

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*« ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ,
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»*

*«BULIMIA NERVOSA IN ADOLESCENCE,
THE ROLE OF THE NURSE»*

ΑΛΤΣΙΤΖΟΓΛΟΥ ΛΟΥΙΖΑ

ΚΑΛΛΙΑΝΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ- ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2013

Περιεχόμενα

| | Σελ. |
|--|------|
| Εισαγωγή | 5 |
| Κεφάλαιο 1: Ψυχογενής βουλιμία | 8 |
| 1.1. Ορισμοί | 8 |
| 1.2. Ιστορική αναφορά | 9 |
| 1.3. Στατιστικά στοιχεία | 11 |
| 1.4. Αίτια | 12 |
| 1.4.1. Βιολογικά αίτια | 12 |
| 1.4.2. Ψυχολογικά αίτια | 15 |
| 1.4.3. Κοινωνικά αίτια | 17 |
| 1.5. Διάγνωση | 20 |
| 1.5.1. Κλινικά χαρακτηριστικά | 20 |
| 1.5.2. Διαγνωστικά κριτήρια | 22 |
| Κεφάλαιο 2: Εφηβεία | 25 |
| 2.1 Ορισμοί | 25 |
| 2.2. Διατροφή εφήβων | 27 |
| 2.2.1. Σίδηρος | 28 |
| 2.2.2. Ασβέστιο | 29 |
| 2.2.3. Βιταμίνες | 30 |
| 2.2.4. Ενδιάμεσα γεύματα | 30 |
| 2.2.5. Ενεργειακές ανάγκες | 31 |
| 2.3. Διαταραχές στην εφηβεία | 31 |
| 2.3.1. Πρώιμη ήβη (εφηβεία) | 31 |
| 2.3.2. Πρώιμη αδρεναρχή | 32 |
| 2.3.3. Καθυστερημένη εφηβεία | 32 |
| 2.3.4. Διαταραχές της ανάπτυξης | 33 |
| 2.3.5. Επιτάχυνση της ανάπτυξης | 34 |
| 2.3.6. Διαταραχές διάθεσης | 35 |
| 2.4. Διατροφικές διαταραχές στην εφηβεία | 36 |
| 2.5. Ψυχογενής βουλιμία στην εφηβεία- επιπτώσεις | 37 |
| 2.5.1. Σωματικές επιπτώσεις | 38 |
| 2.5.2. Ψυχολογικές επιπτώσεις | 40 |
| Κεφάλαιο 3: Θεραπεία ψυχογενούς βουλιμίας | 41 |
| 3.1. Ψυχολογική θεραπεία | 41 |
| 3.1.1. Γνωσιακή- συμπεριφορική παρέμβαση | 41 |
| 3.1.2. Ψυχοδυναμική θεραπεία | 43 |
| 3.1.3. Ομαδική ψυχοθεραπεία | 46 |
| 3.2. Φαρμακευτική θεραπεία | 47 |
| 3.3. Νοσοκομειακή θεραπεία | 48 |
| 3.4. Οικογενειακή θεραπεία | 50 |
| Κεφάλαιο 4: Ο ρόλος του νοσηλευτή | 52 |
| 4.1. Πρόληψη | 52 |
| 4.2. Θεραπεία | 55 |
| 4.2.1. Κατευθυνόμενη αυτοβοήθεια | 56 |
| 4.2.2. Γνωσιακή προετοιμασία | 56 |

| | |
|--|----|
| 4.2.3. Θεραπεία έκθεσης | 57 |
| 4.2.4. Έκθεση στο σχήμα σώματος και στο σωματικό βάρος | 58 |
| 4.2.5. Γνωσιακές παρεμβάσεις | 59 |
| 4.2.6. Τεχνικές Νοερής Απεικόνισης | 61 |
| 4.2.7. Εφαρμογή διαιτολογίου | 62 |
| 4.3. Χαρακτηριστικά νοσηλευτή | 63 |
| | |
| Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα- προτάσεις | 65 |
| | |
| Βιβλιογραφία | 76 |

Εισαγωγή

Η ψυχογενής βουλιμία ανήκει στις διαταραχές πρόσληψης τροφής και τα τελευταία χρόνια η επίπτωσή της έχει αυξηθεί ουσιαστικά. Η πλειοψηφία των ασθενών είναι έφηβες και νεαρές γυναίκες. Η διαταραχή αυτή παρουσιάζει μια υπερβολικά πολυδιάστατη κλινική εικόνα. Οι βουλιμικοί ασθενείς εκτός από την «εκκεντρική» συμπεριφορά, που οφείλεται στις διαστρεβλωμένες σκέψεις τους, υποφέρουν από έναν αριθμό δευτερογενών προβλημάτων. Καρδιαγγειακές και γαστρεντερικές διαταραχές, κατάγματα οστών, μεταβολικές, ενδοκρινικές και βιοχημικές δυσλειτουργίες εμφανίζονται συχνά.

Ένα άλλο πολύ σημαντικό θέμα που αφορά στις διαταραχές αυτές, και το οποίο δεν πρέπει να αγνοείται, είναι και η συννοσηρότητά τους με την κατάθλιψη, τις ψυχαναγκαστικές διαταραχές και τις φοβίες. Όσον αφορά στην αιτιοπαθογένεια των διαταραχών αυτών, συμμετέχουν βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες, διαταραχές της προσωπικότητας, κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες, σημαντικά γεγονότα ζωής και το οικογενειακό περιβάλλον.

Οι θεραπευτικοί σκοποί περιλαμβάνουν την ανάκτηση και διατήρηση ενός φυσιολογικού σωματικού βάρους, τη θεραπεία των βιολογικών συνεπειών, τη μείωση των συνυπαρχόντων ψυχιατρικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη, τη διόρθωση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων και την υιοθέτηση ενός σταθερού προγράμματος λήψης τροφής, που δεν θα περιλαμβάνει βουλιμικά συμπτώματα. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, η οικογενειακή και η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, η διαπροσωπική θεραπεία και η φαρμακευτική αντιμετώπιση αποτελούν τις πιο συχνές θεραπευτικές προσεγγίσεις και ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός στην αποτελεσματικότητά τους.

Η παρούσα εργασία εξετάζει τη νευρογενή βουλιμία και το ρόλο του νοσηλευτή στη θεραπεία της. Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η βουλιμία ως διαταραχή. Αναλύονται τα αίτια, τα οποία είναι βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά. Ορισμένοι άνθρωποι με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, που ανήκουν σε οικογένεια με ιστορικό βουλιμίας ή κατάθλιψης φαίνεται πως είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στο να αναπτύξουν προβλήματα βουλιμίας. Στο ίδιο κεφάλαιο

παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά της ασθένειας και οι τρόποι διάγνωσης. Τα βασικά χαρακτηριστικά της ψυχογενής βουλιμίας είναι τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας, η αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην πρόσληψη τροφής, οι προκλητοί εμετοί, η κατάχρηση υπακτικών ή διουρητικών, η νηστεία και η υπερβολική άσκηση για την αποτροπή αύξησης του βάρους και η επιμένουσα αυτοκριτική, που επηρεάζεται υπερβολικά από το σχήμα και το βάρος του σώματος. Επίσης, οι βουλιμικοί ασθενείς σκιαγραφούνται ως άτομα παρορμητικά, ευέξαπτα, που ενεργητικά αποφεύγουν τη δημιουργία ασυνέπειας ή απογοήτευσης στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, ενώ χάνουν γρήγορα το ενδιαφέρον τους για τις καταστάσεις στη ζωή τους. Για τη διάγνωση της βουλιμίας, απαιτείται το άτομο να παρουσιάζει επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας, όπου υπάρχει ένα αίσθημα έλλειψης ελέγχου της συμπεριφοράς πρόσληψης τροφής, να χρησιμοποιεί τακτικά είτε προκλητό εμετό, καθαρτικά ή διουρητικά, αυστηρή δίαιτα ή νηστεία, είτε εντατική άσκηση για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους και έναν ελάχιστο μέσο όρο δύο επεισοδίων υπερφαγίας την εβδομάδα για τρεις τουλάχιστον μήνες. Ένδειξη αποτελεί και η επιμονή με το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Το δεύτερο κεφάλαιο πραγματεύεται την εφηβεία. Πρόκειται για την περίοδο της μετάβασης από την παιδική στην ώριμη ηλικία, όπου επιτελείται μια σειρά έντονων και ραγδαίων αλλαγών στο σωματικό, συναισθηματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό τομέα που δημιουργούν αισθήματα αναστάτωσης, ρευστότητα, αμφιταλάντευση και ενδυνάμωση των συγκρούσεων σε ενδοπροσωπικό και διαπροσωπικό επίπεδο. Η διατροφή του ατόμου σε αυτή την ηλικία είναι καθοριστικής σημασίας για τη σωματική και τη νοητική ανάπτυξη του εφήβου. Ωστόσο, κατά την περίοδο αυτή παρουσιάζονται διαταραχές, οι οποίες επιφέρουν ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι μέθοδοι θεραπείας της βουλιμίας. Μία από τις μεθόδους είναι η ψυχολογική θεραπεία, η οποία περιλαμβάνει την γνωσιακή-συμπεριφορική παρέμβαση και την ψυχοδυναμική θεραπεία. Η πρώτη ενθαρρύνει το άτομο να επανεξετάσει κυρίαρχες σκέψεις και μοντέλα συμπεριφοράς, ενώ η δεύτερη περιλαμβάνει τις δυναμικές διαδικασίες που διαμορφώνουν την οργάνωση της ψυχικής δόμησης του ασθενή και το υπάρχον ιστορικό πλαίσιο της οργάνωσης της προσωπικότητάς του. Εφαρμόζεται επίσης ομαδική ψυχοθεραπεία, φαρμακευτική

θεραπεία, νοσοκομειακή και οικογενειακή θεραπεία. Κατά την οικογενειακή θεραπεία, η διατροφική διαταραχή αντιμετωπίζεται σαν κάτι που επηρεάζει και ταυτόχρονα επηρεάζεται από τις ενδοοικογενειακές σχέσεις και τη ζωή της οικογένειας. Ωστόσο, είναι αναμφισβήτητο σήμερα ότι το σημείο αφετηρίας των διατροφικών διαταραχών πρέπει να αναζητηθεί στον ψυχισμό του ασθενούς.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και τη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας παρουσιάζονται στο τέταρτο κεφάλαιο. Η πρωτογενής πρόληψη αφορά στις παρεμβάσεις που γίνονται και έχουν στόχο να εμποδίσουν την ανάπτυξη της ψυχογενούς βουλιμίας, πριν αυτή εκδηλωθεί. Η δευτεροβάθμια πρόληψη στοχεύει να μειώσει το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί ανάμεσα στην έναρξη της διαταραχής της ψυχογενούς βουλιμίας και στην θεραπεία. Η τριτοβάθμια πρόληψη στοχεύει να μειώσει την εξασθένηση και την καταπόνηση που προκύπτει από τις διαταραχές πρόσληψης τροφής και προτείνεται μόνο όταν η θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός. Ο νοσηλευτής πρωταγωνιστεί στην κατευθυνόμενη αυτοβοήθεια, τη γνωσιακή προετοιμασία, τη θεραπεία έκθεσης, την έκθεση στο σχήμα σώματος και στο σωματικό βάρος, τις γνωσιακές παρεμβάσεις, τις Τεχνικές Νοερής Απεικόνισης και την εφαρμογή διαιτολογίου. Ο νοσηλευτής είναι συχνά ο πρώτος ειδικός του χώρου της υγείας που έρχεται αντιμέτωπος με διάφορες μορφές διαταραχών της διαιτητικής συμπεριφοράς, οπότε είναι σημαντικό να διαθέτει κατάλληλες δεξιότητες, ώστε να βοηθήσει επιτυχώς τον ασθενή.

Στο τελευταίο κεφάλαιο εκτίθενται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την εκπόνηση της παρούσας εργασίας και γίνονται κάποιες προτάσεις. Αναμφισβήτητα, η βουλιμία είναι πραγματική, σύνθετη, καταστρεπτική πάθηση, η οποία μπορεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, την επαγγελματική πορεία και τις διαπροσωπικές σχέσεις ενός ατόμου. Σε κάθε περίπτωση, αυτό που είναι πολύ σημαντικό είναι η άμεση παρέμβαση, αμέσως μόλις διαπιστωθεί ότι ένα άτομο είναι βουλιμικό. Η συμμετοχή όλης της οικογένειας στη θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να εγγυηθεί σαφώς καλύτερα, ταχύτερα και μόνιμα αποτελέσματα.

Κεφάλαιο 1: Ψυχογενής βουλιμία

Η αφθονία, η υπερκατανάλωση και η προβολή εσφαλμένων προτύπων έχουν αυξήσει τα τελευταία χρόνια τις ψυχογενείς παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με τη διατροφή (νευρογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία ή υπερφαγία). Οι διατροφικές αυτές διαταραχές πλήττουν κυρίως γυναίκες, οι οποίες στην προσπάθειά τους να αποκτήσουν ένα τέλειο σώμα, βρίσκονται σε μια διαρκή προσπάθεια για δίαιτα χωρίς να γνωρίζουν τους κινδύνους που εγκυμονεί η κατάσταση αυτή για τη σωματική και την ψυχική τους υγεία. Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται συνήθως στην εφηβική ηλικία ή στην αρχή της ενηλίκου ζωής.

1.1. Ορισμοί

Η λέξη βουλιμία είναι συνένωση των λέξεων βοῦς (βόδι) και λιμός (πείνα). Στα αρχαία ελληνικά σήμαινε υπερβολικά μεγάλη πείνα και υποδήλωνε μια παθολογική κατάσταση κατά την οποία κάποιος ήταν ικανός να καταναλώσει ένα ολόκληρο βόδι¹. Ο όρος ψυχογενής ή νευρική ή νευρογενής βουλιμία (bulimia nervosa) περιγράφει μια διαταραχή στην πρόσληψη τροφής. Η νευρογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από επεισοδιακή υπερφαγία, κατανάλωση πολύ μεγάλης ποσότητας φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα, η οποία ακολουθείται από την προσπάθεια απαλλαγής από τις περιττές θερμίδες συνήθως μέσω εμετού, καθαρτικών, διουρητικών και υπερβολικής άσκησης². Η συχνότητα της ψυχογενούς βουλιμίας στο γενικό πληθυσμό είναι 3-6% και είναι διπλάσια στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες. Μεμονωμένα επεισόδια υπερφαγίας χωρίς όμως την πλήρη εικόνα της ψυχογενούς βουλιμίας, έχουν αναφερθεί μέχρι και στο 40% των νεαρών γυναικών.

Αντίθετα από τους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, αυτοί με ψυχογενή βουλιμία μπορεί να διατηρούν φυσιολογικό σωματικό βάρος. Σύμφωνα με τα Διαγνωστικά Κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας της τέταρτης έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM – IV)³, τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και οι αντιρροπιστικές συμπεριφορές πρέπει να εμφανίζονται κατά

¹ Gibney M. et al. (2005). Clinical nutrition. Wiley- Blackwell. Σελ. 92.

² Kaplan S. (2004). Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής. Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα.

³ American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV American Psychiatric Association, Washington.

μέσο όρο 2 φορές την εβδομάδα επί 3 μήνες. Επιπρόσθετα, τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία αξιολογούν τον εαυτό τους με βάση το σχήμα και το βάρος του σώματός τους.

Διακρίνονται δύο επιμέρους τύποι ψυχογενούς βουλιμίας: ο καθαρτικός και ο μη-καθαρτικός τύπος. Στον καθαρτικό τύπο, κατά τη διάρκεια του επεισοδίου υπερφαγίας, το άτομο εμπλέκεται συστηματικά σε καθαρτικές συμπεριφορές π.χ. σε πρόκληση εμετού ή στην κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων. Στον μη-καθαρτικό τύπο, το άτομο χρησιμοποιεί άλλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές όπως νηστεία ή υπερβολική άσκηση, συμπεριφορές που εμφανίζουν πολλά άτομα που προσπαθούν να χάσουν βάρος, χωρίς να πάσχουν από κάποια διαταραχή διατροφής. Στην περίπτωση αυτή όμως, η ένταση και η διάρκεια της άσκησης και της δίαιτας είναι έξω από τα φυσιολογικά όρια.

Σε επιδημιολογικό επίπεδο, υπολογίζεται ότι πάνω από το 90% των βουλιμικών ατόμων είναι γυναίκες. Ο επιπολασμός της διαταραχής σε εφήβους και σε νεαρές γυναίκες είναι της τάξης του 1% - 3%, ενώ η αναλογία ανδρών - γυναικών 1:10. Η συνήθης ηλικία έναρξης της διαταραχής εντοπίζεται στο διάστημα από 16 έως 18 ετών και η πορεία της μπορεί να είναι χρόνια ή διαλείπουσα. Τυπικά, τα βουλιμικά άτομα έχουν φυσιολογικό σωματικό βάρος, στοιχείο σημαντικό που τα διαφοροποιεί από τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία.⁴

1.2. Ιστορική αναφορά

Το ενδιαφέρον για την ψυχογενή βουλιμία ξεκίνησε στα μέσα της δεκαετίας του '70. Η πρώτη μαρτυρία για την ύπαρξη της διαταραχής έκανε την εμφάνιση της με τη δημοσίευση ενός αριθμού άρθρων που περιέγραψαν τη «βουλιμαρέξια» ή το «σύνδρομο βουλιμίας- κάθαρσης» που παρουσίαζαν φοιτήτριες που έμεναν σε εστίες Αμερικανικών πανεπιστημίων.

Η διαταραχή κέρδισε ακόμη περισσότερο την προσοχή του κοινού με τη δημοσίευση το 1979 μίας εργασίας με τίτλο «Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa», δηλαδή «Ψυχογενής βουλιμία: Η άλλη όψη του νομίσματος της

⁴www.farmakeutikoskosmos.gr

Ψυχογενούς Ανορεξίας», του Καθηγητή Gerald Russell από το Λονδίνο, μίας αξιολογήτριας αυθεντίας στο χώρο της ψυχογενούς ανορεξίας. Στην εργασία αυτή περιέγραφε τα χαρακτηριστικά τριάντα ασθενών, τους οποίους παρακολουθούσε για εξήμισι χρόνια, από το 1972 ως το 1978. Οι ασθενείς αυτοί είχαν ψυχογενή βουλιμία έτσι όπως μας είναι γνωστή σήμερα⁵.

Το πιο εντυπωσιακό με αυτούς ήταν ότι οι περισσότεροι πίστευαν πως ήταν οι μόνοι με αυτό το πρόβλημα. Είχαν την εντύπωση πως μόνο εκείνοι υπέφεραν από επαναλαμβανόμενες κρίσεις ανεξέλεγκτης κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων τροφής, οι οποίες συνοδεύονταν από την πρόκληση εμετού ή τη λήψη καθαρτικών. Η πεποίθηση τους αυτή δεν ήταν αδικαιολόγητη καθώς η ψυχογενής βουλιμία δεν ήταν ακόμη γνωστή στο ευρύ κοινό. Μάλιστα την εποχή εκείνη δεν είχε γίνει παρά μόνο πολύ λίγος λόγος για αυτή.

Οι περισσότερες ασθενείς είχαν με επιτυχία κρύψει το πρόβλημα τους για πολλά χρόνια. Αυτό το έκαναν, αφενός λόγω της ντροπής και της αηδίας που ένιωθαν για τον ίδιο τους τον εαυτό, αφετέρου επειδή πίστευαν πως με τίποτα δεν μπορούσαν να απαλλαχτούν από το πρόβλημα τους. Η απόκρυψη του προβλήματος τους δεν ήταν κάτι το ιδιαίτερα δύσκολο καθώς οι περισσότεροι είχαν ένα μέσο βάρος και μπορούσαν να τρέφονται σχετικά φυσιολογικά όταν ήταν μαζί με άλλους. Εκδήλωναν επεισόδια βουλιμίας στα κρυφά. Κάποιοι δήλωναν πως επιστρέφουν όλο τους το κουράγιο προκειμένου να επισκεφτούν τον οικογενειακό τους γιατρό, ο οποίος τους έλεγε πως δεν είχαν πρόβλημα, καθώς το βάρος τους ήταν φυσιολογικό. Το γεγονός ότι η ψυχογενής βουλιμία μπορούσε να διατηρηθεί κρυφή για πολλά χρόνια σήμαινε πως τελικά μπορεί να μην ήταν μία ασυνήθιστη παραλλαγή της ψυχογενούς ανορεξίας όπως είχε αποφανθεί ο καθηγητής Russell – αντιθέτως, ίσως ήταν ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας με δική του υπόσταση.

⁵ Fairburn CG, et al. Arch Gen Psych. (2000). The natural course of Bulimia Nervosa and Binge eating disorder in young women. *Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder*. 57. Σελ. 659-665

1.3. Στατιστικά στοιχεία⁶

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής συνήθως πρωτοεμφανίζονται στην εφηβική ηλικία. Περίπου το 0,5-2% των γυναικών πάσχει από νευρογενή ανορεξία και το 2-4% από βουλιμία. Η ψυχογενής ανορεξία και η βουλιμία είναι κυρίως πρόβλημα, που αφορά στις γυναίκες καθότι είναι 8-9 φορές συχνότερες σε αυτές από ότι στους άνδρες. Τα τελευταία χρόνια όμως, η διαφορά αυτή φαίνεται να μικραίνει. Στις ΗΠΑ η ψυχαναγκαστική υπερφαγία εμφανίζεται περίπου στην ίδια συχνότητα και σε γυναίκες και σε άνδρες (1,5:1) σε ένα ποσοστό γύρω στο 5% του πληθυσμού. Από τις πιο τελευταίες έρευνες στην Αμερική υποστηρίζεται ότι 10% των νέων γυναικών του γενικού πληθυσμού παρουσιάζουν συμπτώματα βουλιμιάς.

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

Σε μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που έγινε το 2003, οι Hoek και van Hoeken διαπίστωσαν μεταξύ άλλων ότι κατά την περίοδο 1988– 1993, η συχνότητα εμφάνισης νευρογενούς βουλιμιάς σε γυναίκες ηλικίας 10-39 ετών τριπλασιάστηκε. Μόλις το 6% των ατόμων με βουλιμία ακολουθούν θεραπευτική αγωγή. Η πλειονότητα των ατόμων με σοβαρές διαταραχές πρόσληψης τροφής δεν τυγχάνουν της δέουσας περίθαλψης⁷.

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

⁶ Δικτυακός τόπος www.anasa.com.gr

⁷ Δικτυακός τόπος www.nationaleatingdisorders.com

ζυγίζει 53 kg⁸. Τα περισσότερα μοντέλα είναι πιο λεπτά από το 98% των Αμερικανίδων. Το 46% των παιδιών ηλικίας 9-11 ετών ενίοτε ή πολύ συχνά κάνει δίαιτα, ενώ το 82% των οικογενειών τους κάνει επίσης δίαιτα ενίοτε ή πολύ συχνά.

Το 95% όλων των ατόμων που κάνουν δίαιτα ξαναπαίρνει τα χαμένα κιλά σε διάστημα 1-5 ετών. Στο 35% των περιπτώσεων ατόμων που κάνουν δίαιτα σε φυσιολογικά πλαίσια, η δίαιτα αποκτά παθολογικές διαστάσεις. Μάλιστα, το 20 με 25% των ατόμων αυτών εκδηλώνουν μερικώς ή πλήρως διατροφικές διαταραχές. Το 25% των Αμερικάνων ανδρών και το 45% των Αμερικανίδων βρίσκεται μόνιμως σε δίαιτα. Οι Αμερικανοί ξοδεύουν ετησίως πάνω από 40 δισεκατομμύρια δολάρια σε δίαιτες και συναφή προϊόντα⁸.

1.4. Αίτια

1.4.1. Βιολογικά αίτια

Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη της ψυχογενούς βουλιμίας. Τα άτομα που έχουν στην οικογένειά τους μητέρα ή αδελφή με ψυχογενή ανορεξία έχουν δώδεκα φορές περισσότερες πιθανότητες να πάθουν ανορεξία και τέσσερις φορές περισσότερες να αναπτύξουν βουλιμία σε σχέση με άλλα άτομα που δεν έχουν στις οικογένειές τους μέλη με αυτές τις διαταραχές⁹.

Σεροτονίνη

Επιπλέον, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι νευροδιαβιβαστές. Οι βουλιμικοί έχουν χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης. Η αρχή της λειτουργίας του συστήματος της σεροτονίνης, γνωστού νευροδιαβιβαστή του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ), βασίζεται στην υπόθεση της μεταφοράς αμινοξέων δια μέσου του αιματοεγκεφαλικού φραγμού. Η πρόδρομη ουσία της σεροτονίνης είναι το αμινοξύ τρυπτοφάνη, ενώ η τυροσίνη είναι πρόδρομος των άλλων νευροδιαβιβαστών, της νοραδρεναλίνης, της αδρεναλίνης και της ντοπαμίνης.

⁸ Neumark-Sztainer D. (2005). "I'm, Like, SO Fat!": Helping Your Teen Make Healthy Choices about Eating and Exercise in a Weight-Obsessed World. Guilford Press.

⁹ Nilsson K. et al. (2007). Causes of Adolescent Onset Anorexia Nervosa: Patient Perspectives. Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention. Volume 15, Issue 2.

Η επίδραση της σεροτονίνης σε βασικές εγκεφαλικές λειτουργίες, όπως η διάθεση, ο ύπνος, η πνευματική και σωματική δραστηριότητα, είναι σημαντική. Μια κεντρική αύξηση της σεροτονίνης έχει σαν αποτέλεσμα τη δραστηριοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και τη μείωση της αρτηριακής πίεσης. Η έκκριση γνωστών ορμονών, όπως η αυξητική και η προλακτίνη, ρυθμίζονται επίσης από νευρώνες σεροτονίνης.

Μετά από τη λήψη ενός πλούσιου σε πρωτεΐνες γεύματος με μεγάλη περιεκτικότητα σε ουδέτερα αμινοξέα, το πηλίκο αυτών των αμινοξέων με την τρυπτοφάνη μειώνεται, περιορίζεται η μεταφορά της στο ΚΝΣ και μειώνεται η σύνθεση της σεροτονίνης και η δράση των σεροτονινεργικών νευρώνων. Αντίθετα, το πλούσιο σε υδατάνθρακες γεύμα έχει σαν επακόλουθο την έκκριση ινσουλίνης, που έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της μεταφοράς των άλλων αμινοξέων στο ΚΝΣ και την αύξηση της εισόδου της τρυπτοφάνης. Η παραγωγή της σεροτονίνης από τρυπτοφάνη στο ΚΝΣ έχει επακόλουθο την αύξηση των αεροτονινεργικών δραστηριοτήτων, όπως είναι και η μείωση της όρεξης. Με το δεδομένα αυτά, η εμφανιζόμενη στην παχυσαρκία ινσουλινοαντίσταση έχει ένα σημαντικό επακόλουθο: παρεμποδίζει τη χρησιμοποίηση της τρυπτοφάνης και μεταβάλλει το σεροτονινεργικό σύστημα.

