

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διατροφικές διαταραχές στην παιδική ηλικία και ρόλος του νοσηλευτή



Εισηγήτρια:
Dr. Σαμαρτζή Κυριακή
Καθηγήτρια

Επιμέλεια:
Καζά Αγλαΐα
Φοιτήτρια

Πάτρα 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	5
Εισαγωγή	6
<u>Κεφάλαιο 1ο</u>	
Διατροφή	
1.1 Διατροφή	9
1.2 Θρεπτικά συστατικά	9
1.3 Διατροφή και υγεία	19
1.4 Μεσογειακή διατροφή	20
1.5 Κρητική διατροφή και Ιστορία	22
<u>Κεφάλαιο 2ο</u>	
Παιδική ηλικία	
2.1 Παιδική ηλικία	25
2.2 Στάδια της παιδικής ηλικίας	25
2.3 Η διατροφή στην παιδική ηλικία	27
2.4 Διατροφή και άσκηση	27
2.5 Διατροφή και πνευματική ανάπτυξη	28
<u>Κεφάλαιο 3ο</u>	
Ψυχο-παθολογία του παιδιού	
3.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχο-παθολογία του παιδιού	31
3.2 Ψυχο-παθολογία και φύλο	32
3.3 Η συννοσηρότητα στη ψυχο-παθολογία	32
3.4 Θεωρητικά μοντέλα της ψυχο-παθολογίας	33
3.5 Σύστημα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών	34
3.6 Αξιολόγηση της ψυχο-παθολογίας	34
3.7 Μέθοδος αξιολόγησης της ψυχο-παθολογίας	35
3.8 Μέθοδος αντιμετώπισης της ψυχο-παθολογίας	36
<u>Κεφάλαιο 4ο</u>	
Διαταραχές πρόσληψης τροφής	
4.1 Διατροφικές διαταραχές	38
4.2 Αναγνώριση των διατροφικών διαταραχών	40
4.3 Επιλεκτικότητα στην τροφή	40

4.4	Παιδιά «χωρίς όρεξη»	42
4.5	Φοβία για το φαγητό	43
4.6	Άρνηση τροφής	44
4.7	Ανάρμοστη υφή φαγητού για την ηλικία του παιδιού	44
4.8	Αποφυγή φαγητού - συναισθηματική διαταραχή	45
4.9	Διάχυτη άρνηση τροφής	45
4.10	Νευρογενής ανορεξία	45
4.11	Νευρογενής βουλιμία	48

Κεφάλαιο 5ο

Αιτιολογία διαταραχών πρόσληψης τροφής

5.1	Προδιαθεστικοί παράγοντες	51
5.1.1	Ατομικοί παράγοντες (Βιολογικοί, Ψυχολογικοί)	51
5.1.2	Κοινωνικοί παράγοντες	52
5.1.3	Οικογενειακοί παράγοντες	53
5.2	Επιπτώσεις των διατροφικών διαταραχών στην υγεία	54
5.3	Επιδημιολογία	55
5.4	Διάγνωση Διαταραχών	55
5.5	Επιπλοκές και Πορεία	58

Κεφάλαιο 6ο

Αντιμετώπιση

6.1	Αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών	61
6.1.1	Ψυχοκοινωνική θεωρία	61
6.1.2	Γνωστική – συμπεριφοριστική προσέγγιση	61
6.1.3	Συστημική θεραπεία οικογένειας	62
6.1.4	Ομαδική θεραπεία	62
6.2	Ο ρόλος της οικογένειας	62
6.3	Ο ρόλος του σχολείου	63

Κεφάλαιο 7ο

Ο Ρόλος του Νοσηλευτή

7.1	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη διαταραχών πρόσληψης τροφής	67
7.1.1	Πρωτογενής πρόληψη	67
7.1.2	Δευτερογενής πρόληψη	67
7.1.3	Τριτογενής πρόληψη	67

