

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



**ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ
ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ**

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

Βασιλάκη Ειρήνη
Καρακίτσου Αναστασία

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ:

Σαμαρτζή Κυριακή

ΠΑΤΡΑ 2019

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη εποχή παρατηρείται ολοένα και περισσότερη ενασχόληση των ανθρώπων και κυρίως των νέων με την εικόνα του σώματός τους. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, οι προσωπικές εμπειρίες, το οικογενειακό περιβάλλον και η κοινή γνώμη ασκούσαν ανέκαθεν επιρροή στη ζωή του ατόμου. Όταν το μέτρο χάνεται και η ενασχόληση με τη διατροφή και τις δίαιτες γίνεται πιο έντονη, η εξιδανίκευση της εικόνας του σώματος γίνεται εμμονή, τότε πιθανώς να εμφανιστούν διαταραχές πρόσληψης της τροφής. Στη παρούσα πτυχιακή θα μελετηθούν οι δύο από αυτές, η νευρογενής βουλιμία και η νευρογενής ανορεξία.

Η συχνότητα των εν λόγω διαταραχών αυξάνεται εντυπωσιακά καθώς όλο και περισσότεροι άνθρωποι παγιδεύονται στα όρια της μόδας έτσι όπως προβάλλονται από τα ΜΜΕ. Η κοινωνική κρίση, η έλλειψη ενδοοικογενειακής επικοινωνίας, αυξάνει την ανασφάλεια των ανθρώπων και ορισμένοι από αυτούς δεν γνωρίζουν σε ποιες υποστηρικτικές δομές πρέπει να καταφύγουν, ούτε αντιλαμβάνονται την αναγκαιότητα αυτού. Για το λόγο αυτό η ενημέρωση τόσο του κάθε πολίτη, όσο και η άρτια εκπαίδευση και εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές, θεωρείται αναγκαία. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να επιτευχθεί η πρόληψη που αποτελεί τον κύριο στόχο για οποιαδήποτε πάθηση.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής ορίζεται η διατροφή και τα θρεπτικά συστατικά τα οποία και αναλύονται εκτενέστατα. Ύστερα, παρουσιάζεται το πρότυπο μιας καλής διατροφής, όπου στο σημείο αυτό γίνεται αναφορά στη μεσογειακή διατροφή και τέλος παρουσιάζονται ορισμένες ανθυγιεινές συνήθειες που ακολουθούνται μαζικά.

Στο επόμενο κεφάλαιο γίνεται εισαγωγή στις διατροφικές διαταραχές. Αναφέρονται τα είδη αυτών, ορισμένα επιδημιολογικά στοιχεία καθώς και η αιτιολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής που έχει πολυπαραγοντική διάσταση. Στη συνέχεια παρουσιάζεται το εργαλείο SCOFF ως ένα μέσο αναγνώρισης της έναρξης κάποιας

διατροφικής διαταραχής, ενώ στο τέλος του κεφαλαίου προβάλλονται οι πληθυσμοί που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση των συγκεκριμένων διαταραχών.

Στην πορεία της πτυχιακής δίνεται έμφαση στην εφηβική ηλικία και κυρίως στις διατροφικές συνήθειες, ανάγκες και προβλήματα των νέων σε αυτή την ευαίσθητη ηλικιακή περίοδο της ζωής τους. Επιπλέον η αξία του αθλητισμού τόσο για την αποτροπή των διατροφικών διαταραχών όσο και για τη γενικότερη καλή φυσική κατάσταση του οργανισμού επισημαίνονται.

Στη συνέχεια των κεφαλαίων αναλύεται η νευρογενής βουλιμία και η νευρογενής ανορεξία, από την πρώτη τους εμφάνιση στην ιστορία των εν λόγω ασθενειών ως και τα στατιστικά τους στοιχεία στη σημερινή εποχή. Δίνεται λεπτομερής ανάλυση των κλινικών εικόνων των παθήσεων καθώς και των αιτιών τους με απώτερο σκοπό την πλήρη κατανόησή τους. Τα διαγνωστικά κριτήρια που παρουσιάζονται στη συνέχεια διευκολύνουν την βαθύτερη κατανόηση των ασθενειών σε επιστημονικό επίπεδο και τέλος αναφέρονται οι τρόποι που επιλέγονται από την ευρύτερη επιστημονική κοινότητα για την αντιμετώπιση των εν λόγω διαταραχών.

Ακολουθεί μια εκτενέστερη ανάλυση της αιτιοπαθογένειας των διατροφικών διαταραχών κατά την εφηβική περίοδο. Κατά την ανάγνωση του κεφαλαίου διαπιστώνει κανείς την πολύπλευρη μορφή των αιτιών, όπως για παράδειγμα την ευαλωτότητα της εφηβείας, της έντονης επιθυμίας τους για ανεξαρτησία και τους οικογενειακούς παράγοντες που πιθανώς να οδηγήσουν σε αυτές τις παθήσεις. Οι αυστηρές αρχές του κοινωνικού πλαισίου στο οποίο οι έφηβοι αναπτύσσονται, η επικριτική στάση αυτού, ο τρόπος επιβολής των κανόνων κ.α. μπορούν να αποτελέσουν παράγοντες εσωτερικών πιέσεων των εφήβων που θα εκτονωθούν μέσω των διατροφικών διαταραχών. Επιπλέον παράγοντες που θα αναλυθούν αφορούν τα στοιχεία της προσωπικότητας του ατόμου, την κληρονομικότητα κ.α.

Στο ακόλουθο κεφάλαιο πραγματοποιείται η σύγκριση μεταξύ νευρογενούς βουλιμίας και ανορεξίας, με σκοπό την επιμέρους κατανόηση της κάθε μιας από αυτές. Συγκρίνονται ακόμη τα διαγνωστικά κριτήρια αυτών σύμφωνα με την τελευταία έκδοση του DSM και την προηγούμενή του. Διαπιστώνεται τέλος, ότι οι δύο νόσοι έχουν τόσες διαφορές όσες και ομοιότητες.

Προς το τέλος της εργασίας τονίζεται ένα σημαντικό μέρος της, το οποίο είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και στη θεραπεία. Ενδιαφέρον σημείο του κεφαλαίου αποτελεί ο διαχωρισμός της παροχής φροντίδας στον ασθενή που χρήζει νοσηλείας σε σχέση με εκείνον που μπορεί να αντιμετωπιστεί εξωνοσοκομειακά. Επιπροσθέτως, παρουσιάζονται διάφορα περιστατικά διαταραχών πρόσληψης της τροφής τα οποία μας προτρέπουν στο να εμβαθύνουμε και επομένως να κατανοήσουμε τον ψυχισμό των ατόμων που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διατροφή αποτελεί την βάση της εξέλιξης ενός οργανισμού και οι διατροφικές συνήθειές του την προϋπόθεση για την καλή έκβαση της υγείας του. Ωστόσο, ο σύγχρονος τρόπος ζωής προωθεί τις ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, τις οποίες ακολουθούν εύπιστα κυρίως οι έφηβοι. Στην εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής παρουσιάζεται αναλυτικά ο τρόπος με τον οποίο μία μη ισορροπημένη διατροφή σε συνδυασμό με διάφορους παράγοντες, όπως τα πρότυπα ομορφιάς, μια καταπιεσμένη προσωπικότητα κ.α. μπορούν να οδηγήσουν σε διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές.

Εκτός των επιμέρους κεφαλαίων, επικεντρωνόμαστε στο ρόλο του νοσηλευτή, στην πρόληψη, στη θεραπεία αλλά και στη νοσηλευτική διεργασία. Για την πλήρη κατανόηση των σχετικών νόσων, παρουσιάζονται περιστατικά βουλιμίας και ανορεξίας από ανθρώπους, οι οποίοι έχουν δοκιμαστεί από τη νόσο και παρόλα αυτά, έχουν κατορθώσει να ξεπεράσουν τον εαυτό τους με σκοπό την επαναφορά της σωματικής και ψυχικής τους υγείας.

Στόχος λοιπόν της πτυχιακής που θα ακολουθήσει είναι η πολύπλευρη παρουσίαση των παθήσεων, προκειμένου να ενημερωθεί, ευαισθητοποιηθεί και προβληματιστεί το κοινό, οι πάσχοντες, το οικογενειακό τους περιβάλλον αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με την νευρογενή βουλιμία και ανορεξία. Όλα τα παραπάνω εστιάζουν στη βέλτιστη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση αυτής της κατηγορίας ασθενών.

ABSTRACT

A healthy and balanced diet is the foundation on a long and happy life. However, our society's way of modern lifestyle promotes unhealthy eating habits, and teenagers are the ones that are more susceptible to those habits. The combination of an unhealthy diet and the need for the 'perfect' body can lead to a cycle of eating disorders that will ultimately destroy a person's body, by not providing the needed nutrients it requires and its mind by destroying their mental psyche, meaning the way they perceive themselves.

In this dissertation (thesis), we focus on the nurse's role and duties, mainly in how to prevent, but also how to treat the diseases as well, as is covered by the chapter of the nursing process manual. Furthermore, we present cases of people that have struggled with these diseases, and have managed to overcome their vulnerability in order to restore their physical and mental health. We document the fundamental issues that cause these mental breakdowns by studying eating disorders. Studies have shown eating disorders have a multi – actor effect, our exploration started by analyzing the subject's age, and more specifically the age of adolescence.

Our group's objective focused on causes and issues that seem as the main reasons for an unsound development of a teenager's physique, taking into consideration a variety of problems that may hinder their development. Informing and give a better understanding to the public but also our colleagues in the field, about these ailments and how to help treat them.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	10
ΔΙΑΤΡΟΦΗ	10
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.....	11
1.2 ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ.....	11
1.3 ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	15
1.4 ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	17
1.5 ΑΝΟΥΥΓΙΕΙΝΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	22
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	22
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	23
2.2 ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	23
2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	23
2.4 ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	25
2.5 ΕΡΓΑΛΕΙΟ SCOFF	25
2.6 ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	27
ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	27
3.1 ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	28
3.2 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	29
3.2.1 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ	31
3.3 ΣΥΝΗΘΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	34
3.4 ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	38
ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ	38
4.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	39
4.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ	39
4.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	40
4.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	41
4.5 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	42
4.6ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ – DSMV	44
4.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	53
ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	53
5.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	54
5.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	55
5.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	56
5.4ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	57
5.5ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	67
5.6ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ-DSMV	70
5.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	80
ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....	88
ΣΥΚΡΙΣΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.....	95
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	95
8.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	96
8.1.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	102

8.1.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	104
8.1.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	104
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9.....	105
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	105
9.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	106
9.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	106
9.3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ.....	108
9.4 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ	110
9.5 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	111
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	113
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	115

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Τροφή χαρακτηρίζεται οποιαδήποτε ουσία μπορεί να καταναλωθεί από έναν ζωντανό οργανισμό, με σκοπό την προσφορά των θρεπτικών συστατικώνώστε να λάβει την απαραίτητη ενέργεια για την εξασφάλιση της επιβίωσης του.¹

Η διατροφή αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας μας. Η σωστή επιλογή της τροφής αποτελεί την βάση της καλής υγείας. Οι διατροφικές επιλογές των ανθρώπων, καθορίζονται βάσει πολλών παραγόντων συμπεριλαμβανομένων των γενετικών – βιολογικών, ψυχολογικών, γεωγραφικών, κοινωνικοοικονομικών, πολιτισμικών, περιβαλλοντικών, και παραγόντων πολιτικής της υγείας.¹

1.2 ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

Τα θρεπτικά συστατικά είναι απαραίτητες ουσίες για την λειτουργία ενός οργανισμού, και χωρίζονται σε μακροθρεπτικά και μικροθρεπτικά συστατικά.

Μακροθρεπτικά Συστατικά : Υδατάνθρακες, Πρωτεΐνες, Λιπίδια

Μικροθρεπτικά Συστατικά : Βιταμίνες, Μέταλλα, Ιχνοστοιχείακαι το Νερό.^{3,6}

Πιο συγκεκριμένα,

- *Υδατάνθρακες* :Οι υδατάνθρακες ή σάκχαραείναι οι κατά βάση πηγές ενέργειας του ανθρώπου και διακρίνονται σε μονοσακχαρίτες (όπως η γλυκόζη, φρουκτόζη, γαλακτόζη), δισακχαρίτες (όπως σακχαρόζη- κοινή ζάχαρη, λακτόζη), και πολυσακχαρίτες (όπως άμυλο, γλυκογόνο, κυτταρίνη).

Επιπλέον, οι υδατάνθρακες συμμετέχουν στην σωστή λειτουργία του εγκεφάλου, του νευρικού συστήματος και του εντέρου.

Μερικές τροφές που συναντώνται: σίκαλη, ρύζι, σιτάρι, καλαμπόκι, ζυμαρικά, συκώτι, φυτικές ίνες, ολικής αλέσεως δημητριακά, φρούτα, λαχανικά κ.α.

Η κύρια βιολογική λειτουργία των υδατανθράκων είναι η παροχή ενέργειας. Ανεξάρτητα με το είδος του κάθε γραμμάριο πέψιμου υδατάνθρακα παρέχει ενέργεια ίση με 4 θερμίδες.¹

- *Πρωτεΐνες :* Οι πρωτεΐνες αποτελούν θρεπτικά συστατικά ζωτικής σημασίας για τον οργανισμό και κάθε μόριο μιας πρωτεΐνης αποτελείται από αμινοξέα.

Ο βιολογικός τους ρόλος είναι να ρυθμίζουν την υδατική και οξεοβασική ισορροπία στο αίμα. Επίσης αποτελούν δομικά συστατικά όλων των ιστών έχοντας την ικανότητα να αποκαθιστούν κάθε φθορά τους(π.χ επούλωση τραυμάτων) , καθώς και να συμμετέχουν στην δόμηση νέου ιστού. Εξίσου σημαντικό είναι ότι συμβάλλουν στην δημιουργία αμυντικής γραμμής απέναντι σε διάφορες ασθένειες.

Αξίζει να αναφερθεί ότι η πρωτεΐνη του σώματος χρησιμοποιείται για την παραγωγή ενέργειας μόνο όταν ο οργανισμός βρίσκεται σε παρατεταμένη νηστεία ή άσκηση.

Μερικές τροφές που συναντώνται : κρέας, κοτόπουλο, αυγό, γαλακτοκομικά προϊόντα, που καλούνται *πρωτεΐνες ζωικής προέλευσης* (υψηλής διατροφικής αξίας)

Όσπρια, ρύζι και σόγια όπου καλούνται *πρωτεΐνες φυτικής προέλευσης* (χαμηλής διατροφικής αξίας).

Οι συστάσεις για πρωτεϊνική πρόσληψη στον υγιή πληθυσμό κυμαίνονται από 0,8 – 1 gr/kgσωματικού βάρους.^{1,4,6}

- *Λιπίδια :* Τα λίπη χωρίζονται σε ζωικής ή φυτικής προέλευσης και διακρίνονται σε κορεσμένα, μονοακόρεστα και πολυακόρεστα.

Τα λίπη αποτελούν την κύρια αποθήκη του σώματος σε ενέργεια, είναι απαραίτητα για την μεταφορά και την απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών, αυξάνουν την αίσθηση του κορεσμού (διότι επιβραδύνουν την κένωση του στομάχου). Επιπρόσθετα, μονώνουν και προστατεύουν τα όργανα και είναι πρόδρομες ουσίες βιολογικών μορίων όπως ορμόνες και βιταμίνες.

Μερικές τροφές που συναντώνται :

- Τα ζωικής προέλευσης : κρέας, ψάρια, γαλακτοκομικά προϊόντα κ.α
- Τα φυτικής προέλευσης : ελαιόλαδο, χόρτα, ξηροί καρποί, μαργαρίνη κ.α

Η ενεργειακή τους απόδοση είναι 9 θερμίδες ανά γραμμάριο και γενικά συνίσταται να μην υπερβαίνει το 30% των θερμίδων που καταναλώνει το άτομο.¹

- *Βιταμίνες :* Ο ανθρώπινος οργανισμός δεν μπορεί να τις συνθέσει επαρκώς για αυτό είναι αναγκαία η καθημερινή τους πρόσληψη. Διακρίνονται σε υδατοδιαλυτές (B,C) και λιποδιαλυτές (A, D, E, K)

Οι βιταμίνες είναι απαραίτητες επειδή ρυθμίζουν τις λειτουργίες του οργανισμού

- Με την απορρόφηση θρεπτικών ουσιών
- Τον μεταβολισμό τους
- Την πέψη τους
- Τη δημιουργία ιστών του σώματος

Η κάθε βιταμίνη συναντάται σε διαφορετικές τροφές ενδεικτικά παρουσιάζονται οι εξής:

- Βιταμίνη Α : συκώτι, αυγά, γαλακτοκομικά, μαρούλι, σπανάκι, βερίκοκο, πεπόνι, καρότο κ.α.
- Βιταμίνη D : συντίθεται στο σώμα από προβιταμίνες και δεν είναι ευρέως διαδεδομένες στα τρόφιμα. Ωστόσο συναντάται σε λιπαρά ψάρια, βούτυρο και αυγά.
- Βιταμίνη Ε : φυτικά τρόφιμα κυρίως.
- Βιταμίνη Κ : πράσινα φυλλώδη λαχανικά κυρίως.
- Σύμπλεγμα βιταμινών Β : γάλα, χοιρινό, μαύρο ψωμί, φυλλώδη λαχανικά, κρέας, ξηροί καρποί, ψάρια, πουλερικά, πατάτες, όσπρια, εσπεριδοειδή, εντόσθια
- Βιταμίνη C : φρέσκα φρούτα και λαχανικά κυρίως.

Η συνιστώμενη πρόσληψη εξαρτάται από τις επιμέρους και μεταβαλλόμενες ανάγκες του κάθε ατόμου.^{1,4}

- *Μέταλλα και Ιχνοστοιχεία* : Ένα από τα κυριότερα μέταλλα είναι το ασβέστιο και ένα από τα κυριότερα ιχνοστοιχεία το σίδηρο.

Αναφορικά, ορισμένα μέταλλα είναι το μαγνήσιο, το νάτριο, το κάλιο, το χλώριο, το θείο κ.α. Ορισμένα ιχνοστοιχεία είναι το ιώδιο, το φθόριο, ο ψευδάργυρος, το χρώμιο, ο χαλκός κ.α.

Οι δράσεις των μετάλλων περιληπτικά είναι η διατήρηση της οξεοβασικής ισορροπίας, η ρύθμιση των ενζύμων, η μοριακή μεταφορά από την κυτταρική μεμβράνη, η συμμετοχή τους στην σύσταση δοντιών και οστών κ.α.

Οι δράσεις των ιχνοστοιχείων περιληπτικά είναι η λειτουργία τους ως καταλύτες των ενζύμων και η χρησιμότητά τους διαφέρει ανάλογα με το στάδιο ανάπτυξης του ανθρώπινου οργανισμού.

Μερικές τροφές που συναντώνται :ξηροί καρποί, σιτηρά ολικής άλεσης, οστρακοειδή, μαλάκια, κόκκινο κρέας κ.α.^{1,6}

- *Νερό* :Είναι ευρέως γνωστό ότι αποτελεί το βασικό συστατικό των υγρών του σώματος.

Σε αμερικάνικη έρευνα του InternationalBottleAssociation (2010) παρατηρήθηκε ότι σχεδόν το 70% των ατόμων από το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε, ήταν χρόνια αφυδατωμένοι.

Ο ρόλος του νερού στον οργανισμό :αποτελεί δίοδο για την μεταφορά και την ανταλλαγή θρεπτικών συστατικών και άλλων ουσιών (οξυγόνο, διοξείδιο του άνθρακα). Επιπλέον, τονερό προσφέρει το απαραίτητο περιβάλλον μέσα στο οποίο πραγματοποιούνται οι μεταβολικές αντιδράσεις εντός των κυττάρων. Ακόμη, με την βοήθεια του μηχανισμού της εξάτμισης (ιδρώτας και άδηλη αναπνοή) συμβάλλει στην ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος.

Η συνολική ποσότητα του νερού συνίσταται περίπου στο 60% του συνολικού βάρους του σώματος. Ωστόσο, αυτή η τιμή ποικίλει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και την ποσότητα του λίπους στο κάθε σώμα.^{5,6}

1.3 ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η υγιεινή διατροφή είναι απαραίτητη προϋπόθεση τόσο για την σωματική όσο και για την ψυχική υγεία. Από την αρχαιότητα έχει παρατηρηθεί η σύνδεση της υγείας του ανθρώπου με την διατροφή. Χαρακτηριστικά ο Ιπποκράτης (400 π.Χ) αναφέρει « Φάρμακό σας ας γίνει η τροφή σας και η τροφή σας ας γίνει φάρμακό σας » .

Είναι πολύ σημαντικό κανείς να γνωρίζεται συστατικά των τροφών που καταναλώνει. Για παράδειγμα ένα θρεπτικό και όσο το δυνατόν πιο ακατέργαστο τρόφιμο αποτελεί βασική πηγή ενέργειας για την ευεξία του οργανισμού. Αντιθέτως, τροφές που έχουν

υποστεί έντονη επεξεργασία και έχουν χαμηλή ποσότητα θρεπτικών συστατικών ενοχοποιούνται συχνά για μειωμένη σωματική ενέργεια ή και πνευματική διαύγεια.⁶ Όπως αξιολογείται από το ενημερωτικό δελτίο του WHO 2015, το ανδρικό φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία και τα άτομα με σωματική δραστηριότητα είναι πιο πιθανό να έχουν υγιεινές διατροφικές συνήθειες.⁹

Η *ανθρωπομετρία* αποτελεί την πιο κλασσική εκτίμηση των διαστάσεων του ανθρώπινου σώματος και περιλαμβάνει το ύψος, το βάρος και τις περιφέρειες σώματος. (Εντούτοις δεν μπορούν να αναγνωρισθούν ανεπάρκειες σε μεμονωμένα θρεπτικά συστατικά).⁸ Το πιο χρήσιμο από τα παραπάνω είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος ή αλλιώς BodyMassIndex (BMI).

Το BMI είναι μια διαδεδομένη μέτρηση που εκφράζει την σχέση μεταξύ βάρους και ύψους. Επιπλέον, ο συγκεκριμένος δείκτης χρησιμοποιείται για να κατατάξει το άτομο που εξετάζεται σε λιποβαρές, φυσιολογικό, υπέρβαρο ή παχύσαρκο. Τέλος, ο υπολογισμός του πραγματοποιείται όταν διαιρεθεί το βάρος του ατόμου (kg) με το ύψος του υψωμένο στο τετράγωνο (m^2).¹

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.6 Κατανομή βάρους με χρήση του δείκτη μάζας σώματος σε άνδρες και γυναίκες

Δείκτης μάζας σώματος	Αξιολόγηση
<18,5	Λιποβαρές
18,5-24,9	Υγιές βάρος
25-29,9	Υπέρβαρο
30-34,9	Παχυσαρκία – Επίπεδο I
35-39,9	Παχυσαρκία – Επίπεδο II
40,0	Ακραία Παχυσαρκία – Επίπεδο III

Από Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight in Adults. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: Executive Summary. Am J Clin Nutr. 1998;68:899-917.

Πίνακας 2.6 Κατανομή Βάρους με χρήση του δείκτη μάζας σώματος σε άνδρες και γυναίκες.

Ο πίνακας 2.6 περιγράφει την αξιολόγηση του Δείκτη Μάζας Σώματος. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι άτομα με τιμή BMI < 18,5 θεωρούνται λιποβαρή, άτομα με τιμή BMI 18,5-24,9 θεωρούνται υγιή οπότε διατρέχουν ελάχιστο κίνδυνο πρόωρου θανάτου λόγω βάρους, με τιμή 25-29,9 το άτομο καλείται υπέρβαρο ενώ με 30-34,9 παχύσαρκο – επιπέδου I. Επίσης βλέπουμε ότι άτομα με BMI 35-39,9 χαρακτηρίζονται παχύσαρκα – επιπέδου II. Ακραία παχύσαρκα – επιπέδου III αναφέρονται όσοι έχουν τιμές 40,0, 45, 50. Τέλος, άτομα με BMI > 40 kg/m² θεωρείται ότι έχουν νοσογόνο παχυσαρκία.⁷

1.4 ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η μεσογειακή διατροφή αναφέρεται στον τρόπο διατροφής των λαών στις χώρες της Μεσογείου. Όπως φαίνεται στην παρακάτω εικόνα, οι διατροφικές συστάσεις απεικονίζονται με την μορφή πυραμίδας. Στη βάση της πυραμίδας, περιέχονται τα τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνονται σε μεγάλη συχνότητα. Καθώς η πυραμίδα ανεβαίνει, περιλαμβάνει τα τρόφιμα εκείνα που πρέπει να καταναλώνονται σε μικρότερη συχνότητα, καταλήγοντας στη κορυφή με τα τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται σπάνια.^{4,10,11}



Πίνακας 2.7 Απεικόνιση της Μεσογειακής Διατροφής με τη μορφή πυραμίδας.

Ουσιαστικά, συνίσταται η καθημερινή κατανάλωση δημητριακών, ζυμαρικών, φρούτων και λαχανικών, ελαιόλαδο (ως κύρια πηγή λίπους) και γαλακτοκομικών. Απαραίτητη είναι η καθημερινή άσκηση και η κατανάλωση νερού (τουλάχιστον 1500ml ημερησίως).¹² Εβδομαδιαία δίνει έμφαση σε θαλασσινά, αυγά κ.α. Τέλος, μηνιαία θα πρέπει να καταναλώνεται το κόκκινο κρέας.¹⁴

Πολλαπλές έρευνες έχουν αποδείξει ότι η μεσογειακή διατροφή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη ασθενειών όπως στεφανιαίας νόσου, πολλών τύπου καρκίνου, μεταβολικών νοσημάτων, καρδιαγγειακών νόσων, εγκεφαλικών επεισοδίων, χρόνιων παθήσεων, νόσου του Parkinson και γνωστικών παθήσεων (Alzheimer).

Τα όσπρια και τα δημητριακά ολικής αλέσεως είναι υγιείς μορφές πρωτεϊνών οι οποίες είναι χρήσιμες σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Επίσης, το ελαιόλαδο είναι σημαντικό στην πρόληψη της νοσητικής εξασθένησης, ενώ τα φρούτα και τα λαχανικά είναι ικανά να επηρεάσουν τα επίπεδα τιμών της χοληστερόλης και των αιμοπεταλίων.^{10,12,13}

Αξιοσημείωτη είναι η έγκριση της UNESCO για την εγγραφή της μεσογειακής διατροφής στον κατάλογο της άυλης πολιτιστικής κληρονομιάς του ανθρώπινου είδους. (16 Νοεμβρίου, 2010)¹¹

1.5 ΑΝΘΥΓΙΕΙΝΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

Η μειωμένη πρόσληψη, οι αυξημένες απώλειες, η μη καταληφθείσες ανάγκες σε ενέργεια ή σε θρεπτικά συστατικά, οδηγούν στην ανεπαρκή διατροφή.⁵

Η κακή διατροφή είναι πιθανό να επιφέρει σοβαρά προβλήματα στην υγεία του ανθρώπου. Τα δύο ακραία από αυτά είναι ο υποσιτισμός και η παχυσαρκία.

Υποσιτισμός ορίζεται ως η έλλειψη μιας ή περισσότερων θρεπτικών ουσιών.

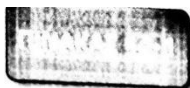
Παχυσαρκία ορίζεται ως BMI > 30 και πρόκειται για την υπερβολική συσσώρευση λίπους στο σώμα.

Στην σημερινή εποχή γίνεται σπατάλη του 25-33 % των τροφίμων που παράγονται προς κατανάλωση ετησίως. Πρόκειται για ένα πολύ μεγάλο ποσοστό που θα ήταν δυνατό να καλύψει το κενό μεταξύ του υποσιτισμού και επαρκούς διαίτας, αναφέρει η έρευνα που πραγματοποίησε η Παγκόσμια Τράπεζα σε μια έκθεση της που δημοσιεύτηκε στις 28/2/14. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ταυτόχρονα σε διαφορετικές περιοχές του πλανήτη, υπάρχουν άνθρωποι που υποσιτίζονται και άλλοι που υπέρ καταναλώνουν και εν τέλει απορρίπτουν μεγάλες ποσότητες φαγητού. Αξιοσημείωτο είναι, ότι οι μεγάλες απώλειες καταγράφονται κατά τις διαδικασίες παραγωγής, φύλαξης και κατανάλωσης. Ωστόσο, τα ποσοστά αυτά διαφέρουν ανάλογα με την γεωγραφική περιοχή. Σε χώρες όπως η Αφρική και η Νότια Ασία η

σπατάλη αντιστοιχεί σε 400 με 500 χαμένες θερμίδες κατά άτομο ημερησίως. Αντίθετα, στον ανεπτυγμένο κόσμο σπαταλώντας από 750-1.500 θερμίδες.¹⁵

Ένας επιπλέον λόγος της κακής διατροφής είναι ο οικονομικός παράγοντας. Είναι κοινώς αποδεκτό ότι τα πιο υγιεινά τρόφιμα διατίθενται σε υψηλότερες τιμές από τα λιγότερο υγιεινά ή και ανθυγιεινά τρόφιμα. Για αυτό με την άνοδο των οικονομικών τάξεων παρατηρείται καλύτερη επιλογή τροφίμων.¹⁵ Για παράδειγμα ένα άτομο υψηλής οικονομικής τάξης έχει τη δυνατότητα να επιλέξει τροφές χαμηλές σε λιπαρά και λιγότερο επεξεργασμένες, σε σχέση με ένα άτομο χαμηλότερης τάξης. Η κατανάλωση υπέρ επεξεργασμένων τροφίμων με «κενές θερμίδες» έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων.^{12,35,36}

Ένα παράδειγμα που έχει ενδιαφέρον να αναφερθεί είναι ένα γεύμα υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, όπως ένα χάμπουργκερ με διπλό μπιφτέκι, με σάλτσα, μιλκσέικ και τηγανητές πατάτες. Οι θερμίδες του λίπους ανέρχονται στο 46% του συνόλου των θερμίδων που περιέχονται στο συγκεκριμένο γεύμα. Επειδή ο στόχος πρέπει να είναι χαμηλότερος από 30% των θερμίδων σχετικά με τα λίπη, είναι κατανοητό γιατί η καθημερινή κατανάλωση τέτοιων γευμάτων αυξάνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων και σακχαρώδους διαβήτη II καθώς και άλλων παθήσεων.²



Κλινικά ευρήματα σχετιζόμενα με ελλιπή διατροφή

	Εύρημα
Μαλλιά	Θαμπά, αραιά, εύθραυστα, άχρωμα
Πρόσωπο	Ασθματικό ή σεληνοειδές προσωπείο, απίσχνανση των κροτάφων Ωχρότητα
Οφθαλμοί	Βύθιση Ξηρός βλεννογόνος, νυκτερινή τύφλωση Ωχροί επιπεφυκότες Λιπώδεις εναποθέσεις γύρω από τα βλέφαρα
Στόμα	Επιμήκεις αυληκώσεις της γλώσσας Γωνιακή χειρίτιδα, χρώση της γλώσσας με κοκκινωπό χρώμα Ατροφικά επάρματα της γλώσσας Σπογγώδη, αιμορραγικά ούληα Έλθειψη γεύσης (υπογευσία)
Αδένες	Διευρυμένος θυρεοειδής (βρογχοκήλη)
Δέρμα	Πτωχή επόυληση των τραυμάτων Ξηρό, φηουδωτό Μώλωπες Στικτές αιμορραγίες (πετέχειες) Φωτοευαίσθητο συμμετρικό εξάνθημα Τεταμένες, ξηρές μεμβράνες των βλεννογόνων ή της μασχάλης
Σκελετός/κορμός	Ασκίτης Αυληκώσεις στις πλευρές, κύρτωση των κάτω άκρων Απώλεια λίπους, απώλεια μυϊκής μάζας
Άκρα	Οίδημα, απώλεια μυϊκής μάζας ή λίπους
Νύχια	Κουταλοειδές σχήμα, ραβδώσεις
Κεντρικό νευρικό σύστημα	Σύγχυση, κεφαλαλγία, λήθαργος Μυθοπλησίες, μειωμένα αντανακλαστικά Άνοια, αταξία, νευροπάθεια
Καρδιαγγειακό	Αρρυθμίες

Πίνακας 2.8 Κλινικά ευρήματα σχετιζόμενα με την ελλιπή διατροφή.

Στον πίνακα 2.8 βλέπουμε ορισμένα κλινικά ευρήματα που υποδηλώνουν κακή θρέψη ή και υποσιτισμό σε ένα άτομο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Οι ασθενείς με διαταραχές της πρόσληψης τροφής χαρακτηρίζονται από αποδιοργανωμένη συμπεριφορά σχετικά με τη σίτιση και την διατήρηση του σωματικού βάρους. Οι διαταραχές της σίτισης είναι πιο συνηθισμένες σε ανεπτυγμένες και πλούσιες κοινωνίες όπου η τροφή βρίσκεται σε αφθονία.⁷ Τα άτομα που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής συχνά προτιμούν να προετοιμάζουν μόνοι τους το φαγητό, έτσι ώστε να είναι σίγουροι ότι μαγειρεύτηκε με το «σωστό» τρόπο. Εκτός αυτού κόβουν το φαγητό σε μικρά κομμάτια και πολλές φορές χρειάζεται μεγάλο χρονικό διάστημα για να το καταναλώσουν.²⁰

2.2 ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Στις διαταραχές λήψης τροφής εντάσσουμε την νευρογενή ανορεξία, την νευρογενή βουλιμία και μη διαφορετικά προσδιοριζόμενες διατροφικές διαταραχές (EDNOS), οι οποίες περιλαμβάνουν την επεισοδιακή υπερφαγία και την διαταραγμένη σίτιση (δεν πληροί τα κριτήρια της ανορεξίας ή της βουλιμίας).^{5,17,29}

2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επιδημιολογία είναι η επιστήμη καταγραφής και μελέτης διαφόρων ασθενειών ή άλλων χαρακτηριστικών στον ανθρώπινο πληθυσμό. Μέρος της επιδημιολογίας αποτελεί και η εξαγωγή συμπερασμάτων για τα στοιχεία που μελετούνται, προς εξαγωγή προτάσεων και στρατηγικών πλάνων για την βελτίωσή τους.

Οι διαταραχές λήψης τροφής αποτελούν την μάστιγα του αιώνα μας, αφού αφορούν το 1-5% του γενικού πληθυσμού και είναι πιο συχνές κυρίως στον γυναικείο πληθυσμό παρά στον ανδρικό με αναλογία 10:1.^{7,17}

Παγκόσμιες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τις διαταραχές διατροφής δίνουν τα παρακάτω αποτελέσματα.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε διάστημα 16 ετών για περισσότερους από 2.000 **Φιλανδούς** με διατροφικές διαταραχές, ανακαλύφθηκε ότι οι συμμετέχοντες ήταν περισσότερο πιθανό να έχουν κάποια αυτοάνοση νόσο σε σχέση με υγιείς ανθρώπους. Επίσης, άτομα με διαταραχές σίτισης είχαν διπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν ενδοκρινικές νόσους, ιδίως διαβήτη τύπου I και γαστρεντερικές διαταραχές (όπως νόσος του Crohn). Στα πλαίσια της έρευνας κάθε ασθενής συνεκρίθη με 4 υγιείς ανθρώπους ίδιας ηλικίας και φύλου, τα ευρήματα έδειξαν ότι το 8,9% των ανθρώπων με διατροφικές διαταραχές και το 5,4% των υγιών είχαν διαγνωσθεί με τουλάχιστον μια αυτοάνοση νόσο.

