ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΒΟΥΛΙΜΙΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:ΒΑΚΚΑ ΕΙΡΗΝΗ

ΑΜ:14761

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

© ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΘΕΛΩ ΝΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΩ:

1) ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΛΥΤΙΜΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥΣ

2) ΤΟΥΣ ΣΥΜΦΟΙΤΗΤΕΣ ΜΟΥ ΟΛΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥΣ ΣΤΙΣ ΔΥΣΚΟΛΕΣ ΣΤΙΓΜΕΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΜΟΥ

3) ΤΟΥΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ ΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΠΟΥ ΜΟΥ ΠΡΟΣΕΦΕΡΑΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΟ ΤΕΙ

4) ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ ΜΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΜΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες

Περίληψη……...5

Abstract……..6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^{Ο}

ΕΙΣΑΓΩΓΗ……7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^{Ο}

ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ……...……9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^{Ο}

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

3.1. Έννοια και διαστάσεις της υγείας……..10

3.2. Ο ρόλος της υγιεινής διατροφής…….12

3.2.1. Ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες – Υποσιτισμός……13

3.2.2. Υπερφαγία και νόσοι φθοράς……...15

3.3. Διαταραχές Πρόσληψης της Τροφής ……16

3.3.1. Χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών/Νευρική ή ψυχογενής ανορεξία (anorexia nervosa)……17

3.3.2. Νευρική ή ψυχογενής βουλιμία (bulimia nervosa)…….18

3.3.3. Επεισοδιακήυπερφαγία (binge eating disorder)……19

3.4. Αιτίες εμφάνισης των διαταραχών διατροφής……...21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^{Ο}

Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

4.1. Ιστορική αναδρομή……..29

4.2. Επιδημιολογικά στοιχεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής……..30

4.3. Ταξινόμηση-ορισμός……..31

4.4. Διαγνωστικά κριτήρια……32

4.5. Κλινική Εικόνα……..34

4.6. Αιτιοπαθογένεια…….36

4.6.1. Προδιαθεσικοί παράγοντες

4.6.1.1. Βιολογικοί παράγοντες ……..37

4.6.1.2. Ψυχολογικοί παράγοντες ……37

4.6.1.3. Οικογενειακοί παράγοντες …….38

4.6.1.4. Γεγονότα ζωής ……...39

4.6.1.5. Πολιτισμικοί παράγοντες……....39

4.6.1.6. Η επίδραση των ΜΜΕ
…….40

4.6.2. Εκλυτικοί παράγοντες ……...40

4.6.3 Παράγοντες διαιώνισης …….….41

4.7. Διαφορική διάγνωση……41

4.8. Θεραπευτική Αντιμετώπιση…….41

4.8.1. Φαρμακευτική Αντιμετώπιση…….……..42

4.8.2. Ψυχοθεραπευτική Αντιμετώπιση……..43

4.8.3. Θεραπεία με την οικογένεια …….44

4.9. Πρόληψη……44

4.10. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας…..45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^{Ο}

Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

5.1. Ιστορική αναδρομή……..51

5.2. Ταξινόμηση-ορισμός……..….52

5.3. Διαγνωστικά κριτήρια……..53

5.4. Κλινική εικόνα
……...54

5.5. Αιτιοπαθογένεια……..
56

5.6. Θεραπευτική
αντιμετώπιση……60

5.6.1. Φαρμακευτική αντιμετώπιση……...….60

5.6.2. Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση ……..…61

5.7. Πρόληψη…….
66

5.8. Νοσηλευτική φροντίδα στην νευρική βουλιμία……..…68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^{Ο}

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1. Μέθοδος συλλογής δεδομένων……..73

6.2. Διαδικασία συλλογής δεδομένων……..…73

6.3. Περιγραφή δείγματος……73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^{Ο}

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ……...74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^{Ο}

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ……..….97

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^{Ο}

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ……102

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ…….104

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια προσπάθεια ανασκόπησης της πρόσφατης ερευνητικής βιβλιογραφίας για την ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία στους εφήβους, για τη φύση των διαταραχών, τα χαρακτηριστικά τους γνωρίσματα, την πορεία τους, τις επιπτώσεις και τις μεθόδους αντιμετώπισης καθώς και το ρόλο του νοσηλευτή σε άτομα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία ή βουλιμία. Τέλος θα παρουσιαστούν άρθρα και μελέτες της σύγχρονης βιβλιογραφίας για την αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας και βουλιμίας.

Τα τελευταία χρόνια οι διαταραχές πρόσληψης , όπως η υπερφαγία και η ασιτία πλήττουν της δυτικές κοινωνίες. Η ανάπτυξη τέτοιων φαινομένων δημιουργείται εξαιτίας των προτύπων που επιβάλλουν τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας (ΜΜΕ) και ο κόσμος της βιομηχανίας της μόδας.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν πολύ-παραγοντική αιτιολογία, με κυριότερη όλων τη θέση της οικογένειας, ωστόσο άλλοι παράγοντες είναι εκλυτικοί και επιβαρυντικοί και προδιαθεσικοί. Η αντιμετώπιση της νόσου είναι απαραίτητη και γίνεται αποτελεσματικότερη όταν η έναρξή της είναι έγκαιρη, πριν εμφανιστούν στην ασθενή σοβαρές διαταραχές του σωματικού βάρους. Η εισαγωγή σε νοσοκομείο επιβάλλεται σε περιπτώσεις με σημαντικές μεταβολικές διαταραχές και σε μείωση του βάρους σώματος σε επίπεδα πολύ κατώτερα του ιδανικού. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού κρίνεται σημαντικός, διασφαλίζοντας την εφαρμογή των μέτρων αποκατάστασης εντός του νοσοκομείου και κατά την έξοδο του από αυτό.

Λέξεις κλειδιά: διατροφικές διαταραχές, νευρική ανορεξία, βουλιμία, θεραπεία, νοσηλευτικός ρόλος, διατροφικές διαταραχές στους άνδρες.

ABSTRACT

The present work is an attempt at a review of the recent research literature on anorexia and bulimia in adolescents, about the nature of disorders, the features, the path, the effects and methods of coping and the role of the nurse in people suffering from anorexia nervosa or bulimia. Finally we present articles and studies of modern literature on the treatment of neurogenic anorexia and bulimia. In recent years the recruitment, disorders such as overeating and fasting affects of Western societies. The development of such phenomena is created because of the standards imposed by the media (MEDIA) and people of the fashion industry.

The eating disorders have very-factor etiology, with main all the family position, however other factors are precipitating and aggravating and predisposing. The treatment of disease is essential and becomes more efficient when the launch is timely, before appearing in the patient with serious disturbances of body weight. The hospitalization is imposed in cases with significant metabolic disorders and reduction of body weight significantly less than ideal. The role of nursing staff deemed important, ensuring the implementation of rehabilitation measures within the hospital and upon exiting from it.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia, therapy, nursing role, eating disorders in males.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^{Ο}

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής συγκαταλέγονται μεταξύ των σοβαρότερων διαταραχών ψυχοπαθολογίας εξαιτίας των αυξανόμενων ποσοστών νοσηρότητας, θνησιμότητας αλλά και της σημαντικής λειτουργικής έκπτωσης των ατόμων. Στις διατροφικές διαταραχές εφήβων και ενηλίκων περιλαμβάνονται η ψυχογενής ανορεξία ,η ψυχογενής βουλιμία και η παχυσαρκία. Αυτές οι διαταραχές μπορεί να εμφανιστούν και νωρίτερα, στη πρώτη παιδική ηλικία αλλά με πιο τροποποιημένη μορφή. Η διαταραχή της επεισοδιακής υπερφαγίας και το σύνδρομο νυχτερινής διατροφής αποτελούν δύο επιπλέον διαταραχές σίτισης που λόγω της μειωμένης επικινδυνότητας τους για τη ζωή του ατόμου υπάρχει λιγότερο ερευνητικό ενδιαφέρον.

Η εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο καθώς υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ κοινωνικών, οικογενειακών και προσωπικών παραγόντων που επιδρά αρνητικά στη σωματική αλλά και την ψυχική υγεία των ατόμων.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι ένα θέμα που κινητοποίησε όχι μόνο την επιστημονική κοινότητα αλλά και τη κοινή γνώμη. Η ενασχόληση με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής κρίθηκε αναγκαία εξαιτίας της ανησυχητικής αύξησης των περιπτώσεων ατόμων που πάσχουν από τις εν λόγω διαταραχές ιδιαίτερα στις δυτικού τύπου αναπτυγμένες κοινωνίες.

Η συχνότητα των διαταραχών πρόσληψης τροφής σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα παρουσιάζει μια συνεχή αυξητική τάση, η οποία συνάδει με το δυτικό τρόπο ζωής και αξίες ζωής.

Στις Η.Π.Α., υπολογίζεται ότι το 3% του γυναικείου πληθυσμού εμφανίζει κάποια μορφή διαταραχής πρόσληψης τροφής. Γενικά όμως η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών, που έχουν διαγνωσθεί με Νευρογενή Ανορεξία, κυμαίνεται από 1:10 έως 1:20. Τα τελευταία χρόνια όμως, η διαφορά αυτή φαίνεται να μικραίνει. Οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 90% των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Η διαταραχή βέβαια εμφανίζεται και σε αγόρια εφήβους, αλλά και σε αυτές τις ηλικίες ισχύει το ότι τα περιστατικά είναι 15-20 φορές λιγότερο συχνά απ' ότι στα κορίτσια της εφηβείας.

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση της σύγχρονης ερευνητικής βιβλιογραφίας της νευρογενούς ανορεξίας και βουλιμίας.

Αναλυτικότερα, το πρώτο κεφάλαιο εισάγει τον αναγνώστη στο θέμα και παρουσιάζει τη δομή της εργασίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρατίθενται οι στόχοι του πονήματος.

Το τρίτο κεφάλαιο μας εισάγει στην έννοια των διατροφικών διαταραχών.

Στο τέταρτοκαι πέμπτο κεφάλαιοθα γίνει λεπτομερής αναφορά στη παρουσίαση των φαινομένων της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας αντίστοιχα, με έμφαση στην αιτιολογία, κλινική εικόνα, διάγνωση, αντιμετώπιση της καθώς και στη πρόληψη. Επιπλέον, θα γίνει αναφορά στο ρόλο του νοσηλευτή καθώς και στη νοσηλευτική φροντίδα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των πασχόντων.

Στο έκτο κεφάλαιο παρατίθεται η ερευνητική μεθοδολογία.

Στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα ερευνητικά αποτελέσματα, ενώ στο όγδοο κεφάλαιο γίνεται συζήτηση επ΄αυτών.

Στο ένατο κεφάλαιο εξάγονται γενικά συμπεράσματα.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση της βιβλιογραφίας που χρησιμοποιήθηκε για την ολοκλήρωση της παρούσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^{Ο}

ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των διατροφικών διαταραχών και ιδιαίτερα της νευρογενούς ανορεξίας και βουλιμίας. Βασικός στόχος είναι η κατανόηση των δύο φαινομένων, η οποία επιτυγχάνεται μέσω της παράθεσης της αιτιολογίας, της έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης εν γένει, τονίζοντας ιδιαίτερα το νοσηλευτικό ρόλο στη διαδικασία αποκατάστασης των ασθενών. Στο ερευνητικό πεδίο, η εργασία εστιάζει στην ύπαρξη ψυχικών διαταραχών που ακολουθούν τις διατροφικές διαταραχές, καθώς και την εμφάνιση τους στον αντρικό πληθυσμό, δείχνοντας πως οι διαταραχές πρόσληψης τροφής δεν είναι μόνο γένους θηλυκού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^{ο}

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

3.5. Έννοια και διαστάσεις της υγείας

Στις απόπειρες προσδιορισμού της έννοιας της υγείας θα πρέπει να συνυπολογίζονται εκτός από την ασθένεια και τον θάνατο, και η θετική όψη της υγείας, που αφορά στην ψυχική και κοινωνική ευεξία, τη φυσική κατάσταση, και τις δεξιότητες που χαρακτηρίζουν το άτομο. Έτσι κατασκευάζεται ένα σύστημα, δομικά στοιχεία του οποίου είναι τα παραπάνω, και ο συνδυασμός τους παράγει το χαρακτηριστικό προϊόν που καλείται υγεία, είτε πρόκειται για την ατομική υγεία, είτε για την υγεία ενός πληθυσμού. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 1946 στην ιδρυτική του διακήρυξη, όρισε την υγεία σαν "μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας". Αυτό αποτελεί περιγραφή μιας ιδανικής κατάστασης. Η υγεία ορίζεται σαν μια κατάσταση όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβεί τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του, διαμορφώνοντας νέους κανόνες συμπεριφοράς και νέες αξίες (Σαρρής, 2001).

Οι διαστάσεις που περικλείονται στην προσέγγιση του ορισμού της υγείας είναι συνήθως:

- η βιοϊατρική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας,
- η ψυχολογική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως η ικανότητα να εκπληρώνει κάποιος τους ρόλους που του αναλογούν, ή να προσαρμόζεται στις καταστάσεις της ζωής και,
- η κοινωνιολογική, στην οποία ο πολιτισμός και το περιβάλλον εξετάζονται ως βασικοί συντελεστές επιρροής της υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το 1948, προσδιόρισε την Ψυχική Υγεία ως «μια κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει τα καθημερινά άγχη της ζωής, να

ζει και να εργάζεται παραγωγικά και με άνεση και είναι σε θέση να συνεισφέρει στη κοινότητα του » .

Υπό το πρίσμα αυτό, η Ψυχική Υγεία επηρεάζεται και εξαρτάται σημαντικά από τις σχέσεις του ατόμου με τους άλλους και από την ανταπόκριση που έχει από το περιβάλλον του.

Σύμφωνα με τον Τούντα (2000), οι αντιλήψεις των ανθρώπων για τα φαινόμενα της υγείας και της αρρώστιας είναι δυνατόν να χωριστούν σε πέντε περιόδους: τη μεταφυσική-μαγική, στη μεταφυσική– θρησκευτική, τη νατουραλιστική (πρώιμη επιστημονική), τη μηχανιστική– θετικιστική (κυρίως επιστημονική) και τη σύγχρονη ολιστική η οποία διαμορφώνεται κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών.

Η προσπάθεια διαμόρφωσης μιας σύγχρονης ολιστικής θεωρίας για την υγεία, στηριγμένη στην ενότητα σώματος-ψυχής και εγκαταλείποντας τον καρτεσιανό διαχωρισμό σώματος-ψυχής, έρχεται να κλονίσει την κυρίαρχη ιατροκεντρική/μηχανιστική αντίληψη για τον ανθρώπινο οργανισμό, προσδίδοντας στην έννοια της υγείας ένα ευρύτερο και πιο ουσιαστικό περιεχόμενο, που αναδεικνύει τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές της διαστάσεις. Επίσης είναι πλέον φανερό ότι η προστασία και η προαγωγή της υγείας εξαρτάται περισσότερο από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, την ανθρώπινη συμπεριφορά και την κληρονομικότητα, και λιγότερο από τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες.

Αναφορικά με το κίνημα προαγωγής της υγείας, ο Lalonde (έκθεση Lalonde 1974) εισήγαγε την ιδέα ότι τέσσερα αλληλοεπιδρώντα στοιχεία συνδέονται με όλες τις αιτίες νόσου και θανάτου. Αυτά τα στοιχεία είναι:

- οι ανεπάρκειες των υπαρχόντων συστημάτων υγείας,
- ο μη υγιεινός τρόπος ζωής,
- οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι και,
- οι ανθρώπινοι βιολογικοί παράγοντες.

Αυτό το κείμενο θεωρείται το σημαντικότερο στην ανάπτυξη του κινήματος Προαγωγής Υγείας, διότι ήταν το πρώτο επίσημο έγγραφο στις μέρες μας, που αποδέχτηκε τους κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες ως

συνυπεύθυνους για την κατάσταση της υγείας του ανθρώπου, επιπλέον των ήδη αποδεκτών από τη βιοϊατρική και ψυχοκοινωνική θεώρηση.

Η προστασία της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον εντός του οποίου ο άνθρωπος γεννιέται, εκπαιδεύεται, δρα και ωριμάζει. Προκειμένου να εξασφαλιστεί η ποιότητα ζωής του ατόμου τα κράτη δημιουργούν παροχές. Στα πλαίσια της κοινωνικής πρόνοιας οι τομείς της δημόσιας εκπαίδευσης και υγείας αποτελούν κοινωνικό δικαίωμα όλων των πολιτών και κρατική υποχρέωση (Χρυσόγονος, 2006).

Η υγεία ως απαραίτητο συστατικό ατομικής και κοινωνικής ευεξίας, κατοχυρώνεται συνταγματικά ως ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα στο άρθρο 21 παρ. 3 όπου αναφέρεται αναφέρεται το εξής : «Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων».

Αναφορά του συνταγματικού νομοθέτη για την υγεία γίνεται και στο άρθρο 7 παρ. 2 του Σ, όπου ορίζονται το εξής : «Τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη της υγείας, ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως νόμος ορίζει».

Από την διάταξη 21 παρ.3 του Σ. προκύπτει ότι το Κράτος μεριμνά για τη υ-γεία των πολιτών κατά τρόπο γενικό και αόριστο χωρίς να προσδιορίζει ειδικότερα το πλαίσιο προστασίας. Φαίνεται να προτιμά μια διατύπωση που τονίζει περισσότερο τον αντικειμενικό χαρακτήρα της προστασίας της υγείας: «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών...» Το δικαίωμα του πολίτη για προστασία της υγείας του εντάσσεται μεταξύ των κοινωνικών δικαιωμάτων καθόσον αφορά την υπόσταση του ανθρώπου. Πρόκειται για τα δικαιώματα εκείνα τα οποία υποχρεώνουν το Κράτος για παρέμβαση με θετικές ενέργειες (status positives) και παροχή αγαθών και υπηρεσιών. Έτσι το Σύνταγμα εξουσιοδοτεί τον νομοθέτη να καθορίσει αυτός κατ' επιλογή της πολιτικής εξουσίας τα προς παροχή μέτρα, δηλαδή ένα σύστημα περίθαλψης για το λαό, η φιλοσοφία όμως του οποίου θα εξαρτάται πάντοτε και από την γενικότερη φιλοσοφία του κρατούντος οικονομικού συστήματος.

Το περιεχόμενο της διάταξης του αρ.21 παρ.3 δεν εξαντλείται όμως με την παραπάνω επιταγή και τη διαπίστωση της κοινωνικής φύσης του δικαιώματος της

υγείας. Η υγεία αποτελεί επίσης, αγαθό που βρίσκεται σε στενή αλληλεξάρτηση τόσο με την ίδια την ζωή όσο και με τις συνθήκες διαβίωσης (το περιβάλλον) του ανθρώπου. Η προστασία της υγείας που απαιτεί ο πολίτης δεν ικανοποιείται μόνο με την οργάνωση υπηρεσιών υγείας, δηλαδή με μέτρα κοινωνικής πρόνοιας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αλλά και με την πρόληψη, δηλαδή την αποτροπή δημιουργίας επικίνδυνων καταστάσεων για την υγεία του (Δαλτόγλου, 1991).

Η ισορροπία βιολογικών, ψυχικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών και συμπεριφερολογικών παραγόντων αποτελεί το περιεχόμενο της έννοιας της υγείας. Η διατάραξη αυτής ακριβώς της αρμονικής σχέσης αποτελεί, τη βασική αιτία πρόκλησης της αρρώστιας, που μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικά επίπεδα (κυτταρικό, οργανικό, συμπεριφερολογικό, κοινωνικό).

3.6. **Ο ρόλος της υγιεινής διατροφής**

Η σωστή διατροφή και η διατήρηση ενός ιδανικού βάρους, είναι γνωστό πως συμβάλλουν μέγιστα στην οργανική υγεία του ανθρώπου. Παράλληλα όμως, πολλές επιστημονικές έρευνες, αναδεικνύουν την ευεργετική επίδραση στοιχείων της διατροφής και σε διάφορες ψυχικές καταστάσεις. Το ανθρώπινο σώμα χρειάζεται ενέργεια για να αντιμετωπίσει τη φθορά του οργανισμού, να εκτελέσει όλες τις απαιτούμενες λειτουργίες και να καλύψει της ανάγκες για ανάπτυξη όταν απαιτείται. Ως θρεπτικό συστατικό θεωρείται η ουσία που εύκολα μπορεί να παραληφθεί από τον οργανισμό στις απαιτούμενες ποσότητες και δεν προκαλεί τοξικότητα, σε διαφορετική περίπτωση προκαλούνται συμπτώματα κακής διατροφής. Η βέλτιστη διατροφή σχετίζεται με ισορροπημένη δίαιτα, υγεία, καλή φυσική κατάσταση, φυσιολογική ανάπτυξη και πρόληψη διαφόρων παθήσεων (Gidney, 2007). Στόχος της υγιεινής διατροφής είναι η κάλυψη των αναγκών σε θρεπτικά συστατικά και η πρόληψη ασθενειών.

Ο ανθρώπινος οργανισμός, προκειμένου να διατηρηθεί στη ζωή, πρέπει να προσλαμβάνει τροφή. Γι' αυτό λέμε ότι η διατροφή είναι θέμα «ζωτικής σημασίας». Τρόφιμο ονομάζουμε κάθε ουσία, φυσική, επεξεργασμένη η οποία προορίζεται για κατανάλωση από τον άνθρωπο. Από την τροφή ο οργανισμός μας θα λάβει ότι χρειάζεται για:

- να αναπτυχθεί, δηλαδή να μεγαλώσει φυσιολογικά από τη γέννηση μέχρι την ενηλικίωση.
- να μπορεί να είναι δραστήριος στο σπίτι, στην εργασία, στο σχολείο, στο παιχνίδι αλλά και όπου αλλού χρειαστεί.
- να προλάβει τις ασθένειες ή να τις αντιμετωπίσει ενισχύοντας το ανοσοποιητικό του σύστημα.
- να επουλώσει πληγές ή να επανορθώσει βλάβες.

Ο οργανισμός χρησιμοποιεί τα θρεπτικά συστατικά ως δομικά υλικά των ιστών του, για να παράγει ενέργεια από την καύση τους, και ως ρυθμιστές πολυάριθμων και πολύπλοκων λειτουργιών που συμβαίνουν στο σώμα μας.

Εάν ένα άτομο δεν καταναλώνει συστηματικά όσα τρόφιμα χρειάζεται, δηλαδή αν υποσιτίζεται (υποθρεψία), το σώμα του δε θα μπορέσει να πραγματοποιήσει τις παραπάνω λειτουργίες και θα παρουσιαστούν «βλάβες». Αυτό σημαίνει ότι αρχικά δε θα νιώθει καλά, μετά μπορεί να ασθενήσει (νοσηρότητα) και να επέλθει ακόμα και ο θάνατος (θνησιμότητα).

Οι στόχοι της υγιεινής διατροφής

Από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ορίζονται ως στόχοι της υγιεινής διατροφής για καλύτερη ποιότητα ζωής:

1. Η κάλυψη των αναγκών του κάθε οργανισμού ως προς τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά

2. Η πρόληψη ασθένειας.

3.6.1. **Ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες – Υποσιτισμός**

Στις χαρακτηριζόμενες ως αναπτυγμένες κοινωνίες παρατηρείται ότι καταναλώνονται μεγάλες ποσότητες τροφής χωρίς να καλύπτονται οι ανάγκες του οργανισμού σε θρεπτικά συστατικά, το αποτέλεσμα για την υγεία είναι η εμφάνιση χρόνιων νόσων. Υποσιτισμός σημαίνει χαμηλό επίπεδο θρέψης ως αποτέλεσμα της πολύπλοκης αλληλεπίδρασής ανάμεσα στο διαιτολόγιο, το επίπεδο υγείας και το περιβάλλον διαβίωσης του ατόμου. Αντίθετα τα άτομα κατά κύριο λόγο στις

αναπτυσσόμενες κοινωνίες υποσιτίζονται από πείνα, δηλαδή υπάρχει ανεπάρκεια τροφών, κατάσταση φτώχιας, αδιαφορίας, σε πολιτικά ασταθή περιβάλλοντα, σε διαταραγμένες κοινωνίες ή κατάσταση πολέμου. Ως πείνα ορίζεται η επώδυνή αίσθηση που προκαλείται από τη έλλειψη τροφής. Οι επιπτώσεις στην υγεία είναι ελαττωμένη σωματική και νοητική ανάπτυξη, καταστολή άμυνας του οργανισμού, αύξηση μολυσματικών, μεταδιδόμενων νοσημάτων. Επομένως τα τρόφιμα και η διατροφή θεωρούνται θεμελιώδους σημασίας για τη δημόσια υγεία, τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες κοινωνίες (Gidney, 2007).

Τα παιδιά και οι έφηβοι θεωρείται ότι επηρεάζονται εύκολα από τα καταναλωτικά πρότυπα και τις διαφημίσεις. Εφόσον δεν έχουν διαμορφώσει ισορροπημένη καταναλωτική συμπεριφορά σε μία ανεπτυγμένη χώρα όπως η Ελλάδα με τις διατροφικές τους επιλογές μπορεί να παρατηρείται υποσιτισμός διότι με μία ανθυγιεινή δίαιτα δεν λαμβάνονται από τον οργανισμό τα θρεπτικά συστατικά που απαιτούνται. Τα παιδιά σε αυτή την περίπτωση χαρακτηρίζονται από στασιμότητα στην ανάπτυξη με αποτέλεσμα το παιδί να παρουσιάζει αρκετά χαμηλότερο βάρος από το ιδανικό σε σχέση με το ύψος του χαρακτηρίζεται λιπόσαρκο. Μακροπρόθεσμα η υποσιτισμός μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να παρουσιάζει χαμηλό ανάστημα ή να είναι σχετικά χαμηλού βάρους για την ηλικία του. Γενικότερα η υποσιτισμός μπορεί να έχει επιπτώσεις όπως λήθαργο, παχυσαρκία, διαβήτη, καρκίνο, αρτηριακή υπέρταση, εγκεφαλικό επεισόδιο, αναιμία (Ζαμπέλας, 2007). Η ανεπάρκεια σιδήρου είναι πιθανόν η συνηθέστερη διατροφική ανεπάρκεια στον κόσμο και παρουσιάζεται κυρίως σε βρέφη, παιδιά, έφηβους και γυναίκες σε ηλικία κύησης.

Η αντιμετώπιση της επισιτιστικής ανασφάλειας κατέχει υψηλή προτεραιότητα στο πρόγραμμα δράσης για την αναπτυξιακή συνεργασία των Ηνωμένων Εθνών (UN, 2000). Έχει αναγνωρισθεί ως ο υπ' αριθμόν ένα Αναπτυξιακός Στόχος της Χιλιετίας (ΑΣΧ1), ενώ παράλληλα επηρεάζει και τους στόχους ΑΣΧ4 και ΑΣΧ5 (μείωση του ποσοστού θνησιμότητας των παιδιών κάτω των πέντε ετών και των μητέρων αντίστοιχα) (UN, 2012). Παράλληλα, η πρόληψη και η αντιμετώπιση του υποσιτισμού παιδιών καθώς και της παιδικής παχυσαρκίας αποτελούν στρατηγική προτεραιότητα τόσο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2013) όσο και της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας και Καταναλωτών της Ε.Ε. (European Commission, 2013). Σύμφωνα με την έκθεση της Ευρωπαϊκής Διεύθυνσης για τα Ανθρώπινα

Δικαιώματα, ο αριθμός των παιδιών που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στην Ευρώπη και ιδιαίτερα στην Ελλάδα αυξάνεται διαρκώς, λόγω της οικονομικής ύφεσης (FRA, 2012). Στην Ελλάδα, υπολογίζεται ότι 686.000 παιδιά (35,4%) ανήκουν στη κατηγορία αυτή (UNICEF 2014, στοιχεία 2012).

3.6.2. **Υπερφαγία και νόσοι φθοράς**

Σήμερα η αφθονία και η ποικιλία τροφής σε συνδυασμό με τη μειωμένη φυσική δραστηριότητα, έχουν οδηγήσει σε υπερφαγία, δηλαδή σε αυξημένη πρόσληψη τροφής, η οποία προκαλεί τις λεγόμενες «νόσους φθοράς» ή «νόσους πολιτισμού». Η υπερφαγία μπορεί να προκαλέσει παχυσαρκία (υπερβολική αποθήκευση λίπους), διαβήτη (διαταραχή στο μεταβολισμό των υδατανθράκων), υπέρταση (αυξημένη αρτηριακή πίεση), καρδιαγγειακά νοσήματα (έμφραγμα μυοκαρδίου), εγκεφαλικό επεισόδιο, ακόμα και καρκίνο.

Τα αυξημένα ποσοστά παιδικής φτώχειας σχετίζονται με υψηλά επίπεδα υποσιτισμού, γεγονός επιφανειακά οξύμωρο σε σχέση με τα αυξημένα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας που παρατηρούνται στην Ελλάδα. Ωστόσο, τόσο η παιδική παχυσαρκία όσο και ο υποσιτισμός των παιδιών αποτελούν τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος (OECD, 2014), καθώς οι δυσμενείς οικονομικές συνθήκες μπορούν να οδηγήσουν σε λανθασμένες διατροφικές επιλογές και συνήθειες, επιβαρύνοντας περαιτέρω την υγεία των παιδιών και εφήβων (WHO, 2013). Η συχνότητα της παιδικής παχυσαρκίας αυξάνεται τα τελευταία χρόνια παγκοσμίως και η Ελλάδα κατέχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη (πρώτη μεταξύ των 27 κρατών μελών της Ε.Ε). Πιο συγκεκριμένα, στη χώρα μας σχεδόν τα μισά αγόρια και το 40% των κοριτσιών 10-12 ετών είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα (IOTF, 2010). Οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες αποτελούν αιτιολογικό παράγοντα για το 14% των χρόνιων νοσημάτων, που συντελούν στην αύξηση των δαπανών υγείας των κρατικών προϋπολογισμών και αφορούν σε ασθένειες που σχετίζονται με την παχυσαρκία, όπως είναι ο διαβήτης, η στεφανιαία νόσος και η υπέρταση. Ασφαλείς εκτιμήσεις για το συνολικό κόστος της παχυσαρκίας στην Ελλάδα δεν υπάρχουν. Το τμήμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ευρώπη, ωστόσο, εκτιμά ότι για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι άμεσες ετήσιες δαπάνες που οφείλονται στην παχυσαρκία αντιπροσωπεύουν το 2-4% των εθνικών προϋπολογισμών για την υγεία. η έλλειψη

επαρκούς και υγιεινής τροφής αποτελεί μία από τις σοβαρότερες ανισότητες σε επίπεδο υγείας, ειδικά στην παιδική ηλικία, καθώς επιτείνει και διαιωνίζει τον κοινωνικό αποκλεισμό, με αρνητικές συνέπειες για τη διατήρηση και ανάπτυξη μίας εύρωστης κοινωνίας.

Η διασφάλιση της επισιτιστικής και διατροφικής ασφάλειας συμβάλλει στην άμβλυνση των ανισοτήτων και στην προάσπιση της υγείας του πληθυσμού, με σημαντικά κοινωνικά και οικονομικά οφέλη, όπως καλύτερη ποιότητα ζωής, αποδοτικότητα και διατήρηση της παραγωγικότητας του πληθυσμού για περισσότερα χρόνια καθώς και μείωση των κρατικών δαπανών υγείας. Τα παραπάνω καθιστούν την πρόληψη και την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας επιτακτική ανάγκη.

3.7. **Διαταραχές Πρόσληψης της Τροφής**

Οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής έχουν συγκεντρώσει μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός, κυρίως θηλυκού γένους, αναφέρει έντονα προβλήματα στη συμπεριφορά σχετικά με το φαγητό. Τα κλινικά σύνδρομα που προεξάρχουν στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή είναι η είναι η Νευρική ή ψυχογενής ανορεξία, η Νευρική ή ψυχογενής βουλιμία και η Επεισοδιακή υπερφαγία.

Αν και αυτές οι διαταραχές περιγράφονται σαν πρωτογενείς, δηλαδή δεν είναι το αποτέλεσμα κάποιας σωματικής νόσου, πρέπει να σημειωθεί ότι πολλοί ασθενείς με κάποια από τις παραπάνω διαταραχές, μπορεί να πάσχουν και από κάποιου είδους ψυχικές διαταραχές, όπως νευρώσεις, ψυχώσεις και διαταραχές προσωπικότητας.

Οι διατροφικές διαταραχές δεν είναι όπως οι οργανικές ασθένειες, που είτε πάσχει κάποιος από αυτές είτε όχι. Η διατροφική διαταραχή είναι στην πραγματικότητα ένα πολύπλευρο ψυχικό πρόβλημα με βαθύτερα και πολυπαραγοντικά αίτια.