7.2	Θεραπεία	67
-----	----------	----

Κεφάλαιο 8ο

Νοσηλευτική Διεργασία

8.1	Ορισμός Νοσηλευτικής Διεργασίας	71
8.2	Πλάνο Νοσηλευτικής Φροντίδας	72
8.3	Α' περιστατικό νευρογενής βουλιμίας	74
8.4	Β' περιστατικό νευρογενής ανορεξίας	78

	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	82
--	--------------------------	----

	ΠΕΡΙΛΗΨΗ	84
--	----------	----

	SUMMARY	85
--	---------	----

	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	86
--	--------------	----

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν μια συχνή διαταραχή στην παιδική ηλικία, με αντίκτυπο στην γενικότερη εικόνα του παιδιού που νοσεί. Η έμφαση δίνεται στην εμφάνιση των διαταραχών κατά την παιδική ηλικία καθώς θα υπάρχουν επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική ανάπτυξη του παιδιού. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι πηγές που αναφέρονται στην συγκεκριμένη εργασία είναι μόνο ενδεικτικές ενός μέρους της τεράστιας βιβλιογραφίας που αφορά τις παιδικές διατροφικές διαταραχές, καθώς οι έρευνες και οι σχετικές με το θέμα δημοσιεύσεις είναι πολυπληθείς. Πέρα από τις γενικές διατροφικές διαταραχές, θα αναφερθούμε και σε δυο σοβαρές διαταραχές διατροφής που περιλαμβάνουν την νευρογενής ανορεξία και νευρογενής βουλιμίας που έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην ζωή του παιδιού. Η ανασκόπηση αυτή επικεντρώνεται στην σημασία της ισορροπημένης διατροφής και τις μορφές των διαταραχών πρόσληψης τροφής κατά την παιδική ηλικία.

Ο σκοπός της εργασίας είναι η ερμηνευτική, ιστορική μελέτη της διατροφής, στάδια παιδικής ηλικίας, ανάλυση της ψυχοπαθολογίας του παιδιού, τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, την αιτιολογία και τον ρόλο του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των παιδικών διατροφικών διαταραχών. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση που επιχειρείται μέσω της παρούσης εργασίας, εστιάζεται σε δύο κύριους άξονες:

Πρώτον, για εμάς τους φοιτητές που την εκπονούμε, να αποκτήσουμε γνώσεις, που θα μας χρησιμεύσουν στην μετέπειτα επαγγελματική μας καριέρα, ώστε να καταστούμε ικανοί να αντιμετωπίσουμε, ορθολογικά και επιστημονικά, σχετικά περιστατικά.

Δεύτερον, να ενημερώσει τον αναγνώστη σχετικά με την έννοια των διατροφικών διαταραχών, τους πρακτικούς και επιστημονικούς τρόπους αντιμετώπισής της, από την πλευρά της νοσηλευτικής φροντίδας.

Τέλος, η εξειδικευμένη γνώση των παιδικών διατροφικών διαταραχών θα συντελέσει, πιστεύουμε, στην πληρέστερη ενημέρωση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στα πλαίσια της παρούσας ανασκόπησης, επιχειρείται η προσέγγιση των βασικών μορφών διατροφικών διαταραχών και κατά κύριο λόγο της νευρογενής ανορεξίας και νευρογενής βουλιμίας. Βασική παράμετρος, ωστόσο, της μελέτης των διατροφικών διαταραχών δεν αποτελεί μόνο η θεραπεία αλλά και η πρόληψη. Παράλληλα με την συμβολή του νοσηλευτή, του σχολείου, της οικογένειας, μπορούν να συμβάλλουν καθοριστικά στην πρόληψη της εμφάνισης των διαταραγμένων διατροφικών συνηθειών. Πρωταρχικό επιχείρημα αποτελεί η θέση ότι οι διατροφικές μας συνήθειες επηρεάζουν, σε σημαντικό βαθμό, την υγεία μας. Βασική υπόθεση στην ανάλυσή μας είναι ότι οι υγιεινές διατροφικές συνήθειες ενός ατόμου συμβάλλουν στην διατήρηση και προαγωγή μίας καλής υγείας. Ταυτόχρονα, η σωματική άσκηση σε συνδυασμό με έναν υγιεινό τρόπο ζωής θέτουν εξίσου σημαντικές βάσεις για την ποιότητα ζωής των ατόμων.