Σε μια ακόμη έρευνα που διεξάχθηκε στις **ΗΠΑ** σε 1.420 παιδιά, οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι όσα παιδιά ασκούσαν εκφοβισμό σε άλλα ήταν 2 φορές πιθανότερο να εμφανίσουν συμπτώματα βουλιμίας, σε σύγκριση με παιδιά τα οποία δεν εμπλέκονταν σε εκφοβισμό. Επιπλέον συμπέραναν ότι, παιδιά που ήταν και θύματα και θύτες είχαν μεγαλύτερη εμφάνιση συμπτωμάτων ανορεξίας και υψηλότερη εμφάνιση υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού και πρόκλησης εμέτου. Τέλος, κατέληξαν ότι το 30,8% των παιδιών που ασκούσαν εκφοβισμό εμφάνιζαν συμπτώματα βουλιμίας έναντι του 17,6% των παιδιών που δεν εμπλέκονταν στον εκφοβισμό.¹⁸

Μια επιπλέον έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην **Αυστραλία** όπου συμμετείχαν 99 έφηβοι (διατροφικά ασθενείς) ηλικίας 12-19 ετών, έδειξε ότι το 8% αυτών είχαν διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (EDNOS). Μετά από 4 χρόνια το ποσοστό των ασθενών αυτών έφτασε άνω του 47%. Η αύξηση του ποσοστού αυτού έκανε τους ερευνητές να παρατηρήσουν πως οτιδήποτε πάνω τους υποδήλωνε νευρική ανορεξία παρότι δεν ήταν πολύ αδύνατοι. Μέσα από επιπλέον ευρήματα η έρευνα κατέληξε ότι δεν πρόκειται τόσο για το βάρος όσο για την απώλεια κιλών που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή διατροφική διαταραχή. Οι επιπλοκές μιας φτωχής διατροφής μπορούν να εμφανισθούν σε οποιοδήποτε βάρος. Οι έφηβοι δεν είναι απαραίτητο να είναι πολύ αδύνατοι για να υιοθετήσουν επικίνδυνες διατροφικές συμπεριφορές όπως η νευρική ανορεξία.¹⁹

2.4 ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Ένα ερώτημα που πολλές φορές απασχολεί τους πάσχοντες από διατροφικές διαταραχές είναι αν είναι υπεύθυνοι αυτοί για αυτό που συμβαίνει. Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα είναι αρκετά πολύπλοκη. Τα τελευταία χρόνια έχουν προταθεί πολλές υποθέσεις που εστιάζονται στις σχέσεις της προσωπικότητας και των εν λόγω διαταραχών. Η σημαντικότερες από αυτές τις υποθέσεις είναι δύο. Η πρώτη υποστηρίζει ότι στοιχεία της προσωπικότητας αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής, ενώ η δεύτερη ότι οι δυσκολίες στην προσωπικότητα και οι διαταραχές αυτές έχουν κοινή αιτία. Μερικοί παράγοντες που συμβάλουν στις διατροφικές διαταραχές είναι η κληρονομική προδιάθεση, το άγχος, η τελειοθηρία, η δυσκολία στη ρύθμιση των συναισθημάτων, τα γεγονότα της ζωής, ερεθίσματα από την οικογένεια (υπερπροστατευτικότητα, συναισθηματική ακαμψία κτλ.), η μόδα και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα οποία θα αναλυθούν στην συνέχεια.^{20,29}

2.5 ΕΡΓΑΛΕΙΟ SCOFF

Για τον έλεγχο των διατροφικών διαταραχών συχνά επιλέγεται το εργαλείο SCOFF, το οποίο χρησιμοποιεί μια απλή δοκιμασία πέντε ερωτήσεων. Καταρτίστηκε από τους Morgan et al το 1999. Οι ερωτήσεις είναι οι ακόλουθες:

1. Προκαλείτε μόνοι σας έμετο (**Sick**) επειδή αισθάνεστε άβολα μετά την λήψη τροφής;
2. Ανησυχείτε μήπως έχετε χάσει τον έλεγχο (**Control**) στην ποσότητα φαγητού που τρώτε;
3. Έχετε χάσει πρόσφατα πάνω από ένα (**One**) λίθο (6kg) σε μια περίοδο τριών μηνών;
4. Πιστεύετε ότι είστε παχύς (**Fat**) ενώ οι άλλοι λένε ότι είστε πάρα πολύ λεπτός;

5. Θα λέγατε ότι το φαγητό (Food) εξουσιάζει την ζωή σας;

Η βαθμολόγηση πραγματοποιείται ως εξής: Ένας βαθμός για κάθε «ναι». Μια βαθμολογία ≥ 2 υποδηλώνει πιθανή περίπτωση ανορεξίας ή βουλιμίας.⁵

2.6 ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Στους πληθυσμούς εντάσσονται οι *αθλητές* που επιδίδονται σε αθλήματα που χαρακτηρίζονται από υποκειμενική βαθμολογία (π.χ. καλλιτεχνικό πατινάζ), φιλοσοφία ισχνότητας για την καλύτερη απόδοση (π.χ. χορός), ενδυμασία αποκαλυπτική της σιλουέτας (π.χ. κολύμβηση), κατηγορίες βαρών (πχ κωπηλασία, πάλη). Επιπλέον, τα *μοντέλα* στον χώρο της μόδας, τα άτομα που είναι *παχύσαρκα*, καθώς επίσης και οι *άνθρωποι με περιορισμένη διατροφή λόγω ασθένειας* (π.χ. διαβήτη). Τέλος, το *οικογενειακό ιστορικό διαταραχών* της διάθεσης, του άγχους και της κατάχρησης ουσιών, καθώς και το *οικογενειακό περιβάλλον* αρνητικής κριτικής, ελεγκτικής διαπαιδαγώγησης ή εξ' αποστάσεως ανατροφής, δίαιτας στην οικογένεια και παρατηρήσεις για την σωματική εμφάνιση.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.1 ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η εφηβεία αναφέρεται σε μια μακρόχρονη αναπτυξιακή περίοδο, όπου σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αποτελεί την ηλικία μεταξύ 11 έως 19 ετών, ενώ η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία θέτει ως ανώτερο ηλικιακό όριο τα 21 έτη. Επιπλέον είναι αξιοσημείωτο ότι η εφηβεία χωρίζεται σε συγκεκριμένες περιόδους, την *πρώιμη* (11 έως 13 έτη), την *μέση* (14 έως 17 έτη) και την *όψιμη* (>17 έτη). Η εφηβεία περιλαμβάνει το σύνολο των αλλαγών που πραγματοποιούνται στους τέσσερις βασικούς αναπτυξιακούς τομείς: το *βιοσωματικό*, το *γνωστικό*, το *συναισθηματικό*, και τον *κοινωνικό*. Στόχος των αλλαγών της εφηβείας είναι η μετάβαση από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση.^{21,25}

Στο *βιοσωματικό* τομέα πραγματοποιούνται αλλαγές σε όλες τις παραμέτρους του σώματος: βάρος, ύψος, περίγραμμα, αναλογίες, θέση και λειτουργία οργάνων συστημάτων, και κυρίως του γεννητικού συστήματος.

Στο *γνωστικό* τομέα το άτομο αποκτά σφαιρική σκέψη η οποία δίνει μια νέα αντίληψη και κατανόηση του κόσμου. Σ' αυτό το στάδιο αναπτύσσεται η ατομική κρίση και η δημιουργικότητα.

Στο *συναισθηματικό* τομέα είναι χαρακτηριστική η ένταση και η αστάθεια των συναισθημάτων. Ο έφηβος αυτονομείται συναισθηματικά από την οικογένεια, και αυτό αποτελεί κεντρικό σημείο αυτής της ηλικιακής περιόδου.

Στον *κοινωνικό* τομέα το νεαρό άτομο έχει την τάση να ανεξαρτητοποιείται από τους ενηλίκους και να επιθυμεί την αποδοχή του από την ομάδα των συνομήλικων.

Συμπερασματικά, η εφηβεία είναι μια περίοδος ραγδαίων σωματικών και συναισθηματικών αλλαγών. Οι ορμονικές αλλαγές αποτελούν μέρος αυτής της ανάπτυξης. Ωστόσο, οι αλλαγές αυτές δεν φέρουν την κύρια ευθύνη για τις ψυχολογικές και τις κοινωνικές αλλαγές που συμβαίνουν σε αυτήν την περίοδο της ζωής.²¹

3.2 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η εφηβεία είναι μία αναβολική φάση όπου το άτομο έχει αυξημένες ανάγκες σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά. Η διατροφή και η φυσική άσκηση είναι καθοριστικοί παράγοντες της σωματικής ανάπτυξης και υγείας του εφήβου. Οι στάσεις σχετικά με την σωματική άσκηση και την διατροφή διαμορφώνονται από την παιδική ηλικία και εδραιώνονται κυρίως στην εφηβική περίοδο.

Παρά τη σημαντικότητα της υγιεινής διατροφής οι έφηβοι στην εποχή μας έχουν αυξήσει τις ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες (π.χ. έτοιμα γεύματα, κατανάλωση γλυκών, αναψυκτικών, παραμέληση πρωινού γεύματος, μειωμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών). Με αποτέλεσμα η παχυσαρκία, η ποιότητα της διατροφής και το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, να περιλαμβάνονται σήμερα μεταξύ των σπουδαιότερων ζητημάτων που αφορούν τη δημόσια υγεία διεθνώς. Ο έφηβος που δεν σιτίζεται κατάλληλα για τις σωματικές του ανάγκες, παρουσιάζει απώλεια σωματικού βάρους, αδυναμία προσήλωσης, κόπωση, συμπτώματα κατάθλιψης και μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις. Επιπλέον χρόνιες ασθένειες, εγκυμοσύνη, αθλητισμός και καταστάσεις στρες ψυχικού ή φυσικού χαρακτήρα, έχουν σημαντικές μεταβολικές απαιτήσεις στην εφηβική ηλικία.²⁵

Οι έφηβοι που ακολουθούν ανθυγιεινές συνήθειες και διατροφή ελλιπή σε θρεπτικές ουσίες είναι περισσότερο ευάλωτοι σε ασθένειες των πνευμόνων, άσθμα, βήχα, συριγμό, και συναισθηματικά προβλήματα. Η έλλειψη βιταμινών (όπως E και C) μετάλλων (όπως μαγνήσιο και ασβέστιο) μπορεί να προκαλέσει νόσους (όπως η οστεοπόρωση). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η κατανάλωση πρόχειρου φαγητού (fastfood) περισσότερο από 3 φορές την εβδομάδα συνδέεται με μεγαλύτερες πιθανότητες νόσων όπως άσθμα, έκζεμα ή ρινίτιδα. Επιπρόσθετα, το πρόχειρο φαγητό αποτελεί μια εθιστική συνήθεια και γεύση όπου καθιστά αρκετά απίθανο ο ουρανίσκος να βρίσκει γευστικές τις λιγότερες σύνθετες τροφές στο μέλλον. Επιπλέον, τα ροφήματα (που περιέχουν καφεΐνη) μπορούν να δυσκολέψουν τον

έφηβο στην ώρα του ύπνου αναβάλλοντας το φυσιολογικό κύκλο ύπνου-έγερσης. Τέλος, ακόμη και φυσιολογικού βάρους άτομα που τρέφονται με παρόμοιες τροφές διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης.²³

Το έτος 2010 έλαβε χώρα σε μαθητές ΣΤ' Δημοτικού, Β' Γυμνασίου και Α' Λυκείου, έρευνα σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες των εφήβων και συγκεκριμένα την λήψη πρωινού γεύματος και την συχνότητα κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών, γλυκών και αναψυκτικών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) και τα κυριότερα ευρήματά της παρατίθενται παρακάτω:

- Μόνο 2 στους 5 εφήβους τρώνε πρωινό κάθε μέρα της εβδομάδας. Επίσης, 1 στα 3 κορίτσια ηλικίας 15 ετών και παρόμοιο ποσοστό αγοριών ίδιας ηλικίας δεν τρώνε ποτέ πρωινό πριν πάνε σχολείο.
- Σχεδόν 1 στους 3 εφήβους (κυρίως κορίτσια) τρώει φρούτα, λαχανικά, σαλάτα τουλάχιστον 5 μέρες την εβδομάδα.
- Το 35,5% των μαθητών (κυρίως αγόρια) καταναλώνουν σχεδόν κάθε μέρα γλύκα ή αναψυκτικά.
- 1 στους 6 εφήβους κάνει δίαιτα (κυρίως κορίτσια και οι μαθητές ηλικίας 15 ετών). Ενώ 1 στους 4, δεν κάνει ναι μεν δίαιτα αλλά θεωρεί πως θα έπρεπε να αδυνατίσει.
- 1 στους 3 εφήβους κάνει κάποια σωματική δραστηριότητα (διάρκειας 1 ώρας) τουλάχιστον 5 μέρες την εβδομάδα (κυρίως αγόρια και οι μαθητές ηλικίας 11 και 13 ετών)
- Λίγο περισσότεροι από τους μισούς εφήβους έχουν κανονικό βάρος για την ηλικία και το φύλο τους.
- 1 στους 5 εφήβους είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος, ενώ 1 στους 4 έχει βάρος μικρότερο του ενδεδειγμένου.
- 1 στους 4 εφήβους θεωρεί το σώμα του παχύ (κυρίως κορίτσια και οι μαθητές ηλικίας 15 ετών).

- Όσο μεγαλώνουν τα κορίτσια αυξάνεται σημαντικά ο αριθμός όσων αντιλαμβάνονται το σώμα τους ως παχύ.
- 3 στα 5 κορίτσια που θεωρούν το σώμα τους παχύ, έχουν φυσιολογικό ή χαμηλότερο του φυσιολογικού βάρος σύμφωνα με τον Δείκτη Μάζας Σώματος. Αντίθετα, το 17,2% των αγοριών που θεωρούν το σώμα τους κανονικό ή αδύνατο, είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι βάσει του Δείκτη Μάζας Σώματος.
- Σχεδόν οι μισοί μαθητές βουρτσίζουν τα δόντια τους περισσότερο από μια φορά την ημέρα.
- 1 στους 10 εφήβους (κυρίως αγόρια) βουρτσίζουν σπάνια τα δόντια τους.²²

3.2.1 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Οι διατροφικές ανάγκες του εφήβου επηρεάζονται σημαντικά από την ηλικία, το φύλο, το στάδιο της σωματικής ανάπτυξης και τα επίπεδα δραστηριότητας.

- *Ενέργεια και πρωτεΐνη*

Η ημερήσια κάλυψη των ενεργειακών και πρωτεϊνικών αναγκών αποτελεί προτεραιότητα στην διατροφή του εφήβου και σχετίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό με τον ρυθμό ανάπτυξης παρά με τη ηλικία. Για τον λόγο αυτό οι συστάσεις σε ενέργεια και πρωτεΐνη θα ήταν καλύτερο να αξιολογούνται βάσει της ηλικίας και να εκφράζονται σε σχέση με την μονάδα ύψους.

Πίνακας 9.1
Ημερήσιες ανάγκες εφήβων σε ενέργεια και πρωτεΐνη σε συνάρτηση με το ύψος του.

	Ηλικία	Ενέργεια (kcal/cm)	Πρωτεΐνη (γρ/cm)
Αγόρια	11-14	15,9	0,29
	15-18	17,1	0,34
	19-24	16,4	0,33
Κορίτσια	11-14	14,0	0,29
	15-18	13,5	0,27
	19-24	13,4	0,28

Προσαρμογή από τις Ημερήσιες Προτεινόμενες Προσλήψεις (RDA). 10η έκδοση.

Πίνακας 9.1 Ημερήσιες ανάγκες εφήβων σε ενέργεια και πρωτεΐνη σε συνάρτηση με το ύψος του.

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα τα κορίτσια και τα αγόρια κατά την ηλικία των 15 – 18 ετών έχουν τις υψηλότερες ενεργειακές απαιτήσεις. Ενώ σχετικά με την πρωτεΐνη, τα κορίτσια έχουν υψηλότερες απαιτήσεις στην ηλικία των 11 – 14 και τα αγόρια στην ηλικία των 15 – 18 ετών.

- *Υδατάνθρακες και λίπος*

Οι υδατάνθρακες παρέχουν ενέργεια και πληρότητα και καλό θα ήταν να περιλαμβάνονται σε κάθε γεύμα, είτε με την μορφή ψωμιού ή / και ζυμαρικών, είτε με την μορφή λαχανικών ή και φρούτων. Η ημερήσια πρόσληψη υδατάνθρακα καλό είναι να κυμαίνεται κοντά στο 50%, εκτός ιδιαίτερων περιπτώσεων όπως οι έφηβοι αθλητές στους οποίους συστήνεται μια μικρή αύξηση στο 55 με 60%. Το λίπος βοηθά σημαντικά στην επίτευξη κορεσμού και αποτελεί αναπόσπαστο συστατικό για κάθε διατροφή. Προτείνεται ένα ποσοστό όχι μικρότερο του 30% των θερμίδων στην δίαιτα του εφήβου να προέχεται από το λίπος, εκτός εάν ο έφηβος για κάποιο λόγο ακολουθεί δίαιτα υψηλή ή χαμηλή σε λίπος. Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δίνεται στην αυξημένη πρόσληψη ω-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων, ενώ η πρόσληψη κορεσμένων και transλιπαρών οξέων δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν το 10%.

- *Μέταλλα*

Κατά την περίοδο της μέγιστης ανάπτυξης, οι έφηβοι έχουν αυξημένες απαιτήσεις για προσλήψεις θρεπτικών συστατικών. Κατά την περίοδο της εφηβείας οι ανάγκες σε ασβέστιο, σίδηρο, ψευδάργυρο και μαγνήσιο μπορούν να διπλασιαστούν, προκειμένου να επιτευχθεί ένας ικανοποιητικός ρυθμός ανάπτυξης.

Πίνακας 9.2

Ημερήσιες ανάγκες εφήβων σε ανόργανα συστατικά

	Ηλικία	Ασβέστιο (mg/ημέρα)	Σίδηρος (mg/ημέρα)	Μαγνήσιο (mg/ημέρα)	Ψευδάργυρος (mg/ημέρα)
Αγόρια	9-13	1300	8	240	8
	14-18	1300	11	410	11
Κορίτσια	9-13	1300	8	240	8
	14-18	1300	15	360	9

Προσαρμογή από τις Ημερήσιες Προτεινόμενες Προσλήψεις (RDA), 10η έκδοση.

Πίνακας 9.2 Ημερήσιες ανάγκες εφήβων σε ανόργανα συστατικά.

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα, στις ηλικίες 14-18 ετών τα αγόρια αλλά και τα κορίτσια έχουν υψηλότερες απαιτήσεις σε σίδηρο, μαγνήσιο και ψευδάργυρο, ενώ σε ασβέστιο οι απαιτήσεις παραμένουν στις ίδιες τιμές σε όλες τις ηλικίες.

- *Ασβέστιο*

Η ταχεία σκελετική και μυϊκή ανάπτυξη που συντελείται κατά την εφηβική περίοδο, αυξάνουν τις ανάγκες σε ασβέστιο, οι οποίες μάλιστα είναι μεγαλύτερες από αυτές στην παιδική ηλικία. Επειδή το 40% της συνολικής οστικής μάζας πραγματοποιείται στην εφηβεία, η ανεπαρκής πρόσληψη ασβεστίου αποτελεί σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για την εκδήλωση οστεοπόρωσης κατά την ενήλικη ζωή.

- *Σίδηρος*

Κατά την περίοδο της εφηβείας, οι απαιτήσεις σε σίδηρο αυξάνονται δραματικά. Οι μεγαλύτερες ανάγκες αφορούν την αύξηση στον όγκο αίματος και στην συγκέντρωση της αιμοσφαιρίνης. Για τα αγόρια συστήνεται πρόσληψη 8-11mg/ημέρα, ενώ για τα κορίτσια 8-15mg/ημέρα, λόγω απώλειας αίματος μέσου της έμμηνου ρύσης. Η ανεπαρκής πρόσληψη σιδήρου οδηγεί συχνά σε σιδηροπενική αναιμία, η οποία μπορεί να περιορίσει την ανάπτυξη

και να πλήξει την ανοσολογική απόκριση του οργανισμού. Οι δυσμενείς επιπτώσεις αυξάνονται έντονα σε έφηβους που αθλούνται.

- *Βιταμίνες*

Οι υψηλές ανάγκες σε ενέργεια κατά την εφηβική ηλικία αυξάνουν σημαντικά τις απαιτήσεις σε θειαμίνη, νιασίνη και ριβοφλαβίνη, οι οποίες συνδέονται άμεσα με την μεταφορά ενέργειας. Ωστόσο, η ταχεία ανάπτυξη των ιστών που συντελείται στον έφηβο αυξάνει τις ανάγκες σε βιταμίνη B6, B12 και φυλλικό οξύ, που είναι απαραίτητες για την επαρκή σύνθεση του DNA και RNA.⁵⁵

3.3 ΣΥΝΗΘΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Οι γνώσεις για την υγεία αλλά και οι συνήθειες υγιεινής που θα αποκτηθούν στην εφηβική περίοδο, θα ισχύσουν και κατά την ενήλικη ζωή και θα καθορίσουν την ποιότητα της. Πολλά από τα προβλήματα των ενηλίκων, που θα αναφερθούν παρά κάτω, μπορούν να περιοριστούν μελλοντικά με την σωστή ενημέρωση των σημερινών εφήβων.

Η **παχυσαρκία** είναι ένα από τα συνήθη αυτά προβλήματα και η Ελλάδα κατέχει από τις πρώτες θέσεις στην Ευρώπη, με το ποσοστό στους εφήβους να ανέρχεται στο 10% για τα παχύσαρκα και στο 20% για τα υπέρβαρα παιδιά.^{18,19}

Επίσης οι **διαταραχές πρόσληψης τροφής** (ψυχογενής ανορεξία-βουλιμία) αποτελούν ένα επιπλέον πρόβλημα. Η ανορεξία αφορά συνήθως τα έφηβα κορίτσια σε δεκαπλάσια συχνότητα σε σχέση με τα αγόρια, κυρίως στην ηλικία των 14 και 18 ετών. Η επίπτωσή της συνεχώς αυξάνεται και το φαινόμενο παρουσιάζεται σε μικρότερες ηλικίες (3% των περιπτώσεων αφορούν παιδιά κάτω των 11 ετών) και σε αγόρια χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων.²³

Ακόμη δεν απουσιάζουν θέματα που αφορούν **ενδοκρινολογικές διαταραχές** όπως θυρεοειδοπάθειες, πρόωμη ή καθυστερημένη ήβη και θέματα χαμηλού αναστήματος.

Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί ότι το 50% των εφήβων κοριτσιών παρουσιάζουν **γυναικολογικά προβλήματα** όπως διαταραχές της εμμηνορρυσίας και αμηνόρροια. Άλλα γυναικολογικά ζητήματα που μπορεί να απασχολήσουν είναι η λειτουργική αιμορραγία της μήτρας, το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών και η δυσμηνόρροια. Από τα πιο συνήθη εφηβικά προβλήματα αποτελούν τα **σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα**. Η εκπαίδευση στη χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή είναι σημαντική, καθώς και η δευτερογενής πρόληψη σε σεξουαλικά ενεργούς εφήβους (έλεγχος με test Παπανικολάου ετησίως στα κορίτσια, ανίχνευση δυνητικά ασυμπτωματικών παθογόνων π.χ. χλαμύδια). Ο εμβολιασμός έναντι του ιού HPV αποτελεί σημαντικό μέτρο πρωτογενούς πρόληψης των σοβαρών μορφών του πιο συχνού σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος. Ένα επιπρόσθετο πρόβλημα αποτελεί η **ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη**. Στις χώρες τις ΗΠΑ και της Δυτικής Ευρώπης, περίπου το 10% των κοριτσιών που δεν ολοκλήρωσαν ακόμα την εφηβεία τους και είναι σεξουαλικά ενεργές καταλήγουν σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Η εφηβική κύηση είναι υψηλού κινδύνου με επιπτώσεις στην υγεία του παιδιού και της μητέρας και υψηλά ποσοστά αυτόματης αποβολής (9-14%). Είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί πως περίπου μισές από τις εφηβικές εγκυμοσύνες καταλήγουν σε άμβλωση, με συνεπακόλουθα για την μελλοντική γονιμότητα των εφήβων και σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξης.^{25,29}

Πρόβλημα αποτελούν επίσης και οι **μαθησιακές δυσκολίες, διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ)**. Εκδηλώνονται σαν δυσκολία στην συγκέντρωση της προσοχής με (ή χωρίς) υπερδραστήρια και παρορμητική συμπεριφορά, εμφανίζεται στο 5-7% των παιδιών και σε αρκετές περιπτώσεις παραμένει στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή.

Ακόμη, συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν πολλοί έφηβοι είναι το **άγχος**, ο **θυμός**, η **χαμηλή αυτοεκτίμηση** και η **λεκτική ή σωματική παρενόχληση** από συνομήλικους στο σχολείο. Η προσέγγιση των καταστάσεων αυτών με άμεσο, απλό και αποτελεσματικό τρόπο μπορεί να προσφέρει μεγάλη βοήθεια στον έφηβο. Εκτός των άλλων, η **κατάθλιψη** και ο **κίνδυνος της αυτοκτονίας** που αυτή ενέχει είναι αρκετά συνηθισμένα στην περίοδο της εφηβείας. Η κατάθλιψη στην εφηβεία δεν αποτελεί σπάνιο φαινόμενο όμως συχνά παραβλέπεται. Το καταθλιπτικό συναίσθημα μπορεί να φτάσει έως το 20% των εφήβων, ενώ η διάγνωση σύμφωνα με το

DSMIV φτάνει το 5%. Όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα υποστηρικτικά δίκτυα το έφηβο άτομο μπορεί να οδηγηθεί στην αυτοκτονία. Τα ποσοστά θανάτων λόγω αυτοκτονίας είναι 6 φορές μεγαλύτερα στα αγόρια, ενώ η απόπειρα αυτοκτονίας είναι συχνότερη στα κορίτσια.⁵⁵

Τέλος, είναι πολύ βασικό να αναφερθεί ότι κατά την εφηβική ηλικία εμφανίζονται συχνά **συμπεριφορές υψηλού κινδύνου** (χρήση ουσιών, κάπνισμα, ακατάλληλη οδική συμπεριφορά, σεξουαλική δραστηριότητα χωρίς προστασία και κατάχρηση διαδικτύου). Υπάρχουν μεγάλες διαφορές στην συχνότητα χρήσης τοξικών ουσιών από τους εφήβους των ανεπτυγμένων χωρών, που εξαρτώνται από το οικογενειακό, κοινωνικό, μορφωτικό και θρησκευτικό επίπεδο της κάθε χώρας. Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν το πιο συνηθισμένο αίτιο θανάτου στους εφήβους, ενώ παράλληλα σηματοδοτούν το 50% της θνησιμότητας σε αυτές της ηλικίες. Σχετικά με τις συμπεριφορές υψηλού κινδύνου κατά την σεξουαλική δραστηριότητα, ένα υψηλό ποσοστό εφήβων που είναι σεξουαλικά δραστήριοι κάνουν χρήση του προφυλακτικού περιστασιακά και όχι σε κάθε σεξουαλική επαφή. Καταληκτικά, ο εθισμός των εφήβων με το διαδίκτυο θεωρείται μια συμπεριφορική εξάρτηση, που τους οδηγεί σε μείωση του χρόνου που διαθέτουν για τις σχολικές τους υποχρεώσεις, τις παρέες τους, την φυσική τους δραστηριότητα ακόμη και τον ύπνο τους, ενέχοντας πολλές φορές κινδύνους παρενόχλησης, ασφάλειας των προσωπικών τους δεδομένων και πρόσβαση σε ακατάλληλο περιεχόμενο ιστοσελίδων.²⁵

3.4 ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ως φυσική άσκηση ορίζεται οποιαδήποτε δραστηριότητα αυξάνει τους ρυθμούς της καρδιάς. Μέσω της άσκησης διεγείρεται η καρδιά και αυξάνεται η ποσότητα οξυγονωμένου αίματος που αποστέλλεται στους μύες και στα κύτταρα. Ωστόσο η ανεπαρκής σωματική άσκηση σε εφήβους αποτελεί σοβαρό πρόβλημα παγκοσμίως. Πολλοί παράγοντες έχουν συνδεθεί με την μείωση της σωματικής δραστηριότητας όπως κοινωνικές μεταβλητές, η ελλιπής υποστήριξη της οικογένειας και των φίλων, η απουσία της βιολογικής ωριμότητας και άλλα. Ανεξάρτητα από τους παραπάνω λόγους, οι πιο ενεργοί έφηβοι τείνουν να παραμένουν πιο δραστήριοι ως ενήλικες, το

οποίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την οικοδόμηση της μετέπειτα υγείας τους. Μέσα στο ευρύτερο πεδίο φυσικής δραστηριότητας, η αερόβια άσκηση φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντική και διαδεδομένη (π.χ. κολύμβηση, τρέξιμο, γρήγορο περπάτημα και ποδηλασία). Όπως είναι γνωστό, η σωματική δραστηριότητα έχει σημαντικά οφέλη όπως πρόληψη από την παχυσαρκία (είναι γνωστό ότι το 80% των παχύσαρκων εφήβων εξελίσσεται σε παχύσαρκους ενήλικες), από την αρτηριοσκληρυντική καρδιακή νόσο, μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου, του κινδύνου υπέρτασης, του διαβήτη τύπου II, της χολολιθίασης και διαφόρων τύπων καρκίνου. Ακόμη, η ενασχόληση του εφήβου με τις αθλητικές δραστηριότητες συμβάλλει στον ψυχισμό του, καθώς δημιουργεί ιδιαίτερα θετικά συναισθήματα μιας και επιτυγχάνεται το αίσθημα προόδου της επιτυχίας και της εκπλήρωσης των στόχων. Επιπλέον, ο αθλητισμός αποτελεί έναν διάυλο κοινωνικών συναλλαγών και ανάπτυξης προσωπικών σχέσεων. Συμμετέχοντας ο έφηβος σε μια ομάδα, αναπτύσσει το αίσθημα της υπερηφάνειας, της αυτοεκτίμησης, του αυτοσεβασμού καθώς και του σεβασμού των άλλων. Τέλος, δεδομένης της ταχείας ανάπτυξης του εφηβικού εγκεφάλου, η επίδραση της άσκησης σε αυτόν είναι θετική σε γνωστικό και νευρικό επίπεδο.^{24,25}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4
ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

4.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο όρος ψυχογενής βουλιμία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Gerarld Russell το 1979, ως «χρόνια φάση της νευρικής ανορεξίας» στην οποία ο χειρότερος φόβος του ανορεκτικού γίνεται πραγματικότητα δηλαδή η αύξηση του σωματικού βάρους. Είχε παρατηρήσει ότι οι ασθενείς καταναλώνουν υπερβολικές ποσότητες φαγητού και στη συνέχεια χρησιμοποιούν αντισταθμιστικούς μηχανισμούς(π.χ. έμετος, καθαρτικά, παρατεταμένες περίοδοι πείνας κ.α). Ο βρετανός ψυχίατρος την περιέγραψε ως μια παθολογική κατάσταση λαιμαργίας. Ο χαρακτηρισμός της νευρογενούς βουλιμίας συνεχίζει να εξελίσσεται με την εισαγωγή του στο DSMIV το 2013. Ο Russell αρχικά θεωρούσε ότι οι ασθενείς με βουλιμία είχαν χειρότερη πρόγνωση, μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας και επικίνδυνων σωματικών επιπλοκών από αυτούς που βρίσκονταν στο στάδιο της ανορεξίας. Το 2004 όμως, λόγω του προνομίου που είχε για καλύτερες μελέτες στη φύση και στην πορεία της βουλιμίας, ανέσυρε αυτή του την άποψη δηλώνοντας ότι οι ασθενείς με βουλιμία είχαν πιο ευνοϊκή πρόγνωση από όσους είχαν νευρογενή ανορεξία. Ωστόσο καθώς οι έρευνες ολοκληρώνονταν συνειδητοποιούσε πως οι κίνδυνοι υποτροπής και επιπλοκών της βουλιμίας παρέμεναν υψηλοί. Αναγνώρισε έτσι, όπως και οι ιατρικές και ψυχιατρικές κοινότητες, ότι η βουλιμία είναι πράγματι μία αυτόνομη διαταραχή, διαφορετική από την ανορεξία.^{4,26,32}

4.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Ο όρος «βουλιμία», στην ελληνική γλώσσα δημιουργήθηκε από τη συνένωση των λέξεων *βοῦς* (βόδι) και *λιμός* (πείνα). Στα αρχαία ελληνικά σήμαινε υπερβολικά μεγάλη πείνα και υποδήλωνε μία παθολογική κατάσταση κατά την οποία κάποιος ήταν ικανός να καταναλώσει ένα ολόκληρο βόδι.²⁶ Η **ψυχογενής βουλιμία** συνίσταται σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας· υπάρχει ένα αίσθημα απώλειας του ελέγχου στην πρόσληψη τροφής κατά τη διάρκεια των επεισοδίων αυτών, επανειλημμένη χρήση απρόσφορων αντισταθμιστικών συμπεριφορών για την

αποτροπή της πρόσληψης βάρους, όπως είναι η αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, ή η χρήση καθαρτικών και διουρητικών (καθαρτικός τύπος), η αυστηρή δίαιτα ή νηστεία ή εργώδης σωματική άσκηση(μη καθαρτικός τύπος).^{4,27} Η εν λόγω διαταραχή θεωρείται μία «κρυφή» ψυχική πάθηση καθώς δεν γίνεται οπτικά εύκολα και γρήγορα αντιληπτή.^{20,30,32}