Οι παχύσαρκοι που παραμένουν επί μακρό χρόνο νηστικοί βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση, συγκριτικά με τους πάσχοντες από νευρογενή ανορεξία. Όταν οι ασθενείς αυτοί διατρέφονται αποκλειστικά με ένα πλούσιο σε πρωτεΐνες ή υδατάνθρακες γεύμα, τα εργαστηριακά ευρήματα είναι παρόμοια με εκείνα που παρατηρούνται σε κατάσταση υποσιτισμού. Αυτό συμβαίνει επειδή αναπτύσσεται δευτεροπαθώς μια ινσουλινοαντίσταση που, επίσης, παρατηρείται σε καταστάσεις προσπάθειας σταθεροποίησης του βάρους. Κατά την περίοδο νηστείας, το πηλίκο τρυπτοφάνη/αμινοξέα μειώνεται, όπως και η σύνθεση της σεροτονίνης. Μετά από πλούσιο σε υδατάνθρακες γεύμα παρατηρείται αύξηση του πηλίκου που, επίσης, παρατηρείται σε καταστάσεις ανορεξίας, συγκρινόμενο πάντα με φυσιολογικούς μάρτυρες. Δυστυχώς, όλες οι προαναφερόμενες μετρήσεις έχουν γίνει στο αίμα και καθόλου στον εγκέφαλο.

Παρόμοια μείωση των επιπέδων σεροτονίνης παρατηρήθηκε και σε καταστάσεις βουλιμίας. Η βουλιμία είναι ένα σύνδρομο, το οποίο σε πολλά μοιάζει με τη

νευρογενή ανορεξία. Στη βουλιμία παρατηρούνται, επίσης, φάσεις υπέρμετρης λήψης τροφής που ακολουθούνται από προκλητό εμετό.

Η δράση της σεροτονίνης στην όρεξη περιγράφηκε ήδη και είναι ενδιαφέρον για τον άνθρωπο να γνωρίζει ποιες είναι ακριβώς οι ουσίες των τροφών που ερεθίζουν το ΚΝΣ για την παραγωγή σεροτονίνης. Έτσι, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ένα γεύμα με 10% περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη θα μπορούσε να παρεμποδίσει την ευεργετική δράση των υδατανθράκων στη σύνθεση σεροτονίνης. Σε κάθε, λοιπόν, ασθενή με αυξημένη όρεξη θα πρέπει να ερευνάται ο μεταβολισμός υδατανθράκων, ώστε να έχουμε μια έμμεση εικόνα της παραγωγής σεροτονίνης¹⁰.

Φύλο

Έναν άλλο παράγοντα της βουλιμίας αποτελεί το φύλο. Η ψυχογενής βουλιμία είναι πολύ πιο συχνή στις γυναίκες απ' ό τι στους άντρες. Ένας βασικός λόγος για τον οποίο οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν προβλήματα βουλιμίας είναι πιθανότατα το γεγονός ότι οι δίαιτες αποτελούν εμμονή των γυναικών. Οι γυναίκες κάνουν δίαιτα περισσότερο απ' ό τι οι άντρες γιατί οι κοινωνικές πιέσεις για λεπτή σιλουέτα εστιάζονται κυρίως στις γυναίκες, καθώς επίσης γιατί οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς από τους άντρες στο να βασίσουν την αυτοπεποίθησή τους στην εξωτερική τους εμφάνιση¹¹.

Ηλικία

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις πως τα προβλήματα βουλιμίας συνήθως αναπτύσσονται στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Αυτό μπορεί πιθανότατα να αποδοθεί στο γεγονός πως οι γυναίκες, ιδιαίτερα αυτής της ηλικίας, καταφεύγουν πολύ συχνά στη δίαιτα. Προφανώς αυτό είναι με τη σειρά του το αποτέλεσμα δύο παραγόντων. Πρώτον, οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς από τους άντρες στο να κρίνουν την αξία τους βάσει της εξωτερικής τους εμφάνισης, κάτι που τις χαρακτηρίζει ιδιαίτερα σ' αυτή την ηλικία. Δεύτερον, πολλές έφηβες αποκτούν σιλουέτα που δε θεωρείται ιδανική στις μέρες μας, όπως τουλάχιστον αυτή

¹⁰ Γονιδάκης Φ. (2006). Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Σολδάτος Κ, Λύκουρας Α. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, πρώτος τόμος, σελ. 377-398, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

¹¹ Woerwag- Mehta S., Treasure J. (2008). Causes of anorexia nervosa. Psychiatry. Volume 7, Issue 4. Σελ. 147-151

προβάλλεται από τα μοντέλα. Δεν είναι λοιπόν παράξενο το ότι μία νεαρή κοπέλα να επιχειρεί να αποκτήσει το ιδανικό σώμα μέσω δίαιτας.

Ένας ακόμη παράγοντας σε σχέση με την ηλικία είναι πως η εφηβεία, όπως όλοι γνωρίζουμε, παρουσιάζει τεράστιες αναπτυξιακές αλλαγές στην εξωτερική εμφάνιση, διακυμάνσεις στη διάθεση, καθώς και αλλαγές στους κοινωνικούς ρόλους και προσδοκίες. Οι έφηβες με στοιχεία προσωπικότητας που θεωρείται πως τις θέτουν στον κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα βουλιμίας είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίσουν απώλεια του ελέγχου σ' αυτή την ηλικία.

Αλλαγές που εξαρτώνται από την ηλικία είναι επίσης σημαντικές. Ένα ιδιαίτερα σημαντικό γεγονός είναι η εισαγωγή στο πανεπιστήμιο που συνεπάγεται τη φυγή από την οικογένεια. Δεν είναι καθόλου σπάνιο φαινόμενο τα προβλήματα πρόσληψης τροφής να αναπτύσσονται ή να επιδεινώνονται σ' αυτό το διάστημα και είναι εύκολο να καταλάβουμε το γιατί. Οι έφηβοι δε βιώνουν απλά μια κατάσταση που τους προκαλεί άγχος, αλλά και για πρώτη φορά μπορούν να ελέγχουν τι και πότε τρώνε. Έτσι, ορισμένες περνούν ένα στάδιο ανεξέλεγκτου υποσιτισμού, ενώ άλλες τρώνε υπερβολικά αυξάνοντας σε σημαντικό βαθμό το βάρος τους¹².

1.4.2. Ψυχολογικά αίτια

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Ορισμένοι άνθρωποι με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας φαίνεται πως είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στο να αναπτύξουν προβλήματα βουλιμίας. Τα άτομα που παρουσιάζουν ψυχογενή βουλιμία είναι πολύ υπάκουα και ευσυνείδητα ως παιδιά. Συνήθως είναι συνεσταλμένα και μοναχικά και δυσκολεύονται να έρθουν σε επαφή με τα άλλα παιδιά. Επιπλέον, τείνουν να είναι ανταγωνιστικά άτομα και να επιδιώκουν την επιτυχία. Θέτουν υψηλούς στόχους και κάνουν τα πάντα για να ανταποκριθούν σε αυτούς. Αυτά τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά φαίνεται πως αποτελούν το προοίμιο της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της τελειομανίας, που παρατηρούνται σε πολλούς ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία¹³.

¹² Zandian M. et al. (2007). Cause and treatment of anorexia nervosa. *Physiology & Behavior*. Volume 92, Issues 1–2. Σελ. 283–290

¹³ Waller G., Sheffield A. (2008). Causes of bulimic disorders. *Psychiatry*. Volume 7, Issue 4. Σελ. 152–155

Διαταραχές προσωπικότητας

Η αναζήτηση της πιθανής συννοσηρότητας των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής με τις διαταραχές προσωπικότητας στηρίζεται αφ' ενός στην παρατήρηση ότι οι θεραπείες στις περιπτώσεις αυτές είναι πιο μακρόχρονες και με χειρότερη πρόγνωση και αφ' ετέρου στην ανάγκη να διαμορφώνεται μια πολύπλευρη και επικεντρωμένη σε όλες τις ψυχοπαθολογικές πλευρές του ασθενούς θεραπεία. Έρευνες στην ψυχογενή βουλιμία απέδειξαν ότι υπάρχει όντως υψηλή συννοσηρότητα, κυμαινόμενη από 20% έως 80%. Στη βουλιμία, τα ποσοστά συννοσηρότητας διαταραχών προσωπικότητας κυμαίνονται στις έρευνες από 21% έως 77%¹⁴. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν, από κλινικής-επιδημιολογικής πλευράς, τις παρατηρήσεις της ψυχαναλυτικής έρευνας για τη σχέση της ψυχογενούς βουλιμίας με το «μεθοριακό φάσμα οργάνωσης προσωπικότητας», το οποίο αντιδιαστέλλεται τόσο από τη νευρωτική οργάνωση προσωπικότητας όσο και από την ψυχωσική οργάνωση προσωπικότητας.

Ψυχοδυναμικοί παράγοντες

Πρόσφατες ψυχοδυναμικές εργασίες στη βουλιμία τείνουν να αναδείξουν τους ίδιους παράγοντες που παίζουν ρόλο και στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας. Το άγχος αποχωρισμού, ο φόβος εγκατάλειψης και δυσχέρειες γύρω από την αυτονομία τους είναι χαρακτηριστικά που συναντώνται στους βουλιμικούς ασθενείς. Επίσης εμπειρικές μελέτες έδειξαν ότι τα άτομα με βουλιμία, έχουν βιώσει ότι οι μητέρες τους δίνουν λιγότερη φροντίδα, ζεστασιά και ενδιαφέρον, απ' ό,τι οι μητέρες των μη βουλιμικών ατόμων¹⁵. Συμπερασματικά, συγκρούσεις γύρω από τις διεργασίες της φάσης αποχωρισμού και εξατομίκευσης φαίνεται να έχουν αποφασιστικό ρόλο και στη βουλιμία.

Ψυχιατρικές διαταραχές

Συνήθως οι άνθρωποι με ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν συχνά κλινική κατάθλιψη, αλλά γενικά φαίνεται πως αυτή αποτελεί συνέπεια του προβλήματος βουλιμίας, είτε συμπίπτει είτε έπεται της έναρξης του προβλήματος πρόσληψης τροφής. Πρόσφατα συμπεράσματα της ερευνητικής ομάδας του Christopher Fairburn στην Οξφόρδη δείχνουν πως δεν είναι ασυνήθιστο φαινόμενο τα άτομα με τη

¹⁴ Fairburn C. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*. Volume 41. Issue 5. Σελ. 509–528

¹⁵ Wonderlic S et al. (2007). Eating disorder diagnoses: Empirical approaches to classification. *American Psychologist*. Vol 62(3). Σελ. 167- 180

διαταραχή να είχαν εκδηλώσει κατάθλιψη πριν την έναρξη της και πως η πρόωμη έναρξη της κατάθλιψης αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης της διαταραχής. Η σχέση ανάμεσα σε άλλες ψυχιατρικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας και σε αυτές της πρόσληψης τροφής δεν έχει ακόμη μελετηθεί επαρκώς¹⁶.

Εμπειρίες παιδικής ηλικίας

Θάνατοι, αποχωρισμοί, οικογενειακοί καυγάδες, σωματικές αρρώστιες, πειράγματα, απειλές στιγματίζουν με προκλητική συχνότητα τις ζωές των βουλιμικών ατόμων. Ωστόσο, δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο αν αυτού του είδους τα γεγονότα συμβαίνουν πιο συχνά σ' αυτούς τους ασθενείς απ' ό,τι σε άλλους, που πάσχουν από διαφορετικές ψυχιατρικές διαταραχές.

Η σεξουαλική κακοποίηση είναι το ένα τραυματικό γεγονός. Αρχικά επικρατούσε η αντίληψη πως το ποσοστό της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης ήταν ιδιαίτερα υψηλό στα άτομα με ψυχογενή βουλιμία. Ωστόσο, έρευνες του πανεπιστημίου του Λέστερ στην Αγγλία έδειξαν πως το ποσοστό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης σε ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής δεν είναι υψηλότερο απ' εκείνο των ασθενών με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχει μια σχέση ανάμεσα στην παιδική σεξουαλική κακοποίηση και στη μετέπειτα ανάπτυξη μίας διαταραχής κατά την πρόσληψη τροφής, πιθανότατα όμως όχι συγκεκριμένης. Αν και αυτή η διαπίστωση δείχνει πως ο συγκεκριμένος ρόλος της σεξουαλικής κακοποίησης είναι περιορισμένος, δε μειώνει τη σημασία της ως αιτιολογικού παράγοντα σε μεμονωμένες περιπτώσεις¹⁷.

1.4.3. Κοινωνικά αίτια

Οικογένεια

Η πιθανότητα να αποτελεί η ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής στην οικογένεια παράγοντα πρόκλησης κινδύνων, όσον αφορά την πρόσληψη τροφής, έχει επίσης μελετηθεί. Η ψυχιατρική διαταραχή που έχει περισσότερο διερευνηθεί μέχρι σήμερα είναι η κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν πως η παρουσία έντονης κατάθλιψης μέσα σε μία οικογένεια αυξάνει τον κίνδυνο τα παιδιά να αναπτύξουν

¹⁶ Katharine L. et al. (2000). Guided and unguided self-help for binge eating. Behaviour Research and Therapy. Volume 38. Issue 3. Σελ. 259– 272

¹⁷ Lask B., Bryant-Waugh R. (2006). Early-Onset Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry. Volume 33. Issue 1 Σελ. 281– 300

διαταραχή πρόσληψης τροφής. Δεν είναι γνωστό ακόμη ποιος μηχανισμός μπορεί να ευθύνεται γι' αυτό. Μπορεί να πρόκειται για μία κοινή οργανική διαταραχή, όπως μία ανωμαλία στη ρύθμιση της σεροτονίνης, μίας χημικής ουσίας που θεωρείται πως εμπλέκεται στην κατάθλιψη καθώς και στον έλεγχο πρόσληψης τροφής. Από την άλλη, ίσως να έχουμε να κάνουμε με τις συνέπειες της ανατροφής ενός παιδιού από έναν καταθλιπτικό γονιό.

Ένας αριθμός μελετών οδήγησαν στο συμπέρασμα πως οι διαταραχές πρόσληψης τροφής εκδηλώνονται σε οικογένειες. Ένας τρόπος διερεύνησης αυτής της πιθανότητας είναι η μελέτη διδύμων και η εξέταση των ποσοστών των προβλημάτων πρόσληψης τροφής σε μονοζυγωτικά και μη ζευγάρια δίδυμων. Τα μονοζυγωτικά δίδυμα έχουν τα ίδια γονίδια κι έτσι διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο εφόσον η διαταραχή είναι κληρονομική, ενώ τα διζυγωτικά μοιράζονται περίπου κατά το ήμισυ τα γονίδια που έχουν, όπως ακριβώς και τα κανονικά αδέλφια. Η καλύτερη έρευνα σε δίδυμα που έχει γίνει μέχρι σήμερα έδειξε τον αδιαμφισβήτητο ρόλο των γενετικών παραγόντων στην ανάπτυξη της ψυχογενούς βουλιμίας. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό ποιο ακριβώς χαρακτηριστικό κληρονομείται. Υπάρχουν πολλές πιθανότητες, μεταξύ των οποίων η τάση του ατόμου να έχει ένα ορισμένο βάρος, οι βιολογικές ή ψυχολογικές αντιδράσεις του στη διαίτα, καθώς και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας.

Το γεγονός ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής συναντώνται σε οικογένειες δεν αποδεικνύει απαραίτητα ότι οι κληρονομικοί παράγοντες είναι εν μέρει ή ακόμη και καθ' ολοκληρία υπεύθυνοι για τη διαταραχή μέσα στην οποιαδήποτε οικογένεια. Η εξάπλωση της διαταραχής σε αυτές μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα μέλη τους «μολύνουν» το ένα το άλλο.

Ένας αριθμός μελετών για τη συμπεριφορά και τις στάσεις σε σχέση με το φαγητό, τη διατροφή, τη σιλουέτα και το βάρος έχουν γίνει σε μέλη οικογενειών ατόμων με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Μέχρι σήμερα, οι έρευνες αυτές έχουν εστιαστεί στη μελέτη συγγενών των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία και τα ευρήματά τους ποικίλλουν σημαντικά. Ορισμένες ανακάλυψαν υψηλά ποσοστά ασυνήθιστης συμπεριφοράς και στάσεων, ενώ κάποιες άλλες όχι. Στην κλινική πρακτική, οι αφηγήσεις περιστατικών μετάδοσης της διαταραχής δεν αποτελούν σπάνιο

φαινόμενο. Ένα παράδειγμα είναι οι μητέρες που πιέζουν τις κόρες τους να τις ακολουθήσουν στη δίαιτα¹⁸.

Περίγυρος

Οι φίλοι και οι συνομήλικοι αποτελούν το στενότερο κοινωνικό περίγυρο, ο οποίος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς ενός ατόμου. Κοινωνικά κριτήρια όπως το να είναι κανείς αδύνατος για να αρέσει, είναι ένα από τα μηνύματα που άρρητα διαχέονται ως επιτακτικές προσδοκίες από το ένα παιδί στο άλλο στη μικρή κοινωνία του σχολείου. Από τα πρώτα σχολικά χρόνια, τα παιδιά δέχονται υψηλές πιέσεις από τον περίγυρό τους να αδυνατίσουν και έρχονται συχνά για πρώτη φορά σε επαφή με τον όρο «δίαιτα» στα σχολικά τους χρόνια.

Μία σειρά μελετών αναδεικνύουν το πείραγμα ως βασικό αιτιολογικό παράγοντα στην έναρξη των προβλημάτων σε σχέση με τη διατροφή και την αρνητική εικόνα του σώματος ενός παιδιού. Κυρίως τα υπέρβαρα παιδιά έχουν περισσότερες πιθανότητες να δεχθούν πειράγματα και στιγματιστικές συμπεριφορές. Σε πρόσφατη έρευνα, το 63% ενός δείγματος υπέρβαρων κοριτσιών και το 85% ενός δείγματος υπέρβαρων αγοριών ανέφερε ότι δεχόταν πειράγματα σχετικά με το βάρος του από τους συνομήλικους και από την οικογένειά του. Το 22% των κοριτσιών και το 18% των αγοριών που δέχτηκε πειράγματα σχετικά με το βάρος του ενέδιδε συστηματικά σε επεισόδια υπερφαγίας¹⁹.

Η δυσαρέσκεια που πολλά παιδιά βιώνουν με το βάρος τους μπορεί να τα οδηγήσει στη χρήση μεθόδων ελέγχου του βάρους όπως είναι η δίαιτα. Ιδιαίτερα στην εφηβεία η δίαιτα αυξάνει την πιθανότητα να πάρει ένα άτομο βάρος και να εισχωρήσει σε ένα κύκλο παθολογικών συμπεριφορών σε σχέση με το φαγητό²⁰. Οι έρευνες κατανοούν τη δυσαρέσκεια με το σώμα ως μία αναγκαία προϋπόθεση για την εμφάνιση και την εκδήλωση βουλιμίας.

¹⁸ Waller G. et al. (2011). Eating disorders and family interaction. *British Journal of Clinical Psychology*. Volume 28. Issue 3. Σελ. 285–286

¹⁹ Neumark-Sztainer, D., et al. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*. 26 (1). Σελ. 123- 131.

²⁰ Field, A.E. et al (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*. 112 (4). Σελ. 900- 906.

Τέλος, σημαντικός θεωρείται ο ρόλος της συναναστροφής των νεαρών κοριτσιών με μεγαλύτερης ηλικίας κορίτσια, στη μετάδοση των στάσεων που εξιδανικεύουν το αδύνατο σώμα και το παγιώνουν ως ιδεώδες. Σε δείγμα 200 κοριτσιών ηλικίας εννέα έως έντεκα ετών, βρέθηκε ότι η συχνότερη έκθεση και η συναναστροφή με μεγαλύτερης ηλικίας κορίτσια στο σχολείο, σχετίστηκε με την εσωτερικευση του αδύνατου προτύπου, με αυξημένη αγωνία για το βάρος τους και με μεγαλύτερη συχνότητα δίαιτας. Τα μεγαλύτερης ηλικίας κορίτσια θεωρείται ότι έχουν ήδη εσωτερικεύσει τα κοινωνικά κριτήρια σχετικά με το πώς ένα άτομο είναι περισσότερο αρεστό και μέσω των ομάδων²¹.

Κοινωνική τάξη

Όσον αφορά τους ασθενείς, υπάρχουν ενδείξεις πως οι περισσότεροι άνθρωποι με ψυχογενή βουλιμία προέρχονται από ανώτερες ή μεσαίες, παρά από κατώτερες κοινωνικές τάξεις. Αλλά, γι' ακόμη μια φορά, αναφέρεται ότι αυτό μπορεί μόνο να σημαίνει πως τα άτομα των ανώτερων ή μεσαίων κοινωνικών τάξεων είναι πιο πιθανό να αναζητούν θεραπεία. Η κατανομή στις κοινωνικές τάξεις της διαταραχής της βουλιμίας παραμένει ακόμη ένα θέμα προς διερεύνηση²².

Εθνικότητα

Γενικά, η διαταραχή της βουλιμίας προσβάλλει στον ίδιο βαθμό τόσο τις λευκές, όσο και τα έγχρωμα άτομα. Ωστόσο, είναι πιο έντονη στο δυτικό κόσμο, όπου τα πρότυπα για λεπτό και αδύνατο σώμα κυριαρχούν²³.

1.5. Διάγνωση

1.5.1. Κλινικά χαρακτηριστικά

Σύμφωνα με το DSM-IV, τα βασικά χαρακτηριστικά της ψυχογενούς βουλιμίας είναι τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας, η αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην πρόσληψη τροφής στη διάρκεια αυτών των επεισοδίων, οι προκλητοί εμετοί, η κατάχρηση υπακτικών ή διουρητικών, η νηστεία και η υπερβολική άσκηση για την αποτροπή αύξησης του βάρους και η επιμένουσα αυτοκριτική, που επηρεάζεται

²¹ Wardle, J., & Watters, R. (2004). Sociocultural influences on attitudes to weight and eating: Results of a natural experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 35 (4). Σελ. 589- 596.

²² Δουζένης Α. κ.ά. (2005). Κατάθλιψη και παραβατικότητα. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. Σελ. 535-543

²³ Ricciardelli L.A., McCabe M.P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance. *Clinical Psychology Review*. Σελ. 325-344

υπερβολικά από το σχήμα και το βάρος του σώματος. Η πολυφαγία προηγείται συνήθως των εμετών περίπου κατά 1 έτος.

Οι εμετοί είναι συχνοί και προκαλούνται συνήθως με την τοποθέτηση του δακτύλου βαθιά στο φάρυγγα, αν και μερικοί άρρωστοι μπορούν να κάνουν εμετό κατά βούληση. Ο εμετός μειώνει το κοιλιακό άλγος και την αίσθηση μετεωρισμού, επιτρέποντας παράλληλα στον ασθενή να συνεχίζει να τρώει, χωρίς να φοβάται ότι θα πάρει βάρος. Συχνά, το επεισόδιο ακολουθείται από κατάθλιψη, που έχει ονομαστεί «μεταπολυφαγική αγωνία». Στη διάρκεια των επεισοδίων, οι ασθενείς λαμβάνουν τροφή, που είναι γλυκιά, με πολλές θερμίδες και γενικά ήπιας υφής ή μαλακή, όπως κέικ και πάστες. Η τροφή λαμβάνεται κρυφά και με μεγάλη ταχύτητα και μερικές φορές χωρίς καν να τη μασούν.

Οι περισσότεροι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία βρίσκονται στα όρια του φυσιολογικού βάρους, αλλά μερικοί είτε είναι υπέρβαροι, είτε λιπόβαροι. Οι περισσότεροι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία ασχολούνται με τη σωματική τους εμφάνιση, ανησυχούν για το πώς τους βλέπουν οι άλλοι και ενδιαφέρονται για την ερωτική τους ελκυστικότητα. Οι περισσότεροι είναι σεξουαλικά δραστήριοι, σε αντίθεση με τους πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία, οι οποίοι δεν ενδιαφέρονται για το σεξ. Μερικές φορές, από το ιστορικό τους, αποκαλύπτονται υπερβολική όρεξη και διαμάχες στη διάρκεια των γευμάτων.

Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται σε ασθενείς με αυξημένη συχνότητα διαταραχών της διάθεσης και ελέγχου των παρορμήσεων. Έχει επίσης αναφερθεί, ότι η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα υψηλού κινδύνου για χρήση ουσιών και σε μια ποικιλία διαταραχών της προσωπικότητας. Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία εμφανίζουν, επίσης, αυξημένη συχνότητα διαταραχών άγχους, διχαστικών διαταραχών και ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης²⁴.

Παρά τον κοινό παρονομαστή της τελειομανίας ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία, σημαντικές διαφορές έχουν εντοπιστεί στη δομή και τη λειτουργία της

²⁴ Βάρσου Ε. (2000). Ψυχογενής βουλιμία, στο «Ψυχιατρική» του Γ.Ν. Χριστοδούλου και συν. Πρώτος τόμος. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα.

προσωπικότητάς τους. Σε αντίθεση με την εσωστρέφεια, την νοσηρή ανάγκη για έλεγχο και την καταστολή των επιθυμιών του εαυτού που εμφανίζουν οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία είναι περισσότερο παρορμητικοί και λιγότερο καταναγκαστικοί περισσότερο εξωστρεφείς και συναισθηματικά ασταθείς.²⁵

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγματα ασθενών με ψυχογενή βουλιμία²⁶, οι ασθενείς σκιαγραφήθηκαν ως άτομα παρορμητικά, ευέξαπτα, που ενεργητικά αποφεύγουν τη δημιουργία ασυνέπειας ή απογοήτευσης στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, ενώ χάνουν γρήγορα το ενδιαφέρον τους για τις καταστάσεις στη ζωή τους. Κατά τη διάρκεια της συνεχούς αναζήτησης καινούργιων γεγονότων και καταστάσεων γίνεται περισσότερο ευδιάκριτη η κινητοποίηση μίας συμπεριφοράς όρεξης για λήψη τροφής, κάθε φορά που οι ασθενείς βρίσκονται αντιμέτωποι με καταστάσεις που δεν έχουν βιώσει στο παρελθόν ή που περιέχουν στοιχεία πιθανής τιμωρίας. Όπως και οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, έτσι και οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία εκδηλώνουν μία έντονη ευαισθησία στις περιβάλλουσες στρεσογόνες καταστάσεις που λαμβάνουν χώρα στα πλαίσια της οικογένειάς τους.

Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν συναισθηματική απορύθμιση, έλλειψη ελέγχου της συμπεριφοράς τους και παρορμητικότητα. Τείνουν επίσης να βιώνουν έντονα και ανεπαρκώς ρυθμισμένα συναισθήματα, με αποτέλεσμα να αναζητούν διαρκώς την επαφή με άλλους ανθρώπους προκειμένου να ανακουφιστούν στις στιγμές όπου δυσκολεύονται να ρυθμίσουν τα δικά συναισθήματά τους²⁷.

1.5.2. Διαγνωστικά κριτήρια

Η διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας είναι αρκετά δύσκολη, δεδομένου ότι ο πάσχων διατηρεί φυσιολογικό σωματικό βάρος και φροντίζει επιμελώς να καλύπτει την υπερφαγική ή/και την καθαρτική συμπεριφορά. Η διαφορική διάγνωση της βουλιμίας γίνεται κυρίως από τον υπερφαγικό- καθαρτικό τύπο της. Ο κλινικός που θα ασχοληθεί με άτομο που παρουσιάζει βουλιμική συμπεριφορά πρέπει να είναι

²⁵ Claes L. Et al. (2001). Self-injurious behaviours in eatingdisordered patients. *Eating Behaviours*, 2(3). Σελ. 263-272.

²⁶ Fassino S. Et al. (2003). Bulimic family dynamics: role of parents' personality – a controlled study with the temperament and character inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (1). Σελ. 70-77.

²⁷ Westen D, Harnden-Fischer J. (2001). Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *Am J Psychiatry*. 158(4). Σελ. 547- 562.

ενήμερος για την πιθανή ύπαρξη κάποιας σωματικής πάθησης, η οποία ευθύνεται για τη συμπεριφορά αυτή.

Ο κλινικός και παρακλινικός έλεγχος επικεντρώνεται σε παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος και ειδικότερα σε επιληπτικού τύπου ισοδύναμα και όγκους του εγκεφάλου. Τα σύνδρομα Kluver-Buky και Kleine-Levin χαρακτηρίζονται από υπερφαγία, διαθέτουν όμως, καθένα ξεχωριστά, συγκεκριμένη συμπτωματολογία, η οποία σπάνια θα επιτρέψει τη δημιουργία διαφοροδιαγνωστικών προβλημάτων.

Στο DSM-IV στις διαταραχές πρόσληψης τροφής περιλαμβάνεται και η υπερφαγική διαταραχή, η οποία έχει πολλά κοινά σημεία με τη βουλιμία, αλλά και σημαντικές διαφορές. Τα άτομα με υπερφαγική διαταραχή δεν χαρακτηρίζονται από υπερβολική ενασχόληση με το σωματικό βάρος και σχήμα, που επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση του πάσχοντος, ενώ παράλληλα δεν παρουσιάζουν τη χαρακτηριστική αντιρροπιστική συμπεριφορά με τους αυτοπροκλητούς εμετούς και την κατάχρηση υπακτικών.

Σύμφωνα με το DSM-IV τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας είναι τα εξής:

- ◆ Επανεπιλημμένα επεισόδια υπερφαγίας, ταχεία κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής μέσα σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο.
- ◆ Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας υπάρχει ένα αίσθημα έλλειψης ελέγχου της συμπεριφοράς πρόσληψης τροφής.
- ◆ Το άτομο τακτικά χρησιμοποιεί είτε προκλητό εμετό, καθαρτικά ή διουρητικά, αυστηρή δίαιτα ή νηστεία, είτε εντατική άσκηση για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους.
- ◆ Ένας ελάχιστος μέσος όρος δύο επεισοδίων υπερφαγίας την εβδομάδα για τρεις τουλάχιστον μήνες.
- ◆ Επιμονή υπερβολική ενασχόληση για το σχήμα και το βάρος του σώματος²⁸.

Στη διάγνωση της υπερφαγίας που συνδυάζεται με άλλες ψυχολογικές διαταραχές περιλαμβάνονται τα άτομα εκείνα που παρουσιάζουν υπερφαγικά επεισόδια σαν αντίδραση σε διάφορα γεγονότα. Το πένθος, τα ατυχήματα, οι χειρουργικές

²⁸ Δικτυακός τόπος www.iatronet.gr

επεμβάσεις και άλλα γεγονότα συναισθηματικά φορτισμένα συχνά αποτελούν την απαρχή για αυξημένη κατανάλωση τροφών και συνακόλουθη αύξηση του σωματικού βάρους, ιδιαίτερα σε άτομα που είναι προδιατεθειμένα για αύξηση του σωματικού βάρους.

Η αύξηση του σωματικού βάρους, η οποία είναι αποτέλεσμα βουλιμικών επεισοδίων και υπερφαγίας, δεν πρέπει να συγχέεται με την παχυσαρκία, η οποία αποτελεί ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα. Η παχυσαρκία γενικότερα αλλά και η παχυσαρκία σαν αίτιο ψυχολογικής διαταραχής δεν περιλαμβάνεται στην ευρύτερη διαγνωστική κατηγορία της ψυχογενούς βουλιμίας. Η παχυσαρκία μπορεί να καθιστά το άτομο ιδιαίτερα ευαίσθητο σε σχέση με την εμφάνισή του και να οδηγήσει σε απώλεια της εμπιστοσύνης στις διαπροσωπικές του σχέσεις, όπως και σε υπερβολική υποκειμενική εκτίμηση του μεγέθους και του σχήματος του σώματος. Η παχυσαρκία του τύπου αυτού υπάγεται διαγνωστικά σε άλλες διαγνωστικές κατηγορίες, σύμφωνα με το ICD-10²⁹ όπως π.χ. στις άλλες συναισθηματικές διαταραχές, στη μεικτή αγχώδη και καταθλιπτική διαταραχή ή στη νευρωσική διαταραχή μη άλλως καθοριζόμενη. Η παχυσαρκία τέλος, σαν ανεπιθύμητο αποτέλεσμα μακροχρόνιας θεραπείας με νευροληπτικά, αντικαταθλιπτικά ή άλλης μορφής φαρμακευτικές ουσίες, η οποία οφείλεται σε υπερφαγία, δεν υπάγεται στην κατηγορία της ψυχογενούς βουλιμίας, αλλά σε εκείνη της φαρμακογενούς παχυσαρκίας.

²⁹ The ICD-10. (1992). Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Geneva. (απόδοση στα Ελληνικά και επιμέλεια: Κ. Στεφανής, Κ. Σολδάτος, Β. Μαυρέας).

Κεφάλαιο 2: Εφηβεία

2.1 Ορισμοί

Η εφηβεία είναι η περίοδος της μετάβασης από την παιδική στην ώριμη ηλικία. Σαν όρος αφορά στο σύνολο των ψυχικών λειτουργιών που συντελούνται για να μπορέσει το άτομο να ενσωματώσει ψυχικά τις μεγάλες αλλαγές που προκύπτουν από αυτήν. Τα χρονικά της όρια είναι ασαφή.³⁰

Κατά την εφηβεία επιτελείται μια σειρά έντονων και ραγδαίων αλλαγών στο σωματικό, συναισθηματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό τομέα που δημιουργούν αισθήματα αναστάτωσης, ρευστότητα, αμφιταλάντευση και ενδυνάμωση των συγκρούσεων σε ενδοπροσωπικό και διαπροσωπικό επίπεδο. Η φύση δουλεύει με το δικό της ρυθμό: το σώμα αλλάζει, δημιουργώντας ορμές και επιθυμίες. Συχνά αυτές τις επιθυμίες ο έφηβος δεν καταφέρνει να τις συνειδητοποιήσει αλλά και να τις ελέγξει, με αποτέλεσμα να του προκαλούν εκρήξεις είτε βίας είτε αδυναμίας μπροστά σε αυτό που θα ήθελε με τη φαντασία του να πραγματοποιήσει αλλά δεν είναι ακόμα ικανός²³.

Το παιδί όταν μπαίνει στην εφηβεία περνάει μια κρίσιμη φάση της ζωής του. Αρχίζει να μην αναγνωρίζει τον ίδιο του τον εαυτό, τόσο λόγω της αλλαγμένης του εξωτερικής εμφάνισης, όσο και λόγω των πρωτόγνωρων συναισθημάτων που βιώνει, κυρίως των σεξουαλικών, που συχνά του προκαλούν ντροπή κι αμηχανία. Είναι η περίοδος κατά την οποία οφείλει να ανεξαρτητοποιηθεί από την οικογένειά του και να ανακαλύψει τη δική του προσωπική ταυτότητα. Όμως όλο αυτό είναι πολύ δύσκολο, ιδίως σήμερα που η πρωιμότητα της ενήβωσης έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο να γίνεται πιο γρήγορα σεξουαλικά ώριμο ενώ συναισθηματικά είναι ακόμη ανώριμο και εξαρτημένο.

Τα αναπτυξιακά επιτεύγματα και οι συγκρούσεις της εφηβείας είναι αρχικά κριτική προς τους γονείς, η απομάκρυνση από αυτούς και η προσπάθεια προσκόλλησης σε φίλους, η προσπάθεια αυτονομίας και ανεξαρτησίας, η ανάγκη ύπαρξης σταθερής

³⁰ Μιχαλοπούλου Χ. (2003). Η εφηβεία ως μεταβατική περίοδος, ΓΝΑ Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Τμήμα Ενδοκρινολογίας, από το www.iatronet.gr/article.asp?art_id=587.

ταυτότητας, η επιλογή ιδανικών και μίας συγκροτημένης χωρίς αυτοαναιρούμενες συγκρούσεις ιδεολογίας, η ρεαλιστική και αποδεκτή εικόνα του εαυτού του, η απόκτηση αυτοελέγχου και ικανότητας έκφρασης, η οικονομική ανεξαρτησία και η αποδοχή των κοινωνικών και ηθικών αξιών η οποία θα του επιτρέψει να σταθεί μέσα στην κοινωνία.

Ο έφηβος έχει την ανάγκη να ωριμάσει και να διαφοροποιηθεί από τους γονείς του και να αναζητήσει τη δική του ταυτότητα. Σε μερικές οικογένειες, όμως, αυτή η τάση για διαφοροποίηση μπορεί να γίνει αφορμή έντονων συγκρούσεων και αναστάτωσης. Στην κοινωνικοποίηση οι έφηβοι θα δοκιμάσουν τις ιδέες, τον εαυτό και τις ικανότητές τους, θα συγκρίνουν τον εαυτό τους με τους άλλους και θα πάρουν μια θέση ανάμεσα σ αυτούς. Οι έφηβοι θέλουν να αρέσουν στο άλλο φύλο, ώστε να νιώσουν αυτοπεποίθηση και να διαπιστώσουν πως μπορούν να παίξουν σωστά τους νεοαποκτηθέντες τους ρόλους του άντρα και της γυναίκας. Όσο πιο υγιής είναι η προσωπικότητα του παιδιού, τόσο πιο εύκολα θα περάσει μέσα από την εφηβεία χωρίς να βιώσει έντονο άγχος ή κατάθλιψη. Οι έφηβοι δεν μιλάνε όχι γιατί δεν έχουν τίποτα να πουν, αλλά γιατί όλα μέσα τους είναι συγκεχυμένα και βιώνουν μία αδιόρατη αίσθηση κινδύνου³¹.

Στις μέρες μας τα παιδιά παραμένουν μεγάλο διάστημα στο σπίτι των γονέων, οικονομικά και συναισθηματικά εξαρτημένα από αυτούς. Αυτή η παράταση της εφηβείας έχει πολλές αιτίες. Η αλλαγή των ηθών έχει στερήσει από τους νέους το κίνητρο που είχαν παλιά αφού η σεξουαλική τους ζωή είναι αποδεκτή από την πατρική τους οικογένεια. Επίσης, η συχνότητα των διαζυγίων έχει ενισχύσει τη δέσμευση του παιδιού προς τον γονέα του, κυρίως τη μητέρα του και αντίστοιχα την εξάρτηση του γονέα από το παιδί του, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται μεγάλες ενοχές στο νέο που θέλει και οφείλει να κάνει τα πρώτα του βήματα έξω από την οικογένεια. Επίσης, η μεγάλη διάρκεια και δυσκολία των σπουδών όπως και η μεγάλη ανεργία, που κατ' εξοχήν πλήττει τους νέους, αναγκάζουν πολλούς να παραμένουν στην πατρική τους οικογένεια. Η παράταση της εφηβείας δεν είναι αναγκαστικά αρνητική, αφού μπορεί να αποτελεί έναν προσαρμοστικό μηχανισμό που επιτρέπει

³¹ Δικτυακός τόπος <http://e-psychology.gr/children-teens-family/546-h-efhveia>, 30 Οκτωβρίου 2012

στο νέο να αναπτύξει τις δεξιότητες που απαιτούνται ώστε να ανταπεξέλθει στην αυξημένη πολυπλοκότητα της κοινωνίας.

Ο έφηβος τη μια στιγμή νιώθει ανεξάρτητος και γεμάτος αυτοπεποίθηση, αγανακτώντας για κάθε περιορισμό, και την άλλη νιώθει γεμάτος αβεβαιότητα και ζητά ενθάρρυνση και συμπαράσταση. Τη μια νιώθει ενήλικος και την άλλη παιδί. Εξίσου αλλοπρόσαλλη είναι και η συμπεριφορά του προς τους γονείς του. Τη μια στιγμή ο γονιός νιώθει να του φέρεται ο έφηβος πολύ φιλικά και την άλλη να τον απορρίπτει με ψυχρότητα. Ο γονιός αρχίζει κι αυτός με την σειρά του να μην αναγνωρίζει το παιδί του και να νιώθει πως ότι και να κάνει είναι λάθος³².

2.2. Διατροφή εφήβων

Κατά την εφηβεία ο ρυθμός ανάπτυξης του οργανισμού είναι πολύ αυξημένος και καλείται να καλύψει τις ιδιαίτερες ανάγκες του μυϊκού ιστού, των οστών, του όγκου του αίματος και της εμμήνου ρήσεως. Ο ρυθμός ανάπτυξης στους εφήβους διαφοροποιείται σε μεγάλο βαθμό από άτομο σε άτομο, κυρίως λόγω των διαφορετικών επιπέδων φυσικής δραστηριότητας. Οι ενεργειακές απαιτήσεις των κοριτσιών προσεγγίζουν τις 2600 θερμίδες την ημέρα, ενώ των αγοριών τις 3600 θερμίδες. Οι διαφοροποιήσεις στη σύσταση του σώματος και ιδιαίτερα στην αύξηση του μυϊκού ιστού, συμβάλλουν και αυτές στις ιδιαίτερες ενεργειακές απαιτήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα.

Η ισορροπημένη διατροφή για τον έφηβο χαρακτηρίζεται από μέτρο και ποικιλία καλής ποιότητας τροφίμων και εξασφαλίζει στον οργανισμό τα θρεπτικά συστατικά στις ποσότητες που απαιτούνται για την υγεία και την ανάπτυξη. Μια διαίτα πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια και δημητριακά, κρέας και γαλακτοκομικά, μπορεί στις περισσότερες περιπτώσεις να καλύψει τις ανάγκες του εφήβου, δίνοντας προσοχή στο ισοζύγιο ενέργειας³³.

Οι ανάγκες για θρεπτικά συστατικά μεταξύ των εφήβων διαφέρουν έντονα και η πρόσληψη τροφής μπορεί να ποικίλλει εξαιρετικά μεταξύ των ημερών, τόσο που κάποιοι με ελλείψεις ή υπερβολικές προσλήψεις τη μια μέρα, μπορούν εύκολα να

³² Δικτυακός τόπος www.ppsy.gr, 30 Οκτωβρίου 2012

³³ Ζαμπέλας Α. (2003). Διατροφή στα στάδια ζωής. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης. Σελ. 249

αντισταθμίσουν την επομένη. Σε αυτή την περίοδο της ζωής, υπάρχει κίνδυνος έλλειψης πολλών θρεπτικών συστατικών μεταξύ των οποίων ο σίδηρος και το ασβέστιο.

2.2.1. Σίδηρος

Μεταξύ των εφήβων, η αναιμία λόγω έλλειψης σιδήρου είναι μια από τις πιο συνηθισμένες ασθένειες που σχετίζονται με διατροφικές ελλείψεις. Οι έφηβοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην αναιμία από έλλειψη σιδήρου, λόγω του αυξημένου όγκου αίματος και της αυξημένης μυϊκής μάζας κατά την αύξηση και την ανάπτυξη. Αυτά αυξάνουν την ανάγκη για σίδηρο ώστε να δημιουργηθεί αιμοσφαιρίνη, η ερυθρά χρωστική του αίματος που μεταφέρει οξυγόνο, και η σχετική μυοσφαιρίνη στους μυς. Η αύξηση στην άλιπη μάζα σώματος (ΑΜΣ), που αποτελείται κυρίως από μύες, είναι πιο σημαντική στα αγόρια από ότι στα κορίτσια. Στα προεφηβικά χρόνια, η ΑΜΣ είναι περίπου η ίδια και για τα 2 φύλα. Όταν ξεκινά η εφηβεία, ωστόσο, το αγόρι περνά μια φάση πιο γρήγορης εναπόθεσης ΑΜΣ για κάθε κιλό βάρους που παίρνει κατά την ανάπτυξη, καταλήγοντας σε τελική ΑΜΣ διπλάσια από αυτή του κοριτσιού. Άλλοι παράγοντες που συνεισφέρουν στις αυξημένες ανάγκες για σίδηρο είναι η αύξηση του σωματικού βάρους και η έναρξη της εμμήνου ρύσης στα κορίτσια. Όλοι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν αξιολογούνται οι ανάγκες αυτής της ηλικιακής ομάδας σε σίδηρο.

Ένα από τα σημαντικότερα που πρέπει να συνυπολογιστούν στη διατροφή κατά την εφηβεία είναι η πρόσληψη τροφίμων πλούσιων σε σίδηρο όπως τα άλιπα κρέατα και ψάρια, καθώς και τα όσπρια, τα σκούρα πράσινα λαχανικά, οι ξηροί καρποί και τα εμπλουτισμένα με σίδηρο δημητριακά. Ο σίδηρος από ζωικά τρόφιμα (γνωστός ως αιμικός σίδηρος) απορροφάται καλύτερα από αυτόν από μη ζωικές πηγές (μη αιμικός σίδηρος). Οι έφηβοι που κάνουν φυτοφαγικές δίαιτες βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για έλλειψη σιδήρου. Ωστόσο, η βιταμίνη C (π.χ. από τα εσπεριδοειδή) και οι ζωικές πρωτεΐνες (κρέας και ψάρι) βοηθούν στην απορρόφηση του μη αιμικού σιδήρου³⁴.

³⁴ Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία. (2003). Η φροντίδα του εφήβου. Εκδόσεις Ποταμός.

2.2.2. Ασβέστιο

Ο σκελετός έχει περίπου το 99% των αποθηκών ασβεστίου του σώματος και η αύξηση του σκελετικού βάρους είναι ταχύτερη κατά την έξαρση της εφηβείας. Περίπου το 45% της ενήλικης σκελετικής μάζας σχηματίζεται κατά την εφηβεία, παρότι η αύξησή της συνεχίζεται αρκετά μετά την εφηβεία μέχρι και την τρίτη δεκαετία. Όλο το ασβέστιο για την αύξηση του σκελετού πρέπει να προσληφθεί μέσω της διαίτας. Οι μεγαλύτερες προσλήψεις συμβαίνουν κατά την πρώιμη εφηβεία, μεταξύ 10 και 14 ετών στα κορίτσια και 12 με 16 στα αγόρια.

Κατά τη μέγιστη αύξηση της εφηβείας, η κατακράτηση ασβεστίου είναι, κατά μέσο όρο, 200mg/ημέρα στα κορίτσια και 300 mg/ημέρα στα αγόρια. Η απορρόφηση του ασβεστίου είναι μόνο 30% οπότε είναι σημαντικό η διαίτα να παρέχει επαρκές ασβέστιο ώστε να χτιστούν όσο πιο πυκνά οστά γίνεται. Η επίτευξη μέγιστης οστικής μάζας κατά την παιδική ηλικία και εφηβεία είναι σημαντική για την πρόληψη οστεοπόρωσης τα επόμενα χρόνια. Με την κατανάλωση αρκετών μερίδων γαλακτοκομικών προϊόντων, όπως γάλακτος, γιαουρτιού και τυριού, μπορεί να επιτευχθεί η συνιστώμενη πρόσληψη ασβεστίου.

Εκτός από τη διαιτητική πρόσληψη ασβεστίου, και άλλα ανόργανα στοιχεία και βιταμίνες είναι απαραίτητα για τη δημιουργία των οστών, όπως η βιταμίνη D και ο φωσφόρος. Η σωματική δραστηριότητα είναι επίσης απαραίτητη, ειδικά οι ασκήσεις με βάρη, επειδή δίνει το κατάλληλο έναυσμα για τη δημιουργία και κατακράτηση οστών στο σώμα. Ασκήσεις όπως η ποδηλασία, η γυμναστική, το skating, τα παιχνίδια με μπάλα, ο χορός και η εκγύμναση με βάρη υπό επίβλεψη για τουλάχιστον 30-60 λεπτά την ημέρα, 3 με 5 φορές την εβδομάδα, μπορούν να βοηθήσουν στην ανάπτυξη μυϊκής μάζας και πυκνότητας. Οι σωστές αποφάσεις για τη διατροφή και τον τρόπο ζωής νωρίς στη ζωή θα βοηθήσουν τους νεαρούς να αναπτύξουν συμπεριφορές που προωθούν την καλή υγεία και τις οποίες μπορούν να ακολουθήσουν για ολόκληρη τη ζωή τους³⁵.

³⁵ Weaver, C. M. (2000). The growing years and prevention of osteoporosis in later life. Proceedings of the Nutrition Society, 59: Σελ. 303-306.

2.2.3. Βιταμίνες

Οι βιταμίνες ρυθμίζουν τις διάφορες αντιδράσεις του μεταβολισμού ενώ άλλοι μεταβολίτες όπως τα λίπη, οι υδατάνθρακες και οι πρωτεΐνες χρησιμοποιούνται ως πρώτη ύλη αυτών των αντιδράσεων. Έλλειψη μιας βιταμίνης σταματάει τις ειδικές μεταβολικές εργασίες και μπορεί να αλλάξει τη μεταβολική ισορροπία στον οργανισμό. Οι υδατοδιαλυτές βιταμίνες συμμετέχουν στη μεταφορά ενέργειας και στο μεταβολισμό των πρωτεϊνών, των υδατανθράκων και των λιπών. Μερικές από τις λιποδιαλυτές βιταμίνες αποτελούν βασικό τμήμα των βιολογικών μεμβρανών και παίζουν σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της λειτουργικής ακεραιότητάς τους. Ορισμένες δρουν σε γενετικό επίπεδο και ελέγχουν τη σύνθεση ορισμένων ενζύμων. Παντελής ή μερική στέρηση μίας ή περισσότερων βιταμινών από τον οργανισμό προκαλεί διάφορες παθολογικές καταστάσεις (αβιταμίνωση ή υποβιταμίνωση). Σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρούνται διαταραχές του οργανισμού, εξαιτίας πολύ μεγάλων δόσεων βιταμινών (υπερβιταμίνωση) που είναι αντίστοιχες με αυτές της παντελούς έλλειψης.

Οι υδατοδιαλυτές βιταμίνες περιλαμβάνουν τη βιταμίνη C και την ομάδα των βιταμινών B. Είναι απλά μόρια που περιέχουν υδρογόνο, οξυγόνο και άνθρακα ενώ μερικά θείο, άζωτο και κοβάλτιο. Ο βαθμός διάλυσης τους στο νερό είναι διαφορετικός και αυτή η ιδιότητα επηρεάζει την απορρόφηση τους από το έντερο και στη συνέχεια την απέκκριση τους και την αποθήκευση τους στους ιστούς του οργανισμού.

Οι λιποδιαλυτές βιταμίνες εξαρτώνται από τα διατροφικά λιπαρά για την απορρόφηση και μεταφορά τους. Κατανέμονται στις ομάδες A, D, E και K. Οι βιταμίνες αυτές δεν προσφέρονται όλες από τροφικές πηγές και μερικές δημιουργούνται και συντίθενται από τους οργανισμούς³⁶.

2.2.4. Ενδιάμεσα γεύματα

Οι έφηβοι, εκτός του ότι εκτίθενται σε περιοδικές διατροφικές μόδες και τάσεις αδυνατίσματος, τείνουν να προσπερνούν γεύματα και να αναπτύσσουν μη φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες. Ένα από τα γεύματα που πιο συχνά

³⁶ Stacy Nix. (2005). Williams' basic nutrition & diet therapy, Elsevier Health Sciences.

προσπερνιούνται είναι το πρωινό. Έρευνες έχουν δείξει ότι το πρωινό παίζει σημαντικό ρόλο στο να παρέχει απαραίτητη ενέργεια και θρεπτικά συστατικά μετά τη βραδινή νηστεία και μπορεί να βοηθήσει τη συγκέντρωση και την απόδοση στο σχολείο. Τα ενδιάμεσα γεύματα γενικά αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι των συνηθειών τόσο για τα παιδιά όσο και για τους εφήβους. Τα μικρότερα παιδιά δεν μπορούν να φάνε μεγάλες ποσότητες σε ένα γεύμα και συχνά πεινούν πολύ πριν το επόμενο τακτικό γεύμα τους. Ένα ενδιάμεσο γεύμα μεταξύ πρωινού και μεσημεριανού και μεταξύ μεσημεριανού και βραδινού μπορούν να βοηθήσουν στη συμπλήρωση θερμίδων κατά τη διάρκεια της ημέρας. Γρήγορα αναπτυσσόμενοι και πολύ ενεργητικοί έφηβοι συχνά έχουν σημαντικές ενεργειακές και διατροφικές ανάγκες, γι' αυτό η διδασκαλία της διατροφής στο σχολικό πρόγραμμα θα βοηθήσει τα παιδιά να έχουν τη γνώση να κάνουν ενημερωμένες επιλογές σχετικά με τα τρόφιμα στα κυρίως γεύματα και τα σνακ τους³⁷.

2.2.5. Ενεργειακές ανάγκες

Φυσιολογικά, οι ενεργειακές ανάγκες των εφήβων τείνουν να είναι παράλληλες με το ρυθμό ανάπτυξής τους και τα διάφορα άτομα μπορούν να καλύψουν τις ενεργειακές ανάγκες τους μέσω του αισθήματος της όρεξης με επαρκή ακρίβεια. Ως αποτέλεσμα, η πλειοψηφία των εφήβων διατηρούν την ενεργειακή ισορροπία και μια ποικίλη πρόσληψη τροφίμων παρέχει επαρκή θρεπτικά συστατικά για τη βέλτιστη αύξηση και ανάπτυξη.

2.3. Διαταραχές στην εφηβεία

2.3.1. Πρώιμη ήβη (εφηβεία)

Πρόκειται για την ισοφυλετική ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου, δηλαδή ανάπτυξη των μαστών στα κορίτσια και αύξηση του μεγέθους των όρχεων και του πέους στα αγόρια, πριν από την ηλικία των 8 ετών στα κορίτσια και των 9 ετών στα αγόρια. Η πρώιμη ήβη χαρακτηρίζεται από αυξημένα επίπεδα ορμονών σχετικά με την ηλικία του παιδιού. Χαρακτηρίζεται επίσης από επιτάχυνση του ρυθμού αύξησης, που συνοδεύεται συχνά από πρώιμη και ταχεία σκελετική ωρίμανση και πρώιμη σύγκλιση των επιφύσεων, με αποτέλεσμα χαμηλότερο τελικό ανάστημα κατά την ενηλικίωση, σε σύγκριση με το γενετικά αναμενόμενο ύψος.

³⁷Gregory J. et al. (2000). National Diet and Nutrition Survey: young people aged 4-18 years, vol. 1. Report of the Diet and Nutrition Survey, TSO, London

Επίσης, στα κορίτσια η πρόωμη ήβη μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις³⁸.

2.3.2. Πρόωμη αδρεναρχή

Πρόκειται για την εμφάνιση τρίχωσης στο εφήβαιο πριν από την ηλικία των 8 ετών στα κορίτσια και των 9 ετών στα αγόρια. Μπορεί να συνοδεύεται από εμφάνιση τρίχωσης στη μασχάλη, χωρίς όμως άλλα σημεία εφηβικής ανάπτυξης, χωρίς ανάπτυξη μαστών στα κορίτσια και αύξηση μεγέθους του πέους και των όρχεων στα αγόρια. Επίσης, μπορούν να συνυπάρχουν εμφάνιση εφηβικής οσμής ιδρώτα, σημηγατόρροια και ακμή. Ο ρυθμός αύξησης μπορεί να επιταχυνθεί και μπορεί να παρατηρηθεί αυξημένη οστική ωρίμανση, η οποία όμως βρίσκεται σε αναλογία με το ύψος. Παρατηρείται συνήθως σε παιδιά 3 - 8 ετών, αλλά μπορεί να συμβεί και πολύ νωρίτερα ακόμα και σε ηλικία 6 μηνών. Η πρόωμη αδρεναρχή είναι πολύ συχνότερη σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά.

Η πρόωμη αδρεναρχή οφείλεται σε πρόωμη αύξηση των ανδρογόνων που παράγονται από τα επινεφρίδια (αδένες πάνω από τα νεφρά). Η αιτία της πρόωμης παραγωγής των επινεφριδιακών ανδρογόνων στην πρόωμη αδρεναρχή παραμένει αδιευκρίνιστη. Η πρόωμη αδρεναρχή είναι μια καλοήθης κατάσταση και δεν επηρεάζει ιδιαίτερα την έναρξη και την εξέλιξη της εφηβείας ούτε το τελικό ανάστημα, με αποτέλεσμα να μην χρειάζεται θεραπεία. Όμως στα παιδιά με πρόωμη αδρεναρχή μπορεί να χρειαστεί να γίνει ορμονικός έλεγχος για να αποκλειστούν άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως η πρόωμη ήβη, όγκοι των επινεφριδίων, των ωοθηκών ή των όρχεων και μια άλλη δυσλειτουργία των επινεφριδίων που λέγεται συγγενής υπερπλασία των επινεφριδίων³⁸.

2.3.3. Καθυστερημένη εφηβεία

Καθυστερημένη εφηβεία ορίζεται η μη ανάπτυξη των μαστών για τα κορίτσια μέχρι την ηλικία των 13 ετών (ή εμμηναρχής μέχρι 16 ετών) και η μη αύξηση του μεγέθους των όρχεων και του πέους για τα αγόρια μέχρι την ηλικία των 14 ετών. Επιπλέον, ακόμη και αν η έναρξη της εφηβείας είναι φυσιολογική, όταν δεν υπάρχει φυσιολογική εξέλιξη των σταδίων της εφηβείας, τότε είναι πιθανόν να υποκρύπτεται

³⁸ Δικτυακός τόπος www.iatronet.gr, στις 1 Δεκεμβρίου 2012

κάποιο παθολογικό αίτιο. Συνήθως η καθυστέρηση της εφηβείας είναι μια καλοήθης κατάσταση και δεν οφείλεται σε παθολογικά αίτια. Εμφανίζεται πιο συχνά στα αγόρια και συνήθως υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καθυστερημένης εφηβείας. Οι ορμόνες που ρυθμίζουν την ανάπτυξη των όρχεων, οι γοναδοτροπίνες, είναι χαμηλές, καθώς και η τεστοστερόνη. Μπορεί να συνυπάρχει καθυστέρηση του ύψους και της οστικής ηλικίας και χαμηλός ρυθμός αύξησης. Τα περισσότερα από αυτά τα παιδιά θα επιτύχουν ένα ικανοποιητικό τελικό ανάστημα. Σε ορισμένες σπάνιες περιπτώσεις η καθυστερημένη εφηβεία οφείλεται σε παθολογικά αίτια, όπως διαταραχές του υποθαλάμου και της υπόφυσης, καθώς και διαταραχές της ανάπτυξης των γονάδων, δηλαδή των ωοθηκών ή των όρχεων.

Το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών στα κορίτσια μπορεί να προκαλέσει διαταραχές της εμμήνου ρύσεως, σπάνια πρωτοπαθή αμηνόρροια, δηλαδή καθυστέρηση εμφάνισης εμμήνου ρύσεως, καθώς και δασυτριχισμό, ακμή και σε ορισμένες περιπτώσεις παχυσαρκία³⁸.

2.3.4. Διαταραχές της ανάπτυξης

Η σωματική ανάπτυξη του παιδιού αξιολογείται λαμβάνοντας υπ' όψιν το ύψος των γονέων, το ιστορικό κυήσεως, το ιστορικό του παιδιού καθώς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Για τη μέτρηση του ύψους και βάρους χρησιμοποιούνται διαγράμματα που βασίζονται στο φυσιολογικό πληθυσμό. Ο ετήσιος ρυθμός αύξησης υπολογίζεται από μετρήσεις που απέχουν μεταξύ τους 6 μήνες τουλάχιστον και διαφέρει ανάλογα με την ηλικία και το φύλο. Το ύψος και ο ετήσιος ρυθμός αύξησης εκφράζονται σαν εκατοστιαίες θέσεις ή σταθερές αποκλίσεις από το φυσιολογικό και μας δίνουν τη δυνατότητα να αξιολογήσουμε την ανάπτυξη του παιδιού ανάλογα με την ηλικία και το φύλο. Ακόμη, το προβλεπόμενο γενετικό ανάστημα, το οποίο υπολογίζεται με βάση το ύψος του πατέρα και της μητέρας, είναι χρήσιμο για την αξιολόγηση της ανάπτυξης του παιδιού.

Η καθυστέρηση της ανάπτυξης ορίζεται όταν το ύψος είναι πολύ χαμηλό για την ηλικία και το φύλο (κάτω από την 3η εκατοστιαία θέση) ή όταν υπάρχει πτώση του ετήσιου ρυθμού αύξησης (κάτω από την 25η εκατοστιαία θέση) ή όταν το ύψος είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια αλλά απέχει σημαντικά από το προβλεπόμενο γενετικό ανάστημα.

Το χαμηλό ανάστημα διακρίνεται αιτιολογικά σε:

- ◆ Πρωτοπαθές, οφειλόμενο σε διαταραχή των χόνδρων ή των οστών. Συνήθως υπάρχει δυσαναλογία κορμού-άκρων ή δυσμορφικά στοιχεία. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι σκελετικές δυσπλασίες (αχονδροπλασία, υποχονδροπλασία), οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες, τα δυσμορφικά σύνδρομα (σ. Turner και άλλα) και η ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης.
- ◆ Δευτεροπαθές, οφειλόμενο σε ενδοκρινοπάθειες (όπως υποθυρεοειδισμό, έλλειψη αυξητικής ορμόνης και άλλα), χρόνια νοσήματα, υποσιτισμό, νευρογενή ανορεξία σε ανεπτυγμένες χώρες και ψυχοκοινωνική αποστέρηση σε παραμελημένα ή κακοποιημένα παιδιά.
- ◆ Ιδιοπαθές, χωρίς εμφανή παθολογική αιτία. Μπορεί να είναι οικογενές ή ιδιοσυστασιακό. Το οικογενές χαμηλό ανάστημα χαρακτηρίζεται από φυσιολογικό μήκος και βάρος γέννησης, κοντό ανάστημα σε κάποιον από τους γονείς και σχεδόν φυσιολογικό τελικό ανάστημα. Η ιδιοσυστασιακή καθυστέρηση ύψους και εφηβείας χαρακτηρίζεται από ύψος περί την 3η εκατοστιαία θέση και χαμηλό ρυθμό αύξησης, καθυστέρηση της οστικής ηλικίας, μη εμφάνιση σημείων εφηβείας σε αγόρια άνω των 14 ετών και κορίτσια άνω των 13 ετών, ιστορικό καθυστέρησης ύψους και εφηβείας σε ένα γονέα και συνήθως φυσιολογικό τελικό ανάστημα³⁸.

2.3.5. Επιτάχυνση της ανάπτυξης

Επιτάχυνση της ανάπτυξης ορίζεται όταν το ύψος είναι πολύ ψηλό για την ηλικία και το φύλο (> 97η εκατοστιαία θέση) ή/και όταν ο ετήσιος ρυθμός αύξησης είναι μεγάλος (πάνω από την 50η -75η εκατοστιαία θέση). Το οικογενές ψηλό ανάστημα είναι το συχνότερο αίτιο επιτάχυνσης της ανάπτυξης. Συνήθως, το παιδί είναι ψηλό καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, δεν έχει κάποιο νόσημα και υπάρχει οικογενειακό ιστορικό στους γονείς. Επιτάχυνση της αύξησης προκαλείται και από την παχυσαρκία, σε συνδυασμό με έναρξη των σημείων της εφηβείας και επιτάχυνση της οστικής ηλικίας, όμως το τελικό ανάστημα είναι φυσιολογικό. Ο υπερθυρεοειδισμός επίσης, οδηγεί σε επιτάχυνση του ύψους και της οστικής ηλικίας κατά την εφηβεία, όμως το τελικό ανάστημα είναι φυσιολογικό³⁹.

³⁹ Κούστα Ε., Χατζηαθανασίου Χ., Παπαθανασίου Α. ΓΝΑ Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Τμήμα Ενδοκρινολογίας, στο www.iatronet.gr, στις 2 Δεκεμβρίου 2012

2.3.6. Διαταραχές διάθεσης

Η συναισθηματική διάθεση είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι οι διαταραχές διάθεσης στα παιδιά και τους εφήβους αντιπροσωπεύουν μια από τις πιο δύσκολα διαγνωσθείσες ομάδες ασθενειών στην ψυχιατρική. Αυτό οφείλεται σε διάφορους παράγοντες. Μερικοί από αυτούς είναι α) ότι τα παιδιά δεν είναι πάντα ικανά να εκφράσουν το πώς αισθάνονται, β) τα συμπτώματα των διαταραχών διάθεσης λαμβάνουν διαφορετικές μορφές στα παιδιά απ' ό,τι στους ενήλικους, γ) οι διαταραχές διάθεσης συνοδεύονται συχνά από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές που μπορούν να καλύψουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα, και τέλος δ) πολλοί παθολόγοι τείνουν να σκεφτούν την κατάθλιψη και τη διπολική διαταραχή ως ασθένειες της ενηλικίωσης.

Σύμφωνα με το DSM- IV, οι διαταραχές της διάθεσης αφορούν α) στις καταθλιπτικές διαταραχές όπου υποδιαιρούνται στη μείζων καταθλιπτική διαταραχή, στη δυσθυμική διαταραχή και στην καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, β) στις διπολικές διαταραχές οι οποίες υποδιαιρούνται σε διπολική 1 διαταραχή, διπολική 2 διαταραχή, κυκλοθυμική διαταραχή και διπολική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς και χαρακτηρίζονται από την παρουσία ή το ιστορικό μανιακών, μεικτών ή υπομανιακών επεισοδίων που συνήθως συνοδεύονται από την απουσία ή το ιστορικό μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων, γ) μη προσδιοριζόμενη αλλιώς σε δυο διαταραχές βασισμένες στην αιτιολογία του, όπως η διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση και η διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες και τέλος δ) σε διαταραχή της διάθεσης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Παρόλο που τα συμπτώματα των συναισθηματικών διαταραχών δεν διαφοροποιούνται σε παιδιά και μεγάλους, πολλοί ερευνητές πιστεύουν πως οι συναισθηματικές διαταραχές σε παιδιά και εφήβους καθίστανται από τις πιο δύσκολες διαγνωστικά κατηγορίες κυρίως γιατί τα παιδιά δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν με ευκολία κάποια πιθανή συναισθηματική δυσλειτουργία και να την περιγράψουν. Επιπλέον πολλά συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά άλλων παιδικών διανοητικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα ευερεθιστότητας και

επιθετικότητας μπορεί να συνιστούν ενδείξεις τόσο της διπολικής διαταραχής όσο και της διαταραχής της ελαττωματικής προσοχής υπερκινητικότητας, της εναντιωτικής προκλητικής διαταραχής ή άλλων ψυχικών διαταραχών (πχ. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια), καθώς και της κατάχρησης ουσιών⁴⁰. Εξίσου σημαντικές με τις παραπάνω είναι οι διατροφικές διαταραχές της εφηβείας. Πρόκειται για την παχυσαρκία, την ανορεξία, τη βουλιμία.

2.4. Διατροφικές διαταραχές στην εφηβεία

Στην εποχή μας η εξάπλωση του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας σε παιδιά και εφήβους είναι πλέον ένα μείζον διατροφικό πρόβλημα και η κατάσταση αυτή είναι πιθανό ότι θα παραμείνει και κατά την ενήλικη ζωή. Οι έφηβοι στην ανάπτυξη ανησυχούν ιδιαίτερα για την εικόνα του σώματός τους και το υπερβολικό βάρος μπορεί να έχει βαθιές συνέπειες στη συναισθηματική ευημερία τους καθώς και στη σωματική υγεία τους. Παχυσαρκία είναι κλινική κατάσταση στην οποία η υπερβολική αποθήκευση λίπους μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία του ατόμου. Σύμφωνα με το Δείκτη Μάζα Σώματος (ΔΜΣ), ως παχύσαρκα χαρακτηρίζονται τα άτομα με ΔΜΣ μεγαλύτερο από 30. Κατά μέσο όρο, οι παχύσαρκοι άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη δαπάνη ενέργειας από λεπτότερους, λόγω της ενέργειας που απαιτείται για να διατηρηθεί μια αυξημένη μάζα σώματος.⁴¹ Η αιτία της παχυσαρκίας είναι πολυπαραγοντική και επηρεάζεται έντονα από κοινωνικοοικονομικούς, βιοχημικούς, γενετικούς και ψυχολογικούς παράγοντες⁴².

Το άγχος και οι συναισθηματικές διαταραχές μπορούν ωστόσο να επηρεάσουν σημαντικά την ενεργειακή ισορροπία στους εφήβους, με αποτέλεσμα την κατανάλωση είτε πολύ μεγάλων είτε πολύ μικρών ποσοτήτων τροφής. Μέτριες ή σοβαρές μολύνσεις, νευρικότητα, έμμηνος ρύση, οδοντικά ή δερματικά προβλήματα (ακμή), μπορούν να αλλάξουν την όρεξη. Οι έφηβοι με ακραίες διατροφικές συνήθειες είναι οι πιο επιρρεπείς. Το συναισθηματικό στρες συχνά σχετίζεται με

⁴⁰ Αργυροπούλου Μ. κ.ά. (2008). Συναισθηματικές διαταραχές σε παιδιά και εφήβους. Εργασία στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Φιλοσοφική Σχολή, Τμήμα Ψυχολογίας.

⁴¹ Obesity and overweight. (Μάρτιος 2011). Fact sheets (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) (N°311).

⁴² International Life Sciences Institute (2000). Overweight and Obesity in European Children and Adolescents. Causes and consequences-prevention and treatment. Σελ. 1-22. ILSI Europe, Brussels, Belgium

διατροφικές μόνες και τάσεις αδυνατίσματος, καταστάσεις που μπορούν να οδηγήσουν σε διατροφικές διαταραχές όπως η νευρογενής ανορεξία ή βουλιμία.

2.5. Ψυχογενής βουλιμία στην εφηβεία- επιπτώσεις

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής με την αφθονία, την υπερκατανάλωση και την προβολή εσφαλμένων προτύπων, έχει αυξήσει τα τελευταία χρόνια τις ψυχογενείς παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με τη διατροφή (νευρογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία). Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται συνήθως στην εφηβική ηλικία (μέση και τελική) ή στην αρχή της ενηλίκου ζωής. Η συχνότητα της ψυχογενούς βουλιμίας στο γενικό πληθυσμό είναι 3-6% και είναι διπλάσια στις γυναίκες απ ό τι στους άνδρες. Μεμονωμένα επεισόδια υπερφαγίας χωρίς όμως την πλήρη εικόνα της ψυχογενούς βουλιμίας, έχουν αναφερθεί μέχρι και στο 40% των νεαρών γυναικών.

Στην αρχή οι ασθενείς βιώνουν μία κατάσταση στην οποία νιώθουν ευερέθιστοι και αβοήθητοι στην έντονη ανάγκη τους να καταναλώσουν απαγορευμένες τροφές. Σταδιακά χάνουν τον έλεγχο των ορίων στην ποσότητα και στο είδος της τροφής. Κατά τη διάρκεια ενός βουλιμικού επεισοδίου, κατακλύζονται από ευχάριστα συναισθήματα, τα οποία όμως στη συνέχεια μετατρέπονται σε αρνητικά. Μετά από μία μεγάλη και ταχεία κατανάλωση τροφής, αισθάνονται αηδία, κυριεύονται από τύψεις για τη βουλιμία και για την «αδυναμία» που νιώθουν ότι έδειξαν στη δύσκολη στιγμή. Νιώθουν επίσης έντονο φόβο για πιθανές αλλαγές στο σχήμα και στο βάρος του σώματός τους.

Λόγω των ενοχών που οι ασθενείς βιώνουν με τη συμπεριφορά τους, τείνουν να κρύβουν τη διαταραχή τους και σπάνια αναζητούν θεραπευτική στήριξη. Αν αναζητήσουν θεραπεία, τότε αυτό λαμβάνει χώρα τουλάχιστον τέσσερα με πέντε χρόνια μετά την έναρξη της διαταραχής⁴³. Το 75% των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία οδηγείται σε συστηματική πρόκληση εμετού προκειμένου να ελέγξει το βάρος του. Η διαδικασία αυτή απελευθερώνει άμεσα τις ασθενείς από τα δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα που απορρέουν από τα βουλιμικά επεισόδια (π.χ. βαρυστομαχία), ενώ παράλληλα μετριάξει τα συναισθήματα του άγχους, της αηδίας καθώς και την αίσθηση απώλειας ελέγχου. Οι συχνοί εμετοί ωστόσο μπορούν να

⁴³ Lasater L, Mehler P. (2001). Medical complications of bulimia nervosa. *Eating Behavior*. 2: Σελ. 279-292.

προκαλέσουν σοβαρές αρνητικές ιατρικές επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία⁴³.

Η πιο επικίνδυνη ηλικία είναι η εφηβική ηλικία και τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης (13-22 ετών), και βέβαια η ψυχογενής βουλιμία, όπως και όλες οι διαταραχές στη λήψη τροφής, πλήττουν στην συντριπτική πλειοψηφία τους το γυναικείο πληθυσμό. Επίσης, επιρρεπείς στη συγκεκριμένη πάθηση είναι και οι γυναίκες που πλησιάζουν στην εμμηνόπαυση, φαινόμενο που σχετίζεται με την κρίσιμη ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας στη φάση αυτή. Άλλος ένας παράγοντας που συμβάλλει στην εμφάνιση της νόσου είναι το εργασιακό περιβάλλον. Άτομα που ασκούν επαγγέλματα που βασίζονται στην καλή εμφάνιση είναι επιρρεπή σε διαταραχές στη λήψη τροφής. Αυτά περιλαμβάνουν κυρίως επαγγέλματα που ασχολούνται με τη μόδα και το χορό ή αθλήματα που εξαρτώνται από το βάρος των αθλητών, π.χ. ενόργανη και ρυθμική γυμναστική.

2.5.1. Σωματικές επιπτώσεις

Οι άνθρωποι που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να νιώσουν έντονο πρήξιμο μετά από ένα επεισόδιο βουλιμίας. Το γεγονός αυτό προφανώς αντανακλά τη σχετική ταχύτητα κατανάλωσης της τροφής. Οι άνθρωποι που τρώνε έως ότου νιώσουν έντονο πρήξιμο, δηλώνουν πως κάποιες φορές αισθάνονται δύσπνοια. Αυτό οφείλεται στο διεσταλμένο στομάχι που πιέζει το διάφραγμα.

Επίσης, η πρόκληση εμετού έχει αρνητικές επιδράσεις. Η επανειλημμένη πρόκληση εμετού για ένα μακρύ χρονικό διάστημα φθείρει τα δόντια, διαβρώνοντας σταδιακά το σμάλτο της εσωτερικής επιφάνειας των μπροστινών δοντιών. Τα σφραγίσματα δεν επηρεάζονται, με αποτέλεσμα να γίνονται πιο εμφανή σε σχέση με την επιφάνεια του σμάλτου. Οι οδοντίατροι μπορούν εύκολα να αναγνωρίσουν αυτό το χαρακτηριστικό είδος διάβρωσης και επομένως να συμπεράνουν την αιτία του. Η φθορά του σμάλτου είναι μη αναστρέψιμη, αλλά όχι οριστική. Με άλλα λόγια, σταματά από τη στιγμή που το άτομο παύει να προκαλεί εμετό. Το ξέπλυμα του στόματος με νερό μετά απ' αυτήν την επιβλαβή συνήθεια θεωρείται πως, αντί να καθυστερεί, επιταχύνει τη φθορά των δοντιών.

Επιπλέον, γύρω από το στόμα υπάρχουν αδένες που παράγουν το σάλιο. Σε ορισμένους ανθρώπους που προκαλούν εμετό αυτοί οι αδένες παρουσιάζουν σταδιακό οίδημα. Το οίδημα αυτό είναι ανώδυνο, αλλά μπορεί να αυξήσει την παραγωγή σάλιου. Συνήθως πρήζονται περισσότερο οι παρωτιδικοί αδένες, δίνοντας στο πρόσωπο μία στρογγυλή, στρουμπουλή όψη. Οι άνθρωποι με οιδηματικές παρωτίδες, έχουν την τάση να βλέπουν το πρόσωπο τους «παχουλό» και θεωρούν πως έτσι είναι και όλο τους το σώμα. Φυσικά, αυτό αυξάνει την ανησυχία τους για την εμφάνιση και το βάρος τους, διαιωνίζοντας έτσι το πρόβλημα πρόσληψης τροφής. Το πρήξιμο των σιελογόνων αδένων είναι αναστρέψιμο και υποχωρεί προοδευτικά καθώς οι διατροφικές συνήθειες βελτιώνονται. Δεδομένου ότι οι περισσότεροι άνθρωποι προκαλούν εμετό ερεθίζοντας μηχανικά το φαρυγγικό αντανακλαστικό τους. Αυτό μπορεί να αποτελεί δύσκολη και μακροχρόνια διαδικασία που απαιτεί δύναμη. Μπορεί να επέλθουν επιφανειακά τραύματα στο πίσω μέρος του φάρυγγα τα οποία μάλιστα είναι δυνατό να μολυνθούν. Δεν είναι σπάνια τα παράπονα γυναικών για πόνο και βραχνάδα στο λαιμό.

Τέλος, οι συνέπειες της συχνής πρόκλησης εμετού μπορεί να είναι σοβαρές, ιδιαίτερα στην περίπτωση των ατόμων που προσπαθούν να «καθαρίσουν» το στομάχι τους, πίνοντας συνεχώς υγρά και κάνοντας εμετό έως ότου αυτός δεν περιέχει πια καθόλου τροφές. Η Ισορροπία των σωματικών υγρών και ηλεκτρολυτών (νάτριο, κάλιο, κτλ.) μπορεί να διαταραχθεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, ορισμένοι από τους οποίους είναι σοβαροί. Η περισσότερο ανησυχητική ηλεκτρολυτική διαταραχή είναι η υποκαλιαιμία (χαμηλό κάλιο) καθώς μπορεί να οδηγήσει και καρδιακές αρρυθμίες. Τα συμπτώματα της διαταραχής υγρών ή ηλεκτρολυτών περιλαμβάνουν υπερβολική δίψα, ζάλη, κατακράτηση υγρών που προκαλεί πρήξιμο των ποδιών και χεριών, αδυναμία και λήθαργο, μυϊκές συστολές και σπασμούς. Ωστόσο παρά το γεγονός ότι οι μισές γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία αποδεικνύεται πως παρουσιάζουν κάποιου είδους διαταραχή των ηλεκτρολυτών και των σωματικών τους υγρών, οι περισσότερες δεν εκδηλώνουν κανένα απ' αυτά τα συμπτώματα και η ηλεκτρολυτική τους διαταραχή είναι ήπια.

Η χρήση καθαρτικών επιφέρει επίσης αρνητικές συνέπειες. Τα βουλιμικά άτομα παίρνουν καθαρτικά για να διαμορφώσουν το βάρος και τη σιλουέτα τους, αν και δεν ακολουθούν την τακτική αυτή συχνότερα απ' ό τι την πρόκληση εμετού. Ανεξάρτητα

από την ποσότητα, τα καθαρτικά έχουν πολύ μικρή δραστικότητα στην απορρόφηση θερμίδων. Δρουν στο χαμηλότερο μέρος του εντέρου ενώ οι θερμίδες απορροφώνται υψηλότερα. Ορισμένα καθαρτικά, όταν λαμβάνονται σε μεγάλες δόσεις και για μεγάλα διαστήματα, προκαλούν μόνιμη βλάβη στα τοιχώματα του εντέρου. Γενικά όμως, οι δυσάρεστες σωματικές συνέπειες είναι αναστρέψιμες⁴⁴.

2.5.2. Ψυχολογικές επιπτώσεις

Τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία βιώνουν υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής. Νιώθουν κατάθλιψη και απογοήτευση. Πολλοί άνθρωποι ντρέπονται για την έλλειψη αυτοπεποίθησης και νιώθουν τύψεις για τη μυστικότητα και τα ψέματα τους. Κρίνουν πολύ αυστηρά τον εαυτό τους. Κάποιοι, απελπίζονται τόσο πολύ που κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας. Στις περισσότερες περιπτώσεις η κατάθλιψη, αν και σοβαρή, αποτελεί μάλλον δευτερεύον πρόβλημα. Συνήθως υποχωρεί μόλις το άτομο επανακτήσει τον έλεγχο του φαγητού. Τα αισθήματα ανικανότητας μπορεί ωστόσο να παραμείνουν σ' αυτές τις περιπτώσεις. Υπάρχουν συχνά ενδείξεις μακροχρόνιας χαμηλής αυτό εκτίμησης⁴⁵.