Η εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που επιδρά αρνητικά στη σωματική αλλά και την ψυχική υγεία των ατόμων. Από τη στιγμή που ένα άτομο έρθει αντιμέτωπο με μία διατροφική διαταραχή, η θεραπευτική του αντιμετώπιση στηρίζεται στη συνδρομή ειδικών επιστημόνων και διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα. Αν, όμως, δεχτούμε ότι η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη τότε θα μπορούσαμε να καταλήξουμε στην υπόθεση ότι η διαμόρφωση μίας υγιεινής διατροφικής συνείδησης και ενός υγιεινού τρόπου ζωής, από μικρή ηλικία, θέτει γερές βάσεις για την αποτροπή της εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής στο μέλλον.

Η αγωγή υγείας στόχο έχει να προλάβει την εκδήλωση προβλημάτων υγείας, όπως οι διατροφικές διαταραχές, και ο θεσμοθετημένος φορέας για την υλοποίηση δράσεων αγωγής υγείας είναι το σχολείο. Θα επιδιώξουμε, συνεπώς, να διαπιστώσουμε κατά πόσο η διατροφική συμβουλευτική μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά στα πλαίσια του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος, για να ασκήσει την διατροφική συμβουλευτική και με ποιο τρόπο τα νέα προγράμματα σπουδών δίνουν έμφαση στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του ατόμου.

Στόχοι της εκπόνησης της παρούσας εργασίας είναι η επαλήθευση των υποθέσεων που προαναφέρθηκαν, η επισήμανση της κρισιμότητας της πρόληψης των διατροφικών διαταραχών, η ενημέρωση, η ευαισθητοποίηση και η κινητοποίηση, κυρίως, των νοσηλευτών, των εκπαιδευτικών αλλά και των γονέων, των μαθητών καθώς και των ίδιων των ατόμων που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή, η δημιουργία γόνιμου προβληματισμού πάνω στα θέματα που θα διαπραγματευτούμε ώστε να γεννηθούν ιδέες και τρόποι για πιο αποτελεσματικές δράσεις αγωγής υγείας.

Αναφορικά με το υπό μελέτη θέμα, δεν θα επιχειρήσουμε μία εξαντλητική καταγραφή και παρουσίαση όλων των μορφών διαταραχών της διατροφής αλλά θα εστιάσουμε σε εκείνες που εμφανίζονται πιο συχνά και, πολλές φορές, συνυπάρχουν, τη νευρογενή ανορεξία και τη νευρογενή βουλιμία. Επιλέξαμε το πρόβλημα της διατροφικής διαταραχής γιατί, εκτός από τη ζήτηση της παχυσαρκίας, η εμφάνιση διαταραχών της διατροφής, τα τελευταία χρόνια, γίνεται όλο και πιο έντονη ενώ συνδέεται και με τα σύγχρονα πρότυπα για την ομορφιά και το τέλειο σώμα.

Επιπλέον, πρέπει να διευκρινίσουμε ότι, αν και προγράμματα και δράσεις αγωγής υγείας υλοποιούνται τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και την δευτεροβάθμια εκπαίδευση, εμείς θα εστιάσουμε την προσοχή μας στη δευτεροβάθμια βαθμίδα και, κυρίως, στο γυμνάσιο καθώς, σε αυτή τη φάση της ζωής τους, οι νέοι γίνονται όλο και πιο ανεξάρτητοι από τους γονείς τους και διαμορφώνουν τις διαιτητικές τους συνήθειες σύμφωνα όχι μόνο με τις προτιμήσεις τους αλλά επηρεαζόμενοι από την παρέα των ομηλίκων αλλά και τα μηνύματα που προβάλλονται από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας.

Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα εργασία, προσεγγίζεται η έννοια της υγείας, μέσα από το πρίσμα της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης. Η προαγωγή της υγείας δεν είναι μόνο ατομική υπόθεση αλλά και κοινωνική. Η διαμόρφωση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και μίας υγιεινής διατροφικής συνείδησης εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Σίγουρα, όμως, οι βάσεις για την υιοθέτηση υγιεινών στάσεων ζωής μπαίνουν στην παιδική και εφηβική ηλικία των ατόμων και καθορίζονται από τα βιώματα και τις εμπειρίες τους. Για το λόγο αυτό, ο ρόλος του νοσηλευτή, του σχολείου και της οικογένειας είναι καθοριστικής σημασίας.

Μάλιστα, η εφηβεία είναι μία κρίσιμη περίοδος, κατά την οποία, τα κορίτσια, κυρίως, έρχονται αντιμέτωπα με τις διατροφικές διαταραχές, πλέον όμως έχει αποδειχθεί ότι οι διαταραχές αυτές εντοπίζονται και στην παιδική ηλικία. Πρόκειται για ψυχικές διαταραχές που συνδέονται με τη σχέση του ατόμου με το σώμα του και με το φαγητό. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αντικατοπτρίζουν συναισθηματικά προβλήματα των ατόμων που δεν μπορούν να τα διαχειριστούν.

Στην περίπτωση της νευρογενής ανορεξίας, τα άτομα υποσιτίζονται και έχουν μία διαστρεβλωμένη εικόνα για το σώμα τους και πιστεύουν ότι πρέπει να χάσουν περισσότερο βάρος. Η νευρογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια καταβρόχθισης τροφών τα οποία ακολουθούνται από τεχνητές εκκενώσεις του στομάχου ενώ η επεισοδιακή υπερφαγία δεν ακολουθείται από αντισταθμιστικές συμπεριφορές.

Οι παράγοντες που, συνήθως, προκαλούν τις διαταραχές διατροφής είναι ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια όταν είναι δυσλειτουργικές και, κυρίως, η στάση της μητέρας όταν είναι αυταρχική και παρεμβατική, δεν επιτρέπουν στα παιδιά να αναπτύξουν την αυτοεκτίμησή τους και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους. Αλλά και η προβολή του αδύνατου σώματος από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας ως το ιδανικό πρότυπο ομορφιάς προκαλεί τεράστια πίεση, ιδίως στις γυναίκες. Βέβαια, οι επιπτώσεις από την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών δεν είναι μόνο οργανικές. Τα άτομα που νοσούν γίνονται εσωστρεφή γιατί φοβούνται την απόρριψη και έχουν χαμηλή αυτοαξία.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών εξαρτάται από την έγκαιρη διάγνωση, διαρκεί μεγάλο διάστημα και απαιτεί τη συνδρομή πολλών ειδικοτήτων. Εφόσον, βέβαια, πρόκειται για ψυχικές νόσους, η συμβολή του ψυχολόγου καθώς και η επιλογή της θεραπευτικής προσέγγισης που θα ακολουθήσει είναι σημαντικές παράμετροι. Ωστόσο, το ζήτημα της πρόληψης των διατροφικών διαταραχών έχει μεγάλη αξία καθώς ο τρόπος διαπαιδαγώγησης των παιδιών, όχι μόνο από την οικογένεια, από το σχολείο μέσω της Αγωγής Υγείας από εξειδικευμένους νοσηλευτές μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση διαταραγμένων συμπεριφορών σε σχέση με το φαγητό. Το κλειδί, όμως, για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών βρίσκεται, σε μεγάλο βαθμό, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των παιδιών.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1.1 ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Ο ανθρώπινος οργανισμός, για να διατηρηθεί στη ζωή, να αναπτυχθεί, και να αντικαταστήσει τους φθαρμένους ιστούς του, να εξασφαλίσει την κανονική λειτουργία των πολύπλοκων συστημάτων του και να παραγάγει έργο, έχει ανάγκη από διάφορες ουσίες, που αποτελούν τη διατροφή του.