Παρ’ όλα αυτά υπάρχουν άνθρωποι με διατροφικές διαταραχές που χρήζουν βοήθεια για ν ‘αλλάξουν την διατροφική τους συμπεριφορά και δεν ανήκουν σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες, της ανορεξίας, της βουλιμίας, και της επεισοδιακής υπερφαγίας, έχουν μια κανονική ζωή, φυσιολογικές σχέσεις και δεν έχουν άλλα διαγνωσμένα συναισθηματικά προβλήματα.

3.7.1. **Χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών/Νευρική ή ψυχογενής ανορεξία (anorexia nervosa)**

Η Ψυχογενής Ανορεξία(ή νευρογενής ανορεξία- anorexia nervosa) είναι ένα σύνδρομο αυτό- επιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα το ενδεχόμενο να παχύνει(Bruch, 1982). Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι(American Psychiatric Association, DSM-111-R):

- 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

Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη του του σώματος τους και της εξωτερικής τους εικόνας, καθώς δεν μπορούν να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις, συμπεριλαμβανομένου του αισθήματος της πείνας, ενώ πιστεύουν πως το σώμα τους είναι βαρύ ακόμη και όταν το βάρος τους είναι κάτω του φυσιολογικού.

Η λέξη ανορεξία θεωρείται αποπροσανατολιστική. Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης διότι η όρεξη προσβάλλεται σε ύστερο στάδιο της νόσου. Πιθανότατα πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στην ταυτότητα και την αυτονομία. Η απώλεια του βάρους συνήθως κατορθώνεται με μείωση της συνολικής ποιότητας τροφής, με δυσανάλογο ελάττωση σε τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, με προκλητό έμετο, με χρήση καθαρκτικών ή διουρητικών και με εξαντλητική άσκηση. Η αμηνόρροια μπορεί να εμφανιστεί πριν παρατηρηθεί σημαντική απώλεια βάρους (Sternheim etal, 2012).

3.7.2. **Νευρική ή ψυχογενής βουλιμία (bulimia nervosa)**

Πρόκειται για μια σοβαρή ασθένεια, που χαρακτηρίζεται από ένα κύκλο συμπεριφορών, που συνήθως ξεκινούν με επεισόδια ανεξέλεγκτης και υπερβολικής πρόσληψης τροφής. Βασικό χαρακτηριστικό της είναι επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας στη διάρκεια των οποίων το άτομο νοιώθει ότι δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του και να σταματήσει το φαγητό. Η Ψυχογενής Βουλιμία ταξινομήθηκε ως ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία το 1980 (Williamsetal, 2012).

Τα βασικά χαρακτηριστικά της πάθησης όπως προκύπτουν μέσα από την κατάρτιση των διαγνωστικών κριτηρίων της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης, είναι:

- Επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας
- Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπάρχει αίσθημα έλλειψης ελέγχου της συμπεριφοράς πρόσληψης τροφής
- Το άτομο τακτικά χρησιμοποιεί την τακτική του προκαλούμενου εμέτου, καθαρκτικά ή διουρητικά, αυστηρή δίαιτα ή νηστεία είτε και εντατική άσκηση για να αποτρέψει την πρόσληψη βάρους.
- Τουλάχιστον 2 επεισόδια υπερφαγίας την εβδομάδα για 3 μήνες, αποτελούν ένδειξη διαταραχής
- Επίμονο και υπερβολικό ενδιαφέρον για το σχήμα και το βάρος του σώματος

Οι διακυμάνσεις του βάρους δημιουργούν κοινωνικά και επαγγελματικά προβλήματα. Η εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας εντοπίζεται τυπικά στο στάδιο της εφηβείας και εξακολουθεί στην ενήλικη ζωή, ενώ προσβάλλει κυρίως τις γυναίκες. Η πορεία της γενικά είναι χρόνια και διαλείπουσα με εναλλαγές περιόδων υπερφαγίας και περιόδων φυσιολογικής δίαιτας ή νηστείας. Τα επεισόδια υπερφαγίας συχνά εκλύονται από στρεσογόνα γεγονότα.(Pope et al, 2003).

3.7.3. **Επεισοδιακήυπερφαγία (binge eating disorder)**

Η διαταραχή της υπερφαγίας αποτελεί επισήμως από το 1994 ξεχωριστή διαγνωστική ψυχιατρική οντότητα, ενώ όλο και συχνότερα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έρχονται αντιμέτωποι μ' αυτή. Στα άτομα με διαταραχές διατροφής εντοπίζονται υφέρποντα καταθλιπτικά ή αγχώδη συμπτώματα. ToNinthNewCollegiateDictionary του Webster, ορίζει την υπερβολική υπερφαγία σαν ασυγκράτητη ύφεση και, κάτω από αυτήν την γενική και συχνά αόριστη έννοια της υπερβολής, οι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτόν τον όρο ποικιλοτρόπως. Τα ερευνητικά κριτήρια για την διάγνωση του συνδρόμου της επεισοδιακής υπερφαγίας, έχουν καθοριστεί από το DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manualof Mental Disorders), που δημιουργήθηκε για τον ορισμό των ψυχοπαθολογικών νόσων από την Αμερικάνικη ψυχιατρική εταιρεία, στα ακόλουθα:

1. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας που χαρακτηρίζονται από:

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

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

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

- Μοναχικές διατροφικές λήψεις ώστε να μην γίνουν γνωστές στους άλλους οι ποσότητες που καταναλώνουν.
- Αισθήσεις αποστροφής του ατόμου, κατάθλιψης ή ενοχής, μετά το επεισόδιο της ανεξέλεγκτης υπερφαγίας.
- Σοβαρή κατάσταση θλίψης όσον αφορά την ακούσια υπερφαγία.
- Τα επεισόδια λαβαίνουν χώρα, κατά μέσο όρο δύο ημέρες την εβδομάδα για έξι μήνες.

Η υπερφαγία δεν σχετίζεται με την χρήση ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών Η διαταραχή δεν ανταποκρίνεται στα διαγνωστικά κριτήρια της νευρογενούς βουλιμίας.

Αυτή η διαταραχή της διατροφικής συμπεριφοράς παρουσιάζει μια σημαντική διαφορά ως προς την νευρική ανορεξία και την νευρική βουλιμία: αφορά λιγότερο τις γυναίκες και ίσως μάλιστα παρουσιάζεται με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα (Morris, 2012).

Η βασική διαφορά της επεισοδιακής υπερφαγίας από τη νευρογενή βουλιμία είναι ότι μετά το επεισόδιο, το άτομο δεν καταφεύγει σε «εξισορροπητικές» μεθόδους (εμετούς, χρήση καθαρτικών, υπερβολική άσκηση). Επιπλέον το βάρος του ατόμου διαφέρει κατά πολύ στις δύο περιπτώσεις.

Η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας συνήθως ξεκινά στην εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή, χωρίς αυτό να αποτελεί κανόνα. Εμφανίζεται κυρίως στο γυναικείο πληθυσμό όπως και όλες οι διαταραχές διατροφής και έχει τη μεγαλύτερη επίπτωση στις δυτικές κοινωνίες όπως Αμερική, Καναδάς και Δυτική Ευρώπη (Grilloetal, 2009).

Ενίοτε αποτελεί πρόδρομο στάδιο της εμφάνισης σοβαρότερης διαταραχής όπως η ψυχογενής βουλιμία και η ψυχογενής ανορεξία. Παρόλο που η διαταραχή είναι αρκετά γενικευμένη λίγα πράγματα ξέρουμε για τα αληθινά αίτιά της. Στις περισσότερες των περιπτώσεων παρουσιάζεται όταν το φαγητό χρησιμοποιείται ως μέσο ελέγχου των συναισθημάτων.

Τα υπερφαγικά επεισόδια αποτελούν αντίδραση στα αρνητικά συναισθήματα- μείωση των δυσάρεστων συναισθηματικών εμπειριών και διατηρούνται μέσω της αρνητικής ενίσχυσης (Wolfeetal, 2009).

Τα άτομα με κρίσεις υπερφαγίας εμφανίζουν συνήθως κατάθλιψη, άγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αρκετά υπερτιμημένες αντιλήψεις σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος , καθώς και παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές, πέρα από αυτές καθεαυτές τις κρίσεις υπερφαγίας (Grilo et al, 2013). Επίσης, έχουν πολύ υψηλές προσδοκίες από τον εαυτό τους και συνήθως οι βουλιμικές γυναίκες είναι αρκετά επιτυχημένες στην καριέρα τους (Guerdjikova et al.2007). Οι γυναίκες με βουλιμία συνήθως χαρακτηρίζονται από δυσλειτουργικές αντιλήψεις σχετικά με την διατροφή και την λήψη τροφής. Οι Vitousek etal (2010), θεωρούν ότι ο πυρήνας της ψυχοπαθολογίας στη βουλιμία σχετίζεται με γνωσιακά σχήματα που ενοποιούν την άποψη για τον εαυτό τους με αντιλήψεις σχετικά με το βάρος και τα οποία μπορεί να οδηγούν στην διαιώνιση των αρνητικών αντιλήψεων για τον εαυτό.

Η παθολογική διατροφική συμπεριφορά της υπερφαγίας, γίνεται μέσον αντιμετώπισης δυσάρεστων καταστάσεων, αφού φαίνεται να μειώνει ο άγχος (Katzman, 2005). Ταυτόχρονα όμως το άτομο έχει δυσλειτουργικές αντιλήψεις για το βάρος και το σχήμα του σώματός του, που το οδηγούν σε υπερβολική ανησυχία και άγχος σχετικά με την αύξηση του βάρους. Έτσι, προβαίνει σε καθαρτικές συμπεριφορές οι οποίες βραχυπρόθεσμα ανακουφίζουν το άγχος του σχετικά με την επικείμενη αύξηση του βάρους, μακροπρόθεσμα όμως του δημιουργούν ενοχή και ντροπή γύρω από την καθαρτική συμπεριφορά. Τα συναισθήματα αυτά γίνονται εκλυτικά ερεθίσματα, οπότε δημιουργείται φαύλος κύκλος ο οποίος διατηρεί το άτομο στην βουλιμία.

Η διαταραχή υπερφαγίας, όπως και οι υπόλοιπες διατροφικές διαταραχές είναι φορτίο που μεταφέρουμε για πολλά χρόνια, ακριβώς επειδή δεν γνωρίζουμε τι ακριβώς τις προκαλεί αλλά και πώς να τις αντιμετωπίσουμε τόσο σε πρακτικό, όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, με αποτέλεσμα να έχουμε έκπτωση της ποιότητας ζωής μας (Fairburn, 2003). Ο εντοπισμός των αιτίων μπορεί να οδηγήσει σε συνειδητοποίηση και προσπάθεια αποβελτίωσης της κατάστασης, με στόχο την ανάκτηση της πρότερης καλύτερης ζωής. Αυτούς τους αιτιολογικούς παράγοντες θα προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε αμέσως μετά.

3.8. **Αιτίες εμφάνισης των διαταραχών διατροφής**

Ζούμε στην εποχή της εικόνας, η αντανάκλαση της οποίας είναι ο κοινωνικός μας περίγυρος. Παράλληλα, υπάρχει καταιγισμός μηνυμάτων οπτικών και προτρεπτικών ως προς την απόκτηση του ιδανικού σώματος που ανοίγει τις πόρτες των ονείρων μας και μας οδηγεί μόνο στην επιτυχία. Το αποτέλεσμα είναι η δημιουργία μύθων και παρανοήσεων. Και όταν κάτι δεν εξελίσσεται σύμφωνα με τα πρότυπα και την προσμονή, η απογοήτευση μεγαλώνει και διοχετεύεται στο φαγητό (Hudelson et al, 2004).

Οι περιπτώσεις ψυχογενών διατροφικών διαταραχών αυξάνονται καθημερινά με όλο και περισσότερους ανθρώπους να αναζητούν εξειδικευμένη βοήθεια και υποστήριξη. Είναι πολύ σημαντικό να είμαστε ενήμεροι για την ύπαρξη τους, την σπουδαιότητά τους και τους κινδύνους που φέρνουν μαζί τους.

Πανεπιστημιακές έρευνες έχουν αποδείξει ότι αναγνωρίζοντας την ύπαρξη μιας τέτοιας διαταραχής σε ένα αρχικό στάδιο, όπου ακολουθείται από κατάλληλη ψυχολογική θεραπεία, έχει πολύ θετικά αποτελέσματα σε θέματα ανάρρωσης του ατόμου από την διαταραχή. Αυξάνοντας την γνώση και κατανοώντας τα ψυχογενή διατροφικά νοσήματα, μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης αυτών των πολύ επικίνδυνων για την υγεία νοσημάτων (Dawsonetal, 2014).

Πολλά έχουν υποστηριχθεί για την αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών και συγκεκριμένα για τη διαταραχή της συναισθηματικής υπερφαγίας, έχοντας ως κοινό παρανομαστή την πολυπαραγοντική προέλευσή της. Βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί και ατομικοί παράγοντες αλληλοεμπλέκονται και οδηγούν σε υπερφαγικά επεισόδια. Παίζει ρόλο ένα σύνολο βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Ο πιο ισχυρός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση μίας διατροφικής διαταραχής φαίνεται να είναι η δίαιτα (Berkman, 2006).

Οι παράγοντες που ενοχοποιούνται είναι:

3.8.1. **Βιολογικοί παράγοντες**

Ο παράγοντας της κληρονομικότητας ενοχοποιείται για την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι οι γυναίκες που η μητέρα

τους ή η αδελφή τους πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία έχουν πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν αυτή τη διαταραχή και οι ίδιες, παρά οι γυναίκες που δεν έχουν κάποιο μέλος της οικογένειάς τους που να πάσχει από αυτή τη διαταραχή. Οι κόρες μητέρων με διαταραγμένες συμπεριφορές σε σχέση με την λήψη τροφής φαίνεται να υιοθετούν το μητρικό πρότυπο συμπεριφορών και αντιλήψεων σε σχέση με το φαγητό και να έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν και οι ίδιες παρόμοιες συμπεριφορές. Είναι δύσκολο να διαχωρίσει κανείς τις περιπτώσεις που πυροδοτούνται από τα γονίδια, από εκείνες που αποτελούν ταύτιση προτύπων μέσα από το οικογενειακό περιβάλλον (Morris, J., 2012).

Χημικές ή ορμονικές ανισορροπίες, ιδιαίτερα εκείνες που σχετίζονται με την έναρξη της εφηβείας, μπορεί να εμπλέκονται στην εμφάνιση μίας διατροφικής διαταραχής, καθώς η εφηβική ηλικία έχει ταυτιστεί με το ηλικιακό σημείο έναρξης Δ.Δ.

3.8.2. **Ψυχολογικοί παράγοντες**

Μια ποικιλία ατομικών παραγόντων φαίνονται να σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των παρακάτω:

- Αλλαγές στις περιστάσεις της ζωής, όπως η έναρξη της εφηβείας, η κατάρρευση κάποιων σχέσεων, ο τοκετός ή ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου.
- Η τελειοθηρία και η πεποίθηση ότι η αγάπη της οικογένειας και των φίλων εξαρτάται από τα επιτεύγματα του ατόμου.
- Φόβος σχετικά με τις ευθύνες της ενηλικίωσης.
- Ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας ή απροθυμία από την πλευρά των γονέων να επιτρέψουν στα παιδιά τους να είναι ανεξάρτητα καθώς αυτά ωριμάζουν.

Το στρες συνδέεται με την παχυσαρκία, και η νευροβιολογία του στρες επικαλύπτει σημαντικά με εκείνη της όρεξης και της ενεργειακής ρύθμισης. Το άγχος αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη του εθισμού και εξάρτησης. Τα υψηλά επίπεδα του στρες αλλάζουν τις διατροφικές συνήθειες και αυξάνουν την

κατανάλωση ιδιαίτερα εύγευστων τρόφιμων, η οποία με τη σειρά της αυξάνει την περίοπτη θέση κίνητρο των τροφίμων. Οι νευροβιολογικοί μηχανισμοί δημιουργούν το άγχος, το οποίο επηρεάζει και ωθεί τα λεγόμενα «μονοπάτια ανταμοιβής», για να ενισχύσουν τα κίνητρα και την κατανάλωση των εύγευστων τροφίμων (Sinha et al, 2013).

Το άγχος μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο της αύξησης του βάρους και της παχυσαρκίας. Ως άγχος χαρακτηρίζεται η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα φόβου σε απάντηση προς έναν κίνδυνο με προέλευση άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Αποτελεί κοινή αντίδραση που απαντάται σε όλους τους ανθρώπους σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα.

Στην ψυχαναλυτική θεωρία και ειδικότερα στη δεύτερη θεωρία του Freud για το άγχος, αυτό αποδίδεται σε ενδοψυχική σύγκρουση. Διακρίνονται δύο είδη άγχους:

Το προειδοποιητικό, που κινητοποιείται από το εγώ για να προειδοποιήσει το άτομο για την επαπειλούμενη εισβολή στο συνειδητό απαγορευμένων ενορμήσεων, οπότε και ενδυναμώνονται οι αμυντικοί μηχανισμοί για τον έλεγχο τους και διατηρείται η ψυχική ισορροπία.

Το τραυματικό άγχος, που όταν συμβεί το άτομο το βιώνει σαν πανικό. Μπορεί να εμφανισθεί όταν οι απαγορευμένες ενορμήσεις εισβάλλουν στην συνείδηση. Οι ενδοψυχικές συγκρούσεις στην παιδική ηλικία μπορεί να είναι και συνειδητές, καθώς όμως το παιδί μεγαλώνει απωθούνται στο ασυνείδητο. Στην ενήλικη ζωή διάφορες συνθήκες μπορεί να επανενεργοποιήσουν μια ασυνείδητη σύγκρουση και να προκαλέσουν το άγχος . Συμβολικά οι συνθήκες αυτές κινητοποιούν παιδικούς φόβους. Οι πιο τυπικοί φόβοι που μπορούν να επανενεργοποιηθούν σε οπιαδήποτε στιγμή της ενήλικης ζωής είναι:

- Κακοποίηση, αμέλεια ή εγκατάλειψη στην παιδική ηλικία
- Ψυχικό τραύμα ή χαμένη παιδικότητα
- Απώλεια προσώπου
- Οικογενειακές σχέσεις.
- Προβλήματα σεξουαλικής ταυτότητας

Σε αυτά τα πλαίσια, τα άτομα έχοντας απωλέσει τον έλεγχο της ζωής τους, προσπαθούν να κυριαρχήσουν στο σώμα τους ελέγχοντας την ποσότητα της τροφής που καταναλώνουν. Διαχειρίζονται τις σχέσεις τους με τους άλλους μέσω του φαγητού και του σώματος. Χάνουν την αυτοπεποίθηση τους, ενώ οποιοσδήποτε από τους παραπάνω λόγους είναι ικανός να πυροδοτήσει την αδυναμία τους και να στοχεύσει στο πιο ευάλωτο σημείο τους.

Καθώς αναπτύσσεται η διατροφική διαταραχή τα θετικά χαρακτηριστικά του ατόμου κρύβονται βαθιά μέσα του. Η διαταραχή εμπλέκεται σε όλα τα κομμάτια της ζωής, όπως η εργασία, και οι σχέσεις. Αυτό τελικά οδηγεί σε ένα σχεδόν πνευματικό κενό που πρέπει να γεμίσει με φαγητό ή να λιμοκτονήσει για να νιώθει τ' άτομο έστω και εικονικά ότι κερδίζει πίσω τον έλεγχο του εαυτού του ή της ζωής του (Fassinoetal, 2007).

3.8.3. **Κοινωνικοί παράγοντες**

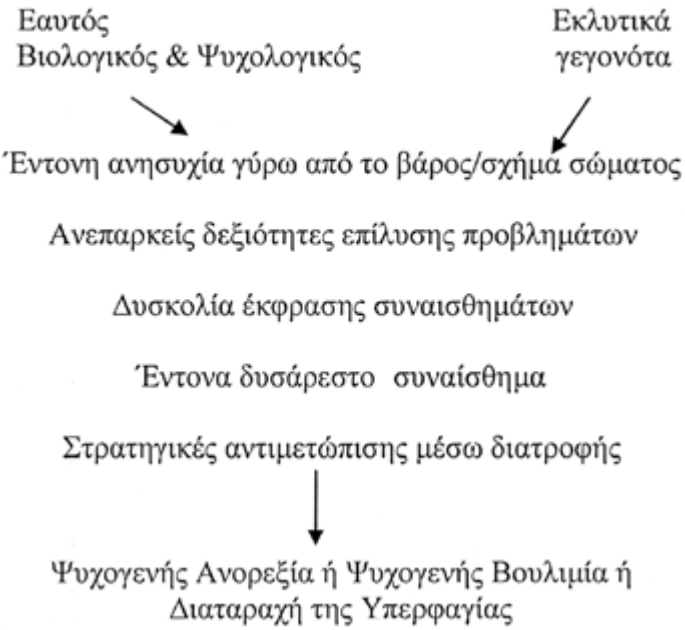
Οι διατροφικές διαταραχές ολοένα και αυξάνονται στις δυτικές κοινωνίες, και πιστεύεται ότι αυτό συνδέεται με την εμμονή μας σχετικά με την εικόνα του σώματος. Είναι ιδιαίτερα ανησυχητική η αύξηση του αριθμού των ιστοσελίδων που ενθαρρύνουν επικίνδυνους τρόπους δίαιτας για κορίτσια και νεαρές γυναίκες. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μας παρουσιάζουν το αδύνατο σώμα ως το ιδανικό, και είναι προκατειλημμένοι με τα φυσικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων. Υπάρχει γενικά η τάση αρνητικής τυποποίησης των ατόμων που είναι παχύσαρκα ή υπέρβαρα (Schmidt, 2003).

Σύμφωνα με τη Βρετανική Εταιρία για τις Ψυχογενείς Διαταραχές της Διατροφής, η τηλεόραση και όλα τα ΜΜΕ, μπορεί να επηρεάζουν τους ανθρώπους, αλλά δεν προκαλούν ψυχογενείς διαταραχές της διατροφής. Δεν αποτελούν αιτία εμφάνισης των διαταραχών αυτών. Παρόλο που σύμφωνα με στοιχεία ερευνών το 1995 ο αριθμός των κοριτσιών που προκαλούσαν έμετο προκειμένου να ρυθμίσουν το βάρος τους, ήταν ουσιαστικά μηδενικός, ενώ τρία χρόνια μετά την εισαγωγή της τηλεόρασης, ο αριθμός αυτός έφτασε το 11%.

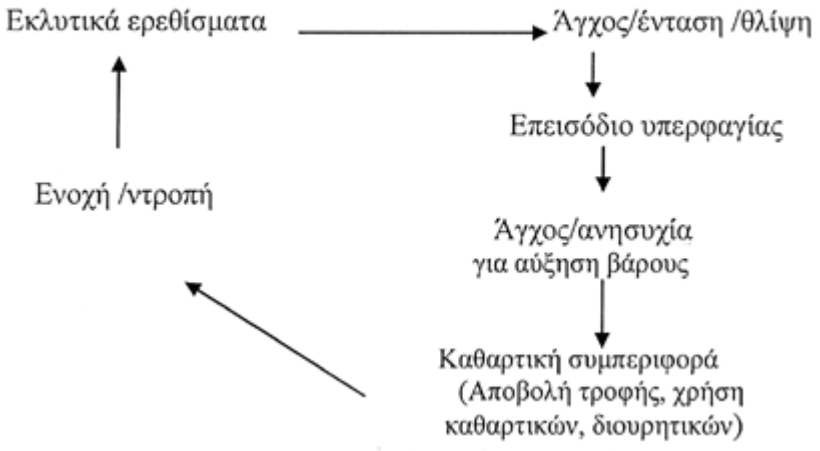
Αυτό που πρέπει όμως να γίνει είναι τα ΜΜΕ να προβάλουν ρεαλιστικές εικόνες ανθρώπων και να υιοθετήσουν μία υπεύθυνη συμπεριφορά όταν κάνουν το πορτρέτο των ανθρώπων, ανδρών ή γυναικών.

Η σύνδεση του λεπτού και γυμνασμένου σώματος με την ομορφιά είναι κοινωνικά στερεότυπα που επηρεάζουν τη διαμόρφωση σωματικών προτύπων και σε συνδυασμό με στρεβλές γνωστικές πεποιθήσεις σε σχέση με το βάρος, το σχήμα του σώματος και την τροφή, μπορούν να αποτελέσουν γόνιμο έδαφος για τη διατροφική διαταραχή. Άλλοι παράγοντες, όπως οι συνήθειες της οικογένειας γύρω από το φαγητό, η έκφραση συναισθημάτων ή οι ελλιπείς δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων έχουν ενοχοποιηθεί κατά καιρούς για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (Hayetal, 2012).

Πίνακας 1: Αιτιογένεση των διαταραχών διατροφής



Πίνακας 2: Γνωσιακός φαύλος κύκλος στη βουλιμία



Πίνακας 3: Γνωσιακός φαύλος κύκλος στη διαταραχή της υπερφαγίας

Πηγή πινάκων: Χαρίλα Ν. (2004): Γνωσιακό Συμπεριφοριστικό μοντέλο ερμηνείας και παρέμβασης στις διαταραχές διατροφής. *Νέα Υγεία, τεύχος αρ.45*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^{Ο}

Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

4.1. Ιστορική αναδρομή

Η περιγραφή της έννοιας της ψυχογενούς ανορεξίας δόθηκε για πρώτη φόρα από τον RichardMorton (1689), ο οποίος περιέγραφε δύο ασθενείς του που ενώ δεν είχαν κανένα οργανικό υπόβαθρο απέρριπταν την πρόσληψη τροφής με αποτέλεσμα να αδυνατίζουν συνεχώς. Ωστόσο , περιγραφές περιστατικών που σχετίζονταν με σημαντικά προβλήματα στη λήψη τροφής εντοπίζονται καθ' όλη την πορεία της ιστορίας από την αρχαιότητα ως το 17^{ο} αιώνα. Ιδιαίτερα, στο Μεσαίωνα υπήρχε έντονη αποδοκιμασία της υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού και παράλληλα θεοποίηση των ατόμων που κατόρθωναν να στερηθούν αυτή, ως μέσο για να προσεγγίσουν τη θεϊκή υπόσταση. Η κατάσταση τροποποιείται σημαντικά στα χρόνια της Αναγέννησης, όπου η στέρηση τροφής συνδέεται με ψυχικές ασθένειες (π.χ. μανία ή υστερία) και παύει να αποτελεί το μέσο για την εξύψωση της ψυχής (APA, 1994).

Όμως, το 1873 δίνεται η κλινική εικόνα της ψυχογενούς ανορεξίας με τη σημερινή της μορφή από δυο ανθρώπους που δραστηριοποιούνταν σε διαφορετικές χώρες, τον Γάλλο JeanLasegue και τον Άγγλο WilliamGull. OLasegue περιέγραψε μια κατάσταση που χαρακτηριζόταν από σημαντική απώλειας βάρους που δεν αποδίδονταν σε οργανική παθολογία και θεωρούσε ότι αυτή η πάθηση σχετίζονταν με

την υστερία. Ως μέθοδο θεραπείας συνιστούσε την απομόνωση από το οικογενειακό περιβάλλον. Μεγαλύτερο ενδιαφέρον όμως, παρουσίασε το άρθρο του Gull για τη ψυχογενή ανορεξία στα πλαίσια του οποίου δίνει τις δικές του διαπιστώσεις για τη φύση και την πορεία της διαταραχής. Αναλυτικότερα, ο Gull περιγράφει τη ψυχογενή ανορεξία εστιάζοντας στα σωματικά συμπτώματα (π.χ. μεγάλη απώλεια βάρους και αμηνόρροια) αλλά ταυτόχρονα επισημαίνει τη ψυχογενή φύση της διαταραχής (Wosniak et al, 2012).

Η συγκεκριμένη διαταραχή πλήττει κυρίως το γυναικείο φύλο και ιδιαίτερα την ηλικιακή ομάδα μεταξύ 16-23 ετών. Σε αντίθεση με άλλους θεωρητικούς της εποχής του δε πιστεύει ότι η ανορεξία οφείλεται στο γαστρεντερικό σύστημα ή ότι είναι μια μορφή φυματίωσης. Επισήμανε τις αρνητικές σχέσεις μεταξύ του πάσχοντα και της οικογενείας του, υποστήριξε ότι μακροπρόθεσμα η πλειονότητα των ασθενών ξεπερνά αυτή τη διαταραχή και θεώρησε ότι η ενδεδειγμένη θεραπευτική παρέμβαση είναι τα πολλά γεύματα σε μικρές ποσότητες , ώστε να αντιμετωπιστεί η απίσχναση (Μάνος, 1997).

Τον 20^{ο} αιώνα παρατηρήθηκε μια στροφή ως προς τα αίτια της ψυχογενούς ανορεξίας, τα οποία πλέον θεωρούνταν οργανικά μετά τις διαπιστώσεις του MorrisSimmons για την ύπαρξη ανωμαλιών στην υπόφυση των πασχόντων από ψυχογενή ανορεξία. Η συγκεκριμένη διαπίστωση αποτέλεσε την αφορμή για να θεωρηθεί η διαταραχή αυτή ενδοκρινολογικής φύσεως. Η αιτιολογία αυτή απορρίφθηκε το 1930 όταν φάνηκε ότι οι ανωμαλίες στην υπόφυση ήταν συνέπεια του υποσιτισμού και όχι το γενεσιουργό αίτιο.

Μετά την οργανική αιτιολογία, εμφανίστηκε η ψυχαναλυτική ερμηνεία της διαταραχής σύμφωνα με την οποία, η ανορεκτική ασθενής έχει διαστρεβλωμένες αντιλήψεις για τη σεξουαλικότητα και διακατέχεται από φόβο γονιμοποίησης από το στόμα. Το 1960 τα ερευνητικά δεδομένα συμπληρώνουν τις γνώσεις της επιστημονικής κοινότητας για τη ψυχογενή ανορεξία αναδεικνύοντας το ρόλο χαμηλής αυτοεκτίμησης, τη διαταραγμένη αντίληψη για το σώμα και τις προβληματικές σχέσεις μεταξύ ανορεκτικών κοριτσιών και των μητέρων τους. .Πλέον, στις μέρες μας υπάρχουν περισσότερα δεδομένα για τη φύση, τα χαρακτηριστικά και τα είδη διαταραχών πρόσληψης τροφής και ειδικότερα της ψυχογενούς ανορεξίας (Yooketal, 2010).

4.2. Επιδημιολογικά στοιχεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής

Σε ότι αφορά το γενικό πληθυσμό, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία εκτιμά ότι ο επιπολασμός κυμαίνεται από 0,5%-1%, ποσοστό που επιβεβαιώνεται και από διάφορες επιδημιολογικές μελέτες. Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι, όσον αφορά τις άτυπες μορφές εκδήλωσης της διαταραχής, οι οποίες εντάσσονται στην κατηγορία NOS (Not Otherwise Specified) (Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής Μη Προσδιοριζόμενες Διαφορετικά) γιατί δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια, φαίνεται να καταγράφονται σε πολύ μεγαλύτερες συχνότητες απ' ότι η τυπική ολοκληρωμένη κλινική μορφή εκδήλωσης της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Το ποσοστό επιπολασμού για τις υποτυπώδεις αυτές μορφές Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι αρκετά μεγαλύτερο από τα προαναφερθέντα ποσοστά και εκτιμάται ότι αγγίζει το 5% (APA, 2000).

Υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη για κάθε 100.000 κατοίκους αναλογούν 1,5-5 καινούρια περιστατικά Ψυχογενούς Ανορεξίας. Το φαινόμενο αυτό συχνά αποδίδεται στις αλλαγές που έχουν σημειωθεί στις νόρμες της κοινωνίας για το ιδανικό – επιθυμητό σωματικό σχήμα και βάρος. Σε ό,τι αφορά το φύλο, η Νευρογενής Ανορεξία φαίνεται από τις έρευνες ότι πλήττει κυρίως τις γυναίκες, οι οποίες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην ανάπτυξη Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής γενικά. Η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών που έχουν διαγνωσθεί με Νευρογενή Ανορεξία, κυμαίνεται από 1:10 έως 1:20. Οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 90% των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Η διαταραχή βέβαια εμφανίζεται και σε αγόρια εφήβους, αλλά και σε αυτές τις ηλικίες ισχύει το ότι τα περιστατικά είναι 15-20 φορές λιγότερο συχνά απ' ότι στα έως 1:20 (Sminketal, 2012).

Οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 90% των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Η διαταραχή βέβαια εμφανίζεται και σε αγόρια εφήβους, αλλά και σε αυτές τις ηλικίες ισχύει το ότι τα περιστατικά είναι 15-20 φορές λιγότερο συχνά απ' ότι στα κορίτσια της εφηβείας. Οι διαφορές στον επιπολασμό της Νευρογενούς Ανορεξίας μεταξύ του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού μάλλον αντανακλούν τη μεγαλύτερη έμφαση που δίνουν οι γυναίκες στα πρότυπα που προβάλλει η κοινωνία για το τι θεωρείται ελκυστικό – επιθυμητό. Τα

πρότυπα αυτά είναι γνωστό ότι εδώ και δεκαετίες προβάλλουν τη λεπτόσωμη σιλουέτα σαν το ιδανικό πρότυπο, και είναι πολλές οι ερευνητικές μελέτες που δείχνουν ότι η υπέρμετρη ενασχόληση με την τροφή και το βάρος είναι εντυπωσιακά συχνή ανάμεσα στο γυναικείο πληθυσμό. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι η Ψυχογενής Ανορεξία εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε νεαρές κοπέλες που ασχολούνται με επαγγέλματα που απαιτούν λεπτά σώματα όπως είναι τα μοντέλα, οι χορεύτριες μπαλέτου, οι αθλήτριες ορισμένων αθλημάτων (π.χ. ρυθμικής) κάτι ανάλογο ισχύει, όπως θα δούμε παρακάτω και για τους άνδρες που κινούνται σε συγκεκριμένους επαγγελματικούς χώρους (Herpertz-Dahlmann, 2009, Σπανού, Καζάνη & Τριπόδης, 2008).

Όταν η Ψυχογενής Ανορεξία απαντάται στους άνδρες, η συμπτωματολογία και τα συνοδά χαρακτηριστικά, όπως οι αναφορές για ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, είναι όμοια με αυτά που αναφέρονται και στις πάσχουσες γυναίκες. Η εκδήλωση της νόσου, ωστόσο, μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να διαφοροποιείται στους άνδρες. Για παράδειγμα έχει παρατηρηθεί ότι οι άνδρες γενικότερα ασχολούνται λιγότερο μ' ένα συγκεκριμένο προκαθορισμένο ιδανικό βάρος ή το μέγεθος των ρούχων που φοράνε και είναι περισσότερο ανήσυχοι για τη γράμμωση των μυών τους και την αποφυγή εναπόθεσης λίπους σε συγκεκριμένα σημεία του σώματός τους (Raevuori, 2009).

Η Ψυχογενής Ανορεξία παρατηρείται κατεξοχήν στις δυτικές κοινωνίες, δηλαδή τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα σε βιομηχανικά ανεπτυγμένες και πλούσιες, χώρες σε σύγκριση με αναπτυσσόμενες χώρες, όπου φαίνεται να σπανίζει. Ακόμα και μέσα σ' αυτές τις ανεπτυγμένες χώρες είναι πιο συχνή στα υψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχόντων είναι γυναίκες της Καυκάσιας φυλής και μέσης ή ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης. Αυτό ίσως να συνδέεται με το γεγονός ότι η Ψυχογενής Ανορεξία είναι περισσότερο πιθανό να αναπτυχθεί σε ένα περιβάλλον όπου υπάρχει πληθώρα διαθέσιμου φαγητού αλλά στο οποίο το να είναι οι γυναίκες λεπτές με κάποιο τρόπο εξισώνεται με υψηλό ή ξεχωριστό επίτευγμα. Ωστόσο, τα δεδομένα των ερευνών για την Ψυχογενή Ανορεξία φαίνεται ότι αλλάζουν σημαντικά σε ό,τι αφορά παραμέτρους όπως η εθνικότητα, η κοινωνικοοικονομική τάξη και το φύλο (Στρατουδάκης & Τζανάκη, 2004).

4.3. Ταξινόμηση-ορισμός

Οι πρώτες προσπάθειες ταξινόμησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας και Ψυχογενούς Βουλιμίας, με την καθιέρωση συγκεκριμένων κριτηρίων, έγιναν το 1970 και 1979 αντίστοιχα από τον Russel. Ο Russel πρότεινε τρία διαφορετικά κριτήρια τόσο για την πρώτη όσο και για τη δεύτερη. Για τη διάγνωση της ΝΑ τα αναγκαία κριτήρια ήταν:

1. Συμπεριφορά προγραμματισμένη με στόχο τη σημαντική απώλεια βάρους.

2. Νοσηρός φόβος πάχυνσης, ο οποίος αποτελεί και την κύρια ψυχοπαθολογική διαταραχή.

3. Ένδειξη συνύπαρξης ενδοκρινικής διαταραχής, η οποία στη μεταεφηβική ηλικία προκαλεί στις γυναίκες διακοπή της εμμήνου ρύσεως και στο ανδρικό φύλο απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας και ικανότητας.

Τα αντίστοιχα κριτήρια, πάντοτε κατά τον Russel, για την Ψυχογενή Βουλιμία είναι:

1. Έντονη και επίμονη παρόρμηση για υπερκατανάλωση τροφών, η οποία οδηγεί σε επεισόδια υπερφαγίας.

2. Αποφυγή του παχυντικού αποτελέσματος της υπερκατανάλωσης τροφών με τη πρόκληση εμετών ή τη χρήση υπακτικών ή και των δύο.

3. Νοσηρός φόβος πάχυνσης. Μετά περίπου από δύο δεκαετίες τα κριτήρια αυτά εξακολουθούν να ισχύουν και περιλαμβάνονται στα κριτήρια των νέων αναθεωρήσεων των ταξινομικών συστημάτων και κυρίως του DSM (DSMMD, 2000).

4.4. Διαγνωστικά κριτήρια

Τα δύο διαγνωστικά συστήματα το ICD-10 της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας (World Health Organization, 1993) και το DSM-IV-TR της Αμερικανικής Ψυχιατρικης Εταιρείας (American Psychiatric Association, 2000) περιλαμβάνουν διαγνωστικά εφαρμοσμένα κριτήρια για τη διάγνωση των κλασσικών μορφών των

διαταραχών αυτών και η συζήτηση για την καλύτερη ταξινόμηση στο μέλλον είναι ανοιχτή. Τα κριτήρια DSM-IV-TR παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα (WHO,1993), (APA,2000).

Τα Διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας κατά (ICD-10, F50.0)

Α. Το σωματικό βάρος παραμένει τουλάχιστο 15% κάτω από το αναμενόμενο (είτε λόγω απώλειας είτε επειδή ποτέ δεν επιτεύχθηκε) ή ο δείκτης της σωματικής μάζας κατά Quatelet είναι 17.5 ή λιγότερο. Σε ασθενείς προεφηβικής ηλικίας, μπορεί να παρατηρηθεί αδυναμία να επιτευχθεί η προσδοκώμενη για την ηλικία αύξηση του σωματικού βάρους.

Β. Η απώλεια βάρους αυτοπροκαλείται με την αποφυγή «παχυντικών τροφών». Είναι δυνατό επίσης να υπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα επόμενα :

α) Αυτοπροκαλούμενοι εμετοί,

β) Αυτοπροκαλούμενες κενώσεις με καθαρτικές ουσίες,

γ) Υπερβολική σωματική άσκηση,

δ) Χρήση φαρμάκων κατασταλτικών της όρεξης ή/και διουρητικών.

Γ. Υπάρχει παραμόρφωση της εικόνας του σωματικού «εγώ» υπό τη μορφή ειδικής

ψυχοπαθολογίας, κατά την οποία ο φόβος του πάχους διαρκεί ως παρέμβαλλόμενη, υπεραξιολογούμενη ιδέα και ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του χαμηλό επίπεδο σωματικού βάρους.

Δ. Υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή, του υποθαλαμο-υποφυσιο-γοναδικού άξονα, εκδηλούμενη στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άντρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας (προφανή εξαίρεση αποτελεί η επίμονη κολπική αιμορραγία σε ανορεκτικές γυναίκες, οι οποίες λαμβάνουν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης, υπό τη μορφή αντισυλληπτικών χαπιών). Επίσης μπορεί να υπάρχουν αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης και κορτιζόλης, μεταβολές στον περιφερικό μεταβολισμό των θυρεοειδικών 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. Με την ανάρρωση συχνά η ήβη ολοκληρώνεται φυσιολογικά, αλλά η εμμηναρχή καθυστερεί (APA, 2000).

4.5. Κλινική Εικόνα

Τα κεντρικά συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η απώλεια βάρους και η έντονη ενασχόληση με τη σωματική εικόνα. Στη ζωή των ανορεκτικών κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζουν οι θερμίδες, το φαγητό, η αποφυγή τροφών, έτσι ώστε να γίνονται συν τω χρόνω, μυστικοπαθείς και κοινωνικά απομονωμένοι. Μπορεί να παρουσιάσουν υπερδραστηριότητα και έντονη ανησυχία, ενώ η εμμηνορρυσία διακόπτεται στις γυναίκες. Πολλοί ανορεκτικοί υποφέρουν από τα συμπτώματα της ασιτίας, όπως σοβαρή δυσκοιλιότητα, κοιλιακούς πόνους, ζαλάδες, πρήξιμο στο στομάχι, στο πρόσωπο και τους αστραγάλους. Συνήθης είναι η ανάδυση χνουδωτής τρίχωσης στο δέρμα του σώματος και η τριχόπτωση στο τριχωτό της κεφαλής. Οι συνέπειες της ελαττωμένης κυκλοφορίας στην περιφέρεια του σώματος, εκδηλώνονται με έντονη ευαισθησία στο κρύο και την ξηρασία καθώς και αποχρωματισμένο δέρμα. Η διαταραγμένη αντίληψη των ανορεκτικών για τον εαυτό τους και τη ζωή τους έχει σαν αποτέλεσμα τη δυσκολία να δεχθούν βοήθεια. Εάν

όμως επιλυθούν οι υποκείμενες συναισθηματικές δυσκολίες και αποκατασταθεί το πρόγραμμα διατροφής, η ανάκαμψη αρχίζει σύντομα και ολοκληρώνεται σταδιακά. Το ανθρώπινο σώμα διαθέτει τεράστια αποθέματα αντοχής και οι φυσιολογικές λειτουργίες του αποκαθίστανται, με ελάχιστα ή καθόλου στίγματα του παρελθόντος (Fisheretal, 2001).

Τα συμπτώματα της διαταραχής συνοψίζονται ως ακολούθως (Strumia, 2005):

- Σοβαρή απώλεια βάρους (βάρος = 85% Φ.Β.)
- Παραμορφωμένη αντίληψη για το βάρος και το σχήμα του σώματος.
- Υπερβολική σωματική άσκηση.
- Προκλητοί έμετοι - Χρήση καθαρτικών ή διουρητικών.
- Κοινωνική απομόνωση
- Συναισθηματική αστάθεια, ευερεθιστότητα, κρίσεις θυμού.
- Δυσκολίες στον ύπνο.
- Αμηνόρροια (= 3 κύκλους) για τις γυναίκες
- Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας για τους άνδρες.
- Φτωχή περιφερική κυκλοφορία.
- Τελειοθηρία και ψυχαναγκαστικότητα.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση.

ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	**ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**		
ΑΠΩΛΕΙΑ ΟΡΕΞΗΣ ΣΥΝΕΧΩΣ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ	**ΣΩΜΑΤΙΚΑ**	**ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ**	**ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΑ**
	ΥΠΟΘΕΡΜΙΑ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΜΕΤΡΗΣΗ ΘΕΡΜΙΔΩΝ
	ΥΠΟΤΑΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ	ΜΕΤΡΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ
	ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ	ΧΑΜΗΛΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

	ΟΙΔΗΜΑ	ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΕΡΩΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ	ΙΕΡΟΤΕΛΕΣΤΙΑ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΦΑΓΗΤΟΥ
	ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ	ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ	ΤΕΛΕΙΟΘΗΡΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΜΟΣ
	ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ	
	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΟΡΓΗ	
	ΜΕΙΩΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ		
	ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΗΣ ΔΟΝΤΙΩΝ		
	ΚΑΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ		
	ΞΗΡΟΔΕΡΜΙΑ		
	ΔΥΣΑΝΕΞΙΑ ΣΤΟ ΚΡΥΟ		

4.6. Αιτιοπαθογένεια

Οι σύγχρονες αιτιολογικές προσεγγίσεις υποστηρίζουν ότι η διαταραχή είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης διαφορετικών παραγόντων. Ατομικοί, οικογενειακοί, κοινωνικο-πολιτισμικοί και βιολογικοί παράγοντες, δρουν παράλληλα με ψυχοπιεστικά γεγονότα και συμβάλλουν στην εκδήλωση της νευρογενούς ανορεξίας (Treasureetal, 2010). Επιπρόσθετα, οι ίδιοι οι ασθενείς, αρκετά έτη μετά την ανάρρωσή τους, αποδίδουν την εμφάνιση της νευρογενούς ανορεξίας περισσότερο σε προσωπικά αίτια, όπως είναι οι υψηλές απαιτήσεις από τον εαυτό τους και η τελειοθηρία, και λιγότερο σε οικογενειακά στρεσογόνα γεγονότα ή έλλειψη επικοινωνίας στην οικογένεια (Nilsson et al. 2007).

Στη δεκαετία του 1990, ο Garner πρότεινε ένα αιτιοπαθογενετικό μοντέλο για την νευρογενή ανορεξία, σύμφωνα με το οποίο οι παράγοντες που συμμετέχουν στην εμφάνιση και συντήρηση της διαταραχής διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: τους προδιαθεσικούς, τους εκλυτικούς και τους παράγοντες διαιώνισης της

διαταραχής.Οι τρεις αυτές κατηγορίες παραγόντων αλληλοεπηρεάζονται τόσο μεταξύ τους όσο και με την ανορεκτική συμπτωματολογία. Για παράδειγμα, η δίαιτα (εκλυτικός παράγοντας) μπορεί να επηρεαστεί από την τελειοθηρία που διακρίνει τον ασθενή (προδιαθεσικός ψυχολογικός παράγοντας), αλλά και το αντίστροφο. Ο υποσιτισμός (διαιωνιστικός παράγοντας) δεν ενισχύει μόνο την ανορεκτική συμπτωματολογία, αλλά μπορεί να αυξάνει ταυτόχρονα τη δυσαρέσκεια με το σώμα (εκλυτικός παράγοντας) και να επηρεάζει την εγκεφαλική λειτουργία (βιολογικός παράγοντας). Παρομοίως, η παρουσία της νευρογενούς ανορεξίας μπορεί να επιτείνει τόσο τη δυσλειτουργία της οικογένειας (προδιαθεσικός παράγοντας) όσο και τη δυσαρέσκεια με το σώμα (εκλυτικός παράγοντας) και τις αντιδράσεις των σημαντικών άλλων (διαιωνιστικός παράγοντας) (Garner 1997).

4.6.1. Προδιαθεσικοί παράγοντες

4.6.1.1. Βιολογικοί παράγοντες

Οι μελέτες κληρονομικότητας έδειξαν ότι περίπου το 33-84% της αιτιολογίας της νευρογενούς ανορεξίας μπορεί να αποδοθεί σε κληρονομικούς παράγοντες. Το αποτέλεσμα αυτό συνδυάζεται τόσο με την κλινική παρατήρηση ότι στις οικογένειες των ανορεκτικών ατόμων υπάρχουν και άλλα μέλη που πάσχουν από διαταραχή πρόσληψης τροφής. Είναι ενδιαφέρον ότι αυξημένη κληρονομική προδιάθεση δεν ανευρίσκεται μόνο για την νευρογενή ανορεξία αλλά και για ορισμένες συμπεριφορές που σχετίζονται με αυτήν, όπως η δυσαρέσκεια με το σώμα και η αυξημένη ενασχόληση με το βάρος και τη διατροφή (Gadsby, 2017).

Πληθυσμιακές μελέτες έδειξαν ότι η νευρογενής ανορεξίας είναι περίπου 3,6 φορές συχνότερη σε άτομα που γεννήθηκαν πρόωρα, ειδικά αν ήταν μικρόσωμα για την εβδομάδα γέννησής τους. Μια εξήγηση που έχει δοθεί είναι ότι οι μητέρες που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία δεν μπορούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης να σιτιστούν επαρκώς με αποτέλεσμα τα νεογνά να είναι πρόωρα και ελλιποβαρή.

Ανάμεσα στις απόψεις που κυριαρχούν για την συμμετοχή των γονιδιακών παραγόντων στην αιτιολογία της νευρογενούς ανορεξίας είναι αυτή της αλληλεπίδρασης γονιδίων-περιβάλλοντος. Σύμφωνα με αυτήν την θεωρία ορισμένα άτομα είναι γενετικά ευάλωτα για την εμφάνιση της νευρογενούς ανορεξίας. Λόγω της μεγαλύτερης γονιδιακής ευαισθησίας τους, η επίδραση διαφόρων παραγόντων, όπως είναι η δίαιτα, μπορεί να οδηγήσει ευκολότερα στην εμφάνιση νευρογενούς ανορεξίας σε σύγκριση με άτομα που δεν έχουν τη συγκεκριμένη γενετική ευαλωτότητα, αν και εκτίθενται και αυτά στο ίδιο περιβαλλοντικό παράγοντα (π.χ κάνουν δίαιτα) (Bulik 2005) .

4.6.1.2. Ψυχολογικοί παράγοντες

Η προσωπικότητα των ανορεκτικών ασθενών χαρακτηρίζεται συχνά από το ότι θέτουν υπερβολικά υψηλούς, μη ρεαλιστικούς στόχους και ότι πιστεύουν ότι οι άλλοι θα αξιολογήσουν αυστηρά την επίδοση τους, με αποτέλεσμα να προσπαθούν να πετύχουν άριστα αποτελέσματα σε κάθε τους δραστηριότητα (Fairburn, 2003). Οι ανορεκτικοί ασθενείς συχνά αμφισβητούν την ποιότητα των επιτευγμάτων τους και αντιδρούν αρνητικά στα λάθη τους θεωρώντας τα ισοδύναμα αποτυχίας (Bulik et al. 2005). Ο νευρωτισμός, η τελειοθηρία, το αίσθημα αναποτελεσματικότητας και η ψυχαναγκαστικότητα είναι παράμετροι της προσωπικότητας που φαίνεται να σχετίζονται περισσότερο με την πιθανότητα εμφάνισης νευρογενούς ανορεξίας. (Lilenfeld et al. 2006).Τέλος, ένας ακόμη ατομικός παράγοντας που σχετίζεται με την ψυχογενή ανορεξία είναι ο ασκητισμός που συνάδει με την αναζήτηση της τελειότητας. Ο ασκητισμός και η ανορεξία βασίζονται σε κάποια ιδανικά ή πιστεύω ,όπως η αυτό- πειθαρχία, αυταπάρνηση, αυτοέλεγχος των σωματικών και σεξουαλικών αναγκών και αυτοθυσία (Rikanietal., 2013).

4.6.1.3. Οικογενειακοί παράγοντες

Οι ανορεκτικοί ασθενείς βιώνουν, σε σύγκριση με μη ανορεκτικούς, περισσότερο έλεγχο από τη μητέρα τους, καθώς και υπερπροστασία και εισβολή στην προσωπική τους ζωή από την οικογένειά τους. Συχνά, οι πατέρες περιγράφονται ως ψυχροί και απόμακροι, ενώ οι μητέρες ως πολύ δυναμικές. Η ποιότητα της σχέσης του γονεϊκού ζευγαριού δεν είναι καλή. Σύμφωνα με τα

ερευνητικά δεδομένα, προκύπτει ότι τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία έχουν αναπτύξει ανασφαλή τύπου δεσμού /προσκόλλησης πράγμα που σημαίνει ότι οι σχέσεις με τις μητέρες τους ήταν προβληματικές καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του και ότι έχει γενικευτεί σε κάθε έκφανση της κοινωνικής τους ζωής (Laporte et al. 2001).

Το παιδί νιώθει την ανάγκη να απεγκλωβιστεί από την οικογένεια για να μπορέσει να αποδείξει την αξία του, όμως αυτό το υπερπροστατευτικό μοντέλο οικογένειας στο οποίο έχει μεγαλώσει, δεν του έχει προσφέρει τη δυνατότητα να νιώθει προετοιμασμένο. Το αποτέλεσμα αυτής της συμπεριφοράς είναι το παιδί να στρέφεται προς το σώμα του και να το ελέγχει απόλυτα φτάνοντας σε ακραίες καταστάσεις. (Godart et al. 2002). Αποτέλεσμα αυτής της συμπεριφοράς είναι το παιδί να νιώσει την ανάγκη να πειθαρχήσει το σώμα του και να του επιβληθεί (Polivy & Herman 2002). Επίσης, ο βαθμός της αναφερόμενης από τον ανορεκτικό ασθενή οικογενειακής δυσλειτουργίας έχει συσχετιστεί και με την καταθλιπτική συμπτωματολογία του ασθενούς (Dancyger et al. 2005).

4.6.1.4. Γεγονότα ζωής

Η έρευνα έχει δείξει ότι από το σύνολο των στρεσογόνων γεγονότων, αυτά που συνδέονται με δυσάρεστες οικογενειακές εμπειρίες, όπως η σωματική βία, το διαζύγιο των γονιών και η συναισθηματική κακοποίηση από τους γονείς, σχετίζονται περισσότερο ισχυρά με την έναρξη της νευρογενούς ανορεξίας (Wosniak, 2012).

4.6.1.5. Πολιτισμικοί παράγοντες

Σημαντικό ρόλο για την ανάπτυξη ψυχογενούς ανορεξίας αποτελούν οι κοινωνικο-πολιτισμικές επιδράσεις. Η πίεση είναι πολύ μεγάλη ειδικότερα στα κορίτσια και πολύ λιγότερο στα αγόρια που έχουν σαν προτεραιότητα συνήθως την δημιουργία ενός αθλητικού και γυμνασμένου σώματος παρά ενός πολύ λεπτού

σώματος. Τα πρότυπα ομορφιάς που έχουν καθιερωθεί στις κοινωνίες δυτικού τύπου, αναδεικνύουν ως όμορφο το αδύνατο σώμα (Rikanietal., 2013).

Η ομορφιά και η ειδωλοποίηση όμως του αδύνατου σώματος από απλή αισθητική πρόταση διαστρέφεται σε ηθικό- αξιόλογο κέλευσμα (παχυσαρκία = άγνοια και νωθρότητα, λεπτότητα = αυτοέλεγχος, ενεργητικότητα, επιτυχία) και καταλήγει σε ρατσιστικού τύπου αποκλεισμού των ήπιων υπέρβαρων γυναικών κατά κύριο λόγω, αλλά και ανδρών. Η αύξηση της ανίχνευσης περιστατικών νευρογενούς ανορεξίας μεταξύ της δεκαετίας του 1950 και του 1970 οδήγησε στη σύνδεση της νευρογενούς ανορεξίας με τη μεταβολή των προτύπων της γυναικείας ομορφιάς στις δυτικές κοινωνίες. Το νέο πρότυπο απαιτούσε από τη γυναίκα να είναι ιδιαίτερη λεπτή, γεγονός που ερχόταν σε αντίθεση με τα διαρκώς αυξανόμενα ποσοστά της παχυσαρκίας στις ευημερούσες δυτικές κοινωνίας. Το ιδανικό της ισχνότητας προβλήθηκε εντατικά τόσο από τη βιομηχανία της μόδας όσο και από μια καινούργια και ακμάζουσα βιομηχανία, αυτή που σχετιζόταν με τις δίαιτες και τη γυμναστική. Και οι δύο αυτές βιομηχανίες έχουν κατηγορηθεί ότι ευοδώνουν την εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής σε νέα άτομα, με όφελος τα τεράστια ποσά που ξοδεύονται ετήσια τόσο στις Η.Π.Α όσο και στην Ευρώπη για να επιτευχθεί αυτό το πολυπόθητο λεπτό και γυμνασμένο σώμα. (Βάρσου 2008). Η εστίαση στη φοβία της αύξησης του βάρους και στην πολιτισμική πίεση στη γυναίκα να είναι αδύνατη, έχει δεχθεί την κριτική ότι αντιμετωπίζει τη γυναίκα μονοδιάστατα και δεν λαμβάνει υπόψη ότι για τις περισσότερες ανορεκτικές ασθενείς υπάρχουν άλλες ψυχολογικές δυσκολίες, περισσότερο σημαντικές «από το πόσο αδύνατο θα είναι το πόδι τους», που συμβάλλουν στην εμφάνιση της διαταραχής. (Makino et al. 2004).

4.10.1.6. **Η επίδραση των ΜΜΕ**

Στα αγόρια η κύρια επίδραση των ΜΜΕ αφορά στην επιδοκιμασία του λεπτού σώματος στις γυναίκες. Αυτό το αποτέλεσμα προσθέτει μια άκρως ενδιαφέρουσα διάσταση. Κάποι ειδικοί υποστηρίζουν ότι τα ΜΜΕ ασκούν μια έμμεση επίδραση στην εικόνα σώματος των νεαρών γυναικών, μέσω της επιρροής που ασκούν στις προσδοκίες που αναπτύσσουν τα αγόρια αναφορικά με την εξωπραγματικά αδύνατη εμφάνιση των γυναικών. Παράλληλα, το 7% των κοριτσιών και το 2,9% των αγοριών ≪καταβάλλουν προσπάθεια ώστε να μοιάσουν στα άτομα του ίδιου φύλου που

βλέπουν στα ΜΜΕ≫. Ως μέτρο υλοποίησης της συγκεκριμένης προσπάθειας, το 22,4% των κοριτσιών και το 12,1% των αγοριών δήλωσαν ότι ακολουθούν δίαιτα κατά περιόδους, ενώ το 7,1% των κοριτσιών και το 4,1% των αγοριών δήλωσαν ότι ακολουθούν συχνά δίαιτα (Πετρούτση & Γονιδάκη, 2011).

4.6.2. Εκλυτικοί παράγοντες

4.6.2.1. Δυσαρέσκεια με το σώμα - Εφηβεία

Η εφηβεία είναι μια ιδιαίτερα ευαίσθητη περίοδος στην ανάπτυξη του ανθρώπου τόσο ψυχολογικά όσο και βιολογικά. Οι ανησυχίες για το σώμα και το βάρος, παρόλο που μπορεί να υπάρχουν ακόμα και σε μικρά παιδιά, στην εφηβεία αυξάνονται κατακόρυφα, γεγονός που σχετίζεται και με τις πολιτισμικές παραμέτρους του δυτικού πολιτισμού (Schmidt 2003).

4.6.2.2 Δίαιτα

Η δίαιτα έχει ενοχοποιηθεί ως ο κυριότερος από τους εκλυτικούς παράγοντες της νευρογενούς ανορεξίας, ιδιαίτερα όταν σχετίζεται με αυξημένη δυσαρέσκεια με το σχήμα και το βάρος του σώματος. Μάλιστα, λόγω της πολιτισμικής πίεσης κυρίως προς τη γυναίκα να έχει λεπτό σώμα και της μεγαλύτερης αναλογίας γυναικών σε σχέση με τους άνδρες που κάνουν δίαιτα, η δίαιτα στο παρελθόν είχε επιπλέον ενοχοποιηθεί και ως ένας από τους παράγοντες που εξηγούν την ανισότιμη κατανομή της εμφάνισης νευρογενούς ανορεξίας μεταξύ των δύο φύλων(Bulik 2005).

4.6.3 Παράγοντες διαιώνισης

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τη διαιώνιση της ανορεκτικής συμπτωματολογίας αφορούν κυρίως τις αντιδράσεις των σημαντικών προσώπων στη ζωή του ανορεκτικού ασθενούς και τις επιπτώσεις του υποσιτισμού. Ο θαυμασμός για το υπέρβαρο κορίτσι που χάνει πολύ βάρος γιατί καταφέρνει να «συγκρατηθεί», οι φίλες που ρωτάνε τη «μαγική συνταγή» για να χάσουν και αυτές βάρος, η δυνατότητα να φορεθούν ρούχα σε πιο μικρό μέγεθος και άλλες παρόμοιες εμπειρίες, προσφέρουν σημαντική ενίσχυση σε μια ασθενή που βρίσκεται στην έναρξη της νευρογενούς ανορεξίας. Οπότε, οι αντιδράσεις της οικογένειας και των σημαντικών άλλων μπορεί

να είναι, στα αρχικά τουλάχιστον στάδια, ενισχυτικές για τη διαιώνιση της διαταραχής (.Izydorczyk etal, 2006).

4.11. **Διαφορική διάγνωση**

Εκτός της διαφορικής διάγνωσης από άλλες ψυχιατρικές νόσους που είναι σχετικά εύκολη, πρέπει να αποκλείονται επίσης α) τα οργανικά νοσήματα που προκαλούν απώλεια βάρους, όπως τα κακοήθη νοσήματα, β) οι όγκοι του εγκεφάλου, γ) οι παθήσεις του γαστρεντερικού, (Νόσος του Crohn, σύνδρομα δυσαπορρόφησης, σύνδρομο άνω μεσεντερίων αγγείων), δ) το AIDS, ε) ο υποθυρεοδεισμός και στ) η κροταφική επιληψία.

4.12. **Θεραπευτική Αντιμετώπιση**

Η νευρογενής ανορεξία είναι μια σύνθετη, σοβαρή και συχνά χρόνια κατάσταση που η θεραπεία της απαιτεί συνεχή προσπάθεια και προσοχή. Οι παράγοντες που καθορίζουν τη θεραπευτική παρέμβαση είναι η βαρύτητα της νόσου, η διάρκειά της, αν υπάρχουν προηγούμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις και η έκβαση αυτών, η διαθεσιμότητα προγραμμάτων ίασης και η ασφαλιστική κάλυψη (hayetal, 2012). Η πιο επιτυχημένη θεραπεία είναι ένας συνδυασμός ψυχοθεραπείας, οικογενειακής θεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής, προσαρμοσμένης στις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενή. Είναι σημαντικό για το άτομο με ανορεξία να συμμετέχει εκούσια και ενεργά στη θεραπεία του, αν και πολλές φορές θεωρεί ότι δεν χρειάζεται καμία θεραπεία (Carteretal, 2011).

Η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει πρώτον στην αποκατάσταση της σωστής θρέψης, δηλαδή στην επαναφορά του βάρους στα φυσιολογικά όρια, και δεύτερον στην τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς που επιδεικνύει το άτομο στην πρόσληψη τροφής.

Οι θεραπευτικές μορφές της νευρογενούς ανορεξίας είναι η εξωνοσοκομειακή και η ενδονοσοκομειακή θεραπεία. Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία είναι ο προτεινόμενος τρόπος αντιμετώπισης της νευρογενούς ανορεξίας μόνον όταν η εξωνοσοκομειακή θεραπεία δεν μπορεί να γίνει για διάφορους λόγους (έλλειψη

υποδομών, οικονομική αδυναμία, επιβαρυμένη υγεία) ή έχει δοκιμαστεί και έχει αποτύχει (Houseetal, 2012).

4.12.1. **Φαρμακευτική Αντιμετώπιση**

Οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία εμφανίζουν ποικίλες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις μερικές από τις οποίες προσομοιάζουν με συμπτώματα ή σύνδρομα που ανταποκρίνονται στη φαρμακοθεραπεία. Η παρουσία κλινικών εκδηλώσεων αυτού του τύπου σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η ψυχογενής ανορεξία σχετικά συχνά υποτροπιάζει, οδήγησε στη μελέτη αρκετών φαρμακευτικών παραγόντων για την αντιμετώπιση της. Για παράδειγμα η διαταραχή της σκέψης για το σχήμα και το βάρος του σώματος μπορεί να γίνει τόσο έντονη που παίρνει το χαρακτήρα παραληρηματικής ιδέας. Σ' αυτή την περίπτωση τα αντιψυχωσικά φάρμακα θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην υποχώρηση παρόμοιων ιδεών (Aigneretal, 2011).

Τη δεκαετία του 1950 με την εισαγωγή στην θεραπευτική φαρμακευτική αντιμετώπιση του πρώτου αντιψυχωσικού φαρμάκου, της χλωροπρομαζίνης, υπήρξε ένα κλίμα αισιοδοξίας για τις θεραπευτικές δυνατότητες των αντιψυχωσικών φαρμάκων και στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας. Ωστόσο ο ενθουσιασμός αυτός δεν διήρκεσε πολύ. Η μικρή αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων δημιουργεί απορίες ακριβώς από το γεγονός ότι καταθλιπτική συμπτωματολογία υπάρχει πολύ συχνά στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία και ακόμη από το ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν υψηλή συχνότητα συγγενών με συναισθηματικές διαταραχές. Ακόμη, τα άλατα λιθίου δεν αποδείχθηκαν αποτελεσματικά εκτός από την αύξηση του βάρους που επέφεραν κατά το αρχικό στάδιο χορήγησης τους (Herpertz-Dahlmannetal, 2012).

Η χορήγηση φαρμάκων, καθορίζεται όχι μόνο από τη διάγνωση, αλλά και τα κλινικά χαρακτηριστικά σύμφωνα με τη κρίση του θεράποντος ιατρού. Η χορήγηση ψυχοφαρμάκων θα πρέπει να αποφεύγεται έως ότου αποκατασταθούν τα επίπεδα των ηλεκτρολυτών ή όταν έχει αποκατασταθεί σημαντική αύξηση βάρους του πάσχοντος. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI), φάρμακα με ηπιότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, είναι σκόπιμο να προτιμούνται.

4.12.2. **Ψυχοθεραπευτική Αντιμετώπιση**

Η αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας πραγματοποιείται με διάφορες θεραπευτικές πρακτικές.

