

ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ  
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ Ο  
ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ





~ 3 ~

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

**ΕΠΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΚΥΡΙΑΚΗ ΣΑΜΑΡΤΖΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΤΣΙΑΚΑ**

*Ποτέ δεν είναι αργά να γίνεις αυτό που θα μπορούσες να είχες γίνει.*

*George Eliot, 1819-1880*

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην  
εισηγητριά μου κα. Σαμαρτζή για την καθοδήγηση  
και την υποστήριξη της καθ'όλη τη διάρκεια διεκπεραίωσης  
της παρούσας πτυχιακής.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	13-15
<b><u>Κεφάλαιο 1</u></b> Ιστορική Αναδρομή.....	16-18
<b><u>Κεφάλαιο 2</u></b> Επιδημιολογία .....	19-20
<b><u>Κεφάλαιο 3</u></b> Αιτιολογία .....	21
Κοινωνικοί παράγοντες.....	21
Βιολογικοί παράγοντες .....	22
Ψυχολογικοί παράγοντες .....	23
Οικογενειακοί παράγοντες .....	24
<b><u>Κεφάλαιο 4</u></b> Πρόληψη .....	25
4.1 Πρωτογενής πρόληψη .....	25
4.1.1 Ελαχιστοποίηση κοινωνικών πιέσεων .....	25
4.1.2 Ελαχιστοποίηση οικογενειακών πιέσεων .....	26
4.1.3 Μείωση ατομικών παραγόντων .....	27
4.2 Δευτερογενής πρόληψη .....	27-28
<b><u>Κεφάλαιο 5</u></b> Νευρογενής/Ψυχογενής Ανορεξία .....	29
5.1 Επιπολασμός .....	30
5.2 Τυποι Νευρογενούς Ανορεξίας .....	31
Περιοριστικός Τύπος.....	31
Τύπος Υπερφαγίας/Κάθαρσης .....	31
5.3 Αιτιολογία Παθογένεση .....	31-35

5.4 Διαγνωστικά Κριτήρια Νευρογενούς Ανορεξίας κατα DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 1994) απο τον Αμερικανικο Ψυχιατρικό Συνεταιρισμό .....	35
5.4.1 Διαγνωστικά Κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας κατά icd-10 ( 1992) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Issues).....	36
5.5 Κλινική εικόνα .....	37
5.6 Συνέπειες της Νευρογενούς Ανορεξίας .....	38
5.6.1 Καρδιακές επιπλοκές .....	38
5.6.2 Γαστρεντερικές επιπτώσεις.....	39
5.6.3 Κατάχρηση καθαρτικών.....	39
5.6.4 iprecap Σιρόπι-πρόκληση εμετού .....	40
5.6.5 Επιπτώσεις αμηνόρροιας.....	40
5.6.6 Υπογονιμότητα.....	41
5.7 Συνοσηρότητα .....	41-43
5.8 Θεραπεία Νευρογενούς Ανορεξίας .....	43-44
5.8.1 Αποκατάσταση του βάρους .....	45-48
5.8.2 Αντιμετώπιση ιατρικών επιπλοκών .....	49
5.8.3 Φαρμακευτική αντιμετώπιση .....	49-51
5.8.4 Οικογενειακή παρέμβαση .....	51
5.8.5 Ψυχοθεραπεία .....	52-53
5.9 Μακροπρόθεσμοι στόχοι και πρόγνωση .....	53-54
5.10 Άρθρα σχετικά με τη Νευρογενή Ανορεξία .....	55-61

<b>Κεφάλαιο 6</b> Νευρογενής/Ψυχογενής Βουλιμία .....	62-63
6.1 Επιπολασμός .....	63
6.2 Τύποι Νευρογενούς Βουλιμίας .....	64
Καθαρτικός τύπος .....	64
Μη καθαρτικός τύπος .....	64
6.3 Αιτιολογία .....	64-67
6.4 Διαγνωστικά Κριτήρια Νευρογενούς Βουλιμίας κατα ICD-10.....	67
6.4.1 Διαγνωστικά Κριτήρια Νευρογενούς Βουλιμίας κατα DSM-IV.....	68
6.5 Κλινική εικόνα .....	69-71
6.6 Συνοσηρότητα .....	71-72
6.7 Θεραπεία Νευρογενούς Βουλιμίας .....	72
6.7.1 Στόχοι θεραπείας .....	72
6.7.2 Νοσοκομειακή θεραπεία .....	73
6.7.3 Θεραπεία διαιτητικής αποκατάστασης (Σκοποί) .....	74
6.7.4 Οικογενειακή θεραπεία .....	75
6.7.5 Φαρμακευτική αντιμετώπιση .....	76
6.8 Πρόγνωση .....	76-78
6.9 Άρθρα σχετικά με τη Νευρογενή Βουλιμία .....	79-81
<b>Κεφάλαιο 7</b> Υπερφαγία .....	82-83
7.1 Διαχωρισμός διαταραχής Υπερφαγίας και Νευρογενούς Βουλιμίας .....	83
7.2 Αίτια Υπερφαγίας.....	83
7.2.1 Βιολογικά αίτια.....	84
7.2.2 Ψυχολογικά αίτια.....	85



7.2.3 Λοιπά αίτια .....	86-87
7.3 Διαγνωστικά Κριτήρια ( DSM-IV) για το σύνδρομο της Υπερφαγίας .....	87-88
7.4 Κλινική εικόνα .....	88-89
7.5 Επιπλοκές Υπερφαγίας .....	90-91
7.6 Θεραπεία Υπερφαγίας .....	92
7.6.1 Ψυχοθεραπεία.....	92-93
7.6.2 Φαρμακοθεραπεία.....	93-95
7.6.3 Προγράμματα θεραπείας για μείωση βάρους.....	95
7.6.5 Οικογενειακή θεραπεία .....	95
7.6.4 Βιβλία αυτοβοήθειας.....	96
7.7 Άρθρα σχετικά με το σύνδρομο Υπερφαγίας .....	97-98
<b>Κεφάλαιο 8</b> Νυχτερινή Υπερφαγία .....	99-100
8.1 Τύποι Νυχτερινής Υπερφαγίας .....	101-102
8.2 Αίτια Νυχτερινής Υπερφαγίας .....	102
8.2.1 Βιολογικά αίτια.....	102-103
8.2.2 Ψυχολογικά αίτια.....	103-104
8.3 Διαγνωστικά κριτήρια .....	104-105
8.4 Κλινική εικόνα .....	106-107
8.5 Συνέπειες Νυχτερινής Υπερφαγίας.....	107
8.6 Θεραπεία Νυχτερινής Υπερφαγίας .....	108-109
<b>Κεφάλαιο 9</b> Μη αλλιώς προσδιοριζόμενες διαταραχές λήψης τροφής .....	110

9.1 Άτυπες διαταραχές πρόσληψης τροφής .....	110
Άτυπη Νευρογενής Ανορεξία.....	110
Άτυπη Ψυχογενής Βουλιμία .....	111
9.2 Διαταραχές πρόσληψης τροφής μη προσδιοριζόμενες διαφορετικά ...	111
9.2.1 Μυϊκή Δυσμορφία / ανάστροφη ανορεξία / σύμπλεγμα του άδωνη....	111-112
Διαγνωστικά κριτήρια μυϊκής δυσμορφίας .....	112-113
Θεραπευτική αντιμετώπιση μυϊκής δυσμορφίας.....	114
9.2.2 Ορθορεξία.....	115
Διαγνωστικά κριτήρια ορθορεξίας.....	115-116
Συμπτώματα ορθορεξίας.....	117
Θεραπευτική αντιμετώπιση ορθορεξίας.....	117
9.2.3 Αλλοτριοφαγία.....	118
Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της αλλοτριοφαγίας στην παιδική ηλικία.....	118
9.2.4 Σύνδρομο Μηρυκασμού .....	119
Διαγνωστικά κριτήρια κατα DSM-IV για τη Μηρυκαστική διαταραχή ...	119
9.2.5 Διαβουλιμία .....	120
9.2.6 Σύνδρομο συντήρησης τροφής .....	120
9.2.7 Η τριάδα της γυναίκας αθλήτριας .....	121
<b><u>Κεφάλαιο 10</u></b> Ο ρόλος του νοσηλευτή στις διατροφικές διαταραχές .....	122-123
10.1 Νοσηλευτική αντιμετώπιση Νευρογενούς Ανορεξίας .....	124-125

10.2	Ανορεκτικού τύπου συμπεριφορές των οποίων ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι γνώστης.....	125
10.3	Βασικά σημεία προσοχής στο πλαίσιο της νοσηλευτικής εκτίμησης, τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει ο νοσηλευτής .....	126-127
10.4	Νοσηλευτική διάγνωση .....	127
10.5	Αρμοδιότητα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας με εξειδίκευση στις διατροφικές διαταραχές είναι σπουδαία καθώς αφορά : .....	128-129
10.6	Σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας ασθενούς με νευρική ανορεξία.....	129
10.6.1	1 <sup>η</sup> Νοσηλευτική διάγνωση.....	130
	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις .....	131
10.6.2	2 <sup>η</sup> Νοσηλευτική διάγνωση .....	132
	Νοσηλευτικοί αντικειμενικοί σκοποί.....	132
	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	132
	Επανάσπιση ασθενούς.....	133
	Βασικές αρχές επανάσπισης.....	133-135
	Συμβουλευτική διατροφής .....	136-137
10.6.3	3 <sup>η</sup> Νοσηλευτική διάγνωση .....	137
	Αντικειμενικοί σκοποί.....	137
	Νοσηλευτική παρέμβαση.....	138
10.6.4	4 <sup>η</sup> Νοσηλευτική παρέμβαση.....	139
	Αντικειμενικοί σκοποί.....	139
	Νοσηλευτική παρέμβαση.....	139
10.6.5	5 <sup>η</sup> Νοσηλευτική παρέμβαση .....	140
	Αντικειμενικοί σκοποί.....	140
	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	141-142

<b>Κεφάλαιο 11</b>	Νοσηλευτική φροντίδα στην κοινότητα και αποκατάσταση του ασθενή με Νευρογενή Ανορεξία .....	143-144
11.1	Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή.....	144-145
11.2	Πρόληψη στην κοινότητα.....	145-147
<b>Επίλογος</b> .....		148-150
<b>Βιβλιογραφία</b> .....		151-154

## ***ΕΙΣΑΓΩΓΗ***

Η νέα χιλιετία βρίσκει τα αναπτυσσόμενα έθνη να επιδιώκουν εναγωνίως την διασφάλιση τροφικών αποθεμάτων, προκειμένου να αποφευχθεί το πρόβλημα του υποσιτισμού. Στην αντίθετη πλευρά εμφανίζονται οι βιομηχανοποιημένες κοινωνίες οι οποίες χαίρουν αφθονίας υλικών αγαθών και δυνατότητας διατροφικού υπερκαταναλωτισμού. Παρ'όλη την τροφική ευημερία όμως, στις δυτικές κοινωνίες παρουσιάζεται ένα ακόμη φαινόμενο, αυτό του αυξανόμενου ρυθμού εμφάνισης περιστατικών διαταραχών λήψεως τροφής. Όμως αυτές οι διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς δεν αποτελούν φαινόμενο του 21<sup>ου</sup> αιώνα. Η αυτο-επιβαλλόμενη νηστεία, οι διαιτητικοί περιορισμοί και οι αδηφαγικές συμπεριφορές συναντώνται τουλάχιστον από τα αρχαία χρόνια. Η Ψυχογενής Ανορεξία (Anorexia Nervosa), η Ψυχογενής Βουλμία (Bulimia Nervosa), η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (Binge - Eating Disorder) καθώς επίσης και η ορθορεξία, η βιγορεξία και η νυχτερινή υπερφαγία αποτελούν τις ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής (Eating Disorders).

Προσβάλλουν σχεδόν αποκλειστικά γυναίκες εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας, το οποίο ποσοστό ανέρχεται σε 1-3%, ενώ στους άνδρες το ποσοστό είναι περίπου 1/10 αυτού που αντιστοιχεί στις γυναίκες. Στις ΗΠΑ περισσότεροι από 5 εκατομμύρια πολίτες πάσχουν από διατροφικές διαταραχές. Συνολικά το 5% των γυναικών και το 1% των ανδρών, ενώ υπολογίζεται ότι το 85% των ασθενών εμφάνισαν τα συμπτώματα κατά την εφηβική ηλικία, γεγονός ανησυχητικό, μιας και η κοινωνία μας ακολουθεί τα αμερικάνικα προτυπά. Οι διατροφικές διαταραχές έχουν πολυπαραγοντική αιτιολογία, κατά κανόνα χρόνια πορεία με υποτροπές, υψηλή θνησιμότητα και δύσκολη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Σύμφωνα με τον καθηγητή Arthur H. Crisp ( 1997) η ονομασία των διατροφικών διαταραχών, είναι παραπλανητική, καθόσον δεν πρόκειται για διαταραχές που αφορούν πρωταρχικά τη διατροφή, δηλαδή διαταραχές του μεταβολισμού των τροφών, ούτε πρόκειται για ιδιοτροπίες των ανθρώπων που θέλουν να είναι λεπτόσωμοι. Αντιθέτως, αποτελούν σοβαρές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, όπου η ασιτία και η υπερφαγία αποτελούν τα συμπτώματα, που οφείλονται σε υποκείμενες ψυχολογικές και συναισθηματικές δυσκολίες. Εκφράζουν δηλαδή

ασυνείδητα, έναν τρόπο αντιμετώπισης της ζωής που υιοθετεί το άτομο όταν βρίσκεται μπροστά σε προβλήματα που φαίνονται δύσκολα και δυσεπίλυτα και για τα οποία δε διαθέτει επαρκή προετοιμασία. Η εστίαση στο φαγητό, η υπερφαγία ή η άρνηση πρόσληψης τροφής αποκλείουν την επεξεργασία επώδυνων συναισθημάτων, των οποίων η έκφραση και η διαχείριση με οποιοδήποτε άλλο τρόπο βιώνεται από το υποκείμενο ως ανέφικτη. Έτσι, οι διαταραχές διατροφής αναπαριστούν μια διαδικασία αποφυγής της εφηβείας, της ψυχολογικής ωρίμανσης και της σεξουαλικής απαρτίωσης, μια «φυγή» από τη διαδικασία της ανάπτυξης. Στην αρχή, φαίνεται ότι αποτελούν «λύση», μέσω του ελέγχου αυτών των αναπτυξιακών γεγονότων, αλλά σταδιακά, η διαταραχή επεκτείνεται, καλύπτει και σταματά ολόκληρη τη ζωή, την ίδια τη ζωή.

Επειδή οι διαταραχές διατροφής επιδρούν καταστροφικά στη ζωή της οικογένειας και αντιμετωπίζονται δύσκολα, σημασία έχει η έγκαιρη αντίληψη (από οικογενειακούς ιατρούς, καθηγητές, φίλους) των περιπτώσεων και η παραπομπή για θεραπεία, καθώς φαίνεται ότι με την πάροδο του χρόνου η συχνότητα τους αυξάνεται.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από έντεκα κεφάλαια, εκ των οποίων τα εννέα πρώτα αποτελούν το θεωρητικό και το δέκατο και ενδέκατο το κλινικό μέρος.

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

Στο πέμπτο και στο έκτο κεφάλαιο, μελετάται αναλυτικά η Ψυχογενής Ανορεξία και η Ψυχογενής Βουλιμία τα αιτία, τους η διαγνωσή τους, μέχρι τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Στο έβδομο και όγδοο κεφάλαιο αναπτύσσονται η Υπερφαγία και η Νυχτερινή υπερφαγία από τα αίτια τις μορφές τους, την διάγνωση τους έως και τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση.

Στο ένατο κεφάλαιο αναλύονται οι μη αλλιώς προσδιοριζόμενες διαταραχές πρόσληψης τροφής εκ των οποίων κάποιες απο αυτές δεν έχουν αναγνωριστεί επίσημα.

Στα κεφάλαια 10 και 11 παρουσιάζεται ο ρόλος του νοσηλευτή στα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, από την αρχή της νοσηλείας τους μέχρι την επανένταξη τους στην κοινωνία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ιστορική ανασκόπηση των διατροφικών διαταραχών αναδεικνύει τόσο τη σοβαρότητά τους όσο και την έκταση του φαινομένου. Οι ιστορικές αναφορές στην παθολογική λήψη τροφής εντοπίζονται χρονικά στην Αρχαία Ελλάδα. Σύμφωνα με τον Albert J. Stunkard M.D. (1993) η βουλιμία είναι μία «αρχαία διάγνωση». Όπως άλλωστε υποδηλώνει και η ετοιμολογία της λέξης, ο «λιμός» στην αρχαία ελληνική γλώσσα σήμαινε «πείνα» και η προσθήκη του συνθετικού «βού» σήμαινε «μία μεγάλη ποσότητα», ή «βους» που σήμαινε «βόδι». Ο Ιπποκράτης, ο Ξενοφώντας και ο Αριστοφάνης αναφέρθηκαν στον «βουλιμό» ως μία νοσηρή μορφή πείνας η οποία διέφερε από την φυσιολογική. Σύμφωνα με τον Stunkard (1993), οι μετέπειτα Έλληνες και Ρωμαίοι συγγραφείς αναφερόντουσαν στον «βουλιμό» για να περιγράψουν το αίσθημα πείνας, αδυναμίας και λιποθυμίας, καθώς και την υπερβολική κατανάλωση τροφής που ενεργοποιούσαν τα αισθήματα αυτά. Ο Γαληνός είχε τονίσει τη σημαντικότητα της τάσης για λιποθυμία και της απληστίας για το φαγητό ως χαρακτηριστικά του «βουλιμού» και λόγω της θέσης εξουσίας που κατείχε, η συγκεκριμένη ερμηνεία της λέξης επικράτησε για παραπάνω από 1000 χρόνια.

Περιπτώσεις αυτο-λιμού που αποδόθηκαν σε δαιμονικές δυνάμεις και θεραπεύονταν με εξορκισμούς τεκμηριώθηκαν στο διάστημα ανάμεσα στον 5<sup>ο</sup> και στον 8<sup>ο</sup> μ.χ. αιώνα. Ο Rudolph M. Bell (Professor Ph.D City University of New York) το 1985 εντόπισε την πιθανή ύπαρξη της «ιερής ανορεξίας» (“holy anorexia”) σε ιστορική του μελέτη σε 261 Αγίους στην Ιταλία από το 1200 M.X. και έπειτα. Η ιερή ανορεξία περιλάμβανε την άρνηση του φαγητού και την απίσχναση, οι οποίες κινητοποιούνταν από την πίστη των αγίων σε μία ανώτερη θεϊκή παρέμβαση. Το 1694, ο Richard Morton περιέγραψε για πρώτη φορά στην ιατρική βιβλιογραφία την «Νευρική Ανορεξία» ως μία πάθηση «νευρικής φθοράς» που προκαλείτο από μία «μελαγχολική και αγχωτική φροντίδα». Ο συγγραφέας εμπνεύστηκε από την ιστορία μίας



γυναίκας η οποία παρουσίαζε συμπτώματα εξάντλησης, αμηνόρροια και αφοσίωση στη μελέτη και η οποία τελικά πέθανε διότι αρνείτο να δεχτεί οποιαδήποτε θεραπεία. Τα συμπτώματα αυτά, χαρακτηρίζουν τη σημερινή κλινική εικόνα της Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Στον 18<sup>ο</sup> αιώνα η επιρροή του Γαληνού μειώθηκε, με αποτέλεσμα οι νεότερες περιγραφές της βουλιμίας να μην περιλαμβάνουν το κριτήριο της λιποθυμίας. Το 1743 σε ένα ιατρικό λεξικό περιγράφηκε η έννοια (“true boulimus”) “αληθινό βουλιμό” ο οποίος χαρακτηριζόταν από την έντονη ενασχόληση με το φαγητό και την υπερφαγία σε μικρά χρονικά διαστήματα. Επίσης αναφέρθηκε μία παραλλαγή του φαινομένου, το “caninus appetitus” όπου η υπερφαγία ακολουθείτο από την πρόκληση εμετού.

Στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, δύο διακεκριμένοι γιατροί, ο Charles Lasègue και ο Sir William Gull περιέγραψαν την Ψυχογενή Ανορεξία. Ο Lasègue δημοσίευσε το 1873 το άρθρο του «Περί της Υστερικής Ανορεξίας» όπου παρουσίασε οκτώ ασθενείς (οι περισσότερες ήταν νεαρές κοπέλες) στις οποίες η έναρξη της διαταραχής είχε προκληθεί από κάποιο συγκινησιακό ερέθισμα. Στις κλινικές του περιγραφές, ο Lasègue τόνισε την ικανοποίηση των ασθενών του με την κατάστασή τους, παρά την ανησυχία και τις απειλές των μελών της οικογένειάς τους και αντιλήφθηκε την νευρική ανορεξία ως «μία υστερία συνδεδεμένη με την υποχονδρία». Ο Gull (1874) χαρακτήρισε το σύνδρομο της «Νευρικής Ανορεξίας» ως «μία διαστροφή του Εγώ» το οποίο εμφανιζόταν με άρνηση της τροφής, αμηνόρροια, απώλεια βάρους και υπερβολική σωματική άσκηση και είχε τις ρίζες του στον νοσογόνο ρόλο της οικογένειας της ασθενούς.

Μετά τις περιγραφές του 19ου αιώνα, η νοσολογική οντότητα της Ψυχογενούς Ανορεξίας σχετίστηκε με την «πανυποφυσιακή καχεξία» δηλαδή με τη γενικευμένη υπολειτουργία της υπόφυσης, η οποία περιγράφηκε από τον Γερμανό ιατρό Simmonds το 1914. Αν και η Ψυχογενής Ανορεξία διαφοροποιήθηκε από την πανυποφυσιακή καχεξία το 1949, η υπεργενίκευση της αποφυγής λήψης τροφής στην οποία παρέπεμπε ο όρος «ανορεξία», προκάλεσε παράταση της σύγχυσης μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1960. Εν τω μεταξύ, με την βαθιά επιρροή του ψυχαναλυτικού ρεύματος στα τέλη του 1930, η Ψυχογενής Ανορεξία αποδόθηκε σε ασυνείδητες ενορμήσεις και ενδοψυχικές συγκρούσεις των

ασθενών. Ο Sigmund Freud στο βιβλίο «Τρεις Μελέτες για την Θεωρία της Σεξουαλικότητας» (1905) - 13 - συνέδεσε τη διατροφή με τη σεξουαλικότητα και ερμήνευσε την αηδία απέναντι στη τροφή, ως αποτέλεσμα της απόθησης του στοματικού ερωτισμού του ατόμου και την αμηνόρροια ως την άρνηση της γενετήσιας σεξουαλικότητας.

Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, ένα νέο σύνδρομο γεννήθηκε. Οι πρώτες περιγραφές μίας σειράς ασθενών με Ανορεξία που ανέφεραν υπερφαγία και πρόκληση εμέτου πραγματοποιήθηκαν από τον Arthur Hamilton Crisp (πρώην καθηγητής ιατρικής στο νοσοκομείο St George's), ο οποίος το 1967 διαπίστωσε ότι το 18% των ασθενών με ανορεξία παρουσίαζαν και συμπεριφορές κάθαρσης/υπερφαγίας.

Στη δεκαετία του 1980 παρουσιάστηκε μία ανακοίνωση του Αμερικανικού περιοδικού *Cosmopolitan* η οποία περιέγραφε τα συμπτώματα της βουλιμίας και καλούσε όσους τα παρουσίαζαν να απαντήσουν σε ένα απόρρητο και ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Το ερευνητικό ενδιαφέρον για την βουλιμία εξαπλώθηκε, με αποτέλεσμα την επίσημη αναγνώριση της βουλιμίας ως ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας, με αυτόνομη κλινική υπόσταση και συγκεκριμένα νοσολογικά χαρακτηριστικά (Fairburn, 1999). Το εκλαϊκευτικό αυτό γυναικείο περιοδικό, έδωσε φωνή και ορατότητα σε ένα φαινόμενο που παρέμενε σιωπηλό και άγνωστο στο ευρύ κοινό.

Η σύντομη ιστορική αναδρομή των διατροφικών διαταραχών αντανακλά την ποικιλότητα των διαφορετικών επικρατούσων θεωρητικών προσεγγίσεων στις διαφορετικές χρονικές περιόδους. Οι παλαιότερες αναφορές της βουλιμίας την κατανοούσαν ως μία νοσηρή μορφή πείνας που οδηγούσε σε απληστία απέναντι στο φαγητό και την ψυχογενή ανορεξία ως υποχονδρία ή ως απόρροια δαιμονικών δυνάμεων που έχρηζε εξορκισμό. Στην πορεία η ανορεξία συνδέθηκε με τη μελαγχολία και το άγχος και η βουλιμία με την έντονη ενασχόληση με το φαγητό και την υπερφαγία. Ο νοσογόνος ρόλος της οικογένειας και οι επιδράσεις ασυνείδητων δυνάμεων στην έκφραση των διατροφικών διαταραχών απέκτησαν σημαντική θεωρητική υπόσταση κατά την επιρροή του ψυχαναλυτικού ρεύματος τη δεκαετία 1930-1940, ενώ μετά το 1960 άρχισαν να τίθενται οι βάσεις για τη σύγχρονη κατανόηση της φύσης και της εκδήλωσης των διατροφικών διαταραχών. Οι επιστημονικές προσεγγίσεις οι οποίες αυξάνονται με ταχύτατο ρυθμό τα τελευταία χρόνια, σηματοδοτούν τις διαστάσεις και τη σοβαρότητα των διατροφικών διαταραχών που οι επιδημιολογικές μελέτες έρχονται να τεκμηριώσουν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Για τις διατροφικές διαταραχές έχουν αναφερθεί ποσοστά που αγγίζουν ακόμα και το 4% σε πληθυσμούς έφηβων ή νεαρών ενήλικων κοριτσιών. Ειδικά οι γυναίκες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην ανάπτυξη αυτών των διαταραχών, καθώς αντιπροσωπεύουν το 90% των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με κάποια από τις διατροφικές διαταραχές. Το γεγονός ότι οι διαταραχές αυτές είναι επιλεκτικά συχνότερες ανάμεσα στις γυναίκες, και ότι στις κοινωνίες που δίνεται έμφαση στη λεπτόσωμη σιλουέτα σαν ιδανικό της γυναικείας ομορφιάς τα ποσοστά είναι πολύ μεγαλύτερα, υποδηλώνει ότι παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνία και την κουλτούρα αυτής διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο τόσο στην παθογένεια αυτών των διαταραχών όσο και στην αυξητική τους τάση.

Πολλές ερευνητικές μελέτες επιβεβαιώνουν την επικράτηση των διατροφικών διαταραχών στο γυναικείο φύλο, και δείχνουν ότι έχουν αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό τα τελευταία χρόνια. Ιδιαίτερη αύξηση σημειώθηκε στις δυτικές βιομηχανικές χώρες και σε όλα τα κοινωνικά στρώματα στο διάστημα από το 1960 έως το 1980. Προς απογοήτευση των ερευνητών, οι πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι περιορισμοί στο φαγητό, τα υπερφαγικά επεισόδια, οι καθαρτικές συμπεριφορές, και η διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα, που παλαιότερα θεωρούνταν ως διαταραχές της εφηβείας και της νεαρής ενήλικης ζωής, έχουν αρχίσει να κάνουν αισθητή την εμφάνισή τους ακόμα και σε κορίτσια ηλικίας 9 ετών.

Ανάμεσα στους κλινικούς πληθυσμούς, οι διατροφικές διαταραχές είναι πολύ συχνές ακόμα και σήμερα σε Ευρώπη και Αμερική ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τάξη. Ωστόσο, η εθνικότητα, η κοινωνικοοικονομική τάξη και το φύλο φαίνονται στις τελευταίες

έρευνες να αλλάζουν ως ένα βαθμό, καθώς οι διαταραχές αυτές τις τελευταίες δεκαετίες έχουν πάρει τη μορφή επιδημίας και βρίσκουν έδαφος σε όλες τις κοινωνικές τάξεις και μειονότητες. Υπολογίζεται ότι στην Αμερικανική επικράτεια περί-που 7.000.000 γυναίκες και 1.000.000 άνδρες εκδηλώνουν κάποια μορφή διαταραχής, με πρώτες σε σειρά εμφάνισης τη Νευρογενή Ανορεξία και τη Νευρογενή Βουλιμία. Στις ΗΠΑ, η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί την τρίτη συχνότερη νόσο στις έφηβες. Αντίθετα, η ψυχαναγκαστική υπερφαγία εμφανίζεται περίπου στην ίδια συχνότητα και σε γυναίκες και σε άνδρες (1,5:1) σε ένα ποσοστό γύρω στο 5% του πληθυσμού. Με βάση στοιχεία επιδημιολογικών ερευνών, στην Ελλάδα νοσεί το 6% του πληθυσμού (1% από νευρική ανορεξία και 5% από νευρική βουλιμία), ενώ ένα επιπλέον 7% φέρει μερικώς κάποια χαρακτηριστικά συμπτώματα και από τις δύο νόσους, ανεβάζοντας έτσι το συνολικό ποσοστό των πασχόντων σε περίπου 13%.

Η Νευρογενής Βουλιμία και η Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας είναι πιο συχνές από τη Νευρογενή Ανορεξία. Ωστόσο, τα ποσοστά που προκύπτουν από τις έρευνες θα πρέπει να τα αντιμετωπίζουμε με επιφύλαξη γιατί οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται από την τάση των ασθενών να αποκρύπτουν τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές και πρακτικές τους σχετικά με την κατανάλωση τροφής και σαν αποτέλεσμα αυτού πολλά περιστατικά αυτών των διαταραχών δεν αναφέρονται στο βαθμό που απαντώνται στην πραγματικότητα.

(Μωρογιάννης 2002)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις, η καθεμία από τη δική της οπτική, στοχεύουν στον εντοπισμό των σημαντικών και καθοριστικών παραγόντων που ευθύνονται για τη δημιουργία και τη διατήρηση των διατροφικών διαταραχών. Απώτερος στόχος των διαφορετικών θεωρητικών μοντέλων είναι η κατανόηση του σύνθετου φαινομένου των διατροφικών διαταραχών και η αποτελεσματική τους θεραπεία. Πολυάριθμοι είναι οι παράγοντες (κοινωνικοί, πολιτισμικοί, ψυχολογικοί, οικογενειακοί, βιολογικοί, γενετικοί) που έχουν μελετηθεί και που συνεχίζουν να αποτελούν αντικείμενο μελέτης για την πιθανή συμβολή τους στην παθογένεση των διατροφικών διαταραχών.

#### Κοινωνικοί παράγοντες

Το σύγχρονο κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο ορίζει το ιδανικό γυναικείο σώμα ως αδύνατο, με αποτέλεσμα όλο και περισσότερες γυναίκες να πιέζονται να ανταποκριθούν σε αυτό. Μία σειρά ερευνητικών μελετών αναδεικνύουν τον σημαντικό ρόλο των ΜΜΕ στην άνθιση και τη διατήρηση της βουλιμίας, καθώς εκείνα οριοθετούν τα πρότυπα ελκυστικότητας για τους άνδρες και τις γυναίκες κάθε ηλικίας. Τα ΜΜΕ καθημερινά προβάλλουν ένα γυναικείο πρότυπο το οποίο συνδυάζει την κομψότητα, το καλλίγραμμο σώμα, το όμορφο πρόσωπο και την ευφυΐα. Οι σημερινές γυναίκες στη Δυτική κοινωνία, στην προσπάθειά τους να γίνουν αποδεκτές και όμορφες, να αποφύγουν την αρνητική κριτική από εξωτερικούς παράγοντες ή να μη χάσουν τα προσόντα που συνδέονται με την καλή εξωτερική εμφάνιση, οδηγούνται σε νοσηρές προσπάθειες αδυνατίσματος. Η σύγκρισή τους με τα μη-ρεαλιστικά πρότυπα ομορφιάς και λεπτότητας, τους δημιουργεί δυσαρέσκεια με το σώμα τους και πλήττει την αυτοπεποίθησή

τους, αφού η απόσταση που τις χωρίζει από το τέλειο πρότυπο είναι συχνά μεγάλη, με αποτέλεσμα να χτίζονται οι νοσηρές βάσεις για την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών.

### Βιολογικοί παράγοντες

Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι υπάρχει μια τάση για κληρονομική προδιάθεση σχετικά με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η κληρονομική βιολογικών και γενετικών παραγόντων συμβάλλουν κατά περίπου 56% στην ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής. Τα άτομα που έχουν μια μητέρα ή μια αδελφή με νευρική ανορεξία έχουν περίπου δώδεκα φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ανορεξία και τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν βουλιμία από άλλα άτομα χωρίς οικογενειακό ιστορικό αυτών των διαταραχών. Μελέτες έχουν δείξει ότι η βουλιμία και η ανορεξία συνεμφανίζονται περισσότερο στα μονοζυγωτικά δίδυμα απ'ότι στα διζυγωτικά. Επειδή τα μονοζυγωτικά είναι γενετικά πανομοιότυπα σε σχέση με τα διζυγωματικά.

Άλλες έρευνες σχετικά με τη γενετική συνιστώσα των διατροφικών διαταραχών έχουν επικεντρωθεί στην νευροχημεία. Οι νευροδιαβιβαστές μεταφέρουν μηνύματα από κύτταρο σε κύτταρο στον εγκέφαλο και στο νευρικό σύστημα. Οι νευροδιαβιβαστές απελευθερώνονται από ένα κυτταρικό χώρο και προσκολλούνται σε υποδοχείς άλλου κυττάρου. Αυτοί οι υποδοχείς έχουν σχεδιαστεί ειδικά για να δέχονται τους νευροδιαβιβαστές. Στον εγκέφαλο και στο νευρικό μας σύστημα, οι νευροδιαβιβαστές λειτουργούν ταυτόχρονα και ελέγχουν όλα τα είδη των λειτουργιών, όπως τη διάθεση, την όρεξη, το επίπεδο της ενέργειας, τη μνήμη κλπ. Για παράδειγμα, η σεροτονίνη μπορεί να επηρεάσει τον ύπνο, το φαγητό, τη ρύθμιση της θερμοκρασίας, την κίνηση των μυών, τη μνήμη, και πλήθος άλλων συμπεριφορών ανάλογα με τους ειδικούς υποδοχείς, που βρίσκονται στο σώμα ή στον εγκέφαλο. Η σεροτονίνη η οποία ανιχνεύεται μειωμένη στους βουλιμικούς ασθενείς έχει ως αποτέλεσμα να τους επηρεάζει και να αποζητούν τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες.

Αντίθετα οι ανορεξικοί ασθενείς παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα σεροτονίνης προκαλώντας τους έντονες καταστάσεις άγχους. Με αποτέλεσμα την μείωση των θερμίδων σε επίπεδο πείνας η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε μείωση των επιπέδων της σεροτονίνης στον

εγκέφαλο, προκαλώντας μια αίσθηση ηρεμίας. Αυτό οδηγεί μερικούς ερευνητές να πιστεύουν ότι μπορεί να υπάρχει σύνδεση μεταξύ αυτών των δύο διαταραχών.

