσει τη συναισθηματική του πείνα, να καταπραΰνει ένα δυσβάσταχτο συναίσθημα μέσα από τη διατροφική του πράξη. Ως εκ τούτου η διαταραγμένη αυτή σχέση με το φαγητό χρησιμοποιείται για να καλύψει άλλα προβλήματα, όπως τυχόν, την δημιουργία πολύπλοκων και συχνά επικίνδυνων επιπλοκών στην υγεία, την ψυχική σταθερότητα, τις ανθρώπινες σχέσεις, την οικογενειακή ισορροπία, ακόμα και τη σχολική ή επαγγελματική επίδοση.

Το ενδιαφέρον για τις διατροφικές διαταραχές ανήλθε στην επιφάνεια πριν από περίπου τριάντα χρόνια. Έως τις αρχές της δεκαετίας του '80 η επιστημονική κοινότητα είχε ελάχιστες γνώσεις περί την ύπαρξη της νευρικής ανορεξίας, πλην ελαχίστων επαγγελματιών υγείας ή διαιτολόγων που θεώρησαν απαραίτητο να αποκτήσουν γνώση περί του αντικειμένου. Σκοπός τους ήταν να αναγνωρίζεται η

διαταραχή, έτσι ώστε να χρησιμοποιηθούν στοιχεία, είτε για την αντιμετώπιση της, είτε για να αναφερθούν σε μια ενότητα κάποιου επιστημονικού συγγράμματος. Η παχυσαρκία ωστόσο, η οποία ήταν συνηθέστερη, ήταν πιο κατανοητή και οι παχύσαρκοι άνθρωποι μπορούσαν να βασίζονται στην ιατρική παρέμβαση, που ήταν ωστόσο, αβέβαιης αποτελεσματικότητας και συχνά αμφισβητούμενης αξιοπιστίας. Πολύ λίγοι υπέρβαροι άνθρωποι θα παραδέχονταν ότι είχαν διατροφικά προβλήματα, ακόμα και εάν είχαν διαθέσιμη βοήθεια, είτε μέσω της μορφής δίαιτας, είτε μέσα από μια σειρά ινστιτούτων αδυνατίσματος, είτε διαφόρων ποιοτικών επιπέδων στα οποία θα μπορούσαν να είχαν απευθυνθεί. Ως εναλλακτική λύση την οποία επέλεγαν άνθρωποι που παραπονούνταν για προβλήματα ελέγχου στην πρόσληψη τροφής, ήταν η προσφυγή σε ψυχιάτρους, οι οποίοι το μόνο που αποδείκνυαν ήταν ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς δεν εμφάνιζαν κλινική κατάθλιψη και ως εκ τούτου τους προτεινόταν η επαναπροσφυγή στους δικούς τους γιατρούς.

Μέχρι πρότινος, άνθρωποι που εμφάνιζαν φυσιολογικό βάρος και που αντιμετώπιζαν προβλήματα σχετικά με το φαγητό και ανησυχίες για το βάρος τους, ήταν πιθανό να απομακρυνθούν από την πρωτοβάθμια περίθαλψη, ως μη έχοντες κανένα πρόβλημα, διότι δεν ανήκαν σε καμία ήδη γνωστή κατηγορία ψυχιατρικών ή σωματικών διαταραχών.

Οι διαιτολόγοι υπήρξαν συχνά το σημείο αναφοράς για αυτές τις τρεις ομάδες ανθρώπων αλλά με υπόβαθρο κυρίως διατροφικό και ελάχιστες γνώσεις ψυχολογικών παραγόντων. Αυτοί επίσης βρίσκονταν σε σύγχυση όσον αφορά στα κίνητρα αυτών των ανθρώπων, οι οποίοι παρουσιάζονται ανίκανοι να προστατέψουν τον εαυτό τους από την κακοποίηση των ίδιων τους των σωμάτων και για αυτούς τους λόγους συχνά προσέφεραν παραπάνω σε αυτούς τους ανθρώπους, από το να τους δίνουν απλά ένα διαιτολόγιο.

Τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια και έπειτα, η βοήθεια είναι αρκετά διαθέσιμη για ανθρώπους με συγκεκριμένες διαγνώσεις νευρικής βουλιμίας και νευρικής ανορεξίας. Έγινε συνείδηση η ανάγκη για την προσάρτηση ειδικών κεφαλαίων σε συγγράμματα διαιτολογίας και αυτό σήμαινε ότι κάποιος με μια διατροφική διαταραχή ήταν πιθανότερο αυτή την περίοδο από το προηγούμενο χρονικό διάστημα, να απευθυνθεί σε ψυχίατρο ή να συμβουλευτεί για βοήθεια ή να μπορεί σε τελική ανάλυση να λάβει συμβουλή από κάποια ομάδα αυτοβοήθειας. Ταυτόχρονα, επέρχεται μια συνεχώς αυξανόμενη αποδοχή όσον αφορά στην ανάγκη για κάθε επαγγελματία στην θεραπεία και την συμβουλευτική, έτσι ώστε να κατανοούνται οι άνθρωποι με διατροφικά

προβλήματα και οι διαιτολόγοι και οι γενικοί ιατροί επίσης αρχίζουν να αποδέχονται στοιχεία της ψυχολογικής προσέγγισης της αντιμετώπισης ανθρώπων με διατροφικές διαταραχές. Οι παραπάνω, επιδεικνύουν έντονο ενδιαφέρον της ανάγκης όχι μόνο να παρέχουν θεραπεία σε ανθρώπους με σαφείς διαγνώσεις για διατροφικές διαταραχές, αλλά να αναγνωρίσουν οι ίδιοι το πρόβλημα μιας ευρείας ομάδας ανθρώπων με διατροφικά προβλήματα και προβλήματα βάρους, συμπεριλαμβανομένων και των παχύσαρκων ανθρώπων.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι: η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία, η ανεξέλεγκτη διαταραχή της υπερφαγίας, η παχυσαρκία, η ορθορεξία, η αλλοτριοφαγία, το σύνδρομο η τριάδα της γυναίκας αθλήτριας, το σύνδρομο μηρυκασμού, η μεγαλορεξία, η Διαβουλιμία και το σύνδρομο της drunkorexia. Προσβάλλουν συνήθως γυναίκες εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας με ποσοστά που ανέρχονται σε 1-3%, ενώ στον ανδρικό πληθυσμό τα ποσοστά είναι 1/10 σε σχέση με το γυναικείο πληθυσμό. Στις ΗΠΑ πάνω από 5 εκατομμύρια πολίτες πάσχουν από διατροφικές διαταραχές. Στο σύνολο 5% είναι γυναίκες και το 1% άνδρες, ενώ υπολογίζεται ότι το 85% των ατόμων παρουσιάζουν τα συμπτώματα κατά την εφηβική ηλικία, γεγονός ανησυχητικό, μιας και η κοινωνία μας λειτουργεί σύμφωνα με το αμερικανικό πρότυπο. Οι διατροφικές διαταραχές έχουν πολυπαραγοντικές αιτιολογίες, με χρόνια πορεία συνήθως και με υποτροπές, δύσκολη θεραπευτική αντιμετώπιση και υψηλά ποσοστά θνησιμότητας.

Η ονομασία των διατροφικών διαταραχών, είναι παραπλανητική αφού στην πραγματικότητα δεν πρόκειται για διαταραχές που αφορούν τη διατροφή, δεν αφορά δηλαδή τις διαταραχές του μεταβολισμού των τροφών, ούτε αφορά τις ιδιοτροπίες των ανθρώπων που θέλουν να είναι αδύνατοι. Στην πραγματικότητα αποτελούν σοβαρές ψυχικές καταστάσεις, που οφείλονται σε υποκείμενες ψυχολογικές και συναισθηματικές δυσκολίες και συμπτώματα αποτελούν η ασιτία και η υπερφαγία.

Οι περιπτώσεις ψυχογενών διατροφικών διαταραχών αυξάνονται καθημερινά με όλο και περισσότερους ανθρώπους να αναζητούν εξειδικευμένη βοήθεια και υποστήριξη. Είναι πολύ σημαντικό να είμαστε ενήμεροι για την ύπαρξη τους, την σπουδαιότητά τους και τους κινδύνους που φέρνουν μαζί τους. Πανεπιστημιακές έρευνες έχουν αποδείξει ότι αναγνωρίζοντας την ύπαρξη μιας τέτοιας διαταραχής σε ένα αρχικό στάδιο, όπου ακολουθείται από κατάλληλη ψυχολογική θεραπεία, έχει πολύ θετικά αποτελέσματα σε θέματα ανάρρωσης του ατόμου από την διαταραχή.

Αυξάνοντας την γνώση μας και κατανοώντας τα ψυχογενή διατροφικά νοσήματα, μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης αυτών των πολύ επικίνδυνων για την υγεία νοσημάτων.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από δέκα κεφάλαια, εκ των οποίων τα οκτώ πρώτα αποτελούν το θεωρητικό μέρος και το ένατο το κλινικό μέρος.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύονται οι διατροφικές διαταραχές, γίνεται μια προσπάθεια ορισμού της έννοιας των διατροφικών διαταραχών γενικά, παρέχονται γενικές πληροφορίες που αφορούν στα χαρακτηριστικά της κάθε μίας, στα πιθανά (ψυχολογικά, κοινωνικά, βιολογικά) αίτια πρόκλησής τους, καθώς και σε μεθόδους πρόληψής τους.

Στο δεύτερο και τρίτο κεφάλαιο, μελετάται αναλυτικά η Ψυχογενής Ανορεξία και η Ψυχογενής Βουλιμία δεδομένου ότι είναι και οι σοβαρές αλλά και οι πιο συχνές παθήσεις. Περιγράφονται εκτενώς τα αιτιά, τους, η διάγνωσή τους, οι επιπλοκές που επιφέρουν αντίστοιχα η κάθε μια, μέχρι τη θεραπευτική αντιμετώπιση τους με την νοσηλευτική παρέμβαση.

Στο τέταρτο και πέμπτο κεφάλαιο αναπτύσσονται η Υπερφαγία και η Νυχτερινή υπερφαγία από τα αίτια, τις μορφές τους, την διάγνωσή τους έως και την αντιμετώπιση τους με τη βοήθεια των ειδικών της υγείας.

Στο έκτο κεφάλαιο αναλύεται η Παχυσαρκία, μια νόσος από την οποία πάσχει το μεγαλύτερο ποσοστό παγκοσμίως. Αναλύονται τα αίτια της, η διάγνωσή με όλα τα μέσα, οι επιπλοκές που επιφέρει, η θεραπευτική αντιμετώπιση καθώς και η χειρουργική αντιμετώπιση και ο ρόλος του νοσηλευτή.

Στο έβδομο κεφάλαιο περιγράφονται οι μη αλλιώς προσδιοριζόμενες διαταραχές πρόσληψης τροφής εκ των οποίων κάποιες από αυτές δεν έχουν αναγνωριστεί επίσημα. Έγινε προσπάθεια μέσα από σύγχρονη βιβλιογραφία καθώς και από έγκυρες πηγές του παγκόσμιου ιστού (internet) να βρεθεί όσο το δυνατόν περισσότερο υλικό για τις άτυπες διαταραχές λήψης τροφής εφόσον δεν είναι καταχωρημένες στο σύστημα DSM-IV.

Στο κεφάλαιο όγδοο παρουσιάζεται ο ρόλος του νοσηλευτή στα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, από την αρχή της νοσηλείας τους μέχρι την επανένταξη τους στην κοινωνία. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο του νοσηλευτή, λόγω του ότι είναι ένας από τους ειδικούς υγείας που βρίσκεται συνεχώς δίπλα στον ασθενή και επιβλέπει την όλη εξέλιξη του.

INTRODUCTION

From the first time coming into the world man builds a relationship with his diet is very rich emotionally. The act of eating is loaded with flavor and delight to human communication and presence, while interspersed with feelings of safety, security, care, love and attention and interest provocation from others. Over the years it will shape but all people a healthy relationship with their diet. Especially with the advent of puberty changed much data as the newly formed body evokes strong feelings of dissatisfaction, frustration and adjustment difficulties.

While the relationship with food becomes problematic also because of intense pressure from the environment on the ideal of the small body. Primarily family (eg the emphasis on domestic issues external appearance) and secondarily the social environment, peers and of course the very strong influence of the individual SMEs create a problematic relationship with food and body image.

However, eating disorders are not only developed as a distortion of the relationship between man and his food. Reflect other, underlying problems and used as a way to bypass or temporary relief from other emotional states. The person tries to control too, to deprive, to punish, to distract, to state his emotional hunger, and ease an unbearable feeling through dietary practice. Because this disordered relationship with food is used to mask other problems created complex and often dangerous health complications, mental stability, human relations, family balance, even at school or work performance.

The interest in eating disorders was uncovered 25 years ago. Until the beginning of 1980, most people knew about the existence of anorexia nervosa, but few health professionals or nutritionists found it necessary to acquire these items. Their aim was to identify the disorder, so to use data or to carry out any one specific case or to refer to a section of a scientific treatise. Obesity, however, which was common, was easier to understand and obese people could rely on medical intervention, which was, however, uncertain efficacy and often anecdotal. Very few overweight people would admit that they had nutritional problems, if they really were, and available assistance in the form of diet through a series of slimming institutes, various quality levels that could have been addressed. As an alternative to the chosen people who complained about problems of control of food intake, was the use of psychiatrists, who only

showed was that these patients had clinical depression and therefore we recommend them to adjustment again their own doctors.

Until recently, people who are normal weight and facing problems with food and worries about their weight, it was possible to move away from primary care, as not having any problems, because they already belong to any known category of psychiatric or somatic disorders.

Dietitians have often been the benchmark for these three groups of people but mainly nutritional background and little knowledge of psychological factors. They were also confused regarding the motives of these people, who are presented unable to protect themselves from abuse of their own bodies and for these reasons often offered more to these people than to give them just one diet.

Over the last fifteen years and then, help is available for several people with specific diagnoses bulimia nervosa and anorexia nervosa. Became aware of the need to attach specific chapters in books dietetics and this meant that someone with an eating disorder were more likely this year than the previous time, seeing a psychiatrist or consult for help or may ultimately take advice from a self-help group. Simultaneously, there occurs a growing acceptance on the need for all professionals in the treatment and counseling to better understand people with eating disorders and dieticians and GPs also begin to accept evidence of the psychological approach of addressing people with eating disorders. The above exhibit strong interest not only of the need to provide treatment to people with clear diagnoses for eating disorders, but to recognize their own problem of a large group of people with eating disorders and weight problems, including obese people.

Eating disorders are: anorexia nervosa, anorexia nervosa, uncontrolled disturbance of hyperphagia, obesity, orthorexia the Pica syndrome, the triad of woman gymnast, rumination syndrome, the megalorexia the Diavoulimia and syndrome drunkorexia. It usually affects women and adolescent age metefivikis with rates to 1-3%, while the male population figures are 1/10 compared with the female population. In the U.S. more than 5 million people suffer from eating disorders. In total 5% are women and 1% of men, while it is estimated that 85% of people show symptoms during adolescence, which is worrying, because our society operates according to the American model. Eating disorders are multifactorial etiologies, usually with a chronic course with relapses, difficult treatment and high mortality rates.

The name of eating disorders is misleading because in fact it is not a disorder related to nutrition, not that the metabolism of food, nor to the whims of people who want to be slim. In fact these are serious psychological conditions, due to underlying psychological and emotional difficulties and symptoms are starvation and overeating.

The cases of psychogenic eating disorders are increasing everyday with more and more people to seek specialist help and support. It is very important to be aware of their existence, their importance and the risks they bring. Academic studies have shown that recognizing the existence of such a disorder at an early stage, which is followed by appropriate psychological therapy, has positive effects on recovery of individuals with the disorder. By increasing our knowledge and understanding of the bulimia eating disorders, decrease the chances of these very dangerous health diseases.

This work consists of ten chapters, of which the first eight are the theoretical and clinical ninth place.

In the first chapter the eating disorders, is an attempt to define the concept of eating disorders in general, provides general information about the characteristics of each one, the potential (psychological, social, biological) causes, as well as methods to prevent them.

In the second and third chapter, we study in detail the Anorexia Nervosa and Bulimia as are the serious and the most common ailments. Describe in detail the causes, the diagnosis, the complications thrown respectively each, by treating them with nursing intervention.

In the fourth and fifth chapter, overeating and bingeing Night of the causes, forms, their diagnosis and to deal with the help of health experts.

The sixth chapter analyzes the Obesity, a disease from which he suffers the highest percentage globally. Analyzed the causes of the diagnosis by all means, the complications it causes, the treatment and the surgical treatment and the role of the nurse.

The seventh chapter describes not otherwise specified eating disorders, of which some of them have not been recognized officially. Attempted through contemporary literature and from authoritative sources of web (internet) to get as much material as possible for informal eating disorders if they are not registered in the system DSM-IV.

In the eighth chapter presents the role of the nurse in individuals suffering from eating disorders, from the start of treatment until their reintegration into society. There

is particular emphasis on the role of the nurse, because it is one of the health professionals who constantly beside the patient and supervises the entire evolution.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Από αρχής μέχρι τέλους της ιστορίας συναντάμε ετερογενείς δηλώσεις διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς. Αν και οι όροι «Βουλιμία» και «ανορεξία» χρησιμοποιούνται εδώ και χρόνια, οι αντίστοιχες νοσολογικές καταστάσεις διαρκώς αντικρούονταν. Παραδοσιακά, στην ιατρική, τόσο η αποφυγή του φαγητού όσο και η υπερφαγία θεωρούνταν συμπτώματα μιας ποικιλίας ασθενειών, κυρίως γαστρεντερικών διαταραχών. Η ενασχόληση με το σωματικό βάρος και το σχήμα του σώματος και η εφαρμογή στρατηγικών απώλειας βάρους, όπως η δίαιτα και η κάθαρση των εντέρων, κέρδισαν την προσοχή του κοινού αλλά και των ειδικών της υγείας τις τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα (και μόνο στις Δυτικές και δυτικοποιημένες κοινωνίες). Γι' αυτό το λόγο, τα σύνδρομο της Ψυχογενούς Ανορεξίας και Ψυχογενούς Βουλιμίας θεωρούνται σχετικά σύγχρονες κλινικές καταστάσεις.

Μέχρι το 19^ο αιώνα, η «ανορεξία» (ιατρικός όρος για την απώλεια της όρεξης) θεωρούταν σύμπτωμα σωματικών και συναισθηματικών διαταραχών. Πάραυτα, για αιώνες η εκούσια αποχή από το φαγητό δεν ήταν κυρίως παθολογικό φαινόμενο. Η υπερβολική νηστεία ήταν μέρος μετανοητικής και ασκητικής πρακτικής πολλών ευσεβών Χριστιανών. Αργότερα μορφές μακροχρόνιας άρνησης φαγητού, που δε συνοδεύονταν από συμπτώματα γνωστών ασθενειών όπως η φυματίωση, είχαν μεγάλη πιθανότητα να ξεσηκώσουν εικασίες περί υπερφυσικών δυνάμεων ή δαιμονικών επιρροών. Τελικά, οι υπερβολικές ή ασυνήθιστες πρακτικές αποφυγής του φαγητού θεωρήθηκαν σημάδια, ψυχιατρικών διαταραχών. Η αποφυγή του φαγητού και η εξαιρετική αδυναμία ήταν κοινά συμπτώματα γνωστών ασθενειών όπως η υστερία, η μανία, η μελαγχολία, η σιδηροπενική αναιμία και όλα τα είδη των ψυχωτικών διαταραχών.

Προς το τέλος του 17^{ου} αιώνα, ένας άγγλος γιατρός, ο Richard Morton, περιέγραψε την εμφάνιση της «νευρικής φθίσης» («nervous consumption»)(11), μια κατάσταση

αποδυνάμωσης διαφορετική από τη φυματίωση και οφειλόμενη σε συναισθηματική αναστάτωση. Αυτή συνήθως αναφέρεται ως η πρώτη ιατρική καταγραφή της Ψυχογενούς ανορεξίας, αλλά οι ενδιαφέρουσες μελέτες ασθενών του Morton (ενός κοριτσιού κι ενός αγοριού) δεν έτυχαν προσοχής και ξεχάστηκαν ώσπου ανακαλύφθηκαν ξανά τρεις αιώνες αργότερα.¹⁹

Η νοσηρή εκούσια λιμοκτονία αναγνωρίστηκε ως ξεχωριστή κλινική κατάσταση στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα. Τον Απρίλιο του 1873, ο Ernest-Charles Lasègue, νοσοκομειακός γιατρός από το Παρίσι, εξέδωσε το άρθρο του για την «υστερική ανορεξία» (anorexie hystérique), το οποίο κυκλοφόρησε σε αγγλική μετάφραση λίγο πριν ο Sir William Withey Gull¹⁹, γιατρός από το Λονδίνο, παρουσιάσει την εργασία του για την «υστερική ανορεξία» (anorexia hysterica) τον Οκτώβριο της ίδιας χρονιάς. Η ομιλία του εκδόθηκε το 1874, υπό τον τίτλο «Ψυχογενής Ανορεξία» (Anorexia Nervosa). Σύμφωνα και με τους δυο γιατρούς, επρόκειτο για μια ψυχογενή κατάθλιψη που συνέβαινε κυρίως σε κορίτσια και νεαρές γυναίκες. Τα χαρακτηριστικά όπως περιγράφηκαν από τους Gull και Lasègue ισχύουν ακόμα και σήμερα: σοβαρή απώλεια βάρους, αμηνόρροια, δυσκοιλιότητα, νευρικότητα και καμία απόδειξη υποκείμενης ασθένειας. Παρόλο που ο γαλλικός και ο βρετανικός ιατρικός Τύπος έδειξε κάποιο ενδιαφέρον στο καινούργιο σύνδρομο, σε πολλές άλλες χώρες, όπως οι Η.Π.Α., η Γερμανία και η Ιταλία, η Ψυχογενής Ανορεξία παρέμεινε σε μεγάλο βαθμό ένα περιθωριακό φαινόμενο μέχρι τον 20^ο αιώνα.

Αρχικά, η Ψυχογενής Ανορεξία γενικά θεωρούταν ψυχιατρική διαταραχή, όταν όμως το 1914 ο Γερμανός παθολόγος Morris Simmonds βρήκε αλλοιώσεις της υπόφυσης λόγω βλαβών σε μερικούς απισχνασμένους ασθενείς, η Ψυχογενής Ανορεξία συνδέθηκε ανεξήγητα με τη «νόσο του Simmonds» (Simmond's disease) ή τη «σχετική με την υπόφυση καχεξία» (pituitary cachexia).¹⁹ Χρειάστηκαν περισσότερες από δυο δεκαετίες για να αναιρεθεί αυτή η λανθασμένη αντίληψη. Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, η ενδοκρινολογική εικόνα της Ψυχογενούς Ανορεξίας κατήργησε τις λανθασμένες αντιλήψεις του παρελθόντος και το πρόβλημα άρχισε να χάνει την ψυχολογική του βάση και να αναγνωρίζεται ως πρόβλημα ψυχιατρικής φύσεως. Στην περίοδο 1945-1960 η ψυχιατρική κατακυριαρχήθηκε από ψυχαναλυτικές απόψεις και μεθόδους, γι' αυτό και συναντάται στις σύγχρονες θεωρίες για την Ψυχογενή Ανορεξία. Για παράδειγμα, ο φόβος για την πρόληψη τροφής συνδέθηκε με υποσυνείδητους φόβους για εγκυμοσύνη δια στόματος. Αλλά ακόμα το ενδιαφέρον για την Ψυχογενή Ανορεξία δεν ήταν ιδιαίτερα μεγάλο. Αυτό

άλλαξε δραστικά μετά το 1960, όταν η γερμανικής καταγωγής Αμερικανίδα ψυχίατρος Hilde Bruch, με την πρωτοποριακή δουλειά της, επικέντρωσε την προσοχή στην έλλειψη αυτοεκτίμησης και τη διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος που παρουσίαζαν αυτοί οι ασθενείς.¹⁹

Αυτή η εξέλιξη οδήγησε στην προσθήκη δυο νέων χαρακτηριστικών στην αρχική κλινική εικόνα της Ψυχογενούς ανορεξίας όπως αυτή είχε αρχικά περιγραφεί από τους Gull και Lasègue: η επίμονη επιδίωξη ισχνότητας και η χαρακτηριστική διαταραχή της εικόνας του σώματος. Έτσι, η Ψυχογενής Ανορεξία εξελίχθηκε τις τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα από μια σπάνια και ελάχιστα γνωστή ασθένεια σε μια «μοντέρνα» διαταραχή ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα στο ευρύ κοινό.²¹

Παρόλο που ο όρος «Ψυχογενής Βουλιμία» είναι πρόσφατος, αναφορές σε παθολογική πείνα συναντάμε κάτω από ένα πλήθος περιγραφών, απ' αρχής τήρησης ιατρικών αρχείων. Σύμφωνα με τον Πλούταρχο, η λέξη «βούλιμος» (bulimos) αναφερόταν σε έναν κακό δαίμονα και αρχικά σήμαινε μεγάλος λιμός. Όμως αργότερα οι φιλόλογοι διατύπωσαν τη θεωρία ότι η λέξη «βούλιμος» προήρθε από τις ελληνικές λέξεις «βους», που σημαίνει βόδι, και «λιμός», που σημαίνει μεγάλη πείνα, και δηλώνει τόσο σφοδρή πείνα που μπορεί να κάνει έναν άνθρωπο ικανό να φάει ένα ολόκληρο βόδι. Αυτή η νοσηρή πείνα συνεπαγόταν αδυναμία και τάσεις λιποθυμίας και θεωρούταν στενά συνδεδεμένη με πεπτικές δυσλειτουργίες.³⁰

Η διάκριση αυτή έγινε από τον Όμηρο τον 8^ο αιώνα π .Χ. - σύμφωνα με τους Ziolk και Schrader (1985) – και συνέχισε να γίνεται από διαδοχικούς συγγραφείς. Έτσι, ο Ιπποκράτης αναγνώριζε το βουλιμικό ως μια άρρωστη πείνα διαφορετική από την κοινή πείνα και οι Αριστοφάνης και Ξενοφώντας αναφέρονταν στο βουλιμικό ως «αδηφάγος πείνα». Είναι έφανερες ότι οι αρχαίοι συγγραφείς αναφέρονται στο βουλιμικό σαν επεισόδια πολυφαγίας που υποκινούνται από μία ασυνήθιστη μορφή πείνας. Ωστόσο, ο Ξενοφώντας ταύτισε τον βουλιμικό με αισθήματα πείνας, αδυνατείς και τάσεις για λιποθυμίας και περιέγραψε την αφάνισα του σε στρατιώτες που έτρωγαν μάκρες μέριδες από το σιτηρέσιο κατά τη διάρκεια της εκστρατείας ενάντια στον Αρταξέρξη. Αργότερα, τόσο οι Έλληνες όσο και οι Ωριαίοι συγγραφείς, χρησιμοποίησαν έφανερες τον όρο βούλιμος με ασαφή και διφορούμενο τρόπο, αναφερμένοι μεν στα αισθήματα πείνας, αδυνατείς και τις τάσεις λιποθυμίας, αλλά και στην πολυφαγία που εξέγειραν αυτά. Ο Γαληνός, στα συγγράμματα του, έδωσε έφεση στην άποψη της αδυνατείς παράλληλα με την

απληστία για φαγητό, και το βάρος της ασθεντίας του διαιώνιζε αυτήν την ερμηνεία για περισσότερα από 1000 χρόνια¹⁷.

Λαμβάνοντας υπόψιν τη σύγχρονη κλινική εικόνα της Ψυχογενούς Βουλιμίας, οι ιστορικές περιγραφές περιστατικών υπερφαγίας που ακολουθούνταν από εμετό χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής. Στην ιατρική, αυτή η διατροφική ανωμαλία ήταν γενικότερα γνωστή με τον όρο «κυνορεξία» (kynorexia) ή «fames canina», δηλαδή μια ακόρεστη αδηφαγία που να θυμίζει σκύλο να τρώει, η οποία ακολουθείται από αυτοπρόκληση εμετού. Και σ' αυτήν την περίπτωση δυσλειτουργίες και ανωμαλίες του στομάχου θεωρούνταν η αιτία. Κάποιοι νοσοκομειακοί γιατροί του 18^{ου} αιώνα διέκριναν μορφές βουλιμίας μερικές από τις οποίες θεωρήθηκαν ως πρωτοπαθείς ή ιδιοπαθείς μορφές βουλιμίας. Τέτοιες ήταν η βουλιμία helluonum, με χαρακτηριστικό την υπερβολική πείνα, η βουλιμία syncoralis, με χαρακτηριστικό τις λιποθυμίες εξαιτίας της πείνας και η βουλιμία emetica, που χαρακτηρίστηκε από υπερφαγία συνοδευόμενη από εμετό. Παρόλο που οι συναισθηματικοί παράγοντες αποτέλεσαν αντικείμενο προσεκτικής σκέψης και μελέτης στα μέσα του 20^{ου} αιώνα, οι παθολόγοι (κυρίως αυτοί των Γαλλόφωνων και Γερμανόφωνων χωρών) θεώρησαν τη βουλιμία πρωταρχικά σύμπτωμα γαστρικής δυσλειτουργίας. Στις περιγραφές περιστατικών υστερίας, υπερφαγίας και εμετών του 19^{ου} αιώνα, υπήρχαν συχνές αναφορές συμπτωμάτων, τα οποία ορισμένες φορές χαρακτηρίζονταν σαν «υστερικός εμετός» (hysterical vomiting), που όμως δε θεωρήθηκαν ξεχωριστή διατροφική διαταραχή.³⁰

Η σύγχρονη αντίληψη για τη βουλιμία αναδύθηκε από αυτό καθαυτό το πλαίσιο της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Οι σποραδικές αναφορές περιστατικών ασθενών που υπέκυπταν σε καταναγκαστική υπερφαγία ακολουθούμενη από αυτοπρόκληση εμετών, θεωρήθηκαν νευρωτικές καταστάσεις ή αποκλίσεις της διατροφικής συμπεριφοράς ανορεκτικών ασθενών. Η πιο προσεκτική και τεκμηριωμένη αναφορά περιστατικού ασθενούς (παρόλο που η ψυχική κατάσταση της ασθενούς διαγνώστηκε λανθασμένα ως σχιζοφρένια) δημοσιεύτηκε από τη Σουηδή ψυχίατρο Ludwig Binswanger το 1944. Πρόκειται για τη συγκινητική περιγραφή της Ellen West και την επίμονη επιδίωξή της για ισχύτητα και τη μάχη της με τη βουλιμία, η οποία την οδηγούσε σε βίαια αυτοπρόκληση εμετών και υπερβολική κατάχρηση ήπιων καθαρτικών¹⁷.

Από τις αρχές της δεκαετίας του '70 και έπειτα, προσδιορίστηκε μια ξεχωριστή ομάδα συμπτωμάτων, που διαφοροποιούνταν από την Ψυχογενή Ανορεξία και την παχυσαρκία. Οι νοσοκομειακοί γιατροί αρχίζουν να καταγράφουν συνεχώς

αυξανόμενα περιστατικά γυναικών οι οποίες «οργιάζουν» τρώγοντας άφθονες ποσότητες φαγητού, αλλά διατηρούν το βάρος τους μέσα στα όρια του φυσιολογικού είτε προκαλώντας εμετό ή κάνοντας κατάχρηση καθαρτικών και συνεχείς δίαιτες. Επινοήθηκε ένα πλήθος διαφορετικών ονομάτων για αυτό το σύνδρομο μεταξύ των οποίων και «δυσορεξία» (dysorexia), «βουλιμαρεξία» (bulimarexia), «σύνδρομο λεπτού-χοντρού» (thin-fat syndrome), «σύνδρομο αδηφαγίας-κάθαρσης» (binge-purge syndrome) και «σύνδρομο διαιτητικού χάους» (dietary chaos syndrome). Το 1979 ο Βρετανός ψυχίατρος Gerald Russell επινόησε τον όρο «Ψυχογενής Βουλιμία», αναφερόμενος σε «δυνατές και ακατανίκητες ορμές για υπερφαγία» σε συνδυασμό με «ένα νοσηρό φόβο πρόσληψης βάρους» και την αποφυγή «των παχυντικών αποτελεσμάτων της τροφής προκαλώντας εμετό ή κάνοντας κατάχρηση καθαρτικών ή και τα δυο» γυναικών με φυσιολογικό σωματικό βάρος¹⁷.

Αρχικά μόνο ο όρος «βουλιμία» εντάχθηκε σε διεθνή συστήματα ταξινόμησης ψυχιατρικών διαταραχών όπως το DSM-III (1980). Ωστόσο η (Αμερικανική κυρίως) χρήση του όρου ήταν συγχέουσα και πολύ περιεκτική, αντίθετα με την αντίληψη του Russell για την Ψυχογενή Βουλιμία, την οποία θεωρούσε μια «δυσοίωση παρέκκλιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας». Το 1987, στην αναθεωρημένη έκδοση του DSM-III-R, η διάγνωση επανήλθε με βρετανική ορολογία και επανονομάστηκε «Ψυχογενής Βουλιμία». ²²



1.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ:

Τα αίτια των διαταραχών είναι πολλά και διαφέρουν από άτομο σε άτομο και από είδος σε είδος διαταραχής. Πριν ξεκινήσει να εκδηλώνεται μια διατροφική διαταραχή, έχει προηγηθεί μια κατάσταση ή ένα γεγονός που ήταν τραυματικά για το άτομο και προκάλεσαν συναισθηματική αναστάτωση. Το τραυματικό γεγονός μπορεί να έχει συμβεί στο πρόσφατο αλλά ακόμα και στο μακρινό παρελθόν. Όσο για την εκκίνηση μιας διαταραγμένης συμπεριφοράς, αυτή σηματοδοτείται συνήθως από μια δίαιτα που βαθμιαία γίνεται όλο και πιο αυστηρή και ακραία. Γενικότερα, τα άτομα που στέφονται προς αυτές τις παθολογικές καταστάσεις καταρχήν πάσχουν από χαμηλή αυτοεκτίμηση και δυσκολεύονται να ασκήσουν έλεγχο στη ζωή τους. Άλλοι, συγκεκριμένοι παράγοντες για τις διαταραχές στην πρόληψη τροφής είναι οι

ακόλουθοι:

❖ 1.2 Γενετική προδιάθεση:

Πρώτα από όλα έχει διαπιστωθεί ότι μερικοί άνθρωποι έχουν γενετική προδιάθεση για την εμφάνιση αυτών των διαταραχών. Παρατηρείται δηλαδή ότι αυτά τα άτομα κατά κανόνα έχουν στο οικογενειακό περιβάλλον τους και κάποιο πρόσωπο το οποίο επίσης πάσχει από κάποια διαταραχή πρόσληψης της τροφής, αυτό μπορεί να οδηγήσει στην υπόθεση ότι πρόκειται για περιβαλλοντικά αίτια, όμως η γενετική προδιάθεση επιβεβαιώνεται και με μελέτες ομοζυγωτικών διδύμων.

❖ 1.3 Βιολογικά αίτια:

Μια δεύτερη υπόθεση είναι η σχετική με τα βιολογικά αίτια. Για παράδειγμα, στις σοβαρές μορφές ανορεξίας έχει εντοπιστεί ένα γονίδιο, που εμπλέκεται στη μεταφορά της νοραδρεναλίνης. Οποσδήποτε στην νευρική ανορεξία παρατηρείται και δυσλειτουργία της σεροτινίνης, η οποία είναι υπεύθυνη μεταξύ άλλων και για τη μετάδοση των σημάτων της πείνας. Η ανισορροπία των δυο αυτών νευροδιαβιβαστών εξηγεί και τη συννοσηρότητα της ανορεξίας με τις αγχώδεις διαταραχές και τις διαταραχές της διάθεσης.

❖ 1.4 Ψυχολογικά αίτια:

Όμως για την εμφάνιση διαταραχών στην πρόληψη τροφής τα πιο κυρίαρχα είναι τα ψυχοσυναισθηματικά αίτια. Όσοι πάσχουν από διατροφικές διαταραχές και κυρίως από νευρική ανορεξία έχουν ιδιαίτερα έντονα ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Έτσι ένα άτομο με χαμηλή αυτοπεποίθηση είναι ιδιαίτερα ευάλωτο στην πίεση της κοινωνίας για συμμόρφωση προς συγκεκριμένα πρότυπα ομορφιάς και εξωτερικής γενικής εμφάνισης.

❖ 1.5 Οικογένεια:

Στην εκδήλωση των διαταραχών πρόσληψης τροφής μεγάλο και πολλαπλό ρόλο διαδραματίζει και η οικογένεια από την οποία προέρχεται ο ασθενής. Είναι πιθανό η διαταραχή να εκδηλώνεται ως σύμπτωμα άλλων δυσλειτουργιών, και σ' αυτή την περίπτωση συχνά η οικογένεια ενδέχεται είτε να χρησιμοποιεί την παθολογική κατάσταση για να παρακάμπτει τα άλλα προβλήματα είτε να τη μεταχειρίζεται ως ένα μέσο για να διατηρεί την ισορροπία πέρα από αυτό, είναι πιθανό στην οικογένεια να έχει υπάρξει ή να υπάρχει και άλλο άτομο με διαταραχή πρόσληψης τροφής ή

ιστορικό κατάχρησης ουσιών ή κατάθλιψης ή ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Επίσης, παρατηρείται ότι οι οικογένειες των ανορεξιών συνήθως δίνουν μεγάλη έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση και την αξία της ομορφιάς και είναι πολύ συνηθισμένες οι σχετικές πιέσεις για επιτυχία που προέρχονται από τους γονείς. Γι' αυτό τον λόγο το άτομο αναπτύσσει μια ανταγωνιστική συμπεριφορά ακόμα και με τον εαυτό του, μπαίνοντας σε ένα ατέρμονα αγώνα για να ικανοποιήσει τους άλλους και έτσι να νιώσει καλύτερα με τον εαυτό του. Άλλες φορές οι αιτίες της παθογένειας εκτοπίζονται στο γεγονός ότι ο ασθενής προσέρχεται από οικογένειες που ασχολούνται ιδιαίτερα με τις δίαιτες και με συμπεριφορές που σχετίζονται με την απώλεια βάρους. Τέλος, επιβαρυντικό είναι και το να μεγαλώνει κανείς σε μια οικογένεια η οποία συνηθίζει να λοιδορεί ή να κατακρίνει τα άτομα με περιττό βάρος.¹⁶

ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ/ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ



Η νευρική ανορεξία (anorexia nervosa) είναι μια ψυχογενής διατροφική διαταραχή, ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας. Τα άτομα που υποφέρουν από νευρική ανορεξία περιορίζουν με τη θέληση τους, την πρόσληψη τροφής καθώς έχουν τον παράλογο φόβο ότι θα παχύνουν. Είναι χρήσιμο να γνωρίζετε ότι η λέξη «ανορεξία» στον ορισμό της ασθένειας είναι αποπροσανατολιστική, αφού το σύνδρομο δεν αφορά σε διαταραχή της όρεξης. Η όρεξη για φαγητό δεν αποδυναμώνεται παρά αργότερα, στην εξέλιξη της νόσου. Η νευρική ανορεξία κατατάσσεται στις ψυχικές νόσους με τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας καθώς αγγίζει το 20%.

Οποιοσδήποτε μπορεί να αναπτύξει μια ψυχογενή διατροφική διαταραχή όπως η νευρική ανορεξία, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο ή το κοινωνικό επίπεδο. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες, ειδικά οι νεαρές μεταξύ των **15-25** ετών, έχουν τις περισσότερες πιθανότητες. Η διαταραχή παρουσιάζεται συχνότερα σε άτομα που έχουν δοκιμάσει αρκετές δίαιτες αδυνατίσματος και σε γυναίκες με επαγγέλματα όπου η εξωτερική εμφάνιση παίζει κυρίαρχο ρόλο και οι απαιτήσεις για χαμηλό σωματικό βάρος είναι μεγάλες, όπως οι χορεύτριες ή τα μοντέλα.

Μετά και τους τελευταίους θανάτους εξαιτίας της ασθένειας οι άνθρωποι της μόδας δεσμεύτηκαν να λάβουν μέτρα ώστε να σταματήσουν οι διατροφικές διαταραχές των

μοντέλων. Μέχρι στιγμής ωστόσο δεν έχουν τεθεί σε εφαρμογή. Η εκδήλωση της νόσου δεν είναι μόνο θέμα μιμητισμού -εξαιτίας των επιβαλλόμενων από τα Μ.Μ.Ε. και τη μόδα πρότυπα ομορφιάς-, όπως πιστεύουν οι περισσότεροι.

Σήμερα οι επιστήμονες την αποδίδουν σε ένα συνδυασμό από νευρολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες ενώ έρευνες δείχνουν πως μπορεί να υπάρχει και γενετική προδιάθεση. Ωστόσο είναι οι ψυχολογικοί παράγοντες, που κυρίως επιδρούν στην εκδήλωση της ασθένειας. Το ασταθές οικογενειακό περιβάλλον, τραυματικά γεγονότα (π.χ. απώλεια αγαπημένου προσώπου), η απόρριψη είτε στον ερωτικό είτε σε άλλο τομέα, ακόμα και ανησυχίες γύρω από το σεξουαλικό προσανατολισμό του ατόμου μπορούν να προκαλέσουν νευρική ανορεξία. Επίσης σε καταστάσεις όπου υπάρχουν υψηλές προσδοκίες ή πιέσεις το άτομο μπορεί να εστιάσει στο φαγητό για να διαχειριστεί το άγχος του.^{12,16}

2.1 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ:

Ο επιπολασμός της ψυχογενούς ανορεξίας στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται ότι είναι 0,3-0,5% (DSM-IV). Πιο συγκεκριμένα η Νευρογενή Ανορεξία εμφανίζεται τυπικά σε κορίτσια κατά την εφηβεία, αν και έχει περιγραφεί και πρόωμη έναρξη σε παιδιά 8-14 ετών. Το 80-85% των περιπτώσεων παρατηρείται σε άτομα ηλικίας 15-25 ετών, από τα οποία το 95% είναι κορίτσια. Έτσι η Νευρογενή Ανορεξία είναι πιο συχνή στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες, σε αναλογία 0,9% των γυναικών και 0,3% των ανδρών. Ο επιπολασμός της διαταραχής σε γυναίκες της όψιμης εφηβείας και της πρόωμης ενήλικης ζωής είναι 0,5% ως 1%. Η Νευρογενή Ανορεξία φτάνει σε ποσοστά 6-8% σε κορίτσια που αθλούνται σε αγωνίσματα που το βάρος παίζει πρωτεύοντα ρόλο. Η έκβαση επεισοδίων Νευρογενής Ανορεξίας διαφέρει ανάλογα με την περίπτωση. Ορισμένα άτομα εμφανίζουν απλώς τη διαταραχή και επανέρχονται πλήρως, κάποια άλλα ακολουθούν περιόδους υψηλής απώλειας βάρους και επαναπρόσληψης ενώ σε άλλα η εμφάνιση της ασθένειας γίνεται χρόνια. Η συχνότητα της νευρογενούς ανορεξίας διεθνώς είναι περίπου 1:1000.000. Τα ποσοστά θνησιμότητας ανέρχονται σε 4-10%.