Η διατροφή συνδέεται άμεσα με τις έννοιες: τρόφιμο και θρεπτικές ουσίες. Το τρόφιμο είναι ένα φυσικό (ζωικό ή φυτικό) προϊόν ή παρασκεύασμα που χρησιμεύει στην διατροφή του ατόμου.

Θρεπτικές Ουσίες

Είναι μια σειρά βασικών ουσιών που περιέχονται στα τρόφιμα, οι οποίες χρειάζεται να ενσωματώνονται τακτικά στον οργανισμό για να σχηματίζονται οι ιστοί του και να λαμβάνει την απαραίτητη ενέργεια ώστε να επιτελέσει τις λειτουργίες του.

Ονομαζόμενες επίσης θρεπτικά συστατικά, είναι τα τελικά προϊόντα της πέψης, τα μικροσκοπικά κλάσματα στα οποία διασπώνται οι τροφές υπό την επίδραση των πεπτικών ενζύμων: οι διαστάσεις τους είναι τόσο μικροσκοπικές που μπορούν να διαπεράσουν τα εντερικά τοιχώματα για να εισέλθουν στην κυκλοφορία του αίματος και να διανεμηθούν σε όλο τον οργανισμό. Θεωρείται ότι υπάρχουν έξι κατηγορίες θρεπτικών ουσιών: υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λίπη, βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και νερό. Η λειτουργική δράση αυτών των θρεπτικών ουσιών είναι ποικίλη. Ορισμένες, όπως οι πρωτεΐνες και ορισμένα ιχνοστοιχεία, έχουν κυρίως δομική λειτουργία :ο οργανισμός τις χρησιμοποιεί για να δημιουργήσει ή να αναγεννήσει τους ιστούς του.

Άλλες, όπως οι υδατάνθρακες και τα λίπη έχουν κυρίως αποθηκευτική λειτουργία: είναι επιφορτισμένες με το έργο της παραγωγής της απαραίτητης ενέργειας για τις μεταβολικές διεργασίες, τις ποικίλες χημικές αντιδράσεις που συντηρούν τη ζωή, τη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος, τις κινήσεις των μυών στην καθημερινή δραστηριότητα κτλ. Και άλλες όπως είναι πολλά ιχνοστοιχεία και οι βιταμίνες, έχουν ρυθμιστική λειτουργία, δεδομένου ότι ρυθμίζουν τις προαναφερθείσες χημικές αντιδράσεις και τη λειτουργία των διαφόρων ιστών του οργανισμού. Τέλος, το νερό θεωρείται θρεπτική ουσία, γιατί αποτελεί συστατικό όλων των ιστών και συνιστά το μέσω εντός του οποίου λαμβάνουν χώρα όλες οι μεταβολικές διεργασίες.

Η γνώση των διαφορετικών τύπων θρεπτικών ουσιών, των χαρακτηριστικών τους και των αναγκών του οργανισμού κάθε ατόμου είναι ένα στοιχειώδες προαπαιτούμενο για να θεμελιωθούν οι βάσεις μιας υγιούς διατροφής¹.

1.2 ΤΑ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

Υπάρχουν περισσότερα από 50 θρεπτικά συστατικά στη φύση που όμως για μεγαλύτερη ευκολία τα έχουμε κατατάξει σε 5 βασικές κατηγορίες:

- Πρωτεΐνες (20% των καθημερινών αναγκών)
- Υδατάνθρακες (50% των καθημερινών αναγκών)
- Λίπη (30% των καθημερινών αναγκών)
- Ανόργανα συστατικά (ανόργανα άλατα, ιχνοστοιχεία)
- Βιταμίνες

Άλλα θρεπτικά συστατικά των τροφών που επίσης θεωρούνται απαραίτητα για τον άνθρωπο, είναι: οι άπεπτες φυτικές ίνες και το νερό.