4.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σύμφωνα με αποτελέσματα μελετών σε διαφορετικούς πληθυσμούς χωρών της Δύσης ο επιπολασμός της ψυχογενούς βουλιμίας κυμαίνεται μεταξύ 1,1% και 4,2%, ενώ ο διαβίου κίνδυνος εκδήλωσης της νόσου στις γυναίκες ανέρχεται στο 8%. Το αρσενικό φύλο από την άλλη, αντιπροσωπεύει μόνο το 5% έως 15% του συνόλου των ατόμων με διατροφικές διαταραχές γενικότερα. Η επιδημιολογική κατάσταση ωστόσο, φαίνεται να είναι διαφορετική για την αδηφαγία, όπου το ποσοστό των ανδρών πλησιάζει στο 35% των περιστατικών. Γενικότερα υπολογίζεται ότι 1%, 1,7% θα νοσήσει κάποια στιγμή στη ζωή του από την συγκεκριμένη νόσο, εάν όμως συμπεριλάβουμε και τις πιο ήπιες περιπτώσεις το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 2,3%. Αν μελετήσουμε αυτόνομα τον γυναικείο πληθυσμό θα παρατηρήσουμε πως 1,1%-4,2% των γυναικών παρουσιάζουν νευρογενή βουλιμία κάποια στιγμή στη ζωή τους, ενώ μόνο το 1/3 από αυτές διαγιγνώσκεται από τις υπηρεσίες υγείας ακόμη και στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες και μόνο το 6% λαμβάνει ψυχολογική βοήθεια για την πάθησή του. Άξιο αναφοράς είναι ότι η βουλιμία στον πληθυσμό των νέων γυναικών ηλικίας 15-25 ετών κυμαίνεται σε ποσοστό της τάξης του 3%-7%. Επιπλέον, η ετήσια επίπτωση της διαταραχής εκτιμάται ότι είναι περίπου 12 νέα περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους φτάνει ωστόσο σε 300 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους ανά έτος εάν υπολογίζεται μόνο στην ηλικιακή ομάδα μεγίστου κινδύνου (16-20 ετών). Τέλος, ο επιπολασμός φαίνεται να είναι χαμηλότερος στις αγροτικές περιοχές, ομοίως και στα αναπτυσσόμενα κράτη, καθώς παρατηρείται υψηλότερος σε μουσουλμανικές ομάδες και Ασιάτες που ζουν στη μεγάλη Βρετανία. Είναι επίσης υψηλότερος στους έγχρωμους και Λατινικής προέλευσης ανθρώπους που κατοικούν στις ΗΠΑ.^{4,48}

4.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το γεγονός ότι η ψυχογενής βουλιμία δεν συνοδεύεται από εμφανείς ιατρικές επιπλοκές σε σχέση με την ψυχογενή ανορεξία, επιτρέπει στην διαταραχή να παραμένει κρυφή για μεγάλο χρονικό διάστημα καθώς το άτομο είναι πλήρως λειτουργικό. Δεν είναι σπάνιο οι γονείς και τα οικεία πρόσωπα των ασθενών αυτών, να μην αντιλαμβάνονται ποτέ την κατάσταση και να μαθαίνουν για τη συγκεκριμένη διαταραχή χρόνια μετά την έναρξή της, όταν το άτομο αισθανθεί την ανάγκη να μοιραστεί με τους κοντινούς του ανθρώπους τις δυσκολίες του.²⁰

Στα άτομα με νευρογενή βουλιμία παρατηρούμε συνήθως οιδηματώδεις παρωτιδικούς αδένες, διάβρωση του σμάλτου των δοντιών και εκτεταμένη τερηδόνα (λόγω του υδροχλωρικού οξέος του στομάχου που περιλαμβάνεται στον έμετο), οζίδια στην ραχιαία επιφάνεια των χειρών (αποτέλεσμα του ερεθισμού που προκαλείται από την τοποθέτηση των δακτύλων στο στοματοφάρυγγα για την πρόκληση εμέτου), πτωχό ή απόν αντανakλαστικό λόξυγκα, ερυθροί οφθαλμοί, ρήξη αιμοφόρων αγγείων στο πρόσωπο, βραχνή φωνή καθώς και διακυμάνσεις του βάρους. Στα ευρήματα της νόσου παρατηρούνται ακόμη σωματικές εκδηλώσεις όπως αμηνόρροια ή ακανόνιστη έμμηνος ρύση, ευαισθησία στο ψύχος, δυσκοιλιότητα, διάρροια, έλκος ή/και ρήξη στομάχου, ανώμαλες εντερικές κινήσεις, κοιλιακές κράμπες, χαμηλή αρτηριακή πίεση, αργός ή/και ακανόνιστος καρδιακός ρυθμός, βραδυκαρδία, υποθερμία, λεπτή υπερτρίχωση, τριχόπτωση, πετέχιες, καροτινική χροιά δέρματος καθώς και καροτιναιμία, οιδήματα κάτω άκρων, ξηροδερμία, ερεθισμένος λαιμός, μυϊκή αδυναμία και ίλιγγος. Επιπλέον, συχνά εμφανίζονται ενδοκρινικές διαταραχές καθώς και παθολογικά ευρήματα, παραδείγματα αυτών αποτελούν τα αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης καθώς και κορτιζόλης πλάσματος, τα μειωμένα επίπεδα γοναδοτροπινών, η χαμηλή T3, η αφυδάτωση, η υποκαλιαιμία, η υποσβεστιαίμια (στα άτομα που προβαίνουν σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή κάνουν κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών), ηλεκτρολυτικές διαταραχές που έχουν ως αποτέλεσμα καταβολή, λήθαργο ή ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις (κατάσπαση του επάρματος T), η λευκοπενία, τα αυξημένα επίπεδα τρανσαμινασών, χοληστερόλης, ουρίας και αμυλάσης. Επιπρόσθετες εκδηλώσεις που προέρχονται από τον εγκέφαλο και το νευρικό

σύστημα αποτελούν η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοπεποίθηση και συχνά υπάρχει η συναίσθηση ότι η διατροφική συμπεριφορά είναι ανώμαλη.^{5,20,27,28}

4.5 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οι κοινωνικές συνθήκες στις οποίες ζούμε τα τελευταία 60 έτη εκπέμπουν ένα διττό μήνυμα. Από τη μια η τροφή δεν χρησιμοποιείται μόνο για την επιβίωση του ανθρώπου αλλά αποτελεί και ένα μέσο διασκέδασης, κοινωνικής καταξίωσης, προσωπικής κατάκτησης και απόλαυσης. Επί παραδείγματι σε μια έξοδο με φίλους το άτομο αναζητά την γεύση εκείνη που θα τον ευχαριστήσει, επιλέγοντας τα πιο μοντέρνα και συχνά ακριβά εστιατόρια ως τρόπο κοινωνικής καταξίωσης και πολλές φορές θεωρεί ότι στο τέλος μιας δύσκολης ημέρας δικαιούται να απολαύσει κάποια γευστική τροφή. Από την άλλη πλευρά υπάρχουν άτομα που θεωρούν ότι χρειάζεται να στερηθούν την τροφή τους προκειμένου να είναι αδύνατα και κατά συνέπεια επιτυχημένα και ελκυστικά. Το διπλό αυτό μήνυμα αποτυπώνεται πολύ αποτελεσματικά στις διαφημίσεις τροφών με υψηλή θερμιδική αξία. Ένα πολύ χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το μοντέλο μίας οικογένειας όπου κανένα μέλος της δεν είναι παχύσαρκο ωστόσο περιλαμβάνει σε κάθε του πρωινό γεύμα μία φέτα ψωμί με μεγάλη επίστρωση γνωστής μάρκας βουτύρου. Μία ακόμη συνηθισμένη εικόνα είναι εκείνη μιας καλλίγραμμης γυναίκας του κινηματογράφου ή της τηλεόρασης να διαφημίζει εταιρίες εστιατορίων ή πρόχειρων φαγητών. Το άτομο λοιπόν, θεωρεί ότι για να μοιάσει σε αυτή την ιδανική, αρμονική και ευτυχισμένη οικογένεια πρέπει να καταναλώνει το συγκεκριμένο βούτυρο. Ακόμη πιστεύει ενδόμυχα πως για να μοιάσει στο προβαλλόμενο γυναικείο πρότυπο θα πρέπει να προτιμήσει την εταιρία εστιατορίων ή τα πρόχειρα φαγητά που αυτή διαφημίζει. Οι παραπάνω σκέψεις του ατόμου το οδηγούν σε ένα ερώτημα: πώς θα καταφέρει ταυτόχρονα να διατηρήσει το σώμα του αδύνατο; Έτσι λοιπόν το άτομο προσπαθεί να επιτύχει ένα στόχο που περιέχει μία έντονη αντίφαση: μεγάλη ποσότητα γευστικού φαγητού σε συνδυασμό με λιγνό και καλλίγραμμο σώμα. Στη νευρογενή βουλιμία η λύση που έχουν βρει οι πάσχοντες είναι η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής και κένωσης του στομάχου με πρόκληση εμέτου.

Η βουλιμία έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία και επομένως βιολογικοί, ψυχολογικοί παράγοντες προσωπικότητας και οικογενειακοί-κοινωνικοί παράγοντες, συμβάλλουν στην εμφάνιση και τη διατήρηση της διαταραγμένης συμπεριφοράς. Το πρόβλημα δεν εμφανίζεται από τη μία μέρα στην άλλη, αντιθέτως οι «ρίζες» προέρχονται από το παρελθόν και αφήνουν στο παρόν σημάδια, που προδίδουν τη συμπτωματολογία.

Όπως μπορεί να γίνει αντιληπτό από όσα αναφέρθηκαν για τους περισσότερους πάσχοντες το βάρος του σώματος και το σχήμα συγκεκριμένων τμημάτων του (στήθος, περιφέρεια μέσης, γοφοί κ.α.) αποτελούσε και πριν την έναρξη της ψυχογενούς βουλιμίας το μοναδικό τρόπο αξιολόγησης της σωματικής τους αξίας, της ελκυστικότητάς τους και πολλές φορές της προσωπικής τους αξίας. Ορισμένοι ασθενείς θεωρούσαν ότι το μέγεθος και το σχήμα του σώματός τους ήταν ο κεντρικός άξονας αξιολόγησης του εαυτού τους. Γνωρίζοντας όμως ότι η «τελειότητα» απαιτεί θυσίες, η αυστηρή δίαιτα και η εξαντλητική άσκηση αποτελούσε για αυτούς μονόδρομο για την επίτευξη του στόχο τους. Το άτομο προσπαθεί να τρώει όσο το δυνατό λιγότερο μέχρι που κάποια στιγμή οι αντιστάσεις του εξασθενούν και τότε λόγω της έντονης πείνας ή/και κάποιας συναισθηματικής φόρτισης υποκύπτει στη βουλιμία. Επίσης μία συνηθισμένη κατάσταση για πολλούς που θα μπορούσε να οδηγήσει στην εν λόγω νόσο είναι η αίσθηση πως θα μπορούσαν να διεκδικήσουν όσα επιθυμούν από τη ζωή τους μόνο αφότου κατορθώσουν να έχουν τη σωματική φιγούρα που επιθυμούν. Έως την επίτευξη αυτού του στόχου αναγκάζουν τον εαυτό τους να υπομένει καταστάσεις, συμπεριφορές και συναισθήματα θεωρώντας ότι δεν αξίζει κάτι καλύτερο εξαιτίας του αυξημένου σωματικού τους βάρους. Αυτή όμως η στάση οδηγεί σε έντονα συναισθήματα δυσφορίας, φόρτισης και άγχους που δύσκολα θα μπορούσε ένα άτομο να ρυθμίσει μόνο του. Όμως ο πιο συνηθισμένος λόγος που μπορεί ωθήσει ένα άτομο σε υπερφαγικά επεισόδια και κατά συνέπεια στη βουλιμία είναι η προσπάθειά του να αντιμετωπίσει προϋπάρχοντα αρνητικά συναισθήματα όπως η θλίψη, η ντροπή, ο θυμός, το άγχος, η ανία και το κενό. Αυτά αποτελούν τα κυριότερα συναισθήματα που όταν γίνονται αβάσταχτα οδηγούν το άτομο στην κατανάλωση φαγητού. Έχει παρατηρηθεί ότι ρύθμιση του συναισθήματος γίνεται κυρίως με δύο μηχανισμούς. Στον πρώτο, η ευχαρίστηση που φέρνει μία τροφή με έντονη γεύση αντικαθιστά το δυσάρεστο συναίσθημα που νιώθει το άτομο. Στο δεύτερο μηχανισμό ο φόβος για την αύξηση του σωματικού βάρους και η ντροπή

μετά από μία διατροφική υπερβολή αναγκάζουν το άτομο να προσκολλάται σε επίμονες σκέψεις, που αφορούν το σωματικό του βάρος και σχήμα, σαν μια προσπάθεια του ατόμου να αποφύγει την αίσθηση δυσάρεστων συναισθημάτων. Σε μικρότερο αριθμό ατόμων τα οποία έχουν υποστεί αυστηρή στάση οικογένειας, κοινωνική πίεση-κριτική για το σχήμα του σώματός τους, τη σύνδεση της επιτυχίας με το αδύνατο σώμα και σωματική-συναισθηματική κακοποίηση κατά την παιδική τους ηλικία, η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής προκαλεί θετικά συναισθήματα όπως ευχαρίστηση, ηδονή και απελευθέρωση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η ώρα της υπερφαγίας είναι στιγμή ελευθερίας και προσωπικός χρόνος αφιερωμένος στην ατομική απόλαυση. Ακόμη και η απώλεια του ελέγχου στη διάρκεια του υπερφαγικού επεισοδίου, για τις παραπάνω περιπτώσεις, βιώνεται με θετικό τρόπο.^{4,20,40}

4.6 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ – DSMV

Η τρίτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM), που δημοσιεύθηκε το 1980, περιλάμβανε αρχικά τη βουλιμία ως διάγνωση. Η αναθεωρημένη έκδοση, που δημοσιεύθηκε το 1987 (DSM-III-R), χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο «νευρική βουλιμία» και καθόρισε τη διαταραχή κυρίως σύμφωνα με την πρωτότυπη περιγραφή του Russell, σχετικά με την υπερβολική κατανάλωση σε συνδυασμό με αντισταθμιστικές συμπεριφορές. Ο όρος «νευρικό» προστέθηκε σύμφωνα με την ψυχιατρική φύση και την αγωνία την κατάστασης όπως φαίνεται στα άτομα με νευρική ανορεξία. Το DSM-IV, το οποίο δημοσιεύθηκε το 1994, απαρίθμησε τα κριτήρια για τη νευρογενή βουλιμία, που περιλάμβανε επεισόδια μεγάλης κατανάλωσης φαγητού εφάπαξ με αντισταθμιστικές συμπεριφορές, που εμφανίστηκαν κατά μέσο όρο τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα για τουλάχιστον 3 μήνες. Οι αντισταθμιστικές συμπεριφορές χωρίζονται σε δυο τύπους : καθαρτικός και μη καθαρτικός.

Καθαρτικός τύπος: κατά το παρόν επεισόδιο ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο προβαίνει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή στρεβλή χρήση καθαρτικών, ηρεμιστικών ή υποκλυσμών.

Μη καθαρτικός τύπος: κατά το παρόν επεισόδιο ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες απρόσφορες αντισταθμιστικές συμπεριφορές (έντονη άσκηση, νηστεία), αλλά δεν έχει προβεί τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή στρεβλή χρήση καθαρτικών, ηρεμιστικών ή υποκλυσμών.²⁷

Υπήρχαν αρκετοί ασθενείς οι οποίοι εμφάνιζαν έντονες καθαρτικές συμπεριφορές αλλά δεν κατανάλωναν αρκετά μεγάλες ποσότητες φαγητού. Οι ασθενείς αυτοί ταξινομήθηκαν ως έχοντες την διαταραχή διατροφής μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (EDNOS). Αυτός ο όρος χρησιμοποιήθηκε στο DSM-IV για τα άτομα που δεν πληρούν τα απαραίτητα κριτήρια είτε για τη νευρική ανορεξία είτε για τη νευρική βουλιμία. Για την καλύτερη κατηγοριοποίηση των διατροφικών διαταραχών, ανατέθηκε στην Ομάδα Εργασίας Διαταραχών Διατροφής να επανεξετάσει τη χρήση των κριτηρίων DSM-IV, προκειμένου να ταξινομηθούν με μεγαλύτερη ακρίβεια όσοι κατατάχθηκαν στην κατηγορία EDNOS. Λόγω αυτού συντάχθηκε το DSM-V. Αναφορικά με τη νευρογενή βουλιμία, προσδιορίστηκαν αρκετές αλλαγές στην αναθεωρημένη έκδοση. Αρχικά, η συχνότητα των επεισοδίων κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων τροφής και των αντισταθμιστικών μηχανισμών άλλαξε από 2 φορές την εβδομάδα για τουλάχιστον 3 μήνες, σε 1 φορά την εβδομάδα για τουλάχιστον 3 μήνες. Επιπροσθέτως, οι τύποι που προαναφέρθηκαν στο DSM-IV απομακρύνθηκαν και η σοβαρότητα των ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών μπορεί πλέον να ταξινομηθεί ανάλογα με την συχνότητα.

Ήπια: ένα έως τρία επεισόδια την εβδομάδα.

Μέτρια: τέσσερα έως επτά επεισόδια την εβδομάδα.

Σοβαρή: οκτώ έως δεκατρία επεισόδια την εβδομάδα.

Ακραία: δεκατέσσερις ή περισσότερες την εβδομάδα.

Από την κατηγοριοποίηση των ασθενών με νευρογενή βουλιμία έχει διαπιστωθεί ότι η πλειοψηφία είναι ήπια ή μέτρια (39% και 34% αντίστοιχα), με 16% σοβαρή και το υπόλοιπο 11% ακραία.

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, Πέμπτη Έκδοση (diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, DSM-IV) είναι ενημερωμένο για το 2013
μορφή του εργαλείου ταξινόμησης και διάγνωσης της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας.

Το DSM περιέχει όλες τις ψυχιατρικές παθήσεις, τα διαγνωστικά κριτήρια και τη θεραπεία αυτών, για αυτό είναι πολύ σημαντική η ενημέρωσή του.

Σύμφωνα με τα κριτήρια DSM-V για να διαγνωστεί με ψυχογενή βουλιμία ένα άτομο πρέπει να εμφανίζει:

- A. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφής. Ένα υπερφαγικό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από τα εξής δυο:
 - (1) πρόσληψη σε μία διακριτή χρονική περίοδο (π.χ. εντός 2 ωρών) μιας ποσότητας τροφής που είναι σαφώς μεγαλύτερη από εκείνη που θα μπορούσαν να προσλάβουν οι περισσότεροι άνθρωποι, κατά την ίδια χρονική περίοδο και κάτω από παρόμοιες συνθήκες.
 - (2) μία αίσθηση απουσίας έλεγχου στην πρόσληψη τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. αίσθημα ότι το άτομο δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει το τι και πόσο θα φάει).
- B. Επαναλαμβανόμενες απρόσφορες αντισταθμιστικές συμπεριφορές με σκοπό την αποτροπή πρόσληψης βάρους, όπως είναι οι αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, η στρεβλή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, η δίαιτα ή η υπερβολική σωματική άσκηση.
- C. Τόσο η επεισοδιακή υπερφαγία όσο και οι απρόσφορες αντισταθμιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν, κατά μέσο όρο, μία φορά την εβδομάδα επί 3 μήνες
- D. Η αυτοαξιολόγηση (συνολική εικόνα εαυτού) επηρεάζεται σε υπερβολικό βαθμό από το σχήμα και το βάρος του σώματος.
- E. Η διαταραχή δεν επισυμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

Οι αλλαγές στο DSM-V επέτρεψαν την βελτιωμένη εξειδίκευση των διαγνώσεων των διατροφικών διαταραχών, προανήγγειλαν μια νέα εποχή έρευνας, με την υπόσχεση για ειδικές θεραπευτικές επιλογές και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.^{32,33}

4.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Όταν μιλάμε για της ΔΠΤ είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζονται στην εφηβεία και υποχωρούν κάποια χρόνια μετά. Μιλώντας για τη θεραπεία των διαταραχών αυτών χρειάζεται να έχει κανείς υπόψη του τα παρακάτω σημεία:

- Η θεραπεία των διατροφικών διαταραχών είναι κυρίως ψυχολογική. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα μόνο για συγκεκριμένες ενδείξεις που θα αναπτύξουμε στη συνέχεια.
- Η θεραπεία των διατροφικών διαταραχών απαιτεί συνήθως μία ομάδα ειδικών της υγείας ώστε να αντιμετωπιστούν οι ψυχολογικές αλλά και οι ιατρικές συνέπειες της διαταραχής.
- Ο ρόλος των σημαντικών προσώπων στον κύκλο του ατόμου και ιδιαίτερα της οικογένειάς του διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο στη θεραπευτική προσπάθεια.
- Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν συχνά μακρόχρονη πορεία, είναι ιδιαίτερα επίμονες και ανθεκτικές στη θεραπευτική αντιμετώπιση και κατά συνέπεια η θεραπεία τους απαιτεί αρκετούς μήνες και έτη για να θεωρηθεί αποτελεσματική.

Η θεραπεία των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής έγκειται σε τρεις κύριους στόχους. Ο πρώτος και ο πιο σημαντικός είναι η αποκατάσταση της θρέψης τού ασθενούς. Στα άτομα με ψυχογενή βουλιμία αυτό σημαίνει τη διασφάλιση της μεταβολικής ισορροπίας. Ο δεύτερος στόχος είναι η τροποποίηση των διαστρεβλωμένων διατροφικών συμπεριφορών του ασθενούς. Αυτό θα βοηθήσει τον πάσχοντα να διατηρήσει το βάρος του μέσα σε φυσιολογικά επίπεδα και να αναστρέψει την επεισοδιακή υπερφαγία και τις καθαρτικές ή άλλες παθολογικές συμπεριφορές της διατροφής. Ο τρίτος στόχος είναι να βοηθηθεί ο ασθενής στο να αλλάξει τις διαστρεβλωμένες και λανθασμένες πεποιθήσεις του για τα θεωρούμενα οφέλη από την απώλεια βάρους. Η θεραπεία λαμβάνει χώρα συνήθως σε εξωτερική βάση, αλλά αρκετοί ασθενείς θα χρειαστεί να νοσηλευτούν. Τις κύριες ενδείξεις για νοσηλεία αποτελούν η βαριά απίσχναση, η υπόταση, η υποθερμία, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές καθώς και οι ασθενείς με ψύχωση, συνυπάρχουσα κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό. Ένα ακόμη λόγο νοσηλείας αποτελεί η αποτυχία της θεραπείας

σε εξωτερική βάση (λόγο αδυναμίας πρόσληψης βάρους ή αναστροφής των κύκλων επεισοδιακής υπερφαγίας/καθαρτικών συμπεριφορών).^{4,31}

Αυτό που χρειάζεται αρχικά είναι ο έφηβος και η οικογένεια του να συζητήσει με κάποιον ειδικό της ψυχικής υγείας για να γίνει η διάγνωση, αν όντως πάσχει από ΔΠΤ και από ποια μορφή της. Στη συνέχεια βασικό είναι να ληφθεί η απόφαση για την κατάλληλη θεραπεία. Αν ο πάσχων είναι ανήλικος συνήθως την απόφαση λαμβάνει η οικογένεια συνολικά. Αν είναι ενήλικος, η απόφαση για θεραπεία πρέπει να παρθεί από το ίδιο το άτομο. Στο τέλος της εφηβείας το άτομο δεν ανήκει σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες. Στις περιπτώσεις αυτές προσπαθούμε να έχουμε τη σύμφωνη γνώμη τόσο της οικογένειας όσο και του ίδιου του εφήβου. Για να δεσμευθεί ο έφηβος στη θεραπεία και να επιτευχθεί η αποτελεσματικότερη έκβαση της είναι απαραίτητες τρεις βασικές παραδοχές. Η αποδοχή ότι ο νέος πάσχει από νευρογενή βουλιμία είναι υψίστης σημασίας.

Επόμενη παραδοχή αποτελεί η κατανόηση της ανάγκης για θεραπεία ούτως ώστε να βελτιωθεί η κατάστασή του. Τέλος, ο έφηβος χρειάζεται να χρησιμοποιήσει το μέγιστο των δυνάμεών του για όσο χρόνο κρίνεται αναγκαίο προκειμένου μαζί με τη θεραπευτική του ομάδα να υπερνικήσει τη νευρογενή βουλιμία. Το αν η ψυχογενής βουλιμία μπορεί να αντιμετωπιστεί αυτόνομα ή εάν είναι υποχρεωτική η συνεργασία με ειδικούς σχετίζεται με τη βαρύτητα της διαταραχής, την κατάσταση που βρίσκεται η ζωή του νέου στη συγκεκριμένη περίοδο αλλά και το υποστηρικτικό του δίκτυο. Για παράδειγμα στους εφήβους, το ποσοστό των πασχόντων στους οποίους οι διαταραχές πρόσληψης τροφής θα υποχωρήσουν σταδιακά, σε ορισμένες περιπτώσεις υπερβαίνουν το 25%.^{20,31}

Η ψυχολογική θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας γενικά περιλαμβάνει τη συμπεριφορική τροποποίηση σε συνδυασμό με ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία. Η θεραπεία αποσκοπεί προφανώς στην ανάκτηση της φυσιολογική διατροφικής συμπεριφοράς. Ένα άτομο το οποίο υποβάλλεται σε θεραπεία για τις διατροφικές διαταραχές, είτε εντός της κλινικής είτε στον προσωπικό του χώρο, θα πρέπει να ζυγίζεται τακτικά, νωρίς το πρωί μετά την ούρηση φορώντας ελαφρύ ρουχισμό. Ακόμη, είναι απαραίτητο να καταγράφεται η ημερήσια πρόσληψη και αποβολή

υγρών. Οι πάσχοντες πρέπει να βρίσκονται υπό επιτήρηση για τουλάχιστον δύο ώρες μετά τη λήψη γευμάτων ή υγρών για την αποτροπή των μεθόδων κάθαρσης. Σε κάποιες περιπτώσεις ίσως κριθεί απαραίτητη η συνοδεία του ασθενούς στο μπάνιο.²⁷

Η **εκπαίδευση** αποτελεί βασικό συστατικό της διατροφικής αποκατάστασης στους βουλιμικούς ασθενείς. Η εκπαίδευση δεν αφορά αποκλειστικά την πρόληψη και αντιμετώπιση των συνεπειών της συγκεκριμένης νόσου, της ημιασιτίας και των καθαρτήριων συμπεριφορών, αλλά και σε βασικές πληροφορίες για το ισοζύγιο ενέργειας, στη σημασία που έχουν τα θρεπτικά συστατικά όπως επίσης και στην αποσαφήνιση των πεποιθήσεων σχετικά με το ρόλο των τροφίμων, στις δίαιτες αδυνατίσματος και στον καθορισμό του «ιδανικού» βάρους.

Η **γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία** έχει τη μεγαλύτερη τεκμηρίωση για την αντιμετώπιση της ψυχογενούς βουλιμίας κυρίως σε ενήλικες. Η δίαιτα σε συνδυασμό με την προνοσηρή παχυσαρκία, η ερωτική απόρριψη, τα επικριτικά σχόλια για τα βάρους και το σχήμα του σώματος, τα ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ενός πρώτου βουλιμικού επεισοδίου.

Η θεραπεία γίνεται συνήθως σε τρία στάδια. Αρχικά μέσα από την προοδευτική ομαλοποίηση των διατροφικών συνηθειών ξεκινάει η προσπάθεια να αποκτήσει το άτομο τον έλεγχο της διατροφής του. Στη συνέχεια γίνεται προσπάθεια να αντιμετωπιστούν οι πεποιθήσεις γύρω από το σχήμα του σώματος αλλά και το σωματικό βάρος, καθώς επίσης και οι συμπεριφορές που απορρέουν από αυτές. Ακόμη, σε αυτό το δεύτερο στάδιο η θεραπεία διευρύνεται για να αντιμετωπιστούν τόσο δυσμενείς εξωγενείς παράγοντες όσο και ατομικές δυσκολίες (π.χ. ο έλεγχος των παρορμήσεων, η άκαμπτη τελειοθηρία κ.α.). Στο τρίτο και τελευταίο στάδιο σταθεροποιείται το θετικό αποτέλεσμα και οργανώνεται με τον πάσχοντα ένα ρεαλιστικό σχέδιο για το μέλλον και την αντιμετώπιση των υποτροπών.

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία μειώνει τις υπερφαγικές συμπεριφορές των ασθενών στο 80%, ενώ πλήρη διακοπή τους επιτυγχάνεται στο 40-50%. Ποσοστό 80-85% των πασχόντων ολοκληρώνει τα θεραπείες. Τα αποτελέσματα της οποίας φαίνεται να διατηρούνται 6 με 12 μήνες μετά τον τερματισμό της.

Η δεύτερη καλύτερα μελετημένη θεραπεία για την ψυχογενή βουλιμία είναι η **διαπροσωπική θεραπεία** που όμως δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στη χώρα μας. Η διαπροσωπική θεραπεία εστιάζεται αποκλειστικά στις σχέσεις του ασθενούς και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει, χωρίς να έχει όπως η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, κάποιες ειδικές τεχνικές για την αντιμετώπιση των βουλιμικών επεισοδίων.

Η **ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία** είναι αρκετά διαδεδομένη μορφή θεραπείας για την ψυχογενή βουλιμία. Αν και δεν υπάρχουν επαρκής μελέτες για την αποτελεσματικότητά της, φαίνεται να προτείνεται αρκετά για τις περιπτώσεις όπου η ψυχογενής βουλιμία συνυπάρχει με σοβαρή διαταραχή προσωπικότητας, καθώς και για ασθενείς οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία.^{20,27}

Εκτός των άλλων **ψυχοτρόπα φάρμακα** μπορούν να βοηθήσουν τους βουλιμικούς ασθενείς. Αρκετές κατηγορίες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν την υπερφαγία και τις καθαρτικές συμπεριφορές. Η φλουοξετίνη, ένας εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (σε δόση 60mg ημερησίως) είναι η μόνο φαρμακευτική αγωγή που έχει εγκριθεί από τονFDA (foodanddrugadministration, U.S.A) για τη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας. Βέβαια χρησιμοποιούνται και άλλοι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης στην καθημερινή ιατρική πρακτική, εξίσου αποτελεσματικοί. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης είναι πιθανώς το ίδιο αποτελεσματικά για τη μείωση των κύκλων επεισοδιακής υπερφαγίας και καθαρτικών μεθόδων, αλλά δεν μπορούν να θεωρηθούν ως φάρμακα πρώτης γραμμής. Η βουπροπιόνη αντενδείκνυται, διότι μπορεί να μειώσει την επιληπτική-εγκεφαλική ουδό (όταν μειώνεται η εγκεφαλική ουδός αυξάνονται οι πιθανότητες για την εμφάνιση επιληπτικής κρίσης, όσο πιο χαμηλή η επιληπτική ουδός τόσο εντονότερες οι επιληπτικές κρίσεις). Σχετικά με τα αντικαταθλιπτικά που προαναφέρθηκαν, φαίνεται να έχουν αποτέλεσμα βραχυπρόθεσμα. Μπορούν επιπλέον, να μειώσουν τους κύκλους επεισοδιακής υπερφαγίας και καθαρτικών συμπεριφορών έως και 70%. Άλλες φαρμακευτικές θεραπείες όπως τα αγχολυτικά ή οι σταθεροποιητές της διάθεσης ενδείκνυται όταν συνυπάρχει ψύχωση, διπολική διαταραχή, κάποια αγχώδεις διαταραχή αλλά και μείζονος κατάθλιψη.³¹

Ειδικότερα οι θεραπευτικές ομάδες ακολουθούν συνήθως τις εξής πρακτικές για την αντιμετώπιση της ψυχογενούς βουλιμίας:

- Απόκτηση ενός φυσιολογικού ρυθμού σίτισης, ο οποίος θα απαρτίζεται από τρία ισορροπημένα γεύματα και ένα με δύο σνακ ημερησίως.
- Κατανάλωση επαρκούς ενεργειακής πρόσληψης, με σκοπό να επιτυγχάνεται ισοζύγιο ενέργειας και να διατηρείται σταθερό το σωματικό βάρος.
- Αποφυγή διαφόρων μεθόδων αδυνατίσματος, υπερβολικής άσκησης και καθαρτήριων μεθόδων.
- Σταδιακή εισαγωγή «απαγορευμένων» τροφίμων στο διαιτολόγιο με σκοπό να μειωθούν οι ενοχές για αυτά.
- Ζύγισμα σωματικού βάρους σε τακτά χρονικά διαστήματα

Ειδική θεραπεία ψυχογενούς βουλιμίας στην εφηβεία

Αν και η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε ενήλικες δεν υπάρχει παρόμοια ισχυρή τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς της σε παιδιά και εφήβους. Μία θεραπεία προσαρμοσμένη σε εφήβους θα πρέπει να περιλαμβάνει κατάλληλη χρήση λεξιλογίου (κατάλληλη για τον νέο), την χρήση συγκεκριμένων και όχι αφαιρετικών παραδειγμάτων, να αυξάνει το κίνητρο συμμόρφωσης του εφήβου στη θεραπεία, να επεκτείνει το θεραπευτικό διάλογο και σε θέματα που αφορούν στις ανησυχίες του εφήβου και τέλος να εμπλέκεται και η οικογένεια σε αυτή.⁴

Η **οικογενειακή θεραπεία** είναι αρκετά βοηθητική για τον έφηβο και την οικογένειά του, κυρίως όταν οι διαταραγμένες συμπεριφορές διατροφής πυροδοτούνται από τις αλληλεπιδράσεις μέσα σε αυτή. Μικρός αριθμός μελετών έδειξε ότι η θεραπεία οικογένειας προσέφερε καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με την υποστηρικτική θεραπεία. Τα αποτελέσματα της θεραπείας οικογένειας φαίνεται να έχουν θετική επίδραση και 6 μήνες μετά τον τερματισμό της. Εντατικά προγράμματα που δίνουν έμφαση στην εκπαίδευση της οικογένειας για μία άρτια διατροφική συμπεριφορά, σε τεχνικές γνωστικής αναδόμησης και στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη έχουν ιδιαίτερη σημασία για την έκβαση της υγείας του νέου.

Η **διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία** εστιάζεται στην απορύθμιση του συναισθήματος που πυροδοτεί τη βουλιμική συμπεριφορά. Η θεραπεία αποτελεί ένα συνδυασμό ατομικής ψυχοθεραπείας, ομαδικής εκπαίδευσης σε δεξιότητες και παρεμβάσεις στην κρίση, έτσι ώστε το άτομο να μάθει να χρησιμοποιεί τις δεξιότητές του αντί για παθολογικές συμπεριφορές για να αντεπεξέλθει.