2.2 ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ:

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.²²

1. Περιοριστικός Τύπος

Στον Περιοριστικό Τύπο η απώλεια βάρους είναι αποτέλεσμα του αυστηρού περιορισμού στην πρόσληψη τροφής.(15) 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.(22) 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, εμφανίζουν όμως μικρότερη συναισθηματική αστάθεια και είναι λιγότερο ενεργοί σεξουαλικά. Υπάρχουν ακόμα ενδείξεις ότι οι δύο αυτοί υπότυποι μπορεί να διαφέρουν στον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή.²²

2. Υπερφαγικός / Καθαρτικός Τύπος

Στον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο το άτομο παρουσιάζει τακτικά υπερφαγικά επεισόδια και συνακόλουθες καθαρτικές συμπεριφορές.²² 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 ότι 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).²²



2.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΚΑΤΑ DSM- IV (2000):

- A. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το σωματικό βάρος στο ελάχιστο επίπεδο που είναι φυσιολογικό για την ηλικία και για το ύψος του ή παραπάνω από το επίπεδο αυτό (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί σε διατήρηση βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου).
- B. Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα παχύνει ή ότι θα αυξηθεί το βάρος του, ακόμα και όταν αυτό είναι κάτω από το κανονικό.
- C. Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο βιώνει το βάρος η το σχήμα του σώματος του, υπερβολική επίδραση του βάρους η του σχήματος του σώματος στην αυτοαξιολόγηση ή άρνηση της σοβαρότητας που ενέχει το υπάρχον χαμηλό σωματικό βάρος.
- D. Αμηνόρροια (σε γυναίκες που έχουν έμμηνη ρύση), δηλαδή απουσία τριών διαρκικών εμμηνορυσιακών κύκλων.¹⁶

2.3.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΚΑΤΑ ICD-10 (2007):

- A. Σωματικό βάρος κατά 15% κάτω από αυτό που αναμένεται για τη συγκεκριμένη ηλικία ή δείκτης μάζας σώματος από 17,5 και κάτω.
- B. Η απώλεια βάρους αυτοπροσκαλείται με την αποφυγή <<παχυντικών τροφών>> και με μια ή περισσότερες από τις εξής μεθόδους: με

αυτοπροσκαλούμενο εμετό, με υπερβολική άσκηση, με χρήση χαπιών που αναστέλλουν την όρεξη ή με διουρητικά.

- C. Δημιουργείται παθολογική παραμόρφωση στην εικόνα του σώματος, κατά την οποία υπάρχει επίμονος φόβος του πάχους, με αποτέλεσμα ο ασθενής να θέτει ένα πολύ χαμηλό όριο για το βάρος του.
- D. Εμφανίζεται σοβαρή ενδοκρινική διαταραχή η οποία εκδηλώνεται στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας. Ενδέχεται να παρατηρούνται υψηλά επίπεδα αυξητικής ορμόνης, κορτιζόλης, καθώς και αλλαγές στον μεταβολισμό του θυρεοειδούς και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης.
- E. Αν η έναρξη της διαταραχής γίνει στην προεφηβική ηλικία, διαταράσσεται ή παύει η ακολουθία των εφηβικών συμπτωμάτων. Μετά την αποθεραπεία συνήθως η εφηβεία ολοκληρώνεται κανονικά αλλά καθυστερεί η έμμηνη ρύση.¹⁶

2.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ:

Η έναρξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας φαίνεται να είναι πολυπαραγοντική. Ενώ ορισμένοι εμφανείς παράγοντες κινδύνου έχουν προσδιοριστεί, δεν υπάρχει καμία γνωστή, άμεση αιτιότητα. Η χαμηλή διάδοση της Ψυχογενούς Ανορεξίας καθιστά δύσκολη την αναμενόμενη έρευνα και για κάθε δεδομένη αποκάλυψη ή ευαισθησία, πολύ περισσότερα άτομα διαθέτουν τους παράγοντες κινδύνου από αυτά που αναπτύσσουν τη διαταραχή.

Μια πολύ πιθανή εξήγηση είναι η ύπαρξη μιας αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες κινδύνου. Φαίνεται ότι οι παράγοντες που σηματοδοτούν την έναρξη της διαταραγμένης διατροφής και της εφαρμογής δίαιτας, διαφέρουν από εκείνους που διατηρούν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά όταν καταντά προβληματική.¹²

2.4.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Όπως αποδεικνύεται από έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε οικογένειες, ο

κίνδυνος εμφάνισης της διαταραχής είναι 7-20 φορές μεγαλύτερος για τα άτομα, συγγενείς των οποίων έχουν αντιμετωπίσει το ίδιο πρόβλημα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Αυτή η μεταβίβαση της ευαισθησίας φαίνεται ότι ελέγχεται, μερικώς τουλάχιστον, γενετικά, καθώς έρευνες σε μονοζυγωτικούς και διζυγωτικούς διδύμους, φέρουν τους πρώτους να εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τη διαταραχή.¹²

Εκτιμάται ότι οι γενετικοί παράγοντες ευθύνονται για ποσοστό μεγαλύτερο από 50% της στατιστικής διακύμανσης των περιστατικών Ψυχογενούς Ανορεξίας. Επίσης για τη διακύμανση αυτή φαίνεται να ευθύνονται και διαφορετικές εμπειρίες ανάμεσα σε αδέρφια που μεγαλώνουν μαζί, όπως διαφορετική αντιμετώπιση από τους γονείς ή τους συνομήλικούς τους και γεγονότα που βιώνουν μεμονωμένα τα παιδιά μέσα σε μια οικογένεια, τα οποία δε μοιράζονται με τα αδέρφια τους.³

Ακόμα βρίσκονται υπό έρευνα τα κληρονομικά χαρακτηριστικά που καθιστούν ευάλωτο το άτομο απέναντι στις Δ.Π.Τ.. Προσφάτως έχει αναπτυχθεί η θεωρία του «ιδεοληπτικού-καταναγκαστικού φάσματος» (obsessive-compulsive spectrum) που περιλαμβάνει την Ιδεοληπτική-Καταναγκαστική Διαταραχή (Obsessive-Compulsive Disorder) και την Σωματική Δυσμορφική Διαταραχή.³

Οι Δ.Π.Τ. περιλαμβάνονται επίσης σε αυτό το θεωρητικό φάσμα. Τα παραπάνω σύνδρομα υποτίθεται πως μοιράζονται μια ορισμένη φαινομενολογία, σχετικά χαρακτηριστικά και πιθανώς οικογενή μεταβίβαση. Αν και δεν πιστεύεται ότι η Ψυχογενής Ανορεξία συν-κληρονομείται με την Ιδεοληπτική-Καταναγκαστική Διαταραχή, υπάρχουν αποδείξεις που υπαινίσσονται την ταυτόχρονη μεταβίβαση της Ψυχογενούς Ανορεξίας με γνωρίσματα έμμονης προσωπικότητας. Τέτοια ευρήματα καλλιεργούν την υπόθεση ότι υπάρχει ένας ευρύτερος φαινότυπος, που χαρακτηρίζεται από τελειομανία, αυστηρότητα και κλίση για περιοριστική συμπεριφορά, του οποίου η Ψυχογενής Ανορεξία θα μπορούσε να είναι μια πιθανή έκφραση. Κάποιες προσπάθειες προσδιορισμού ενός βιολογικού δείκτη για ένα τέτοιο χαρακτηριστικό έχουν επικεντρωθεί σε γονίδια που εμπλέκονται στο σεροτονεργικό σύστημα (serotonergic system) και σε πολυμορφισμούς μεταφορέων και υποδοχέων.

Άλλες προσπάθειες απόδειξης της κληρονομικής προδιάθεσης για Δ.Π.Τ. έχουν εστιάσει στα γονίδια που εμπλέκονται στη ρύθμιση του σωματικού βάρους και της θρέψης, όπως τα γονίδια που ελέγχουν τους υποδοχείς της λεπτίνης και των οιστρογόνων. Οι περισσότερες από αυτές τις έρευνες, οι οποίες αξιολογούν υψηλότερη μεταβίβαση συγκεκριμένων πολυμορφισμών από την αναμενόμενη σε άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία ή Ψυχογενή Βουλιμία, έχουν καταλήξει σε αρνητικά ή

αντιφατικά αποτελέσματα. Εντούτοις, βρίσκονται εν εξελίξει έρευνες της μοριακής γενετικής, μεγάλης κλίμακας, για την εξακρίβωση των γενετικών βάσεων των Δ. Π.Τ.⁷

Όπως οι περισσότερες από τις σοβαρότερες ψυχιατρικές διαταραχές, έτσι και η Ψυχογενής Ανορεξία είναι λιγότερο πιθανό να προκαλείται άμεσα από πολυμορφισμό ενός συγκεκριμένου γονιδίου. Πιο πιθανό είναι να σχετίζεται με ένα ευρύτερο φαινότυπο, ο οποίος ελέγχεται από ένα συγκεκριμένο γονίδιο, ένα ζεύγος ή μια σειρά γονιδίων που εκφράζονται κάτω από συγκεκριμένες περιβαλλοντικές συνθήκες.³

2.4.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ - ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Η Ψυχογενής Ανορεξία εμφανίζεται συνήθως κατά την εφηβεία ή την πρώτη νεότητα (13-15 έτη ζωής). Η περίοδος της εφηβείας με την ανάπτυξη των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου καθιστά την εφηβεία αυτή καθεαυτή, παράγοντα κινδύνου. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις που προκαλούνται από την ωρίμανση του σώματος και τις αλλαγές στις σχέσεις με τους συνομήλικους ίσως παίζουν ένα ρόλο στην ανάπτυξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Το άγχος επίσης φαίνεται να επηρεάζει, σε κάποιες περιπτώσεις, την έναρξη της διαταραχής ή την υποτροπή της μετά από περιόδους ύφεση. Η προσωπικότητα των ατόμων που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία είναι ιδιαίζουσα.¹²

Τυπικά, στους ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία λείπει η αίσθηση αυτονομίας και ατομικότητας. Μέσα από πράξεις υπερβολικής αυτοπειθαρχίας προσπαθούν να αποκτήσουν αναγνώριση ως μοναδικά και ιδιαίτερα άτομα.¹¹

Οι ανορεξικοί είθισται να είναι προσεκτικοί, ευσυνείδητοι, επίμονοι και τελειομανείς σε μεγαλύτερο βαθμό από το γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, μεταξύ γυναικών που αναρρώνουν από την Ψυχογενή Ανορεξία εντοπίζεται με μεγάλη συχνότητα τελειομανία και συμπτωματολογία εμμονών. Τέτοιες αξιολογήσεις μπορεί να μπερδεύουν με τις συνέπειες της ασθένειας κι ενώ ενδέχεται τα χαρακτηριστικά αυτά να αυξάνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης Ψυχογενούς Ανορεξίας δεν αποκλείεται το ενδεχόμενο ένα επεισόδιο Ψυχογενούς Ανορεξίας να προκαλεί αυτές τις ψυχολογικές μεταβολές.¹²

Επίσης, τα στοιχεία της προσωπικότητας ενός ατόμου κατά την παιδική ηλικία που αντανακλούν μια έμμονη καταναγκαστική προσωπικότητα, φαίνεται να είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη Δ. Π.Τ. και ίσως ακόμα και να

αντιπροσωπεύουν δείκτες ενός φαινοτύπου, όπως αναφέρεται και στους βιολογικούς παράγοντες, που εκφράζεται σε συγκεκριμένο υποσύνολο ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία.³

Ένας άλλος παράγοντας που πιθανώς καθιστά κάποια άτομα πιο επιρρεπή στην Ψυχογενή Ανορεξία είναι τα ψυχολογικά τραύματα που έχουν υποστεί στην παιδική τους ηλικία. Αν και δεν έχει βρεθεί κάποια συσχέτιση μεταξύ συναισθηματικής ή σωματικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία και σε συμπεριφορές ελέγχου και κάθαρσης στη μετέπειτα ζωή, έχει εντοπιστεί σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη σεξουαλική κατά την παιδική ηλικία και στην παρουσία συμπεριφορών κάθαρσης στην ενήλικη ζωή.^{4,9,23,7}

Ακόμα, άτομα που έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης και ως παιδιά και ως ενήλικες εμφανίζουν ευδιάκριτα τη συμπτωματολογία των Δ. Π.Τ. συγκριτικά με άτομα που έχουν βιώσει κάτι ανάλογο σε μια μόνο περίοδο της ζωής τους. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι η επανειλημμένη κακοποίηση ίσως να σχετίζεται με πιο σοβαρές Δ. Π.Τ. και με γενικευμένα συμπτώματα.²⁵

2.4.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Εκτός από τους βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες κινδύνου, κοινωνικές και πολιτιστικές επιρροές εμπλέκονται στις Δ. Π.Τ. και κυρίως στην έναρξη της διαταραγμένης συμπεριφοράς. Η σύγχρονη αντίληψη της ομορφιάς απαιτεί πολύ αδύνατα και γυμνασμένα σώματα. Πρόκειται για ένα ιδεώδες που αντιπροσωπεύει τις αξίες του αυτοελέγχου, της επιτυχίας και της αποδοχής του κοινωνικού συνόλου. Το ανθρώπινο σώμα, λανθασμένα, αντιμετωπίζεται σαν εύπλαστο υλικό, το οποίο με το σωστό συνδυασμό γυμναστικής, διαίτας και αυτοελέγχου μπορεί πάντα να μετατραπεί στο «τέλειο σώμα», που δεν είναι άλλο από ένα αδύνατο, πολλές φορές, καχεκτικό σώμα. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης καλλιεργούν την ψευδαίσθηση ότι η επίτευξη αυτού του «ανώτερου σκοπού» επιβραβεύεται, ενώ παράλληλα προωθούν, μέσω διαφημίσεων κέντρων αδυνατίσματος και γυμναστηρίων, τρόπους για να καταφέρει το κοινό να επιτύχει τον πολυπόθητο στόχο. Δυστυχώς, όμως, είναι αδύνατο να αποκτήσουν όλοι οι άνθρωποι το ιδανικό αυτό σώμα, καθώς ο σωματότυπος του κάθε ατόμου είναι διαφορετικός, όπως και το ιδανικό του βάρος, και αυτά τα χαρακτηριστικά δέχονται βιολογικές επιρροές, δηλαδή ελέγχονται κυρίως από γονίδια.^{4,12,13}

Οι έφηβοι που δεν κατανοούν ή δεν αποδέχονται τις ιδιαιτερότητες του σώματός

τους, συχνά βιώνουν πολύ αρνητικά συναισθήματα που τους ωθούν σε ακραίες και δραστικές παρεμβολές.²⁶

Επιπλέον, η Ψυχογενής Ανορεξία αποτελεί σε αρκετές περιπτώσεις αντίδραση κάποιων εφήβων στις απαιτήσεις που προβάλλει απέναντί τους η κοινωνία και που αφορούν περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα. Οι ασθενείς με τη διαταραχή υποκαθιστούν τις άλλες φυσιολογικές εφηβικές επιδιώξεις τους με την ενασχόληση με θέματα διατροφής και βάρους. Τα άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία δε δυσκολεύονται να βρουν υποστήριξη για την πρακτική τους καθώς είναι γνωστή η αξία που αποδίδει η κοινωνία μας στην ισχύτητα και την άσκηση.²⁶

Εκτός από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τα πρότυπα ομορφιάς που προβάλλουν, οι πεποιθήσεις των ατόμων του οικογενειακού και άμεσου φιλικού περιβάλλοντος επίσης επηρεάζουν τους εφήβους. Υποστηρίζεται ότι οι οικογένειες των ατόμων με Δ. Π.Τ. ενδιαφέρονται υπερβολικά για την κοινωνικό φαίνεσθαι και την ελκυστική εμφάνιση. Εντούτοις, κάποιοι πιστεύουν ότι οι οικογενειακές αρχές και αξίες δεν επαρκούν ώστε να προκαλέσουν την έναρξη Α.Π. στους απογόνους τους εκτός και αν συνδυάζονται με συγκεκριμένες επιρροές άλλων παραγόντων όπως η ψυχολογική και βιολογική ευπάθεια των παιδιών.⁶

Ένας ακόμα παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένων και των Α.Π., είναι η έλλειψη αμοιβαιότητας σε σημαντικές σχέσεις με συγγενείς, φίλους και συντρόφους. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία έχουν στενές μεν, αλλά διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς τους και προσπαθούν, με την ασθένεια τους, να τραβήξουν την προσοχή των συγγενών τους, της οποίας αισθάνονται στερημένοι.

Τέλος, είναι πιθανόν οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία να έχουν οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, εξάρτησης από αλκοόλ ή Δ. Π.Τ..²

2.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ:

Οι ασθενείς ζυγίζονται λιγότερο από 85% από το αναμενόμενο. Υπάρχουν κάποιοι τρόποι να καθοριστεί αυτό. Για τους ενήλικες (>20 ετών) όπου ο ΔΜΣ<18.5 θεωρείται λιποβαρής και όπου ο ΔΜΣ <17.5 θεωρείται διάγνωση για νευρογενή ανορεξία. Το 85% του μέσου όρου βάρους σώματος μπορεί να είναι διάγνωση για νευρογενή ανορεξία. Για ενήλικες <20 ετών το ποσοστό του μέσου όρου βάρους για το ύψος μπορεί να υπολογιστεί χρησιμοποιώντας διάγραμμα αύξησης ή διαγράμματα δείκτη μάζας σώματος.¹

Τα φυσικά συμπτώματα μπορούν να κυμανθούν από το σχηματισμό του τριχώματος ως τις απειλητικές για τη ζωή καρδιακές αρρυθμίες. Τα φυσικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν χνούδι στο πρόσωπο και τον κορμό, ευθραυστότητα μαλλιών, κυάνωση στα χεριά και τα πόδια και ξηρό δέρμα. Οι καρδιαγγειακές αλλαγές περιλαμβάνουν βραδυκαρδία (<60παλμούς/λεπτο), υπόταση (συστολική ,90mmHg) και ορθοστατική υπόταση. Καρδιαγγειακές επιπλοκές έχουν συσχετισθεί με το θάνατο σε ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία.¹

Η Νευρογενής Ανορεξία μπορεί επίσης να επηρεάσει σημαντικά το γαστρεντερικό σύστημα και την περιοχή του εγκεφάλου των ατόμων αυτών. Ο αυτεπαγόμενος λιμός μπορεί να οδηγήσει στην καθυστερημένη γαστρική εκκένωση, σε μειωμένη κινητικότητα του εντέρου και δυσκοιλιότητα. Υπάρχουν επίσης στοιχεία για τις ανωμαλίες του εγκεφάλου (απώλεια ιστού) με τον παρατεταμένο λιμό, ο οποίος εμφανίζεται νωρίς κατά τη διαδικασία της ασθένειας και ίσως είναι ουσιαστικού μεγέθους. Ενώ είναι σαφές ότι η αντιστρεψιμότητα των αλλαγών του εγκεφάλου εμφανίζεται με την ανάκτηση βάρους, είναι αβέβαιο εάν η πλήρης αντιστρεψιμότητα είναι εφικτή. Για να ελαχιστοποιηθεί η πιθανή μακροπρόθεσμη επιπλοκή της Νευρογενούς Ανορεξίας, η πρόωρη αναγνώριση και η θεραπεία είναι απαραίτητη για νέους ανθρώπους οι οποίοι αναπτύσσουν αυτή την ασθένεια.¹

Η αμηνόρροια είναι ένα από τα αρχικά χαρακτηριστικά της νευρογενούς ανορεξίας η οποία συσχετίζεται με τη δυσλειτουργία του υποθάλαμου, την απώλεια βάρους, το



μειωμένο σωματικό λίπος, το άγχος και την υπερβολική άσκηση. Η αμηνόρροια επίσης φαίνεται να επηρεάζεται από μια ορμόνη τη γοναδοτροπίνη, δηλαδή την ορμόνη της εγκυμοσύνης.¹

Όσον αφορά τα σωματικά συμπτώματα, τα σωματικά σημεία και τις σωματικές διαταραχές που συνοδεύουν τη Νευρογενή Ανορεξία, τα περισσότερα από αυτά οφείλονται στην ασιτία ή και στον προκλητό εμετό. Έτσι, εκτός από την αμηνόρροια μπορεί να υπάρχουν δυσκοιλιότητα, κοιλιακοί πόνοι, μη ανοχή του κρύου, αδυναμία, λήθαργος. Φυσικά το πιο φανερό σημείο του ατόμου είναι η απίσχναση του ατόμου.

Ακόμη μπορεί να υπάρχει υπόταση, υποθερμία, ξηρότητα του δέρματος, lamgo hair, βραδυκαρδία, περιφερικό οίδημα, κιτρίνισμα του δέρματος, υπερτροφία των σιελογόνων αδένων, ιδιαίτερα της παρωτίδας. Άτομα που χρησιμοποιούν συχνά προκλητό έμετο μπορεί να παρουσιάζουν διαβρώσεις της αδαμαντίνης των δοντιών και ουλές ή κάλους στη ράχη των χρεών τους. Γενικές ιατρικές καταστάσεις που μπορεί να εμφανιστούν σε άτομα με νευρογενή ανορεξία είναι η νομόχρωμη νορμοκυτταρική αναιμία, καρδιαγγειακά προβλήματα όπως σοβαρή υπόταση και αρρυθμίες, προβλήματα στα δόντια και οστεοπόρωση.¹⁵

Η οστεοπενία και η οστεοπόρωση, είναι σοβαρές και ενδεχομένως αμετάκλητες ιατρικές επιπλοκές της Νευρογενούς Ανορεξίας. Οι επιπλοκές αυτές είναι πολύ πιθανό να προκαλέσουν συμπίεση των σπονδύλων με τελικό αποτέλεσμα τα κατάγματα. Αποτελέσματα μελέτης δείχνουν ότι η ανάκτηση του οστού ίσως είναι πιθανή με την αποκατάσταση βάρους, αλλά η μεγαλύτερη πυκνότητα οστού είναι εμφανής 26 χρόνια μετά την αποκατάσταση βάρους και ανάκτηση. Στους εφήβους, η αποκατάσταση των οστών ίσως είναι περισσότερο πιθανή, αντίθετα από άλλους ασθενείς στους οποίους η χαμηλή συγκέντρωση οιστρογόνων στην κυκλοφορία συσχετίζεται με μειωμένη πυκνότητα των οστών. Η συμπλήρωση ca μόνο (1500mg/dl) ή συνδυασμός μ οιστρογόνα δεν έχει παρατηρηθεί να προάγει την αυξανόμενη πυκνότητα των οστών. Η επαρκής πρόσληψη ca ίσως βοηθήσει στην ελάττωση της απώλειας οστού. Μόνο η αποκατάσταση βάρους έχει αποδειχτεί ότι αυξάνει την πυκνότητα των οστών.¹⁴

Σε ασθενείς με νευρογενή ανορεξία οι εργαστηριακές τιμές συνήθως μένουν σε φυσιολογικές τιμές μέχρι η ασθένεια να προχωρήσει. Μερικές από τις ανωμαλίες που εμφανίζονται είναι η υποπλασία του μυελού των οστών, συμπεριλαμβανομένης της λευκοπενίας και θρομβοπενίας. Παρά τη χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και

χοληστερίνη και ανώμαλη κατανομή λιπιδίων. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της ήπιας ηπατικής δυσλειτουργίας και τη μειωμένη έκκριση όξινης χολής από τα ασταθή γεύματα. Επιπλέον, ο όρος γλυκόζης τείνει να είναι χαμηλός. Οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία ίσως έχουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπογλυκαιμίας.¹

Παρά τις διαιτητικές ανεπάρκειες, σπάνια εμφανίζονται ανεπάρκειες βιταμινών και μεταλλικών στοιχείων στη νευρογενή ανορεξία επειδή πολλοί ασθενείς καταναλώνουν συμπληρώματα βιταμινών και μεταλλικών στοιχείων, τα οποία καλύπτουν τις ανεπάρκειες. Ο παρατεταμένος υποσιτισμός οδηγεί σε χαμηλά επίπεδα ψευδαργύρου, βιταμίνης B12 και φυλικού οξέος. Τα χαμηλά επίπεδα θρεπτικών ουσιών πρέπει να αντιμετωπιστούν κατάλληλα με το φαγητό και με συμπληρώματα διατροφής όπως απαιτούνται.¹

2.6 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ:

Ανορεξία προκαλεί σοβαρές επιπλοκές στην υγεία. Επηρεάζει όλες τις περιοχές του σώματος, συμπεριλαμβανομένης της καρδιάς. Η πρόκληση εμετού και η χρήση καθαρτικών μπορεί να επιφέρουν σοβαρές παρενέργειες. Εάν η Νευρογενής Ανορεξία δεν θεραπευτεί, ακολουθούν σοβαρές επιπλοκές. Ορισμένες πηγές εκτιμούν ότι τα ποσοστά θνησιμότητας της Νευρογενής Ανορεξίας οφειλόμενα από τις επιπλοκές είναι πολύ υψηλά, με αποτέλεσμα να προκληθεί θάνατος μέσα στα πρώτα 10 χρόνια από τη διάγνωση.

2.6.1 ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ:

Εάν η νευρική ανορεξία βλάψει την καρδιά αρκετά, οι ανορεκτικοί μπορεί να αναπτύξουν μια αρρυθμία γνωστή ως φλεβοκομβική βραδυκαρδία (χαμηλός καρδιακός ρυθμός που ορίζεται ως καρδιακή συχνότητα μικρότερη από 50 παλμούς ανά λεπτό). Σε αυτή την περίπτωση οι ανορεκτικοί θα πρέπει να αποφεύγουν οποιαδήποτε σωματική άσκηση καθώς και προϊόντα καφεΐνης, τα οποία μπορεί να προκαλέσουν θανατηφόρες καρδιακές αρρυθμίες.

Επιπλέον, άλλες επικίνδυνες επιπτώσεις της Νευρογενής Ανορεξίας, περιλαμβάνονται η αφυδάτωση και διαταραχές των ηλεκτρολυτών, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε καρδιακές αρρυθμίες και σε θάνατο.

Οι ανορεκτικοί με σοβαρή ατροφία μυών της καρδιάς μπορεί να αντιδράσουν

αρνητικά σε αιφνίδια πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, ιδιαίτερα υψηλής θερμιδικής αξίας, με αποτέλεσμα η πρόσληψη θερμίδων να αυξάνεται με αργό ρυθμό κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

2.6.2 ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η δυσκοιλιότητα είναι μια συχνή επιπλοκή της ανορεξίας. Στην πραγματικότητα, πολλές περιπτώσεις ανορεξίας έχουν έρθει στην προσοχή των γιατρών όταν οι ανορεκτικοί αναζητήσουν θεραπεία για τη δυσκοιλιότητα. Η αφυδάτωση προκύπτει από τη σοδαρή απώλεια βάρους, την πρόκληση εμετού και τη χρήση καθαρτικών. Καθώς όμως εξελίσσεται η ανορεξία, μια σειρά από γαστρεντερικά προβλήματα αναπτύσσονται τόσο σε συνδυασμό με την δυσκοιλιότητα ή ανεξάρτητα από αυτή.

Η λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος επιβραδύνεται και χρειάζεται περισσότερος χρόνος για την κένωση του γαστρικού συστήματος, με αποτέλεσμα οι ανορεκτικοί να αναπτύξουν μια ανώμαλη μυική δραστηριότητα στον οισοφάγο.

Τα γαστρικά προβλήματα όπως η δυσκοιλιότητα, το φούσκωμα και η αίσθηση πληρότητας τείνουν να καταστείλει την επιθυμία πρόσληψης τροφής, έτσι ώστε επιταγχύνεται η διαδικασία απώλειας βάρους.

2.6.3 ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΚΑΘΑΡΤΙΚΩΝ

Περίπου πενήντα τοις εκατό των ανορεξικών επιτειγνάνουν την απώλεια βάρους μέσω ενός "κύκλου εκκαθάρισης". Η εκκαθάριση επιτυγχάνεται με πρόκληση εμετού, κλύσματα, και καθαρτικά. Η χρόνια κατάχρηση καθαρτικών προκαλεί ζημιές στα νεύρα του στομάχου και επιδεινώνει τη δυσκοιλιότητα. Η θεραπεία των ανορεκτικών που χρησιμοποιούν καθαρτικά χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Η απότομη διακοπή των καθαρτικών προκαλεί σοβαρό οίδημα το οποίο μπορεί να συμβεί μέσα σε 2-3 ημέρες καθώς και αύξηση του σωματικού βάρους έως και 9 κιλά. Προφανώς, μία αύξηση του βάρους αυτού του μεγέθους έστω και αν είναι προσωρινή προκαλεί στους ανορεκτικούς έντονο άγχος με αποτέλεσμα να αρνηθούν την συνέχιση της θεραπείας τους και να επιστρέψουν στη χρήση καθαρτικών για την απώλεια αυτών των κιλών.

Ορισμένοι επιστήμονες προτείνουν τη σταδιακή μείωση της χρήσης καθαρτικών

καθώς και την ενημέρωση των ανορεκτικών ότι μια μακροχρόνια χρήση μπορεί να αποβεί μοιραία.

2.6.4 ΙΡΕCΑΡ ΣΙΡΟΠΙ-ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΕΜΕΤΟΥ

Το σιρόπι ipecar χρησιμοποιείται για την πρόκληση εμετού κυρίως σε δηλητηριασμούς. Αν γίνεται κατάχρηση σε τακτική βάση, από αυτό το σιρόπι μπορεί να προκαλέσει διάφορες επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένων των ζημιών στην καρδιά και στους μυς. Το ipecar σιρόπι μπορεί να προκαλέσει αρρυθμίες, κράμπες στο στομάχι, κόπωση, αδυναμία και δυσκολία στην αναπνοή. Σε προχωρημένα στάδια τα άτομα με Νευρογενή Ανορεξία και σε συνδυασμό με τη κατάχρηση του ipecar, μπορεί να οδηγηθούν σε απειλητικές για τη ζωή καρδιακές παθήσεις.

2.6.5 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑΣ:

Οι γυναίκες με Νευρογενή Ανορεξία υποφέρουν από αμηνόρροια η οποία μπορεί να οδηγήσει σε οστεοπενία και τελικά να εξελιχθεί σε οστεοπόρωση σε σύντομο χρονικό διάστημα λόγω της μείωσης των οιστρογόνων στον οργανισμό. Η οστεοπόρωση αυξάνει τις πιθανότητες καταγμάτων καθώς και τις ανωμαλίες των οστών. Εάν η οστεοπόρωση εμφανιστεί σε νεαρή ηλικία, είναι σχεδόν αδύνατο να θεραπευτεί πλήρως, ακόμη και μετά την έναρξη ορμονικής υποκατάστασης. Η παρατεταμένη αμηνόρροια, η χαμηλή πρόσληψη θερμίδων και πρωτεϊνών αυξάνουν τον κίνδυνο οστεοπόρωσης.

2.6.6 ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ:

Γυναίκες με μακροχρόνια Νευρογενή Ανορεξία έχουν 30% περισσότερες πιθανότητες να αποβάλλουν έναντι του 16% των γυναικών που δεν πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία. Επίσης οι πιθανότητες για πρόωρο τοκετό αυξάνονται και τα βρέφη που γεννιούνται έχουν χαμηλότερο από το μέσο όρο βάρος.

2.7 ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ:

Ο Περιοριστικός Τύπος της Νευρογενούς Ανορεξίας συχνά εμφανίζει χρόνια συνοσηρότητα με κάποιες από τις Αγχώδεις Διαταραχές –κυρίως Ειδικές Φοβίες και Διαταραχή Πανικού- και κάποιες από τις Διαταραχές Προσωπικότητας -κυρίως την Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή και την Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας.

Περισσότεροι παράγοντες συνοσηρότητας έχουν συνδεθεί με τον Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας. Τα άτομα, που πάσχουν από αυτόν τον τύπο της διαταραχής, μεγάλο ποσοστό υποφέρουν και από Διαταραχές της Διάθεσης (π.χ. Μείζονα Κατάθλιψη, Δυσθυμία), Αγχώδεις Διαταραχές, συχνά κάνουν κατάχρηση ουσιών ή πάσχουν από Διαταραχή Εξάρτησης από Ουσίες, πάσχουν επίσης από Διασχιστική Διαταραχή και κάποιοι από αυτούς έχουν προβεί και σε απόπειρες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι υψηλός και συχνότερα απαντάται στον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο. Κάποιες φορές γίνεται αναφορά σε καταναγκαστικές κλοπές (κλεπτομανία) και σ' αυτές τις περιπτώσεις τα αντικείμενα κλοπής είναι συνήθως γλυκά ή υπακτικά και σπανιότερα άλλα αντικείμενα. Επίσης, σ' αυτόν τον Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας συχνά παρατηρείται και παθολογία του χαρακτήρα, και μάλιστα η συνοσηρότητα με παθολογία του χαρακτήρα φαίνεται να έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην πρόγνωση της διαταραχής.

Και στους δύο Τύπους της Νευρογενούς Ανορεξίας οι ασθενείς πολύ συχνά λαμβάνουν διάγνωση Αλκοολισμού, ενώ είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν και Σεξουαλικές Διαταραχές στην ψυχιατρική συμπτωματολογία. Σε έρευνα που διεξήχθη με δείγμα γυναικών, που έπασχαν από Νευρογενή Ανορεξία, με μέσο όρο ηλικίας τα 24 έτη, προέκυψε ότι το 20% δεν είχε σεξουαλική επαφή ποτέ, ενώ ένα ποσοστό που ξεπερνούσε το 50% του δείγματος εμφάνιζε Διαταραχή της Σεξουαλικής Λειτουργίας τόσο στη φάση του οργασμού όσο και στη φάση της επιθυμίας. Συνήθως, οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία εμφανίζουν κακή σεξουαλική προσαρμογή, η οποία όταν το άτομο βρίσκεται στην εφηβεία εκδηλώνεται ως καθυστέρηση στην ψυχοκοινωνική σεξουαλική ανάπτυξη και όταν το άτομο ενηλικιωθεί εκδηλώνεται ως μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον.¹²

Σε ό,τι αφορά την ομολογουμένως πολύ συχνή συνοσηρότητα με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή ή Δυσθυμία, το ποσοστό που προκύπτει από τις έρευνες αγγίζει ακόμα και το 50% των ασθενών. Όπως προκύπτει από τις έρευνες οι Μείζονες Συναισθηματικές Διαταραχές είναι συχνότερες σε μέλη της οικογένειας πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η στενή αυτή σχέση μεταξύ της Νευρογενούς Ανορεξίας και της Κατάθλιψης οδήγησαν ορισμένους ερευνητές να εξετάσουν την πιθανότητα η Νευρογενή Ανορεξία να είναι η αιτία της Κατάθλιψης.

Οι υποθέσεις πίσω απ' αυτό το συσχετισμό είναι ότι οι βιοχημικές αλλαγές που

επισυμβαίνουν στον οργανισμό σαν αποτέλεσμα του χρόνιου και σοβαρού υποσιτισμού ή τα συναισθήματα ενοχής και ντροπής που αισθάνεται το άτομο για τις διατροφικές του συνήθειες και την εικόνα του σώματός του μπορεί να αποτελούν την υποβόσκουσα αιτία για την εκδήλωση καταθλιπτικής διάθεσης και συμπτωματολογίας. Γεγονός είναι όμως ότι η ΝΑ δεν προηγείται πάντοτε της Κατάθλιψης. Η Νευρογενής Ανορεξία και η Κατάθλιψη είναι πιθανό να έχουν κοινά σημεία σε ότι αφορά τη γενετική προδιάθεση ή τις περιβαλλοντικές αιτίες για την εκδήλωσή τους, όπως είναι για παράδειγμα ένα νοσηρό οικογενειακό περιβάλλον ή άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες στη ζωή του ατόμου.

Δεν είναι τυχαίο ότι αρκετές έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι συγγενείς των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία είναι ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη Κατάθλιψης. Έχει προταθεί σαν υπόθεση και το αντίστροφο, ότι δηλαδή η Κατάθλιψη είναι αυτή που προκαλεί τη Νευρογενή Ανορεξία ή ότι η τελευταία είναι τρόπον τινά μια παράμετρος της Κατάθλιψης. Οι υποθέσεις αυτές έχουν στηριχθεί στο γεγονός ότι υπάρχει μια ομοιότητα ανάμεσα στις δύο νόσους κυρίως σε ότι αφορά τη συμπτωματολογία τους. Για παράδειγμα η απώλεια βάρους είναι ένα από τα συμπτώματα της Κατάθλιψης αλλά και της Νευρογενούς Ανορεξίας.

Επιπροσθέτως, υπάρχουν και βιολογικές ομοιότητες ανάμεσα στις δύο διαταραχές. Για παράδειγμα, τόσο οι ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία όσο και αυτοί που πάσχουν από Κατάθλιψη έχουν χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης.¹¹

2.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ:

Η θεραπευτική παρέμβαση σε άτομα με διατροφικές διαταραχές απαιτεί τη συνεργασία θεραπευτικών από διαφορετικές ειδικότητες λόγω της πολυπλοκότητας της ασθένειας και των παραμέτρων που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Η επιτυχημένη θεραπευτική παρέμβαση, οδηγεί σε περιορισμό των ανεπιθύμητων συμπεριφορών και σε πρόοδο της υγείας του ασθενή. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της αντικατάστασης των ανεπιθύμητων συμπεριφορών με προσαρμοσμένες στρατηγικές αντιμετώπισης και υγιεινές διατροφικές συμπεριφορές.⁷

Ιδεωδώς τα άτομα ανταποκρίνονται στις θεραπευτικές παρεμβάσεις και

προοδεύουν σε ανωτέρα επίπεδα ανεξαρτησίας. Οι θεραπείες συχνά παρατείνονται από 1 έως 5 έτη ανάλογα με την έκταση της παθολογίας και της ανάγκης για υποστήριξη.⁵

3.8.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ:

Μια από τις δυσκολίες που αναγνωρίζουν οι επαγγελματίες στη θεραπεία των πάσχοντων 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.⁴ 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.⁴

2.8.2 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:

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.²⁹ Προκειμένου να 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.²²

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.^{22,29}

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, περίπατους με τον νοσηλευτή, οι επισκέπτες όλα αυτά χρησιμοποιούνται ως επιβραβεύσεις για την πρόσληψη τροφής και την αύξηση του σωματικού βάρους. Ο δεύτερος στόχος της θεραπείας, η μακροπρόθεσμη διατήρηση των κερτημένων 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.²²

Στόχος 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. Είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίσουμε ένα πρόβλημα, που να μπορεί και ο ασθενής να παραδεχτεί, όπως η αδυναμία, η ευερεθιστότητα, η δυσκολία στη συγκέντρωση ή τα προβλήματα με τα επεισόδια υπερφαγίας. Ο ψυχίατρος θα πρέπει στη συνέχεια να αποπειραθεί να ενημερώσει τον ασθενή για τις πολύ σημαντικές οργανικές αλλά και ψυχολογικές επιδράσεις της νηστείας και την ανάγκη να αυξηθεί το βάρος, προκειμένου το πρόβλημα, που από κοινού θεραπευτής και ασθενής έχουν αναγνωρίσει, να αντιμετωπισθεί επιτυχώς.²²

Οι διαφωνίες των ασθενών αναφορικά με τους θεραπευτικούς στόχους είναι ένα κοινό μείζον εμπόδιο στη θεραπεία. 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. Όλες αυτές οι ανησυχίες μπορεί να εκφράζονται μέσα από μια σθεναρή αντίσταση, ανυπακοή, ψευδοσυμμόρφωση με τις παρεμβάσεις του ψυχίατρου και γενικότερα να συμβάλλει στις συγκρούσεις του ασθενούς με το θεραπευτή για την επιβολή, όπως το αντιλαμβάνεται ο πάσχων, του ενός από τους δύο στη θεραπευτική σχέση αυτές οι συγκρούσεις δε, είναι πολύ συχνό φαινόμενο που χαρακτηρίζει τη θεραπευτική διαδικασία με ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία.

Ο θεραπευτής θα πρέπει να αποφύγει να συνωμοτήσει με τον ασθενή στις απόπειρες του τελευταίου να υποβαθμίσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, αλλά την ίδια στιγμή θα πρέπει επίσης να του αφήνει και τα αναγκαία περιθώρια ανεξαρτησίας για να διατηρηθεί η θεραπευτική συμμαχία. Η αντιμετώπιση τέτοιων διλημμάτων είναι συχνά μια πρόκληση και απαιτεί μια ενεργό προσέγγιση από την πλευρά του θεραπευτή. Στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι δυνατό να διατηρηθεί η συμμαχία ενώ υπάρχει σεβασμός των προκαθορισμένων ορίων και αποδοχή της ανάγκης για αλλαγή.²²

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.²²

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.²²

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 διαίτα και στον έλεγχο του σωματικού βάρους και είναι πιθανό να αξιολογούν τον εαυτό τους με αυστηρά και απόλυτα κριτήρια, χωρίς να αφήνουν περιθώρια να συγχωρέσουν 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.^{22,19}

2.8.3 ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ:

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.¹⁹ Η νοσηλεία έχει σαν στόχο να αυξηθεί σταδιακά η πρόσληψη τροφής αλλά και να παρακολουθείται στενά και με προσοχή το σωματικό βάρος του ασθενούς²⁹, το οποίο αφού σταθεροποιηθεί θα πρέπει να αρχίζει σταδιακά να αυξάνεται.⁴ Η αποκατάσταση του υποσιτισμού και των σοβαρών επιπλοκών του, λοιπόν, θα πρέπει να είναι η πρώτη μας φροντίδα¹⁹, 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.²⁹

Τα στοιχεία, που αξιολογεί ο γιατρός 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^{19,4}:

- (1) σοβαρό υποσιτισμό (μερικές φορές ορίζεται από την απώλεια βάρους που έχει οδηγήσει σε βάρος χαμηλότερο από το όριο που θέτει ο θεράπων ιατρός, π.χ. αν η απώλεια βάρους είναι μεγαλύτερη από 20% ή αν αυτή έχει συμβεί με ταχύ ρυθμό)^{19,4},
- (2) σοβαρές ιατρικές επιπλοκές - σοβαρά συνωδά οργανικά προβλήματα (π.χ. σοβαρές καρδιακές ή μεταβολικές - ηλεκτρολυτικές διαταραχές, υποκαλιαιμία, οργανική βλάβη άλλου είδους),

- (3) ένας επίμονος κύκλος αυτοπροκαλούμενων εμετών ή κατάχρησης υπακτικών μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο, ο οποίος κύκλος δεν έχει διακοπεί με τις εξωνοσοκομειακές παρεμβάσεις,
- (4) σοβαρός κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας,
- (5) η διαπίστωση συννοσηρότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές,
- (6) μια αξιοσημείωτη ανικανότητα να φροντίσει ο ασθενής τον ίδιο τον εαυτό του ή η ανυπαρξία τέτοιας βοήθειας από την οικογένεια του ασθενούς.¹⁹

Τα ενδονοσοκομειακά 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.¹⁹

Σε ότι 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.¹⁹

2.8.4 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ:

Παρότι η Νευρογενής Ανορεξία συνδέεται με πολλαπλές οργανικές διαταραχές, δεν έχει αποδειχθεί ξεκάθαρα ο ρόλος της φαρμακευτικής αγωγής. Επιπρόσθετα, έχουν γίνει δοκιμές με τις περισσότερες από τις ομάδες ψυχοφαρμάκων και τις υπόλοιπες βιολογικές θεραπείες για τη Νευρογενή Ανορεξία, αλλά μέσα από τις

συγκριτικές μελέτες για την αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπειών δεν έχει αποδειχθεί η θεραπευτική τους δράση, τουλάχιστον σε ότι αφορά τον πυρήνα της ψυχοπαθολογίας της νόσου. Έτσι, οι ψυχίατροι περιορίζονται στο να χορηγούν ψυχοφάρμακα κατά περίπτωση και ανάλογα με τα επιφανειακά συμπτώματα-στόχους, αλλά γενικότερα θα λέγαμε ότι η φαρμακοθεραπεία για τη Νευρογενή Ανορεξία είναι περιορισμένη.¹⁹

Παρ' όλα αυτά, εξαιτίας της συννοσηρότητας της Νευρογενούς Ανορεξίας με την Κατάθλιψη, η χορήγηση αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής έχει φανεί να έχει σχετική επιτυχία στην αντιμετώπιση της Νευρογενούς Ανορεξίας.²⁹ Αρκετές είναι και οι έρευνες, που υπογραμμίζουν ότι η αντικαταθλιπτική αγωγή συχνά ενισχύει τα αποτελέσματα της Γνωσιακής – Συμπεριφοριστικής Παρέμβασης, και συνδέουν οι ερευνητές το αποτέλεσμα αυτό με το γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία παρουσιάζει συχνά και καταθλιπτική συμπτωματολογία.⁴

Πρόσφατα το ενδιαφέρον έχει εστιαστεί στο fluoxetine (Prozac). Οι έρευνες υποστηρίζουν ότι το fluoxetine είναι χρήσιμο στη θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας. Σε μια από τις έρευνες, που έχουν διεξαχθεί, αποδείχθηκε ότι από ένα σύνολο 37 πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία, που ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή με fluoxetine, οι 29 είχαν κατορθώσει να διατηρήσουν ένα φυσιολογικό βάρος ακόμα και 11 μήνες μετά το τέλος της αγωγής, έτσι όπως προέκυψε από το follow-up.²⁹ Τα αντικαταθλιπτικά, όπως το fluoxetine (Prozac), μπορούν να βοηθήσουν τόσο στις περιπτώσεις των πασχόντων, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό – Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας, στο να ελεγχθεί ο κύκλος υπερφαγίας-καθαρτικής συμπεριφοράς, αλλά και στις περιπτώσεις που συνυπάρχει καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Ωστόσο, κάποιοι υποστηρίζουν ότι η αύξηση του βάρους του ασθενούς αυτή καθαυτή είναι πιο αποτελεσματική στο να ανακουφίσει τον ασθενή από την καταθλιπτική συμπτωματολογία και να βελτιώσει την διάθεση των ασθενών αυτών.¹⁹

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

να εξετάσει και το ενδεχόμενο της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT).¹⁹



2.8.5 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Για ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, η νόσος έχει χρόνια μορφή: 30 - 50% των ασθενών, που έχουν «επιτυχώς» ολοκληρώσει θεραπευτικά προγράμματα σε νοσοκομεία απαιτούν ξανά νοσηλεία μέσα σ' ένα χρονικό διάστημα ενός έτους μετά την έξοδό τους από την πρώτη νοσηλεία. Αυτός είναι και ο λόγος που οι περισσότεροι ψυχίατροι προτείνουν εξωνοσοκομειακές θεραπείες μετά τη νοσηλεία, προκειμένου να αποφευχθεί η υποτροπή και να βελτιωθεί η συνολική βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη λειτουργικότητα του ασθενούς.⁴¹ Επίσης, σε περιπτώσεις που οι ιατρικές επιπλοκές δεν είναι αρκετά σοβαρές για να επιβάλλεται η νοσηλεία του ασθενούς ή στις περιπτώσεις που υπάρχουν τα απαιτούμενα μέσα, θα πρέπει να εφαρμοστεί ένα συνδυαστικό εξωνοσοκομειακό πρόγραμμα, το οποίο να εστιάζει στις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς. Συμπερασματικά, τόσο μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, όσο και σε περίπτωση που η κατάσταση του ασθενούς επιτρέπει την εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση, κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή ενός εντατικού ψυχοθεραπευτικού προγράμματος για τουλάχιστον 1-2 χρόνια.¹⁹

Συνήθως, η θεραπευτική ομάδα αποτελείται από έναν γενικό ιατρό, που θα παρακολουθεί την κατάσταση του οργανισμού του ασθενούς, έναν ψυχοθεραπευτή, που θα επεξεργάζεται με τον ασθενή όλα τα υποβόσκοντα συναισθηματικά θέματα

και έναν διαιτολόγο-διατροφολόγο, ο οποίος θα βοηθήσει τον ασθενή να αναπτύξει ένα ισορροπημένο θρεπτικά διαιτολόγιο. Μερικές φορές μια τέτοια ομάδα μπορεί να συμπεριλάβει και έναν σύμβουλο οικογένειας ή έναν ψυχίατρο, όταν κρίνεται αναγκαίο. Η οργάνωση των υπηρεσιών και η επικοινωνία μεταξύ των μελών αυτής της θεραπευτικής ομάδας είναι υψίστης σημασίας για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.¹⁹

Τις περισσότερες φορές, που η θεραπεία ενός ασθενούς απαιτεί τη συνεργασία μιας μικρής ή μεγάλης διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας, η μεγαλύτερη πρόκληση είναι η διατήρηση της αξιοπρέπειας και της συνοχής της θεραπευτικής ομάδας. Οι ασθενείς συχνά μπορεί να παραπονιούνται για έναν ειδικό σε έναν άλλο, συχνά υπονοώντας ότι ο ένας προσφέρει πολύ μεγάλη βοήθεια ενώ ο άλλος ειδικός δεν έχει καμία συμβολή στη βελτίωση του ίδιου του ασθενούς. Αυτός ο αμυντικός μηχανισμός, γνωστός ως διαχωρισμός (splitting), βιώνεται από τους επαγγελματίες θεραπευτές ως αρκετά χειριστικός και προβληματικός για την εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας. Ο διαχωρισμός από την πλευρά του πάσχοντος από Νευρογενή Ανορεξία ουσιαστικά στοχεύει στην αυτοσυντήρηση και είναι συχνά ασυνείδητος και όχι εκ προθέσεως κακοπροαίρετος ή χειριστικός. Το αντίκτυπο, ωστόσο, μπορεί να είναι ύπουλο και καταστροφικό και καθιστά απαραίτητη την παρακολούθηση από την πλευρά όλων των επαγγελματιών που δραστηριοποιούνται στη θεραπεία.¹⁹

Οι προσεγγίσεις που υιοθετούνται στη θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι σύνθετες, Συμπεριφορικού – Γνωσιακού, Διαπροσωπικού Τύπου αλλά και Ψυχοδυναμικές Ψυχοθεραπείες. Η Ψυχοδυναμική Προσέγγιση έχει σοβαρές δυσκολίες εφαρμογής σε υποσιτισμένες ασθενείς. Πολύ χρήσιμη αποδεικνύεται επίσης και η συμβουλευτική υποστήριξη σε θέματα διατροφής και βάρους από ειδικευμένο διαιτολόγο.¹⁹

Σύμφωνα με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Προσέγγιση, πολύ μεγάλη σημασία για την ανάπτυξη και τη διατήρηση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής έχουν οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και στάσεις για την αξία του σωματικού βάρους και σχήματος, οι οποίες χαρακτηρίζουν τους πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία. Έτσι, η θεραπεία επικεντρώνεται στην τροποποίηση αυτών των γνώσεων. Η Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Θεραπεία σχεδιάζεται έτσι ώστε να αλλάξει τις διαταραγμένες στάσεις του ατόμου αναφορικά με την τροφή, προτείνοντας την υιοθέτηση ενός προγράμματος τακτικών γευμάτων, την κατανάλωση μεγάλης ομάδας τροφών και την

ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων. Η θεραπεία σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση ολοκληρώνεται με την αναδόμηση των δυσλειτουργικών σκέψεων και ιδιαίτερα των γνώσεων που αφορούν το σωματικό βάρος και σχήμα και την αυτοεκτίμηση.⁴

Αρκετές έρευνες έχουν αποπειραθεί να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα των διαφόρων εξωνοσοκομειακών θεραπειών για τη Νευρογενή Ανορεξία, συμπεριλαμβανομένων των Συμπεριφοριστικών, των Γνωστικών-Συμπεριφορικών, των Υποστηρικτικών Ψυχοθεραπειών και μιας ποικιλίας συμβουλευτικών παρεμβάσεων από διαιτολόγους. Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει συμφωνία σχετικά με το ποιος είναι ο πιο βοηθητικός τύπος ψυχοθεραπείας ή το ποια είναι τα συγκεκριμένα θέματα που απαιτούν αντιμετώπιση. Τα περισσότερα προγράμματα για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής εφαρμόζουν μια ποικιλία ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.²²

2.8.6 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Αν και οι περισσότερες από τις προαναφερθείσες θεραπευτικές προσεγγίσεις φαίνονται να είναι βοηθητικές, το πλέον ξεκάθαρο αποτέλεσμα μέχρι σήμερα είναι ότι η οικογενειακή θεραπεία είναι αποτελεσματική για τους ασθενείς, που εκδήλωσαν τη Νευρογενή Ανορεξία κατά την περίοδο της εφηβείας και που έπασχαν από τη διαταραχή αυτή για λιγότερο από τρία χρόνια.²²

Η οικογένεια, όπως έχει προαναφερθεί, διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο τόσο στην εκδήλωση όσο και στη διαίωνιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, και αυτός είναι ο λόγος που συχνά κρίνεται σκόπιμη η παρέμβαση στην οικογένεια με σκοπό είτε να ενημερώσει αναφορικά με τυχόν λανθασμένες απόψεις, να μειώσει τις ενοχές και τις αυτοκατηγορίες των υπόλοιπων μελών της οικογένειας είτε αντίθετα να μειώσει την πιθανή αντίσταση / άρνηση των γονέων αναφορικά με τη σοβαρότητα της διαταραχής.⁴

Η συνεργασία και η συμβουλευτική οικογένειας είναι το ίδιο, αν όχι περισσότερο, απαραίτητη με τις ιατρικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στο πάσχον μέλος. Σε περιπτώσεις μάλιστα εφήβων ασθενών για πολλούς θεωρείται και η θεραπεία εκλογής.¹⁹

Ωστόσο, όπως συμβαίνει με τις περισσότερες από τις υπόλοιπες θεραπευτικές προσεγγίσεις, έτσι και η θεραπεία οικογένειας δεν έχει ακόμα μελετηθεί ικανοποιητικά σε ότι αφορά τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματά της. Τα αποτελέσματα

μιας έρευνας, παρόλα αυτά, έδειξαν ότι το 86% πενήντα (50) κοριτσιών, που έπασχαν από Νευρογενή Ανορεξία και ακολούθησαν θεραπεία οικογένειας, λειτουργούσαν καλά όταν επαναξιολογήθηκαν στο follow up σε χρονικά διαστήματα που κυμαίνονταν από 3 μήνες έως και 4 χρόνια μετά το τέλος της θεραπείας τους.²⁹

Ο Salvador Minuchin και οι συνεργάτες του, που αντιπροσωπεύουν μια από τις πολλές σχολές οικογενειακής θεραπείας, έχουν ασχοληθεί εκτενώς με τη Νευρογενή Ανορεξία. Η θεραπεία που έχουν αναπτύξει είναι σύμφωνη με την ψυχοδυναμική θεωρητική προσέγγιση του Minuchin, που θέλει το πάσχον μέλος να αποσπά την προσοχή από υποβόσκουσες συγκρούσεις στις σχέσεις των άλλων μελών της οικογένειας.²⁹ Στη θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας ο Minuchin επιχειρεί να την επαναπροσδιορίσει μάλλον ως διαπροσωπική παρά ως εξατομικευμένη και να φέρει όλες τις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις στην επιφάνεια. Υποστηρίζει, δε, πως με αυτό τον τρόπο το μέλος της οικογένειας, που εμφανίζει την συμπτωματολογία, απελευθερώνεται από την «υποχρέωση» να διατηρήσει το πρόβλημά του, καθώς δεν εξυπηρετεί πια στο να συγκαλύψει τη δυσλειτουργική οικογένεια.²⁹

Μια από τις τεχνικές, που χρησιμοποιεί ο Minuchin, περιλαμβάνει μια «οικογενειακή συνεδρία – γεύμα», κατά τη διάρκεια της οποίας οι οικογένεια του πάσχοντος παρακολουθείται από το θεραπευτή, καθώς θεωρείται ότι οι σχετιζόμενες με τη διαταραχή συγκρούσεις, είναι περισσότερο εμφανείς εκείνη τη στιγμή. Τρεις είναι οι βασικοί στόχοι σε αυτές τις «συνεδρίες – γεύματα»:

- αλλαγή του ρόλου του πάσχοντος
- επαναπροσδιορισμός του διατροφικού προβλήματος σαν ένα διαπροσωπικό πρόβλημα
- παρεμπόδιση των γονέων να χρησιμοποιούν τη διαταραχή του παιδιού τους σαν μέσο για να αποφεύγουν τις συγκρούσεις.²⁹

Μια στρατηγική είναι να δώσουν οδηγίες σε κάθε γονέα να προσπαθήσει ατομικά να επιβάλλει στο παιδί να φάει. Ο άλλος γονέας μπορεί να αποσυρθεί από το δωμάτιο. Οι ατομικές προσπάθειες αναμένεται να αποτύχουν. Αλλά μέσα από την αποτυχία αυτή και την συνακόλουθη αγανάκτηση, η μητέρα και ο πατέρας μπορούν να συνεργαστούν στο να πείσουν το παιδί τους να φάει. Έτσι, αντί για επίκεντρο συγκρούσεων, η πρόσληψη τροφής του παιδιού θα προάγει τη συνεργασία και θα αυξήσει την αποτελεσματικότητα των γονέων στο να αντιμετωπίσουν το παιδί.

❖ 2.8.7 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Οι ασθενείς, που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, μπορούν να προκαλέσουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις στα μέλη μιας θεραπευτικής ομάδας. Η αδύνατη και αδύναμη εμφάνιση και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία μπορεί να προκαλέσει πολύ δυνατά συναισθήματα φόβου και θυμού στους θεραπευτές. Ο αγώνας για την απόκτηση ελέγχου μπορεί να περιπλέξει την θεραπεία των ασθενών και να αποσταθεροποιήσει την αντικειμενικότητα των θεραπειών. Επίσης, η συχνή συνοσηρότητα με την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας σε αυτό τον πληθυσμό ασθενών περιπλέκει ακόμα περισσότερο το θεραπευτικό σχεδιασμό, καθώς συχνά οι ασθενείς διαχωρίζουν τους επαγγελματίες υγείας σε κατηγορίες «καλών» και «κακών», μέσα στα πλαίσια του αμυντικού μηχανισμού του splitting. Τέλος, κάποιες διαδικασίες πολλές φορές θα πρέπει να εφαρμόζονται ενάντια στη θέληση του ασθενούς και αυτές καθιστά διεισδυτικές κι έτσι μπορούν εύκολα να επεκταθούν σε τιμωρητέα συναισθήματα και πράξεις ενάντια στον ασθενή.¹⁹

Οι επαγγελματίες σε χώρους υγείας θα πρέπει να έχουν υπόψη τους αυτές τις αντιδράσεις και ν' αναζητούν συμβουλευτική όταν θεωρούν ότι απαιτείται προκειμένου ν' αντιμετωπίσουν αυτά τα συναισθήματα. Πολλές φορές είναι χρήσιμο και βοηθητικό να πραγματοποιούνται συναντήσεις όλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, που συνεργάζεται για τη θεραπεία του ασθενούς, προκειμένου να απελευθερώσουν όλα αυτά τα συναισθήματα και να επαναπροσδιορίσουν τη θεραπεία όταν κρίνεται απαραίτητο.¹⁹

Η θεραπεία των ασθενών, που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση και εμφανίζουν και κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, εγείρει μοναδικές προκλήσεις σε ότι αφορά την αντιμεταβίβαση των επαγγελματιών θεραπειών. Οι θεραπευτές και γενικότερα οι ειδικοί συχνά σοκάρονται, τρομοκρατούνται και κατακλύζονται από τις περιγραφές της κακοποιητικής εμπειρίας. Το άτομο, που έχει επιβιώσει από την κακοποίηση, είναι γενικότερα ευαίσθητο ακόμα και σε συγκαλυμμένες μορφές αποστασιοποίησης και εξαιτίας της μαθημένης τάσης τους να φροντίζουν τους άλλους, συχνά θα σταματήσουν τις αποκαλύψεις προκειμένου να προστατέψουν και να μην επιβαρύνουν το θεραπευτή τους.¹⁹

2.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ:

Είναι συστηματική, επιστημονική αντιμετώπιση των αναγκών για την επίλυση των

προβλημάτων που προσαρμόζονται στις εκάστοτε καταστάσεις της ανθρώπινης ζωής και εφαρμόζεται σε άτομα που έχουν ανάγκη από νοσηλευτική φροντίδα.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου
2. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας
3. Εφαρμογή προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας
4. Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας

Σύμφωνα με αυτά τα στάδια θα προσπαθήσουμε να δώσουμε μια ολοκληρωμένη και οργανωμένη νοσηλευτική φροντίδα.

2.9.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Ημερομηνία λήψης ιστορικού: 21-11-2005, ύψος: 1,64m, βάρος: 44kg,
Ιδανικό βάρος: 53kg, Ηλικία: 21 ετών, φύλο: θήλυ, ηλικία έναρξης νοσου:19,
επάγγελμα: σπουδάστρια.

Κλινική εικόνα: Όταν τρώει και παίρνει 1kg αγχώνεται, κλαίει, έχει ταχυπαλμίες, έντονο φόβο ότι θα παχύνει, διακατέχεται από μελαγχολική διάθεση και παρουσιάζει δύσπνοια. Στην αρχή της νόσου έκλαιγε, κτυπούσε το χέρι στον τοίχο, ήταν επιθετική, παρουσίαζε μελαγχολία και στενοχώρια. Διανύει μεγάλες αποστάσεις με τα πόδια για να κάνει γυμναστική. Τρώει μια φορά την ημέρα και πάντα ίδια ώρα. Το φαγητό της είναι φρούτα, σαλάτες και ποτέ δεν τρώει γλυκά. Χρησιμοποιεί ελάχιστο λίπος και λάδι και αποφεύγει να μαγειρέψει. Το βράδυ τρώει γιαούρτι, πίνει σόδα αντί για νερό. Αν πρόκειται να βγει για φαγητό το βράδυ, πρέπει να μη έχει φάει τίποτα όλη την ημέρα. Το χτένισμα και το ντύσιμο δεν τονίζουν τα χαρακτηριστικά του φύλου της. Στο τέλος του Λυκείου με δίαιτα χάνει 20kg και αρχίζει αμηνόρροια. Έγινε ορμονοθεραπεία χωρίς αποτελέσματα. Όταν φάει παραπάνω νιώθει να τιμωρεί τον εαυτό της. Δεν θέλει να δει κανέναν. Νομίζει ότι την κοροϊδεύουν για το βάρος της. Αποφεύγει τη ζυγαριά. Δεν νιώθει συμφιλιωμένη με τον εαυτό της. Κοιμάται 6 ώρες το 24ωρο. Ζει μονή της.

Προσωπικότητα της ασθενούς: Πεισματάρα, υλοποιεί στόχους, συνεπής, φιλότιμη, υπερευαίσθητη, κλαίει συχνά, νιώθει μονή, πληγώνεται εύκολα, δίνεται στους άλλους, οι άλλοι δεν ανταποκρίνονται. Λέει ψέματα στους γονείς για το φαγητό και το βάρος της. Της αρέσει αυτό που σπουδάζει. Αποφεύγει δημιουργία σχέσης για λόγους υπαρξιακούς. Άρχισε δίαιτα όταν της είπε μια φίλη ότι είναι χοντρή. Είναι

διστακτική στις φίλες με τα αγόρια. Δεν είχε σεξουαλική επαφή μέχρι τώρα. Δεν είχε δεσμό που να διήρκεσε πολύ καιρό.

Εξέλιξη της θεραπείας: συνεχίζει να παρακολουθείται από ειδικό μέχρι και σήμερα σε ποιο αραιά διαστήματα.

2.9.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ:

Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
<p>1. Αμηνόρροια της ασθενούς λόγω μεγάλης απώλειας βάρους.</p> <p>2. Έμετος (αυτοπροσκαλούμενος).</p> <p>3. Πόνος στο στομάχι, stress της ασθενούς λόγω της εξέλιξης του προβλήματος.</p>	<p>1. Διερεύνηση του αίτιου της αμηνόρροιας και θεραπείας του.</p> <p>2. Καταστολή του εμετού.</p> <p>3. Μείωση του πόνου.</p> <p>4. Επικοινωνία με την ασθενή και συζήτηση του προβλήματος.</p>	<p>1. Προγραμματισμός κλινικής γυναικολογικής εξέτασης και άλλων οργανολογικών εξετάσεων.</p> <p>2. Έλεγχος ζωτικών σημείων.</p> <p>3. Παρακολούθηση ασθενούς.</p> <p>4. Μέτρηση ζωτικών σημείων ΣΦ 75, θερμοκρασία 36,6, αναπνοή 15.</p> <p>5. Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.</p>	<p>1. Θεραπεία με ορμόνες για να επανέλθει η έμμηνος ρύση.</p> <p>2. Ψυχολογική υποστήριξη.</p> <p>3. Παρακολούθηση της κατά τη διάρκεια και μετά το φαγητό.</p> <p>4. Ψυχολογική υποστήριξη και σωστή διαπροσωπική επικοινωνία, για δημιουργία αισθήματος εμπιστοσύνης.</p> <p>5. Χορήγηση Zantac 1επι 3 μετά από την ιατρική οδηγία.</p> <p>6. Καταμερισμός του φαγητού σε περισσότερα γεύματα-μικρές ποσότητες. Εφαρμογή ψυχολογικής υποστήριξης και προσέγγιση της ασθενούς.</p>	<p>1. Κατανόησε τις οδηγίες που της δώσαμε και μείωσε τους εμετούς.</p> <p>2. Μείωση του πόνου και διατήρηση των ζωτικών σημείων στα φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>3. Επιτυχία της επικοινωνίας του νοσηλευτή με την ασθενή και μείωση του άγχους της.</p>

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ:

Η ψυχογενής βουλιμία είναι μια διατροφική διαταραχή, η οποία σχετίζεται με υπερβολική κατανάλωση τροφής μέχρι κορεσμού. Συνυπάρχει με έμμονες ιδέες για το φαγητό, το βάρος και τοπ σχήμα του σώματος. Συχνά συνοδεύεται από την αίσθηση απώλειας ελέγχου με συναφή εκδήλωση αντισταθμιστικών συμπεριφορών και διαρκή φόβο για ενδεχόμενη αύξηση του σωματικού βάρους. Το βάρος του ατόμου παραμένει κατά κανόνα στα ευρέως φυσιολογικά όρια. Συνήθως, η ψυχογενής βουλιμία αρχίζει κατά την εφηβική ηλικία και εκδηλώνεται κυρίως στις γυναίκες και λιγότερο στους άνδρες.¹¹

3.2 ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η παρουσία των ‘σημαντικών Άλλων’ στη ζωή του ανθρώπου μπορεί να διαδραματίσει καταλυτικό ρόλο στη μετέπειτα ψυχοσωματική συγκρότηση του. Η απουσία τους απεναντίας, ή ο βίαιος αποχωρισμός από αυτούς (ιδιαίτερα σε πρώιμα στάδια της ανάπτυξης του), ενδέχεται να βιωθεί εχθρικά αφήνοντας ένα αίσθημα κενού προκαλώντας ‘έντονα και επώδυνα συναισθήματα. Η εμφάνιση της Διαταραχής της Πρόσληψης Τροφής της Ψυχογενούς Βουλιμίας πιθανά συνδέεται με την παρουσία και την απουσία, την υπερπληρότητα και το κενό, με ‘μέσο’ την κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας τροφής και την αποβολή της.¹



3.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ:

Από τον 19^ο αιώνα οι βουλιμικές συμπεριφορές υπήρξαν αντικείμενο μιας μακράς νοσογραφικής περιπλάνησης. Η νευρογενής ή ψυχογενής βουλιμία πρώτη φορά περιγράφηκε το 1979 από τον Russell σε μια εκδοχή της Νευρογενούς Ανορεξίας (Fairburn, 1995). Ταξινομήθηκε ως μια ξεχωριστή κατηγορία το 1980, δηλαδή μετρά μόλις 30 χρόνια αναγνώρισης. Ο όρος όμως ‘‘βουλιμία’’ συναντάται σε δυτικές Ευρωπαϊκές πηγές για χρονικό διάστημα πάνω από 2000 χρόνια, με αξιοσημείωτη συνέπεια στην εννοιολογική απόδοση του ορισμού και στην παθολογική κατάσταση των αδηφαγικών επεισοδίων.

Ετυμολογικά ο όρος βουλιμία προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις ‘‘βους’’ και ‘‘λιμός’’ που αντίστοιχα δηλώνουν το βόδι και την πείνα, ενώ πολλές παραλλαγές παρήχθησαν από το λατινικό bulimus και boullismus και το γαλλικό bolisme. Κατά λέξη η βουλιμία δηλώνει την ‘‘πείνα- βοδιού’’, δηλαδή την όρεξη που είναι τόσο μεγάλη όσο αυτή ενός βοδιού ή την ικανότητα κατανάλωσης πολύς μεγάλης ποσότητας φαγητού, όπως ένα βόδι. Χειρόγραφα και τυπωμένες μελέτες, από τον 14^ο αιώνα έως τον 20^ο αιώνα υποδηλώνουν ευρεία χρήση της λέξεως ‘‘βουλιμία’’, όπως και των παραλλαγών του όρου σαν ‘‘κυνορεξία’’, ‘‘κυνοειδής όρεξη’’ και ‘‘νοσηρή πείνα’’.

Η πιο πρόσφατη χρήση στην Αγγλική γλώσσα είναι ‘‘bolismus’’ και χρονολογείται από το 1938. Ο όρος ‘‘κυνοειδής όρεξη’’ χρησιμοποιούνταν ευρύτατα στην καθομιλουμένη, υπονοώντας τη αρχέγονη τάση κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων τροφής, όπως ένας σκύλος και ακολούθως την τάση πρόκλησης εμετικών κενώσεων. Το 1892, το λεξικό ‘Tuke’s Dictionary Of Psychological Medicine’ ισχυρίζεται ότι η βουλιμία και η κυνοειδής όρεξη αναφέρονται στην ίδια κατάσταση.⁸

Τον 20^ο αιώνα ο γιατρός Osler αναγνωρίζει τη βουλιμία ως ανωμαλία της αίσθησης της πείνας ή του κορεσμού και διαπιστώνει ότι η ασθένεια αυτή εκδηλώνεται συνήθως σε ασθενείς με υστερία ή ψυχική ασθένεια. Το 1930 η βουλιμία αναφέρεται επίσης ως ένα σύμπτωμα της συναισθηματικής στέρησης και της μη ικανοποιητικής κοινωνικής αποδοχής.

Η ψυχογενής βουλιμία εκδηλώνεται σε δυο φάσεις:

- Στην πρώτη το άτομο σπάει τη διατροφική ρουτίνα και τα κανονικά γεύματα και 'καταβροχθίζει' σε σύντομο χρονικό διάστημα (κατά επεισόδια) μεγάλες ποσότητες φαγητού με απώλεια της αίσθησης ελέγχου.
- Στη δεύτερη βιώνει αισθήματα ενοχών και δυσανεξίας και λαμβάνει μέτρα 'επανόρθωσης' όπως είναι ο προκλητός εμετός (αποβολή του φαγητού), η εντατική γυμναστική και η χρήση διουρητικών και καθαρτικών.

Ο προκλητός εμετός είναι η πιο συχνή αντισταθμιστική συμπεριφορά και χρησιμοποιείται από το 90% ενώ η χρήση των καθαρτικών μεθόδων συναντάται στο 30% των ατόμων. Τις αντισταθμιστικές μεθόδους ακολουθεί ανακούφιση αλλά και ενοχές, τύψεις και άγχος, που θα ενεργοποιήσουν ένα καινούριο επεισόδιο υπερφαγίας.

Τυπικά τα άτομα με διάγνωση ψυχογενούς βουλιμίας έχουν φυσιολογικό βάρος, αν και υπάρχουν ενδείξεις ότι ενδεχομένως πριν την εμφάνιση της διαταραχής το βάρος τους μπορεί να ήταν αυξημένο.²⁹

3.4 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ:

Εξαιτίας της μυστικότητας που περιβάλλει την ψυχογενή βουλιμία συγκριτικά με την ψυχογενή ανορεξία και των ελάχιστων ερευνών που πραγματοποιούνται από ειδικούς για τη διαταραχή αυτή, η πραγματική αναλογία εμφάνισης της για το γενικό πληθυσμό δεν είναι γνωστή. Οι προσπάθειες επιδημιολογικής διερεύνησης της ψυχογενούς βουλιμίας αποκαλύπτουν την αύξηση της συχνότητας της διαταραχής αυτής μέσα στις τελευταίες δεκαετίες. Όσον αφορά την επικράτηση της διαταραχής, ο μέσος όρος για το γυναικείο πληθυσμό, χρησιμοποιώντας αυστηρά τα διαγνωστικά κριτήρια, υπολογίζεται 1000 άτομα σε πληθυσμό 100.000, δηλαδή το 10%.

Επίσης, υπολογίζεται ότι πάνω από το 90% των βουλιμικών ασθενών, είναι γυναίκες. Αξιοσημείωτο είναι η αναλογία ανδρών- γυναικών, η οποία είναι 1:10.

Συγκεκριμένα σε νεαρές γυναίκες, στην όνιμη ηλικία και στην πρώιμη ενήλικη ζωή ο επιπολασμός βρίσκεται μεταξύ 1% έως 3%.⁵

Η μελέτη των Pagsbery και Wang (1994) στον Δανικό πληθυσμό για το διάστημα 1970-1989 έδειξε τετραπλασιασμό της ετήσιας επίπτωσης και του ετήσιου επιπολασμού της Νευρογενούς βουλιμίας στο διάστημα 1985-1989, σε σχέση με το

διάστημα 1979-1984.

Η ψυχογενής βουλιμία σπανίως εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 14 ετών, ενώ η έναρξή της τοποθετείται συνήθως στη μέση εφηβεία και κοντά στο εικοστός έτος της ηλικίας, ίσως λίγο νωρίτερα από ότι η νευρογενής ανορεξία.²²

3.5 ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ:

1. ΚΑΘΑΡΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

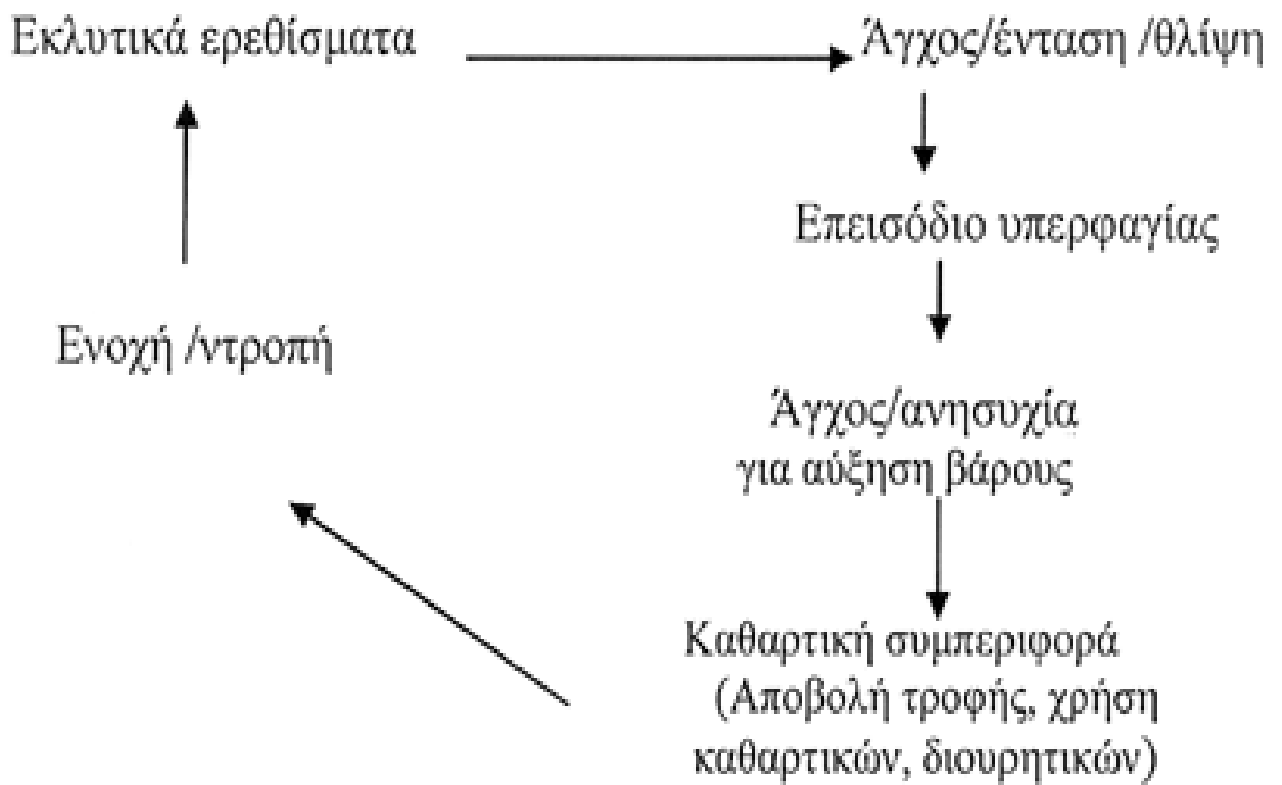
Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενής βουλιμίας το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

2. ΜΗ ΚΑΘΑΡΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενής βουλιμίας το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες απρόσφορες, αντισταθμιστικές συμπεριφορές όπως η νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

Το προφίλ ενός βουλιμικού ατόμου ξεχωρίζει με την ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής, το οποίο είναι σημαντικό χαρακτηριστικό αλλά όμως δεν μπορεί να θεωρηθεί απόλυτο κριτήριο. Επιπλέον στη ψυχογενής βουλιμία δεν παρατηρείται απώλεια βάρους και για τον λόγο αυτόν η πάθηση γίνεται δύσκολα αντιληπτή από τους γύρω με αποτέλεσμα ο ασθενής να μην μπορεί να θεραπευτεί άμεσα.¹⁰

Πίνακας 2: Γνωσιακός φαύλος κύκλος στη βουλιμία



3.6 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:

Δεν υπάρχει μόνο ένας αιτιολογικός παράγοντας για την εκδήλωση των διαταραχών τροφής. Αντιθέτως, η αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών είναι πολυπαραγοντική.

Οι αιτιολογικές προσεγγίσεις στην Νευρογενής Βουλιμία μπορούν να ταξινομηθούν σε Βιολογικές, Οικογενειακές, Αναπτυξιακές και Κοινωνικό-Πολιτισμικές.³

▪ 3.6.1 Βιολογικές θεωρίες

Τα ολοφάνερα σωματικά συμπτώματα των διαταραχών, έκαναν πολλούς ερευνητές να υποψιαστούν ότι υπάρχει μια θεμελιώδης νευροενδοκρινική ανωμαλία σε αυτούς τους ασθενείς. Σε κάποιες έρευνες έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ

επεισοδίων υπερφαγίας και αντιρροπιστικών συμπεριφορών αποβολής των τροφών και της δράσης των νευροδιαβιβαστών, νορεπινεφρίνης και σεροτινίνης. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από την κλινική ανταπόκριση των συμπτωμάτων της Νευρογενούς βουλιμίας στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Γενετικοί παράγοντες μπορούν επίσης να ενοχοποιηθούν για την ανάπτυξη της διαταραχής. Σε μελέτη 30 ζευγαριών διδύμων γυναικών, όπου η μία είχε αναπτύξει διαταραχή πρόσληψη τροφής, βρέθηκε πως και η δίδυμη αδερφή της είχε αναπτύξει τη διαταραχή αυτή σε ποσοστό 56%. Τα στοιχεία σχετικά με τα ποσοστά βουλιμίας σε γυναίκες συγγενείς πρώτου βαθμού είναι αντιφατικά.^{1,14}

▪ 3.6.2 Οικογενειακές θεωρίες

Ο ρόλος της οικογένειας στην ανάπτυξη και συντήρηση της διαταραχής, έγινε από πολύ νωρίς αντικείμενο διερεύνησης, καθώς φαίνεται ότι υπάρχουν κάποια ιδιαίτερα δυσλειτουργικά χαρακτηριστικά σε αυτές τις οικογένειες.

Τα χαρακτηριστικά της οικογένειας με βουλιμικό άτομο είναι ο προσανατολισμός στη διάκριση και την επιτυχία, το χάος, η απουσία συνοχής και οι ανοιχτές συγκρούσεις. Τόσο οι γονείς όσο και το παιδί κατηγορούν ή ελέγχουν ο ένας τον άλλον σε ένα σχετικό μεγάλο ποσοστό των διαντιδράσεων τους.

Τα παιδιά εκλαμβάνουν περισσότερη αμέλεια, απόρριψη και επίκριση. Οι οικογένειες βουλιμικών ασθενών εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα: κατάχρησης ουσιών (κυρίως αλκοολισμού), συναισθηματικών διαταραχών και παχυσαρκίας.

Ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας ή απροθυμία από την πλευρά των γονέων να επιτρέψουν στα παιδιά τους να είναι ανεξάρτητα καθώς αυτά ωριμάζουν ένα χαρακτηριστικό της θεωρίας όσον αφορά την οικογένεια και το ρόλο της.¹

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

Τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα, προέρχονται συχνά από οικογένειες για τις οποίες ισχύει το ίδιο. Οι οικογένειες αναλαμβάνουν την διατροφή των παιδιών και αποτελούν το πλαίσιο της συναισθηματικής τους ανάπτυξης. Ενδεχομένως, το πρότυπο διατροφής και η σχέση με την τροφή διαμορφώνονται κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας, ως αποτελεσμάτων οικογενειακών επιδράσεων.

Ενδεικτικά, ο Bruch (1973) διατύπωσε την σημασία της σχέσης μητέρας-παιδιού ενώ ο Selvini-Palazzoli (1974) την σημασία του οικογενειακού συστήματος.

Εντούτοις υπάρχουν ορισμένα στοιχεία, τα οποία οδηγούν στο συμπέρασμα ότι, σύμφωνα με τις αναμνήσεις των πασχουσών από την παιδική τους ηλικία, αυτή φαίνεται να διέπεται από ποικιλία αρνητικών χαρακτηριστικών, τα περισσότερα εκ των οποίων εμφανίζονται και σε πάσχοντες από άλλες ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον, κάποια αρνητικά χαρακτηριστικά του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως η έλλειψη επικοινωνίας και οι υψηλές προσδοκίες, εμφανιστήκαν σε μεγαλύτερη συχνότητα στις αφηγήσεις πάσχουσων από ψυχογενή βουλιμία σε σύγκριση με τις αφηγήσεις γυναικών που έπασχαν από άλλες ψυχικές διαταραχές.

▪ 3.6.3 Αναπτυξιακές θεωρίες

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

Επιπλέον, διαισθητικά, φαίνεται πιθανόν η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία να συνδέεται ιδιαιτέρως με την νευρική βουλιμία, η οποία επηρεάζει επιλεκτικά τις νεαρές γυναίκες. Οι μελέτες οι οποίες έχουν διεξαχθεί, υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες, οι οποίες πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία έχουν βιώσει περισσότερες αντίξοες συνθήκες από ό,τι οι «μέσοι» άνθρωποι.

Ένας ακόμα παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κάποιας διαταραχής κατά 7 φορές, ανεξάρτητα από το διατροφικό προφίλ του ατόμου αποτελεί η παρουσία μιας ψυχιατρικής παθολογικής κατάστασης. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η μάζα σώματος του ατόμου δεν αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης εμφάνισης διατροφικής διαταραχής.⁹

▪ 3.6.4 Κοινωνικό-πολιτισμικές θεωρίες

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

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

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

Μια πρόσφατη έρευνα που ολοκληρώθηκε το 2000, διάρκειας 3 ετών σε μαθητές 14-15 χρονών, έδειξε ότι η διαδικασία περιοριστικών διαιτών είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης ενός νέου περιστατικού διαταραχής λήψης τροφής στις εφήβους. Οι αυστηρά περιοριστικές δίαιτες αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης διατροφικών διαταραχών κατά 18 φορές περισσότερο, συγκριτικά με τα άτομα που δεν ακολουθούν αυστηρό διαιτολόγιο. Η εσωτερίκευση του ιδανικού του αδύνατου σώματος είναι ο βαθμός στον οποίο προσαρμόζονται στα κοινωνικά ιδανικά της γοητείας. Τα άτομα πρώτα αποδέχονται και αφομοιώνουν τα ιδανικά και έπειτα επιχειρούν να μεταμορφώσουν τους εαυτούς τους για να αντανακλούν τα κοινωνικά ιδανικά της γοητείας. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ενισχύουν το ιδανικό του λεπτού σώματος που μπορεί να οδηγήσει ένα άτομο στο να αποδεχτεί και να αφομοιώσει το ιδανικό του λεπτού σώματος. Αν το ιδανικό του λεπτού σώματος γίνει αποδεκτό ένα άτομο μπορεί να αρχίσει να νιώθει άβολα με το σχήμα η το μέγεθος του σώματός του καθώς μπορεί να μην αντανακλά απαραίτητα το ιδανικό της λεπτότητας που ξεκίνησε η κοινωνία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι δημιουργώντας επίγνωση του ελέγχου των μέσων μαζικής ενημέρωσης του κοινωνικού ιδανικού της γοητείας, η εσωτερίκευση του ιδανικού του αδύνατου σώματος έπεσε σημαντικά. Με άλλες λέξεις, λιγότερες εικόνες του ιδανικού του αδύνατου σώματος από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είχε ως αποτέλεσμα τη λιγότερη εσωτερίκευση του ιδανικού του αδύνατου.^{10,8}



3.7 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ:

3.7.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ ICD-10:

- Α. Επιμένουσα υπεραπασχόληση με τη διατροφή και ακατανίκητη επιθυμία για λήψη τροφής. Ο ασθενής υποκύπτει στην επιθυμία του να τρώει υπερβολικά, με επεισόδια υπερφαγίας κατά τα οποία πολύ μεγάλες ποσότητες τροφής καταναλίσκονται σε βραχείες χρονικές περιόδου.