Αναλυτικά τα θρεπτικά συστατικά είναι:

Πρωτεΐνες

Οι πρωτεΐνες αποτελούν το βασικό δομικό συστατικό όλων των κυττάρων του σώματός μας. Είναι συστατικό των οστών, των μυών, των οργάνων του σώματος, του δέρματος, των ματιών και των νυχιών μας. Οι πρωτεΐνες είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη των κατεστραμμένων κυττάρων και για τον σχηματισμό νέων κυρίως κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης. Το τρίτα με πέντε τοις εκατό της συνολικής πρωτεΐνης του σώματός μας αναπλάθεται κάθε μέρα. Τις πρωτεΐνες τις χωρίζουμε σε ζωικές και φυτικές

- *Ζωικές πρωτεΐνες* είναι αυτές που παίρνουμε από τροφές όπως το κρέας, το κοτόπουλο, τα ψάρια, τα αυγά, το τυρί και το γάλα. (οι πρωτεΐνες αυτές είναι καλής ποιότητας γιατί προσφέρουν στον οργανισμό τα απαραίτητα αμινοξέα στις σωστές ποσότητες και αναλογίες).
- *Φυτικές πρωτεΐνες* είναι αυτές που παίρνουμε από τροφές όπως: τα φασόλια, οι φακές, ο αρακάς και οι ξηροί καρποί. Οι φυτικές πρωτεΐνες είναι σε γενικές γραμμές χαμηλότερης ποσότητας από ότι οι ζωικές, όμως γενικά μπορούμε να πούμε ότι είναι σωστό να υπάρχουν στο διαιτολόγιό μας τόσο ζωικές όσο και φυτικές πρωτεΐνες.

Ο κάθε άνθρωπος χρειάζεται μια καθορισμένη ποσότητα πρωτεϊνών την ημέρα. Οι ημερήσιες αυτές ανάγκες του ανθρώπου σε πρωτεΐνες ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία του. Είναι αυξημένες στα βρέφη, στα παιδιά και στους εφήβους, δηλαδή σε όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης, γιατί στο διάστημα αυτό σχηματίζονται νέα κύτταρα. Ελαττώνονται όμως, όταν τελειώσει η εφηβεία και μετά μένουν σταθερές στους ενήλικες, για να μειθούν και πάλι σχετικά στους υπερήλικες.

Υδατάνθρακες (σάκχαρα)

Οι υδατάνθρακες είναι βασική πηγή ενέργειας για τον άνθρωπο και δίνουν 4 θερμίδες για κάθε γραμμάριο. Είναι επίσης απαραίτητοι για την καλή λειτουργία του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος.

Τα πιο γνωστά σάκχαρα είναι η γλυκόζη και η φρουκτόζη που βρίσκονται στα φρούτα, στο μέλι και η λακτόζη, δηλαδή το σάκχαρο που βρίσκεται στο γάλα. Όλα τα παραπάνω ανήκουν στους γλυκούς υδατάνθρακες.

Από τους πολυσακχαρίτες μας ενδιαφέρει κυρίως το άμυλο. Το άμυλο βρίσκεται στους δημητριακούς καρπούς, στις ρίζες των φυτών και στα όσπρια. Τροφές πλούσιες σε άμυλο: πατάτες, καρότα, φασόλια, μακαρόνια και ψωμί.

Παρόλο που η ζάχαρη και το άμυλο, όταν απορροφώνται, προσφέρουν στον οργανισμό ίση ενέργεια, σήμερα πιστεύουμε ότι η πρόσληψη αμύλου είναι προτιμότερη από την πρόσληψη ζάχαρης.

Η αυξημένη πρόσληψη ζάχαρης έχει συνδεθεί με:

1. Καρδιοπάθειες
2. Παχυσαρκία

3. Διαβήτη

4. Τερηδόνα των δοντιών

Γι' αυτό πρέπει να μειώνουμε την πρόσληψη της ζάχαρης, ώστε τελικά να μην καλύπτει περισσότερο από το 10% των θερμίδων που παίρνουμε την ημέρα, ενώ το άμυλο πρέπει να καλύπτει το 40% όλων των θερμίδων της ημερήσιας διαίτας μας.