Σε περίπτωση όμως χρόνιου υποσιτισμού, ενδεδειγμένη μορφή θεραπείας είναι η υποστηρικτική και όχι κάποια εξειδικευμένη. Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι καμία ψυχολογική θεραπεία από τις ήδη υπάρχουσες δεν είναι πιο αποτελεσματική σε σύγκριση με τις άλλες. Ωστόσο, έχουν παρατηρηθεί κάποιες τάσεις ανάλογα με τους τύπους της ανορεξίας. Η γνωστική–συμπεριφορική θεραπεία είναι ιδιαίτερη αποτελεσματική στη περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου. Επίσης, η οικογενειακή θεραπεία φαίνεται να είναι αποτελεσματική όταν το άτομο είναι έφηβο, και η διαταραχή έχει μικρή διάρκεια , κάτω των 3 ετών. Στις περιπτώσεις όμως που συνυπάρχουν ψυχιατρικές διαταραχές μαζί με την ψυχογενή ανορεξία απαιτούνται ειδικοί χειρισμοί τόσο ως προς το φαρμακευτικό, όσο και ως προς το ψυχοθεραπευτικό σκέλος. Για παράδειγμα, συνύπαρξη διπολικής διαταραχής και ψυχογενούς ανορεξίας αντιμετωπίζεται πιο αποτελεσματικά με τη χορήγηση αντί-επιληπτικών φαρμάκων που δε συμβάλλουν στην αύξηση του βάρους (Schmidtetal, 2012).

4.12.3. **Θεραπεία με την οικογένεια**

Η εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία της ΝΑ μπορεί να λάβει χώρα υπό τη μορφή της θεραπείας οικογένειας (family therapy). Η συστημική θεραπεία οικογένειας (Θ.Ο.) αντιμετωπίζει την οικογένεια ως σύστημα προσώπων που αλληλοεπιδρούν και των οποίων η συμπεριφορά αλληλοκαθορίζεται. Η Θ.Ο. συνίσταται σε ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες, συνήθως όχι πολλές, με τη συμμετοχή ολόκληρης ή μέρους της οικογένειας. Συζητούνται οι υγιείς εφεδρείες που διαθέτει η οικογένεια, αλλά και οι δυσλειτουργικές της πλευρές. Αναζητείται η πιθανή σχέση ανάμεσα στη συμπτωματολογία και στα προβλήματα της οικογένειας, καθώς επίσης και το νόημα που ενδεχομένως έχει το σύμπτωμα στα πλαίσια του οικογενειακού συστήματος (το σύμπτωμα ως σήμα επικοινωνίας και ως απόπειρα ρύθμισης κάποιας υπερατομικής δυσλειτουργίας) (Whitneyetal, 2012).

Κοινός τόπος σε όλες τις θεωρίες της οικογένειας είναι η δυσκολία της στη φάση της επικείμενηςαυτονόμησης και αποχωρισμού τουεφήβου. Πρόκειται για ένα

ζήτημα που έχει πάντα ανάγκη επεξεργασίας κατά τη διαδικασία της Θ.Ο. Η Θ.Ο. αποτελεί θεραπεία εκλογής στη ΝΑ όταν ο ασθενής είναι ηλικίας κάτω των 18. Για ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας φαίνεται ότι οι βραχείες ατομικές ψυχοθεραπείες είναι πιο αποτελεσματικές. Ωστόσο, ο ρόλος της Θ.Ο. στην ΨΒ δεν έχει ακόμη καθιερωθεί. Η αποτελεσματικότητα της Θ.Ο. στην ΝΑ δεν θα πρέπει να ερμηνευθεί ως ένδειξη αιτιολογικής συμμετοχής της οικογένειας στη διαταραχή (Fisher, 2010).

4.13. **Πρόληψη**

Η πρωτογενής πρόληψη στην νευρογενή ανορεξία έχει στραφεί κυρίως στους πολιτισμικούς παράγοντες που προάγουν την εμφάνιση της διαταραχής, με προεξάρχοντα το ιδανικό της ισχνότητας που επικρατεί στις δυτικές κοινωνίες. Παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται στο χώρο της μόδας και του αθλητισμού στοχεύουν στη μείωση της προβολής υποσιτισμένων ανθρώπων ως προτύπων επιτυχίας, κοινωνικής λάμψης και αποδοχής (Baileyetal, 2014).

Η δευτερογενής πρόληψη έχει εστιαστεί κυρίως στις ομάδες υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση νευρογενούς ανορεξίας, δηλαδή σε νέες γυναίκες, μαθητές ή φοιτητές και ειδικότερα σε αυτούς που κάνουν δίαιτα ή ασκούνται εντατικά. Τα προγράμματα που έχουν εφαρμοστεί έχουν κυρίως ψυχοεκπαιδευτικό χαρακτήρα με στόχο την ενημέρωση των νέων για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, τη δίαιτα και τις συνέπειές της, καθώς και για το πού μπορούν να απευθυνθούν αν υποψιάζονται ότι οι ίδιοι ή κάποιος οικείος τους νοσεί από διαταραχή πρόσληψης τροφής.

Η τριτογενής πρόληψη στην νευρογενή ανορεξία έχει την ιδιαιτερότητα ότι περιλαμβάνει όχι μόνο τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες της διαταραχής, αλλά και τις μακροχρόνιες ιατρικές επιπλοκές της (Baileyetal, 2014). Ο ανορεκτικός ασθενής που θα κατορθώσει να αντιμετωπίσει τη διαταραχή κινδυνεύει να βρεθεί μετά από αρκετά χρόνια διαδρομής στην νευρογενή ανορεξία με μισοτελειωμένες σπουδές, χωρίς εργασία και με ελάχιστους μακρινούς φίλους. Επίσης, έχει να αντιμετωπίσει την οστεοπόρωση, τη υπογονιμότητα, τη χρόνια δυσκοιλιότητα και πιθανώς και άλλα ιατρικά προβλήματα που συνοδεύουν τους ανορεκτικούς ασθενούς και μετά την υποχώρηση της διαταραχής. Συνεπώς, είναι σημαντικό να συνεχίζεται η ψυχολογική και ιατρονοσηλευτική στήριξη του ασθενούς και μετά την αποκατάσταση της

διατροφής και του βάρους τους, καθώς, ιδιαίτερα στις χρόνιες περιπτώσεις, η αποκατάσταση είναι μια μακρά διαδικασία που ξεκινάει μετά την ύφεση της νευρογενούς ανορεξίας. (Γονιδάκης & Βάρσου 2008) Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές από την πλευρά τους μπορούν να προάγουν την πρόληψη της νευρογενούς ανορεξίας, μέσω της εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας στην ευρύτερη κοινωνία, όπως είναι οι χώροι του σχολείου, του πανεπιστημίου και του νοσοκομείου, όπου συχνάζουν άτομα των ομάδων υψηλού κινδύνου.

4.14. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας

- **Νοσηλευτική Διεργασία στην Ψυχογενή Ανορεξία**

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια συστηματική, επιστημονική διαδικασία αντιμετώπισης των αναγκών για την επίλυση των προβλημάτων που παρουσιάζονται στις εκάστοτε καταστάσεις της ανθρώπινης ζωής και εφαρμόζεται σε άτομα που έχουν ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας. Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου, ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας, η εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας και τέλος η αξιολόγηση της φροντίδας. Κατά την αξιολόγηση δε πρέπει να ξεχνάμε ότι η πάθηση αυτή μπορεί να οφείλεται σε σωματικούς παράγοντες.

Το πλήρες ιστορικό και οι κατάλληλες εξετάσεις μας εξασφαλίζουν τις απαραίτητες πληροφορίες προκειμένου να αποκλεισθεί η πιθανότητα να έχει φυσιολογική βάση η μείωση του βάρους. Στην νοσηλευτική αξιολόγηση εξετάζουμε τα σημεία και συμπτώματα της διατροφικής διαταραχής. Ο νοσηλευτής παρατηρεί τα υποκειμενικά αλλά και τα αντικειμενικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι πάσχοντες, όπως π.χ διακοπή της έμμηνης ρύσης. Γίνεται αξιολόγηση των προτύπων διατροφής, πόσο τρώει, ποιες τροφές καταναλώνει και φυσικά το επίπεδο δραστηριότητας για την ύπαρξη έντονης άσκησης. Τέλος, πραγματοποιείται από το νοσηλευτή και εκτίμηση του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος. Μόλις ολοκληρωθεί η αξιολόγηση των αναγκών ορίζεται η νοσηλευτική διάγνωση η οποία κινείται σε τρεις άξονες: την ιατρονοσηλευτική παρέμβαση, την διαιτητική παρέμβαση και την αποκατάσταση των οικογενειακών δεσμών μεταξύ του πάσχοντος και του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος (Σπανού, Καζάνη & Τριπόδης, 2008).

- **Σχέση Νοσηλευτικού Προσωπικού με τον Ασθενή στη Νευρική Ανορεξία**

Η σχέση μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή έχει καταλυτική σημασία για την αντιμετώπιση της διαταραχής. Η θεραπευτική ομάδα είναι αναγκαίο να είναι σε θέση να κατανοήσει πόσο δύσκολο είναι για τον ασθενή να αλλάξει διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές, οι οποίες ο ίδιος νομίζει ότι θα τον βοηθήσουν να φτάσει στο στόχο του. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποφύγει να συνωμοτήσει με τον ασθενή στις απόπειρες του τελευταίου να υποβαθμίσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, αλλά την ίδια στιγμή θα πρέπει να του αφήνει και τα αναγκαία περιθώρια ανεξαρτησίας για να διατηρηθεί η θεραπευτική συμμαχία. Η αντιμετώπιση τέτοιων διλημμάτων είναι συχνά μια πρόκληση και απαιτεί μια ενεργό προσέγγιση από την πλευρά του νοσηλευτή. Στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι δυνατό να διατηρηθεί η συμμαχία ενώ υπάρχει σεβασμός των προκαθορισμένων ορίων και αποδοχή της ανάγκης για αλλαγή (Toledo, Ramos&Wopereis, 2011).

- **Ιατρονοσηλευτική Παρέμβαση στη Νευρική Ανορεξία**

Η ιατρική παρέμβαση έχει ως στόχο την ενυδάτωση, την αποκατάσταση των ηλεκτρολυτών του ορού και την αποκατάσταση του σωματικού βάρους. Αυτό απαιτεί καθημερινή παρακολούθηση του βάρους και της παραγωγής ούρων καθώς και συχνή αξιολόγηση των ηλεκτρολυτών.

Η νοσηλευτική φροντίδα που απαιτείται στην ψυχογενή ανορεξία περιλαμβάνει χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων, συχνό πρωινό ζύγισμα, συχνή παρακολούθηση των κλινικών και εργαστηριακών δεικτών που αφορούν τις επιπλοκές του υποσιτισμού. Επίσης, περιλαμβάνει αποτροπή των προκλητών εμετών ή της χρήσης άλλων καθαρτικών τεχνικών με επίβλεψη μετά τα γεύματα, φαρμακευτική βοήθεια για την αποκατάσταση του ύπνου, αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με μαλακτικά κοπράνων, καταστολή υπερκινητικότητας και του άγχους του ασθενούς με ηρεμιστικά-αγχολυτικά (Pike et al, 2003).

Τις πρώτες εβδομάδας θεραπείας η παρακολούθηση των ζωτικών σημείων είναι καθημερινή και έχει καθοριστική σημασία. Διαταραχή των υγρών και των

ηλεκτρολυτών, είναι πιθανό να εμφανιστούν στα αρχικά στάδια της επανασίτισης, ιδίως στους ασθενείς που βρίσκονται σε πιο σοβαρή κατάσταση.

Συχνά παρουσιάζονται προβλήματα, όπως υποκαλιαιμία, υπομαγνησιαιμία, καθώς το σώμα μετατοπίζεται από καταβολική σε αναβολική κατάσταση, το κάλιο, ο φώσφορος και το μαγνήσιο ενσωματώνονται στο μυϊκό ιστό που συντίθεται και χρησιμοποιούνται ακόμη για ενδιάμεσο μεταβολισμό. Η συχνή παρακολούθηση μέσω του αίματος μπορεί να αποτρέπει αυτά τα προβλήματα (Mehler&Brown, 2015).

Ο συνολικός αριθμός των θερμίδων, σε πολύ αδύνατους ασθενείς, θα πρέπει να ξεκινάει με την πρόσληψη 30-40 kcal/kg/day και μπορεί να αυξάνεται σταδιακά αν δεν υπάρχουν στοιχεία καρδιακής ανεπάρκειας ή περιφερειακού οιδήματος. Για να διατηρηθεί το βάρος των ασθενών αυξάνουμε τις θερμίδες σιγά-σιγά μοιράζοντας την τροφή σε πολλά μικρά γεύματα (περίπου 6 την ημέρα). Αυτό γίνεται για να αποφύγουμε το φούσκωμα που μπορεί να προκληθεί από πολύ βαριά γεύματα, γεγονός που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως δικαιολογία για άρνηση τροφής. Σε άτομα με μεγάλη ελάττωση βάρους μπορεί να χρειαστεί σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα, όπως και προσεκτική διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών (Μάνος, 1997).

Η ανάπαυση στο κρεβάτι είναι απαραίτητη αλλά πρέπει να συνοδεύεται με ενισχυμένες βόλτες και ειδική παρακολούθηση για τη περίπτωση ανάπτυξης έλκων λόγω κατάκλισης. Στις περισσότερες των περιπτώσεων, η επανέναρξη της εμμηνόρροιας και της διατροφικής υγείας, επιλύονται πριν ασθενής επιτύχει την ψυχολογική ανάρρωση.

Η αύξηση βάρους πάνω από 2-3 κιλά την εβδομάδα οφείλεται σε οίδημα ή δυσκοιλιότητα. Οι ανορεκτικοί ασθενείς παρουσιάζουν βραδυκαρδία, οπότε σε περίπτωση αυξημένου καρδιακού ρυθμού, κατά τη διάρκεια της επανασίτισης, μπορεί να ναι προάγγελος του ομωνύμου συνδρόμου. Συνίσταται επιπλέον έλεγχος, για την παρουσία οιδήματος στην περιοχή της κνήμης και στον αστράγαλο (Williams et al, 2010).

- **Διαιτητική Παρέμβαση στη Νευρική Ανορεξία**

Η θεραπεία είναι δυνατό να γίνει σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο. Εντούτοις πολλοί ασθενείς μπορεί να χρειασθούν νοσηλεία. Ενδείξεις για νοσηλεία είναι σοβαρή απώλεια βάρους (π.χ. πάνω από 30%) και απίσχνανση, η παρουσία υπότασης, υποθερμίας ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών, παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού ή ψύχωσης, αποτυχία της εξωνοσοκομειακής θεραπείας (Aigneretal, 2011).

Η θρεπτική αποκατάσταση συνεπάγεται την αποκατάσταση του κανονικού βάρους σώματος. Για τους ενηλίκους αυτό μπορεί να οριστεί ως το βάρος στο οποίο κάποιος είναι οργανικά υγιής και που κάποιος μπορεί να το διατηρήσει με την κατανάλωση ισορροπημένης διατροφής και χωρίς περιορισμούς. Αυτό το βάρος πρέπει να διατηρείται στα όρια του δείκτη μάζας σώματος (BMI = βάρος σε χιλιόγραμμα δια ύψος στο τετράγωνο) μεταξύ 20 και 25. Για τα παιδιά ή τους νεότερους εφήβους, το βάρος στόχος είναι αυτό το οποίο θα βοηθήσει τους ασθενείς να συνεχίσουν να αναπτύσσονται με φυσιολογικούς ρυθμούς. Η αξία των δεικτών BMI δεν είναι κατάλληλα καθορισμένη στα παιδιά και για αυτό οι παιδιατρικοί πίνακες ανάπτυξης πρέπει να ελέγχονται. Εντούτοις, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι η ανάπτυξη μπορεί ήδη να είχε σταματήσει από την ασθένεια, έτσι οι γιατροί δεν πρέπει να δέχονται σαν βάρος στόχο μόνο αυτό που απεικονίζει την κατάσταση της ασθένειας (Hay et al, 2012).

Ένα κατάλληλο πρόγραμμα κατανάλωσης θερμίδων για να επέλθει το απαραίτητο βάρος συντάσσεται από το διαιτολόγο, ωστόσο η ευθύνη για την εφαρμογή του βαραίνει όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Δεν είναι απαραίτητη η λήψη ειδικών τροφών, αλλά ο προγραμματισμός κανονικών γευμάτων. Ο στόχος είναι να αυξήσει ο ασθενής το βάρος του 1 έως 1,5 χιλιόγραμμα εβδομαδιαίως. Αρχικά, ορίζεται μια καθημερινή κατανάλωση λίγων θερμίδων όπως π.χ. 1.500 kilocalories (6000 kilojoules). Κάθε λίγες μέρες και ανάλογα με την πρόοδο του ασθενούς, το ποσό της ενέργειας μπορεί να αυξάνεται κατά 100-200 kilocalories. Εξαίρεση σε αυτό τον κανόνα αποτελούν οι περιπτώσεις ασθενών που η πρόσληψη πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο ήταν υπερβολικά χαμηλή (500-600 Kcal/d) σε αυτή την περίπτωση το διαιτολόγιο ξεκινάει με 800-1000 Kcal. Η επιθυμητή αύξηση βάρους κυμαίνεται από 1-1,5 Kg/week για ένα εσωτερικό ασθενή και σε 0,5-1 Kg/week για έναν εξωτερικό ασθενή (Herzogetal, 2004).

Η ενέργεια που απαιτείται για να επιφέρει την πλήρη αποκατάσταση βάρους μπορεί τελικά να φτάσει τις 3.500 kilocalories ανά ημέρα, ανάλογα με το πόσο ενεργός είναι ο ασθενής. Ωστόσο, τόσο οι νοσηλευόμενοι όσο και οι εξωτερικοί ασθενείς χρειάζονται διαρκή διαιτητική καθοδήγηση που θα τους βοηθήσει στην προσαρμογή σε ένα κατάλληλο διαιτολόγιο για τη σταθεροποίηση του βάρους τους, διατηρώντας την φυσιολογική συμπεριφορά κατανάλωσης τροφής. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να ενισχύονται ψυχολογικά για να αναπτύξουν έναν αυθόρμητο, χαλαρό τρόπο διατροφής, έτσι ώστε η συντήρηση βάρους να μην εξαρτάται από την εμμονή σε μια αυστηρή θεραπευτική δίαιτα η οποιαδήποτε επιστροφή στις περιοριστικές πρακτικές πρέπει να αποφευχθεί, δεδομένου ότι ο ασθενής μπορεί να υποτροπιάσει (Mattaretal, 2011).

- **Αποκατάσταση των Οικογενειακών Δεσμών στη Νευρική Ανορεξία**

Ο ασθενής παρουσιάζει διαταραγμένες κοινωνικές σχέσεις που οφείλονται στη χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τα μέλη της ομάδας καλούνται να ενθαρρύνουν τον πάσχοντα να εκφράσει τις ανάγκες του και τα αισθήματά του προς την οικογένειά του, όπως και της οικογενείας προς τον πάσχοντα. Η ομάδα προσπαθεί να διατηρήσει ένα ήρεμο κλίμα και να παρέμβει σε τυχόν εντάσεις (Hart et al, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^{Ο}

Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

5.1. Ιστορική αναδρομή

Η ψυχογενής βουλιμία δεν αποτελεί φαινόμενο μόνο της σύγχρονης εποχής. Από την εποχή της αρχαιότητας έχει διαπιστωθεί ότι αρκετοί άνθρωποι έπασχαν από ψυχογενή βουλιμία και σε αρκετά αρχαία συγγράμματα αναφέρονται τα συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας. Ο Ξενοφώντας στο έργο του «Κύρου Ανάβασις», το 428-354 π.Χ. αναφέρει ότι υπήρχαν στα ελληνικά στρατεύματα στρατιώτες, οι οποίοι είχαν ορισμένα συμπτώματα όπως: αδυναμία, λιποθυμία και σωματική κατάρρευση

από την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού. Ο Ξενοφώντας διερεύνησε το θέμα και έμαθε ότι τα συγκεκριμένα άτομα υπέφεραν από βουλιμία (Καλατζή-Αζίζι, 2000).

Το 200-500 μ.Χ. στο συριακό σύγγραμμα με τίτλο « Βιβλίο της Ιατρικής» το οποίο βασίζονταν σε ελληνικές πηγές, αναφέρεται η λέξη bolimos, καθώς και ορισμένα συμπτώματα της ασθένειας όπως η αδυναμία και η κενότητα στο στομάχι. Ακόμη, τον 5ο αιώνα μ.Χ. ο Αυρηλιανός ανέφερε σε ένα έργο του μια ασθένεια, η οποία χαρακτηριζόταν από την έντονη όρεξη, την απουσία μάσησης και τον εμετό. Ακόμη ανέφερε ότι οι ασθενείς είχαν πρησμένα πρόσωπα και χαλασμένα δόντια, συμπτώματα που παρατηρούνται και σήμερα στους βουλιμικούς ασθενείς (Καλατζή-Αζίζι, 2000).

Από τον 16^{ο}-19^{ο} αιώνα είχαν βρεθεί 15 περιπτώσεις ανθρώπων με τις ενδείξεις ότι έπασχαν από βουλιμία. Τα συγκεκριμένα άτομα έτρωγαν συνήθως την νύχτα, κατανάλωναν φαγητό κρυφά, έκαναν εμετό και παρατηρήθηκε ότι το βάρος τους ήταν φυσιολογικό. Ο όρος νευρογενής βουλιμία "γεννήθηκε" ωστόσο στις αρχές του 1979 (Brownell&Fairburn, 1995).

Οι πρώτες μελέτες που διεξήχθησαν, ασχολήθηκαν αρκετά με τα συμπτώματα της βουλιμίας όπως η υπερφαγία (κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού σε μικρό χρονικό διάστημα), σε σχέση με την ανορεξία. Η βουλιμική συμπεριφορά παρατηρήθηκε επίσης σε περιπτώσεις με σακχαρώδη διαβήτη, ελονοσία, καθώς και μεταξύ νέων κοριτσιών που έζησαν μακριά από τις οικογένειες τους σε εσώκλειστα σχολεία. Ωστόσο λεπτομερειακές έρευνες για τα βουλιμικά συμπτωμάτα άρχισαν να εμφανίζονται γύρω στα 1940.

Η έρευνα του Ludwig Binswanger αποτελεί ίσως την πιο παλιά και πιο λεπτομερειακή αναφορά σε βουλιμική συμπεριφορά. Το 1944 ο Binswanger περιέγραψε την περίπτωση μιας γυναίκας που είχε αναλάβει 30 χρόνια πριν (1914) και που μέχρι τότε της είχαν γίνει διάφορες διαγνώσεις για σχιζοφρένεια και σοβαρή ψυχωτική νεύρωση. Σήμερα θα λέγαμε ότι έπασχε από ψυχογενή ανορεξία με βουλιμικά χαρακτηριστικά. Η συγκεκριμένη νεαρή γυναίκα στην προσπάθειά της να χάσει το περιττό της βάρος για να μην την πειράζουν οι φίλοι της, ξεκίνησε εντατική νηστεία σε συνδυασμό με καθαρτικά. Λίγα χρόνια αργότερα τα κατάφερε να αδυνατίσει, αλλά στο μεταξύ η ενασχόληση με το βάρος της, της δημιούργησε

εμμονή και την οδήγησε σε βαριά κατάθλιψη με ιδέες αυτοκτονίας. Τελικά, ύστερα από 13 χρόνια αγώνα, αυτοκτόνησε παίρνοντας υπερβολική δόση δηλητηρίου. Η περίπτωση αυτή είναι ενδεικτική της κατάθλιψης, της εμμονής με το φαγητό και της αρνητικής σχέσης με την εικόνα του σώματος που συναντούμε και στους σημερινούς ασθενείς (Brownell&Fairburn, 1995).

Το 1945 ερευνητές ανέφεραν την εμφάνιση της βουλιμικής συμπεριφοράς σε μη ανορεκτικό πληθυσμό. Παρατήρησαν ότι η υπερφαγική συμπεριφορά ήταν κοινή μεταξύ των παιδιών μεταναστών που είχαν έρθει στις ΗΠΑ μεταξύ του 1933 και 1939 και τόνισαν την σχέση μεταξύ ψυχολογικής ανασφάλειας και υπερφαγίας. Σύμφωνα με αυτή την έρευνα τα παιδιά εγκατέλειψαν γρήγορα την υπερφαγική συμπεριφορά, μόλις τοποθετήθηκαν σε θετές οικογένειες, που τους πρόσφεραν ασφάλεια, αλλά ξανάρχιζαν τα ίδια μόλις χωρίζονταν από τη νέα τους θετή οικογένεια. Αυτές οι πρώτες παρατηρήσεις, όσον αφορά τη σχέση μεταξύ αποχωρισμού και υπερφαγίας είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες, καθώς έχει βρεθεί ότι πολλοί βουλιμικοί ασθενείς αρχικά ξεκινούν τα υπερφαγικά επεισόδια στα 18 τους χρόνια, που για τους περισσότερους είναι η περίοδος του πρώτου τους αποχωρισμού από τις οικογένειές τους.

Τέλος, το 1959 χρησιμοποιήθηκε ο όρος υπερφαγία πρώτη για να περιγράψει ένα τύπο παθολογικής συμπεριφοράς μεταξύ παχύσαρκων ασθενών. Παρατήρησε επίσης ότι τα υπερφαγικά επεισόδια επιταχύνονταν από τραυματικά γεγονότα ζωής και ότι έπειτα από αυτά τα άτομα είχαν την τάση να αυτοτιμωρούνται (Brownell&Fairburn, 1995).

Το 1976 η Marlene Boskind - Londahl ήταν από τις πρώτες ερευνήτριες που αναγνώρισαν το σύμπτωμα της βουλιμίας σε ένα πληθυσμό νεαρών γυναικών με κανονικό βάρος. Βάζοντας ένα δημοσίευμα σε μια εφημερίδα για γυναίκες που έχουν παγιδευτεί σε κύκλους υπερφαγίας, εμετού, αυστηρών νηστειών και κατάχρησης καθαρτικών, έλαβε εκατοντάδες απαντήσεις από γυναίκες που ενώ είχαν κανονικό βάρος, ένιωθαν αβοήθητες, είχαν παραποιημένες ιδέες για την εικόνα του σώματος τους και φοβόταν υπερβολικά μήπως παχύνουν, όπως ακριβώς οι ανορεκτικές ασθενείς. Παρόλα αυτά δεν ήταν τόσο διαταραγμένες ψυχολογικά όσο οι ανορεκτικές και ήταν αρκετά διορατικές όσον αφορά τα διατροφικά τους προβλήματα, ώστε να αναζητήσουν θεραπεία.

Η μέση ηλικία του συνόλου των βουλιμικών ασθενών δείχνει, ότι πρόκειται για τη πρώτη γενιά νέων γυναικών, που μεγάλωσαν στο ξεκίνημα του φεμινιστικού κινήματος. Πολλές έρευνες παρατήρησαν ότι στη διάρκεια αυτών των ετών, το κοινωνικο- πολιτισμικό περιβάλλον για τις νέες γυναίκες, βρισκόταν σε ουσιαστική μετάβαση, που φαίνεται να επηρέασε το ρόλο και τη ταυτότητα, τουλάχιστον μεταξύ ενός υπόπληθυσμού αυτής της ηλικιακής ομάδας (Brownell&Fairburn, 1995).

5.2. Ταξινόμηση-ορισμός

Ο όρος βουλιμία προέρχεται από τα αρχαία ελληνικά και σημαίνει «πείνα βοός», δηλαδή βούς και λιμός-βουλιμία, δεν έχει τη νεοελληνική έννοια που σημαίνει υπέρτερη λαιμαργία, αλλά χαρακτηρίζει μια διαταραχή στη συμπεριφορά λήψης τροφής (Μάνος, 1998)

Ως ψυχογενή βουλιμία καλείται, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και το ICD-10, το σύνδρομο κατά το οποίο υπάρχουν επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας και υπερβολική υπεραπασχόληση με τον έλεγχο του βάρους και του σχήματος του σώματος. Κατά τα επεισόδια της υπερφαγίας υπάρχει η αίσθηση της απώλειας του ελέγχου και ο ασθενής καταναλώνει μεγάλες ποσότητες φαγητού σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Στην ψυχογενή βουλιμία, τα βουλιμικά επεισόδια, τα οποία συμβαίνουν 2 φορές τη βδομάδα αποτελούν το κυρίαρχο χαρακτηριστικό. Το βουλιμικό άτομο κατά τα επεισόδια υπερφαγίας καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφής και δε σταματάει να τρώει παρά μόνο όταν πονέσει η κοιλιά του, όταν πέσει για ύπνο ή όταν κάποιος το διακόψει (Μάνος Ν, 1998).

Ένας αποδεκτός τεχνικός ορισμός της βουλιμίας έχει διαμορφωθεί από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία σύμφωνα με την οποία, ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα 2 παρακάτω στοιχεία :

1. Το άτομο τρώει μέσα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (π.χ. μέσα σε 2 ώρες) ποσότητα τροφής πολύ μεγαλύτερη από εκείνη που θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι στο ίδιο χρονικό διάστημα και κάτω από παρόμοιες συνθήκες.

2. Υπάρχει η αίσθηση απώλειας του ελέγχου στην ποσότητα της τροφής που καταναλώνει το άτομο κατά τη διάρκεια του επεισοδίου. Την αίσθηση απώλειας του ελέγχου ακολουθεί μια εφήμερη ηρεμία. Στη συνέχεια μετά τα επεισόδια της υπερφαγίας, ο ασθενής νιώθει πολλές ενοχές, θυμό και αηδία για τον εαυτό του. Ο κύκλος της υπερφαγίας συνήθως γίνεται εμμονή και επαναλαμβάνεται συχνά.

Τα παραπάνω συμπτώματα (τα επεισόδια υπερφαγίας, η ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος τα συναισθήματα ενοχής, θυμού) οδηγούν τον ασθενή να υιοθετήσει ακραία μέτρα για να αντισταθμίσει τη παχυντική "επίδραση των προσλαμβανομένων τροφών. Ο πάσχων μετά τα επεισόδια υπερφαγίας, καταφεύγει σε χρήση- κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, κατασταλτικών ή εξαναγκάζει τον εαυτό του να κάνει εμετό. Επιπλέον μπορεί να υποβάλει τον εαυτό του σε αυστηρές δίαιτες, σε νηστείες που εναλλάσσονται με επεισόδια υπερφαγίας, καθώς και σε εντατική άσκηση προκειμένου να αποφευχθεί η αύξηση του σωματικού βάρους (Καζάνη, Σπανού & Τριπόδης, 2008).

5.3. Διαγνωστικά κριτήρια

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

1. Τα επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται: α) από το να τρώει κάποιος μέσα σε μια διακριτή χρονική περίοδο λ.χ σε μια περίοδο 2 ωρών μια ποσότητα φαγητού, που είναι σαφώς μεγαλύτερη από όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις. β) από μια αίσθηση απώλειας ελέγχου της υπερφαγίας, μια αίσθηση δηλαδή ότι δεν μπορεί το άτομο που πάσχει από βουλιμία να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει.

2. Η επανειλημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά- προκειμένου να αποτραπεί η απόκτηση βάρους, όπως π.χ. η πρόκληση εμετού, η κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, ενεμάτων, ο υποκλυσμός ή η χρήση άλλων φαρμάκων, η νηστεία και η υπερβολική άσκηση.

3. Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν κατά μέσο όρο 2 φορές τη βδομάδα για 3 μήνες.
4. Η εκτίμηση του εαυτού (του βουλιμικού ατόμου) αδικαιολόγητα επηρεάζεται από το σχήμα του σώματος και το βάρος.
5. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας (Βάρσου, 2008).

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV υπάρχουν 2 τύποι βουλιμικών ατόμων:

Α. Ο Καθαρτικός Τύπος-Ο Τύπος Κάθαρσης όπου κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμετού, ή στην κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών, ενεμάτων, ή υποκλυσμών.

Β. **Ο Μη Καθαρτικός Τύπος**-Ο Τύπος Της Μη Κάθαρσης Ο μη καθαρτικός τύπος κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, χρησιμοποιεί άλλες ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές όπως ηνηστεία, η υπερβολική άσκηση, αλλά δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμετού, ή στην κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, ενεμάτων, υπακτικών, ή υποκλυσμών (Βάρσου, 2008).

5.4. Κλινική εικόνα

Αρκετά συχνά η ψυχογενής βουλιμία αποτελεί συνέχεια μιας προ υπάρχουσας ανορεκτικής συμπτωματολογίας ή ακολουθεί μια μακρόχρονη ενασχόληση και προσπάθεια του πάσχοντος να περιορίσει το φαγητό του. Η κλινική εικόνα του βουλιμικού ασθενούς είναι αρκετά διακριτή. Οι πάσχοντες προσπαθούν να ασκήσουν έλεγχο στο σωματικό τους βάρος είτε με συγκεκριμένη δίαιτα, μένοντας μακριά από τροφές υψηλής θερμιδικής απόδοσης, είτε μέσω αυτοπροκλητών εμετών και κατάχρησης υπακτικών.