Τα άτομα που υποφέρουν από βουλιμία, είναι επίσης επιρρεπή στο άγχος, ενώ κάποια αποφεύγουν τις κοινωνικές εκδηλώσεις, ιδιαίτερα εκείνες οι οποίες συμπεριλαμβάνουν φαγητό. Αυτό σημαίνει πως μπορεί να χάσουν το γάμο ενός στενού τους φίλου, το πάρτι, αποφοίτησης ενός αγαπημένου ξαδέρφου τους, η το πάρτι γενεθλίων του γονέα τους, γεγονός που πληγώνει και το άτομο με το πρόβλημα και τους φίλους ή την οικογένεια του. Εκτός απ' αυτού του είδους το άγχος, οι ψυχολογικές μεταπτώσεις είναι ιδιαίτερα συχνές. Ορισμένα άτομα γίνονται ευέξαπτα. Μάλιστα, ένα μικρό ποσοστό ατόμων με αυτά τα προβλήματα αυτοτραυματίζονται, ώστε να εκτονώσουν την ένταση που νιώθουν. Επίσης, προβλήματα σε σχέση με τον αλκοολισμό και τα ναρκωτικά μπορεί να κάνουν την εμφάνιση τους⁴⁶.

⁴⁴ Palmer Bob. (2000). Helping people with eating disorders a clinical guide to assessment and treatment. Saxon press, England.

⁴⁵ Γσιάντης – Ξυπολιτάς, Ζαχαριάδης. (2000). Ψυχοσωματικά προβλήματα των παιδιών. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.

⁴⁶ Βάρσου Ε. (2000). Ψυχογενής βουλιμία, στο «Ψυχιατρική» του Γ.Ν. Χριστοδούλου και συν. Πρώτος τόμος. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Κεφάλαιο 3: Θεραπεία ψυχογενούς βουλιμίας

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

3.1. Ψυχολογική θεραπεία

Η αντιμετώπιση μιας διαταραχής πρόσληψης τροφής είναι μια μακροχρόνια και συχνά πολύπλοκη διαδικασία και μπορεί να συνεπάγεται αλλαγές της συμπεριφοράς, τις οποίες μπορεί να αντιλαμβάνονται απειλητικά οι ασθενείς, για παράδειγμα να εγκαταλείψουν το όνειρό τους για το ιδανικό σώμα. Οι ασθενείς συχνά αποκαλύπτουν λεπτομέρειες της συμπεριφοράς τους, τις οποίες σκέφτονται ως απρεπείς και σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να δέχονται κριτική. Είναι πάντα απαραίτητη στην αρχή της θεραπείας η διερεύνηση των πιστεύω και των προσδοκιών του ασθενή-πως θα ήθελε να είναι οι διατροφικές του ανάγκες (ποσότητα), πόσο βάρος επιθυμεί να χάσει, ποιά η σχέση που θέλει να έχει με το φαγητό, και αν αυτές οι προσδοκίες είναι ρεαλιστικές. Επίσης είναι αναμφισβήτητο σήμερα, ότι το σημείο αφετηρίας των διατροφικών διαταραχών πρέπει να αναζητηθεί στον ψυχισμό του ασθενούς.

3.1.1. Γνωσιακή- συμπεριφορική παρέμβαση

Η γνωστική θεραπεία της συμπεριφοράς, ενθαρρύνει το άτομο να επανεξετάσει κυρίαρχες σκέψεις και μοντέλα συμπεριφοράς. Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της θεραπείας είναι η αυτοπαρατήρηση του φαγητού που προσλαμβάνεται, των υπερφαγικών επεισοδίων και των μηχανισμών ενεργοποίησης αυτών των επεισοδίων.

Αυτές οι πληροφορίες χρησιμοποιούνται:

- ◆ για να διαμορφώσουν τρία ή περισσότερα γεύματα ημερησίως,
- ◆ για να προτείνουν σταδιακά απαγορευμένα φαγητά στη δίαιτα (θεραπεία μέσω της έκθεσης) και
- ◆ για γνωρίσει και να επανορθώσει το άτομο τις παραπονημένες αντιλήψεις του για τη πρόσληψη του φαγητού, το βάρος και το σχήμα του σώματος. Σε επόμενες συνεδρίες προτείνονται διαδικασίες πρόληψης των υποτροπών.

Η θεραπεία της βουλιμικής διαταραχής με βάση τις αρχές της γνωσιακής συμπεριφορικής προσέγγισης στηρίζεται στην άποψη των διαδικασιών που εμπλέκονται στην ανατροφοδότηση και διατήρηση της διαταραχής. Σύμφωνα με την άποψη αυτή η ανατροφοδότηση οφείλεται στην παρουσία συγκεκριμένων γνωσιακών χαρακτηριστικών που προσομοιάζουν με αυτά της ψυχογενούς ανορεξίας: τάση για αξιολόγηση του εαυτού σχεδόν αποκλειστικά με όρους βάρους και σχήματος σώματος, παρουσία χαμηλής αυτοεκτίμησης και τελειοθηρίας, διχοτομικός τρόπος σκέψης. Τα χαρακτηριστικά αυτά σχήματα έχουν σαν αποτέλεσμα ο ασθενής να ζει διαρκώς με το φόβο αύξησης βάρους και παχυσαρκίας, όντας εξαιρετικά ευαίσθητη σε αλλαγές του βάρους και προσπαθώντας διαρκώς να κρατάει αυστηρό έλεγχο στη συμπεριφορά φαγητού, περιορίζοντας σημαντικά τη διατροφή του. Η δίαιτα δημιουργεί προδιάθεση για κρίσεις υπερφαγίας μέσα από αλληλεπιδράσεις φυσιολογικών και ψυχολογικών μηχανισμών.

Οι ασθενείς αυτοί, αντιδρούν αρνητικά σε ελάχιστες παρεκκλίσεις από τους αυτοεπιβαλλόμενους διαιτητικούς περιορισμούς και τυπικά απαντούν με επεισοδιακή εγκατάλειψη αυτού του ελέγχου. Στη συνέχεια ανανεώνουν την αποφασιστικότητα με την οποία ξεκινούν πάλι την δίαιτα, ενώ φυσικά ενδιάμεσα παρεμβάλλεται η καθαρτική συμπεριφορά, με στόχο την απομάκρυνση του «παχυντικού» αποτελέσματος της κρίσης υπερφαγίας από πλευράς συμπεριφοράς, οι πιθανότητες υποτροπής σχετίζονται άμεσα με την παραμονή των ανησυχιών για το βάρος και το σχήμα του σώματος. Επιπλέον τα αποτελέσματα με αμιγείς συμπεριφορικές θεραπείες είναι λιγότερο θετικά από αυτά της συνδυασμένης συμπεριφορικής-γνωσιακής θεραπείας.

Γενικότερα η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία προσπαθεί να αντικαταστήσει δυσλειτουργικές συνήθειες με νέες καταλληλότερες, και σκοπεύει να βοηθήσει τους ανθρώπους να μπορούν να γίνουν προγραμματιστές του περιβάλλοντος, αντί να αισθάνονται θύματα δυνάμεων τις οποίες θεωρούν ότι δε μπορούν να ελέγξουν. Οι περισσότεροι άνθρωποι που ξεπερνούν προβλήματα πρόσληψης τροφής κάνουν σημαντικές και μόνιμες αλλαγές στις συνήθειες που σχετίζονται με το φαγητό για παράδειγμα στο τρόπο που το ψωνίζουν, το μαγειρεύουν και το διατηρούν, και ικανοποιούνται με δραστηριότητες που είναι ασύμβατες με το φαγητό.

Στη συνδυασμένη θεραπεία χρησιμοποιείται μια συγκεκριμένη αλληλουχία διαδικασιών που απευθύνεται τόσο στα γνωσιακά όσο και στα συμπεριφορικά στοιχεία της διαταραχής τα οποία οργανώνονται σε σχήμα σε τρία στάδια. Κατά το πρώτο στάδιο, η κυρίαρχη προσέγγιση είναι ψυχοεκπαιδευτική, ενώ παράλληλα οικοδομείται η θετική θεραπευτική σχέση, με ενθάρρυνση και υποστήριξη, αλλά και με σταθερότητα όπου χρειάζεται, ιδιαίτερα επιμένοντας στην ανάγκη τήρησης γευμάτων και καταγραφής εκ μέρους της ασθενούς των τροφών και υγρών που προσλαμβάνει. Κατά το δεύτερο στάδιο, συνεχίζεται η παρατήρηση-καταγραφή των συμπεριφορών φαγητού και συζητούνται οι παρεκκλίσεις από το σχήμα των γευμάτων. Σταδιακά προτείνεται η εισαγωγή των απαγορευμένων τροφών, ενώ η ασθενής ενθαρρύνεται να διευρύνει σταδιακά επίσης, την γκάμα των συστατικών των γευμάτων, ώστε να περιοριστούν οι διαιτητικές συνήθειες. Οι σκοποί του τρίτου σταδίου είναι η σταθεροποίηση των θετικών αλλαγών και η προετοιμασία του ασθενούς για τον τερματισμό της θεραπείας. Οι ασκήσεις γνωσιακής αναδιάταξης συνεχίζονται με το κύριο βάρος στη δουλειά που κάνει μόνος του ο ασθενής μεταξύ των θεραπευτικών συναντήσεων, ενώ παράλληλα δίνονται οδηγίες για την αντιμετώπιση των υποτροπών. Η θεραπεία αυτού του τύπου έχει σχετικά βραχεία διάρκεια⁴⁷.

3.1.2. Ψυχοδυναμική θεραπεία

Περιλαμβάνει τις δυναμικές διαδικασίες που διαμορφώνουν την οργάνωση της ψυχικής δόμησης του ασθενή και το υπάρχον ιστορικό πλαίσιο της οργάνωσης της προσωπικότητας του ασθενή. Προσπάθειες για παρέμβαση στην οργάνωση της προσωπικότητας περιλαμβάνουν την εκτίμηση της δομής της προσωπικότητας, του στυλ, των συγκρούσεων και των ελλειμμάτων της προσωπικότητας. Αυτό επιτυγχάνεται καταρχήν με την ανάπτυξη και την ανάλυση της μεταβίβασης του ασθενή στο θεραπευτή. Πρωταρχικά βήματα σε αυτή τη διαδικασία μπορεί να περιλαμβάνουν την ανάλυση και των δύο και την αντίσταση του ασθενή να αναπτύξει μεταβίβαση και του θεραπευτή την αντιμεταβίβαση και αντίστοιχη αντίσταση στον ασθενή. Σε αντίθεση με την εξωτερική επικέντρωση της γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, ο πρώτος μηχανισμός για θεραπευτική αλλαγή στη ψυχοδυναμική

⁴⁷ Gilbert S. (2000). Counseling for eating disorders. SAGE publications, London

ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει μια επικέντρωση στο τι συμβαίνει κατά την ίδια τη θεραπευτική συνεδρία⁴⁸.

Μια από τις βασικές μεθόδους ψυχοθεραπείας αποτελεί η Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία η οποία ενθαρρύνει το άτομο να εξερευνήσει διαφορετικούς τρόπους συσχετισμού με άλλους ανθρώπους. Η συγκεκριμένη θεραπεία έγινε αρχικά γνωστή ως μια μη ενδοσκοπική βραχείας διάρκειας ψυχολογική θεραπεία για την κατάθλιψη. Στην διαπροσωπική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνονται περίπου 15–20 συνεδρίες και κάθε συνεδρία διαρκεί 50 λεπτά περίπου. Η θεραπεία διαρκεί συνολικά πέντε μήνες ή και παραπάνω. Επίσης η συγκεκριμένη θεραπεία εστιάζεται στο παρόν και στις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενούς. Η διερεύνηση των παραγόντων που προκάλεσαν και διατήρησαν την ψυχογενή βουλιμία, εστιάζεται στις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενούς και όχι στον εσωτερικό του κόσμο.

Στην προσαρμογή της για τη θεραπεία της υπερφαγίας, η διαπροσωπική θεραπεία περιγράφεται να έχει τρία στάδια. Οι πρώτες τρεις ή τέσσερις συνεδρίες, αποτελούν το πρώτο στάδιο της θεραπείας. Στο στάδιο αυτό, γίνεται εκτίμηση των παρόντων διαπροσωπικών προβλημάτων του ασθενούς, τα οποία συμμετέχουν στην ανάπτυξη και διατήρηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Ακόμη, εξηγείται στον ασθενή η αρχή της συγκεκριμένης θεραπείας, δηλαδή ότι τα διαπροσωπικά προβλήματα διαιωνίζουν την ψυχογενή βουλιμία και ότι αν λυθούν τα προβλήματα αυτά, ο ασθενής μπορεί να αναρρώσει και να θεραπευτεί. Στις πρώτες συνεδρίες, διερευνώνται οι δεσμοί που υπάρχουν ανάμεσα στην ψυχογενή βουλιμία που έχει ο ασθενής και στα διαπροσωπικά προβλήματα. Τα διαπροσωπικά προβλήματα που εξετάζει η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία κατηγοριοποιούνται στους εξής τέσσερις τύπους:

- α) στην κατάθλιψη,
- β) στους ρόλους που έχει ο ασθενής,
- γ) στους ρόλους μεταβίβασης,
- δ) στα διαπροσωπικά κενά και ελλείψεις.

⁴⁸ Terence Wilson G. et al. (2010). Psychological Treatments of Binge Eating Disorder. General Psychiatry. Vol. 67, no. 1.

Ο ασθενής επιλέγει την ενότητα που θέλει και η θεραπεία εστιάζεται στο συγκεκριμένο θέμα, με στόχο να επέλθει η αλλαγή στα διαπροσωπικά του προβλήματα.

Στο δεύτερο στάδιο της θεραπείας από την 5η ως τη 12η συνεδρία αναλύεται η θεματική ενότητα που επιλέχθηκε και ο ασθενής ενθαρρύνεται να προσπαθήσει να κάνει αλλαγές στα σημεία που υπάρχει το πρόβλημα, καθώς και να δοκιμάσει νέους τρόπους – στρατηγικές που θα συμβάλλουν στην αλλαγή. Ο θεραπευτής προσπαθεί να κρατήσει το βουλιμικό άτομο συγκεντρωμένο, προκειμένου να εφαρμόσει τις τεχνικές και αποφεύγει να δίνει συμβουλές στον ασθενή ή να κάνει ερμηνείες. Στο τρίτο στάδιο τέλος τίθεται θέμα τερματισμού. Στις τελευταίες 3 – 4 συνεδρίες γίνεται ανασκόπηση και αξιολόγηση της προόδου και αναλύονται θέματα όπως τα σχέδια που έχει ο ασθενής για το μέλλον, οι προσδοκίες του για μελλοντικές αλλαγές και θέματα που αφορούν τον χειρισμό της υποτροπής του.

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία είναι το ίδιο αποτελεσματική όπως και η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, όμως έχει διαφορετική ανταπόκριση και λειτουργεί με διαφορετικούς μηχανισμούς στην ψυχογενή βουλιμία. Η συνεχής βελτίωση του ασθενούς μετά το τέλος της θεραπείας και το γεγονός ότι δίνεται έμφαση σε άλλα θέματα εκτός από την ενασχόληση με το βάρος και το φαγητό, δείχνει ότι δρα έμμεσα σε αντίθεση με την γνωσιακή ψυχοθεραπεία. Είναι πιθανό η βελτίωση των συνθηκών της ζωής του ασθενούς και η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων, με την παράλληλη ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, επιτρέπουν στον ασθενή να δοκιμαστεί και να εγκαταλείψει την παθολογική εμπλοκή που έχει με τον έλεγχο του σωματικού βάρους και του φαγητού. Αντιθέτως η γνωσιακή ψυχοθεραπεία εστιάζεται στον έλεγχο του σωματικού βάρους του ασθενούς και στην ενασχόλησή του με αυτό και λειτουργεί ευθέως σε αυτό.

Μια άλλη μέθοδος που χρησιμοποιείται στη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών είναι η υποστηρικτική εκφραστική θεραπεία. Πρόκειται για μια έμμεση ερμηνευτική θεραπεία, στην οποία δε δίνεται κάποια συγκεκριμένη συμβουλή. Οι διατροφικές διαταραχές θεωρούνται ως καλυμμένα βαθύτερα διαπροσωπικά προβλήματα. Διαφοροποιείται από την διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, η οποία επικεντρώνεται στο εδώ και στο τώρα, στο ότι σε αυτή διερευνάται το παρελθόν για να εξαλείψει

διαπροσωπικές δυσκολίες και ένα βασικό συγκρουσιακό θέμα σχέσεων εδραιώνεται. Όπως και στη διαπροσωπική θεραπεία και εδώ ενθαρρύνεται η έκφραση των συναισθημάτων και σε αυτό το σημείο η υποστηρικτική εκφραστική θεραπεία έχει κάποια κοινά με τη διαπροσωπική, αλλά ταυτόχρονα διαφέρει από αυτή.

Τέλος, η τρίτη κατευθυνόμενη θεραπεία είναι μια έμμεση θεραπεία στην οποία δίνονται συγκεκριμένες συμβουλές και συνδυάζεται με αυτοπαρατήρηση της υπερφαγίας και με προηγούμενα γεγονότα ζωής⁴⁹.

3.1.3. Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η ομαδική ψυχοθεραπεία, έχει αποδειχθεί ότι είναι πολύ χρήσιμη για τους ασθενείς που έχουν ψυχογενή βουλιμία. Η ομαδική ψυχοθεραπεία που απευθύνεται σε βουλιμικούς ασθενείς συνδυάζει τα εκπαιδευτικά στοιχεία γύρω από τη διατροφή, με τις τεχνικές γνωστικής ανακατασκευής, με τις τεχνικές συμπεριφορικής τροποποίησης και με την ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία παρέχει στον ασθενή:

- α) ενδυνάμωση
- β) ανατροφοδότηση
- γ) εκπαίδευση σε νέα μοντέλα χειρισμού μιας κατάστασης
- δ) ενίσχυση στην αυτοεκτίμησή του και στα συναισθήματα ελέγχου του, μέσα από την ενεργό συμμετοχή του στην ομάδα.

Υπάρχουν πολλά είδη ομάδων ψυχοθεραπείας για τους ασθενείς που έχουν ψυχογενή βουλιμία όπως είναι: η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή/συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, η ψυχοεκπαιδευτική ψυχοθεραπεία, η συστηματική βραχυπρόθεσμη θεραπεία, οι ομάδες αυτοβοήθειας, καθώς και οι θεραπείες που προσανατολίζονται στον εθισμό. Όλες οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί ως σήμερα, σχετικά με την ατομική ψυχοθεραπεία και την ομαδική ψυχοθεραπεία έχουν δείξει ότι οι ομάδες ψυχοθεραπείας, είναι αποτελεσματική θεραπεία και έχουν τα ίδια αποτελέσματα με την ατομική ψυχοθεραπεία.

⁴⁹ Palmer B. (2000). Helping people with eating disorders a clinical guide to assessment and treatment. Saxon press, England .

Η καταλληλότητα ενός ασθενούς να συμμετάσχει σε μια ομάδα ψυχοθεραπείας εξαρτάται από κάποιους παράγοντες όπως είναι:

- α) το κίνητρο του ασθενούς να κάνει θεραπεία
- β) αν έχει κάνει θεραπεία στο παρελθόν
- γ) αν υπάρχει συννοσηρότητα της ψυχογενούς βουλιμίας με άλλες διαταραχές.

Επίσης η ηλικία των μελών της ομάδας, είναι άλλος ένας παράγοντας που εξετάζεται από τους ειδικούς για την σύνθεση της θεραπευτικής ομάδας. Οι ειδικοί έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς των ομάδων που είναι μαθητές λυκείου ασχολούνται περισσότερο με θέματα της εφηβείας, ενώ οι ασθενείς των ομάδων που είναι φοιτητές και οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες, ασχολούνται περισσότερο με θέματα όπως είναι ο γάμος, η καριέρα και οι απολαύσεις της ζωής. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω οι ειδικοί μέσα στη θεραπευτική ομάδα θέτουν και τα ανάλογα θέματα.

Γενικότερα η ομαδική ψυχοθεραπεία ενδείκνυται για τους βουλιμικούς κάθε ηλικίας και τα πλεονεκτήματά της όπως είναι η ενστάλαξη της ελπίδας, η καθολικότητα, η ομαδική συνοχή και η προσωπική μάθηση ενισχύονται στους συγκεκριμένους ασθενείς, ενώ παράλληλα μειώνεται η κοινωνική απομόνωσή τους και αποξένωσή τους.⁵⁰

3.2. Φαρμακευτική θεραπεία

Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων συμβάλλει στη μείωση των κρίσεων υπερφαγίας, της καθαρτικής συμπεριφοράς και της κατάθλιψης που έχουν οι βουλιμικοί ασθενείς. Επίσης με τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, βελτιώνεται η διάθεση, η αίσθηση ελέγχου στο φαγητό και μειώνεται η ενασχόληση με το φαγητό. Η αντικαταθλιπτική δράση του φαρμάκου, είναι το ίδιο πιθανό να εκδηλωθεί, είτε ο ασθενής παρουσιάσει στην αρχή κατάθλιψη είτε όχι. Αν και τα αποτελέσματα της χορήγησης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στους βουλιμικούς είναι θετικά, έχει αποδειχθεί ότι δεν έχουν μεγάλη διάρκεια.

⁵⁰ Χριστοδούλου Γ.Ν και συν.(2000). «Ψυχιατρική» τόμος πρώτος, εκδόσεις Βήτα. Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Ωστόσο, Η Αμερικανική ψυχιατρική εταιρία προτείνει να μην αποτελεί η φαρμακοθεραπεία ολόκληρη τη θεραπεία για την ψυχογενή βουλιμία. Αντίθετα η φαρμακοθεραπεία πρέπει να ενισχύει την ψυχοθεραπεία, ιδιαίτερα όταν υπάρχει συννοσηρότητα κατάθλιψης ή άγχους. Επίσης η φαρμακοθεραπεία πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 6 μήνες και να είναι ευέλικτη. Οι ασθενείς δηλαδή που δεν ανταποκρίνονται σε ένα φάρμακο είναι δυνατόν να ανταποκριθούν σε προσαρμογές στη δοσολογία των φαρμάκων, στην προσθήκη νέων φαρμάκων και στην αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής και στην εισαγωγή νέων φαρμακοθεραπειών⁵¹.

3.3. Νοσοκομειακή θεραπεία

Η βαρύτητα της ασθένειας θα καθορίσει τη νοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση. Προτείνεται νοσηλεία που συνήθως διαρκεί δύο έως τέσσερις μήνες, όταν υπάρχει άμεσος κίνδυνος για τη ζωή. Κατά τη διάρκειά της μπορούν να χρησιμοποιηθούν παρεντερική διατροφή, οροί, ειδική διαιτητική αγωγή, ενώ προσδιορίζεται το βάρος εξόδου. Η επαναπρόσληψη βάρους επιτυγχάνεται με σταδιακή αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης θερμίδων. Η μέτρηση της αύξησης του βάρους και όχι της κατανάλωσης τροφής προφυλάσσει από τη δημιουργία συγκρούσεων με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι μέθοδοι χορήγησης θρεπτικής υποστήριξης είναι οι εξής:

A. Από του στόματος σίτιση με τροφή του νοσοκομείου, η οποία αφορά ασθενείς που έχουν πλήρη συνείδηση, έχουν την δυνατότητα να ακολουθούν οδηγίες, έχουν άρτια ικανότητα κατάποσης, με επαρκή λειτουργία του γαστρεντερολογικού συστήματος και επαρκή ψυχολογική υποστήριξη.

Η παρακολούθηση αφορά το βάρος, την ημερήσια κατανάλωση τροφής (ποσοστό φαγητού που δεν καταναλώνεται), τη λειτουργία του γαστρεντερολογικού συστήματος, τις διαταραχές του γαστρεντερολογικού, τους ηλεκτρολύτες και άλλες εξετάσεις που ορίζονται από το πρωτόκολλο της νόσου.

⁵¹ Nakash-Eisikovits O. et al. (2003). «Πολυδιαστασιακή Μετανάλυση της φαρμακοθεραπείας για την ψυχογενή βουλιμία: Συνοπτική παρουσίαση του εύρους των εκβάσεων σε ελεγχόμενες κλινικές μελέτες». Harvard Review of psychiatry, στο "Eating disorders". volume 10

Β. Από του στόματος σίτιση με πόσιμα συμπληρώματα διατροφής, η οποία αφορά ασθενείς που έχουν πλήρη συνείδηση, επαρκή ψυχολογική υποστήριξη, έχουν την δυνατότητα και επιθυμούν να ακολουθούν οδηγίες και έχουν επαρκή λειτουργία του γαστρεντερολογικού συστήματος χωρίς γαστρεντερικές διαταραχές, αλλά παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα ή αποφυγή πρόσληψης τροφής. Παράλληλα με την ελεύθερη σίτιση από το στόμα, γίνεται χορήγηση θρεπτικών συμπληρωμάτων.

Η παρακολούθηση αφορά το βάρος, την ημερήσια κατανάλωση τροφής (ποσοστό φαγητού που δεν καταναλώνεται), τη λειτουργία του γαστρεντερολογικού συστήματος, του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και άλλες εξετάσεις που ορίζονται από το πρωτόκολλο της νόσου. Προτιμητέα είναι η χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής από του στόματος από οποιαδήποτε άλλη οδό χορήγησης.

Γ. Πλήρης εντερική σίτιση μέσω καθετήρα, που γίνεται σε περίπτωση μειωμένης πρόσληψης τροφής (< 70% αναγκών), απώλειας βάρους ή μη συμμόρφωσης με τις διατροφικές οδηγίες, ενδείκνυται η χορήγηση συμπληρωματικής σίτισης μέσω εντερικού καθετήρα για την κάλυψη των θερμιδικών αναγκών.

Η παρακολούθηση αφορά το βάρος, την ημερήσια κατανάλωση τροφής, τη λειτουργία του γαστρεντερολογικού συστήματος, το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών και άλλες εξετάσεις που ορίζονται από το πρωτόκολλο της νόσου.

Δ. Παρεντερική σίτιση, η οποία γίνεται αν ο ασθενής δεν έχει καλή ανοχή της εντερικής σίτισης ή δεν μπορεί να επιτευχθεί η χορήγηση του επιθυμητού όγκου τροφής με την εντερική σίτιση μέσω καθετήρα τότε είναι απαραίτητη η χορήγηση συμπληρωματικής ή και ολικής παρεντερικής διατροφής.

Η περιφερική παρεντερική διατροφή καλύπτει περίπου το 75% των αναγκών σε θερμίδες και είναι απαραίτητη προϋπόθεση η ωσμωτικότητα του περιφερικού σκευάσματος να είναι χαμηλότερη από 850 mosm/l και την τήρηση κανόνων για την αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας.