Λίπη

Τα λίπη προσφέρουν στον οργανισμό μας υπερδιπλάσιες θερμίδες από ότι οι υδατάνθρακες. Προσφέρουν δηλαδή 9 θερμίδες περίπου σε κάθε γραμμάριο.

Αποθηκεύονται στους διάφορους ιστούς και αποτελούν πηγή ενέργειας που χρησιμοποιείται και σε φυσιολογικές καταστάσεις, αλλά περισσότερο σε περιπτώσεις ανάγκης. Ο λιπώδης ιστός, όπου αποθηκεύονται τα λίπη, βοηθά στη στήριξη και την προφύλαξη των διαφόρων οργάνων του σώματός μας. Εξάλλου, το λίπος του σώματος βοηθά στη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος. Τα λίπη μπορούμε να τα χωρίσουμε σε ζωικής και φυτικής προέλευσης. Τα ζωικής προέλευσης τα παίρνουμε από τροφές, όπως το κρέας, τα ψάρια, το τυρί, το γάλα και το βούτυρο. Τα φυτικής προέλευσης λίπη τα παίρνουμε κυρίως από τροφές σε υγρή μορφή (λάδια), όπως το ελαιόλαδο, το φιστικέλαιο, το σισαμέλαιο κ.α. και πιο σπάνια από τροφές σε στερεά τροφή, όπως η μαργαρίνη, το βιτάμ, η φυτίνη κ.α.

Τα λίπη που καταναλώνουμε στην καθημερινή μας διατροφή πρέπει να είναι γενικά περιορισμένα. Η μεγάλη πρόσληψη λιπών, και ειδικά η πρόσληψη λιπών ζωικής προέλευσης, έχει συνδεθεί, μετά από σχετικές έρευνες, με παθήσεις, όπως οι καρδιοπάθειες και η παχυσαρκία. Γι' αυτό πρέπει η πρόσληψη των λιπών, στην ημερήσια διατροφή ενός υγιούς ατόμου, να μην υπερβαίνει το 30-35% των ολικών ημερησίων θερμίδων του. Πρέπει ακόμα να περιορίσουμε το ποσοστό της πρόσληψης των ζωικών λιπών σε μόνο ή λιγότερο από το 10% των ολικών λιπών της διαίτας.

Ανόργανα συστατικά (ανόργανα άλατα, ιγνοστοιχεία)

Τα ανόργανα άλατα αποτελούν μόνο το 4% των ιστών του ανθρώπινου σώματος, αλλά είναι απαραίτητα για την κανονική ανάπτυξη και λειτουργία του οργανισμού. Βρίσκονται, στις τροφές αλλά και στο νερό. Δεν προσφέρουν στον οργανισμό ενέργεια αλλά είναι απαραίτητη γιατί:

1. Χρησιμοποιούνται σαν οικοδομικά υλικά και
2. Ρυθμίζουν πολλές εσωτερικές λειτουργίες του οργανισμού (πηκτικότητα αίματος, ρύθμιση των καύσεων, συμμετοχή στην δημιουργία κατάλληλης οσμωτικής πίεσης στα κύτταρα και τους ιστούς) Είναι απαραίτητα για τη διατήρηση της σύστασης των υγρών του σώματος και αποτελούν τμήμα των ενζύμων και πρωτεϊνών του σώματος. Αποτελούν βασικά συστατικά των οστών και δοντιών.