Πολλές φορές το περιβάλλον των ασθενών δεν αντιλαμβάνεται τις κλινικές εκδηλώσεις της βουλιμίας, καθώς οι πάσχοντες φροντίζουν να συγκαλύπτουν επιμελώς τις συμπεριφορές τους, με αποτέλεσμα, ακόμα και για χρόνια, να

παραμένουν κρυφά τα υπερφαγικά επεισόδια και οι εμετοί (Abraham&Lewelly, 1997).

Οι πάσχοντες χρησιμοποιούν τροφές εύκολες για κατάποση και εξέμεσή τους. Κατά κανόνα είναι ουσίες είναι ουσίες με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπη και υδατάνθρακες, τις οποίες οι ίδιοι οι ασθενείς αρνούνται κάτω από άλλες συνθήκες. Μερικές φορές η ποσότητα της τροφής που καταναλώνεται περιέχει μέχρι και το 30πλάσιο σε θερμιδική αξία από την τροφή που θα καταναλωνόταν κάτω από φυσιολογικές συνθήκες. Συνήθως οι βουλιμικοί ασθενείς έχουν την τάση να τρώγουν γρήγορα και κρυφά μεγάλες ποσότητες τροφών, ακόμα και χωρίς να τις μασήσουν. Τα βουλιμικά επεισόδια συχνά συμβαίνουν κατά τη διάρκεια των νυκτερινών ωρών.

Οι ασθενείς αυτοί έχουν ιδιαίτερη ενασχόληση με την εικόνα του σώματος τους και τη συνολική τους εμφάνιση και φαίνεται να ανησυχούν για τη γνώμη που έχουν οι άλλοι γι' αυτούς αλλά και για τη σεξουαλική τους ελκυστικότητα. Πάντως σε σχέση με τους ανορεκτικούς ασθενείς οι βουλιμικοί είναι περισσότερο σεξουαλικά ενεργοί (Βάρσου, 2008).

Συμπτώματα βουλιμίας

- αφυδάτωση και κακή κατάσταση του δέρματος
- αποδυνάμωση του οργανισμού (εξάντληση, καρδιακές αρρυθμίες)
- απορρύθμιση της εμμηνόρροιας
- οδοντική και στοματική φθορά
- πρησμένοι σιελογόνοι αδένες
- τελειομανία
- κοινωνική απομόνωση (Σολδάτος & Λύκουρας, 2006).

Επιπλοκές

- Μετά από ένα επεισόδιο υπερφαγίας, το στομάχι μπορεί να υποστεί ρήξη και να επέλθει ο θάνατος
- Αναιμία

- Καρδιακά προβλήματα, όπως αρρυθμίες
- Αμηνόρροια δηλαδή απουσία της περιόδου
- Γαστρεντερικά προβλήματα, όπως δυσκοιλιότητα και ναυτία
- Ηλεκτρολυτικές διαταραχές, όπως χαμηλό κάλιο, νάτριο και χλώριο στο αίμα (Σολδάτος & Λύκουρας, 2006).

5.5. Αιτιοπαθογένεια

Τα ακριβή αιτία της νευρογενούς βουλιμίας, είναι άγνωστα, όμως υπάρχουν πολλοί πιθανοί παράγοντες που θα μπορούσαν να παίξουν ρόλο στην ανάπτυξη της. Αυτοί είναι:

- **Κοινωνικο – πολιτισμικοί παράγοντες**

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 60 δόθηκε έμφαση στο να είναι οι γυναίκες αδύνατες. Οι ερευνητές απέδειξαν ότι τις τελευταίες δύο δεκαετίες το προτιμώμενο στυλ σώματος, ιδιαίτερα για τις γυναίκες γίνεται όλο και πιο αδύνατο. Αυτή η έμφαση στη λεπτότητα συνοδεύτηκε από μια απελευθέρωση στα προϊόντα δίαιτας. Έχει επίσης ενδιαφέρον να σημειώσουμε ότι η μανία για αδυνάτισμα μεταξύ των γυναικών, προέκυψε σε μια περίοδο, όπου ο μέσος όρο βάρους στο γενικό πληθυσμό είχε σταδιακά αυξηθεί, κυρίως ως αποτέλεσμα καλύτερης διατροφής. Επιπλέον, φαίνεται ότι οι σύγχρονες ιδανικές γυναικείες αναλογίες (ψηλή, αδύνατη) είναι ένα στυλ σώματος, που φαινόταν γενετικά αδύνατο για τις περισσότερες γυναίκες να το πετύχουν (SueD&SueS 1997).

Επομένως μέσα σε ένα περιβάλλον αυξημένης εστίασης στο να αδυνατίσουν και σύγχυσης για το πώς να εκφράσουν τη θέληση να το πετύχουν, το κυνήγι της λεπτότητας μπορεί να προέκυψε ως ένα μέσο με το οποίο οι νέες γυναίκες θα μπορούσαν να συναγωνίζονται μεταξύ τους και να επιδεικνύουν αυτοέλεγχο. Στη πραγματικότητα το να καταφέρει κάποια γυναίκα να αδυνατίσει, εκτιμάται πολύ και επιφέρει ζήλια και σεβασμό μεταξύ των γυναικών στο σύγχρονο πολιτισμό (SueD&SueS 1997).

- **Η Επίδραση των μέσων μαζικής ενημέρωσης**

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της εικόνας του σώματος του ατόμου, και συντελούν στην ανάπτυξη και συντήρηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Στη σύγχρονη εποχή ασκείται πίεση στο ευρύ κοινό από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, να αποκτήσουν ένα αδύνατο και καλά γυμνασμένο σώμα. Τα μηνύματα που μεταδίδονται συντελούν στην εκδήλωση επικίνδυνων συμπεριφορών, όπως υπερβολικές δίαιτες, η εξοντωτική άσκηση και η συνεχής ενασχόληση με το σχήμα του σώματος (Davison&Neale, 1994), (SueD&SueS 1997).

Η συνεχώς αυξανόμενη πίεση που ασκούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για την απόκτηση πιο αδύνατου σώματος, επιβεβαιώνεται από μια πρόσφατη έρευνα που αφορά των αριθμό των διαφημιστικών μηνυμάτων που προβάλλονται στην αμερικανική τηλεόραση. Από το 1973 μέχρι το 1991 οι διαφημίσεις των τριών μεγαλύτερων αμερικανικών τηλεοπτικών καναλιών που αφορούσαν τις διαιτητικές τροφές, τα προγράμματα δίαιτας και τα ινστιτούτα αδυνατίσματος υπέρετραπλασιάσθηκαν (Davison&Neale, 1994), (SueD&SueS 1997).

- **Χαρακτηριστικά του ατόμου**

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, υπάρχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά στην προσωπικότητα των ατόμων που υποφέρουν από βουλιμία και συχνά προϋπάρχουν της εμφάνισης του προβλήματος.

Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα εξής:

α) Η χαμηλή αυτοεκτίμηση

Τα βουλιμικά άτομα διακατέχονται μονίμως από συναισθήματα ανεπάρκειας, αναξιότητας και ανασφάλειας. Από την παιδική τους ηλικία ένιωθαν ότι είχαν άδικη μεταχείριση από τα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος τους, με αποτέλεσμα τα παραπάνω συναισθήματα να έχουν αποκρυσταλλωθεί και να αποτελούν μέρος της προσωπικότητας τους. Συχνά τα συναισθήματα αυτά θεωρούνται μέρος της κατάθλιψης τους και της απογοήτευσης τους και είναι εφικτό να εξαλειφθούν καθώς το πρόβλημα υποχωρεί (www.eatingdisorders.gr).

β) Η τελειομανία

Ένα άλλο μόνιμο χαρακτηριστικό των βουλιμικών ατόμων είναι η τελειομανία. Οι βουλιμικοί, νιώθουν έντονη την ανάγκη να γίνουν κοινωνικά αποδεκτοί και συνήθως αποφεύγουν τις συγκρούσεις. Είναι φιλόδοξοι και τελειοθηρικοί, θέτουν ανέφικτους στόχους και έχουν παράλογες απαιτήσεις και προσδοκίες από τον εαυτό τους

Επίσης, οι βουλιμικοί και οι ανορεκτικοί έφηβοι, θέτουν υψηλούς στόχους όσον αφορά την επίδοσή τους στο σχολείο και συχνά τους πετυχαίνουν. Είναι άριστοι μαθητές, καθώς στα περισσότερα μαθήματα που παρακολουθούν έχουν άριστους βαθμούς και ασχολούνται με πολλές δραστηριότητες στο σχολείο, όπως με τον αθλητισμό (Gilbert, 2000).

γ) Η δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος

Στις διαταραχές πρόσληψης τροφής υπάρχει διαταραχή της αντίληψης της εικόνας του σώματος και της συναισθηματικής στάσης στο σώμα. Οι βουλιμικοί ή οι ανορεκτικοί έφηβοι, νιώθουν δυσφορία για το σώμα τους, παρερμηνεύουν ή υπερτιμούν τις σωματικές τους διαστάσεις και εμμένουν σε απειροελάχιστα ελαττώματα (π.χ. στα ίχνη κυτταρίτιδας) ή σε μια σιλουέτα που ποτέ δεν πρόκειται να αγγίξει την τελειότητα. Η διαταραχή της εικόνας του σώματος μπορεί να αποτελεί διαταραχή της εικόνας ενός συγκεκριμένου σημείου του σώματος όπως του στήθους, των γοφών, του προσώπου, των ισχύων, της περιφέρειας (Gilbert, 2000).

δ) Η Ανησυχία για την εμφάνιση και το βάρος

Έχει παρατηρηθεί ότι τα βουλιμικά άτομα ανησυχούν σε μεγάλο βαθμό για την εξωτερική τους εμφάνιση και για το βάρος του σώματος τους. Επίσης διακατέχονται από έναν επίμονο φόβο ότι θα παχύνουν και για το λόγο αυτό επιθυμούν να χάσουν βάρος. Πολλοί βουλιμικοί ελέγχουν σε καθημερινή βάση το βάρος του σώματός τους με το να ζυγίζονται κάθε μέρα. Πάνω από το 1/4 των γυναικών με ψυχογενή βουλιμία, ζυγίζονται τουλάχιστον μια φορά τη μέρα σε σύγκριση με το 20% του γενικότερου πληθυσμού. Ορισμένοι ασθενείς θεωρούν ότι είναι βασανιστικό να ζυγίζονται τόσο συχνά και αποφασίζουν να μην ζυγίζονται καθόλου. Ακόμη όμως και όταν αποφεύγουν το ζύγισμα, εξακολουθούν να ανησυχούν υπερβολικά για το βάρος τους (Williams et al, 2012).

ε) Η έλλειψη εμπιστοσύνης.

Τα άτομα που έχουν ψυχογενή βουλιμία δυσκολεύονται να εμπιστευτούν τους ανθρώπους του περιβάλλοντός τους και είναι δύσπιστοι προς αυτούς. Αυτή η δυσπιστία εκφράζει ένα φόβο που τους διακατέχει. Φοβούνται ότι αν δείξουν εμπιστοσύνη στους γύρω τους, θα υπερεμπλακούν και **θα εξαρτηθούν μαζί τους, ή ότι οι άλλοι θα τους απορρίψουν και θα τους παραμελήσουν (Bardone-Cone et al, 2010).**

ζ) Η απομόνωση στα άτομα που έχουν ψυχογενή βουλιμία

Η απομόνωση, αποτελεί χαρακτηριστικό των εφήβων και των ενήλικων ατόμων που πάσχουν από κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής. Οι βουλιμικοί ή οι ανορεκτικοί έφηβοι σταματούν τις περισσότερες συναναστροφές που είχαν με τους φίλους τους και με τους συντρόφους τους, αλλά για να μην καταλάβουν οι γονείς τους ότι τους συμβαίνει κάτι, δεν απομονώνονται ολοκληρωτικά από τον περίγυρό τους (Bardone-Cone et al, 2010).

η) Η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας.

Είναι γεγονός ότι τα άτομα που έχουν ψυχογενή βουλιμία ή ανορεξία εμφανίζουν χαρακτηριστικά της μεταιχμιακής διαταραχής της προσωπικότητας**,** όπως:

1. Ασταθείς και έντονες σχέσεις. Τα βουλιμικά άτομα διακατέχονται από το φόβο της εγκατάλειψης και εξιδανικεύουν τους γύρω τους, ενώ παράλληλα μπορεί να τους υποτιμούν.

2. Διαταραχή της ταυτότητας, όπου υπάρχει μια ανεπαρκής αίσθηση του Εγώ, μια διαταραγμένη προσωπική εικόνα και αισθήματα κενού.

3. Διαταραχή στη διάθεση, όπου τα βουλιμικά άτομα έχουν έντονα και γρήγορα εναλλασσόμενα συναισθήματα.

4. Παρορμητική συμπεριφορά όπου το άτομο επιδίδεται στην κατάχρηση ουσιών, σε αχαλίνωτη σεξουαλική συμπεριφορά, στην σπατάλη χρημάτων, στην απερίσκεπτη οδήγηση και έχει απώλεια ελέγχου του θυμού. Παράλληλα, το βουλιμικό άτομο εκφράζει απειλές, και συχνά οδηγείται στους αυτοτραυματισμούς.

5.6. **Θεραπευτική αντιμετώπιση**

Η αντιμετώπιση της νευρογενούς βουλιμίας είναι μια μακροχρόνια και συχνά πολύπλοκή διαδικασία και μπορεί να συνεπάγεται αλλαγές της συμπεριφοράς, τις οποίες μπορεί να αντιλαμβάνονται απειλητικά οι ασθενείς, για παράδειγμα να εγκαταλείψουν το όνειρό τους για το "ιδανικό" σώμα. Σε καμία περίπτωση οι πάσχοντες δε πρέπει να δέχονται κριτική, γι' αυτά που σκέφτονται και τα πιστεύω τους, αναφορικά με τις διατροφικές του συνήθειες.

Το θεραπευτικό σχήμα για να επιτύχει θα πρέπει να βασίζεται στην ψυχολογική υποστήριξη του πάσχοντος σε συνδυασμό με τη διαιτητική και φαρμακευτική αγωγή (McElroyetal, 2012).

5.6.1. **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Έχει αποδειχθεί από τους ερευνητές ότι η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων συμβάλλει στη μείωση των κρίσεων υπερφαγίας, της καθαρτικής συμπεριφοράς και της κατάθλιψης που έχουν οι βουλιμικοί ασθενείς. Επίσης με τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, βελτιώνεται η διάθεση, η αίσθηση ελέγχου στο φαγητό και μειώνεται η ενασχόληση με το φαγητό.

Η χορήγηση των ήπιων αντικαταθλιπτικών όπως της Φλουοξετίνης μειώνει κατά 50% τα επεισόδια υπερφαγίας και τους εμετούς και είναι αποτελεσματική όταν χορηγείται σε δόση πάνω από 60mg. Η Τραζοδόνη άλλο ένα ήπιο αντικαταθλιπτικό έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα στη μείωση των βουλιμικών συμπτωμάτων και η Βουπροπιόνη επίσης αν και μειώνει κατά 65% περίπου τα συμπτώματα υπερφαγίας, η χορήγηση της απαγορεύεται επειδή προκαλεί σπασμούς.

Συμπερασματικά αναφέρεται ότι αν και τα αποτελέσματα της χορήγησης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στους βουλιμικούς είναι θετικά, έχει αποδειχθεί ότι δεν έχουν μεγάλη διάρκεια (McElroyetal, 2012).

5.6.2. **Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση**

Μία αντίληψη σχετικά με την αιτιολογία της υπερφαγίας είναι ότι αυτές οι παράδοξες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές είναι μια προσπάθεια του ατόμου να αποφύγει την επίγνωση του εαυτού του, ή είναι απόρροια της δυσκολίας του ατόμου στην ρύθμιση των αρνητικών συναισθημάτων του. Η υπερφαγία θεωρείται ως αποτέλεσμα διαταραγμένης ρύθμισης του συναισθήματος και χαμηλής ανοχής στα δυσάρεστα συναισθήματα. Τα υπερφαγικά επεισόδια αποτελούν αντίδραση στα αρνητικά συναισθήματα-μείωση των δυσάρεστων συναισθηματικών εμπειριών και διατηρούνται μέσω της αρνητικής ενίσχυσης (Walshetal, 2004).

Σύμφωνα με την συμπεριφοριστική θεώρηση η ψυχογενής βουλιμία οφείλεται σε αρνητικές μαθημένες συνεξαρτήσεις με το περιβάλλον. Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες αναζητούν τα βαθύτερα αίτια της διαταραχής σε πεδία ασυνείδητων συγκρούσεων παρόμοια με αυτά της ανορεξίας. Επίσης εκφράζει τις συγκρούσεις σε σχέση με απωθημένες σεξουαλικές επιθυμίες, επιθυμίες για εγκυμοσύνη ή διαταραχή στον έλεγχο του εαυτού. Οι ψυχοδυναμικές θεωρίες προτείνουν επίσης ότι η βουλιμία οφείλεται στην αδυναμία του ατόμου να ανακαλέσει στη μνήμη ανακουφιστικές εικόνες της μητέρας σε περιόδους αποχωρισμού από αυτήν, δηλαδή έλλειψη σταθερότητας του αντικειμένου (Χαρίλα, 2008).

- **Γνωσιακή-Συμπεριφορική Παρέμβαση στη Ψυχογενή Βουλιμία**

Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι αποτελεί μια αποτελεσματική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας η οποία αποτελεί και την θεραπεία εκλογής. Εστιάζεται τόσο στις συμπεριφοριστικές αντιδράσεις όσο και στην αιτιογένεση των διαταραχών αυτών, καθώς και στους μηχανισμούς οι οποίοι τις διατηρούν Οι κυριότερες γνωσιακές-συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις για την θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας βασίζονται στη θεραπεία της συμπεριφοράς, την γνωσιακή θεραπεία, καθώς και τη διαλεκτική-συμπεριφοριστική θεραπεία. Επιπρόσθετα γνωσιακά-συμπεριφοριστικά προγράμματα για την βελτίωση της εικόνας σώματος και της διεκδικητικής συμπεριφοράς είναι απαραίτητα για τις ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία. Ψυχογενής Βουλιμία (Χαρίλα, 2013).

Η διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων και η αύξηση της ανοχής σε αυτά είναι τεχνικές οι οποίες εντάσσονται στην διαλεκτική-συμπεριφοριστική

θεραπεία, ενώ η τεχνική της έκθεσης είναι η κυρίως τεχνική η οποία εφαρμόζεται στο πλαίσιο της θεραπείας της συμπεριφοράς.

Ειδικότερα, η θεραπευτική παρέμβαση για την ψυχογενή βουλιμία περιλαμβάνει δύο φάσεις. Η πρώτη φάση στοχεύει α) στην εγκατάσταση καλής θεραπευτικής σχέσης και β) στην εκπαίδευση σχετικά με ρύθμιση-έλεγχο του βάρους σώματος, τις επιπτώσεις της αντιρροπιστικής συμπεριφοράς, καθώς και τις επιπτώσεις της δίαιτας και της υπερφαγίας. Κύριος στόχος εδώ είναι κυρίως η αλλαγή των συνηθειών στο φαγητό (αλλαγή στάσης) και στο σπάσιμο του ψυχολογικού φαύλου κύκλου (Χαρίλα, 2008).

Η δεύτερη φάση της θεραπείας περιλαμβάνει διερεύνηση των εκλυτικών παραγόντων των βουλιμικών κρίσεων, διάγνωση πιθανών συνοδών διαταραχών (π.χ κατάθλιψη) που μπορεί να αποτελούν πιθανούς εκλυτικούς παράγοντες, ενασχόληση με αυτούς τους εκλυτικούς παράγοντες, εξοικείωση με τις γνωσιακές αρχές, αναγνώριση λανθασμένων αντιλήψεων και εύρεση εναλλακτικών, εύρεση εναλλακτικών συμπεριφορών καθώς επίσης και διερεύνηση των σχέσεων μέσα στην οικογένεια. Εάν πρόκειται για έφηβο πελάτισσα, η συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον είναι απαραίτητη. Συνήθως, οι τεχνικές αντιμετώπισης προβλημάτων καθώς και βελτίωσης διεκδικητικής συμπεριφοράς είναι πολύ βοηθητικές στη φάση αυτή (Χαρίλα, 2008).

Κύριος στόχος στη θεραπεία της διαταραχής υπερφαγίας είναι η μείωση του βάρους. Αρχικά, είναι σημαντική και εδώ η εγκατάσταση καλής θεραπευτικής σχέσης, που στηρίζεται στο κλίμα ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Εφαρμόζεται και εδώ η μέθοδος της αυτοπαρατήρησης.

Τα θεραπευτικά στάδια για τη διαταραχή υπερφαγίας περιλαμβάνουν:

1. εκπαίδευση γύρω από την παχυσαρκία,
2. διερεύνηση ερεθισμάτων στα οποία συμβαίνουν οι υπερφαγικές κρίσεις,
3. διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων, εάν από την αξιολόγηση έχουν φανεί ότι αποτελούν εκλυτικά ερεθίσματα,
4. διερεύνηση γνωσιών (κυρίως γύρω από τον έλεγχο),
5. εύρεση και τροποποίηση διεργασιακών λαθών,

6. τροποποίηση της αυστηρής υπεραξιολόγησης των πελατών αυτών για τον εαυτό τους,
7. αύξηση ελέγχου πάνω στην τροφή,
8. μείωση της ποσότητας της τροφής,
9. βελτίωση δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων,
10. βελτίωση διεκδικητικής συμπεριφοράς.

Παράλληλα με τις γνωσιακές τεχνικές που στόχο έχουν την αναδόμηση δυσλειτουργικών αντιλήψεων σε σχέση με το φαγητό ή και τον εαυτό, η εφαρμογή συμπεριφοριστικών τεχνικών είναι επίσης πολύ βοηθητικές, όπως για παράδειγμα, η καθυστέρηση αντίδρασης σχετικά με την λήψη τροφής, η τεχνική της αντικατάστασης της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς με μια άλλη, η τεχνική της έκθεσης, καθώς και η θετική ενίσχυση (Wandetal, 2015).

- **Η Ψυχοδυναμική Θεραπεία**

Οι θεωρητικοί της ψυχοδυναμικής ενδιαφέρθηκαν περισσότερο για τις ενδοψυχικές επιρροές στην υπερφαγία. Προσπάθειες για παρέμβαση στην οργάνωση της προσωπικότητας περιλαμβάνουν την εκτίμηση της δομής της προσωπικότητας, του στυλ, των συγκρούσεων και των ελλειμμάτων της προσωπικότητας. Αυτό μπορεί να επιτευχτεί καταρχήν με την ανάπτυξη και την ανάλυση της μεταβίβασης του ασθενή στο θεραπευτή. Πρωταρχικά βήματα σε αυτή τη διαδικασία μπορεί να περιλαμβάνουν την ανάλυση του ασθενούς με το θεραπευτή και την αντίσταση του ασθενούς να αναπτύξει μεταβίβαση και του θεραπευτή την αντιμεταβίβαση και αντίστοιχη αντίσταση στον ασθενή. Σε αντίθεση με την εξωτερική επικέντρωση της γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, ο πρώτος μηχανισμός για θεραπευτική αλλαγή στη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει μια επικέντρωση στο τι συμβαίνει κατά την ίδια τη θεραπευτική συνεδρία (Wand et al, 2015).

Μια από τις βασικές μεθόδους ψυχοδυναμικής αποτελεί η Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία (IPT) η οποία ενθαρρύνει το άτομο να εξερευνήσει διαφορετικούς τρόπους συσχετισμού με άλλους ανθρώπους. Η συγκεκριμένη θεραπεία αποτελεί την πρώτη από τις προσεγγίσεις της κατευθυνόμενης ψυχοθεραπείας. Είναι δημιουργία

των Gerald Klerman και Myrna Weissman. Έγινε αρχικά γνωστή ως μια μη ενδοσκοπική βραχείας διάρκειας ψυχολογική θεραπεία για την κατάθλιψη περιλαμβάνει δε περίπου 15–20 συνεδρίες και κάθε συνεδρία διαρκεί 50 λεπτά περίπου. Η θεραπεία διαρκεί συνολικά πέντε μήνες ή και παραπάνω. Εστιάζεται δε στο παρόν και στις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενούς. Η διερεύνηση των παραγόντων που προκάλεσαν και διατήρησαν την ψυχογενή βουλιμία, εστιάζεται στις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενούς και όχι στον εσωτερικό του κόσμο (Χαρίλα, 2008).

Οι Ομάδες Ψυχοθεραπείας

Ένα άλλο είδος ψυχοθεραπείας το οποίο ενδείκνυται για τους ασθενείς που έχουν διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία. Η ομαδική ψυχοθεραπεία, έχει αποδειχθεί ότι είναι πολύ χρήσιμη για τους ασθενείς που έχουν ψυχογενή βουλιμία. Η ομαδική ψυχοθεραπεία που απευθύνεται σε βουλιμικούς ασθενείς συνδυάζει τα εκπαιδευτικά στοιχεία γύρω από τη διατροφή, με τις τεχνικές γνωστικής ανακατασκευής, με τις τεχνικές συμπεριφορικής τροποποίησης και με την ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Η ομαδική ψυχοθεραπεία παρέχει στον ασθενή :

α) ενδυνάμωση

β) ανατροφοδότηση

γ) εκπαίδευση σε νέα μοντέλα χειρισμού μιας κατάστασης

δ) ενίσχυση στην αυτοεκτίμησή του και στα συναισθήματα ελέγχου του, μέσα από την ενεργό συμμετοχή του στην ομάδα.

Υπάρχουν πολλά είδη ομάδων ψυχοθεραπείας για τους ασθενείς που έχουν ψυχογενή βουλιμία ή ανορεξία όπως η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή/συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, η ψυχοεκπαιδευτική ψυχοθεραπεία, η συστηματική βραχυπρόθεσμη θεραπεία, οι ομάδες αυτοβοήθειας, καθώς και οι θεραπείες που προσανατολίζονται στον εθισμό (Χατζητζάνου, 2013).

Όλες οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί ως σήμερα, σχετικά με την ατομική και την ομαδική ψυχοθεραπεία έχουν δείξει ότι οι ομάδες ψυχοθεραπείας, αποτελούν

αποτελεσματική μέθοδο θεραπείας και έχουν τα ίδια αποτελέσματα με την ατομική ψυχοθεραπεία.

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

α) το κίνητρο του ασθενούς να κάνει θεραπεία

β) αν έχει κάνει θεραπεία στο παρελθόν

γ) αν υπάρχει συν νοσηρότητα της ψυχογενούς βουλιμίας με άλλες διαταραχές.

Μια ομάδα ψυχοθεραπείας καλό είναι να έχει ομοιογένεια δηλαδή όλα τα μέλη της ομάδας πρέπει να είναι άτομα που πάσχουν από βουλιμία και να μην είναι αναμεμειγμένα με άτομα που πάσχουν από ανορεξία. Σε περίπτωση που σε μια ομάδα ψυχοθεραπείας συμμετέχουν βουλιμικοί και ανορεκτικοί μαζί, τότε υπάρχουν πιθανότητες να αναπτυχθούν ανάμεσά τους συναισθήματα θυμού, ζήλιας και ανταγωνισμού. Οι βουλιμικοί ασθενείς πιθανόν να θεωρήσουν ότι οι ανορεκτικοί είναι πιο πετυχημένοι από τους ίδιους και οι ανορεκτικοι να θεωρήσουν ότι οι ίδιοι έχουν λιγότερο σοβαρό πρόβλημα σε σχέση με τους βουλιμικούς.

Γενικότερα η ομαδική ψυχοθεραπεία ενδείκνυται για τους βουλιμικούς κάθε ηλικίας και τα πλεονεκτήματά της όπως είναι η ενστάλαξη της ελπίδας, η καθολικότητα, η ομαδική συνοχή και η προσωπική μάθηση ενισχύονται στους συγκεκριμένους ασθενείς, ενώ παράλληλα μειώνεται η κοινωνική απομόνωσή τους και αποξένωσή τους (Wand et al, 2015).

- **Η Οικογενειακή Θεραπεία**

Οι οικογενειακοί θεραπευτές στα πλαίσια της θεραπείας θέτουν ως στόχο να βοηθήσουν τα μέλη της οικογένειας να αλλάξουν τα σχήματα αλληλεπίδρασης που συντελούν στην ανάπτυξη των συμπτωμάτων της βουλιμίας και να αναπτύξουν νέες εναλλακτικές συμπεριφορές. Αρχικά διερευνούν αν η συμπτωματική συμπεριφορά του ασθενούς, εξυπηρετεί κάποια προσαρμοστική λειτουργία μέσα στο οικογενειακό σύστημα. Έπειτα μελετούν τη δομή της οικογένειας και την επικοινωνία μεταξύ των

μελών της, παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την θεραπευτική προσέγγιση που θα επιλεχτεί.

Ανάλογα με τη χρονική στιγμή που θα γίνει η θεραπευτική παρέμβαση το θεραπευτικό μοντέλο χωρίζεται σε 3 στάδια:

A. Στο σχηματισμό πλαισίου αλλαγής

B. Στην καταπολέμηση των λανθασμένων τρόπων επικοινωνίας και στην καλλιέργεια εναλλακτικών συμπεριφορών

C. Στην σταθεροποίηση της αλλαγής (Williamsetal, 2012).

5.7. Πρόληψη

- **Πρωτογενής πρόληψη**

Η πρωτογενής πρόληψη αναφέρεται στις παρεμβάσεις που γίνονται και έχουν στόχο να εμποδίσουν την ανάπτυξη της ψυχογενούς βουλιμίας ή ανορεξίας, πριν αυτές εκδηλωθούν. Επειδή οι διαταραχές πρόσληψης τροφής εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια που το παιδί – έφηβος πηγαίνει σχολείο ή φοιτά σε κάποια σχολή, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης στα σχολεία. Τα σχολεία μπορούν να χρησιμεύσουν για σφαιρικά πρόγραμμα πρόληψης διαιτητικών διαταραχών, της παχυσαρκίας, της ανορεξίας, της βουλιμίας κ.α. Μπορεί να γίνει τόσο πρωτοπαθής όσο και δευτεροπαθής πρόληψη. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να ενισχύονται και να συμπληρώνονται από τα μέσα ενημέρωσης τα έντυπα μέσα, κοινωνικές δραστηριότητες και προγράμματα που να απευθύνονται στο κοινωνικό σύνολο.

Η πρωτογενής πρόληψη σε πολλά επίπεδα ατομικό, σχολικό, σε επίπεδο κοινότητας ή δήμου καθώς και σε κοινωνικό επίπεδο αποτελεί αναγκαιότητα για επιτυχία τέτοιων προγραμμάτων. Η συμμετοχή των σχολείων, εκπαιδευτικών, ιατρών και ιατρικών υπηρεσιών των μέσων ενημέρωσης, των αθλητικών συλλόγων της εκκλησίας και άλλων οργανωμένων φορέων πρέπει να είναι ενεργός και να βοηθούν την όλη προσπάθεια (Χατζηγεωργίου, 2004).

- **Δευτερογενής πρόληψη**

Στόχος της δευτερογενούς πρόληψης, είναι να μειώσει το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί ανάμεσα στην έναρξη της διαταραχής της ψυχογενούς βουλιμίας ή ανορεξίας και στην θεραπεία. Σημαντικό ρόλο στη δευτερογενή πρόληψη για καλύτερη έκβαση αυτών των νοσημάτων και γενικότερα των διατροφικών διαταραχών αποτελεί η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ιατρών, διαιτολόγων και των υπηρεσιών υγείας σχετικά με την ΝΑ-ΝΒ, διατροφικές διαταραχές, βλαβερές δίαιτες και παχυσαρκία ώστε να ανιχνεύονται έγκαιρα τα ύποπτα περιστατικά.

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

α) ο ασθενής θεωρεί ότι δεν έχει κανένα πρόβλημα, ή ελπίζει ότι το πρόβλημα θα φύγει από μόνο του.

β) ο ασθενής πιστεύει ότι το πρόβλημα που έχει, δεν είναι τόσο σοβαρό που να αξίζει θεραπεία ,ή πιστεύει ότι ο ίδιος δεν αξίζει να θεραπευτεί .

γ) ο ασθενής φοβάται ότι με τη θεραπεία θα βάλει κιλά

δ) υπάρχουν έντονα συναισθήματα ενοχής, ντροπής και μυστικότητας κυρίως στους βουλιμικούς ασθενείς.

ε) υπάρχουν οικονομικά προβλήματα που τους εμποδίζουν να ζητήσουν βοήθεια (Mondetal, 2009).

- **Τριτογενής πρόληψη**

Η τριτογενής πρόληψη στόχο έχει να μειώσει την εξασθένηση και την καταπόνηση που προκύπτει από τις διαταραχές πρόσληψης τροφής και προτείνεται μόνο όταν η θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική (Mondetal, 2009).

5.8. Νοσηλευτική φροντίδα στην νευρική βουλιμία.

- **Νοσοκομειακή Θεραπεία**

Οι περισσότεροι ασθενείς, που πάσχουν από μη επιπλεγμένη Νευρογενή Βουλιμία, δε χρειάζονται ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και μπορούν να αντιμετωπιστούν εξωνοσοκομειακά. Γενικότερα, οι βουλιμικοί ασθενείς σπάνια νοσηλεύονται και αυτό συμβαίνει κυρίως όταν η εναλλαγή των κύκλων διατροφικού περιορισμού – υπερφαγίας – αντιρροπιστικών συμπεριφορών έχει οδηγήσει το άτομο στην εκδήλωση Νευρογενούς Ανορεξίας (Τριπόδης, 2008).

Η θεραπευτική προσέγγιση αποτελείται από ένα συνδυασμό θεραπειών συμπεριφοράς και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας. Ο στόχος της θεραπείας της συμπεριφοράς είναι να αποκατασταθεί ο φυσιολογικός τρόπος λήψης τροφής. Στο νοσοκομείο αυτό σημαίνει την εφαρμογή συγκεκριμένου πρωτοκόλλου, ώστε τα βουλιμικά άτομα να ελαττώνουν καθημερινά τον αριθμό των προκλητών εμετών. Έτσι οι ασθενείς ζυγίζονται καθημερινά, η πρόσληψη και η απέκκριση υγρών μετριούνται, υπάρχει στενή παρακολούθηση (ακόμη και στη τουαλέτα), μέχρι και δύο ώρες μετά τα γεύματα, για να αποτραπεί ο τεχνητός εμετός. Γενικά αρχίζουν με δίαιτα που παρέχει 500 περίπου θερμίδες περισσότερες από αυτές που απαιτούνται για να διατηρηθεί το τωρινό βάρος των ασθενών και αυξάνουν τις θερμίδες σιγά-σιγά μοιράζοντας την τροφή σε πολλά μικρά γεύματα (π.χ. 6 την ημέρα). Σε άτομα με μεγάλη ελάττωση βάρους μπορεί να χρειαστεί σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα, όπως και προσεκτική διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Κατά την οξεία φάση, λοιπόν, η θεραπεία συμπεριφοράς και η υποστήριξη του ασθενή είναι η προσέγγιση επιλογής συνεπικουρούμενη ενδεχομένως από τη φαρμακευτική αγωγή (Χαρίλα, 2008).

Οι διατροφικές συμβουλές που πρέπει να ακολουθούν τα άτομα με ψυχογενή είναι:

- Να τρώνε τακτικά γεύματα. Τρώγοντας σε τακτά χρονικά διαστήματα το άτομο μειώνει την επιθυμία για υπερκατανάλωση τροφής και αποφεύγει αισθήματα έντονης πείνας, τα οποία ενδεχομένως να οδηγούσαν σε

υπερφαγικό επεισόδιο. Επίσης, η κατανάλωση τακτικών γευμάτων σχετίζεται με καλύτερο έλεγχο του σωματικού βάρους και καλύτερο έλεγχο της πρόσληψης τροφής.

- Να είναι μαζί με άλλα άτομα μετά τα γεύματα. Αυτό περιορίζει την πιθανότητα υπερφαγικού επεισοδίου που συνήθως συμβαίνει στα κρυφά όταν το άτομο είναι μόνο του.
- Να απασχολούνται με άλλες δραστηριότητες μετά από κάθε γεύμα.
- Να ηρεμούν μετά από κάθε γεύμα.
- Να αποφεύγουν την υπερκατανάλωση τροφής με την προοπτική να προκαλέσουν εμετό.
- Αν προκαλέσουν εμετό ή κάνουν χρήση καθαρτικών, να προσπαθήσουν να πάρουν το επόμενο γεύμα κανονικά, ώστε να σπάσουν τον Κύκλο της Βουλιμίας (Shawetal, 2009).
- Τα χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτουν οι Βουλιμικοί ασθενείς για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής σχέσης

Τα βασικά στοιχεία που θα πρέπει να διαθέτουν οι βουλιμικοί ασθενείς προκειμένου να έχουν μια αποτελεσματική θεραπεία είναι τα εξής:

Αναγνώριση

Αν το άτομο που πάσχει από βουλιμία συνειδητοποιήσει ότι έχει πρόβλημα θα είναι πιο συνεργάσιμο με το θεραπευτή του προκειμένου να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα από κοινού. Είναι πολύ πιο εύκολο να βοηθηθεί κάποιος με ανορεξία ή βουλιμία αν το πρόβλημα εντοπιστεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα (Williamsetal, 2012).

Αναφορική διάθεση

Όταν ο ασθενής αναγνωρίσει και αναφέρει το πρόβλημά του πρέπει να εξεταστεί από ψυχίατρο ή ψυχολόγο που να έχει εμπειρία σε αυτές τις διαταραχές. Με τη συστηματική υποστήριξη από ειδικούς και τα άτομα του κοντινού

περιβάλλοντος καθώς και με την εξατομίκευση και την ενεργό συμμετοχή του ασθενή σε κάθε στάδιο της διαδικασίας, είναι εφικτό μεσοπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα να υπάρξει πλήρης διαλεύκανση και κατανόηση των αιτιών του προβλήματος από το ίδιο το άτομο, αποκατάσταση της γενικότερης κατάστασής του και κατ' επέκταση στην πλήρη αντιμετώπιση του προβλήματος. Είναι απαραίτητη η συμμετοχή του βουλιμικού ασθενούς στη θεραπεία, προκειμένου να επιτευχθεί ένα θετικό αποτέλεσμα (Golan, 2013).

- **Η Θεραπευτική Σχέση του Βουλιμικού Ασθενούς με τον Θεραπευτή του.**

Οι ασθενείς που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελούν μια ιδιαίτερα δύσκολη ομάδα ασθενών ως προς την προσέγγιση και την θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Στην αιτιολογία φέρεται να εμπλέκονται πολλοί παράγοντες βιολογικοί, κοινωνικοπολιτισμικοί και ψυχολογικοί. Έτσι το πρώτο πράγμα που θα κάνει ο ψυχίατρος είναι να συζητήσει αρκετή ώρα με τον ασθενή, προκειμένου ν' ανακαλύψει πότε ξεκίνησε το πρόβλημα και πώς αναπτύχθηκε. Αυτό περιλαμβάνει τη συζήτηση με το θεραπευτή για τα συναισθήματα και τη ζωή του ασθενούς.

Η εγκατάσταση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης είναι και εδώ πολύ σημαντική. Αρχικά, ο θεραπευτής επικεντρώνεται στη στάση του ασθενούς απέναντι στο φαγητό και στον έλεγχο του βάρους. Έτσι, μετά τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού γύρω από το σύμπτωμα καθώς και παραγόντων ζωής που πιθανόν να αποτελούν εκλυτικά αίτια, ο θεραπευτής εκπαιδεύει των ασθενή γύρω από τις επιπτώσεις της αντιρροπιστικής συμπεριφοράς (είτε είναι καθαρτικού είτε μη καθαρτικού τύπου)- επιπτώσεις της δίαιτας, της χρήσης καθαρτικών, της πρόκλησης εμετών, καθώς επίσης και των βουλιμικών κρίσεων.

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, ο θεραπευτής στοχεύει στην αλλαγή στάσης απέναντι στο φαγητό και στον έλεγχο του βάρους. Όσον αφορά στην αλλαγή στάσης στο φαγητό, ο στόχος εδώ είναι να σταματήσει ο βουλιμικός ασθενής να ζυγίζεται, να θερμιδομετρά τις τροφές και να διακρίνει ανάμεσα σε « καλές » και « κακές » τροφές. Σε σχέση με τον έλεγχο του βάρους, στόχος είναι να μάθει να σταθεροποιεί το βάρος του στα επιθυμητά αλλά λογικά όρια και να σταματήσει να χρησιμοποιεί λανθασμένους τρόπους απώλειας βάρους. Στόχος είναι ο ασθενής να ελέγχει τη λήψη τροφής (αποφυγή υπερφαγικών κρίσεων) αλλά και αν χάσει τον έλεγχο να μην

χρησιμοποιήσει λανθασμένους τρόπους αντιρρόπησης της αύξησης του βάρους. Με την άδειά του ασθενούς ο ψυχίατρος σχεδόν σίγουρα θα θέλει να μιλήσει με φίλους του και μέλη της οικογένειάς του, για να δει πως θα μπορούσαν να δώσουν περισσότερες πληροφορίες για το πρόβλημα (Χαρίλα, 2006).

Η συμπεριφορά του βουλιμικού ασθενούς θα περιέχει πολλές διακυμάνσεις, άλλες φορές θα είναι επιθετικός, αντιδραστικός ή υποχωρητικός και άλλες φορές θα θέλει να ευχαριστήσει τον θεραπευτή του κάνοντας ότι του λέει. Πολλές φορές η συμπεριφορά του ασθενούς θα δημιουργήσει στον θεραπευτή θυμό με αποτέλεσμα το θεραπευτικό πλάνο να μην εξελίσσεται σωστά.

Για αυτούς τους λόγους, θα πρέπει να τεθούν κανόνες που θα τηρούνται σε κάθε συνεδρία και θα είναι ξεκάθαροι και κατανοητοί σε κάθε συνεδρία. Ένας τέτοιος κανόνας θα μπορούσε να είναι η ενημέρωση του θεραπευτή για την ακύρωση μίας συνεδρίας (Kassetal, 2013), (Hoetzeletal, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^{Ο}

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής συγκαταλέγονται μεταξύ των σοβαρότερων διαταραχών ψυχοπαθολογίας εξαιτίας των αυξανόμενων ποσοστών νοσηρότητας, θνησιμότητας αλλά και της σημαντικής λειτουργικής έκπτωσης των ατόμων. Στις διατροφικές διαταραχές εφήβων και ενηλίκων περιλαμβάνονται η νευρογενής ανορεξία και βουλιμία, η υπερφαγία και η μη προσδιοριζόμενη αλλιώς διατροφική διαταραχή.

6.4. **Μέθοδος συλλογής δεδομένων**

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ανασκοπικών άρθρων και ερευνητικών μελετών δημοσιευμένων στην Αγγλική γλώσσα από το 2010 ως σήμερα, στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων «Pubmed», οι οποίες αναφέρονται στα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα. Αποκλείστηκαν εργασίες που δημοσιεύτηκαν σε παλαιότερα έτη και δεν αναφέρονταν στα ερωτήματα μας.

6.5. **Διαδικασία συλλογής δεδομένων**

Για την αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν οι όροι “eatingdisorders”, psychologicalsymptomsineatingdisorders”, “eatingdisordersinmales”, “anorexianervosaanddepression”, “bulimianervosaandanxiety”.

6.6. **Περιγραφή δείγματος**

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν άρθρα και μελέτες που αφορούσαν το ρόλο των ψυχικών διαταραχών στις διατροφικές διαταραχές και την εμφάνιση φαινομένων ανορεξίας και βουλιμίας στον αντρικό πληθυσμό. Άρθρα που δεν αφορούσαν στις άνω θεματικές, ή δεν αποκρινόντουσαν στο χρονικό όριο, αποκλείστηκαν. Τα ευρήματα της διαδικασίας παρουσιάζονται ακολούθως.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^{Ο}

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. TheCoreSymptomsof BulimiaNervosa, Anxiety, andDepression: ANetworkAnalysis. Levinson et al, 2017.

Abstract

Bulimia nervosa (BN) is characterized by symptoms of binge eating and compensatory behavior, and overevaluation of weight and shape, which often co-occur with symptoms of anxiety and depression. However, there is little research identifying which specific BN symptoms maintain BN psychopathology and how they are associated with symptoms of depression and anxiety. Network analyses represent an emerging method in psychopathology research to examine how symptoms interact and may become self-reinforcing. In the current study of adults with a Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-Fourth Edition (DSM-IV) diagnosis of BN (N = 196), we used network analysis to identify the central symptoms of BN, as well as symptoms that may bridge the association between BN symptoms and anxiety and depression symptoms. Results showed that fear of weight gain was central to BN psychopathology, whereas binge eating, purging, and restriction were less central in the symptom network. Symptoms related to sensitivity to physical sensations (e.g., changes in appetite, feeling dizzy, and wobbly) were identified as bridge symptoms between BN, and anxiety and depressive symptoms. We discuss our findings with respect to cognitive-behavioral treatment approaches for BN. These findings suggest that treatments for BN should focus on fear of weight gain, perhaps through exposure therapies. Further, interventions focusing on exposure to physical sensations may also address BN psychopathology, as well as co-occurring anxiety and depressive symptoms.

Μετάφραση

Τα κύρια συμπτώματα της Νευρογενούς Βουλιμίας , Άγχος και κατάθλιψη: μια διαδικτυακή ανάλυση

Περίληψη

Η νευρογενής βουλιμία (ΝΒ) χαρακτηρίζεται από τα συμπτώματα της κατάχρησης και της αντισταθμιστικής συμπεριφοράς, καθώς και της υπερεκτίμησης της σωματικής εικόνας. Τα συμπτώματα αυτά συχνά συνυπάρχουν με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Ωστόσο, υπάρχει περιορισμένη έρευνα σχετικά με τον εντοπισμό συγκεκριμένων συμπτωμάτων της ψυχοπαθολογίας των βουλιμικών ασθενών.

Το διαδίκτυο αναλύει μια αναδυόμενη μέθοδο στην έρευνα της ψυχοπαθολογίας, προκειμένου να εξετάσει πώς τα συμπτώματα αλληλεπιδρούν και να μπορεί να γίνουν αυτοτροφοδοτούμενα. Στην τρέχουσα μελέτη των ενηλίκων συμμετεχόντων με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για Ψυχικές Διαταραχές που χρησιμοποιείται για την ανάλυση και τον εντοπισμό των κεντρικών συμπτωμάτων της ΝΒ, αναζητείται ο τρόπος που τα συμπτώματα της ΝΒ μπορούν να συνδεθούν με τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο φόβος της αύξησης του βάρους ήταν στο επίκεντρο της ψυχοπαθολογίας.

Τα συμπτώματα που σχετίζονται με την ευαισθησία σε σωματικές αισθήσεις (π.χ., αλλαγές στην όρεξη, αίσθημα ζάλης,) ταυτοποιήθηκαν ως συμπτώματα «γέφυρα» μεταξύ ΝΒ και συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Τα ευρήματα συζητούνται σε σχέση με τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπευτική προσέγγιση για τη ΝΒ και υποδηλώνουν ότι οι θεραπείες για την αντιμετώπιση της ΝΒ θα πρέπει να επικεντρώνονται στον φόβο της αύξησης βάρους. Περαιτέρω, οι παρεμβάσεις με επίκεντρο την επιρροή του ασθενή από τα σωματικά ερεθίσματα, μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω της ψυχοπαθολογίας, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν συμπτώματα αγχωδών διαταραχών.

2. The parental bonding in families of adolescents with anorexia: attachment representations between parents and offspring.Balottin et al, 2017.

Abstract

INTRODUCTION:

The attachment theory is widely used in order to explain anorexia nervosa origin, course and treatment response. Nevertheless, very little literature specifically investigated parental bonding in adolescents with anorexia, as well as the parents' own bonding and intergenerational transmission within the family.

PURPOSE:

This study aims to identify any specific pattern of parental bonding in families of adolescents newly diagnosed with restricting-type anorexia, comparing them to the families of the control group.

PATIENTS AND METHODS:

A total of 168 participants, adolescents and parents (78 belonging to the anorexia group and 90 to the control one), rated the perceived parental styles on the parental bonding instrument. The latent class analysis allowed the exploration of a maternal bonding latent variable and a paternal one.

RESULTS:

The main findings showed that a careless and overcontrolling parental style was recalled by the patients' parents, and in particular by the fathers. As far as the adolescents' responses were concerned, patients with anorexia did not seem to express differently their parental bonding perception from participants of the control group.

CONCLUSION:

Clinical implications driven from the results suggest that a therapeutic intervention working on how the parents' own attachment representations influence current relationships may help to modify the actual family functioning and thus the outcome of patients with anorexia.

Μετάφραση

Ο γονικός δεσμός στις οικογένειες των εφήβων με ανορεξία : αναπαραστάσεις προσκόλληση μεταξύ των γονέων και των απογόνων.

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η θεωρία της προσκόλλησης χρησιμοποιείται ευρέως για να εξηγήσει την προέλευση της νευρικής ανορεξίας, την πορεία και την ανταπόκριση του ασθενή στη θεραπεία. Παρ 'όλα αυτά, πολύ μικρός αριθμός μελετών έχει διερευνήσει το ζήτημα του γονικού δεσμού σε εφήβους με ανορεξία , καθώς και το γονικό δεσμό των προηγούμενων γενεών μέσα στην οικογένεια.

ΣΚΟΠΟΣ:

Η μελέτη αυτή έχει ως στόχο να προσδιορίσει κάποιο συγκεκριμένο μοτίβο της γονικής σύνδεσης σε οικογένειες των εφήβων, οι οποίοι έχουν πρόσφατα διαγνωστεί με περιοριστικού τύπου ανορεξία , συγκρίνοντας τους με τις οικογένειες της ομάδας ελέγχου.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

Ένα σύνολο 168 συμμετεχόντων, έφηβοι και οι γονείς (78 ανήκουν στην ομάδα των ανορεκτικών και 90 στην ομάδα ελέγχου), βαθμολόγησαν τον τρόπο που αντιλαμβάνονται την έννοια του γονικού δεσμού. Η ανάλυση συμπεριλάμβανε μία περίπτωση λανθάνοντος γονικού δεσμού από την μητέρα και μία από την πλευρά ενός πατέρα αντίστοιχα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Τα κύρια ευρήματα έδειξαν ότι ένα αδιάφορο και υπερελεγκτικό είδος γονικού δεσμού ανακλήθηκε από τους γονείς των ασθενών, προερχόμενο κυρίως από τους πατέρες.

Σε ό, τι αφορούσε τις απαντήσεις των εφήβων, οι ασθενείς με ανορεξία δεν φαίνεται να εκφράζουν με διαφορετικό τρόπο την αντίληψη τους για το γονικό δεσμό από τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Οι κλινικές επιπτώσεις που προκύπτουν από τα αποτελέσματα, υποδεικνύουν ότι η θεραπευτική παρέμβαση που σχετίζεται με τον τρόπο που αντιλαμβάνονται οι ασθενείς την προσήλωση των γονέων στην αντιμετώπιση της ασθένειας τους, επηρεάζει τις οικογενειακές σχέσεις, και ως εκ τούτου το αποτέλεσμα της θεραπείας των ασθενών με ανορεξία .

3. Are lifetime affective disorders predictive of long-term outcome in severe adolescent anorexia nervosa? Carrot et al, 2017.

Abstract

Depression and anxiety are commonly associated with anorexia nervosa (AN) and contribute to difficulties in social integration, a negative factor for outcome in AN. The link between those disorders and AN has been poorly studied. Thus, our objective was to investigate (1) the link between outcome nine years after hospitalisation for AN and the occurrence of lifetime anxious or depressive comorbidities; (2) the prognostic value of these comorbidities on patient outcome; 181 female patients were hospitalised for AN (between 13 and 22 years old), and were re-evaluated for their psychological, dietary, physical and social outcomes, from 6 to 12 years after their hospitalisation. The link between anxious and depressive disorders (premorbid to AN and lifetime) and the outcome assessment criteria were tested through multivariate analyses; 63% of the participants had good or intermediate outcome, 83% had presented at least one anxiety or depression disorder in the course of their lives, half of them before the onset of AN. Premorbid obsessive compulsive disorders (OCD), BMI at admission, and premenarchal AN all contribute to poor prognosis. Social phobia and agoraphobia affect the subjects' quality of life and increase eating disorder symptoms. These results encourage a systematic assessment of, and care for, anxiety and depression comorbidities among female adolescent patients with a particular focus on premorbid OCD.

Μετάφραση

Είναι οι συναισθηματικές διαταραχές δείκτης πρόβλεψης των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων σε σοβαρές περιπτώσεις της εφηβικής νευρικής ανορεξίας ;

Περίληψη

Η κατάθλιψη και το άγχος συνήθως συνδέονται με την νευρική ανορεξία και συμβάλλουν στην αύξηση των δυσκολιών προς την κοινωνική ένταξη, που αποτελεί έναν αρνητικό παράγοντα για την έκβαση της ΝΑ. Η σχέση μεταξύ αυτών των διαταραχών και της ΝΑ έχει μελετηθεί επαρκώς. Έτσι, ο στόχος της μελέτης ήταν να διερευνήσει αφενός τη σχέση μεταξύ της αποτελεσματικότητας της θεραπείας 9

χρόνια μετά τη νοσηλεία του ασθενή και την εμφάνιση άγχους, κατάθλιψης ή συνοδών ψυχιατρικών νοσημάτων, και αφετέρου να εκτιμήσει την προγνωστική σημασία αυτών των νοσημάτων στην έκβαση του ασθενούς. 181 γυναίκες ασθενείς νοσηλεύθηκαν (μεταξύ 13 και 22 ετών), και οι επαναξιολογούνται για τα ψυχολογικά, διαιτητικά, φυσικά και κοινωνικά αποτελέσματα τους, από 6 μέχρι 12 έτη μετά τη νοσηλεία τους. Η σχέση μεταξύ άγχους και καταθλιπτικών διαταραχών και τα κριτήρια αξιολόγησης τωναποτελεσμάτων ελέγχθηκαν μέσω πολυπαραγοντικών αναλύσεων. Το 63% των συμμετεχόντων είχαν καλά ή ενδιάμεσα αποτελέσματα, το 83% είχε παρουσιάσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο καταθλιπτικής διαταραχής κατά τη διάρκεια της ζωής τους, με το 50% να το έχει εμφανίσει πριν από την έναρξη της ΝΑ. Προνοσηρές ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές σε συνδυασμό με μειωμένο ΔΜΣσυμβάλλουν στην κακή πρόγνωση. Η κοινωνική φοβία και η αγοραφοβία φαίνεται να επηρεάζουντην ποιότηταζωής και να αυξάνουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής. Τα αποτελέσματα αυτά ενθαρρύνουν μια συστηματική αξιολόγηση και φροντίδα των συνοδών ψυχικών νοσημάτων σε εφήβους γυναίκες ασθενείς με ΝΑ, με ιδιαίτερη έμφαση στην προνοσηρή ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

4. Interventions to reduce the stigma of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. Doley et al, 2017.

Abstract

Stigma is a problem for individuals with eating disorders (EDs), forming a barrier to disclosure and help-seeking. Interventions to reduce ED stigma may help remove these barriers; however, it is not known which strategies (e.g., explaining etiology to reduce blame, contact with a person with an ED, or educating about ED) are effective in reducing stigma and related outcomes. This review described effectiveness of intervention strategies, and identified gaps in the literature. A search of four databases was performed using the terms (eating disorder* OR bulimi* OR anorexi* OR binge-eating disorder) AND (stigma* OR stereotyp* OR beliefs OR negative attitudes) AND (program OR experiment OR intervention OR education), with additional texts sought through LISTSERVs. Two raters screened papers, extracted data, and assessed quality. Stigma reduction strategies and study

characteristics were examined in critical narrative synthesis. Exploratory meta-analysis compared the effects of biological and sociocultural explanations of EDs on attitudinal stigma. Eighteen papers were eligible for narrative synthesis, with four also eligible for inclusion in a meta-analysis. Biological explanations reduced stigma relative to other explanations, including sociocultural explanations in meta-analysis ($g = .47$, $p < .001$). Combined education and contact interventions improved stigma relative to control groups or over time. Most studies examined Anorexia Nervosa (AN) stigma and had mostly female, undergraduate participants. Despite apparent effectiveness, research should verify that biological explanations do not cause unintentional harm. Future research should evaluate in vivo contact, directly compare education and contact strategies, and aim to generalize findings across community populations.

Μετάφραση

Παρεμβάσεις για τη μείωση του στίγματος των διατροφικών διαταραχών: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση.

Περίληψη

Ο στιγματισμός είναι ένα πρόβλημα για τα άτομα με διατροφικές διαταραχές, αποτελώντας εμπόδιο για την αποκάλυψη της ασθένειας και την αναζήτηση βοήθειας. Οι παρεμβάσεις για τη μείωση του στιγματισμού μπορεί να συμβάλουν στην άρση αυτών των εμποδίων. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό ποιες στρατηγικές (π.χ., εξηγώντας την αιτιολογία για τη μείωση της επίρριψης ευθυνών, την επαφή με ένα άτομο με ΔΔ, ή την εκπαίδευσησε ζητήματα ΔΔ)είναι αποτελεσματικές στη μείωση του στίγματος και των σχετικών αποτελεσμάτων. Η αναθεώρηση αυτή περιγράφει την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών παρέμβασης, και τα κενά που έχουν εντοπιστεί στη βιβλιογραφία.

Μια αναζήτηση σε 4 βάσεις δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των όρων (διατροφική διαταραχή, NA, NB, υπερφαγία, στίγμα, στερεότυπα, αρνητικές στάσεις και πεποιθήσεις, προγράμματα παρέμβασης, εκπαιδευτικά προγράμματα).

Δύο βαθμολογητές εξέτασαν τα δεδομένα και αξιολόγησαν την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Οι στρατηγικές για τη μείωση του στιγματισμού και των χαρακτηριστικών της κάθε μελέτης εξετάστηκαν σε αφηγηματικό επίπεδο.Η διερευνητική μετα-ανάλυση συνέκρινε τα αποτελέσματα των βιολογικών και

κοινωνικοπολιτισμικών εξηγήσεων των διατροφικών διαταραχώνκαι το στίγμα που τις ακολουθεί.

Δεκαοκτώ μελέτες επιλέχθηκαν βάσει της αφηγηματικής σύνθεσης, ενώ τέσσερις επιλέχθηκαν για να συμπεριληφθούν σε μια μετα-ανάλυση. Οι βιολογικές εξηγήσεις φάνηκε να μειώνουν το αποτύπωμα του στίγματος που σχετίζεται με άλλους παράγοντες, όπως οι κοινωνικοπολιτισμικές αιτίες. Οι παρεμβάσεις που συνδύαζαν εκπαίδευση και επαφή με άτομα με διατροφικές διαταραχές, φάνηκε να βοηθούν στην αντίληψη του στιγματισμού σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου ή την πάροδο του χρόνου. Οι περισσότερες μελέτες που εξέτασαν το στίγμα που συνοδεύει τη νευρική ανορεξία (AN) στίγμα είχαν ως συμμετέχοντες κυρίως γυναίκες, προπτυχιακού επιπέδου. Παρά την εμφανή αποτελεσματικότητα, η έρευνα θα πρέπει να επαληθεύει ότι οι βιολογικές εξηγήσεις δεν προκαλούν ακούσια βλάβη. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να αξιολογήσει την in vivo επαφή, να συγκρίνει άμεσα τις στρατηγικές εκπαίδευσης και της άμεσηςεπαφής, και να έχει ως στόχο να γενικεύσει τα ευρήματα σε όλο τον πληθυσμού.

5. UPDATE ON EATING DISORDERS: EPIDEMIOLOGY, MORTALITY AND COMORBIDITY. Mendolicchioet al, 2014.

OBJECTIVE: To review recent studies describing eating disorder course and outcome. METHOD: Electronic and manual searches were conducted to identify relevant articles published since 2004. RESULTS: Twenty-six articles were identified. For anorexia nervosa (AN), most patients ascertained through outpatient settings achieved remission by 5-year follow-up. Inpatient treatment predicted poor prognosis as inpatient samples demonstrated lower remission rates. Outcome differed between bulimia nervosa (BN) and eating disorders not otherwise specified (EDNOS), including binge eating disorder (BED), for shorter follow-up durations; however, outcomes appeared similar between BN and related EDNOS by 5-year follow-up. Greater psychiatric comorbidity emerged as a significant predictor of poor prognosis in BN, whereas few prognostic indicators were identified for BED or other EDNOS. DISCUSSION: Results support optimism for most patients with eating disorders. However, more effective treatments are needed for adult AN

inpatients and approximately 30% of patients with BN and related EDNOS who remain ill 10- 20 years following presentation.

Μετάφραση

Ενημέρωση σχετικά με την πορεία και την έκβαση των διατροφικών διαταραχών.

Περίληψη

ΣΤΟΧΟΣ: Ανασκόπηση σε πρόσφατες μελέτες που περιγράφουν την πορεία και την έκβαση των διατροφικών διαταραχών.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Ηλεκτρονικές έρευνες που διεξήχθησαν για τον εντοπισμό των άρθρων που δημοσιεύονται από το 2004 και μετά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Είκοσι έξι άρθρα εντοπίστηκαν. Για τη νευρογενή ανορεξία (NA), οι περισσότεροι ασθενείς έχει εξακριβωθεί ότι, μέσω των παρεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν σε εξωτερικούς ασθενείς, επιτεύχθηκε ύφεση με 5-ετή παρακολούθηση. Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία είχε προβλεπόμενη κακή πρόγνωση, καθώς τα ενδονοσοκομειακά δείγματα έδειξαν χαμηλότερα ποσοστά ύφεσης. Τα αποτελέσματα διέφεραν μεταξύ της νευρογενούς βουλιμίας (NB) και των μη προσδιοριζομένων αλλιώς διατροφικών διαταραχών (EDNOS), συμπεριλαμβανομένων και των διαταραχών υπερφαγίας. Ωστόσο, τα αποτελέσματα φάνηκαν παρόμοια μεταξύ NB και EDNOS μετά από 5-ετή παρακολούθηση. Η έντονη ψυχιατρική συννοσηρότητα αναδείχθηκε ως ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας κακής πρόγνωσης της NB, ενώ λίγοι προγνωστικοί δείκτες εντοπίστηκαν σε σχέση με την υπερφαγία ή και άλλες διατροφικές διαταραχές..

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ένα θετικό και αισιόδοξο κλίμα για τους περισσότερους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Ωστόσο, χρειάζονται περισσότερο αποτελεσματικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της νόσου στους ενήλικες και ιδιαίτερα για εκείνους που παραμένουν ασθενείς (30%) ακόμη και μετά από 10-20 χρόνια από την εμφάνιση της διατροφικής διαταραχής.

.

6. Can patients with eating disorders learn to eat intuitively? A 2-year pilot study. Richards et al, 2017.

Abstract

The present article reports on a 2-year pilot study that evaluated the effectiveness of an intuitive eating program for patients in an eating disorder treatment center. Standardized measures of intuitive eating and eating disorder and psychological symptoms were administered. Psychotherapists and dietitians rated patients on the healthiness of their eating attitudes and behaviors. Preliminary findings indicated that patients can develop the skills of intuitive eating, and that the ability to eat intuitively is associated with positive treatment outcomes for each diagnostic category (i.e., anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorder not otherwise specified). We conclude by offering recommendations about how to implement intuitive eating training safely and effectively in inpatient and residential treatment programs.

Μετάφραση

Μπορούν οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές να υιοθετήσουν τη φιλοσοφία της συνειδητής υγιεινής διατροφής; Μια πιλοτική μελέτη διάρκειας 2 ετών.

Περίληψη

Το παρόν άρθρο αποτελεί μια πιλοτική μελέτη διάρκειας 2 ετών, η οποία αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα ενός συνειδητά υγιεινούπρογράμματος διατροφής για τους ασθενείς με διατροφική διαταραχή σε κάποιο θεραπευτικό κέντρο. Εφαρμόστηκαν τυποποιημένα μέτρα της φιλοσοφίας της υγιεινής διατροφής, καθώς και αξιολόγηση των διατροφικών διαταραχών και των ψυχολογικών συμπτωμάτων. Ψυχοθεραπευτές και διαιτολόγοι αξιολόγησαν τους ασθενείς σχετικά με την υγιεινή προσέγγιση στις διατροφικές στάσεις και συμπεριφορές τους. Τα προκαταρκτικά ευρήματα έδειξαν ότι οι ασθενείς μπορούν να αναπτύξουν τις δεξιότητες της συνειδητής και υγιεινής διατροφής, και ότι η ικανότητα να τρώνε κατ΄αυτόν τον τρόπο, συνδέεται με θετική επεξεργασία των αποτελεσμάτων για κάθε διαγνωστική κατηγορία (ανορεξία, βουλιμία και η διατροφική διαταραχή που δεν ορίζεται διαφορετικά). Η έρευνα καταλήγει προσφέροντας προτάσεις για το πώς μπορεί να εφαρμοστεί ένα ανάλογο διατροφικό πρόγραμμα με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα εντός του νοσοκομείου αλλά ακόμη και στο σπίτι.

7. Eating disorders among fashion models. Zancu & Enea, 2016.

Abstract

Fashion models are thought to be at an elevated risk for eating disorders, but few methodologically rigorous studies have explored this assumption. We have investigated the prevalence of eating disorders in a group of 55 fashion models born in Sardinia, Italy, comparing them with a group of 110 girls of the same age and of comparable social and cultural backgrounds. The study was based on questionnaires and face-to-face interviews, to reduce the bias due to symptom under-reporting and to social desirability responding. When compared on three well-validated self-report questionnaires (the EAT, BITE, BAT), the models and controls did not differ significantly. However, in a detailed interview (the Eating Disorder Examination), models reported significantly more symptoms of eating disorders than controls, and a higher prevalence of partial syndromes of eating disorders was found in models than in controls. A body mass index below 18 was found for 34 models (54.5%) as compared with 14 controls (12.7%). Three models (5%) and no controls reported an earlier clinical diagnosis of anorexia nervosa. Further studies will be necessary to establish whether the slight excess of partial syndromes of eating disorders among fashion models was a consequence of the requirement in the profession to maintain a slim figure or if the fashion modeling profession is preferably chosen by girls already oriented towards symptoms of eating disorders, since the pressure to be thin imposed by this profession can be more easily accepted by people predisposed to eating disorders.

Μετάφραση

Διατροφικές διαταραχές σε επαγγελματίες μοντέλα

Περίληψη

Τα μοντέλα μόδας διατρέχουν πιθανά έναν υψηλότερο κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές, αλλά λίγες μεθοδολογικά αυστηρές μελέτες έχουν 97 ερευνήσει αυτήν την υπόθεση. Έχουμε ερευνήσει την επικράτηση των διατροφικών διαταραχών σε μια ομάδα 55 μοντέλων μόδας γεννημένων στη Σαρδηνία, Ιταλία, που συγκρίνει υατή την ομάδα με μια ομάδα 110 κοριτσιών της ίδιας ηλικίας, με παρόμοια κοινωνικά και πολιτιστικά υποβάθρα. Η μελέτη βασίστηκε στα ερωτηματολόγια και τις πρόσωπο με πρόσωπο συνεντεύξεις, για να μειώσει την προκατάληψη, λόγω της ψευδούς δήλωσης συμπτώματος της κοινωνικά επιθυμητής

απάντηση. Όταν συγκρίνονται σε τρία καλά- επικυρωμένα ερωτηματολόγια άμεσης απάντησης (EAT, BITE, BAT), τα μοντέλα και η ομάδα ελέγχου δεν διέφεραν σημαντικά. Εντούτοις, σε μια λεπτομερή συνέντευξη (Eating Disorder Examination), τα μοντέλα εξέθεσαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών από την ομάδα ελέγχου και μια υψηλότερη επικράτηση των μερικών συνδρόμων των διατροφικών διαταραχών βρέθηκε στα μοντέλα από ότι στην ομάδα ελέγχου. Ένας δείκτης μάζας σώματος κάτω από 18 βρέθηκε για 34 μοντέλα (54.5%) και σε 14 άτομα της ομάδας ελέγχου (12.7%). Τρία μοντέλα (5%) και κανένα άτομο της ομάδας ελέγχου ανάφεραν ότι είχαν διαγνωσθεί με νευρική ανορεξία. Οι περαιτέρω μελέτες θα είναι απαραίτητες για να τεκμηριώσουν εάν η μικρή υπεροχή των μερικών συνδρόμων των διατροφικών διαταραχών μεταξύ των μοντέλων μόδας ήταν μια συνέπεια της απαίτησης στο επάγγελμα να διατηρηθεί λεπτή γραμμή σώματος ή εάν το επάγγελμα μόδας επιλέγεται κατά προτίμηση από τα κορίτσια που προσανατολίστηκαν ήδη προς τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών, δεδομένου ότι η πίεση που επιβάλλεται για λεπτή γραμμή σώματος μπορεί να γίνει αποδεκτή ευκολότερα από τους ανθρώπους που έχουν προδιάθεση για τις διατροφικές διαταραχές.

8. Depression, worry, and psychosocial functioning predict eating disorder treatment outcomes in a residential and partial hospitalization setting. Fewell et al, 2017.

Abstract

This retrospective study explores depression, worry, psychosocial functioning, and change in body mass index (BMI) as predictors of eating disorder (ED) symptomatology and BMI at discharge and 1-year follow-up from a residential and partial hospitalization ED treatment center. Participants were 423 male and female patients receiving treatment at an ED treatment center. Results indicate significant improvement in ED symptomatology, psychological impairment, and change in BMI (in patients with anorexia nervosa) at treatment discharge and follow-up compared to treatment admission ($ps < 0.001$). Depression and worry predicted ED symptomatology and psychological impairment at discharge ($ps < 0.05$). Depression, worry, and psychosocial functioning predicted ED symptomatology and psychological impairment at 1-year follow-up ($ps < 0.001$). Change in BMI was not

a significant predictor of outcome. Depression, worry, and psychosocial functioning each play a role in treatment outcomes and may help clarify who might benefit from treatment. Clinicians in ED treatment centers should consider these as areas of focus for improved outcomes.

Μετάφραση

Κατάθλιψη, ανησυχία, και ψυχοκοινωνική λειτουργία προβλέψει τρώει τα αποτελέσματα της θεραπείας διαταραχής σε μια κατοικημένη και μερική ρύθμιση νοσηλεία.

Περίληψη

Η αναδρομική αυτή μελέτη διερευνά την κατάθλιψη, την ανησυχία, την ψυχοκοινωνική λειτουργία, και τη μεταβολή του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) ως προγνωστικούς παράγοντες της διατροφικής διαταραχής, αξιολογώντας τη συμπτωματολογία και τη μεταβολή του ΔΜΣ κατά την έξοδο από το νοσοκομείο και μετά από 1 έτος παρακολούθησης, κατόπιν θεραπείας που εφαρμόστηκε μερικώς στο νοσοκομείο και αργότερα στην οικία του ασθενή. Οι συμμετέχοντες ήταν 423 άνδρες και γυναίκες ασθενείς που λάμβαναν θεραπεία σε ένα κέντρο αντιμετώπισης διατροφικών διαταραχών. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική βελτίωση στη συμπτωματολογία, την ψυχολογική δυσλειτουργία και την αλλαγή του ΔΜΣ (σε ασθενείς με νευρική ανορεξία) κατά την έξοδο από το θεραπευτικό κέντρο και την παρακολούθηση σε σχέση με την έναρξη της θεραπείας.

Η κατάθλιψη, η ανησυχία και η ψυχολογική δυσλειτουργία ήταν προβλεπόμενα αποτελέσματα κατά την έξοδο από το θεραπευτικό κέντρο. Ένα χρόνο μετά, η κατάθλιψη, η ανησυχία, η ψυχοκοινωνική λειτουργία και η ψυχολογική βλάβη ήταν αναμενόμενες συνέπειες. Η αλλαγή του ΔΜΣ δεν ήταν σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της έκβασης. Η κατάθλιψη, η ανησυχία και η ψυχοκοινωνική λειτουργία κάθε ασθενή, παίζουν ρόλο στην έκβαση της θεραπείας και μπορεί να συμβάλουν στην αποσαφήνιση του οφέλους των ασθενών από τον θεραπευτικό σχεδιασμό. Οι κλινικοί γιατροί σε κέντρα θεραπείας διατροφικών διαταραχών θα πρέπει να εστιάσουν σε αυτούς τους τομείς, προκειμένου να επιτύχουν βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

9. Eating disorders and pregnancy: Proposed treatment guidelines for obstetricians and gynecologists. Fornari1 et al, 2014.

ABSTRACT

Pregnant women with eating disorders are at risk for multiple complications to both the woman and the fetus. Eating disorders are particularly prevalent among adolescent girls and young women. This paper suggests a road map for the obstetrician gynecologist caring for women who either have an active eating disorder, report a history of a prior eating disorder, or when the clinician suspects that the woman may have an eating disorder which has not been previously identified. Proposedtreatmentguidelinesareoutlined.

Μετάφραση

Περίληψη

Έγκυες γυναίκες με διατροφικές διαταραχές βρίσκονται σε κίνδυνο για πολλές επιπλοκές, τόσο η γυναίκα όσο και το έμβρυο. Οι διατροφικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες μεταξύ των εφήβων κοριτσιών και των νεαρών γυναικών. Αυτή η μελέτη προτείνει έναν οδηγό προς τους μαιευτήρες και τους γυναικολόγους, ώστε να παρέχουν ικανή φροντίδα για τις γυναίκες που είτε έχουν μια ενεργή διατροφική διαταραχή, είτε έχουν ιστορικό προηγούμενης διατροφικής διαταραχής, ή όταν ο ιατρός υποψιάζεται ότι η γυναίκα μπορεί να έχει μια διατροφική διαταραχή που δεν έχει προηγουμένως προσδιοριστεί. Περιγράφονται κατευθυντήριες γραμμές της προτεινόμενης θεραπείας.

10. Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. Andersen & Ryan, 2010.

Abstract

The eating disorders anorexia nervosa and bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified disproportionately affect women, have profound effects on the overall well-being of women and their children, and can have mortality rates as high as those found with major depression. These disorders may present to obstetrician-gynecologists (ob-gyns) clinically as menstrual dysfunction, low bone density, sexual dysfunction, miscarriage, preterm delivery, or low birth weight in offspring. Ninety percent of eating disorders develop before the age of 25

in otherwise healthy young women, a group that characteristically seeks the majority of their health care from obgyns. For all of these reasons, ob-gyns must have a greater awareness of these disorders and a lower index of suspicion for screening their patients than they currently do. Otherwise, they may miss life-threatening illness, treat characteristic amenorrhea inappropriately, or inadvertently intervene to help these women conceive, contributing to maternal and fetal risks. As providers of both primary and specialty care for women, ob-gyns have the opportunity to play a vital role in prevention and diagnosis of eating disorders and in the multidisciplinary management required to effectively manage these disorders.

Μετάφραση

Διατροφικές διαταραχές σε γυναικολογικό και μαιευτικό πληθυσμό

Περίληψη

Οι διατροφικές διαταραχές όπως η νευρική ανορεξία και βουλιμία και οι διατροφικές διαταραχές που δεν ορίζονται σαφώς, έχουν επιπτώσεις στις γυναίκες, επηρεάζουν τη γενική ευημερία των γυναικών και των παιδιών τους, και μπορούν να παρουσιάζουν δείκτες θνησιμότητας τόσο υψηλούς όσο εκείνοι που αφορούν την κατάθλιψη. Αυτές οι διαταραχές μπορούν να παρουσιάσουν γυναικολογικά – μαιευτικά περιστατικά, παρουσιαζόμενα κλινικά ως εμμηνορροϊκή δυσλειτουργία, χαμηλή οστική πυκνότητα, σεξουαλική δυσλειτουργία, αποβολή, πρόωρο τοκετό, ή χαμηλό βάρος γέννησης στο έμβρυο. Ενενήντα τοις εκατό των διατροφικών διαταραχών 89 αναπτύσσονται πριν από την ηλικία 25 στις ειδάλλως υγιείς νέες γυναίκες, μια ομάδα που επιδιώκει χαρακτηριστικά την υγειονομική περίθαλψή τους από τους γυναικολόγους. Για όλους αυτούς τους λόγους, οι γυναικολόγοι πρέπει να έχουν μια μεγαλύτερη συναίσθηση αυτών των διαταραχών. Διαφορετικά, μπορεί να τους διαφύγει η απειλητική για τη ζωή ασθένεια, να θεραπεύσουν τη χαρακτηριστική αμηνόρροια άπρεπα, ή να επέμβουν ακούσια για να βοηθήσουν αυτές τις γυναίκες να συλλάβουν, συμβάλλοντας σε μαιευτικούς και εμβρυϊκούς κινδύνους. Σαν μοναδικοί φροντιστές των γυναικών, οι γυναικολόγοι έχουν την ευκαιρία να διαδραματίσουν έναν ζωτικής σημασίας ρόλο στην πρόληψη και τη διάγνωση των διατροφικών διαταραχών και στη διεπιστημονική διαχείριση που απαιτείται για να διαχειριστούν αποτελεσματικά αυτές τις διαταραχές.

11. Two sides of the same coin? A new instrument to assess body checking and avoidance behaviors in eating disorders. Legenbauer et al, 2017.

Abstract

Body checking (BC) and avoidance behaviors (BA) are the dominant behavioral features of body image disturbances (BID) that characterize most individuals with eating disorders (EDs). Whereas BC can be reliably assessed, a valid assessment tool for BA is lacking, preventing an adequate assessment of BID differences across different EDs (anorexia nervosa, AN; bulimia nervosa, BN; binge eating disorder, BED). A total of 310 women with EDs and 112 nonclinical controls completed measures of BC-, BA- and ED-related symptoms. BA did not differentiate between EDs, whereas BC did: it was highest in AN and BN, and lowest in BED. Multivariate analyses also discriminated AN from BN based on BC. Given that results are of preliminary nature, evidence is promising that EDs can be discriminated from healthy controls and that differential BID profiles for the behavioral component among ED subgroups exist. However, replication of the factor structure remains open within ED subsamples

Μετάφραση

Δύο όψεις του ίδιου νομίσματος; Ένα νέο μέσο για την αξιολόγηση έλεγχο του σώματος και συμπεριφορές αποφυγής σε διατροφικές διαταραχές. συμπεριφορών αποφυγής του πόνου σε διατροφικές διαταραχές.

Περίληψη

Ο έλεγχος του σώματος και η συμπεριφορά αποφυγής του πόνου αποτελούν τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς των διαταραχών που αφορούν την εικόνα του σώματος και χαρακτηρίζουν τα περισσότερα άτομα με διατροφικές διαταραχές. Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο έλεγχος του βάρους μπορεί να εκτιμηθεί αξιόπιστα, ένα έγκυρο εργαλείο αξιολόγησης της συμπεριφοράς αποφυγής απουσιάζει, εμποδίζοντας την κατάλληλη αξιολόγηση των διάφορων διαταραχών της εικόνας του σώματος σε διαφορετικές διατροφικές διαταραχές (νευρική ανορεξία, βουλιμία ανορεξία, Επεισοδιακή υπερφαγία).

Ένα σύνολο 310 γυναικών με διατροφικές διαταραχές και 112 μη κλινικοί έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν για την αξιολόγηση συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών. Η συμπεριφορά αποφυγής δεν διέφερε μεταξύ των διατροφικών

διαταραχών, ενώ η εικόνα του σώματος και ο έλεγχος του βάρους εμφάνισαν υψηλότερο ποσοστό στη ΝΑ και ΝΒ καιι χαμηλότερο στην επεισοδιακή υπερφαγία. Πολυπαραγοντικές αναλύσεις έδειξαν διακρίσεις μεταξύ ΝΑ και ΝΒ με βάση τον δείκτη ελέγχου βάρους σώματος..

Δεδομένου ότι τα αποτελέσματα είναι προκαταρκτικά φύσης, οι αποδείξεις υπόσχονται ότι οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να διακριθούν και ότι υπάρχει διαφορικό προφίλ για τη διαταραχή της εικόνας του σώματος, λαμβάνοντας τη συμπεριφορά ως συνιστώσα μεταξύ των υποομάδων με διατροφικές διαταραχές. Ωστόσο, η αναπαραγωγήτου δομικού παράγοντα παραμένει ανοιχτή στα επιμέρους δείγματα των ατόμων με διατροφικές διαταραχές.

12. Eating disorders in childhood and adolescence. Goncalves et al, 2013.

Abstract

OBJECTIVE:

To discuss eating disorders in children and adolescents regarding their characteristics and risk factors.

DATA SOURCES:

Articles were searched in the PubMed and ScieLO databases, combining the terms 'children', 'adolescents', 'eating behavior', 'eating disorder', 'bulimia', and 'anorexia', both in Portuguese and in English. Studies published between 2007 and 2011 were retrieved and 49 articles that assessed eating behavior and disorders, nervous anorexia and bulimia, and non-specific eating disorders were selected.

DATA SYNTHESIS:

Eating disorders, especially non-specific ones, were common during childhood and adolescence. The presence of such disorders was attributed mainly to family environment and exposure to the media. Eating disorders were frequently followed by psychological comorbidities.

CONCLUSIONS:

Among the risk factors for eating disorders, social and family environment and the media were the most important ones. The influence of the media and social environment has been related to the worship of thinness. As to family environment, mealtimes appeared to be fundamental in shaping eating behavior and the

development of disorders. Eating disorders were associated with nutritional problems (growing impairment and weight gain), oral health (cheilitis, dental erosion, periodontitis, and hypertrophy of salivary glands), and social prejudice.

Μετάφραση

Διατροφικές διαταραχές στην παιδική ηλικία και την εφηβεία.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ:

Η συζήτηση για τις διατροφικές διαταραχές σε παιδιά και εφήβους σχετικά με τα χαρακτηριστικά τους και τους παράγοντες κινδύνου.

ΠΗΓΕΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ:

Άρθρα αναζητήθηκαν στις βάσεις δεδομένων PubMed και ScieLO, συνδυάζοντας τους όρους «παιδιά», «έφηβοι», « διατροφική συμπεριφορά», « διατροφική διαταραχή», «βουλιμία», και «ανορεξία», τόσο στα πορτογαλικά και στα αγγλικά. Μελέτες που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 2007 και 2011 ανακτήθηκαν, και επιλέχθηκαν 49 άρθρα που αξιολογούν τις διατροφικές συμπεριφορές και διαταραχές, τη νευρική ανορεξία και βουλιμία, καθώς και τις μη ειδικές διατροφικές.

ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ:

Διατροφικές διαταραχές , ιδιαίτερα οι μη-ειδικές, ήταν κοινές κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Η παρουσία αυτών των διαταραχών αποδόθηκε κυρίως στο οικογενειακό περιβάλλον και την έκθεση στα μέσα ενημέρωσης. Οι διατροφικές διαταραχές συχνά ακολουθούνται από ψυχολογικά νοσήματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Μεταξύ των παραγόντων κινδύνου για τις διατροφικές διαταραχές, το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον καθώς και τα μέσα ενημέρωσης ήταν οι πιο σημαντικοί. Η επιρροή των μέσων μαζικής ενημέρωσης και του κοινωνικού περιβάλλοντος έχει σχέση με τη λατρεία του λεπτού σώματος. Όσον αφορά το οικογενειακό περιβάλλον, τα γεύματα φάνηκε να είναι θεμελιώδη στη διαμόρφωση της διατροφικής συμπεριφοράςκαι την ανάπτυξη των διαταραχών. Οι διατροφικές διαταραχές συσχετίστηκαν με τα διατροφικά προβλήματα (αυξανόμενη δυσλειτουργία και αύξηση του σωματικού βάρους), τη στοματική υγεία (χειλίτιδα,

οδοντική διάβρωση, περιοδοντίτιδα, και υπερτροφία των σιελογόνων αδένων), και τις κοινωνικές προκαταλήψεις.

13. A review of eating disorders in males. Raevuori et al, 2014.

Abstract

PURPOSE OF REVIEW:

Research in eating disorders in males has been active lately compared to the past. This review aims to provide an overview of the recently published studies of eating disorders in males.

RECENT FINDINGS:

Publication of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition has outlined more sex-neutral diagnostic criteria for eating disorders. Data of socioeconomic factors, prenatal influences, clinical characteristics, assessment, and mortality for eating disorders have been reported independently for males. Unlike in females, higher parental education showed no association with eating disorders in males, but twin or triplet status and lower gestational age at birth had an independent association with anorexia nervosa in males. Contrary to earlier suggestions, no differences in eating disorder symptoms such as binging, vomiting, or laxative abuse were observed between the sexes. Yet, males tended to score lower on eating disorder symptom measures than females. High rates of premorbid overweight and higher BMIs at various stages of eating disorders have been confirmed repeatedly. Higher age and lower BMI at admission, and restrictive anorexia nervosa subtype predicted fatal outcome for anorexia nervosa in males.

Μετάφραση

Περίληψη

Σκοπός της μελέτης

Τα τελευταία χρόνια η έρευνα για τις διατροφικές διαταραχές στους άνδρες έχει ενεργοποιηθεί σε σύγκριση με το παρελθόν. Η συγκεκριμένη αναθεώρηση στοχεύει να παρέχει μια επισκόπηση πρόσφατα δημοσιευμένων μελετών σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές στο ανδρικό φύλο.

Πρόσφατα ευρήματα

Η 5η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των ψυχικών διαταραχών, περιέγραψε τα διαγνωστικά κριτήρια για τις διατροφικές διαταραχές χωρίς διαχωρισμό στα δύο φύλα. Δεδομένα όπως οι κοινωνικοοικονομικοί παραγόντες, οι προγεννητικές επιρροές, τα κλινικά χαρακτηριστικά, η αξιολόγηση και η θνησιμότητα που προκύπτουν από τις διατροφικές διαταραχές, έχουν αναφερθεί ανεξάρτητα για τους άνδρες. Σε αντίθεση με τα θηλυκά, καμία συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε μεταξύ του υψηλότερου εκπαιδευτικού επίπεδου των γονέων με τις διατροφικές διαταραχές στα αρσενικά, αλλά η δίδυμη ή τρίδυμη εγκυμοσύνη και η χαμηλότερη ηλικία κύησης κατά τη γέννηση, αποτέλεσαν ανεξάρτητη μεταβλητή που συσχετίστηκε με εμφάνιση νευρικής ανορεξίας στους άνδρες.

Σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων αναφορικά με τη χρήση καθαρτικών, κατάσταση εμέτων ή παρουσία επεισοδίων υπερφαγίας. Ακόμα, οι άνδρες έτειναν να σημειώνουν χαμηλότερη βαθμολογία στην εμφάνιση συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Υψηλά ποσοστά υπέρβαρων και υψηλότερος ΔΜΣσε ποικίλα στάδια της διατροφικών διαταραχών έχουν επιβεβαιωθεί επανειλημμένα. Υψηλότερη ηλικία και χαμηλότερο ΔΜΣ στο πρώτο στάδιο της διαταραχής κατά την ύπαρξη του περιοριστικού τύπου της νευρικής ανορεξίας, προβλέπουν θανατηφόρα έκβαση σχετικά με την νευρική ανορεξίας στους άνδρες.

14. A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. Welchet al, 2015.

Abstract

Eating disorders (ED) are serious disorders that have a negative impact on both the psychological and the physiological well-being of the afflicted. Despite the fact that ED affect both genders, males are often underrepresented in research and when included the sample sizes are often too small for separate analyses. Consequently we have an unclear and sometimes contradictory picture of the clinical characteristics of males with ED. The aim of the present study was to improve our understanding of the clinical features of adolescent males with eating disorders.

We compared age at presentation, weight at presentation, history of significantly different premorbid weight and psychiatric (Attention Deficit

Hyperactivity Disorder (ADHD)) and somatic comorbidity (celiac disease and diabetes) of 58 males to 606 females seeking medical care for eating disorders at the Children's Hospital in Uppsala, Sweden during the years 1999–2012. As all boys were diagnosed with either AN or Other Specified Feeding or Eating Disorder (OSFED) atypical AN, the age and weight comparisons were limited to those girls fulfilling the diagnostic criteria for AN or OSFED atypical AN. There was no significant difference in age at presentation. Differences in weight at presentation and premorbid weight history were mixed. A significantly higher percentage of males had a history of a BMI greater than two standard deviations above the mean for their corresponding age group. As well, there was a higher prevalence of ADHD among the males whereas celiac disease and diabetes only was found among the females. A better understanding of the clinical characteristics of males with ED at presentation should improve our ability to identify males with ED and thereby aid in tailoring the best treatment alternatives.

Μετάφραση

Περίληψη

Οι διατροφικές διαταραχές (ΔΔ) είναι σοβαρές διαταραχές που έχουν αρνητικές επιπτώσεις τόσο την ψυχολογική όσο και στη φυσική ευημερία των ατόμων που επηρεάζει. Παρά το γεγονός ότι οι ΔΔ επηρεάζουν και τα δύο φύλα, οι άνδρες συχνά υποεκπροσωπούνται στον τομέα της έρευνας, και όταν περιλαμβάνονται, τα μεγέθη των δειγμάτων είναι συχνά πολύ μικρά για ξεχωριστές αναλύσεις. Κατά συνέπεια, έχουμε μια ασαφή και μερικές φορές αντιφατική εικόνα των κλινικών χαρακτηριστικών των ανδρών με ΔΔ. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να βελτιώσει την κατανόηση των κλινικών χαρακτηριστικών των εφήβων αρσενικών με διατροφικές διαταραχές.

Οι μελετητές σύγκριναν δεδομένα όπως η ηλικία και το βάρος κατά την εμφάνιση της διαταραχής, την προνοσηρή και ψυχιατρική κατάσταση του ατόμου (Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας=(ADHD) και την πιθανή σωματική συννοσηρότητα (κοιλιοκάκη και διαβήτη) σε 58 άνδρες και 606 γυναίκες, που αναζήτησαν ιατρική φροντίδα για τις διατροφικές διαταραχές στο Νοσοκομείο Παίδων στην Ουψάλα της Σουηδίας, κατά τη διάρκεια των ετών 1999-2012. Καθώς όλα τα αγόρια είχαν διαγνωστεί είτε με νευρική ανορεξία είτε με κάποια άλλη διατροφική διαταραχή, οι συγκρίσεις για την ηλικία και το βάρος

περιορίζονταν στα κορίτσια που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια είτε για τις ίδιες διατροφικές διαταραχές.Δεν υπήρχε καμία σημαντική διαφορά στην ηλικία εμφάνισης της διαταραχής. Οι διαφορές στο βάρος κατά την εμφάνιση της διαταραχής και του ιστορικού του βάρους στο προνοσηρό στάδιο, ήταν ανάμεικτες. Ένα σημαντικά υψηλότερο ποσοστό των ανδρών είχαν ιστορικό ΔΜΣ μεγαλύτερο από δύο τυπικές αποκλίσεις πάνω από τον μέσο όρο για την αντίστοιχη ηλικιακή ομάδα. Επίσης, υπήρχε μια υψηλότερη επικράτηση τηςADHD μεταξύτων αρσενικών, ενώ ευρήματα για κοιλιοκάκη και διαβήτη διαπιστώθηκαν μόνο μεταξύ των γυναικών. Μια καλύτερη κατανόηση των κλινικών χαρακτηριστικών των ανδρών με διατροφικές διαταραχέςιδιαίτερα κατά την έναρξη της νόσου, θα βελτιώσει την ικανότητά μας να εντοπίζουμε τους άνδρες με ΔΔ, και με αυτόν τον τρόπο θα παρέχουμε ενίσχυση στην ανεύρεση καλύτερων εναλλακτικών θεραπευτικών λύσεων.

15. What can we learn from the history of male anorexia nervosa? Zhang, 2014.

Abstract

The eating disorders literature has focussed on females and little is known of the male experience. The overall image this has generated suggests a young woman in conflict with socio-cultural pressures which associate thinness with beauty. Historical studies have examined anorexia nervosa from an entirely female focus while ignoring how diagnostic categories have shaped approaches to the male body. This paper will track the case of the male with anorexia nervosa through changing theories of causation and treatment approaches, from when the condition first emerged in 1873 to the present. In doing so, we gain a valuable new insight into how anorexia nervosa has been historically gendered and the far-reaching implications this has had for diagnosis and treatment of the male sufferer. Similarities between the sexes helped to establish male anorexia as a distinct category. However, this shifted focus away from important differences, which have yet unexplored implications in the assessment, diagnosis and management of disordered eating. Throughout history, there has been constant pressure to give a precise definition to anorexia nervosa, despite being fraught with medical uncertainties. This has resulted in inevitably harmful generalisations rooted in the dominant epidemiology. This

paper reveals that anorexia nervosa is a truly global phenomenon which cannot be adequately constructed through exclusive studies of the female. There is consequently a pressing need to address the dearth of research examining eating disorders in males.

Μετάφραση

Περίληψη

Αναφορικά με τις διατροφικές διαταραχές η έρευνα έχει επικεντρωθεί στις γυναίκες και λίγα είναι γνωστά για την εμπειρία των ανδρών σχετικά με αυτές. Η γενική εικόνα που έρχεται στο μυαλό κάποιου όταν ακούει για διατροφικές διαταραχές, είναι μια νεαρή γυναίκα που έρχεται σε σύγκρουση με τις κοινωνικο-πολιτισμικές πιέσεις που συνδέουν την αδύνατη εμφάνιση με την ομορφιά. Ιστορικές μελέτες έχουν εξετάσει την νευρική ανορεξία από μια εξ ολοκλήρου γυναικεία οπτική, αγνοώντας πως έχουν διαμορφώσει προσεγγίσεις που αφορούν και στο ανδρικό σώμα.

Η παρούσα μελέτη παρακολουθεί την υπόθεση των ανδρών με νευρική ανορεξία μέσω αλλαγή στις θεωρίες της αιτιώδους συνάφειας και των θεραπευτικών προσεγγίσεων, από τη στιγμή που εμφανίστηκαν το 1873 μέχρι σήμερα. Με αυτόν τον τρόπο, το κοινό θα έχει κερδίσει μια πολύτιμη νέα οπτική για το πώς η νευρική ανορεξία έχει εξελιχθεί ιστορικά και ποιες είναι οι μακροπρόθεσμες συνέπειες για τη διάγνωση και θεραπεία του πάσχοντος αρσενικού. Ομοιότητες μεταξύ των δύο φύλων βοήθησαν να καθιερωθεί η ανορεξία στους άνδρες ως διακριτή κατηγορία. Ωστόσο, το γεγονός απομάκρυνετη διερεύνηση σημαντικών διαφορών, οι οποίες έχουν ακόμη ανεξερεύνητες επιπτώσεις στην αξιολόγηση, διάγνωση και διαχείριση των διατροφικών διαταραχών.

Σε όλη την ιστορία, υπήρξε συνεχής πίεση να δοθεί ένας ακριβής ορισμός για την νευρική ανορεξία, παρά την ύπαρξη αβέβαιων ιατρικών δεδομένων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα αναπόφευκτες επιβλαβείς γενικεύσεις στην κυρίαρχη επιδημιολογία. Αυτή η μελέτη αποκαλύπτει ότι η νευρική ανορεξία είναι ένα πραγματικά παγκόσμιο φαινόμενο, το οποίο δεν είναι δυνατό να εξεταστεί επαρκώς μέσα από αποκλειστικές μελέτες του θηλυκού πληθυσμού που υποφέρει από κάποια διατροφική διαταραχή. Κατά συνέπεια, υπάρχει μια πιεστική ανάγκη διεύρυνσης των λιγοστών ερευνητικών δεδομένων που εξετάζουν τις διατροφικές διαταραχές στους άνδρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^{Ο}

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Οι διατροφικές διαταραχές, όπως νευρική ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία αποτελούν σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές που συνήθως αρχίζουν κατά τη εφηβεία. Μεταξύ των παραγόντων κινδύνου για τις διατροφικές διαταραχές, το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον καθώς και τα μέσα ενημέρωσης ήταν οι πιο σημαντικοί. Η επιρροή των μέσων μαζικής ενημέρωσης και του κοινωνικού περιβάλλοντος έχει σχέση με τη λατρεία του λεπτού σώματος. Όσον αφορά το οικογενειακό περιβάλλον, τα γεύματα φάνηκε να είναι θεμελιώδη στη διαμόρφωση της διατροφικής συμπεριφοράς και την ανάπτυξη των διαταραχών. Οι διατροφικές διαταραχές συσχετίζονται με τα διατροφικά προβλήματα (αυξανόμενη δυσλειτουργία και αύξηση του σωματικού βάρους), τη στοματική υγεία (χειλίτιδα, οδοντική διάβρωση, περιοδοντίτιδα, και υπερτροφία των σιελογόνων αδένων), και τις κοινωνικές προκαταλήψεις.Goncalvesetal, 2013.

Οι επιδημιολογικές μελέτες παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την εμφάνιση των διαταραχών αυτών και την συχνότητα που αυτές παρουσιάζουν. Πολλοί ασθενείς αρνούνται ότι πάσχουν από τις εν λόγω διαταραχές και αποφεύγουν την επαγγελματική βοήθεια. Αυτό έχει ως απότοκο να μην γνωρίζουμε με ακρίβεια το ποσοστό των πασχόντων (Welch et al, 2015).

Τα εφηβικά χρόνια αποτελούν μια κρίσιμη περίοδο σημαντικών αλλαγών τόσο στη βιολογική όσο και στη ψυχοκοινωνική ζωή των νέων. Τα άτομα που εκδηλώνουν διατροφικές διαταραχές, συχνά βιώνουν κι άλλες ψυχιατρικές διαταραχές όπως, κατάθλιψη, άγχος και διαταραχές εθισμού (Welch et al, 2015). Ειδικότερα η κατάθλιψη και το άγχος συνήθως συνδέονται με την νευρική ανορεξία και συμβάλλουν στην αύξηση των δυσκολιών προς την κοινωνική ένταξη, που αποτελεί έναν αρνητικό παράγοντα για την έκβαση της ΝΑ (Carrotetal, 2017).

Ο στιγματισμός είναι ένα πρόβλημα για τα άτομα με διατροφικές διαταραχές, αποτελώντας εμπόδιο για την αποκάλυψη της ασθένειας και την αναζήτηση βοήθειας. Οι παρεμβάσεις για τη μείωση του στιγματισμού μπορεί να συμβάλουν στην άρση αυτών των εμποδίων (Doleyetal, 2017).

Οι διατροφικές διαταραχές στη μελέτη της βιβλιογραφίας έχουν επικεντρωθεί στις γυναίκες με αποτέλεσμα για τους άνδρες να γίνεται μικρή αναφορά. Η ψυχογενής ανορεξία σήμερα θεωρείται σχεδόν αποκλειστικά γυναικεία διαταραχή με τις γυναίκες να αντιπροσωπεύουν το 90% των ατόμων που πάσχουν από αυτή.