Η **ατομική ψυχοθεραπεία** πρέπει να είναι πρακτική και στοχοκατευθυνόμενη, να εστιάζει στην εκπαίδευση του νέου γύρω από την πάθησή του, να τον βοηθά να κατανοεί τα συμπτώματά του και να εξηγεί την αναγκαιότητα της θεραπείας. Η θεραπεία αυτή έχει μετρημένη αποτελεσματικότητα, εάν ο νέος παρουσιάζει και συμπτωματολογία οριακής διαταραχής προσωπικότητας.^{31,27}

Αρκετοί ασθενείς με διαταραχές στην πρόσληψη τροφής πολλές φορές δεν αναζητούν θεραπεία οι ίδιοι, για αυτό δεν είναι καθόλου σπάνιο να προσέρχονται παρά τη θέληση τους στον ειδικό γιατρό, μετά από προτροπή της οικογένειας ή άλλων δικών τους προσώπων. Ως αποτέλεσμα αυτού, ακολουθεί η εμφάνιση αντίστασης στη θεραπεία, ακόμη και αν νοσηλεύονται ενδέχεται να εξέλθουν αυτοβούλως παρά τις συστάσεις της θεραπευτικής ομάδας. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί η αναγκαιότητα για ένα κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ του πάσχοντα και της θεραπευτικής ομάδας. Συχνά οι ασθενείς αισθάνονται αμήχανα για τον τρόπο με τον οποίο καταναλώνουν την τροφή τους καθώς και για τις καθαρτήριες μεθόδους που συνηθίζουν να ακολουθούν. Η διακριτικότητα και η εχεμύθεια λοιπόν, είναι υψίστης σημασίας ώστε ο ασθενής να δώσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες.^{4,20}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5
ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

5.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ήδη από τον 17^ο αιώνα δημοσιεύονται μονογραφίες ιατρών με τις πρώτες παρατηρήσεις, με μία ιδιαίτερη μορφή απίσχνασης. Το 1689, ο Rishard Morton αναφέρει τη «νευρική κατανάλωση» (nervous consumption), η οποία θεωρούσαν ότι προκαλείται λόγω θλίψης και αγχωτικής αγωνίας. Κάποια χρόνια αργότερα, το 1764 ο Robert Wyt περιέγραψε τη «νευρική ατροφία» (nervous atrophy) και σχεδόν ένα αιώνα μετά, το 1860, σε σημειώσεις του Louis-Victor Marcé βρέθηκε ο όρος «υποχονδριακό παραλήρημα» (délire hypochondriaque), το οποίο χαρακτηρίζεται από άρνηση τροφής. Το 1873, στο Παρίσι αναφέρεται η «υστερική ανορεξία» (anorexie hysterique), από τον Charles Laségue ως υστερία η οποία συνδέεται με την υποχονδρίαση. Ο όρος «ψυχογενής ανορεξία» (Anorexia Nervosa) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Sir William Gull, σε σχετική ανακοίνωση που έκανε το 1868 στην Οξφόρδη. Αργότερα σε μία άλλη δημοσίευσή του κάνει λόγο για τρεις κλινικές περιπτώσεις με όλα τα συμπτώματα που παρατήρησε, καθώς και τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και τα αποτελέσματα αυτών, συνοδευόμενες μάλιστα από σκίτσα γυναικών πριν και μετά τη θεραπεία. Σύμφωνα με τη δημοσίευση αυτή, η εν λόγω νόσος έπρεπε να διαφοροποιηθεί από τη φυματίωση, με την οποία εκείνη την εποχή συγγεόταν συχνά. Εμφανιζόταν, από τότε, κυρίως σε νεαρές γυναίκες και μεταξύ των συμπτωμάτων της τα πιο έντονα ήταν το ιδιαίτερα χαμηλό σωματικό βάρος, η αμηνόρροια, οι χαμηλοί καρδιακοί παλμοί, η αποστροφή των ζωικών τροφίμων, η υπερκινητικότητα, η δυσθυμία καθώς και άλλα «διανοητικά-ψυχολογικά» προβλήματα. Ως θεραπεία της ασθένειας ο Gull πρότεινε την αύξηση της διαιτητικής πρόσληψης (με κύρια τρόφιμα το γάλα, το αυγό, την κρέμα, τη σούπα, το ψάρι, το κοτόπουλο, κάθε δύο ώρες). Η θεραπεία ωστόσο για να ήταν αποτελεσματική θα έπρεπε να υποστηριζόταν από άτομα που ασκούσαν κάποια επιρροή στους ασθενείς, αλλά οι συγγενείς και οι φίλοι δεν αποτελούσαν καλούς συμβούλους. Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα η ψυχίατρος Hilde Brysh, ήταν η πρώτη που προσπάθησε να διακρίνει τη συναισθηματική παθολογία της ασθένειας. Συγκεκριμένα, διέτύπωσε την άποψη πως η εκούσια αποχή από το φαγητό αποτελεί ένα μέσο για αυτονομία, αυτοέλεγχο και ικανότητα ανάδειξης. Σύμφωνα με την ίδια, πίσω από αυτή την παθολογική συμπεριφορά της νόσου, κρύβεται η ανικανότητα της

μητέρας να αναγνωρίσει και να προωθήσει την ανάγκη του παιδιού της για ανεξαρτησία. Επίσης ο ψυχίατρος Arthur Crisp, προσέφερε μία ενδιαφέρουσα οπτική για τη σημασία των ψυχολογικών και βιολογικών εμπειριών, κατά την εφηβεία σχετικά με την ανάπτυξη παθολογικών συμπεριφορών. Σύμφωνα με το ψυχίατρο, η ανορεξία αποτελούσε για το άτομο ένα τρόπο αποφυγής από τον υπέρμετρο φόβο για απόκτηση σωματικού βάρους που αντιστοιχεί σε έναν ενήλικα.⁴

5.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η νευρική ανορεξία είναι μία ψυχιατρική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος, περιορισμένης λήψης τροφής και μειωμένο σωματικό βάρος, ενώ σχετίζεται ακόμη με μειωμένη οστική πυκνότητα. Επίσης έχει αρνητική επίδραση τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του.^{43,44} Η διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας τίθεται όταν ένα άτομο προκαλεί απώλεια του σωματικού του βάρους που οδηγεί, τελικά, σε σωματικό βάρος μικρότερο του 85% του αναμενόμενου για το ύψος, την ηλικία, το φύλο του. Ακόμη, η εν λόγω νόσος χαρακτηρίζεται από έντονο φόβο του ατόμου ότι θα προσλάβει βάρος ή ότι θα γίνει παχύσαρκο, παρότι παραμένει λιποβαρές. Επιπλέον, έχει διαταραγμένη αντίληψη για το σχήμα του σώματός του, και (για τις γυναίκες) έχει «χάσει» τρεις διαδοχικούς καταμήνιους κύκλους.^{27,54}

Είναι σημαντικό όταν αναφερόμαστε στη συγκεκριμένη νόσο να γνωρίζουμε ότι η διαταραχή, στα αρχικά της στάδια, δεν εκδηλώνεται συνήθως με απώλεια της όρεξης αλλά με εκούσιο περιορισμό της προσλαμβανόμενης τροφής. Η ψυχογενής ανορεξία λοιπόν, δεν ξεκινάει πάντα ως ψυχική πάθηση, κάποιες φορές το άτομο έχει μεγαλύτερο βάρος από το επιθυμητό και αποφασίζει να ακολουθήσει μία (αυστηρή) δίαιτα. Άλλες φορές, θεωρείται «αναγκαίο» να περιορίσει τη διατροφή του εξαιτίας της εμπλοκής του σε αθλητικές ή καλλιτεχνικές δραστηριότητες (π.χ. χορός). Τέλος, αρκετά συχνά η έναρξη της ανορεξίας παρατηρείται ύστερα από κάποια σωματική ή ψυχική καταπόνηση που μείωσε την όρεξη του ατόμου. Παρόμοιες καταστάσεις αποτελούν οι λοιμώξεις, οι χειρουργικές επεμβάσεις και η κατάθλιψη. Όποιος και αν είναι ο λόγος που το άτομο ωθεί τον εαυτό του σε αυτή τη συμπεριφορά το

σημαντικό αποτέλεσμα είναι πως από κάποια στιγμή και ύστερα χάνεται το μέτρο. Το άτομο συνεχίζει να περιορίζει περισσότερο συστηματικά και αυστηρά την πρόσληψη τροφής, το σωματικό βάρος μειώνεται, ακόμα και το παραμικρό διατροφικό «ολίσθημα», μετριάζει τη διατροφή στο ελάχιστο δυνατό.^{20,46}

5.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Βάσει μελετών στις Δυτικές χώρες, ο επιπολασμός της ψυχογενούς ανορεξίας στις γυναίκες κυμαίνεται μεταξύ 0,5% και 3,7% του πληθυσμού. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι όπως και στην ψυχογενή βουλιμία έτσι και στην ψυχογενή ανορεξία το αρσενικό φύλο αντιπροσωπεύει μόνο το 5%-15%. Όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενα κεφάλαια οι διαταραχές στη λήψη τροφής αποτελούν κυρίως πρόβλημα της εφηβικής περιόδου, έτσι παρατηρούμε υψηλή επίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας σε κορίτσια ηλικίας 10-19 ετών. Είναι ενδιαφέρον ακόμη ότι η εν λόγω διαταραχή είναι το τρίτο σε σειρά πιο συχνό χρόνιο νόσημα των εφήβων μετά την παχυσαρκία και το άσθμα. Επίσης, περισσότερο από το 90% των νέων περιστατικών ανορεξίας αφορά κορίτσια στην εφηβεία.

Προκειμένου να αξιολογηθούν αλλά και να συγκριθούν τα αποτελέσματα των διαφόρων μελετών χρειάζεται να ληφθούν υπόψιν κάποιοι παράγοντες. Το σημαντικότερο παράγοντα αποτελεί η ομάδα μελέτης (ηλικία, φύλο, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά κ.α.) καθώς και το διαγνωστικό «εργαλείο», τα ποσοστά συμμετοχής στη μελέτη (χαμηλά ποσοστά συμμετοχής στη μελέτη μειώνουν την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων) και τη χρονική περίοδο στην οποία πραγματοποιήθηκε η μελέτη.

Η διαβίου επίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας έχει υπολογιστεί στο 1,2%-2,2% του πληθυσμού των γυναικών, το οποίο σημαίνει ότι στις 1000 γυναίκες, περίπου 12 με 22 θα νοσήσουν από ανορεξία κάποια στιγμή στη ζωή τους. Η επίπτωση για τις νεαρές γυναίκες έχει υπολογιστεί πως είναι 0,3%. Αυτό σημαίνει ότι αν πραγματοποιηθεί μία μέτρηση σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο σε νεαρές γυναίκες για τη νευρική ανορεξία θα καταλήξουμε ότι στις 1000 γυναίκες οι 3 πάσχουν. Στους

άνδρες το ποσοστό αυτό αγγίζει το 0,3% το οποίο αναλυτικά αποδίδεται με τον εξής τρόπο: στους 1000 άνδρες μόνο 3 θα νοσήσουν. Υπολογίζεται ακόμη ότι κάθε έτος για 100.000 άτομα στο γενικό πληθυσμό σχεδόν 8,3 άτομα θα νοσήσουν για πρώτη φορά. Σύμφωνα με όσα έχουν αναφερθεί είναι ευνόητο ότι το παραπάνω ποσοστό αυξάνεται δραματικά αν η μέτρηση περιοριστεί σε άτομα που διανύουν την εφηβεία ή την πρώτη νεανική ηλικία. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι αν και η νευρογενής ανορεξία θεωρείται μία σπάνια πάθηση στο γενικό πληθυσμό είναι αρκετά συχνή στην πληθυσμιακή ομάδα των εφήβων και των νέων κοριτσιών, όπου κάθε χρόνο μπορεί να εμφανίζονται έως 270 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κορίτσια.^{4,54}

5.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στην ισχύοντα τα όρια μεταξύ παθολογικού και φυσιολογικού είναι δύσκολο να καθοριστούν, ειδικά σε ατομικό επίπεδο. Ο περιορισμός στη λήψη τροφής επιφέρει τόσο οργανικές-παθολογικές συνέπειες, όσο και προβλήματα συμπεριφοράς. Η απώλεια βάρους είναι η πλέον ευκρινής δράση της ανορεξίας, επιπλέον επιπτώσεις της νόσου πιθανώς να εμφανιστούν σε σωματικό αλλά και πνευματικό επίπεδο. Σε άτομα που πάσχουν μπορεί να εμφανιστούν πολλαπλές επιπλοκές στο καρδιαγγειακό σύστημα, ορισμένες μάλιστα από αυτές είναι πιθανό να αποβούν θανατηφόρες. Έχει υπολογιστεί ότι το 1/3 έως 1/2 των θανάτων σε ενήλικες που πάσχουν από ανορεξία οφείλεται σε καρδιαγγειακές επιπλοκές. Οι κυριότερες αναλύονται στη συνέχεια:

Βραδυκαρδία

Η βραδυκαρδία είναι η πιο κοινή επιπλοκή στα προβλήματα που αφορούν το καρδιαγγειακό σύστημα. Έχει παρατηρηθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών έχουν λιγότερες από 60 σφίξεις το λεπτό. Όπως είναι κατανοητό η μείωση του αριθμού των σφίξεων κάτω από 50 το λεπτό, είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρότερες αρρυθμίες. Η βραδυκαρδία πιθανώς να αποτελεί μία προσπάθεια του ίδιου του οργανισμού, με σκοπό να μειωθεί η κατανάλωση ενέργειας του σώματος. Άλλοι μηχανισμοί που μπορούν να εξηγήσουν την εμφάνιση της βραδυκαρδίας σε ένα ανορεκτικό άτομο, είναι οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η

δράση φαρμακευτικών ουσιών, η μείωση του γλυκογόνου των μυοκαρδιακών κυττάρων καθώς και η ατροφία του μυοκαρδίου.²⁰

Διαταραχές στο θυρεοειδή αδέννα

Η μείωση της T_3 σχετίζεται και αυτή με μία προσπάθεια του σώματος να μειώσει την κατανάλωση ενέργειας. Στην εν λόγω νόσο οι θυρεοειδικές ορμόνες T_3 και T_4 είναι μειωμένες και η ορμόνη της υπόφυσης TSH αυξημένη μεν, αλλά εντός των φυσιολογικών ορίων. Το παραπάνω εύρημα αποτελεί μία προσπάθεια του οργανισμού να μειώσει το μεταβολισμό για να συντηρήσει τα ζωτικά όργανα του σώματος που υποσιτίζεται. Δεν είναι παθολογικός υποθυρεοειδισμός και συνεπώς δεν πρέπει να γίνεται προσπάθεια διόρθωσής του, αφού η θυρεοειδική λειτουργία επανέρχεται σε φυσιολογικά πλαίσια μετά την άρση του υποσιτισμού.

Αρρυθμίες

Η κυριότερη αρρυθμία που παρατηρείται στους πάσχοντες από την συγκεκριμένη νόσο, είναι η παράταση του QT διαστήματος στο ηλεκτροκαρδιογράφημα. Ο υποσιτισμός προκαλεί αλλοιώσεις τόσο στις μυϊκές ίνες του μυοκαρδίου όσο και στις ίνες του κολλαγόνου, με αποτέλεσμα οι καρδιακές αρρυθμίες να είναι αναπόφευκτες. Η παράταση του διαστήματος QT μπορεί να επιβαρύνεται από την έλλειψη του μαγνησίου (λόγω υποσιτισμού), την υποκαλιαιμία (λόγω πρόκλησης εμέτων, κατάχρησης καθαρτικών και διουρητικών) και τέλος από την λήψη άλλων φαρμακευτικών ουσιών. Επιπλέον, η παράταση QT διαστήματος στην περίπτωση του υποσιτισμού, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για κοιλιακή αρρυθμία, που ενέχει κίνδυνο για αιφνίδιο θάνατο. Αξίζει να σημειωθεί ότι η παράταση του QT διαστήματος είναι σημαντικά μεγαλύτερη σε άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία, σε σχέση με άτομα που ήταν πάντοτε λεπτότερα από το φυσιολογικό τους βάρος.

Δομικές και λειτουργικές αλλοιώσεις της καρδιάς

Ο υποσιτισμός προκαλεί δομικές αλλά και λειτουργικές αλλοιώσεις στον καρδιακό μυ. Οι σημαντικότερες και συχνότερες είναι η μείωση της μάζας του καρδιακού μυός, η αλλαγή του μεγέθους των διαμερισμάτων της καρδιάς, η πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας και σε προχωρημένο στάδιο ο εκφυλισμός των μυϊκών ινών του καρδιακού

μυός. Επιπροσθέτως, αυξημένη προσοχή οφείλει να δοθεί στην υπολευκωματιναιμία, η οποία μπορεί να προκαλέσει ασυμπτωματική περικαρδίτιδα. Τέλος σε κάποιες σπάνιες περιπτώσεις η έλλειψη της βιταμίνης B₁, όπως επίσης και η έλλειψη σελινίου ίσως προκαλέσουν καρδιακή ανεπάρκεια.⁵⁴

Υπόταση

Η υπόταση εξαιτίας της μείωσης του όγκου του αίματος είναι συνέπεια της αφυδάτωσης λόγω του υποσιτισμού. Έτσι λοιπόν είναι ιδιαίτερα συχνή (όπως και η ορθοστατική υπόταση) στους ασθενείς που πάσχουν από νευρική ανορεξία. Η ορθοστατική πίεση ομαλοποιείται μετά από σχεδόν τρεις εβδομάδες επανασίτισης και όταν οι πάσχοντες έχουν καταφέρει να πλησιάσουν το 80% του βάρους στόχου. Μάλιστα, η αποκατάσταση της ορθοστατικής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα χρησιμοποιείται ως αντικειμενικός δείκτης σταθεροποίησης της σωματικής κατάστασης των πασχόντων. Να σημειωθεί ότι το σύνολο των καρδιακών επιπλοκών υποχωρούν πλήρως όταν αποκατασταθεί η διατροφή και το βάρος του ασθενούς.^{20,45}

Περιφερικό νευρικό σύστημα

Στο περιφερικό νευρικό σύστημα παρατηρούμε κυρίως νευροπάθεια λόγω έλλειψης βιταμίνης B₁₂ ή και πυριδοξίνης, καθώς και νευροπάθεια από πίεση που υφίστανται τα νεύρα λόγω ατροφίας των μυών και εξαφάνισης του υποδόριου λίπους που τα προφυλάσσει. Οι εκδηλώσεις αυτών των καταστάσεων είναι συνήθως συσπάσεις μυών, μείωση αισθητικότητας και αιμωδία στα άκρα.

Ξηροδερμία

Η ξηροδερμία είναι μία συχνή επιπλοκή του δέρματος και είναι αποτέλεσμα υποσιτισμού. Επιδεινώνεται κυρίως στα άνω άκρα όταν συνυπάρχει ψυχαναγκαστική συμπτωματολογία που αναγκάζει το άτομο να πλένει τα χέρια του αρκετές φορές μέσα σε μία μέρα. Η ξηροδερμία μπορεί να αντιμετωπιστεί με ενυδατικές κρέμες, ενώ υποχωρεί πλήρως μετά την αποκατάσταση της φυσιολογικής διατροφής.

Υπερτρίχωση (lanugo)

Στους νοσούντες από ψυχογενή ανορεξία εμφανίζονται συχνά, σε σημεία που φυσιολογικά το δέρμα είναι άτριχο (πλάτη, κοιλιά και αντιβράχια), λεπτές, κοντές και

ξανθές τρίχες. Ταυτόχρονα παρατηρείται ξηρότητα και λέπτυνση των τριχών της κεφαλής και τριχόπτωση. Η υπερτρίχωση εξαφανίζεται όταν η διατροφή αποκαθίσταται στο φυσιολογικό. Είναι ενδιαφέρον να αναφέρουμε ότι η συγκεκριμένη επιπλοκή εμφανίζεται στην περίπτωση του υποσιτισμού ο οποίος οφείλεται στην ψυχογενή ανορεξία, και όχι στην περίπτωση που αυτός οφείλεται σε άλλη πάθηση.

Υπερκαροτιναιμία

Προκαλείται από τη μείωση του βασικού μεταβολικού ρυθμού που οδηγεί σε επιβραδυνόμενη διάσπαση της καροτένης στο ήπαρ, καθώς και από την υπέρμετρη κατανάλωση τροφών με χαμηλή θερμιδική αξία και υψηλή περιεκτικότητα σε καροτένιο (καρότο, σπανάκι, κολοκύθι κ.α.). Το δέρμα αποκτά κίτρινη χρώση (κυρίως στις παλάμες των χεριών και τα πέλματα) λόγω εναπόθεσης καροτένης. Η συγκεκριμένη επιπλοκή υποχωρεί με την αποκατάσταση της διατροφής και την αύξηση του μεταβολικού ρυθμού. Η υπερκαροτιναιμία διαφοροποιείται από τον ίκτερο, επειδή δεν παρατηρείται αλλαγή στο χρώμα του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού.

Άλλες δερματολογικές διαταραχές

Συχνά σε ασθενείς με νευρική ανορεξία εμφανίζεται περιφερικό οίδημα, λόγω κατακράτησης υγρών από υπολευκοματιναιμία. Το περιφερικό οίδημα εντοπίζεται κυρίως στα σφυρά, εμφανίζεται με ακροκυάνωση και δυστροφία των ονύχων (λόγω έλλειψης βιταμίνης B₁₂, φερριτίνης, φολικού οξέος, ψευδαργύρου, ασβεστίου, μαγνησίου και φωσφόρου). Εμφανίζεται επίσης με κοιλονυχία λόγω έλλειψης σιδήρου, με γωνιακή χειλίτιδα εξαιτίας της έλλειψης της ριβοφλαβίνης, με πελλάγρα εάν υπάρχει ανεπάρκεια βιταμίνης B₃ και σκορβούτο εξαιτίας της έλλειψης βιταμίνης C. Επιπλέον πιθανώς να εμφανιστεί με εντεροπαθητική ακροδερματίτιδα στην περίπτωση που υπάρχει έλλειψη ψευδαργύρου, κνησμός του πρωκτού και πορφύρα, λόγω θρομβοπενίας και τέλος ακμής του δέρματος η οποία εμφανίζεται σπανίως κατά την επανασίτιση. Επιπλέον λόγω της χρήσης των δακτύλων για την πρόκληση εμέτου παρατηρούμε αλλοιώσεις του δέρματος και κυρίως ουλές στην άκρη της άκρας χειρός, οι οποίες έχουν ονομαστεί σημείο του Russell. Τέλος σχεδόν όλοι οι

ανορεκτικοί ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο εμφανίζουν εύθραυστα νύχια και ο μωλωπισμός συμβαίνει πιο εύκολα.^{20,27}

Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος

Το αναπνευστικό σύστημα δεν επηρεάζεται ιδιαίτερα κατά την νευρογενή ανορεξία, το συχνότερο όμως σύμπτωμα που αναφέρουν οι πάσχοντες είναι αδυναμία στην αναπνοή και μειωμένη αντοχή, με εύκολα σωματική κόπωση. Τα προηγούμενα οφείλονται συνήθως σε εξασθένηση των αναπνευστικών μυών και του διαφράγματος. Στους νοσούντες οι οποίοι αυτοπροκαλούν εμέτους μπορεί να παρατηρηθεί η πνευμονία από εισρόφιση. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ενοχλήσεις υποχωρούν όταν αποκατασταθεί η διατροφή.

Διαταραχές στον οισοφάγο και το στόμαχο

Ο οισοφάγος επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό στους πάσχοντες που προκαλούν εμέτους, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται διαταραχές στον περισταλισμό του, οισοφαγίτιδα, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, ελάττωση του τόνου του σφιγκτήρα του κάτω οισοφαγικού στομίου και οισοφαγική αιμορραγία. Επιπλέον, η μακροχρόνια πρόκληση εμέτων οδηγεί σε αντικατάσταση του ενδοθηλίου του οισοφάγου από το γαστρικό ενδοθήλιο (οισοφάγος του Barrett), το οποίο αποτελεί πρόκαρκινική κατάσταση. Ακόμη, σε σπάνιες περιπτώσεις είναι πιθανό να προκληθεί αιφνίδια ρήξη του οισοφάγου, το οποίο θα μπορούσε να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου. Σχετικά με τις επιπλοκές που αφορούν το στομάχο το αίσθημα πληρότητας ακόμα και αρκετές ώρες μετά από το τελευταίο γεύμα, η ναυτία, οι ερυγές, η επιγαστρική δυσφορία, ακόμη και η επιγαστραλγία, είναι ορισμένα από τα συμπτώματα που αναφέρουν συχνά οι πάσχοντες. Στο σημείο αυτό χρειάζεται να τονιστεί πως η συχνότερη επιπλοκή είναι η γαστρίτιδα, και λιγότερο συχνή η εμφάνιση γαστρορραγίας. Μέχρι και σήμερα ωστόσο, οι ειδικοί είναι διχασμένοι για το αν αυτά τα συμπτώματα είναι πράγματι αποτέλεσμα διαταραχών στη λειτουργία της πέψης, ή αν πρόκειται για υποκειμενικά ενοχλήματα των πασχόντων που σχετίζονται με την ιδιαίτερη σημασία που αποδίδουν στην κατανάλωση τροφής. Τα παραπάνω συμπτώματα μπορούν να επιμένουν και μετά την αποκατάσταση της τροφής. Στα άτομα με νευρογενή ανορεξία η κένωση του στομάχου απαιτεί περισσότερο χρόνο από ότι στα υπόλοιπα άτομα. Η καθυστέρηση αυτή είναι πιθανό

να αφορά περισσότερο στις στερεές τροφές παρά στις υγρές. Στο 1/6 περίπου των περιστατικών της ανορεξίας θα εμφανιστεί έλκος του στομάχου.

Διαταραχές του παχέος και λεπτού εντέρου

Στην παρούσα νόσο ο περισταλτισμός του εντέρου είναι μειωμένος, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται αίσθημα διάτασης της κοιλιακής χώρας, αύξηση των εντερικών ήχων, επίμονη δυσκοιλιότητα και μερικές φορές παράδοξη διάρροια λόγω υπερπλήρωσης του εντέρου. Η φυσιολογική περισταλτική ικανότητα του εντέρου μειώνεται σε ασθενείς που πραγματοποιούν χρόνια κατάχρηση καθαρτικών σκευασμάτων. Κατά συνέπεια οι πάσχοντες αυτοί διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτωματολογία παραλυτικού ειλεού αν γίνει απότομη διακοπή της λήψης καθαρτικών ουσιών.^{4,43,45}

Διαταραχές στη στοματική κοιλότητα

Οι νοσούντες από ψυχογενή ανορεξία παρουσιάζουν μειωμένη έκκριση σιέλου, ξηροστομία, ατροφικό βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας, καθώς και αιμορραγία των ούλων λόγω έλλειψης βιταμίνης C.

Διαταραχές στους σιελογόνους αδένες

Λόγω της πρόκλησης εμέτων, πολλές φορές παρατηρείται αμφοτερόπλευρη διόγκωση όλων των σιελογόνων αδένων και κυρίως των παρωτιδικών. Η διόγκωση υποχωρεί σταδιακά, ύστερα από τη διακοπή των εμέτων, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις πιθανώς οι αδένες να χρειαστούν αρκετούς μήνες ώστε να επανέλθουν στο φυσιολογικό τους μέγεθος. Εργαστηριακά διακρίνεται αύξηση στον ορό του ισοενζύμου της αμυλάσης, το οποίο εκκρίνεται από τους σιελογόνους αδένες.

Αμηνόρροια

Η αμηνόρροια είναι η πλήρης διακοπή της εμμήνου ρύσεως, όπου στην ψυχογενή ανορεξία είναι αποτέλεσμα κυρίως της ανεπαρκούς έκκρισης των γοναδοτροπινών. Αυτό συμβαίνει λόγω της δυσλειτουργίας του υποθαλάμου που προκαλεί ο υποσιτισμός, καθώς και εξαιτίας της μειωμένης μετατροπής των ορμονών που φυσιολογικά γίνεται στον λιπώδη ιστό (ο οποίος στη συγκεκριμένη νόσο απουσιάζει). Η μείωση της συγκέντρωσης των γοναδοτροπινών στο αίμα προκαλεί δευτερογενώς

διαταραχές στην έκκριση των ωοθηκικών ορμονών και κατά συνέπεια διακοπή της εμμήνου ρύσεως. Σε αυτό το σημείο να αναφέρουμε ότι σε ορισμένες γυναίκες, ιδίως αν η απώλεια του βάρους πραγματοποιήθηκε με πολύ αργό ρυθμό ο κύκλος δεν διακόπτεται παρά τη μείωση του βάρους. Είναι σημαντικό να διατυπωθεί πως μετά την αποκατάσταση του βάρους η έμμηνος ρύση σε ορισμένες γυναίκες επανέρχεται άμεσα, ενώ σε άλλες μπορεί να χρειαστούν έως και 6 μήνες για να αποκατασταθεί ο κύκλος.⁵⁴

Άλλες γυναικολογικές διαταραχές

Έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες που προκαλούν συχνά εμέτους εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα σε περίπτωση εγκυμοσύνης, να παρουσιάσουν στο πρώτο τρίμηνο της κύησης υπερέμεση κύηση. Βέβαια στις περισσότερες περιπτώσεις οι γυναίκες ασθενείς εμφανίζουν προβλήματα σύλληψης.

Υπογλυκαιμία

Η υπογλυκαιμία στα ανορεκτικά άτομα είναι επακόλουθο της μειωμένης πρόσληψης τροφής και ιδιαίτερα υδατανθράκων. Συνήθως είναι ήπια ή και ασυμπτωματική, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι σοβαρή και να απειληθεί η ζωή του ατόμου, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε υπογλυκαιμικό κώμα. Ακόμα και στη φάση της θεραπευτικής επανασίτισης είναι πιθανό να εμφανιστεί.

Διαταραχές των οδόντων

Εξαιτίας των συνεχόμενων εμέτων που προκαλεί ένας ασθενής, τα δόντια του έρχονται σε συχνή επαφή με το όξινο περιεχόμενο του στομάχου. Συνεπώς παρουσιάζονται διαβρώσεις της επιφάνειας των δοντιών και προοδευτική καταστροφή τους λόγω απασβέστωσης. Οι διαβρώσεις που προκαλούνται από τους εμέτους είναι χαρακτηριστικές μιας και αφορούν την επιφάνεια των προγομφίων και των γομφίων οδόντων. Συνηθέστερα προσβάλλονται τα δόντια της άνω γνάθου. Διάβρωση των δοντιών μπορεί να προκληθεί επίσης από την υπερβολική και καθημερινή κατανάλωση ανθρακούχων αναψυκτικών, που χρησιμοποιούν ορισμένοι πάσχοντες για να προκληθεί γαστρική διάταση με αποτέλεσμα να διευκολυνθεί η πρόκληση εμέτου.^{20,27}

Διαταραχές στα οστά

Η οστεοπόρωση και η καθυστέρηση της ανάπτυξης αποτελούν ίσως τις πιο σημαντικές μη αναστρέψιμες επιπλοκές της ψυχογενούς ανορεξίας.⁴ Η κυριότερη επιπλοκή που εμφανίζεται στα οστά είναι η οστεοπενία και η οστεοπόρωση. Η οστεοπόρωση εμφανίζεται στο 38 με 50% των πασχόντων από νευρική ανορεξία. Ο χρόνιος υποσιτισμός, η κατάχρηση διουρητικών και η διαταραγμένη οξεοβασική ισορροπία είναι οι κυριότερες αιτίες που προκαλούν αρχικά οστεοπενία και στη συνέχεια οστεοπόρωση. Μάλιστα, έχει διαπιστωθεί ότι ακόμη και σε εφήβους που κάνουν συστηματικά δίαιτα (αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της ανορεξίας), παρουσιάζεται σημαντικό βαθμό οστεοπενία. Κατά την εφηβεία, πλην της οστεοπόρωσης μπορεί επίσης να ανασταλεί και η ανάπτυξη ύψους, ενώ στους ενήλικες είναι συχνά τα κατάγματα. Ο κίνδυνος για κατάγματα είναι σχεδόν τριπλάσιος έως και επταπλάσιος του φυσιολογικού για την ηλικία των ασθενών. Σε αρχικά στάδια τα αυτόματα κατάγματα εντοπίζονται κυρίως στα κάτω άκρα και στην πύελο, ενώ σε προχωρημένη οστεοπόρωση των ανορεκτικών ασθενών, εμφανίζονται και κατάγματα των σπονδύλων με αποτέλεσμα τη μείωση του ύψους, την κύφωση και το χρόνιο οσφυϊκό άλγος. Οι ανορεξικές γυναίκες έχουν χαμηλότερα επίπεδα οστικής πυκνότητας στη σπονδυλική στήλη, στην κερκίδα και στο ισχίο σε σχέση με εκείνες που δεν πάσχουν. Η οστεοπόρωση φαίνεται να αποκαθίσταται σε έφηβες ασθενείς μέσα σε διάστημα πέντε ετών μετά την άρση του υποσιτισμού και την επαναφορά της εμμήνου ρύσεως. Είναι απαραίτητο να αναφερθεί ότι η αύξηση της οστικής μάζας στη σπονδυλική στήλη, σχετίζεται με την επανεμφάνιση της εμμήνου ρύσεως, ενώ η αύξηση της οστικής πυκνότητας στο ισχίο σχετίζεται με την αύξηση του βάρους και ιδιαίτερα του μη λιπώδους ιστού. Βέβαια σε ορισμένες περιπτώσεις η οστεοπενία παραμένει και μετά την ανάρρωση από την ανορεξία. Η όποια θεραπεία για την οστεοπόρωση δεν είναι σίγουρο ότι μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματική, αν δεν συνοδεύεται από αύξηση του βάρους και αποκατάσταση της εμμήνου ρύσεως. Αντίστοιχα όμως, και η αύξηση του σωματικού βάρους δεν είναι ικανή συνθήκη για την αποκατάσταση της οστεοπόρωσης, αν δεν συνοδεύεται από την κατάλληλη θεραπεία. Η χορήγηση αντισυλληπτικών ορμονών για την πρόκληση έμμηνης ρύσης αμφισβητείται κατά πόσο μπορεί να προάγει την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης ή να δράσει προληπτικά στην οστεοπενία. Τέλος, σε κορίτσια που διανύουν τα πρώτα

έτη της εφηβείας και πάσχουν από νευρική ανορεξία η χρήση αντισυλληπτικών ορμονών μπορεί να αναστείλει περαιτέρω την αύξηση του ύψους.^{20,27,44}

Διαταραχές στους μύες

Παρατηρείται συνήθως μυοπάθεια (λόγω έλλειψης μαγνησίου, ασβεστίου, καλίου και φωσφόρου), καθώς και ατροφία των μυών που είναι ανάλογη του βαθμού και της διάρκειας του υποσιτισμού. Η μυοπάθεια συνοδεύεται από αύξηση της κρεατινίνης του ορού.

Διαταραχές στην αιμοσφαιρίνη

Στην ανορεξία παρατηρείται συχνά αναιμία που οφείλεται κυρίως στην έλλειψη σιδήρου, βιταμίνης B₁₂, φυλλικού οξέος και σπανιότερα χαλκού. Η αναιμία παρέρχεται με την βελτίωση της διατροφής, αλλά και τη χορήγηση κατάλληλων σκευασμάτων σιδήρου, φυλλικού οξέος και βιταμίνης B₁₂. Η μόνη περίπτωση που η αναιμία σε ανορεκτικό ασθενή μπορεί να θεωρηθεί απειλητική για τη ζωή, είναι εάν οφείλεται σε καταστολή του μυελού των οστών (συνηθέστερα λόγω λήψης φαρμακευτικών σκευασμάτων).

Επιπλοκές στις τιμές των αιμοπεταλίων του αίματος

Τα αιμοπετάλια είναι συνήθως σε φυσιολογικά επίπεδα στους πάσχοντες από ανορεξία. Μπορεί να ελαττωθούν λόγω σημαντικής έλλειψης βιταμίνης B₁₂, φυλλικού οξέος, χαλκού ή εξαιτίας της τοξικής επίδρασης φαρμακευτικών σκευασμάτων ή αλκοόλ.

Διαταραχές στο ανοσοποιητικό σύστημα

Από τα λευκά αιμοσφαίρια, τα ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρρηνα μειώνονται σε αριθμό, όχι τόσο όμως ώστε να θέτουν τον οργανισμό σε κίνδυνο για λοιμώξεις. Ο αριθμός των λευκοκυττάρων και των ηωσινόφιλων παραμένει συνήθως εντός των φυσιολογικών ορίων, το ίδιο συμβαίνει και στην παραγωγή και συγκέντρωση των ανοσοσφαιρινών. Η ελάττωση του αριθμού των ουδετερόφιλων πολυμορφοπύρρηνων οφείλεται στην έλλειψη βιταμίνης B₁₂ και φυλλικού οξέος. Το ανοσοποιητικό σύστημα σε πάσχοντες με ψυχογενή ανορεξία παρουσιάζει μία σειρά από μεταβολές, όπως είναι η μειωμένη αντίδραση σε στρεσογόνα ερεθίσματα. Παρά τις παραπάνω

μεταβολές η εν λόγω πάσχοντες δεν διατρέχουν ιδιαίτερα μεγάλο κίνδυνο για λοιμώξεις.²⁰

Διαταραχές στο ουροποιητικό σύστημα

Οι συνηθέστερες επιπλοκές από το ουροποιητικό σύστημα οφείλονται αρχικά στη μειωμένη πρόσληψη ύδατος και στην πορεία στη μειωμένη νεφρική ικανότητα συμπίκνωσης των ούρων. Η υποκαλιαιμία του ατόμου (λόγω ηλεκτρολυτικών διαταραχών) οδηγεί στην αύξηση της κρεατινίνης η οποία μπορεί να επιφέρει νεφροπάθεια ή ακόμα και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Στα ανορεκτικά άτομα παρατηρείται συχνουρία με συνοδό νυκτουρία, μειωμένο όγκο των ούρων και σπανιότερα σχηματισμό νεφρολίων. Το τελευταίο προκαλείται από τα κετονικά σώματα που παράγονται από τον καταβολισμό του λιπώδους ιστού εξαιτίας του υποσιτισμού. Ιδιαίτερα επιβαρυντικοί για τη λειτουργία των νεφρών είναι η κατάχρηση διουρητικών και καθαρτικών. Έχει βρεθεί πως σε πάσχοντες από νευρική ανορεξία η πιθανότητα να εκδηλωθεί νεφρική ανεπάρκεια σχετίζεται αφενός με την κατάχρηση διουρητικών-καθαρτικών και αφετέρου με τη διάρκεια και τη χρονιότητα της διαταραχής. Να σημειωθεί επιπλέον, πως όταν διακόπτεται απότομα η χρήση διουρητικών και καθαρτικών προκαλείται κατακράτηση υγρών και δημιουργία οιδημάτων, που τρομοκρατούν το άτομο, λόγω της αύξησης του όγκου του σώματος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο πάσχοντας να ξανά αρχίζει τη χρήση των συγκεκριμένων φαρμακευτικών σκευασμάτων, οδηγούμενος έτσι σε ένα φαύλο κύκλο.

Ηλεκτρολυτικές διαταραχές

Οι ηλεκτρολύτες είναι τμήματα των αλάτων που αποτελούν βασικό συστατικό των ενδοκυττάρων και εξωκυττάρων υγρών. Όπως είναι γνωστό η ισορροπία των ηλεκτρολυτών είναι απαραίτητη για τη σωστή λειτουργία των κυττάρων του σώματος. Οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών οφείλονται στη σημαντική απώλεια υγρών, λόγω της συχνής πρόκλησης εμέτων. Ένα μεγάλο μέρος των επιπλοκών από όλα τα συστήματα του σώματος του ανορεκτικού ασθενή προέρχεται από αυτήν ακριβώς την ανισορροπία στον οργανισμό. Η συχνότερη ηλεκτρολυτική διαταραχή είναι η υποκαλιαιμία. Παρά ταύτα, διακρίνονται επιπλέον ηλεκτρολυτικές διαταραχές όπως η υποογκαιμία (λόγω απώλειας νατρίου), η υποχλωραιμική αλκάλωση, η υπομαγνησισαιμία και σπανιότερα η υποφωσφαταιμία.

Επιπλέον διαταραχές

Τα άτομα με νευρική ανορεξία πιθανώς να εμφανίσουν υποθερμία και να αναπτύξουν ευαισθησία στις μεταβολές της θερμοκρασίας. Συχνά αναφέρουν αίσθημα ψύχους το μεγαλύτερο διάστημα του χρόνου. Οι άνδρες με ψυχογενή ανορεξία εμφανίζουν γενικά χαμηλότερα επίπεδα τεστοστερόνης στο πλάσμα και εκδηλώνουν κλινικά σημεία υπογοναδισμού. Για τους λόγους αυτούς, ακόμη και τα νεαρά άτομα με ψυχογενή ανορεξία εμφανίζουν μειωμένο ενδιαφέρον για σεξ, καθώς και καθυστέρηση στη σεξουαλική ανάπτυξη.^{4,49} Σχετικά με τις γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία έχει ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι η αμηνόρροια στο 1/5 των περιπτώσεων προηγείται της έναρξης της εμφανούς απώλειας βάρους. Στο σημείο αυτό αξίζει να διευκρινιστεί ότι τα ανορεξικά άτομα αν και υποσιτίζονται συνήθως δεν εμφανίζουν συμπτώματα ελλείψεων βιταμινών, γεγονός που οφείλεται στις υψηλές καταναλώσεις φρούτων και λαχανικών, καθώς και στη συχνή λήψη διαιτητικών συμπληρωμάτων που καταναλώνουν. Τέλος, αξιοσημείωτα είναι τα ψυχολογικά συμπτώματα των πασχόντων τα οποία οφείλονται στη συγκεκριμένη διαταραχή. Τα κυριότερα εκ των οποίων είναι η δυσθυμία, οι έντονες αλλαγές στη διάθεση και οι αγχώδεις συμπεριφορές. Τα παραπάνω αποτελούν τυπικά συμπτώματα της νόσου, ενώ καταγράφονται και η μειωμένη ικανότητα προσοχής, συγκέντρωσης, κρίσης, μνήμης, εγρήγορσης, η δυνατότητα για συνθετική σκέψη και επίλυση περίπλοκων προβλημάτων.^{20,27,43}

5.5 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Παρά τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια οι επιστήμονες δεν έχουν καταλήξει σε ένα συγκεκριμένο και ενιαίο συμπέρασμα για τους λόγους που οδηγούν στην εμφάνιση της νευρογενούς ανορεξίας. Υπάρχουν ωστόσο αρκετές ενδείξεις τόσο για τους παράγοντες που ευνοούν την έναρξη της διαταραχής όσο και για εκείνους που την διαιωνίζουν. Ακόμη έχουν προταθεί ποικίλες υποθέσεις που εστιάζουν στη σχέση της προσωπικότητας με τη νευρική ανορεξία. Πρόκειται συνεπώς, για ένα συνδυασμό βιολογικής ευαλωτότητας, ψυχολογικής προδιάθεσης αλλά και κοινωνικών επιρροών. Στην νευρογενή ανορεξία ο ρόλος των γενετικών

παραγόντων είναι πολύ σημαντικός, εμφανίζεται ποσοστό σύμπτωσης της νόσου σχεδόν στο 70% μεταξύ μονοζυγωτικών διδύμων έναντι του 20% μεταξύ διζυγωτικών. Ένας επιπλέον παράγοντας που ενδεχομένως εμπλέκεται στον τρόπο λειτουργίας της ανορεξίας είναι η διαταραχή στο σεροτονινεργικό σύστημα νευροδιαβίβασης του κεντρικού νευρικού συστήματος. Αναλυτικότερα, στον υποθάλαμο η σεροτονίνη συμβάλλει στη ρύθμιση της συμπεριφοράς κατανάλωσης τροφής, παράγοντας το αίσθημα πληρότητας και κορεσμού. Για το λόγο αυτό, οι πάσχοντες αναφέρουν ότι αισθάνονται έντονο κορεσμό μετά το γεύμα τους. Μία ακόμη επίδραση της σεροτονίνης αφορά στη ρύθμιση της διάθεσης, των παρορμήσεων και της ιδεοψυχαναγκαστικότητας. Σε αυτό το σημείο, είναι απαραίτητο να σημειωθεί πως οι ασθενείς με νευρική ανορεξία εκδηλώνουν ακαμψία, αναστολή και τελειοθηρία. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά αναλύθηκαν εμπριθώς σε μία μελέτη σχετική με τα επίπεδα του 5-υδροξυϊνδολοξικού οξέος (5-HIAA). Το οξύ αυτό είναι ένας μεταβολίτης της σεροτονίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Σε άτομα τα οποία είχαν αναρρώσει από την ανορεξία τα επίπεδα του οξέος ήταν υψηλά, γεγονός που υπονοεί ότι ίσως κάποια υπερδραστηριότητα στο σεροτονινεργικό σύστημα θα μπορούσε να συμβάλλει στις περιοριστικές συμπεριφορές, στην ανεσταλμένη όρεξη και στην ιδεοψυχαναγκαστικότητα που εμφανίζει η ιδιαίτερη αυτή κατηγορία ασθενών.²⁷ Είναι ενδιαφέρον ότι η αυξημένη κληρονομική προδιάθεση δεν παρουσιάζεται μόνο στη νόσο της ανορεξίας, αλλά και σε ορισμένα χαρακτηριστικά και συμπεριφορές που σχετίζονται με αυτή (π.χ. η δυσαρέσκεια με το σώμα, η αυξημένη ενασχόληση με το βάρος και τη διατροφή).²⁰

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που προκαλούν τη νευρογενή ανορεξία στο γυναικείο πληθυσμό είναι η πίεση που ασκείται από την κοινωνία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα πρότυπα ομορφιάς που διαιωνίζει η μόδα, τα οποία φαίνεται να ισχύουν μέχρι και σήμερα. Τα πρότυπα αυτά βασίζονται σε ένα συγκεκριμένο σωματότυπο με διαστάσεις που αποκλίνουν από εκείνες του μέσου πληθυσμού. Πολλές φορές όμως ο χώρος της μόδας δεν είναι ο μοναδικός που μπορεί να ασκήσει έμμεσα πίεση στο γυναικείο φύλο. Συχνά ο χώρος του αθλητισμού μπορεί να αναγκάσει ένα άτομο να ακολουθήσει μη υγιείς συμπεριφορές, όπως εξαντλητική προπόνηση, θερμιδικά χαμηλή διατροφή ακόμη και λήψη σκευασμάτων τα οποία μειώνουν την ποσότητα λίπους στο σώμα (λιποδιαλυτικά δισκία κτλ). Τέτοια

αθλήματα είναι εκείνα που συνήθως το σώμα εκτίθεται σε μεγάλο βαθμό και το βάρος του διαδραματίζει σημαντικό ρόλο όπως ο χορός, το μπαλέτο, το καλλιτεχνικό πατινάζ, η ενόργανη γυμναστική κ.α.. Επιπλέον η επικριτική στάση για το βάρος ενός ατόμου από άτομα του στενού του κύκλου (οικογένεια, φίλοι, συμμαθητές) και μη, έχουν την ικανότητα να το ωθήσουν σε ακραίες διατροφικά συμπεριφορές. Το αρχικό βήμα για μία αυστηρή δίαιτα έχει ήδη πραγματοποιηθεί.

Ωστόσο και ο ανδρικός πληθυσμός βρίσκεται σε κίνδυνο, καθώς και εκείνοι εκτίθενται στις πιέσεις που προκαλούν τα διάφορα κοινωνικά πρότυπα. Αρκετοί από εκείνους επιθυμούν ένα σώμα χωρίς ατέλειες οπότε ασκούνται υπερβολικά, ακολουθούν αυστηρή δίαιτα και κάποιες φορές καταναλώνουν διατροφικά συμπληρώματα (σε μεγάλες ποσότητες) ή αναβολικές ουσίες.

Και στις δύο περιπτώσεις λοιπόν, παρότι το σώμα των ατόμων καταλήγει αρκετά αδύνατο εκείνοι αισθάνονται υπέρβαροι. Σε αυτό το σημείο το σώμα τους βρίσκεται στην κορύφωση της διαταραχής. Δεν είναι ικανό να ξεχωρίσει ανάμεσα στα συναισθήματα του εκείνο της πείνα, του κορεσμού, της κόπωσης, της θλίψης και της χαράς. Με βάση επιδημιολογικές έρευνες στην Ελλάδα έως και πριν μία πενταετία νοσούσε το 1% του πληθυσμού από νευρογενή ανορεξία (το 5% αφορούσε τη νευρογενή βουλιμία).^{48,54}

Η ψυχογενής ανορεξία συχνά, στα αρχικά της στάδια εξυπηρετεί μια θετική λειτουργία για τη ζωή του ατόμου, παρέχει πολλές φορές ένα καταφύγιο από ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής ή αναπτυξιακά ζητήματα που αφορούν στις σχέσεις του ατόμου αλλά και στη σεξουαλικότητά του. Ορισμένοι ψυχίατροι θεωρούν ότι η νευρική ανορεξία αντιπροσωπεύει μία προσπάθεια του ατόμου να παρατείνει την παιδική του ηλικία και να αποφύγει τις ευθύνες που συνοδεύουν την ενηλικίωση. Οι νοσούντες προσκολλώνται στην διαταραχή τους και το βάρος του σώματός τους και παρηγορούνται με την «επιτυχία» στη δίαιτά τους. Η ανακούφιση της έντασης εξασφαλίζεται από τους ίδιους με την αποφυγή της τροφής και τις καθαρτικές συμπεριφορές που ακολουθούν. Η χρόνια δέσμευση σε έναν τέτοιο τρόπο ζωής μπορεί να αποβεί μοιραία για το άτομο.^{20,27}

5.6 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ-DSMV

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM) όπως έχει ήδη αναφερθεί, περιλαμβάνει όλες τις διαταραχές ψυχικής υγείας που έχουν γίνει μέχρι τώρα γνωστές. Το εγχειρίδιο αυτό διευκολύνει την ειδική ομάδα ψυχικής υγείας να συνδυάσει τα συμπτώματα ενός ατόμου με την αντίστοιχη νόσο. Αυτή η διαδικασία αντιστοίχισης, βοηθά τους ειδικούς να αποφασίσουν εάν το άτομο πληροί τις προϋποθέσεις για τη διάγνωση κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής. Περιοδικά, η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία αναθεωρεί τις πληροφορίες για κάποιες από τις αναγραφόμενες νόσους, με αποτέλεσμα το DSM να ανατροφοδοτείται. Η τελευταία έκδοση του εν λόγω εγχειριδίου (DSMV) κυκλοφόρησε το Μάιο του 2013. Η έκδοση αυτή λοιπόν, περιλαμβάνει μεταξύ άλλων αλλαγές συγκριτικά με το προηγούμενο DSM οι οποίες αποσκοπούν στην καλύτερη αντιπροσώπευση των συμπεριφορών και των συμπτωμάτων των ανθρώπων που βιώνουν τις διατροφικές διαταραχές. Μία από τις αξιοσημείωτες μορφοποιήσεις που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές, είναι η κατάργηση της κατηγορίας ‘Διατροφική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς’ (EDNOS). Το DSMV εισήγαγε τρεις αλλαγές στα κριτήρια που ορίζουν τη νευρική ανορεξία. Η πρώτη αλλαγή που πραγματοποιήθηκε αφορά την απώλειας βάρους. Η δεύτερη αναθεώρηση υποστηρίζει ότι ο φόβος για την αύξηση του σωματικού βάρους δεν χρειάζεται να είναι γραμμικός εάν παρατηρηθούν συμπεριφορές που επηρεάζουν την αύξηση του σωματικού βάρους και η τρίτη διαφοροποίηση δεν συμπεριλαμβάνει την αμηνόρροια ως κριτήριο. Αυτές οι διαγνωστικές αλλαγές υποστηρίχθηκαν από αρκετές μελέτες οι οποίες διαπίστωσαν κάποιες διαφορές στα δημογραφικά στοιχεία, την παθολογία της διατροφικής διαταραχής και την ψυχιατρική συνοσηρότητα μεταξύ ασθενών που πληρούν αυστηρά τα διαγνωστικά κριτήρια για την ανορεξία. Ένα ακόμη χαρακτηριστικό του DSMV είναι η εισαγωγή ενός δείκτη βαρύτητας βάσει δείκτη μάζας σώματος (BMI). Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία για την τεκμηρίωση της αξιολόγησης της σοβαρότητας της νευρικής ανορεξίας με βάση το BMI. Τέλος, σύμφωνα με τις πρόσφατες διαγνωστικές μορφοποιήσεις στο DSM το ποσοστό των ασθενών με νευρική ανορεξία αυξήθηκε, ενώ μειώθηκε ο αριθμός υπολειμμάτων διάγνωσης. Πιο συγκεκριμένα μεταξύ των εφήβων της κοινότητας, ο επιπολασμός της

νευρικής ανορεξίας αυξήθηκε κατά 50%. Ωστόσο το αντίκτυπο των αλλαγών δεν έχει ποσοτικοποιηθεί στις ενήλικες γυναίκες.

Σύμφωνα με τα κριτήρια DSM-V για να διαγνωστεί με ψυχογενή ανορεξία ένα άτομο πρέπει να εμφανίζει:

- A. Περιορισμός της πρόσληψης ενέργειας σε σχέση με τις απαιτήσεις του εκάστοτε οργανισμού σε ενέργεια, η οποία οδηγεί σε σημαντικά χαμηλότερο σωματικό βάρος από αυτό που ενδείκνυται με βάση την ηλικία, το φύλο, την αναπτυξιακή τροχιά και τη σωματική υγεία. Σημαντικά μικρό βάρος ορίζεται ως εκείνο που είναι λιγότερο από το ελάχιστο φυσιολογικό, ή για τα παιδιά και τους εφήβους, ως λιγότερο από το ελάχιστο αναμενόμενο.³³ (Το κριτήριο A πληρείται εάν η απώλεια βάρους έχει ως αποτέλεσμα ένα ελάχιστο BMI < 18,5 kg / m² μετά τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το υποβαθμισμένο βάρος).⁵⁰
- B. Έντονος φόβος του ατόμου να αυξήσει το βάρος του (ή να γίνει λίπος), ή επίμονη συμπεριφορά που παρεμβαίνει στην αύξηση βάρους (ακόμη και σε πολύ χαμηλό βάρος του ατόμου).
- C. Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει το σωματικό του βάρος ή το σχήμα του σώματός του, αδικαιολόγητη επίδραση του σωματικού του βάρους ή του σχήματος του σώματός του στην αυτοαξιολόγησή του, ή επίμονη έλλειψη αναγνώρισης των κινδύνων που ενέχει το χαμηλό σωματικό του βάρος.

Προσδιορίστε εάν το άτομο βρίσκεται σε μερική ή πλήρη ύφεση σύμφωνα με τα παρακάτω:

Σε μερική ύφεση αφού ικανοποιήθηκαν προηγουμένως τα πλήρη κριτήρια για τη νευρική ανορεξία, το κριτήριο A δεν υπήρξε για παρατεταμένη χρονική περίοδο, αλλά το κριτήριο B ή C εξακολουθείτε να πληρείται.

Σε πλήρη ύφεση αφού ικανοποιήθηκαν προηγουμένως τα πλήρη κριτήρια για τη νευρική ανορεξία, κανένα από τα κριτήρια δεν έχει υπάρξει για μία παρατεταμένη χρονική περίοδο.

Καθορίστε την τρέχουσα σοβαρότητα:

Το ελάχιστο επίπεδο σοβαρότητας βασίζεται για τους ενήλικες, στον τρέχοντα δείκτη μάζας σώματος (BMI), για τα παιδιά και τους εφήβους βασίζεται στο εκατοστημόριο BMI. Οι κατωτέρω σειρές προέρχονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σχετικά με το φυσιολογικό βάρος για τους ενήλικες, τα παιδιά και τους εφήβους. Το επίπεδο της σοβαρότητας μπορεί να αυξηθεί για να αντικατοπτρίσει τα κλινικά συμπτώματα, το βαθμό της λειτουργικότητας του ατόμου ή της αναπηρίας και την ανάγκη εποπτείας.³³

Ήπια: BMI > 17 kg / m²

Μέτρια: BMI 16-16,99 kg / m²

Σοβαρή: BMI 15-15,99 kg / m²

Ακραία: BMI < 15 kg / m²

Μετά από την σύγκριση των DSMIV και DSMV μπορεί κανείς να καταλήξει ότι οι νέες περιπτώσεις του DSMV είχαν υψηλότερο ελάχιστο BMI από εκείνες του DSMIV. Ο μέσος ελάχιστος δείκτης μάζας σώματος στο DSMV είναι 16,9 kg / m² ενώ στο DSMIV ήταν στην τιμή 15,6 kg / m². Επιπλέον, η ηλικία εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας στο DSMV είναι 18,8 έτη έναντι των 16,5 ετών που ίσχυαν στο DSMIV. Η αναλογία των ατόμων με διαγνώσεις σοβαρής κατάθλιψης ή νευρικής βουλιμίας καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των νέων περιπτώσεων των δύο εγχειριδίων. Από τις περιπτώσεις του DSMIV το 89% είχε υποπέσει σε δευτεροπαθή αμηνόρροια, το υπόλοιπο είχε πρωτοπαθή αμηνόρροια, χρησιμοποιούσε αντισυλληπτικά, ή λείπουν πληροφορίες σχετικά με την εμμηνόπαυση. Από τις νέες όμως περιπτώσεις του αναθεωρημένου εγχειριδίου μόνο το 22% είχαν υποστεί δευτερογενή αμηνόρροια.

Τέλος, άξιο αναφοράς είναι ότι τα άτομα των οποίων η απώλεια βάρους μπορεί να ερμηνευτεί από ιατρική ασθένεια δεν λαμβάνουν διάγνωση νευρικής ανορεξίας.^{52,53}

5.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η διατροφική παρέμβαση στη νευρογενή ανορεξία έχει πρωτεύοντα ρόλο για την ανάρρωση του ασθενούς γιατί βελτιώνει όλες τις παραμέτρους της θεραπείας. Συγκεκριμένα, συμβάλλει στην αποκατάσταση μιας σειράς λειτουργιών που έχουν υποβαθμιστεί εξαιτίας της ημιασιτίας, στις οποίες περιλαμβάνεται και η γνωσιακή ικανότητα, με αποτέλεσμα να μειώνεται η ικανότητα του πάσχοντα να ακολουθήσει την ψυχοθεραπεία.

Ένα ερώτημα που θέτουν συχνά οι πάσχοντες στους ειδικούς είναι εάν θα είχαν την ικανότητα να υπερνικήσουν μόνοι τους την διαταραχή ή εάν είναι υποχρεωτικό να συνεργαστούν με τους ειδικούς για την διεκπεραίωση αυτού του στόχου. Η απάντηση στο παραπάνω ερώτημα σχετίζεται με την βαρύτητα της διαταραχής και τη χρονική διάρκεια που αυτή υφίσταται στη ζωή του ατόμου. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι υπάρχει πιθανότητα ένα άτομο να ξεπεράσει μία διατροφική διαταραχή χωρίς να πραγματοποιηθεί ειδική θεραπεία. Σε γενικές γραμμές θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι εάν τα συμπτώματα της ανορεξίας είναι ιδιαίτερα ήπια και δεν βάζουν σε κίνδυνο την υγεία του ατόμου, είναι εφικτό το άτομο να ενημερωθεί για την διατροφική του διαταραχή και τις βασικές αρχές αντιμετώπισής της, παλεύοντας αποτελεσματικά για την πάθηση χωρίς εντατική θεραπεία. Για παράδειγμα, ένα κορίτσι 12 ετών που πριν λίγες εβδομάδες ανέφερε στους γονείς της ότι δεν της αρέσει το σώμα της και έχει ξεκινήσει να περιορίζει την τροφή της, θα μπορούσε να βελτιωθεί σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα, είτε λόγω του ότι θα μειωθούν οι παράγοντες που της προκάλεσαν δυσφορία είτε γιατί οι γονείς της θα παρέμβουν αποτελεσματικά.^{20,46}

Προϋπόθεση μιας αποτελεσματικής θεραπείας είναι η σωστή διάγνωση και ο σχεδιασμός πλάνου εάν κρίνεται αναγκαίο. Είναι απαραίτητο σαν αρχικό βήμα το άτομο και η οικογένειά του να συμβουλευτεί κάποιον ειδικό της ψυχικής υγείας έτσι ώστε να βεβαιωθεί ότι πάσχει από την εν λόγω νόσο. Το δεύτερο βήμα αφορά στη λήψη απόφασης για θεραπεία. Ομοίως με τη νευρογενή βουλιμία σε περίπτωση που το άτομο είναι ενήλικο η απόφαση για θεραπεία είναι αποκλειστικά δική του. Σε περίπτωση όμως που πρόκειται για έφηβο, η απόφαση πρέπει να προέρχεται τόσο από

την οικογένεια όσο και από τον ίδιο. Πάντως, ανεξαρτήτως της ηλικίας του ατόμου, για τη θετική έκβαση της θεραπείας είναι σημαντικό το άτομο να αποδεχθεί πως πάσχει και να έχει τη θέληση να χρησιμοποιήσει τις δυνάμεις του στο έπακρο προκειμένου να υπερνικήσει τη διαταραχή. Συνεπώς η πρώτη επαφή της θεραπευτικής ομάδας με τον ασθενή, έχει μεγάλη σημασία για την δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης. Αν και αυτονόητο, αξίζει να διευκρινιστεί ότι τόσο στην πρώτη όσο και στις επόμενες συναντήσεις, το κάθε μέλος της θεραπευτικής ομάδας θα πρέπει να παρακολουθεί προσεκτικά τον πάσχοντα, δίχως να ασκεί κριτική για την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του. Η λήψη λεπτομερούς διαιτολογικού και ιατρικού ιστορικού αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι στη διαδικασία αξιολόγησης της διατροφικής κατάστασης. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που πρέπει να αξιολογηθούν είναι:

- Ιστορικό βάρους.
- Ιστορικό ενασχόλησης με δίαιτες αδυνατίσματος, διαιτητικά σχήματα περιοριστικού τύπου.
- Τρέχουσες διαιτητικές συνήθειες (τρόφιμα, τρόπος παρασκευής τους, γεύματα κ.α.).
- Τρέχον βάρος, ύψος και άλλες ανθρωπομετρικές πληροφορίες ή μετρήσεις σύστασης σώματος (π.χ. οστική πυκνότητα).
- Βιοχημικές και αιματολογικές εξετάσεις.
- Ιστορικό εμμηνορρυσίας.
- Γνώση της διατροφής.
- Σωματική δραστηριότητα.
- Οικογενειακό ιστορικό βάρους και διαιτητικών συνηθειών.
- Ετοιμότητα στην αλλαγή

Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι σε αντίθεση με ό,τι παρατηρείται σε άλλες διαταραχές, οι ανορεξικοί ασθενείς αναφέρουν με ακρίβεια τη διαιτητική τους

πρόσληψη, συνεπώς ο διαιτολόγος δεν χρειάζεται να αντιμετωπίσει προβλήματα υποαναφοράς (underreporting). Αυτό πιθανώς να οφείλεται στον εξαιρετικά περιορισμένο αριθμό τροφίμων που καταναλώνουν και στην υπέρμετρη προσοχή που δίνουν στη διαδικασία παρασκευής τους.⁴⁸

Η **διατροφική αγωγή** όπως προαναφέρθηκε αποτελεί το πρωταρχικό βήμα της θεραπείας και είναι ένα αρκετά δύσκολο εγχείρημα για τον πάσχοντα. Βασικοί στόχοι της είναι η αποκατάσταση του βάρους σε υγιή επίπεδα, η επαναφορά του ασθενή στο φυσιολογικό τρόπο σίτισης, η επαναφορά των φυσιολογικών αντιλήψεων για τα αισθήματα πείνας/κορεσμού και τέλος η αποκατάσταση των επιπλοκών της πείνας. Ο τρόπος προσέγγισης ενός εξωτερικού ασθενή σε σχέση με τον νοσηλευόμενο είναι διαφορετικός. Όταν πρόκειται για εξωτερικό ασθενή που ο ίδιος έχει τον έλεγχο της διαίτας του είναι απαραίτητη η ύπαρξη σαφούς επικοινωνίας με τη θεραπευτική ομάδα για τον καθορισμό των στόχων και των βημάτων. Η ομάδα θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να επιλέγει ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο για τον εαυτό του. Γενικότερα, δεν ενδείκνυται «η συνταγογράφηση» συγκεκριμένου διαιτολογίου το οποίο θα πρέπει να ακολουθείται αυστηρά από τον ασθενή. Αντιθέτως μάλιστα, ως ενθαρρυντικός παράγοντας λειτουργεί η κατανάλωση τροφής σε κοινωνικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες.⁴

Η νοσηλεία του ασθενή στο νοσοκομείο προσφέρεται ως λύση ανάγκης, όταν μέθοδος που αναφέρθηκε προηγουμένως έχει αποτύχει, το βάρος του σώματος είναι τόσο χαμηλό που θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή, έχουν εκδηλωθεί σοβαρές επιπλοκές (αφυδάτωση, καρδιακές αρρυθμίες κ.α.), ενέχεται κίνδυνος αυτοκτονίας, ή συνυπάρχουν ψυχιατρικές διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη). Τα κριτήρια για την εισαγωγή ενός ανορεκτικού ασθενή στην ενδονοσοκομειακή θεραπεία είναι κατά βάση ιατρικά και θα αναφερθούν αναλυτικά στη συνέχεια. Η νοσηλεία για την ψυχογενή ανορεξία διαρκεί μερικούς μήνες και ολοκληρώνεται όταν το σωματικό βάρος του πάσχοντα φτάσει στα κατώτερα φυσιολογικά όρια. Η νοσηλεία αφορά δύο αλληλένδετους άξονες. Ο πρώτος άξονας πραγματεύεται την αποκατάσταση της διατροφής και τη βελτίωση της ιατρικής εικόνας του πάσχοντα. Ο δεύτερος επικεντρώνεται στο ψυχολογικό προφίλ του ασθενή, δίνοντας έμφαση στην ψυχοθεραπεία και στη βελτίωση της ικανότητας του ατόμου να αυτοφροντίζεται χωρίς να διατηρεί υποσιτισμένο το σώμα του.²⁰ Ο ασθενής θα πρέπει να ζυγίζεται σε

τακτά χρονικά διαστήματα, συνήθως νωρίς το πρωί μετά την κένωση της ουροδόχου κύστεως και του εντέρου και φορώντας μόνο την νοσοκομειακή του ενδυμασία. Το ισοζύγιο υγρών θα πρέπει να καταγράφεται. Όπως σε όλες τις διατροφικές διαταραχές έτσι και σε αυτή οι νοσούντες πρέπει να βρίσκονται υπό επιτήρηση για τουλάχιστον δύο ώρες μετά τα γεύματά τους, με σκοπό να προληφθεί η πρόκληση εμέτων. Οι ασθενείς που νοσηλεύονται κατά κανόνα ξεκινούν μία δίαιτα κατά 500 θερμίδες υψηλότερη από το ποσό που απαιτείται για τη διατήρηση του παρόντος βάρους τους και η πρόσληψη θερμίδων σταδιακά αυξάνεται. Η επιθυμητή αύξηση του σωματικού βάρους κυμαίνεται από 1-1,5 kg/εβδομάδα. Χρησιμοποιούνται ακόμη, διάφορα υγρά ενεργειακά συμπληρώματα και έχει αποδειχθεί πως η χρήση τους στα αρχικά στάδια της θεραπείας ενισχύει την αποκατάσταση του βάρους και σε ορισμένες περιπτώσεις μειώνει τη διάρκεια της θεραπείας. Έτσι λοιπόν σε πρώτο πλάνο και προς αποφυγή της δυσφορίας του πάσχοντα, συστήνεται η διασπορά των γευμάτων σε έξι σιτίσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας. Υπάρχουν όμως ασθενείς οι οποίοι είναι ιδιαίτερα λιποβαρείς ή δεν καταφέρνουν να προσλάβουν βάρος. Εκείνοι ενδέχεται να χρειαστούν σίτιση με ρινογαστρικό σωλήνα. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα είναι απολύτως απαραίτητο για την ανίχνευση αρρυθμιών και την αξιολόγηση μεταβολών που πιθανώς οφείλονται στην υποκαλιαιμία.²⁷

Κριτήρια εισαγωγής στο νοσοκομείο για πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία

Καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή

Ιατρικές

Σωματικό Βάρος < 85% του φυσιολογικού σωματικού βάρους, ή ταχεία μείωση του βάρους με άρνηση λήψης τροφής ακόμα και αν δεν είναι μικρότερο του 85% του φυσιολογικού σωματικού βάρους.

Καρδιαγγειακές επιπλοκές:

- Βραδυκαρδία: < 40 σφ / min
- Υπόταση: < 90/60 mmHg
- Σοβαρή αφυδάτωση
- Επίμονη υπογλυκαιμία: < 60 mg/dL
- Πτωχός έλεγχος σακχαρώδους διαβήτη
- Σοβαρή διαταραχή ηλεκτρολυτών, π.χ. κάλιο < 3 mmol/L
- Υποθερμία
- Ηπατικές και νεφρικές επιπλοκές

Ψυχιατρικές

Υψηλός κίνδυνος αυτοκτονίας
Σοβαρή συνόηση π.χ. μείζων κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
Πολύ χαμηλό κίνητρο / εναισθησία
Αδυναμία αυτοελέγχου και υπερβολικής άσκησης και της επαναλαμβανόμενης
καθαρκτικής συμπεριφοράς.

Υπονομευόμενη εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση

Αφόρητη οικογενειακή κατάσταση π.χ. έντονα εκφραζόμενο συναίσθημα, κακοποίηση
κ.α.

Κοινωνική κατάσταση π.χ. ακραία απομόνωση, απουσία υποστήριξης

Μεγάλη γεωγραφική απόσταση ανάμεσα στην κατοικία του ασθενούς και της
εξωνοσοκομειακής μονάδας

Αποτυχία αύξησης του βάρους με εξωνοσοκομειακή ψυχοθεραπεία

Υπάρχουν παρά ταύτα περιστατικά τα οποία δεν χρήζουν νοσηλείας. Σε αυτή την περίπτωση είναι απαραίτητο να γίνει επιλογή θεραπευτικού προγράμματος για τον εκάστοτε ασθενή, εκτός των πλαισίων του νοσοκομείου. Η επιλογή του προγράμματος αυτού, της μορφής της ψυχοθεραπείας και του θεραπευτή βρίσκονται στην αποκλειστική επιλογή του πάσχοντα (βέβαια πολλές φορές υπάρχουν περιορισμοί σε αυτή την επιλογή που θέτει τόσο η πραγματικότητα όσο και οι πόροι του συστήματος υγείας).

Γενικά υπάρχουν ενδείξεις ότι η **θεραπεία οικογένειας**, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και η ψυχοδυναμική θεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματικές, με την προϋπόθεση ότι έχει αντιμετωπιστεί επιτυχώς ο υποσιτισμός και οι επιπλοκές που εκείνος εγκυμονεί.

Η **εκπαίδευση** για το απαραίτητο θερμιδικό, για τις ανάγκες του διατροφικού πρόγραμμα, που πρέπει να τηρεί κάθε άτομο, βάσει των σωματικών του αναγκών είναι υψίστης σημασίας για ένα ανορεκτικό ασθενή. Η εκπαίδευση αφορά τόσο την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών της πάθησης αυτής, όσο και των καθαρτήριων συμπεριφορών που το άτομο ακολουθεί, αλλά και σε βασικές πληροφορίες για τη σημασία των θρεπτικών συστατικών.

Η **γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία** σε άτομα που πάσχουν από ανορεξία είναι περιορισμένη. Σε αυτή τη μορφή θεραπείας ο ειδικός αναλύει αρχικά μαζί με τον ασθενή τα μειονεκτήματα της ανορεξίας και στη συνέχεια καταβάλλεται προσπάθεια το άτομο να τροποποιήσει την επικίνδυνη διατροφική συμπεριφορά του αυξάνοντας σταδιακά την ποσότητα και την ποικιλία της τροφής που προσλαμβάνει. Συγχρόνως, πραγματοποιείται μία προσπάθεια τροποποίησης των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων γύρω από την τροφή και το βάρος, καθώς και των αρνητικών απόψεων του ατόμου για τον εαυτό του.

Η **ψυχοδυναμική θεραπεία**, αν και ιστορικά ήταν μία θεραπεία που εφαρμόστηκε αρχικά για την αντιμετώπιση της ανορεξίας, σήμερα δεν έχει μία επαρκώς τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της διαταραχής. Βασικοί στόχοι της εν λόγω θεραπείας είναι η μείωση του αυστηρού υπερεγωτικού ελέγχου και η ανάπτυξη πιο ευέλικτων και προσαρμοστικών στρατηγικών από τον περιορισμό της διατροφής.^{20,46}

Στην αντιμετώπιση της νόσου χρησιμοποιείται επιπλέον **φαρμακευτική αγωγή** αν κρίνεται απαραίτητο. Ουσίες οι οποίες προάγουν μία πιο υδαρή σύσταση κοπράνων (ή και τα υπακτικά) μπορούν να ανακουφίσουν την δυσκοιλιότητα που έχει προκληθεί λόγω της κακής χρήσης καθαρτικών ή της απότομης απόσυρσής τους. Οι πάσχοντες πρέπει να λαμβάνουν βιταμίνες που περιέχουν ασβέστιο σε δοσολογία 1.000-1.500 mg ημερησίως. Επίσης, ενδείκνυται η λήψη πολυβιταμινούχων συμπλεγμάτων για να διασφαλιστεί η επαρκής πρόσληψη της βιταμίνης D (400 IU ημερησίως). Τα δεύτερης γενιάς αντιψυχωτικά (π.χ. ολανζαπίνη) έχουν χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά σε ανορεκτικούς ασθενείς, καταφέροντας την πρόσληψη βάρους και τη διόρθωση των γνωστικών διαστρεβλώσεων. Η παράταση του διαστήματος QT στη νευρική ανορεξία αποτελεί αντένδειξη για τη χρήση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και χρήζει άμεσης παρέμβασης καθώς αυξάνεται ο κίνδυνος για την εμφάνιση καρδιακής ταχυκαρδίας και αιφνίδιου θανάτου. Γενικότερα τα αντικαταθλιπτικά προσφέρουν συχνά μικρή ανακούφιση της κατάθλιψης σε απισχνασμένους ασθενείς. Τα γαστροκινητικά φάρμακα σπανίως ανακουφίζουν το αίσθημα μετεωρισμού που ακολουθεί η επανασίτιση του ασθενούς. Η θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα συνήθως δεν χρειάζεται. Αρκετές

κατηγορίες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων έχει παρατηρηθεί ότι δεν έχουν ειδικό ρόλο στην ψυχογενή ανορεξία.²⁷

Ειδική θεραπεία Ψυχογενούς Ανορεξίας στην εφηβεία

Η περισσότερο καλά μελετημένη θεραπευτική προσέγγιση για τους εφήβους που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία είναι η θεραπεία οικογένειας. Ως βασικό στοιχείο μέσα από αυτή τη θεραπεία αναδύεται η αντιμετώπιση του υποσιτισμού. Μέσα στα πλαίσια της εν λόγω θεραπείας γίνεται προσπάθεια να ενισχυθεί ο ρόλος των γονέων σχετικά με την διατροφή των παιδιών τους. Συστήνεται επίσης, να αποφεύγονται συζητήσεις που αφορούν την αιτιολογία της νόσου μεταξύ των γονέων, διότι αυτό έχει ως συχνό επακόλουθο να κατηγορούν ο ένας τον άλλο. Ακόμη οι γονείς θα πρέπει να απέχουν από επικριτικές στάσεις και κατηγορίες προς το πάσχον μέλος της οικογένειας. Καθ' όλη την διάρκεια της οικογενειακής θεραπείας οι θεραπευτές διατηρούν συμβουλευτικό και όχι κατευθυντικό ρόλο στα προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια. Όταν στη συνέχεια ο υποσιτισμός θα έχει αντιμετωπιστεί πλήρως οι γονείς μπορούν να επιτρέψουν στο παιδί να ανακτήσει τον έλεγχο της διατροφής του. Στο τελικό στάδιο της θεραπείας αναπτύσσονται θέματα μεταξύ της οικογένειας και των θεραπειών τα οποία αφορούν πορεία της εφηβείας του ατόμου, την σεξουαλικότητα, την ανεξαρτησία και την σταδιακή αποχώρηση των παιδιών από την οικογενειακή εστία, καθώς και τον επακόλουθο επαναπροσδιορισμό των ρόλων μέσα στην οικογένεια. Είναι άξιο αναφοράς πως στο τέλος της θεραπείας περίπου το 60-70% των εφήβων κοριτσιών φτάνει σε φυσιολογικό βάρος. Το πλεονέκτημα της οικογενειακής θεραπείας είναι ότι μπορεί να εφαρμοστεί και χωρίς την συμμετοχή του μέλους που νοσεί από την νόσο.^{20,47}

Τέλος, πρέπει να έχουν υπόψη ότι εκτός από την αποκατάσταση του βάρους, στόχους της θεραπευτικής αντιμετώπισης αποτελούν και η αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του γαστρεντερικού σωλήνα και της ισορροπίας των υγρών του σώματος, καθώς και η επαναφορά της φυσιολογικής αντίληψης του βάρους και του σχήματος του σώματος.⁴⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβεία όπως έχει προαναφερθεί, πρόκειται για μία ευάλωτη ηλικιακή περίοδο, όπου το άτομο χαρακτηρίζεται κατά κύριο λόγο από ανασφάλεια, επιρρέπεια σε διάφορες καταστάσεις και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αυτό καθιστά την προσωπικότητα του εφήβου τρωτή ως προς τους κινδύνους που μπορεί να τον επηρεάσουν σχετικά με την «αποδεκτή» εικόνα του σώματός του. Μάλιστα, σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης ο έφηβος αναλώνεται σε συγκρίσεις ανάμεσα στον εαυτό του και όσα η κοινωνία θέτει ως πρότυπα, σε μια προσπάθεια να τα οικειοποιηθεί, με αποτέλεσμα να μειώνει την προσωπική του αξία.

Ίσως το πιο συνηθισμένο αίτιο για την εμφάνιση των συγκεκριμένων διατροφικών διαταραχών είναι το πρότυπο της «ισχνης ομορφιάς», που κατά βάση αφορά το γυναικείο φύλο. Η αύξηση της συχνότητας των διαταραχών πρόσληψης της τροφής που παρατηρήθηκε μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, έχει συνδεθεί από τους περισσότερους συγγραφείς με τη μεταβολή των γυναικείων προτύπων ομορφιάς. Η εν λόγω μεταβολή είχε ξεκινήσει ήδη από τα τέλη του 19ου αιώνα, κορυφώθηκε όμως μετά το 1960. Πλέον η «όμορφη» γυναίκα των δυτικών κοινωνιών έπρεπε να είναι ιδιαίτερα αδύνατη. Στα μέσα περίπου του 20ου αιώνα παρατηρείται μία αλλαγή τόσο στο γυναικείο όσο και στο ανδρικό σωματότυπο που προβάλλεται από τα ΜΜΕ ως μοντέλο της ομορφιάς. Με αποτέλεσμα στη σημερινή εποχή το ανθρώπινο σώμα να απομακρύνεται προοδευτικά από τη μέση μορφή σώματος του γενικού πληθυσμού και των δύο φύλων, δηλαδή γίνεται όλο και περισσότερο εξωπραγματικό. Αν και τα τελευταία χρόνια στο χώρο της μόδας γίνεται διακριτή η προσπάθεια προβολής ενός περισσότερο προσιτού σώματος, αυτό ποτέ δεν αποτελούσε τον κανόνα, παρά την εξαίρεση (plussize models, petit models κ.α.). Τελικά ο συγκεκριμένος χώρος, όποιες και αν ήταν οι προθέσεις του, δεν κατόρθωσε να προβάλει θετικά όλους τους τύπους σώματος. Αντιθέτως, η ωραιοποίησή τους ακόμη και σήμερα οδηγεί μεγάλο αριθμό εφήβων στη μη αποδοχή και αγάπη του εαυτού τους. Συνεπώς, παρατηρείται ότι με το πέρας των δεκαετιών οι βιομηχανία της μόδας προωθεί ένα αποστεωμένο και σχεδόν «άφυλο» σώμα.

Το θέμα της εμπορικής εκμετάλλευσης του προβαλλόμενου ισχνού προτύπου από τη βιομηχανία της δίαιτας και των προϊόντων ομορφιάς έχει απασχολήσει αρκετά τους ερευνητές. Η βιομηχανία ομορφιάς επενδύει και υπερτονίζει την αξία της εξωτερικής εμφάνισης καθώς κάτι τέτοιο ενισχύει μία καταναλωτική συμπεριφορά όπου η

απάντηση σε κάθε πρόβλημα ή πιεστικό γεγονός, μπορεί να δοθεί αγοράζοντας ένα διαφημιζόμενο προϊόν. Πολλές γυναίκες που πάσχουν ήδη από ψυχογενή ανορεξία, αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι έχουν μία σχέση «εξάρτησης» με τα περιοδικά μόδας. Όπως υπογραμμίζει η Αμερικανίδα συγγραφέας και πολιτική αναλύτρια Naomi Wolf, «ο πολιτισμός μας αποδυναμώνει τις γυναίκες, με το να τις κρατά φυλακισμένες σε ένα ανέφικτο πρότυπο ομορφιάς». Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί πως τα πρότυπα καλλίγραμμων σωμάτων δεν εξυπηρετούν μόνο τη βιομηχανία της δίαιτας, αλλά και μία δεύτερη βιομηχανία: αυτή που σχετίζεται με τη γυμναστική. Κάθε χρόνο ξοδεύονται απίστευτα μεγάλα χρηματικά ποσά στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ, με αφορμή τη δημιουργία ενός αδύνατου και καλογυμνασμένου σώματος, όχι τόσο για την υγεία του ατόμου όσο για την αποδοχή του από τους άλλους. Η ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος αποτελεί επίσης ένα σημαντικό εκλυτικό παράγοντα, αν και το μεγαλύτερο ποσοστό όσων ασχολούνται με αυτές δεν εμφανίζουν ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία. Στους εκλυτικούς παράγοντες συγκαταλέγονται τα προβλήματα της εφηβικής ηλικίας και της σεξουαλικής ανάπτυξης, ο αποχωρισμός καθώς και η ανάγκη για ανεξαρτησία, η ύπαρξη προβληματικών συναισθηματικών σχέσεων, κάποια ασθένεια καθώς και οι αρνητικές κρίσεις από τρίτους. Τέλος, υπάρχουν παράγοντες οι οποίοι δρώντας είτε προστατευτικά είτε διαιωνιστικά, καθορίζουν το αν η διαταραχή θα έχει μεταβατικό ή πιο μόνιμο χαρακτήρα. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται η έντονη ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος, οι αλλαγές στο κοινωνικό περιβάλλον, οι μεταβλητές διαπροσωπικές σχέσεις καθώς και οι επιπτώσεις της ασιτίας αυτής κάθε αυτής στη φυσιολογία και την ψυχοπαθολογία του νέου.

Το ιδανικό της «ισχνής ομορφιάς» λοιπόν όπως διαμορφώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες επηρεάζει σημαντικά τους νέους ανθρώπους και κυρίως τους εφήβους. Έτσι, πολλοί νέοι προσπαθούν να μιμηθούν τα μοντέλα και τη μόδα επηρεαζόμενοι από την τηλεόραση, τις διαφημίσεις, το διαδίκτυο και τα περιοδικά. Το αποτέλεσμα είναι ένα μεγάλο ποσοστό των εφήβων να αισθάνεται έντονη δυσαρέσκεια με το σώμα του, διαμορφώνοντας στερητικές διατροφικές συνήθειες που συνήθως οδηγούν τόσο στην βουλιμία όσο και στην ανορεξία. Προς αποφυγήν παρερμηνεύσης, είναι βασικό να διευκρινιστεί ότι τα άτομα τα οποία εμφάνισαν μεγαλύτερη ευαλωτότητα απέναντι στα αρνητικά μηνύματα των ΜΜΕ και της προβαλλόμενης

μόδας, ήταν άτομα στα οποία το περιβάλλον ασκούσε πίεση να γίνουν πιο αδύνατα, ή τους δημιουργούσε ψυχικά τραύματα, καθώς και άτομα που γενικότερα είχαν ελλιπής στήριξη από τους κοντινούς τους ανθρώπους.⁵⁵

Παρόλα αυτά δεν αποτελούν μόνο τα πρότυπα ομορφιάς την αιτία δημιουργίας άγχους σε έναν έφηβο όσον αφορά το σωματικό του βάρος. Άτομα από τον κοινωνικό περίγυρο του νέου (σχολικό περιβάλλον, φροντιστήριο, χώροι εξωσχολικών δραστηριοτήτων και διασκεδάσεως) συμβάλουν στην αύξηση του αισθήματος ντροπής και κατά συνέπεια μη αποδοχής του σωματικού του ειδώλου. Επομένως ο σχολικός εκφοβισμός και η κριτική στάση μπορεί να ωθήσει έναν έφηβο σε ακραίες λύσεις, συμπεριλαμβανομένων των συμπεριφορών που προετοιμάζουν το έδαφος για τις διατροφικές διαταραχές. Ακόμη, η βουλιμία και η ανορεξία εμφανίζονται συχνότερα σε ένα οικογενειακό περιβάλλον το οποίο πιθανώς να χαρακτηρίζεται από αυστηρές αρχές, επικριτική διάθεση, ελεγκτική συμπεριφορά και τάση σύγκρισης με άλλα άτομα των κοινωνικών του συναναστροφών. Δεν είναι σπάνιο σε τέτοιες οικογένειες να παρατηρείται ελλιπής ή αυταρχική επικοινωνία μεταξύ των μελών της, ή και απουσία αυτής. Οι οικογένειες αυτές δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στις φυσιολογικές αλλαγές που έρχονται με το πέρασμα του χρόνου. Έτσι λοιπόν μια στατική οικογένεια βιώνει κάθε αλλαγή ως επώδυνη και επικίνδυνη, για αυτό και προσπαθεί να παραμείνει προσηλωμένη στους παλιούς τρόπους λειτουργίας της. Εξακολουθεί δηλαδή να λειτουργεί με τους ίδιους κανόνες και να παραγκωνίζει την φυσιολογική ανάγκη για αλλαγή και ανεξαρτητοποίηση που συνοδεύει την ωρίμανση των παιδιών. Ένας τύπος οικογένειας με παρόμοια αρνητικά αποτελέσματα αποτελεί η υπερπροστατευτική οικογένεια. Στις οικογένειες αυτές το εξωτερικό περιβάλλον βιώνεται συνήθως ως απειλητικό και τα μέλη της ως ευάλωτα, κάτι που οδηγεί στην ανάγκη για αυξημένη προστασία τους. Η υπερβολική όμως προστασία προς τα νεότερα άτομα μπορεί να εμποδίσει την εξέλιξη, την αυτονόμηση και την σταδιακή αλλά απαραίτητη για τη φυσιολογική πορεία τους, απομάκρυνση από την οικογένεια. Μεταξύ άλλων, η υπερεμπλεκόμενη είναι μία συνηθισμένη μορφή οικογένειας που μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση των ΔΠΤ. Τα όρια μεταξύ των μελών είναι δυσδιάκριτα με αποτέλεσμα τα μέλη της οικογένειας αυτής να μην έχουν προσωπικό χώρο, ούτε κυριολεκτικά αλλά ούτε ψυχολογικά. Έτσι ο ένας εισβάλλει στα συναισθήματα και στις σχέσεις του άλλου καταπιέζοντάς τα. Η εκτόνωση στη

διατροφή και στο σώμα δεν θα αργήσει να εμφανιστεί. Επιπλέον είναι ευρέως γνωστό ότι η σύγχρονη δυτικού τύπου κοινωνία αποδυναμώνει τους δεσμούς της οικογένειας όπως επίσης και η έντονη ενασχόληση τόσο των παιδιών όσο και των εφήβων με την τηλεόραση, το διαδίκτυο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Στη σημερινή εποχή ακόμη και ο χρόνος που αφιερώνουν οι γονείς στα παιδιά τους έχει μειωθεί δραστικά. Επιπρόσθετα, το θρησκευτικό, το πολιτισμικό και πολιτικό κλίμα μίας κοινωνίας μπορεί να οδηγήσει σε παρόμοιες καταστάσεις. Δυστυχώς άλλες αξίες, ηθικές, μορφωτικές, κοινωνικές και άλλα προσόντα, σωματικά ή πνευματικά δεν γίνονται το ίδιο αποδεκτά και έτσι το πρόβλημα μεγεθύνεται.^{34,55}

Ένα ακόμη αίτιο στο οποίο συχνά οφείλονται οι διατροφικές διαταραχές είναι η κληρονομική προδιάθεση. Όλοι οι άνθρωποι μοιράζονται μία κοινή γενετική και βιολογική βάση (π.χ. 46 χρωμοσώματα) παρόλα αυτά το γενετικό μας προφίλ δεν είναι όμοιο. Όπως τα χαρακτηριστικά του προσώπου και του σώματός μας είναι μοναδικά σε κάθε άτομο, έτσι και ο συνδυασμός των γονιδίων που μας καθορίζουν είναι μοναδικός. Με τον όρο κληρονομική προδιάθεση εννοούμε ότι η μοναδική γενετική δομή του ατόμου μπορεί να διευκολύνει την εμφάνιση των διαταραχών πρόσληψης της τροφής. Σε αυτό το σημείο είναι απαραίτητο να διευκρινιστεί, ότι η γενετική προδιάθεση δεν σημαίνει πως το άτομο πρόκειται να νοσήσει οπωσδήποτε από τις εν λόγω διαταραχές, αλλά ότι έχει αυξημένες δυνατότητες να τις εμφανίσει λόγω του γενετικού του προφίλ. Η γονιδιακή αιτιολογία των ΔΠΤ αφορά την αλληλεπίδραση γονιδίων-περιβάλλοντος, σύμφωνα με την οποία ορισμένοι έφηβοι είναι γενετικά ευάλωτοι στην εμφάνιση τόσο της ανορεξίας όσο και της βουλιμίας. Συνεπώς, εξαιτίας της μεγαλύτερης γονιδιακής ευαισθησίας τους η επίδραση διαφόρων παραγόντων (όπως είναι η δίαιτα) μπορεί να οδηγήσει πιο εύκολα στην εμφάνιση των σχετικών διαταραχών σε σύγκριση με άτομα τα οποία δεν έχουν αυτή τη γενετική επιρρέπεια, αν και εκτίθενται στον ίδιο περιβαλλοντικό παράγοντα (να κάνουν δίαιτα). Για την ψυχογενή ανορεξία οι μελέτες κληρονομικότητας απέδειξαν πως υπάρχει ένα ιδιαίτερα ισχυρό στοιχείο γενετικής συμμετοχής και ότι περίπου το 33-84% της αιτιολογίας της μπορεί να αποδοθεί σε γενετικούς παράγοντες. Είναι αρκετά ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι η αυξημένη κληρονομική προδιάθεση δεν βρίσκεται μόνο στη νόσο αυτή καθαυτή, αλλά και σε ορισμένα χαρακτηριστικά και συμπεριφορές που σχετίζονται μαζί της, όπως η δυσαρέσκεια με το σώμα και η

αυξημένη ενασχόληση με το βάρος και τη διατροφή. Για τη ψυχογενή βουλιμία, από διάφορες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε οικογένειες και διδύμους προκύπτει επίσης μία αρκετά ισχυρή κληρονομική προδιάθεση. Η συμμετοχή γενετικών παραγόντων στην εμφάνιση αυτής της νόσου εκτιμάται άνω του 50%. Επιπλέον, οι συγγενείς των πασχόντων εμφανίζουν διαταραχές της διάθεσης σε μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Τα ερευνητικά δεδομένα και η κλινική εμπειρία έχουν δείξει ότι σημαντικός αριθμός των εφήβων πασχόντων από ΔΠΤ, πριν την εμφάνιση της πάθησης, χαρακτηριζόταν η ζωή του από έντονο άγχος. Το άγχος που βιώνει ο κάθε άνθρωπος όταν έρχεται αντιμέτωπος με μια κατάσταση που θεωρεί απειλητική δεν είναι κοινό σε όλους. Αυτό φαίνεται να έχει σχέση τόσο με ιδιοσυγκρασιακά όσο και με επίκτητα χαρακτηριστικά του νέου. Τα μεν χαρακτηριστικά αφορούν κυρίως στο τρόπο που κινητοποιείται ο οργανισμός σε συνθήκες κινδύνου (ταχυκαρδία, ιδρώτας, τρόμος άνω άκρων). Τα δε χαρακτηριστικά σχετίζονται κυρίως με το ποιες καταστάσεις κινητοποιούν το έντονο άγχος (δηλαδή ποιες καταστάσεις έχει μάθει να θεωρεί απειλητικές ή επικίνδυνες). Ένα σχετικό παράδειγμα αποτελεί το άγχος ακόμα και για την ελάχιστη αύξηση του βάρους. Στην προσπάθεια μείωσης του συνεχούς και επίμονου άγχους τα νεαρά άτομα καταφεύγουν πολλές φορές σε συμπεριφορές που πιθανώς να διαιωνίζουν τις ΔΠΤ. Για παράδειγμα στη νευρογενή ανορεξία ως αντισταθμιστικός παράγοντας άγχους φαίνεται να επιλέγεται η στέρηση της τροφής και ο υποσιτισμός, ο οποίος συνεπάγεται μείωση στην ένταση των συναισθημάτων. Από την άλλη στις υπερφαγικές διαταραχές γίνεται μέσα από την αγχώδη που συνοδεύει τη βουλιμική κατανάλωση τροφής. Μία ακόμη απειλητική κατάσταση που προκαλεί άγχος στο άτομο, είναι η τελειοθηρία. Ο όρος τελειοθηρία δεν περιγράφει μόνο την αναζήτηση υψηλών επιδόσεων αλλά ένα ολόκληρο σύστημα συμπεριφορών που έχουν ως στόχο την ανακούφιση του ατόμου από την αμφιβολία για την αξία του και την αγωνία του για τις πιθανές συνέπειες που θα μπορούσε να έχει η αποκάλυψη τόσο στους άλλους όσο και στον εαυτό του, της χαμηλότερης από το αναμενόμενο ικανότητάς του. Το νεαρό άτομο που καταλύεται από το αίσθημα αυτό, βρίσκεται σε ένα διαρκές φόβο ότι θα απογοητεύσει το περιβάλλον του, το οποίο του αποδίδει υψηλή αξία. Η τελειοθηρία αν και αρχικά ενισχύεται από τις επιτυχίες του ατόμου και τη επιβράβευση που λαμβάνει για αυτές, έχει δύο βασικά μειονεκτήματα. Το πρώτο

είναι ότι ο έφηβος συνήθως αποδίδει την επιτυχία του στην υπερπροσπάθεια και όχι στην εγγενή του ικανότητα. Το δεύτερο μειονέκτημα αφορά στη φυσική νομοτέλεια, σύμφωνα με την οποία κάποια στιγμή θα υπάρξει κάποιο λάθος και κάποια επίδοση που δεν θα είναι άριστη. Το άτομο αυτό καθώς πυροδοτείται από έντονη αγωνία για πιθανή αποδοκιμασία από το περιβάλλον του, πανικοβάλλεται και χρειάζεται συνεχώς νέους στόχους και επιτεύγματα, για να κρατάει σε έλεγχο το φόβο της αποτυχίας. Είναι αξιοσημείωτο ότι στους νέους που χαρακτηρίζονται από έντονη τελειοθηρία ο έπαινος δεν προκαλεί την αναμενόμενη ευχαρίστηση, αντιθέτως μεγάλη αγωνία για το τι θα συμβεί εάν δεν καταφέρουν στο μέλλον να φανούν αντάξιοι των προσδοκιών του κύκλου τους. Στην ανορεξία παρατηρείται το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό ως βασικό στοιχείο της προσωπικότητας των πασχόντων. Ήδη από τη δεκαετία του 1970 υπάρχουν αναφορές που περιγράφουν τα άτομα με τα συγκεκριμένη νόσο ως «τελειοθηρικά, εξαρτημένα και συμμορφωμένα». Η προσωπικότητα των πασχόντων με ψυχογενή ανορεξία χαρακτηρίζεται συχνά από το ότι θέτουν μη ρεαλιστικούς στόχους και προσπαθούν να πετύχουν τη μέγιστη απόδοση σε κάθε τους δραστηριότητα. Σχεδόν κάθε λάθος τους θεωρείται ισοδύναμο της αποτυχίας. Έχει επίσης διαπιστωθεί, πως οι γυναίκες με ανορεξία είναι συνήθως λιγότερο παρορμητικές από τις υγιείς γυναίκες της ηλικίας τους και αναζητούν λιγότερο συχνά νέες εμπειρίες, αποφεύγοντας την έκθεση σε καταστάσεις που θεωρούν άγνωστες (άρα επικίνδυνες) και εξαρτώνται σημαντικά από τη γνώμη των άλλων.

Το άγχος και η τελειοθηρία όμως δεν είναι τα μοναδικά συναισθήματα που ταλαιπωρούν έντονα τους εφήβους με ΔΠΤ. Ο θυμός, το αίσθημα κενού/ανία, η απογοήτευση/θλίψη και η ντροπή είναι μερικά από τα συναισθήματα που περιγράφουν κυρίως οι πάσχοντες της βουλιμίας όπως έχει αναφερθεί ήδη. Στη βάση κάθε υπερφαγικού επεισοδίου κρύβεται η δυσκολία του νέου να ρυθμίσει ή ακόμα και να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα συναισθήματα του. Η δυσκολία αυτή αργά ή γρήγορα μπορεί να οδηγήσει σε κλιμάκωση των συναισθημάτων και το άτομο να προσπαθεί να τα καταστείλει μέσω της παρορμητικής συμπεριφοράς (βουλιμικό επεισόδιο). Να θυμίσουμε ότι η παρορμητική κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού ρυθμίζει τα συναισθήματα κατά κάποιο τρόπο τόσο γιατί η ίδια η τροφή προκαλεί ευχαρίστηση, όσο και γιατί μέσα από την υπερφαγική συμπεριφορά

εκτονώνεται η συναισθηματική πίεση που βιώνει το άτομο. Κατά συνέπεια, τα άτομα που θεωρούνται πιο ευάλωτα στην ψυχογενή βουλιμία είναι εκείνα που έχουν αυξημένη συναισθηματική αποδιοργάνωση. Δηλαδή ακόμη και ήπια εξωτερικά ερεθίσματα (π.χ. καλοήθης κριτική) προκαλούν άμεση συναισθηματική απάντηση και ο οργανισμός καθυστερεί να επιστρέψει στην κατάσταση ηρεμίας.⁵⁵

Επιπροσθέτως, τα αγχωτικά/πιεστικά γεγονότα της ζωής έχουν σχετιστεί σε μεγάλο βαθμό με την έναρξη των ψυχικών παθήσεων και των συναισθηματικών διαταραχών. Έρευνες για το αν η έναρξη των ΔΠΤ σχετίζεται με παρόμοια γεγονότα έχουν δώσει θετικά αλλά και αρνητικά αποτελέσματα. Τα συχνότερα αναφερόμενα γεγονότα που σχετίζονται με την εκδήλωση ή/και την επιδείνωση των διατροφικών διαταραχών είναι η απομάκρυνση λόγω σπουδών από την οικογένεια, η αλλαγή σχολείου, η μετακόμιση σε άλλη πόλη και τέλος η ασθένεια και η απώλεια σημαντικών προσώπων. Από το σύνολο των αγχωτικών/πιεστικών γεγονότων αυτά που συνδέονται με δυσάρεστες οικογενειακές εμπειρίες, όπως η σωματική βία και η συναισθηματική κακοποίηση από τους γονείς, συνδέονται περισσότερο έντονα με την έναρξη των ΔΠΤ. Ακόμη, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα γεγονότα της ζωής επηρεάζουν περισσότερο το πότε θα εμφανιστεί η διατροφική διαταραχή και λιγότερο το αν θα εμφανιστεί. Τέλος, όπως προκύπτει από τα παραπάνω δεν υπάρχει σαφή αιτιοπαθογένεια για την εμφάνιση των ΔΠΤ, αλλά πρόκειται για μια πολυδιάστατη επιρροή του εφήβου τόσο από εσωτερικούς όσο και εξωτερικούς παράγοντες στη διάρκεια της ζωής του.^{4,20,27,38}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΚΡΙΣΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Στη πορεία της ανάλυσης των δυο νόσων διαπιστώσαμε ότι παρότι συχνά συγχέονται από τους περισσότερους και πολλές φορές εμφανίζονται στις ίδιες ηλικιακές περιόδους (κατά κύριο λόγο στην εφηβική και μετεφηβική περίοδο), παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές αλλά και ομοιότητες. Ωστόσο ορισμένες μελέτες που συγκρίνουν την ανορεξία με τη βουλιμία καταλήγουν πιο συγκεκριμένα, στο ότι η ανορεξία εμφανίζεται συνήθως στα πρώιμα στάδια της εφηβικής ζωής ενώ η βουλιμία εμφανίζεται ως επί το πλείστον στα τέλη της εφηβείας ή κοντά στην ηλικία των 20 ετών. Και τις δύο νόσους μπορούμε να τις συναντήσουμε σε οποιαδήποτε κοινωνικά στρώματα. Έχει ενδιαφέρον να αναφερθεί πως στο παρελθόν η εν λόγω διαταραχές θεωρούνταν πιο συνήθεις μεταξύ των υψηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων, αν και η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι τόσο συχνή σε μη βιομηχανοποιημένες χώρες.²⁷ Η σύγκριση των δύο νόσων εστιάζεται κυρίως στην συχνότητα εμφάνισης της κάθε νόσου, στην κλινική εικόνα, τα διαγνωστικά, όσο και τα θεραπευτικά κριτήρια.

Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης

Όπως προαναφέρθηκε η νευρική ανορεξία είναι σπανιότερη από την νευρική βουλιμία. Επίσης, είναι φανερό ότι ο κλινικός πληθυσμός (που αφορά τα άτομα τα οποία απευθύνονται σε φορείς ψυχικής υγείας με σκοπό να εμπλακούν στην κατάλληλη θεραπεία) δεν αντιπροσωπεύει τα επιδημιολογικά στοιχεία της διαταραχής, αφού οι ήπιες εμφανίσεις της ψυχογενούς βουλιμίας είναι ιδιαίτερα συχνές μεταξύ των κοριτσιών που διανύουν την εφηβική τους ηλικία.

Επιδημιολογικά Στοιχεία	Νευρογενής Ανορεξία	Νευρογενής Βουλιμία
Επιπολασμός νόσου στη Δύση	0,5% - 1%	1,1% - 4,2%
Διά βίου κίνδυνος εκδήλωσης της νόσου στο γυναικείο πληθυσμό	1,2% - 2,2%	8%
Διά βίου κίνδυνος εκδήλωσης της νόσου στον ανδρικό πληθυσμό	0,3%	5% - 15%

Πίνακας 7.1 Σύγκριση επιδημιολογικών στοιχείων Νευρογενούς Ανορεξίας και Βουλιμίας στο πληθυσμό.

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα και έχει αναλυθεί εκτενέστερα στα προηγούμενα κεφάλαια, η πιθανότητα επιπολασμού της νευρογενούς βουλιμίας είναι διπλάσια έως και τετραπλάσια σε σχέση με εκείνον της νευρογενούς ανορεξίας. Παρατηρούμε ακόμη, ότι ο διαβίου κίνδυνος εκδήλωσης της βουλιμίας σε σχέση με τη συγκρίνουσα νόσο, είναι τετραπλάσιος έως οκταπλάσιος, ενώ τέλος ο εν λόγω κίνδυνος αναφορικά με τον ανδρικό πληθυσμό είναι δεκαπενταπλάσιος έως πεντηκονταπλάσιος. Η συχνότητα και των δύο διατροφικών διαταραχών στο ανδρικό φύλο είναι δέκα φορές πιο μικρή από ότι, στο γυναικείο φύλο.²⁷

Το σημαντικό πάντως είναι πως οι δύο αυτές διαταραχές εμφανίζουν συχνά μία κυκλική ροή. Η διάγνωση της νευρικής ανορεξίας μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου με αποτέλεσμα το 1/3 των πασχόντων να μεταπίπτει στη νευρογενή βουλιμία και από το ποσοστό αυτό το ήμισυ να επανέρχεται ξανά σε στην κατάσταση της νευρογενούς ανορεξίας.

Σύγκριση της κλινικής εικόνας

Είναι απαραίτητο σε αυτό το σημείο να διευκρινιστούν ορισμένες ομοιότητες αλλά και διαφορές των δύο νόσων οι οποίες θα μπορούσαμε να πούμε ότι αποτελούν κατευθυντήριες γραμμές για την αναγνώριση ή/και των διαχωρισμό των δύο νόσων.

Επηρεαζόμενα Συστήματα	Νευρογενής Ανορεξία	Νευρογενής Βουλιμία
Δέρμα	Ξηροδερμία, αύξηση τριχών στο σώμα, εύθραστα νύχια, εύκολος μωλωπισμός	Ξηροδερμία
Ορμόνες	Μειωμένη ερωτική διάθεση, έντονη αίσθηση ψύχους, παύση εμμηνόρροιας, προβλήματα σύλληψης	Ακανόνιστη έμμηνος ρύση έως και αμμηνόρροια
Έντερα	Οίδημα και δυσκοιλιότητα	Ανώμαλες εντερικές κινήσεις, διόγκωση, κοιλιακές κράμπες, δυσκοιλιότητα ή διάρροια
Αίμα και σωματικά υγρά	Αναιμία, χαμηλά επίπεδα ηλεκτρολυτών στα σωματικά υγρά	Αναιμία, χαμηλά επίπεδα ηλεκτρολυτών στα σωματικά υγρά
Καρδιά και κυκλοφορία	Χαμηλή αρτηριακή πίεση, αργός καρδιακός ρυθμός, αίσθημα παλμών, καρδιακή ανεπάρκεια	Χαμηλή πίεση αίματος, αργός και/ή ακανόνιστος καρδιακός ρυθμός, μυοκαρδιακές δυσλειτουργίες, καρδιακή ανεπάρκεια
Ορμόνη T3	Μειωμένη	Μειωμένη

Πίνακας 7.2 Σύγκριση επηρεαζόμενων συστημάτων στη Νευρογενή Ανορεξία και Βουλιμία.

Παρατηρούμε λοιπόν παραπάνω ότι οι δύο αυτές διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από περισσότερες ομοιότητες παρά διαφορές στην κλινική τους εικόνα, γεγονός που τις καθιστά ευκόλως δυσδιάκριτες. Η βάση για τον διαχωρισμό των διαταραχών είναι ο τρόπος που το άτομο αντιδρά μέσα σε αυτές. Το άτομο που πάσχει από ανορεξία, κατά κύριο λόγο, αποφεύγει τη λήψη της τροφής, ενώ το άτομο που πάσχει από βουλιμία μετά από έντονη νηστεία (ή και όχι) καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφής τις οποίες αποβάλλει με διάφορες καθαρτικές μεθόδους. Να τονιστεί πως στον παραπάνω πίνακα καταγράφονται τα συμπτώματα που εμφανίζονται στα κοινά συστήματα του ανθρώπινου σώματος με σκοπό η σύγκριση να είναι περισσότερο συγκεκριμένη.

Σύγκριση διαγνωστικών κριτηρίων

Διαγνωστικά Κριτήρια	Νευρογενής Ανορεξία
A.	Περιορισμένη πρόσληψη ενέργειας, γεγονός που οδηγεί σε σημαντικά χαμηλότερο σωματικό βάρος από το ελάχιστο φυσιολογικό. (Το κριτήριο αυτό πληρείται εάν η απώλεια βάρους αναφέρεται σε $BMI < 1,5 \text{ kg/m}^2$).
B.	Έντονη ανησυχία να αυξηθεί το βάρος, ή επίμονη συμπεριφορά που παρεμβαίνει στην αύξηση βάρους. (αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, καθαρτικά κ.α.)
C.	Διαταραχή στον τρόπο όπου το άτομο αντιλαμβάνεται το σωματικό του βάρος και το σχήμα του σώματός του, επιρροή αυτών στην αυτοαξιολόγηση του.

Όπως αναλύσαμε στα σχετικά κεφάλαια, το DSMV με τα διαγνωστικά κριτήρια που προτείνει, έχει καταφέρει μια πιο άρτια κατάταξη των νοσούντων από διατροφικές διαταραχές. Η σύγκριση των διαγνωστικών κριτηρίων της νευρικής ανορεξίας και της νευρικής βουλιμίας αποτελεί σημείο αναφοράς για την κατανόηση των δύο νόσων.

Διαγνωστικά Κριτήρια	Νευρογενής Βουλιμία
A.	Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφής.
B.	Επαναλαμβανόμενες αντισταθμιστικές συμπεριφορές με στόχο την αποτροπή πρόσληψης βάρους. (αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, καθαρτικά κ.α.)
C.	Τόσο η επεισοδιακή υπερφαγία, τόσο και οι αντισταθμιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν, κατά μέσο όρο, μια φορά εβδομαδιαία επί 3 μήνες.
D.	Η αυτοαξιολόγηση επηρεάζεται σε υπερβολικό βαθμό από το σχήμα και το βάρος του σώματος.
E.	Η διαταραχή δεν επισυμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

Πίνακας 7.3 Σύγκριση Διαγνωστικών Κριτηρίων στη Νευρογενή Ανορεξία και Βουλιμία.

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε σαν βασική διαφορά το κριτήριο Α. σύμφωνα με το οποίο το ανορεκτικό άτομο περιορίζει την προσλαμβανόμενη ενέργεια από την τροφή του, ενώ το βουλιμικό άτομο ενδίδει σε υπερφαγικά επεισόδια. Σχετικά με τα υπόλοιπα κριτήρια είναι φανερές αρκετές ομοιότητες. Συγκεκριμένα, τόσο στην ψυχογενή ανορεξία όσο και στην ψυχογενή βουλιμία ο πάσχοντας λόγω του έντονου φόβου του για την απόκτηση βάρους, καταφεύγει σε διάφορες αντισταθμιστικές μεθόδους όπως είναι οι αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, η χρήση καθαρτικών και διουρητικών φαρμάκων, υπερβολική άσκηση και εξαντλητικές δίαιτες (Κριτήριο Β. στους δύο πίνακες). Επιπλέον αναλύοντας τους πίνακες, αντιλαμβάνεται κανείς ότι το άτομο συνδέει την αξιολόγηση του εαυτού του με την εικόνα του σώματός του.

(Πίνακας Νευρογενούς Ανορεξίας C., και Νευρογενούς Βουλιμίας D.). Το κριτήριο C. του πίνακα που αναφέρεται στην Νευρογενή Βουλιμία εξηγεί ότι για να διαγνωσθεί κάποιος εν λόγω νόσο χρειάζεται να παρουσιάζει υπερφαγικά επεισόδια και αντισταθμιστικές συμπεριφορές τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα για τρεις μήνες. Τέλος, σύμφωνα με το κριτήριο E. δεν κρίνεται απαραίτητο να προϋπάρχει νευρογενής ανορεξία για να εμφανισθεί η νευρογενής βουλιμία.

Σύγκριση των θεραπευτικών κριτηρίων

Βασικό θεραπευτικό κριτήριο και στις δύο νόσους είναι αποδοχή της κατάστασης από τον πάσχοντα και η αναζήτηση βοήθειας από τους ειδικούς. Όπως έχει γίνει σαφές προηγουμένως, η θεραπευτική αντιμετώπιση τόσο της ανορεξίας όσο και της βουλιμίας αποσκοπεί στην αποκατάσταση της θρέψης του ασθενούς, η τροποποίηση των διατροφικών του συνηθειών, επαναφορά της πραγματικής αντίληψης για την εικόνα του και τέλος η πλήρης ενημέρωσή του σχετικά με την διατροφή, ώστε να αναθεωρήσει τις διαστρεβλωμένες απόψεις σχετικά με τα θετικά αποτελέσματα από την απώλεια βάρους με αυτό τον τρόπο. Οι θεραπείες που προτείνονται για την κάθε μια από τις νόσους παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Νευρογενής Ανορεξία	Νευρογενής Βουλιμία
Διατροφική Αγωγή, Εκπαίδευση	Εκπαίδευση
Θεραπεία Οικογένειας	Διαπροσωπική Θεραπεία
ΓνωσιακήΣυμπεριφορική Θεραπεία	ΓνωσιακήΣυμπεριφορική Θεραπεία
Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία	Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία
Φαρμακευτική Αγωγή	Ψυχοτρόπα Φάρμακα

Πίνακας 7.4 Σύγκριση θεραπευτικής αγωγής στη Νευρογενή Ανορεξία και Βουλιμία.

Αρχικά πρέπει να αποσαφηνιστεί ότι η Διατροφική Αγωγή στη Νευρογενή Ανορεξία αφορά τους πάσχοντες οι οποίοι χρήζουν νοσηλείας, καθώς, όπως έχει διευκρινιστεί στο αντίστοιχο κεφάλαιο, οι υπόλοιποι πάσχοντες βασίζονται κυρίως στην εκπαίδευση., μιας και αρκετοί ειδικοί θεωρούν ότι δεν κρίνεται απαραίτητο να επιφορτιστούν με ένα αυστηρό πρόγραμμα διατροφής. Η ΓνωσιακήΣυμπεριφορική Θεραπεία και η Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία έχουν πανομοιότυπη εφαρμογή και στις δυο περιπτώσεις. Η Θεραπεία Οικογένειας φαίνεται να είναι ιδιαίτερα

αποτελεσματική στην Νευρογενή Ανορεξία, εφόσον έχει αντιμετωπιστεί ο υποσιτισμός. Αντίστοιχα, η Διαπροσωπική Θεραπεία μοιάζει να φέρει θετικά αποτελέσματα στο βουλιμικό άτομο, αφού εστιάζει στις διαπροσωπικές σχέσεις του και την συναισθηματική του ευαλωτότητα. Τέλος, και οι δυο παθήσεις μπορεί να χρήζουν φαρμακευτικής αγωγής. Παρόλα αυτά στη Νευρογενή Ανορεξία επιλέγεται μόνο εάν είναι απαραίτητη. Κατά κύριο λόγο δίνονται ηπακτικά, βιταμίνες ασβεστίου, αντιψυχωτικά και αντικαταθλιπτικά. Στην Νευρογενή Βουλιμία επιλέγονται ψυχοτρόπα φάρμακα, αρκετές κατηγορίες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, και ορισμένοι εκλεκτικοί αναστολείς.

Οφείλουμε να επισημάνουμε σε αυτό το σημείο ότι στην ειδική θεραπεία εφήβου που πάσχει από Νευρογενή Ανορεξία προτείνεται κυρίως η Θεραπεία Οικογένειας, ενώ στην αντίστοιχη θεραπεία της Νευρογενούς Βουλιμίας συνίσταται η Οικογενειακή, Ατομική, Διαλλακτική Θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

8.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πρόληψη είναι ένα σύνολο προγραμματισμένων ενεργειών που προσφέρουν την ικανότητα στο άτομο να αποφύγει τους κινδύνους που οδηγούν τις διατροφικές διαταραχές.⁶¹ Η πρόληψη προάγει έναν ισορροπημένο τρόπο ζωής για το φυσιολογικό βάρος, λόγω του ότι το άτομο έχει αποκτήσει μέσω αυτής τις απαραίτητες γνώσεις για να αποφύγει κατά κάποιο τρόπο τις επικίνδυνες συμπεριφορές.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη των διατροφικών διαταραχών εστιάζεται στην έγκαιρη και έγκυρη ενημέρωση της κοινότητας για τις διαταραχές αυτές και τις συνέπειές τους, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και στον ενστερνισμό στάσεων οι οποίες διευκολύνουν το άτομο να 'διασχίσει' όλα τα στάδια της ανάπτυξής του, με τον κατά το δυνατόν πιο ανώδυνο τρόπο. Επίσης οι ενέργειες αυτές της πρόληψης, εμπεριέχουν και την ενίσχυση της προσωπικότητας του ατόμου με αντιστάσεις και αυτοεκτίμηση, την ενθάρρυνση του ατόμου να ανακαλύψει τις δυνατότητές του και ό,τι διεγείρει το προσωπικό του ενδιαφέρον, με σκοπό να κατορθώσει να γίνει ένας ενεργητικός άνθρωπος. Αξίζει να αναφερθεί ότι ένα πρόγραμμα πρόληψης συμβατό με την εποχή, για να γίνει ενημέρωση από τον νοσηλευτή για τις διαταραχές που σχετίζονται με τη λήψη τροφής, είναι το διαδίκτυο. Σε σύγκριση με άλλες προληπτικές προσεγγίσεις, τα διαδικτυακά προγράμματα πρόληψης προσφέρουν δυνατότητες ευρείας διάδοσης προς την κοινότητα, με χαμηλό κόστος και πρόσθετα πλεονεκτήματα, όπως άμεση προσβασιμότητα, ευκολότερη τυποποίηση, ταχεία ενημέρωση πληροφορίας με βάση τα νέα δεδομένα, ποικιλία πηγών, εύκολη δυνατότητα διασταύρωσης πληροφοριών κ.α. Ακόμη, να τονιστεί ότι ορισμένες αναθεωρήσεις και μετα-αναλύσεις σχετικά με τα προγράμματα που βασίζονται στο διαδίκτυο έχουν φανερώσει ότι μειώνουν τα συμπτώματα των εν λόγω διαταραχών.^{56,57} Πιο συγκεκριμένα, οι προτάσεις των νοσηλευτών προς τους γονείς, τους εφήβους αλλά και μεμονωμένα σε ένα ενήλικο άτομο που πάσχει εστιάζονται κατά κύριο λόγο, στην αποθάρρυνση των πολύ περιοριστικών διαιτών και της παράλειψης γευμάτων, αλλά και της χρήσης καθαρτικών ή διουρητικών φαρμακευτικών σκευασμάτων. Αντιθέτως, πολύ σημαντική είναι η ενθάρρυνση υγιεινών διατροφικών συνηθειών που ενισχύουν τη

φυσική δραστηριότητα. Η επικέντρωση οφείλει να γίνεται στον υγιεινό τρόπο ζωής και στις καθημερινές συνήθειες παρά στα αρνητικά σχόλια για το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Εκτός των άλλων, ο νοσηλευτής στο στάδιο της πρόληψης είναι υπεύθυνος για την προώθηση μιας θετικής εικόνας και αγάπης για το σώμα στους εφήβους, το κυρίαρχο κίνητρο για την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών δεν θα πρέπει να αποτελεί η ‘ντροπή’ του νέου για το σώμα του αλλά η κατάσταση της υγείας του στην παρούσα φάση. Επίσης, η υπεύθυνη θεραπευτική ομάδα οφείλει στη φάση της πρόληψης να αποτρέψει τα παιδιά και τους εφήβους από την υιοθέτηση προτύπων ομορφιάς που είναι «αποδεκτά» από την κοινωνία, αντιθέτως να τα ωθήσει σε αποδοχή της διαφορετικότητας του σώματός τους και φροντίδας αυτού. Επιπροσθέτως, είναι απαραίτητη η πραγματοποίηση συχνών και μικρών γευμάτων, η αύξηση των συζητήσεων της οικογένειας σχετικά με την υγεία, του υγιεινού τρόπου ζωής και την καθημερινή φυσική δραστηριότητα. Στο συγκεκριμένο σημείο να διευκρινιστεί ότι ο νοσηλευτής όταν καλείται να αντιμετωπίσει διατροφικές διαταραχές χρειάζεται να έχει πάντα υπόψιν του ότι πρέπει να διερευνά την πιθανότητα κακομεταχείρισης του ατόμου από το οικογενειακό ή το κοινωνικό του περιβάλλον. Τέλος, κατά τη διάρκεια προσπάθειας ελέγχου του βάρους του ασθενούς πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην απαραίτητη πρόσληψη όλων των θρεπτικών συστατικών τα οποία είναι αναγκαία για την ομαλή εξέλιξη ενός οργανισμού.^{57,58}

Ενδιαφέρον έχει η υπουργική απόφαση που εκδόθηκε τον Αύγουστο του 2016, από το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας σε μια προσπάθεια να ξεδιαλύνει παρερμηνεύσεις σχετικά με τα δυσανεκτικά και τα διατροφικά διαταραγμένα άτομα: «Ουδεμία σχέση, τουλάχιστον έως τώρα επιστημονικά τεκμηριωμένη έχουν οι τροφικές υπερευαισθησίες με το σωματικό βάρος ή το μεταβολικό ρυθμό, τη ρύθμισή του, την απώλεια βάρους και το σχεδιασμό διαιτολογίου με αυτό το σκοπό. Η χρησιμοποίηση των τεστ δυσανεξίας σε προγράμματα απώλειας βάρους δεν έχει καμία επιστημονική βάση, αφενός διότι τα τεστ τα οποία χρησιμοποιούνται δεν έχουν διαγνωστική αξία, αφετέρου διότι οι τροφικές δυσανεξίες δεν σχετίζονται με την απώλεια βάρους».⁵⁸

Ένας άρτια λοιπόν εκπαιδευμένος νοσηλευτής, οφείλει να προβεί στη λήψη ιστορικού, να παρατηρήσει και να αναγνωρίζει μέσω της αξιολόγησης την

υπάρχουσα διαταραχή. Ακόμη, έχει υποχρέωση να είναι πλήρως ενημερωμένος σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές, την αιτιολογία τους, το μηχανισμό δράσης και τις επιπλοκές τους στον ανθρώπινο οργανισμό. Η στάση που θα ακολουθήσει απέναντι στον ασθενή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για τη μετέπειτα συμπεριφορά του πάσχοντα εντός των πλαισίων του θεραπευτικού προγράμματος και τελικά για την έκβαση της θεραπείας. Σε αυτό το σημείο ο νοσηλευτής χρειάζεται να αναπτύξει ένα κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσα σε εκείνον και το θεραπευόμενο, έτσι ώστε να αισθάνεται οικεία, με σκοπό την επιλογή κατάλληλου θεραπευτικού πλάνου και μιας αποτελεσματικής συνεργασίας. Για να επιτευχθεί το παραπάνω είναι απαραίτητο ο ειδικός να αντιμετωπίζει το άτομο σαν ολότητα, με προσωπικούς φόβους και ανάγκες που χρειάζεται ουσιαστική υποστήριξη, όχι μόνο ως ασθενής αλλά και ως άνθρωπος.

Για το λόγο αυτό η ψυχολογική υποστήριξη αποτελεί τη βάση του νοσηλευτικού ρόλου. Ειδικότερα και εφόσον ο νοσηλευτής έχει δημιουργήσει το προαπαιτούμενο κλίμα, το επόμενο σημαντικό στάδιο, είναι να καθοδηγήσει το άτομο το οποίο πάσχει από κάποια διατροφική διαταραχή, να αντιληφθεί τον τρόπο με τον οποίο αυτή επηρεάζει τη ζωή του. Σκοπός αυτού του σταδίου είναι να επιτευχθεί μια αρχική κινητοποίηση από την πλευρά του ασθενή για την υιοθέτηση ενός τρόπου διαβίωσης, που να προάγει την προσαρμογή του στην αντίστοιχη θεραπεία. Στο εν λόγω στάδιο ο νοσηλευτής θα πρέπει να πραγματοποιήσει λήψη ατομικού και οικογενειακού ιστορικού με σκοπό την κατάλληλη οργάνωση, σχεδίαση και εκτέλεση του θεραπευτικού προγράμματος. Η προσωπική βούληση του ασθενή θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψιν για το σχεδιασμό κατάλληλου πλάνου που δεν θα είναι αποπνικτικό για τον ίδιο. Απαιτείται η πλήρης ενημέρωση του πάσχοντα για εναλλακτικά σχέδια και διεξοδικές παραμέτρους ώστε ιδανικά, να συμμετέχει εκούσια σε αυτές.

Στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι σε περίπτωση που ο θεραπευόμενος χρειαστεί να νοσηλευτεί ή να εισαχθεί σε κάποιο ίδρυμα υποστήριξης, οφείλει αρχικά να ενημερωθεί για αυτό καθώς και να έχει επισκεφθεί το χώρο αρκετές φορές πιο πριν, ούτως ώστε να μην του είναι άγνωστο ούτε το περιβάλλον ούτε το προσωπικό. Οι παρεμβάσεις που θα επιλεγθούν πρέπει να αποσκοπούν σε βραχυπρόθεσμους στόχους, εστιασμένες σε μικρά βήματα και σχεδιασμένες με τρόπο, που θα βελτιώνουν τη λειτουργικότητα του ασθενούς και θα ελαττώνουν τη δυσφορία του.

Επιπρόσθετα, είναι βασικό η θεραπευτική ομάδα να διατηρεί την ελπίδα του ασθενούς ζωντανή για βελτίωση της κατάστασής του επαινώντας την προσπάθειά του. Όλα τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν τον τρόπο συμπεριφοράς τους. Ο στόχος των δύο αυτών παραμέτρων δεν είναι άλλος από την καλύτερη απόδοση του πάσχοντα μέσα στη σχεδιασμένη για αυτόν θεραπεία. Επιπλέον, ο διατροφικός προγραμματισμός του ατόμου, αποτελεί το κέντρο της θεραπείας καθώς μέσω αυτού πραγματοποιείται η αντιμετώπιση ζωτικών προβλημάτων του ασθενούς, όπως η αφυδάτωση, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η απομάκρυνση από το φυσιολογικό τρόπο σίτισης κ.α. Εκτός από την εκπαίδευση του νοσούντα, είναι απαραίτητη και η εκπαίδευση της οικογένειας. Η οικογένεια εφόσον είναι στενά συνδεδεμένη με τον ασθενή γνωρίζοντας τις επιθυμίες και τις ανάγκες του, οφείλει να είναι λεπτομερώς ενήμερη για τη νόσο και ότι αυτή συνεπάγεται, για το διατροφικό πλάνο που πρέπει να ακολουθηθεί αλλά και για τους πιθανούς τρόπους όπου το άτομο μπορεί να ακολουθήσει προς αποφυγήν της θεραπείας. Το κοντινό του περιβάλλον σε συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα, χρειάζεται να προβάλει κίνητρα για να συμμετέχει και να διατηρήσει ο πάσχοντας το θεραπευτικό πρόγραμμα που έχει σχεδιαστεί για αυτόν, όπως τη μείωση της αϋπνίας, την ανακούφιση από τη δυσκοιλιότητα, την απαλοιφή των πόνων κ.α.

Για να επιτευχθούν όσα αναφέρθηκαν, προαπαιτείται καλή συνεργασία του νοσηλευτή (και των υπολοίπων μελών) με τη θεραπευτική ομάδα, με τρόπο που θα ελέγχονται τα έντονα συναισθήματα, που πιθανώς να αναδυθούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας τόσο μεταξύ των συναδέλφων όσο και μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και του ασθενούς.⁵⁵

Όλα όσα αναλύθηκαν προηγουμένως, είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την ομαλή εξέλιξη και επιτυχημένη έκβαση της θεραπείας. Πολλές φορές οι ασθενείς που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, υπάρχει η πιθανότητα να μπορούν να αντιμετωπίσουν τη νόσο εξωνοσοκομειακά, ενώ σε άλλες περιπτώσεις χρήζουν εισαγωγής στο νοσοκομείο. Στην πρώτη περίπτωση, ο ρόλος του νοσηλευτή εστιάζεται κυρίως στην ενημέρωση, στην εκπαίδευση και στη συμβουλευτική. Συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση της οικογένειας σχετικά με τον ορισμό της νόσου και την πιθανή αιτιολογία της με σκοπό η οικογένεια να συμβάλει, κατά το δυνατόν, στην άρση των υπαίτιων παραγόντων. Η

κύρια αντιμετώπιση βασίζεται στην ακολούθηση διατροφής, η οποία έχει προταθεί από ειδικό διαιτολόγο, τον οποίο έχει φέρει σε επαφή ο νοσηλευτής. Εκτός αυτού, η παρουσία ενός ψυχολόγου κρίνεται αναγκαία για τον ασθενή για ευνόητους λόγους. Ο νοσηλευτής σε συνεργασία με τον ψυχολόγο θέτουν ένα στόχο που αποτελεί τη βάση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση, να αποστασιοποιηθούν από τα άγχη που τον συνοδεύουν σχετικά με την κατανάλωση τροφής και εκείνα που αφορούν τη διαστρεβλωμένη αντίληψη του «ωραίου» σώματος. Επιπλέον, η κοινωνικοποίηση του ασθενούς και η αύξηση των επικοινωνιακών του σχέσεων θα πρέπει να αποτελούν ένα ακόμη μέλημα. Σε αυτό το σημείο να υπενθυμίσουμε ότι το άτομο που πάσχει από διατροφικές διαταραχές, συνήθως δεν είναι απαραίτητο να περιορίζεται σε ένα αυστηρό πρόγραμμα διατροφής, αλλά να μην παραλείπει το πρωινό του γεύμα και να λαμβάνει μέσω της διατροφής του την προαπαιτούμενη ενέργεια και τα θρεπτικά συστατικά.

Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής φέρει την ευθύνη εκπαίδευσης της οικογένειας για την παρακολούθηση του βάρους, των ζωτικών σημείων, της καταγραφής των εμέτων, των προσλαμβανόμενων και τωναποβαλλόμενων υγρών αλλά και της αξιολόγησης των ηλεκτρολυτών. Αναγκαία είναι η παραμονή κάποιου ατόμου κατά τη λήψη γεύματος και η συνοδεία του ασθενούς στο μπάνιο (σε περίπτωση υποψίας για πρόκληση εμέτων). Ακόμη, ο πάσχοντας πρέπει να αντιληφθεί ότι η μείωση (και όχι η αύξηση) των δραστηριοτήτων θα βοηθήσει την ενδυνάμωση του σώματός του που είναι ήδη εξαντλημένο από τη νόσο. Κατά κύριο λόγο ο ασθενής θα πρέπει να αναπληρώνει τον ύπνο του, να αναπαύεται ξαπλωμένος, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν πρέπει να διεγείρεται τακτικά για να αποφθεχθούν άλλες επιπλοκές όπως κατακλίσεις, παραλυτικός ειλός, ατελεκτασία κ.α. Στην περίπτωση που αυτό δεν πραγματοποιείται και υπάρχει υπόνοια σχηματισμού κατάκλισης, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τον έγκαιρο εντοπισμό και την αντιμετώπισή της. Όταν ο ασθενής σταδιακά επανέρχεται γίνεται έλεγχος για διάταση κοιλίας λόγω δυσκοιλιότητας και σχηματισμό οιδήματος που μπορεί να συμβεί εξαιτίας της διακοπής των καθαρτικών σκευασμάτων. Επίσης, τόσο η οικογένεια όσο και η ίδια η νοσηλευτική ομάδα φέρουν την ευθύνη για την ευγενική αντιμετώπιση του ασθενή σε περίπτωση που υποπτευθούν ότι συνεχίζονται οι καθαρτικές συμπεριφορές ή/και η παράληψη

γευμάτων με πεταμένα τρόφιμα ή κρυμμένους εμέτους, για τα οποία μπορεί να ελέγξουν στον προσωπικό του χώρο υπό την παρουσία του ασθενή.

Στην άλλη περίπτωση εντάσσονται τα άτομα τα οποία δεν είναι ικανά να αντιμετωπίσουν τη νόσο εξωνοσοκομειακά. Η νοσηλεία ενός ασθενούς στο νοσοκομείο θα πρέπει να αποτελεί την τελική λύση, αφού προηγουμένως θα έχει αποτύχει η εξωνοσοκομειακή φροντίδα, ή θα έχει εμφανισθεί επιδείνωση της κατάστασης. Έχοντας ως δεδομένο το ρόλο του νοσηλευτή που αναφέρθηκε αρχικά, ένα άτομο το οποίο έχει εισαχθεί στο νοσοκομείο, θα πρέπει να προσεγγιστεί από το προσωπικό με τρόπο που εκφράζει ενδιαφέρον και κατανόηση χωρίς να είναι αδιάκριτο. Ακόμη, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να σεβαστούν την ανάγκη του πάσχοντα για προάσπιση της ιδιωτικότητας του και να είναι προσεκτικοί στην χρήση των λεκτικών μηνυμάτων, καθώς απευθύνονται σε ένα ευάλωτο ψυχολογικά άτομο. Συνάμα όπως είναι γνωστό, η ασφάλεια του ασθενούς είναι υψίστης σημασίας για όσο διάστημα ο ίδιος δεν είναι σε θέση να προστατεύσει τον εαυτό του (αυτοτραυματισμοί, απόπειρες αυτοκτονιών κ.α.), ωστόσο, απαραίτητη είναι και η ασφάλεια του προσωπικού που μπορεί να πραγματοποιηθεί θέτοντας όρια τα οποία βοηθούν τους ασθενείς να συγκρατούν τις παρορμητικές τους συμπεριφορές. Καθημερινά λοιπόν, απαιτείται να γίνεται έλεγχος βάρους μέσω του ζυγίσματος, έλεγχος του ισοζυγίου των υγρών και της αξιολόγησης των ηλεκτρολυτών, καταγραφή εμέτων καθώς και ζωτικών σημείων, τα οποία αποτελούν βασικό δείκτη για την πορεία ενός διατροφικά ασταθούς ατόμου.

Στο αρχικό στάδιο της θεραπείας όπου ο ασθενής ξεκινά να σιτίζεται περισσότερο από όσο συνήθιζε, πρέπει να δοθεί προσοχή από τη θεραπευτική ομάδα για την εμφάνιση του συνδρόμου επανασίτισης (εάν η θερμιδική πρόσληψη αυξηθεί με έντονους ρυθμούς θα παρουσιαστεί πτώση φωσφόρου, καλίου στον ορό του αίματος και γενικευμένο οίδημα). Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι δεκτικός στη λήψη τροφής ή νοσηλεύεται για βραχύ διάστημα, ενδείκνυται η ενδοφλέβια ή ρινογραφαστρική διατροφή. Παρά ταύτα, είναι σημαντική η παρακολούθηση του ατόμου για εμφάνιση αρρυθμιών (κίνδυνος παράτασης διαστήματος QT) με τη λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος και σφίξεων. Ακόμη, ο ρόλος του ψυχολόγου σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές εκτός από τον καθορισμό ορίων με σκοπό την αποτελεσματική θεραπεία και την προστασία του ασθενούς και της θεραπευτικής

ομάδας, κινείται γύρω από τον άξονα της ψυχολογικής στήριξης του οικογενειακού αλλά και φιλικού περιβάλλοντος του ασθενούς.

Η θεραπευτική ομάδα θα πρέπει να έχει τον έλεγχο της συναισθηματικής κατάστασης που τους δημιουργεί, καθώς εκείνος ορισμένες φορές θα αντιστέκεται επιθετικά στη θεραπεία. Αφότου οι θεραπευτές με κυρίαρχο το ρόλο του ψυχολόγου έχουν προσπαθήσει να αποβάλλουν την ανησυχία και το φόβο που διακατέχει το άτομο, σχετικά με τη λήψη τροφής σε μεγαλύτερες ποσότητες από όσο συνήθιζε, ο ρόλος του νοσηλευτή επικεντρώνεται στην παρατήρηση και αντίληψη των συμπεριφορών του ασθενούς καθώς και τον έλεγχο για χρήση καθαρτικών μεθόδων ή παράληψη γευμάτων. Ερευνώντας το χώρο και τα πράγματά του πάντα παρουσία του ασθενούς, ο νοσηλευτής οφείλει να αποφεύγει την επικριτική και επιπληκτική αντιμετώπιση του σε περίπτωση που έχει υπό πέσει σε τέτοιες συμπεριφορές. Επίσης, ενδείκνυται η παρουσία του την ώρα λήψης του γεύματός του, με τέτοιο τρόπο ώστε να μην γίνεται αδιάκριτος (μπορεί να βρίσκεται στο χώρο την ώρα της κατανάλωσης του φαγητού ή να έχει ξεκινήσει μία ευχάριστη συζήτηση μαζί του). Ο πάσχοντας θα πρέπει να επισκέπτεται το μπάνιο 2 ώρες μετά τη βρώση φαγητού, ειδάλλως να συνοδεύεται σε αυτό προκειμένου να αποφευχθεί η πρόκληση εμέτων. Και σε αυτή την περίπτωση συστήνεται στον ασθενή μείωση της σωματικής του δραστηριότητας ούτως ώστε να ελαττωθεί η κατανάλωση ενέργειας. Η θεραπευτική ομάδα σε ένα δεύτερο στάδιο πρέπει να ενθαρρύνει τον νοσούντα να αναγνωρίζει τις δεξιότητες και τα δυνατά του σημεία, επιλύοντας κατά το δυνατόν μόνος του τα προβλήματά του.^{55,56,57}

8.1.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η αναγνώριση των συμπτωμάτων μιας νόσου, των αιτιολογικών παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται με την εκδήλωσή της αλλά και η λήψη αποτελεσματικών μέτρων πρόληψης, όταν εφαρμόζονται ως μέτρα πριν την εμφάνιση μιας ασθένειας ορίζουν την πρωτογενή πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη βασίζεται σε επιδημιολογικές πληροφορίες, υποδεικνύοντας συμπεριφορές, οι οποίες είναι προστατευτικές από την εκδήλωση της νόσου. Ακόμη, καθορίζει τις συμπεριφορές εκείνες που δεν συμβάλλουν στην διάδοση της ασθένειας αλλά και όσες θεωρούνται συμπεριφορές

υψηλού κινδύνου. Διακρίνονται τρεις τύποι πρωτογενούς πρόληψης: *καθολική, επιλεκτική και ενδεδειγμένη*.

Καθολική πρόληψη

Η καθολικού τύπου πρόληψη απευθύνεται κατά βάση στο γενικό πληθυσμό και περιλαμβάνει το σύνολο των μελών κάθε ομάδας που επιλέγει να ερευνήσει. Τα προγράμματα καθολικού τύπου, στοχεύουν στην πρόληψη των διατροφικών διαταραχών. Ουσιαστικά πλεονεκτήματα των προγραμμάτων αυτών είναι ότι δεν στιγματίζουν το άτομο, ότι παρέχουν τη δυνατότητα αντιμετώπισης κοινωνικών παραγόντων επικινδυνότητας, που θα μπορούσε να επηρεάσουν δυνητικά τον πληθυσμό καθώς και πως προετοιμάζουν ένα πλαίσιο για να εφαρμοστούν στοιχειοθετημένα προγράμματα. Παρά ταύτα, η καθολική πρόληψη εμπεριέχει και ορισμένα μειονεκτήματα. Για παράδειγμα, οι κοινοτικές πρωτοβουλίες μπορούν να ελαττωθούν, επίσης τα άτομα δεν επωφελούνται αρκετά μέσα από τα προγράμματα αυτά. Ακόμη, πιθανώς να εμφανίζουν αρνητική επίδραση στα άτομα υψηλού κινδύνου ενώ όσα είναι χαμηλού κινδύνου ίσως τα κρίνουν ως ανώφελα.

Επιλεκτική πρόληψη

Η επιλεκτική πρόληψη επικεντρώνεται σε ορισμένο κομμάτι του πληθυσμού, ή σε ομάδες αυξημένου κινδύνου για την εκδήλωση διατροφικών διαταραχών. Να αναφερθεί σε αυτό το σημείο ότι ο εντοπισμός των ομάδων υψηλού κινδύνου μπορεί να βασιστεί σε ένα εύρος βιολογικών, ψυχοκοινωνικών ή περιβαλλοντικών γνωρισμάτων. Υπάρχουν στοιχεία ότι η αποτελεσματικότητα της επιλεκτικής πρόληψης αυξάνεται όσο πιο νωρίς αυτή εφαρμόζεται στις απαραίτητες πληθυσμιακές ομάδες. Για παράδειγμα, είναι ορθό η πρόληψη αυτή να απευθύνεται σχετικά νωρίς σε παιδιά των οποίων οι γονείς πάσχουν (ή έπασχαν) από κάποια διατροφική διαταραχή. Ορισμένα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης πρόληψης είναι ότι παρέχει τη δυνατότητα έγκαιρου εντοπισμού των προβλημάτων, τη δυνατότητα εξατομίκευσης καθώς και την άμεση κινητοποίηση των υπηρεσιών υποστήριξης. Ωστόσο, δεν παραλείπονται κάποια πλεονεκτήματα όπως, ο πιθανός στιγματισμός του ατόμου, η δυσκολίες στον έγκαιρο εντοπισμό των ομάδων υψηλού κινδύνου καθώς και η πιθανή στάση άρνησης ορισμένων.