Σίδηρος (Fe)

Βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό σε συνολική ποσότητα 4-5 γρ. Το κυριότερο συστατικό των ερυθρών αιμοσφαιρίων του αίματος μας είναι η αιμοσφαιρίνη, που είναι απαραίτητη για τη μεταφορά του οξυγόνου σε όλα τα κύτταρα. Ο σίδηρος είναι το κυριότερο συστατικό της αιμοσφαιρίνης. Χωρίς το σίδηρο δεν είναι δυνατόν να γίνει φυσιολογικά η μεταφορά του οξυγόνου στα κύτταρα. Σε κατάσταση καλής υγείας έχουμε αποθέματα σιδήρου στον οργανισμό μας σε όργανα όπως το συκώτι, ο σπλήνας κτλ. Όταν τα αποθέματα αυτά εξαντλούνται, τότε εμφανίζονται διαταραχές. Η πιο σημαντική διαταραχή είναι η σιδηροπενική αναιμία. Όταν κανείς υποφέρει από

αναιμία νιώθει να κουράζεται εύκολα, γρήγορα και πολύ. Έχει ζαλάδες και μειωμένη αντοχή στις ασθένειες. Γι' αυτό, είναι πολύ σημαντικό να παίρνουμε τόση ποσότητα σιδήρου την ημέρα, από τις τροφές, όση χρειάζεται ο οργανισμός μας, ώστε να μην εμφανιστούν συμπτώματα αναιμίας.

Οι ημερήσιες ανάγκες του ανθρώπου σε σίδηρο είναι αυξημένες στα παιδιά, επειδή αυτά αναπτύσσονται, σ' όλη τη γόνιμη ηλικία των γυναικών, στην εγκυμοσύνη και στο θηλασμό.

Τρόφιμα πλούσια σε σίδηρο είναι το κρέας, το συκώτι, οι φακές, τα φασόλια, τα πράσινα λαχανικά, το μαύρο ψωμί κ.ά.

Περιεκτικότητα σε σίδηρο στα 100γρ. καταναλώσιμης τροφής.

Σίδηρος	(mg)
Γάλα	0,1
Αυγά	2,0
Κρέας(βοδινό)	1,8
Κοτόπουλο	0,7
Συκώτι	11,4
Ψάρι	0,3
Πατάτες	0,5
Λάχανο	0,6
Βερίκοκα	4,1
Ψωμί(άσπρο)	1,7
Αλεύρι	2,4
Σοκολάτα	2,4

Ασβέστιο (Ca)

Το ασβέστιο είναι το πιο άφθονο ανόργανο συστατικό στον οργανισμό μας. Βρίσκεται σε μικρές ποσότητες στα περισσότερα κύτταρα, αλλά το 90% του ασβεστίου του οργανισμού μας βρίσκεται στα οστά και στα δόντια.

Το ασβέστιο είναι ακόμη απαραίτητο:

1. Για την καλή λειτουργία του νευρικού και του μυϊκού μας συστήματος.
2. Τη φυσιολογική πήξη του αίματος.
3. Την καλή ορμονική λειτουργία του οργανισμού μας.
4. Την καλή λειτουργία της πέψης.

Για να αφομοιωθεί το ασβέστιο στον οργανισμό μας, είναι απαραίτητη στη διαίτά μας η παρουσία της βιταμίνης D καθώς επίσης καθώς επίσης και των πρωτεϊνών που βοηθούν το

ασβέστιο να απορροφηθεί. Χωρίς αυτά τα θρεπτικά συστατικά δεν είναι δυνατόν να χρησιμοποιήσουμε σωστά το ασβέστιο που παίρνουμε από τις τροφές. Το ασβέστιο είναι απαραίτητο για όλες τις ηλικίες. Είναι όμως αυξημένες οι ημερήσιες ανάγκες σε ασβέστιο στα παιδιά και στις γυναίκες στην περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού.

Η έλλειψη ασβεστίου μπορεί να προκαλέσει ραχίτιδα στα παιδιά και οστεοπόρωση στους ηλικιωμένους. Σε περιπτώσεις που δεν παίρνουμε αρκετό ασβέστιο από τις τροφές, ο οργανισμός μας "δανείζεται" το ασβέστιο που χρειάζεται από τα οστά και έτσι καταλήγουμε στις παραπάνω ασθένειες. