



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ Δ.ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ :

Η ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
Κ. Γεωργουση Παρασκευή
Καθηγήτρια Εφαρμογών

Επιμέλεια
Κουκουράβα Βασιλική
Σπουδάστρια

ΠΑΤΡΑ 2014

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο:	
1.1 Γενικά στοιχεία περί διατροφής	7
1.1.1 Ορισμός	8
1.1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά	8
1.1.3 Ανάγκες διατροφής ανά ηλικιακή ομάδα	9
1.1.4 Διαμόρφωση διατροφικών συνηθειών	10
1.1.5 Διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα στις Διαταραχές πρόληψης τροφών	12
1.1.6 Εθνικότητα- Θρησκεία- Διατροφική συμπεριφορά	14
1.1.7 Διαταραχές πρόσληψης τροφών	16
1.1.8 Αίτια Διατροφικών διαταραχών	17
1.1.9 Παράγοντες κινδύνου στην εμφάνιση των Διαταραχών πρόσληψης τροφής	18
1.1.10 Θεραπευτική Αντιμετώπιση	19
1.1.11 Νευρική Ανορεξία και Νευρική Βουλιμία	20
1.1.12 Διαφορές μεταξύ Νευρικής Ανορεξίας και Βουλιμίας	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΒΟΥΛΙΜΙΑ	
2.1 Ορισμός- Ετυμολογία	23
2.2 Ιστορική Αναδρομή	23
2.2.1 Τύποι Βουλιμίας	26
2.2.2 Κλινική Εικόνα και Διαγνωστικά Κριτήρια	27
2.2.3 Αιτιολογία της Βουλιμίας	28
2.3 Προδιαθεσικοί Παράγοντες	31
2.3.1 Κοινωνικοπολιτισμικοί Παράγοντες	32
2.3.2 Φύλο	34
2.3.3 Κοινωνική τάξη	34

2.3.4. Ηλικία	35
2.4 Θηλυκότητα και Βουλιμία	35
2.5 Επιδημιολογικά στοιχεία και συχνότητα στη βουλιμία	37
2.6 Επιπτώσεις της βουλιμίας στην υγεία, στη γονιμότητα και στην εγκυμοσύνη.	40
2.7 Θεραπευτική αντιμετώπιση της βουλιμίας	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΒΟΥΛΙΜΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

3.1 Παρουσίαση βουλιμικού επεισοδίου	44
3.1.1 Συχνότητα και Διάρκεια	44
3.2 Διατροφή στο βουλιμικό επεισόδιο	45
3.2.1 Ο μύθος της << Λαχτάρας για Υδατάνθρακες >>	46
3.3 Το μέγεθος και το κόστος των Επεισοδίων Βουλιμίας	47
3.4 Ταξινόμηση επεισοδίων βουλιμίας	48
3.4.1 Έναρξη και Λήξη Επεισοδίων Βουλιμίας	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Η ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

4.1 Διατροφικές μεταβολές στην εφηβεία	52
4.2 Αίτια βουλιμίας εφήβου	53
4.2.1 Το αίσθημα του υπερβολικού βάρους	53
4.2.2 Παραβίαση του διαιτητικού κανόνα	54
4.2.3 Έλλειψη οργάνωσης του χρόνου	54
4.2.4 Προεμμηνορυσιακή υπερένταση	55
4.3 Επιδημιολογικά στοιχεία βουλιμίας στην εφηβεία	55

4.4 Κλινική εικόνα βουλιμίας στην εφηβεία	56
4.5 Ψυχολογικές διαταραχές στους εφήβους με βουλιμία	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΕΦΗΒΟΥ ΜΕ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

5.1 Πρόκληση εμετού	59
5.1.1 Φθορά των δοντιών	59
5.1.2 Διόγκωση των σιελογόνων αδένων	59
5.1.3 Επιπτώσεις στο φάρυγγα	60
5.1.4 Επιπτώσεις στον οισοφάγο	60
5.1.5 Επιπτώσεις στα χέρια	61
5.1.6 Ηλεκτρολυτικές Διαταραχές	61
5.1.7 Κατακράτηση καθαρκτικών	62
5.1.8 Κατάχρηση διουρητικών	63
5.2 Θεραπευτική αντιμετώπιση της βουλιμίας στους εφήβους	64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ ΜΕ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

6.1 Επικοινωνία- Εκτίμηση αναγκών του εφήβου	66
6.2 Πρόληψη του φαινομένου της βουλιμίας στους εφήβους	69
6.3 Νοσηλευτική παρέμβαση- Ψυχολογική υποστήριξη	70
6.3.1 Εκπαίδευση εφήβου	74
6.3.2 Αύξηση της αυτοπεποίθησης και των ικανοτήτων αντιμετώπισης προβλημάτων	75

6.4 Καθιέρωση προγράμματος διατροφής	75
6.5 Έλεγχος της προόδου και της συμπεριφοράς	76
6.6 Αρχές μιας θρεπτικής διαίτας	77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο:Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα εφήβου με Ψυχογενή Βουλιμία εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας	78
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	93
-------------------------	----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ – SUMMARY	95
--------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	97
--------------	----

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στη συγκεκριμένη εργασία θα επικεντρωθώ στη μελέτη της βουλιμίας, η οποία αποτελεί ένα φαινόμενο ελάχιστα ερευνημένο, σε σχέση με τις άλλες διατροφικές διαταραχές πρόσληξης τροφής, αλλά εξίσου σημαντικό- αν όχι σημαντικότερο- προς εξερεύνηση, καθώς τα συμπτώματά του είναι πολύ πιο δύσκολο να εντοπιστούν από αυτά της ανορεξίας και κατά συνέπεια και να αντιμετωπιστούν. Η βουλιμία, είναι ένα φαινόμενο που υπάρχει και στην ελληνική κοινωνία και ενώ αποτελεί ένα φαινόμενο γρήγορα εξελισσόμενο, δεν έχει δοθεί η αντίστοιχη προσοχή για τη διερεύνηση του. Για το λόγο αυτό θα διερευνηθεί το φαινόμενο αυτό της βουλιμίας και ιδιαίτερα στην πιο ευαίσθητη ηλικία, την εφηβεία.

Οφείλω ευχαριστίες στην εισηγήτρια μου την κ. Γεωργούση Παρασκευή για τις πολύτιμες διορθώσεις και την ενθάρρυνση της στη διάρκεια της εργασίας μου .

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη εποχή, παρατηρούμε ότι παρά το γεγονός ότι τα αποθέματα σε φαγητό είναι άφθονα στις δυτικές κοινωνίες, μια σημαντική μερίδα του πληθυσμού καταφεύγει σε δίαιτα με στόχο την απώλεια βάρους και έτσι προσπαθεί να αποφύγει το φαγητό που της προσφέρεται άφθονο σήμερα. Επίσης παρατηρούμε πως όσο το μέσο όρο βάρους αυξάνει για το γενικό πληθυσμό, ως αποτέλεσμα της κοινωνίας της, η ιδανική εικόνα σώματος, έτσι όπως προβάλλεται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και τις βιομηχανίες διασκέδασης καθώς και από τους διαφημιστικούς και τους βιομηχανικούς οργανισμούς δίνει έμφαση στο αδύνατο, στο ισχνό και λιποβαρές σώμα. Επίσης, από τη συγκεκριμένη μελέτη φαίνεται καθαρά ότι τα περισσότερα άτομα, από όσα καταφεύγουν σε δίαιτα ή υποφέρουν από κάποια διατροφική διαταραχή, είναι γυναίκες.

Σε κοινωνικό επομένως επίπεδο βλέπουμε πως η γυναίκα δέχεται πίεση για να διατηρεί την εμφάνιση της σε ένα φυσιολογικό βάρος, διαφορετικά γίνεται πιθανά στόχος κριτικής, επειδή δεν ανταποκρίνεται στα κοινωνικά ζητούμενα. Στην διάρκεια της εφηβείας ιδιαίτερα, όπου το άτομο προσπαθεί να αποκτήσει μια ταυτότητα είναι πολύ πιθανό τα κορίτσια να ταυτιστούν με τα

προβαλλόμενα από τα Μέσα μαζικής ενημέρωσης πρότυπα και να προσπαθήσουν να τους μοιάσουν.

Βλέπουμε λοιπόν, πως η κοινωνική τάξη που ασκείται από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, οδηγεί πολλά νεαρά άτομα και κυρίως γυναίκες σε κάποια ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματός τους. Ωστόσο, ορισμένα από αυτά, επειδή ενδεχομένως είναι πιο ασταθή και αποδιοργανωμένα εσωτερικά, και πιο επιρρεπή στην κοινωνική πίεση που τους ασκείται, καταφεύγουν πολλές φορές σε ακραία μέσα, προκειμένου να ελέγξουν το βάρος τους. Έτσι είναι πιθανό να εμφανίσουν κάποια στιγμή διαταραχή στην πρόσληψη τροφής. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι : η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία και η ανεξέλεκτη διαταραχή της υπερφαγίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΔΙΑΤΡΟΦΗ

1.1 Γενικά περί διατροφής

Η τροφή είναι προϋπόθεση για τη ζωή και πρέπει να παρέχει ενέργεια, αλλά και οργανικές και ανόργανες ουσίες για το σχηματισμό των συστατικών του σώματος και τη διατήρηση των λειτουργιών του. Η φυσιολογική ρύθμιση της πρόσληψης τροφής γίνεται με το αίσθημα της πείνας και του κορεσμού, που ρυθμίζονται κυρίως από τα υποθαλαμικά κέντρα. Ωστόσο, η εικόνα σώματος φαίνεται πως έχει αλλάξει πολύ τα τελευταία χρόνια και συντελεί σημαντικά στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. (Χασαπίδου – Φαχανίδου 2012, Μαγκλάρα- Κατσιλάμπρου και συν 2004)

Διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά είναι μία συνεχώς διαταραγμένη διατροφή ή διατροφική συμπεριφορά που επηρεάζει αρνητικά την υγεία ή τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού ή και τα δύο, και η οποία δεν είναι δευτερογενές αίτιο κάποιας άλλης αρρώστιας ή ψυχιατρικής διαταραχής.

Οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται σαν σημάδια συναισθηματικής ή ψυχολογικής ανισορροπίας, όπου η κατανάλωση τροφής και η αποχή από αυτήν

συνοδεύονται με ανακούφιση ή ενοχές. Οποιοσδήποτε μπορεί να εμφανίσει διατροφικές διαταραχές, αλλά πιο επιρρεπείς είναι οι νεαρές γυναίκες 15-25 ετών. Τραυματικά γεγονότα ενισχύουν την εμφάνιση ανορεξίας ή βουλιμίας. Ακόμη πιο επιρρεπή είναι τα άτομα της ανώτερης και μέσης κοινωνικής τάξης, από αναπτυγμένες κοινωνικά χώρες. (Κουρκούτας 2001, Κονγκερ Τζων 2011)

Οι διατροφικές διαταραχές οφείλονται σε γενετική προδιάθεση, βιολογικούς παράγοντες, αυξημένες κοινωνικές ή επαγγελματικές απαιτήσεις. Όμως, πρόσφατες έρευνες σε μετανάστες έδειξαν ότι η κοινωνία έχει μεγαλύτερη επίδραση στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών από ότι η γενετική προδιάθεση. (Χασαπίδου – Φαχανίδου 2012)

1.1.1 Ορισμός

Διατροφή είναι η επιστήμη της τροφής που σχετίζεται με την υγεία. Ο σύγχρονος κλάδος της επιστήμης της διατροφής αναπτύχθηκε από ενδιαφέρον για τη μελέτη των κλινικών νόσων που προκαλούνται από μια συγκεκριμένη διατροφική ανεπάρκεια, όπως π.χ. το σκορβούτο (προκαλείται από έλλειψη βιταμίνης C), για να επικεντρωθεί τελικά σε πιο σύνθετες καταστάσεις, όπως οι καρδιοπάθειες, ο διαβήτης και η οστεοπόρωση. Σήμερα, το ενδιαφέρον για τη διατροφή βασίζεται σε έναν νέο ορισμό της υγείας ως «πρόληψη της ασθένειας», στον οποίο η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο. (Κατσιλάμπρος 2004 , Townsend 2006)

1.1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά

Η διατροφική συμπεριφορά που κάθε άνθρωπος εκδηλώνει, καθορίζεται από πολλούς και διαφορετικούς μεταξύ τους παράγοντες. Άλλοι από αυτούς είναι σταθεροί και μη τροποποιήσιμοι όπως π.χ. οι γενετικοί, ενώ άλλοι μπορούν να μεταβληθούν, όπως συμβαίνει με τους περιβαλλοντικούς. Το ενδιαφέρον όμως είναι ότι αρκετοί από αυτούς να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους κατά τη διαμόρφωση της διατροφικής συμπεριφοράς. Σημαντικοί και περισσότερο μελετημένοι παράγοντες, που φαίνεται να επηρεάζουν την πρόσληψη αλλά και τις επιλογές τροφής στις σύγχρονες κοινωνίες είναι: γενετικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί και ψυχολογικοί, το φυσικό περιβάλλον και οι μεταβολές αυτού, καθώς και η κατάσταση υγείας του ατόμου. (Blos 2007)

1.1.3 Ανάγκες διατροφής ανά ηλικιακή ομάδα

Οι διατροφικές ανάγκες και συνήθειες διαφέρουν από ηλικία σε ηλικία

- **Παιδιά:** Τα παιδιά στην προσχολική και την σχολική περίοδο αρχίζουν να αποκτούν προσωπική γνώμη σχετικά με το φαγητό τους. Δεν τρώνε πάντα αυτό που υπάρχει στο τραπέζι. Αξιολογούν το χρώμα, την υφή, τη γεύση και την οσμή των τροφίμων, οι συνήθειες και οι προτιμήσεις τους επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες όπως η οικογένεια, οι φίλοι, οι διαφημίσεις από τη τηλεόραση και τα περιοδικά, και οι προσωπικές τους εμπειρίες. Όσο αναφορά τα παιδιά της σχολικής ηλικίας, σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα της διατροφής τους είναι τα τρόφιμα που αγοράζουν από τα κυλικεία των σχολείων.

Έτσι τα μικρά παιδιά:

1. χρειάζονται μικρότερα ποσά άλλων τροφίμων και παραπάνω γάλα
2. πρέπει να παίρνουν στα ενδιάμεσα γεύματα γάλα και φρούτα
3. πρέπει από μικρά να υιοθετήσουν σωστές διατροφικές συνήθειες

Έφηβοι: Στην εφηβική ηλικία ο ρυθμός με τον οποίο αναπτύσσεται ο ανθρώπινος οργανισμός είναι πολύ έντονος και ταχύς. Σχετικά με την διατροφή του, βρίσκεται πια στη φάση της ζωής του όπου προσπαθεί ο ίδιος να αποφασίσει το τι θα φάει και τι δεν θα φάει. Δυο από τους παράγοντες που επηρεάζουν τις επιλογές των εφήβων σχετικά με τη διατροφή τους είναι η διαφήμιση και τα σωματικά πρότυπα. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι οι

έφηβοι καταναλώνουν με μεγάλη συχνότητα και σε σημαντικές ποσότητες πρόχειρα τρόφιμα

Έτσι οι έφηβοι

1. έχουν μεγάλες ενεργειακές ανάγκες στα χρόνια της σωματικής αύξησης
2. έχουν μεγαλύτερες ανάγκες για σίδηρο και ασβέστιο
3. μία λογική διατροφή με παράλληλη σωματική άσκηση βοηθά στον έλεγχο του βάρους

- Οι νέοι ενήλικες

1. χρειάζονται μία ισορροπημένη διατροφή

εαν κάνουν καθιστική ζωή, θα πρέπει να κάνουν τον έλεγχο του βάρους τους τώρα παρά αργότερα

2. Οι γυναίκες χρειάζονται περισσότερο σίδηρο. Οι εγκυμονούσες και οι θηλάζουσες μητέρες χρειάζονται παραπάνω πρωτεΐνη, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.

- Οι ηλικιωμένοι

1. μπορούν να παραμείνουν υγιείς ακολουθώντας σωστή διατροφή
2. πρέπει να περιορίσουν τις θερμίδες και να παίρνουν μικρότερα και θρεπτικά γεύματα (Townsend 2006, Χασαπίδου – Φαχανίδου 2012)

1.1.4 Διαμόρφωση διατροφικών συνηθειών

Η παιδική ηλικία αποτελεί την κρισιμότερη περίοδο για την διαμόρφωση και υιοθέτηση ορθών διατροφικών συνηθειών. Ο κύριος λόγος είναι ότι σε αυτήν την περίοδο οι διατροφικές συνήθειες που υιοθετούνται εγκαθίστανται για όλη τη διάρκεια της ζωής του παιδιού. Η ηλικία αυτή αποτελεί σημαντικό στάδιο τόσο για την σωματική, όσο και για την πνευματική ανάπτυξη ενός παιδιού.

Οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τις διατροφικές συνήθειες όπως δείχνουν επιστημονικές μελέτες αποδεικνύουν ότι τα σημερινά παιδιά αναπτύσσουν λανθασμένες αντιλήψεις τόσο για την ποσότητα όσο και για την ποιότητα του φαγητού. Πρωταρχικό ρόλο στην διαμόρφωση των συνηθειών αυτών παίζει, φυσικά, η οικογένεια. Οι γονείς αποτελούν τα σημαντικότερα πρότυπα μιας και είναι υπεύθυνοι για τις επιλογές των τροφίμων που μπαίνουν στο σπίτι και σε μεγαλύτερο βαθμό οι μητέρες, αφού είναι αυτές που προετοιμάζουν το φαγητό και μεριμνούν για την διατροφή του παιδιού. Οι γονείς είναι όμως υπεύθυνοι και για τις «ανθυγιεινές επιλογές», γεγονός που μπορεί να συμβάλει στην υιοθέτηση λανθασμένων συνηθειών, σημαντικών για την υγεία του παιδιού, στην ενήλικη ζωή του. Επίσης, η ενθάρρυνση για κατανάλωση τροφής, όταν ένα παιδί είναι χαρούμενο ή λυπημένο, σημαίνει υιοθέτηση λανθασμένης αντίληψης για τη σχέση τροφής και συναισθήματος. Αυτό μπορεί να έχει σοβαρό αντίκτυπο στην μετέπειτα ζωή του παιδιού, αφού η παραμικρή συναισθηματική πίεση θα οδηγήσει στο φαγητό ως μέσο ανακούφισης και παρηγοριάς. Άλλο ένα θετικό παράδειγμα, είναι η υιοθέτηση της συνήθειας για κατανάλωση πρωινού γεύματος. Για να μπορέσει ένα παιδί να ανταποκριθεί στις πνευματικές αλλά και σωματικές δραστηριότητές της καθημερινότητάς του, είναι απαραίτητο να μάθει να καταναλώνει ένα ισορροπημένο πρωινό, που θα του προσφέρει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά. Εκτός φυσικά από την οικογένεια, ένα παιδί μπορεί να επηρεαστεί και από όλους όσους το φροντίζουν και πλαισιώνουν το συγγενικό και μη περιβάλλον του. Η προτροπή για λανθασμένες και μη διατροφικές επιλογές από τους φίλους κατά την παιδική ηλικία είναι σύνηθες παράδειγμα. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο εντάσσεται και η τάση για μιμητισμό που χαρακτηρίζει τα παιδιά, μιας και σε αυτήν την ηλικία δεν έχουν αναπτύξει πλήρως ακόμη την ατομική τους κρίση και προσωπικότητα. Η προτροπή για κατανάλωση μεγαλύτερων από τις κανονικές ποσότητες με την γνωστή σε όλους επιρροή του λεγόμενου «κατοχικού συνδρόμου» είναι ένας ακόμη παράγοντας που ωθεί σε λανθασμένες διατροφικές συνήθειες στην μετέπειτα ζωή. Είναι σε όλους γνώριμο το παράδειγμα του παιδιού που πιέζεται να καταναλώνει μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού με την δικαιολογία «είναι στην ανάπτυξη, το χρειάζεται». Μεγαλύτερες ποσότητες, ισοδυναμούν με άμεση πρόσληψη βάρους. Τα παιδιά με υπερβάλλον σωματικό βάρος σε αυτή την ηλικία έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν ενήλικες με υπερβάλλον σωματικό βάρος και αυξημένο ρίσκο για πληθώρα παθήσεων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία. Επιπλέον, η τηλεόραση και οι διαφημίσεις αποτελούν

σημαντικό παράγοντα. Όσα παιδιά γευματίζουν παρακολουθώντας τηλεόραση, φαίνεται να είναι περισσότερο ευάλωτα στα διαφημιστικά μηνύματα, γεγονός που τα επηρεάζει αρνητικά στις διατροφικές τους επιλογές με ιδιαίτερα αυξημένη ροπή στην υψηλή κατανάλωση κόκκινου κρέατος και λιπαρών τροφών, χαμηλή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ψαριού και υψηλή κατανάλωση ανθυγιεινών τροφίμων π.χ. πατατάκια, γαριδάκια, αναψυκτικά, κρουασάν κ.α. Είναι προτιμότερο λοιπόν τουλάχιστον ένα κύριο γεύμα να πραγματοποιείται στο σπίτι με όλη την οικογένεια παρούσα, χωρίς εντάσεις, σε ήρεμο περιβάλλον και χωρίς τηλεόραση. Ακόμη, τα προσφερόμενα από τα κυλικεία των σχολείων προϊόντα και οι δραστηριότητες των παιδιών είναι ιδιαίτερα σημαντικοί παράγοντες για την διαμόρφωση υγιεινών συμπεριφορών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής των παιδιών. Η ύπαρξη υγιεινών επιλογών στα σχολικά κυλικεία, οι ποικίλες δραστηριότητες και η συμμετοχή σε αθλήματα θα επηρεάσουν θετικά τις διατροφικές επιλογές των παιδιών. Όταν ένα παιδί συμμετέχει σε αθλητικές δραστηριότητες από μικρή ηλικία, είναι πιο πιθανό να υιοθετήσει υγιεινές διατροφικές συνήθειες που θα το ακολουθούν και αργότερα ως ενήλικα. Τέλος, ο οικονομικός παράγοντας είναι εξίσου σπουδαίος, ειδικά στην εποχή που διανύουμε. Είναι σύνηθες φαινόμενο τα περισσότερα ανθυγιεινά τρόφιμα να είναι σε πιο προσιτές τιμές, γεγονός που συντελεί σε λανθασμένη επιλογή ευκολότερα. Συμπερασματικά, η ισορροπημένη διατροφή στο σχολείο, αλλά κυρίως στο σπίτι, όσο και η ενημέρωση των παιδιών, των γονέων και των εκπαιδευτικών, είναι αναγκαία. Η σωστή διατροφική επιμόρφωση όλων όσων βρίσκονται στο άμεσο αλλά και έμμεσο κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού, είναι ο κύριος παράγοντας για τη διαμόρφωση ορθών και υγιεινών διατροφικών συνηθειών. . (Feldman 2011)

1.1.5 Διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα στις Διαταραχές πρόσληψης τροφών

Οι Διαταραχές πρόσληψης τροφών εμφανίζονται συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άντρες σε αναλογία 10:1. Οι άντρες αποτελούν το 5-10% των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία και το 10-15 % των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία στην κοινότητα. Σύμφωνα με τους Lucas και συν. (1999) η επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας στους άνδρες υπολογίζεται στις 0.5 περιπτώσεις ανά

100.000 άτομα του πληθυσμού ανά έτος, ενώ η επίπτωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας υπολογίζεται στις 0.8 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα του πληθυσμού ανά έτος . Σύμφωνα με έρευνα των Braun, Syneday, Huang, και Halmi (1999) σε δείγμα 51 αντρών και 693 γυναικών, οι άντρες παρουσίαζαν μέσο όρο έναρξης των ΔΠΤ στα 20 έτη και οι γυναίκες στα 17 έτη. Η μεταγενέστερη ηλικιακή έναρξη των ΔΠΤ στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, έχει διαπιστωθεί και σε άλλες έρευνες και έχει αποδοθεί στον ρόλο της προεφηβικής περιόδου, η οποία αποτελεί έναν από τους σοβαρότερους παράγοντες κινδύνου στην εμφάνιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας και ξεκινά ενάμισι με δύο χρόνια αργότερα στα αγόρια από ότι στα κορίτσια.

Επίσης οι έρευνες φανερώνουν ότι το ποσοστό των αντρών που εμφανίζονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για να αναζητήσουν βοήθεια για τα διατροφικά τους προβλήματα είναι μικρότερο από το ποσοστό που εμφανίζει συμπτώματα ΔΠΤ στην κοινότητα. Είναι πιθανόν αυτό να οφείλεται στην ανεπαρκή γνώση των ανδρών για τις ΔΠΤ. Οι Murray, Toyz, και Beaumont (1990) συμπέραναν ότι μόνο το 16% των ανδρών σε σχέση με το 70% των γυναικών είχαν ακούσει για τη Ψυχογενή Βουλιμία. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια οι επισκέψεις των αντρών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για τις ΔΠΤ έχει αυξηθεί. Η ολοένα 21 μεγαλύτερη και ευρύτερη πληροφόρηση για τις ΔΠΤ τόσο στο κοινό όσο και στους ίδιους τους θεραπευτές φαίνεται ότι έχει συμβάλει στην αύξηση αυτή .

Ενδιαφέρον αποτελεί το εύρημα ότι η ΔΚΕΥ (Διαταραχή Κρίσεων Επεισοδιακής Υπερφαγίας) εμφανίζεται μόνο 1.5 φορά συχνότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες ενώ στην κοινότητα, η ΔΚΕΥ εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα ανάμεσα στα δύο φύλα. Στην έρευνα της Hay (1998), τα συστηματικά επεισόδια υπερφαγίας ήταν το ίδιο συχνά στις γυναίκες (3.4%) όσο και στους άνδρες (3%) και παράλληλα σχετίζονταν με μεγαλύτερο σωματικό βάρος και στα δύο φύλα. Σε μία από τις μεγαλύτερες επιδημιολογικές έρευνες που έχει συμπεριλάβει ανδρικό πληθυσμό , η Ψυχογενής Βουλιμία παρουσίασε δέκα φορές μεγαλύτερη επικράτηση στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, αλλά ο αριθμός των ανδρών με υποουδικές ΔΠΤ ήταν ιδιαίτερα υψηλός. Οι άνδρες ήταν λιγότερο πιθανόν να χρησιμοποιήσουν αντισταθμιστικές μεθόδους ελέγχου του βάρους τους, όπως η πρόκληση εμετού ή η χρήση καθαρτικών, σε σχέση με τις γυναίκες. Το εύρημα αυτό είναι συναφές με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που αναφέρουν ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη ευπάθεια στην εκδήλωση σοβαρών μορφών ΔΠΤ, ενώ οι άνδρες είναι περισσότερο ευάλωτοι στην εμφάνιση υποουδικών ΔΠΤ . (Flament– Jeament 2000)

Οι γυναίκες όσο και οι άνδρες με ΔΚΕΥ, βιώνουν τα ίδια επίπεδα συναισθήματος ντροπής, αν και η ντροπή στους άνδρες συνδέεται με τη δυσαρέσκεια με το σώμα τους, ενώ στις γυναίκες συνδέεται με την ενασχόληση με το βάρος τους. Προηγούμενες έρευνες φανερώνουν τον ιδιαίτερο ρόλο του συναισθήματος της ντροπής στην παθολογική λήψη τροφής. (Brownell 2005, Γεωργιτισοπούλου – Παπατάτσιου 2012)

Οι περισσότερες κλινικές και επιδημιολογικές έρευνες εστιάζουν στις γυναίκες με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η συλλογή γνώσεων για τη φύση των ΔΠΤ στον ανδρικό πληθυσμό. Παράλληλα, στο DSM-IV περιγράφονται τα συμπτώματα της ανορεξίας και της βουλιμίας με βάση την κλινική εικόνα των γυναικών ασθενών. Για παράδειγμα, ενώ οι άνδρες με Ψυχογενή Ανορεξία κάνουν υπερβολική σωματική άσκηση, η συμπεριφορά αυτή έχει μελετηθεί λιγότερο σε σχέση με τα συμπτώματα που συνήθως παρουσιάζουν οι γυναίκες, όπως είναι η υπερβολική ενασχόληση με το βάρος τους και ο φόβος της πρόσληψης βάρους. (Καραγιανόπουλος 2011)

Σε πρόσφατη έρευνα των Lewinson και συν. (2002) σε δείγμα 1056 ατόμων στην κοινότητα, διερευνήθηκαν οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς τα συμπτώματα των ΔΠΤ. Οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερη συχνότητα βουλιμίας, κίνητρο για αδυνάτισμα, δυσαρέσκεια με το σώμα τους και χρήση αντιρροπιστικών μεθόδων ελέγχου του βάρους, καθώς και μικρότερη συχνότητα σωματικής άσκησης, σε σχέση με τους άνδρες. Άνδρες και γυναίκες εμφάνισαν παρόμοια συχνότητα στα επεισόδια υπερφαγίας αν και οι άνδρες ανέφεραν χαμηλότερη δυσφορία και ενόχληση σε σχέση με τα επεισόδια αυτά. Προκύπτει ότι η χαμηλή δυσφορία που νιώθουν οι άνδρες με τα επεισόδια υπερφαγίας τους καθιστά λιγότερο πιθανόν να διαγνωσθούν με ΔΚΕΥ, δεδομένου ότι η συμπεριφορά αυτή αποτελεί μία κεντρική προϋπόθεση για τη διάγνωση της διαταραχής.

Τέλος, οι γυναίκες ήταν πιθανότερο να αναζητήσουν θεραπεία σε σχέση με τους άνδρες, ενώ το εύρημα αυτό έχει επαληθευθεί και σε προηγούμενες έρευνες.

1.1.6 Εθνικότητα – Θρησκεία – Διατροφική συμπεριφορά

Αν και οι περισσότεροι άνθρωποι νομίζουν ότι καταναλώνουν ό,τι τους αρέσει,στην πραγματικότητα η επιλογή τροφίμων είναι το αποτέλεσμα της επίδρασης πολλών παραγόντων, εκτός από τους καθαρά βιολογικούς, και ψυχολογικούς, πολλοί κοινωνικο-οικονομικοί και κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν τη διαιτητική συμπεριφορά και τις ανάλογες συνήθειες των ανθρώπων.

Έχει παρατηρηθεί ότι η προτίμηση σε διάφορες γεύσεις και η επιλογή τροφίμων σχετίζεται μερικώς και με γενετικούς παράγοντες. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι τα ανθρώπινα γονίδια επηρεάζουν την προτίμηση στο γλυκό και την αποστροφή της πικρής γεύσης. Επίσης, σε μελέτες παρατηρήθηκε ότι υπάρχει στον άνθρωπο, από την γέννησή του, επιθυμία για αλάτι στην τροφή του.

Εκτός από τους γενετικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό την επιλογή τροφής, ο άνθρωπος βασικά επιλέγει μεταξύ των τροφίμων που μπορεί να βρεί στο περιβάλλον του. Η διαθεσιμότητα των τροφίμων εξαρτάται από παράγοντες που σχετίζονται με το κλίμα και τη γεωμορφολογία ενός τόπου, τη μεταφορά και την εμπορία των τροφίμων, τη βιομηχανία, την πολιτική, και την οικονομία του κράτους. Από όλα τα τρόφιμα τα οποία είναι διαθέσιμα, ο κάθε άνθρωπος επιλέγει ορισμένα για τοδαιτολόγιό του ανάλογα με την επίδραση διαφόρων οικονομικών, θρησκευτικών, πολιτισμικών και κοινωνικο-ψυχολογικών παραγόντων. Η προσωπική επιλογή επιδρά όταν το άτομο έχει ήδη αποδεχτεί ένα τρόφιμο ή φαγητό. (Χασαπίδου – Φαχανίδου 2012)

Κάθε άτομο και κάθε οικογένια αποτελούν μέλη μιας κοινότητας με συγκεκριμένα ήθη και έθιμα. Για παράδειγμα, οι Εσκιμώοι της Γροιλανδίας έχουν συνηθήσει να καταναλώνουν κρέας φώκιας και φάλαινας ενώ το ελληνικό παραδοσιακό δαιτολόγιο είναι πλούσιο σε όσπρια και ελαιόλαδο. Όμως, διαφορές δεν υπάρχουν μόνο μεταξύ των κατοίκων διαφορετικών χωρών, αλλά και μέσα στην ίδια χώρα. Για παράδειγμα, σε ορισμένα μέρη της Ηπειρωτικής Ελλάδας οι κάτοικοι καταναλώνουν συχνά παστουρμά, κάτι που δεν συνηθίζεται στους κατοίκους των νησιών.

Αντίστοιχα, η κάθε θρησκεία έχει τη δική της φιλοσοφία, και μέρος αυτής της φιλοσοφίας είναι και η διατροφή και η διαιτητική συμπεριφορά. Επομένως, η θρησκεία επηρεάζει και τα ήθη και τα έθιμα. Έτσι για παράδειγμα, οι Ινδουιστές δεν επιτρέπεται να διατρέφονται με βοδινό γιατί οι αγελάδες

θεωρούνται ιερά ζώα, ενώ οι Μουσουλμανική θρησκεία θεωρεί το χοιρινό βρώμικο κρέας και απαγορεύει την κατανάλωσή του. Στην Χριστιανική θρησκεία το κόκκινο κρασί συμβολίζει το αίμα του Χριστού, ενώ στην Μουσουλμανική θρησκεία η κατανάλωσή του απαγορεύεται. . (Davison - Neale 2004, Brownell 2005)

Η προαγωγή των διατροφικών κανόνων της Ορθόδοξης Χριστιανικής Εκκλησίας σε ευρύτερη βάση θα μπορούσε να αποτελέσει μια αποτελεσματική στρατηγική αγωγής υγείας στους Έλληνες που τα τελευταία χρόνια μαστίζονται από υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας και καρδιοαγγειακής νόσου. Από τα στοιχεία εκείνα που κάνουν εφικτό έναν τέτοιο σχεδιασμό είναι το γεγονός ότι οι Έλληνες είναι εξοικειωμένοι με τις συστάσεις της Ορθόδοξης νηστείας λόγω της θρησκευτικής τους παράδοσης. Με αυτόν τον τρόπο, τηρώντας έναν πιο υγιινό τρόπο διατροφής που ταυτίζεται με το μοναστικό διαιτολόγιο, θα μπορούσαμε ως λαός να δώσουμε περισσότερη έμφαση σε συνήθειες που προάγουν τόσο την πνευματική ανάταση όσο και σωματική υγεία και την ευεξία, κάτι τόσο σημαντικό για τη βελτίωση της λειτουργικότητάς μας μέσα στην κοινωνία. (Beardsworth – Keli 2008, Giddens 2007)

1.1.7 Διαταραχές πρόσληψης τροφών

Οι Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής έχουν συγκεντρώσει μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός κυρίως γυναικών αναφέρει έντονα προβλήματα στη συμπεριφορά τους σχετικά με το φαγητό. Δύο κλινικά σύνδρομα φαίνεται να προεξάρχουν στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή η Ψυχογενής Ανορεξία και η Ψυχογενής Βουλιμία. Αν και αυτές οι διαταραχές περιγράφονται σαν πρωτογενείς - δηλ. ότι δεν είναι το αποτέλεσμα κάποιας σωματικής νόσου - πρέπει να σημειώσουμε ότι πολλοί ασθενείς με ανορεξία ή βουλιμία μπορεί να έχουν και άλλες ψυχικές διαταραχές, ψυχώσεις, «νευρώσεις» και κυρίως διαταραχές προσωπικότητας. . (Davison - Neale 2004, Brownell 2005)

Γι' αυτό όταν κανείς συναντά άτομα που αναφέρουν προβλήματα σχετικά με την πρόσληψη τροφής, όπως επεισόδια υπερφαγίας και εμετό ή που η δίαιτα τους τα φθάνει σε απίσχνανση, θα πρέπει να ψάχνει προσεκτικά για υποκείμενες άλλες διαταραχές πριν αποφασίσει ότι η διαταραχή στην πρόσληψη τροφής είναι ένα μεμονωμένο πρόβλημα. Σημειώνουμε, ότι η παχυσαρκία δεν ανήκει

στις Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής και δεν αποτελεί γενικά ψυχική διαταραχή, εκτός αν ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της, οπότε τότε διαγνωστικά συνδέεται με Ψυχολογικούς Παράγοντες που Επηρεάζουν (Γενική) Ιατρική Κατάσταση.

1.1.8 Αίτια Διατροφικών Διαταραχών

Πολυάριθμοι εμφανίζονται οι παράγοντες που οδηγούν τον άνθρωπο στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Αρχικά, το κοινωνικό πλαίσιο υποστηρίζει πως το λεπτό σώμα ταυτίζεται με το σεξουαλικά επιθυμητό σώμα και ταυτόχρονα συνδέεται με τις έννοιες της νεότητας, της υγείας και της κομψότητας. Το προσωπικό πλαίσιο, (για παράδειγμα η εφηβεία, η ενηλικίωση και η μετάβαση στην ωριμότητα 19 σχετίζονται με βαθιές αλλαγές στο σώμα, στον κοινωνικό ρόλο και στην αίσθηση του εαυτού της γυναίκας), ωθεί τη γυναίκα στο να ασχολείται ιδιαίτερα με το σώμα της. . (Bullock – Markwell 2008, Bendish 2009)

Επίσης, το πρότυπο της διατροφής και η σχέση με την τροφή, διαμορφώνονται ως αποτέλεσμα των οικογενειακών επιδράσεων η και των εμπειριών κατά την παιδική ηλικία, όπως η κακοποίηση ή διάφορες αντίξοες συνθήκες ζωής. (Andersen 2005)

Ψυχολογικοί παράγοντες όπως το άγχος, η κατάσταση διάθεσης, η τελειομανία, η συναισθηματική απορρύθμιση, ο προβληματισμός σχετικά με το βάρος και τη σωματική διάπλαση, η διαταραγμένη εικόνα σώματος και η αυτοεκτίμηση φαίνεται να εμπλέκονται στην πολυπαραγοντική αιτιολόγηση των διατροφικών διαταραχών. Ορισμένοι ψυχολογικοί παράγοντες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορούν να προδιαθέσουν τους ανθρώπους να διαμορφώσουν τις διατροφικές διαταραχές. Πολλοί άνθρωποι με διατροφικές διαταραχές υποφέρουν από χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα απελπισίας και έντονη δυσαρέσκεια με τον τρόπο που κοιτάζουν. (Κονταξάκης 2007).

Υπάρχουν και ειδικά χαρακτηριστικά που συνδέονται με κάθε μία από τις διαταραχές. Οι άνθρωποι με ανορεξία έχουν την τάση να είναι τελειομανείς, για παράδειγμα, ενώ τα άτομα με βουλιμία είναι συχνά παρορμητικά. Επίσης ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων μπορούν να επισπεύσουν τις διατροφικές διαταραχές

σε ευαίσθητα άτομα. Τα μέλη της οικογένειας ή των φίλων μπορεί να πειράζουν τους ανθρώπους επανειλημμένα για το σώμα τους. Τα άτομα μπορούν να συμμετέχουν στη γυμναστική ή άλλα αθλήματα που δίνουν έμφαση χαμηλό σωματικό βάρος ή μια συγκεκριμένη εικόνα του σώματος. Αρνητικά συναισθήματα ή τραύματα, όπως ο βιασμός, η κακοποίηση, ή ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου μπορεί επίσης να προκαλέσει διαταραχές. Ακόμη και ένα χαρούμενο γεγονός, όπως ο τοκετός, μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές λόγω του στρες των επιπτώσεων της εκδήλωσης για τον νέο ρόλο του ατόμου και την εικόνα του σώματος. Όταν οι άνθρωποι αρχίζουν να ασχολούνται με μη ομαλές διατροφικές συμπεριφορές, το πρόβλημα μπορεί να διαιωνίσει το ίδιο. (Sadock – Kaplan 2004, Δαρδάνος 2010)

1.1.9 Παράγοντες κινδύνου στην εμφάνιση των Διατροφικών πρόσληψης τροφών

Οι κύριοι παράγοντες ευπάθειας στην εμφάνιση των Διαταραχών πρόληψης τροφών είναι γενικοί και ατομικοί.

Γενικοί παράγοντες προδιάθεσης στην εμφάνιση των ΔΠΤ

Οι γενικοί παράγοντες αναφέρονται: (1) στο φύλο του ευάλωτου ατόμου, καθ' ότι οι σύγχρονες γυναίκες επιδέχονται μεγαλύτερες κοινωνικοπολιτισμικές πιέσεις να είναι αδύνατες, (2) στην εφηβεία, η οποία θεωρείται μία δύσκολη περίοδος για ένα ευάλωτο στις ΔΠΤ άτομο και, (3) στον ρόλο της Δυτικής κοινωνίας, η οποία αυξάνει σε ένα άτομο την πιθανότητα να εμφανίσει ΔΠΤ.

Ατομικοί παράγοντες προδιάθεσης στην εμφάνιση των ΔΠΤ

Οι ειδικοί-ατομικοί παράγοντες είναι: (1) οικογενειακοί, π.χ. η ύπαρξη στην οικογένεια ΔΠΤ, κατάθλιψη, κατάχρησης ουσιών, παχυσαρκίας, ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής ή ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας, (2) προνοσηρές εμπειρίες όπως είναι το αντίξοο περιβάλλον στο οποίο ένα παιδί μεγαλώνει, η σεξουαλική κακοποίηση, η διαίτα μέσα στην οικογένεια, η δυσαρέσκεια της μητέρας με το σώμα της και ο δείκτης μάζας σώματος των γονιών, το βίωμα αρνητικών και κριτικών σχολίων που

σχετίζονται με το φαγητό, το σχήμα και το βάρος του σώματος από μέλη της οικογένειας και η πίεση στο άτομο από τον περίγυρό του να είναι αδύνατο, (3) προνοσηρά χαρακτηριστικά του ατόμου όπως είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η τελειομανία (η οποία δρα ειδικότερα ως παράγοντας προδιάθεσης στην εμφάνιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας). . (Bullock – Markwell 2008, Bendish 2009)

Σύμφωνα με τους Fairburn και Harrison (2009), η πρόωμη έναρξη της εμμήνου ρύσεως, η παχυσαρκία στο παιδί ή στους γονείς, η κατάχρηση ουσιών και οι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα σε ένα άτομο να οδηγηθεί σε δίαιτα, συντελούν ειδικώς στην εμφάνιση της Ψυχογενούς Βουλιμίας. Στους παράγοντες αυτούς, οι Kendler, MacLean,

Neale, Kessler, Heath, και Eaves (1991) προσέθεσαν τη γέννηση του ατόμου μετά το 1960, ιστορικό με έντονες εναλλαγές του βάρους και υψηλά επίπεδα νευροτισμού. Οι παραπάνω παράγοντες συντελούν στην εμφάνιση των ΔΠΤ, τα κλινικά χαρακτηριστικά των οποίων διακρίνονται από μία επίμονη και υπερβολική ενασχόληση των ασθενών με το βάρος και το σχήμα του σώματός τους. . (Bullock – Markwell 2008, Bendish 2009)

1.1.10 Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να υπερνικηθούν και είναι σημαντικό για το άτομο να αναζητήσει θεραπεία όσο το δυνατό συντομότερα, διότι μπορούν να έχουν σοβαρές σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις. Η έγκαιρη διάγνωση της νόσου βοηθάει στην καλύτερη εξέλιξη και θεραπεία του ατόμου. Αν οι διατροφικές διαταραχές αντιμετωπισθούν από νωρίς, αυτό θα βελτιώσει την έκβαση της ανάρρωσης. Η ανάρρωση μπορεί να πάρει μήνες ή χρόνια, αλλά η πλειοψηφία των ατόμων αναρρώνουν.

Η θεραπευτική αγωγή μπορεί να περιλαμβάνει:

Α)Ψυχολογικές θεραπείες που μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να αλλάξει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με το διαταραγμένο τρόπο διατροφής. Β)Διατροφική επιμόρφωση ώστε το άτομο να

επανεκπαιδευθεί στο να αποκτήσει υγιείς διατροφικές συνήθειες. Γ) Μπορεί να χρειασθεί νοσηλεία για τα άτομα που πάσχουν από σοβαρό υποσιτισμό λόγω της έλλειψης τροφής. Δ) Μπορεί να γίνει χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων για τη μείωση των αισθημάτων της κατάθλιψης και του άγχους. Ε) Η οικογένεια και οι φίλοι των ατόμων που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή συχνά μπορεί να αισθάνονται σύγχυση και ψυχική ένταση. ΣΤ) Η υποστήριξη καθώς και η επιμόρφωση και η καλύτερη κατανόηση των διατροφικών διαταραχών από τους οικείους του ασθενή, αποτελούν ένα σημαντικό μέρος της θεραπευτικής αγωγής. (Fairburn 2009, Townsend 2006, Σίμος 2009)

1.1.11 Νευρική Ανορεξία και Νευρική Βουλιμία

Ψυχογενής (Νευρογενής) Ανορεξία: Η Ψυχογενής ανορεξία είναι μια σοβαρή και επικίνδυνη για τη ζωή ασθένεια. Έχει από τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας (6%-20%) των ψυχικών νόσων που οφείλεται κυρίως στην αστία και στις ηλεκτρολυτικές διαταραχές που μπορούν να προκαλέσουν καρδιακή αρρυθμία. Κύριο χαρακτηριστικό της είναι η μείωση της προσλαμβανόμενης τροφής και η υπερβολική ενασχόληση του ατόμου με την τροφή τους, τη μέτρηση θερμίδων και το σωματικό τους βάρος. Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από σκόπιμη απώλεια βάρους, που συμβαίνει με τη θέληση του ασθενούς. Το άτομο αρνείται να διατηρήσει το σωματικό του βάρος στο κατώτερο ή πάνω από το κατώτερο όριο που αντιστοιχεί στην ηλικία και στο ύψος του. Συνήθως παρατηρείται υποθρεψία και διαταραχές της λειτουργίας του οργανισμού. Ο φόβος του πάχους και της καταστροφής της σιλουέτας προβάλλει. Στις γυναίκες, παρατηρείται αμηνόρροια και πιο συγκεκριμένα απουσία τουλάχιστον 3 διαδοχικών κύκλων. Στους άντρες παρατηρείται μείωση της σεξουαλικής τους επιθυμίας. Διακρίνουμε δυο τύπους Ψυχογενούς Ανορεξίας: Ο Περιοριστικός Τύπος χαρακτηρίζει τη διαταραχή όπου το άτομο επιτυγχάνει την απώλεια βάρους κυρίως με δίαιτα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση. Ο Τύπος Υπερφαγίας/Κάθαρσης χαρακτηρίζει τη διαταραχή όπου η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με προκλητά εμετό, καθαρτικά, διουρητικά ή

ενέματα ύστερα από υπερφαγία ή και τη λήψη μικρών ποσοτήτων τροφής ως μια έμμονη ιδέα. . (Bullock – Markwell 2008, Bendish 2009)

Ψυχογενής (Νευρογενής) Βουλιμία- Κύριο χαρακτηριστικό της ψυχογενή βουλιμίας είναι η κατανάλωση, σε σύντομο χρονικό διάστημα, μεγάλης ποσότητας φαγητού. Το άτομο, στη συνέχεια, βιώνει αισθήματα ενοχής και δυσφορίας και λαμβάνει μέτρα αντιστάθμισης (πχ: προκλητός έμετος- χρήση καθαρτικών και διουρητικών χαπιών ή και εντατική γυμναστική), που αποσκοπούν στην αποφυγή της αύξησης του βάρους. Ο χρόνος που μεσολαβεί συνήθως από την έναρξη του προβλήματος μέχρι την παρουσίαση στον ειδικό είναι 4-5 χρόνια. Συχνά, η κρυφή τάση για βουλιμία απομονώνει τα άτομα αυτά δημιουργώντας τους αισθήματα εκνευρισμού και άγχους τα οποία συμβάλουν στην πραγματοποίηση του επόμενου βουλιμικού επεισοδίου, εντείνοντας το αίσθημα ενοχής και ανικανότητας στο βουλιμικό άτομο και δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο ένα φαύλο κύκλο που οδηγεί στο επόμενο βουλιμικό επεισόδιο. Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από λήψη τροφής, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (πχ. μέσα σε 2 ώρες), σαφώς μεγαλύτερης από αυτή που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και υπό παρόμοιες συνθήκες. Παρατηρείται αίσθημα έλλειψης ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (δηλαδή, αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει). Παρατηρείται επανειλημμένη χρήση μεθόδων αντιστάθμισης, όπως αυτο-προκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων ή υπερβολική σωματική άσκηση. Παρατηρείται μυστικοπαθής συμπεριφορά και απομάκρυνση από τον περίγυρο. Συχνή 'εξαφάνιση' στην τουαλέτα μετά από τα γεύματα με σκοπό την αποβολή των προσληφθέντων τροφών. . (Davison - Neale 2004, Brownell 2005)

1.1.12 Διαφορές μεταξύ Νευρικής Ανορεξίας και Βουλιμίας

Χαρακτηριστικά	Anorexia nervosa	Βουλιμία
Ηλικία εμφάνισης (έτη)	12-μέσα των 30, δύο κορυφές της καμπύλης στα 13-14 και στα 17-18	17-25
Αντιμετώπιση θεραπείας	Άρνηση του ότι υπάρχει πρόβλημα	Συχνά υπερβολικά μυστικοπαθής γύρω από τις βουλιμικές συνήθειες, αλλά με θέληση να δεχτεί βοήθεια αφού παραδεχτεί το πρόβλημα
Βάρος σώματος	15% ή περισσότερο κάτω του φυσιολογικού ή του επιθυμητού βάρους σώματος	Μπορεί να βρίσκεται ακριβώς ή ελαφρώς χαμηλότερα από το επιθυμητό βάρος σώματος
Μεταβολικά	Αμηνόρροια, αδυναμία διατήρησης της θερμοκρασίας του σώματος σε περιόδους κρύου ή θερμού stress	Ανωμαλίες εμμηνορρυσιακού κύκλου, αμηνόρροια σε λιγότερο από 20%
Γαστρεντερικά	Μειωμένη γαστρική εκκένωση, δυσκοιλιότητα, αυξημένα ηπατικά ένζυμα	Παρωτιδική διόγκωση, διάβρωση αδαμαντίνης δοντιών, οισοφαγίτιδα, Mallory-Weiss δάκρυα
Καρδιαγγειακά	Βραδυκαρδία, υπόταση, δυσρυθμίες	Δηλητηρίαση με ιπεκακουάνα (ταχυκαρδία, καρδιακές αρρυθμίες)
Σκελετικά	Μείωση οστικής πυκνότητας (ανάλογη με το βαθμό του χαμηλού βάρους)	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΒΟΥΛΙΜΙΑ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ- ΕΤΥΜΟΛΟΓΙΑ

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 βόδι.

Ο όρος ψυχογενής ή νευρική ή νευρογενής βουλιμία (ΨΒ, ΝΒ, επιστ. ονομασία: bulimia nervosa) περιγράφει μια διαταραχή στην πρόσληψη τροφής. Η νευρογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από επεισοδιακή υπερφαγία η οποία ακολουθείται από την προσπάθεια απαλλαγής από τις περιττές θερμίδες συνήθως μέσω εμετού, καθαρτικών, διουρητικών και υπερβολικής άσκησης. Ο ασθενής φοβάται ότι δεν μπορεί να σταματήσει το φαγητό έχει πείσμα, είναι τελειομανής, μονομανής, στεναχωρημένος. Γνωρίζει το σύνδρομο του πολυφαγία/ κάθαρση, ότι είναι μια ανωμαλία αλλά φοβάται μήπως αυξηθεί το βάρος του. Οι γυναίκες έχουν εννέα φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν νευρική βουλιμία από τους άντρες, κυρίως από τα δέκα μέχρι τα τριάντα χρόνια τους. . (Bullock – Markwell 2008, Bendish 2009)

Ο ασθενής συνήθως καταναλώνει τροφές με μεγάλη περιεκτικότητα σε θερμίδες, όπως τηγανίτες, παγωτά, ζυμαρικά και άλλα ‘ απογερευμένα’ φαγητά. Το φαγητό μπορεί να διαρκέσει μερικές στιγμές μόνο ή να κρατήσει μερικές ώρες – μέχρι να μην υπάρχει πια χώρος για φαγητό. Αυτό συμβαίνει όταν το άτομο είναι μόνο του. Η βουλιμία μπορεί να ακολουθεί μια περίοδο μακράς δίαιτας και η υπερένταση συνήθως αυξάνει τη συχνότητα πολυφαγίας. (Τσάντης 2004, .Μαγκλάρα- Κατσιλάμπρου και συν 2000)

2.2 Ιστορική αναδρομή

Ο όρος νευρογενής βουλιμία εισήχθη το 1979 από τον Βρετανό ψυχίατρο Τζέραλντ Ράσελ για να περιγράψει μια παθολογική οντότητα διαφορετική από

τη ψυχογενή ανορεξία. Πρώιμες περιγραφές για τη βουλιμία υπάρχουν, όπως και για την ανορεξία, ήδη από το 18ο αιώνα, αλλά και από τις αρχές του 20ού αιώνα. Το ενδιαφέρον για τον αριθμό των ατόμων που υποφέρουν από βουλιμία ξεκίνησε με την εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας 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 <<βουλιμαρεξία>> ή το <<σύνδρομο βουλιμίας –κάθαρσης >> που παρουσίαζαν φοιτητρίες που έμεναν σε εστίες Αμερικανικών Πανεπιστημίων. (Μάνος 2008, Μεσσήνης 2009)

Η ιστορία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής ξεκινά μερικές χιλιάδες χρόνια πριν. Οι Αρχαίοι Ρωμαίοι ήταν διάσημοι για πολλά επιτεύγματα αλλά και για πολλές παρακμές, μια από τις οποίες ήταν και τα όργια. Όσοι συμμετείχαν σε όργια, έτρωγαν πολύ και στη συνέχεια έκαναν εμετό. Αυτό γινόταν σε ειδικό χώρο που λεγόταν vomitorium. Ίσως οι Ρωμαίοι να ήταν οι πρώτοι βουλιμικοί! Η Ψυχογενής ανορεξία και η Ψυχογενής Βουλιμία θεωρούνται νόσοι του δυτικού πολιτισμού. Σε αυτές τις κοινωνίες ο κινηματογράφος και η τηλεόραση διαμορφώνουν την άποψη του κόσμου για το τι είναι υγιές σώμα και υγιές βάρος. Εξαιτίας της επιρροής των μέσων ενημέρωσης στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης, οι διαταραχές αυτές θεωρήθηκε πως περιορίζονται σε αυτές τις περιοχές του κόσμου. Αυτό που παρατηρείται όμως σήμερα είναι πως παρουσιάζουν αύξηση σε χώρες της Ασίας (κυρίως στο Hong Kong και την Κίνα) καθώς και σε χώρες της Λατινικής Αμερικής. Πρόκειται λοιπόν για ένα πρόβλημα που συνεχώς μεγενθύνεται. Αν και η Ψυχογενής Βουλιμία υπάρχει εδώ και πολλά χρόνια, μόλις το 1979 ταυτοποιήθηκε ως κλινική οντότητα. Στην πραγματικότητα οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής δεν προσελκούσαν το ερευνητικό ενδιαφέρον μέχρι τη δεκαετία του 1960. Επίσης δεν υπήρχαν ως διαγνώσεις στο DSM-III, όπου κατατάσσονταν σαν υποκατηγορίες στις Διαταραχές που συνήθως εμφανίζονται πρώτα στην παιδική ηλικία ή την εφηβεία. (Γεωργιτισσοπούλου. – Παπατάτσιου 2012)

Τα αποτελέσματα διαφόρων μελετών μας οδηγούν στην διαπίστωση ότι η κοινωνική τάξη μπορεί να επηρεάσει τη διαιτητική συμπεριφορά ενός ατόμου, καθώς και τις επιλογές των τροφών του. Μια παρατήρηση/διαπίστωση που φαίνεται να έχει διαχρονική ισχύ, αφού υπάρχουν ιστορικά στοιχεία που επιβεβαιώνουν τη διαφοροποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς και κυρίως της επιλογής τροφής μεταξύ «πλουσίων» και «φτωχών». Πιο συγκεκριμένα, κατά την εποχή του Ομήρου, μαθαίνουμε πως τα γεύματα ήταν τρία. Το

«άριστον», το «δείπνον» και το «δόρπον», πρωινό, μεσημεριανό και βραδινό αντίστοιχα. Το τι θα περιλάμβανε το κάθε γεύμα, είχε άμεση σχέση με την κοινωνική τάξη όπου ανήκαν οι συνδαιτυμόνες. Το ψωμί και το κρασί έπαιζαν κυρίαρχο ρόλο στη διατροφή όλων, όπως και τα ψάρια. Για τους πλουσίους τα γεύματα ήταν αρχοντικά, με ποικιλία τροφίμων και σε μεγάλες ποσότητες. Ο απλός λαός περιοριζόταν σε προϊόντα από σιτάρι και κριθάρι, όπως χυλοί, κουρκούτια, ψωμί και άλλα. Σε όλες τις τάξεις χρησιμοποιούσαν στα γεύματα λαχανικά, τυριά και φρούτα της εποχής, αλλά και διαφορετικά τρόφιμα ανάλογα με τον τόπο διαμονής. Κι ενώ για εκείνα τα χρόνια οι άνθρωποι χαμηλότερου κοινωνικού- οικονομικού επιπέδου, φαίνεται ότι είχαν υιοθετήσει υγιεινότερες διατροφικές συνήθειες σε σχέση με τους ανθρώπους υψηλότερου κοινωνικού- οικονομικού επιπέδου, με το πέρασμα των αιώνων τα πράγματα διαφοροποιήθηκαν σημαντικά. Όπως λοιπόν μαρτυρούν τα σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα, οι άνθρωποι χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, με περιορισμένο οικογενειακό εισόδημα εκδηλώνουν την τάση να καταναλώνουν περισσότερα τρόφιμα υψηλής ενεργειακής πυκνότητας και χαμηλής θρεπτικής αξίας, καθώς και μικρότερες ποσότητες φρούτων και λαχανικών σε σχέση με τα άτομα υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής τάξης. Αυτή η συμπεριφορά προσδίδει στην διατροφή τους τα εξής χαρακτηριστικά:

- 1) Τους παρέχει περίσσεια ενέργειας και 2) Δεν τους καλύπτει σε θρεπτικά συστατικά. Αποτέλεσμα είναι ν' αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας σε αυτούς τους πληθυσμούς σε συσχέτιση με την ηλικία, το φύλο και την οικονομική κατάσταση, αυξάνοντας παράλληλα και την πιθανότητα να εμφανίσουν κάποια χρόνια πάθηση σε νεαρότερη ηλικία, συγκρινόμενοι με άτομα από ομάδες υψηλότερου κοινωνικού- οικονομικού επιπέδου. Βασιζόμενοι στα συμπεράσματα διαφόρων μελετών, παλιότερων αλλά και αρκετά πρόσφατων, μπορούμε ξεκάθαρα να πούμε ότι το σημαντικότερο ρόλο έχουν το κόστος, η προσβασιμότητα και η γνώση. Το να είναι μια διατροφή «φτωχή» σε θρεπτικά συστατικά και πλούσια σε πυκνά ενεργειακά τρόφιμα είναι αποτέλεσμα έλλειψης χρημάτων για την αγορά θρεπτικών τροφίμων, αφού αυτά είναι ακριβότερα (πχ φρούτα, λαχανικά). Η έλλειψη επίσης απαραίτητου μαγειρικού εξοπλισμού στο σπίτι προάγει / διευκολύνει την κατανάλωση εύκολων ή μεταφερόμενων γευμάτων στο σπίτι, υψηλής ενέργειας και χαμηλής θρεπτικής αξίας τις περισσότερες φορές. Τέλος, η μη επαρκής γνώση και οι πολλές και

αντικρουόμενες πληροφορίες για τη διατροφή και την υγεία δημιουργούν σύγχυση στην επιλογή του κατάλληλου τροφίμου. Σε συνδυασμό δε με την έλλειψη κινήτρου, μπορούν πολύ εύκολα να αποτρέψουν την δημιουργία ενός ισορροπημένου, υγιεινού γεύματος. Με τη βοήθεια κατάλληλου σχεδιασμού σε επίπεδο κοινωνικής πρόνοιας και αγωγής της υγείας, οι παραπάνω ανασταλτικοί παράγοντες θα μπορούσαν να προσπελαστούν σε σημαντικό βαθμό, διευκολύνοντας τις ασθενέστερα κοινωνικο-οικονομικά ομάδες να αλλάξουν διαιτητική συμπεριφορά και ν' ακολουθήσουν ένα φυσιολογικό τρόπο διατροφής με υγιεινές επιλογές, που θα προάγει την υγεία και θα διασφαλίζει την ευεξία. (Palmer 2006 ,Health and Addictions)

2.2.1 Τύποι βουλιμίας

Τύποι νευρογενούς βουλιμίας:

1. **Καθαρτικός τύπος.** Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.
2. **Μη καθαρτικός τύπος.** Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες απρόσφορες, αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως η νηστεία ή η υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών. (Davison - Neale 2004, Agras 2007.)

2.2.2 Κλινική Εικόνα και Διαγνωστικά Κριτήρια

α) Τα συμπτώματα και τα χαρακτηριστικά των ασθενων με βουλιμία

1. Επαναλαμβανόμενα και ανεξέλεγκτα επεισόδια υπερφαγίας.
2. Αντιρροπιστική προσπάθεια ανατροπής των αποτελεσμάτων της υπερφαγίας μέσω αυτοπροκαλούμενων εμέτων, περιοριστικής δίαιτας, εξαντλητικής γυμναστικής, χρήσης νόμιμων ή παράνομων κατασταλτικών της όρεξης, καθαρτικών ή διουρητικών φαρμάκων.
3. Διαταραχές εμμηνορρυσίας.
4. Ιστορικό μεγάλων διακυμάνσεων του σωματικού βάρους.
5. Αφυδάτωση, λέπτυνση και κακή υγεία του δέρματος.
6. Βλάβης της αδαμαντίνης των δοντιών και των δακτύλων (σημείο του Russell) λόγω των προκλητών εμέτων.
7. Ληθαργικότητα.
8. Συναίσθημα ενοχής και αυτομορφής, έλλειψης βοήθειας και μοναξιάς.
9. Παρορμητική συμπεριφορά με διαταραχή του ελέγχου των ενορμήσεων και μεταπτώσεις στη διάθεση.
10. Συμπεριφορές συγκάλυψης, απόκρυψης και εξαπάτησης (μυστικοπάθεια, ψευδολογία).
11. Χρόνιο άγχος, υπερένταση, κατάθλιψη.
12. Εκδραματίσεις (σεξουαλικές, αυτοτραυματισμοί, κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών, κλοπές) . . (Bullock – Markwell 2008, Bendish 2009)

β) Παθολογικά ευρήματα και σημεία

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

Σε αυτούς που χρησιμοποιούν καθαρτικά ή διουρητικά μπορεί να παρουσιαστούν σημεία σοβαρών, ίσως και μοιραίων, επιπλοκών, με σημαντικότερη τη διαταραχή της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας των υγρών του σώματος, που ως γνωστόν, επηρεάζει σοβαρά την καρδιακή και νεφρική λειτουργία (διαταραχή ισορροπίας ύδατος – ηλεκτρολυτών) και εκδηλώνεται

με κόπωση, πλήρη εξάντληση, ακόμα σε σοβαρές περιπτώσεις και κώμα ή θάνατο. (Bendish 2009, Σίμος 2009)

2.2.3 Αιτιολογία της Βουλιμίας

Η κύρια περιοχή του εγκεφάλου που εμπλέκεται στη ρύθμιση της όρεξης. Ο πλευρικός υποθάλαμος, όταν διεγείρεται, παράγει το αίσθημα της πείνας, η δε πρόκληση βλάβης στον υποθάλαμο μέσω χειρουργικής επέμβασης οδηγεί σε δραματική μείωση της πρόσληψης τροφής και σε απώλεια βάρους. Η ενεργοποίηση του πλαγιοκοιλιακού υποθαλάμου πυροδοτεί το αίσθημα της πληρότητας και μειώνει το αίσθημα του κορεσμού της πείνας : γι' αυτό το λόγο έχει ονομαστεί και κέντρο του κορεσμού.

Σύμφωνα με τη θεωρία του σταθερού σημείου βάρους, η πρόληψη τροφής και ο έλεγχος του βάρους είναι αποτέλεσμα της ισορροπίας μεταξύ των δυο περιοχών του υποθαλάμου και άλλων μεταβολικών διεργασιών, οι οποίες προσπαθούν να διατηρήσουν το σώμα σε ένα καθορισμένο βάρος. Η υπερβολική κατανάλωση τροφής προκαλεί ποικίλες μεταβολικές διεργασίες που οδηγούν στη καύση θερμίδων και μειώνουν το αίσθημα της πείνας. Η κατανάλωση πολύς λίγης τροφής οδηγεί σε μείωση του μεταβολικού ρυθμού και σε αύξηση του αισθήματος της πείνας. Σύμφωνα με τη θεωρία του σταθερού σημείου βάρους, όταν το άτομο προσπαθεί να ακολουθήσει μια δίαιτα και το βάρος του αρχίζει να μειώνεται, η δραστηριότητα του υποθαλάμου μειώνει τον μεταβολικό ρυθμό και αυξάνει την επιθυμία για πρόληψη τροφής. Αυτός ο συνδυασμός διεργασιών καθιστά δύσκολη την απώλεια βάρους. Μια επιτυχημένη δίαιτα περιλαμβάνει την αντιστάθμιση αυτών των διεργασιών, οι οποίες με την πάροδο του χρόνου μετριάζονται και επιτρέπουν την απώλεια βάρους. Ίσως εδώ να βρίσκεται μια από τις διαφορές μεταξύ των ανθρώπων με ανορεξία και εκείνων με βουλιμία. Τα άτομα με ανορεξία μαθαίνουν το αίσθημα της πείνας και συνεχίζουν να ελέγχουν τη δίαιτα τους ανεξάρτητα από τα συμπτώματα, αντισταθμίζοντας έτσι την επίδραση του ελέγχου του υποθαλάμου, γι' αυτό και συνεχίζουν να χάνουν βάρος. Τα άτομα με βουλιμία, από την άλλη, βρίσκονται σε μια συνεχή μάχη ενάντια σε αυτές τις διεργασίες: κάποιες φορές κερδίζουν, ενώ κάποιες άλλες χάνουν. Η δραστηριότητα στον υποθάλαμο ρυθμίζεται σε μεγάλο βαθμό από δυο νευροδιαβιβαστές, την ντοπαμίνη και τη σεροτονίνη, οι οποίες προκαλούν,

διατηρούν και στη συνέχεια αναστέλλουν την κατανάλωση τροφής. . (Bullock – Markwell 2008, Bendish 2009)

Ντοπαμίνη : Κατά τη διάρκεια ή εν αναμονή της κατανάλωσης τροφής, η ντοπαμινεργική δραστηριότητα αυξάνεται τόσο στον πλάγιο υποθάλαμο όσο και στο μεσομεταιχμιακό σύστημα – κύριο σύστημα ανταμοιβής. Με αυτό τον τρόπο τα πρώιμα στάδια κατανάλωσης τροφής ενεργοποιούνται αλλά και διατηρούνται από μια άμεση επίδραση στην αίσθηση της πείνας και στο αίσθημα της απόλαυσης. Καθώς η κατανάλωση τροφής συνεχίζεται, η ντοπαμινεργική δραστηριότητα αντικαθίσταται από τη σεροτονινεργική, που μειώνει την όρεξη και αναστέλλει την κατανάλωση τροφής. Οι άνθρωποι που είναι επιρρεπείς στην υπερφαγία μπορεί να παρουσιάσουν μείωση των επιπέδων απελευθέρωσης της ντοπαμίνης (ή να μην επηρεάζονται από την απελευθέρωση της ντοπαμίνης) όταν ξεκινούν να τρώνε. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε υπερφαγία καθώς προσπαθούν να επιτύχουν τα προηγούμενα επίπεδα ικανοποίησης / ανταμοιβής από την κατανάλωση τροφής. Η παραπάνω υπόθεση υποστηρίζεται από ευρήματα για χαμηλά επίπεδα HVA (ενός μεταβολίτη της ντοπαμίνης) στο εγκεφαλονωτιαίο μυελό των ατόμων με βουλιμία. Μια εξήγηση για τη νομοιοτήτα των ευρημάτων μεταξύ των ατόμων με ανορεξία και εκείνων με βουλιμία θα μπορούσε να είναι το γεγονός ότι πολλές έρευνες που έχουν διενεργηθεί σε ανθρώπους με ανορεξία περιλαμβάνουν επίσης ανθρώπους που προβαίνουν σε επεισόδια υπερφαγίας και στη συνέχεια κάνουν εμετό (τύπος 2 ανορεξίας), οι οποίοι μπορεί να έχουν κάποια κοινά βιολογικά χαρακτηριστικά με τους βουλιμικούς. Προς το παρόν όμως, μπορούμε μόνο να εικάσουμε ότι η ντοπαμίνη φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο στις διαταραχές πρόληψης τροφής – παρόλο που ο ρόλος δεν έχει ακόμη προσδιοριστεί.

Σεροτονίνη: Μελέτες σε ζώα έχουν δείξει ότι, όταν απελευθερώνεται σεροτονίνη είτε στον κοιλιακό είτε στον πλάγιο υποθάλαμο, τα ζώα σταματούν να τρώνε και μπορεί να λιμοκτονήσουν παρά την ύπαρξη τροφής. Φαίνεται επομένως ότι τα υψηλά επίπεδα σεροτονίνης προκαλούν αίσθημα κορεσμού και χαμηλότερα επίπεδα κατανάλωσης τροφής, ενώ ταυτόχρονα βελτιώνουν τη διάθεση. Αντίθετα, τα χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης στον υποθάλαμο οδηγούν σε υπερβολική κατανάλωση τροφής και παχυσαρκία, καθώς και σε πεσμένη διάθεση. Αυτό δεν είναι απλώς αποτέλεσμα της επίδρασης της σεροτονίνης στον υποθάλαμο, αλλά εμπλέκονται και άλλες περιοχές, όπως το μεταιχμιακό σύστημα.

Μια εξήγηση για τα επεισόδια υπερφαγίας που σχετίζονται με τη βουλιμία είναι ότι η δίαιτα μειώνει τα επίπεδα της τρυπτοφάνης, ενός πρόδρομου μορίου της σεροτονίνης, η οποία προκαλεί πεσμένη διάθεση και έντονη επιθυμία για τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε τρυπτοφάνη – υδατάνθρακες όπως σοκολάτα, κεικ και πατατάκια. Η κατανάλωση αυτών των τροφών επαναφέρει στο φυσιολογικό τα επίπεδα της σεροτονίνης και αποκαθιστά τη διάθεση. Οι γυναίκες με βουλιμία συνήθως σταματούσαν την υπερφαγία όταν τα επίπεδα τρυπτοφάνης στον οργανισμό τους αυξάνονταν σημαντικά μετά από ένα επεισόδιο υπερφαγίας. Αντίθετα, οι γυναίκες στις οποίες τα επίπεδα της τρυπτοφάνης παρέμεναν σχετικά χαμηλά συνέχιζαν την υπερφαγία. Επίσης μετά την απελευθέρωση της σεροτονίνης στο συναπτικό χάσμα, η σεροτονίνη των βουλιμικών ατόμων επαναπορροφάτο από τον αρχικό ναυράζονα πιο γρήγορα απ' ό,τι στα άτομα της ομάδας ελέγχου, οδηγώντας σε μειωμένη διαθεσιμότητα σεροτονίνης στα κύτταρα του υποδοχέα. Ακόμη τα περιστασιακά επεισόδια υπερφαγίας ενδέχεται να προκαλέσουν ξαφνική αύξηση στα επίπεδα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι υποδοχείς να γίνονται λιγότερο ευαίσθητοι στην απελευθέρωση σεροτονίνης. Η μειωμένη ευαισθησία στη σεροτονίνη σημαίνει ότι το άτομο μπορεί να ανταποκρίνεται σε μικρότερο βαθμό στα φυσιολογικά επίπεδα της σεροτονίνης, με αποτέλεσμα ο οργανισμός του να αναγκάζεται να προσλαμβάνει μεγαλύτερες ποσότητες τρυπτοφάνης, οι οποίες θα μετατραπούν σε σεροτονίνη, προκειμένου να διατηρηθεί η συναισθηματική ισορροπία.

Στις εμπλεκόμενες περιοχές του εγκεφάλου συγκαταλέγονται οι μετωπιαίες, οι κογχομετωπιαίες, οι κροταφικές και οι βρεγματικές φλοιώδεις περιοχές, οι παίζουν ρόλο στο άγχος, στον έλεγχο της συμπεριφοράς και στην εικόνα του σώματος. Τα αυτά υποδηλώνουν ότι, παρόλο που η απαρρύθμιση της σεροτονίνης μπορεί να σχετίζεται τόσο με τη βουλιμία όσο και με την ανορεξία, δεν είναι ακόμη απόλυτα κατανοητός ακριβής ρόλος της στις δυο διαταραχές. (Fairburn 1999, Feldman 2011)

Τα ακριβή αίτια της βουλιμίας δεν είναι γνωστά, αλλά φαίνεται ότι εμπλέκουν τόσο την προσωπικότητα των ατόμων, όσο και την έκθεσή τους στα πρότυπα των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών που υμνούν την κομψότητα και την ομορφιά, αλλά και μια μικρή γενετική συνδρομή. Δεν είναι τυχαίο ότι οι διαταραχές διατροφής «άνθισαν» τις τελευταίες δεκαετίες του 20ου αιώνα, όταν

τα διεθνή πρότυπα μόδας άρχισαν να λανσάρουν όλο και πιο αποστεωμένα πρότυπα ομορφιάς.

- Ξεκινώντας από την παιδική ηλικία, το παιδί συχνά δέχεται αντικρουόμενα μηνύματα σχετικά με το φαγητό κατά τη διάρκεια της ζωής του. Έτσι, στην παιδική ηλικία το καλό παιδί είναι αυτό που τρώει όλο το φαγητό του, ενώ στην εφηβεία ο αποδεκτός, από τους συνομηλίκους του κι από τον εαυτό του, έφηβος είναι αυτός που έχει ένα αδύνατο, ελκυστικό για τα πρότυπα της εποχής μας, σώμα. Έτσι ο έφηβος από τη μια πλευρά νιώθει ανακούφιση κάθε φορά που τρώει μιας και έτσι έχει μάθει κατά την παιδική του ηλικία να είναι «το καλό παιδί» κι από την άλλη κάθε φορά που τρώει πολύ νιώθει απορριπτέος από την παρέα του και αποκλίνων από τα δυτικά πολιτισμικά πρότυπα ομορφιάς. Η βουλιμία περιλαμβάνει και τα δυο αυτά στάδια.

- Επίσης φαίνεται ότι οι οικογενειακές σχέσεις των βουλιμικών ασθενών είναι προβληματικές. Οι οικογένειες αυτές δεν εκφράζουν συνήθως συναισθήματα και είναι περισσότερο επιθετικές, παρά υποστηρικτικές. Ανάμεσα στα μέλη τους έχουν παρατηρηθεί ειδικά πρότυπα συμπεριφοράς και αλληλεπίδρασης, όπως ο προσανατολισμός στη διάκριση και την επιτυχία, το χάος, η μη συνεκτικότητα, οι ανοιχτές συγκρούσεις και η αίσθηση ότι η μητέρα είναι αδιάφορη. Δεν λείπουν οι αλληλοκατηγορίες καθώς και ο αμοιβαίος έλεγχος των σχέσεων των μελών της οικογένειας. Πιο σύνθετες φαίνεται να είναι οι σχέσεις μητέρας-κόρης, η οποία είναι αυτή συνήθως που παρουσιάζει την ασθένεια.. Η μητέρα και η κόρη αντιδρούν με έναν σκυθρωπό και θυμωμένο τρόπο η μία απέναντι στην άλλη. Οι προσπάθειες της κόρης να διεκδικήσει τις ξεχωριστές της ανάγκες υπονομεύονται αναπόφευκτα από μια τέτοια εχθρική υποταγή. Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει πως οι γονείς βουλιμικών γυναικών εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας που εκφράζονται με υψηλότερη συχνότητα προβληματικών συμπεριφορών με το αλκοόλ, κατάθλιψη, αποπειρών αυτοκτονιών, θεραπείας για ψυχικό πρόβλημα και αντικοινωνικών συμπεριφορών, ενώ όσον αφορά στη σεξουαλική κακομεταχείριση βρέθηκε ότι 1 στους 4 βουλιμικούς ασθενείς είχαν δεχτεί σεξουαλική κακοποίηση. (Bullock – Markwell 1998)

2.3 Προδιαθεσικοί Παράγοντες

1. Ιστορικό ελαφράς υπέρβασης σωματικού βάρους, παχυσαρκίας
2. Τελειομανής συμπεριφορά
3. Συγγενείς α΄ βαθμού με νευρική ανορεξία
4. Ομοφυλοφιλία στα αγόρια
5. «Λεπτή» σιλουέτα (αθλήτριες ρυθμικής γυμναστικής, χορεύτριες μπαλέτου)
6. Κατάθλιψη–συναισθηματική αστάθεια, έλλειψη αυτοπεποίθησης
7. Σεξουαλική κακοποίηση
8. Πίεση ΜΜΕ, γονέων, καθηγητών, ιατρών: πρότυπο «λεπτής» και αθλητικής σιλουέτας
9. Σοβαρή ασθένεια ή θάνατος συγγενικού προσώπου
10. Αλλαγή τύπου διαμονής
11. Μικρή απώλεια βάρους μετά από ήπια ασθένεια (ιογενές νόσημα, γαστρεντερίτις κλπ) που ακολούθως συνεχίζεται εκούσια.

2.3.1 Κοινωνικοπολιτισμικοί Παράγοντες

<<Το λεπτό σώμα είναι ελκυστικό >>. Τόσο τα άτομα με ανορεξία όσο και αυτά με βουλιμία δίνουν μεγάλη σημασία στο σχήμα και στο βάρος του σώματος τους, ίσως λόγω της γενικότερης πολιτισμικής έμφασης που δίνουν οι δυτικές κοινωνίες στην εξωτερική εμφάνιση. Οι εικόνες της θηλυκότητας και των ελκυστικών γυναικών από τη δεκαετία του 1960 έχουν αλλάξει, δίνοντας τη θέση τους σε ένα πιο αδύνατο σχήμα, το οποίο δεν θυμίζει πλέον κλεψύδρα. Η κλασική <<θηλυκή φιγούρα>> που απεικονίζεται στο περιοδικό Playboy, για παράδειγμα, έχει λεπτύνει κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 και έχει πλέον μικρότερες αναλογίες γοφών, μέσης και στήθους. Δεν προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι τα ποσοστά επικράτησης του χαμηλού σωματικού βάρους και των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι ιδιαίτερα υψηλά σε ομάδες στις οποίες η εξωτερική ομορφιά ή η επίδοση θεωρούνται πρωταρχικής

σημασίας, όπως είναι τα μοντέλα , οι αθλητές και οι χορευτές. Όσο οι κοινωνικές ομάδες αναπτύσσουν θετικές στάσεις απέναντι στο λεπτό σώμα, τόσο αυξάνονται και τα επίπεδα των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, για παράδειγμα, η μεγάλη εκτίμηση για το λεπτό σώμα έχει μετατοπιστεί, από τις λευκές γυναίκες της ανώτερης τάξης, στις γυναίκες των κατώτερων κοινωνικοοικονομικών και άλλων εθνοτικών ομάδων, προκαλώντας παράλληλα αύξηση των ποσοστών επικράτησης της δίαιτας και των διαταραχών πρόσληψης τροφής σε αυτές τις ομάδες.(Bullock – Markwell 1998, Bendish 2000).

Οι κρίσεις που βασίζονται στο βάρος του σώματος δεν είναι μόνο αισθητικής φύσης. Μπορούν να αποδοθούν ποικίλοι προσωπικοί χαρακτηρισμοί σε ένα άτομο με βάση την εμφάνισή του. Το φαγητό, η πρόσληψη τροφής και το βάρος αναδεικνύονται από πολλούς ως ηθικά ζητήματα, ενώ το σχήμα του σώματος μπορεί να αποτελεί βασικό κριτήριο για την αξιολόγηση του εαυτού και των άλλων, καθώς υπάρχει μεγάλη προκατάληψη απέναντι στα υπέρβαρα και τα παχύσαρκα άτομα.

Περισσότερες από τις μισές οικογένειες στις οποίες το άτομο αναπτύσσει κάποια διαταραχή της πρόσληψης τροφής είναι πιθανό να δίνουν ιδιαίτερη σημασία στο βάρος και στο σχήμα του σώματος. Οι μητέρες σε αυτές τις οικογένειες είναι επίσης πιο πιθανό να κάνουν δίαιτα και να είναι τελειοθηρικές συγκριτικά με τις μητέρες σε οικογένειες στις οποίες δεν αναπτύσσονται τέτοιες διαταραχές. Η επιτυχής προσκόλληση σε μια δίαιτα μπορεί να είναι ένας τρόπος αποδοχής του ατόμου από γονείς με υψηλές προσδοκίες, ιδιαίτερα όταν το παιδί δεν έχει να απιδείξει επιτυχίες σε άλλους τομείς της ζωής του. Το γεγονός ότι το άτομο δεν τρώει μπορεί να το καταστήσει σημαντικό για τους γονείς και να του επιτρέψει να ασκεί μεγάλο βαθμό ελέγχου στα μέλη της οικογένειας (<<θα φάω αν εσύ...>>). Δεν αποκλείεται επίσης να αποτελεί μια μέθοδο τιμωρίας (<<δεν τρώω επειδή εσύ...>>). (Beardsworth. – Keli 2008, Giddens 2007)

Τέλος σύμφωνα με ένα άλλο κοινωνικοπολιτισμικό μοντέλο, τόσο η ανορεξία όσο και η βουλιμία είναι δυνατόν να εμφανιστούν ως συνέπεια της σεξουαλικής κακοποίησης. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η κακοποίηση οδηγεί το έφηβο κορίτσι σε ισχυρές αρνητικές στάσεις απέναντι στη θηλυκότητα του, με αποτέλεσμα την απόρριψη του κλασικού θηλυκού σχήματος του σώματος και τις προσπάθειες αποφυγής του. Αυτό είναι πιο πιθανό να συμβεί κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Γενικά, δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις που να

υποστηρίζουν αυτή τη θεωρία. Παρόλο που τα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης είναι σχετικά υψηλά στα άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής, αυτό δεν προκαλεί καθοριστικό χαρακτηριστικό, δεδομένου ότι τα ποσοστά δεν είναι υψηλότερα από τα αντίστοιχα των ατόμων με διαταραχή της διάθεσης, αγχώδεις ή άλλες ψυχολογικές διαταραχές. (Beardsworth. – Keli 2008, Giddens 2007)

2.3.2 Φύλο

Η Ψυχογενής Βουλιμία και η διαταραχή της βουλιμίας είναι πολύ πιο συχνές στις γυναίκες απ' ό,τι στους άντρες, αν και αυτή η διαφοροποίηση βασιάζει του φύλου φαίνεται ότι είναι λιγότερο εντονη στη διαταραχή της βουλιμίας. Ένας βασικός λόγος είναι πιθανότητα το γεγονός ότι οι δίαιτες είναι πιο συχνές στις γυναίκες. Οι κοινωνικές πιέσεις για λεπτή σιλουέτα εστιάζουν κυρίως στις γυναίκες. Επίσης, οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς από τους άντρες στο να βασίσουν την αυτοπεποίθησή τους στην εξωτερική τους εμφάνιση. Αυτά είναι τα σημαντικά ευρήματα που αφορούν τις διαφορές στην ανάπτυξη των δυο φύλων, καθώς και τους συγκρουόμενους και ανταγωνιστικούς ρόλους των γυναικών στις Δυτικές κοινωνίες. (Andersen 2005, Blos 2007, Bullock – Markwell 2008)

2.3.3 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' αυτό ακόμη μια φορά, αναφέρουμε ότι

αυτό μπορεί μόνο να σημαίνει πως τα άτομα των ανωτέρων ή μεσαίων κοινωνικών τάξεων είναι πιο πιθανό να αναζητούν θεραπεία. Η κατανομή στις κοινωνικές τάξεις της διαταραχής της βουλιμίας παραμένει ακόμη ένα θέμα προς διερεύνηση. (Beardsworth– Keli 2008, Giddens 2007)

2.3.4 Ηλικία

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις πως τα προβλήματα βουλιμίας συνήθως αναπτύσσονται στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Αυτό μπορεί πιθανότητα να αποδοθεί στο γεγονός πως οι γυναίκες, ιδιαίτερα αυτής της ηλικίας, κατεφεύγουν πολύ συχνά στη δίαιτα. Προφανώς αυτό είναι με τη σειρά του το αποτέλεσμα δυο παραγόντων:

Πρώτον, και όπως έχει ήδη αναφερθεί, 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 προβάλλεται από τα μανεκέν. Δεν είναι λοιπόν παράξενο το ότι μια νεαρή κοπέλα, το υπό ανάπτυξη σώμα της οποίας δε μοιάζει με το ιδανικό, να επιχειρεί να το αποκτήσει μέσω της 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 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. (Blos 2007)

2.4 Θηλυκότητα και Βουλιμία

Στην <<Αιτιολογία της βουλιμίας: μία αναπτυξιακή θεώρηση>> περιγράφει πώς ο τρόπος με τον οποίο οι γυναίκες βλέπουν τον εαυτό τους και οι προσδοκίες

που τους επιβάλλει η κοινωνία συντελούν στο να τις κάνουν , ιδιαίτερα τις νεαρές, ευάλωτες στην παρουσία των προβλημάτων βουλιμίας.

Η ικανότητα που έχει μία γυναίκα για τον εαυτό της βασίζεται στην επίγνωση των προσωπικών της χαρακτηριστικών, τα οποία ωστόσο <<επιβεβαιώνονται μέσα στο πλαίσιο σημαντικών σχέσεων>>. Αυτό κάνει τις γυναίκες ιδιαίτερα ευάλωτες στη γνώμη των άλλων. Επειδή η <<εξωτερική εμφάνιση συμβάλλει σημαντικά στην επιτυχία στον κοινωνικό τομέα... δεν είναι παράξενο το ότι οι γυναίκες θέτουν την εμφάνιση και το βάρος τους σαν υψηλές προτεραιότητες στη ζωή τους>>. (Beardsworth. – Keli 2008, Giddens 2007)

Αυτό εξακολουθεί να ισχύει ακόμη και σήμερα, σε μία εποχή κατά την οποία ο κοινωνικός ρόλος των γυναικών αναβαθμίζεται και εμπλουτίζεται, δεδομένου ότι ξεχωρίζουν συνήθως νεαρές, κομψές, ιδιαίτερα ελκυστικές γυναίκες.

Τα λανθασμένα στερεότυπα εξακολουθούν να καθορίζουν την κατάσταση: <<Οι γυναίκες που αντιτίθενται στις παραδοσιακές αξίες της θηλυκότητας, είτε λόγω του πολιτικού τους προσανατολισμού (π.χ. φεμινισμός), είτε λόγω των σεξουαλικών τους προτιμήσεων (π.χ. λεσβίες) προβάλλονται ως μη ελκυστικές.

Το πρόβλημα μ' αυτούς τους ορισμούς της θηλυκότητας, ισχυρίζονται ότι ωθούν στη δίαιτα, η οποία μπορεί να οδηγήσει στη βουλιμία. <<Οι κοπέλες που νοιώθουν ανασφαλείς σχετικά με την ταυτότητά τους, ιδιαίτερα με το πώς τις βλέπουν οι άλλοι, μπορεί να στρέψουν όλη τους την προσοχή στην εξωτερική τους εμφάνιση, γιατί έτσι βρίσκουν πραγματικό, συγκεκριμένο τρόπο να διαμορφώσουν την προσωπικότητά τους>>.

Τέλος, για τις περισσότερες κοπέλες, το σύγχρονο ιδεώδες ομορφιάς είναι βιολογικά ανέφικτο. Η σωματική ωρίμανσή τους τις απομακρύνει από το σημερινό πρότυπο ομορφιάς. Μπροστά στην αποτυχία τους να το προσεγγίσουν μέσω της δίαιτας, είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Έτσι ξεκινά ένας φαύλος κύκλος. (Bullock – Markwell 2008, Herber 2005)

2.5 Επιδημιολογικά στοιχεία και Συχνότητα

Σε μεγαλύτερο ποσοστό από 90% οι διαταραχές πρόληψης τροφής αφορούν το γυναικείο πληθυσμό, χωρίς όμως να εξαιρούνται και οι περιπτώσεις στον ανδρικό πληθυσμό. Η έναρξη της ψυχογενούς βουλιμίας, παρατηρείται προς το τέλος της εφηβικής ηλικίας ή στην αρχή της ενηλικίωσης και η πορεία της είναι χρόνια ή διαλείπουσα. Η συχνότητα εμφάνισης της ψυχογενούς βουλιμίας στο γυναικείο φύλο και ο επιπολασμός της διαταραχής αυτής στους εφήβους και στις νεαρές γυναίκες, κυμαίνεται μεταξύ 1% ως 3% και στους άντρες είναι το 1/10 αυτού. Η Ψυχογενής βουλιμία είναι πιο συχνή στις Ηνωμένες Πολιτείες από την Ψυχογενή Ανορεξία. Όπως βλέπετε, η βουλιμία είναι 2 με 6 φορές πιο συχνή από την ανορεξία. Κι όμως παραμένει μία σπάνια νόσος. (Gilbert 2008, Γεωργιτισπούλου– Παπατάτσιου 2012)

Οι πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία είναι συνήθως γυναίκες ηλικίας μεταξύ 18 και 34 ετών με ένα μέσο όρο ηλικίας τα 24 χρόνια. Η δυσλειτουργία συνήθως ξεκινά σε ένα μέσο όρο μεταξύ 16 και 18 ετών και στην πλειοψηφία τους οι πάσχοντες ακολουθούν μια περίοδο εξαντλητικής δίαιτας και απώλειας βάρους. Οι ενδιαφερόμενοι συνήθως έρχονται για θεραπεία από ένα μέχρι και πέντε έτη ύστερα από την έναρξη της διαταραχής.

Το ποσοστό επικράτησης της ψυχογενούς βουλιμίας στους άντρες δεν έχει μελετηθεί ιδιαίτερα, διότι έχει δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην ανάπτυξη της ψυχογενούς βουλιμίας στις γυναίκες, στις οποίες τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα. Έχει υποστηριχθεί ότι υπάρχει η αναλογία 1 άντρας σε 10 γυναίκες. Σύμφωνα με τον Andersen έναρξη των διαταραχών πρόληψης τροφής στους άντρες παρατηρείται α) πριν την εφηβεία, β) στην εφηβεία και γ) στην ενήλικη ζωή. Οι Carlat και Camargo (1991) εξέτασαν τη βιβλιογραφία μεταξύ του 1966 και 1990 και συμπέραναν ότι επηρεάζει περίπου το 0,2% των εφήβων αγοριών και των νεαρών ενήλικων ανδρών και ότι το 15% από το σύνολο των βουλιμικών που βρέθηκαν σε κοινοτικές μελέτες είναι άντρες. Τα επεισόδια υπερφαγίας δεν είναι εύκολο να αναγνωριστούν στους άντρες. Ένας άντρας που καταναλώνει υπερβολικά μεγάλες ποσότητες φαγητού, είναι λιγότερο πιθανό να τραβήξει την προσοχή, σε σχέση με μια γυναίκα η οποία καταναλώνει υπερβολικά μεγάλες ποσότητες φαγητού. Ακόμη, οι άντρες είναι λιγότερο πιθανό να θεωρήσουν τον εαυτό τους παχύσαρκο και να καταφύγουν στη δίαιτα, σε σχέση με τις γυναίκες. Οι γυναίκες επιθυμούν έντονα να χάσουν βάρος και ασχολούνται με το σωματικό τους βάρος. Οι άντρες ασχολούνται με το σχήμα και το βάρος του σώματος τους. Συνήθως η επιθυμία να χάσουν βάρος έχει παρατηρηθεί ότι

κυριαρχεί στους ομοφυλόφιλους άντρες, όμως η επιθυμία αυτή είναι λιγότερο έντονη με αυτή των γυναικών. (Beardsworth. – Keli 2008, Giddens 2007)

Αξίζει ωστόσο να αναφέρουμε ότι εξαιτίας της μυστικότητας που χαρακτηρίζει κυρίως την ψυχογενή υπάρχει μια αυξανόμενη αντίληψη ότι το φαινόμενο είναι πολύ πιο συχνά εμφανιζόμενο από όσο συνειδητοποιούμε. Ο Hoek μάλιστα, (1993) στις επιδημιολογικές μελέτες του τονίζει ότι συχνά η νευρογενής βουλιμία δε γίνεται αντιληπτή από γενικούς θεραπευτές, αν και είναι η πιο κοινή ψυχιατρική πάθηση.

Επίσης η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται σε πολιτισμούς που χαρακτηρίζονται από την ελεύθερη αγορά, την ελεύθερη πρόσβαση στα μέσα, το μοντερνισμό και σε πολιτισμούς που έχουν χαρακτηριστεί αναπτυγμένοι ή υπό – ανάπτυξη. Στο δυτικό πολιτισμό δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο αδυνάτισμα, το οποίο σχετίζεται με την ομορφιά, την νεότητα, την αυτονομία και τη φιλοδοξία.

Η διάγνωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας καθορίζεται από πέντε κριτήρια. Καθώς θα τα εξετάζουμε, αναρωτηθείτε πόσο φυσιολογικές είναι αυτές οι συμπεριφορές. Στην πραγματικότητα οι γυναίκες που πάσχουν από τη διαταραχή αυτή δεν βλέπουν τίποτε κακό στα συμπτώματα της νόσου.

Πρώτον, η γυναίκα θα πρέπει να έχει επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας τα οποία πιστεύει πως δεν ελέγχει. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας από κατανάλωση σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο μιας ποσότητας τροφής, που είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτή που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι άνθρωποι τείνουν να περισσότερο σε δεξιώσεις, πάρτυ κ.λ.π. Όμως οι περισσότεροι άνθρωποι δεν θα έτρωγαν 23 ντόνατς, 2 κομμάτια τούρτας και πολλά σοκολατάκια σε ένα μόνο επεισόδιο. Οι βουλιμικοί δεν θεωρούν την υπερφαγία ασυνήθιστη.

Επίσης, η γυναίκα θα πρέπει να έχει επανειλημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά, δηλαδή αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών, νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση (τουλάχιστον 3 φορές ημηρεσίως). Το DSM-IV-TR δεν ορίζει ακριβώς τους όρους υπερβολική ή κακή χρήση, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει σύγχυση. Στη συνέχεια, τα επεισόδια υπερφαγίας και κάθαρσης θα πρέπει να συμβαίνουν τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα τριών μηνών. Το χρονικό όριο εδώ είναι πολύ μικρότερο σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες διαταραχές. Έτσι, περισσότερες γυναίκες θα πρέπει να λαμβάνουν τη διάγνωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας. Επίσης, περισσότερες γυναίκες

λαμβάνουν θεραπεία, αφού εάν παραμείνουν αθεράπευτες μπορεί και να πεθάνουν. Αυτό το μικρότερο χρονικό διάστημα επιτρέπει παράλληλα σε περισσότερες γυναίκες να λάβουν θεραπεία για την Ψυχογενή Βουλιμία, που αν αφεθεί αθεράπευτη μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε θάνατο.

Επίσης, η αυτοαξιολόγηση πρέπει να επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος. Οι γυναίκες σπάνια κοιτάζουν τον εαυτό τους γυμνό ή με εσώρουχα γιατί φοβούνται αυτό που θα δουν. Επίσης συχνά δε ζυγίζονται επειδή πάλι φοβούνται αυτό που αντικρύσουν στη ζυγαριά. Δίνουν μεγάλη έμφαση στο βάρος και το σχήμα του σώματός τους. Τέλος, η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας. Πρέπει να γίνεται διαχωρισμός ανάμεσα στις δύο διαταραχές, κάτι που πολλές φορές είναι δύσκολο. Είναι όμως σημαντικό να γίνεται γιατί η αντιμετώπιση είναι διαφορετική. (Gilbert 2000, Γεωργιτσοπούλου– Παπατάτσιου 2012)

Σύμφωνα με τις Γεωργιτσοπούλου– Παπατάτσιου (2012) η επιδημιολογία είναι η επιστήμη, η οποία που μελετά την κατανομή και τους καθοριστικούς παράγοντες των καταστάσεων ή των γεγονότων που σχετίζονται με την υγεία, σε συγκεκριμένους πληθυσμούς και κάνει εφαρμογή των αποτελεσμάτων της μελέτης, στον έλεγχο των προβλημάτων υγείας.

Οι επιδημιολογικές έρευνες εστιάζονται σε 2 παραμέτρους:

A) στον επιπολασμό και

B) στην επίπτωση μιας διαταραχής.

Με τον όρο επιπολασμός εννοείται και περιγράφεται ο συνολικός αριθμός των περιστατικών μιας νόσου σε μια δεδομένη χρονική στιγμή ή στην διάρκεια μιας ορισμένης χρονικής περιόδου. Με τον όρο επίπτωση περιγράφεται ο αριθμός των περιπτώσεων μιας νόσου, που εμφανίζεται στη διάρκεια μιας ορισμένης χρονικής περιόδου, ο αριθμός δηλαδή μόνο των νέων περιπτώσεων.

Η επιστήμη της επιδημιολογίας παρέχει χρήσιμα στοιχεία για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Τα στοιχεία αυτά προέρχονται από τις επιδημιολογικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί στους γενικούς πληθυσμούς, στους φοιτητικούς πληθυσμούς και στις κοινότητες. Οι επιδημιολογικές έρευνες που αφορούν τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, βρίσκονται ακόμη στο στάδιο του να καθορίσουν την συχνότητα και την επικράτηση τους στους πληθυσμούς και να κάνουν σύγκριση διάφορων ομάδων πληθυσμού. Η μεταβλητή της επικράτησης, δηλώνει τον πραγματικό αριθμό των περιστατικών που υπάρχουν μέσα σε ένα πληθυσμό και η μεταβλητή της συχνότητας δηλώνει τον αριθμό των νέων περιστατικών μέσα σε ένα πληθυσμό που εκδηλώνονται κάθε χρόνο. Οι

επιδημιολογικές έρευνες που έχουν στόχο να μελετηθεί η επικράτηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής, διεξάγονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου με τη χορήγηση ερωτηματολογίων ή με συνεντεύξεις.

Γενικότερα η συχνότητα εμφάνισης της νευρογενούς βουλιμίας μέσα στο γενικό πληθυσμό έχει την εξής μορφή:

Συχνότητα = αριθμός των πασχόντων ατόμων/ αριθμός των ατόμων του πληθυσμού που βρίσκονται σε κίνδυνο

Μεταξύ του πληθυσμού των κοριτσιών τα οποία βρίσκονται στην εφηβεία, η ψυχογενής βουλιμία εκδηλώνεται με συχνότητα 1%- 3%. Επειδή οι διαταραχές διατροφής συχνά επικαλύπτονται από άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως για παράδειγμα με την κατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια, σε αρκετές περιπτώσεις κάποια συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας μπορεί να επισκιάζονται από τα συμπτώματα των άλλων διαταραχών και γι' αυτό να δημιουργούνται δυσκολίες στη διάγνωση. Όπως στη περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας, η συχνότητα εμφάνισης της ψυχογενούς βουλιμίας διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με τον πληθυσμό στον οποίο αναφερόμαστε και εκδηλώνεται σε σπάνιες περιπτώσεις στον αντρικό πληθυσμό. (Τσάντης 2004)

2.6 Επιπτώσεις Βουλιμίας στην Υγεία, στη γονιμότητα και στην εγκυμοσύνη

Οι περιοδικοί κύκλοι επεισοδιακής υπερφαγίας – αυτοπροκαλούμενων εμετών που χαρακτηρίζουν τη νευρογενή βουλιμία μπορούν να επηρεάσουν το σύνολο του πεπτικού συστήματος και να οδηγήσουν σε απώλεια ηλεκτρολυτών και αστάθεια στους βιοχημικούς δείκτες του σώματος. Αυτές οι καταστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν με τη σειρά τους τόσο την καρδιά, όσο και τις λειτουργίες άλλων ζωτικών οργάνων του σώματος.

Οι περιοδικοί κύκλοι επεισοδιακής υπερφαγίας – αυτοπροκαλούμενων εμετών που χαρακτηρίζουν τη νευρογενή βουλιμία μπορούν να επηρεάσουν το σύνολο του πεπτικού συστήματος και να οδηγήσουν σε απώλεια ηλεκτρολυτών και

αστάθεια στους βιοχημικούς δείκτες του σώματος. Αυτές οι καταστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν με τη σειρά τους τόσο την καρδιά, όσο και τις λειτουργίες άλλων ζωτικών οργάνων του σώματος. Σύμφωνα με τους Μιχαηλίδη – Νοράρου (2007) οι επιρροές αυτές αφορούν:

1. Απώλεια ηλεκτρολυτών, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αρρυθμία και ενδεχομένως σε καρδιακή ανεπάρκεια ή θάνατο. Η αστάθεια στους ηλεκτρολύτες οφείλεται στην αφυδάτωση, η οποία επέρχεται από την απώλεια καλίου, νατρίου και χλωρίου λόγω των αυτοπροκαλούμενων εμετών.
2. Πιθανότητα γαστρορραγίας κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας.
3. Φλεγμονή και πιθανή ρήξη του οισοφάγου λόγω των συχνών εμετών.
4. Φθορά και λέκιασμα των δοντιών από τα όξινα γαστρικά υγρά που εκρήγνυνται κατά τη διάρκεια των συχνών εμετών.
5. Χρόνια, ακανόνιστη εντερική δραστηριότητα και δυσκοιλιότητα λόγω της κατάχρησης καθαρτικών.
6. Πεπτικά έλκη και παγκρεατίτιδα.

Έως σήμερα έχουν γίνει λίγες έρευνες για τις συνέπειες των προβλημάτων βουλιμίας στη γονιμότητα και στην εγκυμοσύνη. Ξέρουμε πως οι δίαιτες και η απώλεια βάρους βλάπτουν τη γονιμότητα, κατάσταση όμως που είναι εν πολλοίς αναστρέψιμη. Η μεμονωμένη επίδραση της βουλιμίας δεν έχει ακόμη μελετηθεί. Είναι απίθανο η βουλιμία να επηρεάζει την πορεία ή την έκβαση της εγκυμοσύνης, αν και όταν συνδυαστεί με παχυσαρκία ο κίνδυνος επιπλοκών, όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση, αυξάνεται. Πιο επιβλαβείς είναι οι τεχνικές ελέγχου του βάρους όπως η αυστηρή δίαιτα, η πρόκληση εμέτου και η κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών. Είναι πλέον γνωστό πως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία διατρέχουν τον κίνδυνο να πάρουν πολύ λίγο βάρος με αποτέλεσμα να γεννήσουν αδύνατα μωρά. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και σε ορισμένες μητέρες με ψυχογενή βουλιμία. Καποιες μελέτες αναφέρουν ότι οι γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά αποβολών. Η παρατήρηση αυτή ωστόσο απαιτεί επιβεβαίωση. (Beardsworth. – Keli 2008, Giddens 2007)

2.7 Η θεραπευτική αντιμετώπιση της Βουλιμίας

Επιλογή του θεραπευτικού πλαισίου

Η νοσοκομειακή θεραπεία γενικά δεν είναι απαραίτητη. Οι ασθενείς που πάσχουν από μη επιπλεγμένη ψυχογενή βουλιμία θα πρέπει να αντιμετωπίζονται πρώτα ως εξωτερικοί ασθενείς ή σε νοσοκομεία ημέρας. Η νοσηλεία στα νοσοκομεία πρέπει να γίνεται όταν : α) υπάρχει μεγάλη διακύμανση του βάρους, β) υπάρχει αστάθεια στην ισορροπία ύδατος- ηλεκτρολυτών, γ) παρατηρείται αυτοκτονικός ιδεασμός ή αυτοκτονική πρόθεση, δ) συνυπάρχει σοβαρή κατάχρηση αλκοολ ή ψυχοδραστικών φαρμάκων, ε) υπάρχουν επικίνδυνα για τη ζωή ιατρικά προβλήματα που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν έξω από το νοσοκομείο. Επίσης, η εισαγωγή στο νοσοκομείο μπορεί να αποδειχτεί χρήσιμη για τους ασθενείς των οποίων η διαταραχή διατροφής είναι εξ ολοκλήρου εκτος ελέγχου και που δεν παρουσιάζουν καμιά ουσιαστική πρόοδο κατά τη διάρκεια μιας αρκετά μεγάλης περιόδου εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης. (Καλαντζή – Αζίζι– Ευσταθίου 2010, Health and Addictions, Davison– Neale 2004, Blos 2007)

Διαιτητική εκπαίδευση και αποκατάσταση

Σύμφωνα με τους Γεωργιτσοπούλου– Παπατάτσιου (2012), Καλύβα (2008), Μαγκλάρα- Κατσιλάμπρου και συν(2000) η θεραπεία της διαιτητικής αποκατάστασης έχει ως σκοπό να εκπαιδεύσει τον ασθενή με βουλιμία, ώστε:

- Να υιοθετήσει τις αρχές της σωστής διατροφής (να τρώει κανονικά γεύματα, να αυξήσει την ποικιλία των τροφών που καταναλώνει, να μειώσει την ταχύτητα πρόσληψης των τροφών και να αρχίσει να τρώει τις απαγορευμένες με κανονικό τρόπο).
- Να αντιληφθεί τη συσχέτιση υποθρεψίας και υπερφαγίας.
- Να κατανοήσει τις καταστρεπτικές επιπτώσεις των εμετών και της χρήσης καθαρτικών.
- Να προσλαμβάνει ισορροπημένα γεύματα συχνά και με τακτικότητα.

- Να σχεδιάζει ένα πρόγραμμα γυμναστικής σύμφωνα με το πρόγραμμα διατροφής και να κατανοήσει τη συσχέτιση τους (ισοζύγιο πρόσληψης-κατανάλωσης ενέργειας).

Ατομικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές είναι η γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία, οι ψυχοδυναμικές θεραπείες και η ψυχανάλυση, η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, η θεραπεία βάσει του μοντέλου απεξάρτησης, η οικογενειακή θεραπεία, όταν ενδείκνυται, και η ομαδική ψυχοθεραπεία όλων των κατευθύνσεων. Πρόσφατες έρευνες δίνουν έμφαση στην αποτελεσματικότητα της γνωσιακής – συμπεριφορικής θεραπείας, που περιγράφεται ως << θεραπεία εκλογής >>, καθώς και στη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία. Η ψυχοθεραπευτική εργασία πρέπει να επικεντρωθεί σε θέματα όπως ανάπτυξη, η διαμόρφωση της προσωπικότητας, η απαρτίωση της ταυτότητας του φύλου και της σεξουαλικότητας, οι σεξουαλικές δυσκολίες, η έκφραση του συναισθήματος, η οικογενειακή δυσλειτουργία, οι τρόποι αντιμετώπισης των δυσκολιών και οι τεχνικές επίλυσης των προβλημάτων. Ασθενείς με συνυπάρχουσα ψυχογενή ανορεξία και/ ή συνυπάρχουσα οριακή διαταραχή προσωπικότητας συνήθως απαιτούν παρατεταμένη θεραπεία. (Κουρκούτας 2011, Μάνος 2008, Τσάντης 2004)

Οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Η οικογενειακή θεραπεία θεωρείται απαραίτητη για εφήβους που ζουν ακόμα με τους γονείς τους, αλλά και για μεγαλύτερους ασθενείς με συνεχιζόμενες συγκρουσιακές σχέσεις με τους γονείς τους και για ασθενείς με συζυγικά προβλήματα. (Κουρκούτας 2011, Μάνος 2008, Τσάντης 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΒΟΥΛΙΜΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

3.1 Παρουσίαση βουλιμικού επεισοδίου

Υπάρχουν μεγάλες διαφορές στη συχνότητα επεισοδίων και στο τι τρώνε οι βουλιμικοί. Με αυτή την έννοια είναι δύσκολο να χαρακτηρίσουμε ένα τυπικό βουλιμικό επεισόδιο. Δεν είναι λοιπόν αξιοπερίεργο το γεγονός ότι το πώς και το πότε τρώνε οι βουλιμικοί εξακολουθούν να αποτελούν αντικείμενα μεγάλης ερευνητικής δραστηριότητας.

3.1.1 Συχνότητα και Διάρκεια Βουλιμικού επεισοδίου

Σύμφωνα με τα κριτήρια της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, για να επέλθει η διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο πρέπει να εκδηλώνει τη συμπεριφορά τουλάχιστον δύο φορές τη βδομάδα. Αυτό όμως το όριο είναι αυθαίρετο-υπόλειμμα των πρώτων προσπαθειών νορισμού της διαταραχής στα τέλη της δεκαετίας του '70- και έχει δεχθεί έντονη κριτική, αφού υπονοεί ότι οι άνθρωποι που εμφανίζουν σπανιότερα βουλιμία είναι και λιγότερο διαταραγμένοι, γεγονός που πολλές φορές δεν ισχύει.. (Beardsworth. – Keli 2008, Giddens 2007)

Πολλοί ερευνητές και κλινικοί ψυχολόγοι πιστεύουν πως ένα όριο μίας φορές τη βδομάδα είναι πολύ καταλληλότερο. Συνεπώς, οι θεραπευτές που αναλαμβάνουν ασθενείς που πάσχουν από διαταραχές της διατροφής, συχνά δεν υπολογίζουν αυτά τα αυθαίρετα όρια όταν κάνουν τη διάγνωση.

Η σημασία της συχνότητας μπορεί να προκαλέσει σύγχυση σ' ένα βουλιμικό.

Δεν είναι τόσο απλή η σχέση ανάμεσα στις συνέπειες και στη συχνότητα της βουλιμίας. Στη δεκαετία του '80 κάποιες έρευνες έδειξαν ότι πολλοί ξεπερνούν το όριο δηλαδή δύο φορές την εβδομάδα και ακόμη πιο πρόσφατες μελέτες έχουν επιβεβαιώσει αυτό το στοιχείο.

Από την άλλη έχει επίσης αποδειχθεί πως πολλοί, κατά τ' άλλα τυπικοί ασθενείς, εκδηλώνουν σπανιότερα τη συμπεριφορά αυτή.

Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι σε εκείνους που προκαλούν κάθαρση, εκείνους δηλαδή που <<επανορθώνουν>> προκαλώντας έμετο ή χρησιμοποιώντας καθαρτικά ή διουρητικά, πολλά επεισόδια βουλιμίας διαρκούν περίπου μία ώρα.

Σε εκείνους όμως που δεν ενεργούν κατά τέτοιο τρόπο, τα επεισόδια βουλιμίας διαρκούν κατά μέσο όρο δύο φορές περισσότερο. Αυτός είναι προφανώς και ο λόγος για τον οποίο εκείνοι που προβαίνουν σε καθαρτικές ενέργειες νιώθουν να πιέζονται για να ολοκληρώσουν όσο το δυνατόν γρηγορότερα το φαγητό τους ώστε να μπορέσουν να ακολουθήσουν αυτές τις διαδικασίες αμέσως, ελαχιστοποιώντας έτσι την ποιότητα της τροφής που θα απορροφηθεί. (Σίμος 2006, Κονταξάκης 2007)

3.2 Διατροφή στο Βουλιμικό Επεισόδιο

Το φαγητό συνήθως αποτελείται από όλες τις “απαγορευμένες” τροφές: σοκολάτες, κέικ, μπισκότα, μαρμελάδα, συμπυκνωμένο γάλα, δημητριακά και πρόχειρες γλυκές τροφές όπως ωμό μείγμα για κέικ, δηλαδή αυτές που μπορεί κανείς εύκολα να φάει, που δεν χρειάζονται προετοιμασία. Δεν τρώνε όλα αυτά τα πράγματα καθημερινά γιατί παχαίνουν πολύ. Όταν όμως τους πιάνει βουλιμία δεν χορταίνουν με τίποτα. Οι άνθρωποι που υποφέρουν από βουλιμία έχουν δυο στάσεις απέναντι στο φαγητό. Η πρώτη έχει σχέση με το είδος της τροφής δηλαδή <<γλυκά>> ή <<χορταστικά πράγματα>>. Η δεύτερη έχει να κάνει με τη ψυχολογική στάση απ <<απαγορευμένες τροφές>> , <<επικίνδυνες τροφές>> ή <<παχυντικές τροφές>>. Είναι ολοφάνερο ότι στα περισσότερα επεισόδια βουλιμίας, το άτομο καταναλώνει τροφές που προσπαθεί να αποφύγει.

Ακολουθεί τυχαίο παράδειγμα:

Ημέρα: Τετάρτη 9 Απριλίου

Ωρα	Τροφές και υγρά	Μέρος	*	ε/κ	Κατάσταση και σχόλια
8:15πμ	(Ζυγίστηκα)				Δεν μπορώ να γράψω το βάρος μου είναι τεράστιο.
8:50πμ	1 ποτηρι νερό	κουζίνα			Διψούσα από χτες
10:10πμ	1 diet coke	Δουλειά			Αποφάσισα να μη φάω πολύ σήμερα

11:30πμ	10-20 κρακερς	Δουλειά	*		Στην αρχή έφαγα λίγα κι έπειτα πριν καλά καλά καταλάβω τι έκανα, είχα χάσει τον έλεγχο.
12:05μμ	Νερό			E	
6:50μμ	1 κομμάτι μηλόπιτα ½ παγωτό 4 φέτες ψωμί με φυστικοβούτυρο 1 dietpepsi 6 κομμάτια κέικ 1 σταφιδόψωμο 1 κιλó παγωτό 1 diet pepsi		* * * * * *	E E E	Άρχισα να τρώω μόλις έφτασα σπίτι. Έχασα αμέσως τον έλεγχο.
7:50μμ	2 ποτήρια νερό				Ένιωθα πολύ μόνη.
9:45μμ	1 ποτήρι νερό				Πήγα νωρίς για ύπνο.

Το παραπάνω παράδειγμα αποτελεί μια καταγραφή των τροφών που καταναλώνονται κατά τη διάρκεια ενός τυπικού επεισοδίου βουλιμίας. (Ο αστερίσκος σημαίνει πως το άτομο θεωρεί υπερβολική την ποσότητα τροφής που καταναλώνει. Το E/K σημαίνει την πρόκληση εμέτου ή τη χρήση καθαρτικών). (Townsend 2006, Μαγκλάρα- Κατσιλάμπρου και συν 2000)

3.2.1 Ο μύθος της << Λαχτάρας για Υδατάνθρακες >>.

Ίσως έχετε διαβάσει ότι τα επεισόδια βουλιμίας χαρακτηρίζονται από ένα υψηλό ποσοστό υδατανθράκων και ότι προκαλούνται από μια <<λαχτάρα για υδατάνθρακες>> κάτι που αποτελεί ένα ευρέως διαδεδομένο μύθο. Στην πραγματικότητα, το ποσοστό των υδατανθράκων που καταναλώνονται κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας δεν είναι ιδιαίτερα υψηλό, όχι τουλάχιστον μεγαλύτερο απ'ότι στα φυσιολογικά γεύματα. Αυτό που χαρακτηρίζει τα

επεισόδια βουλιμίας δεν είναι η αναλογία υδατανθράκων, λίπους και πρωτεϊνών αλλά η συνολική ποσότητα που καταναλώνεται. (Beardsworth. – Keli 2008, Giddens 2007)

Αν υποφέρετε από βουλιμία ή γνωρίζετε κάποιον μ' αυτό το πρόβλημα, θα ξέρετε καλά πως ένα τυπικό επεισόδιο της περιλαμβάνει τροφές όπως κέικ, μπισκότα, σοκολάτες, παγωτό κτλ. Ενώ πιστεύουμε ότι αυτές οι τροφές περιέχουν υψηλά ποσοστά υδατανθράκων, τελικά αποδεικνύεται ότι είναι γλυκές τροφές με υψηλή περιεκτικότητα λίπους. Το 57% των θερμίδων πχ από ένα παγωτό βανίλια προέρχεται από λίπος, ενώ μόνο το 36% από υδατάνθρακες, ενώ ακόμη και στα ζαχαρωμένα κέικ, το 40% των θερμίδων προέρχεται από λίπος.

Δεν πρέπει ωστόσο να αγνοούμε το γεγονός ότι πριν κάποια χρόνια ο όρος <<λαχτάρα για υδατάνθρακες>> είχε ουσιαστικότερο νόημα. Είναι φανερό πως τα συστατικά των τροφών που καταναλώνονται κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας είναι διαφορετικά τις τελευταίες δεκαετίες. Το γεγονός αυτό αντικατροπίζει μια αλλαγή που επήλθε με το πέρασμα του χρόνου στις συνήθειες διατροφής: παλιά δινόταν έμφαση στον αποκλεισμό των υδατανθράκων, ενώ σήμερα ο στόχος είναι τα λίπη. (Townsend 2006, Χασαπίδου– Φαχανίδου 2012)

3.3 Κατανάλωση θερμίδων στη βουλιμία

Η ποσότητα της τροφής που καταναλώνεται κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό από άτομο σε άτομο. Κάποιοι άνθρωποι καταναλώνουν τεράστιες ποσότητες θερμίδων κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας: ορισμένοι δηλώνουν πως τρώνε 15.000 με 20.000 σ'ένα μόνο γεύμα.

Αυτό δεν είναι αντιπροσωπευτικό. Όταν από τους βουλιμικούς ζητείται να περιγράψουν ακριβώς τι έχουν φάει και στη συνέχεια υπολογίζεται ο αριθμός των θερμίδων, διαπιστώνεται ότι σ' ένα επεισόδιο βουλιμίας καταναλώνονται περίπου 1000 με 2000 θερμίδες. Το ένα τέταρτο περίπου των βουλιμικών καταναλώνουν περισσότερες από 2000 θερμίδες, περισσότερο απ' ότι καταναλώνουν κατά μέσο όρο καθημερινά πολλές γυναίκες. (Beardsworth. – Keli 2008, Giddens 2007)

Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι ένας στους πέντε ασθενείς με επεισόδια βουλιμίας κατανάλωνε περισσότερες από 5000 θερμίδες και ένας στους δέκα πάνω από 6000. Μια σημαντικά ανακάλυψη όλων αυτών των ερευνών είναι ότι κατά τη διάρκεια κάποιων επεισοδίων βουλιμίας, τα οποία είναι κατ' άλλα τυπικά, το άτομο καταναλώνει μέτριες ή ακόμη και μέτριες ποσότητες τροφής. Τα επεισόδια αυτά δεν ανταποκρίνονται στον τεχνικό ορισμό του επεισοδίου βουλιμίας. Παρ' όλα αυτά, το άτομο τα βιώνει σαν να είναι τέτοια, ακριβώς επειδή χάνει τον έλεγχο. (Agras St 2007, Andersen 2005)

Επεισόδια στα οποία καταναλώνονται μεγάλες τροφής ονομάζονται αντικειμενικά επεισόδια τροφής. Ένα αποκαλυπτικό στοιχείο για τη βουλιμία γενικά είναι ότι τα υποκειμενικά επεισόδια βουλιμίας παρατηρούνται συχνά κι ότι αυτά μπορούν να αποτελέσουν αιτία μεγάλου άγχους. Όπως είναι φυσικό, η βουλιμία μπορεί να αποτελέσει μια ιδιαίτερα δαπανηρή διαταραχή. Τα άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες τροφής ίσως αντιμετωπίσουν οικονομικές δυσκολίες. Το υψηλό κόστος της βουλιμίας εξηγεί εν μέρει το γιατί ορισμένα άτομα καταφεύγουν στην κλοπή τροφής. (Giddens 2007, Sadock – Kaplan 2004, Μάνος 2008).

3.4 Ταξινόμηση επεισοδίων βουλιμίας

Τα επεισόδια βουλιμίας ποικίλουν σημαντικά όχι μόνο από άνθρωπο σε άνθρωπο, αλλά και στο ίδιο άτομο. Πολλοί αναφέρουν ότι εκδηλώνουν διαφορετικά επεισόδια βουλιμίας, αν και ορισμένα μπορεί να μην ανταποκρίνονται στον τεχνικό ορισμό ενός αντικειμενικού επεισοδίου

βουλιμίας. Τα επεισόδια βουλιμίας χαρακτηρίζονται ως: πλήρη επεισόδια βουλιμίας, μέτρια επεισόδια βουλιμίας και επεισόδια βραδείας εξέλιξης.

Οι συνέπειες των επεισοδίων ποικίλλουν ανάλογα με την περίπτωση. Αρχικά, τα άτομα αισθάνονται ανακούφιση, διότι εξαφανίζονται οι αισθήσεις της πείνας και της στέρησης, όπως και η κατάθλιψη ή το άγχος που οδήγησαν στο επεισόδιο. Στη συνέχεια, βέβαια, κάνουν την εμφάνισή τους τα συναισθήματα της ντροπής, της ενοχής και της αηδίας. Επόμενο είναι να ακολουθήσουν η κατάθλιψη και η απελπισία, εξαιτίας της αδυναμίας που παρουσίασαν στο να ελέγξουν το φαγητό τους. Το άγχος προέρχεται από τον φόβο του ατόμου για πιθανή αύξηση του σωματικού βάρους. Η εξάντληση που ακολουθεί είναι μία από τις σωματικές συνέπειες, η οποία φέρνει μαζί της αρνητικά συναισθήματα. Ο φόβος των ατόμων που βρίσκονται σε μία τέτοια κατάσταση είναι πιθανό να τα οδηγήσει σε ακραίες λύσεις. (Beardsworth. – Keli 2008, Giddens 2007)

Τα επεισόδια βραδείας εξέλιξης είναι εκείνα που μπορεί να εμφανιστούν σε ανθρώπους που πάσχουν από ανορεξία και συνοδεύονται από άγχος και αίσθηση της απώλειας ελέγχου και διαρκούν περισσότερο από αυτά των ατόμων που πάσχουν από βουλιμία. Τα συναισθήματα της ενοχής και της ντροπής δεν λείπουν ούτε από αυτές τις περιπτώσεις . Πολλά θα μπορούσαμε να πούμε πως είναι τα αίτια των επεισοδίων βουλιμίας. Ωστόσο, έρευνες έχουν επικεντρώσει το ενδιαφέρον σε ορισμένους παράγοντες. Τα δυσάρεστα συναισθήματα είναι ένας παράγοντας που μπορεί να οδηγήσουν σε ένα επεισόδιο. Για παράδειγμα, η κατάθλιψη, το άγχος, η απόγνωση, η μοναξιά, η πλήξη, ο εκνευρισμός και ο θυμός είναι ορισμένα από αυτά . Επιπλέον, το αίσθημα του υπερβολικού βάρους, η ανησυχία για αύξηση του σωματικού βάρους, η παραβίαση των διαιτητικών κανόνων, η έλλειψη οργάνωσης χρόνου, η προεμμηνορυσιακή υπερένταση και η κατανάλωση αλκοόλ είναι μερικοί ακόμη παράγοντες που σε συγκεκριμένες περιπτώσεις διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη των βουλιμικών επεισοδίων. (Σίμος 2006, Fairburn 2009)

3.4.1 Έναρξη και Λήξη Επεισοδίων Βουλιμίας

Το βουλιμικό άτομο κάποιες έως πολλές φορές τη βδομάδα θα καθίσει να φάει ή θα νιώσει την ανάγκη να καθίσει να φάει, νιώθοντας ταυτόχρονα πολύ γρήγορα την επιτακτική ανάγκη να καταβροχθίσει μεγάλες ποσότητες φαγητού ή τροφίμων, χωρίς και να αισθάνεται ότι μπορεί να σταματήσει. Τρώει και ξανατρώει συνεχώς, μπορεί στην κυριολεξία μερικές φορές, να αδειάσει το ψυγείο ή τα ράφια της κουζίνας, κι όλο αυτό με μια τέτοια ταχύτητα πολλές φορές, ώστε στην ουσία να κατεβάζει ότι τρώει αμάσητο. Γι' αυτό και συνήθως προτιμάει εύκολα πεπτόμενες τροφές, αλλά και υψηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες, όπως κουλουράκια, παγωτό, μπισκότα, ψωμί ή γλυκά. Συχνά το επεισόδιο συνοδεύεται από συναισθήματα αγωνίας, ανημπορίας και ενοχής, και η μόνη ίσως ανακουφιστική ιδέα είναι ότι μόλις τελειώσει το φαγητό, το άτομο θα προσπαθήσει να το αποβάλλει άμεσα. (Κονταξάκης 2007, Γεωργιτσοπούλου – Παπατάτσιου 2012, Palmer 2006).

Τέτοια συναισθήματα ενοχής, αναγκάζουν συνήθως το άτομο με ΨΒ να επιδίδεται σ' αυτή τη δραστηριότητα κρυφά, ο έμετος που μπορεί να ακολουθήσει -και πέρα από το ότι συνήθως δημιουργεί καινούρια αίσθηση πείνας- αφήνει το άτομο σε μια πολύ δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση, κάτι που κάνει ακόμη πιο ευάλωτο στο αμέσως επόμενο βουλιμικό επεισόδιο. Ένα βουλιμικό επεισόδιο μπορεί εξ άλλου να τελειώσει είτε όταν τελιώνει το φαγητό, είτε γιατί το άτομο κατάκοπο θα κοιμηθεί, θα πονέσει πολύ το στομάχι του, ή το επεισόδιο θα διακοπεί από την παρουσία κάποιου άλλου ατόμου.

Το βουλιμικό άτομο, όπως και το ανορεκτικό, νοιάζεται πάρα πολύ για το βάρος και το σχήμα του σώματός του, επειδή όμως δεν υπάρχει, σε αντίθεση με την Ψυχογενή Ανορεξία, η διαταραγμένη εικόνα του σώματος, το βάρος του μπορεί να κυμαίνεται, άλλοτε λίγο πάνω κι άλλοτε λίγο κάτω- όχι όμως κι αισθητά- από το φυσιολογικό. Παρόλα αυτά και επειδή οι προσλαμβανόμενες θερμίδες κάποιες μέρες ξεπερνούν τις μερικές χιλιάδες, το άτομο αναγκάζεται, και ανεξάρτητα αν κάνει έμετους ή όχι, να παίρνει κάποτε καθαρτικά ή διουρητικά, να υποβάλλεται σε αυστηρές δίαιτες ή πολύωρη σωματική άσκηση.

Μερικές φορές ο αυτοπροκαλούμενος έμετος εξελίσσεται σε αυτοσκοπό, έτσι ώστε το βουλιμικό άτομο τρώει ίσα-ίσα για να κάνει εμετό, ακόμη και με μικρή λήψη τροφής. Οι συνέπειες της Ψυχογενούς Βουλιμίας αφορούν κάποτε προβλήματα τόσο στο επίπεδο της κοινωνικής και ακαδημαϊκής ή

επαγγελματικής λειτουργικότητας, αλλά και στο οικονομικό ,αν σκεφτεί κανείς πως κάποιες έφηβες ή νεαρές ενήλικες μπορεί να ξοδεύουν όλα τους τα χρήματα στο φαγητό, όσο και σε θέματα σωματικής υγείας. Η κατάχρηση εμέτων και καθαρτικών, ιδιαίτερα στα χρόνια και βαριά περιστατικά, έχει σα συνέπεια, τη διαταραχή των ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας του σώματος, κάτι που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την καρδιά (αρρυθμίες, αιφνίδιος θάνατος), τα νεφρά, και το αίμα (αναιμία), γαστρίτιδα και έλκος στο στομάχι, οισοφαγίτιδα, διόγκωση των παρωτίδων, καταστροφή των δοντιών. Η ΨΒ δεν είναι τόσο βαριά διαταραχή, όσο η Ψυχογενής Ανορεξία, δεν έχουμε όμως επαρκή στοιχεία για τη θνησιμότητά της, που πάντως υπάρχει. (Κονταξάκης 2007, Γεωργιτισοπούλου – Παπατάτσιου 2012, Palmer 2006).

Σ' ότι αφορά την εξέλιξη της, σε ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων η ΨΒ υποχωρεί από μόνη της μετά από κάποιους μήνες. Σε ένα μικρό ποσοστό όμως η κατάσταση χρονίζει και η διαταραχή διαρκεί χρόνια με εξάρσεις και υφέσεις. Η ΨΒ είναι πολύ πιο συχνή σε γυναίκες (περίπου 90%), με ηλικία έναρξης συνήθως την εφηβεία και μπορεί να προσβάλλει το 1-2% του γυναικείου πληθυσμού, με υψηλότερα ποσοστά σε κάποιες ηλικιακές ομάδες (5-19% σε σπουδάστριες), αν και σ' αυτές τις νεαρότερες ηλικίες δεν είναι τόσο αυτή καθ' αυτή η ΨΒ που ανεβάζει τα ποσοστά, όσο κάποιες βουλιμικές συμπεριφορές με τις οποίες μια έφηβη μπορεί να πειραματίζεται. Η συχνότητα της Ψυχογενούς βουλιμίας, όπως και της Ψυχογενούς Ανορεξίας, φαίνεται πως τα τελευταία χρόνια αυξάνεται σημαντικά. Η Νευρογενής Βουλιμία θεωρείται ψυχογενής νόσος και υπάρχουν διάφορα θεωρητικά πλαίσια εξήγησής της. (Feldman 2011, Sadock – Kaplan 2004, Καλύβα 2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : Η ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Πολλά πράγματα πυροδοτούν τα επεισόδια βουλιμίας. Μια μελέτη που διεξήχθη το 1982 στην Αυστραλία έφερε στο φως διάφορες αιτίες προκλήση τους. (Γεωργιτσοπούλου– Παπατάτσιου 2012, Δαρδάνος 2010, Καραγιανόπουλος 2011, Κονγκερ Τζων 2008)

4.1 Διατροφικές μεταβολές στην εφηβεία

Η εφηβική ηλικία είναι μια έντονα αναβολική περίοδος και, όπως είναι φυσικό, υπάρχει τεράστια ανάγκη για κάλυψη διατροφικών αναγκών για πλήρη επάρκεια. Η περιορισμένη πρόσληψη κάποιων θρεπτικών συστατικών μπορεί να επηρεάσει και να καθυστερήσει τη φυσιολογική ανάπτυξη. Έρευνες έχουν διαπιστώσει μειωμένο βάρος σε παιδιά που ακολουθούσαν χορτοφαγικές δίαιτες, αυστηρές σε περιορισμό λίπους και απλών υδατανθράκων. Ακόμη, η έντονη φυσική δραστηριότητα καθώς και πολλές διακυμάνσεις της ψυχολογικής κατάστασης σε αυτή την ηλικία εντείνουν ακόμη περισσότερο τις ανάγκες σε κάποια θρεπτικά συστατικά. Ειδικότερα τα κορίτσια σε αυτή την ηλικία εμφανίζουν συχνότερα ψυχολογικά προβλήματα σχετικά με το φαγητό, όπως η κατάσταση της βουλιμίας, της νευρικής ανορεξίας, της παχυσαρκίας κτλ.

Πρόκειται για διαταραχές που συνήθως εμφανίζονται σε εφήβους. Η νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από ελλιπή πρόσληψη τροφής, ενώ η νευρική βουλιμία από υπερβολική κατανάλωση φαγητού με την εκούσια ή ακούσια πρόκληση εμέτου. Η υπερβολική ενασχόληση με την απώλεια βάρους που οδηγεί σε υπερβολικές δίαιτες, στην τακτική πρόκληση εμέτου, στην χρήση φαρμάκων και σε άλλες μεθόδους, μπορεί να κλονίσει σοβαρά την υγεία ενός εφήβου και έχει επιπτώσεις στην ανάπτυξη του, στην υγεία του και στη μετέπειτα εξέλιξη του. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι απαραίτητη η βοήθεια της οικογένειας και του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος, καθώς και ειδικού ψυχολόγου για την αποκατάσταση της σωστής διατροφής. (Beardsworth. – Keli 2008, Giddens 2007)

4.2 Αίτια βουλιμίας εφήβου

Κοινωνικοί, ψυχολογικοί και σωματικοί παράγοντες φαίνεται πως παίζουν ρόλο στην πρόκληση προβλημάτων βουλιμίας. Η ψυχογενής βουλιμία είναι πρόσφατο φαινόμενο και παρατηρείται μόνο σε ορισμένες χώρες. Αυτό υποδηλώνει πως οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κατέχουν κάποια θέση στην εκδήλωση της διαταραχής. Καθώς περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως οι μολυσματικές ασθένειες μπορούν να αποκλειστούν, η πρόσφατη εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας μπορεί κάλλιστα να αποδοθεί σε κοινωνικούς παράγοντες. Ορισμένοι ψυχολογικοί παράγοντες που έρχονται στο προσκήνιο είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η τελειομανία. Όλων των ειδών τα δυσάρεστα συναισθήματα μπορούν να προκαλέσουν επεισόδια βουλιμίας όπως, για παράδειγμα, η κατάθλιψη που αποτελεί ένα ιδιαίτερο ισχυρό ερέθισμα. Άλλα συναισθήματα που μπορεί να αποτελέσουν αίτια εκδηλώσεις ενός επεισοδίου είναι το άγχος, η απόγνωση, η μοναξιά, η πλήξη, ο εκνευρισμός και ο θυμός. Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, τα άτομα που παρουσιάζουν επεισόδια βουλιμίας τρώνε πάντα στα κρυφά. Για εκείνους που είναι πιο επιρρεπείς στη βουλιμία, το να είναι μόνοι τους συνιστά κίνδυνο καθώς εκλείπουν οποιοδήποτε κοινωνικοί περιορισμοί που θα μπορούσαν να αναστείλουν ένα επεισόδιο της. Αν συν τοις άλλοις το άτομο είναι και εκ φύσεως μοναχικό, ο κίνδυνος είναι ακόμη μεγαλύτερος. (Health and Addictions.) Τέλος , τα γενετικά κληρονομημένα χαρακτηριστικά φαίνεται επίσης πως συμβάλλουν, αυτό σημαίνει πως ακόμη και οι σωματικοί παίζουν κάποιο ρόλο. (Κουρκούτας 2011, Σίμος 2006, Σολδάτος - Λύκουρας 2006, Sadock – Kaplan 2004)

4.2.1 Το αίσθημα του υπερβολικού βάρους

Το αίσθημα του υπερβολικού βάρους αποτελεί μια ιδιαίτερη μορφή δυσάρεστης διάθεσης που συναντάται στους ανθρώπους που ανησυχούν για τη σιλουέτα τους. Μπορεί να προκαλέσει βουλιμία.

Οι περισσότεροι άνθρωποι που ανησυχούν για τη εξωτερική εμφάνιση τους, αντιδρούν άσχημα και στην παραμικρή αύξηση του σωματικού τους βάρους. Ακόμη και μισό επιπλέον κιλό μπορεί να προκαλέσει αρνητική αντίδραση. Συνήθες είναι το φαινόμενο να εγκαταλείπουν κάθε προσπάθεια ελέγχου του φαγητού και να καταλήγουν σε βουλιμικό επεισόδιο. Πολλοί άνθρωποι που πάσχουν από βουλιμία τρώνε λίγο όταν δεν έχουν τέτοια επεισόδια. Η στέρηση μπορεί να έχει ανεπιθύμητες συνέπειες, κάτι που ισχύει και για τους ανθρώπους που δεν τρώνε τίποτα, οι οποίοι νιώθουν μια σωματική και ψυχολογική πίεση να φάνε. Μόλις αρχίσουν, εκείνοι που είναι επιρρεπείς στη βουλιμία δυσκολεύονται να σταματήσουν. (Health and Addictions.)

4.2.2 Παραβίαση του διαιτητικού κανόνα

Πολλοί άνθρωποι που υποφέρουν από βουλιμία κάνουν συγκεκριμένη δίαιτα. Για παράδειγμα, πολύ συχνά ακολουθούν αυστηρούς κανόνες σχετικά με το πότε και πόσο πρέπει να φάνε. Επιπλέον, μπορεί να υπολογίζουν τι πρέπει να φάνε, έχοντας αποκλείσει τροφές που θεωρούνται << παχυντικές >>. Η παραβίαση ενός διαιτητικού κανόνα συνήθως οδηγεί σε επεισόδιο βουλιμίας. (Health and Addictions.)

4.2.3 Έλλειψη οργάνωσης του χρόνου

Η έλλειψη οργάνωσης κατά τη διάρκεια της μέρας κάνει ορισμένους ανθρώπους επιρρεπείς σε επεισόδια βουλιμίας, ενώ ένα καλό πρόγραμμα λειτουργεί προστατευτικά. Η έλλειψη οργάνωσης μπορεί να συνοδεύεται από συναισθήματα πλήξης, μιας δυσάρεστης συναισθηματικής κατάστασης που προκαλεί την έναρξη επεισοδίων βουλιμίας. (Health and Addictions.)

4.2.4 Προεμμηνορυσιακή υπερένταση

Το προεμμηνορυσιακό σύνδρομο(ΠΜΣ) περιλαμβάνει διάφορα συναισθηματικά και σωματικά συμπτώματα τα οποία παρατηρούνται μερικές μέρες ή εβδομάδες πριν από την έμμηνο ρύση. Οι περισσότερες από τις γυναίκες δε θεωρούν αυτά τα συμπτώματα σοβαρά ή ικανά να αλλάξουν τον καθημερινό τους ρυθμό. Το ΠΜΣ χαρακτηρίζεται από κακή διάθεση και αλλαγές στη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της εβδομάδας που προηγείται της εμμηνορυσίας. Ο όρος προεμμηνορυσιακό σύνδρομο χρησιμοποιήθηκε το 1953, αν και το σύνδρομο είχε περιγραφεί το 1931 από τον γυναικολόγο T. Frank σαν μια απεριγράπτη ένταση 10 έως και 7 μέρες πριν την εμμηνορυσία. Οι ασθενείς παραπονούνται για υπερένταση, ευερέθιστη διάθεση και παράξενες σκέψεις. Μία με δύο ώρες μετά την έναρξη της εμμηνου ρύσεως όλα τα συμπτώματα υποχωρούν. Η παραπάνω περιγραφή θα μπορούσε να είναι ίδια αν είχε γίνει σήμερα. Από τότε έχουν προταθεί διάφοροι τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισης με σημαντικά ή όχι αποτελέσματα. Παρ' όλα αυτά η αιτία αυτής της διαταραχής δεν έχει διευκρινισθεί. Βέβαια υπήρξε πρόοδος στον τομέα της διάγνωσης, στην ταυτοποίηση των εμπλεκόμενων παραγόντων και στην προβολή ικανοποιητικών αποτελεσμάτων από τις διάφορες θεραπείες. Το άρθρο αυτό στοχεύει στο να καταδείξει την κλινική πλευρά του προεμμηνορυσιακού συνδρόμου και των κριτηρίων διάγνωσης και να ενημερώσει για τις σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις. (Bullock – Markwell 2008, Blos 2007, Bendish 2009)

4.3 Επιδημιολογικά στοιχεία βουλιμίας στην εφηβεία

Τις δυο τελευταίες δεκαετίες, τα παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα διατροφικών διαταραχών, έχουν τραβήξει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών και έχουν διεξαχθεί έρευνες, προκειμένου να γίνουν μελέτες, για την εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής (ψυχογενούς βουλιμίας) στην εφηβεία.

Είναι γεγονός ότι η εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία είναι πολύ σπάνια και δεν έχει διαπιστωθεί από τους ειδικούς

να έχουν απευθυνθεί για θεραπεία, οι άνθρωποι αυτής της ηλικίας. Είναι πολύ ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι πολλές βουλιμικές γυναίκες που για τυπικούς λόγους απευθύνονται για θεραπεία, πολλά χρόνια αφού έχουν παρουσιάσει τη διαταραχή, αναφέρουν συχνά ότι η βουλιμία άρχισε να τους εμφανίζεται στην πρώιμη ενηλικίωση. (Γεωργιτισοπούλου – Παπατάτσιου 2012, Καλύβα 2008)

Ωστόσο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι πολλές μελέτες σε μαθητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης δείχνουν ότι ήδη από προεφηβική και την εφηβική ηλικία, το 45% των παιδιών εφήβων επιθυμούν να γίνουν πιο λεπτόσωμα, το 37% προσπαθεί να χάσει βάρος και το 6,9% έχει ήδη ακολουθήσει παθολογικές διατροφικές συνήθειες.

4.4 Κλινική εικόνα βουλιμίας στην εφηβεία

Η απώλεια του ελέγχου είναι κυρίαρχο στοιχείο της βουλιμίας, αλλά διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Ορισμένοι νιώθουν κάτι τέτοιο πολύ πριν αρχίσουν να τρώνε. Σε κάποιους άλλους εξελίσσεται σιγά σιγά καθώς αρχίζουν, ή μπορεί να εκδηλωθεί ξαφνικά καθώς συνειδητοποιούν ότι έχουν φάει πολύ.

Είναι αξιωσημείωτο το γεγονός ότι ορισμένοι άνθρωποι που υποφέρουν από βουλιμία για πολλά χρόνια, δηλώνουν πως η αίσθηση της απώλειας του ελέγχου έχει εξασθενήσει με τον καιρό, γιατί η εμπειρία τους έχει διδάξει πως η βουλιμία τους είναι αναπόφευκτη, κι έτσι δεν προσπαθούν πια να της αντισταθούν. (Gilbert 2000, Γεωργιτισοπούλου – Παπατάτσιου 2012, Davison - Neale 1994, Flament – Jeament 2000).

Ορισμένοι μάλιστα προγραμματίζουν τα αναπόφευκτα γεύματά τους. Ο προγραμματισμός επιτρέπει σ' αυτά τα άτομα να ασκήσουν κάποιον έλεγχο στο πότε και πού θα επιδοθούν στη βουλιμία τους, ελαχιστοποιώντας έτσι την παρεμπόδιση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων. Νιώθουν λοιπόν πως στην πραγματικότητα δεν έχουν χάσει τον έλεγχο. Αυτό ωστόσο δεν ισχύει, καθώς είναι ανίκανοι να σταματήσουν τη βουλιμία τους. Επιπλέον, πολλοί

αναφέρουν πώς από τη στιγμή που αρχίζουν να τρώνε, δεν μπορούν να σταματήσουν. (Beardsworth. – Keli 2008, Giddens 2007)

Το ίδιο ακριβώς ισχύει ακόμη και στην περίπτωση που το βουλιμικό τους επεισόδιο διακόπτεται. Μπορεί να τους τελειώσει το φαγητό, να χτυπήσει το τηλέφωνο ή το κουδούνι. Στην περίπτωση αυτή, οι βουλιμικοί ξαναρχίζουν να τρώνε μετά τη διακοπή, ένα <<μικρό διάλειμμα>>.

Τελος, η κλινική εικόνα της ψυχογενούς βουλιμίας παρουσιάζει 4 βασικά χαρακτηριστικά στοιχεία:

1. Υπερβάλλουσα σημασία στην εικόνα του σώματος ως μια προσδοκία βελτίωσης του αισθήματος αυτοεκτίμησης.
2. Υιοθέτηση περιοριστικών διατροφικών συνηθειών, συχνά σε υπερβάλλοντα βαθμό προκειμένου να υπάρχει έλεγχος του σωματικού βάρους.
3. Ο υπερβολικός διατροφικός περιορισμός γίνεται έμμονη ιδέα και οδηγεί στα επεισόδια αδηφαγίας.
4. Η υιοθέτηση συνηθειών, όπως ο αυτοπροκαλούμενος έμετος και η λήψη καθαρτικών και διουρητικών, πραγματοποιείται για να «ελεγχθούν» τα αισθήματα ενοχής μετά τα επεισόδια αδηφαγίας. Η επακόλουθη αίσθηση της χαμηλής αυτοεκτίμησης τείνει να διαιωνίζει τον κύκλο της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς.

4.5 Ψυχολογικές διαταραχές στους εφήβους με βουλιμία

Κατά τους Feldman (2011), Δαρδάνο (2013) αλλά και Σίμος (2006) τα παρακάτω αποτελούν τις βασικές βιοψυχολογικές διαταραχές που είναι πιθανόν να παρουσιαστούν στα άτομα με βουλιμία:

- ✓ Μόνιμη διάθεση κατάθλιψης ή απόγνωσης.
- ✓ Διαταραχές ύπνου και φαγητού.
- ✓ Μείωση της σχολικής επίδοσης.

- ✓ Σταδιακή κοινωνική απόσυρση και αυξανόμενη απομόνωση απ'τους άλλους.
- ✓ Διακοπή της επικοινωνίας με τους γονείς και άλλα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του νέου ατόμου.
- ✓ Ιστορικό προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας ή ατυχήματα.
- ✓ Φαινομενικά ριψοκίνδυνη, αυτοκαταστροφική και μη χαρακτηριστική – για το άτομο- συμπεριφορά, όπως σοβαρή χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ, ριψοκίνδυνο οδήγημα.
- ✓ Φράσεις όπως << Μακάρι να μην υπήρχα>> ή << Γιατί να ζώ;>>
- ✓ Ερωτήσεις για τις θανατηφόρες ιδιότητες των ναρκωτικών, των δηλητηρίων και των όπλων.
- ✓ Θλιβερά γεγονότα στη ζωή του νέου ατόμου, όπως σχολική αποτυχία, διάλυση ενός ερωτικού δεσμού, απώλεια αγαπημένου προσώπου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΕΦΗΒΟΥ ΜΕ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

5.1 Πρόκληση εμετού

Η πρόκληση εμέτου αποτελεί σύνηθες χαρακτηριστικό της ψυχογενούς βουλιμίας. Παρατηρείται ακόμη και κατά την ψυχογενή ανορεξία, ιδιαίτερα στα άτομα που παρουσιάζουν επεισόδια βουλιμίας. Εφαρμόζεται επίσης 1 στους 10 υπέρβαρους ανθρώπους με επεισόδια βουλιμίας, αλλά σποραδικά και όχι σε τακτική βάση. Όπως είναι φυσικό, η συχνή πρόκληση εμέτου έχει διάφορες σωματικές συνέπειες που παρατηρούνται κυρίως σε ανθρώπους που ακολουθούν για αρκετό διάστημα σ' αυτή την τακτική. Ορισμένες από αυτές μπορούν να γίνουν επικίνδυνες. (Καλύβα 2008, Κουρκούτας 2011, Σίμος 2006, Δαρδάνος 2010)

5.1.1 Φθορά των δοντιών

Η επανειλημμένη πρόκληση εμέτου για ένα μακρύ χρονικό διάστημα φθείρει τα δόντια, διαβρώνοντας 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 έμετο. Το ξέπλυμα του στόματος με νερό μετά απ'αυτήν την επιβλαβή συνήθεια θεωρείται πως, αντι να καθυστερεί, επιταχύνει τη φθορά των δοντιών. (Καλύβα 2008, Κουρκούτας 2011, Σίμος 2006, Δαρδάνος 2010)

5.1.2 Διόγκωση των σιελογόνων αδένων

Γύρω από το στόμα υπάρχουν αδένες που παράγουν το σάλιο. Σε ορισμένους ανθρώπους που προκαλούν έμετο αυτοί οι αδένες πρήζονται σιγά σιγά. Το πρήξιμο αυτό είναι ανώδυνο, αλλά μπορεί να αυξήσει την παραγωγή σάλιου. Συνήθως πρήζονται περισσότερο οι παρωτιδικοί αδένες (αυτοί που προσβάλλονται στην περίπτωση της παρωτίδας), δίνοντας στο πρόσωπο μια στρογγυλή, στρουμπουλή όψη. Οι άνθρωποι με πρησμένες παρωτίδες, έχουν την τάση να βλέπουν το πρόσωπο τους << παχουλό >> και θεωρούν ότι έτσι είναι και όλο τους το σώμα. Φυσικά, αυτό αυξάνει την ανησυχία τους για την εμφάνιση και το βάρος τους, διαιωνίζοντας έτσι το πρόβλημα πρόληψης τροφής. Το πρήξιμο των σιελογόνων αδένων είναι αναστρέψιμο και υποχωρεί προοδευτικά καθώς οι διατροφικές συνήθειες βελτιώνονται. (Καλύβα 2008, Κουρκούτας 2011, Σίμος 2006, Δαρδάνος 2010)

5.1.3 Επιπτώσεις στο φάρυγγα

Οι περισσότεροι άνθρωποι προκαλούν έμετο ερεθίζοντας μηχανικά το φαρυγγικό αντανακλαστικό τους. Αυτό μπορεί να προκαλεί 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. (Καλύβα 2008, Κουρκούτας 2011, Σίμος 2006, Δαρδάνος 2010)

5.1.4 Επιπτώσεις στον οισοφάγο

Πολύ σπάνια η βίαιη πρόκληση εμετού οδηγεί σε αποκόλληση και σε αιμορραγία του τοιχώματος του οισοφάγου, του σωλήνα που εκτείνεται από το στόμα ως το στομάχι. Υπάρχει ένας πολύ μικρός κίνδυνος ρήξης του οισοφάγου. Κάτι τέτοιο συνιστά επείγον ιατρικό περιστατικό. Η παρουσία μεγάλων ποσοτήτων φρέσκου αίματος στον έμετο πρέπει να λαμβάνεται

σοβαρά υπόψη και να εξασφαλίζεται άμεση ιατρική βοήθεια, αφού μπορεί να οφείλεται σε τραυματισμό του οισοφάγου. (Καλύβα 2008, Κουρκούτας 2011, Σίμος 2006, Δαρδάνος 2003)

5.1.5 Επιπτώσεις στα χέρια

Μια άλλη μηχανική συνέπεια της πρόκλησης εμέτου παρατηρείται σε ορισμένους ανθρώπους που χρησιμοποιούν τα δάχτυλα τους για να διεγείρουν το φαρυγγικό αντανακλαστικό τους. Προκαλείται φθορά στο δέρμα, πάνω από την άρθρωση των δακτύλων του χεριού που χρησιμοποιεί κάθε φορά το άτομο. Στην αρχή εμφανίζονται γδαρσίματα στο χέρι και τελικά σχηματίζονται ουλές. Πρόκειται για μια ιδιαίτερα χαρακτηριστική ανωμαλία, γνωστή στην ιατρική ως <<σημάδι του Ράσελ>>, γιατί πρώτος το περιέγραψε ο καθηγητής Τζεραλντ Ράσελ από το Λονδίνο στη γνωστή μελέτη του για την ψυχογενή βουλιμία. (Καλύβα 2008, Κουρκούτας 2001, Σίμος 1996, Agras 1987, Andersen 1995)

5.1.6 Ηλεκτρολυτικές Διαταραχές

Οι συνέπειες της συχνής πρόκλησης εμέτου μπορεί να είναι σοβαρές, ιδιαίτερα στην περίπτωση των ατόμων που προσπαθούν να <<καθαρίσουν >>το στομάχι τους, πίνοντας συνεχώς υγρά και κάνοντας έμετο έως ότου αυτός δεν περιέχει πια καθόλου τροφές. Η ισοροπία 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 υποκαλιαιμία (χαμηλό κάλιο) καθώς μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακές αρρυθμίες.

Κατά τους Brownell (2005), Davison- Neale. (2004) Agras (2007), τα συμπτώματα της διαταραχής υγρών ή ηλεκτρολυτών περιλαμβάνουν υπερβολική δίψα, ζάλη, κατακράτηση υγρών που προκαλεί πρήξιμο των ποδιών και χεριών, αδυναμία και λήθαργο, μυικές συστολές και σπασμούς. Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι οι μισές γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία αποδεικνύεται πως παρουσιάζουν κάποιου είδους διαταραχή των ηλεκτρολυτών και σωματικών τους υγρών, οι περισσότερες δεν εκδηλώνουν κανένα απ' αυτά τα συμπτώματα και η ηλεκτρολυτική τους διαταραχή είναι ήπια. Πρέπει ακόμη να σημειώσουμε πως όλα αυτά τα συμπτώματα μπορεί να οφείλονται και σε άλλες αιτίες. Αυτού του είδους οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές είναι αναστρέψιμες και εξαφανίζονται αμέσως μόλις το άτομο εγκαταλείψει τη συνήθεια του να προκαλεί έμετο. Σπάνια απαιτούν θεραπεία. Οποιαδήποτε μορφή της όμως πρέπει να επιβλέπεται από γιατρό. Για παράδειγμα, καλό είναι να μην παίρνετε συμπληρώματα καλίου χωρίς να κάνετε τακτικές εξετάσεις αίματος. Ένας μικρός αριθμός ανθρώπων προκαλούν έμετο με χημικούς τρόπους, όπως πίνοντας αλατόνερο. Αυτό πρέπει να αποφεύγεται, κυρίως γιατί αποτελεί μια ακόμη αιτία ηλεκτρολυτικής διαταραχής. Κάποιοι άλλοι αγοράζουν σιρόπια που περιέχουν Ιπεκακουάνα για να προκαλέσουν έμετο. Πρόκειται για μια επικίνδυνη συνήθεια, καθώς η μακροχρόνια χρήση έχει ορισμένες τοξικές συνέπειες.

5.1.7 Κατάχρηση καθαρτικών

Τα βουλιμικά άτομα παίρνουν καθαρτικά για να διαμορφώσουν το βάρος και τη σιλουέτα τους, αν και δεν ακολουθούν τη τακτική αυτή συχνότερα απ' ότι την πρόκληση εμέτου, ενώ εφαρμόζεται κυρίως από γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία. Ορισμένες παίρνουν πολύ μεγάλες ποσότητες, που μπορεί να φτάσουν τα 50 ή 100 τη φορά. Ανεξάρτητα από την ποσότητα τα καθαρτικά έχουν πολύ μικρή δραστηριότητα στην απορρόφηση θερμίδων. Δρουν στο χαμηλότερο μέρος του εντέρου, ενώ οι θερμίδες απορροφώνται ψηλότερα. Προκαλούν διάρροια και μια προσωρινή μείωση βάρους η οποία όμως οφείλεται αποκλειστικά στην

απώλεια υγρών. Το άτομο ξαναπαίρνει τα χαμένα κιλά σχεδόν αμέσως μόλις το σώμα επανυδατώνεται. (Gilbert 2008, Μεσσήνης 2009, Κατσιλάμπρος 2004)

Παρ' όλα αυτά, τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία θεωρούν αυτή την απώλεια βάρους ικανοποιητική, καθώς πιστεύουν ότι αποτελεί απόδειξη της αποτελεσματικότητάς τους στην απορρόφηση θερμίδων, που αποτελεί τον κύριο λόγο για τον οποίο επιμένουν στη λήψη καθαρτικών. Όπως και με την τεχνική της πρόκλησης εμέτου, διερωτάται κανείς πόσοι άνθρωποι δεν θα άρχιζαν ποτέ την κατάχρηση καθαρτικών αν γνώριζαν πόσο άχρηστα είναι.

Η κατάχρηση καθαρτικών όπως και η πρόκληση εμέτου προκαλούν ποικίλες ανωμαλίες των υγρών και των ηλεκτρολυτών του σώματος με συμπτώματα σαν αυτά που μόλις περιγράψαμε. Τα άτομα που προκαλούν έμετο και κάνουν κατάχρηση καθαρτικών διατρέχουν υψηλό κίνδυνο. 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 αναστρέψιμες. Κάποιος που έχει κάνει τακτική χρήση τους μπορεί να συγκρατήσει υγρά (νερό) για μια εβδομάδα ή περισσότερο μετά την απότομη διακοπή τους. Φυσικά, αυτό θα προκαλέσει προσωρινή αύξηση βάρους. (Καλύβα 2008, Κονταξάκης 2007, Καραγιανόπουλος 2011, Χασαπίδου– Φαχανίδου 2012)

5.1.8 Κατάχρηση διουρητικών

Ορισμένοι άνθρωποι παίρνουν διουρητικά, δηλαδή παρασκευάσματα που δεν χρειάζονται ιατρική συνταγή, ώστε να αλλάξουν τη σιλουέτα και το βάρος τους. Για ακόμα μια φορά αναφέρουμε ότι ματαιοπονούμε, καθώς τα διουρητικά δεν επεμβαίνουν στην απορρόφηση θερμίδων. Όπως τα καθαρτικά, έτσι και αυτά προκαλούν απώλεια υγρών, μέσω της μεγάλης παραγωγής ούρων, και έτσι δε δρουν παρά βραχυπρόθεσμα όσον αφορά το σωματικό βάρος. Όταν λαμβάνονται σε μεγάλες ποσότητες, μπορούν να προκαλέσουν αναστρέψιμη διαταραχή των υγρών και των ηλεκτρολυτών. Όπως και με τα καθαρτικά, τα άτομα που σταματούν τα διουρητικά μετά από τακτική χρήση τους, θα

καταλάβουν ότι επέρχεται μια προσωρινή κατακράτηση υγρών. Φυσικά, τότε δεν πρέπει να πάρουν κι άλλα διουρητικά, γιατί με τον τρόπο αυτό θα εμπλακούν σε ένα φαύλο κύκλο. (Σίμος 2009, Κονταξάκης 2007, Sadock – Kaplan 2004)

5.2 Η θεραπευτική αντιμετώπιση στα παιδιά και στους εφήβους

Σύμφωνα με τους Townsend (2006), Herber (2005), Agras (2007) και Σίμο (2006) η θεραπεία της βουλιμίας θα πρέπει να στοχεύει σε:

- I. Εγκατάσταση κανονικού προγράμματος διατροφής και διακοπή του φαύλου κύκλου υπερφαγίας- εμέτων.
- II. Τροποποίηση σκέψεων, πίστεων και συναισθημάτων που συντηρούν τη βουλιμική συμπεριφορά βάσει του γνωσιακού μοντέλου.
- III. Θεραπεία των ιατρικών επιπλοκών της βουλιμίας.
- IV. Αντιμετώπιση των συνυπαρχόντων ψυχιατρικών συμπτωμάτων που είναι συνήθη στη βουλιμία.
- V. Ψυχολογική προσέγγιση, με
 - Ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία:
 - Γνωσιακή- συμπεριφορική (θεραπεία εκλογής)
 - Διαπροσωπική
 - Ψυχοδυναμική
 - Οικογενειακή θεραπεία
 - Φάρμακα
 - Πρόληψη των υποτροπών, καθόσον η πορεία της νόσου χαρακτηρίζεται από περιόδους ύφεσης και έξαρσης.

Η παρουσία συναισθηματικών και οργανικών προβλημάτων στις περιπτώσεις διαταραχών διατροφής αποτελεί πολύπλευρη αντιμετώπιση. Η ιδανική αντιμετώπιση θα προυπέθετε τη συνεργασία τη συνεργασία ομάδας ειδικών στην οποία να συμμετέχουν νοσηλευτής, παθολόγος, διαιτολόγος και ψυχοθεραπευτής.

Στην περίπτωση που γίνει η διάγνωση κάποιας διαταραχής διατροφής και αποκλειστεί το ενδεχόμενο ύπαρξης κάποιου άλλου οργανικού προβλήματος, τότε ο ειδικός θα πρέπει να αποφασίσει για την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση την οποία θα ακολουθήσει. Σε κάθε περίπτωση όμως, η εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία είναι ιδιαίτερης σημασίας γιατί αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχούς έκβασης της θεραπευτικής προσπάθειας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η επίλυση ενδοοικογενειακών προβλημάτων που αφορούν τις σχέσεις του παιδιού με τους γονείς του, την ψυχοπαθολογία ή την απομόνωση της οικογένειας, μπορεί να είναι καθοριστικής σημασίας προκειμένου να ξεπεραστούν οι διαταραχές διατροφής. (Beardsworth. – Keli 2008, Giddens 2007)

Σήμερα, οι πιο αποτελεσματικές θεραπείες για τη ψυχογενή βουλιμία, είναι αυτές οι οποίες στηρίζονται σε γνωσιακές- συμπεριφορικές προσεγγίσεις. Η γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία ενθαρρύνει την εκδήλωση επιθυμητών μορφών συμπεριφοράς σε σχέση με το φαγητό, ενώ παράλληλα εστιάζεται στη τροποποίηση των διαταραγμένων και ανελαστικών αντιλήψεων που σχετίζονται με την ψυχαναγκαστική συμπεριφορά του ατόμου. Στόχος της γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας είναι η τροποποίηση των διαταραγμένων αντιλήψεων που σχετίζονται με το σχήμα και το βάρος του σώματος καθώς επίσης και η αντικατάσταση των διαιτητικών συνηθειών και των προσπαθειών κάθαρσης με πιο υγιείς διατροφικές συνήθειες και δραστηριότητες. (Σολδάτος Κ.- Λύκουρας Α. 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ ΜΕ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

6.1 Επικοινωνία- εκτίμηση αναγκών του εφήβου

Ο έφηβος είναι ανάγκη να κατατοπιστεί για τη φύση των προβλημάτων που θα συναντήσει – με σκοπό να προσαρμοστεί καλύτερα στις αλλαγές που αναπόφευκτα έρχονται στη ζωή του – το γεγονός είναι ένα: πως θα συναντήσει διαφορετικού τύπου δυσκολίες κυρίως γιατί αλλάζει ο εσωτερικός του κόσμος. Ο έφηβος δεν θεωρεί τον εαυτό του μικρό παιδί. Δεν νομίζει λοιπόν ότι πρέπει να υπακούει τυφλά και χωρίς καμία αντίρρηση τον πατέρα ή τη μητέρα του. Αρχίζει επίσης ο έφηβος να έχει αυτοσυναίσθηση της αξίας του και, όπως είναι φυσικό, διεκδικεί με μαχητικότητα και καμιά φορά, με φανατισμό, το φυσικό δικαίωμα να διευθύνει ο ίδιος τον εαυτό του και να καθορίζει τις πράξεις του. Το γεγονός ότι πρώτα νιώθει το ΕΓΩ του σαν κάτι ξεχωριστό, δίνει στον έφηβο για πρώτη φορά την ώθηση για ανεξάρτητη δράση. Έτσι την ελευθερία δράσης τη θεωρεί αναφαίρετο δικαίωμα του. Γρήγορα όμως ανακαλύπτει ότι πότε πότε δεν τα καταφέρνει και τόσο καλά όταν προσπαθεί να τακτοποιήσει μόνος του τις υποθέσεις του. Αισθάνεται, λοιπόν, πως χρειάζεται ακόμα τη βοήθεια των μεγαλύτερων του, την οποία όμως, για λόγους καθαρά ψυχολογικούς, σχεδόν την αποκλείει. (Beardsworth. – Keli 2008, Giddens 2007)

Αν θέλει κανείς να κάνει εχθρούς του τα παιδιά αυτής της ηλικίας, αν επιθυμεί να γίνει ιδιαίτερα αντιπαθητικός δεν έχει παρά να θεωρεί ή να φέρνεται στους εφήβους σα να είναι μικρά παιδιά. Ο εκπαιδευτικός πρέπει να προσέχει ιδιαίτερα τη συμπεριφορά του και να την ελέγχει, εσωτερικά, γιατί στο σημείο αυτό ο έφηβος είναι εξαιρετικά ευέξαπτος κι ευαίσθητος. Αντίθετα, ο έφηβος εκτιμά και σέβεται τους καθηγητές και γενικά, τους ενήλικες που του φέρνονται ευγενικά και που δείχνουν πως σέβονται την προσωπικότητα του με λόγια, αλλά, κυρίως με έργα. Ο έφηβος χρειάζεται πραγματικά τη βοήθεια των μεγαλύτερων για να αντιμετωπίσει με επιτυχία τις δυσκολίες που συναντά. Οι δυο από αυτές είναι διάφορα συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα αλλαγής. Είναι όμως η στάση του εφήβου τέτοια που να μη θέλει να του προσφέρουν έτοιμη τη λύση στο πρόβλημα του (γιατί σ' αυτό τον κάνει ανάκατο, στα ίδια του τα μάτια) και θίγεται ο εγωισμός του. Ο πατέρας ή η μητέρα ή ο εκπαιδευτικός χρειάζεται εδώ να εφαρμόσουν τη λογική :να

περιμένουν με διακριτικότητα και να αφήσουν να έλθει μόνος του ο έφηβος και να ζητήσει την τόσο αναγκαία. (Μάνος Ν. 2008)

Τα προβλήματα της εφηβικής ηλικίας είναι δυνατό να χωρίσουν ανάλογα με τα ενδιαφέροντα ή τις περιοχές όπου εξελίσσεται συναισθηματικά και κοινωνικά ο έφηβος στις εξής εννιά κατηγορίες : 1)Γενική συναισθηματική ωριμότητα, 2)Προσωπικός συναισθηματικός, 3)Σωματική ωριμότητα, 4)Ενδοοικογενειακός σχέσεις, 5)Πνευματική ωριμότητα, 6)Εκλογή επαγγέλματος, 7)Ελεύθερες ώρες, 8)Φιλοσοφία της ζωής και 9)η Εικόνα του ΕΓΩ. Τα προβλήματα αυτά είναι δυνατό να χαρακτηριστούν και ως σκοποί της εφηβικής ηλικίας, με την έννοια ότι ο εκπαιδευόμενος να επιδιώξει συνειδητά την εξέλιξη του εφήβου από το πρώτο στο δεύτερο. Αυτό, δεν είναι πολλές φορές τόσο εύκολο καθήκον να εξαρτιέται από πολλούς παράγοντες. Τα παραθέτουμε σε δυο και σε άλλες ώστε να μπορεί κανείς να κρίνει με μια ματιά την εξέλιξη του εφήβου, από την πρώτη ως την προχωρημένη εφηβική ηλικία. (Μάνος Ν. 2008)

Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές μπορεί να παρουσιάζουν έλλειψη σε ένα ή σε όλα τα θρεπτικά συστατικά, ανάλογα με την έκταση της ασθένειάς τους. Τα προβλήματα της σίτισης που περιγράφονται πιο κάτω είναι τα πλέον κοινά. Με την εξαίρεση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, ελλείψεις θρεπτικών στοιχείων είναι πιο συνήθεις στην νευρική ανορεξία απ' ότι στη βουλιμία. (Μάνος Ν. 2008)

Εκτίμηση της κατάστασης διατροφής στις διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνει:

ηλεκτρολυτών	<p>Αυτοπρόκληση εμέτων, κατάχρηση διουρητικών ή καθαρτικών</p> <p>Κλινική εξέταση</p> <p>Φτωχή ελαστικότητα δέρματος, αδυναμία, σημάδια αυτοπρόκλησης εμέτων όπως: διόγκωση παρωτίτιδων αδένων, διάβρωση αδαμαντίνης δοντιών, οισοφαγίτιδα, γαστρορραγία του ανώτερου γαστρεντερικού, φαρυγγίτιδα ή ερεθισμένος λαιμός, ταχυκαρδία, καρδιακές δυσρυθμίες, ερεθισμός πρωκτού.</p> <p>Εργαστηριακή ανάλυση</p> <p>Σημάδια παρατεταμένων ή συχνών εμέτων: -κάλιο ορού, + χλώριο σε μεταβολική αλκάλωση (pH αίματος >7,45, HCO_3^- >26 mEq/L, τα κόπρανα γίνονται ερυθρά με NaOH (λόγω παρουσίας φαινολοφθαλείνης, ενός συστατικού μερικών καθαρτικών), +BUN(αφυδάτωση)</p>
Πλημμελής πρόσληψη πρωτεΐνης-θερμίδων(PCM)	<p>Ιστορικό</p> <p>Υπερβολικά περιορισμένη πρόσληψη τροφής (ειδικότερα για μια περίοδο (PCM) αρκετών μηνών ή και ετών), αυτοπρόκλησης εμέτων, συχνά και παρατεταμένες περιόδους σωματικής άσκησης, κατάχρηση διουρητικών και καθαρτικών (αυτές οι τακτικές συνήθως δεν αναφέρονται και γι' αυτό πρέπει να βασιστούμε στην κλινική εξέταση, επέβλεπε διαταραγμένη ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών). Τα καθαρτικά δεν προκαλούν τόσο σοβαρή αναστολή της απορρόφησης να συμβεί απώλεια βάρους. Συνήθως οι επιδράσεις τους περιορίζονται στην απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών. Συχνές και παρατεταμένες περιόδους σωματικής άσκησης.</p> <p>Κλινική εξέταση</p> <p>Βάρος <90% του κανονικού για το ύψος (κανονικό για τους έφηβους = εκατοστιαία μονάδα του</p>

	<p>διαγράμματος ανάπτυξης) ή περισσότερα από 1 εκατοστιαία μονάδα μικρότερο από το ποσοστό του ύψους στο διάγραμμα ανάπτυξης (π.χ. εάν το ύψος είναι στην 75^η εκατοστιαία θέση και το βάρος <50), BMI<20, δερματική πτυχή τριφάλων <5η εκατοστιαία θέση, αμμηνόροια (μπορεί επίσης να έχουν αποτέλεσμα ψυχολογικού stress), οίδημα, αραίωση μαλλιών, αλλαγές στην υφή των τριχών.</p> <p>Εργαστηριακή ανάλυση -λευκωματίνη ορού, τρανσφερίνη ή προλευκοματίνη, -αριθμός λεμφοκυττάρων</p>
Ελλείψεις μεταλλικών στοιχείων Ψευδάργυρος (Zn)	<p>Ιστορικό Σοβαρός περιορισμός πρόσληψης τροφής, αυτοπρόκληση εμέτων για κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών.</p> <p>Κλινική εξέταση Αλλοιωμένη αίσθηση της γεύσης, αλωπεκία</p> <p>Εργαστηριακή ανάλυση -ψευδάργυρος ορού</p>
Χαλκός (Cu)	<p>Ιστορικό Σοβαρός περιορισμός πρόσληψης τροφής, αυτοπρόκληση εμέτων και κατάχρηση διουρητικών ή καθαρτικών.</p>

6.2 Πρόληψη του φαινομένου της βουλιμίας στους εφήβους

Ενημέρωση του εφήβου τέτοια ώστε να εστιάσει στα ουσιαστικά και σημαντικά επιτεύγματα της ζωής και όχι στην εμφάνιση. Να μάθει από μικρός ότι το φαγητό αποτελεί μια συγκεκριμένη απόλαυση, σε συγκεκριμένες ώρες και ποσότητες.

- Να τρώει με τις ώρες για να αποφύγει να κάνει τα μαθήματά του, διότι έτσι θα μάθει να χρησιμοποιεί το φαγητό σαν άλλοθι .
- Να αποφεύγουν οι μεγαλύτεροι να ασκούν κριτική στα κιλά του εφήβου.
- Οι έφηβοι πρέπει από μικροί να αποσυνδέουν την προσωπικότητα των άλλων ατόμων από τα κιλά τους, διαφορετικά θα κάνουν το ίδιο και με τα δικά τους κιλά.
- Ο πατέρας και η μητέρα πρέπει να καλλιεργούν κλίμα αλληλοσεβασμού και αλληλοϋποστήριξης στην οικογένεια. Να μην ασκούν σκληρή κριτική στο παιδί και να μην το προσβάλλουν.
- Να τον βοηθούν από πιο μικρή ηλικία ώστε να αντιμετωπίζει και να λύνει μόνος του τα προβλήματα που είναι στα μέτρα του.

Η δίαιτα είναι πρόδρομο σύμπτωμα της διαταραχής αλλά οι έφηβοι που κάνουν συχνά δίαιτες (κυρίως χωρίς καθοδήγηση ειδικών), έχουν πενταπλάσιες πιθανότητες να παρουσιάσουν κάποια στιγμή στη συνέχεια της ζωής τους διατροφικές διαταραχές-είτε ψυχογενή βουλιμία είτε ψυχογενή ανορεξία. Αν λοιπόν το παιδί είναι αποφασισμένο παρά τις αντιρρήσεις των γονιών να κάνει δίαιτα, τότε οι γονείς θα πρέπει τουλάχιστον να το στρέψουν σε μία δίαιτα υγιεινή και μετρημένη. Αν είναι πολύ στερητική το παιδί θα αποτύχει και θα απογοητευθεί. Η αποτυχημένη δίαιτα θα μειώσει ακόμα περισσότερο την αυτοεκτίμησή του. Για την κατάλληλη δίαιτα χρειάζεται διατροφολόγος και παιδίατρο. (Χασαπίδου Μ. – Φαχανίδου Αν. 2012)

6.3 Νοσηλευτική Παρέμβαση – Ψυχολογική υποστήριξη

Ο όρος διατροφική υποστήριξη αναφέρεται στην <<παροχή ειδικά σχεδιασμένων θρεπτικών συστατικών χορηγούμενων παρεντερικά ή εντερικά ώστε να διατηρηθεί ή να εγκατασταθεί η ιδανική διατροφική κατάσταση>>. Εντερική σίτιση είναι εκείνη που χορηγείται μέσα στο γαστρεντερικό σωλήνα, είτε από το στόμα ή από το σωλήνα. Παρεντερικά ή ενδοφλέβια σίτιση μπορεί να χορηγηθεί μέσω ενός κεντρικού φλεβικού καθετήρα ή περιφερικής φλέβας.

Η εντερική σίτιση συνήθως προτιμάται από την παρεντερική, όπου βέβαια αυτή είναι εφικτή. Ένα παλιό απόφθεγμα έλεγε, <<εάν το έντερο λειτουργεί χρησιμοποιήσετε>>. Η εντερική σίτιση είναι γενικά λιγότερο δαπανηρή και παρουσιάζει λιγότερο κίνδυνο ανάπτυξης σήψης σε σχέση με την παρεντερική σίτιση. Υπάρχουν όμως και φυσιολογικά πλεονεκτήματα της εντερικής σίτισης, όπως το ότι βοηθάει στη διατήρηση της ακεραιότητάς του εντερικού βλεννογόνου, ενός σημαντικού φραγμού για λοιμώδεις οργανισμούς. Ατροφία του εντερικού βλεννογόνου παρουσιάζεται συνήθως σε άτομα που διατρέφονται παρεντερικά. Επιπλέον, τα θρεπτικά συστατικά που χορηγούνται μέσω της εντερικής διατροφικής οδού απορροφώνται από την πυλαία φλέβα και από εντερικά λεμφαγγεία και μέσω αυτών μεταφέρονται στο ήπαρ πριν ελευθερωθούν από την κυκλοφορία. Το ήπαρ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό πολλών θρεπτικών συστατικών, στον έλεγχο των επιπέδων της γλυκόζης μετά από τη σίτιση του και στην αποθήκευση των υδατανθράκων υπο μορφή γλυκογόνου. Τα θρεπτικά συστατικά που χορηγούνται παρεντερικά εισέρχονται στη κυκλοφορία προτού παρουσιαστούν στο ήπαρ και αυτό μπορεί να επηρεάσει το μεταβολισμό τους. Λόγω των φυσιολογικών πλεονεκτημάτων της εντερικής σίτισης είναι συχνά επιθυμητό για τους ασθενείς που καταγράφονται παρεντερικά να λαμβάνουν επίσης και εντερική σίτιση, ακόμα και αν μόνο τα ποσοστά αυτής είναι ανεκτά. Η επιλογή της οδού και του τύπου της διατροφικής υποστήριξης βασίζονται στις ανάγκες του κάθε ασθενή. Η διατροφική υποστήριξη είναι μια εξειδικευμένη θεραπευτική πρακτική καθώς επίσης πολλών ειδικοτήτων λειτουργών της υγείας έχουν εκπαιδευτεί να εφαρμόζουν τη θεραπεία με τον ασφαλέστερο, πλέον αποδοτικό και οικονομικό τρόπο. (Giddens 2007)

Στόχοι της φροντίδας είναι για το άτομο ν'αλλάξει το βάρος του σιγά-σιγά, να μεταβάλλει με τέτοιο τρόπο τις συνήθειες της διατροφής του ώστε με μια σταδιακή αύξηση πρόσληψης τροφής μπορεί να γίνει φυσιολογικό, να διαχωρίζει τις διατροφικές συνήθειες από τα συναισθήματα και τα ψυχολογικά θέματα, να μάθει να διατηρεί ένα υγιές επίπεδο βάρους χωρίς να χρησιμοποιεί λανθασμένες διατροφικές και συμπεριφορικές συνήθειες, καθώς και να αναπτύξει αποτελεσματικότερες ικανότητες αντιμετώπισης του stress και άλλων προβλημάτων. (Μάνος Ν. 2008)

Επάνοδος του βάρους

- Η επαναφορά του βάρους του σώματος θα πρέπει να αποτελεί έναν κύριο στόχο στην πρώιμη αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών.
- Αύξηση του βάρους μπορεί από μόνη της να προκαλέσει βελτίωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, της ευερεθιστικότητας, της κοινωνικής απομόνωσης, της έμμηνης ρύσης και άλλων ενδοκρινικών ανωμαλιών.
- Ο βραχυπρόθεσμος στόχος είναι να κερδίσει κανείς αρκετό βάρος ώστε η έμμηνος ρύση να αποκατασταθεί αυτόματα και ένας μακροπρόθεσμος στόχος είναι το επίπεδο του βάρους να βρίσκεται στο 85% του αναμενόμενου για το ύψος.
- Τεχνητή εντερική σίτιση ή ολική παρεντερική σίτιση εφαρμόζονται συνήθως σε σοβαρές- επικίνδυνες για τη ζωή καταστάσεις και όχι ως τιμωρία γιατί κάποιος δεν τρώει. Η τεχνητή εντερική σίτιση ή ολική παρεντερική σίτιση επιδεινώνουν το αίσθημα της απώλειας του ελέγχου και μπορεί να καθυστερήσουν την αναρρωση.
- Οι βαθμιαίες αλλαγές στο βάρος και στις διατροφικές συνήθειες είναι συνήθως λιγότερο επώδυνες για τον ασθενή απ'ότι οι ξαφνικές, δραματικές αλλαγές. (Blos P. 2007)

Είναι γεγονός ότι για να θεωρηθεί οποιαδήποτε θεραπεία για την ψυχογενή βουλιμία αποτελεσματική, θα πρέπει η θεραπεία που ακολουθείται, να εξασφαλίζει μια μόνιμη βελτίωση. Μια αποτελεσματική θεραπεία θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει το σύνδρομο της ψυχογενούς βουλιμίας και παράλληλα πρέπει να βασίζεται στην αλλαγή της καθημερινής ζωής του ασθενούς, δηλαδή στις αλλαγές που παρατηρούνται στις σχέσεις του με τους άλλους και κυρίως με τον ίδιο του τον εαυτό. (Μάνος Ν. 2008)

Ένα αποτελεσματικό σχέδιο δράσης νοσηλευτικής παρέμβασης θα μπορούσε να περιλαμβάνει:

1. Την επανεξέταση και την μεταστροφή των προτύπων του βουλιμικού ατόμου, από

αισθητικά, σε πρότυπα υγείας.

2. Την αναγνώριση των αρνητικών σημείων και των παραγόντων πυροδότησης των παρορμήσεων, προκειμένου να προληφθούν οι υποτροπές.

3. Την επανάκτηση της αυτοεκτίμησης του βουλιμικού ατόμου, με την εμπιστοσύνη στις πραγματικές προσωπικές του δυνατότητες, την δημιουργία ρεαλιστικών στόχων και προτεραιοτήτων.

4. Την θετική ενδυνάμωση και αυτο-ενίσχυση της συμπεριφοράς του βουλιμικού ατόμου με την αποδοχή των παρακάτω θέσεων και στάσεων:

α) Ιδανικό και απόλυτο δεν υπάρχει.

β) Να μάθουν να δίνουν έμφαση στην βελτίωση της προσωπικότητας τους (προσπάθεια) και όχι στο απόλυτο ξεπέραςμα του στόχου (αποτέλεσμα).

γ) Να αποδεχτούν, ότι κάποιες φορές θα βιώνουν το συναίσθημα της νίκης-κατάκτησης, αλλά παράλληλα θα συνεργάζονται με την αποτυχία, η οποία θα φέρει επιτυχία στο επόμενο τους βήμα.

5. Την απαλλαγή από το σύνδρομο της «ακατάπαυστης» δίαιτας και την απόκτηση εφαρμογή υγιών διατροφικών συνηθειών, με την διατήρησή τους εφ' όρου ζωής.

6. Την ενημέρωση του ασθενούς για τις συνέπειες και παθολογικές επιπτώσεις για την υγεία, της ψυχογενούς βουλιμίας, ανορεξίας και της επεισοδιακής ανεξέλεγκτης πολυφαγίας.

7. Την ενίσχυση των τεχνικών αυτοελέγχου των διαιτητικών αποκλίσεων και του τρόπου αυτο-αξιολόγησης, με την εφαρμογή της αυτοπαρατήρησης των ημερήσιων διατροφικών και συναισθηματικών καταγραφών.

8. Την συστηματική ενασχόληση με τις δραστηριότητες μακριά από το σπίτι.

9. Την αλλαγή της στάσης του βουλιμικού ατόμου και την επανεκτίμηση του σωματικού βάρους, σε λογική-ρεαλιστική βάση.

10. Την αποφυγή της άρνησης και της συνεχούς απομόνωσης, με την αποδοχή της εικόνας του σώματος.

Η παραπάνω νοσηλευτική παρέμβαση μπορεί να υλοποιηθεί σε ειδικά καταρτισμένα κέντρα για την πρόληψη και θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Επειδή στον ελλαδικό χώρο δεν υπάρχουν πολλά κέντρα πρόληψης ή θεραπείας και επειδή το φαινόμενο της ψυχογενούς βουλιμίας αυξάνεται, σύμφωνα με τις έρευνες που έγιναν στο εξωτερικό, είναι αδήριτη

ανάγκη η δημιουργία ειδικών κέντρων για την πρόληψη και θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής στην Ελλάδα. (Flament-Seament 2010)

6.3.1 Εκπαίδευση εφήβου

Έλεγχος των τρόπων διατροφής και αποφυγή του τσιμπολογήματος.

- Ø Να αναγνωρίζει τις πράξεις εκείνες που μπορεί να χρησιμεύσουν ως περισπασμοί όπου οι πειρασμοί ή αρνητικά συναισθήματα δημιουργούν επιθυμία για τσιμπολογήματα, όπως είναι τα διάφορα χόμπυ, οι περίπατοι, τηλεφωνήματα σε φίλους, ασχολία με την κηπουρική ή τα οικιακά, τα ψώνια (όχι στα καταστήματα τροφίμων) ή η γυμναστική.
- Ø Να εντοπίζει τα σημάδια ή τα ερεθίσματα που οδηγούν σε πολυφαγία. Για παράδειγμα, εάν η πολυφαγία συμβαίνει συνήθως στην κουζίνα να αποφεύγουν να τρώνε στην κουζίνα και να τρώνε μόνο στην τραπεζαρία.
- Ø Να μάθουν ποιο είναι το κατάλληλο μέγεθος μιας μερίδας (χρησιμοποιώντας ζυγαριά, διαβαθμισμένα κύπελα ή μοντέλα τροφών) και καταναλώνουν μόνο αυτή την ποσότητα. Πολλά άτομα με διατροφικές διαταραχές έχουν περάσει την περισσότερη ώρα τους είτε τρώγοντας σχεδόν τίποτα ή καταβροχθίζοντας. Μπορεί να διαθέτουν ελάχιστες γνώσεις όσον αφορά το κανονικό μέγεθος της μερίδας.
- Ø Να αποφεύγουν τα επαναλαμβανόμενα σερβιρίσματα φαγητού,
- Ø Να περιορίζουν την κατανάλωση οινοπνευματωδών διότι προσθέτουν θερμίδες και μπορεί να μειώσουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς. (Fairburn Ch. 2009)

6.3.2 Αύξηση της αυτοπεποίθησης και των ικανοτήτων αντιμετώπισης προβλημάτων

- Το άτομο μπορεί να βοηθήσει ν'αναπτύξει μια καλύτερη εικόνα για τον εαυτό τους με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και καλύτερες τεχνικές επίλυσης προβλημάτων σε ομαδικές ή ατομικές θεραπείες.
- Οι λειτουργεί παρέχουν επιβράβευση για την πρόοδο που γίνεται προς την επίτευξη των στόχων του σωματικού βάρους και τη βελτίωση της αυτοπεποίθησης των κοινωνικών ικανοτήτων.
- Ο ασθενής και η ομάδα υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν ότι πιο εμφανή γυρίσματα είναι φυσιολογικά και θα πρέπει να γίνονται αποδεκτά με ηραμία.
- Οι κοινωνικές συνθήκες είναι συνήθως πολύ αγχωτικές για το άτομο με διατροφική διαταραχή. Πρέπει να μάθει σωστούς τρόπους αντιμετώπισης των διαπροσωπικών σχέσεων παρά να επικεντρώνεται στο φαγητό. (Feldman R.S. 2011)

6.4 ΚΑΘΙΕΡΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

- Ø Αρχικά για ένα άτομο υπερβολικά χαμηλού βάρους είναι ίσως απαραίτητο να ξεκινήσει κανείς με 800kcal/ημερησίως και να αυξάνει σταδιακά την ποσότητα ώστε να καταφέρει βαθμιαία αύξηση του βάρους. Για να βελτιώσει κανείς την ανοχή του ασθενούς στο φαγητό, είναι

προτιμότερο να διαμοιράσει την τροφή σε τουλάχιστον 4-5 γεύματα παρα σε μόνο τρία γεύματα την ημέρα.

- Ø Τα άτομα που πάσχουν από βουλιμία έχουν μια μεγάλη φοβία ότι θα χάσουν τον έλεγχο της διατροφής. Για να ξεπεράσει κανείς αυτόν τον φόβο χρειάζεται ένα πρόγραμμα που να παρέχει 3-4 γεύματα και 1-2 σνακστην ημέρα. Τους ζητιέται δε να μην τρώνε τίποτα άλλο που δεν περιλαμβάνεται στο πρόγραμμα διατροφής τους. Οι ασθενείς έχουν ανάγκη να νιώθουν ότι η ομάδα παροχής υγείας θα τους βοηθήσει να μην χασουν τον έλεγχο τους.
- Ø Λογικές συνέπειες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν τον ασθενή να ακολουθήσει το πρόγραμμα. Για παραδειγμα, μπορεί να περιοριστεί κάποιος στο κρεβάτι (για να ελαττώσει τις ενεργειακές ανάγκες) μέχρι να μπορέσει να επιδείξει μια σταθερή εικόνα αύξησης του βάρους. (Καλαντζή – Αζίζι Αν – Ευσταθίου Γ. 2010)

6.5 ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΟΔΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η πρόοδος και η συμπεριφορά θα πρέπει να ελέγχονται τακτικά. Ο ενδονοσοκομειακός έλεγχος (συνήθως στη νευρική ανορεξία) είναι πιο εντατικός απ'ότι ο εξωνοσοκομειακός. Το βάρος του σώματος πρέπει να ελέγχεται καθημερινά την ίδια πρωινή ώρα, αφού το άτομο έχει ενεργηθεί. Το ζύγισμα πρέπει να γίνεται με τα ίδια ελαφρά ρούχα (π.χ. νυχτικιά) κάθε φορά. (Μάνος Ν. 2008)

Το άτομο θα πρέπει να παρακολουθείται στενά κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ώστε να μπορεί να προστατευτεί και να ελαχιστοποιηθεί η απαιτούμενη θεραπεία. Παραδείγματα συμπεριφοράς που δείχνουν αδιαφορία για τη θεραπεία περιλαμβάνουν την απουσία από τις ομαδικές ασχολίες αμέσως μετά

τα γεύματα για αυτοπρόκληση εμετού, την αραίωση της συνθετικής σωληναριακής τροφής για να ελαττώσει κανείς τη θερμιδική πρόσληψη, το να φοράει επίτηδες κανείς βάρη κατά τη ζύγιση του σώματος, το να μην ενεργείται κανείς πριν από την καθημερινή ζύγιση ή το να κρύβει τροφές που δεν καταναλώνει.

Ο εξωνοσοκομειακός έλεγχος (ειδικότερα σε άτομα με βουλιμία) αυξάνει την υπευθυνότητα για τον αυτοέλεγχο. Τα άτομα πρέπει να ζυγίζονται μόνο μια φορά την εβδομάδα ώστε να διακόπτουν βλαβερές συνήθειες που συνοδεύουν τον έντονο φόβο τους για αύξηση του σωματικού τους βάρους.

Τα άτομα θα πρέπει να καταγράφουν όλες τις τροφές που καταναλώνονται, μαζί με το χρόνο, το μέρος και την ποσότητα. Πρέπει επίσης να καταγράφονται τα επεισόδια εμέτων καθώς και χρήσης διουρητικών ή καθαρτικών μέσων. Οι λειτουργείτης υγείας μαζί με τον ασθενή εκτιμούν τα στοιχεία αυτά για σημεία προόδου. (Καλύβα Ε. 2008)

6.6 Αρχές μιας θρεπτικής δίαιτας

- Ø Η δίαιτα πρέπει να είναι μέτρια σε πρωτεΐνη (12-20%) και χαμηλή σε λίπη (λιγότερο από 30%) με την ισορροπία των θερμίδων να προέρχεται από υδατάνθρακες.
- Ø Ο στόχος είναι να καθιερώσει κανείς τη συνήθεια εφαρμογής μιας θρεπτικής δίαιτας, ενώ παράλληλα να διατηρείται μια ισορροπία με την κατανάλωση της ενέργειας, έτσι ώστε να μην είναι απαραίτητο να προσφύγει σε βλαβερές συνήθειες όπως η αυτοπρόκληση εμέτων για τον έλεγχο του βάρους.
- Ø Οι αλλαγές θα πρέπει να γίνονται βαθμιαία ώστε να αποφευχθεί η υπερβολική ένταση. Τα φαγητά που συνήθως φοβάται κανείς (συνήθως αυτά που σχετίζονται με το τσιμπολόγημα) θα πρέπει να περιλαμβάνονται στη δίαιτα μόνο αφού η ανάρρωση είναι είδη προχωρημένη. (Κονταξάκης 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο :Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα εφήβου με Βουλιμία εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Περίπτωση 1^η:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Όνοματεπώνυμο ασθενή: Μαρία Χ.

Όνομα πατρός: Ηλίας

Ηλικία: 16 ετών

Τόπος γέννησης: Ιωάννινα

Επάγγελμα: Μαθήτρια

Ασφαλιστικός φορέας: ΟΓΑ

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος

Αριθμός προηγούμενων εισαγωγών: καμία

Ημερομηνία Εισαγωγής: 7/2/2014

Διάγνωση Εισαγωγής: βουλιμία

Πηγή ιστορικού: Ο ίδιος ο ασθενής

Ασθενής ονόματι Μαρία Χ., εισήλθε στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών με τη συνοδεία του πατέρα της και της μητέρας της, και έρχεται για θεραπεία ενώ έχει φτάσει 50kgf με ύψος 1,70. Η ασθενής προσέρχεται με τη θέλησή της, για να διερευνήσει τις διατεταμένες διαρροϊκές εκκενώσεις και την αδυναμία λόγω πολλών εμετών. Απο την αρχή φαίνεται ότι ο λόγος προσέλευσής της είναι η προτροπή-απειλή της οικογένειάς της ότι αν δεν γίνει καλά δεν την θέλουν στο σπίτι. Από το ιστορικό της αποκαλύπτονται οι έντονα διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς της (αυταρχικός πατέρας, παθητικο-επιθετική μητέρα), που κύριο μέλημά τους είχαν την κάλυψη των βασικών αναγκών της ασθενούς με απαίτηση την άριστη απόδοσή της στο σχολείο και την καριέρα της ως μοντέλου εφηβικών περιοδικών. Το πρώτο επεισόδιο βουλιμίας αναφέρεται σε ηλικία 15 ετών, το οποίο αρχικά ξεπεράστηκε χωρίς ιατρική βοήθεια.

Αναφέρθηκε ότι κρυφά από τους γονείς της αυτοπροκαλούσε έμμετο και λάμβανε καθαρτικά γιατί θεωρούσε λάθος που έτρωγε καποια γεύματα παραπάνω.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία εισόδου : 7/2/2014

Ωρα παραλαβής: 9:45πμ

Είδος Εισαγωγής: Επείγουσα

Τρόπος μεταφοράς: Περιπατητική

Συνοδεύεται από: Γονείς

Τις πληροφορίες δίνει: Ο ασθενής και οι γονείς

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Αλλεργίες: καμία

Λοιμώδη νοσήματα: κανένα

Χρόνια νοσήματα: κανένα

Προηγούμενη εισαγωγή στο νοσοκομείο- αίτια εισαγωγής: κανένα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πατέρας- Μητέρα

Αυταρχικός πατέρας, παθητικο-επιθετική μητέρα που κύριο μέλημά τους είχαν την κάλυψη των βασικών αναγκών της ασθενούς με απαίτηση την άριστη απόδοσή της τόσο στο σχολείο όσο και στο πανεπιστήμιο αργότερα. Δεν αναφέρεται κάποιο πρόβλημα υγείας των γονέων.

Σύζυγος- τέκνα: δεν έχει

Αδέρφια: 3

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Πιθανή διάγνωση εισόδου: Βουλιμία

Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή:

- Καταθλιπτική διάθεση
- Διάρροια
- Έμμετοι

Ζωτικά σημεία:

- Αρτηριακή Πίεση: 110/ 70
- Σφύξεις: 80/min
- Θερμοκρασία: 36,6 0C
- Αναπνοές: 10/min

ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΟΡΓΑΝΑ:

Ομιλία: καλή

Όραση: καλή

Ακοή: καλή

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ

Αναπνοή: Φυσιολογική

Βήχας: δεν βήχει

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΣ

Καρδιακός ρυθμός: ρυθμικός

ΠΕΠΤΙΚΟ

Δίαιτα: ελαφρά

Όρεξη: εναλλαγή μεταξύ βουλιμίας και ανορεξίας

Διαταραχές πεπτικού: ναυτία, έμμετοι

Κένωση εντέρου: διαρροϊκές κενώσεις

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

Φυσιολογικό

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ

Αυτοεξυπηρέτηση: ναι

Βάδιση: κανονική

Ιστορικό κατάγματος: δεξί αντιβράχιο

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ

Φυσιολογικό

ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ανήσυχος

Επικοινωνία: προφορική

ΝΕΥΡΙΚΟ

Αδυναμία

Επίπεδο συνείδησης: προσανατολισμένη(τόπος, χρόνος, πρόσωπα)

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Κάπνισμα: όχι

Χρήση οινοπνεύματος: όχι

Ύπνος(ώρες ανά 24ωρο): 8 ώρες

Ενδιαφέροντα: καλαθοσφαίριση

Ζει: με την οικογένεια της

ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Άγαμη: ναι

Αριθμός αδερφών: 3

Σχέση με την οικογένεια της: υποστηρικτική

Οικονομική κατάσταση: μέτρια

Φάρμακα που παίρνει: καθαρτικά και διουρητικά

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση- Εκτίμηση αποτελεσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Ναυτία-έμετοι (4εμετοί) αυτοπρόκληση εμετών 	<ul style="list-style-type: none"> • Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τη ναυτία και τους εμέτους . • Να απαλλαγεί ο ασθενής από τη ναυτία 	<ul style="list-style-type: none"> • Να διατηρηθεί το περιβάλλον του ασθενή καθαρό, απαλλαγμένο από μυρωδιές που επιτείνουν τον εμετό. • Ενθάρρυνση του ασθενή να παίρνει βαθιές και αργές αναπνοές όταν νιώθει ναυτία. • Να τοποθετηθεί νεφροειδές κοντά στον ασθενή για διευκόλυνση του. • Έγκαιρη 	<ul style="list-style-type: none"> • Το περιβάλλον του ασθενή διατηρείται καθαρό με συχνή καθαριότητα και απολύμανση του χώρου και χωρίς έντονες μυρωδιές • Ο ασθενής ενημερώθηκε και διδάχθηκε τις βαθιές και αργές αναπνοές όταν νιώθει ναυτία • Τοποθετήθηκε νεφροειδές στο κομοδίνο του ασθενή. • Απομακρύνθηκαν τα εμέσματα από τον ασθενή και έγινε καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας. • Καταγράφηκε η ποσότητα (300cc) και η ποιότητα των 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετά την IV χορήγηση της amp Primperan, υδροχλωρική μετοκλοπραμίδη, η οποία επιβραδύνει την κένωση του στομάχου και την διάβαση στο λεπτό έντερο, αυξάνει τον τόνο του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα και τον περισταλτισμό του στομάχου. Έχει ισχυρή κεντρική αντιεμετική δράση. Χορηγείται για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων ναυτίας και εμετών. • Η IV ένεση της amp

	<p>και τους εμέτους .</p> <p>ü Na προληφθεί η διαταραχή του θρεπτικού και του υδατοηλεκτρολυτικού ισοζυγίου.</p>	<p>απομάκρυνση των ερεσμάτων και φροντίδα της στοματικής κοιλότητας</p> <p>ü Na αξιολογείται και να καταγράφεται η ποιότητα, ποσότητα και τα χαρακτηριστικά των εμεσμάτων. Έγκαιρη ενημέρωση του θεράποντος ιατρού</p> <p>ü Na χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>ü Λήψη περιφερικού</p>	<p>εμεσμάτων (πρόσμιξη χολής). Ενημερώθηκε ο θεράπων ιατρός.</p> <p>ü Χορηγήθηκε 1 amp Primperan IV σε 100cc N/S (1x2) σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού.</p> <p>ü Έγινε λήψη περιφερικού φλεβικού αίματος. Καταγράφηκαν οι κάτωθι τιμές: - KCl : 132 mEq/L</p> <p>-NaCl: 3,4 mEq/L</p> <p>ü Ο ασθενής δεν μπορεί να λάβει υγρά δια του στόματος, καθώς κάνει εμετούς. Έγινε IV χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού. Συνεχίζεται η χορήγηση: -N/S 0,9% 1000cc + 2KCL + 2NaCL (1x2)</p> <p>-D/W 5% 1000cc +2KCL +2NaCL (1x1)</p>	<p>Primperan είχε κατασταλτική δράση. Ο ασθενής ως το τέλος της βάρδιας δεν έκανε άλλους εμετούς, ενώ η ναυτία υποχώρησε.</p> <p>ü Ο ασθενής ενυδατώνεται ικανοποιητικά με την IV χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>φλεβικού αίματος για γενική και βιοχημικό έλεγχο με σκοπό της ανεύρεση πιθανής διαταραχής των ηλεκτρολυτών.</p> <p>Û Να χορηγηθούν IV υγρά και ηλεκτρολύτες για την ενυδάτωση του ασθενή σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού.</p> <p>Û Μέτρηση και καταγραφή σε 24ωρη βάση των προσλαμβανόμενων και των αποβαλλόμενων υγρών</p>	<p>Û Έγινε ακριβής μέτρηση των προσλαμβανόμενων και των αποβαλλόμενων υγρών 24ώρου. Καταγράφηκαν: -3500cc προσλαμβανόμενα</p> <p>-3400cc αποβαλλόμενα υγρά</p> <p>Û Γίνεται λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων. Καταγράφονται οι κάτωθι τιμές:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Θερμοκρασία: 36,7⁰C - Αρτηριακή Πίεση: 90/70mm/Hg - Σφύξεις:73/min - Αναπνοές :22/min 	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		<p>Û Να ληφθούν και να καταγραφούν στο θερμομετρικό διάγραμμα τα ζωτικά σημεία του ασθενούς.</p>		
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση-αποτελεσματος	Εκτίμηση
<p>Û Διαρροϊκές κενώσεις εξαιτίας της χρήσης καθαρκτικών</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής ως το τέλος της βάρδιας να έχει λιγότερες διαρροϊ 	<ul style="list-style-type: none"> Να αξιολογηθεί και να καταγραφεί η ποιότητα, η ποσότητα, το χρώμα και η σύσταση των κενώσεων. Να ενημερωθεί ο 	<ul style="list-style-type: none"> Αξιολογήθηκε και καταγράφηκε η ποσότητα και η ποιότητα των κενώσεων. Ενημερώθηκε ο θεράπων ιατρός. Καταγράφηκε: <ul style="list-style-type: none"> -Ποσότητα: 900cc -Ποιότητα: υδαρή -Σύσταση: πρόσμιξη βλέννας 	<ul style="list-style-type: none"> Δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά ευρύματα στις κενώσεις. Ο ασθενής δεν παρουσίασε ερεθισμό στην περιπρωκτική περιοχή. Το Ercefuryl περιέχει νιφουροξαζίδη, η οποία είναι μια ουσία με αντιδιαρροϊκή δρ 	

v	<p>κές κενώσεις και πιο σχηματισμένα κόπρανα.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να ανακουφισθεί ο ασθενής από το διαρροϊκό σύνδρομο • Να απαλλαγεί ο 	<p>θεράπων ιατρός.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να ληφθούν μέτρα ατομικής υγιεινής, τοπική φροντίδα στην περιπρωκτική περιοχή του ασθενή και πρόληψη ερεθισμού της περιοχής πέριξ του πρωκτού. • Να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού. • Λήψη περιφερικού φλεβικού αίματος για γενική και 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε τοπική καθαριότητα με τη χρήση νερού και μαλακού σαπουνιού, εφαρμόστηκε τοπικά πέριξ του πρωκτού αλοιφή για φραγμό του δέρματος. • Χορηγήθηκε caps Ercefuryl 200mg (1x4) κατόπιν ιατρικής οδηγιάς. • Έγινε λήψη περιφερικού φλεβικού αίματος. Καταγράφηκαν οι κάτωθι τιμές: -KCl: 132mEq/L -NaCl: 3,4 mEq/L • Ο ασθενής δεν μπορεί να λάβει υγρά δια του στόματος, καθώς κάνει εμετούς. Έγινε IV χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού. Συνεχίζεται η χορήγηση: -N/S 	<p>δράση.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Με την χορήγηση Ercefuryl την 2^η μέρα μειώθηκαν οι διαρροϊκές κενώσεις και την 3^η μέρα ο ασθενής απαλλάχτηκε από το διαρροϊκό σύνδρομο. • Ο ασθενής ενυδατώνεται ικανοποιητικά με την χορήγηση IV υγρών και ηλεκτρολυτών.
---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>ασθενής από τις διαρροϊκές κενώσεις.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Πρόληψη Επιπλοκών 	<p>βιοχημικό έλεγχο με σκοπό της ανεύρεση πιθανής διαταραχής των ηλεκτρολυτών.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να χορηγηθούν IV υγρά και ηλεκτρολύτες για την ενυδάτωση του ασθενή σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού. • Να γίνει εκτίμηση και επανεκτίμηση των προσλαμβανόμενων και των αποβαλλόμενων υγρών 24ώρου και να 	<p>0,9% 1000cc +2KCl +2NaCl (1x2) -D/W 5% 1000cc +2KCl +2NaCl (1x1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έγινε ακριβής μέτρηση των προσλαμβανόμενων και των αποβαλλόμενων υγρών 24ώρου. Καταγράφηκαν: <ul style="list-style-type: none"> -3500cc προσλαμβανόμενα -3400cc αποβαλλόμενα υγρά • Γίνεται λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων. Καταγράφονται οι οι κάτωθι τιμές: <ul style="list-style-type: none"> -Θερμοκρασία: 36,7 -Αρτηριακή πίεση: 135/70mmHg -Σφύξεις: 73/min -Αναπνοές: 22/min 	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		<p>καταγραφούν στο φύλλο λογοδοσίας.</p> <ul style="list-style-type: none">• Να ληφθούν και να καταγραφούν στο θερμομετρικό διάγραμμα τα ζωτικά σημεία του ασθενούς.		
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

<p>Û Καταθλιπτική διάθεση</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής να ηρεμώσει και να νιώσει καλύτερα 	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία ενός κατάλληλου και άνετου περιβάλλοντος, θετικής ατμόσφαιρας με κλίμα αποδοχής με σκοπό ο ασθενής να νιώθει άνετα, ευχάριστα, ηρεμία και ασφάλεια. • Προσεκτική προσέγγιση του ασθενή με έκφραση ζεστασιάς και αποδοχής. • Δημιουργία καλής σχέσης νοσηλευτή και 	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργήθηκε ένα κλίμα καλύτερης συνεργασίας και ένα αίσθημα ασφάλειας μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή. Υπήρξε φιλική διάθεση και ο ασθενής γνώρισε και έκανε συζήτηση με άλλους ασθενείς του ίδιου θαλάμου. • Ο ασθενής συζήτησε με καλύτερη διάθεση και ανοίχτηκε στο νοσηλευτή. Εξέφρασε τους φόβους και τις ανησυχίες του σχετικά με τη βουλιμία. • Αναπτύχθηκε ένας ήρεμος και ενημερωτικός διάλογος με τον ασθενή και την 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής κατόρθωσε να εξωτερικεύσει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς. • Ο ασθενής φαίνεται να έχει αποβάλλει εν μέρει τη στενάχωρη διάθεση, είναι πιο άνετη με το χώρο του νοσοκομείου και συνεργάζεται άψογα με το προσωπικό.
-------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>ασθενή. Ανάπτυξη ευχάριστης, φιλικής και ενημερωτικής συζήτησης με τον ασθενή και την οικογένεια του για τη νόσο, την θεραπευτική αγωγή με σκοπό και στόχο των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ανάπτυξη διαλόγου με σκοπό να ενθαρρυνθεί ο ασθενής να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα 	<p>οικογένεια του και λύθηκαν οι απορίες και οι προβληματισμοί του σχετικά με την κατάσταση και την εξέλιξη της υγείας της.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε ο ασθενής και η οικογένεια του για την πορεία της υγείας του, την φαρμακευτική αγωγή και τις συνεδριάσεις που αναμένονται με ειδικό ψυχολόγο. 	
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		του.		
--	--	------	--	--

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η (νευρική, ψυχογενής) βουλιμία είναι μια από τις διαταραχές πρόσληψης τροφής.
- Τα συνήθη συμπτώματα είναι υπερφαγικές τάσεις, χρήση αντισταθμιστικών μέτρων για τον έλεγχο του βάρους (αυτοπροκαλούμενος έμετος, υπερβολική άσκηση, χρήση καθαρτικών κλπ.), κακή εικόνα, φόβος πάχους, υπερφαγική συμπεριφορά, μυστικοπάθεια στη τροφή, υπερβολικές ενοχές και ντροπή.
- Είναι αρκετά συνηθισμένη. Εμφανίζεται κυρίως στις γυναίκες. Αλλά τελευταία και στους άντρες.
- Η βουλιμία μπορεί να συνυπάρχει με τη νευρική ανορεξία.
- Το άτομο που πάσχει εμπλέκεται πια σε ένα φαύλο κύκλο χάνοντας τον έλεγχο (υπερφαγία) και προσπαθώντας να τον ανακτήσει (κενώσεις).
- Η βουλιμία έχει σοβαρές επιπτώσεις : σωματικές (φθορά οισοφάγου, προβλήματα στα δόντια, γαστρορραγίες, έλκη και δυσλειτουργία στην καρδιά) και συναισθηματικές (θλίψη, απομόνωση, άγχος, ενοχές, χαμηλή αυτοεκτίμηση)
- Ο βουλιμικός έχει μάθει να διαχειρίζεται τις δυσκολίες του τρώγοντας.
- Ο άνθρωπος που πάσχει από βουλιμία έχει την αντίληψη ότι το φαγητό είναι μόνο καλό ή μόνο κακό.
- Δυσκολεύεται να εκφράσει τα συναισθήματα του. Έχει συναισθήματα χαμηλής αυτοαξίας.
- Διακατέχεται από τελειομανία και ασκεί σκληρή αυτοκριτική, που συχνά προέρχεται από μηνύματα άλλων. Η απόρριψη, η έλλειψη αγάπης και προσοχής δημιουργεί μια "άλλη" πείνα. Η πείνα καλύπτεται συμβολικά με το φαγητό (σύμβολο φροντίδα θρέψης, παρηγοριάς).
- Η βουλιμία μπορεί να αντιμετωπιστεί. Όπως σε όλες τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, η αντιμετώπιση χρειάζεται χρόνο, υπομονή και επιμονή.

- Θα ξεκινήσει ένα ταξίδι αυτογνωσίας.
- Με συνοδοιπόρους μια ομάδα εξειδικευμένων επιστημόνων.
- Έτσι το βουλιμικό άτομο θα μάθει να τρώει πιο συνειδητά, να αγαπάει τον εαυτό του και να ζει καλύτερα.
- Κατά τη γνώμη θα πρότεινα την δημιουργία ειδικών κέντρων στην Ελλάδα, τα οποία θα παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες στα άτομα που έχουν διαταραχές πρόσληψης τροφής καθώς επίσης και την δημιουργία τηλεφωνικών γραμμών sos, μέσα από τις οποίες θα παρέχεται άμεση βοήθεια σε περιστατικά που βρίσκονται σε κρίση π.χ απώλεια ελέγχου και επεισόδια υπερφαγίας ή την πρόκληση εμετού.
- Επίσης θα πρότεινα την δημιουργία κέντρων πρόληψης των διαταραχών πρόσληψης τροφής στην Ελλάδα και την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης στα σχολεία, στους δήμους και στις κοινότητες. Τα προγράμματα πρόληψης είναι απαραίτητο να απευθύνονται στους μαθητές-φοιτητές, στους γονείς, στους εκπαιδευτικούς, στους προπονητές και να γίνεται ενημέρωση μέσω αυτών, για τις ενδείξεις, τα συμπτώματα των διαταραχών αυτών και τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να αντιμετωπίζονται.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η βουλιμία είναι νεότερη νόσος και συχνότερη από κάθε άλλη διατροφική διαταραχή με χαρακτηριστικά συμπτώματα υπερφαγίας, αποβολή τροφών και φόβο πάχυνσης. Πολλοί παράγοντες (βιολογικοί, γενετικοί, προσωπικότητα, συν-νοσηρότητα, τραύμα, οικογένεια, πολιτισμός) εμπλέκονται στην αιτιολογία τους.

Σκοπός : Στη συγκεκριμένη εργασία επικεντρώθηκα στη μελέτη της βουλιμίας, η οποία αποτελεί ένα φαινόμενο ελάχιστα ερευνημένο, σε σχέση με τις άλλες διατροφικές διαταραχές πρόσληξης τροφής, αλλά εξίσου σημαντικό- αν όχι σημαντικότερο- προς εξερεύνηση, καθώς τα συμπτώματα του είναι πολύ πιο δύσκολο να εντοπιστούν. Μια διατροφική διαταραχή μπορεί να εκδηλωθεί σε μεταβατικές περιόδους, σε καταστάσεις σοκ ή απώλειας (εφηβεία, αλλαγή σχολείου, ξεκίνημα μιας νέας δουλειάς, θάνατος, διαζύγιο, γάμος, οικογενειακά προβλήματα κ.λ.π.) όπου αυξάνονται οι απαιτήσεις σε ανθρώπους που ήδη είναι ανασφαλείς σχετικά με την ικανότητά τους να ανταποκριθούν σε προσδοκίες της ζωής. Αυξημένο κίνδυνο έχουν τα κορίτσια με πρόωμη σεξουαλική ωρίμανση, που μπορεί λανθασμένα να ερμηνεύσουν τις νέες καμπύλες τους ως πάχος και να νιώθουν άσχημα γιατί διαφέρουν από τις συνομήλικες τους. Ίσως το πιο συνηθισμένο έναυσμα της διαταραγμένης διατροφής είναι η δίαιτα. Φαίνεται απλοϊκό αλλά είναι αλήθεια ότι αν δεν υπήρχε δίαιτα, δεν θα υπήρχε ούτε νευρική ανορεξία ούτε η βουλιμία που δημιουργούν οι άνθρωποι όταν κάνουν δίαιτα, υποβάλλουν τον εαυτό τους σε χρόνια πείνα, ωθούνται σε υπερφαγία σαν αντίδραση στην πείνα και μετά πανικοβλημένοι μήπως πάρουν βάρος, προκαλούν εμετό, παίρνουν καθαρτικά κ.λ.π.

Συμπέρασμα: Σύμφωνα με την ψυχοπαθολογία, σχετίζεται κυρίως με τις συναισθηματικές διαταραχές προσωπικότητας. Η βουλιμία συνυπάρχει με την ψυχογενή ανορεξία και με την παχυσαρκία και αφορά γυναίκες φυσιολογικού βάρους. Έχει χρόνια πορεία, (καθόσον μόνο το 1/5 έχει κακή πορεία) και φαίνεται να ανταποκρίνεται καλύτερα στις θεραπευτικές παρεμβάσεις σε σχέση με την ψυχογενή ανορεξία. Πιστεύεται ότι ανταποκρίνεται καλύτερα στη φαρμακευτική αγωγή (αντικαταθλιπτικά και SSRI) , καθώς και στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί καλύτερα και αξιολογηθεί προσφάτως ως προς την αποτελεσματικότητά τους (ιδίως στη γνωσιακή- συμπεριφορική και στη διαπροσωπική θεραπεία). Δεν υπάρχει ειδική πρόληψη.

SUMMARY

INTRODUCTION: Bulimia is newer and more frequent disease than any other eating disorder with characteristic symptoms of overeating, food-expulsion and fear fattening. Many factors (biological, genetic, personality, co-morbidity, trauma, family, culture) are involved in its justification.

PURPOSE:In this project I focused on the study of bulimia,which is a phenomenon little researched compared to other eating disorders of taking food,but equally important-if not more important-to be studied,as the symptoms are much more difficult to be appreciated. An eating disorder can manifest in transitional periods , in shock or loss (puberty , changing school , starting a new job , death , divorce , marriage , family problems , etc.) where increased demands on people who are already insecure about their ability to meet expectations of life. Increased risk are girls with early sexual maturation , which may incorrectly interpret the new curves as thickness and feel bad because I differ from their peers . Perhaps the most common trigger of disordered eating is dieting . It seems simplistic but it is true that if there was no diet , there would not anorexia or bulimia that create people when dieting , submit themselves to chronic hunger , pushed in overeat in response to hunger and then maybe get panicky weight cause vomiting , taking laxatives etc.

CONCLUSION: According to psychopathology, bulimia is primarily associated with emotional personality disorders. Bulimia coexists with anorexia and obesity and it concerns women with normal weight. It has a chronic course (since only the 1/5 has a bad course) and it seems to respond better to therapeutic intervention in relation to anorexia nervosa.It is believed that it best responds to the medication (antidepressants and SSRI), as well as to psychotherapeutic interventions which are better designed and recently rated to their effectiveness(especially to cognitive-behavioral and interpersonal therapy). But, until now there is no specific prevention.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Agras St., (2007) . Τσαούσης Δ. Eating disorders-Management of Obesity, Boulimia, Anorexia Nervosa. Pergamon Press.USA
- Andersen Ar. (2005), Eating disorders in males at Eating disorders and obesity, a comprehensive handbook. Guilford Press. USA
- Beardsworth A. – Keli T. (2008). Sociology of the menu. London
- Bendish A. (2009). The potential for dietary supplements to reduce premenstrual syndrome (PMS), PubMed.gov, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10682869
- Blos P. (2007). The young adolescent. The Free Press. London
- Brownell C. (2005). Eating disorders and Obesity: A comprehensive Handbook. Europa Publications LTD. London
- Bullock S – Markwell S. (2008) . Women’s Health – A textbook for physiotherapists. W.B. Sauncers
- Cole M. – Cole Sh. (2004). Επ. Μπεζεβέγκης Ηλ. Η ανάπτυξη των παιδιών – εφηβεία. Εκδόσεις Έμβρυο, Αθήνα
- Davison C.G. - Neale M.J. (2004). Abnormal Psychology. New York: John Wiley και Sons Inc. New York
- Fairburn Ch. (2009). Σόλμου Μ. Βουλιμία – Ξανακερδίστε τον έλεγχο. Εκδόσεις Πατάκη. Αθήνα
- Feldman R.S. (2011). Μτφ. Παπαδιώτη Β. Εξελικτική ψυχολογία. Εκδόσεις Gutenberg. Αθήνα
- Flament M. – Jeament P. (2010). Επ. Μπεζεβέγκης Ηλ. Η Βουλιμία – Πραγματικότητα και προοπτικές. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου. Αθήνα
- Giddens A. (2007). Μτφ Δ.Ι. Τσαούσης. Κοινωνιολογία. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα

- Gilbert S. (2008). Counseling for eating disorders. SAGE Publications. London
- Health and Addictions. Priory. www.priorygroup.com/bulimia-nervosa_d1s2
- Herber M. (2005). Επ. Παπαδιώτη- Αθανασίου. Η Διατροφή και ο ύπνος των παιδιών- αντιμετώπιση προβλημάτων παιδιών και εφήβων. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα
- Minuchin S. – Rosman B.L. – Baker L. (2008). Psychosomatic families – Anorexia nervosa. Εκδόσεις Πατάκη. Αθήνα
- Palmer B. (2006). Επ. Α.Τσαρούχη. Διατροφικές διαταραχές και η αντιμετώπιση τους – κλινικός οδηγός αξιολόγησης και θεραπείας. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε
- Sadock – Kaplan. (2004). Επ. Α.Τσαρούχη. Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής. Εκδόσεις Παρισιάνου. Αθήνα
- Townsend C.C. (2006). Επ. Πυργιωτάκης Ι. Υγιεινή Διατροφή και Θεραπευτικές Δίαιτες, Διαιτητική. Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ. Αθήνα
- Γεωργιτσοπούλου Ε. – Παπατάτσιου Β. Η διερεύνηση του φαινομένου της ψυχογενούς βουλιμίας. Πτυχιακή εργασία. ΤΕΙ Κρήτης. ΣΕΥΠ(σε όλα τα κεφάλαια)
- Δαρδάνος Γ. (2010). Ψυχοπαθολογία παιδιών και Εφήβων – Αναπτυξιακή προσέγγιση. Εκδόσεις Τυποθήτω. Αθήνα
- Καλαντζή – Αζίζι Αν – Ευσταθίου Γ. (2010). Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία. Εκδόσεις Πεδίο. Αθήνα
- Καλύβα Ε. (2008). Εκπαιδευτική Ψυχολογία – αποτελεσματική διδασκαλία – αποτελεσματική μάθηση. Εκδόσεις Gutenberg. Αθήνα
- Καραγιανόπουλος Σ. (2011). Είμαστε ό,τι τρώμε. Εκδόσεις Μοντέρνοι Καιροί. Αθήνα
- Κατσιλάμπρος Ν.Λ. (2004). Κλινική διατροφή. Εκδόσεις Βήτα Medical art. Αθήνα

- Κονγκερ Τζων.(2008). Σόλμου Μ. και Καλυβά Φρ. Η Εφηβική ηλικία μια καταπιεσμένη γενιά – Ο κύκλος της ζωής. Εκδόσεις Ψυχογιός. Αθήνα
- Κονταξάκης (2007). Θνησιμότητα και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Διαταραχές πρόσληψης τροφής. 23ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο. Εκδόσεις Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Αθήνα
- Κουρκούτας Η. (2011) Η Ψυχολογία του εφήβου, θεωρητικά ζητήματα και κλινικές περιπτώσεις. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα
- Μαγκλάρα- Κατσιλάμπρου Ε..Τσαρούχη Α..Κουρσουμπά Θ. Λάππα Ε. (2000). Διαιτολογία. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα
- Μάνος Ν. (2008). Βασικά χαρακτηριστικά κλινικής ψυχιατρικής. Εκδόσεις Studio Press. USA
- Μεσσήνης Λ. (2009). Βασικά στοιχεία ψυχοπαθολογίας. Εκδόσεις GOTSIS. Πάτρα
- Μιχαηλιδη – Νοράρου Αν. (2007). Έφηβοι και παιδεία.Προβλήματα της εφηβικής ηλικίας στο παρελθόν και σήμερα. University Studio Press. Θεσσαλονίκη
- Σίμος Γρ.(2006). Διερεύνηση ψυχογενών διατραχών στην πρόσληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόληψης. Διδακτορική διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκη., Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Θεσσαλονίκη
- Σίμος Γρ. (2009). Βουλιμία- Ξανακερδίστε τον έλεγχο. Εκδόσεις Πατάκη. Αθήνα
- Σολδάτος Κ.- Λύκουρας Λ. (2006). Σύγγραμμα ψυχιατρικής. Α΄ Τόμος. Αθήνα: Εκδ. Βήτα. Αθήνα
- Τσάντης Ι.(2004) Βασική Παιδοψυχιατρική, Εφηβεία. Εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε, Αθήνα
- Χασαπίδου Μ. – Φαχανίδου Αν. (2012). Διατροφή για Υγεία, Άσκηση και Αθλητισμό. Εκδόσεις University Studio Press. Θεσσαλονίκη

Ηλεκτρονική βιβλιογραφία

Παναγιώτα Κυπραίου. Νευρογενής Βουλιμία.
<http://www.psychotherapieia.net.gr/articles-psyxologoi-marousi-psychotherapeftes-marousi/diataraxes-diatrofis/30-nevrogenhs-voulimia/43-nevrogenhs-voulimia-nevrikh-voulimia-orismos> [τελευταία πρόσβαση 2- 2- 2014]