Οι διατροφικές διαταραχές όπως η νευρική ανορεξία και βουλιμία και οι διατροφικές διαταραχές που δεν ορίζονται σαφώς, έχουν επιπτώσεις στις γυναίκες, επηρεάζουν τη γενική ευημερία των γυναικών και των παιδιών τους, και μπορούν να παρουσιάζουν δείκτες θνησιμότητας τόσο υψηλούς όσο εκείνοι που αφορούν την κατάθλιψη. Αυτές οι διαταραχές μπορούν να παρουσιάσουν γυναικολογικά – μαιευτικά περιστατικά, παρουσιαζόμενα κλινικά ως εμμηνορροϊκή δυσλειτουργία, χαμηλή οστική πυκνότητα, σεξουαλική δυσλειτουργία, αποβολή, πρόωρο τοκετό, ή χαμηλό βάρος γέννησης στο έμβρυο. (Andersen&Ryan, 2010). Επιπλέον, έγκυες γυναίκες με διατροφικές διαταραχές βρίσκονται σε κίνδυνο για πολλές επιπλοκές, τόσο η γυναίκα όσο και το έμβρυο (Fornariletal, 2014).

Η συνολική εικόνα που δημιουργείται δείχνει μια νεαρή γυναίκα να έρχεται σε σύγκρουση με κοινωνικο-πολιτιστικές πιέσεις που συσχετίζουν τη λεπτότητα με την ομορφιά. Οι ιστορικές μελέτες έχουν εξετάσει τη νευρική ανορεξία από την γυναικεία πλευρά αγνοώντας πως υπάρχουν και διαγνωστικές κατηγορίες που έχουν διαμορφωθεί ειδικά για το ανδρικό σώμα (Welchetal, 2015).

Η ΝΑ και η ΝΒ χαρακτηρίζονται από ανώμαλα πρότυπα διατροφικής συμπεριφοράς, τον έλεγχο του βάρους και την αλλοιωμένη αντίληψη για το βάρος και το σώμα τους.

Σε αυτού του είδους τις διατροφικές διαταραχές, η ανησυχία είναι κοινή. Η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, σε αυτή την κλινική κατάσταση, έχει μελετηθεί σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων στις Ηνωμένες Πολιτείες στο οποίο οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπήρχε συσχετισμός μεταξύ της ΝΑ και ψυχικών συνοδών νοσημάτων, εκτός από την «αντιθετική προκλητική διαταραχή». Στην ίδια έρευνα, διαπιστώθηκε μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ΝΒ και της κατάθλιψης, της διπολικής διαταραχής, των διαταραχών που σχετίζονται με το άγχος - όπως η κοινωνική φοβία και το μετα-τραυματικού στρες, τέλος βρέθηκε ότι δεν σχετίζεται με τις διαταραχές συμπεριφοράς, π.χ. υπερκινητικότητα, έλλειμμα προσοχής (Λαγούδης & Μποζίκας, 2009) .

Η βουλιμία βρέθηκε σε μεγάλη συχνότητα στην ηλικιακή ομάδα 16 έως 20 ετών. Οι συγγραφείς σημειώνουν ότι, λόγω της ομοιότητας μεταξύ της βουλιμικής και της μη βουλιμικής διατροφικής διαταραχής και με τη διατήρηση του βάρους τους, τα άτομα μπορούν να κρύψουν τη διαταραχή για αρκετά χρόνια.

Η χρήση των ουσιών που προκαλούν εθισμό είναι επίσης σημαντική σε εφήβους με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Σε μια προοπτική μελέτη με 999 εφήβους διαπιστώθηκε ότι εκείνοι που είχαν υποκλινική ΝΑ και ΝΒ είχαν διπλάσιες πιθανότητες αυτές να επεκταθούν έως την ενηλικίωση ανάλογα με την ουσία που προκαλεί εθισμό όπως η νικοτίνη, το αλκοόλ και οι αμφεταμίνες. Μια άλλη έρευνα έδειξε θετική σχέση μεταξύ της χρήσης των ουσιών που προκαλούν εθισμό, κατά τη διάρκεια της εφηβείας, σε κλινικές περιπτώσεις ΝΒ. Τέλος, σε μια άλλη μελέτη παρατηρήθηκε μια αδύναμη - αλλά θετική - σύνδεση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και του καπνίσματος με δίαιτες ή κραιπάλη και ακραίες συμπεριφορές για την απώλεια βάρους (Zhang, 2014).

Ακόμα αν και συνήθως οι δύο ασθένειες αρχίζουν κατά τη διάρκεια της εφηβείας, για ορισμένους συγγραφείς, η ανορεξία μπορεί να βρεθεί από την ηλικία των επτά ετών. Επισημαίνεται ότι η ΨΑ, στην παιδική ηλικία, μπορεί να επηρεάσει ή ακόμα και να σταματήσει τη σωματική ανάπτυξη, καθώς και ότι η επίπτωση στα αγόρια μπορεί να είναι υψηλότερη πριν από την εφηβεία. Από την άλλη πλευρά, η ΝΒ είναι σπάνια πριν την εφηβεία.

Η συχνότητα εμφάνισης της ΝΑ και ΝΒ στην παιδική ηλικία είναι άγνωστη, στα παιδιά και τους εφήβους. Στην εφηβεία, μια μελέτη διαπίστωσε επιπολασμό που ισούταν με 0,3% για την ΨΑ και 0,9% για την ΨΒ, οι διαταραχές αυτές ξεκίνησαν

κατά μέσο όρο στην ηλικία των 12,3 και 12,4 ετών, αντίστοιχα. Αν και προφανώς αυτός ο επιπολασμός είναι χαμηλός, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα δεδομένα αυτά μπορεί να υποτιμηθούν λόγω της άρνησης των ατόμων με διαταραχές να συμμετάσχουν σε έρευνες (Zhang, 2014).

Στη Βραζιλία το 2008 σε μια μελέτη, η οποία διεξήχθη στη Florianopolis, σε 1,219 κορίτσια 10-19 ετών, έδειξε επιπολασμό της ΝΑ 15,6%, και ποσοστό 18,8% να έχει κακή σχέση με το σώμα του και να είναι δυσαρεστημένο με αυτό. Επιπλέον, στατιστικά σημαντική σχέση με τη δυσαρέσκεια του σώματος τους, το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία παρατηρήθηκε σε όσους σπούδαζαν στα δημόσια σχολεία και ήταν ηλικίας μεταξύ 10 και 13 ετών· Επίσης, στην ίδια πόλη, μια άλλη μελέτη 258 κοριτσιών βρέθηκε μια επικράτηση του 25,3% της δυσαρέσκειας του σώματος, καθώς και τα συμπτώματα της ΝΑ και ΝΒ στο 27,6% (Zhang, 2014).

Οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται όπως είπαμε και στα δύο φύλα, σε μεγαλύτερο ποσοστό στις γυναίκες αλλά για τους άντρες μπορεί να είναι πιο εξουθενωτικές. Ωστόσο, λίγες μελέτες έχουν συμπεριλάβει άνδρες παρά αυτή την κατανομή μεταξύ των δύο φύλων. Ο τρόπος με τον οποίο η νευρική ανορεξία είναι ιστορικά δομημένος ως «ασθένεια της γυναίκας» έχει διαρκή αντίκτυπο στον τρόπο σκέψης που έχουμε σήμερα για διατροφικές διαταραχές σε γενικές γραμμές. Προς το παρόν, οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να λάβουν θεραπεία. Θα πρέπει λοιπόν να αποσυνδεθεί η εμπειρία των διατροφικών διαταραχών από τον γυναικείο φύλο, προκειμένου να σπάσουν το φράγμα και άνδρες που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα, ώστε να αναγνωρίζονται τα συμπτώματά και να μπορούν να ζητούν βοήθεια. Υπάρχει ανάγκη να διερευνηθεί συγκεκριμένα και λεπτομερώς τι είναι να ζεις σε ένα ανδρικό σώμα που πάσχει από νευρική ανορεξία. Μόνο τότε μπορεί να διευκρινιστεί κατάλληλα η πραγματικότητα από τη φαντασία - τι είναι πραγματικά η ΝΑ και τι δεν είναι – και να βελτιωθεί ο τρόπο αξιολόγησης, διάγνωσης και θεραπείας όλων των ομάδων των ασθενών (Gonçalves,etal, 2013).

Οι πρώτοι ορισμοί της νευρικής ανορεξίας δεν άφηναν πολλά περιθώρια για τον εντοπισμό των αρρένων πασχόντων. Ολοένα και περισσότερο, ωστόσο, η νευρική ανορεξία είχε αναδιατυπωθεί ως ψυχιατρικό πρόβλημα που συνδέεται με δυσλειτουργία μέσα στην οικογένεια. Αυτό κατέστησε δυνατό να φανταστούμε και μια ανδρική μορφή ανορεξίας. Το 1931, μια ομάδα επιφανών Βρετανών γιατρών αποδίδουν τις περιπτώσεις αυτές «στον αυταρχικό πατέρα, με μια αδύναμη (θρυμματισμένη) μητέρα». Αυτή η οικογενειακή εξήγηση προέρχεται από τις

προκαταλήψεις της υστερίας και την έμφαση στη σχέση μητέρας-κόρης εντός των οικογενειών των εφήβων κοριτσιών. Παρά το γεγονός αυτό, τα αρσενικά με νευρική ανορεξία είχαν θεωρηθεί ως θηλυπρεπής ομοφυλόφιλοι οι οποίοι, όπως και τα θηλυκά έπρεπε να απομονωθούν από τις οικογένειές τους (Gonçalvesetal, 2013).

Η ομοφυλοφιλία είναι σήμερα ένας ειδικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη νευρικής ανορεξίας στους άνδρες, ωστόσο οι περισσότεροι άνδρες με διαταραχές της σωματικής τους εικόνας είναι ετεροφυλόφιλοι σε αντίθεση με τους περισσότερους ομοφυλόφιλους άνδρες που δεν παρουσιάζουν διαταραχές της εικόνας του σώματος (Gonçalvesetal.).

Επί του παρόντος, η προσέγγιση αυτή στιγματίζει τους πάσχοντες ως νεαρές γυναίκες οι οποίες παγιδεύονται σε έναν φαύλο κύκλο για την επίτευξη ενός αισθητικού ιδανικού, ενός λεπτού σώματος. Αυτή η άποψη έχει ουσιαστικά διαμορφώσει την ταυτότητα και την κατάσταση των αρσενικών πασχόντων που φέρουν το πρόσθετο βάρος μιας γυναικείας διάγνωσης. Ωστόσο, η βιβλιογραφία αποκαλύπτει κρίσιμες διαφορές μεταξύ αρσενικών και γυναικείων εμπειριών των διατροφικών διαταραχών, η οποίες μπορεί να έχουν αμφίβολες επιπτώσεις στη θεραπεία. Πρόσφατα έχει προταθεί ότι η μυϊκή δυσμορφία, η οποία εμφανίζεται ως μια παρόμοια ανησυχία για την εικόνα του σώματος, την πρόσληψη τροφής και την άσκηση, μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια διατροφική διαταραχή με κυρίως ανδρική επιδημιολογία. Οι ομοιότητες οι οποίες μπορούν να συνδεθούν με την νευρική ανορεξία καθιστούν αναγκαία την κατανόηση των αντρικών εμπειριών στη σωματική εμφάνιση και τον αντίκτυπο στην αρρενωπότητα η τη θηλυκότητα του πάσχοντος (Gonçalvesetal.) .

Η κατάθλιψη, η ανησυχία και η ψυχοκοινωνική λειτουργία κάθε ασθενή, παίζουν ρόλο στην έκβαση της θεραπείας και μπορεί να συμβάλουν στην αποσαφήνιση του οφέλους των ασθενών από τον θεραπευτικό σχεδιασμό. Οι κλινικοί γιατροί σε κέντρα θεραπείας διατροφικών διαταραχών θα πρέπει να εστιάσουν σε αυτούς τους τομείς, προκειμένου να επιτύχουν βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων (Fewelletal, 2017).

Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ένα θετικό και αισιόδοξο κλίμα για τους περισσότερους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Ωστόσο, χρειάζονται περισσότερο αποτελεσματικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της νόσου στους ενήλικες και ιδιαίτερα για εκείνους που παραμένουν ασθενείς (30%) ακόμη και μετά

από 10-20 χρόνια από την εμφάνιση της διατροφικής διαταραχής(Mendolicchioetal, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^{Ο}

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι διαταραχές της διατροφής είναι μία ασθένεια που συνδέει τη σωματική με την ψυχική διάσταση της υγείας. Η δυσαρμονική σχέση ενός ατόμου με τον εαυτό του, η οποία μπορεί να έχει τις ρίζες της σε ένα δυσλειτουργικό οικογενειακό πλαίσιο ή σε ένα απαιτητικό και ανταγωνιστικό κοινωνικό περιβάλλον, βρίσκει τρόπο να εκδηλωθεί μέσα από τη σχέση του ατόμου με το φαγητό. Η νευρική ανορεξία έχει ταυτιστεί με την έντονη ανάγκη άσκησης ελέγχου του εαυτού και του σώματος. Η εφηβεία αποτελεί ένα εξελικτικό στάδιο όπου ο κυρίαρχος αναπτυξιακός στόχος είναι η διαμόρφωση εικόνας του σωματικού εαυτού.

Η ψυχογενής βουλιμία αναφέρεται στην ανεξέλεγκτη παρόρμηση για λήψη τροφής χωρίς τη παρουσία ενδοκρινολογικής διαταραχής και ερμηνευτικά έχει συνδεθεί με την Κοινωνική θεωρία της Απόδοσης. Η ενασχόληση με το βάρος και την εικόνα του σώματος διαμορφώνει και την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Η ΝΑ και ΝΒ χαρακτηρίζονται από ανώμαλα πρότυπα διατροφικής συμπεριφοράς, τον έλεγχο του βάρους και την αλλοιωμένη αντίληψη για το βάρος και το σώμα τους.

Η ΝΑ και η ΝΒ δεν πρέπει να θεωρούνται μόνο γυναικεία ασθένεια μίας και οι άντρες μπορούν να πληγούν πλέον από αυτή τη μάστιγα της εποχής. Οι ειδικοί που ασχολούνται με αυτά τα θέματα δεν πρέπει να υποτιμούν καθόλου το βαθμό στον οποίο οι άνδρες επηρεάζονται από αυτές. Στη σημερινή εποχή που οι εικόνες των περιοδικών που προβάλουν τους διάσημους άνδρες και τα μοντέλα με το ιδανικό γραμμωμένο και μυώδες ανδρικό σώμα. Η δύναμη της εικόνας είναι ίσως τώρα πιο μεγάλη από κάθε άλλη εποχή, με αποτέλεσμα αυτό να έχει αρνητική επίπτωση σε κάποια άτομα.

Το ζήτημα της πρόληψης των διατροφικών διαταραχών έχει μεγάλη αξία καθώς ο τρόπος διαπαιδαγώγησης των νέων, όχι μόνο από την οικογένεια αλλά και μέσω του χώρου εκπαίδευσης και των προτύπων που διαμορφώνονται από τα Μ.Μ.Ε. μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση διαταραγμένων συμπεριφορών σε σχέση με το φαγητό και όχι μόνο.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών εξαρτάται από την έγκαιρη διάγνωση, διαρκεί μεγάλο διάστημα και απαιτεί τη συνδρομή επιστημόνων διαφορετικών πεδίων. Είναι πολύ σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με νέα άτομα να αναγνωρίζουν τους παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν μία από τις δύο καταστάσεις και να είναι έτοιμοι να τις αντιμετωπίσουν αλλά και να τους προστατέψουν από λανθασμένες πεποιθήσεις και δυσλειτουργικά ιδανικά που μπορεί να βλάψουν τόσο τη σωματική, όσο και την ψυχική υγεία τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

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

Βάρσου Ε., (2008). Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής: Κλινική ψυχιατρική προσέγγιση, Εγκέφαλος, τόμος 45, τεύχος 2.

Γονιδάκης, Φ. & Χαρίλα, Ν. (2011). Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Γνωσιακή – συμπεριφοριστική προσέγγιση. Αθήνα: Πεδίο.

Δαγτόγλου, Π.Δ., (1991),Συνταγματικό Δίκαιο, Ατομικά Δικαιώματα, εκδ. Σάκκουλας,Αθήνα.

Ζαμπέλας, Α., (2007)Κλινική διαιτολογία και διατροφή, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης,Αθήνα

Καλατζή Αζ., (2000). Ψυχογενής Ανορεξία και Βουλιμία, Τετράδια ψυχιατρικής, Νο 52.

Καλαντζή-Αζίζη, Α, (2012),Εισαγωγή στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία, εκδ. Πεδίο, Αθήνα.

Λαγούδης Α., Μποζίκας Β., (2009). Ψυχογενής ανορεξία: Διαγνωστικά λαβύρινθος και θεραπευτικά γρίφος. Ψυχιατρική, 20:129–131.

Μάνος Ν (1997). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Morris, J. (2012). ABC στις διατροφικές διαταραχές. (επιμ. Τσίτσας, Γ.) Αθήνα: Παρισιάνος.

Παπαστάμου, Σ. (2001). Τα τέσσερα επίπεδα ανάλυσης της κοινωνιο-ψυχολογικής πραγματικότητας και της ερευνητικής πρακτικής. Στο Σ. Παπαστάμου (Επ. Έκδ.), Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχολογία: Επιστημολογικοί προσανατολισμοί και μεθοδολογικές κατευθύνσεις, Τόμ. Α', σελ. 329-397. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Περουτσή Α. ΓονιδάκηςΦ., (2011). Διαταραχές πρόσληψης τροφής και μέσα μαζικής επικοινωνίας, Ψυχιατρική, 22:231–239.

Σαρρής, Μ., (2001),Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Σπανού Β., Καζάνη Ι., Τριπόδης Ν., (2008). Διαταραχές πρόσληψης τροφής – Νευρογενής Ανορεξία. 2ο Περιφερειακό Επιμορφωτικό Κέντρο Αθήνας. ΥΠΕΠΘ. Αθήνα

Στρατουδάκης Γ, Τζανάκης Ε., (2004). Η νευρογενή ανορεξία στη γυναίκα ασθενή. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής: 21(5):413–421.

Τούντας, Γ.,(2000),Κοινωνία και υγεία, εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα.

Χαρίλα Ντ., (2006). Γνωσιακή συμπεριφοριστική προσέγγιση στις διαταραχές διατροφής. Ινστιτούτο έρευνας και θεραπείας της συμπεριφοράς

Χαρίλα Ντ., (2008). Κρίσεις Υπερφαγίας: Γνωσιακοί μηχανισμοί και θεραπευτικές παρεμβάσεις. Εγκέφαλος. Vol 45(2)

Χατζηγεωργίου Χ., (2004). Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. Παιδιατρική Ενημέρωση: 8: 12-18

Χατζητζάνου Ιρ., (2013). Κατανοώντας το νόημα της ψυχογενούς βουλιμίας: Συνδυασμός ατομικών και ομαδικών συνεδριών. Σειρά κειμένων εργασίας, Τεύχος 3.

Χρυσόγονος, Κ. (2006). Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Ξενόγλωσση

Abraham S. Lewelly J., (1997). Eating disorders the facts. Oxford university press, England.

Aigner M, Treasure J, Kaye W, Kasper S, Disorders WTFOE, and the WFSBP Task Force On Eating Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. World J Biol Psychiatry 2011; 12: 400–43.

Andersen AE, Ryan GL. Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. Obstet Gynecol. 2010; 116(5):1224.

Avena NM, Rada P, Hoebel BG. Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. Neurosci Biobehav Rev, 2008; 32:20-39.

Balottin L, Mannarini S, Rossi M, et al. The parental bonding in families of adolescents with anorexia: attachment representations between parents and offspring. Neuropsychiatr Dis Treat. 2017; (1)13:319-327.

Bailey AP, Parker AG, Colautti LA, Hart LM, Liu P, Hetrick SE. Mapping the evidence for the prevention and treatment of eating disorders in young people. J Eat Disord 2014; 2: 5.

Bardone-Cone AMH, Maldonado CR, Lawson MA, et al. Defining recovery from an eating disorder: conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. Behav Res Ther. 2010;48:194–202.

Berkman ND, Bulik CM, Brownley KA, Lohr KN, Sedway JA, Rooks A, Gartlehner G. Management of eating disorders (Evidence Report/Technology Assessment No. 135, AHRQ Publication No. 06-E010) Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services; 2006.

Brownell K.D, Fairburn C.G., (1995). Eating disgorgers and Obesity. A comprehensive handbook. Guilford Press.

Bulik, C. (2005). Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. Journal of Psychiatry and Neurosciences, 30(5), 335-339.

Carrot B, Radon L, Hubert T , et al. Are lifetime affective disorders predictive of long-term outcome in severe adolescent anorexia nervosa? Eur Child Adolesc Psychiatry, 2017. doi: 10.1007/s00787-017-0963-5. [Epub ahead of print].

Carter FA, Jordan J, McIntosh VV, et al. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. Int J Eat Disord 2011; 44: 647–54-93.

Costarelli, V. Demerzi,M. Stamou, D. Disordered eating attitudes in relation to body image and emotional intelligence in young women. Journal of Human Nutrition and Dietetics, 2009; 22 (3):239–245.

Dancyger, I. Do daughters with eating disorders agree with their parent's perception of family functioning? Comprehensive Psychiatry, 2005; 46:135–139.

Davison C.G., Neale M.J., (1994). Abnormal Psychology. New York: John Wiley & Sons Gilbert S., (2000). Counseling for eating disorders. SAGE publications, London.

Doley JR, Hart LM, Stukas AA, et al. Interventions to reduce the stigma of eating disorders: A systematic review and meta-analysis.INT J Eat Disord, 2017. doi: 10.1002/eat.22691. [Epub ahead of print].

Dawson L, Rhodes P, Touyz S. The recovery model and anorexia nervosa. Aust N Z J Psychiatry. 2014;48(11):1009–16.

Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. Behaviour Research and Therapy, 37, 1–13.

Fairburn, C.G. Eating disorders. Lancet magazine, 2003;361(9355):407-16.

Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, et al. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. Arch Gen Psychiatry. 2000;57(7):659–665.

Fassino S, Daga GA, Piero A, et al. Psychological factors affecting eating disorders. Adv Psychosom Med, 2007;28:141-68.

Fewell LK, Levinson CA, Stark L. Depression, worry, and psychosocial functioning predict eating disorder treatment outcomes in a residential and partial hospitalization setting.Eat Weight Disord. 2017, doi: 10.1007/s40519-016-0357-6. [Epub ahead of print].

Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. Cochrane Database Syst Rev. 2010; 14;(4):CD004780. doi: 10.1002/14651858.

Gadsby S. Distorted body representations in anorexia nervosa. Concious Cogn. 2017; (8) 51:17-33.

Garfinkel PE, (1995). Eating disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ (eds) Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, Williams and Wilkins.

Garner, D. M. (1997). Psychoeducational principles in treatment. In D. M. Garner, & P. E. Garfinkel, Handbook of treatment for eating disorders (pp. 145–178). The Guilford Press.

Godart, N. et al., 2002. Families of patients with anorexia or bulimia. Review of the literature and therapeutic implications, Paris.

Golan M., (2013). The journey from opposition to recovery from eating disorders: multidisciplinary model integrating narrative counseling and motivational interviewing in traditional approaches. J Eat Disord. 1: 19

Gonzales A,. Kohn M., Charke S., (2007). Eating disorders in adolescents. Australian family physicians, 36: 614-619.

Gonçalves Jde A., Moreira EA., Trindade EB., et al. Eating disorders in childhood and adolescence. Rev Paul Pediatr 2013; 31(1):96-103.

Grilo CM, White MA, Barnes RD, et al. Psychiatric disorder comorbidity and correlates in an ethnically diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. Compr Psychiatry. 2013;54(3):209–216.

Guerdjikova AI, McElroy SL, Kotwal R, et al. Comparison of obese men and women with binge eating disorder seeking weight management. Eat Weight Disord. 2007;12(1):e19–e23.

Hart LM, Cornell C, Damiano SR, Paxton SJ. Parents and prevention: a systematic review of interventions involving parents that aim to prevent body dissatisfaction or eating disorders. Int J Eat Disord 2015; 48: 157–69.

Hay PJ, Touyz S, Sud R. Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: a review. Aust N Z J Psychiatry 2012; 46: 1136–44.

Herpertz-Dahlmann B, Konrad K, Timmesfeld N, Dempfl e A. Treatment of adolescents with anorexia nervosa--authors' reply. Lancet 2014; 384: 230–31.

Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: defi nitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2009; 18: 31–47.

Herzog, T., Zeeck, A., Hartmann, A., et al (2004). Lower targets for weekly weight gain lead to better results in in-patient treatment of anorexia nervosa. European Eating Disorders Review, 12, 164– 168.

Hoek H.W., Van Hoeken D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders.International Journal of eating disorders, 34, 383-396.

Hoetzel K., Brachel R., Schlossmacher L., et al., (2013). Assessing motivation to change in eating disorders: a systematic review. J Eat Disord; 1: 38.

House J, Schmidt U, Craig M, et al. Comparison of specialist and nonspecialist care pathways for adolescents with anorexia nervosa and related eating disorders. Int J Eat Disord 2012; 45: 949–56.

Izydorczyk B, Czekaj B. Review of certain conceptions on eating disorders. Suggestions on psychotherapy for women with anorexia and bulimia nervosa (the authors' own experience). Psychiatr Pol, 2006; 40(1): 65-74.

Jansen, A. Toward effective treatment of eating disorders: Nothing is as practical as a good theory Behaviour Research and Therapy, 2001; 39: 1007–1022.

Jones, JM., Bennett, S., Lawson, ML., Rodin, G., (2001), Disorder eating attitudes and behaviors in teenaged girls: a school based studie. Canadian Medical.

Kass A., Kolko R., Wilfley D. Psychological Treatments for Eating Disorders. Curr Opin Psychiatry; 2013; 26(6): 549–555.

Laporte, L., Marccoux, V. & Guttman, H., 2001. Characteristics of families of women with restrictive anorexia nervosa compared with families of normal probands, Encephale.

Levinson CA, Zerwas S, Calebs B, et al. The Core Symptoms of Bulimia Nervosa, Anxiety, and Depression: A Network Analysis. J Abnorm Psychol, 2017, doi: 10.1037/abn0000254. [Epub ahead of print].

Legenbauer T, Martin F, Blaschke A , et al. Two sides of the same coin? A new instrument to assess body checking and avoidance behaviors in eating disorders. Body Image, 2017;21:39-46.

Maio,G.R., Haddock,G. & JarmanH.L .Social psychological factors in tackling obesity.ObesityReview 2007,8: 123–125.

Makino, M., Tsuboi, K. & Dennerstein, L., 2004. Prevalence of eating disorders: a comparison of western and non-western countries. Medscape General Medicine, pp.6:49–61.

Mattar L, Huas C, Duclos J, et al. Relationship between malnutrition and depression or anxiety in Anorexia Nervosa: a critical review of the literature. J Affect Disord, 2011; 132 (3): 311-318.

McClelland L, Crisp A. Anorexia nervosa and social class. Intern J Eat Disord, 2001; 29(2): 150 – 156.

McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, O'Melia AM. Current pharmacotherapy options for bulimia nervosa and binge eating disorder. Expert Opinion on Pharmacotherapy. 2012 Oct;13(14):2015–26.

Mehler PS, Brown C. Anorexia nervosa - medical complications. J Eat Disord 2015; 3: 11.

Mendolicchio L, Fortunato F, Dalla L. UPDATE ON EATING DISORDERS: EPIDEMIOLOGY, MORTALITY AND COMORBIDITY. Psychiatria Danubina, 2014; (26)1: 85–88.

Mond J, Hay P, Rodgers B, et al. Beliefs of women concerning the severity and prevalence of bulimia nervosa. Soc Psychol Psychiatr Epidemiol. 2004;39:299–304.

Napier AD, Ancarno C, Butler B, et al. Culture and health. Lancet. 2014;384(9954):1607–39.

Padgett, J, Bean, JA, Biro, FM, Franko,DL, (2006). Self-esteem in adolescent females. J Adolesc Health. 2006;39(4):501-7.

Polivy, J. & Herman, C., 2002. Causes of eating disorders. Annu Rev Psychology, pp.53:187–213.

Raevuori A, Hoek HW, Susser E, et al. Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. PLoS One. 2009;4(2):e4402.

Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Hoek HW. A review of eating disorders in males. Curr Opin Psychiatry 2014; 27: 426–30.

Reinecke, MA, Clark,DA, (2004). Cognitive Therapy Across the LifespanCambridge University Press, Cambridge.

Richards PS, Crowton S, Berret ME, et al. Can patients with eating disorders learn to eat intuitively? A 2-year pilot study. Eat Disord, 2017;25(2):99-113.

Shaw H., Stice E., Black Becker C., (2009). Preventing Eating Disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. Jan; 18(1): 199–207.

Sinha R, Jastreboff AM.,(2013), Stress as a common risk factor for obesity and addiction, PubMed,73(9):827-35.

Singhal, A. & Lanigan,J. (2007).Breast-feeding early growth and later obesity.Obesity Review,8: 51–54.

Schmidt U. Aetiology of eating disorders in the 21(st) century: new answers to old questions. Eur Child Adolesc Psychiatry 2003; 12 (suppl 1): I30–137.

Schmidt U, Oldershaw A, Jichi F, et al. Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2012; 201: 392–99.

Smink FR, Hoeken D, Hoek WH. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. Curr Psychiatry Rep. 2012; 14(4): 406–414.

Steinhausen, H.C. Outcomes of eating disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2009; 18 (1): 225-242.

Sternheim, L., Startup, H., Saeidi, S, et al. Understanding catastrophic worry in eating disorders: process and content characteristics. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry, 2012; 43, 1095–1103.

Thorgegrsen- Ntoumani, C, Ntoumanis, N., Nikitaras,N., (2009),Unhealthy weight control behaviors in adolescent girls a process model based on self determination theory, Psycology and Health 25 (5), 535-550.

Toledo VP., Ramos NA., Wopereis F. Nursing process to patients with anorexia nervosa. Rev Bras Enferm. 2011; 64(1):193-7.

Touyz S, Le Grange D, Lacey H, et al. Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. Psychol Med, 2013; 43: 2501–11

Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. Lancet 2010; 375: 583–93.

Vitousek, K.B. & Ewald, L.S. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of Abnormal Psychology, 1994;103(1), 137-147.

Walsh BT, Fairburn CG, Mickley D, et al. Treatment of bulimia nervosa in a primary care setting. Am J Psychiatry. 2004 Mar;161(3):556-61.

Walsh BT. The Importance of Eating Behavior in Eating Disorders Physiol Behav, 2011; 104(4): 525–529.

Walsh BT. The enigmatic persistence of anorexia nervosa. Am J Psychiatry 2013; 170: 477–84.

Wand T. Recovery is about a focus on resilience and wellness, not a fixation with risk and illness. Aust N Z J Psychiatry. 2015;49(12):1084.

Welch E., Ghaderi A., Swene I. A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. BMC Psychiatry, 2015; 15: 45.

Whitney J, Murphy T, Landau S, et al. A practical comparison of two types of family intervention: an exploratory RCT of family day workshops and individual family work as a supplement to inpatient care for adults with anorexia nervosa. Eur Eat Disord Rev 2012; 20: 142–50.

Williams SE, Watts TKO, Wade TD. A review of the definitions of outcome used in the treatment of bulimia nervosa. Clin Psychol Rev. 2012;32:292–300.

Wosniak C, Rekleiti M, Roupa Z. Contribution of social and family factors in anorexia nervosa. Health Science Journal, 2012; 6 (2): 257-269.

Yook K, Kim KH, Suh SY, et al. Intolerance of uncertainty, worry and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. J. Anxiety Disord. 2010; 24, 623–628.

Zancu SA, Enea V. Eating disorders among fashion models. Eat Weight Disord, 2016 [Epub ahead of print].

Zhang C. What can we learn from the history of male anorexia nervosa?. J Eat Disord, 2014; 2: 138.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣΠΗΓΕΣ

FRA (2012) *Annual report 2012 - Fundamental rights: challenges and achievements in 2012.* Austria: FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, http://fra.europa.eu/sites/default/files/annual-report-2012_en.pdf

OECD (2014) *OBESITY Update.* http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2014.pdf

UNISEF (2012) *The condition of youth in Greece*. Athens: National Hellenic Committee UNICEF, http://www.unicef.gr/uploads/filemanager/PDF/info/children-in-Greece-2012.pdf

WHO (2013) *Draft Report on informal consultation with Member States and UN Organizations on a proposed set of indicators for the global monitoring framework for maternal, infant and young child nutrition*, Geneva.

http://www.who.int/nutrition/events/draft_report_consultationglobal_targets2025.pdf?ua=1

WFP (2013) *State of School Feeding Worldwide*, Rome. http://www.wfp.org/content/state-school-feeding-worldwide-2013