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

- Γ. Η ψυχοπαθολογία εκφράζεται ως νοσηρός φόβος πάχυνσης. Ο ασθενής

επιβάλλει στον εαυτό του ένα αυστηρά καθορισμένο όριο σωματικού βάρους, πολύ κάτω από το προνοσηρό επίπεδο, το οποίο και 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 να είχε 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.²⁰

3.7.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-IV:

↔ α. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Προκειμένου να αναγνωρίσουμε ένα επεισόδιο υπερφαγίας, θα πρέπει να συντρέχουν και τα δύο ακόλουθα κριτήρια:

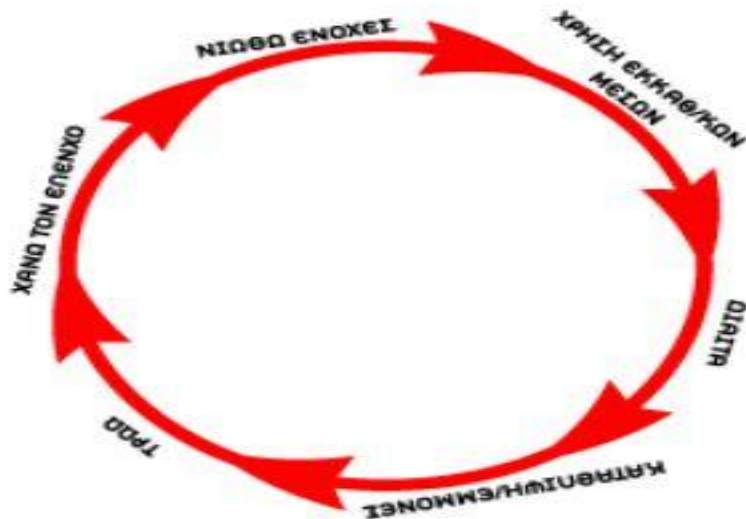
- 1) -Κατανάλωση, μέσα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (π.χ. μέσα σε διάστημα δύο ωρών) μίας ποσότητας τροφής, η οποία είναι οπωσδήποτε μεγαλύτερη από εκείνη που θα κατανάλωναν οι περισσότεροι άνθρωποι μέσα σε αντίστοιχη χρονική περίοδο και κάτω από όμοιες συνθήκες.
- 2) -Αίσθηση απώλειας ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (δηλαδή, αίσθηση ότι το άτομο δεν είναι σε θέση να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει το είδος και την ποσότητα της τροφής που καταναλώνει).

↔ β. Επαναλαμβανόμενη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά που αποσκοπεί να παρεμποδίσει την αύξηση του βάρους, όπως ο αυτοπροκαλούμενος εμετός, η κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, εμετικών ή άλλων φαρμάκων, η νηστεία, ή η υπερβολική άσκηση.

↔ γ. Τόσο η υπερφαγία, όσο και η ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά, θα πρέπει να εμφανίζονται, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον **δύο φορές την εβδομάδα επί τρεις μήνες.**

↔ δ. Η αυτοαξιολόγηση επηρεάζεται λανθασμένα από την διάπλαση και το βάρος του σώματος.

↔ ε. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά την διάρκεια των επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.²¹



3.8 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ:

Ως γνωστόν οποιαδήποτε ασθένεια αντανακλά στο σώμα μας, πηγάζει από ψυχικές διαταραχές της προσωπικότητας. Ένα άτομο, το οποίο καταφεύγει σε ακραίες συμπεριφορές όπως συμβαίνει στη διαταραχή της νευρογενούς βουλιμίας σίγουρα παρουσιάζει αρκετά από τα παρακάτω συμπτώματα είτε αφορά επιπτώσεις στον

οργανισμό είτε επιπτώσεις στη συμπεριφορά.

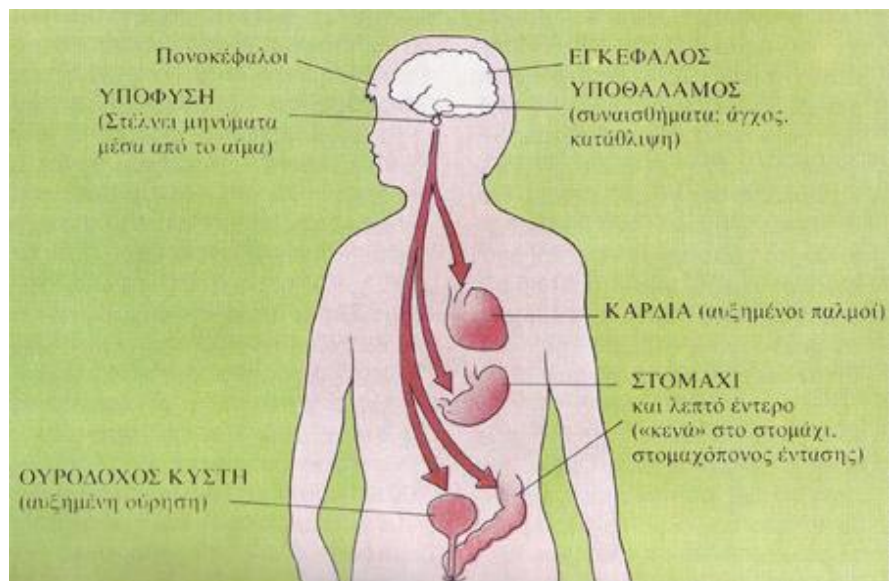
3.8.1 Επιπτώσεις στον οργανισμό:

- 1) Αστάθεια ή απώλεια εμμήνου ρύσεως και σταδιακοί πόνοι στην περιοχή της κοιλίας,
- 2) Διόγκωση και υπερτροφία του σιελογόνου αδένου,
- 3) Διάβρωση της οδοντικής πλάκας λόγω των εμέτων, καθώς προσβάλλονται σοβαρά τα δόντια και τα ούλα. Παρουσιάζονται σχισμές και ρωγμές της σκληρής ουσίας των δοντιών, προκαλώντας τερηδονισμό, ουλίτιδα και απόπτωση των δοντιών. Επίσης προκαλούνται σοβαρές βλάβες της αδαμαντίνης,
- 4) Εγρήγορση του ρυθμού της καρδιάς και ρίσκο για καρδιοαγγειακές παθήσεις,
- 5) Ορμονικές διαταραχές,
- 6) Υποθερμία και υπογλυκαιμία,
- 7) Οίδημα, ξηροδερμία και ωχρή όψη του δέρματος,
- 8) Τριχόπτωση,
- 9) Οστεοπόρωση,
- 10) Σοβαρές διαταραχές ηλεκτρολυτών. Η απώλεια ηλεκτρολυτών, η οποία μπορεί να οδηγήσει και ενδεχομένως σε καρδιακή ανεπάρκεια λόγω της απώλειας καλίου ή θάνατο. Η αστάθεια στους ηλεκτρολύτες οφείλεται στην αφυδάτωση η οποία επέρχεται από την απώλεια καλίου, νατρίου και χλωρίου λόγω των αυτοπροκαλούμενων εμέτων,
- 11) Χρόνια δυσπεψία,
- 12) Δυσλειτουργία του στομάχου και νεφρών,
- 13) Χρόνια, ακανόνιστη εντερική δραστηριότητα και δυσκοιλιότητα λόγω της κατάχρησης καθαρτικών,
- 14) Πεπτικά έλκη και παγκρεατίτιδα,
- 15) Φλεγμονή και πιθανή ρήξη του οισοφάγου λόγω των συχνών εμέτων,
- 16) Πιθανότητα γαστρορραγίας, κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας,
- 17) Μυϊκούς σπασμούς ή κράμπες, κρίσεις.^{29,20,8}

3.8.2 Επιπτώσεις στη ψυχολογία και στη συμπεριφορά:

- 1) Εμμονή με το φαγητό,
- 2) Αίσθημα ενοχής και αυτομομφής, έλλειψης βοήθειας και μοναξιάς,
- 3) Συναισθηματική συμπεριφορά και κυκλοθυμία,
- 4) Συμπεριφορές συγκάλυψης, απόκρυψης και εξαπάτησης, (μυστικοπάθεια, ψευδολογία),
- 5) Ανησυχία και κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενοχές και ντροπή,
- 6) Χρόνιο άγχος, υπερένταση και κατάθλιψη,
- 7) Εκδραματίσεις (σεξουαλικής, αυτοτραυματισμοί, κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών, κλοπές)
- 8) Ψυχολογικές διαταραχές όπως τάσεις αυτοκαταστροφής και αυτοκτονίας,
- 9) Απομόνωση ατόμου.^{29,10,1}

ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΑΝΟ:



3.9 ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ:

Οι διατροφικές διαταραχές συχνά συνυπάρχουν με τις αγχώδεις διαταραχές όπως η διαταραχή πανικού και η έμμονη παθολογική διαταραχή, καθώς και με τη χρήση βλαβερών ουσιών.

Σύνοδες καταστάσεις της ψυχογενούς βουλιμίας είναι η εξάρτηση από αλκοόλ, η κλεπτομανία, η συναισθηματική ευμεταβλητότητα (συμπεριλαμβανομένων και των αποπειρών αυτοκτονίας) και γενικότερα εμφανίζουν αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων τους, λόγω πιθανόν απουσίας του ελέγχου του Υπερεγώ και του σθένους του Εγώ. Οι δυσκολίες ελέγχου των παρορμήσεων εκδηλώνονται συχνά με μειωμένες αναστολές ή επίδοση στην χαρτοπαιξία ή στον τζόγο και με αυτοκαταστροφικές σεξουαλικές σχέσεις, επιπλέον των επεισοδίων υπερφαγίας και της καθαρτικής συμπεριφοράς.²

3.10 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ:

Σκοπός της διατροφικής παρέμβασης είναι η αλλαγή της συνολικής διατροφικής συμπεριφοράς και η υιοθέτηση νέων υγιών συνηθειών. Παράλληλα, είναι απαραίτητο να εκπαιδευτεί το άτομο ολοκληρωμένα και σωστά πάνω σε θέματα διατροφής, να αποκτήσει βασικές διατροφικές γνώσεις και να καταρριφθούν μύθοι που οδηγούν σε λαθεμένη και πολλές φορές επικίνδυνη διατροφική συμπεριφορά.²⁰

3.10.1 ΣΤΟΧΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:

Οποιαδήποτε μορφή θεραπείας, θεωρείται αποτελεσματική μόνο εφόσον καταλήγει σε μόνιμη βελτίωση. Οι αλλαγές που διαρκούν μόνο μερικές εβδομάδες ή μήνες έχουν περιορισμένη σημασία.

Υπάρχουν δύο βασικοί στόχοι στην θεραπεία της νευρικής βουλιμίας. Ο πρώτος είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση θρέψης του ατόμου. Στα βουλιμικά άτομα αυτό σημαίνει να επιτευχθεί μεταβολική ισορροπία. Ο δεύτερος στόχος της θεραπείας είναι να τροποποιηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου, ούτως ώστε να διατηρηθεί το βάρος σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό τα επεισόδια υπερφαγίας, οι πρόκλητοι εμετοί, η λήψη καθαρτικών και όλες οι άλλες

παθολογικές συμπεριφορές.⁹

• 3.10.2 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Για την θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας υπάρχουν λίγες νοσοκομειακές μονάδες που δέχονται ασθενείς προκειμένου να παρακολουθήσουν ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, δεδομένου ότι η διαταραχή προσδιορίζεται από την κατάσταση του ασθενούς. Οι βουλιμικοί ασθενείς φαίνεται να παρουσιάζουν μια ταχύτατη ομαλοποίηση των διατροφικών συνηθειών τους, κατά την διάρκεια παραμονής εντός του νοσοκομειακού χώρου, εφόσον υπάρχει η ασφάλεια και η ανακούφιση του καταμερισμού των ευθυνών. Όταν η είσοδος στο νοσοκομείο πραγματοποιείται προκειμένου να σταθεροποιηθούν και να ομαλοποιηθούν οι χαοτικές διατροφικές συνήθειες, η παρακολούθηση του ασθενούς μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο κρίνεται αναγκαία και καθοριστικής σημασίας, προκειμένου να επιβεβαιωθεί η ομαλή και σταθερή πορεία του, όσον αφορά τον έλεγχο που ασκεί στον εαυτό του και την υιοθέτηση του νέου διατροφικού μοντέλου στο περιβάλλον του.

Η πλειοψηφία των ασθενών που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία ακολουθούν θεραπεία εξωνοσοκομειακή ή μερική νοσηλεία σε κλινικές. Οι ενδείξεις για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνουν αυστηρά δυσμενή συμπτώματα, τα οποία αποδεικνύουν ότι η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη δεν επαρκεί για την θεραπεία του ασθενούς, όπως επίσης και επιπρόσθετες ιατρικές επιπλοκές, όπως ο μη ελεγχόμενος αυτοπροκαλούμενος έμετος, κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών, μεταβολικές ανωμαλίες, αυτοκτονική τάση κτλ. Η θεραπεία του ασθενούς, σε εξωτερική βάση, γίνεται μια φορά την εβδομάδα. Στα πρώτα στάδια της θεραπείας ενδέχεται να γίνεται και δύο φορές σε εβδομαδιαίο επίπεδο. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις απαιτούνται να είναι περισσότερες από μια κάθε εβδομάδα στις περιπτώσεις που ο ασθενής είναι έντονα καταθλιπτικός ή αυτοκτονικός, αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα υγείας (π.χ. διαταραχή των ηλεκτρολυτών) ή η προσπάθεια εξωνοσοκομειακής διατροφικής συμβουλευτικής και παρέμβασης έχει αποτύχει.^{1,29}

• 3.10.3 ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

1. Ατομική Ψυχοθεραπεία: Πολλά είδη ατομικής ψυχοθεραπείας έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της βουλιμίας με περισσότερη ή λιγότερη επιτυχία, ανάλογα και με τις ανάγκες και το πλαίσιο του κάθε ατόμου που αντιμετωπίζει αυτή την κατάσταση.

Η θεραπεία της βουλιμίας μπορεί να είναι μακροχρόνια κι επίμονη, ενώ πολύ συχνά οι βουλιμικοί διακόπτουν τη θεραπεία πρόωρα. Σε κάθε περίπτωση, η οικοδόμηση μιας σχέσης κατανόησης, αλληλοσεβασμού και εμπιστοσύνης του θεραπευμένου με τον θεραπευτή είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την επιτυχία οποιουδήποτε προγράμματος θεραπείας.

Παρακάτω αναφέρονται από τα πιο δημοφιλή μοντέλα θεραπείας για την αντιμετώπιση της βουλιμίας:

A) Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία: Περιλαμβάνει προγράμματα εκπαίδευσης σε θέματα γύρω από τη διατροφή και στις βιολογικές συνέπειες των βουλιμικών επεισοδίων, του εμετού και της χρήσης καθαρτικών μέσων. Επίσης, με τη χρήση ημερολογίων, η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία εστιάζεται στον εντοπισμό και στην αντικατάσταση μη ρεαλιστικών σκέψεων και προσδοκιών των βουλιμικών με άλλες πιο ρεαλιστικές και λιγότερο απαιτητικές σκέψεις και προσδοκίες. Η αντιμετώπιση της παρόρμησης των βουλιμικών για να καταφύγουν σε βουλιμικά επεισόδια μπορεί να αντιμετωπιστεί με τεχνικές χαλάρωσης (π.χ. με βιοανάδραση) και καθοδηγούμενη ονειροπόληση.

B) Διαπροσωπική θεραπεία: Αυτή δεν εστιάζει άμεσα στα συμπτώματα της βουλιμίας αλλά αντίθετα προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να λύσει τις συγκρούσεις του, στις διαπροσωπικές του σχέσεις, και να εξυγιάνει τον τρόπο με τον οποίο βλέπει τον εαυτό του σε σχέση με τους άλλους. Όπως τα αίτια της βουλιμίας εμπλέκουν σε μεγάλο βαθμό τις σχέσεις του ατόμου με το περιβάλλον του, γεγονός στο οποίο φαίνεται να στηρίζονται τα αποτελέσματα αυτού του θεραπευτικού μοντέλου.

2) Ομαδική θεραπεία: υπάρχουν λόγοι για τους οποίους η ομαδική θεραπεία μπορεί να αποτελέσει σημαντική πηγή βοήθειας για τα άτομα με προβλήματα βουλιμίας, αφού δύναται να αλλάξει την άποψη ότι είναι το μόνο άτομο μ' αυτό το πρόβλημα, γεγονός που θα βοηθήσει πολύ. Μπορεί να προσφέρει ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο τα

μέλη θα μάθουν το ένα το άλλο, εφόσον βέβαια η ομάδα λειτουργεί σωστά. Αλλά αυτή η μορφή θεραπείας ενδείκνυται και από πρακτικής πλευράς, καθώς ένα μεγάλο μέρος τη διδασκαλία και των συμβουλών που απαιτούνται για να βοηθήσουν τα άτομα με προβλήματα βουλιμίας είναι δυνατό να παρουσιάζονται με συγκεκριμένο τρόπο.

Έτσι θα νιώσει πιο υπεύθυνο και θα λάβει το μήνυμα πως γίνεται αποδεκτό παρ' όλο το πρόβλημά του. Σημαντικές έρευνες των τελευταίων χρόνων έχουν δείξει πως οι ομάδες υποστήριξης υποστηρίζουν πολύ αποτελεσματικά μια οποιαδήποτε θεραπευτική προσπάθεια αντιμετώπισης της βουλιμίας.¹⁷

Κατά τη διάρκεια των συζητήσεων με τον θεραπευτή συζητούνται τα παρακάτω θέματα και ο ασθενής μαθαίνει να:

- Υιοθετεί μια νέα στάση απέναντι στο φαγητό και στο βάρος.
- Διατηρεί το βάρος του στα φυσιολογικά όρια
- Τρώει κάτι τουλάχιστον τρεις φορές τη ημέρα
- Αποφεύγει τις λανθασμένες μεθόδους απώλειας βάρους
- Αναγνωρίζει πότε έχει «κακή» διάθεση και να μάθει να έχει επίγνωση των μεταβολών της διάθεσης του
- Αναγνωρίζει τι προκαλεί τις κρίσεις βουλιμίας και
- Βρίσκει τρόπους να αντιμετωπίζει τα προβλήματα του, εκτός από το να καταφεύγει στο φαγητό.

• 3.10.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ:

- Η τακτική κατανάλωση γευμάτων (5-6 γεύματα την ημέρα) ευνοεί το σταθερό μεταβολισμό και περιορίζει την αίσθηση της πείνας .
- Είναι σημαντική η λήψη υγρών και κυρίως νερού καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, καθώς μετριάξει το αίσθημα της πείνας και ενυδατώνει τον οργανισμό.

- Μείωση του λίπους. Χρησιμοποιήστε ελαιόλαδο σε περιορισμένη ποσότητα(1 κουταλάκι του γλυκού δίνει περίπου 45 θερμίδες).
- Να αντιληφθεί τη συσχέτιση υποθρεψίας και υπερφαγίας
- Να κατανοήσει τις καταστρεπτικές επιπτώσεις των εμέτων και της χρήσης καθαρτικών
- Να προσλαμβάνει ισορροπημένα γεύματα σε τακτικότητα και συχνότητα
- Να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα γυμναστικής σύντομο με το πρόγραμμα διατροφής, και να κατανοήσει τη συσχέτισή των (ισοζύγιο πρόσληψης - κατανάλωσης ενέργειας).⁸

• 3.10.5 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Η εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία της νευρογενούς βουλιμίας, μπορεί να λάβει χώρα υπό τη μορφή θεραπείας της οικογένειας. (family therapy)

Συζητούνται οι υγιείς εφεδρείες που διαθέτει η οικογένεια, αλλά και οι δυσλειτουργικές της πλευρές.

Οι βασικοί στόχοι της οικογενειακής θεραπείας είναι:

- Η βοήθεια των γονέων να συμπαρασταθούν και να βοηθήσουν το παιδί που νοσεί.
- Ο περιορισμός της επικριτικής στάσης των γονέων απέναντι στο παιδί/έφηβο που νοσεί
- Η ενδυνάμωση του πατέρα στο ρόλο του τόσο απέναντι στον/την ασθενή όσο και στην οικογενειακή ζωή γενικότερα
- Η βοήθεια των γονέων να υιοθετήσουν μια τρυφερή πλην όμως σταθερή και ενίοτε αυστηρή στάση απέναντι στον/την ασθενή και τη διατροφή του/της.

Η σταδιακή ενίσχυση της αυτονομίας του ασθενούς. Στις θεραπευτικές συνεδρίες της οικογενειακής ψυχοθεραπείας συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας ενώ η διάρκεια της θεραπείας είναι τουλάχιστον ενός έτους.

Αναζητείται η πιθανή σχέση, ανάμεσα στην συμπτωματολογία και στα πιθανά προβλήματα της οικογένειας, καθώς επίσης και το νόημα που ενδεχομένως έχει το σύμπτωμα στα πλαίσια του οικογενειακού συστήματος.

Και σ' αυτό το είδος θεραπείας μπορεί ο νοσηλευτής να παίξει κυρίαρχο ρόλο, τόσο σαν κύριος θεραπευτής όσο και σαν συνθεραπευτής.¹

• 3.10.6 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ:

Σχετικά με την φαρμακευτική αντιμετώπιση, έχει γίνει πρόσφατα γνωστό ότι, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα περιορίζουν τα συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας ανεξάρτητα από την παρουσία ή όχι κατάθλιψης, και γι' αυτό είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν ως μέρος του αρχικού θεραπευτικού προγράμματος σε πολλούς ασθενείς δεν πρέπει όμως να αποτελούν το μοναδικό θεραπευτικό μέσο.

Είναι ιδιαίτερα χρήσιμα σε ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής, συμπτώματα διαταραχής του ελέγχου των παρορμήσεων και σε ασθενείς που έχουν αποτύχει σε προηγούμενες προσπάθειες ψυχοκοινωνικής θεραπείας. Συνήθως διάφορα αντικαταθλιπτικά φάρμακα θα πρέπει να δοκιμαστούν διαδοχικά προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο αποτέλεσμα. Οι δόσεις των αντικαταθλιπτικών που έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας

Έχουν βοηθήσει η ιμιπραμίνη (Tofranil, δεν κυκλοφορεί πια στην Ελλάδα), η δεσιπραμίνη (επίσης δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα), η τραζοδόνη (Trittico) και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO). Η φλουοξετίνη (Ladose) φαίνεται να υπόσχεται αποτελεσματική θεραπεία. Γενικά, τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά είναι τις περισσότερες φορές αποτελεσματικά σε δόσεις που συνήθως χορηγούνται στις καταθλιπτικές διαταραχές. Ωστόσο, οι αποτελεσματικές, για τη μείωση της πολυφαγίας, δόσεις της φλουοξετίνης μπορεί να είναι υψηλότερες (60mg την ημέρα) απ' αυτές που χρησιμοποιούνται στην κατάθλιψη. Σε περιπτώσεις συννοσηρότητας καταθλιπτικών διαταραχών και ψυχογενούς βουλιμίας, η φαρμακευτική αγωγή βοηθάει. Καρβαμαζεπίνη (Tegretol) και το λίθιο (Milithin) δεν έχουν δείξει εντυπωσιακά αποτελέσματα στη θεραπεία ασθενών με ψυχογενή βουλιμία και συνυπάρχουσες διαταραχές της διάθεσης, όπως διπολική διαταραχή.²⁹

Παρ' όλα ότι ορισμένα φάρμακα μπορούν να καταστείλουν την πείνα και να ελαττώσουν τη συχνότητα βουλιμικών «επεισοδίων», καλό είναι να μη χρησιμοποιούνται, λόγω του μεγάλου κινδύνου εθισμού, εξάρτησης και κατάχρησης τους.^{20,8}

3.11 ΠΡΟΓΝΩΣΗ:

Η εξέλιξη της ψυχογενούς βουλιμίας ή κάποιου ειδικού συμπτώματος σε σχετικά σταθερή κατάσταση δεν είναι ασυνήθιστο φαινόμενο.

Η μακροπρόθεσμη πρόγνωση για την ψυχογενή βουλιμία είναι ακόμα λιγότερο σαφής από 'τι για την ψυχογενή ανορεξία. Οι περισσότερες διαχρονικές μελέτες έχουν συμπεριλάβει ασθενείς, οι οποίοι ήταν υποκείμενα θεραπευτικών προσπαθειών ή, τουλάχιστον, είχαν δεχθεί θεραπεία σε ειδικά κέντρα. Η γενική εικόνα φαίνεται να είναι εκείνη μιας στάσης για αποκατάσταση, μέσω ενός σταδίου, συχνά μεγάλης διάρκειας, κατά το οποίο ορισμένα συμπτώματα παραμένουν. Η μετάβαση από την ψυχογενή βουλιμία στην ψυχογενή ανορεξία δεν είναι σύνηθες φαινόμενο.

Μετά την πάροδο πέντε περίπου ετών θεραπείας η διαταραχή αποκαθιστάται για την πλειοψηφία των ατόμων, αν και το ένα τέταρτο περίπου από αυτά διατηρεί σταθερά ορισμένα συμπτώματα. Για πολλές από τις πάσχουσες, περίπου το ένα τέταρτο, η διαταραχή επιμένει επί σειρά ετών. Ορισμένες μελέτες δίδουν πιο απαισιόδοξη εικόνα από ότι, οι διαχρονικές μελέτες παρακολούθησης ατόμων που δέχονταν θεραπεία, ενώ, επιπλέον, δίνουν έμφαση στο γεγονός ότι την αποκατάσταση των συμπτωμάτων της ασθένειας μπορεί να ακολουθήσει υποτροπή.

Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι οι πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου, άρα εμφανίζουν αυξημένο SMR (σταθμισμένη συχνότητα θανάτων.)

Η πρόγνωση φαίνεται να εξαρτάται από την σοβαρότητα των συνεπειών της καθαρτικής συμπεριφοράς, και πράγματι οι βουλιμικοί ασθενείς μπορούν να παρουσιάσουν ένα πλήθος ιατρικών επιπλοκών.

Με βάση τα δεδομένα, που προέρχονται από εξωνοσοκομειακούς ασθενείς και μακροπρόθεσμα follow-ups, η βελτίωση φαίνεται να διατηρείται για πέντε χρόνια και οι μισοί από τους ασθενείς να επανέρχονται μετά το διάστημα αυτό. Ωστόσο, αν και κατά την φάση της βελτίωσης οι ασθενείς δεν είναι εντελώς ελεύθεροι συμπτωμάτων.

Επίσης φαίνεται ότι, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του ατόμου όταν θα γίνει η πρώτη κλινική παρέμβαση, τόσο μεγαλύτερο είναι το ρίσκο της υποτροπής. Μια τέτοια παρατήρηση οδηγεί στο συμπέρασμα ότι όσο νωρίτερα διαγνωστεί η νευρογενής βουλιμία και αντιμετωπιστεί, τόσο καλύτερη θα είναι και η έκβαση.¹

3.12 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ:

Είναι φανερό ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύπλοκος και εξαιρετικά δύσκολος, ενώ οι παρεμβάσεις που καλείται να πραγματοποιήσει αφορούν όλες τις διαστάσεις (σωματική, διανοητική, κοινωνική κτλ.).

Κάθε περίπτωση ασθενούς είναι πολυσύνθετη και απαιτεί εξατομικευμένη ανάλυση και αντιμετώπιση.

Μερικές από τις νοσηλευτικές διαγνώσεις, που δυνητικά θα απασχολήσουν το νοσηλευτικό προσωπικό είναι:

- Πρώτη προτεραιότητα των παρεμβάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί η διασφάλιση της σωματικής ακεραιότητας του βουλιμικού ατόμου. Για να το επιτύχει αυτό, απαιτείται καλή συνεργασία τόσο με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, όσο και με τα άτομα εκτός θεραπευτικής ομάδας π.χ. διαιτολόγος, οικογένεια.
- Να τροποποιήσει τις συμπεριφορές, εστιαζόμενη στις συναισθηματικές μεταβολές που επιφέρει η απώλεια ή λήψη του βάρους.
- Να βοηθήσει το άτομο να αναγνωρίσει συναισθήματα και ενέργειες ανεξαρτησίας και να τις αποδειχθεί. Να κατανοήσει την ανάγκη του ασθενή για εξάρτηση στο πρώτο στάδιο της θεραπείας και να προσφέρει θετική ενίσχυση για σταδιακά ανεξάρτητες συμπεριφορές που έχουν σχέση με την λήψη αποφάσεων και την επίλυση προβλημάτων.
- Η νοσηλεύτρια είναι καλά εκπαιδευμένη σχετικά με την διαταραχή της ψυχογενούς βουλιμίας και την επίδραση που έχει το άγχος σε αυτήν. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια, καλείται να διδάξει στον ασθενή τους τρόπους, που μπορεί να αναγνωρίζει τα σημάδια αύξησης του άγχους, καθώς και τους τρόπους παρέμβασης, προκειμένου να διατηρήσει το άγχος σε ανεκτό επίπεδο.
- Είναι κανόνας ότι κάθε ασθένεια επηρεάζει ένα μόνο μέρος της προσωπικότητας του ατόμου. Με αυτή τη γνώση η νοσηλεύτρια βοηθά τον ασθενή να αναγνωρίσει τις δυνατότητες του, να καλλιεργήσει και να αναπτύξει τις δεξιότητες που έχει, με στόχο να ενισχύσει το αίσθημα της αυτοπεποίθησης και της αυτό-αξίας.
- Ακόμη προσφέρει θετική ενίσχυση και ενδυναμώνει κάθε ρεαλιστική αντίληψη του ασθενή σχετικά με την εικόνα του σώματος του.³

Τα γενικά καθήκοντα του νοσηλευτή στην διάρκεια ενός προγράμματος νοσηλείας ατόμων με ψυχογενή βουλιμία είναι τα εξής:

- Λήψη πλήρους ιστορικού του παρόντος προβλήματος.
- Καθημερινό ζύγισμα
- Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Στενή παρακολούθηση μέχρι και δύο ώρες μετά τα γεύματα για να αποτραπεί ο προκλητός εμετός.
- Δίαιτα:
- Αρχικά 500 θερμίδες περισσότερες από αυτές που απαιτούνται για να διατηρηθεί το τωρινό βάρος των ασθενών
- Σιγά-σιγά αύξηση των θερμίδων μοιράζοντας την τροφή σε πολλά μικρά γεύματα.
- Σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα σε περίπτωση μεγάλης ελάττωσης βάρους
- Διόρθωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών
- Παροχή ευκαιριών στον άρρωστο να εκφράσει με λόγια έννοιες και φόβους του.
- Αναγνώριση φόβων του αρρώστου και μετάδοση ελπίδας σ' αυτόν.¹⁴

➤ **3.13 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Ημερομηνία λήψης Ιστορικού:19/12/2011. Ύψος:1,74, Βάρος:47 kg

Ιδανικό βάρος: 54 kg Ηλικία 25 ετών, Φύλο: θήλυ, Ηλικία έναρξης νόσου:20 ετών,

Επάγγελμα: ηθοποιός.

Κλινική εικόνα: Η Μ.Γ. ήταν υπέρβαρη μέχρι τα 15 της χρόνια. Στο σχολικό και στο οικογενειακό της περιβάλλον την κορόιδευαν για το βάρος της. Η ασθενής τρώει συνέχεια, με μεγάλη ταχύτητα τροφές οι οποίες είναι εύπεπτες αλλά έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες. Μετά από κάθε γεύμα ακολουθούν εκούσιοι επαναλαμβανόμενοι έμετοι για την αποβολή της τροφής που έχει λάβει κάτι που έχει προκαλέσει λεκέδες από κίτρινο χρώμα στα δάκτυλα της όπως και σκισίματα στα χείλη από τα οξέα των εμέτων . Επίσης κάνει εξαντλητική γυμναστική για να χάσει βάρος. Τέλος, κάνει λήψη καθαρτικών τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα με αποτέλεσμα να πάσχει από ακανόνιστη εντερική δραστηριότητα.

Προσωπικότητα της ασθενούς: η ασθενής νιώθει απομονωμένη από το περιβάλλον της λόγω του άγχους να μην αποκαλυφθεί το πρόβλημα της. Νιώθει υπερβολική ντροπή και φόβο για τα κοινωνικά σχόλια. Είναι κατακλυσμένη από έντονο καταθλιπτικό συναίσθημα και δεν είναι ευχαριστημένη με τίποτα.

Εξέλιξη της θεραπείας: παρακολουθείται από ειδικούς μέχρι σήμερα με σημαντική βελτίωση της κατάστασης της.

3.13.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Αίσθηση ατόμου ότι είναι παχύ ενώ είναι αδύνατο	Να μάθει να σέβεται τον εαυτό του	Να εφαρμοστεί ψυχοθεραπεία και να χορηγηθούν αντικαταθλιπτικά	Εφαρμόστηκε ψυχοθεραπεία	Αισθάνεται ικανοποιημένη με την εμφάνιση της
Διάβρωση της οδοντικής πλάκας λόγω των εμέτων	Να διδαχθεί λογικούς τρόπους σίτισης και να διακοπούν οι έμετοι	Διδασκαλία και ενημέρωση για τις επιπλοκές των εμέτων	Ρυθμίστηκαν τα γεύματα και σταμάτησαν οι έμετοι	Βελτιώθηκε και προγραμματίστηκε η διατροφή της και διεκόπησαν οι έμετοι
Αφυδάτωση- διαταραχή ηλεκτρολυτών	Να μάθει σωστούς τρόπους πρόσληψης και αποβολής υγρών	Να χορηγηθούν ισότονα διαλύματα και να καταγράφονται καθημερινά η πρόσληψη και η αποβολή υγρών	Χορηγήθηκαν ισότονα διαλύματα & καταγράφηκαν τα υγρά	Ενυδατώθηκε ο ασθενής και ρυθμίστηκαν οι ηλεκτρολύτες του
Έντονη εξάντληση, αδυναμία, λιποθυμία	Να μάθει να γυμνάζεται σωστά	Να διδαχθεί ελαφριές και ξεκούραστες ασκήσεις μικρής διάρκειας	Διδάχθηκε απλές ασκήσεις μικρής διάρκειας	Γυμνάζεται σωστά χωρίς να καταβάλλεται ο οργανισμός του

Χρόνια, ακανόνιστη εντερική δραστηριότητα και δυσκοιλιότητα λόγω της κατάχρησης καθαρτικών	Να ρυθμιστεί η εντερική δραστηριότητα και να διακοπούν τα καθαρτικά	Να τρέφεται με μικρά γεύματα και να μην χρησιμοποιεί καθαρτικά	Ρυθμίστηκε η εντερική λειτουργία και διέκοψε τη χρήση καθαρτικών	Έμαθε λογικούς τρόπους σίτισης και σταμάτησε η αλόγιστη χρήση καθαρτικών
Υποκαλιαιμία, υπομαγνησαιμία	Αύξηση K, Mg	Να χορηγηθεί K, Mg	Χορηγήθηκε K, Mg	Αυξήθηκαν K, Mg

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ:



4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ:

Το σύνδρομο επεισοδιακής υπερφαγίας περιγράφηκε αρχικά στην επιστημονική βιβλιογραφία από τον Albert Stunkard πριν από πέντε δεκαετίες . Αυτό το διατροφικό πρότυπο συγκέντρωσε λίγη προσοχή και η σύγχρονη αναγέννηση του σαν σύνδρομο επεισοδιακής υπερφαγίας εμφανίστηκε το 1992 και το 1993, με μια σειρά μελετών που πραγματοποιήθηκαν από το R.L.Spitzer και τους συνεργάτες του. Είναι ένα σύνδρομο μιας διαρκούς πρόσληψης τροφής που δε συνοδεύεται από τις συνηθισμένες αντιρροπιστικές συμπεριφορές που απαιτούνται για τη διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας.

Εξελισσόμενοι ορισμοί της υπερφαγίας σύμφωνα με τις διαδοχικές αναθεωρήσεις του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου των διανοητικών διαταραχών του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Οργανισμού είναι οι ακόλουθοι:

Κατά το DSM-III(1980) είναι η επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας (γρήγορη κατανάλωση μιας μεγάλης ποσότητας τροφή σε μια περιορισμένη περίοδο του χρόνου, συνήθως λιγότερο από 2 ώρες).

Κατά το DSM-III-R (1987) είναι τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας (γρήγορη κατανάλωση μιας μεγάλης ποσότητας τροφής σε μια περιορισμένη χρονική περίοδο).

Και κατά DSM-IV(1993) είναι τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα

επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα 1) πρόσληψη τροφής σε μια περιορισμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε δυο ώρες), μιας ποσότητας τροφής που είναι σίγουρα μεγαλύτερη από αυτήν που οι περισσότεροι άνθρωποι θα έτρωγαν κατά της διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου υπό τις ίδιες περιστάσεις και 2) αίσθημα έλλειψης έλεγχου στη πρόσληψη τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου π.χ. νος αισθήματος ότι κάποιος δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει η να ελέγχει τι ή πόσο τρώει.

4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ ΚΑΤΑ DSM-IV:

Το διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-IV, αν και δεν έχει συμπεριλάβει ακόμη την υπερφαγία ως ξεχωριστή διαταραχή, αναγνωρίζει ότι είναι απαραίτητο να διευκρινιστούν κάποια διαγνωστικά κριτήρια:

- A. Τα επεισόδια υπερφαγίας είναι επαναλαμβανόμενα και ένα επεισόδιο χαρακτηρίζεται από τα εξής:
 - 1. Πρόσληψη σε σύντομο χρονικό διάστημα ποσότητα τροφής η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη απ' αυτή που θα μπορούσε να καταναλωθεί φυσιολογικά.
 - 2. Αίσθηση έλλειψης έλεγχου στην πρόσληψη τροφής κατά την διάρκεια του επεισοδίου.
- B. Τα επεισόδια υπερφαγίας συνοδεύονται από τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα:
 - 1. Βρώση μέχρι δυσάρεστου αισθήματος πληρότητας.
 - 2. Βρώση πολύ ταχύτερα από το κανονικό.
 - 3. Βρώση μεγάλων ποσοτήτων τροφής, ενώ δεν υπάρχει φυσιολογικό αίσθημα πείνας.
 - 4. Μοναχική βρώση λόγω αισθήματος ντροπής για την ποσότητα της τροφής
 - 5. Αίσθηση αηδίας του ατόμου για τον εαυτό του, κατάθλιψης ή έντονης ενοχής μετά την υπερφαγία.
- C. Παρατηρείται έντονη δυσφορία για τα επεισόδια υπερφαγίας.
- D. Εμφανίζονται επεισόδια υπερφαγίας, κατά μέσο όρο, τουλάχιστο δυο ημέρες την εβδομάδα επί έξι μήνες.
- E. Τα επεισόδια υπερφαγίας δεν συνοδεύονται από τακτική χρήση ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών (π.χ. νηστεία, υπερβολική άσκηση) και δεν

εμφανίζονται αποκλειστικά κατά την εκδήλωση ανορεξίας η βουλιμίας.¹⁶



4.3 ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Δύο ποιοτικές διαφορές ανάμεσα στα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής υπερφαγίας και της βουλιμίας είναι οι επανορθωτικές συμπεριφορές και οι ανησυχίες μορφής και βάρους. Ο καθορισμός ή επανορθωτικές συμπεριφορές απαιτούνται για να γίνει διάγνωση βουλιμίας ενώ αυτές οι ίδιες συμπεριφορές δεν συμπεριλαμβάνονται στα κριτήρια για την διαταραχή υπερφαγίας.⁶

Στην βουλιμία η εκτίμηση του εαυτού επηρεάζεται υπερβολικά από τη μορφή του σώματος και του βάρους του ατόμου. Τέτοιο κριτήριο δεν υπάρχει στην διαταραχή υπερφαγίας.³

4.4 ΑΙΤΙΑ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ:

Ιδιόμορφες διατροφικές συμπεριφορές που έχουν σαν αποτέλεσμα έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα στην ενεργειακή πρόσληψη και την ενεργειακή δαπάνη, όχι μόνο συμβάλλουν στη πρόσληψη επιπλέον βάρους αλλά μπορεί επίσης να οδηγήσουν και στην εμφάνιση παθολογικών καταστάσεων που μπορεί να οφείλονται σε βιολογικά, ψυχολογικά και περιβαλλοντικά αίτια.

1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ:

Το νευροενδοκρινικό σύστημα συνδυασμός του κεντρικού νευρικού και ορμονικού συστήματος, ρυθμίζει πολλαπλές λειτουργίες του εγκεφάλου και του σώματος όπως τη σεξουαλική λειτουργία, τη φυσιολογική ανάπτυξη, την όρεξη και την πέψη, τον ύπνο, τη νεφρική και καρδιακή λειτουργία, τα συναισθήματα, τη σκέψη και τη μνήμη.

Στο κεντρικό νευρικό σύστημα και συγκεκριμένα στον εγκέφαλο οι νευροδιαβιβαστές ελέγχουν την παραγωγή ορμονών όπως η σεροτονίνη κ.α. Αυτοί οι βιολογικοί παράγοντες εμπλέκονται στη ρύθμιση της πείνας και της όρεξης καθώς και άλλων μηχανισμών του σώματος και επομένως διαταραχή της φυσιολογικής

λειτουργίας τους όπου θεωρητικά μπορεί να συμβάλει σε συμπεριφορές υπερφαγίας.

Επιπρόσθετα σε καταστάσεις άγχους εκκρίνεται κορτιζόλη η οποία ευθύνεται για την αύξηση πρόσληψης τροφής. Επίσης σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη υπερφαγίας παίζει και η ορμόνη λεπτίνη, η οποία εκκρίνεται από το λιπώδη ιστό στην κυκλοφορία και μεταφέρει στον εγκέφαλο πληροφορίες σχετικές με το μέγεθος των αποθηκών ενέργειας στο λιπώδη ιστό, ενεργοποιώντας κέντρα που ρυθμίζουν το σωματικό βάρος αλλά και το ενεργειακό ισοζύγιο.

Στα βιολογικά αίτια όμως συγκαταλέγεται και η γαστρική χωρητικότητα, γιατί ένα στομάχι μεγάλης χωρητικότητας ίσως μειώσει τον κορεσμό που ακολουθείται από ένα γεύμα και συμβάλλει στην κατανάλωση ενός υπερφαγικού γεύματος.¹¹

2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ:

Η πίεση εμφανίζεται να είναι το κεντρικό χαρακτηριστικό στην αιτιολογία της υπερφαγίας. Το στρες είναι η αντίδραση του σώματος. Είναι ψυχοφυσιολογική διέγερση, διέγερση μυαλού και σώματος, που μπορεί να φέρει τα συστήματα του σώματος σε τέτοιο σημείο κόπωσης που μπορεί να επέλθουν κάποιες δυσλειτουργίες και νόσοι. Το άγχος προκαλείται σε ένα άτομο από διάφορα αίτια π.χ. αρνητική κριτική για το βάρος του καθώς και η μη ικανοποίηση των προσδοκιών που έχει θέσει με αποτέλεσμα να καταφεύγει σε υπερφαγικά επεισόδια. Κατά τη διάρκεια μιας αγχώδους κατάστασης απελευθερώνεται κορτιζόλη, η οποία μπορεί να διεγείρει την πρόσληψη τροφής καθώς και την πρόσληψη βάρους.

Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν το σύνδρομο υπερφαγίας φάνηκε να σχετίζεται με την κατάθλιψη από τη στιγμή που η υπερφαγία χρησιμεύει σαν διαφυγή από μια αρνητική συναισθηματική κατάσταση. Κατά τη διάρκεια καταθλιπτικών επεισοδίων το 40% των ατόμων αναφέρουν πρόσληψη βάρους. Η αίσθηση της απώλειας ελέγχου στον σύνδρομο της υπερφαγίας μπορεί να επιδείνωσε τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

Το 1999 ο Fairburn C.G. με τους συνεργάτες του έκαναν μελέτες σχετικά με τις αιτίες των διατροφικών διαταραχών και έδειξαν ότι η τελειομανία η οποία χαρακτηρίζεται από την επιδίωξη μη ρεαλιστικών απαιτήσεων φαίνεται να συνδέεται

με την ανάπτυξη υπερφαγίας. Παρόλα αυτά μετέπειτα μελέτες απέτυχαν να επιβεβαιώσουν αυτή την υπόθεση.

Άλλος ένας παράγοντας που θεωρείται ότι συμβάλλει στην ανάπτυξη υπερφαγίας είναι η χρόνια και αυστηρή δίαιτα. Υπάρχουν δίαιτες όπως η αποφυγή πρόσληψης τροφής όλη την ημέρα, ο περιορισμός των ημερήσιων θερμίδων της τάξεων <1200 kcals και η αποφυγή ορισμένων τύπων τροφίμων τα οποία θεωρούνται "απαγορευμένα", με αποτέλεσμα τα άτομα να "σπάσουν" τη δίαιτα και να καταφύγουν σε υπερφαγικά επεισόδια. Οι απόψεις των επιστημόνων συγκρούονται σχετικά με τον αν η δίαιτα προκαλεί υπερφαγία, καθώς ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η δίαιτα προκαλεί διατροφικές διαταραχές εφόσον υπάρχει οικογενειακό ιστορικό, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι η υπερφαγία προκαλείται σε παχύσαρκα άτομα που χρειάζονται μείωση βάρους.

Ο L.K. George Hsu-MD παρατήρησε ότι το 35% των ατόμων ανέφεραν ότι αισθάνονταν θυμωμένοι πριν το επεισόδιο υπερφαγίας και βίωσαν μια προσωρινή μείωση του θυμού κατά τη διάρκεια της υπερφαγίας, σχετίζοντας έτσι το θυμό με το σύνδρομο υπερφαγίας.

Τέλος, η ντροπή, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η σεξουαλική κακοποίηση και ο εκφοβισμός από συνομηλίκους στην παιδική ηλικία, με τις έρευνες που έχουν γίνει φαίνεται συμβάλλουν στην ανάπτυξη υπερφαγίας.

3. ΛΟΙΠΑ ΑΙΤΙΑ:

- ✚ Πολλές περιβαλλοντικές επιρροές παίζουν ρόλο στην εμφάνιση υπερφαγίας. Η πίεση της οικογένειας προωθεί τη λεπτή σωματική εικόνα και τις διατροφικές διαταραχές. Οι μητέρες που ανησυχούν υπερβολικά για το βάρος και τη φυσική εμφάνιση των κοριτσιών, τα θέτουν σε αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν διατροφική διαταραχή, καθώς, προσπαθούν να περιορίσουν την πρόσληψη τροφής τους και να τις ενθαρρύνουν να αρχίσουν δίαιτα. Τα κορίτσια που υποφέρουν από υπερφαγία αντιμετωπίζουν επικριτική στάση από το πατέρα και τα αδέρφια τους σχετικά με το βάρος τους. Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του συνδρόμου διαδραματίζει και η οικογένεια που υπερκαταναλώνει φαγητό ή δίνει μια αφύσικη έμφαση στο φαγητό όπως να τα επιβραβεύει με φαγητό.¹²

- ✚ Το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο αφορά ήπια συναισθηματικά και σωματικά συμπτώματα, που λαμβάνουν χώρα στις περισσότερες γυναίκες κατά τη διάρκεια 1 ή 2 εβδομάδων πριν από την έμμηνο ρύση. Συνήθως τα συμπτώματα αυτά συνίστανται σε πονοκέφαλο, ευαίσθητο/ επίπονο στήθος, κοιλιακό φούσκωμα και πρήξιμο στα άνω/ κάτω άκρα. Επιπλέον, προκύπτουν συχνά αίσθημα κόπωσης, ξεσπάσματα θυμού, εναλλαγές διάθεσης, ευερεθιστότητα, σύγχυση και κοινωνική απομόνωση. Οι αλλαγές στην όρεξη, η αύξηση του αισθήματος πείνας, η αναζήτηση συγκεκριμένων τροφίμων, οι αλλαγές στο μέγεθος της μερίδας και των σνακ και η αύξηση ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης θεωρούνται χαρακτηριστικά σημεία του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου. Η αναζήτηση συγκεκριμένων τροφών συμβαίνει για να ανέβουν τα επίπεδα σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Συνήθως πρόκειται για τρόφιμα υψηλά σε υδατάνθρακες και λίπη. Οι γυναίκες σε αυτή τη φάση γίνονται πολύ επιρρεπείς σε εξωτερικά ερεθίσματα που ευνοούν την κατανάλωση φαγητού. Οπωσδήποτε, η απώλεια ελέγχου είναι πιο εκτεταμένη σε άτομα με προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο και μπορεί να οδηγήσει σε υπερφαγία.¹²
- ✚ Ο θυρεοειδής αδένας παράγει ορμόνες που ρυθμίζουν τον τρόπο με τον οποίο το σώμα μας χρησιμοποιεί την ενέργεια. Ένας θυρεοειδής που υπολειτουργεί διαταράσσει τον μεταβολισμό μας, καθώς και άλλες πτυχές της υγείας μας. Ο υποθυρεοειδισμός είναι πιο συχνός στις γυναίκες. Ένα από τα συμπτώματα του είναι η πρόσληψη βάρους. Ορισμένοι ενοχοποιούν τον υποθυρεοειδισμό για την εμφάνιση υπερφαγίας.¹²

4.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ:

Η υπερφαγία συχνά λανθασμένα παρουσιάζεται ότι είναι λιγότερο επικίνδυνη από τη Νευρογενή Ανορεξία και τη Νευρογενή Βουλιμία. Στη πραγματικότητα προκαλεί έναν αριθμό σωματικών και ψυχολογικών επιπλοκών που πρέπει να ληφθούν υπόψιν πολύ σοβαρά.

Τα συμπτώματα αυτής της διαταραχής είναι πρόσληψη μιας ποσότητας τροφής σε

μια περιορισμένη χρονική περίοδο, που είναι σίγουρα μεγαλύτερη από την ποσότητα που οι περισσότεροι άνθρωποι θα προσλάμβαναν κατά τη διάρκεια μιας ανάλογης χρονικής περιόδου υπό τις ίδιες περιστάσεις. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας τυπικά θεωρείται ότι διαρκεί περίπου δύο ώρες αλλά η διάρκεια βρίσκεται υπό συζήτηση καθώς μερικοί ειδικοί θεωρούν ότι η υπερφαγία μπορεί να διαρκέσει μια ολόκληρη μέρα και γι' αυτό οι ερευνητές έχουν γενικά συμφωνήσει ότι είναι πιο ακριβές να αναφέρουν τον αριθμό των ημερών της υπερφαγίας παρά τον αριθμό των επεισοδίων.

Το κεντρικό χαρακτηριστικό της υπερφαγίας είναι το συναίσθημα της απώλειας του ελέγχου. Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου τα πρώτα λίγα λεπτά μπορεί να φαίνονται ευχάριστα, καθώς όμως το άτομο αρχίζει να χάνει τον έλεγχο καταναλώνει πολύ γρήγορα το φαγητό του μέχρι να νιώσει πλήρης. Πολλές φορές τα άτομα που καταφεύγουν σε υπερφαγικά επεισόδια προτιμούν να τρώνε μόνη τους και να κρύβουν τα συμπτώματά τους εξαιτίας της αμηχανίας που νιώθουν για την ποσότητα τροφής που προσλαμβάνουν. Καθώς η υπερφαγία δεν συνοδεύεται από χρήση καθαρτικών ή εμετούς τα περισσότερα άτομα είναι υπέρβαρα και καταφεύγουν σε αυτοσχέδιες δίαιτες οι οποίες καταλήγουν τις περισσότερες φορές σε αποτυχία με αποτέλεσμα την εκδήλωση νέων υπερφαγικών επεισοδίων.²⁶

Τα πιο κοινά συμπτώματα που παρουσιάζουν τα άτομα με υπερφαγία είναι οι ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη (απώλεια ενδιαφέροντος για πράγματα που πριν τα ευχαριστούσαν) και οι αγχώδεις διαταραχές. Στις περισσότερες έρευνες παρατηρήθηκαν αυξημένα επίπεδα ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε παχύσαρκους ανθρώπους με υπερφαγία σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς υπερφαγία, καθώς φαίνεται να υπάρχει μια θετική σχέση ανάμεσα στην υπερφαγία και την κατάθλιψη εφόσον η κατάθλιψη μπορεί να καθιστά τα άτομα πιο ευαίσθητα στην ανάπτυξη υπερφαγίας.

Αν και η έκβαση της υπερφαγίας είναι καλύτερη σε σχέση με τις άλλες διατροφικές διαταραχές, εντούτοις είναι πολυσύνθετες οι επιπλοκές που επιφέρει στον οργανισμό του ατόμου. Συχνά η υπερφαγία οδηγεί στους ίδιους κινδύνους υγείας που σχετίζονται με την κλινική παχυσαρκία λόγω της αυξημένης πρόσληψης τροφής σε λίπος. Η πρόσληψη βάρους στην υπερφαγία οδηγεί σε παχυσαρκία θέτοντας τα άτομα σε κίνδυνο για σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, υπέρταση, υψηλή χοληστερίνη, καρδιοπάθεια, οστεοαρθρίτιδα, πόνους στις αρθρώσεις και στους μύες και υπνική άπνοια.¹²

4.6 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ:

Το υπερβολικά αυξημένο σωματικό βάρος μπορεί να προκαλέσει περισσότερες από 30 ασθένειες. Ορισμένες ασθένειες είναι το αποτέλεσμα μόνιμου εκφυλισμού. Οι εκφυλιστικές αλλαγές μπορεί να προκληθούν έμμεσα από έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό κ.α. Για παράδειγμα η υψηλή αρτηριακή πίεση και τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης και τρυγλικεριδίων αποτελούν τους κύριους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης εμφράγματος και εγκεφαλικού επεισοδίου. Επειδή η υπερφαγία οδηγεί σε παχυσαρκία, αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακές επιπλοκές. Η παχυσαρκία συνδυάζεται με την υπέρταση καθώς με την υπερβολική λήψη τροφής λαμβάνεται και μεγαλύτερη ποσότητα αλατιού από αυτή που χρειάζεται ο οργανισμός καθημερινά.

Επίσης από διάφορες έρευνες διαπιστώθηκε ότι τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν αυξημένη κατανάλωση οξυγόνου, αυξημένη καρδιακή παροχή και αυξημένο έργο της αριστερής κοιλίας που οδηγούν σε υπερτροφία και ελάττωση της ελαστικής διαθεσιμότητας του μυοκαρδίου με αποτέλεσμα την καρδιακή ανεπάρκεια.

Ωστόσο εκφυλιστικές επιπλοκές μπορεί να προκληθούν εξαιτίας του αυξημένου βάρους του ατόμου. Για παράδειγμα η παχυσαρκία μπορεί να προκαλέσει αρθρίτιδα και επιδείνωση των αρθρώσεων του γονάτου και των ισχύων καθώς επίσης και τραυματισμό των μεσοσπονδύλιων δίσκων.

Λόγω της αύξησης του βάρους στην υπερφαγία, αυξάνεται το λίπος γύρω από το λαιμό φράζοντας προσωρινά τις αεροφόρους οδούς κατά τη διάρκεια του ύπνου προκαλώντας άπνοια κατά την οποία σταματά η αναπνοή έως και 10 δευτερόλεπτα. Επίσης μπορεί να προκληθεί και γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, δηλαδή η ανάστροφη μεταφορά οξέος του στομάχου στον οισοφάγο, γεγονός που οδηγεί σε καυσalgία. Το αυξημένο κοιλιακό λίπος ευνοεί την παλινδρόμηση λόγω αύξησης της πίεσης στη γαστροοισοφαγική συμβολή. Ορισμένα άτομα με οισοφαγική παλινδρόμηση αναπτύσσουν άσθμα, επειδή τα οξέα του στομάχου καλύπτουν τον λάρυγγα.



Η συνεχής αύξηση του βάρους στα άτομα με σύνδρομο υπερφαγίας οδηγεί στην

ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη τύπου II. Η αντίσταση στην ινσουλίνη είναι μια κατάσταση κατά την οποία τα κύτταρα ανταποκρίνονται λιγότερο από το φυσιολογικό στην επίδραση της ινσουλίνης.

Κατά συνέπεια το σώμα πρέπει να εκκρίνει περισσότερη ινσουλίνη για να διατηρήσει το φυσιολογικό μεταβολισμό. Το υπερβολικό σωματικό λίπος συμβάλλει στην ανάπτυξη αντίστασης της ινσουλίνης αλλά από μόνη της η αντίσταση στην ινσουλίνη δεν προκαλεί διαβήτη τύπου II. Το πάγκρεας συνήθως επιστρατεύεται για να αντισταθμίσει την αντίσταση παράγοντας και εκκρίνοντας περισσότερη ινσουλίνη η οποία παίζει καθοριστικό ρόλο στη ρύθμιση της ικανότητας του σώματος, μεταβολίζει τους υδατάνθρακες και άλλα θρεπτικά συστατικά. Για κάποιο χρονικό διάστημα τα επίπεδα του σακχάρου του αίματος διατηρούνται μέσα στα φυσιολογικά όρια. Αλλά για εκείνους που αναπτύσσουν διαβήτη τα ινσουλινοπαράγωγα κύτταρα του παγκρέατος, αδυνατούν τελικά να συμβαδίσουν με τις αυξημένες ανάγκες του οργανισμού σε ινσουλίνη με αποτέλεσμα το σάκχαρο του αίματος να ανεβαίνει οδηγώντας σε διαβήτη τύπου II.

Η κατάθλιψη και το άγχος αποτελούν δύο εξαιρετικά συνηθισμένες επιπλοκές της υπερφαγίας. Οι ψυχολογικές διαταραχές προκαλούνται από την ενοχή που νιώθουν τα άτομα μετά το επεισόδιο της υπερφαγίας, από την προκατάληψη κατά των υπέρβαρων ατόμων καθώς και από την απογοήτευση μετά από μια αποτυχημένη δίαιτα. Η κατάθλιψη και το άγχος μπορεί να οδηγήσουν σε νέα επεισόδια υπερφαγίας με αποτέλεσμα τελικά τη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου όπου η αύξηση του σωματικού βάρους οδηγεί σε επιπλέον άγχος και κατάθλιψη, τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν σε επιπλέον αύξηση του σωματικού βάρους.

4.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ:

Τα άτομα με σύνδρομο υπερφαγίας είναι συνήθως υπέρβαρα ή παχύσαρκα και επομένως ο στόχος της θεραπείας είναι να μειώσει την υπερφαγία και να εγκαταστήσει υγιεινές διατροφικές συνήθειες. Η θεραπευτική ομάδα πρέπει να αποτελείται από ένα γιατρό, ένα διατροφολόγο, μια νοσηλεύτρια, ένα ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Ο ρόλος του διατροφολόγου κυριαρχεί στην θεραπεία των διατροφικών διαταραχών στο στάδιο της αξιολόγησης, της θεραπείας και της συντήρησης. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας ο κύριος ρόλος του διατροφολόγου είναι να βοηθήσει τα άτομα που υποφέρουν από υπερφαγία να αλλάξουν τις διατροφικές τους συνήθειες,

να μάθουν εναλλακτικούς τρόπους να αποφεύγουν την υπερφαγία, να αναπτύξουν ικανότητες να λύνουν τα προβλήματα τους, να σταματήσουν τις σκέψεις που κάνουν για το φαγητό και να νιώσουν άνετα με αυτές τις αλλαγές.

Είναι σημαντικό για το διατροφολόγο να συνεργάζεται στενά με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας για να εξασφαλίσει ότι ο ρόλος του καθενός έχει καθοριστεί έτσι ώστε να έχουν ένα πετυχημένο αποτέλεσμα.

Παρόλα αυτά υπήρξε έντονη διαμάχη ανάμεσα στους ψυχολόγους και στους διατροφολόγους για τη θεραπεία του συνδρόμου. Πολλοί πίστευαν ότι πρώτα θα πρέπει να θεραπευτούν οι ψυχολογικές αιτίες αυτής της διαταραχής πριν γίνει κάποια προσπάθεια για τη θεραπεία της παχυσαρκίας. Η πιο καλή προσέγγιση στη θεραπεία της υπερφαγίας είναι να συνδυαστεί η ψυχολογική υποστήριξη με τον έλεγχο του σωματικού βάρους.¹⁰

• 4.7.1 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία είναι η πιο κοινά δοκιμασμένη για την αντιμετώπιση της υπερφαγίας. Ο σκοπός της θεραπείας σε πρώτη φάση είναι η υιοθέτηση μιας τακτικής πρόσληψης τροφής και η ελαχιστοποίηση ή η εξάλειψη των υπερφαγικών επεισοδίων. Στη δεύτερη φάση συνεχίζεται να δίνεται έμφαση στη τακτική πρόσληψη τροφής αλλά γίνεται προσπάθεια να τροποποιηθούν οι σκέψεις που διαιωνίζουν το διατροφικό πρόβλημα με τη χρήση εναλλακτικών συμπεριφορών, για αυτό η προσοχή εστιάζεται στο να ρυθμιστούν όλοι οι τύποι δίαιτας και η ανησυχία που υπάρχει για το σχήμα και το βάρος. Στη Τρίτη φάση παρατηρείται προσπάθεια να διασφαλιστεί η πρόοδος που γίνεται και να εμποδιστεί η υποτροπή. Η συνολική θεραπεία διαρκεί 3-5 μήνες όπου εξαρτάται από την παρουσία του συνδρόμου και μπορεί να γίνει ατομικά ή ομαδικά, ανεξάρτητα ή σε συνδυασμό με άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Η θεραπεία περιλαμβάνει 12 εβδομαδιαίες συνεδρίες που ηγούνται από γιατρούς και διαιτολόγους και συμμετέχουν ομάδες 8-12 ατόμων. Τα άτομα αυτά διδάσκονται για το δείκτη μάζας σώματος και τον έλεγχο του βάρους τους καθώς και για τις κύριες αρχές μέτρησης των θερμίδων.⁷

Η διαπροσωπική θεραπεία αρχικά σχεδιάστηκε για να θεραπεύει ασθενείς που υπέφεραν από κατάθλιψη αλλά αργότερα τροποποιήθηκε ώστε να είναι κατάλληλη σε άτομα με ψυχογενή βουλιμία, αργότερα τροποποιήθηκε από επιστήμονες σε μια

ομαδική μορφή ώστε να μπορεί να θεραπεύσει ομάδες ατόμων με υπερφαγία. Περιλαμβάνει 12-20 συνεδρίες για 3-5 μήνες και χωρίζεται σε τρεις φάσεις.

- ✓ Στη πρώτη φάση τα προσωπικά προβλήματα των ατόμων αναγνωρίζονται μέσω της αξιολόγησης που κάνουν στον εαυτό τους.
- ✓ Στη δεύτερη φάση ο θεραπευτής βοηθάει τα άτομα να σκεφτούν περαιτέρω τα προβλήματα που τους απασχολούν όπου στόχος τους είναι να σκεφτούν πιθανές λύσεις και στη συνέχεια να προσπαθήσουν να τα επιλύσουν.
- ✓ Στη τρίτη φάση η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία προσανατολίζεται μελλοντικά αφού πρέπει να σκεφτούν μελλοντικές δυσκολίες και τρόπους να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο της υποτροπής.¹⁶

Στα άτομα που θεραπεύτηκαν με γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία παρατηρήθηκαν μειώσεις στα υπερφαγικά επεισόδια όπου τα ποσοστά αποχής ήταν 48% με 98% αλλά και στη διαπροσωπική θεραπεία τα ποσοστά κυμαίνονταν από 28% με 79%. Παρόλα αυτά πολλά άτομα επαναλαμβάνουν επεισόδια υπερφαγίας μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.¹⁹

• 4.7.2 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η φαρμακοθεραπεία δεν συνιστάται σαν αρχική μορφή θεραπείας για το σύνδρομο της υπερφαγίας, εντούτοις η χορήγηση αντικαταθλιπτικών σε συνδυασμό με την ψυχοθεραπεία φαίνεται να έχει καλά αποτελέσματα όταν συνυπάρχει κατάθλιψη και όταν τα καταθλιπτικά στοιχεία δεν μειώνονται παρά την υποχώρηση των συμπτωμάτων της διατροφικής διαταραχής. Ορισμένες κλινικές δοκιμές ότι η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά συμπεριλαμβανομένων των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIS) σχετίζονται με βραχυπρόθεσμη μείωση της συχνότητας της υπερφαγίας περίπου στο 60-90%. Ανάμεσα στους SSRIS η fluoxetine και η fluvoxamine έχουν δεχτεί τη μεγαλύτερη προσοχή καθώς μετά από 12 εβδομάδες χορήγησης παρατηρήθηκε μειωμένη συχνότητα της υπερφαγίας και της καταθλιπτικής διάθεσης. Όσο αφορά τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά παρατηρείται επίσης μείωση της υπερφαγίας, της καταθλιπτικής διάθεσης και του σωματικού βάρους.¹⁵

Μια άλλη εναλλακτική προσέγγιση είναι η χρήση των καταστολέων της όρεξης τα οποία δουλεύουν κάνοντας το σώμα να πιστεύει ότι είναι χορτάτο, ανεξάρτητα από το πότε το άτομο έχει φάει πραγματικά, και συνεπώς μειώνοντας την όρεξη του. Με

αποτέλεσμα το άτομο να τρώει λιγότερο από το κανονικό. Μερικά κατασταλτικά της όρεξης βοηθούν να αυξηθεί ο μεταβολισμός του ατόμου έχοντας ως αποτέλεσμα την καύση θερμίδων.⁶

Ο Appolinario J.C. και οι συνεργάτες τους το 2003 μελέτησαν τα αποτελέσματα της χρήσης sibutramine και διαπίστωσαν ότι μειώνει τη κατανάλωση φαγητού κατά τη διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων καθώς και το αίσθημα της πείνας, αυξάνοντας την πληρότητα πριν και κατά τη διάρκεια πρόσληψης τροφής εμφανίζοντας όμως και σημαντική μείωση του σωματικού βάρους.¹⁵

Ο συνδυασμός θεραπειών (π.χ. γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία μαζί με φάρμακα) μπορεί να βελτιώσει και την υπερφαγία και τα αποτελέσματα απώλειας βάρους, όμως ποια φάρμακα προάγουν και διατηρούν την απώλεια βάρους και κάτω από ποιες περιστάσεις δεν είναι ξεκάθαρο. Επειδή πολλά αποτελέσματα των φαρμάκων για απώλεια βάρους είναι γνωστό ότι σταματούν όταν διακόπτονται τα φάρμακα, μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να αποδείξουν τη σχέση που υπάρχει μεταξύ της φαρμακοθεραπείας, της αλλαγής συμπεριφοράς και ψυχολογίας και τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα στο σωματικό βάρος.

Χρειάζεται λοιπόν περισσότερη έρευνα στα επιπρόσθετα οφέλη της ψυχοθεραπείας και της φαρμακοθεραπείας, αλλά παρατηρείται ότι ο συνδυασμός φαρμάκων και ψυχοθεραπείας δεν οδηγεί σε μεγαλύτερη μείωση της υπερφαγίας σε σύγκριση με την ψυχοθεραπεία από μόνη της, αν και η προσθήκη των φαρμάκων μπορεί να αυξήσει την απώλεια βάρους.⁴

4.7.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΜΕΙΩΣΗ ΒΑΡΟΥΣ:

Τα προγράμματα θεραπείας συμπεριλαμβανομένου και της χειρουργικής επέμβασης δεν επιδεινώνουν την υπερφαγία αλλά συνδέονται με βραχυπρόθεσμη μείωση της. Ωστόσο οι μελέτες που εστιάζουν στην απώλεια του βάρους έρχονται πάντα αντιμέτωπες με το γνωστό πρόβλημα της παχυσαρκίας που συνδέεται με μακροπρόθεσμη συντήρηση της μείωσης του βάρους.

Γενικά συνιστάται σήμερα ότι η θεραπεία στα άτομα αυτά θα πρέπει πρώτα να κατευθυνθεί στη διατροφική διαταραχή και τη σχετική ψυχοπαθολογία. Μια προσέγγιση θα ήταν πρώτα να θέσουν υπό έλεγχο τη διατροφική διαταραχή και μόνο τότε να σκεφτούν πρόσθετες μεθόδους μείωσης του βάρους. Αν όμως τα άτομα με

υπερφαγία υποφέρουν από άλλες ασθένειες που σχετίζονται με τη παχυσαρκία (διαβήτη τύπου II, στεφανιαία νόσος) και προκύψουν επιπλοκές που προέρχονται από αυτές τις ασθένειες και απειλείται η ζωή του ατόμου θα πρέπει πρωταρχικά να ρυθμιστούν αυτές οι επιπλοκές και μετά η υπερφαγία.¹

4.7.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να βοηθήσει ένα άτομο με σύνδρομο υπερφαγίας να κατανοήσει το δυσλειτουργικό ρόλο που παίζει μέσα στην οικογένεια. Επίσης η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να βοηθήσει την ίδια την οικογένεια να αναγνωρίσουν το πρόβλημα και να βοηθήσουν το μέλος τους που πάσχει από διατροφική διαταραχή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ:

5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ:

Σε πολλούς ανθρώπους παρατηρείται το φαινόμενο της νυχτερινής υπερφαγίας, κατά το οποίο τα υπερφαγικά επεισόδια παρατηρούνται τις βραδινές και τις νυχτερινές ώρες του 24ωρου. Πρόκειται για ένα σύνδρομο που συνδυάζει συμπτώματα από διαταραχές πρόσληψης τροφής, από διαταραχές της διάθεσης και από διαταραχές του ύπνου.

Στο σύνδρομο αυτό το 25-50% των θερμίδων του 24ωρου καταναλώνεται μετά το βραδινό γεύμα. Οι πάσχοντες συνήθως απόσχουν ταυτόχρονα από αϋπνία και συχνά εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Το πρωί έχουν μειωμένη όρεξη και συνήθως καταναλώνουν λιγότερη τροφή κατά τη διάρκεια της ημέρας, σε σύγκριση με την τροφή των νυχτερινών ωρών. Οι τροφές που καταναλώνονται είναι συνηθεστέρα τροφές που υποβοηθούν τη σύνθεση σεροτονίνης. Η κατανάλωση της τροφής δε γίνεται για να βρει το άτομο μια απασχόληση, επειδή δεν μπορεί να κοιμηθεί αλλά για άλλους λόγους.



5.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ:

- A. Η κατανάλωση τουλάχιστον του 25% των συνολικών θερμίδων της ημέρας μετά το βραδινό γεύμα.
- B. Αϋπνία για περισσότερο από 3 φορές τη εβδομάδα
- C. Πρωινή ανορεξία με αμελητέα πρόσληψη τροφής κατά τη διάρκεια του πρωινού γεύματος.

5.3 ΑΙΤΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ:

1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Το σύνδρομο νυχτερινής υπερφαγίας έχει συσχετιστεί με γενετικούς παράγοντες, επειδή συναντιέται ανάμεσα σε πρώτου βαθμού συγγενείς και θεωρείται παράγοντας προδιάθεσης, αλλά μεγάλη έμφαση έχει δοθεί στην ανισορροπία που εκδηλώνεται σε συγκεκριμένες ορμόνες οι οποίες ρυθμίζουν διάφορες φυσιολογικές και μεταβολικές λειτουργίες.

Η μελατονίνη παράγεται από τον εγκέφαλο και συγκεκριμένα από την υπόφυση. Ρυθμίζει τους κίρκαδιανούς ρυθμούς (τον καθημερινό ύπνο και αφύπνιση).

Η λεπτίνη παράγεται στα λιπώδη κύτταρα του σώματος και δρα στον υποθάλαμο και καταστέλλει την όρεξη. Σε άτομα που παρουσιάζουν έλλειψη ύπνου τα επίπεδα της λεπτίνης μειώνονται με αποτέλεσμα να αυξάνεται η όρεξη. Αντιθέτως η γκρελίνη η οποία απελευθερώνεται από το αίμα στο στομάχι πυροδοτεί το αίσθημα της πείνας.¹¹

Η κορτιζόλη είναι μια στεροειδή ορμόνη που παράγεται από το φλοιό των επινεφριδίων. Η κορτιζόλη θεωρείται η κατεξοχήν ορμόνη του στρες. Όταν το στρες αυξάνει σε υψηλά επίπεδα για μεγάλο χρονικό διάστημα ή και άνω του μέσου όρου για πολύ μεγάλο διάστημα (όπως στην κατάθλιψη) τα επίπεδα της κορτιζόλης στον οργανισμό είναι υψηλά και προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες, φθείροντας τον οργανισμό.

Η σωστή κατανάλωση τροφής (ποσοτικά – χρονικά – ποιοτικά) βοηθάει στην αποφυγή της εμφάνισης του συνδρόμου της νυχτερινής υπερφαγίας. Αυτό συμβαίνει γιατί με την σταδιακή κατανάλωση μικρών ποσοτήτων τροφής σε τακτά χρονικά διαστήματα κατά την διάρκεια της ημέρας ρυθμίζεται η έκκριση των ορμονών της μελατονίνης, της λεπτίνης, της γκρελίνης και της κορτιζόλης.¹¹

2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Το άγχος είναι ένας παράγοντας στην καθημερινή ζωή που επηρεάζει την ανάπτυξη και τη λειτουργία του οργανισμού και φαίνεται να παίζει κυρίαρχο ρόλο στη παθοφυσιολογία σχεδόν όλων των ψυχιατρικών διαταραχών. Η στέρηση ή τα χρόνια

προβλήματα ύπνου, π.χ. η άπνοια δημιουργούν στο σώμα την αίσθηση ότι είναι υποσιτισμένο, με αποτέλεσμα να αναζητά τροφή και να αποθηκεύει λίπος. Το άγχος και η έντονη θλίψη αναφέρονται ως οι βασικές αιτίες από το 75% των ατόμων που πάσχουν από το συγκεκριμένο σύνδρομο, έχοντας όμως και βασικό ρόλο στη διατήρηση των συμπτωμάτων.¹¹

Συχνά μάλιστα, τα άτομα με σύνδρομο νυχτερινής υπερφαγίας αναφέρουν συναισθήματα ενοχής και ντροπής, καθώς αισθάνονται ότι χάνουν τον έλεγχο, ανίκανοι να σταματήσουν αυτή την κακή τους συνήθεια και ότι κουβαλούν ένα μυστικό που δεν μπορούν να μοιραστούν με άλλους. Τα συναισθήματα αυτά γίνονται ακόμη πιο έντονα όσο περνάει η μέρα, αφού νιώθουν ότι έρχεται άλλο ένα βράδυ που θα σηκωθούν να φάνε.

Σε πολλές περιπτώσεις, το άτομο αισθάνεται έντονο άγχος ή θλίψη, που του δημιουργούν αϋπνίες, με αποτέλεσμα να στρέφεται σε τροφές συχνά πλούσιες σε υδατάνθρακα, που επηρεάζουν τα επίπεδα της σεροτονίνης του, κάνοντας το να αισθάνεται ηρεμία, να καταφέρνει να κοιμάται, η κακή όμως ποιότητα ύπνου, σε συνδυασμό με την απόκτηση βάρους να έχουν σαν αποτέλεσμα την κούραση, την κακή εικόνα σώματος και τελικά το έντονο άγχος. Μοιάζει σαν ένα φαύλο κύκλο! ¹¹

5.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ:

Τα άτομα που πάσχουν από Νυχτερινή Υπερφαγία περιορίζουν την ποσότητα τροφής κατά τη διάρκεια της ημέρας και το αντισταθμίζουν καταναλώνοντας μεγάλη ποσότητα φαγητού πριν κοιμηθούν ή κατά τη διάρκεια της νύχτας είτε εκούσια είτε ακούσια. Επίσης τα άτομα αυτά μπορεί να αναπτύξουν αϋπνία καθώς και άλλες διαταραχές του ύπνου.⁹

Άλλα συμπτώματα της Νυχτερινής Υπερφαγίας.

- ✓ Καταναλώνει πάνω από τις μισές θερμίδες που θα έπρεπε να τρώει ημερησίως κατά τη διάρκεια του βραδινού γεύματος και κατά τη διάρκεια της νύχτας ενώ πολλές φορές οι θερμίδες που καταναλώνει όταν ξυπνάει κατά διαστήματα το βράδυ είναι και περισσότερες από αυτές του βραδινού γεύματος. Τα επεισόδια μπορεί να συνεχίζονται μέχρι και τις πρωινές ώρες.

- ✓ Το άτομο παρουσιάζει πολύ μικρή όρεξη για πρωινό ενώ το πρώτο γεύμα της ημέρας είναι αρκετές ώρες αφού ξυπνήσει.
- ✓ Ο ασθενής έχει έντονο αίσθημα ναυτίας το πρωί.
- ✓ Τα τρόφιμα που καταναλώνει είναι κυρίως υδατάνθρακες (περίπου το 65% των τροφίμων που καταναλώνουν) δηλαδή αμυλούχες τροφές, φαγητά με μεγάλη περιεκτικότητα σε ζάχαρη, γλυκά και τροφές πολύ κακής ποιότητας.
- ✓ Το νυχτερινό φαγητό έχει γίνει εμμονή για τουλάχιστον δύο μήνες.
- ✓ Το άτομο νιώθει το αίσθημα της ψυχολογικής πίεσης, συναισθήματα άγχους και ανησυχίας ενώ νιώθει ακόμη και ενοχές για το τι έχει φάει αλλά και κατά τη διάρκεια των επεισοδίων.
- ✓ Τα άτομα αυτά ξυπνάνε κατά μέσο όρο 4 φορές το βράδυ σε αντίθεση με τα φυσιολογικά άτομα που σηκώνονται κατά μέσο όρο 1 φορά το βράδυ και δυσκολεύονται να κοιμηθούν εάν δεν καταναλώσουν φαγητό.
- ✓ Κατάθλιψη.
- ✓ Υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους.
- ✓ Το άτομο χάνει τον έλεγχο και την ικανότητα να σταματήσει την υπερφαγία.⁹

5.5 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ:

Οι σωματικές συνέπειες της νυχτερινής υπερφαγίας είναι η αύξηση του σωματικού βάρους, η παλινδρόμηση των οξέων, ο διαβήτης τύπου II (συνδέεται με την παχυσαρκία), η υπέρταση, οι καρδιακές παθήσεις, το άσθμα, η έντονη κόπωση και η έλλειψη συγκέντρωσης (λόγω του διαταραγμένου ύπνου).

Όσον αφορά τις ψυχολογικές συνέπειες, το 75 % των ατόμων εμφανίζουν έντονο άγχος και θλίψη. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο αισθάνεται έντονο άγχος ή θλίψη, που του δημιουργούν αϋπνίες, με αποτέλεσμα να στρέφεται σε τροφές συχνά πλούσιες σε υδατάνθρακα, προκειμένου να ηρεμήσει και να κοιμηθεί, η κακή όμως ποιότητα ύπνου, σε συνδυασμό με την απόκτηση βάρους έχουν σαν αποτέλεσμα την κούραση, την κακή εικόνα σώματος και τελικά το έντονο άγχος. Επίσης, αναφέρονται συχνά συναισθήματα ενοχής και ντροπής, καθώς αισθάνονται ότι χάνουν τον έλεγχο, όντας ανίκανοι να σταματήσουν αυτή την κακή συνήθεια και ότι κουβαλούν ένα μυστικό που δεν μπορούν να μοιραστούν με άλλους. Τα συναισθήματα αυτά γίνονται ακόμη πιο έντονα όσο περνάει η μέρα και αυξάνεται ο φόβος ότι άλλο ένα βράδυ πλησιάζει και θα σηκωθούν πάλι να φάνε.⁹

5.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ:

Η θεραπεία του συνδρόμου Νυχτερινής Υπερφαγίας είναι πολύπλευρη και περιλαμβάνει τη συμμετοχή τόσο Κλινικού Διαιτολόγου, Ψυχολόγου και πιθανόν σε περιπτώσεις που η κατάθλιψη είναι σε υψηλότερα επίπεδα η συμμετοχή του ψυχιάτρου προκειμένου να χορηγηθεί αντικαταθλιπτική αγωγή.

- **5.6.1 Διατροφική Αγωγή :** Είναι απαραίτητη η συμβολή κλινικού διαιτολόγου προκειμένου το άτομο να ξεπεράσει τον λανθασμένο τρόπο διατροφής του και να μην καταφεύγει στο υπερβολικό φαγητό. Θα πρέπει να αυξηθεί η ποσότητα φαγητού κατά τη διάρκεια της ημέρας, καθώς και να προστεθούν ενδιάμεσα σνακ ώστε να μειωθεί ο βραδινός παρορμητισμός.

Η διαιτολόγος Anne Fletcher συνιστά τα άτομα με Νυχτερινή Υπερφαγία να καταναλώνουν ένα βραδινό σνακ περίπου 300 θερμίδων, για να διατηρούνται τα επίπεδα του ζαχάρου σταθερά κατά τη διάρκεια της νύχτας.

- **5.6.2 Φαρμακευτική Αγωγή :** Οι ασθενείς με βραδινή υπερφαγία θα πρέπει να ακολουθήσουν φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά αλλά και με φάρμακα όπως η SSRIS sertraline (

αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης), οι βενζοδιαζεπίνες, τα αγχολυτικά, το λίθιο ενώ και άλλα θεραπευτικά σχήματα, η paroxetine, η φωτοθεραπεία, η χορήγηση μελατονίνης και σπασμολυτική topiramate. Μια μικρή μελέτη που δημοσιεύεται στο Μάιο του 2003 το θέμα της Ιατρικής του Ύπνου διαπίστωσε ότι η τοπιραμάτη, ή Topamax, ένα αντισπασμωδικό φάρμακο που χρησιμοποιείται κυρίως για την πρόληψη της ημικρανίας και τη θεραπεία της επιληψίας, ήταν χρήσιμη για τη θεραπεία Νυχτερινής Υπερφαγίας. Αν και η μέση δόση ήταν 218 mg, τρεις ασθενείς παρατήρησαν βελτίωση στα 100 mg του φαρμάκου. Αξιοσημείωτη απώλεια βάρους παρατηρήθηκε σε όλους τους ασθενείς.

Τα υπνωτικά χάπια δεν συνιστώνται στη Νυχτερινή Υπερφαγία, καθότι μπορεί να επιδεινώσουν την κατάσταση, προκαλώντας στο άτομο αστάθεια την ώρα που σηκώνεται να φάει και έτσι αυξάνεται και ο κίνδυνος τραυματισμού κατά τη διάρκεια της νύχτας.⁴³

- **5.6.3 Ψυχοθεραπευτική Αγωγή :** Ο ψυχοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει στην αποκάλυψη των βασικών θεμάτων που προκαλούν τη διαταραχή και να διδάξει τρόπους στο άτομο να αντιμετωπίσει αυτά τα ζητήματα, ώστε να μην χρειάζεται πλέον να στρέφεται στο φαγητό.

Η συμπεριφοριστική θεραπεία, η ατομική συμβουλευτική και ομαδική θεραπεία δίνουν την ευκαιρία στα άτομα να συζητήσουν τη διαταραχή τους, να βρουν υποστήριξη, και να μάθουν τεχνικές ώστε να διαχειρίζονται τη διατροφή τους κατά τη διάρκεια της νύχτας.¹⁸

- **5.6.4 Ορμονικά Συμπληρώματα:** Οι ορμονικές ανισορροπίες, συμπεριλαμβανομένων των χαμηλών επιπέδων της μελατονίνης, καθώς και της λεπτίνης και της σεροτονίνης, μπορεί να διαταράξουν τον ύπνο και τους συνήθεις κύκλους του με αποτέλεσμα να επηρεάζουν αρνητικά τις διατροφικές συνήθειες. Συμπληρώματα ορμονών μπορούν να βοηθήσουν αυξάνοντας τα επίπεδα της μελατονίνης δημιουργώντας ένα φυσιολογικό κύκλο ύπνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ:

Η νόσος της παχυσαρκίας φαίνεται ότι υπήρχε πριν από χιλιάδες χρόνια. Από την εποχή του Ιπποκράτη είναι γνωστό ότι αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την υγεία. Η παχυσαρκία ερμηνεύεται με τον τρόπο που αλλάζει από εποχή σε εποχή ανάλογα με τις πολιτισμικές και επιστημονικές αξίες και δεδομένα. Σήμερα, τουλάχιστον στις δυτικές κοινωνίες, η παχυσαρκία έχει το χαρακτήρα του στίγματος και συχνά αποδίδονται στους παχύσαρκους ευθύνες για ένα πρόβλημα για το οποίο πιθανότατα δεν ευθύνονται.

Αγάλματα και γραπτά κείμενα τονίζουν τη σημασία της για την υγεία του πληθυσμού από τα προϊστορικά χρόνια ως σήμερα. Το πιο γνωστό άγαλμα της περιόδου των προϊστορικών χρόνων είναι η Αφροδίτη του Willendorf, που βρίσκεται στο Μουσείο Φυσικής Ιστορίας της Βιέννης και έχει ηλικία περίπου 25.000 χρόνια. Το άγαλμα αυτό δείχνει γυναίκα με μεγάλη κοιλιά και κρεμάμενους μαστούς. Κατά μια εκδοχή η παχυσαρκία θεωρούνταν το σύμβολο της μητρότητας και της γονιμότητας.¹¹



6.1 ΟΡΙΣΜΟΣ :

«Παλαιότερα οι άνθρωποι έτρωγαν για να επιβιώσουν, σήμερα πρέπει να σταματήσουν να τρώνε αν θέλουν να ζήσουν.»

Η παχυσαρκία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας και από το 1948 έχει αναγνωριστεί ως νόσος από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.). Τα τελευταία χρόνια τείνει να λάβει διαστάσεις πανδημίας, αφού η συχνότητα της αυξάνεται δραματικά τόσο στις αναπτυγμένες, όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Πρόκειται για πολυπαραγοντική νόσο, που συνοδεύεται από πολλαπλά προβλήματα υγείας, τα οποία αφενός βραχύνουν τη διάρκεια, αφετέρου επιβαρύνουν για πολλά χρόνια την ποιότητα της ζωής του ανθρώπου. Είναι γνωστό ότι η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία, αλλά για την ευαίσθητη παιδική ηλικία η πρόληψη είναι θεραπεία. Γίνεται επομένως, επιτακτική η ανάγκη για ενημέρωση, εκπαίδευση και ενεργοποίηση όλων των ειδικών φορέων, αλλά και του κάθε ατόμου ξεχωριστά, ώστε να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά αυτό το φαινόμενο.

Ως παχυσαρκία συνήθως ορίζεται η κατάσταση στην οποία υπάρχει μη φυσιολογική ή υπερβολική συσσώρευση λίπους στο λιπώδη ιστό, σε τέτοιο σημείο ώστε να αποτελεί κίνδυνο για την υγεία. Ιδιαίτερη ανησυχία μας προκαλεί η παιδική παχυσαρκία των εφήβων και ενηλίκων με πολλές παθολογικές καταστάσεις.¹

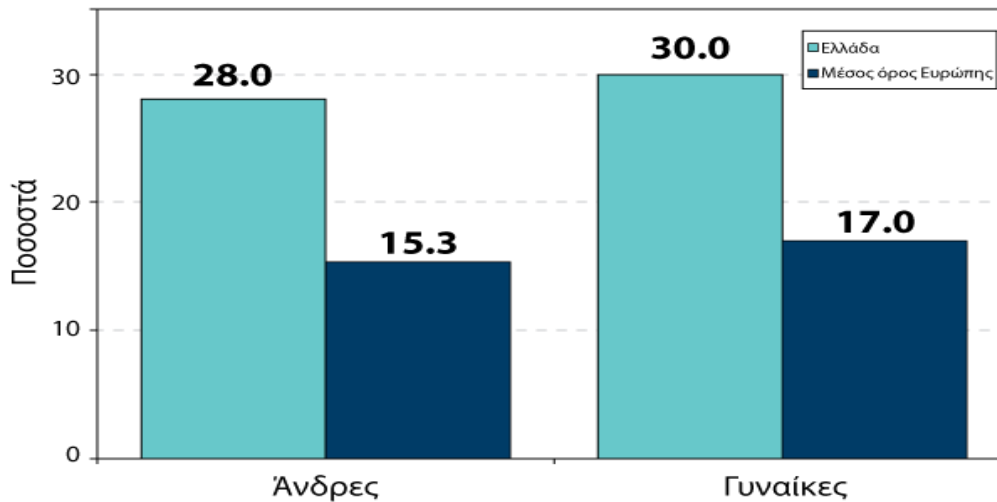
6.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ:

Α) **ηλικία:** η παχυσαρκία χαρακτηρίζει ιδιαίτερα τη μέση ηλικία. Με την πάροδο όμως του χρόνου, στις αναπτυγμένες κοινωνίες, παρατηρείται μια προοδευτική αύξηση της συχνότητας της στην παιδική και στην εφηβική ηλικία ως αποτέλεσμα της μειωμένης φυσικής δραστηριότητας ή και του υπερσιτισμού (συνηθέστερα).

Β) **φύλο:** εμφανίζεται και στα 2 φύλα αλλά συχνότερα στις γυναίκες μετά από κύηση ή την εμμηνόπαυση. Μέρος της αυξημένης συχνότητας μετά από κύηση οφείλεται στην απουσία του θηλασμού και στην έλλειψη βασικών γνώσεων διατροφής κατά την εγκυμοσύνη.

Γ) **κοινωνική τάξη:** στις αναπτυγμένες κοινωνίες αποτελεί χαρακτηριστικό της μέσης και της φτωχότερης κοινωνικής τάξης.⁶

Παχυσαρκία Ενηλίκων, Ελλάδα και μέσος όρος Ευρώπης*



* Εκτός από Αυστρία, Κροατία, Κύπρο, Ισλανδία, Ιρλανδία, Λουξεμβούργο, Σαν Μαρίνο και Σλοβενία.
Πηγές: Robertson et al. (2004), the Danish Nutrition Council (2003) for data on Denmark and Israeli Center for Disease Control (2003) for data on Israel.

6.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:

Κατά τη διάρκεια της εξέλιξης του ανθρώπινου γένους, η ικανότητα της αύξησης του σωματικού βάρους, όταν η τροφή ήταν διαθέσιμη, με σκοπό τη αποθεμάτων για τις περιόδους ανάγκης αποτέλεσε ένα σημαντικό εξελικτικό-βιολογικό πλεονέκτημα. Μόνο κατά τη διάρκεια των τελευταίων 50 χρόνων υπό τις συνθήκες της μόνιμης αφθονίας τροφής και συνεχούς μείωσης της σωματικής δραστηριότητας, το εξελικτικό αυτό πλεονέκτημα μετατράπηκε σε πραγματικό μειονέκτημα. Ο φαινότυπος του παχύσαρκου ανθρώπου θεωρείται, σήμερα, αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ γενετικής-εξελικτικής προδιάθεσης και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Η γενετική προδιάθεση αποτελεί ήδη το αντικείμενο έντονης ερευνητικής δραστηριότητας. Αλλά και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, υπεύθυνοι σε μεγάλο βαθμό για την έκφραση του φαινοτύπου παχυσαρκία έχουν περιγραφεί με ακρίβεια εδώ και καιρό.⁴

Συγκεκριμένα η παχυσαρκία είναι πάντοτε αποτέλεσμα θετικού θερμιδικού ισοζυγίου, το οποίο είναι δυνατό να προέλθει από μεγάλο αριθμό διαταραχών, όπως είναι οι παρακάτω.

A) υποθαλάμιος τύπος παχυσαρκίας(σπάνιος):

1. όγκοι:
 - i. Συμπαγής(σύνδρομο frolich-Babinski)
 - ii. Λευχαιμία
2. φλεγμονή(μετά από εγκεφαλίτιδα)
- 3.τραύμα (μετά από μετωπιαία λοβοτομή)
4. αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση (βλάβη του τουρκικού επιπέου, εγκεφαλικός ψευδοόγκος).

Στον υποθάλαμο βρίσκονται τα κέντρα πείνας και όρεξης, καθώς και το κέντρο του κορεσμού. Αν και συμβαίνει πολύ σπάνια, βλάβη του τελευταίου κέντρου προκαλεί την εμφάνιση παθολογικής μορφής παχυσαρκίας.⁶

B) γενετικός τύπος παχυσαρκίας:

1. Νεανικός τύπος η απλή παχυσαρκία-πολυγονιδιακός τύπος.
2. Μορφές συνδεδεμένες με σπάνιες κληρονομικές ασθένειες, όπως:
 - i. Σύνδρομο Laurence Moon-Biedl.
 - ii. Σύνδρομο Prader-Willi.
 - iii. Σύνδρομο Alstrom.
 - iv. Σύνδρομο Margani-Morel (υπερόστωση έσω μετωπιαίου μυός).
 - v. Ασθένεια του Von Gierke.

Στα πειραματόζωα ο ρόλος των γενετικών παραγόντων είναι σαφής. Το σύνδρομο τη κληρονομικής υπεργλυκαιμίας των παχύσαρκων ποντικών είναι ένα παράδειγμα μεταβολικής παχυσαρκίας. Άλλα παραδείγματα κληρονομικής παχυσαρκίας είναι η κίτρινη παχυσαρκία, ένα σύνδρομο το οποίο συναντάται σε ποντικούς ετερόζυγους στο γονίδιο αυτό, η παχυσαρκία της Ν. Ζηλανδίας, ένα σύνδρομο παχυσαρκίας και διαβήτη των ποντικών και άλλα. Παρόμοια όμως σύνδρομα δεν παρατηρήθηκαν στον άνθρωπο, αλλά άλλα πολύ σπάνια όπως φαίνεται παραπάνω.

Γ) ενδοκρινικός τύπος παχυσαρκίας:

1. Σύνδρομο Cushing.
2. Ινσουλινώματα.
3. Ευνουχισμός, ερμαφροδιτισμός.
4. Σύνδρομο Stein-Leventhal.
5. Κύηση.
6. Μυξοίδημα.

Η παχυσαρκία συχνά συνοδεύει σύνδρομα όπως ο υποθυρεοειδισμός, ο υπογοναδισμός, ο υποφουσισμός και το σύνδρομο Cushing, αλλά δεν αποτελεί πρωτεύοντα χαρακτήρα των συνδρόμων αυτών. Γενικά η ενδοκρινική αιτιολογία της παχυσαρκίας είναι σπάνια.

Δ) διαιτητικός ή/και περιβαλλοντικός τύπος παχυσαρκίας:

Η απόδειξη της κληρονομικής φύσης της οικογενούς παχυσαρκίας στον άνθρωπο είναι δύσκολη. Έχει αποδειχθεί όμως, ότι η παχυσαρκία έχει χαρακτήρα οικογενή. Οι Seltzer και Mayer υποστηρίζουν ότι ένα παιδί έχει 10% να γίνει παχύσαρκο, αν οι γονείς του έχουν φυσιολογικό βάρος, 50% πιθανότητες αν ο ένας από τους γονείς είναι παχύσαρκος και 80% αν και οι δύο είναι παχύσαρκοι. Παρόμοια ποσοστά αναφέρονται σε πολλές μελέτες και δείχνουν τον οικογενή χαρακτήρα της παχυσαρκίας. Συχνά, πιστεύεται ότι παιδιά παχύσαρκων γονέων γίνονται προοδευτικά παχύσαρκα, γιατί καταναλώνουν τις ίδιες τροφές και είναι εκτεθειμένα στις ίδιες διαιτητικές συνήθειες με τους γονείς τους, αλλά πολύ πιθανόν να υπάρχει και κάποια κληρονομική προδιάθεση για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας τους.

Ε) οφειλόμενος σε μειωμένη φυσική δραστηριότητα τύπος παχυσαρκίας.

Στ)φαρμακευτικός τύπος παχυσαρκίας:

Ορισμένα φάρμακα (φαινοθειαζίνες, οιστρογόνα, κρυπτοεπταδίνη) είναι σπάνια αίτια παχυσαρκίας.

Ζ) οφειλόμενος σε λίγα και μεγάλα γεύματα:

Μεγαλύτερα ποσά λίπους εναποθηκεύονται με λίγα και μεγάλα γεύματα παρά με πολλά και μικρά. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ αυτών των δύο τύπων, δηλαδή εκείνου που προτιμάει τα πολλά και μικρά γεύματα και του άλλου που περιορίζεται σε λίγα αλλά μεγάλα. Στη δεύτερη περίπτωση παρατηρούνται:

1. Αύξηση της κοιλότητας των παγκρεατικών ενζύμων.
2. Αύξηση της δραστηριότητας των παγκρεατικών ενζύμων.
3. Αύξηση της δραστηριότητας των παγκρεατικών ενζύμων.
4. Αύξηση των επιπέδων της ινσουλίνης στο πλάσμα μετά το γεύμα.
5. Αύξηση της δραστηριότητας των ενζύμων για τη σύνθεση των λιπών.
6. Αύξηση της σύνθεσης της χοληστερόλης.
7. Αύξηση του ολικού λίπους.
8. Αύξηση της σύνθεσης πρωτεϊνών και νουκλεϊκών οξέων στον λιπώδη ιστό.
9. Αύξηση της ευαισθησίας διαβητογενετικά σκευάσματα.

Μερικές παρατηρήσεις στον άνθρωπο δείχνουν ότι η συχνότητα των γευμάτων έχει μια αντίστροφη σχέση με την παχυσαρκία. Γενικά όμως, η επίδραση των γευμάτων στην αιτιολογία της παχυσαρκίας στον άνθρωπο φαίνεται να είναι μικρή.⁶

Κοινωνικοί παράγοντες: η παχυσαρκία είναι χαρακτηριστικό περισσότερο των κατώτερων κοινωνικών τάξεων από ότι των ανώτερων. Επίσης είναι σήμερα γνωστό ότι άτομα χαμηλού οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό βαριά παχυσαρκία. Αλλά και άτομα με έντονη κοινωνική ζωή, είναι συχνά υπέρβαρα και μάλιστα εμφανίζουν και σωρεία άλλων διατροφικών νόσων, αφού κάθε κοινωνική εκδήλωση αρχίζει και τελειώνει με γεύμα, το οποίο βέβαια δεν είναι... ντοματοσαλάτα.

Ψυχολογικοί παράγοντες: μια άλλη θεωρία υποστηρίζει ότι μερικοί άνθρωποι αντιδρούν στο στρες, στην ανία, την απογοήτευση ή την κατάθλιψη τρώγοντας υπερβολικά. Αυτό μπορεί να αρχίσει κατά την εφηβεία ή κατά την ωριμότητα. Με άλλα λόγια το άτομο αντιμετωπίζει ένα ψυχολογικό πρόβλημα παρατρώνοντας. Αν το υπερβολικό φαγητό γίνει συνήθεια επειδή η ευχαρίστηση του φαγητού σβήνει τον πόνο του προβλήματος, το άτομο θα παίρνει ανελέητα βάρος.¹

Τα ψυχολογικά προβλήματα των υπέρβαρων ατόμων είναι συχνά και πολλά, πολλές

φορές δεν είναι και καθοριστικά για όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του. Οι παρακάτω ψυχοπαθολογικές μορφές βρίσκουν την ηρεμία τους όσο και την χαρά της ζωής μόνο στο κύκλωμα των «γαστρονομικών απολαύσεων» με υψηλές επιδόσεις, πέρα από αυτό αποκóπτονται όλα τα ενδιαφέροντα για δημιουργία, εργασία, προβολή και αυτοσυγκράτηση.

- ΑΓΧΩΔΗ με εσωστρέφεια, προβληματισμένα, υπερφορτωμένα, καταπιεσμένα, δυσπροσάρμοστα.
- ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΑ αποτραβηγμένα απ' τη ζωή, ακοινώνητα, εσωστρεφή, με περιορισμένες σχέσεις χωρίς αυτοκυριαρχία και πεποίθηση.
- ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΑ με τις ταλαντεύσεις ανάμεσα σε ένταση θυμού-ψυχικής ανάτασης και ευφορίας, σε εναλλαγή με υποτονική διάθεση, στερούμενα ψυχικής ισορροπίας. (Τραγουδούν- γελούν και κλαίνε ταυτόχρονα).
- ΑΝΩΡΙΜΑ παιδαριώδη, υπερπροστατευόμενα εξαρτώμενα και επηρεαζόμενα άμεσα από την οικογενειακή συναναστροφή πλήρης εξάρτηση περιβαλλοντική.
- ΨΥΧΟΠΑΘΗΤΙΚΑ, απείθαρχα, χωρίς αναστολές κάθε ηθική αξία με επακόλουθο την κατάρρευση και κατολίπηση. Τρικυμιώδης συμπεριφορά.

Εκείνο που είναι δύσκολο να απαντηθεί είναι το αν οι ψυχολογικές διαταραχές προκάλεσαν την παχυσαρκία ή αν η παχυσαρκία αυτές. Πάντως, είτε είναι αίτιο, είτε αποτέλεσμα, χωρίς σωστή ψυχολογική προσπέλαση του υπέρβαρου ατόμου και χωρίς τροποποίηση της διαιτητικής του συμπεριφοράς, οι πιθανότητες μόνιμης αντιμετώπισης του προβλήματος θα παραμείνουν όνειρο.³⁰

Αύξηση κορτιζόνης στο αίμα: είναι γνωστό ότι άτομα σε μακροχρόνια θεραπεία με κορτιζόνη αυξάνουν πολύ συχνά το βάρος τους. Αύξηση της κορτιζόνης είναι δυνατόν να υπάρχει και σε παθήσεις των επινεφριδίων. Αν και είναι πολύ σπάνιες, θα πρέπει να τις υποψιαστείτε και να καταφύγετε στον γιατρό, όταν δείτε ένα στρογγυλό πρόσωπο με υπερβολικά παχιά και κόκκινα μάγουλα, δυσανάλογα παχιά κοιλιά σε σχέση με τα πόδια και κατακόκκινες ραβδώσεις σε όλο το σώμα.²⁸

Η πρόσληψη με τη δίαιτα μεγαλύτερου ποσού θερμίδων από εκείνο που απαιτείται για τις θερμιδικές ανάγκες του ατόμου, οδηγεί τελικά στην παχυσαρκία. Μερικές μάλιστα εργασίες δείχνουν ότι μια αυξημένη πρόσληψη θερμίδων, συνδυασμένη με αντίστοιχα αυξημένη φυσική δραστηριότητα, ώστε να διατηρείται θερμιδικό

ισοζύγιο, είναι μάλλον πιο ωφέλιμη για την υγεία απ' ό τι μια ελαττωμένη πρόσληψη θερμίδων συνδυασμένη με μειωμένη φυσική δραστηριότητα.⁶

Από διατροφικής πλευράς η παχυσαρκία οφείλεται σε υψηλή πρόσληψη θερμίδων από τις τροφές όλων των ειδών. Δεν υπάρχει δηλαδή πειραματική απόδειξη ότι ορισμένα τρόφιμα ή κάποιος συνδυασμός τροφίμων είναι αίτια για μεγαλύτερη λιπογένεση. Ενδιαφέρει επομένως το ολικό ποσό θερμίδων που καταναλώνεται και όχι η πηγή από την οποία προήλθε αυτό.⁶

Από μεταβολική άποψη όλα τα άτομα ανήκουν σε μια ορισμένη κατηγορία (φύλο, ηλικία, επάγγελμα) δεν έχουν τις ίδιες θερμιδικές ανάγκες. Αυτό οφείλεται πιθανόν στο διάφορο βαθμό της φυσικής τους δραστηριότητας. Μόνη της όμως η φυσική δραστηριότητα δεν μπορεί να εξηγήσει τις διαφορές με τις οποίες τα διάφορα άτομα εναποθηκεύουν λίπος. Επομένως, η αποδοτικότητα με την οποία χρησιμοποιείται μια δίαιτα για τη διατήρηση ενός σταθερού βάρους, σε ένα δεδομένο επίπεδο, πιθανόν να διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο.⁶

Το πρόβλημα λοιπόν της παχυσαρκίας είναι πιο πολύπλοκο από μια εξίσωση θερμιδικού ισοζυγίου. Η παχυσαρκία, δηλαδή, είναι μεν το αποτέλεσμα περιόδων θετικού θερμιδικού ισοζυγίου, οι αποφασιστικοί παράμετροι όμως του ισοζυγίου αυτού είναι πολλαπλοί, σύνθετοι και μερικοί από αυτούς ακόμη άγνωστοι. Εξάλλου, αν και οι συνηθίζεται να θεωρείται η παχυσαρκία ως μια ομογενής οντότητα, πολλά δεδομένα υποδηλώνουν ότι υπάρχουν διάφοροι τύποι παχυσαρκίας οι οποίοι πιθανόν να έχουν διαφορετικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου.⁶

Γαλουχία: κατά το θηλασμό οι καύσεις τη γυναίκας είναι λίγο μειωμένες. Αυτό γίνεται για να εξοικονομηθεί ενέργεια η οποία μέσω του μαστού και του μητρικού γάλακτος θα θρέψει το παιδί της. Θα ήταν βέβαια έξω από κάθε λογική να στερήσετε το παιδί σας από τα ευεργετικά οφέλη του μητρικού θηλασμού για να μην παχύνετε. Απλά, αποφύγετε τις διαιτητικές υπερβολές που πολλές μητέρες, πεθερές αλλά και γιαγιάδες συστήνουν. Μην ενδίδετε σε υπερβολικές επιθυμίες με τη δικαιολογία του θηλασμού και φροντίστε να τρώτε **για** ΔΥΟ αλλά όχι... **όσο** ΔΥΟ.⁴¹

Άγνωστοι παράγοντες: δεν είναι σωστό να πούμε ότι ολόκληρο το πρόβλημα της παχυσαρκίας θα μπορούσε να εξηγηθεί και να κατανοηθεί με πληρότητα. Γιατί δεν

υπάρχει αμφιβολία ότι μερικοί άνθρωποι έχουν τεράστια όρεξη αλλά δεν παχαίνουν, ενώ ορισμένοι τρώνε λίγο, και παρόλα αυτά παχαίνουν εύκολα.

6.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Το αυξημένο σωματικό βάρος και η παχυσαρκία είναι έννοιες που χρησιμοποιούνται συχνά για να υποδηλώσουν την ίδια κατάσταση. Το αυξημένο σωματικό βάρος σημαίνει, ουσιαστικά, αύξηση όλων των ιστών του σώματος(λίπος, οστά, μυς). Η παχυσαρκία, αντίθετα, σημαίνει αύξηση του λίπους του σώματος. Στην κλινική πράξη ισχύει, ότι ο υπέρβαρος άνθρωπος είναι συνήθως και παχύσαρκος, αν και υπάρχουν και εξαιρέσεις(body-builders).⁴

Ο βαθμός της παχυσαρκίας μπορεί βάσει διαφορετικών μεθόδων να εκτιμηθεί με άλλοτε άλλη ακρίβεια. Ακόμα δεν διαθέτουμε μια άμεση και ακριβή μέθοδο για τη μέτρηση του ολικού σωματικού λίπους. Μια ακριβής μέθοδος για την μέτρηση του σωματικού λίπους είναι η υδροπυκνομετρία. Με την εμβύθιση του σώματος σε νερό επιτυγχάνεται η μέτρηση του ειδικού βάρους(πυκνότητας) όλου του σώματος, έτσι ώστε να υπολογισθούν στη συνέχεια ξεχωριστά τα διάφορα συστατικά αυτού. Τον τελευταίο καιρό εφαρμόζεται η διπλής ενέργειας μέτρηση της απορρόφησης ακτινών Χ(DEXA). Στη μέθοδο αυτή, ακτίνες Rontgen χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό του ολικού σωματικού λίπους. Σε σύγκριση με την υδροπυκνομετρία η μέθοδος DEXA έχει μεγαλύτερη ακρίβεια για τη μέτρηση του σωματικού λίπους με ποσοστό σφάλματος περίπου 4%.

ΑΛΛΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ:

- Βιοηλεκτρική αγωγιμότητα
- Δερματοπτυχομέτρηση
- Μέτρηση περιμέτρων όπου σε κάθε περίπτωση, στον υπολογισμό του BMI θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη το φύλο, η ηλικία και η ιδιοσυγκρασία του ασθενούς.
- Δείκτης Μάζας Σώματος(BMI)=σωματικό βάρος σε kg δια του τετραγώνου του ύψους σε m [BMI=kg/m²]
- Δείκτης Broca-φυσιολογικό βάρος=Ύψος σε cm-100.

Με βάση το Δείκτη Μάζας Σώματος ορίζονται διαφορετικές κατηγορίες Σωματικού Βάρους: χαμηλό ΣΒ, φυσιολογικό ΣΒ, και παχύσαρκα πρώτου μέχρι τρίτου βαθμού.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	BMI=kg/m ²	Παράδειγμα: Άνδρας ή γυναίκα 1,80 m
Χαμηλό ΣΒ	<20	<64,8kg
Φυσιολογικό ΣΒ	20-24,9	64,8-80,7kg
Αυξημένο ΣΒ (Παχυσαρκία 1 ^{ου} βαθμού)	25-29,9	80,8-96,9kg
Παχυσαρκία (παχυσαρκία 2 ^{ου} βαθμού)	30-39,9	97,0-129,3kg
Νοσογόνος παχυσαρκία (παχυσαρκία 3 ^{ου} βαθμού)	>40	>129,3kg

6.5 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ:

Η παχυσαρκία έχει από παλιά θεωρηθεί ως αιτία για μια ποικιλία καταστάσεων οι οποίες είναι επιβλαβείς για την υγεία του ατόμου. Παρακάτω οι παθήσεις και άλλα προβλήματα τα οποία συνδέονται με την παχυσαρκία.⁶

1. Πρώιμη ισχαιμική νόσος της καρδιάς.
2. Υπερτροφία αριστεράς κοιλίας.

3. Στηθάγχη.
4. Καρδιακή ανεπάρκεια
5. Υπέρταση.
6. Εγκεφαλικό επεισόδιο.
7. Φλεβική στάση(με οίδημα στα κάτω άκρα, κίρσους, θρομβωτική ή εμβολική ασθένεια των κάτω άκρων και της κάτω κοίλης φλέβας).
8. Αποφρακτική άπνοια στον ύπνο.
9. Σύνδρομο Pickwick(κυψελιδικός υπεραερισμός)
10. Δευτεροπαθής πολυκυθαιμία.
11. Υπερτροφία δεξιάς κοιλίας (που δυνατόν να οδηγήσει και σε ανεπάρκεια)
12. Χολολιθίαση
13. Λιπώδης εκφύλιση του ήπατος
14. Σακχαρώδης διαβήτης
15. Ουρική αρθρίτιδα ή μόνο υπεουριχαιμία
16. Υπερλιπιδαιμίες (υπερτριγλυκεριδαιμία και υπερχοληστεριναίμια
17. Λευκοματουρία
18. Σε σοβαρές παχυσαρκίες νέφρωση
19. Θρόμβωση των νεφρικών φλεβών
20. Οστεοαρθρίτιδα στην κατά γόνυ άρθρωση
21. Οστικές άκανθες στην πτέρνα
22. Εκφυλιστική οστεοαρθροπάθεια(στις γυναίκες)
23. Επιβάρυνση προϋπάρχουσας βλάβης στην στάση/ θέση του ατόμου
24. Ραβδώσεις
25. Ακανθωτική μελανοδερμία(καλοήθης τύπος)
26. Δασυτριχισμός των γυναικών ανδρικού τύπου
27. Παράτριμμα
28. Κάλιοι του πέλματος
29. Πολλαπλά θηλώματα.⁶
30. Αυξημένος κίνδυνος για καρκίνο του ενδομητρίου

31. Πιθανόν αυξημένος κίνδυνος για καρκίνο του μαστού.⁶
32. Προβλήματα κατά την κύηση και τον τοκετό (αυξημένος κίνδυνος για τοξιναιμία, υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παράταση του χρόνου του τοκετού, αυξημένη συχνότητα για καισαρική τομή)
33. Ανωμαλίες στην έμμηνο ρύση και συχνοί κύκλοι χωρίς ωορρηξία
34. Μειωμένη γονιμότητα
35. Αίσθημα μειονεκτικότητας
36. Κοινωνική απομόνωση
37. Αυξημένη ευαισθησία για ψυχονευρώσεις
38. Μειωμένη κινητικότητα
39. Αυξημένη και αδικαιολόγητη αποχή από εργασία



6.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ:

Πολλά άτομα τα οποία επιθυμούν να χάσουν βάρος δεν επισκέπτονται το γιατρό από την αρχή. Προσπαθούν να αδυνατίσουν μόνο τους ή σε κάποιο κέντρο αδυνατίσματος. Ο μεγάλος αριθμός από δίαιτες αδυνατίσματος, οι οποίες

κυκλοφορούν και ακολουθούνται συχνά από πολλά άτομα, αποδεικνύουν: α) την έλλειψη βασικών γνώσεων διατροφής, και β) την επιθυμία για γρήγορο αδυνάτισμα. Το άτομο το οποίο έχει την ανάγκη και την επιθυμία να χάσει βάρος, πρέπει να έχει ορισμένες βασικές γνώσεις σχετικά με τη διατροφή και την σύνθεση των διαφόρων τροφών εφόσον έχει αποφασίσει να κάνει μακροχρόνια δίαιτα. Η δίαιτα αποτελεί το σημαντικότερο ίσως τμήμα του προγράμματος «απώλεια βάρους» και το πιο αποδοτικό μέτρο για την επιτυχία του, είναι η δημιουργία αρνητικού θερμιδικού ισοζυγίου.⁶

Από την αρχή θα πρέπει να γίνει σε όλους καλά αντιληπτό ότι, δεν είναι δυνατόν να υπάρχει απώλεια βάρους χωρίς αρνητικό ενεργειακό ισοζύγιο, αν δηλαδή δεν φάμε λιγότερο από αυτό που θα κάψουμε! Τα σημεία λοιπόν του ισοζυγίου που μπορούμε θεωρητικά να επεμβούμε και τα οποία βέβαια θα αποτελέσουν και τους θεραπευτικούς μας στόχους είναι:

- Μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας: δηλαδή ολιγοθερμιδική δίαιτα, περιοριστικές εγχειρίσεις στο στομάχι, ανορεκτικά φάρμακα κ.τ.λ.
- Μείωση της απορροφημένης από το έντερο ενέργειας: δηλαδή δημιουργία μηχανισμών, φαρμακευτικών ή χειρουργικών, που ενώ τρώμε περισσότερο, ένα ποσοστό της καταναλισκόμενης τροφής δεν απορροφάται.
- Αυξημένη κατανάλωση ενέργειας: δηλαδή αύξηση των σωματικών μας δραστηριοτήτων σε καθημερινή βάση, άθληση, σπορ κ.τ.λ.
- Αύξηση του βασικού μεταβολισμού: δηλαδή των καύσεων που έχει ο άνθρωπος άσχετα από οποιαδήποτε σωματική δραστηριότητα.
- Τροποποίηση συμπεριφοράς: απόκτηση δηλαδή αυτοελέγχου σε διεργασίες πρόσληψης τροφής και αποσύνδεση του φαγητού από οποιαδήποτε συναισθηματική μεταβολή ευχάριστη ή δυσάρεστη για άτομα με μέτριες σωματικές δραστηριότητες και 80% για άτομα με βαριές δραστηριότητες και έτσι υπολογίζουμε τις συνολικές ενεργειακές ανάγκες του ατόμου.

6.6.1 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Η δίαιτα που θα εφαρμοστεί πρέπει να έχει τις εξής προϋποθέσεις:

- ΑΣΦΑΛΕΙΑ: η σωρεία επιπλοκών, μερικές φορές πολύ σοβαρών, που πιθανώς να εμφανιστούν κατά ή μεγάλη απώλεια βάρους κάνουν προφανή την ανάγκη εφαρμογής ενός ασφαλούς σχήματος.
- ΤΑΧΥΤΗΤΑ: η μεγάλη χρονική διάρκεια μιας στερητικής δίαιτας είναι πάντα εναντίον της αποτελεσματικότητας. Έχει αποδειχθεί ότι μετά από 20 εβδομάδες δίαιτας, μόνο το 20% αυτών που αρχικά συμμετείχαν σε κάποιο πρόγραμμα απώλειας βάρους, παραμένει ακόμα σε παρακολούθηση.
- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: αν και η βραδεία απώλεια βάρους είναι αναμφισβήτητα ασφαλέστερη, η μακροχρόνια υπαγωγή ενός ατόμου σε περιοριστική δίαιτα συναντά πολλά εμπόδια στην εφαρμογή της με αποτέλεσμα είτε την διακοπή είτε την πολύ χαμηλή συνεργασιμότητα. Αντίθετα, σταθερή απώλεια βάρους, της τάξεως του 1-1,5 κιλών την εβδομάδα, προκαλεί μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα τόσο έντονες μακροσκοπικές μεταβολές στην εικόνα του σώματος, ώστε η προσπάθεια συνεχίζεται με αμείωτο ενδιαφέρον και για περαιτέρω βελτίωση αλλά και για διατήρηση αυτών που ήδη κερδήθηκαν.
- ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΣΗ: η σύνθεση του διαιτολογίου με τροφές της προτίμησης του συγκεκριμένου ατόμου βοηθάει στη βελτίωση της συνεργασιμότητας του. Αλλά και άσχετα από προτιμήσεις, συχνά υπάρχουν τροφικές αλλεργίες, διαιτητικές αποστροφές ή τροφικές δυσανεξίες. Οι τροφές αυτές δεν πρέπει να περιλαμβάνονται στο διαιτολόγιο αν θέλουμε να υπάρχουν πιθανότητες τήρησης τους.
- Πρέπει να ΣΥΝΔΥΑΖΕΤΑΙ με τυχόν συνυπάρχοντα προβλήματα όπως διαβήτη, χοληστερίνη, καρδιοπάθειες, νεφρικά ή ηπατικά προβλήματα κ.α.
- Να έχει ΛΟΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ, ώστε να μπορεί να εφαρμοστεί χωρίς δυσβάστακτες οικονομικές επιβαρύνσεις.
- Πρέπει να δίνει στο υπέρβαρο άτομο την ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΜΟΝΙΜΗΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ των διαιτητικών του συνηθειών, προς το καλύτερο βέβαια.

Όταν λοιπόν αποφασίσετε να ακολουθήσετε κάποιο διαιτητικό πρόγραμμα για απώλεια βάρους, συγκρίνετε αυτό που σας προσφέρεται με τις παραπάνω προϋποθέσεις. Αν δεν ικανοποιούνται τουλάχιστον 5 από τις 7, αποφύγετε οπωσδήποτε την εφαρμογή του.⁷

6.6.2 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Οι ακριβείς μηχανισμοί που λαμβάνουν μέρος στη ρύθμιση της πρόσληψης τροφής δεν έχουν ακόμη ξεκαθαριστεί. Γι' αυτό το λόγο η αιτιοπαθογενετικά προσανατολισμένη φαρμακευτική θεραπεία της παχυσαρκίας φαίνεται εξαρχής δύσκολη.⁴

Η φαρμακοθεραπεία είναι βασισμένη σε τέσσερις κατηγορίες φαρμάκων:

A) ανορεκτικά ή ανορεξιογόνα: είναι οι αμφεταμίνες ή συγγενής ενώσεις οι οποίες χορηγούνται συχνά στα αρχικά στάδια του περιορισμού της διαίτας. Τα φάρμακα αυτά ελαττώνουν την πείνα, αλλά η δραστηριότητα τους μειώνεται με τον χρόνο. Ορισμένα από αυτά προκαλούν κεντρική διέγερση, έχουν κατασταλτική επίδραση, ενώ όλα σχεδόν είναι αποδεδειγμένα εξαρτησιογόνα και προκαλούν βαρείς ανεπιθύμητες ενέργειες, οπότε εδώ και καιρό δεν χρησιμοποιούνται.^{6,4}

Σήμερα τα μόνα φάρμακα εγκριθεί για τη θεραπεία τη θεραπεία της παχυσαρκίας που κυκλοφορούν στην αγορά είναι η ορλιστάτη, ένας αναστολέας της παγκρεατικής λιπάσης που δρα τοπικά στο έντερο μειώνοντας την απορρόφηση των λιπών της τροφής κατά 30% και η σιμπουτραμίνη η οποία αυξάνει τα επίπεδα σεροτινίνης και της νορεπινεφρίνης στον υποθάλαμο, δρώντας ως ανορεξιογόνος παράγοντας.⁴

B) θερμογενετικά ή θερμογόνα: η δράση τους θεωρείται παροδική και η απώλεια αφορά κυρίως τον μυϊκό ιστό και λιγότερο τον λιπώδη. Υπάρχουν αρκετές και σοβαρές παρενέργειες κατά τη χρήση των σκευασμάτων αυτών στη θεραπεία της παχυσαρκίας.⁶

Γ) άλλα φάρμακα ή εικονικά φάρμακα (placebo, διουρητικά): τα φάρμακα αυτά κακώς χρησιμοποιούνται για την πρόκληση απώλειας βάρους. Θεωρούνται μη δραστικά, η χρησιμοποίησή τους εμπεριέχει κινδύνους και εκτρέπουν τον ασθενή από το ουσιαστικό πρόβλημα του θερμιδικού ισοζυγίου.⁶

Δ) μεθυλική κυτταρίνη: είναι σκεύασμα το οποίο πιθανόν δρα με το αίσθημα πλήρωσης του στομάχου, το οποίο προκαλεί λόγω του όγκου του. Αλλά, επειδή καταπίνεται αργά είναι πολύ πιθανό να προκαλέσει αίσθημα πλήρωσης, γιατί πριν να

προσληφθεί όλη η ποσότητα του, μέρος της έχει προχωρήσει προς το έντερο. Γενικά, δρα καλύτερα ως υπακτικό παρά ως ανορεξιογόνο.⁶

Αρχές φαρμακοθεραπείας:

Σε οποιαδήποτε συζήτηση για την ορθολογική χρήση φαρμάκων στη θεραπεία της παχυσαρκίας είναι πολύ σημαντικό να κατανοηθούν τα εξής:

- Τα σημερινά διαθέσιμα φάρμακα είναι καλύτερα να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με δίαιτα και αλλαγή στον τρόπο ζωής. Τα φάρμακα αυτά βοηθούν τους ασθενείς να συμμορφώνονται με τις δίαιτες, τη σωματική άσκηση και τις αλλαγές της συμπεριφοράς.
- Τα φάρμακα για τον έλεγχο του βάρους δεν θεραπεύουν οριστικά την παχυσαρκία και, όταν διακόπτονται, επισυμβαίνει επαναπρόσληψη βάρους.
- Τα φάρμακα για τον έλεγχο του βάρους θα πρέπει να χρησιμοποιούνται κάτω από ιατρική παρακολούθηση.
- Τα φάρμακα για τον έλεγχο του βάρους δεν ωφελούν εάν δεν λαμβάνονται. Θα πρέπει να αναμένεται επαναπρόσληψη βάρους όταν η φαρμακευτική αγωγή διακόπτεται.
- Η φαρμακοθεραπεία θα πρέπει να θεωρείται ως μέρος μια μακροχρόνιας στρατηγικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, εξατομικευμένης για τον κάθε ασθενή. Οι κίνδυνοι που σχετίζονται με τη φαρμακοθεραπεία θα πρέπει να εξισορροπούνται με εκείνους της επιμένουσας παχυσαρκίας.
- Η φαρμακοθεραπεία θα πρέπει να παρατείνεται μόνο εάν θεωρηθεί ασφαλής και αποτελεσματική για κάποιον ασθενή. Τα σημερινά κριτήρια στην Αγγλία προτείνουν ότι η χρήση φαρμάκων αδυνατίσματος για περισσότερο από 3 μήνες θα πρέπει να επιτρέπεται μόνο όταν μια συνολική απώλεια τουλάχιστον 10% του βάρους έχει επιτευχθεί από την αρχή παρακολούθησης.²²

Φαρμακοθεραπεία για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας μπορεί να αποφασιστεί όταν οι ασθενείς :

- Έχουν BMI>30 και η αντιμετώπιση με δίαιτα, σωματική άσκηση και αλλαγή συμπεριφοράς έχει αποδειχθεί αναποτελεσματική

- Παρουσιάζουν σοβαρές παθολογικές καταστάσεις, σε συνδυασμό με έναν BMI>25, οι οποίες επιμένουν παρά τη βελτίωση της διατροφής, τη σωματική άσκηση και την αλλαγή της συμπεριφοράς.

Τα φάρμακα αδυνατίσματος δεν συστήνονται για παιδιά, επειδή δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την επίδραση τους στη διατροφική συμπεριφορά κατά την παιδική και εφηβική ηλικία ή ακόμα και μακροχρόνια.²²

Αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων φαρμάκων.

Ένα κλινικά χρήσιμο φάρμακο κατά της παχυσαρκίας θα πρέπει να έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά.

- Αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στην ελάττωση του σωματικού βάρους και των παθολογικών καταστάσεων που οφείλονται στην παχυσαρκία
- Αντιμετωπίσιμες ή/και παροδικές ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Να μην προκαλεί εθισμό
- Να διατηρεί την αποτελεσματικότητά του σε μακροχρόνια χορήγηση
- Να μην δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα μετά από πολλά χρόνια χορήγησής του
- Γνωστό μηχανισμό δράσης
- Λογικό κόστος²²

6.6.3 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Η χειρουργική επέμβαση θεωρείται σήμερα ως η πλέον αποτελεσματική μέθοδος ελάττωσης και διατήρησης του βάρους στους σοβαρά (BMI>35) και στους πολύ σοβαρά (BMI>40) παχύσαρκους ασθενείς. Με βάση το κόστος/kg χαμένου βάρους, μετά από 4 έτη, η χειρουργική αντιμετώπιση έχει υπολογιστεί ότι είναι λιγότερο δαπανηρή συγκριτικά με οποιαδήποτε άλλη θεραπεία.

Ενδείξεις για χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας είναι:

- Νοσογόνος παχυσαρκία (BMI>35-40) συνοδευόμενη από παθολογικές καταστάσεις οι οποίες έχουν βελτιωθεί με την απώλεια βάρους σε προηγούμενες προσπάθειες αλλά η παχυσαρκία έχει υποτροπιάσει.
- Υπερβάλλον του φυσιολογικού βάρους τουλάχιστον κατά 45 κιλά αφού είναι γνωστό ότι στις περιπτώσεις αυτές ο κίνδυνος επιπλοκών είναι υπερδιπλάσιος ατόμων φυσιολογικού βάρους

Άσχετα από την ύπαρξη ενδείξεων για χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας, δεν πρέπει να προχωρήσουμε στην εφαρμογή της αν προηγουμένως δεν ελεγχθούν οι παρακάτω προϋποθέσεις, στην επιλογή των ασθενών, διαφορετικά η υποτροπή είναι ο κανόνας.⁷

6.7 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ:

Η νοσηλευτική παρέμβαση στη θεραπεία της παχυσαρκίας εκτός από την ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων καθ' όλη την διάρκεια του συντηρητικού προγράμματος, έγκειται περισσότερο σαν χειρουργική θεραπεία.

Οι προεγχειρητικοί στόχοι της φροντίδας είναι:

- Η μείωση του άγχους.
- Η προετοιμασία του ασθενούς για την χειρουργική επέμβαση
- Η προετοιμασία του ασθενούς για την μετεγχειρητική περίοδο
- Βοήθεια στο να αποκτήσει θετική αντίληψη για τον εαυτό του.

Μετεγχειρητικοί στόχοι της φροντίδας είναι:

- ✓ Η απουσία δυσφορίας
- ✓ Η πρόληψη επιπλοκών
- ✓ Απουσία διαταραχής της ακεραιότητας του δέρματος
- ✓ Η βοήθεια στον ασθενή να αναπτύξει στρατηγικές που θα τον βοηθήσουν να αποκτήσει ανοχή στις διαιτητικές τροποποιήσεις

Η εκπαίδευση του ασθενή σχετικά με την φροντίδα κατά την περίοδο της μετεγχειρητικής παρακολούθησης.⁴

6.8 ΠΡΟΛΗΨΗ:

Οι διατροφικοί παράγοντες και οι συνήθειες σωματικής δραστηριότητας θεωρούνται ως οι κύριοι τροποποιήσιμοι παράγοντες που βρίσκονται πίσω από μια υπερβολική αύξηση του βάρους και οι οποίοι, εάν διορθωθούν, μπορεί να συμβάλουν στην πρόληψη της παχυσαρκίας.²²

Η αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας θα πρέπει, λοιπόν, να επικεντρωθεί σε:

- Στοιχεία του κοινωνικού, πολιτισμικού, πολιτικού, φυσικού και δομικού περιβάλλοντος, τα οποία επηρεάζουν το επίπεδο του βάρους στην κοινότητα ή στον πληθυσμό γενικά.
- Διαδικασίες και προγράμματα που θα ασχοληθούν με τα άτομα και τις ομάδες που βρίσκονται σε ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο για παχυσαρκία και τις σύνοδες παθολογικές καταστάσεις
- Πρωτόκολλα αντιμετώπισης των ατόμων που πάσχουν ήδη από παχυσαρκία.²²

Οι στρατηγικές που στοχεύουν στην πρόληψη της αύξησης του βάρους και της παχυσαρκίας θα πρέπει να είναι ευκολότερες, φθηνότερες και δυνητικά πιο αποτελεσματικές από εκείνες που στοχεύουν στη θεραπεία της παχυσαρκίας μετά την πλήρη ανάπτυξη της.

ΜΗ ΑΛΛΙΩΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ - ΑΤΥΠΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Περίπου το 1/3 ή και πλέον των ασθενών που εξετάζονται για θεραπεία σε κλινικές για διατροφικές διαταραχές δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για καμία από τις δυο διαταραχές και οι τελευταίες ταξινομούνται σαν άτυπες. Οι άτυπες διαταραχές περιλαμβάνουν μεμονωμένες περιπτώσεις παρόμοιες της νευρικής ανορεξίας. Σε αυτά τα περιστατικά τα άτομα περιορίζουν σοβαρά το φαγητό, δεν είναι όμως αρκετά αδύνατα.

Αντίστοιχα, σε ό,τι αφορά τη νευρική βουλιμία, εμφανίζονται παχύσαρκοι ασθενείς με ένα ξεκάθαρα διαταραγμένο πρότυπο διατροφής, παρόμοιο με εκείνο της νευρικής βουλιμίας αλλά χωρίς τις αντισταθμιστικές συμπεριφορές για τη απώλεια βάρους, χωρίς περιπτώσεις άρνησης του φαγητού, χωρίς υποθρεψία δευτερογενή της υποχονδρίασης, χωρίς στοιχεία μη φυσιολογικής συμπεριφοράς ή ψυχωτικού ιδεασμού. Αν και ποικίλουν τα κλινικά χαρακτηριστικά που αυτές οι περιπτώσεις παρουσιάζουν, εμφανίζουν πολλές ομοιότητες με τα πιο ξεκάθαρα, καθορισμένα σύνδρομα.

7.1 ΟΡΘΟΡΕΞΙΑ:

Η ψυχογενής ορθορεξία χαρακτηρίζεται από υπερβολική ενασχόληση με το είδος και την ποιότητα των τροφών ή, πιο συγκεκριμένα, είναι η εμμονή με την κατανάλωση τροφών που χαρακτηρίζονται υγιεινές.

Στη διεθνή βιβλιογραφία ο όρος είναι «orthorexia», κατ' αντιστοιχία με τον ελληνικό, προερχόμενος από τις λέξεις «ορθός» και όρεξη.

Η νευρική ορθορεξία (orthorexia nervosa) δεν αποτελεί επίσημη ιατρική διάγνωση, δεν έχει καταχωρηθεί στο DSM-I, αν και έχει αναφερθεί από κάποιους ιατρούς. Ο όρος πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον Steven Bratman το 1997, έναν Αμερικάνο ιατρό, για να περιγράψει μια διατροφική διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από υπερβολική προσήλωση στην επιλογή ‘υγιεινών’ τροφίμων. Σε σπάνιες περιπτώσεις, η εμμονή είναι τέτοια που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρό υποσιτισμό ή ακόμα και θάνατο.⁵

Ο ίδιος ο Bratman περιγράφει την ορθορεξία ως ανθυγιεινή εμμονή με τρόφιμα που ο ασθενής αντιλαμβάνεται ως υγιεινά – κατάλληλα. Συνήθως οι ασθενείς αποφεύγουν τρόφιμα που περιέχουν λιπαρά ή συντηρητικά, ζωικά τρόφιμα ή συστατικά που θεωρούν ανθυγιεινά. Αν ο διατροφικός περιορισμός είναι πολύ σοβαρός, μπορεί να προκληθούν διατροφικές ελλείψεις ή υποσιτισμός. Η απίσχναση των ατόμων που ακολουθούν ανάλογο μοτίβο διατροφής, π.χ. ωμοφαγία, μπορεί να φτάσει στα επίπεδα της νευρικής ανορεξίας. Η ‘ανορεκτική ορθορεξία’ μπορεί να είναι το ίδιο επικίνδυνη με τη νευρική ανορεξία. Παρόλ’ αυτά βέβαια, το υποκείμενο κίνητρο είναι τελείως διαφορετικό στις δυο περιπτώσεις: ενώ ο ανορεξικός επιθυμεί να χάσει βάρος, ο ορθορεξικός επιθυμεί να αισθάνεται υγιής.⁵

7.1.1 Τα χαρακτηριστικά της νευρικής ορθορεξίας:

Η νευρική ορθορεξία είναι μια μανία κατανάλωσης μόνο υγιεινών τροφών, κυρίως βιολογικών ή οργανικών και η αποφυγή κατανάλωσης τροφών, αυξημένων σε λιπαρά ή εκείνων που περιέχουν πρόσθετα ή συντηρητικά.

Ένα υγιεινό -ισορροπημένο διαιτολόγιο, πληρέστατο σε θρεπτικά συστατικά, είναι απολύτως αποδεκτό και χρήσιμο. Σύμφωνα με την κ. Κοκκίνου, μπορούμε να μιλάμε για νευρική ορθορεξία, όταν η τήρηση αυτού του διαιτολογίου αποτελεί ακραία και απόλυτη θέση του ατόμου, που το ακολουθεί, με χαρακτηριστικά όπως:

- Η επίμονη σκέψη σχετικά με τη διαίτα περισσότερο από τρεις ώρες ημερησίως,
- Ο σχεδιασμός-προγραμματισμός γευμάτων πολλές ημέρες πριν από την κατανάλωσή τους.

- Η θρεπτική αξία του γεύματός είναι περισσότερο σημαντική από την ευχαρίστηση της κατανάλωσής του.
- Το έντονο αίσθημα αυτοπεποίθησης, όταν το άτομο τρώει υγιεινά.
- Η παύση κατανάλωσης τροφίμων που έδιναν απόλαυση και η αντικατάστασή τους από «σωστά» τρόφιμα.
- Η αντικοινωνική συμπεριφορά του ατόμου, επειδή το είδος διατροφής καθιστά δύσκολο το να φάει έξω.
- Οι έντονες ενοχές, όταν «χαλάει» η διατροφή,
- Η εκτίμηση της θρεπτικής αξίας των τροφίμων πάντοτε πριν από το φαγητό.
- Η ευτυχία και ο πλήρης έλεγχος, όταν τρώει «υγιεινά».
- Το υποτιμητικό βλέμμα προς τους ανθρώπους, που δεν έχουν κανέναν έλεγχο στο τι τρώνε.⁹



7.1.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΟΡΘΟΡΕΞΙΑΣ:

Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν εμμονή με την υγιεινή διατροφή, απίσχναση και θάνατο από ασιτία. Τα ορθορεκτικά άτομα μπορεί να βιώνουν συγκεκριμένα συναισθήματα για διάφορα τρόφιμα. Τα τρόφιμα με συντηρητικά

χαρακτηρίζονται ως ‘επικίνδυνα’, τα βιομηχανοποιημένα ως ‘τεχνητά’ και τα βιολογικά ως ‘υγιεινά’. Οι ασθενείς εμφανίζουν ισχυρή – μη ελεγχόμενη επιθυμία για φαγητό όταν νιώθουν νευρικοί, αναστατωμένοι, χαρούμενοι ή δυστυχημένοι. Έρευνες υποστηρίζουν ότι η ορθορεξία απαντάται περισσότερο σε άντρες και ειδικά σ’ αυτούς με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης / εκπαίδευσης.⁵

7.1.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ:

Η θεραπευτική προσέγγιση ποικίλλει ανάλογα με την περίπτωση και το βαθμό παθολογίας. Για παράδειγμα, μπορεί μια ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση (π.χ. γνωσιακή συμπεριφοριστική) να είναι αποτελεσματική, αλλά μπορεί να χρειαστούν και επιπρόσθετες προσεγγίσεις, όπως η παροχή αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων. Η αντιμετώπιση γενικά συγκλίνει προς αυτές της νευρικής ανορεξίας και της ιδεοληψίας-ψυχαναγκασμού. Όπως όμως σημειώνουν οι ειδικοί, η ίδια η απόφαση και η δέσμευση του ατόμου ότι θα προσπαθήσει να αλλάξει τη διατροφική του συμπεριφορά, είναι περισσότερο σημαντική από τη μέθοδο που θα χρησιμοποιηθεί για να επιτευχθεί η αλλαγή.

Προϋπόθεση όμως για να συμβεί αυτό, είναι το ορθορεκτικό άτομο να αναγνωρίσει ότι ο τρόπος που σκέπτεται και ενεργεί αποτελεί πραγματικό εμπόδιο στη ζωή του και ότι ασκεί αρνητική επίδραση σε κάτι που θεωρεί ότι έχει πιο ουσιαστική αξία και νόημα, όπως π.χ. στη συντροφική του σχέση ή στην οικογένειά του.



Είναι σημαντικό η προσπάθεια να επικεντρωθεί σε εύκολους βραχυπρόθεσμους στόχους, όπως η σταδιακή μείωση ή λιγότερο συχνή εμφάνιση της εμμονής. Έτσι, το άτομο θα μάθει να αναγνωρίζει τα μικρά σημάδια βελτίωσης της διατροφικής του συμπεριφοράς, να ικανοποιείται με αυτά και να τα επιβραβεύει, ενώ παράλληλα θα αντλεί κουράγιο για τη συνέχιση της προσπάθειάς του, που και δύσκολη είναι και πολύ χρόνο απαιτεί.³⁵

7.2 ΑΛΛΟΤΡΙΟΦΑΓΙΑ:



Ως αλλοτριοφαγία (PICA) ορίζεται τροφική διαταραχή της βρώσης ουσιών χωρίς καμία διατροφική αξία, ξένες προς το φυσιολογικό διαιτολόγιο, όπως ο πάγος, το χόμα, ο πηλός, οι τρίχες, σαπούνι, κιμωλία και άλλα. Αποτελεί χαρακτηριστικό σύμπτωμα των ασθενών με βαριά σιδηροπενική αναιμία, καθώς εκδηλώνεται στο 58% αυτών, ενώ ακόμα συχνότερα εμφανίζεται σε άτομα με νοητική υστέρηση.¹³

Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός που συσχετίζει τη σιδηροπενική αναιμία με την εκδήλωση της αλλοτριοφαγίας δεν είναι σαφώς προσδιορισμένος ωστόσο προτείνονται:

- A. Η μειωμένη δραστηριότητα της οξειδάσης του κυτοχρώματος στο στοματικό βλεννογόνο και
- B. Την έλλειψη σιδήρου στο κεντρικό νευρικό σύστημα (μειωμένη δραστηριότητα των ενζύμων εξαρτώμενων από το σίδηρο).

Το κοιλιακό άλγος στην αλλοτριοφαγία αποδίδεται στη δυσκοιλιότητα, στην απόφραξη ή διάτρηση του γαστρεντερικού σωλήνα, καθώς και σε εγκολεασμό αυτού. Ο ακτινολογικός έλεγχος μπορεί να αποβεί διαγνωστικός σε περίπτωση βρώσης ακτινοσκιερών ουσιών.¹³

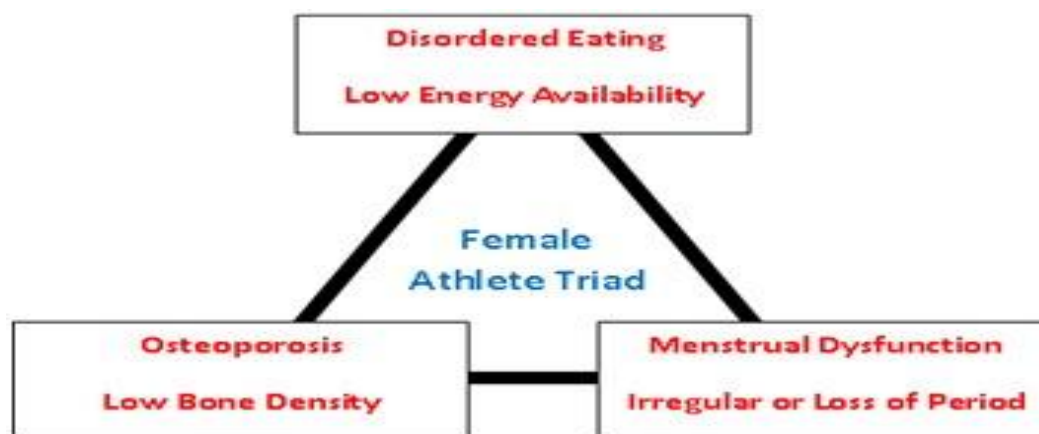
7.2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-IV ΤΗΣ ΑΛΛΟΤΡΙΟΦΑΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

- Το παιδί τρώει επίμονα μη θρεπτικές ουσίες για μια περίοδο 1 μήνα.
- Το ότι τρώει μη θρεπτικές ουσίες δεν ταιριάζει με το αναπτυξιακό του επίπεδο.

→ Η συμπεριφορά αυτής της πρόσληψης δεν αποτελεί μέρος κάποιας πολιτισμικά επικυρωμένης πρακτικής.

Εάν η συμπεριφορά αυτής της πρόσληψης συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής (π.χ. Διανοητική καθυστέρηση, Βαριά εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης, Σχιζοφρένεια) είναι αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτεί ανεξάρτητη κλινική προσοχή.¹³

7.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ: Η ΤΡΙΑΔΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΑΘΛΗΤΡΙΑΣ:



Η Αθλητική Τριάδα ή αλλιώς Τριαδικό Σύνδρομο των αθλητριών αναφέρεται σε τρεις αλληλένδετες καταστάσεις,

Διαταραχές λήψης τροφής-Διαταραχές - έμμηνου κύκλου-Μειωμένη - οστική πυκνότητα, και αποτελεί παθολογική κατάσταση. Η συχνότητα εμφάνισής της έχει αυξηθεί κατακόρυφα τα τελευταία χρόνια καθώς ολοένα αυξάνεται και ο γυναικείος αθλητικός πληθυσμός.

Παρότι η συμμετοχή σε διάφορα αθλήματα παρουσιάζει εξαιρετικά πλεονεκτήματα για τη γυναίκα και την υγιή αύξηση ενός νέου ατόμου, συχνά, τα όρια της άσκησης γίνονται υπερβολικά με αποτέλεσμα νεαρές αθλήτριες να εκδηλώνουν προβλήματα υγείας σχετιζόμενα με την έντονη άσκηση.

Η αθλητική τριάδα αφορά αθλήτριες που ασχολούνται με την γυμναστική, το μπαλέτο, το πατινάζ, δρόμους μεγάλων αποστάσεων, ποδηλασία, κολύμβηση,

αθλήματα στα οποία το σωματικό βάρος αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την επιτυχία.²⁰

Αλλά και αθλήτριες πολεμικών τεχνών, ιππασίας και κωπηλασίας όπου το σωματικό βάρος χρησιμοποιείται ως κριτήριο συμμετοχής.³⁶

7.3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:

Ας δούμε τις τρεις καταστάσεις με τη σειρά:

1. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Στον χώρο του αθλητισμού, αν θεωρήσουμε τον όρο ως ένα δίκορφο παγόβουνο, σε κάθε κορυφή βρίσκονται οι Ψυχογενής Ανορεξία και Ψυχογενής Βουλιμία, παθολογικές καταστάσεις με ακριβή περιγραφή.

Το υπόλοιπο "παγόβουνο" συμπληρώνουν αμέτρητες συμπεριφορές και καταστάσεις, που είτε δεν πληρούν τα ακριβή κριτήρια των "κορυφών" είτε αποτελούν μεμονωμένες περιπτώσεις.

Στον αθλητισμό χρησιμοποιείται και ο όρος "αθλητική ανορεξία", *anorexia athletica*, ώστε να διαχωριστεί η παθολογική αυτή διαταραχή από τις διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με την επιδίωξη διατήρησης μικρού σωματικού βάρους για την επίτευξη υψηλών αθλητικών επιδόσεων. Τα κριτήρια διάγνωσης της αθλητικής ανορεξίας είναι:

1. Η επιδίωξη τελειότητας της σωματικής ικανότητας και των σωματικών ενεργειών,
2. Η ανταγωνιστικότητα,
3. Τα υψηλά προσωπικά κίνητρα,
4. Οι διαταραχές έμμηνου ρύσεως και η επιλογή μια τουλάχιστον ακατάλληλης μεθόδου απώλειας βάρους όπως η ασιτία, τα χάπια για δίαιτα, τα διουρητικά, τα καθαρτικά και η πρόκληση εμετών.

Αίτια

Στην πραγματικότητα όλες οι διατροφικές διαταραχές είναι ψυχοσωματικές διαταραχές που οφείλονται σε παράγοντες βιολογικούς, ψυχολογικούς, διαπροσωπικούς και κοινωνικοπολιτικούς όπως:

- Η έναρξη δίαιτας σε πολύ μικρή ηλικία ύστερα από σύσταση των προπονητών προκειμένου την βελτίωση της εμφάνισης.

- Η έναρξη ειδικής προπόνησης για κάποιο αγώνισμα από μικρή ηλικία χωρίς να διερευνάται εάν ο σωματότυπος που θα αναπτυχθεί κατά την ενηλικίωση θα είναι ο κατάλληλος για το αγώνισμα που έχει προεπιλεγεί.
- Η προσπάθεια για την "δημιουργία" του κατάλληλου σωματότυπου (όχι απαραίτητα σύστασης σώματος) για κάποιο αγώνισμα χωρίς αυτός δεν υπάρχει.
- Το έλλειμμα έγκυρων γνώσεων σχετικά με το σωστό τρόπο απώλειας βάρους ή ακόμα περισσότερο σχετικά με το σωστό τρόπο απώλειας σωματικού λίπους.
- Η αλλαγή ή η απώλεια προπονητή, την παρουσία του οποίου η αθλήτρια θεωρούσε εξέχουσας σημασίας για την καριέρα της ή η επιστροφή από ασθένεια ή τραυματισμό που είχαν ως αποτέλεσμα την ανικανότητα της αθλήτριας να προπονηθεί σε υψηλό επίπεδο.

Όσον αφορά τους βιολογικούς παράγοντες μπορεί να υπάρχει κάποια εκ γενετής προδιάθεση που εστιάζεται στη λειτουργία του υποθάλαμου ο οποίος ρυθμίζει βασικές λειτουργίες του σώματος όπως η όρεξη, το βάρος, η θερμοκρασία και γενικότερα η ομοιόσταση. Επίσης, αναφέρεται στατιστικά υψηλή συσχέτιση της ορμόνης γρελίνης με την νευρική ανορεξία.³⁶

7.3.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- Οι διατροφικές διαταραχές οδηγούν την αθλήτρια σε κακή κατάσταση θρέψης.
- Οι ανορεκτικού τύπου διαταραχές επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις στο ορμονικό σύστημα εξαιτίας του χαμηλού σωματικού λίπους (όχι τόσο του διαιτητικού).
- Οι βουλιμικού τύπου διαταραχές επιφέρουν κυρίως ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Πρέπει να υπογραμμιστεί όμως, πως πάνω απ' όλα συντηρούν το άτομο σε καταστάσεις που φθείρουν τον ψυχολογικό κόσμο του.

Γενικά, αναφέρονται οι επιπτώσεις στην ομαλή Φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος:

- Χαμηλότερο μεταβολικό ρυθμό εξαιτίας απώλειας μυϊκής μάζας αλλά και (στις ανορεκτικού τύπου διαταραχές) ανικανότητας σύνθεσης των θυροειδικών ορμονών.
- Πτώση της θερμοκρασίας του σώματος εξαιτίας χαμηλού ποσοστού λίπους σώματος, διαταραχή της λειτουργίας του υποθάλαμου ή του θυροειδούς αδένου.
- Μείωση της συχνότητας του καρδιακού ρυθμού, υπόταση ή αρρυθμίες.
- Τάση για εύκολη κούραση και υπνηλία.
- Σιδηροπενική αναιμία.
- Δέρμα σκληρό, ξηρό και ευαίσθητο κυρίως εξαιτίας της απουσίας της προστατευτικής ιδιότητας του λίπους αλλά και έλλειψης βιταμινών και μετάλλων. Αντίστοιχα αναφέρεται κακή υγεία μαλλιών.
- Περιορισμένη αμυντική ικανότητα και αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης λοιμώξεων.
- Στοματικές φθορές όπως διόγκωση των σιελογόνων αδένων, ουλίτιδες και φθορές στην αδαμαντίνη των δοντιών ή και ρήξη οισοφάγου εξαιτίας των εμέτων (όξινο γαστρικό περιεχόμενο).¹⁸

2. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΜΜΗΝΟΥ ΚΥΚΛΟΥ

Η φυσιολογία της ορμονικής ρύθμισης του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος είναι σύνθετη και ελέγχεται αυστηρά. Δεν θα αναφερθούμε εκτενώς στον φυσιολογικό ορμονικό κύκλο καθώς (βλέπε εικόνα πάραυτα) είναι ποικίλοι οι παράγοντες που τον επηρεάζουν και δεν αυτός ο στόχος μας εδώ. Αναφέρονται ονομαστικά οι ορμόνες GnRH, FSH, LH οι οποίες επηρεάζουν την παραγωγή και έκκριση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης.

Αίτια αμηνόρροιας:

- Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα έχουν προσεγγίσει το μηχανισμό πρόκλησης αθλητικής αμηνόρροιας και περιλαμβάνει πολλαπλές παραμέτρους, όπως είναι οι εξής:
- Η έντονη και εξαντλητική προπόνηση κατά την οποία παρατηρείται ακανόνιστη έκκριση GnRH λόγω υψηλού επιπέδου αδρεναλίνης που εκκρίνεται κατά την άσκηση.
- Το στρες που αποτελεί παράγοντα που καταπονεί σωματικά και ψυχικά την αθλήτρια. Σαν στρες, οι φυσιολόγοι περιγράφουν γενικά οποιοδήποτε

ερέθισμα που τελικά οδηγεί σε απάντηση του οργανισμού με αύξηση της έκκρισης της κορτιζόλης, της αδρεναλίνης (επινεφρίνη) και της νορεπινεφρίνης. Η διαδικασία άθλησης από μόνη της για τον οργανισμό είναι ερέθισμα που απαιτεί την ανταπόκρισή του μέσω απελευθέρωσης αυτών των ορμονών. Ο ακριβής μηχανισμός ανάμεσα στην πρόκληση αμηνόρροια και τις ορμόνες του στρες δεν είναι γνωστή αλλά γυναίκες με διαταραγμένο κύκλο παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα των ορμονών αυτών σε ηρεμία.

- Η μη ισορροπημένη διατροφή, ο υποσιτισμός, η έλλειψη σιδήρου και ψευδαργύρου.
- Η εμφάνιση αθλητικής αμηνόρροιας σχετίζεται και με τα μειωμένα επίπεδα σωματικού λίπους καθώς οι φυλετικές ορμόνες είναι λιπώδους φύσεως. Πάραυτα, δεν είναι άρρηκτα συνδεδεμένα, δηλαδή χαμηλά ποσοστά λίπους οδηγούν σε αμηνόρροια, καθώς η διαταραχή του κύκλου είναι πολύ πιο σύνθετα ρυθμιζόμενη αλλά και πολύ ιδιοσυγκρασιακή. Εξάλλου, υπάρχουν αθλήτριες με φυσιολογικά ποσοστά λίπους που έχουν αμηνόρροια και αθλήτριες με πολύ χαμηλά ποσοστά λίπους που έχουν φυσιολογικό κύκλο.
- Η χρήση ενέσιμων μορφών προγεστερόνης για αντισύλληψη.
- Οι διαταραχές ύπνου επίσης διαταράσσουν τον έμμηνο κύκλο.¹⁸

3. ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΟΣΤΙΚΗ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ

Η μειωμένη οστική πυκνότητα, το τρίτο μέρος του τριαδικού συνδρόμου, αναφέρεται στην πρόωρη και προοδευτική απώλεια της οστικής ουσίας του σκελετού, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση της μηχανικής αντοχής των οστών, το χαμηλό ποσοστό οστικής μάζας και την αύξηση της πιθανότητας πρόκλησης καταγμάτων. Σε προχωρημένο επίπεδο μπορεί να οδηγήσει σε οστεοπόρωση.

Αξίζει να αναφέρουμε πως η οστική μάζα αυξάνεται προοδευτικά από την αρχή της ζωής και η κορύφωση της λαμβάνει χώρα στην ηλικία των 20-30 χρόνων. Η ποσότητα όμως οστικής μάζας που εναποτίθεται μεταξύ 18-25 ετών είναι αρκετά μικρή σε σχέση με αυτή μέχρι τα 18 έτη. Από την ηλικία των 30 ετών η οστική μάζα μειώνεται κατά 0,3-0,5% το χρόνο αλλά από την εμμηνόπαυση και έπειτα η απώλεια είναι ραγδαία.

Η άσκηση και κυρίως η άσκηση με βάρη είναι θετικός παράγοντας αύξησης της οστικής μάζας. Πάραυτα, η υπερβολική άσκηση σε συνδυασμό με μειωμένη πρόσληψη κυρίως ασβεστίου, βιταμίνης D και γενικότερα κακής κατάστασης θρέψης

οδηγούν σε φθορά των οστών και μείωση της οστικής πυκνότητας.

Μια νεαρή αθλήτρια είναι δυνατό να αναπτύξει οστική πυκνότητα μιας 60χρονης φυσιολογικής γυναίκας χάνοντας οστική μάζα 2-6% το χρόνο με την συνολική απώλεια να φτάνει το 25%!.

Τα συνηθέστερα προβλήματα περιλαμβάνουν προβλήματα επιγονατίδας, ρήξη πρόσθιων χιαστών συνδέσμων, κάταγμα λεκάνης ή κάταγμα ισχίου.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη οστεοπενίας ή ακόμα και οστεοπόρωσης είναι κυρίως δύο:

- Αμηνόρροια και χαμηλό ποσοστό οιστρογόνων. Ο προστατευτικός ρόλος των οιστρογόνων στην υγεία των οστών είναι καθοριστικός και σύνθετος. Γενικά, η απώλεια οιστρογόνων έχει διπλή επίδραση στα οστά. Η εντερική και νεφρική ομοιόσταση ασβεστίου είναι λιγότερο αποδοτική με αποτέλεσμα την αυξημένη πρόσληψη ασβεστίου από τα οστά (ως αποθήκες ασβεστίου). Η ανεπάρκεια οιστρογόνων επιτρέπει στους οστεοκλάστες να επαναρροφούν το οστό με μεγάλη ικανότητα.
- Διατροφικές διαταραχές, κακή κατάσταση θρέψης, υποσιτισμός και μειωμένη πρόσληψη ασβεστίου.³⁶

7.3.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Τα σημαντικότερα προβλήματα του τριαδικού συνδρόμου είναι η ανωθυλακιορρηξία, οι διαταραχές του κύκλου, η αμηνόρροια, η οστεοπόρωση, η αυξημένη πιθανότητα πρόκλησης καταγμάτων, οι διαταραχές στον ψυχικό κόσμο του ατόμου και η μελλοντική μείωση των αθλητικών επιδόσεων.

Διαταραχή έμμηνου κύκλου

Η επαναφορά του έμμηνου κύκλου απαιτεί πολύ χρόνο(ίσως και χρόνια), μείωση των καταστάσεων στρες (ψυχολογικών και σωματικών όπως η άσκηση σε περίπτωση που υπερβαίνει τα όρια) αλλά πολύ συχνά και ορμονική θεραπεία.

Είναι εγκληματικό να παραβλέπεται, τόσο από τον κοινωνικό περίγυρο αλλά κυρίως από την ίδια την αθλήτρια, ως κατάσταση δεδομένη λόγω του αθλητισμού. Η έγκαιρη αντιμετώπιση υπό την καθοδήγηση γυναικολόγου είναι απαραίτητη για την μειωμένη οστική φθορά τουλάχιστον.

Μειωμένη Οστική πυκνότητα

Δυστυχώς η οστική πυκνότητα δεν αυξάνεται παρά μόνο εφόσον ακολουθηθεί αυστηρή ορμονική θεραπεία αλλά και πάλι με κύριο στόχο την μείωση της

συχνότητας φθοράς. Παράλληλα όμως αυξημένο κίνδυνο νεοπλασιών στους μαστούς.

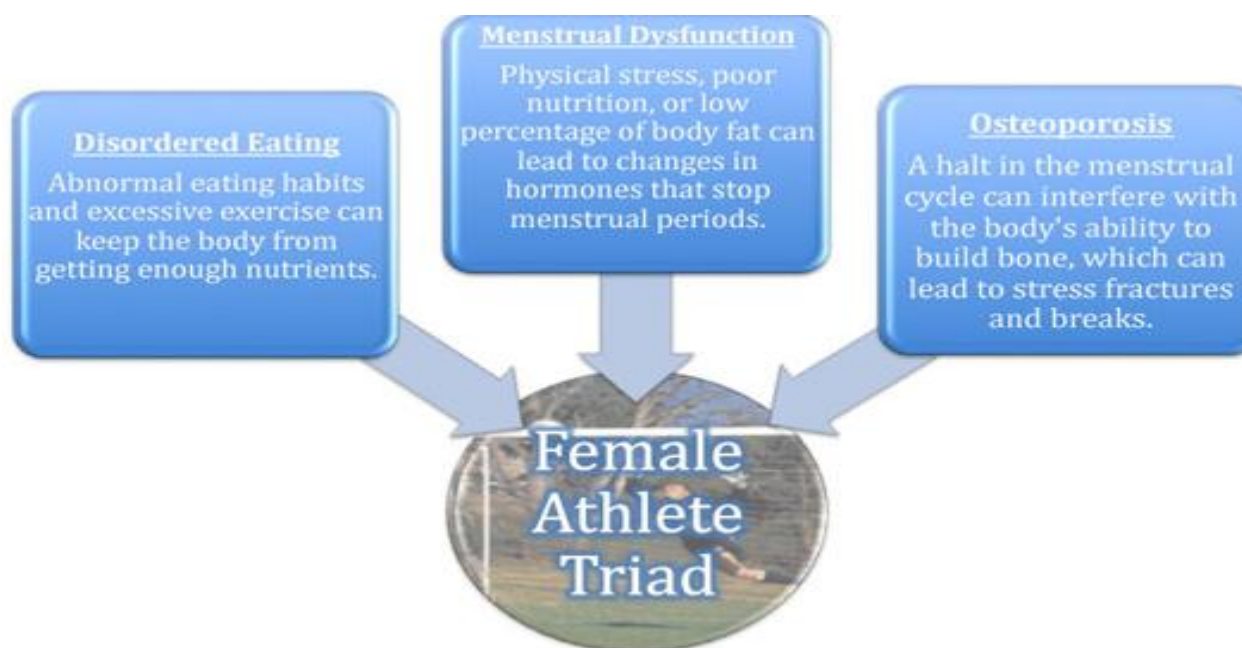
Διατροφικές διαταραχές

Οι διατροφικές διαταραχές, ως ψυχικής φύσεως ασθένειες, για την θεραπεία τους απαιτούν την συμβολή επαγγελματικής ψυχολογικής παρακολούθησης.

Η Διατροφική Αντιμετώπιση για την επαναφορά καλής κατάστασης θρέψης και υψηλών επιπέδων υγείας κρίνεται αναγκαία. Εξάλλου, με την σωστή καθοδήγηση οι διατροφικοί στόχοι μπορεί να επιτευχουν με μειωμένο κίνδυνο σοβαρότερων επιπλοκών στην σωματική και ψυχολογική υγεία.¹⁶

7.3.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ:

Οι αξιόλογες αθλητικές επιδόσεις συχνά συνοδεύονται από σημαντικές επιπτώσεις. Το κόστος των επιπτώσεων αυτών δεν περιορίζεται απλά στην "προσωπική επιλογή κοινωνικών θυσιών" αλλά σε πραγματικές, άμεσες ή μακροπρόθεσμες σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία της γυναίκας αθλήτριας. Η γρήγορη αναγνώριση του προβλήματος και η παρακολούθηση του γυναικείου αθλητικού κόσμου κρίνεται αναγκαία σε κάθε έντονη αθλητική προετοιμασία.¹⁸



Source: American Academy of Orthopaedic Surgeons

7.4 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΗΡΥΚΑΣΜΟΥ:

Το Σύνδρομο του μηρυκασμού είναι μια πάθηση που εμφανίζεται όταν οι άνθρωποι συνεχώς αναμασούν και είτε κάνουν εμετό ή εκ νέου καταπίνουν την τροφή τους. Παρά το γεγονός ότι το σύνδρομο περιγράφηκε για πρώτη φορά πριν αρκετά χρόνια, να συμβαίνει σε μικρά παιδιά με αναπτυξιακές δυσκολίες, τώρα αναγνωρίζεται ότι το σύνδρομο εμφανίζεται σε παιδιά και εφήβους με ανέπαφες στις γνωστικές δεξιότητες.

Το σύνδρομο αυτό συχνά συγχέεται με άλλα γαστρεντερικά προβλήματα η διατροφικές διαταραχές.⁴¹

Η διάγνωση της διαταραχής του μηρυκασμού δεν απαιτεί καμία διαγνωστική δύναμη, υπάρχουν όμως συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια που επαγγελματίες υγείας κάνουν διάγνωση. Τα συμπτώματα είναι:

7.4.1 Διάγνωση Κατά DCM-IV:

- Τουλάχιστον δυο μηνών ιστορικό επαναλαμβανόμενων ανώδυνων παλινδρομήσεων και εκ νέου μάσημα η την απομάκρυνση της τροφής.
- Η συμπεριφορά αρχίζει αμέσως μετά την κατάποση ενός γεύματος.
- Η συμπεριφορά δεν εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του ύπνου.
- Δεν υπάρχει καμιά τάση προς έμετο.
- Τα συμπτώματα δεν ανταποκρίνεται στις συνήθεις θεραπείες για γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.
- Δεν υπάρχουν ενδείξεις από φλεγμονώδες, ανατομικές, μεταβολικές ή νεοπλασματικές διαδικασίες αν και θεωρούνται πιθανό να αποτελούν μια εξήγηση με τα συμπτώματα του ασθενούς.

Ενώ αυτά τα συμπτώματα είναι κοινά σε ασθενείς με σύνδρομο μηρυκασμού ο κάθε ασθενής έχει μια διαφορετική παρουσίαση. Ορισμένοι ασθενείς αισθάνονται τον πόνο κατά την κατανάλωση τροφής, άλλοι αισθάνονται ναυτία ενώ μερικοί δεν έχουν αίσθηση όρεξης πριν την ύπαρξη μηρυκασμού.⁴¹

7.5 ΜΕΓΑΛΟΡΕΞΙΑ (bigorexia)- ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΔΩΝΗ:

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (ανορεξία, βουλιμία, υπερφαγία) χαρακτηρίζονται από ακραίες διατροφικές συμπεριφορές και/ ή έντονη εμμονή με την εξωτερική εμφάνιση (δεν έχουν όλες ως στόχο την εξωτερική εμφάνιση- κάποιες έχουν ως χαρακτηριστικό την εμμονή με την υγιεινή διατροφή). Σε όλο το φάσμα τους παρατηρείται το στοιχείο του καταναγκασμού: το να μην μπορεί το άτομο να χαλαρώσει ως προς μια πτυχή της ζωής του και να νιώθει εξαναγκασμένο είτε να φάει πολύ, είτε να κάνει εμετό, είτε να μη φάει καθόλου, είτε να κοιτάζεται διαρκώς σε ό,τι καθρέφτη κτλ. βρει.³⁴

Μια παρεμφερής διαταραχή είναι και η δυσμορφοφοβία. Η παθολογική εμμονή με κάποιο υπαρκτό ή όχι χαρακτηριστικό στην εξωτερική εμφάνιση και η διαρκής ενασχόληση με αυτό.

Μια κατάσταση που μπορεί να συνδυάσει πολλά από τα παραπάνω χαρακτηριστικά παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον και δεν έχει μελετηθεί αρκετά. Πρόκειται για την μεγαλορεξία (bigorexia), ή αντίστροφη ανορεξία ή μυϊκή δυσμορφοφοβία. Αφορά κυρίως άντρες, οι οποίοι θεωρούν ότι οι μύες τους ποτέ δεν είναι αρκετά μεγάλοι, με αποτέλεσμα να προσπαθούν διαρκώς (μέσω υπερβολικής άσκησης και ακραίας διατροφής) να αυξήσουν τη μυϊκή τους μάζα. Συχνά μάλιστα καταναλώνουν αμφίβολα συμπληρώματα διατροφής, νιώθουν έντονο και παράλογο φόβο (φοβία) αν παραλείψουν την προπόνηση ή αν δεν καταναλώσουν αρκετές πρωτεΐνες, ότι θα ατονήσει το μυϊκό τους σύστημα και θα συρρικνωθούν.

Δε θα πρέπει να βιαστούμε να βγάλουμε το συμπέρασμα ότι όποιος ασχολείται με τη γυμναστική και το χτίσιμο μυών πάσχει από κάτι τέτοιο. Για παράδειγμα, το body building είναι ένα άθλημα που, όπως όλα τα άλλα αθλήματα, φτάνει το σώμα στο μέγιστο των δυνατοτήτων του (απλώς η επίδοση σε αυτό το άθλημα είναι η σωματική διάπλαση, που είναι οπτικά εμφανής και ταυτισμένη συχνά στο μυαλό των ανθρώπων με χαρακτηριστικά όπως είναι ο ναρκισσισμός ή η επιθετικότητα- γι'αυτό και για πολλούς ενοχλητική). Δεν είναι σωστό να ταυτίζουμε το άθλημα αυτό με τη Μεγαλορεξία. Σε όλα τα αθλήματα μπορούμε να παρατηρήσουμε μια παθολογική

διάσταση από ένα σημείο και έπειτα. Μάλιστα, αν το γενικεύσουμε, σε όλες τις δραστηριότητες του ανθρώπου μπορεί να εμφανιστεί εμμονή με τη μέγιστη επίδοση. Πότε όμως το πράγμα παίρνει παθολογικές διαστάσεις; Αν παρατηρούνται έντονα χαρακτηριστικά καταναγκασμού, ιδεοληψίας, στρεβλών ιδεών, εμμονής ή και ναρκισσισμού, μπορεί να έχουμε ως αποτέλεσμα δυσμενείς επιπτώσεις στην οικογενειακή, προσωπική, κοινωνική ή και επαγγελματική ζωή ενός ατόμου. Αυτή είναι η διαχωριστική γραμμή- όταν αρχίσουν να εμφανίζονται επιπτώσεις στην υπόλοιπη ζωή εξαιτίας μιας δραστηριότητας.³⁷

Ο Pope είναι ο συγγραφέας του βιβλίου "το σύνδρομο του Άδωνη" και πρωτοπόρος εισηγητής της έννοιας της μεγαλορεξίας, της παθολογικής εμμονής και ανικανοποίητης δυσaréσκειας με τη μυϊκή μάζα του σώματος. Ο λόγος που ονομάστηκε και αντίστροφη ανορεξία είναι γιατί, όπως στην ανορεξία, παρατηρούμε τα εξής χαρακτηριστικά:

- υπερβολική ενασχόληση με το μέγεθος του σώματος (συχνό μέτρημα και/ή ζύγισμα, νοερά ή με χρήση μεζούρας ή ζυγαριάς)
- υπερβολική ενασχόληση με την εικόνα του σώματος (έλεγχος της αντανάκλασης του σώματος σε καθρέφτες, τζαμαρίες κτλ.)
- μη ικανοποίηση με την εικόνα σώματος και διαρκής επιθυμία για βελτίωσή του
- τελειοθηρία και υπερβολική αυστηρότητα με τον εαυτό
- υπερβολικό έλεγχο της διατροφής σε επικίνδυνο για την υγεία βαθμό
- αυτοκαταστροφικές τάσεις, κατάθλιψη, κυκλοθυμισμός
- επιρροή από πρότυπα για την εξωτερική εμφάνιση που επιτάσσουν οι βιομηχανίες της μόδας, της διαφήμισης, του κινηματογράφου, των ΜΜΕ.

Σε ακραίες περιπτώσεις στη μεγαλορεξία το άτομο φτάνει σε ακραίες και αμφίβολες για την υγεία συμπεριφορές, όπως χρήση αναβολικών ή αυξητικών ουσιών (π.χ. synthol). Οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία είναι εξίσου σημαντικές καθώς το μεγαλορεξικό άτομο είναι δυστυχισμένο, δεν του αρέσει ο εαυτός του και καταλήγει να παραμελεί άλλους τομείς της ζωής του εξαιτίας αυτής της εμμονής. Ουσιαστικά πρόκειται για μια συμπεριφορά η οποία προσφέρει έντονη ενασχόληση με κάτι, δημιουργώντας μια προσπάθεια διαχείρισης ή παράκαμψη της σκέψης από άλλα προβλήματα που απασχολούν το άτομο. Στόχος λοιπόν της αντιμετώπισης από ψυχολογικής άποψης είναι να αντιμετωπιστούν αυτά τα άλλα θέματα, να μάθει το

άτομο να φροντίζει με υγιή τρόπο τον εαυτό του και να γίνει αποκατάσταση της αυτοεκτίμησης και αυτοεικόνας του.³⁴



7.6 ΔΙΑΒΟΥΛΙΜΙΑ:

Είναι αλήθεια ότι η **βουλιμία** έχει πολλά πρόσωπα .Μια από τις διαβολικές πλευρές της και ίσως και η πιο επικίνδυνη είναι όταν η βουλιμία εισβάλλει στην ζωή των γυναικών που πάσχουν από ινσουλινο- εξαρτημένο διαβήτη. Η **Διαβουλιμία** αφορά άτομα με διαβήτη 1 που σκόπιμα παραλείπουν ή μειώνουν την ημερήσια δοσολογία της ινσουλίνης τους, με στόχο να χάσουν επιπλέον βάρος.³⁷

Όταν ο διαβήτης και η βουλιμία συναντηθούν μοιραία στην ζωή μια γυναίκας τότε η τύφλωση, το κώμα η ο ακρωτηριασμός είναι προ των πυλών με ανεξέλεγκτες συνέπειες για την ίδια τους την ζωή. Παρόλο που αυτός ο “γάμος” είναι μοιραίος κάποιες γυναίκες ενδίδουν σε αυτόν, αγνοώντας και την ίδια τους την ζωή καθώς η βουλιμία κυριαρχεί στην καθημερινότητα τους. Περίπου το 30% -40% των νεαρών γυναικών με διαβήτη 1 πάσχουν από νευρική βουλιμία, καθώς οι έρευνες δείχνουν ότι οι έφηβες με διαβήτη 1 έχουν 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν Διατροφική Διαταραχή. Ο λόγος είναι ότι η επιτυχής διαχείριση του διαβήτη 1 καθιστά τον έλεγχο της τροφής ως βασική προϋπόθεση για την σταθεροποίηση της νόσου. Έτσι η συνεχής ενασχόληση με την τροφή και η διαταραγμένη **εικόνα σώματος** μπορούν να λειτουργήσουν ως εφελτήριο για την Διατροφική Διαταραχή.

7.6.1 Τα βασικά χαρακτηριστικά της Διαβουλιμίας είναι:

- Απώλεια βάρους μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα.
- Αύξηση βάρους με έκφραση δυσφορίας και δυσαρέσκειας για αυτό το θέμα.
- Τρώει την ίδια ποσότητα αλλά συνεχίζει να χάνει βάρος.
- Αλλάζει σημαντικά την διατροφή.

- Θεωρεί ότι είναι παχιά παρόλο που οι γύρω της την διαβεβαιώνουν για το αντίθετο.
- Έχει εμμονή να είναι λεπτή η να συγκρίνεται με άλλους λεπτούς ανθρώπους.
- Πηγαίνει συχνά στην τουαλέτα (συχνουρία).
- Περνά πολύ ώρα στην τουαλέτα μετά από γεύμα (χρησιμοποιεί μεθόδους εκκαθάρισης πχ. πρόκληση εμετού η χρήση καθαρτικών).
- Διψάει περισσότερο από το φυσιολογικό.
- Το επίπεδο γλυκόζης στο αίμα είναι πάντα υψηλό.
- Κρύβει τις τροφές σε περίεργα μέρη.
- Αρνείται να πάρει την δόση της ινσουλίνης μπροστά σε άλλα μέλη της οικογενείας.
- Είναι συχνά κουρασμένη, παρουσιάζει αστάθεια, ακόμα και λιποθυμία.
- Ευερέθιστη με εναλλαγές στην διάθεση.
- Έλλειψη ξεκάθαρης σκέψης, μπορεί να είναι παράλογη και σε σύγχυση.
- Άρνηση ιατρικής βοήθειας.
- Εμμονή με την τελειότητα.³⁷

Διαβητική οξέωση συμβαίνει όταν το σώμα καίει αντί για γλυκόζη, λίπος ως καύσιμο κατά συνέπεια τοξίνες να απελευθερώνονται στο αίμα και ο κίνδυνος θανάτου να είναι άμεσος.

7.6.2 Η θεραπεία της Δια βουλιμίας έχει ως βασικούς στόχους:

α) την κινητοποίηση για τις αλλαγές που θα χρειαστεί να κατακτηθούν όπως η σταθεροποίηση της γλυκόζης στο αίμα μέσω της ινσουλινοθεραπείας,

β) την αναδόμηση των άκαμπτων και ακραίων σκέψεων γύρω από την τροφή και σώμα

γ) μείωση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών.³⁷



7.7 DRUNKOREXIA:

Η επικίνδυνη «μόδα» ήρθε και στην Ελλάδα, μετά την νευρική ανορεξία πλέον αντιμετωπίζουμε και άλλες «αδερφές» της ασθένειες εξίσου επικίνδυνες. Ο λόγος γίνεται για την drunkorexia (από τις λέξεις drunk = μεθυσμένος και anorexia), μία ασθένεια που θέλει τους ανθρώπους να παραλείπουν ολόκληρα γεύματα για να μπορούν να βγουν και να μεθύσουν, χωρίς να παχύνουν!³⁸

Η “drunkorexia” εμφανίστηκε και πλήττει κυρίως τις νεαρές φοιτήτριες που επιθυμούν να συμβαδίζουν με το πρότυπο του αδύνατου σώματος. Η εκπρόσωπος του Ιδρύματος Διατροφικών Διαταραχών Naomi Craft, αναφέρει ότι έρευνα έχει δείξει ότι η κατάχρηση αλκοόλ συνυπάρχει με τις διατροφικές διαταραχές, αφού το 50% των γυναικών με διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι πιθανό να εμφανίσουν πρόβλημα αλκοολισμού. Όπως και οι διατροφικές διαταραχές (ανορεξία και βουλιμία), έτσι και η drunkorexia προέρχεται από την επιθυμία/ανάγκη να είναι όσο το δυνατόν πιο αδύνατες. Επιπλέον, ερευνητές υποστηρίζουν ότι έχει παρατηρηθεί σε νεαρές γυναίκες να παραλείπουν γεύματα προκειμένου να μπορέσουν στη συνέχεια να τα πιουν με τις φίλες τους! Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε “drunkorexia”.³⁹

Μια ομάδα ερευνητών από το πανεπιστήμιο του Missouri τονίζει τους κινδύνους της μη πρόσληψης τροφής (και κατά συνέπεια, μείωσης των προσλαμβανόμενων θερμίδων) με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, ο συνδυασμός των οποίων μπορεί να βλάψει ζωτικά όργανα. Σύμφωνα με μια άλλη μελέτη, που παρουσιάστηκε νωρίτερα φέτος στην Εταιρεία Έρευνας για τον Αλκοολισμό, οι ερευνητές μελέτησαν τη σχέση ανάμεσα στην κατάχρηση αλκοόλ και τη “διαταραγμένη” πρόσληψη τροφής, (συμμετείχαν 1000 φοιτητές, εκ των οποίων οι γυναίκες αποτελούσαν το 25% και οι άνδρες το 11%). Η Victoria Osborne (επίκουρη καθηγήτρια δημόσιας υγείας) τόνισε τους γνωστικούς, συμπεριφορικούς και σωματικούς κινδύνους που ελλοχεύει αυτή η συμπεριφορά: “Το να στερεί κάποιος τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά από τον εγκέφαλο και να καταναλώνει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ είναι επικίνδυνο”.⁴⁰

Η drunkorexia έχει μεγαλύτερη δημοτικότητα στις φοιτήτριες διότι όταν η υγεία κονταροχτυπιέται με την ομορφιά, την διασκέδαση και το αλκοόλ τότε δυστυχώς

βγαίνει... ηττημένη. Αν και δεν έχει ακόμη προσδιοριστεί ως διατροφική διαταραχή γιατί βρίσκεται στην αρχή της, η δημοτικότητα της αυξάνεται μήνα με το μήνα και οι ειδικοί δεν κρύβουν την ανησυχία τους. Όσοι εξοικονομούν θερμίδες όλη την ημέρα, για να τις καταναλώσουν υπό μορφή αλκοόλ στην έξοδο τους, δεν γνωρίζουν ότι η υγεία τους αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα. Αυτό είναι απόλυτα λογικό εφόσον σε μικρές ποσότητες το αλκοόλ μπορεί να είναι ευεργετικό αλλά η κατάχρηση σε συνδυασμό με την αφαγία μπορεί να γίνει εξαιρετικά επικίνδυνη..

Ουσιαστικά λοιπόν ο εγκέφαλος δεν παίρνει τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά που έχει ανάγκη και επίσης βρίσκεται «αντιμέτωπος» με το αλκοόλ. Δηλαδή, πλήρη καταστροφή. Και σαν να μην έφτανε αυτό, έρευνες δείχνουν πως όσοι πέφτουν θύματα της *drunkorexia* δηλώνουν πως με αυτόν τον τρόπο εξοικονομούν χρήματα από το φαγητό. Αν είναι δυνατόν να συγκρίνουμε το φαγητό με το αλκοόλ και πάνω από την υγεία μας να βάζουμε τα χρήματα.³⁸

7.7.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:

Βεβαίως η παράλειψη γευμάτων δεν οδηγεί από μόνη της σε κάποια διατροφική διαταραχή ωστόσο είναι σημαντικό να ερευνηθεί για ποιο λόγο τα άτομα ωθούνται στην υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ επιδιώκοντας ταυτόχρονα να αποφύγουν να πάρουν κιλά. Κάποιος που θέλει απλώς να μεθύσει ή να πει περισσότερο ξέρει τον τρόπο.

Όταν όμως ταυτόχρονα θέλει να αποκτήσει ή να διατηρήσει ένα ιδεατό βάρος τότε πιθανόν να υπάρχει πίσω κάποια δυσαρέσκεια για το σώμα, όπως επισημαίνει και η Sieukaran.³⁹

Ενδεχομένως, οι κοινωνικές πιέσεις για ένα τέλειο σώμα, ένα λεπτό σώμα [όπως προβάλλεται στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης], υποβόσκων φόβος αύξησης βάρους από την κατανάλωση αλκοόλ και η μειωμένη ικανοποίηση με το σώμα τους, να είναι οι λόγοι που συνδέονται με την εκδήλωση της *drunkorexia*.

Στα άτομα με *drunkorexia* φαίνεται ότι υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να εκδηλώσουν κάποια διατροφική διαταραχή (αν δεν έχει ήδη εμφανιστεί).

Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις η *drunkorexia* συνδέεται με συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή στην οποία το αλκοόλ αποτελεί το μέσο που διευκολύνει την εκκαθαριστική συμπεριφορά [έμετος] ή την διαχείριση στρεσογόνων καταστάσεων

που συνδέονται με το φαγητό.³⁹

7.7.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ:

- Οι γυναίκες που υιοθετούν αυτή τη «μόδα» στερούν από τον οργανισμό τους βιταμίνες, λιπαρά οξέα, πρωτεΐνες, μέταλλα, ιχνοστοιχεία και υδατάνθρακες
- Η κατάσταση μέθης επέρχεται πιο γρήγορα ιδίως όταν το στομάχι είναι άδειο.
- Μπορεί ακόμη να οδηγήσει σε διατροφικές διαταραχές ή προβλήματα εθισμού, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς, δηλητηρίασης από αλκοόλ, επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς και χρόνιων ασθενειών στη μετέπειτα ζωή τους.
- Ο συνδυασμός αυτός μπορεί να προκαλέσει βραχυπρόθεσμες, αλλά και μακροπρόθεσμες γνωστικές “βλάβες”, όπως η δυσκολία συγκέντρωσης, μελέτης και λήψης απόφασης.
- Επίσης, τα άτομα με drunkorexia βιώνουν αρνητικές αλλαγές στην εξωτερική τους εμφάνιση, στα κίνητρά τους, στις σωματικές ικανότητες, στη διάθεση, στα αποθέματα ενέργειας καθώς και στην αυτοεκτίμηση.

Μακροπρόθεσμα οι νέοι που εφαρμόζουν την drunkorexia εκδηλώνουν επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές και νοσηλεύονται πιο συχνά λόγω της αυξημένης κατανάλωσης αλκοόλ όπως δήλωσε η επικεφαλής της έρευνας του Simon Fraser University (SFU) Daniella Sieukaran.

Η συγκεκριμένη έρευνα είναι η πρώτη στο χώρο που εξετάζει τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της drunkorexia σε δείγμα 227 σπουδαστών του Πανεπιστημίου του Toronto York, ηλικίας 17-21 ετών, για διάστημα τεσσάρων μηνών.³⁹



7.7.3 ANΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ:

Συγκεκριμένη θεραπευτική αντιμετώπιση δεν μπορεί να προταθεί καθώς δεν είναι ξεκάθαρο αν η drunkorexia συνιστά μια νέα μορφή διαταραχής, ωστόσο το θεραπευτικό πλάνο οφείλει να περιλάβει και τις δύο εκφάνσεις:

α) του αλκοολισμού και

β) της διατροφικής διαταραχής.

Ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα διπλής διάγνωσης (η διπλή διάγνωση αφορά τη συνύπαρξη εξάρτησης/εθισμού (drug addiction) και ψυχιατρικής/ψυχολογικής διαταραχής (mood disorder)] με τη διεπιστημονική συνεργασία εξειδικευμένου ψυχιάτρου, ψυχολόγου, διατροφολόγου, γιατρού ή και εναλλακτικών θεραπειών είναι σημαντικό για τη διαχείριση αυτής της κατάστασης).⁴⁰

7.7.4 Το θεραπευτικό πλάνο με βάση τη διπλή διάγνωση ενδεικτικά χρειάζεται να περιλαμβάνει:

- εκπαίδευση σχετικά με τον εθισμό
- εκπαίδευση σχετικά με τη διπλή διάγνωση
- διαχείριση του εθισμού και της διαταραχής
- ατομικές και ομαδικές συνεδρίες
- εκπαίδευση σε δεξιότητες
- προγράμματα για την οικογένεια
- σχέδια για διατήρηση υγείας [πρόληψη υποτροπής].⁴⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ:

Η νοσηλευτική είναι επάγγελμα φροντίδας και κατά τους Baines et al (1991) απαιτείται διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια και έχει ως στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του αρρώστου, την φυσική φροντίδα και την ψυχολογική του υποστήριξη.

Χαρακτηρίζεται ως συναισθηματική με την έννοια ότι δημιουργεί την αίσθηση στον αποδέκτη

της φροντίδας, ότι φροντίζεται με προθυμία σε ασφαλές περιβάλλον, το οποίο διευκολύνει την έκφραση της συγκίνησης και των προβληματισμών του.

Οι νοσηλευτές, η μεγαλύτερη ομάδα των επαγγελματιών μέσα στο σύστημα υγείας, αποτελούν έναν κρίσιμο παράγοντα στον προσδιορισμό της ποιότητας της φροντίδας στα νοσοκομεία και της εξέλιξης της πορείας της υγείας των ασθενών.

Οι νοσηλευτές από τα χαρακτηριστικά του ρόλου τους όντας 24 ώρες το 24ωρο κοντά στον ασθενή, διαμορφώνουν τον διάμεσο μεταξύ του ασθενούς και του νοσοκομείου και είναι οι πρώτοι που αναζητούνται για να ικανοποιήσουν τις αυξημένες προσδοκίες των ασθενών, του περιβάλλοντός τους, αλλά και των άλλων παραγόντων του συστήματος υγείας και εισπράττουν τις απογοητεύσεις όταν δεν ικανοποιούνται αυτές οι προσδοκίες

Οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές δεν χαρακτηρίζονται από ομοιογένεια. Τα συμπτώματα μπορεί να διαφέρουν ως προς τη δριμύτητα, συχνότητα και μορφή και μπορεί να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, καθώς και ομοιότητες με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Μια αρχική συνέντευξη είναι απαραίτητη και αποφασιστική για την εγκαθίδρυση μια σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Το κλίμα αποδοχής, που θα πρέπει να δημιουργήσει ο νοσηλευτής, θα επιτρέψει στον ασθενή να εκφραστεί με ειλικρίνεια για την κατάσταση του.

Ταυτόχρονα μέσα από τη συζήτηση ο νοσηλευτής προσδιορίζει τη δύναμη των εσωτερικών κινήτρων και τις ψυχικές αντοχές του ασθενή. Για το σκοπό αυτό



συλλέγονται πληροφορίες που αφορούν στη διάρκεια των διατροφικών διαταραχών, στο βαθμό σοβαρότητας των συμπτωμάτων, στην ψυχολογική πίεση που προκαλείται από αυτά τα συμπτώματα, καθώς και σε προηγούμενες προσπάθειες θεραπείας.

Ως προς το βιολογικό τομέα, η συνέντευξη θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα λεπτομερές ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό καθώς και προσεκτική παρατήρηση των βασικών συμπτωμάτων της ασθένειας (π.χ. απίσχναση, βραδυκαρδία κ.τ.λ.) των οποίων η διάρκεια και η δριμύτητα επηρεάζουν τη θεραπευτική διαδικασία. Για την μετέπειτα διατροφική αποκατάσταση είναι πολύτιμη κάθε πληροφορία για το βάρος και τη διατροφική συμπεριφορά του ασθενούς.

Ερωτήσεις σχετικές με το μέγιστο ή ελάχιστο βάρος που έχει φτάσει ο ασθενής, με δίαιτες που πιθανόν έχει ακολουθήσει και χρήση καθαρτικών είναι απαραίτητο να γίνουν ακόμα και αν ο ασθενής δυσανασχετεί γι' αυτές. Τέλος, πληροφορίες για τις συνήθειες ύπνου του ασθενούς, καθώς και για τη συχνότητα και την ένταση που αυτός ασκείται σωματικά, συμπληρώματα της νόσου, αυτά θα πρέπει να ελέγχουν λεπτομερώς, ακόμα και αν ο ασθενής τα αρνείται ή προσπαθεί να τα ελαχιστοποιήσει. Συμπτώματα, όπως κατάθλιψη ή άλλες ψυχικές διαταραχές, καθώς και οριακές διαταραχές προσωπικότητας απαιτούν μεγαλύτερη προσοχή γιατί συμπεριφορές που σχετίζονται με τέτοιες διαταραχές μπορούν να οδηγήσουν μέχρι και σε αυτοκτονία. Σημαντικό είναι επίσης να ερευνηθεί οποιοδήποτε ιστορικό σεξουαλικής ή ψυχολογικής βίας, αφού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αναφέρονται τέτοια περιστατικά.

Συμπτώματα όπως μελαγχολία, άγχος, εμμονές ιδέες, παρορμητικότητα πρέπει να προσδιοριστούν μετά από εξέταση του διανοητικού επιπέδου του ασθενούς.

Πληροφορίες σχετικές με το πώς αντιλαμβάνεται ο ασθενής το φαγητό και το βάρος με το πόσο έντονα αυτά τον απασχολούν καθώς και με τα φαγητά τα οποία ο ασθενής θεωρεί απαγορευμένα αποδεικνύονται πολύ χρήσιμες κατά την μετέπειτα θεραπευτική διαδικασία.

Επίσης πολύτιμες θεωρούνται οι προσδοκίες του ίδιου του ασθενή για το αποτέλεσμα της θεραπείας του καθώς και οποιεσδήποτε δικές του προτάσεις για τη διεξαγωγή αυτής της θεραπείας. Εξίσου σημαντική είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ των συμπτωμάτων της νόσου και της κοινωνικής ζωής του ασθενούς. Η επαγγελματική ή η σχολική του επίδοση, τα κάθε είδους ενδιαφέροντα του, οι σχέσεις του εκτός της οικογένειας, καθώς και η δύναμη των οικογενειακών σχέσεων πολύ συχνά συντηρούν ή επιδεινώνουν τη διαταραχή.

8.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ:

A) Τρόποι αποκατάσταση ψυχικής υγείας:

1. Ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και επιστημονικού συμβούλου υγείας, ειδικού για την περίπτωση.
2. Ο ασθενής μαθαίνει να παραδέχεται ότι η αύξηση βάρους και η αλλαγή του περιγράμματος του σώματος κατά την εφηβεία ή την εγκυμοσύνη είναι φυσική.
3. Ο ασθενής μαθαίνει να αντιλαμβάνεται τις ανάγκες του για τα θρεπτικά συστατικά και τις θερμίδες και να μαθαίνει τον τρόπο να τα λαμβάνει.
4. Πρέπει να ενημερώνεται ο ασθενής και όλη η οικογένεια του ώστε το πρόβλημα να γίνει γνωστό σε όλους.
5. Χρειάζεται στενή παρακολούθηση του ασθενούς από τον σύμβουλο της υγείας.
6. Χρειάζεται χρόνος και υπομονή από όλους τους ενδιαφερομένους.

B) Αρχές μιας θρεπτικής δίαιτας:

Το διαιτολόγιο που εφαρμόζεται στη νευρική ανορεξία είναι υπερθερμιδικό, υπερπρωτεϊνικό και επαρκές στις λοιπές θρεπτικές ουσίες κύριες και συμπληρωματικές. Για την αποκατάσταση του ισοζυγίου και την επίτευξη θετικού ισολογισμού ενεργείας και αζώτου είναι απαραίτητη η πρόσληψη άνω των 3000 θερμίδων και άνω των 100 γραμμαρίων πρωτεϊνών ανά 24ωρο. Η επαρκής πρόσληψη νερού και ινών στοιχείων συμβάλει στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας που χαρακτηρίζει την πάθηση. Το υπερθερμιδικό διαιτολόγιο εξυπηρετεί καλύτερα όταν η πάσχουσα πείθεται να χρησιμοποιήσει συμπυκνωμένες ή συνδυασμένες τροφές όπως το ζαχαρούχο γάλα, τοστ, γλυκίσματα με ξηρούς καρπούς.

Γ) Αύξηση της αυτοπεποίθησης και των ικανοτήτων αντιμετώπισης των προβλημάτων:

1. Το άτομο μπορεί να βοηθηθεί να αναπτύξει μια καλύτερη εικόνα για τον εαυτό του, μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και καλύτερες τεχνικές επίλυσης προβλημάτων μέσω ομαδικής ή ατομικής θεραπείας.

2. Ο ασθενής και η ομάδα παροχής υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν ότι τα πτωγυρίσματα είναι φυσιολογικά και θα πρέπει να γίνονται αποδεκτά με ηρεμία.

3. Οι κοινωνικές συνθήκες είναι συνήθως πολύ αγχωτικές για το άτομο με διατροφική διαταραχή. Πρέπει να μάθει σωστούς τρόπους αντιμετώπισης των διαπροσωπικών σχέσεων παρά να επικεντρώνεται στο φαγητό.

Δ) Εκπαίδευση:

Η ασθενής μπορεί να εκπαιδευτεί στο να ελέγχει τους τρόπους διατροφής της εφαρμόζοντας σωστές συνήθειες.¹⁶

8.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ:

- ✓ Εκτίμηση διατροφικής κατάστασης
- ✓ Εκτίμηση χρονικότητας εμμήνου ρύσεως
- ✓ Εκτίμηση σεξουαλικής δραστηριότητας
- ✓ Προσδιορισμός εμέτων
- ✓ Προσδιορισμός καθαρτικών-διουρητικών
- ✓ Ερωτήσεις για χρήση άλλων ουσιών
- ✓ Ερωτήσεις για συνήθειες σωματικής άσκησης
- ✓ Ιστορικό ύπνου
- ✓ Αξιολόγηση για κατάθλιψη
- ✓ Αξιολόγηση κοινωνικότητας
- ✓ Λήψη οικογενειακού ιστορικού

8.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ

Ο ασθενής θα πρέπει:

- Να τρώει χωρίς επίβλεψη
- Να γνωρίζει για τη διατροφική διαταραχή την οποία πάσχει
- Να γνωρίζει τους κινδύνους του υποσιτισμού
- Να γνωρίζει τις ανάγκες του οργανισμού του
- Να αυξήσει και να σταθεροποιήσει το βάρος του
- Να κοινωνικοποιηθεί και να βελτιώσει τις σχέσεις με τον κοινωνικό και οικογενειακό περίγυρο

Οι γονείς πως μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά τους:

- ✓ Επαναπροσδιορίστε τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις που έχετε από τα παιδιά σας
- ✓ Μη τα συγκρίνετε με εσφαλμένα πρότυπα ομορφιάς
- ✓ Μην τα πιέζετε να κάνουν δίαιτα με αντάλλαγμα την αγάπη σας
- ✓ Ενημερώστε τα για τους κινδύνους από τις δίαιτες και την υπεραπασχόληση με το σωματικό βάρος τους και την εικόνα του εαυτού τους.
- ✓ Επιλέξτε τα οφέλη της υγιεινής και ισορροπημένης διατροφής
- ✓ Διδάξτε τα να αποφεύγουν διακρίσεις και στερεότυπα όσων αφορά την ομορφιά, το βάρος, την αναπηρία, την ασθένεια
- ✓ Αποτρέψτε τα από το να πειράζουν και να κριτικάρουν άτομα με διατροφικές διαταραχές
- ✓ Εμπνεύστε τα να αθλούνται για την χαρά της άσκησης και της κοινωνικοποίησης και την προαγωγή της υγείας τους
- ✓ Εμπνεύστε στα παιδιά την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθηση με πνευματικές, κοινωνικές και αθλητικές δραστηριότητες
- ✓ Δώστε την ενθάρρυνση και την ισότητα που χρειάζονται για να νιώσουν όμορφα με το σώμα, την προσωπικότητα τους, τα προτερήματα και τα ελαττώματα τους
- ✓ Με ήπιο αλλά αποφασιστικό τρόπο προτρέψτε το παιδί να αναζητήσει την βοήθεια ενός ειδικού.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ:

Τα συμπεράσματα αυτής της πτυχιακής μελέτης θα μπορούσαν να θεωρηθούν πηγή γρήγορης ενημέρωσης και καλός σύμβουλος ατόμων που πιστεύουν ότι αναγνωρίζουν μερικά από τα στοιχειωμένα σημάδια της μαστιγας που σήμερα ονομάζεται νευρική ανορεξία, αλλά και της νευρικής βουλιμίας καθώς και των υπόλοιπων διατροφικών διαταραχών. Οι διατροφικές διαταραχές όπως έχουν δείξει αρκετές μελέτες, δεν κατανέμονται τυχαία στον πληθυσμό. Οι νεαρές θηλυκές αποτελούν την πιο ευπαθή ομάδα. Συγκεκριμένα, η νευρική ανορεξία κάνει την εμφάνιση της κυρίως στην ηλικία της μέσης εφηβείας όπου όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά στο ένθετο «Ιατρικά» της Ελευθεροτυπίας, 18-2-03, μια στις 100 κοπέλες από 12-18 ετών, θα πέσει θύμα της νευρικής (ψυχογενούς) ανορεξίας, ενώ από τις κοπέλες που θα πλήξει αυτή η αρρώστια, το 5-20% θα καταλήξει στο θάνατο.

Τα αίτια που την προκαλούν ποικίλουν. Παρουσιάζεται κυρίως στην εφηβεία καθώς όπως αναφέρει ο Dr Alain Meunier (ψυχίατρος- ψυχοθεραπευτής) «Η ηλικία αυτή είναι μια κατάσταση πραγματικής αναγέννησης, με τους δικούς της μηχανισμούς, τα δικά της στοιχήματα και απρόοπτα». Σε αυτή την πολύ δύσκολη μετάβαση, κατά την οποία πραγματοποιείται η εγκατάλειψη της παιδικής ηλικίας και της γονικής ασφάλειας και η/ο νεαρά/ός ανοίγεται σε ένα πέρασμα άγνωστων κανόνων ζωής, οποιεσδήποτε άλτες συγκρούσεις, στέρησεις, ανασφάλειες και τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας έρχονται να δυσκολέψουν ακόμα και να ανατρέψουν την ομαλή πορεία προς την ενηλικίωση.

Παρατηρείται ότι η νευρική ανορεξία καθώς και η νευρική βουλιμία ταλαιπωρεί ολοένα και μεγαλύτερη μερίδα ανθρώπων και κυρίως γυναικών. Η παράσταση του μέσου όρου για το σημείο επικράτησης της νευρικής βουλιμίας ανάμεσα σε νεαρές γυναίκες, χρησιμοποιώντας αυστηρά διαγνωστικά κριτήρια είναι περίπου 1000 ανά 100.000 (1%) στις ηλικίες 14-40 όπου μόλις το 6% αυτών ομολογούν επεισόδια βουλιμίας κάθε εβδομάδα. Εδώ οι παράγοντες πρόκλησης είναι πολλοί και διάφοροι ενώ οι θεραπείες φαίνονται αισιόδοξες. Όπως στην νευρική ανορεξία, έτσι και την νευρική βουλιμία ο κίνδυνος είναι άμεσος και οδηγεί στον θάνατο. Με δεδομένο αυτό προτείνουμε σε όσους αναγνωρίζουν συμπτώματα των παραπάνω παθήσεων στους εαυτούς τους ή σε άλλους ανθρώπους γύρω τους να απευθυνθούν στους ειδικούς για βοήθεια, καθώς μόνο έτσι μπορούμε να προλάβουμε μια σοβαρή ταλαιπωρία με

άγνωστες συνέπειες και κατάληξη. Τα νοσοκομεία, τα ιατρικά κέντρα, διάφοροι ενημερωτικοί φορείς καθώς και εξωνοσοκομειακοί ιατροί, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι, νοσηλευτές και άλλοι σύμβουλοι υγείας μπορούν να προσφέρουν κατευθυντήριες γραμμές στα άτομα τα οποία εμφανίζουν συμπτώματα των παραπάνω παθήσεων.

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι σύνθετες και πολύ-παραγοντικής αιτιολογίας διαταραχές, που προσβάλλουν κατά βάση έφηβες κοπέλες και νεαρές ενήλικες γυναίκες. Οι γενικοί ιατροί διαδραματίζουν έναν κριτικής σημασίας ρόλο στην αναγνώριση και θεραπεία αυτών των διαταραχών. Η έγκαιρη διάγνωση αυτών των διαταραχών συμβάλλει σημαντικά στη θετική θεραπευτική εξέλιξη, αλλά παρεμποδίζεται συχνά από τα ισχυρά συναισθήματα μυστικοπάθειας, άρνησης, και ντροπής από μέρους του ασθενούς. Αν και τα άτομα που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής μπορεί ν' αρνούνται τη θεραπεία, η γεμάτη κατανόηση προσέγγιση μιας διεπιστημονικής ομάδας, που θα εστιάζει στις ιατρικές, ψυχολογικές αλλά και διατροφικές ανάγκες των ατόμων αυτών, θα μπορούσε να ενισχύσει σε σημαντικό βαθμό την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Σε έναν κόσμο όπου η εξωτερική εμφάνιση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή ενός ατόμου, στην ενδεχόμενη επιτυχία τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε επαγγελματικό, σχεδόν όλοι μας έχουμε έρθει αντιμέτωποι με κάποιου είδους δίλλημα όσον αφορά το σχήμα του σώματος μας ή το σωματικό μας βάρος και την επίπτωση που έχουν αυτά πάνω στην αυτοπεποίθηση του καθενός μας.

Ωστόσο, κάθε είδος διατροφικής διαταραχής που υφίσταται, δεν έχει να κάνει καθαρά και μόνο με τον τρόπο με τον οποίο διατρέφεται κάποιος και τη ματαιοδοξία που τον διατρέχει. Αποτελούν σύμπλεγμα ψυχοσωματικών διαταραχών και καταστάσεων, μέσω των οποίων αναπτύσσονται αρχικά οι διάφορες διατροφικές συνήθειες του ατόμου και έπειτα υιοθετούνται από συνήθεια, σε μια προσπάθεια να αντιμετωπιστούν μέσω αυτών τα διάφορα προβλήματα που διέπουν την ζωή του καθενός.

Κάθε χρόνο εκατομμύρια ανθρώπων έρχονται αντιμέτωποι με κάποιο είδος διατροφικής διαταραχής, που πολλές φορές φτάνει να απειλήσει και την ίδια τους τη ζωή. Οι καταστάσεις αυτές εάν δεν αντιμετωπιστούν γρήγορα και με σωστό τρόπο, μπορεί να επιφέρουν ανεπανόρθωτες βλάβες τόσο στον ψυχικό όσο και στον σωματικό τομέα του ατόμου, να επιφέρουν ακόμα και το θάνατο.

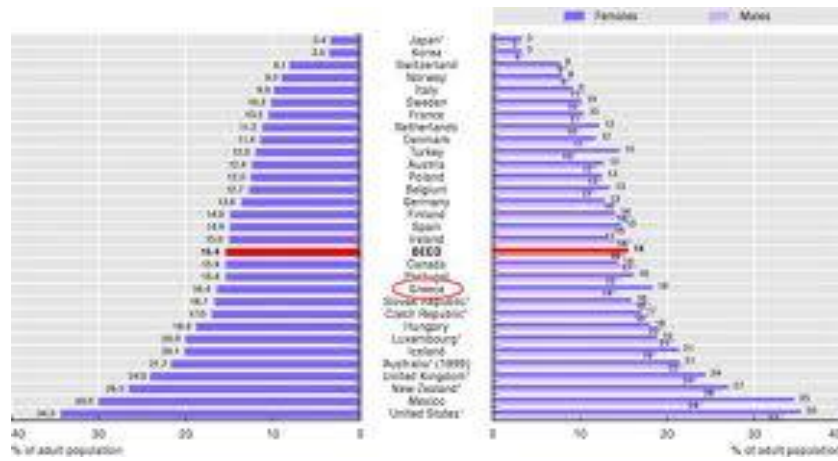
- Το μεγαλύτερο εμπόδιο στην επιτυχία σου προσπάθεια είναι πιθανόν η έλλειψη κινήτρου και ο φόβος της αποτυχίας.

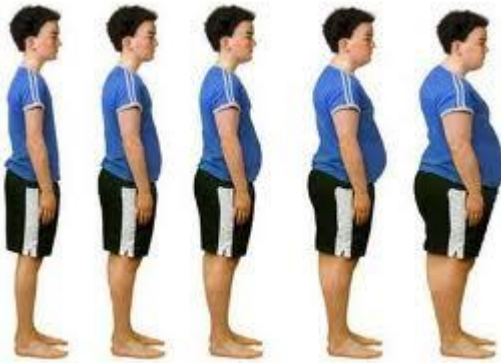
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



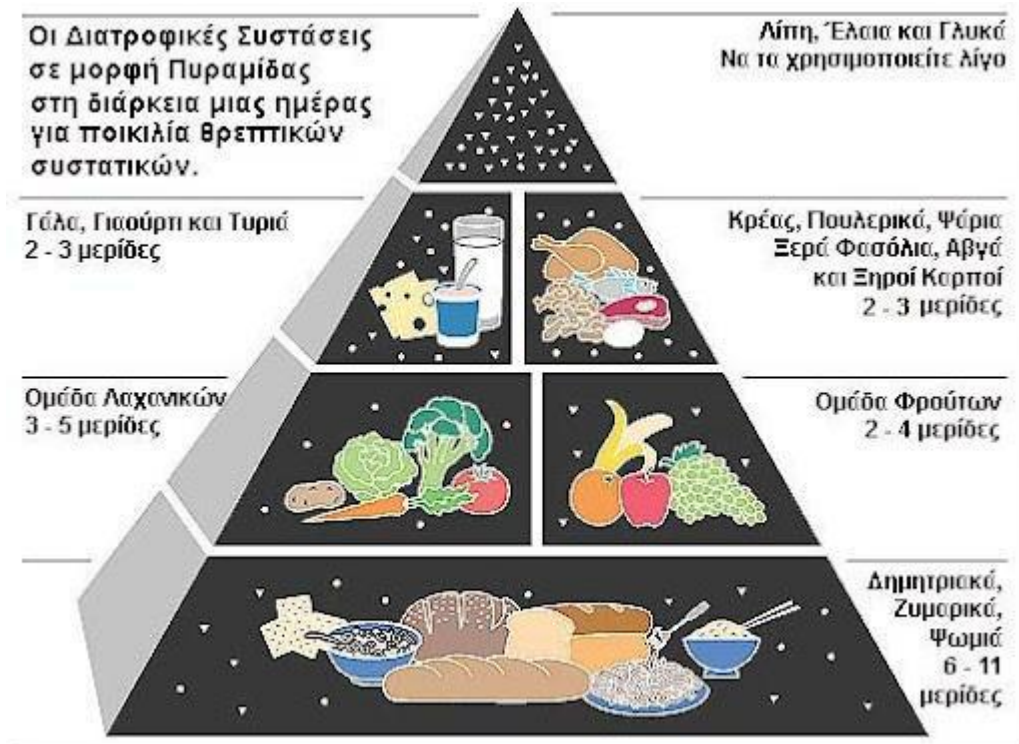
	ΚΟΡΙΤΣΙΑ (%)		ΑΓΟΡΙΑ (%)	
	2003	2010	2003	2010
ΕΑΤ-26 Διατροφικές Διαταραχές	34.4	35.9	18.8	18.8
EDI-3 Τάση προς αδυναμία	25	29.6	8.2	7.2
EDI-3 Δυσπρέσκια προς το σώμα	27.8	27	9.4	9.4
EDI-3 Τάση προς Βουλιμία	35	36.4*	27.4	36.8*

P<0005 μεταξύ 2003 και 2010.









ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΥΡΑΜΙΔΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abraham S., Lewellyn D.J., <<η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής>>. Μετάφραση: Ταμπάκη Ε., εκδόσεις: Χατζηνικολή, ΑΘΗΝΑ 1990
2. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with Eating disorders. American Journal Of Psychiatry, 2000: 157 (1-39)
3. Anderluh MB, Tchanturia K, Rabe -Hesketh S, Treasure J. Childhood obsessive compulsive personality traits' in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype. AMER J PSYCHIAT. 2003; 160(2): 242-247
4. Beumont PJV. Clinical Presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Lockwood R, Lawson R, Waller G. Compulsive features in the eating disorders: A role for trauma. J NERV MENT DIS. 2004; 192(3): 247-249
5. Bratman Steven, M.D., Knight David. Orthorexia Nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating. Health food junkies. New York: Broadway Books, 2000
6. Davis C, Shuster B, Blackmore E, Fox J. Looking good - Family focus on appearance and the risk for eating disorders. INT J EATING DISORDER. 2004; 35(2): 136-144
7. Ellrot T., Pudel V, et al. ``θεραπεία της παχυσαρκίας``. Έκδοση 2^η, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 20002
8. Fairburn Christopher, *Βουλιμία «Ξανά κερδίστε τον έλεγχο»*, εκδόσεις Πατάκη., Αθήνα 2005
9. Fallon P, Wonderlich SA. Sexual Abuse and Other Forms of Trauma. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, 1997: 394-414
10. Flament M., Jeamment P. «Η βουλιμία». Έκδοση 2^η, εκδόσεις: Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 2006.
11. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Ψυχοπαθολογία. 7η ΕΚΔΟΣΗ. Ιατρικές Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 162-170
12. Klein DA, Walsh BT. Eating disorders. INT REV PSYCHIATR. 2003; 15(3): 205-216
13. Kusher RF. RetelnyVs Emergence of Pica (Ingestion Of Non-Food Substances) Accompanying Iron Deficiency Anemia After Gastric Bypass Surgery 2005, 15: 1491-5
14. L. Kathleen Mahan, S. Escott – Stump. Krauser's, Food nutrition and diet therapy, 10th edition, 2000.
15. Leonard S, Steiger H, Kao A. Childhood and adulthood abuse in bulimic and no bulimic women: prevalence's and psychological correlates. Into - J-Eat-Discord. 2003; 33(4): 397-405

16. Polivy J, Federoff I. Group Psychotherapy. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, 1997: 462-475
17. Russell GFM. The History of Bulimia Nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, 1997: 11-24
18. Shawn Talbott. Το τριαδικό σύνδρομο: Αμηνόρροια – Οστεοπόρωση – Διατροφικές Διαταραχές και όχι μόνο για τις γυναίκες αθλήτριες. Strength & Conditioning 1997 Jun: 55-58
19. Silverman JA. Anorexia Nervosa: Historical Perspective on Treatment. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, 1997: 3-10
20. Strober M, Bulik CM. Genetic Epidemiology of Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 238-242
21. Ulrich, Canale, Wendell. «νοσηλευτική- παθολογία- χειρουργική. Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας», εκδόσεις: Λαγός Π.Δ., Αθήνα 1997.
22. Vandereycken W. History of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 151-154
23. Walcott DD, Pratt HD, Patel DR. Adolescents and eating disorders: Gender, racial, ethnic, sociocultural, and socioeconomic issues. J ADOLESCENT RES. 2003; 18(3): 223-243
24. Α. Καλατζή – Azizi, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς. Διαταραχές Τροφής. Νευρογενής Ανορεξία και Βουλιμία. Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 52/1996
25. Βάρσου Ε. «ψυχογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία». Τόμος Α, εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000
26. Εμμανουηλίδου Κ. Ψυχολογία της διατροφής: Πώς οι διατροφικές συνήθειες αντανακλούν τον συναισθηματικό μας κόσμο.
27. Κατσιλάμπρος Ν.Λ., Τσίγκος Κ. <<η πρόληψη και η αντιμετώπιση μιας παγκόσμιας επιδημίας. Παχυσαρκία>>. Έκδοση 2^η, ΒΗΤΑ ιατρικές εκδόσεις Μονοπρόσωπη, Αθήνα 2003
28. Μόρτογλου Α., «παχυσαρκία». Εκδόσεις: Advance Publishing, Αθήνα 1996.
29. Μοσκόφ Α., περιοδικό: «vita», τεύχος 54, εκδόσεις: Λαμπράκη Α.Ε., Αθήνα, Οκτώβριος 2001.
30. Ν. Χαρίλα. Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς. Διαταραχές Τροφής, Αθήνα 2001.
31. Παπανικολάου Γ. `` σύγχρονη διατροφή και διαιτολογία ``. Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Degiorgio L., ΑΘΗΝΑ 1990

32. Τάσος Μόρτογλου, MD. Κατερίνα Μόρτογλου, MB, MSC Διατροφή από το σήμερα για το αύριο. Εκδόσεις Γιαλλέλη, Αθήνα 2002.
33. Υπουργείο ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές 2008-2012. ΑΘΗΝΑ 2012

34. www.health.in.gr/nutrition/news/article/?aid=1231098718 22/12/2012
35. www.orthorexia.com/index.php?page=katef.12/11/2012
36. www.ethnikos-mgs.gr/triadiko-syndromo-athlitrion. 14/01/2013
37. www.hcfed.gr/?P=4482 16/01/2013
38. www.e-psycology.gr/eating-disorders/780-drunkorexia. 20/01/2013
39. www.medicaltime.gr/2012/11/drunkorexia 20/01/2013
40. www.recoveryconnection.org/drunkorexia 24/01/2013
41. <http://www.nationwidechildrens.org/rumination-syndrome> 16/12/2012