Ενδεδειγμένη πρόληψη

Η εν λόγω πρόληψη περιστρέφεται γύρω από το άτομο, με τις παρεμβάσεις να απευθύνονται σε άτομα που αναζητούν μόνα τους υποστήριξη από θεραπευτικές υπηρεσίες ή παραπέμπονται σε αυτές μέσα από μια διαδικασία αξιολόγησης, στην οποία και συμμετείχαν. Να σημειωθεί ότι τα άτομα αυτά πιθανώς να έχουν ήδη νοσήσει από τέτοιου τύπου διαταραχές αλλά να μην έχουν διαγνωστεί, ή να παρουσιάζουν παράγοντες υψηλού κινδύνου, οι οποίοι συνδέονται με τη μελλοντική νόσηση (αντικοινωνική συμπεριφορά, άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, κ.α.). Στόχος της ενδεδειγμένης πρόληψης δεν είναι τόσο η πρόληψη της εκδήλωσης διατροφικών διαταραχών, όσο η επιδείνωσή τους.^{60,61}

8.1.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Με τον όρο δευτερογενής πρόληψη εννοείται η πρόωπη ανίχνευση της ήδη υπάρχουσας διαταραχής, που ίσως δεν είναι ακόμα κλινικά ορατή, με σκοπό την πιο ευνοϊκή της πρόγνωση. Τα κύρια μέτρα που συνιστούν τη δευτερογενή πρόληψη αποτελούν η φυσική εξέταση για πρόωπη διάγνωση, οι παρεμβάσεις με σκοπό την έγκαιρη θεραπεία, τα επιδημιολογικά στοιχεία και οι κλινικές δοκιμές που προσδιορίζουν αποτελεσματικές θεραπείες. Στην παρούσα φάση ο σκοπός είναι να προβληθεί η διαταραχή ως αντιμετωπίσιμη με υψηλό ποσοστό επιτυχίας και καλή έκβαση, ούτως ώστε το άτομο να ενθαρρύνεται τόσο στην αναζήτηση βοήθειας όσο και στη βέλτιστη συμμόρφωσή του στη θεραπεία.^{59,60}

8.1.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η τριτογενής πρόληψη στοχεύει στην πρόληψη της υποτροπής των διαταραχών πρόσληψης της τροφής, καθώς επίσης και στον περιορισμό των επιπτώσεων αυτών.⁴⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

9.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μία προσέγγιση τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, σχετικά με τη φροντίδα του ασθενούς. Θεωρείται μια συστηματική διαδικασία που παρέχει τη δυνατότητα στους νοσηλευτές να την χρησιμοποιούν για την αναγνώριση, την πρόληψη και την αντιμετώπιση πραγματικών και δυνητικών προβλημάτων υγείας. Επιπλέον, η διεργασία αυτή αναπτύσσει με το βέλτιστο τρόπο την επικοινωνία και τη συνεργασία μεταξύ της ομάδας φροντίδας υγείας.⁵

9.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η νοσηλευτική διεργασία περιλαμβάνει τα εξής βήματα: αξιολόγηση, αντικειμενικοί σκοποί, προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας, εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας και εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Ο ακόλουθος πίνακας παρουσιάζει μια νοσηλευτική διεργασία στην περίπτωση της νευρογενούς βουλιμίας σε πιθανές κλινικές εκδηλώσεις του ασθενούς:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αυτοπροκαλούμενοι έμετοι	Αποτροπή εμέτου κατά τη διάρκεια ή τη λήψη γεύματος	-Επίβλεψη ασθενούς κατά τη διάρκεια λήψης γεύματος -Επίβλεψη ασθενούς έως και 2 ώρες μετά τη λήψη γεύματος	Πραγματοποιήθηκε υπεύθυνη παρακολούθηση κατά τη βρώση τροφής	Καταναλώθηκε η απαιτούμενη ποσότητα τροφής χωρίς την πρόκληση εμέτου
Διαταραχές ηλεκτρολυτών	Αποκατάσταση της διαταραχής με σκοπό την επιτυχία φυσιολογικών τιμών ηλεκτρολυτών	-Επαρκής ενυδάτωση ασθενή (Peros, IV) -Χορήγηση επιπλέον ηλεκτρολυτών αν κρίνεται απαραίτητο	-2 με 3lit ορού IV (N/S 0,9%, D/W 5%) -Επιπλέον εμπλουτισμός ορών με ηλεκτρολύτες (π.χ. υποκαλιαιμία)	Ενυδατώθηκε επιτυχώς, επαναφορά τιμών ηλεκτρολυτών σε φυσιολογικά επίπεδα
Δυσκοιλιότητα/Διάρροια	Αποκατάσταση φυσιολογικής λειτουργίας εντέρου/φυσιολογική σύσταση κοπράνων	-Σταδιακή μείωση καθαρτικών σκευασμάτων -Εισαγωγή κατάλληλης διατροφής στο διαιτολόγιο	Πραγματοποιήθηκε σταδιακή μείωση καθαρτικών σκευασμάτων και εισήχθηκε αρμόζουσα διατροφή	Αντιμετωπίστηκε επιτυχώς η δυσκοιλιότητα/διάρροια

Ο ακόλουθος πίνακας παρουσιάζει μια νοσηλευτική διεργασία στην περίπτωση της νευρογενούς ανορεξίας σε πιθανές κλινικές εκδηλώσεις του ασθενούς:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Χρήση καθαρτικών σκευασμάτων	-Αποκοπή καθαρτικών σκευασμάτων -Πλήρη ενυδάτωση οργανισμού	-Σταδιακή μείωση καθαρτικών σκευασμάτων -Αντιμετώπιση αφυδάτωσης	Πραγματοποιήθηκε σταδιακή μείωση καθαρτικών με τακτική επίβλεψη ασθενούς και επαρκής ενυδάτωση του οργανισμού	Επιτεύχθηκε διακοπή καθαρτικών και η πλήρης ενυδάτωση
Υπόταση	Επαναφορά αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα	-Μέτρηση ζωτικών σημείων -Σωστή ενυδάτωση -Κατάλληλη διατροφή για αποφυγή υπότασης -Αν ενδείκνυται χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων	Πραγματοποιήθηκε λήψη ζωτικών σημείων ανά 3 ώρες, επαρκής ενυδάτωση, σχηματίστηκε κατάλληλο διατροφολόγιο που ανεβάζουν την πίεση και φαρμακευτική αγωγή για ρύθμιση αρτηριακής πίεσης	Πραγματοποιήθηκε η λήψη ζωτικών σημείων και επαρκής ενυδάτωση, ο πάσχων συμμορφώθηκε με το νέο διατροφολόγιο και την φαρμακευτική του αγωγή
Υπογλυκαιμία	Επαναφορά της γλυκόζης του αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα	-Μέτρηση σακχάρου αίματος -Σχηματισμός κατάλληλου διαιτολογίου -Χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων για τη ρύθμιση του σακχάρου του αίματος	Πραγματοποιήθηκε μέτρηση σακχάρου αίματος ανά 4 ώρες, σχηματίστηκε ειδικό διατροφολόγιο για τη ρύθμιση σακχάρου (συντηρητική αντιμετώπιση σε ήπια υπογλυκαιμία), αντιμετώπιση υπογλυκαιμίας μέσω φαρμακευτικών σκευασμάτων	Πραγματοποιήθηκε επιτυχώς η λήψη σακχάρου, ακολουθήθηκε πιστά η διατροφή και η φαρμακευτική αγωγή

9.3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Η Αλίκη μιλάει για διαταραχές πρόσληψης τροφής

Στην δική μου περίπτωση το τέλος της θεραπείας, δηλαδή η έξοδός μου από το νοσοκομείο στο οποίο έμεινα 6 ολόκληρους μήνες και 5 ημέρες, δεν αποτελούσε και το τέλος της διαταραχής πρόσληψης τροφής μου. Το πρόβλημα ξεκινάει ως ψυχολογικό και μετά επεκτείνεται σε όλο το σώμα μέσω της στέρησης των απαραίτητων βιταμινών και ιχνοστοιχείων που χρειάζεται ένα άτομο για να επιβιώσει. Προσωπικά αντιλαμβάνομαι ότι «πέφτεις» σωματικά με αποτέλεσμα να γίνεσαι ευάλωτος σε ασθένειες. Στη δική μου περίπτωση δεν μπορούσα να βγω από το σπίτι μου γιατί δεν είχα τη δύναμη. Πολλές φορές έπεφτα κάτω στην προσπάθειά μου να κάνω το οτιδήποτε με αποτέλεσμα να μην έχω μια κανονική καθημερινότητα. Όπως είναι λογικό πίστευα ότι το βασανιστήριο μου θα τελείωνε μόλις έκλεινα την πόρτα το νοσοκομείου πίσω μου. Τα όνειρα όσο βρισκόμουν στο νοσοκομείο ήταν να ξαναδώ τους φίλους μου, να βγώ, να διασκεδάσω, να χαρώ, να επιστρέψω στο νησί μου, να δω τη θάλασσα, να αγκαλιάσω τους δικούς μου. Όλα αυτά έγιναν, πέρασα ένα πολύ ωραίο Αύγουστο όπου η διατροφή μου πήγαινε πολύ καλά και ακολουθούσα πιστά τα γεύματά μου. Στις αρχές του Σεπτεμβρίου είχε ραντεβού με το γιατρό μου και μαζί του συζήτησα την επιθυμία μου να επιστρέψω στις σπουδές μου. Παρά τους δισταγμούς τόσο του γιατρού μου όσο και των γονιών μου κατάφερα να τους πείσω ότι θα έκανα τα πάντα για να αρχίσω πάλι να σπουδάζω. Ήταν βέβαια εμφανές ότι δεν ήμουν έτοιμη για κάτι τέτοιο, αλλά εγώ επέμενα. Αρχικά όλα μου φαινόταν πως ήταν υπό έλεγχο, καθώς η διατροφή και το βάρος μου ήταν σταθερά. Όμως μετά από λίγο άρχισα να αγχώνομαι με τη σχολή μου και να θέλω να αναπληρώσω πολύ γρήγορα όλα τα κενά που είχα λόγω απουσίας μου τον προηγούμενο χρόνο από τα μαθήματα. Επίσης δυσκολευόμουν να προσαρμοστώ με τις παρέες μου κάτι το οποίο με καταπίεζε. Σταδιακά άρχισα να χάνω τα ραντεβού με το γιατρό μου, ακυρώνοντάς τα λόγω «άλλων υποχρεώσεων». Για κάποιο διάστημα δεν ένιωθα καθόλου καλά χωρίς να μπορώ να προσδιορίσω τι φταίει. Η εκτόνωση αυτών των συναισθημάτων ήρθε μετά από λίγες μέρες. Δεν ξέρω τι ήταν αυτό το συναίσθημα, δεν μπορώ να περιγράψω τι αισθανόμουν, το μόνο που μου

ερχόταν ήταν να αρχίσω να τρώω χωρίς να ελέγχω τι κάνω. Την άλλη μέρα νωρίς το πρωί ζυγίστηκα και ήμουν 2 κιλά λιγότερα. Από τη μία τρόμαξα περισσότερο και από την άλλη ησύχασα που δεν είχε συμβεί αυτό που φοβόμουν. Και όμως είχε συμβεί! Αρχισα να έχω κρίσεις βουλιμίας. Όταν πήρα το θάρρος και ενημέρωσα το γιατρό μου εκείνος μου είπε ότι ένα ποσοστό των κοριτσιών που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία περνούν στην ψυχογενή βουλιμία. Αρχικά τρόμαξα και δεν ήθελα να δεχτώ ότι περνάω πάλι από μια τέτοια κατάσταση οπότε, δεν το συζήτησα με κανέναν, επέστρεψα πίσω και συνέχισα να προσπαθώ να φέρομαι φυσιολογικά. Τα βουλιμικά όμως επεισόδια εντεινόνταν. Η πρώτη μου σκέψη ήταν να κάνω έμετο. Μια-δυο φορές προκάλεσα έμετο αλλά ύστερα αποφάσισα πως δεν γίνεται να μπω πάλι σε μια τέτοια κατάσταση. Όσο και αν προσπαθούσα να κρατηθώ κάποια στιγμή δεν άντεξα και έκανα έμετο στον ύπνο μου χωρίς να το καταλάβω. Γύρισα πίσω στο νησί μου και έριξα το φταιξιμο για όλα όσα μου συνέβαιναν στις σπουδές μου. Δεν μπορούσα να καταλάβω πως δεν έφταιγε η σχολή αλλά το ότι δεν ήμουν έτοιμη να σπουδάσω. Μπαίνοντας σε μια πιο εντατική θεραπεία, το βάρος μου άρχισε να αυξάνεται σταδιακά, σιγά σιγά άρχισα να κάνω νέες παρέες να συναναστρέφομαι με πολύ κόσμο, να κάνω περισσότερα πράγματα μέσα στη μέρα μου και να ψάχνω για δουλειά. Πλέον ενδιαφερόμουν περισσότερο για την προσωπική μου ζωή. Σε συνεργασία με το γιατρό μου αποφασίσαμε να επισκεφθώ μια διατροφολόγο και αυτό πιστεύω ότι με βοήθησε αρκετά στο να μειώσω τις βουλιμίες και να ελέγξω τη διατροφή μου. Ένα χρόνο μετά το εξιτήριό μου από τη νοσοκομειακή ζωή όλα πήγαιναν πολύ καλύτερα κάτι που ήταν εμφανές και στους άλλους, αφού δεν έκρυβα όσα με απασχολούσαν και μιλούσα ελεύθερα. Αρχισα να θέλω να γυρίσω πίσω στις σπουδές μου και να δώσω άλλη μια ευκαιρία στον εαυτό μου να κάνει ότι αγαπούσε. Αυτή τη στιγμή είμαι στη σχολή μου και πάλι. Τα θέματα που με απασχολούν δεν έχουν λυθεί τελείως. Η αλήθεια είναι ότι ακόμη έχω κάποιες διαταραχές στη διατροφή μου και περιστασιακά κάνω βουλιμίες, συνεχίζω βέβαια να βλέπω το γιατρό μου. Δεν ξέρω πώς θα εξελιχθούν τα πράγματα αλλά πλέον βλέπω τη ζωή σαν ένα συνεχή αγώνα.²⁰

9.4 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Η Άρτεμις μιλάει για τη βουλιμία

Το όνομά μου είναι Άρτεμις και πάσχω από ψυχογενή βουλιμία. Αυτή η κατάσταση διαρκεί 5 χρόνια όπου τα στάδιά της ήταν διαδοχικά. Αρχικά, όλο αυτό ξεκίνησε ως λύση στο να χάσω κάποια παραπάνω κιλά που είχα και τελικά εξελίχθηκε σε έναν επαναλαμβανόμενο εφιάλτη που έγινε μέρος της ζωής μου. Τα συναισθήματά μου καθ'όλη τη διάρκεια της αρρώστιας μέχρι τώρα είναι αφόρητα. Οι καταστάσεις που αντιμετωπίζω μεγεθύνονται στο μυαλό μου και με κάνουν να πνίγομαι σε συνειρμικές σκέψεις. Έτσι, ο έμετος είναι η δίοδός μου για την ανακούφιση. Η όλη κατάσταση έχει ως εξής: καταναλώνω μεγάλες ποσότητες φαγητού που είναι το πρώτο στάδιο εκτόνωσης. Καταβροχθίζω όλων των ειδών τα τρόφιμα που θα βρεθούν μπροστά μου, αλμυρά και γλυκά, παχυντικά και διαιτητικά, εναλλάσσοντας γεύσεις και τρώγοντας οτιδήποτε χωρίς τύψεις. Το αμέσως επόμενο στάδιο αποτελεί η επίσκεψη στην τουαλέτα με τον έμετο βρίσκεις μια παρηγοριά αλλά συνάμα αισθάνεσαι ότι τιμωρείς τον εαυτό σου για αυτήν την υπερβολική κατανάλωση, καθώς και για όλα όσα νιώθεις. Πέραν της ηδονής που σου αφήνει το ότι έφαγες και δεν θα παχύνεις, μετά από κάποια στιγμή αποκτά άλλο νόημα. Σε ανακουφίζει τόσο πολύ που βρίσκεις λόγο να το συνεχίζεις, θεωρώντας ότι καταπραΰνεις την ψυχική σου αναστάτωση και αρνούμενη ότι μπορείς να αντέξεις τα αρνητικά σου συναισθήματα. Στην δική μου περίπτωση η κατάσταση έγινε τόσο ανυπόφορη που δεν άντεξα, λύγισα και ζήτησα βοήθεια από τους γονείς μου. Η νευρογενής βουλιμία σε καταστρέφει σταδιακά τόσο σωματικά όσο και ψυχικά, δίνοντάς σου μόνο μία πρόσκαιρη ευχαρίστηση και μία πόρτα για να αποδράσεις από την πραγματικότητα²⁰.

Στη δική μου οικογένεια επικρατούσαν κυρίως η ακαμψία και ο υπερπροστατευτισμός. Ο πατέρας μου, τις περισσότερες φορές, προσπαθούσε να με «προστατεύσει» από τα πάντα και δυσανασχετούσε όταν παράκουγα τις συμβουλές του ή όταν έκανα ένα λάθος για το οποίο με είχε προειδοποιήσει. Αμφότεροι οι γονείς μου ήταν παλαιών αρχών, τουλάχιστον σχετικά με την ανατροφή μου. Παρέμεναν προσκολλημένοι σε πεπαλαιωμένες αντιλήψεις χωρίς να καταλαβαίνουν πως οι καιροί αλλάζουν. Σε καμία περίπτωση ωστόσο, δεν ευθύνονται για το γεγονός ότι στα 25 μου χρόνια ξεκίνησα μία ακραία δίαιτα και μέσα σε 5 μήνες κατέληξα βουλιμική. Φυσικά δεν έφταιξε μόνο η δίαιτα. Όπως κατάλαβα μετά από αρκετά χρόνια μέσα στη διαταραχή, εκτός της στέρησης που είχε συσσωρευτεί από τις επαναλαμβανόμενες δίαιτες, έμαθα να καταφεύγω στην εύκολη λύση του φαγητού όταν είχα οποιοδήποτε επίμονο δυσάρεστο συναίσθημα και να ξεσπάω εκεί αντί να εξωτερικεύω με άλλο τρόπο τη δυσφορία μου.²⁰

9.5 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Σαν κορίτσι που λατρεύει τη μόδα και το αδύνατο σώμα, θέλησα να μοιάσω σε αυτό που έβλεπα να προτιμά ο κόσμος και άρχισα διάφορες δίαιτες για να χάσω τα επιπλέον κιλά που έβλεπα ότι είχα. Όταν έφθασα σε ένα αρκετά επιθυμητό βάρος εγώ ένιωθα παχιά με αποτέλεσμα να σταματήσω τελείως να τρώω. Αρχικά, ακούγοντας τα λόγια του κόσμου για το αδύνατο σώμα μου, χαιρόμουν και θεωρούσα το φαγητό εχθρό μου. Δεν ήξερα όμως ότι αυτό θα προκαλούσε αργότερα τόσα προβλήματα υγείας. Όταν έφθασα να φοράω το μικρότερο νούμερο στα ρούχα μου ένιωθα ότι είχα καταφέρει το ακατόρθωτο και ότι πλέον αν έτρωγα κάτι παραπάνω όλο αυτό θα χανόταν. Τελικά, η αγάπη μου για τη μόδα και η επιμονή μου για ένα καλύτερο σώμα με οδήγησαν σε αυτή την αρρώστια που σήμερα τα κρούσματά της έχουν αυξηθεί κατακόρυφα. Είναι λογικό όταν βλέπεις ότι τα πάντα περιστρέφονται γύρω από ένα αδύνατο γυναικείο σώμα να

θες να το αποκτήσεις και εσύ. Αυτό όμως οδηγεί πολύ συχνά σε υπερβολές. Συνεπώς με λίγα λόγια, γινόμαστε θύματα της βιομηχανίας της μόδας και της διαφήμισης με αποτέλεσμα να καταστρέφουμε τον εαυτό μας και την υγεία μας χωρίς να το καταλαβαίνουμε. Το θέμα είναι να το συνειδητοποιήσει κανείς έγκαιρα πριν να είναι πολύ αργά. Πάντα μου άρεσε και θα μου αρέσει το αδύνατο σώμα και πάντα θα προσέχω για να το έχω. Ήμουν από τις τυχερές και δεν έφτασα σε πολύ χαμηλά επίπεδα βάρους ώστε να έχω πολλά προβλήματα. Έτσι μπόρεσα να επανέλθω γρήγορα. Μετά από αυτή την περιπέτεια κατάλαβα ότι το να είσαι αδύνατη δεν είναι το παν. Χρειάζονται και άλλα πράγματα όμως το σίγουρο είναι ότι θέλω να διατηρώ ένα ωραίο και αδύνατο σώμα.²⁰

Η Ζωή μιλάει για την ανορεξία

Γινόταν να φύγει αυτό που έχω; Αυτό ήταν το πρώτο πράγμα που αναρωτιόμουν όταν συνειδητοποίησα ότι πάσχω από Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Ακόμη και σήμερα που έχουν περάσει τόσα χρόνια από τη νοσηλεία δεν έχω καταλάβει πως έφτασα ως εκεί. Δεν είχα τα κλασικά συμπτώματα ψυχογενούς ανορεξίας όπως ίσως λανθασμένα έχει προβληθεί από τα ΜΜΕ. Ποτέ δεν είχα εμμονή ούτε με το σωματικό μου βάρος, ούτε με το να μοιάσω σε κάποιο αδύνατο μοντέλο. Απλά ήμουν τόσο στενοχωρημένη που πονούσε συνεχώς το στομάχι μου και δεν μπορούσα να φάω. Απευθύνθηκα στο νοσοκομείο πιστεύοντας ότι θα με «πάχαιναν». Δεν ήξερα το πώς αλλά είχα αφεθεί στις ικανότητες των θεραπειών εντελώς. Όμως πολύ γρήγορα κατάλαβα ότι η μεγαλύτερη προσπάθεια πρέπει να καταβληθεί από εμένα τον ίδιο. Βρέθηκα λοιπόν, κλεισμένη σε ένα νοσοκομείο, όπου μου απαγορευόταν η έξοδος και η κάθε είδους επικοινωνία με τους δικούς μου. Ήταν αρκετά επώδυνο. Σήμερα φυσικά έχω αντιληφθεί τη χρησιμότητα αυτής της αποστασιοποίησης. Προσωπικά εκείνο που θυμάμαι να με δυσκόλευε περισσότερο από όλα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας μου, ήταν η αναγκαστική συμβίωση με ανθρώπους που έπασχαν από άλλες ψυχικές παθήσεις. Όταν κατάφερα να βγω από αυτή τη νόσο αναρωτήθηκα αν υπάρχει περίπτωση να μου ξανασυμβεί. Υποθέτω πως ναι, υπάρχει. Όμως ξέρεις πλέον να αναγνωρίσεις τα σημάδια, είναι κάτι γνώριμο και δεν σε τρομάζει ίσως όπως την πρώτη φορά.²⁰

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν μια μάστιγα η οποία αυξάνεται ολοένα και περισσότερο, σε μια εποχή όπου η εξωτερική εμφάνιση έχει πλέον πρωτεύοντα ρόλο.

Όπως είναι γνωστό, οι διατροφικές συνήθειες των εφήβων αποτελούν την βάση της πυραμίδας της υγείας τους, οι υδατάνθρακες, οι πρωτεΐνες, οι βιταμίνες, τα θρεπτικά συστατικά και ιχνοστοιχεία, αλλά και τα λιπίδια κατέχουν υψηλή θέση στη σωστή λειτουργία ενός οργανισμού.

Τόσο η νευρογενής βουλιμία, όσο και η νευρογενής ανορεξία εμφανίζονται αρκετά συχνά στην εφηβεία, η οποία αποτελεί μια ιδιαίζουσα ηλικιακή περίοδο, εντοπισμένες κυρίως στο γυναικείο φύλο. Όπως διαπιστώσαμε η νευρογενής βουλιμία είναι συχνότερη συγκριτικά με την νευρογενή ανορεξία στο Δυτικό κόσμο, γεγονός που δεν είναι γνωστό από μεγάλο μέρος του πληθυσμού.

Προσοχή απαιτείται στην αναγνώριση των κλινικών σημείων καθώς εύκολα συγχέονται, εν αντιθέσει με τα διαγνωστικά κριτήρια τα οποία παρουσιάζουν ουσιαστικές διαφορές που μας βοηθούν να κατατάξουμε τους πάσχοντες σε μία από τις δύο νόσους. Στο θεραπευτικό σκέλος συμπεράναμε ότι διάφορες μορφές ψυχοθεραπειών είναι αποτελεσματικές για τις διατροφικές διαταραχές, η φαρμακευτική αγωγή που κρίνεται απαραίτητη μπορεί να αυξήσει σημαντικά τα ποσοστά επιτυχίας της θεραπείας καθώς και ότι η νοσηλεία ίσως θεωρηθεί αναγκαία σε συγκεκριμένες περιπτώσεις.

Τέλος, όπως αναλύθηκε στην παρούσα πτυχιακή υπάρχουν ποικίλοι αιτιακοί παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν ένα έφηβο σε ακραίες διατροφικές συμπεριφορές. Ο ρόλος του νοσηλευτή και το θεραπευτικό πλάνο που θα ακολουθήσει αποτελεί τη μεγαλύτερη προσφορά του προς τους συγκεκριμένους πάσχοντες καθώς τους υποστηρίζει, ψυχολογικώς και εμπράκτως.

Εκτός από όσα αναφέρθηκαν, είναι αυτονόητος ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή, δια μέσου του οποίου το άτομο και η οικογένειά του θα καταφέρουν να αποφύγουν ή και να αντιμετωπίσουν τις διατροφικές διαταραχές. Η εκπαίδευση για τις διατροφικές διαταραχές, τους παράγοντες που ευνοούν την εμφάνισή τους, τα

συμπτώματα που βοηθούν τα άτομα στο να τις αναγνωρίσουν καθώς και οι πιθανοί τρόποι αντιμετώπισής τους, θα ήταν γόνιμο να διδαχθούν εκτός από τον κοινοτικό νοσηλευτή και από το σχολικό περιβάλλον του εφήβου, το διαδίκτυο αλλά και μέσω εκδηλώσεων που μπορούν να διεξαχθούν με σκοπό την ενημέρωση των νέων για διάφοραμείζονα θέματα υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μαρία Τουμπή. (2013). Πρακτικές συμβουλές Υγιεινής Διατροφής. (8,9,11,12,13,16,17,18)
2. Carolyn Murdaugh, Mary Ann Parsons, Nola Pender. (2013). Προαγωγή Υγείας και Νοσηλευτική Πράξη. (49,259)
3. Σε συνεργασία με το τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου. (2014). Προτάσεις για μια καλύτερη διατροφή. (3,4)
4. Αντώνιος Ζαμπέλας. (2014). Κλινική Διαιτολογία και Διατροφή με στοιχεία παθολογίας. (5,14,15,28,29,32,33,560,564,570,571)
5. Annita B. Watson, Cheryl E. Wraa, Kathleen S. Osborn, Renee Holleran. (2016). Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική προετοιμασία για την νοσηλευτική πράξη. (234,236,240,246,243,246,)
6. Καλατζής Χρήστος. (2018). Επιτομή της δικής μας διατροφής. (11-13,17,18,21,22)
7. GereneBauldoff, Karen Burke, Priscilla LeMone. (2011). Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη κατά την Φροντίδα του Ασθενούς. (698, 701, 720)
8. Γιαννακιούλια Μαρία, Καρατζή Καλλιόπη, Κοντογιάννη Μερóπη, Φάππα Ευαγγελία. (2015). Εγχειρίδιο Κλινικής Διατροφής. (46,47,49)
9. Masao Kanauchi, Kimiko Kanauchi. (2018). The World Health Organization's Healthy Diet Indicator and its associated factors: A cross-sectional study in central Kinki, Japan. (198 - 202)
10. Κουτκιά – Μυλωνάκη Πολυξένη. (2012). Μεσογειακή διατροφή: Ένας θησαυρός στο πιάτο μας.
11. Tzortzis Nomikos, Elizabeth Fragopoulou, Smaragdi Antonopoulou, Demosthenes B. Panagiotakos. (2018). Mediterranean diet and platelet-activating factor; a systematic review. (1, 6, 8, 9)
12. Virginia Boccardi, Riccardo Calvani, Federica Limongi, Anna Marseglia, Alexandra Mason, Marianna Noale, Domenico Rogoli, Nicola Veronese, Gaetano Crepaldi, Stefania Maggi. (2018). Consensus paper on the “executive summary of the international conference on Mediterranean diet and health: a lifelong approach”

- an Italian initiative supported by the Mediterranean Diet Foundation and the Menarini Foundation. (38, 39, 42, 43)
13. Miguel A. Martinez – Conzalez, Jordi Salas – Salvado, Ramon Estruch, Dolores Corella, Montse Fito, Emilio Ros. (2015). Benefits of the Mediterranean Diet: Insights From the PREDIMED Study. (50, 55, 57, 60)
 14. Mary Yannakoulia, Meropi Kontogianni, Nikolaos Scarmeas. (2015) Cognitive health and Mediterranean Diet: Just diet or lifestyle pattern? (74, 76, 78)
 15. Έρευνα συνδέει τις διατροφικές διαταραχές με τις Αυτοάνοσες Νόσους. (2014).
 16. Παγκόσμια Τράπεζα: Σπαταλιέται το ένα τρίτο των τροφίμων. (2014).
 17. Γιαννιτσοπούλου Κάλλια. (2008). Διατροφικές Διαταραχές.
 18. Από διατροφικές διαταραχές κινδυνεύουν τα παιδιά που ασκούν σχολικό εκφοβισμό. (2015).
 19. Ακόμη και φυσιολογικού βάρους έφηβοι έχουν διατροφικές διαταραχές. (2014).
 20. Βάρσου Ελευθερία, Φραγκίσκος Γονιδάκης. (2014). Μιλώντας για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. (11,12,15,16,19,20,36 – 45, 57,59-66 62,88,108-111)
 21. Μακρή – Μπότσαρη Εύη. (2008). Σύγχρονα προβλήματα του Εφήβου. (10, 11)
 22. Καναβού Ε., Κοκκέβη Α., Ξανθάκη Μ., Σταύρου Μ., Φωτίου Α. (2010). Διατροφή, φυσική δραστηριότητα και σωματικό βάρος στους εφήβους. (1, 3)
 23. Ψωμιάδου Εύη. (2018). FastFood: Πώς επηρεάζει την υγεία των παιδιών.
 24. Megan M. Herting, Xiaofang Chu. (2018). Exercise, Cognition, and the Adolescent Brain.
 25. Donald E. Greydanus, Καφετζής Δημήτριος Α., Τσίτσικα Άρτεμης Κ. (2011). Εφηβεία η ηλικία των μεταβολών και των δυνατοτήτων. (23, 26 – 29, 36, 118 – 121, 134, 135)
 26. Marigold Castillo, Eric Weiselberg. (2017). Bulimia Nervosa/ Purging Disorder. (85, 88, 89, 90, 93)
 27. Donald W. Black, Nancy C. Andriassen. (2011). Εισαγωγή στη ψυχιατρική. (359,360,361,365,366,370-373)
 28. Aldridge Susan, Carter Rita, Page Martyn, Parker Steve. (2011). Ο ανθρώπινος εγκέφαλος
 29. Δραματική αύξηση των διατροφικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους της χώρας μας. (2017).

30. Laura A. Berner, Mihaela Stefan, Russel Marsh (2019). Subcortical Shape Abnormalities in Bulimia Nervosa.
31. Scopus Indexet Journals. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis.
<https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84871279420&origin=recordpage>.
Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 7,2019
32. American Psychiatric Association Publishing. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition.
33. Matthew Pugh, Glenn Waller, Mirko Esposito. (2018). Childhood trauma, dissociation, and the internal eating disorder ‘voice. (197, 198, 200, 205)
34. Fatima Cruz, Elisabete Ramos, Carla Lopes, Joanna Araujo. (2018). Tracking of food and nutrient intake from adolescence into early adulthood. (84,85,90)
35. Jean – Baptiste Roberge, Andraea Van Hulst. (2019)Lifestyle Habits, Dietary Factors, and the Metabolically Unhealthy Obese Phenotype in Youth. (46, 47, 48, 50)
36. Παπαμίκος Βασίλειος. (2018). Κενές θερμίδες, κορεσμός και πρόληψη των διατροφικών διαταραχών στους εφήβους.
37. Barbara Nacke, Ina Beintner. (2019). Every Body – Tailored online health promotion and eating disorder prevention for women: Study protocol of a dissemination trial. (20, 22, 23, 25)
38. Michael P. Levine. (2017). Universal prevention of eating disorders: A concept analysis. (4,5)
39. Long Khanh – Dao Le, Phillipa Hay. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. (46, 47, 50)
40. Pender Nola, Murdaugh Carolyn, Parson Ann, Parson Mary. (2013). Προαγωγή Υγείας και Νοσηλευτική Πράξη. (327)
41. Science Direct. Attitudinal dimensions in adolescent anorexic patients: An analysis of the Goldberg anorectic attitude scale.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395686900269>.
Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 29,2019
42. Nienke C. Jonker, Albert Hoekzema. (2019). Attentional engagement with and disengagement from food cues in Anorexia Nervosa. (16,17,18)

43. Science Direct. Anorexia nervosa and bone.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2451965017300297>.

Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 30, 2019

44. Aldridge Susan, Carter Rita, Pegge Martyn, Parker Steve. (2011).
Οανθρώπινοεγκεφάλος. (180)
45. Κουιμντζής Βελισσάριος. (2018). Νευρική ανορεξία και γονίδιο TBX19.
46. Διάκος Θωδωρής. (2016). Νευρική ανορεξία: Πώς μπορώ να βοηθήσω τον
πάσχοντα;
47. Νευρική ανορεξία και βουλιμία: Ποιες είναι οι επιπτώσεις στην υγεία. (2015).
48. Iatronet. Νευρική ανορεξία: Τα χαμηλά επίπεδα της τεστοστερόνης 'ρίχνουν' τη
διάθεση. <https://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/epistimi-zwi/news/2117/nevriki-anorexia-ta-xamila-epipeda-testosteronis-rixnoyn-ti-diathesi.html>.

Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 3, 2019

49. Linda Mustelin, Yasmina Silen. (2016).The DSM-5 diagnostic criteria for
anorexia nervosa may change its population prevalence and prognostic value. (88,
90, 91).
50. Wiley Online Library. Bone density, body composition, and psychopathology of
anorexia nervosa spectrum disorders in DSM-IV vs DSM-5.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.22603>.

Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 9, 2019

51. Wiley Online Library. Evaluation of the DSM-5 Severity Indicator for Anorexia
Nervosa.<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/erv.2508>.

Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 9, 2019

52. Wiley Online Library. The validity of DSM-5 severity specifiers for anorexia
nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.22739>.

Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 9, 2019

53. Αποστολίδου Μαριάνθη. (2016). Το κόστος των διατροφικών διαταραχών.
(10,12,26,27,32)
54. Αρτεμης Κ. Τσίτσικα. (2016). Η διατροφή του εφήβου. Μονάδα Εφηβικής Υγείας
(Μ.Ε.Υ).
55. Caroline Schwartz, Anne Fischer. (2019). Universal prevention in eating disorders:
A systematic narrative review of recent studies.

56. EveryBody–Tailored online health promotion and eating disorder prevention for women: Study protocol of a dissemination trial.
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2214782917301288?token=E92678F660FFAD44CE251B9DB1699DD519089A899905DF4F1DB574F35F906A4E42A95514D8981614CA4846550ACC18FC>.
Τελευταία προσπέλαση Μάιος 5, 2019
57. Κενές θερμίδες, κορεσμός και πρόληψη των διατροφικών διαταραχών στους εφήβους.<https://www.iatronet.gr/diatrofi/adynatisma-diaita/article/37452/kenes-thermides-koresmos-kai-prolipsi-twn-diatrofikwn-diataraxwn-stoys-efivoyys.html>. Τελευταία προσπέλαση Μάιος 7, 2019
58. Jeanette Lancaster, Stanhope Marcia. (2016). Κοινωνική Νοσηλευτική. (719, 720)
59. Mary A. Nies, Melanie McEwen. (2011). Κοινωνική Νοσηλευτική / Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας. (97, 98)
60. Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου. (2010). Οδηγός Πρόληψης των Ναρκωτικών. (11,12,13)