### Ψυχολογικοί παράγοντες

Ένας βασικός παράγοντας, που μπορεί σε μεγάλο βαθμό να επηρεάσει τις συνήθειες κατανάλωσης τροφής είναι ο ψυχολογικός παράγοντας. Το 70% των ανθρώπων, σε καταστάσεις άγχους, κατάθλιψης, θυμού και χαμηλής αυτοεκτίμησης, ενδέχεται να καταναλώσουν μεγαλύτερη ποσότητα τροφών απ' ό,τι έχει πραγματικά το σώμα τους ανάγκη. Ο μεταβολισμός όπως και όλες οι άλλες αυτόνομες βιολογικές λειτουργίες ελέγχεται σε μεγάλο βαθμό από το κομμάτι εκείνο του νου μας που λειτουργεί ασυνείδητα. Οι διαταραχές ελέγχου πρόσληψης τροφής (βουλιμία, και ανορεξία) οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στις επιδράσεις που έχει δεχτεί το ασυνείδητο κομμάτι του νου μας, δηλ. σε ψυχολογικούς προγραμματισμούς οι οποίοι εξυπηρετούν στόχους που δεν είναι ακόμα συνειδητοί από μας, και με βάση τους οποίους καθορίζεται αυτόματα τόσο ο ρυθμός και οι λειτουργίες του μεταβολισμού, όσο και οι συνήθειες κατανάλωσης τροφής.

Μερικοί κλινικοί ιατροί και ερευνητές έχουν προτείνει ότι τα άτομα με διαταραχές λήψης τροφής, δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν έντονα συναισθήματα όπως ο θυμός. Η οργή που αισθάνονται μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας πικρίας προς την οικογένεια τους, τον κόσμο και τους εαυτούς τους. Αυτά τα συναισθήματα αντί να εκφράζονται με υγιείς τρόπους αντιθέτως παραμένουν και συσσωρεύονται, δημιουργώντας ένα μίσος για τον εαυτό τους με το μοναδικό μέσο διαφυγής και εξιλέωσης την αυτοτιμωρία μειώνοντας ή αυξάνοντας την πρόσληψη τροφής.

### Οικογενειακοί παράγοντες

Μεγάλο μέρος της έρευνας για τις διατροφικές διαταραχές, επικεντρώνετε στο οικογενειακό περιβάλλον. Οι οικογένειες των ατόμων με διατροφικές διαταραχές έχουν υψηλές, μερικές φορές παράλογες προσδοκίες για την επίτευξη των στόχων, είναι υπερποστατευτικές, τελειομανείς και επικεντρώνονται στην επιτυχία. Συνώνυμο της επιτυχίας θεωρούν την εξωτερική εμφάνιση και την κομψότητα, με αποτέλεσμα όταν τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι αποτυγχάνουν καταφεύγουν σε “εύκολες” λύσεις όπως ο περιορισμός της τροφής και η απώλεια βάρους. Επίσης ορισμένα άτομα με διατροφικές διαταραχές προέρχονται από δυσλειτουργικές οικογένειες όπως παραδείγματος χάριν οικογένειες εξαρτημένες από ουσίες όπως το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά. Η οικογενειακή διχόνοια, η ενδοοικογενειακή βία και το διαζύγιο επίσης συνδέονται με τις διατροφικές διαταραχές. Επιπλέον, μερικοί άνθρωποι στρέφονται προς μια διατροφική διαταραχή αφού έχουν βιώσει κάποιο οικογενειακό τραύμα, όπως σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση ή παραμέληση (Σπανού Ε. και Μωρόγιαννης Φ., 2009) (Μωρογιάννης Φ. 2003).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΠΡΟΛΗΨΗ

Για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών έχει δοθεί ελάχιστη προσοχή, κάτι το οποίο το καθιστά ειρωνικό καθώς πολλοί ερευνητές και εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας θεωρούν, ότι η θεραπεία των διατροφικών διαταραχών γίνεται δυσκολότερη όταν η διατροφική διαταραχή γίνεται τρόπος ζωής του ατόμου. "Πρόληψη" είναι ένας όρος που αναφέρεται είτε στην εξάλειψη των προδιαθεσικών παραγόντων που προκαλούν διατροφικές διαταραχές - ονομάζεται πρωτογενής πρόληψη - ή στην έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία των διατροφικών προβλημάτων γνωστή και ως δευτερογενή πρόληψη.

#### 4.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η εξεύρεση αποτελεσματικών τρόπων προσέγγισης της πρωτογενούς πρόληψης αποτελεί πρόβλημα, καθώς δεν είναι πλήρως κατανοητό τι προκαλεί τις διατροφικές διαταραχές. Ωστόσο μπορούμε να βρούμε τρόπους ελαχιστοποίησης των παραγόντων που προκαλούν διαταραχές στην πρόσληψη τροφής όπως το άγχος, προβλήματα επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια και χαμηλή αυτοεκτίμηση.

##### 4.1.1 ΕΛΑΧΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΙΕΣΕΩΝ

Μια σειρά από στρατηγικές μπορούν να αναπτυχθούν για να ελαχιστοποιηθεί ο αντίκτυπος των κοινωνικών πιέσεων. Μπορούμε να διδάξουμε τις νεότερες γενιές να μην είναι απορροφημένες από το βάρος του, το οποίο σημαίνει να μάθουν να δέχονται μία ευρεία γκάμα

σωματότυπων. Επίσης να δίνουν λιγότερο έμφαση στην εμφάνιση και περισσότερο στην προσωπικότητα και την ατομικότητα.

Επειδή τα έφηβα κορίτσια έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών, θα πρέπει τα σχολεία να παρέχουν ένα ιδανικό πρόγραμμα πρόληψης. Οι εκπαιδευτικοί και οι σχολικοί σύμβουλοι θα πρέπει οι ίδιοι να εκπαιδεύτουν σχετικά με τα αίτια και τους παράγοντες διαίωισης των διατροφικών διαταραχών, ιδιαίτερα αυτοί που έρχονται σε επαφή με ομάδες υψηλού κινδύνου. Εν συνεχεία θα πρέπει να ενημερώνουν τους μαθητές να αποδέχονται το σώμα τους όσο διαφορετικό και αν είναι. Τέλος μπορούμε να μειώσουμε τις επιπτώσεις των κοινωνικών τάσεων, μην ασκώντας τόσο πολύ πίεση στα παιδιά μας ώστε να υπερέχουν στην τάξη, στο χώρο εργασίας ή στον κοινωνικό περίγυρο, ως το κύριο μέσο για να νιώθουν καλά για τον εαυτό τους.

#### **4.1.2 ΕΛΑΧΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΠΙΕΣΕΩΝ**

Έντονες πολιτισμικές διαφορές με το βάρος, καθώς και η σημασία της εμφάνισης και του επιτεύγματος, συχνά μεταδίδονται στα παιδιά μέσα από την οικογένεια. Γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό για τους γονείς να προστατεύουν τα παιδιά τους από την μετάδοση επιβλαβών συμπεριφορών. Οι γονείς θα πρέπει να βεβαιωθούν ότι οι γραμμές επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας είναι ανοιχτές και ότι επιτρέπουν στα παιδιά τους να μεγαλώσουν και να ανεξαρτητοποιηθούν από την οικογένεια όταν ενηλικιωθούν. Οι γονείς μπορούν να μορφθούν σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές, ώστε να συνειδητοποιήσουν αλλαγή νοοτροπίας γύρω από τα τρόφιμα και το βάρος και να μπορούν να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα. Τέλος τα μέλη της οικογένειας πρέπει να ενθαρρύνονται να εξετάσουν τις δικές τους στάσεις γύρω από το φαγητό, το βάρος, και το σωματότυπο-οι γονικές συμπεριφορές γίνονται οι συμπεριφορές των παιδιών.

#### **4.1.3 ΜΕΙΩΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ**

Οι ατομικοί παράγοντες όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η τελειομανία συχνά αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα τόσο των οικογενειακών προτύπων όσο και των πολιτισμικών αξιών. Καθώς είναι δύσκολο ένα αλλάξει τις οικογενειακές σχέσεις και τις κοινωνικές δυνάμεις, μπορεί να εξισορροπήσει τις επιπτώσεις αυτών αναζητώντας συμβουλευτική θεραπεία για χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα αναποτελεσματικότητας ή άλλα ζητήματα. Οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς μπορούν να ενθαρρύνουν τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση και να τα συμβουλεύσουν να αναζητήσουν τη βοήθεια ειδικών.

#### **4.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η δευτερογενής πρόληψη εστιάζει στη μείωση της διάρκειας μιας διατροφικής διαταραχής. Για το λόγο αυτό, η έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση είναι σημαντικές πτυχές της δευτερογενούς πρόληψης. Είναι δύσκολο να εφαρμοστούν στρατηγικές για την έγκαιρη ανίχνευση, επειδή τα άτομα με διατροφικές διαταραχές συχνά προσπαθούν να αποκρύψουν τη συμπεριφορά τους. Εάν υποψιάζεστε κάποιον που γνωρίζετε ότι υποφέρει από διατροφική διαταραχή, προσεγγίστε είτε το άτομο ή έναν υπεύθυνο ενήλικα.

Το οικογενειακό περιβάλλον, οι συνομίλοι και οι εκπαιδευτικοί βρίσκονται σε καλή θέση για να ανιχνεύσουν οποιαδήποτε αλλαγή νοοτροπίας γύρω από το φαγητό ή το βάρος των ατόμων που έρχονται σε καθημερινή επαφή. Πολλές φορές όμως η φύση της σχέσης τους με το άτομο να φέρει τα αντίθετα αποτελέσματα δηλαδή να μην αντιληφθούν το πρόβλημα εγκαίρως.

Οι γιατροί και οι οδοντίατροι καθώς και άλλοι εργαζόμενοι υγείας είναι συχνά οι πρώτοι που εντοπίζουν μια εξελισσόμενη διατροφική διαταραχή. Οι γιατροί πρέπει να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στα συμπτώματα της απώλειας βάρους και της αμηνόρρειας μεταξύ των έφηβων και των νεαρών ενήλικων πελατών τους. Επίσης ενοχλήσεις του πεπτικού συστήματος

θα πρέπει να αναλυθούν πιο στενά για την πιθανή ύπαρξη αναπτυσσόμενης διατροφικής διαταραχής. Οι οδοντίατροι θα πρέπει να γνωρίζουν ότι η σοβαρή διάβρωση των δοντιών και το οίδημα των συελογόνων αδένων είναι συχνά δείκτες της υπερφαγίας και της βουλιμίας (Βάρσου Ελευθερία, Γονιδάκης Φραγκίσκος 2008).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ/ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η Νευρογενής Ανορεξία ή ψυχογενής ανορεξία (anorexia nervosa) είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης αστίας κατά το οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής, καθώς φοβάται την αύξηση του βάρους του. Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι, άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος, έντονος φόβος του ατόμου μήπως γίνει παχύ, διαταραχή στη σωματική εικόνα, σημαντική απώλεια βάρους, αμηνόρροια στις γυναίκες και διαταραχές της συμπεριφοράς. Η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται μέσω πολλών τεχνικών όπως με τη δίαιτα, την αποφυγή «παχυντικών» τροφών, τους προκλητούς έμετους μετά το γεύμα, τη χρήση καθαρτικών, την υπερβολική και εντατική γυμναστική, τη χρήση διουρητικών φαρμάκων καθώς και την χρήση κατασταλτικών της όρεξης (ανορεξιογόνων). Είναι πολύ σοβαρή διαταραχή και η θνησιμότητά της κυμαίνεται από 5-15%.

Βέβαια η λέξη ανορεξία είναι αποπροσανατολιστική. Η Νευρογενής Ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης, γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνο αργά στην πορεία της νόσου. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στην ταυτότητα και στην αυτονομία. Έτσι η Νευρογενής Ανορεξία παρουσιάζεται σε περιόδους της ζωής του ατόμου, που χαρακτηρίζονται από αυξημένες απαιτήσεις για ανεξαρτησία και ώριμους κοινωνικούς και σεξουαλικούς όρους. Η αυστηρή δίαιτα γίνεται ένας τρόπος καθιέρωσης της αυτονομίας και δίνει στο άτομο την αίσθηση του



ελέγχου των πραγμάτων. Αυτή όμως η συμπεριφορά δεν είναι σημάδι δύναμης, αλλά αδυναμίας και φόβου απώλειας του ελέγχου και κυρίως σε σχέση με τις νέες προσδοκίες που είναι συνάρτηση της ηλικίας του ατόμου.

Πιθανώς υπάρχει βιολογική σχέση μεταξύ Νευρογενή Ανορεξία και συναισθηματικών διαταραχών. Αυτό ενισχύεται από το οικογενειακό ιστορικό αρκετών ασθενειών, από ομοιότητες που παρατηρούνται σε ορισμένες βιοχημικές δοκιμασίες, αλλά και από το θεραπευτικό αποτέλεσμα που έχουν συχνά τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Έτσι μελέτες σε οικογένειες και σε διδύμους έχουν δείξει την γενετική/κληρονομική πλευρά της διαταραχής καθώς είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού και σε μονοζυγώτες διδύμους .

## 5.1 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

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

## 5.2 ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

- ✚ **Περιοριστικός τύπος** : Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου Νευρογενής Ανορεξίας το άτομο δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορές υπερφαγίας ή συμπεριφορές κάθαρσης (δηλ. αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή εμετικών), αλλά επιτυγχάνει την απώλεια βάρους κυρίως με δίαιτα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση. Οι ασθενείς με ανορεξία περιοριστικού τύπου συνήθως χαρακτηρίζονται από περισσότερη εσωστρέφεια κι αρνούνται να παραδεχτούν πως νιώθουν πείνα και άγχος.
- ✚ **Τύπος υπερφαγίας/κάθαρσης**: Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου Νευρογενής Ανορεξίας, το άτομο εμφανίζει απώλεια βάρους και εμπλέκεται τακτικά ή συστηματικά σε συμπεριφορές υπερφαγίας ή συμπεριφορές κάθαρσης ( δηλ. αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή εμετικών). Οι ασθενείς αυτού του τύπου χαρακτηρίζονται από εξωστρέφεια, αναφέρουν συχνότερα άγχος, κατάθλιψη κι ενοχές, παραδέχονται πως έχουν έντονη όρεξη και τείνουν να είναι μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τους ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου.

## 5.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ

Η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μια ασθένεια για την οποία δεν ευθύνεται ένας μεμονωμένος παράγοντας. Τα αίτια της νευρικής ανορεξίας είναι μάλλον πολυπαραγοντικά. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κοινωνίας, ο τρόπος σκέψης του ατόμου αλλά και παράγοντες που σχετίζονται με το ενδοοικογενειακό συναισθηματικό κλίμα μπορεί να συμβάλλουν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό στην εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας. Μάλιστα, φαίνεται ότι οι παράγοντες αυτοί περισσότερο συμπληρώνουν ο ένας τον άλλον παρά αλληλοαποκλείονται.

Κοινωνικοπολιτιστικές έρευνες έχουν τονίσει τον ρόλο των πολιτιστικών παραγόντων, όπως η προώθηση της λεπτότητας ως την ιδανική γυναικεία μορφή στα Δυτικά βιομηχανοποιημένα έθνη, ιδιαίτερα μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Μια πρόσφατη επιδημιολογική έρευνα ανάμεσα σε 989,871 κατοίκους της Σουηδίας έδειξε ότι το φύλο, η εθνικότητα και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση αποτελούσαν τεράστιες επιρροές στην περίπτωση ανάπτυξης ανορεξίας, με εκείνους των οποίων οι γονείς δεν είναι Ευρωπαίοι να είναι ανάμεσα σε εκείνους που έχουν λιγότερες πιθανότητες να διαγνωστούν με την αρρώστια και με εκείνους που προέρχονται από πλούσιες, λευκές οικογένειες να αντιμετωπίζουν περισσότερο ρίσκο να την εμφανίσουν.

Άνθρωποι με επαγγέλματα όπου υπάρχει ιδιαίτερη κοινωνική πίεση να είναι λεπτοί (όπως μοντέλα και χορευτές) έχουν πολλές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ανορεξία κατά την διάρκεια της καριέρας τους και περαιτέρω έρευνες έχουν υποδείξει ότι άτομα με νευρική ανορεξία έχουν πολύ περισσότερες επαφές με κοινωνικές πηγές που προωθούν την απώλεια βάρους σε σχέση με τα άλλα άτομα. Έχει επίσης τονιστεί ότι η νευρική ανορεξία είναι πιο πιθανό να προκύψει σε πληθυσμούς στους οποίους η παχυσαρκία είναι πιο επικρατούσα.

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η νευρική ανορεξία προκύπτει από μια σεξουαλικά επιλεγμένη επαναστατική ορμή για νεανική εμφάνιση σε πληθυσμούς όπου το μέγεθος γίνεται ο βασικός δείκτης της ηλικίας του ατόμου. Υπάρχουν επίσης αποδείξεις που δείχνουν ότι οι ασθενείς με νευρική ανορεξία χαρακτηρίζονται επίσης από Αλεξιθυμία (κατάσταση που χαρακτηρίζει τους ανθρώπους που έχουν δυσκολία στην κατανόηση και έκφραση των συναισθημάτων τους) και επίσης από ένα έλλειμμα σε συγκεκριμένες συναισθηματικές λειτουργίες.

Μια έρευνα έδειξε ότι αυτό συμβαίνει και στους ενήλικες και έφηβους ασθενείς με νευρική ανορεξία. Υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό αναφερόμενης παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης σε κλινικές ομάδες εκείνων που έχουν διαγνωστεί με νευρική ανορεξία. Παρόλο που το να έχει προηγηθεί σεξουαλική κακοποίηση δεν θεωρείται ειδικός παράγοντας ρίσκου για εμφάνιση νευρικής ανορεξίας, αυτοί που έχουν βιώσει τέτοιου είδους κακοποίηση έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν πιο σοβαρά και χρόνια συμπτώματα.



Διάφορες προγενέθλιες και περιγεννητικές επιπλοκές μπορεί να αποτελέσουν παράγοντα για την ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας όπως μητρική αναιμία, σακχαρώδης διαβήτης, έμφραγμα στον πλακούντα, καρδιακές ανωμαλίες στο νεογέννητο. Οι νεογεννητικές καρδιακές ανωμαλίες μπορεί επίσης να έχουν επίδραση στην αποφυγή που έχει το άτομο απέναντι σε βλάβες, ένα από τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ανάπτυξη ανορεξίας.

Ένας βιολογικός παράγοντας που ενοχοποιείτε είναι πρωτογενείς ανωμαλίες στη λειτουργία του υποθαλάμου, περιοχής που ευθύνεται για τη ρύθμιση των βασικών λειτουργιών του ανθρώπινου σώματος όπως βάρος, θερμοκρασία, όρεξη. Επίσης στην αιτιολογία της Νευρογενής Ανορεξίας έχουν μελετηθεί και οι γονιδιακοί παράγοντες, δεδομένου ότι έχει παρατηρηθεί ότι στο οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία υπάρχουν και άλλα μέλη που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής. Η ύπαρξη του γενετικού/βιολογικού παράγοντα θα ερμήνευε το γιατί ενώ πολλά άτομα μπορεί να εκτεθούν σε αρνητικές περιβαλλοντικές επιδράσεις δεν αναπτύσσουν όλα Νευρογενή Ανορεξία και οτι τα άτομα που τελικά θα εκδηλώσουν διατροφικές διαταραχές πέρα από την ευαλωτότητα στις περιβαλλοντικές συνθήκες παρουσιάζουν ταυτόχρονη ευαλωτότητα λόγω της επίδρασης κάποιων γενετικών/βιολογικών παραγόντων.

Κάποιες από τις πλέον πρώιμες περιγραφές της ψυχογενούς ανορεξίας δίνουν έμφαση στον παθογενετικό ρόλο της οικογένειας. Η διαταραχή, κάποιες φορές φαίνεται να υπηρετεί έναν ομοιοστατικό και σταθεροποιητικό ρόλο στην οικογένεια. Ειδικά πρότυπα συμπεριφοράς και αλληλοσυσχέτισης έχουν παρατηρηθεί στις οικογένειες αυτές, όπως παγιδευτική εμπλοκή, σύγχυση ρόλων, υπερπροστασία, ακαμψία, και αποφυγή επίλυσης των συγκρούσεων.

Οι γονείς των ανορεκτικών περιγράφονται, ως εξαιρετικά απαιτητικοί από τα παιδιά τους. Έχουν μεγάλες προσδοκίες και θέλουν να είναι επιτυχημένα. Παραβλέπουν όμως ότι οι μεγάλες προσδοκίες για να εκπληρωθούν, πρέπει να συνοδεύονται από επαρκή αγάπη και στήριξη για τα παιδιά ως άτομα. Το ανορεκτικό παιδί δεν ξέρει, δεν έχει ακούσει και δεν έχει αισθανθεί ότι αγαπιέται ως άτομο, ως άνθρωπος. Νοιώθει ότι αποκτά αξία, μόνο μέσα από τα επιτεύγματά του αλλά δεν αισθάνεται την πραγματική και ουσιαστική φροντίδα των γονέων του. Κάποτε όλα αυτά κορυφώνονται και τότε το ανορεκτικό παιδί νοιώθει την ανάγκη να

παρουσιάσει την πιο πειθαρχημένη πλευρά του εαυτού του: το ίδιο του το σώμα, γίνεται το σπουδαιότερο «επίτευγμά» του.

Άλλοι ερευνητές θεωρούν την ψυχογενή ανορεξία ως αποτέλεσμα συμβιβασμού μεταξύ ισχυρών αλλά αντίρροπων αναγκών τόσο για εξάρτηση όσο και για αυτονομία. Πολλοί ανορεκτικοί ανήκουν σε πολύ κλειστές οικογένειες, που επιδιώκουν να κρατούν τα παιδιά, ασφυκτικά κοντά τους. Το παιδί που θα παρουσιάσει ψυχογενή ανορεξία, θέλει να χαράξει τη δική του πορεία και να αποδείξει ότι αξίζει έξω από την οικογένεια αλλά ταυτόχρονα νοιώθει απροετοίμαστο και ανέτοιμο για κάτι τέτοιο, γεγονός που το οδηγεί σε αναζήτηση προστασίας και φροντίδας πάλι από την οικογένεια. Ασυνείδητα, τη λύση αυτή του διλήμματος, αντιπροσωπεύουν τα συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας. Με τον απόλυτο και άκαμπτο έλεγχο των αναγκών του σώματος, δίνει ένα σαφές μήνυμα ότι αυτό και μόνο είναι υπεύθυνο για τη ζωή του, ενώ ταυτόχρονα, ως άρρωστο παιδί, δηλαδή μέσω της αρρώστιας φανερώνει με έκδηλο τρόπο τα αισθήματα της ένδειας και της εξάρτησης που νοιώθει.

Ένας από τους πρώτους παράγοντες που μελετήθηκαν από τους ερευνητές είναι προσωπικότητα του πάσχοντα. Οι ανορεκτικές κοπέλες παρουσιάζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά στην προσωπικότητα τους, δηλαδή είναι τελειομανής, θέτουν υψηλούς στόχους, αμφισβητούν τις ικανότητές τους, δεν διαθέτουν φαντασία, αυθορμητισμό και δημιουργικότητα, αρχιά δημιουργούν την εντύπωση στους άλλους ότι είναι δυνατές, αλλά σύντομα αποκαλύπτεται η ανάγκη τους για αποδοχή και επιβράβευση.

Η αρνητική αξιολόγηση, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το αίσθημα αναποτελεσματικότητας είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση Νευρογενής Ανορεξίας. Η μη ικανοποίηση από το σώμα και τι παρουσιαστικό στο σύνολο του (εικόνα σώματος) αυξάνουν την πιθανότητα των διαταραχών. Σε αυτή την κατηγορία μπορεί να ενταχθεί η ενασχόληση των ατόμων με τον αθλητισμό σε επαγγελματικό επίπεδο. Κατά κανόνα, η ενασχόληση με τον αθλητισμό σχετίζεται με θετικούς δείκτες υγείας ( σωματικής και ψυχικής). Ωστόσο σε ορισμένα αθλήματα όπου δίνεται μεγάλη βαρύτητα στην ύπαρξη ενός αδύνατου σώματος (π.χ. μπαλέτο, ενόργανη γυμναστική, χορός) εμφανίζονται υψηλότερα ποσοστά ψυχογενούς ανορεξίας. Φαίνεται ότι η

ύπαρξη των ποσοστών αυτών δεν είναι αποτέλεσμα της συμμετοχής στο άθλημα καθ'αυτό, αλλά η σπουδαιότητα που δίνεται στο αδύνατο σώμα σε συνδυασμό με την συνύπαρξη κάποιων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (τελειομανία), που καθιστούν το άτομο πιο ευάλωτο στην ανάπτυξη Νευρογενής Ανορεξίας, καθώς και την πίεση που μπορεί να ασκούν οι προπονητές και οι γονείς. (Α.Λαγούδης, Β Μποζίκας 2009)

#### **5.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΚΑΤΑ DSM IV (DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS 1994) ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟ**

- ✚ α. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του ή εξεσημασμένη απώλεια βάρους η οποία είναι αυτοπροκαλούμενη και μη αποδοχή της ελάχιστης αύξησης του βάρους σώματος κατά τη διάρκεια έντονης ανάπτυξης όπως η εφηβεία (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο, ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης, που οδηγεί σε βάρος σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο).
  
- ✚ β. Ειδική ψυχοπαθολογία που χαρακτηρίζεται από έντονο φόβο του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ ακόμη και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
  
- ✚ γ. Διαταραχή στην αυτοεκτίμηση ως προς την εικόνα του σώματος και άρνηση μετά από μεγάλη απώλεια βάρους. Στρέβλωση της εικόνας του σώματος (δηλ. διαταραχή του τρόπου με το οποίο αντιλαμβάνεται το σωματικό βάρος ή το σχήμα του σώματος, υπερβολική επίδραση του βάρους ή του σωματότυπου στην αυτοεκτίμηση και αδιαφορία της σοβαρότητας της κατάστασης για τις συνέπειες από μια μεγάλη απώλεια βάρους και ενός πολύ χαμηλού βάρους σώματος).

- ✚ δ. Ενδοκρινολογικές διαταραχές που εκδηλώνονται για τις γυναίκες με αμηνόρροια δηλαδή η απουσία έστω τριών διαδοχικών εμμηνορροιακών κύκλων. Επίσης απώλεια ερωτικού ενδιαφέροντος στα κορίτσια και ανικανότητα στα αγόρια.

#### **5.4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΚΑΤΑ ICD-10 (INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES AND RELATED HEALTH PROBLEMS 1992)**

- ✚ α. Το σωματικό βάρος παραμένει τουλάχιστον 15% κάτω από το αναμενόμενο (είτε λόγω απώλειας είτε επειδή ποτέ δεν επιτεύχθηκε) ή ο δείκτης της σωματικής μάζας κατά Quetelet [Δείκτης σωματικής μάζας Quetelet = Βάρος (kg) / Ύψος (m)<sup>2</sup> (να χρησιμοποιείται μόνο μετά την ηλικία των 16ετών) ] είναι 17,5 ή λιγότερο. Σε ασθενείς προεφηβικής ηλικίας, μπορεί να παρατηρείται αδυναμία να επιτευχθεί η προσδοκώμενη για την ηλικία αύξηση του σωματικού βάρους.
- ✚ β. Η απώλεια βάρους προκαλείται με την αποφυγή «παχυντικών τροφών». Είναι δυνατόν επίσης να υπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα επόμενα : αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, αυτοπροκαλούμενες κενώσεις με καθαρτικές ουσίες, υπερβολική σωματική άσκηση, χρήση φαρμάκων κατασταλτικών της όρεξης ή / και διουρητικών.
- ✚ γ. Παραμόρφωση της εικόνας του σωματικού εγώ υπό τη μορφή ειδικής ψυχοπαθολογίας, κατά την οποία ο φόβος του πάχους επιδιάρκει ως παρεμβλητή, υπεραξιολογούμενη ιδέα και ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του χαμηλό επίπεδο σωματικού βάρους.
- ✚ δ. Υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή, του υποθαλαμο-υποφυσιογοναδικού άξονα εκδηλούμενη στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας. (Προφανής εξαίρεση αποτελεί η επίμονη κολπική αιμορραγία σε ανορεκτικές γυναίκες, οι οποίες λαμβάνουν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης, συνηθέστατα υπό τη μορφή του αντισυλληπτικού χαπιού.)

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

- ✚ ε. Εάν η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας τοποθετείται στην προεφηβική ηλικία η διαδοχή των διαφόρων γεγονότων της ήβης καθυστερεί ή αναστέλλεται (η ανάπτυξη του ατόμου σταματά, στα κορίτσια οι μαστοί δεν αναπτύσσονται και υπάρχει πρωτογενής αμηνόρροια, στα αγόρια τα γεννητικά όργανα παραμένουν παιδικά). Με την ανάρρωση, η ήβη συχνά συμπληρώνεται φυσιολογικά, αλλά η εμμηναρχή καθυστερεί.

## 5.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στη Νευρογενή Ανορεξία συχνά παρατηρούνται σωματικές και μεταβολικές διαταραχές. Ειδικότερα, τα κυριότερα συμπτώματα είναι: βραδυκαρδία, υπόταση, υποθερμία, οιδήματα των άκρων, ατροφία των δοντιών καθώς και διαταραχές από το θυρεοειδή. Ακόμη, απώλεια βάρους, αμηνόρροια, υπερδραστηριότητα, δυσκοιλιότητα, τριχόπτωση, πόνος στο επιγάστριο, ναυτία, εμετοί, κόπωση και μυική αδυναμία.

Ακόμη λεπτά και εύθραστα μαλλιά, καμπούρα, αποδυναμωμένοι μύες, ξηροδερμία, κρύα και μελανιασμένα άκρα, υπερβολική τριχοφυία και πρόσωπο και σώμα, ανεπαρκής ανάπτυξη του στήθους, άδειες αποθήκες λίπους, αμηνόρροια, ήπια αναιμία, εύθραστα και κατεστραμμένα νύχια, έλλειψη ενέργειας, νευρικότητα, οστεοπόρωση, υπογλυκαιμία και μειωμένη ανάπτυξη.



Μερικές φορές παρατηρούνται ηλεκτροεγκεφαλικές και αιματολογικές διαταραχές.

Τέλος τα άτομα που χρησιμοποιούν προκλητά εμετό μπορεί να παρουσιάσουν διαβρώσεις της αδαμαντίνης των δοντιών, ουλές ή κάλλους στη ράχη των χεριών τους καθώς και οίδημα στα μαγουλα λόγω της μεγένθυσης των σιελογόνων αδένων. (Βάρσου Ελευθερία, Γονιδάκης Φραγκίσκος 2008)

## **5.6 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ**

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

### **5.6.1 ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

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

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

Οι ανορεκτικοί με σοβαρή ατροφία μυών της καρδιάς μπορεί να αντιδράσουν αρνητικά σε αιφνίδια πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, ιδιαίτερα υψηλής θερμιδικής αξίας, με αποτέλεσμα η πρόσληψη θερμίδων να αυξάνεται με αργό ρυθμό κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

### **5.6.2 ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ**

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

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

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

### **5.6.3 ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΚΑΘΑΡΤΙΚΩΝ**

Περίπου πενήντα τοις εκατό των ανορεξικών επιτειγάνουν την απώλεια βάρους μέσω ενός ``κύκλου εκκαθάρισης``. Η εκκαθάριση επιτυγχάνεται με πρόκληση εμετού, κλύσματα, και καθαρτικά. Η χρόνια κατάχρηση καθαρτικών προκαλεί ζημιές στα νεύρα του στομάχου και

επιδεινώνει τη δυσκοιλιότητα. Η θεραπεία των ανορεκτικών που χρησιμοποιούν καθαρτικά χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Η απότομη διακοπή των καθαρτικών προκαλεί σοβαρό οίδημα το οποίο μπορεί να συμβεί μέσα σε 2-3 ημέρες καθώς και αύξηση του σωματικού βάρους έως και 9 κιλά. Προφανώς, μία αύξηση του βάρους αυτού του μεγέθους έστω και αν είναι προσωρινή προκαλεί στους ανορεκτικούς έντονο άγχος με αποτέλεσμα να αρνηθούν την συνέχιση της θεραπείας τους και να επιστρέψουν στη χρήση καθαρτικών για την απώλεια αυτών των κιλών. Ορισμένοι επιστήμονες προτείνουν τη σταδιακή μείωση της χρήσης καθαρτικών καθώς και την ενημέρωση των ανορεκτικών ότι μια μακροχρόνια χρήση μπορεί να αποβεί μοιραία.

#### **5.6.4 IPESCAP ΣΙΡΟΠΙ-ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΕΜΕΤΟΥ**

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

#### **5.6.5 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑΣ**

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



## 5.6.6 ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

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

## 5.7 ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

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

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

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

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

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

Δεν είναι τυχαίο ότι αρκετές έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι συγγενείς των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία είναι ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη Κατάθλιψης. Έχει προταθεί σαν υπόθεση και το αντίστροφο, ότι δηλαδή η Κατάθλιψη είναι αυτή που προκαλεί τη Νευρογενή Ανορεξία ή ότι η τελευταία είναι τρόπον τινά μια παράμετρος

της Κατάθλιψης. Οι υποθέσεις αυτές έχουν στηριχθεί στο γεγονός ότι υπάρχει μια ομοιότητα ανάμεσα στις δύο νόσους κυρίως σε ότι αφορά τη συμπτωματολογία τους. Για παράδειγμα η απώλεια βάρους είναι ένα από τα συμπτώματα της Κατάθλιψης αλλά και της Νευρογενούς Ανορεξίας.

Επιπροσθέτως, υπάρχουν και βιολογικές ομοιότητες ανάμεσα στις δύο διαταραχές. Για παράδειγμα, τόσο οι ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία όσο και αυτοί που πάσχουν από Κατάθλιψη έχουν χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης. (Α. Λαγούδης-Β. Μποζίκας)

## **5.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ**

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

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

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

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

Οι στόχοι της θεραπείας λοιπόν, πρέπει να περιλαμβάνουν:

- ✚ Την αποκατάσταση του βάρους στο επίπεδο του βάρους-στόχου.
- ✚ Την επαναφορά φυσιολογικού τρόπου διατροφής, με ενθάρρυνση του ασθενούς να εξοικειωθεί με μια κανονική και θερμιδικά ισορροπημένη πρόσληψη τροφών.
- ✚ Τη διάγνωση και τη θεραπεία των ιατρικών επιπλοκών εξαιτίας της ασιτίας και των συμπεριφορών που τη συντηρούν.
- ✚ Την επισήμανση των αρνήσεων και των δυσλειτουργικών σκέψεων, πίστεων και πεποιθήσεων.
- ✚ Την παρέμβαση στην οικογένεια με σκοπό τη συνεργασία και την αποφυγή της εμπλοκής.
- ✚ Την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την ενίσχυση της αυτονομίας, τη διευκόλυνση της διαμόρφωσης ταυτότητας, τη στήριξη της διαδικασίας αυτοεκτίμησης και την αντιμετώπιση του αισθήματος αναξιοότητας.
- ✚ Την προληπτική παρέμβαση και εκπαίδευση για την αποφυγή υποτροπής.

### 5.8.1 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Υπάρχει γενική συμφωνία ότι η αποκατάσταση του βάρους θα πρέπει να είναι κεντρικός και πρώτος στόχος της θεραπείας. Το επιθυμητό βάρος-στόχος θα πρέπει να είναι το ατομικά καθορισμένο φυσιολογικό βάρος σώματος στο οποίο θα αποκατασταθεί η αναπαραγωγική λειτουργία. Ως προς το περιεχόμενο των γευμάτων και τον υπολογισμό της θερμιδικής πρόσληψης, είναι καλύτερα, εξ αρχής ο καθορισμός του περιεχομένου των γευμάτων και του ποσού των θερμίδων να γίνεται από το διαιτολόγο ή το γιατρό.

Είναι επίσης σημαντικό να επισημανθεί και να συμφωνηθεί με τον ασθενή ότι ο στόχος της θεραπείας είναι το φυσιολογικό βάρος και ότι το υπερβολικό βάρος δεν είναι επιθυμητό και πρέπει να αποφεύγεται. Σαν βασική πάντως αρχή της προτεινόμενης διατροφής είναι να περιλαμβάνονται απαραίτητως σε κάθε γεύμα υδατάνθρακες, λευκώματα και λίπη, χωρίς να αποφεύγονται τα λαχανικά και φρούτα, των οποίων η αποφυγή είναι συχνά επιθυμία των ασθενών και θα πρέπει να ελέγχεται.

Συνήθως η αρχική θερμιδική πρόσληψη κυμαίνεται μεταξύ 30-40 Kcal/kg την ημέρα (περίπου 1000-1600 Kcal /την ημέρα) πιθανόν όμως να πρέπει να αυξηθεί σε 70-100 Kcal/kg την ημέρα για ορισμένους ασθενείς κατά τη διάρκεια της φάσης αύξησης του βάρους, ώστε να σταθεροποιηθεί στις 40-60 Kcal/kg την ημέρα κατά τη φάση διατήρησης του βάρους. Η συνεχής εκπαίδευση και υποστήριξη του ασθενούς για τη διατήρηση φυσιολογικών συνηθειών διατροφής είναι ουσιαστική παράμετρος της θεραπείας καθ' όλη τη διάρκειά της.

Ο υπολογισμός του βάρους-στόχου γίνεται βάσει του Δείκτη Σωματικής Μάζας, που προσδιορίζεται από το πηλίκο του βάρους σε kg, δια του τετραγώνου του ύψους σε εκατοστά. Για ασθενείς ηλικίας 16 ετών και άνω, ο ελάχιστος Δείκτης Σωματικής Μάζας πρέπει να είναι 20. Γι' αυτούς που είναι 14 και 15 ετών ο Δείκτης Σωματικής Μάζας πρέπει να είναι τουλάχιστον 18,5 - 19,5. Για ασθενείς μικρότερης ηλικίας πρέπει να γίνεται χρήση ειδικών πινάκων.

**Βάρος σε κιλά**

	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125
140	23	26	28	31	33	36	38	41	43	46	48	51	54	56	59	61	64
145	21	24	26	29	31	33	36	38	40	43	45	48	50	52	55	57	59
150	20	22	24	27	29	31	33	36	38	40	42	44	47	49	51	53	56
155	19	21	23	25	27	29	31	33	35	37	40	42	44	46	48	50	52
160	18	20	21	23	25	27	29	31	33	35	37	39	41	43	45	47	49
165	17	18	20	22	24	26	28	29	31	33	35	37	39	40	42	44	46
170	16	17	19	21	22	24	26	28	29	31	33	35	36	38	40	42	43
175	15	16	18	20	21	23	24	26	28	29	31	33	34	36	38	39	41
180	14	15	17	19	20	22	23	25	26	28	29	31	32	34	35	37	39
185	13	15	16	18	19	20	22	23	25	26	28	29	31	32	34	35	37
190	12	14	15	17	18	19	21	22	24	25	26	28	29	30	32	33	35
195	12	13	14	16	17	18	20	21	22	24	25	26	28	29	30	32	33
200	11	13	14	15	16	18	19	20	21	23	24	25	26	28	29	30	31
205	11	12	13	14	15	17	18	19	20	21	23	24	25	26	27	29	30
210	10	11	12	14	15	16	17	18	19	20	22	23	24	25	26	27	28
215	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27

Λιποβαρή
Φυσιολογικό
Υπέρβαρο
Παχύσαρκο

Δείκτης Σωματικής Μάζας

Ηλικία	Σωματικό Υπέρβαρο		Παχυσαρκία	
	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια
2	18.41	18.02	20.09	19.81
2,5	18.13	17.76	19.80	19.55
3	17.89	17.56	19.57	19.36
3,5	17.69	17.40	19.39	19.23
4	17.55	17.28	19.29	19.15
4,5	17.47	17.19	19.26	19.12
5	17.42	17.15	19.30	19.17
5,5	17.45	17.20	19.47	19.34
6	17.55	17.34	19.78	19.65
6,5	17.71	17.53	20.23	20.08
7	17.72	17.75	20.63	20.51
7,5	18.16	18.03	21.09	21.01
8	18.44	18.35	21.60	21.57
8,5	18.76	18.69	22.17	22.18
9	19.10	19.07	22.77	22.81
9,5	19.46	19.45	23.39	23.46
10	19.84	19.86	24.00	24.11
10,5	20.20	20.29	24.57	24.77
11	20.55	20.74	25.10	25.42
11,5	20.89	21.20	25.58	26.05
12	21.22	21.68	26.02	26.67
12,5	21.56	22.14	26.43	27.24
13	21.91	22.58	26.84	27.76
13,5	22.27	22.98	27.25	28.20
14	22.62	23.34	27.63	28.57
14,5	22.96	23.66	27.98	28.87
15	23.29	23.94	28.30	29.11
15,5	23.60	24.17	28.60	29.29
16	23.90	24.37	28.88	29.43
16,5	24.19	24.54	29.14	29.56
17	24.46	24.70	29.41	29.69
17,5	24.73	24.85	29.70	29.84
18	25	25	30	30

Δείκτης Σωματικής Μάζας για παιδιά από 2 έως 18 ετών

Οι ανορεκτικοί ασθενείς που το βάρος τους είναι έως 20% κάτωθεν του φυσιολογικού βάρους πρέπει πρώτα να αντιμετωπίζονται εξωνοσοκομειακά, ιδιαίτερα όταν υπάρχει υψηλό κίνητρο, όταν η οικογένεια είναι συνεργάσιμη και όταν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρή.

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

Στα προγράμματα ενδονοσοκομειακής θεραπείας θα πρέπει να καθορίζονται με ακρίβεια τόσο το βάρος-στόχος όσο και ο ρυθμός ελεγχόμενης αύξησης του βάρους αλλά και να πείθονται οι ασθενείς ότι μπορούν να αποκτήσουν τον έλεγχο επί των υγιών διατροφικών συνηθειών, στις οποίες εκπαιδεύονται.

Ένα υποστηρικτικό και ενθαρρυντικό προσωπικό με το οποίο οι ασθενείς και οι οικογένειές τους μπορούν να αναπτύξουν ρεαλιστικές σχέσεις εμπιστοσύνης, είναι απολύτως αναγκαίο. Στο πρόγραμμα θα πρέπει να περιλαμβάνεται ένας λογικός ρυθμός αύξησης του βάρους (π.χ. 1,5 kg/εβδομάδα για ενδονοσοκομειακούς ασθενείς ή 1 Kgr/εβδ. για εξωτερικούς ασθενείς ή ασθενείς ημέρας) καθώς και ορισμένες θετικές και αρνητικές ενισχύσεις (παραμονή στο κρεβάτι, απαγόρευση προνομίων εκτός μονάδας, άσκηση εξαρτώμενη από την αύξηση του βάρους).

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



### **5.8.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ**

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

Ενίοτε, ένεκα της ασιτίας, των εμέτων και των καθαρτικών, παρατηρούνται σοβαρές επιπλοκές όπως ηλεκτρολυτικές διαταραχές, καρδιακή ανεπάρκεια, υπόταση, αφυδάτωση, αρρυθμίες και νεφρική ανεπάρκεια που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση στο νοσοκομείο.

Η χρήση ρινογαστρικού καθετήρα ή, σε εξαιρετικές περιπτώσεις, η χορήγηση παρεντερικής διατροφής είναι εναλλακτικές λύσεις που χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν κίνδυνοι για τη ζωή του ασθενή. Τέτοιου τύπου παρεμβάσεις θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο για όσο χρονικό διάστημα είναι απολύτως αναγκαίες, ενώ θα πρέπει να συνεχίζεται η μέριμνα για την αποκατάσταση της φυσιολογικής διατροφής.

### **5.8.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Παρ' ότι τα τελευταία 40 χρόνια έχει σημειωθεί ιδιαίτερα σημαντική πρόοδος στην ψυχοφαρμακολογία, κανένα φάρμακο δεν έχει αποδειχθεί χρήσιμο στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας. Επειδή λοιπόν η κεντρική ψυχοπαθολογία της διαταραχής αυτής, είναι εξαιρετικά ανθεκτική στη φαρμακευτική προσέγγιση, τα φάρμακα δεν πρέπει να χορηγούνται ως μοναδική θεραπεία. Η φαρμακευτική αγωγή όμως είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της ασιτίας και για τη θεραπεία της συνυπάρχουσας νοσηρότητας που παρατηρείται στους ανορεκτικούς ασθενείς με χρόνια πορεία (25% των πασχόντων).

Τα φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί περισσότερο είναι τα αντικαταθλιπτικά (αμιτριπτυλίνη, χλωριμιπραμίνη- σε ασθενείς με κατάθλιψη που επιμένει παρά την αύξηση του βάρους) τα νευροληπτικά (χλωροπρομαζίνη -κατά την ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση και ιδιαίτερα κατά την περίοδο που ο ασθενής παραμένει κλινήρης, έχουν χρησιμοποιηθεί βοηθητικά οι υψηλές δόσεις χλωροπρομαζίνης, οι οποίες γίνονται καλώς ανεκτές και συμβάλλουν στην επιτυχή ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, η πιμοζίδη σε χαμηλές δόσεις για την ψυχαναγκαστικότητα, το άγχος και τον ψυχωσικόμορφο τρόπο σκέψης) καθώς και τα αγχολυτικά φάρμακα (λοραζεπάμη) που χρησιμοποιούνται εκλεκτικά πριν από τα γεύματα για να μειώσουν το άγχος αναμονής που σχετίζεται με το φαγητό.

Οι περισσότεροι ειδικοί πιστεύουν ότι:

**α.** Οι ασθενείς με υποθρεψία και κατάθλιψη είναι περισσότερο επιρρεπείς στις ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαταθλιπτικής αγωγής απ' ό,τι άλλοι ασθενείς με κατάθλιψη, ενώ παράλληλα ανταποκρίνονται λιγότερο σ' αυτή.

**β.** Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο υπότασης και αρρυθμίας στους ασθενείς με ανορεξία ειδικότερα σε ασθενείς που κάνουν χρήση υπακτικών και των οποίων η ενυδάτωση είναι ανεπαρκής και η καρδιακή λειτουργία διαταραγμένη.

**γ.** Μερικά συμπτώματα κατάθλιψης μπορούν να υποχωρήσουν με την αύξηση του βάρους.

**δ.** Τα αντικαταθλιπτικά βοηθούν στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που επιμένουν, μειώνουν την ψυχαναγκαστικότητα και γενικώς περιορίζουν τον κίνδυνο υποτροπής, μετά τη φάση αποκατάστασης του βάρους.

**ε.** Σε περιπτώσεις ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και ιδιαίτερα όταν είναι αναγκαίο ο ασθενής να παραμείνει κλινήρης κατά τη φάση απόκτησης φυσιολογικού βάρους, βαθμιαία αυξανόμενες δόσεις χλωροπρομαζίνης (μέχρι 400 mg ημερησίως), γίνονται καλά ανεκτές και βοηθούν σημαντικά στην παραμονή του ασθενή στο κρεβάτι και τη συμμόρφωση στην ενδεικνυόμενη σίτιση.

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

#### **5.8.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

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

Υπερβολικά αυστηροί γονείς θα πρέπει πρώτα να αντιμετωπίζονται χωρίς την παρουσία του ασθενούς ώστε να γίνει η σχετική προετοιμασία για να συμμετάσχουν στην οικογενειακή θεραπεία που περιλαμβάνει και τον ασθενή.

Η οικογενειακή θεραπεία είναι περισσότερο χρήσιμη για νεότερους ασθενείς και πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι η οικογενειακή θεραπεία πρέπει να είναι υποχρεωτική για παιδιά και νεαρούς εφήβους. Η θεραπεία ζεύγους μπορεί να είναι χρήσιμη σε παντρεμένους ασθενείς.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επισημανθεί στην οικογένεια ότι οι θεραπευτικοί χειρισμοί θα πρέπει να αποφασίζονται από τη θεραπευτική ομάδα. Συχνά οι ασθενείς προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν την οικογένεια ώστε να διακοπεί η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία πριν το βάρος-στόχος επιτευχθεί με διάφορα τεχνάσματα. Η στήριξη της θεραπευτικής ομάδας από

την οικογένεια κατά τη διάρκεια της φάσης ανάκτησης φυσιολογικού βάρους, είναι απαραίτητη προϋπόθεση της θεραπείας.

### 5.8.5 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοθεραπεία θα πρέπει να προσαρμόζεται σύμφωνα με το επίπεδο γνωστικής συγκρότησης, το στυλ και την πολυπλοκότητα του συγκεκριμένου ασθενή και της οικογένειάς του. Συναισθηματική δοτικότητα και υποστήριξη, ενίσχυση της εναισθησίας, εκπαίδευση και εκμάθηση τεχνικών επίλυσης προβλημάτων αποτελούν βασικές περιοχές εργασίας και μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν ο ασθενής είναι επιδεκτικός σε τέτοιες παρεμβάσεις.

Η ψυχοθεραπεία, ατομική ή ομαδική χρειάζεται να συνεχιστεί για πολλά χρόνια, ίσως με διαλείμματα που εξαρτώνται από την ψυχοπαθολογία του ασθενούς και την ιατρική του κατάσταση. Η επίμονη και συχνά χρόνια φύση της ψυχοπαθολογίας αλλά και των διαταραχών της προσωπικότητας στην ψυχογενή ανορεξία, και η ανάγκη για ουσιαστική αλλαγή κατά τη διάρκεια της ανάκαμψης, απαιτούν μακροχρόνια ψυχολογική αντιμετώπιση τουλάχιστον για ένα χρόνο (Crisp 1997) ή ίσο χρόνο ψυχοθεραπείας με τον χρόνο από την έναρξη της διαταραχής.

Η ερμηνεία των ψυχολογικών διαταραχών που απαντώνται σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία βασίζεται σε ψυχοδυναμικές, ψυχαναλυτικές, γνωστικές, συστημικές, κοινωνικοπολιτισμικές και φεμινιστικές θεωρίες, από τις οποίες απορρέουν και οι αντίστοιχες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, που όλες έχουν εφαρμοσθεί, με άλλοτε, άλλη επιτυχία. Ο ρόλος της ψυχοθεραπείας στην οξεία φάση της ενδονοσοκομειακής αντιμετώπισης του σοβαρά υποσιτιζόμενου ασθενή παραμένει ασαφής. Η εμπειρία από προγράμματα με μεγάλο αριθμό ασθενών και επιτυχή αντιμετώπιση δείχνουν ότι η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας αρχίζει να φαίνεται μετά την αποκατάσταση του βάρους. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, χωρίς ταυτόχρονη πρόοδο στην απόκτηση του βάρους, συνήθως δεν είναι αποτελεσματικές.

Γενικά, κάθε ψυχοθεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να εστιάζει αφ' ενός στα εσώτερα προβλήματα του ανορεκτικού ασθενούς (αισθήματα κενού, άρνηση και φόβος έναντι των προσωπικών αναγκών, αίσθημα αναποτελεσματικότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, εχθρότητα προς εαυτό) και αφ' ετέρου να τον βοηθήσει να επεξεργασθεί τις αναπτυξιακές προκλήσεις της

εφηβείας. Ο θεραπευτής πρέπει να εκπαιδεύει, να διευθετεί, να υποστηρίζει, να προτείνει, να συζητά, να διαπραγματεύεται, να ενθαρρύνει, να εκπλήσσει και να αποτελεί πρότυπο για τον ασθενή του. Κάτι που πρέπει να αποφεύγεται γενικά σε κάθε προσέγγιση είναι η χρησιμοποίηση διαφόρων τακτικών και τεχνικών που εκλαμβάνονται ως εξαναγκαστικές από τους ασθενείς, για τους οποίους είναι γνωστό ότι ο έλεγχος είναι κάτι πολύ σημαντικό ( Gerad Apfeldorfer 1997) (Βάρσου Ελευθερία, Γονιδάκης Φραγκίσκος 2008).

## **5.9 ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι περιλαμβάνουν σταθεροποίηση της συναισθηματικής διάθεσης, διευθέτηση των δυσλειτουργικών στοιχείων της προσωπικότητας, βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινωνικής λειτουργικότητας. Οι υποστηρικτικές και ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να αρχίσουν από τα πρώτα στάδια της ψυχοθεραπείας και να συνεχιστούν καθ' όλο το διάστημα της θεραπείας. Οι ασθενείς πρέπει να διευκολύνονται να δημιουργήσουν μια θεραπευτική σχέση μ' έναν ειδικό όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Το φύλο του θεραπευτή δεν έχει τόσο σημασία, όσο η εμπειρία του και οι ικανότητές του.

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

Η κακή πρόγνωση έχει συσχετιστεί με το πολύ χαμηλό αρχικά βάρος, την παρουσία εμέτων, την αποτυχία ανταπόκρισης σε προηγούμενη θεραπεία, τις διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις και το γάμο. Η θνησιμότητα, οφειλόμενη πρωταρχικά σε καρδιακή προσβολή ή αυτοκτονία, (1-5%) αυξήθηκε όσο παρατεινόταν η παρακολούθηση και έφτασε περίπου το 20% μεταξύ ασθενών που παρακολουθούνταν για περισσότερο από 20 χρόνια. Συνήθως κυμαίνεται μεταξύ 4% και 17%. Επιπλέον, περίπου τα 2/3 των ασθενών συνέχισαν να έχουν συνεχή νοσηρή ενασχόληση με το φαγητό και το βάρος, πάνω από 40% είχαν βουλιμικά συμπτώματα και πολλοί είχαν δυσθυμία, κοινωνική φοβία, ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά συμπτώματα και κατάχρηση ουσιών. Πρέπει να επισημανθεί ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών ( 25% περίπου) εισέρχεται στη χρόνια μορφή της διαταραχής που συνοδεύεται από σοβαρές ιατρικές επιπλοκές.

## 5.10 ΑΡΘΡΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Το παρακάτω κείμενο είναι ένα άρθρο το οποίο δημοσιεύτηκε από την εφημερίδα “Ελευθεροτυπία”, στις 6 Οκτωβρίου 2007.

### ΜΑΡΤΥΡΙΑ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ ΧΩΡΙΣ ΒΟΗΘΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΜΙΑ ΧΑΜΕΝΗ ΜΕΡΑ

**των Σοφίας Νέτα - Ντάνι Βέργου**

Τα τελευταία χρόνια η Α.Μ. (28 χρόνων) ζει το πρόβλημα της ψυχογενούς ανορεξίας από κοντά, καθώς πάσχει απ' αυτήν η 25χρονη αδερφή της. Θέλοντας να διατηρήσει την ανωνυμία της, μίλησε στην «Ε» για την εμπειρία της:

«Ήταν πριν από τρία χρόνια όταν παρατήρησα για πρώτη φορά τις αλλαγές στη συμπεριφορά της αδερφής μου. Εχανε συνέχεια βάρος, απέφευγε γεύματα με διάφορες προφάσεις, ενώ τα βράδια έμενε πολλή ώρα στο μπάνιο, όπου έκανε εμετούς.

Μέσα μου το ήξερα ότι συμβαίνει κάτι σοβαρό, αλλά η ίδια δεν ήθελε να παραδεχτεί ότι έχει πρόβλημα. Υστερα από δικές μου πιέσεις, που κράτησαν αρκετές μέρες, παραδέχτηκε ότι κάνει εμετούς για να μην πάρει βάρος.

Σ' εκείνη τη φάση ανακουφίστηκα, γιατί σκέφτηκα πως αφού το παραδέχτηκε θα ήταν έτοιμη και να δεχθεί βοήθεια. Ομως στη συνέχεια ξεκίνησε μια μεγάλη περίοδος, που προσπαθούσε να με πείσει να μην το αποκαλύψω στους γονείς μου, με την πρόφαση ότι θα προσπαθήσει μόνη της να βοηθήσει τον εαυτό της και να το ξεπεράσει.



Αποφάσισα να το πω στους γονείς μου, καθώς φοβόμουν για την κατάσταση της υγείας της, με αποτέλεσμα να έρθουμε σε σύγκρουση. Η μητέρα μου είχε ήδη υποψιαστεί κάτι, καθώς είχε προβληματιστεί για τη μεγάλη απώλεια βάρους που παρουσίαζε η αδερφή μου.

Η αποκάλυψη έκανε τους γονείς μου να αισθανθούν ενοχές, καθώς γνώριζαν ότι πρόκειται για ψυχογενή ασθένεια, και θεωρούσαν ότι δεν έκαναν κάτι σωστά στον τρόπο που τη μεγάλωσαν.

Πέρασε άλλη μία περίοδος, κατά την οποία η αδερφή μου υποσχέθηκε ότι, με τη βοήθεια της μητέρας μας, θα ξανάρχιζε να τρώει κανονικά. Ομως πολύ γρήγορα καταλάβαμε ότι κι αυτό ήταν άλλο ένα κόλπο για να καθυστερήσει την επίσκεψη σε ειδικό.

Όταν η κατάσταση άρχισε να χειροτερεύει, ουσιαστικά εξαναγκάστηκε να δει ειδικό και να παρακολουθηθεί στη συνέχεια από ψυχίατρο και διαιτολόγο. Αργησαν πολύ να φανούν αποτελέσματα, γιατί η ίδια συνέχιζε να πιστεύει κάθε φορά που έβλεπε τον εαυτό της στον καθρέφτη ότι είναι υπέρβαρη, αν και ζύγιζε μόλις 42 κιλά.

Όλη η καθημερινότητα ενός τέτοιου ανθρώπου περιστρέφεται γύρω από τα ανύπαρκτα περιττά κιλά του, με αποτέλεσμα να γίνει ιδιαίτερα προβληματική η επικοινωνία με τους γύρω του. Στην οικογένεια είναι δύσκολο να διατηρηθεί ισορροπία, γιατί κανείς μας δεν γνώριζε, παρά τις οδηγίες των ειδικών, πώς να συμπεριφερθεί.

Σήμερα η αδερφή μου, ύστερα από δύο χρόνια θεραπείας, έχει πάρει τέσσερα κιλά, έχει περίοδο που της είχε κοπεί για ενάμιση χρόνο, έχει βελτιώσει, σε μικρό βαθμό, τη σχέση της με το φαγητό, συνεχίζει όμως να θεωρεί ότι είναι παχιά. Κατά περιόδους αποφεύγει το φαγητό, ενώ στη συνέχεια έχει έντονες βουλιμικές κρίσεις.

Όλη μου η οικογένεια έχει αποδεχτεί πλέον το γεγονός ότι δεν πρόκειται να γίνει εντελώς καλά σε σύντομο χρονικό διάστημα και προσπαθούμε, όσο γίνεται, να τρώει ισορροπημένα και να αποφεύγουμε αναφορές για θέματα κιλών, φαγητού κ.λπ.

Με τις πρώτες υποψίες ότι συμβαίνει κάτι τέτοιο σε άτομο του περιβάλλοντός σας, θα πρέπει να προσπαθήσετε να δει όσο πιο γρήγορα ειδικό και ν' αρχίσει θεραπεία. Τα άτομα αυτά ξέρουν να κρύβονται πολύ καλά, αλλά κάθε μέρα χωρίς βοήθεια είναι μια χαμένη μέρα...»



## ΑΡΘΡΟ ΑΠΟ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

### ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Με αφορμή την έξαρση της νευρικής ανορεξίας αλλά και των εκπομπών γύρω από το θέμα στη τηλεόραση.

Η νευρική ανορεξία παρουσιάζεται από τα μέσα ενημέρωσης ως η νέα λαίλαπα που μαστίζει τις νεαρές γυναίκες στην Ελλάδα. Η νευρική ανορεξία είναι πλέον της μόδας, όλες οι νεαρές τη φοβούνται, μα οι περισσότερες ανησυχούν για το βάρος τους, το σώμα τους, προσέχουν τι τρώνε, πως το τρώνε, πότε το τρώνε. Αναζητούν να είναι τέλειες μέσα σε ένα τέλειο σώμα, με ένα τέλειο μυαλό, με υψηλές επιδόσεις στο σχολείο, στο πανεπιστήμιο, στην επαγγελματική ζωή. Είναι τα τέλεια παιδιά που δεν δημιούργησαν ποτέ πρόβλημα, ήταν πάντα συνεπείς, τακτικές, προσεκτικές και ποτέ αντιδραστικές και αυθάδεις προς τους γονείς τους. Τώρα όμως απειλούνται από τις τραγικές και καταστροφικές συνέπειες της νευρικής ανορεξίας. Νομίζουν ότι είναι υπέρβαρες, ότι δεν είναι αρκετά τέλειες και εμφανίζουν τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας για να αντισταθούν και οι ίδιες στη τελειομανία τους.

Αυτή την εβδομάδα μία θεραπευόμενη που πάσχει από νευρική ανορεξία περιοριστικού τύπου μου είπε: “πόσο χάρηκα που είδα τη Νανά στη Τατιάνα Στεφανίδου! Είδες με τι χιούμορ αντιμετώπιζε το πρόβλημά της; Είναι δυνατή και ας είναι 34 κιλά. Όλοι την θέλουν, την υποστηρίζουν, της δίνουν πίσω τη δουλειά της!!! Έτσι θέλω και εγώ να γίνω σαν αυτή, βλέπεις δεν πέθανε”. Δεν απόρησα, κατάλαβα τι εννοούσε. Έχει δίκιο “έχει κι άλλο κάτω!!”



Δυστυχώς τα ΜΜΕ προβάλλουν γυναίκες που είναι στο πρόβλημα και όχι αυτές που έχουν αναρρώσει και ζουν μια φυσιολογική ζωή. Δεν προβάλλεται η ελπίδα, η άλλη πλευρά της ζωής όπου η

“απεργία πείνας” μετατρέπεται σε πραγματική όρεξη για τη ζωή και τον εαυτό. Η Νευρική Ανορεξία λειτουργεί ύπουλα και καταλυτικά στη ζωή μιας έφηβης ή μιας ενήλικης γυναίκας, αλλά και ταυτόχρονα στην οικογένειά της. Οι γονείς αργούν να συνειδητοποιήσουν και να αναγνωρίσουν το πρόβλημα γιατί πολύ απλά δεν υπάρχει καμία ενημέρωση κοινού και ειδικών στην Ελλάδα.

Η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία, η συμβουλευτική γονιών και η ατομική θεραπεία της γυναίκας που πάσχει από νευρική ανορεξία ενισχύει την ανάρρωση από το σύμπτωμα, κυρίως όταν πρόκειται για έφηβη μέχρι 18 ετών. Όσο πιο έγκαιρα αναγνωρίσουν οι γονείς το πρόβλημα τόσο οι πιθανότητες για ίαση της νόσου αυξάνονται. Τώρα θα σας αναφέρω κάποιες συμπεριφορές που σηματοδοτούν την ύπαρξη της νόσου:

1. Το παιδί σας αξιολογεί τον εαυτό του με βάση το πόσα κιλά είναι, στρεσάρεται υπερβολικά με το νούμερο της ζυγαριάς. Έχει έντονη ενασχόληση με το βάρος και την εικόνα σώματος. Βάζει συνεχώς στόχους για απώλεια βάρους και θεωρεί τον εαυτό της ανάξιο αν δεν καταφέρει να το χάσει. Ο περιορισμός τροφής έχει ήδη ξεκινήσει. Υπάρχουν ανωμαλίες στην περίοδο ή απώλεια περιόδου.
2. Χρησιμοποιεί τελετουργικό κατά τη διάρκεια των γευμάτων, αργεί πολύ να φάει, μασάει αργά, τεμαχίζει την τροφή σε πολύ μικρά κομμάτια. Κάνει μονοφαγία, επιλέγει συνεχώς τις ίδιες τροφές με τις οποίες νιώθει ασφαλής. Αντιδρά όταν της λέτε κάτι για την τροφή. Διαπιστώστε αν το παιδί σας έχει μια ρουτίνα καθημερινότητας από την οποία δεν παρεκκλίνει ποτέ. Δηλαδή, ποιά ώρα θα ξυπνήσει, τι ώρα θα φάει, θα ασκηθεί, θα διαβάσει, θα κοιμηθεί, θα δει τηλεόραση. Να θυμάστε είναι όλα προγραμματισμένα, ο “απόλυτος έλεγχος”.
3. Αρνείται να τρώει μαζί σας για να μην την ελέγχετε. Βρίσκετε πεταμένες τροφές στον κάδο, ή στο δωμάτιο, ή στην αυλή. Βρίσκετε υπολείμματα τροφών στην τουαλέτα στην περίπτωση που κάνει εμετό, χάρπια διαίτης ή καθαρτικά στην τσάντα ή στα συρτάρια.
4. Έντονη φυσική δραστηριότητα, αποφεύγει το ασανσέρ για να πάει με τις σκάλες, περπατά μεγάλες αποστάσεις χιλιομέτρων, αρνείται ότι κάνει υπεργυμναστική, ενώ αναζητά την άσκηση καθημερινά σχεδόν την ίδια ώρα της ημέρας για να νιώσει ασφαλής ότι δεν θα πάρει θερμίδες.

5. Έχει την τάση να μαγειρεύει γλυκίσματα ή λιπαρά για όλη την οικογένεια χωρίς η ίδια να τα δοκιμάζει ποτέ. Μαζεύει συνταγές και παρακολουθεί εκπομπές μαγειρικής. Δεν υπάρχει μεγαλύτερη απόλαυση από αυτό, να προετοιμάζει τη τροφή χωρίς τελικά να την αναζητά να την γευτεί. Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να τονίσω την αλαζονεία της Νευρικής Ανορεξίας: καταφέρνει και αντιστέκεται στο βασικό ένστικτο της πείνας κάτι στο οποίο οι υπόλοιποι θνητοί αποτυγχάνουν!
6. Έντονη σωματική υπερδιέγερση, είναι συνεχώς όρθια, προτιμά να περπατά, είναι σε ένα συνεχές στρες, αγχώνεται με το παραμικρό. Δεν μπορεί να κοιμηθεί, αναζητά την παρέα κάποιου δίπλα στο κρεβάτι της.
7. Αρχίζει να αλλάζει τη σχέση της με τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους. Γίνεται ευερέθιστη, αγχώδης, αντιδραστική, απόλυτη. Αρχίζει να πιστεύει ότι οι φίλες της τη ζηλεύουν για τα κιλά της και τις υψηλές επιδόσεις στο σχολείο. Δεν έχει κανένα ενδιαφέρον για το άλλο φύλο ή αδυνατεί να συσχετιστεί μαζί τους. Νομίζει ότι όλοι θέλουν να την παχύνουν. Η μόνιμη ενασχόληση της με το βάρος και την τροφή την κάνει να συγκρίνει εμμονικά το σώμα της με το σώμα των άλλων (γονιών, αδερφών, φίλων, καθηγητών).

Αν το παιδί σας έχει τις παραπάνω συμπεριφορές, αναζητήστε αρχικά εσείς βοήθεια για να μάθετε τεχνικές και τρόπους για την αντιμετώπισή του συμπτώματος. Να θυμάστε πάντα όλα αυτά τα έχει η Νευρική Ανορεξία και όχι το παιδί σας, αφού το ίδιο έχει νικηθεί από το φάντασμά της.

Ζητήστε βοήθεια για να εκπαιδευτείτε να μην ανταποκρίνεστε και να μην συσχετίζεστε με τη Νευρική Ανορεξία. Το παιδί σας είναι αδύνατο και ευάλωτο. Ενισχύστε τον εαυτό σας απέναντι στη Ν.Α.

Μην ξεχνάτε ότι το 70% θεραπεύεται αν το προλάβετε στα πρώτα στάδια της νόσου. Η ελπίδα είναι πιο ισχυρή όταν υπάρχει άμεση βοήθεια από εξειδικευμένους ειδικούς στις διατροφικές διαταραχές.

**Μαρία Τσιάκα**

**Διευθύντρια Ελληνικού Κέντρου Διατροφικών Διαταραχών**

**6 Μαρτίου 2008**

**ΕΘΝΟΣ «Ε» 5/12/2006 ΑΠΟ ΤΗ ΜΙΝΑ ΑΓΓΕΛΙΝΗ**

### **ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΧΤΥΠΑ Η ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

Η επτάχρονη Μαργαρίτα Οτεν ήταν ένα υγιές κορίτσι που αγαπούσε το τένις και το θέατρο. Τρία χρόνια αργότερα, η νευρική ανορεξία της «χτύπησε την πόρτα». Από τότε, καθημερινά τρέφεται με πέντε νιφάδες δημητριακών, το δέρμα της είναι κάτωχρο και με δυσκολία σηκώνεται από την καρέκλα, λείει με παράπονο η μητέρα της, που δυσκολεύεται να πιστέψει ότι η ζωή της μονάκριβης κόρης της κρέμεται από μία κλωστή...

Η περίπτωση της μικρής Μαργαρίτας δεν είναι η μοναδική. Σύμφωνα με έρευνα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Στάνφορντ, που δημοσιεύτηκε στη βρετανική Ιατρική Επιθεώρηση, η νευρική ανορεξία είναι μία πάθηση -αποκαλείται ασθένεια των μοντέλων!- που προσβάλλει κυρίως κορίτσια και νεαρές γυναίκες και προκαλεί το μεγαλύτερο αριθμό θανάτων από όλες τις ψυχιατρικές παθήσεις. Μπορεί, μάλιστα, να απειλήσει τη ζωή ακόμα και μαθητών του Δημοτικού! Σύμφωνα με τους ειδικούς, το 18% των ατόμων που προσβάλλονται από την πάθηση πεθαίνουν, καθώς παρατηρείται δυσλειτουργία σε ζωτικά όργανα.

Η νευρική ανορεξία είναι μία μορφή διαταραχής της διατροφής, κατά την οποία το άτομο που υποφέρει, διακατέχεται από έναν έντονο φόβο πρόσληψης βάρους. Επιπλέον, αποφεύγει τις κοινωνικές σχέσεις και συχνά η συμπεριφορά του χαρακτηρίζεται από αλλαγές της διάθεσης και κατάθλιψη.

Τα αίτια της πάθησης δεν είναι γνωστά. Οι ειδικοί εκτιμούν ότι ένας συνδυασμός γενετικών, νευρολογικών και ψυχολογικών παραγόντων, όπως προβλήματα στην οικογένεια, κοινωνική πίεση και μίμηση με τα πρότυπα ομορφιάς, ευνοεί την εμφάνισή της.

Η νευρική ανορεξία που απειλεί την υγεία πολλών μοντέλων το τελευταίο διάστημα -η Βραζιλιάνα Αννα Καρολίνα Ρέστον πέθανε στις 14 Νοεμβρίου σε ηλικία 21 ετών και ζύγιζε μόλις 40 κιλά- οδήγησε, πρόσφατα, πολλούς οίκους μόδας στη Μαδρίτη και αργότερα σε άλλες πόλεις της Ευρώπης να επιτρέπουν μόνο σε κανονικού πάχους μοντέλα να μετέχουν σε επιδείξεις, στέλνοντας το μήνυμα ότι η ομορφιά είναι συνώνυμο της ζωής και όχι του θανάτου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ/ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται μεταξύ 13-20 ετών με συχνότητα 1-3%. Είναι μια χρόνια διαταραχή και συνυπάρχει με άλλες ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη ή δυσθυμική διαταραχή, αγχώδεις διαταραχές, χρήση ουσιών αλλά και διαταραχές της προσωπικότητας συνήθως μεταιχμιακής με ποσοστό από 2-50%.

Πρόκειται για μια νέα νόσο, που περιεγράφη από τον G. Russell το 1979. Προέρχεται από τη σύνθετη ελληνική λέξη βουλιμία που σημαίνει ακατανίκητη πείνα (βου: βόδι ή ταύρος, και λιμός που σημαίνει μεγάλη πείνα και έχει τουλάχιστον δυο σημασίες: πείνα, τόσο μεγάλη όση ενός ταύρου ή ενός βοδιού ή πείνα, τόσο μεγάλη ώστε να καταβροχθίσει κάποιος ένα βόδι).

Τα άτομα με βουλιμία είναι εγκλωβισμένα σε έναν φαύλο κύκλο υπερφαγίας, φόβου αύξησης βάρους, και αντισταθμιστικών συμπεριφορών όπως πρόκληση εμετού, χρήση καθαρτικών ή διουρητικών, εξαντλητικής άσκησης και νηστείας (προκειμένου να μην αφομοιωθεί η θερμιδική περιεκτικότητα της τροφής). Τις αντισταθμιστικές μεθόδους ακολουθεί ανακούφιση αλλά και ενοχές, τύψεις και άγχος, που θα ενεργοποιήσουν ένα καινούριο επεισόδιο υπερφαγίας.



Η άποψη της ζωγράφου *Alice Ladkin* για τη βουλιμία (2010)

Κατά τα επεισόδια βουλιμίας το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει την ποσότητα ή την ποιότητα του φαγητού (μέσα σε 2 ώρες) που καταναλώνει (εμφανώς μεγαλύτερη από αυτήν που καταναλώνει ο μέσος όρος) και έτσι καταφεύγει σε αντισταθμιστικές μεθόδους όπως πρόκληση εμετού, χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υπερβολικής άσκησης ώστε να μην πάρει βάρος. Το 33-75% των θερμίδων απορροφώνται ακόμη και μετά τον εμετό, οπότε η απώλεια βάρους είναι προσωρινή και όχι η επιθυμητή.

Οι τροφές που καταναλώνονται είναι συνήθως πλούσιες σε θερμιδική αξία και ευκολομάσητες προκειμένου να καταναλώνονται εύκολα. Τα άτομα νιώθουν ντροπή και ενοχές και κρύβουν τα επεισόδια αυτά τα οποία προκαλούνται από δυσφορία, διαπροσωπικά προβλήματα, έντονη πείνα ή αισθήματα αρνητικά ως προς το σχήμα ή και το μέγεθος του σώματος τους. Ο προκλητός εμετός είναι η πιο συχνή αντισταθμιστική συμπεριφορά και χρησιμοποιείται από το 90% ενώ η χρήση των καθαρτικών μεθόδων συναντάται στο 30% των ατόμων.

Κύριο χαρακτηριστικό της Νευρογενούς Βουλιμίας είναι η υπερβολική ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος το οποίο ελέγχεται κατά κάποιο τρόπο με τις παραπάνω αντισταθμιστικές μεθόδους ενώ οι διακυμάνσεις στο βάρος είναι συχνές. Συνήθως βέβαια το άτομο έχει φυσιολογικό βάρος ή λίγο παραπάνω από αυτό. Για την διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας τα παραπάνω συμπτώματα πρέπει να εμφανίζονται κατά μέσο όρο 2 φορές τη εβδομάδα (αν και προοδευτικά πληθαίνουν) για τουλάχιστο 3- 6 μήνες. (Καλαντζή 2000)

## **6.1 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ**

Υπολογίζεται ότι πάνω από το 90% των βουλιμικών ατόμων είναι γυναίκες. Ο επιπολασμός της διαταραχής σε εφήβους και σε νεαρές γυναίκες είναι της τάξης του 1% - 3%, ενώ η αναλογία ανδρών - γυναικών 1:10. Η συνήθης ηλικία έναρξης της διαταραχής εντοπίζεται στο διάστημα από 16 έως 18 ετών και η πορεία της μπορεί να είναι χρόνια ή διαλείπουσα. Εκτιμάται ότι η βουλιμία πλήτει το 1.1% - 4.2% των γυναικών κάποια στιγμή της ζωής τους.

## 6.2 ΤΥΠΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

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

## 6.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Στην αιτιολογία της Ψυχογενούς Βουλιμίας, βάσει του πολυπαραγοντικού μοντέλου, περιγράφεται η διαπλοκή διαφόρων αιτιών (βιολογικών, ψυχολογικών, οικογενειακών, κοινωνικο-πολιτιστικών).

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

Έχει βρεθεί επίσης ότι τα επίπεδα των ενδορφινών στο αίμα είναι αυξημένα σε ορισμένους ασθενείς που κάνουν έμετους. Πιθανόν το αίσθημα της ικανοποίησης που βιώνουν οι ασθενείς αυτοί μετά τον έμετο, να οφείλεται στη διαμεσολάβηση των ενδορφινών. Δίδυμοι ασθενών με βουλιμία, επίσης εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά βουλιμίας με υψηλότερη επίπτωση στους μονοζυγωτικούς απ' ό,τι στους διζυγωτικούς διδύμους .



Τα στοιχεία σχετικά με τα ποσοστά βουλιμίας σε γυναίκες συγγενείς πρώτου βαθμού είναι αντιφατικά. Ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης έχει αναφερθεί στο 20-50% των ασθενών με βουλιμία. Τα στοιχεία προσωπικότητας που κυριαρχούν στους βουλιμικούς ασθενείς είναι η παρορμητικότητα, η διαπροσωπική ευαισθησία και η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενώ επιπλέον μέσω μελετών σε βουλιμικούς ασθενείς με τη χρήση του MMPI (τεστ προσωπικότητας για αξιολόγηση ψυχοπαθολογίας), περιγράφεται ένα προφίλ προσωπικότητας με μικρό έλεγχο των ενορμήσεων, χρόνια κατάθλιψη, συμπεριφορές εκδραμάτισης και ελάχιστη αντοχή στη ματαίωση.

Οι βουλιμικοί ασθενείς σε σχέση με τους ανορεξικούς βιώνουν την ανεξέλεγκτη πρόσληψη τροφής ως περισσότερο δυστονική στο Εγώ, αναζητώντας έτσι πιο εύκολα βοήθεια. Επιπλέον στους βουλιμικούς λείπει ο έλεγχος του Υπερεγώ και το σθένος του Εγώ που έχουν οι ανορεξικοί ασθενείς. Οι δυσκολίες ελέγχου των παρορμήσεων των βουλιμικών, εκδηλώνονται συχνά με εξάρτηση από ουσίες και με αυτοκαταστροφικές σεξουαλικές σχέσεις.

Πολλοί επίσης έχουν ιστορικά δυσκολιών αποχωρισμού από τα άτομα που τους φροντίζουν και από την απουσία μεταβατικών αντικειμένων στην πρώιμη παιδική ηλικία. Πολλοί θεραπευτές έχουν παρατηρήσει ότι οι βουλιμικοί χρησιμοποιούν το σώμα τους ως μεταβατικό αντικείμενο. Ο αποχωρισμός από το μητρικό πρόσωπο εκφράζεται με αμφυθυμία σχετικά με το φαγητό. Η πρόσληψη τροφής αναπαριστά την επιθυμία για συνταύτιση με το άτομο που τους φροντίζει, ενώ η αποβολή μπορεί να εκφράζει ασυνείδητα, την επιθυμία για αποχωρισμό.

Οι ασθενείς με Νευρογενή Βουλιμία περιγράφουν τις οικογενειές τους διαφορετικά από τα άτομα με Νευρογενή Ανορεξία. Εκλαμβάνουν περισσότερη αμέλεια, απόρριψη και επίκριση. Οι οικογένειες βουλιμικών εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα κατάχρησης ουσιών (κυρίως αλκοολισμού), συναισθηματικών διαταραχών και παχυσαρκίας. Οι μητέρες κοριτσιών με Νευρογενή Βουλιμία παρουσιάζονται απόμακρες σε σχέση με τις κόρες τους. Οι οικογένειες αυτές έχουν μεν υψηλές προσδοκίες αλλά από την άλλη φαίνονται να είναι κατάφωρα εχθρικές και πολύ ítότερο συνεκτικές από τις οικογένειες με ανορεκτικά άτομα. Παιδιά τέτοιων οικογενειών συνήθως νιώθουν αγχωμένα, αποκκομένα και αποδιοργανωμένα.

Οι απεικονίσεις των μέσων μαζικής ενημέρωσης για ένα ιδανικό σχήμα σώματος θεωρούνται ευρύτατα καθοριστικός παράγοντας για τη Νευρογενή Βουλιμία. Μία έρευνα μαθητριών λυκείου 15-18 χρονών στη Ναντρόγκα των νησιών Φίτζι βρήκε ότι τα αυτοαναφερόμενα περιστατικά πρόκλησης εμετού ανέβηκαν από 0% το 1995 (λίγες εβδομάδες μετά την εισαγωγή της τηλεόρασης στην περιοχή) στο 11.3% το 1998. Η εσωτερίκευση του ιδανικού του αδύνατου σώματος είναι ο βαθμός στον οποίο προσαρμόζονται στα κοινωνικά ιδανικά της γοητείας. Τα άτομα πρώτα αποδέχονται και αφομοιώνουν τα ιδανικά και έπειτα επιχειρούν να μεταμορφώσουν τους εαυτούς τους για να αντανακλούν τα κοινωνικά ιδανικά της γοητείας.

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ενισχύουν το ιδανικό του λεπτού σώματος που μπορεί να οδηγήσει ένα άτομο στο να αποδεχτεί και να αφομοιώσει το ιδανικό του λεπτού σώματος. Αν το ιδανικό του λεπτού σώματος γίνει αποδεκτό ένα άτομο μπορεί να αρχίσει να νιώθει άβολα με το σχήμα η το μέγεθος του σώματός του καθώς μπορεί να μην αντανακλά απαραίτητα το ιδανικό της λεπτότητας που ξεκίνησε η κοινωνία. Έτσι οι Άνθρωποι που νιώθουν Άβολα με το σώμα τους μπορεί να υποφέρουν από δυσαρέσκεια για το σώμα τους και μπορεί να αναπτύξουν ένα συγκεκριμένο κίνητρο για λεπτότητα. Συνεπώς η δυσαρέσκεια για το σώμα σε συνδυασμό με το κίνητρο για λεπτότητα θα μπορούσαν τελικά να οδηγήσουν στην πρόληψη βουλιμίας. Οι κραιπάλες δημιουργούν αυτοαπέχθεια που οδηγεί στην πρόκληση εμετού για να εμποδίσουν την πρόσληψη βάρους.

Μια έρευνα που αφιερώθηκε στην έρευνα της εσωτερίκευσης του ιδανικού του λεπτού σώματος είναι η έρευνα των Thomson και Eric Stice (Ph.D) το 2001. Ο σκοπός της έρευνας τους ήταν να ανακαλύψουν το πώς και σε τι βαθμό τα μέσα μαζικής ενημέρωσης επηρεάζουν την εσωτερίκευση του ιδανικού του αδύνατου σώματος. Οι Τόμσον και Στάις χρησιμοποίησαν τυχαιοποιημένα πειράματα (και πιο συγκεκριμένα προγράμματα) για να διδάξουν τις γυναίκες πώς να είναι πιο επικριτικές στα μέσα μαζικής ενημέρωσης για να μειώσουν την εσωτερίκευση του ιδανικού του λεπτού σώματος. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι δημιουργώντας επίγνωση του ελέγχου των μέσων μαζικής ενημέρωσης του κοινωνικού ιδανικού της γοητείας, η

εσωτερίκευση του ιδανικού του αδύνατου σώματος έπεσε σημαντικά. Με άλλες λέξεις, λιγότερες εικόνες του ιδανικού του αδύνατου σώματος από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είχε ως αποτέλεσμα τη λιγότερη εσωτερίκευση του ιδανικού του αδύνατου. Συνεπώς ο Τόμσον και ο Στάις συμπέραναν ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης επηρεάζουν την εσωτερίκευση του ιδανικού του λεπτού σώματος. (Dr Christopher Fairburn 2009)

## **6.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΚΑΤΑ ICD-10**

- ✚ α. Επιμένουσα υπεραπασχόληση με τη διατροφή και ακατανίκητη επιθυμία για λήψη τροφής. Ο ασθενής υποκύπτει στην επιθυμία του να τρώει υπερβολικά, με επεισόδια υπερφαγίας κατά τα οποία πολύ μεγάλες ποσότητες τροφής καταναλίσκονται σε βραχείες χρονικές περιόδου.
  
- ✚ β. Ο ασθενής προσπαθεί να αντιρροπήσει την «παχυντική» επίδραση της τροφής με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση καθαρτικών ουσιών, εναλλασσόμενες περίοδοι αποχής από τη λήψη τροφής, χρήση φαρμάκων, όπως ανορεκτικών, θυροειδικών σκευασμάτων ή διουρητικών. (Διαβητικοί ασθενείς με βουλιμία δυνατόν να παραμελήσουν τη θεραπεία τους με ινσουλίνη).
  
- ✚ γ. Η ψυχοπαθολογία εκφράζεται ως νοσηρός φόβος πάχυνσης. Ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του ένα αυστηρά καθορισμένο όριο σωματικού βάρους, πολύ κάτω από το προνοσηρό επίπεδο, το οποίο και αποτελεί το άριστο ή το κατά τη γνώμη του γιατρού συμβατό με την υγεία σωματικό βάρος. Συχνά, αλλά όχι πάντοτε, αναφέρονται στο ιστορικό επεισόδια ψυχογενούς ανορεξίας. Τυχόν προηγούμενο επεισόδιο μπορεί να έχει πλήρη κλινική έκφραση ή να είχε προσλάβει ελάχισσωνα λανθάνουσα μορφή με μέτρια μόνο απώλεια βάρους ή /και παροδική φάση αμηνόρροιας. Το μεσοδιάστημα μεταξύ ενός επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας και ενός ψυχογενούς βουλιμίας μπορεί να κυμαίνεται από λίγους μήνες μέχρι μερικά χρόνια.

## 6.4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΝΕΥΡΟΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΚΑΤΑ DSM-IV

- ✚ α. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας .Προκειμένου να αναγνωρίσουμε ένα επεισόδιο υπερφαγίας, θα πρέπει να συντρέχουν και τα δύο ακόλουθα κριτήρια:
  - Κατανάλωση, μέσα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (π.χ. μέσα σε διάστημα δύο ωρών) μίας ποσότητας τροφής, η οποία είναι οπωσδήποτε μεγαλύτερη από εκείνη που θα καταναλώναν οι περισσότεροι άνθρωποι μέσα σε αντίστοιχη χρονική περίοδο και κάτω από όμοιες συνθήκες.
  - Αίσθηση απώλειας ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (δηλαδή, αίσθηση ότι το άτομο δεν είναι σε θέση να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει το είδος και την ποσότητα της τροφής που καταναλώνει).
- ✚ β. Επαναλαμβανόμενη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά πού αποσκοπεί να παρεμποδίσει την αύξηση του βάρους, όπως ο αυτοπροκαλούμενος εμετός, η κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, εμετικών ή άλλων φαρμάκων, η νηστεία, ή η υπερβολική άσκηση.
- ✚ γ . Τόσο η υπερφαγία, όσο και η ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά, θα πρέπει να εμφανίζονται, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα επί τρεις μήνες.
- ✚ δ. Η αυτοαξιολόγηση επηρεάζεται λανθασμένα από την διάπλαση και το βάρος του σώματος.
- ✚ ε. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά την διάρκεια των επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

## 6.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα συμπτώματα, τα σημεία και τα χαρακτηριστικά των ασθενών με Νευρογενή Βουλιμία είναι τα κάτωθι :

- ✚ Επαναλαμβανόμενα και ανεξέλεγκτα επεισόδια υπερφαγίας.
  
- ✚ Αντιρροπιστική προσπάθεια ανατροπής των αποτελεσμάτων της υπερφαγίας μέσω αυτο-προκαλούμενων εμέτων, περιοριστικής διαίτας, εξαντλητικής γυμναστικής, χρήσης νόμιμων ή παράνομων κατασταλατικών της όρεξης, χρήσης καθαρτικών ή διουρητικών φαρμάκων.
  
- ✚ Διαταραχές εμμηνορρυσίας
  
- ✚ Ιστορικό μεγάλης διακύμανσης του σωματικού βάρους.
  
- ✚ Αφυδάτωση - Λέπτυνση και κακή υγεία του δέρματος
  
- ✚ Βλάβες της αδαμαντίνης των δοντιών και σημάδια στα δάκτυλα λόγω των προκλητών εμέτων.
  
- ✚ Ληθαργικότητα
  
- ✚ Αίσθημα ενοχής και αυτομομφής, έλλειψης βοήθειας και μοναξιάς.
  
- ✚ Παρορμητική συμπεριφορά με διαταραχή του ελέγχου των ενορμήσεων και μεταπτώσεις στη διάθεση.
  
- ✚ Συμπεριφορές συγκάλυψης, απόκρυψης και εξαπάτησης (μυστικοπάθεια, ψευδολογία).

- ✚ Χρόνιο άγχος, υπερένταση, κατάθλιψη.
- ✚ Εκδραματίσεις (σεξουαλικές, αυτοτραυματισμοί, κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών, κλοπές).

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

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

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

Η συνεχής πρόκληση εμετού προκαλεί κίνδυνο αναρρόφησης των γαστρικών υγρών και ανάπτυξης χημικών ή βακτηριδιακών πνευμονίτιδων. Οι υψηλές θωρακικές πιέσεις λόγω της πρόκλησης εμετού μπορεί να προκαλέσει ρήξη του υπεζωκότος και την δημιουργία αέρος στο μεσοπνευμόνιο ή στο περικάρδιο.

Σύνδρομο Mallory-Waiss (αιμορραγία στο ανώτερο πεπτικό) συμβαίνει σπάνια.

Κατάχρηση του iprecap για πρόκληση έμετου μπορεί να προκαλέσει μυοκαρδιοπάθειες (με ξαφνικό θάνατο) ή περιφερική μυϊκή αδυναμία. Βραδυκαρδία στην ανάπαυση, υπόταση και ελαττωμένος ρυθμός μεταβολισμού παρατηρούνται σε μερικούς βουλιμικούς ασθενείς και μπορεί να αντανακλούν μειωμένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και του θυροειδικού άξονα.

## 6.6 ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει τη θεραπεία της Νευρογενούς Βουλιμίας είναι η παρουσία και άλλων σοβαρών ψυχιατρικών ή και ιατρικών ασθενειών. Σε σύγκριση με τη Νευρογενή Ανορεξία, η Νευρογενής Βουλιμία φαίνεται να έχει συνδεθεί με περισσότερους παράγοντες συνοσηρότητας. Για παράδειγμα, συχνή είναι η συνοσηρότητα με διαταραχή εξάρτησης από ουσίες. Φαίνεται ότι οι ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία, είναι επιρρεπείς στην ανάπτυξη ουσιοεξαρτήσεων, όπως αλκοολισμού αλλά και προβλήματα εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες. Είναι λοιπόν, εξαιρετικά δύσκολο για άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών ή αλκοόλ να ακολουθήσουν θεραπευτικές διαδικασίες και πολλοί είναι οι θεραπευτές που σε αυτές τις περιπτώσεις θα προτείνουν πρώτα να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά το θέμα της χρήσης ουσιών πριν ξεκινήσει η θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της Νευρογενούς Βουλιμίας. Τα άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία σε μεγάλο ποσοστό υποφέρουν και από διαταραχές διάθεσης (π.χ. μείζονα κατάθλιψη, δυσθυμία). Μια μελέτη διδύμων κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η Νευρογενής Βουλιμία και η κατάθλιψη είναι και γενετικώς συνδεδεμένες.

Έχει βρεθεί μέσα από μελέτες ότι υπάρχει υψηλότερη συχνότητα διαταραχών διάθεσης ανάμεσα σε βιολογικούς συγγενείς 1<sup>ου</sup> βαθμού ατόμων που έπασχαν από Νευρογενή Βουλιμία, γεγονός που ενισχύει τα δεδομένα που υποστηρίζουν ότι υπάρχει συνοσηρότητα Νευρογενής Βουλιμίας, Διαταραχών Διάθεσης, κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών και εξάρτησης από αυτές. Η Νευρογενής Βουλιμία φαίνεται να εμφανίζεται συχνά και με αγχώδεις διαταραχές. Ακόμα αναφορά γίνεται και για συνοσηρότητα με Διασχιστική Διαταραχή.

Γενικότερα οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν αναρίθμητα προβλήματα, που αφορούν τον έλεγχο παρορμήσεων. Έτσι ανάμεσα στους ασθενείς συχνά απαντώνται προβλήματα που σχετίζονται άμεσα με τον ανεπαρκή έλεγχο των παρορμήσεων όπως ο αυτοκτονικός ιδεασμός, οι αυτο-τραυματισμοί και γενικότερα η αυτοκτονική συμπεριφορά, καθώς και η ασύδοτη σεξουαλική συμπεριφορά. Όπως περιέργως, η Νευρογενής Βουλιμία σχετίζεται και με την κλοπή, καθώς οι ασθενείς συχνά εμφανίζουν και κλεπτομανία.

## **6.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ**

### **6.7.1 Στόχοι θεραπείας :**

- ✚ Εγκατάσταση κανονικού προγράμματος διατροφής και διακοπής του φαύλου κύκλου Υπερφαγίας-Εμέτων.
- ✚ Τροποποίηση Σκέψεων, Πίστεων και Συναισθημάτων που συντηρούν βουλιμική συμπεριφορά βάσει του γνωσιακού μοντέλου.
- ✚ Θεραπεία των Ιατρικών Επιπλοκών της Βουλιμίας.
- ✚ Αντιμετώπιση των συνυπαρχόντων ψυχιατρικών συμπτωμάτων που είναι συνήθη στη Βουλιμία.
  
- ✚ Ψυχολογική προσέγγιση Ατομική ή Ομαδική ψυχοθεραπεία:
  - α) Γνωσιακή-συμπεριφορική (θεραπεία εκλογής)
  - β) Διαπροσωπική
  - γ) Ψυχοδυναμική Οικογενειακή θεραπεία



- ✚ Φαρμακευτική αντιμετώπιση
- ✚ Πρόληψη των υποτροπών, καθόσον η πορεία της νόσου, χαρακτηρίζεται από περιόδους υφέσεως, εξάρσεως.

## 6.7.2 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσοκομειακή θεραπεία γενικά, δεν είναι απαραίτητη. Οι ασθενείς που πάσχουν από μη επιλεγμένη ψυχογενή βουλιμία θα πρέπει να αντιμετωπίζονται πρώτα ως εξωτερικοί ασθενείς ή σε νοσοκομεία ημέρας. Η νοσηλεία στο νοσοκομείο θα πρέπει να γίνεται όταν:

- ✚ υπάρχει μεγάλη διακύμανση του βάρους
- ✚ υπάρχει αστάθεια στην ισορροπία ύδατος- ηλεκτρολυτών
- ✚ παρατηρείται αυτοκτονικός ιδεασμός ή αυτοκτονική πρόθεση,
- ✚ συνυπάρχει σοβαρή κατάχρηση αλκοόλ ή ψυχοδραστικών φαρμάκων
- ✚ υπάρχουν επικίνδυνα για τη ζωή ιατρικά προβλήματα που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν έξω από το νοσοκομείο
- ✚ υπάρχει κύηση 1<sup>ου</sup> τριμήνου, λόγω κινδύνου αποβολής
- ✚ Επίσης η εισαγωγή στο νοσοκομείο μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη για τους ασθενείς των οποίων η διαταραχή διατροφής είναι εξ ολοκλήρου εκτός ελέγχου, και οι οποίοι δεν έχουν καμία ουσιαστική πρόοδο κατά τη διάρκεια μιας αρκετά μεγάλης περιόδου εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης.

### 6.7.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

#### ΣΚΟΠΟΙ :

- ✚ Να υιοθετήσει τις αρχές της σωστής διατροφής (να τρώει κανονικά γεύματα, να αυξήσει την ποικιλία των τροφών που τρώει, να μειώσει την ταχύτητα πρόσληψης των τροφών και να αρχίσει να τρώει τις απαγορευμένες τροφές με κανονικό τρόπο).
- ✚ Να αντιληφθεί τη συσχέτιση υποθρεψίας και υπερφαγίας
- ✚ Να κατανοήσει τις καταστρεπτικές επιπτώσεις των εμέτων και της χρήσης καθαρτικών
- ✚ Να προσλαμβάνει ισορροπημένα γεύματα σε τακτικότητα και συχνότητα
- ✚ Να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα γυμναστικής σύντομο με το πρόγραμμα διατροφής, και να κατανοήσει τη συσχέτισή των (ισοζύγιο πρόσληψης - κατανάλωσης ενέργειας).

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

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

Η ψυχοθεραπευτική εργασία πρέπει να επικεντρωθεί σε κοινά θέματα όπως η ανάπτυξη, η διαμόρφωση της προσωπικότητας, η απαρτίωση της ταυτότητας του φύλου και της σεξουαλικότητας, οι σεξουαλικές δυσκολίες, η έκφραση του συναισθήματος, η οικογενειακή δυσλειτουργία, οι τρόποι αντιμετώπισης των δυσκολιών και οι τεχνικές επίλυσης των προβλημάτων. Ασθενείς με συνυπάρχουσα ψυχογενή ανορεξία και /ή συνυπάρχουσα οριακή διαταραχή προσωπικότητας συνήθως απαιτούν παρατεταμένη θεραπεία.

#### 6.7.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

Οι βασικοί στόχοι της οικογενειακής ψυχοθεραπείας είναι:

- ✚ Η βοήθεια των γονέων να συμπαρασταθούν και να βοηθήσουν το παιδί που νοσεί.
- ✚ Ο περιορισμός της επικριτικής στάσης των γονέων απέναντι στο παιδί/έφηβο που νοσεί.
- ✚ Η ενδυνάμωση του πατέρα στο ρόλο του τόσο απέναντι στον/την ασθενή όσο και στην οικογενειακή ζωή γενικότερα.
- ✚ Η βοήθεια των γονέων να υιοθετήσουν μια τρυφερή πλην όμως σταθερή και ενίοτε αυστηρή στάση απέναντι στον/την ασθενή και τη διατροφή του/της.
- ✚ Η σταδιακή ενίσχυση της αυτονομίας του ασθενούς. Στις θεραπευτικές συνεδρίες της οικογενειακής ψυχοθεραπείας συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας ενώ η διάρκεια της θεραπείας είναι τουλάχιστον ενός έτους.

### 6.7.5 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

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

Είναι ιδιαίτερα χρήσιμα σε ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής, συμπτώματα διαταραχής του ελέγχου των παρορμήσεων και σε ασθενείς που έχουν αποτύχει σε προηγούμενες προσπάθειες ψυχοκοινωνικής θεραπείας. Συνήθως διάφορα αντικαταθλιπτικά φάρμακα θα πρέπει να δοκιμαστούν διαδοχικά προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο αποτέλεσμα. Οι δόσεις των αντικαταθλιπτικών που έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας (ιμιπραμίνη, δεσιπραμίνη, τραζοδόνη, φλουοξετίνη) ήσαν αντίστοιχες εκείνων που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, αν και στην περίπτωση της φλουοξετίνης απαιτούνται υψηλότερες δόσεις από αυτές που χρησιμοποιούνται στην κατάθλιψη (60 mg/ημερ). ( Ζουμπανέας 2009)

### 6.8 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ίσως εξαιτίας του ότι η διαταραχή αυτή αναγνωρίστηκε τόσο πρόσφατα, η πορεία της δεν είναι ξεκάθαρη, καθώς δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα για τη μακροχρόνια πορεία της.

Συχνά, στο ιστορικό των ασθενών αναφέρεται αυξημένο βάρος ή και παχυσαρκία πριν από την εκδήλωση της διαταραχής. Η έναρξη της



Νευρογενούς Βουλιμίας γίνεται συνήθως προς τα τέλη της εφηβείας ή στην αρχή της ενηλικίωσης και συχνά σχετίζεται με ένα στρεσογόνο γεγονός ή την απόπειρα του ατόμου να κάνει δίαιτα. Συχνά η έναρξη τοποθετείται μετά από μια περίοδο δίαιτας και μιας γενικότερης ανησυχίας του ατόμου για το βάρος (π.χ. υποκειμενική εντύπωση του ατόμου ότι είναι υπέρβαρο, φόβος του πάχους). Προς απογοήτευση των ερευνητών, οι πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι οι περιορισμοί στο φαγητό, τα υπερφαγικά επεισόδια, οι καθαρτικές συμπεριφορές και η διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα, που παλαιότερα θεωρούνταν ως διαταραχές της εφηβείας και της νεαρής ενήλικης ζωής, έχουν αρχίσει να κάνουν αισθητή την εμφάνισή τους ακόμα και σε κορίτσια ηλικίας 9 ετών. Γενικά, δείχνει να έχει θετικότερη μακροχρόνια έκβαση και κατά συνέπεια πρόγνωση από τη Νευρογενή Ανορεξία. Η πρόγνωση φαίνεται να εξαρτάται από τη σοβαρότητα των συνεπειών της καθαρτικής συμπεριφοράς, και πράγματι οι βουλιμικοί ασθενείς μπορούν να παρουσιάσουν ένα πλήθος ιατρικών προβλημάτων-επιπλοκών. Σε κλινικά δείγματα, η Νευρογενής Βουλιμία φαίνεται να είναι χρόνια, με υφέσεις και εξάρσεις στην πορεία της καθώς και συχνές εναλλαγές στη σοβαρότητα της συμπτωματολογίας. Η τελική έκβαση της νόσου δεν είναι προβλέψιμη, αλλά αρκετές είναι οι αναφορές ότι οι πάσχοντες από Νευρογενή Βουλιμία σημειώνουν βελτίωση με την πάροδο του χρόνου και την συνεχόμενη θεραπευτική παρέμβαση.

Συνοπτικά αναφέρεται πως υπολογίζεται ότι:

- ✚ 1/3 των περιπτώσεων έχει φτωχή πρόγνωση, με χρόνια συμπτώματα για τα οποία συχνά θα χρειαστεί νοσηλεία
- ✚ περισσότερο από το 1/3 εμφανίζει μικρή βελτίωση των συμπτωμάτων
- ✚ λιγότερο από το 1/3 έχει καλή πορεία με ικανοποιητική σταθερή βελτίωση.

Ορισμένες κλινικές δοκιμές δείχνουν ότι δομημένες μορφές ψυχοθεραπείας μπορούν να αποδώσουν θεραπευτικά και να έχουν και σημαντικά και μόνιμα αποτελέσματα σε μεγάλο αριθμό ατόμων, που ολοκληρώνουν το θεραπευτικό πρόγραμμα. Πιο συγκεκριμένα, σε ό,τι

αφορά ασθενείς που κατόρθωσαν να ολοκληρώσουν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, αναφέρεται μείωση τουλάχιστον κατά 50% των επεισοδίων υπερφαγίας και των καθαρτικών συμπεριφορών.

Όσον αφορά τους παράγοντες, που αποτελούν θετικούς προγνωστικούς δείκτες, αυτοί δεν είναι ξεκάθαροι, αλλά υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτοί που κατορθώνουν να σταματήσουν τα υπερφαγικά επεισόδια και τις αντισταθμιστικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια ενός θεραπευτικού προγράμματος έχουν και τις λιγότερες πιθανότητες να υποτροπιάσουν. Με βάση τα δεδομένα, που προέρχονται από εξωνοσοκομειακούς ασθενείς και μακροπρόθεσμα follow-ups, η βελτίωση φαίνεται να διατηρείται για 5 χρόνια και οι μισοί από τους ασθενείς να επανέρχονται μετά το διάστημα αυτό. Ωστόσο, αν και κατά τη φάση της βελτίωσης, οι ασθενείς δεν είναι εντελώς ελεύθεροι συμπτωμάτων.

Επίσης φαίνεται ότι, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του ατόμου όταν θα γίνει η πρώτη κλινική παρέμβαση, τόσο μεγαλύτερο είναι το ρίσκο της υποτροπής και συνεπώς της χρονιότητας. Μια τέτοια παρατήρηση οδηγεί στο συμπέρασμα ότι όσο νωρίτερα η Νευρογενής Βουλιμία διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί τόσο καλύτερη θα είναι και η έκβαση. Στις περιπτώσεις, δε, που υπάρχει και συνοδό μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο ή συνοσηρότητα με διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, είναι πολύ σοβαρός ο κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας. Το ποσοστό θνησιμότητας είναι άγνωστο, αλλά αν ο ασθενής καταλήξει εκεί, αυτό θα οφείλεται στις επιπτώσεις που έχουν στον οργανισμό οι καθαρτικές συμπεριφορές.

## 6.9 ΑΡΘΡΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Το παρακάτω κείμενο είναι ένα άρθρο το οποίο δημοσιεύτηκε στο site [www.eatingdisorders.gr](http://www.eatingdisorders.gr)

Από τον Νικόλαο Σ. Δοϊρανλή Ψυχολόγος 20/2/2006

### Η κορυφή του παγόβουνου δεν είναι όλο το παγόβουνο....

Πρέπει ο κόσμος να καταλάβει ότι οι διατροφικές διαταραχές εν μέρει μόνο έχουν να κάνουν με το φαγητό και την εξωτερική εικόνα. Αυτά αποτελούν την επιφάνεια, την κορυφή του παγόβουνου. Είναι πολύ βαθύτερα τα ψυχολογικά αίτια που ωθούν σε τέτοιου είδους συμπεριφορές.

Η βουλιμία, όπως και οι άλλες διατροφικές διαταραχές είναι μία εξάρτηση. Κάποια μέρα θέλω να γίνω «φυσιολογική», να μπορώ να απολαμβάνω το φαγητό μου σαν μια από τις απολαύσεις της φύσης, να μην ξοδεύω τόση ενέργεια και χρόνο από τη ζωή μου μετρώντας θερμίδες, υπολογίζοντας ποσότητες, χαρακτηρίζοντας τροφές ως καλές ή κακές.”

Διαβάζοντας την παραπάνω σύντομη ιστορία της Α., είναι πιθανό, οι περισσότεροι από εμάς να φέρουμε στο μυαλό μας **πόσες πολλές φορές έχουμε αποφασίσει να μπούμε σε διαδικασία δίαιτας... από Δευτέρα!**

Όποιο περιοδικό ευρείας κυκλοφορίας κι αν ανοίξουμε, θα βρούμε μέσα μια θαυματουργή δίαιτα πλαισιωμένη από την εικόνα μιας υπέροχης τούρτας σοκολάτας, μια νέα επαναστατική και αστραπιαία μέθοδο απώλειας βάρους πλάι στη φωτογραφία ενός καλλίγραμμου κορμιού.

Αρχίζουμε λοιπόν την προσπάθεια, για μία ακόμη φορά. Γεμίζουμε τη σκέψη μας με υπολογισμούς θερμίδων, με καταμερισμό τροφών σε παχυντικές και διαιτητικές, παλεύουμε, ιδρώνουμε... μέχρι να τα παρατήσουμε. Εάν είχε ανακαλυφθεί μια θαυματουργή και μακρόχρονα αποτελεσματική δίαιτα, τότε αυτή και μόνο αυτή θα συναντούσαμε στα διάφορα περιοδικά. Ανθρωπος παχύσαρκος δε θα κυκλοφορούσε στον πλανήτη και όλοι θα ήμασταν ευτυχισμένοι! Οι πιο πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι ένα ποσοστό μεγαλύτερο του 90% των ανθρώπων που επιλέγει να χάσει βάρος μόνο μέσω μιας δίαιτας, κι αν ακόμη χάσει τα κιλά που επιθυμεί, σύντομα καταλήγει στην ανάκτηση αυτών.

Ο κυριότερος λόγος που καθιστά αναποτελεσματική τη δίαιτα ως μοναδικό μέσο περιορισμού της βουλιμίας και απώλειας των κιλών είναι η αίσθηση της στέρησης. Όταν στερούμε τον εαυτό μας οργανικά και ψυχικά από κάτι αγαπημένο και επιθυμητό, τότε αυτός, μόλις τελειώσει η περίοδος της στέρησης, θα βρει αφορμή και τρόπο για να μας «εκδικηθεί» και να επιστρέψει σε αυτό. Επιπλέον, μια αυστηρή δίαιτα, άρα μια μεγάλη στέρηση, μας οδηγεί σε έναν διπολικό τρόπο σκέψης (σκέψη άσπρο-μαύρο).

Η παραμικρή ατασθαλία, η μία και μοναδική φορά που θα παραβούμε κάποιον από τους κανόνες της δίαιτας, μας στέλνει εύκολα στον άλλο πόλο: στο να παρατήσουμε πλήρως την προσπάθεια και να αρχίσουμε να καταναλώνουμε μεγάλες ποσότητες τροφής. Ο στόχος μου, δεν είναι να αφορίσω την επιστήμη της διαιτολογίας, απεναντίας, πιστεύω βαθιά πως μια ισορροπημένη διατροφή έχει πολλαπλά οφέλη στην υγεία του σώματος και της ψυχής. Αυτό που θέλω να τονίσω, είναι πως για να πετύχουμε το στόχο μας... χρειάζεται να βάλουμε στόχο. Κι αφού τον βάλουμε, να τον εμπλουτίσουμε με δύο απαραίτητα συστατικά: τη θέληση... και την ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματος. Μια παλιά κινέζικη παροιμία λέει: **όταν περπατάς, να περπατάς με σταθερό βήμα και όταν τρέχεις, να τρέχεις με ρυθμό!** Η απόφαση για δίαιτα από Δευτέρα καταδεικνύει πως είτε δεν έχουμε –ακόμη- την απαραίτητη αποφασιστικότητα, είτε δε θέλουμε πραγματικά να προσπαθήσουμε -τώρα- , είτε δεν είμαστε –ακόμη- έτοιμοι.

Είναι σημαντικό να αγκαλιάσουμε τον εαυτό μας και όχι να τον ψυχαναγκάσουμε. Οι ψυχαναγκασμοί φέρνουν αφόρητο άγχος και το άγχος δε φέρνει αποτέλεσμα. Όταν λοιπόν αισθανθούμε έτοιμοι και αποφασισμένοι, χρειάζεται να προσέξουμε τις διατροφικές μας συμπεριφορές, αλλά χρειάζεται και να νοιαστούμε για τις σκέψεις και τα συναισθήματα μας, για τα βαθύτερα ψυχολογικά αίτια που δημιούργησαν και συντήρησαν μια κατάσταση βουλιμίας ή μια κατάσταση παχυσαρκίας.



Θυμηθείτε πως η **κορυφή του παγόβουνου, δεν είναι όλο το παγόβουνο!** Η ατομική ψυχοθεραπεία και οι ομάδες υποστήριξης κερδίζουν ολοένα και περισσότερο έδαφος στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες και φαίνεται να αποτελούν το συστατικό που μέχρι πρόσφατα έλλειπε από τις προσπάθειες για την αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ

Τα τελευταία χρόνια έχει επιτευχθεί μεγάλη πρόοδος στην κατανόηση και θεραπεία των διατροφικών διαταραχών. Πολυάριθμες μελέτες έχουν γίνει στη Νευρογενή Ανορεξία και στη Νευρογενή Βουλιμία όπου αποτελούν τις πιο διαδεδομένες διατροφικές διαταραχές. Παρόλα αυτά υπάρχουν και άλλες διαταραχές όπως το σύνδρομο υπερφαγίας BED (binge eating disorder), το οποίο είναι κάπως υποτιμημένο ως προς το ενδιαφέρον των επιστημόνων για την κατανόηση και την θεραπεία του.

Στα τέλη της δεκαετίας του '50, ο Δρ. Albert Stunkard του Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια, παρατήρησε πως ορισμένα παχύσαρκα άτομα είχαν σημαντικά προβλήματα βουλιμίας. Η παρατήρηση αυτή αγνοήθηκε ή λησμονήθηκε ως τα μέσα με τέλη της δεκαετίας του '80, όταν πια άρχισαν να συσσωρεύονται μαρτυρίες ότι περίπου το ένα τέταρτο των ατόμων που αναζητούν θεραπεία για την παχυσαρκία έχουν προβλήματα βουλιμίας, αν και πολύ λίγοι απ αυτούς αποδεικνύεται ότι πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία.

Την ίδια περίπου στιγμή, κοινοτικές μελέτες για την έκταση της Νευρογενούς Βουλιμίας έδειξαν πως η πλειοψηφία των βουλιμικών ατόμων δεν έπασχαν από αυτή. Τα ευρήματα αυτά οδήγησαν μία ερευνητική ομάδα με επικεφαλής το Δρα Robert Spitzer του Πανεπιστημίου της Κολούμπια να προβάλλει την άποψη ότι τα άτομα αυτά έχουν μία άλλη διαταραχή στην πρόσληψη τροφής, διαφορετική από την Νευρογενή Βουλιμία. Ονόμασαν λοιπόν τη νέα διαταραχή «σύνδρομο παθολογικής υπερφαγίας» που από τότε αντικαταστάθηκε από το λιγότερο προβληματικό όρο υπερφαγική «διαταραχή».

Η υπερφαγία ορίζεται στην τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου (DSM-IV-TR) ως συχνά επεισόδια υπερφαγίας τα οποία χαρακτηρίζονται από την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού σε χωριστές χρονικές περιόδους και συνοδεύονται από υποκειμενικό αίσθημα απώλειας ελέγχου σε σχέση με το φαγητό.

Η διαταραχή της υπερφαγίας είναι ευρέως διαδεδομένη μεταξύ των ατόμων που αναζητούν θεραπεία για την παχυσαρκία με γενικές εκτιμήσεις που κυμαίνονται από 15-50%. Στο γενικό πληθυσμό η επικράτηση της υπερφαγίας κατά τη διάρκεια της ζωής κυμαίνεται από 0,7% μέχρι 4%. Η ηλικία εκδήλωσης της διαταραχής κυμαίνεται μεταξύ 30-50 ετών. Εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες σε ποσοστό που ανέρχεται στο 35% συγκριτικά με την Νευρογενή Ανορεξία και τη Νευρογενή Βουλιμία. (Stunkard A.J 1993)

## **7.1 ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ**

Παρόλο που η Νευρογενής Βουλιμία και η υπερφαγία έχουν παρόμοιο τρόπο αντιμετώπισης, υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Στη βουλιμία τα άτομα καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες τροφής και στη συνέχεια λόγω ενοχών και τύψεων χρησιμοποιούνται αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί για να αποτραπεί η αύξηση του βάρους. Αντιθέτως στο σύνδρομο της υπερφαγίας τα άτομα δεν χρησιμοποιούν αντισταθμιστικές μεθόδους ή συμπεριφορές (χρήση διουρητικών/ καθαρτικών/ πρόκληση εμέτου) προκειμένου να ‘απαλλαγούν’ από το σύνολο των θερμίδων που έχουν καταναλώσει με αποτέλεσμα τα άτομα να είναι κατά κανόνα υπέρβαρα και παχύσαρκα, ενώ κάποιιοι υποστηρίζουν ότι δεν παρουσιάζουν την ιδιαίτερη επίμονη ενασχόληση με το σωματικό βάρος και σχήμα. Επίσης τα άτομα με σύνδρομο υπερφαγίας δεν καταναλώνουν ιδιαίτερα μεγάλη ποσότητα τροφών όπως στην νευρογενή βουλιμία. Τα γεύματα είναι συνήθως μικρά και συχνά ενώ στην νευρογενή βουλιμία ο όγκος είναι μεγάλος και εμπεριέχεται μόνο σε ένα γεύμα.

## **7.2 ΑΙΤΙΑ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ**

Η εκτίμηση για την αιτιολογία της υπερφαγίας έχει αποδειχτεί ότι είναι μια δύσκολη εργασία από τη στιγμή που δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των μελετών που είναι διαθέσιμες. Οι παράγοντες που πιθανότατα ευθύνονται για την εκδήλωση και την διαίωιση της υπερφαγίας δε

φαίνεται να διαφέρουν από αυτούς που ευθύνονται για το σύνολο των διατροφικών διαταραχών. Ποικίλοι αιτιολογικοί μηχανισμοί έχουν προταθεί για την υπερφαγία καθώς και για διάφορα διατροφικά σύνδρομα στα οποία η υπερφαγία αποτελεί ένα μέρος. Η αιτιολογία της υπερφαγίας αποτελεί φαίνεται να προκύπτει από ένα συνδυασμό ψυχολογικών, βιολογικών, και περιβαλλοντικών παραγόντων συμπεριλαμβανομένου της οικογένειας, των σχέσεων και των εμπειριών ζωής.

### **7.2.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ**

Το νευροενδοκρινικό σύστημα συνδυασμός του κεντρικού νευρικού και ορμονικού συστήματος, ρυθμίζει πολλαπλές λειτουργίες του εγκεφάλου και του σώματος όπως τη σεξουαλική λειτουργία, τη φυσιολογική ανάπτυξη, την όρεξη και την πέψη, τον ύπνο, τη νεφρική και καρδιακή λειτουργία, τα συναισθήματα, τη σκέψη και τη μνήμη. Στο κεντρικό νευρικό σύστημα και συγκεκριμένα στον εγκέφαλο οι νευροδιαβιβαστές ελέγχουν την παραγωγή ορμονών όπως η σεροτονίνη κ.α. Αυτοί οι βιολογικοί παράγοντες εμπλέκονται στη ρύθμιση της πείνας και της όρεξης καθώς και άλλων μηχανισμών του σώματος και επομένως διαταραχή της φυσιολογικής λειτουργίας τους όπου θεωρητικά μπορεί να συμβάλλει σε συμπεριφορές υπερφαγίας.

Επιπλέον σε καταστάσεις άγχους εκκρίνεται κορτιζόλη η οποία ευθύνεται για την αύξηση πρόσληψης τροφής. Επίσης σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη υπερφαγίας παίζει και η ορμόνη λεπτίνη, η οποία εκκρίνεται από το λιπώδη ιστό στην κυκλοφορία και μεταφέρει στον εγκέφαλο πληροφορίες σχετικές με το μέγεθος των αποθηκών ενέργειας στο λιπώδη ιστό, ενεργοποιώντας κέντρα που ρυθμίζουν το σωματικό βάρος αλλά και το ενεργειακό ισοζύγιο. Στα βιολογικά αίτια όμως συγκαταλλάγεται και η γαστρική χωρητικότητα, γιατί ένα στομάχι μεγάλης χωρητικότητας ίσως μειώσει τον κορεσμό που ακολουθείται από ένα γεύμα και συμβάλλει στην κατανάλωση ενός υπερφαγικού γεύματος.

## 7.2.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Η πίεση (άγχος-στρες) εμφανίζεται να είναι το κεντρικό χαρακτηριστικό στην αιτιολογία της υπερφαγίας. Το στρες είναι η αντίδραση του σώματος. Είναι ψυχοφυσιολογική διέγερση, διέγερση μυαλού και σώματος, που μπορεί να φέρει τα συστήματα του σώματος σε τέτοιο σημείο κόπωσης που μπορεί να επέλθουν κάποιες δυσλειτουργίες και νόσοι. Το άγχος προκαλείται σε ένα άτομο από διάφορα αίτια π.χ. αρνητική κριτική για το βάρος του καθώς και η μη ικανοποίηση των προσδοκιών που έχει θέσει με αποτέλεσμα να καταφεύγει σε υπερφαγικά επεισόδια. Κατά τη διάρκεια μιας αγχώδους κατάστασης απελευθερώνεται κορτιζόλη, η οποία μπορεί να διεγείρει την πρόσληψη τροφής καθώς και την πρόσληψη βάρους. Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν το σύνδρομο υπερφαγίας φάνηκε να σχετίζεται με την κατάθλιψη από τη στιγμή που η υπερφαγία χρησιμεύει σαν διαφυγή από μια αρνητική συναισθηματική κατάσταση. Κατά τη διάρκεια καταθλιπτικών επεισοδίων το 40% των ατόμων αναφέρουν πρόσληψη βάρους. Η αίσθηση της απώλειας ελέγχου στον σύνδρομο της υπερφαγίας μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

Το 1999 ο Fairburn C.G. με τους συνεργάτες του έκαναν μελέτες σχετικά με τις αιτίες των διατροφικών διαταραχών και έδειξαν ότι η τελειομανία η οποία χαρακτηρίζεται από την επιδίωξη μη ρεαλιστικών απαιτήσεων φαίνεται να συνδέεται με την ανάπτυξη υπερφαγίας. Παρολα αυτά μετέπειτα μελέτες απέτυχαν να επιβεβαιώσουν αυτή την υπόθεση.

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

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

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

### 7.2.3 ΛΟΙΠΑ ΑΙΤΙΑ

- ✚ Πολλές περιβαλλοντικές επιρροές παίζουν ρόλο στην εμφάνιση υπερφαγίας. Η πίεση της οικογένειας προωθεί τη λεπτή σωματική εικόνα και τις διατροφικές διαταραχές. Οι μητέρες που ανησυχούν υπερβολικά για το βάρος και τη φυσική εμφάνιση των κοριτσιών, τα θέτουν σε αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν διατροφική διαταραχή, καθώς, προσπαθούν να περιορίσουν την πρόσληψη τροφής τους και να τις ενθαρρύνουν να αρχίσουν δίαιτα. Τα κορίτσια που υποφέρουν από υπερφαγία αντιμετωπίζουν επικριτική στάση από το πατέρα και τα αδέρφια τους σχετικά με το βάρος τους. Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του συνδρόμου διαδραματίζει και η οικογένεια που υπερκαταναλώνει φαγητό ή δίνει μια αφύσικη έμφαση στο φαγητό όπως να τα επιβραβεύει με φαγητό.
- ✚ Το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο αφορά ήπια συναισθηματικά και σωματικά συμπτώματα, που λαμβάνουν χώρα στις περισσότερες γυναίκες κατά τη διάρκεια 1 ή 2 εβδομάδων πριν από την έμμηνο ρύση. Συνήθως τα συμπτώματα αυτά συνίστανται σε πονοκέφαλο, ευαίσθητο/ επίπονο στήθος, κοιλιακό φούσκωμα και πρήξιμο στα άνω/ κάτω άκρα. Επιπλέον, προκύπτουν συχνά αίσθημα κόπωσης, ξεσπάσματα θυμού, εναλλαγές διάθεσης, ευερεθιστότητα, σύγχυση και κοινωνική απομόνωση. Οι αλλαγές στην όρεξη, η αύξηση του αισθήματος πείνας, η αναζήτηση συγκεκριμένων τροφίμων, οι αλλαγές στο μέγεθος της μερίδας και των σνακ και η αύξηση ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης θεωρούνται χαρακτηριστικά σημεία του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου. Η

αναζήτηση συγκεκριμένων τροφών συμβαίνει για να ανέβουν τα επίπεδα σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Συνήθως πρόκειται για τρόφιμα υψηλά σε υδατάνθρακες και λίπη. Οι γυναίκες σε αυτή τη φάση γίνονται πολύ επιρρεπείς σε εξωτερικά ερεθίσματα που ευνοούν την κατανάλωση φαγητού. Οποσδήποτε, η απώλεια ελέγχου είναι πιο εκτεταμένη σε άτομα με προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο και μπορεί να οδηγήσει σε υπερφαγία.

- ✚ Ο θυρεοειδής αδένας παράγει ορμόνες που ρυθμίζουν τον τρόπο με τον οποίο το σώμα μας χρησιμοποιεί την ενέργεια. Ένας θυρεοειδής που υπολειτουργεί διαταράσσει τον μεταβολισμό μας, καθώς και άλλες πτυχές της υγείας μας. Ο υποθυρεοειδισμός είναι πιο συχνός στις γυναίκες. Ένα από τα συμπτώματά του είναι η πρόσληψη βάρους. Ορισμένοι ενοχοποιούν τον υποθυρεοειδισμό για την εμφάνιση υπερφαγίας.

### **7.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ( DSM-IV) ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ**

**1)** Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας που χαρακτηρίζονται από:

- i) Κατανάλωση σε μια σύντομη χρονική περίοδο, ποσότητας τροφής η οποία είναι ν σαφώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα κατανάλωναν οι περισσότεροι άνθρωποι στην ίδια χρονική περίοδο, κάτω από τις ίδιες συνθήκες.
- ii) Ένα αίσθημα απώλειας του ελέγχου στην κατανάλωση της τροφής κατά την διάρκεια του επεισοδίου.

**2)** Τα επεισόδια υπερφαγίας σχετίζονται με τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα:

- i) Κατανάλωση τροφής με ταχύτητα πολύ μεγαλύτερη από την φυσιολογική
- ii) Το άτομο τρώει μέχρι την εμφάνιση δυσάρεστων αισθήσεων γαστρικής πλήρωσης.
- iii) Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής χωρίς το οργανικό αίσθημα της πείνας.

iv) Μοναχικές διατροφικές λήψεις ώστε να μην γίνουν γνωστές στους άλλους οι ποσότητες που καταναλώνουν.

v) Αισθήσεις αποστροφής του ατόμου, κατάθλιψης ή ενοχής, μετά το επεισόδιο της ανεξέλεγκτης υπερφαγίας.

**3)** Σοβαρή κατάσταση θλίψης όσον αφορά την ακούσια υπερφαγία.

**4)** Τα επεισόδια λαμβάνουν χώρα, κατά μέσο όρο δύο ημέρες την εβδομάδα για έξι μήνες.

**5)** Η υπερφαγία δεν σχετίζεται με την χρήση ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών

**6)** Η διαταραχή δεν ανταποκρίνεται στα διαγνωστικά κριτήρια της νευρογενούς βουλιμίας.

## 7.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

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

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

Το κεντρικό χαρακτηριστικό της υπερφαγίας είναι το συναίσθημα της απώλειας του ελέγχου. Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου τα πρώτα λίγα λεπτά μπορεί να φαίνονται ευχάριστα, καθώς όμως το άτομο αρχίζει να χάνει τον έλεγχο καταναλώνει πολύ γρήγορα το φαγητό του μέχρι να νιώσει πλήρης. Πολλές φορές τα άτομα που καταφεύγουν σε υπερφαγικά επεισόδια προτιμούν να τρώνε μόνος τους και να κρύβουν τα συμπτώματα τους εξαιτίας της αμηχανίας



που νιώθουν για την ποσότητα τροφής που προσλαμβάνουν. Καθώς η υπερφαγία δεν συνοδεύεται από χρήση καθαρτικών ή εμετούς τα περισσότερα άτομα είναι υπέρβαρα και καταφεύγουν σε αυτοσχέδιες δίαιτες οι οποίες καταλήγουν τις περισσότερες φορές σε αποτυχία με αποτέλεσμα την εκδήλωση νέων υπερφαγικών επεισοδίων.

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

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

## 7.5 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

Το υπερβολικά αυξημένο σωματικό βάρος μπορεί να προκαλέσει περισσότερες από 30 ασθένειες. Ορισμένες ασθένειες είναι το αποτέλεσμα μόνιμου εκφυλισμού. Οι εκφυλιστικές αλλαγές μπορεί να προκληθούν έμμεσα από έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό κ.α. Για παράδειγμα η υψηλή αρτηριακή πίεση και τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης και τρυγλικεριδίων αποτελούν τους κύριους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης εμφράγματος και εγκεφαλικού επεισοδίου. Επειδή η υπερφαγία οδηγεί σε παχυσαρκία, αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακές επιπλοκές. Η παχυσαρκία συνδυάζεται με την υπέρταση καθώς με την υπερβολική λήψη τροφής λαμβάνεται και μεγαλύτερη ποσότητα αλατιού από αυτή που χρειάζεται ο οργανισμός καθημερινά. Επίσης από διάφορες έρευνες διαπιστώθηκε ότι τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν αυξημένη κατανάλωση οξυγόνου, αυξημένη καρδιακή παροχή και αυξημένο έργο της αριστερής κοιλίας που οδηγούν σε υπερτροφία και ελάτωση της ελαστικότητας του μυοκαρδίου με αποτέλεσμα την καρδιακή ανεπάρκεια.

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

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

Η συνεχής αύξηση του βάρους στα άτομα με σύνδρομο υπερφαγίας οδηγεί στην ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη τύπου II. Η αντίσταση στην ινσουλίνη είναι μια κατάσταση κατά την οποία τα κύτταρα ανταποκρίνονται λιγότερο από το φυσιολογικό στην επίδραση της ινσουλίνης. Κατά συνέπεια το σώμα πρέπει να εκκρίνει περισσότερη ινσουλίνη για να διατηρήσει το

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

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

## **7.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ**

Τα άτομα με σύνδρομο υπερφαγίας είναι συνήθως υπέρβαρα ή παχύσαρκα και επομένως ο στόχος της θεραπείας είναι να μειώσει την υπερφαγία και να εγκαταστήσει υγιεινές διατροφικές συνήθειες. Η θεραπευτική ομάδα πρέπει να αποτελείται από ένα γιατρό, ένα διατροφολόγο, μια νοσοκόμα, ένα ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Ο ρόλος του διατροφολόγου κυριαρχεί στην θεραπεία των διατροφικών διαταραχών στο στάδιο της αξιολόγησης, της θεραπείας και της συντήρησης. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας ο κύριος ρόλος του διατροφολόγου είναι να βοηθήσει τα άτομα που υποφέρουν από υπερφαγία να αλλάξουν τις διατροφικές τους συνήθειες, να μάθουν εναλλακτικούς τρόπους να αποφεύγουν την υπερφαγία, να αναπτύξουν ικανότητες να λύνουν τα προβλήματα τους, να σταματήσουν τις σκέψεις που κάνουν για το φαγητό και να νιώσουν άνετα με αυτές τις αλλαγές. Είναι σημαντικό για το διατροφολόγο να συνεργάζεται στενά με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας για να εξασφαλίσει ότι ο ρόλος του καθενός έχει καθοριστεί έτσι ώστε να έχουν ένα πετυχημένο αποτέλεσμα.

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

### **7.6.1 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία είναι η πιο κοινά δοκιμασμένη για την αντιμετώπιση της υπερφαγίας. Ο σκοπός της θεραπείας σε πρώτη φάση είναι η υιοθέτηση μιας τακτικής πρόσληψης τροφής και η ελαχιστοποίηση ή η εξάλειψη των υπερφαγικών επεισοδίων. Στη δεύτερη φάση συνεχίζεται να δίνεται έμφαση στη τακτική πρόσληψη τροφής αλλά γίνεται προσπάθεια να τροποποιηθούν οι σκέψεις που διαιωνίζουν το διατροφικό πρόβλημα με τη χρήση εναλλακτικών συμπεριφορών, για αυτό η προσοχή εστιάζεται στο να ρυθμιστούν όλοι οι τύποι δίαιτας και η ανησυχία που υπάρχει για το σχήμα και το βάρος. Στη Τρίτη φάση παρατηρείται

προσπάθεια να διασφαλιστεί η πρόοδος που γίνεται και να εμποδιστεί η υποτροπή. Η συνολική θεραπεία διαρκεί 3-5 μήνες όπου εξαρτάται από την παρουσία του συνδρόμου και μπορεί να γίνει ατομικά ή ομαδικά, ανεξάρτητα ή σε συνδυασμό με άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Η θεραπεία περιλαμβάνει 12 εβδομαδιαίες συνεδρίες που ηγούνται από γιατρούς και διαιτολόγους και συμμετέχουν ομάδες 8-12 ατόμων. Τα άτομα αυτά διδάσκονται για το δείκτη μάζας σώματος και τον έλεγχο του βάρους τους καθώς και για τις κύριες αρχές μέτρησης των θερμίδων.

Η διαπροσωπική θεραπεία αρχικά σχεδιάστηκε για να θεραπεύει ασθενείς που υπέφεραν από κατάθλιψη αλλά αργότερα τροποποιήθηκε ώστε να είναι κατάλληλη σε άτομα με ψυχογενή βουλιμία, αργότερα τροποποιήθηκε από επιστήμονες σε μια ομαδική μορφή ώστε να μπορεί να θεραπεύσει ομάδες ατόμων με υπερφαγία. Περιλαμβάνει 12-20 συνεδρίες για 3-5 μήνες και χωρίζεται σε τρεις φάσεις. Στη πρώτη φάση τα προσωπικά προβλήματα των ατόμων αναγνωρίζονται μέσω της αξιολόγησης που κάνουν στον εαυτό τους. Στη δεύτερη φάση ο θεραπευτής βοηθάει τα άτομα να σκεφτούν περαιτέρω τα προβλήματα που τους απασχολούν όπου στόχος τους είναι να σκεφτούν πιθανές λύσεις και στη συνέχεια να προσπαθήσουν να τα επιλύσουν. Στη τρίτη φάση η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία προσανατολίζεται μελλοντικά αφού πρέπει να σκεφτούν μελλοντικές δυσκολίες και τρόπους να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο της υποτροπής.

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

## **7.6.2 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η φαρμακοθεραπεία δεν συνιστάται σαν αρχική μορφή θεραπείας για το σύνδρομο της υπερφαγίας, εντούτοις η χορήγηση αντικαταθλιπτικών σε συνδυασμό με την ψυχοθεραπεία φαίνεται να έχει καλά αποτελέσματα όταν συνυπάρχει κατάθλιψη και όταν τα καταθλιπτικά

στοιχεία δεν μειώνονται παρά την υποχώρηση των συμπτωμάτων της διατροφικής διαταραχής. Ορισμένες κλινικές δοκιμές ότι η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά συμπεριλαμβανομένων των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIS) σχετίζονται με βραχυπρόθεσμη μείωση της συχνότητας της υπερφαγίας περίπου στο 60-90%. Ανάμεσα στους SSRIS η fluoxetine και η fluvoxamine έχουν δεχτεί τη μεγαλύτερη προσοχή καθώς μετά από 12 εβδομάδες χορήγησης παρατηρήθηκε μειωμένη συχνότητα της υπερφαγίας και της καταθλιπτικής διάθεσης. Όσο αφορά τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά παρατηρείται επίσης μείωση της υπερφαγίας, της καταθλιπτικής διάθεσης και του σωματικού βάρους.

Μια άλλη εναλλακτική προσέγγιση είναι η χρήση των καταστολέων της όρεξης τα οποία δουλεύουν κάνοντας το σώμα να πιστεύει ότι είναι χορτάτο, ανεξάρτητα από το πότε το άτομο έχει φάει πραγματικά, και συνεπώς μειώνοντας την όρεξή του. Με αποτέλεσμα το άτομο να τρώει λιγότερο από το κανονικό. Μερικά κατασταλτικά της όρεξης βοηθούν να αυξηθεί ο μεταβολισμός του ατόμου έχοντας ως αποτέλεσμα την καύση θερμίδων.

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

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

μείωση της υπερφαγίας σε σύγκριση με την ψυχοθεραπεία από μόνη της, αν και η προσθήκη των φαρμάκων μπορεί να αυξήσει την απώλεια βάρους.

### **7.6.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΜΕΙΩΣΗ ΒΑΡΟΥΣ**

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

Γενικά συνιστάται σήμερα ότι η θεραπεία στα άτομα αυτά θα πρέπει πρώτα να κατευθυνθεί στη διατροφική διαταραχή και τη σχετική ψυχοπαθολογία. Μια προσέγγιση θα ήταν πρώτα να θέσουν υπό έλεγχο τη διατροφική διαταραχή και μόνο τότε να σκεφτούν πρόσθετες μεθόδους μείωσης του βάρους. Αν όμως τα άτομα με υπερφαγία υποφέρουν από άλλες ασθένειες που σχετίζονται με τη παχυσαρκία ( διαβήτης τύπου II, σεφανιαία νόσος) και προκύψουν επιπλοκές που προέρχονται από αυτές τις ασθένειες και απειλείται η ζωή του ατόμου θα πρέπει πρώταρχικά να ρυθμιστούν αυτές οι επιπλοκές και μετά η υπερφαγία.

### **7.6.5 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να βοηθήσει ένα άτομο με σύνδρομο υπερφαγίας να κατανοήσει το δυσλειτουργικό ρόλο που παίζει μέσα στην οικογένεια. Επίσης η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να βοηθήσει την ίδια την οικογένεια να αναγνωρίσουν το πρόβλημα και να βοηθήσουν το μέλος τους που πάσχει από διατροφική διαταραχή. (Stunkard A.J. & Allison K.C. 2003)

#### **7.6.4 ΒΙΒΛΙΑ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ**

Σε μια προσπάθεια να διευκολυνθεί η διάδοση της θεραπείας, οι ερευνητές πρόσφατα άρχισαν να μελετούν αν οι θεραπείες μπορούν να μεταφερθούν σε βιβλία, έτσι ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τα ίδια τα άτομα που πάσχουν από διατροφική διαταραχή για να βοηθήσουν τον εαυτό τους. Στο πληθυσμό η γνήσια μη καθοδηγημένη αυτοβοήθεια μπορεί να παρέχει προσιτές πληροφορίες και συμβουλές σε άτομα με διατροφικές διαταραχές που δεν έχουν πρόσβαση σε θεραπευτική βοήθεια ή που αποφεύγουν να ζητήσουν θεραπεία λόγω της ντροπής που μπορεί να νιώθουν.



## 7.7 ΑΡΘΡΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

Το παρακάτω κείμενο είναι ένα άρθρο το οποίο δημοσιεύτηκε στο site [www.enet.gr](http://www.enet.gr) της Ελευθεροτυπίας από την Κάτια Αντωνιάδη 27/7/2009

### «Πώς βάλαμε φρένο στο φαγητό»

**«Με λένε Λητώ και είμαι ψυχαναγκαστική υπερφάγος. Τρώω ακατάπαυστα απίστευτες ποσότητες, από το πρωί που ξυπνάω μέχρι το βράδυ που πέφτω για ύπνο. Η ζωή μου περιστρέφεται γύρω από το φαγητό. Αλλά θέλω να βάλω τέλος σ' αυτό το μαρτύριο». Η Λητώ, τρία χρόνια έπειτα από αυτή την εξομολόγησή της, υποστηρίζει ότι η εξάρτησή της από το φαγητό ήταν τέτοια που, αν στον δρόμο της δεν είχαν βρεθεί οι Ανώνυμοι Υπερφάγοι, δεν ξέρει ποια θα ήταν η κατάληξή της.**

Η ψυχαναγκαστική υπερφαγία είναι ένα πρόβλημα που στοιχειώνει τη ζωή πολλών ανθρώπων. Οι Ανώνυμοι Υπερφάγοι (Α.Υ.), μια αδελφότητα ατόμων που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα, αλληλοϋποστηρίζονται μέσω των κοινών εμπειριών τους προκειμένου να αναρρώσουν από την ψυχαναγκαστική υπερφαγία -και από άλλες διαταραχές πρόσληψης τροφής, βουλιμία ή νευρική ανορεξία. «Δεν είμαστε οργάνωση, πολιτική κίνηση ή θρησκευτική δοξασία. Δεν μοιράζουμε δίαιτες και θερμιδόμετρα. Σκοπός μας είναι να απέχουμε από την καταναγκαστική πολυφαγία και να βοηθήσουμε εκείνους που υποφέρουν», λένε. Αδελφότητες των Α.Υ. υπάρχουν εδώ και χρόνια -η συνάντηση των πρώτων Α.Υ. έγινε το 1960 στην Καλιφόρνια. Η εισαγωγή της ιδέας και στην Ελλάδα έγινε στα μέσα του 1980. Δυο δεκαετίες μετά, κοινότητες Α.Υ. υπάρχουν σε πάνω από 75 χώρες, υποστηρίζοντας χιλιάδες πάσχοντες.

Στην οδό Ζήνωνος στο κέντρο της Αθήνας, στα λίγα τετραγωνικά ενός ζεστού χώρου, δεκάδες άνθρωποι στεγάζουν καθημερινά τα προβλήματά τους και αναζητούν τη δύναμη που θα τους βοηθήσει να απεξαρτηθούν από τον κοινό εχθρό: τον ψυχαναγκασμό για φαγητό. Το ζήτημα εδώ δεν είναι πώς θα

χάσει κάποιος κιλά, αλλά πώς θα απελευθερωθεί από την εξάρτησή του. Η Λητώ μοιράζεται με σταθερή φωνή τη δική της εμπειρία: «Ήμουν σε πολύ κακή ψυχολογική κατάσταση. Ενωθα ότι αυτοκτονώ τρώγοντας. Ετρωγα, έκλαιγα και έλεγα "τόρα θα σταματήσω". Δεν μπορούσα να κουνηθώ, ν' ανέβω σκάλες, είχα πέσει σε κατάθλιψη. Στους Α.Υ. είδα ανθρώπους που είχαν ξεφύγει από τα νύχια αυτής της αρρώστιας, που είχαν κερδίσει τη γαλήνη. Κατάλαβα πολλά για μένα. Εμαθα να αγαπώ ακόμα και το άρρωστο κομμάτι του εαυτού μου και να προσπαθώ για κάτι καλύτερο. Εμαθα ότι δεν έχει σημασία η τελειότητα, αλλά το να προοδεύεις. Εμαθα να πέφτω και να σηκώνομαι».

Κάθε μέλος έρχεται στις συνεδριάσεις, μιλάει για τον εαυτό του και οι υπόλοιποι τον ακούν και του συμπαραστέκονται. Χωρίς την παρουσία ειδικών και ψυχολόγων, χωρίς να ασκείται κριτική, χωρίς να δίνονται συμβουλές -μόνο λόγια ενθάρρυνσης. Το πρόγραμμα ανάρρωσης των Α.Υ. ακολουθεί το πρόγραμμα των Ανώνυμων Αλκοολικών με τα «12 βήματα». Αλλάζοντας τις λέξεις «αλκοόλ» και «αλκοολικός» με τις λέξεις «φαγητό» και «ψυχαναγκαστικός υπερφάγος», αποδεχόμενοι τον τριπλό χαρακτήρα της αρρώστιας τους (σωματικό, ψυχικό και πνευματικό), οι Α.Υ. επιδιώκουν να μειώσουν την έγνοια για το φαγητό, να γνωρίσουν τον εαυτό τους και να αναλογιστούν πώς θέλουν να είναι η ζωή τους. Για να ενταχθεί κάποιος στους Α.Υ. αρκεί να έχει πάρει την απόφαση πως θέλει να απεξαρτηθεί από την εξαρτησιογόνα ουσία που ονομάζεται φαγητό. Κατά τα λοιπά, δεν έχει καμία υποχρέωση -ούτε καν χρηματική.

Οι συναντήσεις εδώ είναι καθημερινές -όπως και η επικοινωνία μεταξύ των μελών, η διατήρηση προσωπικού ημερολογίου, η καταγραφή σκέψεων και συναισθημάτων. Και για τους περισσότερους, η προσπάθεια αποχής από τον ψυχαναγκασμό τους είναι παντονινή. «Μια στραβοτιμονιά, μια παραπάνω μπουκιά και η εξάρτηση επιστρέφει». Άλλος αντιμετωπίζει την ασθένειά του καλύτερα, άλλος πισωγυρίζει. Αλλά, όπως λένε, ακόμη και μια μέρα επιβολής της θέλησης πάνω στο φαγητό, είναι μέρα για να πανηγυρίσουν τη νίκη τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ

Το Σύνδρομο Νυχτερινής Υπερφαγίας NES (Night Eating Syndrome), είναι μια διατροφική διαταραχή με κλινικά χαρακτηριστικά την πρωινή ανορεξία, τη βραδινή υπερφαγία και την αϋπνία με συνεχείς διακοπές νυχτερινής κατανάλωσης φαγητού. Το βασικό χαρακτηριστικό κλινικό γνώρισμα του συνδρόμου είναι η καθυστέρηση στον εικοσιτετράωρο συγχρονισμό της πρόσληψης ενέργειας.

Η πρώτη περιγραφή έγινε από τον Καθηγητή ΑΙ. Stunkard, το 1955, ο οποίος βασίστηκε σε κλινικές παρατηρήσεις διατροφικών διαταραχών σε μια ομάδα νοσηρά παχύσαρκων ασθενών που επιδίωκαν θεραπεία για τον έλεγχο βάρους. Η συχνότητα στο γενικό πληθυσμό αγγίζει το 1,5%, αφορά σε μεγαλύτερο ποσοστό (9-27%) παχύσαρκα άτομα και αυξάνεται όσο μεγαλώνει η ηλικία. Συχνότερο είναι το φαινόμενο, σε περιόδους έντονου στρες, εφόσον η υπερφαγία αποτελεί για τα άτομα αυτά μια οργανική προσπάθεια άμβλυνσης του στρεσογόνου φορτίου που τους απασχολεί.

Τα τελευταία πενήντα χρόνια, έγιναν ολιγάριθμες μελέτες για το σύνδρομο νυχτερινής υπερφαγίας, έτσι παρέμειναν αναπάντητα πολλά ερωτήματα σχετικά με αυτό. Το 1990 ο Αμερικάνικος Σύλλογος Διαταραχών Ύπνου όρισε το σύνδρομο νυχτερινής υπερφαγίας σαν επαναλαμβανόμενα ξυπνήματα με σκοπό την κατανάλωση τροφής ακολουθούμενο από κανονικό ύπνο μετά την εκδήλωση της συγκεκριμένης διατροφικής συμπεριφοράς.



Πιο συγκεκριμένα, στο σύνδρομο αυτό, η λήψη ενέργειας μειώνεται στο πρώτο μισό της ημέρας και αυξάνεται πολύ στο δεύτερο μισό, έτσι ώστε ο ύπνος να διακόπτεται από την πρόσληψη τροφής. Σε πρόσφατη μελέτη αναφέρθηκε η κατανάλωση του 40% της συνολικής ημερήσιας πρόσληψης τροφής, από το πρωί μέχρι το βράδυ, και το υπόλοιπο 60% τις βραδινές ώρες, σε αντιδιαστολή με τη φυσιολογική κατανάλωση του 80% της συνολικής ημερήσιας πρόσληψης τροφής, στο πρώτο μισό της ημέρας.

Η επιδημιολογία του συνδρόμου νυχτερινής υπερφαγίας εκτιμάται σε 1.5% στο γενικό πληθυσμό, 8.9% έως 15% ανάμεσα σε παχύσαρκους ασθενείς που νοσηλεύονται και 31% έως 42% ανάμεσα σε άτομα που υφίστανται χειρουργική επέμβαση για νοσηρή παχυσαρκία.

Τα άτομα που διακατέχονται από το Σύνδρομο Νυχτερινής Υπερφαγίας πάσχουν από διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς και χρειάζονται άμεσα τη βοήθεια των ειδικών. Τα θεραπευτικά προγράμματα πρέπει να στηρίζονται κυρίως στην τροποποίηση της συμπεριφοράς, ενώ συνδυάζονται ταυτόχρονα με κατάλληλη διαιτητική οδηγία.

Συγκρίνοντας τη Νυχτερινή Υπερφαγία με την Νευρογενή Βουλιμία διακρίνουμε μια διαφοροποίηση όσον αφορά την έλλειψη σχετικών αντισταθμιστικών συμπεριφορών, το χρονικό διάστημα της πρόσληψης τροφής και το γεγονός ότι το μέγεθος των προσλαμβανόμενων τροφών είναι μικρό, κυρίως μικρά και συχνά γεύματα, παρά ένα ιδιαίτερα μεγάλο σε όγκο και θερμίδες γεύμα. Διαφέρει επίσης από τα υπόλοιπα σύνδρομα κατανάλωσης τροφής κατά τη διάρκεια της νύχτας, λόγω της πλήρους και συνειδητής κατανάλωσης τροφής σε αντιδιαστολή με την ασυνείδητη νυχτερινή κατανάλωση φαγητού. (Stunkard A.J. & Birkevedt 2002)

## 8.1 ΤΥΠΟΙ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

Οι 4 πιο συχνοί τύποι εμφάνισης του συνδρόμου είναι:

- ✚ Το άτομο καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφής πριν πέσει για ύπνο, χωρίς όμως να ξυπνάει κατά τη διάρκεια της νύχτας, συχνά τρώει από ανία ή μοναξιά.
- ✚ Ο αγχομένος τύπος, που ξυπνάει τη νύχτα έχοντας διάφορες αγχοτικές σκέψεις να τον βασανίζουν και τρώει, προκειμένου να νιώσει ηρεμία και να επιστρέψει για ύπνο.
- ✚ Εκείνος που αισθάνεται εθισμένος σε συγκεκριμένες τροφές, π.χ σε εύγευστα σνακς λόγω της επεξεργασμένης ζάχαρης, που διεγείρουν περιοχές του εγκεφάλου που τις εγγράφει ως τροφές ανταμοιβής
- ✚ Εκείνος που δεν εστιάζεται στο φαγητό, αλλά ανησυχεί υπερβολικά για την ποσότητα του ύπνου του, προκειμένου να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της επόμενης ημέρας. Το φαγητό φαίνεται να ηρεμεί το άγχος του και γίνεται αυτόματη αντίδραση στη δυσκολία του να κοιμηθεί.

Στις διαταραχές του ύπνου περιγράφηκαν δύο επιπρόσθετοι τύποι της νυχτερινής υπερφαγίας:

- ✚ Σύνδρομο νυχτερινής υπερφαγίας/κατανάλωσης ποτού NEDS ( Night Eating/Drinking Syndrome) .
- ✚ Νυχτερινή διατροφική διαταραχή συσχετιζόμενη με τον ύπνο NSRED (Nocturnal Sleep-Related Eating Disorder).

Το 1990 το NEDS περιλήφθηκε στη Διεθνή Ταξινόμηση των Διαταραχών του Ύπνου σαν εξωγενής δυσυπνία. Το σύνδρομο NEDS περιλαμβάνει συχνά και επαναλαμβανόμενα ξυπνήματα και ανικανότητα να επιστρέψει κάποιος για ύπνο μέχρι να καταναλώσει την

επιθυμητή τροφή ή ποτό. Καμία διανοητική ή ιατρική διαταραχή δεν είναι υπαίτια για το σύνδρομο αυτό, επίσης τα άτομα με σύνδρομο NEDS δεν πολεμούν μια προϋπάρχουσα αύπνια με την κατανάλωση τροφής. Τα άτομα διατηρούν πλήρη επίγνωση κατά τη διάρκεια των επεισοδίων.

Σε σύγκριση με το σύνδρομο νυχτερινής υπερφαγίας (NES) το NEDS αναφέρεται σε ένα διατροφικό πρότυπο παρά στη ποσότητα τροφής που καταναλώνεται. Παραμένει όμως αδιευκρίνιστο αν το NES και το NEDS είναι ξεχωριστά σύνδρομα και αν μπορεί το NEDS να θεωρηθεί διατροφική διαταραχή.

Η νυχτερινή διατροφική διαταραχή συσχετιζόμενη με τον ύπνο NSRED φαίνεται να διαφέρει από το σύνδρομο νυχτερινής υπερφαγίας/κατανάλωσης ποτού NEDS και από το σύνδρομο νυχτερινής υπερφαγίας NES. Η διαφορά βρίσκεται στο επίπεδο συνείδησης που υπάρχει κατά τη διάρκεια νυχτερινής υπερφαγίας. Μελέτες έδειξαν ότι το 84% των ατόμων με NSRED, ανέφεραν ότι κατά τη διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων ήταν είτε μισοξύπνιοι είτε μισοκοιμισμένοι είτε εντελώς κοιμισμένοι και μπορεί να μην θυμόνταν το γεγονός το επόμενο πρωί.

## **8.2 ΑΙΤΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ**

### **8.2.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ**

Το σύνδρομο νυχτερινής υπερφαγίας έχει συνδεθεί με γενετικούς παράγοντες, καθώς συναντιέται ανάμεσα σε α' βαθμού συγγενείς και θεωρείται παράγοντας προδιάθεσης, αλλά μεγάλη έμφαση έχει δοθεί στην ανισορροπία που εμφανίζεται σε συγκεκριμένες ορμόνες οι οποίες ρυθμίζουν ποκίλες φυσιολογικές και μεταβολικές λειτουργίες.

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

Η λεπτίνη παράγεται στα λιπώδη κύτταρα του σώματος και δρα στον υποθάλαμο και καταστέλλει την όρεξη. Σε άτομα που παρουσιάζουν έλλειψη ύπνου τα επίπεδα της λεπτίνης

μειώνονται με αποτέλεσμα να αυξάνεται η όρεξη. Αντιθέτως η γκρελίνη η οποία απελευθερώνεται από το αίμα στο στομάχι πυροδοτεί το αίσθημα της πείνας.

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

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

## **8.2.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ**

Το άγχος είναι ένας παράγοντας στην καθημερινή ζωή που επηρεάζει την ανάπτυξη και τη λειτουργία του οργανισμού και φαίνεται να παίζει κυρίαρχο ρόλο στη παθοφυσιολογία σχεδόν όλων των ψυχιατρικών διαταραχών. Η στέρηση ή τα χρόνια προβλήματα ύπνου, π.χ η άπνοια δημιουργούν στο σώμα την αίσθηση ότι είναι υποσιτισμένο, με αποτέλεσμα να αναζητά τροφή και να αποθηκεύει λίπος. Το άγχος και η έντονη θλίψη αναφέρονται ως οι βασικές αιτίες από το 75% των ατόμων που πάσχουν από το συγκεκριμένο σύνδρομο, έχοντας όμως και βασικό ρόλο στη διατήρηση των συμπτωμάτων. Συχνά μάλιστα, τα άτομα με σύνδρομο νυχτερινής υπερφαγίας αναφέρουν συναισθήματα ενοχής και ντροπής, καθώς αισθάνονται ότι χάνουν τον έλεγχο, ανίκανοι να σταματήσουν αυτή την κακή τους συνήθεια και ότι κουβαλούν ένα μυστικό που δεν μπορούν να μοιραστούν με άλλους. Τα συναισθήματα αυτά γίνονται ακόμη πιο έντονα όσο περνάει η μέρα, αφού νιώθουν ότι έρχεται άλλο ένα βράδυ που θα σηκωθούν να φάνε.

Σε πολλές περιπτώσεις, το άτομο αισθάνεται έντονο άγχος ή θλίψη, που του δημιουργούν απνίες, με αποτέλεσμα να στρέφεται σε τροφές συχνά πλούσιες σε υδατάνθρακα, που επηρεάζουν τα επίπεδα της σεροτονίνης του, κάνοντας το να αισθάνεται ηρεμία, να καταφέρνει να κοιμάται, η κακή όμως ποιότητα ύπνου, σε συνδυασμό με την απόκτηση βάρους να έχουν σαν αποτέλεσμα την κούραση, την κακή εικόνα σώματος και τελικά το έντονο άγχος. Μοιάζει σαν ένα φαύλο κύκλο! (Stunkard 2000)

### 8.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Βασικά χαρακτηριστικά των ατόμων που πάσχουν από Νυχτερινή Υπερφαγία :

Ο ασθενής παρουσιάζει πρωινή ανορεξία, δηλαδή πολύ μικρή όρεξη για πρωινό. Καθυστερεί να πάρει το πρώτο γεύμα της ημέρας για αρκετές ώρες από τη στιγμή που θα ξυπνήσει. Δεν πεινάει και ανησυχεί για το πόσο πολύ έφαγε το προηγούμενο βράδυ.

- ✚ Καταναλώνει μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού μετά το πέρας του βραδινού του γεύματος παρά κατά την ώρα που αυτό εξελίσσεται.
- ✚ Τρώει περισσότερες θερμίδες από το μισό της ημερήσιας πρόσληψής του κατά τη διάρκεια του βραδινού του γεύματος και κατά τη διάρκεια της νύχτας.
- ✚ Το φαινόμενο αυτό επιμένει για περισσότερο από 2 μήνες.
- ✚ Το άτομο νιώθει πιεσμένο, αγχωμένο, ανήσυχο ή ακόμα και ένοχο για το τι έχει φάει.
- ✚ Ιδίως κατά τη διάρκεια της νύχτας ο ασθενής είναι πιθανό να βρίσκεται σε κατάθλιψη, να έχει νευρικότητα, να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση κτλ.



- ✚ Υπάρχει πρόβλημα στο να κοιμηθεί εύκολα όπως επίσης και να παραμείνει κοιμισμένος. Τα άτομα αυτά ξυπνάνε κατά μέσο όρο 4 φορές το βράδυ σε αντίθεση με τα φυσιολογικά άτομα που σηκώνονται κατά μέσο όρο 1 φορά το βράδυ.
  
- ✚ Τα τρόφιμα που καταναλώνει είναι κυρίως υδατάνθρακες (περίπου το 65% των τροφίμων που καταναλώνουν): φαγητά με μεγάλη περιεκτικότητα σε ζάχαρη ή αμυλούχες τροφές και κυρίως φαγητά κακής ποιότητας και υψηλής θερμιδικής αξίας.
  
- ✚ Το σύνδρομο της βραδινής υπερφαγίας περιλαμβάνει συνεχόμενα επεισόδια λήψης τροφής μέχρι τις πρωινές ώρες.
  
- ✚ Η κατανάλωση τροφής προκαλεί στον ασθενή αισθήματα ενοχής και τροπής και όχι απόλαυσης ή ικανοποίησης.

## 8.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

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

Άλλα συμπτώματα της Νυχτερινής Υπερφαγίας :

- ✚ Τρώει πάνω από τις μισές θερμίδες που θα έπρεπε να καταναλώνει ημερησίως κατά τη διάρκεια του βραδινού γεύματος και κατά τη διάρκεια της νύχτας ενώ πολλές φορές οι θερμίδες που καταναλώνει όταν ξυπνάει κατά διαστήματα το βράδυ είναι και περισσότερες από αυτές του βραδινού γεύματος. Τα επεισόδια μπορεί να συνεχίζονται μέχρι και τις πρωινές ώρες.
- ✚ Ο ασθενής παρουσιάζει πολύ μικρή όρεξη για πρωινό ενώ το πρώτο γεύμα της ημέρας είναι αρκετές ώρες αφού ξυπνήσει.
- ✚ Αίσθημα ναυτίας το πρωί
- ✚ Τα τρόφιμα που καταναλώνει είναι κυρίως υδατάνθρακες (περίπου το 65% των τροφίμων που καταναλώνουν) δηλαδή αμυλούχες τροφές, φαγητά με μεγάλη περιεκτικότητα σε ζάχαρη, γλυκά και τροφές πολύ κακής ποιότητας
- ✚ Το νυχτερινό φαγητό έχει γίνει εμμονή για τουλάχιστον δύο μήνες
- ✚ Το άτομο νιώθει το αίσθημα της ψυχολογικής πίεσης, συναισθήματα άγχους και ανησυχίας ενώ νιώθει ακόμη και ενοχές για το τι έχει φάει αλλά και κατά τη διάρκεια των επεισοδίων.

- ✚ Τα άτομα αυτά ξυπνάνε κατά μέσο όρο 4 φορές το βράδυ σε αντίθεση με τα φυσιολογικά άτομα που σηκώνονται κατά μέσο όρο 1 φορά το βράδυ και δυσκολεύονται να κοιμηθούν εάν δεν καταναλώσουν φαγητό
  
- ✚ Κατάθλιψη
  
- ✚ Υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους
  
- ✚ Το άτομο χάνει τον έλεγχο και την ικανότητα να σταματήσει την υπερφαγία

## **8.5 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ**

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

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

## 8.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

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

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

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

**Φαρμακευτική Αγωγή :** Οι ασθενείς με βραδινή υπερφαγία θα πρέπει να ακολουθήσουν φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά αλλά και με φάρμακα όπως η SSRIS sertraline( αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης), οι βενζοδιαζεπίνες, τα αγχολυτικά, το λίθιο ενώ και άλλα θεραπευτικά σχήματα, η paroxetine, η φωτοθεραπεία, η χορήγηση μελατονίνης και σπασμολυτική topiramate. Μια μικρή μελέτη που δημοσιεύεται στο Μάιο του 2003 το θέμα της Ιατρικής του Ύπνου διαπίστωσε ότι η τοπιραμάτη, ή Topamax, ένα αντισπασμωδικό φάρμακο που χρησιμοποιείται κυρίως για την πρόληψη της ημικρανίας και τη θεραπεία της επιληψίας, ήταν χρήσιμη για τη θεραπεία Νυχτερινής Υπερφαγίας. Αν και η μέση δόση ήταν 218 mg, τρεις ασθενείς παρατήρησαν βελτίωση στα 100 mg του φαρμάκου. Αξιοσημείωτη απώλεια βάρους παρατηρήθηκε σε όλους τους ασθενείς.

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

---

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

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

**Ορμονικά Συμπληρώματα :** Οι ορμονικές ανισορροπίες, συμπεριλαμβανομένων των χαμηλών επιπέδων της μελατονίνης, καθώς και της λεπτίνης και της σεροτονίνης, μπορεί να διαταράξουν τον ύπνο και τους συνήθεις κύκλους του με αποτέλεσμα να επηρεάζουν αρνητικά τις διατροφικές συνήθειες. Συμπληρώματα ορμονών μπορούν να βοηθήσουν αυξάνοντας τα επίπεδα της μελατονίνης δημιουργώντας ένα φυσιολογικό κύκλο ύπνου. (Stunkard 2000)

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>

### ΜΗ ΑΛΛΙΩΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

#### 9.1 ΑΤΥΠΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Το πλεονέκτημα του ορισμού των διατροφικών διαταραχών που αναφέρεται στα προηγούμενα κεφάλαια, είναι ότι μπορεί να εμπεριέχει ξεκάθαρα τις μέχρι σήμερα αναγνωρισμένες διαταραχές & παράλληλα παρέχει μια βάση για να μελετήσουμε ως διατροφικών διαταραχών κι άλλα σημαντικά κλινικά προβλήματα, τα οποία, ωστόσο, δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας ή της Νευρογενούς Βουλιμίας. Για τέτοιου είδους προβλήματα συχνά χρησιμοποιείται ο όρος «Άτυπες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής». Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι ο χαρακτηρισμός «άτυπες» δεν είναι αντιπροσωπευτικός, καθώς οι άνθρωποι που υποφέρουν από τέτοιου είδους προβλήματα φαίνεται να είναι περισσότεροι από αυτούς που εμφανίζουν τις «τυπικές» διατροφικές διαταραχές. Σύμφωνα με τις έρευνες, σε ό,τι αφορά τις «άτυπες» μορφές εκδήλωσης της Νευρογενούς Ανορεξίας και της Νευρογενούς Βουλιμίας, τα ποσοστά επιπολασμού είναι υψηλότερα από αυτά που αναφέρονται στις «τυπικές» μορφές εκδήλωσης αυτών των διαταραχών.

- ✚ **Άτυπη Νευρογενής Ανορεξία:** Μια περίπτωση τέτοιας άτυπης μορφής εκδήλωσης είναι αυτή των γυναικών που εκδηλώνουν έντονη ενασχόληση με το βάρος τους, προβαίνουν σε αλλεπάλληλες δίαιτες & διατηρούν ένα σωματικό βάρος κάτω από το όριο του φυσιολογικού (για την ηλικία, το φύλο & το ύψος τους), ωστόσο δεν έχουν παρουσιάσει άλλα συμπτώματα (π.χ. αμηνόρροια) &, κατά συνέπεια, δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας.

✚ **Ατυπη Ψυχογενής Βουλιμία:** Άλλο παράδειγμα μπορεί να αποτελεί η περίπτωση ατόμου που παρουσιάζει συχνά υπερφαγικά επεισόδια, τα οποία συνοδεύονται & από αυτοπροκαλούμενους εμετούς, αλλά η συχνότητα αυτής της συμπεριφοράς είναι μικρότερη από 2 φορές την εβδομάδα, γεγονός που δεν επιτρέπει να δοθεί η διάγνωση της ΨΒ.

## **9.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ**

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής Μη Προσδιοριζόμενες Διαφορετικά είναι μια υπολειμματική κατηγορία, στην οποία εντάσσονται όλες οι περιπτώσεις που ως Αδηφαγικές Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής ΑΔΠΤ. Πρόκειται για διαταραχές που έχουν παρατηρηθεί στην κλινική πράξη, περιγράφονται από τους ειδικούς, είναι εξίσου σοβαρές με τις υπόλοιπες διατροφικές διαταραχές, αλλά δεν έχουν διερευνηθεί σε τέτοιο βαθμό που να μας επιτρέπει να ορίσουμε τα διαγνωστικά τους κριτήρια & να τις αναγνωρίσουμε ως ξεχωριστές νοσολογικές οντότητες. Ενδεικτικά, αναφέρονται οι πιο σημαντικές από αυτές:

### **9.2.1 ΜΥΪΚΗ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑ / ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ / ΣΥΜΠΛΕΓΜΑ ΤΟΥ ΑΔΩΝΗ**

Η διαταραχή αυτή παρατηρείται σε αθλητές του bodybuilding και τροφοδοτείται από την προώθηση του εξιδανικευμένου τεράστιου και υπερμυώδους σώματος στο χώρο του αθλήματος αυτού. Χαρακτηρίζεται από την παράλογη και υπέρμετρη ανησυχία του ατόμου ότι είναι πολύ μικρόσωμο και την εμμονή με την απόκτηση μυώδους σώματος. Στους πάσχοντες παρατηρείται η διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος, όπως στην Νευρογενή Ανορεξία, δηλαδή το άτομο, παρ' ότι είναι υπερβολικά μυώδες και γυμνασμένο, βιώνει το σώμα του ως αγύμναστο,

μικροκαμωμένο και χαλαρό. Σε συμπεριφορικό επίπεδο, οι πάσχοντες φορούν χοντρά ή ριχτά ρούχα, ακόμα και το καλοκαίρι, για να κρύψουν το μικρό και ταπεινωτικό σωματικό μέγεθός τους, αισθάνονται και φέρονται σαν άτομα αδύναμα και ασθενικά, ενώ απομονώνονται από κοινωνικές συναναστροφές, προκειμένου να εκπληρώσουν το χρέος τους στα όργανα του γυμναστηρίου.

Η εκγύμναση δε γίνεται με καταναγκαστικό τρόπο πλέον, αφού ξεπερνούν τις 5 ώρες σκληρής γυμναστικής την ημέρα, χωρίς να αισθάνονται το γνωστό μυϊκό πόνο από την άσκηση. Με τον ίδιο καταναγκαστικό τρόπο ελέγχουν το σχήμα του σώματός τους περνώντας πολλές ώρες στον καθρέφτη και μελετώντας και την παραμικρή λεπτομέρεια στο σώμα τους. Αυτή η υπέρμετρη ενασχόληση τους καθιστά ασυνεπείς στις υποχρεώσεις τους, με υψηλό κόστος για την επαγγελματική και κοινωνική τους ζωή. Υιοθετούν δε ασυνήθιστες και πολύ επικίνδυνες για την υγεία τους διατροφές, αλόγιστη χρήση αναβολικών στεροειδών και συμπληρωμάτων διατροφής για την αύξηση της μυϊκής μάζας, μέχρι που οδηγούν τον οργανισμό τους σε σημείο πολυοργανικής ανεπάρκειας, που ενδέχεται να οδηγήσει μοιραία ακόμα και στο θάνατο. Στο εβδομαδιαίο πρόγραμμα φαγητού περιλαμβάνονται υπερβολικές ποσότητες τροφής, ενώ η πρόσληψη τροφής γίνεται κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες (μόνος στο σπίτι).

## **ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΥΪΚΗ Σ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑΣ**

- ✚ Το άτομο αναπτύσσει υπερβολική ενασχόληση με την ιδέα ότι το σώμα του είναι αρκετά αδύναμο και όχι μυώδες. Χαρακτηριστικές συμπεριφορές περιλαμβάνουν πολλές ώρες άρσης βαρών και υπερβολική προσήλωση στη διατροφή.
- ✚ Αυτή η ενασχόληση προκαλεί κλινικά σημαντική διαταραχή ή βλάβη στις κοινωνικές, επαγγελματικές και άλλες περιοχές λειτουργίες του ατόμου όπως αυτό φαίνεται από τα ακόλουθα τέσσερα κριτήρια



1. Το άτομο συχνά εγκαταλείπει σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ψυχαγωγικές δραστηριότητες εξαιτίας μιας καταναγκαστικής ανάγκης να διατηρήσει το πρόγραμμα άσκησης και διατροφής του.
  2. Το άτομο αποφεύγει περιβάλλοντα όπου το σώμα του θα εκτεθεί στη θέα άλλων, η αντιμετώπιζει τέτοια περιβάλλοντα με αξιοσημείωτο πόνο και συνεχή αγωνία.
  3. Η ενασχόληση με την ανεπάρκεια του σωματικού μεγέθους και της μυϊκότητας προκαλεί κλινικά σημαντική διαταραχή ή βλάβη στη κοινωνική, επαγγελματική και άλλη λειτουργία του ατόμου.
  4. Το άτομο συνεχίζει να ασκείται, να κάνει δίαιτα ή να κάνει χρήση εργογόνων ουσιών παρά τις αντίθετες σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις που έχουν.
- ✚ Το πρωταρχικό επίκεντρο της ενασχόλησης και των συμπεριφορών του ατόμου είναι το ότι είναι πολύ μικρός ή ανεπαρκώς μυώδης σε αντίθεση με το φόβο του πάχους που χαρακτηρίζει τη Νευρογενή Ανορεξία, ή την εμμονή με ένα συγκεκριμένο σημείο του σώματος.

## **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΥΪΚΗΣ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑΣ**

Τα άτομα με μυϊκή δυσμορφία σπάνια αναζητούν θεραπεία. Αν αναζητήσουν θεραπεία θα είναι εξαιτίας της κατάθλιψης που τους δημιουργεί η εικόνα σωματός τους ή η κατάχρηση ουσιών. Η αρνησή τους να αναζητήσουν θεραπεία οφείλεται στην ντροπή και στην αμηχανία που νιώθουν για το σώμα τους. Μπορεί να νιώθουν «ευνουχισμένοι», ότι όλα είναι μάταια, συναισθήματα που τους εμποδίζουν να εκθέσουν το πρόβλημά τους σε άλλους. Συνήθως ο γιατρός είναι και το πρώτο πρόσωπο στο οποίο αποκαλύπτουν το πρόβλημα. Όταν τα άτομα με μυϊκή διαταραχή υποβάλλονται σε θεραπεία ο γιατρός πρέπει να αναπτύξει στενή σχέση μεταξύ τους, να ισχυροποιήσει το χαρακτήρα τους, να αναγνωρίσει το θάρρος που έδειξαν ώστε να αναζητήσουν θεραπεία και να αναγνωρίσει τις επιφυλάξεις του σχετικά ε τη θεραπεία. Μέσω αυτής της διαδικασίας ο γιατρός αποκτά αξιοπιστία και ισχυροποιεί τη «θεραπευτική συμμαχία». Μπορούν να χρησιμοποιηθούν αρκετές παρεμβατικές μέθοδοι. Η ψυχο-εκπαιδευτική προσέγγιση είναι απαραίτητη. Οι γιατροί μπορούν να εκτιμήσουν τα ιδανικά πρότυπα του ασθενή για την εικόνα σωματός του και πόσο ρεαλιστικά είναι. Επίσης πρέπει να γίνεται επιμόρφωση στον τομέα της διατροφής, τους κινδύνους των αναβολικών και το γεγονός ότι οι εικόνες που προβάλλουν τα ΜΜΕ δεν είναι αντιπροσωπευτικές του τι κάνουν οι άνθρωποι ή πως θα έπρεπε να είναι εξωτερικά. Είναι επίσης σημαντικό να γνωρίζει ο εκάστοτε γιατρός πως αναπτύχθηκε η μυϊκή δυσμορφία, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην ηλικία κατά την οποία εμφανίστηκε. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να μπορεί να εξερευνήσει εμπειρίες με συνομήλικους ή άλλα σημαντικά γεγονότα που μπορεί να έχουν παίξει ρόλο στην ανάπτυξη ανησυχιών σχετικών με την εμφάνιση. Για κάποιους ασθενείς μια συζήτηση για το φύλο και την σεξουαλική τους ταυτότητα είναι απαραίτητη. Η θεραπεία συμπεριφοράς περιλαμβάνει την κοινωνική έκθεση. Η παύση των αναβολικών είναι ένας ακόμη στόχος. Τέλος κάποια ειδική αγωγή με φάρμακα μπορεί να είναι χρήσιμη και σε αυτή τη διαταραχή.

## 9.2.2 ΟΡΘΟΡΕΞΙΑ

Η ορθορεξία χαρακτηρίζεται από την παθολογική εμμονή με την κατανάλωση « βιολογικώς » αγνών τροφών, η οποία οδηγεί σε σημαντικούς διαιτητικούς περιορισμούς. Απώλεια κοινωνικών σχέσεων και συναισθηματικών δεσμών με συνακόλουθη επιδείνωση της ψυχαναγκαστικής εμμονής σχετικά με το φαγητό. Ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1997 από τον Steven Bratman MD, ο οποίος ασχολείται με την ολιστική ιατρική στη Νέα Υόρκη. Σύμφωνα με τη θεωρία του το φαινόμενο αυτό αρχικά εμφανίζεται «αθώο», απλώς σαν μια επιθυμία των ανθρώπων να βελτιώσουν την υγεία τους και να προλάβουν την εμφάνιση σοβαρών ασθενειών, ωστόσο σταδιακά για να μπορέσουν οι ίδιοι να απαλλαγούν από τις κακές διατροφικές συνήθειες αρχίζουν να αναπτύσσουν ένα αίσθημα ανωτερότητας απέναντι στους υπόλοιπους, που συνεχίζουν να μην «συμμορφώνονται» με τις αρχές της υγιεινής διατροφής. Έτσι, με τον καιρό, η ποιότητα του φαγητού, η ποσότητα και οι συνέπειες τους στην υγεία μετατρέπονται σχεδόν σε ψύχωση και αυτοί οι άνθρωποι καταλήγουν να ασχολούνται με τη διατροφή τους την περισσότερη ώρα της ημέρας.

### ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΟΡΘΟΡΕΞΙΑΣ

Ο Lorenzo M. Donini MD (PhD) και συνεργάτες του όρισαν την ορθορεξία ως μια ‘μανιακή εμμονή με υγιεινά τρόφιμα’. Οι ασθενείς συχνά εκδηλώνουν συμπτώματα ψυχαναγκαστικής διαταραχής και υπερβάλλον ενδιαφέρον για ‘υγιεινά’ διατροφικά μοτίβα. Ο Bratman έθεσε δυο ερωτήματα, ως ένα είδος πρωταρχικού αυτό-ελέγχου, ως απλά κριτήρια: ‘Ενδιαφέρεσαι περισσότερο για την αξία αυτού που τρως, από την απόλαυση που λαμβάνεις τρώγοντάς το;’ και ‘Μήπως η δίαιτά σου σ’ απομονώνει κοινωνικά;’. Κατασκεύασε επίσης και ένα σχετικό τεστ:

- ✚ Περνάτε περισσότερες από 3 ώρες την ημέρα σκεπτόμενος τη διατροφή σας;
  
- ✚ Προγραμματίζετε τα γεύματά σας αρκετές μέρες πριν;

- ✚ Είναι η θρεπτική αξία του γεύματός σας περισσότερο σημαντική από την ευχαρίστηση της κατανάλωσής του;
- ✚ Μειώθηκε η ποιότητα της ζωής σας καθώς αυξήσατε την ποιότητα της διατροφής σας;
- ✚ Νιώθετε να βελτιώνεται η αυτοπεποίθησή σας όταν τρώτε υγιεινά;
- ✚ Έχετε σταματήσει να καταναλώνετε τρόφιμα που απολαμβάνατε άλλοτε, προκειμένου να καταναλώσετε τα 'σωστά' τρόφιμα;
- ✚ Η διατροφή σας δεν σας επιτρέπει εύκολα να φάτε έξω, και έτσι απομακρύνεστε από την οικογένεια και τους φίλους σας;
- ✚ Αισθάνεστε ένοχοι όταν 'χαλάτε' τη διαίτά σας;
- ✚ Αισθάνεστε καλά με τον εαυτό σας και ότι έχετε τον πλήρη έλεγχο όταν τρώτε υγιεινά;
- ✚ Έχετε γίνει πιο αυστηροί με τον εαυτό σας πρόσφατα;

Αν υπάρχουν 4-5 θετικές απαντήσεις στις παραπάνω ερωτήσεις, τότε συνιστάται το άτομο να χαλαρώσει σχετικά με τη διατροφή του και να επισκεφθεί κάποιον ειδικό. Αν οι θετικές απαντήσεις είναι περισσότερες, τότε η ενασχόληση με τη σωστή διατροφή έχει φτάσει σε σημείο εμμονής.

## **ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΟΡΘΟΡΕΞΙΑΣ**

Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν εμμονή με την υγιεινή διατροφή, απίσχναση και θάνατο από ασιτία. Τα ορθορεκτικά άτομα μπορεί να βιώνουν συγκεκριμένα συναισθήματα για διάφορα τρόφιμα. Τα τρόφιμα με συντηρητικά χαρακτηρίζονται ως ‘επικίνδυνα’, τα βιομηχανοποιημένα ως ‘τεχνητά’ και τα βιολογικά ως ‘υγιεινά’. Οι ασθενείς εμφανίζουν ισχυρή – μη ελεγχόμενη επιθυμία για φαγητό όταν νιώθουν νευρικοί, αναστατωμένοι, χαρούμενοι ή δυστυχημένοι. Έρευνες υποστηρίζουν ότι η ορθορεξία απαντάται περισσότερο σε άντρες και ειδικά σ’ αυτούς με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης / εκπαίδευσης.

## **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΡΘΟΡΕΞΙΑΣ**

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

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

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

### 9.2.3 ΑΛΛΟΤΡΙΟΦΑΓΙΑ

Εκδηλώνεται ως ανάγκη του ατόμου να τρώει, μασάει ή γλείφει διάφορα αντικείμενα, διάφορες ουσίες που δεν αποτελούν τροφές και δεν έχουν καμία διατροφική αξία, όπως χώμα (γεωφαγία), κιμωλία, σόδα, κόλλα, τρίχες, πηλό, υπολείμματα μπογιάς από τους τοίχους, γόπες, κουμπιά, σαπούνι, πάγο (παγοφαγία) κ.ά. Τα αίτια μπορεί να είναι οργανικά (έλλειψη σιδήρου), αλλά τόσο η κληρονομικότητα όσο και οι τραυματικές εμπειρίες παραμέλησης έχουν ενοχοποιηθεί για την εκδήλωση της εν λόγω διαταραχής. Μπορεί να εμφανιστεί σε ανορεξικούς και βουλιμικούς ασθενείς και πιθανότατα σχετίζεται με τη διαταραχή στον έλεγχο των παρορμήσεων. Αυτές οι περιπτώσεις εμφανίζονται σε προχωρημένο στάδιο εξαντλητικής δίαιτας, καθώς το άτομο απαλλάσσεται από το δυσάρεστο αίσθημα της πείνας τρώγοντας κάτι που δεν αποτελεί τροφή. Επίσης η αλλοτριοφαγία εμφανίζεται κατα κύριο λόγο στην παιδική ηλικία.

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

- ✚ Το παιδί τρώει επίμονα μη θρεπτικές ουσίες για μια περίοδο 1 μήνα.
- ✚ Το όρι τρώει μηθρεπτικές ουσίες δεν ταιριάζει με το αναπτυξιακό του επίπεδο.
- ✚ Η συμπεριφορά αυτής της πρόσληψης δεν αποτελεί μέρος κάποιας πολιτισμικά επικυρωμένης πρακτικής.
- ✚ Εάν η συμπεριφορά αυτής της πρόσληψης συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής ( π.χ. Διανοητική καθυστέρηση, Βαριά εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης, Σχιζοφρένεια) είναι αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτεί ανεξάρτητη κλινική προσοχή.

## 9.2.4 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΗΡΥΚΑΣΜΟΥ

Πρόκειται για την επαναλαμβανόμενη ανώδυνη επαναφορά τροφής που έχει ήδη καταπιεί το άτομο στη διάρκεια ενός γεύματος. Το άτομο είτε μασάει ξανά την τροφή είτε την ξανακαταπίνει ή την αποβάλλει. Αν και μέχρι σήμερα η διαταραχή αυτή εκδηλωνόταν συχνότερα στα βρέφη και σε παιδιά με νοητική υστέρηση, πλέον έχει αρχίσει να εμφανίζεται και σε ενήλικες φυσιολογικής νοημοσύνης.

### ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-IV ΓΙΑ ΤΗ ΜΗΡΥΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

- ✚ Κατ'επανάληψη αναγωγή και ξαναμάσημα τροφής για μια περίοδο τουλάχιστον 1 μήνα, που ακολουθεί μία περίοδο φυσιολογικής λειτουργικότητας.
- ✚ Η συμπεριφορά δεν οφείλεται σε συνοδό γαστρεντερική ή άλλη γενική ιατρική κατάσταση ( π.χ. οισοφαγική παλινδρόμηση).
- ✚ Η συμπεριφορά δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας της Νευρογενούς Ανορεξίας ή της Νευρογενούς Βουλμίας. Εάν τα συμπτώματα συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας της Διανοητικής καθυστέρησης ή κάποιας Βαριάς εκτεταμένης Αναπτυξιακής Διαταραχής, είναι αρκετά σοβαρά ώστε να απαιτούν ανεξάρτητη κλινική προσοχή.

### 9.2.5 ΔΙΑΒΟΥΛΙΜΙΑ

Η **Διαβουλιμία** αφορά άτομα με διαβήτη 1 που σκόπιμα παραλείπουν ή μειώνουν την ημερήσια δοσολογία της ινσουλίνης τους, με στόχο να χάσουν επιπλέον βάρος.

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

Η **θεραπεία της Διαβουλιμίας** έχει ως βασικούς στόχους α) την κινητοποίηση για τις αλλαγές που θα χρειαστεί να κατακτηθούν όπως η σταθεροποίηση της γλυκόζης στο αίμα μέσω της ινσουλινοθεραπείας β) την αναδόμηση των άκαμπτων και ακραίων σκέψεων γύρω από την τροφή και σώμα γ) μείωση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών.

### 9.2.6 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Χαρακτηρίζεται από αποκλίνουσες συμπεριφορές, όπως κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής, επιδίωξη απόκτησης εξίσου μεγάλων ποσοτήτων τροφίμων και αποθήκευσής τους. Παρατηρείται συνήθως σε παιδιά που μεγαλώνουν σε ανάδοχες οικογένειες ή έχουν τραυματικές εμπειρίες παραμέλησης και ως εκ τούτου, θεωρείται ότι η συμπεριφορά αυτή έχει τη βάση της στο άγχος για τη στέρηση τροφής και συνεχίζει να εκδηλώνεται και στην ενήλικη ζωή του ατόμου.



### **9.2.7 Η ΤΡΙΑΔΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΑΘΛΗΤΡΙΑΣ**

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

- Διαταραχές λήψης τροφής
- Διαταραχές έμμηνου κύκλου
- Μειωμένη οστική πυκνότητα

Αποτελεί παθολογική κατάσταση που παρατηρείται σε έφηβες και νεαρές ενήλικες γυναίκες που δραστηριοποιούνται στο χώρο του αθλητισμού. Η συχνότητα εμφάνισής της έχει αυξηθεί κατακόρυφα τα τελευταία χρόνια καθώς ολοένα αυξάνεται και ο γυναικείος αθλητικός πληθυσμός. Παρ'ότι η συμμετοχή σε διάφορα αθλήματα παρουσιάζει εξαιρετικά πλεονεκτήματα για τη γυναίκα και την υγιή αύξηση ενός νέου ατόμου, συχνά, τα όρια της άσκησης γίνονται υπερβολικά με αποτέλεσμα νεαρές αθλήτριες να εκδηλώνουν προβλήματα υγείας σχετιζόμενα με την έντονη άσκηση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Στο μέρος αυτής της πτυχιακής θα αναπτυχθεί ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την ενδονοσοκομειακή θεραπεία του ασθενή, η οποία συνιστάται στο νοσηλευτικό σχεδιασμό της φροντίδας που περιλαμβάνει τη νοσηλευτική διάγνωση, τους αντικειμενικούς σκοπούς αλλά και κατ'επέκταση το ρόλο του νοσηλευτή στη κοινότητα. Ζητήματα σωματικού βάρους και σχήματος μπορεί να έχουν ιδιαίτερη σημασία για μερικούς νοσηλευτές που δίνουν τη δική τους μάχη σχετικά με αυτό το ζήτημα. Αυτά τα θέματα μπορεί να συμβάλλουν στην λανθασμένη αναγνώριση των συμπτωμάτων ή στην ελαχιστοποίηση της σημαντικότητας που έχει η παθολογική κατάσταση του ασθενούς.

Η νοσηλεία μπορεί να προκαλέσει στον ασθενή πολλά συναισθήματα που πιθανώς να έχουν αντίκτυπο στη θεραπευτική σχέση. Έντονο είναι και το συναισθημα του ασθενή ως ανίσχυρου ατόμου με αδυναμία ελέγχου πολλών πλευρών της ζωής του. Η νοσηλεία για τον ασθενή θεωρείται ότι βρίσκεται σε αντίθεση με την επιθυμία του για έλεγχο πάνω στο σώμα του. Για τον ασθενή με ανορεξία συγκεκριμένα, ο σκοπός της νοσηλείας είναι αυτό ακριβώς που απεγνωσμένα προσπαθούσε να αποφύγει, δηλαδή η απόκτηση βάρους. Αυτή η επιθυμία συχνά εκφράζεται μέσω υπερβολικής άκαμπτης συμπεριφοράς, η οποία πολύ πιθανόν να είναι μια απεγνωσμένη προσπάθεια να διατηρήσει το άτομο μια αίσθηση τάξης σε ένα κόσμο που αντιλαμβάνεται ως χαοτικό και απειλητικό. Αισθήματα εκνευρισμού ή φόβου υπερισχύουν της προσοχής του ασθενούς ενώ ο νοσηλευτής ή ο γονιός προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή του ασθενή, γεγονός που μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στην επικοινωνία. Αρχικά για την ικανοποίηση των στόχων της φροντίδας, ο νοσηλευτής εγκαθιδρύει μια σχέση κατανόησης και εμπιστοσύνης με τον πάσχοντα.

Η σχέση βέβαια αυτή επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες συμπεριλαμβανομένων των εμπειριών, των χαρακτήρων, των στερεότυπων, των φόβων, των συμπεριφορών και των αντιλήψεων που φέρουν νοσηλευτής και ασθενής. Κατά τη διάρκεια ανάπτυξης της θεραπευτικής σχέσης, ο νοσηλευτής ενισχύει τον ασθενή να αντικαταστήσει τις διαταραγμένες ιδέες σχετικά με την εικόνα του σωματός του, με σκέψεις και συμπεριφορές που προωθούν την ανάπτυξη αυτοσεβασμού. Οι ασθενείς διδάσκονται ακόμη δεξιότητες που θα βοηθήσουν στην επίλυση προβλημάτων και ενθαρρύνονται να αναγνωρίσουν τα κοινωνικά συστήματα υποστήριξης που προβάλλουν υγιεινά πρότυπα ζωής.

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο έχει συνήθως σκοπό τη σωματική διερεύνηση ή πρόκειται μερικές φορές για τη σωτηρία του ασθενή με ανάλογο εκπαιδευμένο προσωπικό. Οι σκοποί της νοσηλείας αφορούν στην :

- ✚ Αποκατάσταση του σωματικού βάρους
- ✚ Αντιμέτωπιση ιατρικών επιπλοκών και ψυχιατρικών διαταραχών
- ✚ Βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας ου σχετίζεται με τη διαταραχή της ανορεξίας
- ✚ Ενεργοποίηση του ασθενή
- ✚ Συμμετοχή της οικογένειας στην υποστήριξη του ασθενή
- ✚ Οργάνωση της πρόληψης

Οι ενδείξεις για νοσοκομειακή φροντίδα είναι η παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού ή ψυχωσης καθώς και η αποτυχία εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Επιπλέον :

- ✚ Μη φυσιολογικά ζωτικά σημεία, καρδιακός παλμός < 35 -40 σφυγμούς/λεπτό
- ✚ Βάρος < 70%-75% του ιδανικού σωματικού βάρους
- ✚ Συμπτωματική υπόταση, υποθερμία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές
- ✚ Γρήγορη και υπερβολική απώλεια βάρους που δεν αντιμετωπίζεται με εξωνοσοκομειακή φροντίδα
- ✚ Καρδιακές αρρυθμίες

## 10.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Οι συμπεριφορές των ανορεκτικών ασθενών, είτε αποσκοπούν στην μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας είτε στην αύξηση της κατανάλωσης ενέργειας, δεν εκδηλώνονται με ομοιόμορφο τρόπο. Οι πάσχοντες σκέπτονται και ενασχολούνται συνεχώς με τη διατροφή γεγονός που αποδεικνύεται από τη συλλογή που κάνουν από συνταγές και από το ότι μαγειρεύουν εξεζητημένα φαγητά για τους άλλους. Στην αρχή το περιβάλλον του ανορεκτικού ατόμου, δεν αντιλαμβάνεται τίποτα. Απλώς το ανορεκτικό άτομο αρχίζει να αδυνατίζει, προοδευτικά καθώς η απώλεια βάρους αυξάνεται και η πρόσληψη τροφής ελαττώνεται, συγγενείς και φίλοι αρχίζουν να ανησυχούν όταν το ανορεκτικό άτομο δηλώνει ότι "πρέπει να χάσει βάρος γιατί είναι παχύ". Όταν τελικά το άτομο καταφύγει στο γιατρό συνήθως υπό την πίεση της οικογένειας ή κοντινού ατόμου, η απώλεια βάρους είναι ήδη μεγάλη. Η αμηνόρροια μπορεί να εμφανισθεί πριν παρατηρηθεί σημαντική απώλεια βάρους

Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία είναι συχνά μυστικοπαθείς. Ο ασθενής πρέπει να υποβάλλεται σε ολοκληρωμένη γενική σωματική και νευρολογική εξέταση. Καμία εργαστηριακή εξέταση από μόνη της και χωρίς προϋποθέσεις δε βοήθα στη διάγνωση της νευρικής ανορεξίας. Μια ποικιλία ενδοκρινολογικών και παθολογικών διαταραχών μπορεί να εμφανιστούν δευτερογενώς στη λιμοκτονία που παρουσιάζεται με τη διαταραχή. Για αυτό τα άτομα που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της νευρικής ανορεξίας, επιβάλλεται να υποβληθούν σε μια συστοιχία διαγνωστικών εργαστηριακών εξετάσεων.

Οι εξετάσεις αυτές περιλαμβάνουν

- ✚ Ηλεκτρολύτες ορού
- ✚ Εξετάσεις νεφρικής λειτουργίας,
- ✚ Θυρεοειδούς,
- ✚ Σακχάρου,
- ✚ Αμυλάσης,
- ✚ Αιματολογικές εξετάσεις,
- ✚ Ηλεκτροκαρδιογράφημα,

- ✚ Επίπεδα χοληστερίνης,
- ✚ Δοκιμασία καταστολής δεξαμεθαζόνης και
- ✚ Μέτρηση επιπέδων καροτίνης

## **10.2 ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΟΠΟΙΩΝ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΓΝΩΣΤΗΣ:**

Οι ασθενείς με διατροφική διαταραχή είναι ιδιαίτερα έξυπνοι. Αναπτύσσουν συμπεριφορές με συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες σε σχέση με τη διατροφή. Κρύβουν φαγητά σε διάφορα μέρη του σπιτιού και έχουν συχνά στις τσέπες τους ποσότητες γλυκισμάτων. Αν τύχει να τρώνε με άλλα άτομα τεμαχίζουν το φαγητό τους σε μικρά κομματάκια και καταναλώνουν αρκετό χρόνο στο να προσπαθούν να τα αναδιατάξουν μέσα στο πιάτο τους ή να τα κρύψουν σε πετσέτες ή στις τσέπες τους.

Τις τυχόν παρατηρήσεις των άλλων για τις συμπεριφορές τους αυτές, τις αντιμετωπίζουν είτε μη αποδεχόμενοι το μη φυσιολογικό των συμπεριφορών αυτών είτε αρνούμενοι κάθε συζήτηση στο θέμα. Ειδικότερα σε μια νοσοκομειακή μονάδα όπου τα συμπτώματα των άλλων ασθενών με ψυχική νόσο μπορεί να είναι πιο εμφανή, οι ανάγκες των ασθενών με διατροφικές διαταραχές και δη νευρική ανορεξία, βρίσκονται στον κίνδυνο να θεωρηθούν δευτερεύουσες σε σύγκριση με άλλων ασθενών. Μπορεί λοιπόν να θεωρηθούν ως λιγότερο ασθενείς. Λαμβάνοντας υπόψη τα επίπεδα θνησιμότητας των διαταραχών αυτών και τις ιδιαίτερες επιπλοκές, είναι πολύ κρίσιμο ο νοσηλευτής να μην αποπροσανατολιστεί από τέτοιου είδους παρερμηνεύσεις επειδή τα ανορεκτικά άτομα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως μη υγιή.

### 10.3 ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ, ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΚΑΛΕΙΤΑΙ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ:

**ΣΗΜΕΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ:** Διαταραγμένη ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών

#### **Σημαντικά ευρήματα**

Ιστορικό : αυτοπρόκληση εμετών, χρήση διουρητικών ή καθαρτικών.

Κλινική εξέταση: Φτωχή ελαστικότητα δέρματος, αδυναμία.

Σημάδια αυτοπρόκλησης εμετών: Διόγκωση παρωτιδικών αδένων, διάβρωση αδαμαντίνης δοντιών, οισοφαγίτιδα, φαρυγγίτιδα ή ερεθισμένος λαιμός, ταχυκαρδία, καρδιακές δυσρυθμίες, δηλητηρίαση από ιπεκουάνα , έλλειψη καλίου, ερεθισμός πρωκτού, κατάχρηση καθαρτικών.

Εργαστηριακή ανάλυση: Σημάδια παρατεταμένων ή συχνών εμετών: μείωση καλίου, μείωση χλωρίου ορού, μεταβολική αλκάλωση pH αίματος  $> 7.45$ ,  $\text{HCO}_3^- > 26 \text{ mEq/L}$ , τα κόπρανα γίνονται ερυθρά με  $\text{NaOH}$  –λόγω παρουσίας φαινολοφθαλείνης, ενός συστατικού μερικών καθαρτικών, αφυδάτωση.

**ΣΗΜΕΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ:** Πλημμελής πρόσληψη πρωτεΐνης / θερμίδων

#### **Σημαντικά ευρήματα:**

Ιστορικό : υπερβολικά περιορισμένη πρόσληψη τροφής ειδικότερα για μια περίοδο αρκετών μηνών ή και ετών-, αυτοπρόκληση εμετών, συχνές και παρατεταμένες περιόδους σωματικής άσκησης, κατάχρηση διουρητικών και καθαρτικών αυτές οι τακτικές συνήθως δεν αναφέρονται

και για αυτό πρέπει να βασίζεται ο θεραπευτής στην κλινική εξέταση, όπως και στη διαταραγμένη εικόνα της ισορροπίας των υγρών και ηλεκτρολυτών. Τα καθαρτικά δεν προκαλούν τόσο σοβαρή αναστολή της απορρόφησης ώστε να συμβεί απώλεια βάρους. Συνήθως οι επιδράσεις τους περιορίζονται στην απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών.

Κλινική εξέταση: Βάρος < 90% του κανονικού για το ύψος, αμηνόρροια, οίδημα αραιώση μαλλιών, αλλαγές στην υφή των τριχών.

Εργαστηριακή ανάλυση: Μείωση λευκοματίνης ορού, τρανσφερίνη ή προλευκοματίνη, μείωση αριθμού λεμφοκυττάρων.

**ΣΗΜΕΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ:** Ελλείψεις μεταλλικών στοιχείων, Zn ψευδάργυρου

#### **Σημαντικά ευρήματα:**

Ιστορικό: Σοβαρός περιορισμός πρόσληψης τροφής, εμετός, καθαρτικά.

Κλινική εξέταση: Αλλοιωμένη αίσθηση της γεύσης, αλωπεκία.

Εργαστηριακή ανάλυση: Μείωση χαλκού ορού, μείωση αιματοκρίτη, μείωση αιμοσφαιρίνης, μείωση αριθμού λεύκων αιμοσφαιρίων

## **10.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Προκειμένου να θέσουμε τη διάγνωση της νευρικής ανορεξίας πρέπει να βεβαιωθούμε ότι ο ασθενής όχι μόνο δε βρίσκεται μέσα στα όρια της φυσιολογικής συμπεριφοράς γύρω από τη διατροφή στην παρούσα κοινωνία του αλλά και ότι δεν πάσχει από άλλες ψυχικές διαταραχές, κυρίως κατάθλιψη αλλά και σπανιότερα ψυχαναγκαστική νεύρωση ή ακόμα και σχιζοφρένεια ή

και σωματικές ασθένειες, κυρίως υπερθυρεοειδισμό, καθολική υπολειτουργία της υπόφυσης και σύνδρομο δυσαπορρόφησης κ.α

## **10.5 ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΙΝΑΙ ΣΠΟΥΔΑΙΑ ΚΑΘΩΣ ΑΦΟΡΑ:**

- ✚ Στον προσδιορισμό των διατροφικών συνηθειών και προτύπων,
- ✚ Στην ανίχνευση των πεποιθήσεων,
- ✚ Στις γνώσεις και τις αντιλήψεις σχετικά με την τροφή,
- ✚ Στη μέθοδο διαίτας που ακολουθείται,
- ✚ Στην εκτίμηση της φυσικής δραστηριότητας
- ✚ Στην ενημέρωση της ψυχοθεραπευτικής ομάδας με τις παραπάνω πληροφορίες, καθώς και τον κίνδυνο που διατρέχει ο ασθενής

Η συμμετοχή του νοσηλευτή συμβάλλει στην καλύτερη εκτίμηση της διάγνωσης και του θεραπευτικού προσανατολισμού. Οι ασθενείς συχνά παρουσιάζουν έντονο άγχος, αρνητισμό, επίμονη ψευδολογία, ερεθιστικότητα, αντιφατική συμπεριφορά, συχνά αγνοούν ή παρερμηνεύουν εκπροθέσεως τις διαιτητικές συμβουλές. Βασικός παράγοντας για την επιτυχή συμμετοχή λοιπόν του νοσηλευτή στη θεραπευτική αγωγή είναι η επιμονή, ο ενθουσιασμός, η βαθύτερη γνώση αυτών των ψυχοπαθολογικών μορφών και της αντιμετώπισής τους, και η παροχή των απαραίτητων εγγυήσεων συνέχειας, ασφάλειας και υποστήριξης, οι μόνες που είναι ικανές να κάμψουν τις ανορεκτικές άμυνές του.

Οι νοσηλευτές εξετάζουν και εκτιμούν τα σημεία προόδου μαζί με τους ασθενείς. Οι τελευταίοι, πέρα από τις αρνήσεις και τις εκφραζόμενες παγιωμένες αντιλήψεις περί μη διατροφής κ.λ.π, εκφράζουν και ένα αγωνιώδες αίτημα ζωής. Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές πρέπει να "ισοσταθμίζουν" εξακολουθητικά την κοινωνιακή απόστασή τους από το



θεραπευμένο. Η υπέρμετρη προσέγγιση αλλά και αντίθετα η υπέρμετρη αποστασιοποίηση πρέπει να αποφευχθεί. Η μακροχρόνια, μακρόπνοη προσπάθεια θεραπευτικής προσέγγισης πρέπει να καταστεί σαφής από την πρώτη στιγμή τόσο στον ίδιο το θεραπευόμενο όσο και στους γονείς οι οποίοι πανικόβλητοι από τη βαριά και ακατανόητη για αυτούς συμπτωματολογία, προσβλέπουν σε μια άμεση, σχεδόν θαυματουργική πλήρη ανάταξη και ίασή.

## **10.6 ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

Για τον νοσηλευτή αποτελεί αναπόσπαστο λειτουργικό στοιχείο για την επιστημονική αντιμετώπιση των οργανικών και ψυχικών αναγκών του ασθενή. Η διαδικασία που ακολουθείται είναι, η αναγνώριση και διαπίστωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο ασθενής, οι οποίες συμβάλλουν στη διαταραχή βασικών οργανικών και ψυχικών λειτουργιών. Εν συνεχεία τίθενται οι αντικειμενικοί σκοποί της θεραπευτικής παρέμβασης και τέλος καθοριστικό ρόλο παίζει η νοσηλευτική παρέμβαση που αποτελεί το απαύγασμα όλης της προηγούμενης λογικής αλληλουχίας που βασίζεται στην επιστημονική σκέψη. Η αξιολόγηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι εξέχουσας σημασίας για την περαιτέρω συνέχιση και την ολοκλήρωση της θεραπείας και αποκατάστασης του ασθενή.

### 10.6.1 1<sup>η</sup> ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Διαταραχή του ισοζυγίου ύδατος με ηλεκτρολυτικές διαταραχές που οφείλονται στον υποσιτισμό στους αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή στις καθαρτικές μεθόδους. Μειωμένη ποσότητα υγρών που οφείλεται σε απώλεια υγρών λόγω ανεπαρκούς πρόσληψης και σε γαστρική απώλεια από εμετούς ή διάρροια.

Γίνεται καταφανές αυτό από τη μειωμένη έξοδο ούρων, τα συμπτωμένα ούρα, τη ξαφνική απώλεια βάρους, αύξηση αιματοκρίτη, αυξημένες σφίξεις, ορθοστατική υπόταση, μειωμένη αρτηριακή πίεση, δίψα, αδυναμία, τα αποβαλλόμενα υγρά να ξεπερνούν τα προσλαμβανόμενα.

**Αντικειμενικοί σκοποί :** Διατήρηση της ποσότητας των υγρών σε ένα λειτουργικό επίπεδο όπως αποδεικνύεται από την επαρκή ποσότητα των αποβαλλομένων υγρών, φυσιολογική σύσταση ούρων, φυσιολογικά ζωτικά σημεία, υιοθέτηση διατροφικών συμπεριφορών που προωθούν την επαρκή ενυδάτωση, κατανόηση των συμπεριφορών που επιδρούν στην αιτιολογία και τις στρατηγικές προφύλαξης

Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών όπως φαίνεται από:

- ✚ Τη φυσιολογική σπαργή του δέρματος
- ✚ Τους υγρούς βλεννογόνους
- ✚ Τις φυσιολογικές τιμές αρτηριακής πίεσης και σφίξεων
- ✚ Το ισοζύγιο προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών
- ✚ Τη διατήρηση του ειδικού βάρους των ουρών στις φυσιολογικές τιμές
- ✚ Τη συνηθισμένη διανοητική κατάσταση
- ✚ Τις φυσιολογικές τιμές ηλεκτρολυτών πλάσματος και αερίων αίματος

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ:**

- ✚ Κατανόηση του ατόμου των βλαπτικών συνεπειών και των κινδύνων που επιφέρουν οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές στην υγεία. Μη επανάληψή τους μετά την απομάκρυνση από το νοσοκομείο.
- ✚ Παρακολούθηση των αποβαλλομένων και προσλαμβανομένων υγρών και διακυμάνσεις του καθημερινού βάρους.
- ✚ Ενθάρρυνση για πρόσληψη υγρών 2000 με 3000ml καθημερινά, παρακολούθηση της ορθοστατικής πίεσης (όταν κάθεται το άτομο, όταν σηκώνεται, όταν στέκεται) κάθε 4 ώρες και πιο συχνά αν ενδείκνυται.
- ✚ Αναφορά των εργαστηριακών αποτελεσμάτων και παθολογικών τιμών στον κλινικό γιατρό.
- ✚ Εκπαίδευση του ασθενή σχετικά με τις ανάγκες πρόσληψης υγρών, φροντίδα του δέρματος για την πρόληψη κατακλίσεων επειδή εξαιτίας της κακής θρέψης και λόγω της έλλειψης θρεπτικών συστατικών, είναι πιο ευπαθές το δέρμα αλλά και για τις αλλαγές στη θέση, για την αποφυγή ορθοστατικής υπότασης (15mmHg πέφτει η πίεση όταν ο ασθενής είναι όρθιος, ο σφυγμός αυξάνεται σε περισσότερο από 15 σφυγμούς το λεπτό).
- ✚ Διερεύνηση ύπαρξης συναισθημάτων και φόβων σχετικά με την αυξημένη πρόσληψη υγρών.
- ✚ Προώθηση της στοματικής υγιεινής και ενημέρωση του ατόμου για τις διαβρωτικές συνέπειες του εμετού στα δόντια.

- ✚ Παρακολούθηση διακριτικά του ασθενή κατά τη διάρκεια και μια ώρα μετά, για το ενδεχόμενο εμετού και συνοδεία στο μπάνιο αν επιβεβαιωθεί η υποψία για αυτοπροσκαλούμενο εμετό. Προγραμματισμός των γευμάτων μαζί με τον ασθενή γιατί η μοναχική διατροφή ενθαρρύνει μη υγιείς τρόπους διατροφής.

## 10.6.2 2<sup>η</sup> ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Διαταραχή του ενεργειακού ισοζυγίου, της κατάστασης θρέψης του ατόμου, ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος που εκδηλώνεται με την αξιοσημείωτη απώλεια βάρους και οφείλεται στον υποσιτισμό.

### **Νοσηλευτικοί αντικειμενικοί σκοποί:**

Διατήρηση επαρκούς θρέψης η οποία διαπιστούται από:

- ✚ Την αποκατάσταση του βάρους και των διατροφικών ανεπαρκειών
- ✚ Τη φυσιολογική λευκωματίνη ορού, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνη, τρανσφερίνη και τιμές λεμφοκύτταρων
- ✚ Το πάχος της δερματικής πτυχής του τρικέφαλου
- ✚ Τη μυϊκή ισχύ και την ανοχή στην κόπωση
- ✚ Τον υγιή στοματικό βλεννογόνο
- ✚ Ομαλοποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς του ατόμου

### **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:**

Προσδιορισμός επιθυμητού βάρους γίνεται με βάση το ύψος, την ηλικία του ασθενούς και άλλες παραμέτρους, από τους πίνακες αναφοράς. Επιθυμητό θεωρείται το βάρος στο οποίο αναμένεται αποκατάσταση της έμμηνου ρύσεως. Αν η ασθενής βρίσκεται στην όψιμη εφηβεία

το βάρος στο οποίο επήλθε η έμμηνος ρύση θεωρείται ικανοποιητικό, ενώ αυτό δεν είναι κατάλληλο για γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας.

## ΕΠΑΝΑΣΙΤΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Πρέπει να διεξάγεται αργά και σταδιακά και για λόγους ψυχολογικούς

Επειδή μεγάλες ποσότητες τροφής εντείνουν το φόβο παχυσαρκίας και προκαλούν άρνηση και λόγω πιθανών επιπλοκών. Η απότομη λήψη τροφής και υγρών οδηγεί σε α) αύξηση των εξωκυττάρων υγρών, σε αύξηση του όγκου πλάσματος, σε περιφερικό οίδημα, σε καρδιακές αρρυθμίες και τέλος στο θάνατο β) γαστρεντερικές διαταραχές: γαστρική διάταση, τυμπανισμός, διάρροια λόγω μειωμένης εντερικής ενζυμικής δραστηριότητας μπορεί να εμφανισθούν.

### Οι βασικές αρχές επανασίτισης

- ✚ Περιορισμένη λήψη νατρίου για αποφυγή οιδήματος, χορήγηση υγρών για αποφυγή αφυδάτωσης.
- ✚ Παροχή ιχνοστοιχείων και βιταμινών αν χρειάζεται.
- ✚ Αποκατάσταση ηλεκτρολυτών.
- ✚ Η βαθμιαία θερμιδική αύξηση επιτρέπει την ψυχολογική προσαρμογή του ασθενούς, που απαιτείται για την αποδοχή αύξησης του σωματικού βάρους. Τις πρώτες εβδομάδες επανασίτισης, η αύξηση βάρους αναφέρεται σε αύξηση των εξωκυττάρων υγρών -χωρίς απαραίτητα την εμφάνιση οιδήματος- τα οποία αποκαθίστανται αργότερα. Σύμφωνα με εκτιμήσεις πρώτα αποκαθιστάται το κάλιο του σώματος, ανασχηματίζεται ο λιπώδης ιστός και μετά αποθηκεύεται νάτριο για την ανασύνθεση μυϊκής μάζας. Η ρινογαστρική σίτιση καλό είναι να αποφεύγεται. Ωστόσο, θεωρείται απαραίτητη, όταν η άρνηση για σίτιση είναι έντονη ή η αύξηση του βάρους μικρότερη από 1Kg/μέρα, ενώ όταν η

απώλεια βάρους είναι πάνω από 50% του φυσιολογικού, είναι ιδιαίτερα απειλητική για τη ζωή και εφαρμόζεται παρεντερική σίτιση. Η εντερική ή ολική παρεντερική σίτιση επιδεινώνουν το αίσθημα της απώλειας του έλεγχου και καθυστερούν την ανάρρωση για αυτό καλό είναι να αποφεύγονται.

Ο όρος διατροφική υποστήριξη αναφέρεται στην παροχή ειδικά σχεδιασμένων θρεπτικών συστατικών χορηγούμενων παρεντερικά ή εντερικά ώστε να διατηρηθεί ή αποκατασταθεί η ιδανική διατροφική κατάσταση. Η επιλογή της οδού και του τύπου της διατροφικής υποστήριξης βασίζονται στις ανάγκες του κάθε ασθενή. Είναι μια εξειδικευμένη θεραπευτική πρακτική.

Εντερική σίτιση είναι εκείνη που χορηγείται μέσα στα γαστρεντερικό σωλήνα είτε από το στόμα ή από σωλήνα. Παρεντερική ή ενδοφλέβια σίτιση μπορεί να χορηγηθεί μέσω ενός κεντρικού φλεβικού καθετήρα ή περιφερικής φλέβας. Η εντερική συνήθως προτιμάται από την παρεντερική, όποτε βέβαια αυτή είναι εφικτή.

Λόγω της σπάνιας επιλοκής διάτασης του στομάχου και της κυκλοφοριακής υπερφόρτωσης, ο ασθενής καλό είναι να αρχίσει με 200-500 θερμίδες την εβδομάδα με τελικό στόχο την πρόσληψη 3000-5000 θερμίδων/ημέρα που θεωρείται ικανοποιητική. Οι θερμίδες αυτές θα πρέπει να δίνονται σε 6 ισότοπα γεύματα ημερησίως ώστε να μη χρειάζεται να λαμβάνει ο ασθενής μεγάλη ποσότητα τροφής ανά γεύμα.

Στην αρχική θερμιδική πρόσληψη αύξηση κατά. Στη θερμιδική πρόσληψη πρέπει πάντα να λαμβάνεται υποψιν η αύξηση του βασικού μεταβολισμού, που αποκαθιστάται παράλληλα με το βάρος. Δεδομένου ότι ο ασθενής ακινητοποιείται από πλαίσιο της νοσοκομειακής αγωγής, ενεργειακή πρόσληψη σε αυτό το επίπεδο δύναται να σταματήσει την απώλεια βάρους προσωρινά. Η κάλυψη των ημερήσιων θερμιδικών αναγκών πρέπει να γίνεται με τη μορφή τριών κυρίως γευμάτων και μικρότερων ενδιάμεσων, με βάση τις διατροφικές προτιμήσεις του ασθενή.

Το βάρος του σώματος θα πρέπει να ελέγχεται τακτικά την ίδια ώρα, αφού το άτομο έχει ενεργηθεί. Το ζύγισμα πρέπει να γίνεται πάντα με τα ίδια ελαφρά ρούχα κάθε φορά καθώς ο ασθενής μπορεί να φοράει βάρη στα ρούχα του κατά τη διάρκεια του ζυγίσματος ή να μην ενεργείται πριν από την καθημερινή ζύγιση, για αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να είναι παρατηρητικός και διακριτικός. Η αύξηση βάρους αποτελεί δείκτη καταλληλότητας της διαίτας. Αύξηση κατά 0,1- 0,15kg/εβδομάδα θεωρείται ικανοποιητική. Σύμφωνα με εκτιμήσεις πρώτα αποκαθίσταται το κάλιο του σώματος, ανασχηματίζεται ο λιπώδης ιστός και μετά αποθηκεύεται νάτριο για την ανασύνθεση μυϊκής μάζας.

### **Πριν την έναρξη και κατά τη διάρκεια της διαιτητικής αγωγής:**

Αν ο ασθενής είναι εξωτερικός, οι παρεχόμενες οδηγίες πρέπει να είναι σαφείς ώστε να μην αφήνουν περιθώριο παρερμηνείας. Γραπτές οδηγίες πρέπει να περιλαμβάνουν το ημερήσιο διατροφικό πρόγραμμα και ένα υπόδειγμα διαίτας. Ο προσδιορισμός των ποσοτήτων, αρχικά μέσω της ζύγισης, διασφαλίζει την πρόσληψη κατάλληλης ποσότητας και δίνει στον ασθενή την αίσθηση ασφάλειας δηλαδή ότι δεν τρώει περισσότερο από όσο πρέπει. Οι επισκέψεις εξωτερικών ασθενών αρχικά μπορούν να γίνονται σε δεκαπενθήμερη βάση, για έλεγχο του βάρους και της διαιτητικής επάρκειας. Οι ασθενείς ζυγίζονται, οι σωματικές μεταβολές συζητούνται. Ενθαρρύνονται να αφιερώνουν 5 με 10 λεπτά κάθε βράδυ για το σχεδιασμό των γευμάτων της επόμενης μέρας.

## ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Κύριος στόχος της συμβουλευτικής της διατροφής είναι η σταθεροποίηση του βάρους. Για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι απαραίτητη η ενισχυτική συμβολή της συμβουλευτικής της διατροφής, η οποία παρέχει καθοδήγηση, επιβεβαίωση και βοήθεια μέσω συγκεκριμένης επιλογής τροφών.

Η εμπλοκή/παρέμβαση του νοσηλευτή σε αυτό το κομμάτι αφορά στα παρακάτω:

- ✚ Να βρίσκεται σε συχνή επικοινωνία με το διαιτολόγο ώστε να εκτιμάται η κατάσταση του ασθενή.
- ✚ Να τονίζει στον ασθενή πως δεν πρέπει να απορρίπτει κάποια διατροφικά στοιχεία από τη διατροφή του και να μεταλαμπαδεύει στον ασθενή τη σημασία της ισορροπημένης διατροφής για την πρόληψη των επιπλοκών και τη σταθεροποίηση του βάρους του.
- ✚ Θα πρέπει να επισημαίνει την διατροφική αξία των τροφών που περιέχουν ασβέστιο για την πρόληψη οστεοπόρωσης, ή τροφών που περιέχουν σίδηρο για την πρόληψη αναιμίας, ή σε φυτικές ίνες πλούσια γεύματα για την καλή κινητοποίηση του εντέρου, την πόση πολλών υγρών για την πρόληψη αφυδάτωσης.
- ✚ Θα πρέπει ο νοσηλευτής να υποστηρίζει και να τονώνει τον ασθενή να τηρεί το διατροφικό/ θεραπευτικό πλάνο που έχει προταθεί από κοινή συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας.
- ✚ Είναι σημαντική η θετική ενθάρρυνση του ασθενή όταν αποκλίνει από την τήρηση του διατροφικού πλάνου.



- ✚ Ενθάρρυνση χρησιμοποίησης ενός 7μερου πρωτοκόλλου όπου ο ασθενής καταχωρεί ότι πίνει και τρώει, τις συνήθειες των γευμάτων, τις συνθήκες υπό τις οποίες έγινε η κατανάλωση τροφής, καθώς και τα αισθήματα που προκάλεσαν την κατανάλωση ή την αποφυγή τροφής. Οι ανορεξικοί ασθενείς δίνουν σχετικά εύκολα πληροφορίες όσον αφορά στην πρόσληψη τροφής, συχνά εκθειάζοντάς την με ένα αίσθημα υπερηφάνειας και επιτυχίας με αναφορά στην περιορισμένη ποσότητα. Η εβδομάδα αυτή αποτελεί μια φάση παρατήρησης του εαυτού του ασθενούς. Τα στοιχεία που συλλέγονται μπορούν να αξιοποιηθούν ώστε να υπάρχει μια βάση, σχετικά με τα κατάλληλα για την περίπτωση του ασθενή τρόφιμα, την ποσότητα λίπους, πρωτεϊνών και υδατανθράκων που πρέπει να καταναλώνει και που καταναλώνει.

### 10.6.3 3<sup>η</sup> ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Δυσκοιλιότητα που οφείλεται στις πτωχές διατροφικές συνήθειες, στην αφυδάτωση, στη μειωμένη ικανότητα εκκένωσης του εντέρου με τα παρακάτω χαρακτηριστικά: Μειωμένη συχνότητα αφόδευσης, σκληρά, σχηματισμένα κόπρανα, μεγάλη πίεση κατά την αφόδευση, μειωμένοι ήχοι στο λεπτό έντερο, κοιλακός ή ραχιαίος πόνος.

#### Αντικειμενικοί σκοποί:

- ✚ Φυσιολογική απομάκρυνση των κοπράνων (μαλακά και καλοσχηματισμένα κόπρανα κάθε 1-3 μέρες).
- ✚ Αναγνώριση των παραγόντων που θα βοηθήσουν στη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου και προσδιορισμό των κατάλληλων στρατηγικών που θα μειώσουν τη χαλάρωση του εντέρου.
- ✚ Ικανή πρόσληψη υγρών και τροφής.

- ✚ Έκφραση ανακούφισης από τον ασθενή.

### **Νοσηλευτική παρέμβαση:**

- ✚ Εκτίμηση των παραγόντων που συμβάλλουν στη βελτίωση της δυσλειτουργίας συμπεριλαμβανομένης και της φαρμακευτικής αγωγής καθώς έτσι θα υπάρχει καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος.
- ✚ Χρήση ημερολογίου από τον ασθενή για την καταγραφή της συχνότητας, της ώρας, της ημέρας και των χαρακτηριστικών των κοπράνων.
- ✚ Ενθάρρυνση του ασθενή να καταναλώνει υγρά 1.5-2 λίτρα , 6-8 ποτήρια νερό, σύμφωνα και με τις ανάγκες της καρδιάς και φυτικές ίνες 25g/d για τους ενήλικες έτσι ώστε να αποκατασταθεί η λειτουργία του εντέρου σταδιακά.
- ✚ Εκτίμηση του τυχόν κολικού πόνου και ανακούφιση του ασθενή με τη χρήση σπασμολυτικών.
- ✚ Ψηλάφιση της κοιλιακής χώρας για την ύπαρξη διάτασης του εντέρου και μαζών
- ✚ Εκπαίδευση του ασθενή με σκοπό να κατανοήσει τη σημαντικότητα της σωστής διατροφής και της ικανής πρόσληψης υγρών για τη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου και γενικότερα του οργανισμού.

#### 10.6.4 4<sup>η</sup> ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Υπερβολική ποσότητα υγρών που οφείλεται σε υπερβολική πρόσληψη υγρών ως αποτέλεσμα της επανασίτισης εξαιτίας του επικίνδυνου υποσιτισμού.

##### **Αντικειμενικοί σκοποί:**

- ✚ Σταθεροποίηση της ποσότητας των υγρών με σταθεροποιημένη πρόσληψη και αποβολή, ανάμεσα στα 500ml, των ζωτικών σημείων, του βάρους.
- ✚ Απώλεια τυχόν οιδήματος, κατανόηση των διαιτητικών περιορισμών και τον περιορισμό των υγρών.
- ✚ Κατηγοριοποίηση των συμπτωμάτων που απαιτούν περαιτέρω εκτίμηση και ενημέρωση του παρέχοντος φροντίδα.

##### **Νοσηλευτική παρέμβαση:**

- ✚ Ιδιαίτερη προσοχή για εκδήλωση σημείων και συμπτωμάτων που δηλώνουν υπερφόρτωση υγρών η οποία σχετίζεται με την επανασίτιση.
- ✚ Συχνή παρακολούθηση ζωτικών σημείων.
- ✚ Καταγραφή των στοιχείων του σωματικού βάρους μέσω πινάκων ή διαγραμμάτων, από τον ίδιο τον ασθενή. Έχει αποδειχτεί ότι η μέτρηση μια φορά την εβδομάδα είναι πιο αποτελεσματική, δεδομένου ότι οι διακυμάνσεις σε καθημερινή μέτρηση περισσότερο σύγχυση προκαλούν παρά πληροφόρηση.
- ✚ Παρατήρηση και αναφορά τυχόν εκδήλωσης οιδήματος.

- ✚ Επανεξέταση εργαστηριακών πληροφοριών και αναφορά παθολογικών τιμών στον κλινικό γιατρό.
- ✚ Παρουσίαση στον ασθενή των αλλαγών διατροφικής συμπεριφοράς που προκύπτουν από τον καθορισμό των στόχων και εκτίμηση από τον ίδιο των παραχωρήσεων που πρέπει να κάνει προκειμένου να επιτύχει αυτούς τους στόχους.
- ✚ Εκπαίδευση του ασθενούς να αναγνωρίζει τα επικίνδυνα συμπτώματα που απαιτούν την ενημέρωση του νοσηλευτή.

### 10.6.5 5<sup>η</sup> ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας, ανεπαρκής ή υπερβολικά αναποτελεσματική ποιότητα κοινωνικής συναλλαγής που οφείλεται στη διαταραχή της αυτό-ιδέας, στη χαμηλή αυτοεκτίμηση, στην αίσθηση της έλλειψης αυτονομίας, σε ιστορικό μη ικανοποιητικών οικογενειακών σχέσεων.

#### **Αντικειμενικοί σκοποί:**

- ✚ Σύναψη θεραπευτικής συμμαχίας.
- ✚ Επικοινωνία με συνασθενείς και προσωπικό.
- ✚ Ενεργητική συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες.
- ✚ Αίσθημα άνεσης και ικανοποίησης κατά την επικοινωνία με τους άλλους.

- ✚ Συνειδητοποίηση ατομικών προβλημάτων που δυσχεραίνουν την επικοινωνία με τους άλλους.

#### **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:**

- ✚ Σύντομες συχνές συναντήσεις 5'-10' με τον ασθενή στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Προειδοποίηση του ασθενή για πότε και πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Συνέπεια του νοσηλευτή στην ώρα της συνάντησης και παραμονή κοντά στον ασθενή όλη την προγραμματισμένη ώρα. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνουν την εμπιστοσύνη. Ο ασθενής αισθάνεται τη νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί να την κερδίσει. Παραμονή δίπλα στον ασθενή ακόμα και όταν εκείνος δε δύναται ή δε θέλει να μιλήσει. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτή τον βεβαιώνει ότι τον θεωρεί πρόσωπο με αξία.
- ✚ Ενθάρρυνση του ασθενή να δηλώνει φανερά την προσπάθειά του να αποκαταστήσει την υγεία του. Σε καμία περίπτωση η απόρριψη των εξόδων και των προσκλήσεων δεν αποτελεί λύση του προβλήματος αλλά αντίθετα στρατηγική αποφυγής, καθώς δε μπορεί ούτε μακροπρόθεσμα να διατηρηθεί, και μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση.
- ✚ Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Ενθάρρυνση του ασθενή να μην επικεντρώνεται σε θέματα διατροφής μόνο, αλλά σε θέματα που αφορούν τις ανθρώπινες σχέσεις. Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως να ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσής τους με ανεύθυνες πράξεις ή ακατάλληλους τρόπους. Ενθάρρυνση να εκφράζει ο ασθενής τις ανησυχίες, τους προβληματισμούς, το συναίσθημα του πόνου σωματικού ή ψυχικού, τις απορίες του.

- ✚ Βαθμιαία ενσωμάτωση του ασθενή σε συζητήσεις με άλλους ασθενείς και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής του. Ενθάρρυνση τηλεφωνημάτων και επισκέψεων με υποστηρικτικά σημαντικά πρόσωπα. Επιδοκιμασία των οποιονδήποτε προσπαθειών του. Όλα αυτά ενεργούν ως θετικοί ενισχυτές του αισθήματος της προσωπικής του αξίας και της ικανοποίησης από τις κοινωνικές επαφές. Μέσα στην ομάδα ο ασθενής θα δοκιμάσει την υποστήριξη και το αίσθημα αποδοχής από τους άλλους, λόγω της προσωπικότητάς του και όχι λόγω της εξωτερικής του εμφάνισης

Συνοπτικά συμπεραίνουμε με δεδομένα τα περίπλοκα ψυχολογικά και σωματικά επακόλουθα της νευρικής ανορεξίας συνίσταται ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό πλάνο που να περιλαμβάνει νοσηλεία, όταν απαιτείται, όπως και ατομική και οικογενειακή θεραπεία. Αν και οι πιο πολλοί ασθενείς με διατροφική διαταραχή λαμβάνουν φροντίδα σε εξωνοσοκομειακές θεραπευτικές δομές, η εισαγωγή στο νοσοκομείο, είναι αναγκαία για εκείνους που βρίσκονται σε επικίνδυνη φάση υποσιτισμού και έχει διαταραχθεί η οργανική τους λειτουργία.

Κατά την αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας, θα πρέπει να έχει επιτευχθεί ο σκοπός της, τον οποίο αποτελεί η ικανοποίηση των βιοψυχοσωματικών αναγκών του ατόμου, η αποκατάσταση του βάρους του και η εξασφάλιση της θρέψης του, η μεταβολή των διατροφικών συνηθειών του, η ανάπτυξη αποτελεσματικών ικανοτήτων αντιμετώπισης του στρες και των περαιτέρω προβλημάτων του, η αποκατάσταση της εικόνας του εαυτού του και η ομαλή κοινωνική του επανένταξη ώστε να εκπληρώνει αφενός τους κοινωνικούς του ρόλους και να αναπτύσσει αφετέρου υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup>

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

Ο ασθενής πρέπει να έχει συνείδηση του ότι πρέπει να αλλάξει τον τρόπο ζωής του, τη συμπεριφορά και τις συνήθειές του απέναντι στο φαγητό. Παράλληλα να έχει επίγνωση ότι οι διαταραχές διατροφής δεν υφίστανται μεμονωμένες, αλλά είναι το αποτέλεσμα μιας αντίδρασης προς ορισμένα γεγονότα στη ζωή. Για αυτό το λόγο πρέπει όλο το νοσηλευτικό πλαίσιο να καλύπτει και τα άλλα προβλήματα και τις ανάγκες του ατόμου, και να το βοηθήσει να μάθει εναλλακτικούς τρόπους με τους οποίους θα τα αντιμετωπίζει, και όχι αποφεύγοντας το φαγητό.

Στη θεραπευτική αυτή προσπάθεια είναι σημαντικό να αντιλαμβάνεται ο ασθενής την τροφή όχι με φόβο και ως μέσο που θα του προκαλέσει ανάλογα καλό ή κακό, αλλά ως μια βασική βιολογική ανάγκη που πρέπει να καλύπτει με μέτρο. Το πιο σημαντικό βήμα είναι η συγκαταβατικότητα του ασθενή να συνεργαστεί με τον κοινοτικό νοσηλευτή. Κύριος στόχος από αυτό το σημείο και έπειτα, είναι η αλλαγή του βάρους προς το ιδεώδες σωματικό βάρος και η σταθεροποίησή του. Είναι σχετικά εύκολο για τον ασθενή να χάσει ή να πάρει βάρος, είναι όμως δυσκολότερο να διατηρήσει το βάρος του μέσα στα επιθυμητά όρια για μακρύ χρονικό διάστημα χωρίς υπότροπες. Βασικός παράγοντας για να το επιτύχει αυτό είναι η εφαρμογή της ψυχοθεραπείας, και βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά του νοσηλευτή απέναντι στον ασθενή είναι θεραπευτική ( Κυριακίδου Ε. 2000).

Προκειμένου το άτομο να πετύχει αυτή την αλλαγή, χρειάζεται κίνητρα τα οποία μπορεί να παρέχει ο νοσηλευτής, όπως δύναμη, επιμονή και ένα συνεχιζόμενο ερέθισμα για αλλαγή. Χρειάζεται ακόμα την αμέριστη υποστήριξη, συμπαράσταση και ενθάρρυνση από την πλευρά του νοσηλευτή που είναι σύμμαχος του σε αυτόν το δύσκολο αγώνα. Η αναγνώριση και αποδοχή των παραγόντων, κοινωνικών, ψυχολογικών, φυσιολογικών, οικογενειακών οι οποίοι

συμβάλλουν στη διατήρηση της διαταραγμένης συμπεριφοράς του προς το φαγητό, θα βοηθήσει το άτομο στην πραγματοποίηση της αλλαγής. Ένα ακόμη γεγονός που θα φανεί χρήσιμο στον ασθενή είναι να αντιληφθεί ότι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής του είναι εξίσου σημαντικές με τις αλλαγές του σωματικού του βάρους και ότι και οι δυο είναι αλληλένδετες. Τέλος, πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η απόφαση να αλλάξει τη διατροφική του συμπεριφορά, έχει παρθεί ουσιαστικά από τον ίδιο και δεν είναι επιβολή κάποιου τρίτου αλλά αποτέλεσμα κοινής προσπάθειας του ίδιου και όλων όσων ενδιαφέρονται για αυτόν. Η ολοκλήρωση του προγράμματος αποκατάστασης μπορεί να διαρκεί από 2 έως και 8 χρόνια ανάλογα των περιπτώσεων ( Κυριακίδου Ε. 2000).

## 11.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κοινότητα εμπεριέχει και την οργάνωση της φροντίδας του ασθενούς περαιτέρω, της πια αποκατεστημένης και σταθεροποιημένης οργανοβιολογικής του κατάστασης. Θα γίνει εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και θα τεθούν οι μακροπρόθεσμοι στόχοι για τη φροντίδα εκτός νοσοκομείου και την ολοκλήρωση της αποκατάστασής του. Ο ασθενής παρακολουθείται με κατ'οίκον επισκέψεις ανά τακτά χρονικά διαστήματα από τον κοινοτικό νοσηλευτή και την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα:

- ✚ Ενθαρρύνεται η συνέχιση της οικογενειακής, ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας και ενημερώνεται ο ασθενής για τις υπηρεσίες και τα προγράμματα όπου μπορεί να απευθυνθεί.
- ✚ Ενημερώνεται πώς μπορεί να εισαχθεί ξανά στο νοσοκομείο σε περίπτωση υποτροπής.
- ✚ Παρακολουθείται για τυχόν ανάγκη φαρμακευτικής παρέμβασης.



Σε ένα πιο ευρύ πεδίο ενεργοποίησης συμβάλλει και οργανώνει τις ενέργειες που στοχεύουν στην ενημέρωση της κοινότητας αρχικά για το συγκεκριμένο πρόβλημα νευρικής ανορεξίας αλλά και για τις προεκτάσεις του, και τις συνοδές καταστάσεις του. Στη συνέχεια διερευνά και ανιχνεύει το πρόβλημα έτσι ώστε να προληφθεί και να ιαθεί έγκαιρα. Αυτό επιτυγχάνεται με συμβουλευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια και στην κοινότητα, σε σχολεία κυρίως εφόσον οι νέοι σε εφηβικές ηλικίες είναι η πιο επιρρεπής πληθυσμιακή ομάδα στις διατροφικές διαταραχές. Επιπλέον αποτελεσματική μέθοδος είναι η διεκπεραίωση ομιλιών και συζητήσεων σχετικά με θέματα διατροφής και δίαιτας, προωθώντας ένα υγιές μοντέλο ζωής το οποίο στηρίζεται στην ισορροπημένη διατροφή και στη συμπεριφορά με το φαγητό ( Καφάτος-Λαμπαδάριος 1990).

## **11.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

Η πρόληψη των διατροφικών διαταραχών είναι ένας δύσκολος τομέας, δεδομένης της αβεβαιότητας που υπάρχει σχετικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες που προκαλούν τη διαταραχή και πως θα αντιμετωπιστούν. Ο ρόλος του νοσηλευτή ξεκινά από την πρωτογενή πρόληψη η οποία αναφέρεται στην παρέμβαση που ενεργοποιείται πριν αρχίσει η παθολογική διεργασία της διαταραχής, και κατά τη διάρκεια επιρρέπειας του ατόμου.

Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης της υγείας, όσο και στην προστασία από το συγκεκριμένο πρόβλημα. Τα καθήκοντα του νοσηλευτή λοιπόν επεκτείνονται εκτός του νοσοκομείου, στους χώρους δραστηριοποίησης των ατόμων όπως είναι αυτός του σπιτιού, του σχολείου ή της εργασίας και στους χώρους όπου ασκείται πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όπως είναι τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Ο νοσηλευτής δεν δρα μεμονωμένα, αλλά πάντα σε στενή συνεργασία και επικοινωνία με επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων, προωθώντας παράλληλα και την ενεργό συμμετοχή των ατόμων. Οι κύριοι σκοποί των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι:

- ✚ Η αξιολόγηση των αναγκών, των προβλημάτων, της κατάστασης υγείας του πληθυσμού.
- ✚ Η ανίχνευση περιστατικών ανορεξικών ατόμων, ή ατόμων που ρέπουν προς αυτές τις διαταραχές.
- ✚ Αγωγή υγείας με σκοπό τη διατήρηση του βάρους των ατόμων σε φυσιολογικά επίπεδα αλλά και τη λήψη μέτρων για την πρόληψη υποτροπής και την έκλειψη τέτοιων διαταραχών.

Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή επικεντρώνεται στον μαθητικό πληθυσμό αρχικά για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών, διότι κυρίως σε αυτές τις ηλικίες εγκαθίστανται οι ανησυχίες και κατ'επέκταση κάνουν έναρξη δυνητικά και οι διαταραχές. Απαραίτητη προϋπόθεση για την διατήρηση και προαγωγή της υγείας από αυτήν την ευάλωτη/επίμαχη ηλικία είναι η απόκτηση γνώσεων και υγιεινών συνηθειών οι οποίες συστηματοποιούνται και εμπεδώνονται στο σχολείο. Μέσο που έχει γνώσεις αποτελεί ο κοινοτικός νοσηλευτής, ο οποίος με την προγραμματισμένη ή περιστασιακή αγωγή υγείας που διεξάγει, γαλουχεί το μαθητικό πληθυσμό ( Κυριακίδου Ε. 2000).

Καθίσταται μείζονος σημασίας το έργο του κοινοτικού νοσηλευτή και ο θεσμός του στα σχολεία. Με εκπαιδευτικό και συμβουλευτικό περιεχόμενο επικοινωνεί με τους μαθητές, για τη φύση της νευρικής ανορεξίας, για το ποιά εικόνα έχουν για το σώμα τους, τα πρότυπα ομορφιάς, ενθαρρύνει την εξωτερίκευση των συναισθημάτων, αλλά και καταγράφει τα ιστορικά υγείας από την παιδική ηλικία.

Ανιχνεύει λανθασμένες απόψεις για την υγεία και τη διατροφή, τονίζοντας τη σημασία της υγιούς ανάπαυσης αλλά και της φυσικής άσκησης, ενημερώντας τον μαθητικό πληθυσμό, για τις επιπτώσεις των διατροφικών διαταραχών στη βιοψυχοκοινωνική του ανάπτυξη.

Ενεργοποιεί ακόμα τους μαθητές δίνοντάς τους την ιδέα και την πρωτοβουλία να επεξεργαστούν τη νευρική ανορεξία και να την παρουσιάσουν στο πλαίσιο σχετικών εκδηλώσεων του δήμου τους για παράδειγμα. Μπορεί λοιπόν να επηρεάσει ο κοινοτικός νοσηλευτής την πρόωρη ανίχνευση του προβλήματος μέσω της προσεκτικής διερεύνησής του, αλλά και να προλάβει την κοινωνική απομόνωση νέων που ήδη τυχόν πάσχουν, καταλύοντας τυχόν συμπεριφορές διακρίσεις από εκπαιδευτικούς ή συμμαθητές, εξηγώντας ότι η διαφορετικότητα ενός ατόμου, ένα πολύ παχύ άτομο ή ένα πολύ ισχνό, είναι εξίσου μια κατάσταση που χρήζει σεβασμό. Ο νοσηλευτής πρέπει να κρατά τα όρια σχέσεων ανάμεσα στον ίδιο και στους συνάδελφους εκπαιδευτικούς, αλλά και την ισορροπία στην προσωπική και επαγγελματική του ζωή.

Καλό είναι να τονιστεί από το νοσηλευτή ότι είναι φυσιολογική η τάση για υπότροπη αρχικά τουλάχιστον, καθώς χρειάζεται αρκετό χρονικό διάστημα για να σταθεροποιηθεί η συμπεριφορά του ασθενή και επιπλέον να σημειωθούν οι κίνδυνοι από την μη έγκαιρη και άμεση αντιμετώπιση τυχόν υπότροπης. Η συνεχής ψυχική συμπαράσταση, η ενθάρρυνση, και η θετική αντιμετώπιση από την πλευρά του νοσηλευτή προς την οικογένεια και το άτομο, θα αποτελέσουν πρότυπο για αυτούς, έτσι ώστε να μάθουν να χειρίζονται την υποτροπιάζουσα συμπεριφορά.

Μέσω της γνωστικής συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας θα μπορέσει να κατανοήσει, να αντιμετωπίσει και να ξεπεράσει την υποτροπιάζουσα συμπεριφορά. Οι αυτοβοήθειας και υποστήριξης μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη της υπότροπης λόγω του ότι προβάλλουν υγιείς διατροφικές συμπεριφορές και το άτομο μέσω αυτών των ομάδων εκφράζει ελεύθερα τους φόβους και τις σκέψεις του.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι Διατροφικές Διαταραχές αποτελούν ένα από τα συχνότερα ψυχιατρικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι έφηβες και οι νεαρές γυναίκες σήμερα και η εκδήλωσή τους χαρακτηρίζεται από χρονιότητα, υψηλά ποσοστά υποτροπών και θνησιμότητα. Τα σύγχρονα επιδημιολογικά φαινόμενα δείχνουν ότι οι Διατροφικές Διαταραχές αποτελούν ένα ραγδαία αυξανόμενο φαινόμενο, το οποίο πλέον διαπερνά τα στενά πολιτισμικά όρια του Δυτικού πολιτισμού. Οι Διατροφικές Διαταραχές χαρακτηρίζονται από μία σειρά δυσπροσαρμοστικών στάσεων και πεποιθήσεων που σχετίζονται με το φαγητό, με το σχήμα και με το βάρος του σώματος. Τα σύγχρονα αιτιολογικά μοντέλα των Διατροφικών Διαταραχών στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν τους προδιαθεσικούς και τους διατηρητικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στις Διατροφικές Διαταραχές, επισημαίνουν τον ειδικό ρόλο και τη συμβολή μίας σειράς κοινωνικών, οικογενειακών, γνωσιακών, ασυνείδητων, βιολογικών και γενετικών μηχανισμών. Από τις βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις στις Διατροφικές Διαταραχές, απορρέουν μία σειρά θεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες έχουν εφαρμοστεί στην θεραπεία τους.

Τα συναισθήματα και οι προσωπικές μας ανάγκες έχουν θεμελιώδη αιτιολογική σχέση με το φαγητό. Όλοι έχουμε ένα βιολογικό λόγο για να τρώμε, αλλά ο καθένας από εμάς ξεχωριστά έχει τους δικούς του διαφορετικούς λόγους για να τρώει περισσότερο από ότι χρειάζεται και να ικανοποιήσει τις υπόλοιπες ανάγκες του. Οι ατομικές καταστάσεις χρειάζεται να καλυφθούν με μεγάλη λεπτομέρεια έτσι ώστε να είμαστε ικανοί να έχουμε μια βαθιά ολοκληρωμένη εικόνα των προσωπικών σας αιτιών που σας προκαλούν τα διατροφικά προβλήματα.

Μαθαίνοντας τη σπουδαιότητα και την επίδραση μιας αλλοιωμένης, διαστρεβλωμένης εικόνας του σώματός σου είναι το πρώτο ισχυρό σίγουρο βήμα σε μια σειρά από σημαντικά βήματα που θα ακολουθήσεις για να καταρρίψεις ότι δυσλειτουργικό και μη αληθινό που

πιστεύεις για τον εαυτό σου. Τα αποτελέσματα είναι πάντα θεαματικά απολαμβάνοντας μια ισχυρή αυτό-πεποίθηση με πανίσχυρη θέληση. Ο συνδυασμός αυτό-πεποίθησης και θέλησης είναι ένα πανίσχυρο εργαλείο που δεν φαίνεται χρήσιμο μόνο στην απώλεια και διατήρηση βάρους αλλά προβάλλει τα οφέλη του και σε πολλές διαφορετικές περιοχές της ζωής σου.

Τα άτομα με βουλιμία, υπερφαγία, παχυσαρκία μπορούν να επιστρέψουν σε έναν υγιή τρόπο διατροφικής συμπεριφοράς, χωρίς να εξαρτάται άμεσα από το πόσο διάστημα υποφέρουν από τη διαταραχή. Επιπλέον θα εξαφανιστούν πολλές από τις σωματικές παρενέργειες που προκαλεί η διαταραχή.

Μια αποτελεσματική ψυχο-διατροφική θεραπευτική παρέμβαση χρειάζεται να προετοιμάζει σταδιακά το άτομο να διαμορφώσει τη σχέση του με το φαγητό, να τροποποιήσει αντιλήψεις, πεποιθήσεις, μύθους που έχει διαμορφώσει σε σχέση με το φαγητό, τροφές και να δώσει όλα τα απαραίτητα εφόδια, γνώσεις, ψυχολογικές τεχνικές, διατροφικές συμβουλές, απαραίτητους ελιγμούς και άλλα πολλά για να απαλλαχτεί από τις στερήσεις και τις δίαιτες απελπισίας που το οδηγούν σε ένα ατέλειωτο φαύλο κύκλο και σε παραπανίσια κιλά.

Το ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα που απευθύνεται σε μορφές ψυχογενών διατροφικών διαταραχών χρειάζεται να είναι σχεδιασμένο και προσαρμοσμένο στις ατομικές ανάγκες του κάθε ατόμου. Στην περίπτωση της υπερφαγίας, εμμονή με το φαγητό μερικοί βασικοί άξονες που χρειάζεται να δυναμωθούν στην καθημερινή πρακτική του ατόμου: αίτια και αφορμές πολυφαγίας, καθημερινή χρήση της τροφής, εικόνα του σώματος, διαχείριση συναισθημάτων, διαπροσωπικές σχέσεις, σταθερή απώλεια βάρους και διατήρηση του και άλλα πολλά στοιχεία που φανερώνονται κατά την διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία.

Η υπερφαγία, οι έμμονες σκέψεις για το φαγητό, νευρική βουλιμία, νευρική ανορεξία αντιδρούν γενικά πολύ θετικά σε ψυχολογική θεραπευτική παρέμβαση όμως στα χέρια ειδικά εκπαιδευμένων ψυχοθεραπευτών οι οποίοι κατανοούν τις αιτίες και συμπεριφορές των ψυχογενών διατροφικών διαταραχών και του στυλ ζωής που αυτά προκαλούν.

Έτσι η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση θα εφοδιάσει το άτομο με αυτογνωσία. Θα έχει επίσης τις γνώσεις να ενδυναμώσει το άτομο που υποφέρει με ειδικές, σημαντικές πληροφορίες και καθοδήγηση. Αποκτώντας τον έλεγχο σε άλλες περιοχές της ζωής οι οποίες είναι «εκτός ελέγχου» μπορούμε ξανά να αξιώσουμε τη «φυσική πείνα» και το φαγητό να γίνει πάλι πηγή ευχαρίστησης.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- ✚ **The Encyclopedia of Obesity and Eating Disorders** (Third edition by Dana K. Cassell, David H. Gleaves PH.D)
  
- ✚ **Η μεθοδολογία της επιδημιολογικής έρευνας των διαταραχών πρόσληψης τροφής Φώτης Μωρογιάννης** (τετράδια ψυχιατρικής τριμηνιαία περιοδική έκδοση της ένωσης του ΨΝΑ Ιούλιος-Αυγустος -Σεπτέμβριος 2002)
  
- ✚ **Οι επιπτώσεις των ψυχιατρικών διαταραχών πρόσληψης τροφής στο άτομο την οικογένεια και την κοινωνία Φώτης Μωρογιάννης** (τετράδια ψυχιατρικής τριμηνιαία περιοδική έκδοση της ένωσης του ΨΝΑ Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 2003)
  
- ✚ **Treatment of Eating Disorders: Bridging the Research-Practice Gap** by Margo Maine, Beth Hartman McGilley, Douglas Bunnell
  
- ✚ **Nutrition Guide for Physicians** by Ted Wilson, George A. Bray, Norman J. Temple, Marie Boyle Struble Humana press (Google books )
  
- ✚ **Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook** by Christopher G. Fairburn, Kelly D. Brownell google books 2002 the guilford press second edition
  
- ✚ **Ψυχολογία της διατροφής - Πώς οι διατροφικές συνήθειες αντανακλούν τον συναισθηματικό μας κόσμο** της Καλλιόπης Εμμανουηλίδου-Εκδόσεις μεταίχμιο

- ✚ **Ψυχογενής Ανορεξία-Διαγνωστικά λαβύρινθος και θεραπευτικά γρίφος.**  
Α.Λαγούδης, Β Μποζίκας (Τριμηνιαία έκδοση Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας 2009)
  
- ✚ **Το γνωσιακό-συμπεριφορικό πρόγραμμα ομαδικής θεραπείας της κατάθλιψης**  
Ευθυμίου Κ. , Ψωμά Μ. (Περιοδικό Εγκέφαλος Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2012)
  
- ✚ Wolte B-Gimbley L.B (2003) **Caring for the hospitalized patient with an eating disorder, The anorexia talkings**, Lancet (England) Nursing Clinic of North America.
  
- ✚ Σπανού Ε.και Μωρόγιαννης Φ., (2009): **Ο ρόλος των οικογενειακών και των κοινωνικο-πολιτιστικών παραγόντων στην ανάπτυξη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής**
  
- ✚ Μπουκέα Κ. 1991 **Νευρική Ανορεξία και Βουλιμία, Διατροφή και Διαιτολογία**
  
- ✚ Κυριακίδου Ε. 2000 **Κοινωνική νοσηλευτική** Εκδόσεις “Ταβιθά” Αθήνα
  
- ✚ Γέροντας Αλέξανδρος ψυχίατρος (2004) **σημειώσεις από την εισήγηση του στην εκπαίδευση εθελοντών κοινωνικής πρόνοιας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού στο νοσοκομείο Ερρύκος Ντυνάν** Απρίλιος 2004
  
- ✚ Καφάτος Α. Λαμπαδάριος Δ. 1990 **Τελευταίες εξελίξεις στην κλινική διατροφή και επιδημιολογία των νοσημάτων διατροφής.**
  
- ✚ **Ανορεξία-Βουλιμία-Παχυσαρκία** του Gerard Apfeldorfer 1997 Εκδόσεις Τραυλός
  
- ✚ **Βουλιμία ξανακερδίστε τον έλεγχο** του Dr Christopher Fairburn Εκδόσεις Πατάκη 2009



- ✚ Διατροφική νοημοσύνη-Η απάντηση στη βουλιμία την πολυφαγία και την παχυσαρκία του Ευάγγελου Ζουμπανές 2009 Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- ✚ Ψυχογενής Ανορεξία των Βάρσου Ελευθερία, Γονιδάκης Φραγκίσκος 2008 Εκδόσεις Βήτα ιατρικές εκδόσεις
- ✚ Stunkard A.J. & Birkevedt 2002 **Night eating and nosology** International journal of Obesity
- ✚ Stunkard A.J. & Allison K.C. 2003 << **Binge eating disorder: disorder or marker : Review**>> International Journal of Eating Disorders
- ✚ Stunkard A.J 1993 << **A history of binge eating**>> In C.G. Fairburn & G Wilson
- ✚ Stunkard 2000 <<**Two eating disorders : binge eating disorder and night eating syndrome**>>
- ✚ Rudolph M. Bell (1987), **Holy Anorexia**, University of Chicago Press
- ✚ <http://www.med.upenn.edu> Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania
- ✚ [www.med.upenn.edu](http://www.med.upenn.edu)

 <http://www.ltspeed.com/bjblinder/publications/bulimiahistory.htm>

 [http://en.wikipedia.org/wiki/History\\_of\\_anorexia\\_nervosa](http://en.wikipedia.org/wiki/History_of_anorexia_nervosa)

 <http://www.mentalhelp.net>

 <http://www.ethnos.gr>

 <http://www.medlook.net/>