Η κεντρική παρεντερική διατροφή γίνεται μόνο όταν ο ασθενής δεν συμμορφώνεται με τις διατροφικές συστάσεις, παρουσιάζει έντονα συμπτώματα κακής θρέψης και δεν ανταποκρίνεται σε εναλλακτική εντερική ή και από του στόματος θεραπευτική προσέγγιση. Η παρακολούθηση αφορά στο βάρος, τη λειτουργία του γαστρεντερολογικού συστήματος, τη συνεχή επανεκτίμηση της οδού χορήγησης διατροφής, την επανεκτίμηση της συμμόρφωσης του ασθενούς, του ισοζυγίου αζώτου, υγρών και ηλεκτρολυτών, ηπατικές εξετάσεις, μαγνήσιο, ασβέστιο, φωσφόρο, τριγλυκερίδια ορού, καθώς και άλλες εξετάσεις που ορίζονται από το πρωτόκολλο της νόσου⁵².

3.4. Οικογενειακή θεραπεία

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία εστιάζει στην αμφίδρομη σχέση μεταξύ του συμπτώματος της διαταραχής πρόσληψης τροφής και των οικογενειακών δυναμικών. Δηλαδή, η διατροφική διαταραχή αντιμετωπίζεται σαν κάτι που επηρεάζει και ταυτόχρονα επηρεάζεται από τις ενδοοικογενειακές σχέσεις και τη ζωή της οικογένειας. Αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας είναι ένας φαύλος κύκλος στον οποίο παγιδεύεται τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένειά του.

Χαρακτηριστικά αυτής της δυσλειτουργικής οικογενειακής διαδικασίας η οποία προκαλείται από τη διατροφική διαταραχή και με τη σειρά της παίζει σημαντικό ρόλο ως προς τη διατήρηση του συμπτώματος είναι:

- ◆ Η ανάπτυξη μιας εξαιρετικά στενής, σχεδόν συμβιωτικής σχέσης μεταξύ του ασθενούς και της μητέρας του
- ◆ Η εξασθένηση του πατρικού ρόλου στην οικογένεια
- ◆ Η επικριτική στάση των γονέων προς το παιδί/έφηβο που νοσεί
- ◆ Ο ρόλος του ασθενούς είτε σαν τον ενδιάμεσο μεταξύ των γονέων είτε σαν το μοναδικό και μεγάλο πρόβλημα της οικογένειας.

Οι βασικοί στόχοι της οικογενειακής ψυχοθεραπείας είναι:

- ◆ Η βοήθεια των γονέων να συμπαρασταθούν και να βοηθήσουν το παιδί που νοσεί

⁵² Leonard D., Mehler PS. (2001). Medical issues in the patient with anorexia nervosa. Eat Behav. Σελ. 293-305

- ◆ 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 έτους⁵³.

⁵³ Δικτυακός τόπος www.anasa.com.gr, στις 2 Δεκεμβρίου 2012

Κεφάλαιο 4: Ο ρόλος του νοσηλευτή

4.1. Πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά στις παρεμβάσεις που γίνονται και έχουν στόχο να εμποδίσουν την ανάπτυξη της ψυχογενούς βουλιμίας, πριν αυτή εκδηλωθεί. Επειδή οι διαταραχές πρόσληψης τροφής εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια που το παιδί – έφηβος πηγαίνει σχολείο ή φοιτεί σε κάποια σχολή, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης στα σχολεία. Επίσης σχεδιάζονται προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται σε ομάδες που βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχογενή βουλιμία. Γενικότερα, τα προγράμματα της πρωτοβάθμιας πρόληψης απευθύνονται στους γονείς, στους εκπαιδευτικούς, στους προπονητές, οι οποίοι ενημερώνονται για το συγκεκριμένο θέμα.

Το σχολείο μπορεί να διαδραματίσει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόληψη ακραίων πεποιθήσεων. Στα εκπαιδευτικά ιδρύματα όπως στα νηπιαγωγεία και στα δημοτικά, στα γυμνάσια και στα λύκεια, η χρήση μαθημάτων που ενθαρρύνουν την έκφραση των προσωπικών συναισθημάτων και προωθούν την αξία του ατόμου, μπορεί να συμβάλλουν στη δημιουργία μια θετικής εικόνας του εαυτού και να περιορίσουν τις εμμονές για ένα τέλειο σώμα. Επίσης μέσα από μαθήματα που προωθούν τον δημιουργικό διάλογο, οι μαθητές είναι δυνατό να καλλιεργήσουν την κριτική τους ικανότητα για το ρόλο των ΜΜΕ και των προτύπων που προβάλλει και έτσι να απομυθοποιήσουν σταδιακά αυτά τα πρότυπα από τη καθημερινή τους ζωή, ως μη ρεαλιστικά. Ακόμη, οι εκπαιδευτικοί και το προσωπικό του σχολείου, θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι από τους ειδικούς στο χώρο υγείας και από κοινωνικούς λειτουργούς όσον αφορά το πρόβλημα, ώστε να αναγνωρίζουν κάποιες σοβαρές καταστάσεις όταν τις βλέπουν, προκειμένου να αντιμετωπίζονται άμεσα⁵⁴.

Η δευτεροβάθμια πρόληψη στοχεύει να μειώσει το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί ανάμεσα στην έναρξη της διαταραχής της ψυχογενούς βουλιμίας και στην θεραπεία. Η δευτεροβάθμια πρόληψη έχει σχεδιαστεί και απευθύνεται σε άτομα που έχουν ψυχογενή βουλιμία η οποία βρίσκεται στα αρχικά της στάδια. Στην περίπτωση που η διαταραχή πρόσληψης τροφής βρίσκεται στα αρχικά της στάδια, τότε είναι λιγότερο

⁵⁴Μωρογιάννης Φ. (2003). Οι επιπτώσεις των ψυχιατρικών διαταραχών πρόσληψης τροφής στο άτομο, στην οικογένεια και στην κοινωνία. Τετράδια ψυχιατρικής. Εκδόσεις Ηλεκτρονικές τέχνες, Αθήνα

πιθανό να γίνει ένας τρόπος ζωής για το άτομο, ή να συσχετιστεί και να συνυπάρξει με άλλα σημαντικά προβλήματα όπως είναι η κατάθλιψη. Η δευτερογενής πρόληψη είναι σημαντική αν αποτύχει η πρωτογενής πρόληψη.

Για την επίτευξη του παραπάνω στόχου απαιτείται να έχει ο νοσηλευτής καλή γνώση των παραγόντων που ενθαρρύνουν ή αποθαρρύνουν το άτομο να ζητήσει βοήθεια για το πρόβλημά του. Οι λόγοι για τους οποίους ένα βουλιμικό άτομο δεν αναζητά τη θεραπεία είναι οι εξής :

- α) ο ασθενής θεωρεί ότι δεν έχει κανένα πρόβλημα, ή ελπίζει ότι το πρόβλημα θα φύγει από μόνο του
- β) ο ασθενής πιστεύει ότι το πρόβλημα που έχει, δεν είναι τόσο σοβαρό που να αξίζει θεραπεία ,ή πιστεύει ότι ο ίδιος δεν αξίζει να θεραπευτεί
- γ) ο ασθενής φοβάται ότι με τη θεραπεία θα βάλει κιλά
- δ) υπάρχουν έντονα συναισθήματα ενοχής, ντροπής και μυστικότητας κυρίως στους βουλιμικούς ασθενείς.
- ε) υπάρχουν οικονομικά προβλήματα που τους εμποδίζουν να ζητήσουν βοήθεια.

Γνωρίζοντας οι νοσηλευτές τους παράγοντες που εμποδίζουν το άτομο να αναζητήσει βοήθεια, μπορούν να σχεδιάσουν αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης. Στη δευτεροβάθμια πρόληψη σχεδιάζονται προγράμματα, τα οποία εκπαιδεύουν τους νοσηλευτές που είναι πιθανό να έρθουν σε επαφή με άτομα που έχουν διαταραχές πρόσληψης τροφής. Οι νοσηλευτές μέσα από τα συγκεκριμένα προγράμματα μαθαίνουν:

- α) να αναγνωρίζουν τα πρώτα συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας. Ορισμένες ενδείξεις που συμβάλλουν στο να αναγνωρίσει ένας νοσηλευτής ότι κάποιος πάσχει από κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής είναι οι εξής: ο ασθενής αρνείται να ξεντυθεί μπροστά στους άλλους, παρατηρείται απομόνωση του ατόμου από τις ομάδες συνομηλίκων του, κάνει επίμονη αυτοκριτική για την καλή του εργασία, δεν δέχεται εύκολα την επιβράβευση, αποφεύγει την οπτική επαφή και προτιμά να δουλεύει παρά να είναι κοινωνικοποιημένο ιδιαίτερα την ώρα του φαγητού. Επίσης, χαρακτηριστικό είναι ότι το βουλιμικό άτομο προσεγγίζει τα άτομα που πέφτει στην αντίληψη τους ότι έχουν διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Η τριτοβάθμια πρόληψη στοχεύει να μειώσει την εξασθένηση και την καταπόνηση που προκύπτει από τις διαταραχές πρόσληψης τροφής και προτείνεται μόνο όταν η θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική⁵⁵.

Στο πλαίσιο της πρόληψης, ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή στο σχολείο είναι σημαντικός. Ο σκοπός της σχολικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τους μαθητές να βελτιώσουν την αυτοεικόνα τους, να αποκτήσουν δεξιότητες αντιμετώπισης του άγχους και διαχείρισης των διαπροσωπικών σχέσεων. Η διδασκαλία ή η αγωγή υγείας μπορεί να είναι προγραμματισμένη ή περιστασιακή. Η προγραμματισμένη διδασκαλία περιλαμβάνεται στο ωρολόγιο πρόγραμμα των μαθημάτων και γίνεται σε συγκεκριμένες ημέρες και ώρες που ρυθμίζονται από τον διευθυντή του σχολείου όπως και τα υπόλοιπα μαθήματα.

Η περιστασιακή διδασκαλία σκοπεύει να αντιμετωπίσει τις ανάγκες που παρουσιάζονται όπως η βουλιμία. Ο νοσηλευτής κατευθύνει και διδάσκει τους μαθητές και τους εκπαιδευτικούς σχετικά με τις αιτίες και τους τρόπους αντιμετώπισης της βουλιμίας. Συναφής με τον εκπαιδευτικό ρόλο είναι και ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως η επικοινωνία και η συζήτηση με κάθε μαθητή, η ενημέρωση, η επεξήγηση πληροφοριών και οδηγιών, η υποστήριξη και η ενθάρρυνση του μαθητή και της οικογένειάς του, αλλά και η νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζεται.

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές δημοσιεύσεις που αφορούν στον προβληματισμό των κυβερνήσεων σχετικά με την εφαρμογή της αγωγής υγείας από τους σχολικούς νοσηλευτές ακόμη και από την δεκαετία του 1970. Τα προβλήματα εντοπίζονταν κυρίως στη μειωμένη αναγνώριση της αξίας της αγωγής υγείας και της πρόληψης γενικότερα, στην περιορισμένη έρευνα σε αυτόν τον τομέα, στην έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής και ειδικών τάξεων διδασκαλίας, στην απουσία συντονιστικού και ρυθμιστικού οργάνου στο σχεδιασμό και έλεγχο της εκπαίδευσης σε θέματα υγείας. Η εφαρμογή της αγωγής υγείας από τους δασκάλους ήταν μία αρχική λύση, η εκπαίδευσή τους όμως θεωρήθηκε ελλιπής σε θέματα υγείας, ενώ σε μερικές περιπτώσεις δεν ήταν κάτι που εκτελούσαν με ευχαρίστηση, αφού ήταν πέρα

⁵⁵ Walsh T. et al. (2004). Treatment of Bulimia Nervosa in a Primary Care Setting. Am J Psychiatry. 161:Σελ. 556-561.

από το γνωστικό τους αντικείμενο και την επιστήμη του ενδιαφέροντός τους. Αντίθετα, οι νοσηλευτές έδειχναν μεγαλύτερο ενθουσιασμό στην αγωγή υγείας, καθώς η φύση της εργασίας τους είναι πολύ πιο κοντά στο αντικείμενο της αγωγής υγείας από ότι οι εκπαιδευτικοί⁵⁶.

4.2. Θεραπεία

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός. Αρχικά, ο νοσηλευτής θα πρέπει να προβεί στη λήψη ιατρικού ιστορικού. Το ιατρικό ιστορικό περιλαμβάνει ερωτήσεις για το σωματικός βάρους (συχνότητα μέτρησης του βάρους, το σωματικό βάρος πριν την ανάπτυξη της νόσου, την έμμηνο ρύση, και το ιστορικό των διακυμάνσεων του σωματικού βάρους). Οι αλλαγές αναπαρίστανται γραφικά, ώστε να αναγνωρισθούν αυτές που σχετίζονται με το στρες. Οι εκφράσεις του προσώπου του ασθενούς και η γλώσσα του σώματος μπορούν σε σπάνιες περιπτώσεις να βοηθήσουν τους επαγγελματίες της υγείας να αξιολογήσουν τα επίπεδα του άγχους που σχετίζονται με το σωματικό βάρος. Ο ασθενής θα πρέπει να ερωτηθεί σχετικά με τις αντιλήψεις του για το ιδανικό σωματικό βάρος και την συνολική εμφάνιση του σώματος, όπως και για συγκεκριμένες περιοχές (π.χ. γοφοί, μηροί, κοιλιακή χώρα). Η σχεδίαση εικόνων από τον ασθενή σχετικά με την αντίληψη της σωματικής του εικόνας μπορεί να βοηθήσει στην συλλογή των ανωτέρω πληροφοριών. Προσδιορίζονται οι οποιεσδήποτε δίαιτες, περιλαμβανομένου του τύπου, της συχνότητας και της διάρκειας της δίαιτας, το τι τις παρακίνησε και η ύπαρξη εξωτερικών επιρροών, όπως η πίεση από τον σύντροφο.

Η ολοκληρωμένη αντικειμενική εξέταση περιλαμβάνει την διανοητική κατάσταση, με αξιολόγηση των ευρημάτων από την φυσική εξέταση των άλλων συστημάτων, τα οποία ενδέχεται να υποδείξουν διαταραχή λήψης τροφής. Οι εργαστηριακές δοκιμασίες περιλαμβάνουν την μέτρηση των ηλεκτρολυτών και την γενική εξέταση αίματος⁵⁷.

⁵⁶ Φουντούκη Α., Θεοφανίδης Δ. (2012). Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Το Βήμα του Ασκληπιού. 11ος Τόμος, 1ο Τεύχος, Ιανουάριος – Μάρτιος 2012

⁵⁷ Δικτυακός τόπος www.iatronet.gr, στις 15 Ιανουαρίου 2013

Οι μέθοδοι στις οποίες συμμετέχει ο νοσηλευτής είναι οι εξής:

4.2.1. Κατευθυνόμενη αυτοβοήθεια

Αποτελεί την εναρκτήρια επέμβαση σε ένα πρόγραμμα θεραπείας, στο οποίο οι ασθενείς ακολουθούν ένα πρόγραμμα αυτοβοήθειας με την υποστήριξη και την καθοδήγηση ενός θεράποντα. Οι θεραπευτικές συνεδρίες δεν είναι χρονοβόρες (όχι περισσότερο από 30 λεπτά) και μπορεί γενικότερα να είναι λιγότερες σε σχέση με την πλειοψηφία των συμβατικών βραχυπρόθεσμων θεραπειών (5 με 10 συνεδρίες). Η καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια έχει αρκετά υψηλές πιθανότητες. Ενδυναμώνει τους ασθενείς, επειδή αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο της θεραπείας τους και είναι κατάλληλη για χρήση στην πρώτη βαθμού φροντίδα επειδή δεν απαιτείται ένας εξειδικευμένος θεραπευτής. Η μέθοδος αυτή απαιτεί σχετικά λίγο από το χρόνο του θεράποντα και του ασθενούς⁵⁸.

4.2.2. Γνωσιακή προετοιμασία

Αξιοσημείωτη προσοχή από το νοσηλευτή πρέπει να δίνεται στη γνωσιακή προετοιμασία των ασθενών, ώστε να προαχθεί η αξιοπιστία της θεραπείας και να διευκολύνει το στόχο στον οποίο έχει επικεντρωθεί η θεραπεία. Σε αυτήν την θεραπευτική συνεδρία, διάρκειας 2-3 ώρες, ο θεραπευτής και ο ασθενής εξελίσσουν ένα εύλογο μοντέλο για να εξηγήσουν την αιτιολογία και την διατήρηση των βουλιμικών συμπτωμάτων του. Η δομή αυτού του μοντέλου βασίζεται στον φαύλο κύκλο που έχει ήδη αναφερθεί, συν ορισμένες εξατομικευμένες υποθέσεις που αφορούν την αιτιολογία. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του φαύλου κύκλου είναι εξατομικευμένα.

Ο στόχος κατά την διάρκεια της γνωσιακής προετοιμασίας όπως επίσης και κατά την διάρκεια της συνολικής θεραπείας, είναι να ολοκληρώσει τον πυρήνα των υποθέσεων του ασθενούς σχετικά με την αιτιολογία των βουλιμικών συμπτωμάτων τους μέσα στο επιστημονικό μοντέλο. Ο θεραπευτής πρέπει να αποφεύγει να αμφισβητεί τις ιδέες του ασθενούς. Ο στόχος του νοσηλευτή πρέπει να είναι να αναπτύξει ένα μοντέλο συνεργασίας με τον ασθενή. Μια συνεργατική ατμόσφαιρα δουλειάς, διευκολύνεται, για παράδειγμα, χρησιμοποιώντας έναν ενδιαφέρον πίνακα ώστε να διατηρεί στο μυαλό του νοσηλευτή όπως και του ασθενούς ιδέες σχετικά με τους

⁵⁸ Chen E. et al. (2003). Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. Vol.33, Issue 3, σελ. 241–254

παράγοντες που διατηρούν την διατροφική διαταραχή. Για να προάγουν την αξιοπιστία του εξελιγμένου μοντέλου και για να διευκολυνθεί η συμμόρφωση του ασθενούς, ο νοσηλευτή χρησιμοποιεί συγκεκριμένες ψυχολογικές στρατηγικές, συμπεριλαμβανομένης και της πρόβλεψης των αμφιβολιών των ασθενών, εκτιμώντας τα βουλιμικά συμπτώματα ως εύλογα και κατανοητά, ενδυναμώνοντας τις ιδέες των ασθενών που αφορούν τον φαύλο κύκλο, και χρησιμοποιώντας εξηγήσεις που μπορεί να μειώσουν τα αισθήματα ντροπής και ενοχής των ασθενών.

Βασισμένες στο αποτελεσματικό μοντέλο της νευρικής βουλιμίας, οι ενοχοποιήσεις για πιθανή συμπεριφορική μεταβολή επιλύονται συνεταιριστικά. Επιπλέον, χρησιμοποιώντας, για παράδειγμα το επονομαζόμενο ψυχολογικό πείραμα-συζητούνται τα πιθανά θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα της θεραπείας. Δίνονται στον ασθενή λεπτομερείς πληροφορίες που αφορούν τα πιθανά αποτελέσματα της θεραπείας έκθεσης. Δεν ασκείται πίεση στον ασθενή να συμμετάσχει στην θεραπεία. Επιτρέπεται στον ασθενή για μερικές ημέρες να σκεφτεί τα υπέρ και τα κατά του προτεινόμενου θεραπευτικού προγράμματος και να αποφασίσει αν ή αν δεν αυτός/αυτή θα συμμετάσχει. Εάν ο ασθενής αποφασίσει να συμμετάσχει, η εντατική φάση της θεραπείας ξεκινά αμέσως⁵⁹.

4.2.3. Θεραπεία έκθεσης

Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία διαρκεί 10 έως 14 ημέρες. Είναι σύνηθες ο ασθενής να έχει άμεση επαφή με τον νοσηλευτή και το θεραπευτή για 10 με 12 ώρες περίπου την ημέρα κατά τη διάρκεια των πρώιμων σταδίων της θεραπείας. Από την αρχή, οι ασθενείς μπορεί να εφαρμόσουν συγκεκριμένα τμήματα της θεραπείας μόνοι τους. Πάντως, η στενή θεραπευτική επίβλεψη από νοσηλευτή είναι απαραίτητη ώστε να επιτύχει να συνηθίσει στο άγχος κατά την διάρκεια της έκθεσης. Ένα παρόμοιο πρόγραμμα διεξάγεται τις ημέρες που ακολουθούν αλλά με αυξημένο αυτοέλεγχο κατά την διάρκεια των συνεδρίων έκθεσης. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να πειραματιστεί με την φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά.

Οι προϋποθέσεις που δημιουργούνται είναι όσο το δυνατόν παρόμοιες με το φυσικό περιβάλλον. Για παράδειγμα, ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με ψυχολογικούς ή

⁵⁹ Latner J.D., Wilson J.T. (2000). Cognitive- behavioral therapy and nutritional counseling in the treatment of bulimia nervosa and binge eating. Eating behaviors. Vol. 1.Σελ. 3-21

κοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες που τυπικά πυροδοτούν την υπερφαγία του. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας οι ασθενείς κρατούν ημερολόγια της διατροφικής τους συμπεριφοράς καθώς επίσης και των συναισθηματικών και γνωσιακών αντιδράσεων.

Για να επιτευχθεί η συνήθεια των αποτελεσμάτων, η θεραπεία έκθεσης εστιάζει σε καταστάσεις και συμπεριφορές που προκαλούν τα άγχη που σχετίζονται με την απόκτηση βάρους και που αυξάνουν τη σφοδρή επιθυμία για υπερβολικό φαγητό: η έκθεση σε υποκειμενικά «απαγορευμένες» τροφές, έκθεση σε υπερβολικό φαγητό, και έκθεση σε συγκεκριμένους πυροδοτητές της υπερφαγίας καθώς επίσης στο σχήμα και το βάρος του σώματος⁶⁰.

Κατά τη θεραπεία έκθεσης, οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι κατά τη διάρκεια της ημέρας με απαγορευμένες τροφές όπως υψηλών θερμίδων ενδιάμεσα και κανονικά γεύματα. Τους ζητείται να καταναλώσουν αυτές τις απαγορευμένες τροφές και να εκφράσουν με λέξεις την γεύση, το άρωμα, την εμφάνιση και την συνεκτικότητα τους για επιτευχθεί η συνήθεια οποιαδήποτε συμπεριφορά αποφυγής αποτρέπεται. Οι πρωταρχικοί στόχοι αυτών των συνεδριών έκθεσης είναι να μειώσουν το άγχος και να προάγουν τον αυτοέλεγχο σχετικά με κανονική διατροφή καθώς επίσης να ενθαρρύνουν την κατανάλωση μέτριων μερίδων τροφίμων υψηλών θερμίδων. Οι συνεδρίες έκθεσης επαναλαμβάνονται αρκετές φορές την ημέρα και εκτελούνται κάτω από ποικίλες συνθήκες. Οι ασθενείς καταναλώνουν τα γεύματά τους μαζί με τους θεραπευτές τους, τους νοσηλευτές καθώς επίσης και μόνοι τους ή με την συντροφιά άλλων ασθενών.

4.2.4. Έκθεση στο σχήμα σώματος και στο σωματικό βάρος

Η έκθεση στο σχήμα του σώματος γίνεται χρησιμοποιώντας έναν ειδικό καθρέπτη που παρέχει πλήρη θέα του σώματος. Επίσης χρησιμοποιείται βιντεοκάμερα. Στο ξεκίνημα της συνεδρίας της θεραπείας έκθεσης, οι ασθενείς φορούν τα φυσιολογικά τους ρούχα. Καθώς στέκονται μπροστά στον καθρέπτη ή παρακολουθώντας την βιντεοταινία ο νοσηλευτής τους ζητά να περιγράψουν την εμφάνιση του σώματός τους λεπτομερώς· για παράδειγμα, το μέγεθος και τον τύπο της μύτης, το στόμα,

⁶⁰ Thomson K. (2001). Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment. American Psychological Association

ισχία, στήθη, χέρια, πόδια, και το χρώμα των μαλλιών και του δέρματος. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως η ερώτηση συγκεκριμένων αποριών, η διαμόρφωση ή παρεμπόδιση της συμπεριφοράς αποφυγής, βοηθά τους ασθενείς να επεκτείνουν τα κριτήριά τους για την αυτό-εκτίμηση του σχήματος του σώματος και της σωματικής ελκυστικότητας. Επιπρόσθετα, κατά την διάρκεια των παρατεταμένων συνεδρίων, τα άγχη σχετικά με το σχήμα του σώματος συνηθίζονται.

Οι καταστάσεις ποικίλουν από συνεδρία σε συνεδρία. Για παράδειγμα, στις τελευταίες συνεδρίες, οι ασθενείς φορούν σφιχτά εφαρμοστά ρούχα που τονίζουν τις φιγούρες τους. Η αντιμετώπιση του σώματος χρησιμοποιώντας τον καθρέπτη είναι επίσης σχεδιασμένη για να βοηθά τους ασθενείς να δέχονται και να αναγνωρίζουν τα ελκυστικά καθώς επίσης και τα λιγότερο ελκυστικά μέρη του σώματός τους. Οι ασθενείς επομένως ενθαρρύνονται από το νοσηλευτή να πειραματιστούν με τα αξεσουάρ τους, τα μαλλιά τους και τον καλλωπισμό τους. Για να εμπλουτιστούν οι ιδέες των ασθενών σχετικά με την ελκυστικότητά τους, τους ζητείται να πειραματιστούν με την αυτό-έκφραση. Αυτές οι συνεδρίες, οι οποίες λαμβάνουν χώρα σε ποικίλες καταστάσεις βιντεοσκοπούνται. Μετά, οι βιντεοταινίες συζητούνται. Αυτές οι συνεδρίες έκθεσης πάντα διενεργούνται ή τουλάχιστον βοηθούνται από μια (γυναίκα) θεραπεύτρια ή νοσηλεύτρια.

Αναφορικά με την έκθεση στο σωματικό βάρος, το ζύγισμα διενεργείται επίσης κάτω από ποικίλες καταστάσεις. (π.χ. ζύγισμα το πρωί, ή το απόγευμα ή ζύγισμα πριν ή μετά από ένα πλούσιο γεύμα). Οι ασθενείς μαθαίνουν ότι οι διακυμάνσεις στο σωματικό βάρος είναι αρκετά φυσιολογικές, και καθώς οι συνεδρίες προχωρούν, τα άγχη τους μειώνονται. Μέσω αυτής της διαδικασίας, η ανησυχία που προκαλεί τις αντιλήψεις γίνεται προφανής στον ασθενή και το νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής εστιάζει σε αυτές τις αντιλήψεις κατά την διάρκεια των γνωσιακών παρεμβάσεων⁶¹.

4.2.5. Γνωσιακές παρεμβάσεις

Οι γνωσιακές παρεμβάσεις οδηγούνται από ένα σύνολο συγκεκριμένων αρχών. Για παράδειγμα, ο νοσηλευτής ποτέ δεν εναντιώνεται στις σκέψεις ή στους στόχους του ασθενούς, ούτε αυτός προτείνει εναλλακτικές αντιλήψεις. Αντίθετα, μια θεραπευτική

⁶¹ Safer D. et al. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. Am J Psychiatry. Σελ. 632-634

αρχή είναι να δείχνει στον ασθενή ότι οι υποθέσεις ή οι στόχοι του είναι εύλογοι και όχι ασυνήθιστοι. Λαμβάνοντας υπόψη το γνωσιακό σύστημα του ασθενούς- για παράδειγμα, εξιδανίκευση του ασθενούς για μια λεπτή σιλουέτα- συμπεριφορές όπως η δίαιτα και ο εμετός γίνονται κατανοητές.

Σαν δεύτερη θεραπευτική αρχή, ο θεραπευτής φαινομενικά τυχαία, εκφράζει με λέξεις πιθανά αρνητικά συμπεράσματα συγκεκριμένων συμπεριφορών ή ερωτήσεις αν συγκεκριμένοι στόχοι μπορούν να είναι συμβατοί. Μέσω αυτής της στρατηγικής οι εσωτερικές συγκρούσεις του ασθενούς προεξέχουν. Κατά συνέπεια ο ασθενής αισθάνεται ένα είδος γνωσιακής σύγκρουσης ή γνωσιακής διχογνωμίας (π.χ. η επιθυμία να συνεχιστεί η δίαιτα προϋπάρχει με την επιθυμία να σταματήσει τα επεισόδια υπερφαγίας). Ο θεραπευτής τότε επιβεβαιώνει ότι είναι δύσκολο να μεταβληθεί ο στόχος κάποιου και ότι θα ήταν κατανοητό αν ο ασθενής αποφάσιζε να μην αλλάξει τους στόχους του. Κατά συνέπεια, η μεταβολή των στόχων γίνεται πρόκληση για τον ασθενή, και η αντίσταση καταρρέει⁶².

Ωστόσο, κατά την διάρκεια ολόκληρης της θεραπείας, χαρακτηριστικά σήματα στο σύνθηες περιβάλλον των ασθενών που μπορεί να προκαλέσουν υποτροπή αναμένονται και προσομοιώνονται. Τα δυσλειτουργικά συναισθήματα και οι αντιλήψεις σχετικά με την υποτροπή είναι αναμενόμενα, οπότε ο νοσηλευτής καλείται να παράσχει στον ασθενή στρατηγικές που μπορεί να τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει την υποτροπή. Χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες γνωσιακές στρατηγικές, οι ασθενείς βοηθούνται να ερμηνεύσουν τις υποτροπές σαν ευκαιρίες να εξασκήσουν τις νέες μαθημένες στρατηγικές.

Η φάση της ενδονοσοκομειακής θεραπείας ακολουθείται από μια περίοδο 6 έως 8 εβδομάδων δομημένης αυτό-διαχειριζόμενης θεραπείας. Κατά την διάρκεια της φάσης, οι ασθενείς ζουν στο σπίτι τους και επικοινωνούν με τους νοσηλευτές τους τηλεφωνικά. Αν κρίνεται απαραίτητο, μια προσωπική συμβουλή ή ακόμα μια επανάληψη σύντομης ενδονοσοκομειακής παραμονής είναι δυνατό οποιαδήποτε στιγμή.

⁶² Pike Km et al. (2001). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa. Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment. Σελ. 253-302

Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας αυτού του τύπου θεραπείας εξακολουθεί να διεξάγεται έξι εβδομάδες, ένα χρόνο, και πέντε χρόνια μετά την θεραπεία. Οι μετρήσεις περιλαμβάνουν σχετικές ψυχομετρικές εκτιμήσεις της διατροφικής συμπεριφοράς, ψυχιατρικής διαταραχής, και της διάθεσης καθώς και πληροφορίες σχετικά με την κοινωνική διευθέτηση του ασθενούς. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα προτείνουν ότι αυτή η εντατική σύντομη ενδονοσοκομειακή θεραπεία, η οποία αναμιγνύει περίπου 35 ώρες θεραπειών, νοσηλευτών και ασθενών, επαρκεί στην διευκόλυνση της συνήθειας και της εξάλειψης των διαδικασιών και στην πρόληψη της συμπεριφοράς αποφυγής. Κατά συνέπεια ένα υψηλό ποσοστό ασθενών διατηρούν το ομαλοποιημένο διατροφικό πρότυπο και επιδεικνύουν μια σημαντική ύφεση στην συχνότητα των επεισοδίων υπερφαγίας τους⁶³.

4.2.6. Τεχνικές Νοερής Απεικόνισης

Η νοερή απεικόνιση περιλαμβάνει ένα σύνολο τεχνικών κάποιες από τις οποίες φαίνεται να εφαρμόζονται με επιτυχία στη θεραπεία των διαταραχών διατροφής και κυρίως της βουλιμίας. Συγκεκριμένα, η καθοδηγούμενη απεικόνιση έχει χρησιμοποιηθεί σε μια σειρά ερευνών για τη θεραπεία της βουλιμίας. Η καθοδηγούμενη απεικόνιση είναι ένα είδος Σωκρατικής μεθόδου για τον εντοπισμό και την τροποποίηση γνώσεων πάνω σε εικόνες. Αυτές οι εικόνες μπορεί να αφορούν το κύριο θέμα ενός σημαντικού γεγονότος ζωής (π.χ. συζυγικός καυγάς), ενός σημαντικού θέματος (π.χ. η εικόνα που έχει ένα άτομο για το βάρος και το σχήμα του σώματος του), ενός ονείρου ή μιας ονειροπόλησης, μιας συγκινησιακής κατάστασης ή ενός βιώματος.

Καθώς ο πελάτης φαντάζεται μια εικόνα, ο νοσηλευτής του ζητά να περιγράψει με λεπτομέρεια το χρώμα, το σχήμα, τη ζωντάνια, την ύπαρξη ήχων, τα απεικονιζόμενα άτομα, τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις συμπεριφορές τους. Επίσης, μπορεί να του ζητήσει να πάρει συνέντευξη από τα πρόσωπα και τα πράγματα που δρουν μέσα στην οπτική αναπαράσταση ή να κάνει διάλογο μεταξύ των ατόμων που εμφανίζονται στη νοερή απεικόνιση. Κάθε μικρή ή μεγάλη αλλαγή που συντελείται στην εικόνα ονομάζεται μετασχηματισμός.

⁶³ Palmer B. (2000). Helping People with Eating Disorders. Willey Publications

Μια άλλη τεχνική που χρησιμοποιείται στις διαταραχές διατροφής είναι η κλειστή ευαισθητοποίηση. Στη συγκεκριμένη τεχνική, ο νοσηλευτής ζητά από τον πελάτη να φανταστεί τον εαυτό του να προβαίνει σε μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά (π.χ. υπερβολική κατανάλωση φαγητού). Όταν αυτή η εικόνα είναι ζωντανή, ο πελάτης φαντάζεται μια αρνητική συνέπεια σχετική με αυτή τη συμπεριφορά (π.χ. αίσθημα ναυτίας). Στόχος είναι να δημιουργήσει αποστροφή για ένα ερέθισμα το οποίο πριν ήταν ελκυστικό. Ο πελάτης δε χρειάζεται να προβεί σε αυτή τη συμπεριφορά στην πραγματικότητα. Παρόλα αυτά βλέπει αποτελέσματα στη συμπεριφορά του με το να φαντάζεται αρνητικές συνέπειες. Η άσκηση αυτή λειτουργεί και ως άσκηση αυτοελέγχου χωρίς την παρουσία του νοσηλευτή μετά το τέλος της θεραπείας.

Πολύ αποτελεσματική φαίνεται να είναι και η χρήση επιβλαβών εικόνων για την αντιμετώπιση αρνητικών συμπεριφορών (π.χ. φαντάσου το υπερβολικό φαγητό να σου προκαλεί αηδία), αλλά και εικόνων αντίστασης στον πειρασμό για τη μετατροπή ελκυστικών αντικειμένων σε αποστροφικά (π.χ. φαντάσου μια μπριζόλα χαλασμένη)⁶⁴.

4.2.7. Εφαρμογή διαιτολογίου

Ο νοσηλευτής, σε συνεργασία με το διαιτολόγο, επωμίζεται τα ζητήματα επανεκπαίδευσης του ασθενή στη φυσιολογική σίτιση, με σκοπό την ανάρρωση σε πρώτη φάση και τη διατήρηση της υγείας στη συνέχεια. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι κατάλληλα καταρτισμένος ώστε να παρεμβαίνει σε θέματα διαιτητικής συμπεριφοράς, διατηρώντας απέναντι στον ασθενή στάση κατανόησης και αποφεύγοντας υποκειμενικές κρίσεις και χαρακτηρισμούς.

Οι βασικοί στόχοι της διατροφικής παρέμβασης στην ψυχογενή βουλιμία είναι η αποκατάσταση του βάρους σε υγιή επίπεδα και η επαναφορά του ασθενούς στο φυσιολογικό τρόπο σίτισης. Οι στρατηγικές όμως για την υλοποίησή τους διαφοροποιούνται μεταξύ τους. Έτσι, οι στρατηγικές της παρέμβασης του νοσηλευτή επικεντρώνονται κυρίως :

- ◆ Στην κατανάλωση επαρκούς ενεργειακής πρόσληψης, ώστε να διατηρείται το ισοζύγιο ενέργειας και σταθερό το σωματικό βάρος

⁶⁴McMullin, R. (2000). The New Handbook of Cognitive Therapy Techniques. New York: W.W. Norton and Company. Σελ. 245-255.

- ◆ Στην απόκτηση ενός φυσιολογικού ρυθμού σίτισης, ο οποίος θα απαρτίζεται από τρία ισορροπημένα και σαφώς προγραμματισμένα γεύματα και ένα με δύο ενδιάμεσα γεύματα ημερησίως
- ◆ Στην αποφυγή διαφόρων μεθόδων αδυνατίσματος, υπερβολικής άσκησης καθώς και άλλων καθαρτηρίων μεθόδων, όπως πρόκληση εμετών, χρήση διουρητικών και καθαρτικών.
- ◆ Στη σταδιακή εισαγωγή «απαγορευμένων» τροφίμων στο διαιτολόγιο
- ◆ Στην παρακολούθηση του σωματικού βάρους σε τακτά και προκαθορισμένα διαστήματα.

4.3. Χαρακτηριστικά νοσηλευτή

Κάθε ψυχοδυναμική παρέμβαση ανάγεται στη σχέση θεραπευτή – αρρώστου. Η δομή αυτή συνεπάγεται εκ προοιμίου ορισμένα χαρακτηριστικά του θεραπευτή τα οποία οφείλουν να ανταποκριθούν στα χαρακτηριστικά του βουλμικού προσώπου. Αυτά είναι τα εξής:

- ◆ Η διαρκής κατάσταση ανάγκης
- ◆ Η εχθρικότητα
- ◆ Η απόρριψη της φαρμακευτικής λύσης
- ◆ Οι υποτροπές
- ◆ Οι οργανικές επιπλοκές
- ◆ Η απόρριψη ψυχολογικής βοήθειας
- ◆ Η έμμεση αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
- ◆ Η έντονη αντιμεταβιβαστική αντίδραση που αυτά τα πρόσωπα παράγουν στον περίγυρο τους.

Επομένως, τα γενικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτή συμπυκνώνονται στα εξής:

- ◆ Ενσυναισθητικό ταλέντο και διαθεσιμότητα να παραστήσει ένα κάτοπτρο όπου θα απεικονιστούν με ενάργεια και ακρίβεια οι ανάγκες, τα αιτήματα και η διαλεκτική της επιθυμίας του ασθενή
- ◆ Συνέπεια, αξιοπιστία, ευλυγισία, αποφυγή απαιτήσεων
- ◆ Ψυχολογική «χωρητικότητα» για τα συναισθήματα και τις συγκινήσεις που θα προκύψουν στη διυποκειμενική συνάφεια

- ◆ Εξασφάλιση της μεταφοράς του μηνύματος ότι η θεραπεία μπορεί να αντέξει και να επιβιώσει από τον θυμό, την οργή, την απογοήτευση, την παρεξήγηση
- ◆ Ενθαρρυντική και υποστηρικτική στάση, ειλικρίνεια στην εξήγηση των θεραπευτικών στόχων, ενεργητικότητα, αποφυγή τυπικότητας στη συμπεριφορά
- ◆ Οριοθέτηση της σχέσης⁶⁵.

Ο νοσηλεύτης είναι συχνά ο πρώτος ειδικός του χώρου της υγείας που έρχεται αντιμέτωπος με ηπιότερες μορφές διαταραχών της διαιτητικής συμπεριφοράς, και για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να διαθέτει κατάλληλες δεξιότητες, ώστε να βοηθήσει τον ασθενή να συνειδητοποιήσει την προβληματική του συμπεριφορά, να κινητοποιηθεί και να αναζητήσει βοήθεια και από άλλους θεραπευτές, ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Σε κάθε περίπτωση, η παρέμβαση διαφοροποιείται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά, τα συμπτώματα και τις διαιτητικές συνήθειες του ασθενή.

⁶⁵ Fassino S. et al. (2003). Dropout from Brief Psychotherapy within a Combination Treatment in Bulimia nervosa: Role of Personality and Anger. *Psychother Psychosom.* Σελ. 203–210

Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα- προτάσεις

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής με την αφθονία, την υπερκατανάλωση και την προβολή εσφαλμένων προτύπων, έχει αυξήσει τα τελευταία χρόνια τις ψυχογενείς παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με τη διατροφή. Μία από αυτές τις παθήσεις είναι η ψυχογενής βουλιμία, η οποία εμφανίζεται συνήθως στην εφηβική ηλικία ή στην αρχή της ενήλικου ζωής.

Αυτή η διαταραχή πρόσληψης τροφής χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούνται από συμπεριφορές ακύρωσης. Κατά τη διάρκεια των βουλιμικών επεισοδίων το άτομο καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφών σε έναν γρήγορο, αυτόματο, και ανίσχυρο να του αντισταθεί μοτίβο. Όσο διαρκεί το βουλιμικό επεισόδιο το άτομο νιώθει μια πρόσκαιρη υποχώρηση της πείνας, του θυμού, και άλλων αρνητικών συναισθημάτων, αλλά τελικά μένει μια αίσθηση βιολογικής ταλαιπωρίας κι ένας φόβος αναφορικά με τη λήψη βάρους. Έτσι το άτομο νιώθει την ανάγκη να ακυρώσει τα τρόφιμα που κατανάλωσε, συνήθως με την πρόκληση εμετού και με την προσφυγή σε κάποιο συνδυασμό δίαιτας, υπερβολικής άσκησης, καθαρτικών, και διουρητικών.

Οι άνθρωποι που πάσχουν από βουλιμία παρουσιάζουν τα εξής τρία κύρια χαρακτηριστικά. Καταναλώνουν υπερβολικές ποσότητες τροφής σε επαναλαμβανόμενα και τακτά χρονικά διαστήματα και ενώ θα ήθελαν να το ελέγξουν, νιώθουν ανήμποροι. Μετά το φαγητό είτε προκαλούν εκκαθάριση, με εμετό, ή μεγάλη κατανάλωση καθαρτικών και διουρητικών, είτε κάνουν νηστεία ή ασκούνται υπερβολικά στην προσπάθεια τους να νιώσουν καλύτερα. Παρουσιάζουν μεγάλη ανησυχία σχετικά με το βάρος τους, επιθυμούν να αδυνατίσουν και είναι έντονα δυσαρεστημένοι με την εικόνα του σώματος τους.

Τα αίτια της διαταραχής εμπεριέχουν γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι κάποιοι πάσχοντες έχουν γενετική προδιάθεση για να παρουσιάσουν βουλιμία και το σχετίζουν με το γονίδιο που ενισχύει την τάση για εθισμό. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες περιλαμβάνουν πιέσεις από τον περίγυρο και την οικογένεια, επηρεασμό από τα μέσα ενημέρωσης που παρουσιάζουν το αδύνατο σώμα ως ιδανικό. Επίσης, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η έλλειψη αποδοχής του

εαυτού και της σωματικής διάπλασης, οι κακές διατροφικές συνήθειες και οι συχνές δίαιτες μπορούν να οδηγήσουν σε νευρική βουλιμία. Έχει παρατηρηθεί ότι άνθρωποι που δυσκολεύονται να κάνουν δίαιτα για απώλεια βάρους, καταφεύγουν στη βουλιμία. Επιπλέον, οι άνθρωποι που ασχολούνται με επαγγέλματα που απαιτούν αδύνατο σώμα όπως αθλητές, χορευτές, ηθοποιοί και μοντέλα είναι πιο επιρρεπείς στο να παρουσιάσουν τη διαταραχή. Οι ασθενείς που πάσχουν από βουλιμία δεν μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματα τους και να λύσουν τα προβλήματα που τους παρουσιάζονται με αποτελεσματικότητα τα προβλήματα τους, αυτή η αδυναμία τους κάνει να ξεσπούν πάνω στο σώμα τους.

Στη ψυχογενή βουλιμία, ο φαύλος κύκλος μεταξύ υπερφαγίας και εμετού ή λήψης χαπιών προκαλεί προβλήματα στο στομάχι, στον οισοφάγο, στα δόντια καθώς και διαταραχές στους ηλεκτρολύτες με συνέπειες στη λειτουργία της καρδιάς. Στη ψυχαναγκαστική υπερφαγία, οι συνέπειες είναι παρόμοιες με αυτές της παχυσαρκίας και κυρίως υψηλή πίεση, χοληστερίνη, διαβήτη και καρδιαγγειακά προβλήματα.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι πραγματικές, σύνθετες, καταστρεπτικές παθήσεις, οι οποίες μπορεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, την επαγγελματική πορεία και τις διαπροσωπικές σχέσεις ενός ατόμου. Οι διατροφικές διαταραχές δεν είναι απλώς μία περαστική μόδα. Αντιθέτως, είναι ιδιαίτερα σοβαρές, ενδεχομένως θανατηφόρες παθήσεις οι οποίες επηρεάζουν τόσο τη συναισθηματική όσο και τη σωματική υγεία ενός ατόμου.

Για την σωστή και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της πάθησης είναι απαραίτητη η σύσταση μιας θεραπευτικής ομάδας από γιατρό, ψυχολόγο, διαιτολόγο και νοσηλεύτη. Η ψυχολογική υποστήριξη τόσο του ασθενούς, όσο και του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος κρίνεται αναγκαία, γιατί ο ίδιος ο ασθενής πολλές φορές δεν αντιλαμβάνεται ή δεν παραδέχεται το πρόβλημα. Όσο πιο γρήγορα διαγνωστεί η πάθηση, τόσο πιο ουσιαστική μπορεί να γίνει η θεραπεία, αλλά και να προληφθούν χειρότερες καταστάσεις, αν και η θνησιμότητα δεν είναι αντίστοιχη με αυτή της ψυχογενούς ανορεξίας. Αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι στο πρώτο στάδιο της πάθησης (περίπου τα πρώτα 2 χρόνια – στάδιο νεύρωσης) η κατάσταση είναι πιο εύκολο να αντιμετωπιστεί, ενώ όταν προχωρήσει στο στάδιο της ψύχωσης η θεραπεία είναι πιο δύσκολη.

Εξίσου σημαντικός είναι ο ρόλος του επιστήμονα διαιτολόγου στην αντιμετώπιση της πάθησης. 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.

Επιπλέον, μέσα από την ατομική ψυχοθεραπεία αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά οι αιτίες της βουλιμίας, όπως είναι η χαμηλή αυτοπεποίθηση του ατόμου, η δυσκολία του στις διαπροσωπικές του σχέσεις, η επίλυση των εσωτερικών και των οικογενειακών συγκρούσεων. Η θεραπεία της βουλιμίας μπορεί να είναι μακροχρόνια κι επίμονη, αν και συμβαίνει πολύ συχνά οι βουλιμικοί να διακόπτουν τη θεραπεία τους πρόωρα.

Σε κάθε περίπτωση, η οικοδόμηση μιας σχέσης κατανόησης, αλληλοσεβασμού και εμπιστοσύνης του θεραπευμένου με τον ψυχοθεραπευτή είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την επιτυχία οποιουδήποτε προγράμματος ψυχοθεραπείας. Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία, ως διαπροσωπική προσέγγιση, δεν εστιάζει άμεσα στα συμπτώματα της βουλιμίας, αλλά αντίθετα προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να λύσει τις συγκρούσεις του, στις διαπροσωπικές του σχέσεις, και να εξυγιάνει τον τρόπο με τον οποίο βλέπει τον εαυτό του σε σχέση με τους άλλους.

Όταν το άτομο που αντιμετωπίζει κάποια ψυχογενή διαταραχή διατροφής νιώσει έτοιμο να ζητήσει ψυχοθεραπευτική βοήθεια, μπορεί να ωφεληθεί πολύ από τη συμμετοχή του σε ομάδες υποστήριξης και ψυχοθεραπείας, καθώς εκεί θα λάβει - αλλά και θα δώσει- υποστήριξη από άλλα άτομα που παρουσιάζουν παρόμοια προβλήματα. Έτσι θα νιώσει πιο υπεύθυνο και θα λάβει το μήνυμα πως γίνεται αποδεκτό, παρά το γεγονός ότι είναι φορέας ενός πολυσύνθετου προβλήματος.

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

- ◆ Υποστήριξη σε ένα ασφαλές περιβάλλον εμπιστοσύνης

- ◆ Ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με άλλους ανθρώπους που υποφέρουν από παρόμοια προβλήματα
- ◆ Ψυχοθεραπευτική βοήθεια ώστε να δουν τα μέλη της ομάδας ανεπίγνωστα κομμάτια της προσωπικότητας και των σχέσεών τους στο παρελθόν, τα οποία εμπλέκονται στην ανάπτυξη της προβληματικής τους στάσης και συμπεριφοράς
- ◆ Επεξεργασία θεμάτων όπως ο κοινωνικός αποκλεισμός, η αυτοεκτίμηση, η εικόνα του σώματος κ.α.
- ◆ Υποστήριξη, ιδέες και στρατηγικές από άλλους συμμετέχοντες που βρίσκονται σε πιο προχωρημένο στάδιο αντιμετώπισης
- ◆ Εκπαίδευση των μελών για τις φυσικές και συναισθηματικές συνέπειες των διαταραχών πρόσληψης τροφής, τους κινδύνους, τις σωματικές και ψυχικές επιπλοκές
- ◆ Εκμάθηση εναλλακτικών και μη δυσλειτουργικών τρόπων συμπεριφοράς
- ◆ Εκμάθηση στρατηγικών αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων.

Η θεραπεία της βουλιμίας είναι πολύπλοκη και μακροχρόνια. Η Αμερικάνικη Εταιρεία Ψυχιατρικής έχει δημοσιεύσει στην τελευταία έκδοση της οδηγίες για την αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών. Οι οδηγίες τονίζουν την ανάγκη να υπάρχει πολύπλευρη εκτίμηση, ιατρική, ψυχολογική και κοινωνική εκτίμηση ενός εκάστου περιστατικού και να αντιμετωπίζεται από ομάδα ειδικών που να αποτελείται από ψυχίατρο, παιδίατρο ή παθολόγο, ψυχολόγο, διαιτολόγο και κοινωνική λειτουργό.

Η αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών θα πρέπει να έχει πολλούς στόχους ταυτόχρονα. Θα πρέπει να βοηθήσει τους ασθενείς ώστε να διατηρήσουν ένα αποδεκτό επίπεδο διατροφής και να βελτιώσουν τις διατροφικές τους συνήθειες. Θα πρέπει να αντιμετωπίσουν και να βελτιώσουν τις λανθασμένες αντιλήψεις σε σχέση με το σώμα και το βάρος τους. Επίσης να αντιμετωπιστούν συνοδά ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα. Θα πρέπει να αντιμετωπιστούν πιθανά προβλήματα στην οικογένεια και πιθανές λανθασμένες διατροφικές συνήθειες.

Οι οδηγίες τονίζουν την ανάγκη να ενθαρρύνουμε την κινητοποίηση των ασθενών για θεραπεία και να αντιμετωπίζονται με αγάπη και κατανόηση ενώ θα τίθενται εφικτοί

στόχοι και όρια. Οι οδηγίες αυτές περιλαμβάνουν συγκεκριμένες οδηγίες για το επίπεδο της φροντίδας που απαιτείται για τα ψυχολογικά θέματα και θέματα συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν τη βουλιμία. Η πρώτη φροντίδα είναι η ρύθμιση της διατροφικής συμπεριφοράς με την σταδιακή αύξηση των χορηγούμενων γευμάτων. Η χορήγηση υγρών ακόμη και με καθετήρα μπορεί να είναι σωτήρια και συστήνεται όταν η από του στόματος σίτιση αποτύχει. Η εκπαίδευση και συμβουλευτική ή και θεραπεία για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους είναι σημαντικότερο στοιχείο ενός θεραπευτικού σχεδίου. Τα ψυχιατρικά φάρμακα είναι επιπρόσθετα στην όλη αντιμετώπιση-θεραπεία της βουλιμίας. Τα ψυχιατρικά φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση κάποιων συμπτωμάτων, συνοδών χαρακτηριστικών της βουλιμίας όπως της διάθεσης, του άγχους, της κατάθλιψης και κυρίως μετά την πρόσληψη ενός ικανοποιητικού σωματικού βάρους.

Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να γνωρίζουν πως η ανάρρωση από τη βουλιμία είναι μια αργή διαδικασία που συχνά απαιτεί πολλά χρόνια. Ατομική ψυχιατρική θεραπεία για αυτογνωσία, ομαδική θεραπεία, αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να θεραπεύσουν αποτελεσματικά τη βουλιμία. Η οικογενειακή θεραπεία είναι σημαντική κυρίως όσο αφορά νεαρούς ασθενείς. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται για την καλύτερη κατανόηση της αιτιολογίας και του τρόπου αντιμετώπισης αυτών των καταστάσεων για βελτίωση της αποτελεσματικότητας των προσφερόμενων θεραπευτικών σχημάτων.

Το οικονομικό κόστος αυτών των νοσημάτων είναι πολύ υψηλό και δυσβάστακτο για τις οικογένειες των ασθενών. Οι ασθένειες αυτές διαρκούν για πολλά χρόνια, υπάρχουν σκαμπανεβάσματα της βαρύτητας της νόσου, πολλές φορές χρειάζεται εισαγωγή σε νοσοκομείο και νοσηλεία, απαιτείται πληθώρα επιστημόνων που θα ασχοληθούν με τον ασθενή και την οικογένεια του.

Στις ΗΠΑ όπου ιδιωτικοί φορείς και ασφαλιστικές εταιρείες παρέχουν ιατροφαρμακευτική κάλυψη υπάρχουν προβλήματα γιατί δεν καλύπτουν αυτά τα νοσήματα ή δεν καλύπτουν πλήρως τα έξοδα αυτών των ασθενών ή βάζουν περιορισμούς στις ημέρες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας με αποτέλεσμα να δίνονται εξιτήριο πρόωρα και να αυξάνεται ο κίνδυνος υποτροπής της νόσου και ανάγκη επανεισαγωγής στο νοσοκομείο. Επομένως, είναι ανάγκη το κράτος να οργανώσει

μονάδες αντιμετώπισης τέτοιων ασθενών και να παρέχει πλήρη αγωγή και νοσηλεία σε αυτά τα σοβαρά νοσήματα⁶⁶.

Αναφορικά με το ρόλο των MME, ένα επίπεδο προσέγγισης για τη βουλιμία έχει να κάνει με παρεμβάσεις όπως εκστρατείες ενημέρωσης ή θέσπιση κανόνων για τις διαφημίσεις στα έντυπα και ηλεκτρονικά MME. Κάτι ανάλογο έχει γίνει στο παρελθόν σε πολλές χώρες, ώστε να ληφθούν μέτρα κατά της προβολής του καπνίσματος και της κατάχρησης αλκοόλ,⁶⁷ ή κατά των μηνυμάτων βίας και εγκληματικότητας που προβάλλονται από τα MME και επηρεάζουν αρνητικά τους νέους. Η βουλιμία δεν έχει γίνει ακόμη αντικείμενο εκτεταμένων εκστρατειών ενημέρωσης, παρά τη σημαντική επιβάρυνση που προκαλεί στην υγεία των πασχόντων.

Οι εκστρατείες ενημέρωσης είναι μία μόνο από τις παρεμβάσεις που προτείνουν οι ειδικοί. Μια διαφορετική προσέγγιση που μπορεί να ενεργήσει προληπτικά κατά της βουλιμίας είναι τα προγράμματα εκπαίδευσης και ενημέρωσης του κοινού, που στοχεύουν στη σωστή και εξορθολογισμένη αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων που μεταφέρουν τα MME. Τα συγκεκριμένα προγράμματα απευθύνονται κυρίως στους νέους ανθρώπους και στοχεύουν να τους δώσουν την κατάλληλη υποδομή, ώστε να είναι σε θέση να αξιολογούν, να επεξεργάζονται και να εκτιμούν το περιεχόμενο των MME και των διαφημίσεων, υιοθετώντας μια περισσότερο κριτική ματιά απέναντι σε κάθε μήνυμα που λαμβάνουν από αυτά⁶⁸. Βασική προτεραιότητα αυτών των προγραμμάτων είναι να διδάξουν στο ευρύ κοινό τρόπους με τους οποίους θα μάθουν να επεξεργάζονται τα οπτικά μηνύματα που μεταφέρονται από τα MME, καθώς και να αναλύουν αυτό που βλέπουν, γνωρίζοντας ότι αυτό που προβάλλεται δεν είναι απαραίτητα και πραγματικό. Μια άλλη αρχή των προγραμμάτων ενημέρωσης για τα MME είναι να επισημάνουν ότι τα πρότυπα που προβάλλονται από τα MME καλλιεργούνται με ιδιαίτερη μεθοδικότητα, εξυπηρετώντας πάντα κάποιο υλικό

⁶⁶ Χατζηγεωργίου Χ. (2004). Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. Ερευνητικό & Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Υγεία του Παιδιού. Παιδιατρική Ενημέρωση. Σελ. 12-18

⁶⁷ Kupersmidt JB et al. (2010). Media literacy education for elementary school substance use prevention: study of media detective. *Pediatrics*. Σελ. 525–531

⁶⁸ Martinez-Gonzalez MA et al. Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics*. Σελ. 315–320

όφελος⁶⁹. Σε ότι αφορά στα οπτικά είδωλα, η αντιμετώπιση είναι και πάλι κριτική. Έτσι, οι «μιντιακά εκπαιδευόμενοι» μαθαίνουν ότι τα δημιουργήματα των ΜΜΕ αντιπροσωπεύουν την οπτική γωνία του δημιουργού τους και εξυπηρετούν τις επιδιώξεις των εκδοτών και των τηλεοπτικών παραγωγών. Ήδη, παρόμοια προγράμματα εκπαίδευσης για τα ΜΜΕ εφαρμόζονται σε κάποιες χώρες του κόσμου, για παράδειγμα στον Καναδά, όπου υλοποιούνται με τη μορφή σχολικού μαθήματος. Όμως, δεν δίνουν, έως τώρα, τόση έμφαση στο ζήτημα των διαταραχών πρόσληψης τροφής όσο σε άλλα κοινωνικά προβλήματα. Μία άλλη πρόταση των ειδικών είναι να εκπαιδεύονται οι γονείς με προγράμματα ενημέρωσης όπως αυτά που αναφέραμε στην προηγούμενη παράγραφο. Η ιδέα αυτή βασίζεται στην αξία και τη βαρύτητα του γονεϊκού ρόλου αναφορικά με τη σωστή ανατροφή των παιδιών και την υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών. Έτσι, σύμφωνα με τους ειδικούς, οι κατάλληλα εκπαιδευμένοι γονείς, που δεν είναι ευάλωτοι απέναντι στα αρνητικά μηνύματα και πρότυπα που προβάλλουν τα ΜΜΕ, είναι σε θέση να καθοδηγήσουν κατάλληλα τα παιδιά τους προφυλάσσοντάς τα από τυχόν αρνητικές συνέπειες⁷⁰.

Πέρα από τα προγράμματα εκπαίδευσης, υπάρχουν επίσης πρωτοβουλίες που στοχεύουν στην τόνωση της αυτοπεποίθησης των γυναικών σε σχέση με τα προβαλλόμενα πρότυπα ομορφιάς. Για παράδειγμα, ερευνητές εξέθεσαν ομάδα φοιτητριών κολεγίου σε φωτογραφίες αδύνατων φωτομοντέλων, αφού όμως πριν τις είχαν εκθέσει σε μία επτάλεπτη συνεδρία ψυχοεκπαίδευσης. Όπως αποδείχθηκε, οι φοιτήτριες που συμμετείχαν στη συγκεκριμένη ομάδα ήταν λιγότερο ευάλωτες απέναντι στις αρνητικές επιδράσεις των ΜΜΕ και είχαν σαφώς καλύτερη αυτοπεποίθηση σε σύγκριση με συμφοιτήτριές τους που εκτέθηκαν σε αντίστοιχες φωτογραφίες αλλά δεν είχαν δεχθεί ψυχοεκπαιδευτική στήριξη. Τρία ανάλογα προγράμματα πρόληψης πέτυχαν κάποια σχετική βελτίωση στην αντίληψη του αδύνατου προτύπου και την αυτοεκτίμηση για την εικόνα του σώματος, χωρίς όμως να πετύχουν όλους τους στόχους που είχαν θέσει⁶⁸. Τέλος, έχουν δημιουργηθεί εξειδικευμένα προγράμματα που στοχεύουν σε άτομα που είναι περισσότερο ευάλωτα στις αρνητικές επιδράσεις των ΜΜΕ. Τα προγράμματα αυτά προσφέρουν

⁶⁹ Posovac H. Et al. (2001). Reducing the impact of the media images on women at risk for body image disturbance: Three targeted interventions. *J Social Clin Psychol*. Σελ. 24– 340

⁷⁰ Morris A, Katzman D. (2003). The impact of the media on eating disorders in children and adolescents. *Paed Child Health*. Σελ. 287–289

εξατομικευμένη στήριξη, εστιάζοντας στα ατομικά προβλήματα που κατά κύριο λόγο σχετίζονται με την αυτοεκτίμηση και την κοινωνικοποίηση^{71, 72}.

Σε αυτή τη κατεύθυνση κινείται και η Δράση Ενημέρωσης για την Πρόληψη των Διατροφικών Διαταραχών (νευρική ανορεξία- βουλιμία), του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές, που υλοποιείται από τη συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, των Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι., οργανισμών και υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, κοινωνικών φορέων, συλλόγων καταναλωτών, επαγγελματικών σωματείων, επιχειρήσεων τροφίμων. Βασικοί στόχοι του έργου είναι η ενημέρωση των εφήβων και των νέων για την επικινδυνότητα των διατροφικών διαταραχών, καθώς επίσης και ο έλεγχος των επιβαρυντικών παραγόντων, που οδηγούν στη νευρική ανορεξία και βουλιμία.

Οι ενέργειες της συγκεκριμένης δράσης περιλαμβάνουν προγράμματα συστηματικής πληροφόρησης και αγωγής υγείας στα σχολεία για τις διατροφικές διαταραχές και τους κινδύνους που εγκυμονούν για την υγεία και τη ζωή. Προωθείται η ανάπτυξη ειδικού εκπαιδευτικού υλικού και ειδικών προγραμμάτων πληροφόρησης των νέων, μέσω διαδικτύου και νέων τεχνολογιών. Επιπλέον, εξασφαλίζεται η επιστημονική υποστήριξη της εκστρατείας, ιδίως σε σχέση με τα ενδεδειγμένα μηνύματα προς τους έφηβους και νέους, μια ηλικιακή ομάδα με ιδιαιτερότητες και απαιτήσεις όσον αφορά στους τρόπους προσέγγισης. Όλες οι παραπάνω ενέργειες αναπτύσσονται και υλοποιούνται στο πλαίσιο του προγράμματος Αγωγής Υγείας «Η Ζωή έχει Χρώμα». Επιπρόσθετα, οργανώνεται βάση δεδομένων και ειδική ιστοσελίδα ελεύθερης πρόσβασης, με σκοπό την άμεση πρόσβαση όλου του πληθυσμού σε έγκυρες πληροφορίες, σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές και τις συνέπειές τους. Προωθείται η εξειδικευμένη πληροφόρηση σε γονείς για να μπορούν έγκαιρα να αναγνωρίσουν σημάδια νόσησης των παιδιών τους και άλλων νέων του ευρύτερου

⁷¹ Groesz LM. Et al. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta analytic review. *Int J Eat Disord*. Σελ.:1-16

⁷² Παρουστή Α., Γονιδάκης Φ. (2011). Διαταραχές πρόσληψης τροφής και μέσα μαζικής επικοινωνίας. *Ψυχιατρική*. Σελ. 231-239

περιβάλλοντος, ενώ αναπτύσσεται εκτεταμένο πρόγραμμα ενημέρωσης του πληθυσμού, μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης⁷³.

Στο πλαίσιο της παραπάνω δράσης, χρησιμοποιούνται εργαλεία για

- ◆ την έγκαιρη διάγνωση των ατόμων που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για νόσηση από διαταραχές πρόσληψης της τροφής
- ◆ Τον εντοπισμό των ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο
- ◆ Την ενημέρωση του ατόμου για τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις και κινδύνους που επιφέρει η υιοθέτηση παθολογικών συνηθειών πρόσληψης τροφής (αυστηρή δίαιτα, εκλεκτική αποφυγή των τροφών, εντατική γυμναστική, εμετοί, έναρξη καπνίσματος ως ανορεξιογόνου, χρήση καθαρτικών κ.λπ.).

Είναι εξαιρετικά σημαντικό να γίνει ενημέρωση σε βάθος, με σαφή έμφαση στους κινδύνους που προκύπτουν από την ανορεξία ή τη βουλιμία, δεδομένου ότι τόσο η ανορεκτική όσο και η βουλιμική συμπεριφορά, έχουν λάβει μια γοητευτική εικόνα από τους εφήβους μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, της βιομηχανίας του φαγητού και των ενδυμάτων⁷².

Αναγκαία για τη Δράση ήταν η δημιουργία Δικτύου Φροντίδας για την Αντιμετώπιση των Διαταραχών της Διατροφής, με την ανάπτυξη μονάδων φροντίδας για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών σε συνεργασία με το Ε.Σ.Υ. και με τις μη-κυβερνητικές οργανώσεις. Στόχοι του Δικτύου είναι η διαθεσιμότητα θεραπευτικών υπηρεσιών για τις διατροφικές διαταραχές και η στήριξη των οικογενειών και του ευρύτερου πλαισίου ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία. Στόχοι της θεραπείας συγκεκριμένα για την αντιμετώπιση της ψυχογενούς βουλιμίας είναι η εγκατάσταση κανονικού προγράμματος διατροφής και διακοπής του φαύλου κύκλου υπερφαγίας και εμετών, η τροποποίηση σκέψεων, πίστεων και συναισθημάτων που συντηρούν τη βουλιμική συμπεριφορά, βάση του γνωσιακού μοντέλου, η θεραπεία των ιατρικών επιπλοκών της βουλιμίας, η αντιμετώπιση των συνυπάρχοντων ψυχιατρικών συμπτωμάτων που είναι συνήθη στη βουλιμία, η ψυχολογική προσέγγιση, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή-

⁷³ Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές, 2008 - 2012

συμπεριφορική θεραπεία, η διαπροσωπική- ψυχοδυναμική- οικογενειακή θεραπεία, η παροχή φαρμάκων και η πρόληψη των υποτροπών⁷².

Ο ρόλος της οικογένειας στη θεραπεία του βουλιμικού ατόμου ξεκινά συνήθως από το γεγονός ότι τις πλείστες ίσως φορές είναι αυτή που εντοπίζει την ύπαρξη του προβλήματος. Σε τέτοια περίπτωση, οι γονείς χρειάζεται να συμβουλευτούν ειδικούς για διάγνωση της βουλιμίας και μετά να προχωρήσουν στην επιλογή ιατρού και ψυχοθεραπευτή για αντιμετώπιση του προβλήματος. Είναι πολύ σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις των ασθενών όσον αφορά τη θεραπεία τους, διαφορετικά το ανορεκτικό άτομο λόγω της ψυχοσύνθεσης του θα εκδηλώσει σοβαρή αντίσταση στη διαδικασία της θεραπείας, με αποτέλεσμα είτε να μην παρατηρείται καμιά βελτίωση, είτε ακόμα και επιδείνωση του προβλήματος. Είναι επίσης πολύ σημαντικό για τους γονείς να σέβονται την προσωπική σχέση ψυχολογικού συμβούλου και ασθενή, αλλά και να προσπαθήσουν να βοηθήσουν στη διαδικασία της αλλαγής, πιθανότατα συμβουλευόμενοι και οι ίδιοι κάποιον ειδικό. Με αυτό τον τρόπο θα βοηθηθούν και οι ίδιοι να αντιμετωπίσουν τυχόν προσωπικές τους δυσκολίες που επηρεάζουν το παιδί, να λάβουν στήριξη για να αντεπεξέλθουν με το πρόβλημα του παιδιού τους και να πετύχουν αναδιαμόρφωση προβληματικών πτυχών του οικογενειακού περιβάλλοντος, κάτι που μπορεί να συμβάλει στην επίτευξη της θεραπείας και στη σταθερότητα των αποτελεσμάτων.

Τέλος, δεδομένου ότι η βουλιμία παρουσιάζεται με μεγάλα ποσοστά στην εφηβεία, μερικές συμβουλές προς τους γονείς θα μπορούσαν να είναι οι εξής:

- ◆ Είναι σημαντικό να κατανοήσετε ότι η βουλιμία δεν είναι απλά μια συμπεριφορά αλλά μια εθιστική διαταραχή και όση και αν είναι η δύναμη της θέλησης, ο εθισμός είναι συνήθως πιο δυνατός.
- ◆ Φροντίστε να ενημερωθείτε όσο το δυνατόν καλύτερα για τη νευρική βουλιμία.
- ◆ Γεμίστε τη ζωή του παιδιού με ενδιαφέροντα έτσι ώστε να βρίσκει πιο υγιείς διεξόδους και να έχει περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας και τόνωσης της αυτοπεποίθησης του.
- ◆ Η εκλογίκευση δεν βοηθάει ιδιαίτερα, το γνωρίζουν ήδη ότι η συμπεριφορά τους είναι προβληματική.

- ◆ Εδραιώστε μια ειλικρινή και ανοιχτή επικοινωνία με το παιδί και δώστε του το χώρο και την ευκαιρία να στραφεί σε εσάς για στήριξη στις στιγμές αδυναμίας.
- ◆ Είναι σημαντικό να καταλάβετε πως μέχρι να μπορέσουν να αποδεχτούν και να εκφράσουν τα συναισθήματα και τους φόβους τους δε θα μπορέσουν να σταματήσουν αυτή τη συμπεριφορά που, μέχρι τώρα, τους έδινε το αίσθημα της ασφάλεια και του ελέγχου που είχαν ανάγκη.
- ◆ Πρέπει σε όλες τις περιπτώσεις να διατηρείτε την ψυχραιμία σας και τον έλεγχο της κατάστασης. Προσπαθήστε να αποφύγετε επιθέσεις ακόμα και αν το παιδί γίνει επιθετικό απέναντι σας. Σκεφτείτε ότι αυτή τη συμπεριφορά δεν την προκαλεί το παιδί αλλά η διαταραχή.
- ◆ Τα παιδιά που παρουσιάζουν προβλήματα εθισμού είναι πολύ ευαίσθητα. Δείξτε τους την αγάπη σας αποδεχτείτε τα για αυτό που είναι πραγματικά και όχι για αυτό που θα θέλατε να είναι⁷⁴.

Σε κάθε περίπτωση, ειδικά σ' εκείνες όπου υπάρχουν ενδοοικογενειακά προβλήματα, η συμμετοχή όλης της οικογένειας στη θεραπευτική παρέμβαση είναι εκείνη που εγγυάται την επίτευξη αποτελεσμάτων αλλά και τη μονιμότητά τους.

⁷⁴ Δικτυακός τόπος www.kepeo.com, στις 20 Ιανουαρίου 2013

Βιβλιογραφία

Ελληνική βιβλιογραφία

1. Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία. (2003). Η φροντίδα του εφήβου. Εκδόσεις Ποταμός
2. Αργυροπούλου Μ. κ.ά. (2008). Συναισθηματικές διαταραχές σε παιδιά και εφήβους. Εργασία στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Φιλοσοφική Σχολή, Τμήμα Ψυχολογίας.
3. Βάρσου Ε. (2000). Ψυχογενής βουλιμία, στο «Ψυχιατρική» του Γ.Ν. Χριστοδούλου και συν. Πρώτος τόμος. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα. Γονιδάκης Φ. (2006). Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, πρώτος τόμος, σελ. 377-398, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
4. Δικτυακός τόπος www.iatronet.gr
5. Δικτυακός τόπος <http://e-psychology.gr/children-teens-family/546-h-efhveia>, 30 Οκτωβρίου 2012
6. Δικτυακός τόπος www.ppsy.gr, 30 Οκτωβρίου 2012
7. Δικτυακός τόπος www.iatronet.gr, στις 1 Δεκεμβρίου 2012
8. Δικτυακός τόπος www.anasa.com.gr, στις 2 Δεκεμβρίου 2012
9. Δικτυακός τόπος www.iatronet.gr, στις 15 Ιανουαρίου 2013
10. Δικτυακός τόπος www.kepeo.com, στις 20 Ιανουαρίου 2013
11. Δικτυακός τόπος www.farmaceutikoskosmos.gr
12. Δικτυακός τόπος www.anasa.com.gr
13. Δικτυακός τόπος www.nationaleatingdisorders.com
14. Δουζένης Α. κ.ά. (2005). Κατάθλιψη και παραβατικότητα. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής. Σελ. 535–543
15. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές, 2008 – 2012
16. Ζαμπέλας Α. (2003). Διατροφή στα στάδια ζωής. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης. Σελ. 249
17. Kaplan S. (2004). Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής. Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα.
18. Κούστα Ε., Χατζηαθανασίου Χ., Παπαθανασίου. ΓΝΑ Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Τμήμα Ενδοκρινολογίας, στο www.iatronet.gr, στις 2 Δεκεμβρίου 2012
19. Μιχαλοπούλου Χ. (2003). Η εφηβεία ως μεταβατική περίοδος, ΓΝΑ Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Τμήμα Ενδοκρινολογίας, από το www.iatronet.gr/article.asp?art_id=587.
20. Μωρογιάννης Φ. (2003). Οι επιπτώσεις των ψυχιατρικών διαταραχών πρόσληψης τροφής στο άτομο, στην οικογένεια και στην κοινωνία. Τετράδια ψυχιατρικής. Εκδόσεις Ηλεκτρονικές τέχνες, Αθήνα
21. Nakash-Eisikovits O. et al. (2003). «Πολυδιαστασιακή Μετανάλυση της φαρμακοθεραπείας για την ψυχογενή βουλιμία: Συνοπτική παρουσίαση του εύρους των εκβάσεων σε ελεγχόμενες κλινικές μελέτες». Harvard Review of psychiatry, στο “Eating disorders”. Volume 10
22. Παρουτσή Α., Γονιδάκης Φ. (2011). Διαταραχές πρόσληψης τροφής και μέσα μαζικής επικοινωνίας. Ψυχιατρική. Σελ. 231-239

23. Τσιάντης – Ξυπολιτάς, Ζαχαριάδης. (2000). Ψυχοσωματικά προβλήματα των παιδιών. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
24. The ICD-10. (1992). Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Geneva. (απόδοση στα Ελληνικά και επιμέλεια: Κ. Στεφανής, Κ. Σολδάτος, Β. Μαυρέας).
25. Φουντούκη Α., Θεοφανίδης Δ. (2012). Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Το Βήμα του Ασκληπιού. 11ος Τόμος, 1ο Τεύχος, Ιανουάριος – Μάρτιος 2012
26. Χριστοδούλου Γ.Ν και συν.(2000). «Ψυχιατρική» τόμος πρώτος, εκδόσεις Βήτα. Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα
27. Χατζηγεωργίου Χ. (2004). Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. Ερευνητικό & Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Υγεία του Παιδιού. Παιδιατρική Ενημέρωση. Σελ. 12-18

Ξένη βιβλιογραφία

28. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV American Psychiatric Association, Washington.
29. Fairburn CG, et al. Arch Gen Psych. (2000). The natural course of Bulimia Nervosa and Binge eating disorder in young women. Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder. 57. Σελ. 659-665
30. Chen E. et al. (2003). Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders. Vol.33, Issue 3, σελ. 241–254
31. Claes L. Et al. (2001). Self-injurious behaviours in eatingdisordered patients. Eating Behaviours, 2(3). Σελ. 263-272
32. Fairburn C. (2003). Cognitive behaviour therapy for eatingdisorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. Behaviour Research and Therapy. Volume 41. Issue 5. Σελ. 509–528
33. Fassino S. Et al. (2003). Bulimic family dynamics: role of parents’ personality – a controlled study with the temperament and character inventory. Comprehensive Psychiatry, 44 (1). Σελ. 70-77.
34. Fassino S. et al. (2003). Dropout from Brief Psychotherapy within a Combination Treatment in Bulimia nervosa: Role of Personality and Anger. Psychother Psychosom. Σελ. 203–210
35. Field, A.E. et al (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. Pediatrics. 112 (4). Σελ. 900- 906.
36. Gibney M. et al. (2005). Clinical nutrition. Wiley- Blackwell. Σελ. 92.
37. Gilbert S. (2000). Counseling for eating disorders. SAGE publications, London
38. Gregory J. et al. (2000). National Diet and Nutrition Survey: young people aged 4-18 years, vol. 1. Report of the Diet and Nutrition Survey, TSO, London
39. Groesz LM. Et al. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta analytic review. Int J Eat Disord. Σελ.:1–16
40. International Life Sciences Institute (2000). Overweight and Obesity in European Children and Adolescents. Causes and consequences-prevention and treatment. Σελ. 1-22. ILSI Europe, Brussels, Belgium

41. Katharine L. et al. (2000). Guided and unguided self-help for binge eating. *Behaviour Research and Therapy*. Volume 38. Issue 3. Σελ. 259– 272
42. Kupersmidt JB et al. (2010). Media literacy education for elementary school substance use prevention: study of media detective. *Pediatrics*. Σελ. 525–531
43. Lasater L, Mehler P. (2001). Medical complications of bulimia nervosa. *Eating Behavior*. 2: Σελ. 279-292.
44. Lask B., Bryant-Waugh R. (2006). Early-Onset Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Volume 33. Issue 1 Σελ. 281– 300
45. Latner J.D., Wilson J.T. (2000). Cognitive- behavioral therapy and nutritional counseling in the treatment of bulimia nervosa and binge eating. *Eating behaviors*. Vol. 1.Σελ. 3-21
46. Leonard D., Mehler PS. (2001). Medical issues in the patient with anorexia nervosa. *Eat Behav*. Σελ. 293-305
47. Martinez-Gonzalez MA et al. Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics*. Σελ. 315–320
48. McMullin, R. (2000). *The New Handbook of Cognitive Therapy Techniques*. New York: W.W. Norton and Company. Σελ. 245-255.
49. Morris A, Katzman D. (2003). The impact of the media on eating disorders in children and adolescents. *Paed Child Health*. Σελ. 287–289
50. Neumark-Sztainer, D., et al. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*. 26 (1). Σελ. 123- 131.
51. Neumark-Sztainer D. (2005). "I'm, Like, SO Fat!": Helping Your Teen Make Healthy Choices about Eating and Exercise in a Weight-Obsessed World. Guilford Press.
52. Nilsson K. et al. (2007). Causes of Adolescent Onset Anorexia Nervosa: Patient Perspectives. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*. Volume 15, Issue 2.
53. Obesity and overweight. (Μάρτιος 2011). Fact sheets (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) (N°311).
54. Palmer Bob. (2000). *Helping people with eating disorders a clinical guide to assessment and treatment*. Saxon press, England.
55. Pike Km et al. (2001). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. Σελ. 253-302
56. Posovac H. Et al. (2001). Reducing the impact of the media images on women at risk for body image disturbance: Three targeted interventions. *J Social Clin Psychol*. Σελ. 24– 340
57. Ricciardelli L.A., McCabe M.P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance. *Clinical Psychology Review*. Σελ. 325-344
58. Terence Wilson G. et al. (2010). Psychological Treatments of Binge Eating Disorder. *General Psychiatry*. Vol. 67, no. 1.
59. Thomson K. (2001). *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. American Psychological Association
60. Safer D. et al. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry*. Σελ. 632-634
61. Waller G., Sheffield A. (2008). Causes of bulimic disorders. *Psychiatry*. Volume 7, Issue 4. Σελ. 152–155

62. Waller G. et al. (2011). Eating disorders and family interaction. *British Journal of Clinical Psychology*. Volume 28. Issue 3. Σελ. 285–286
63. Wardle, J., & Watters, R. (2004). Sociocultural influences on attitudes to weight and eating: Results of a natural experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 35 (4). Σελ. 589- 596.
64. Weaver, C. M. (2000). The growing years and prevention of osteoporosis in later life. *Proceedings of the Nutrition Society*, 59: Σελ. 303-306.
65. Stacy Nix. (2005). *Williams' basic nutrition & diet therapy*, Elsevier Health Sciences.
66. Walsh T. et al. (2004). Treatment of Bulimia Nervosa in a Primary Care Setting. *Am J Psychiatry*. 161:Σελ. 556-561
67. Westen D, Harnden-Fischer J. (2001). Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *Am J Psychiatry*. 158(4). Σελ. 547- 562
68. Woerwag- Mehta S., Treasure J. (2008). Causes of anorexia nervosa. *Psychiatry*. Volume 7, Issue 4. Σελ. 147–151
69. Wonderlic S et al. (2007). Eating disorder diagnoses: Empirical approaches to classification. *American Psychologist*. Vol 62(3). Σελ. 167- 180
70. Zandian M. et al. (2007). Cause and treatment of anorexia nervosa. *Physiology & Behavior*. Volume 92, Issues 1–2. Σελ. 283–290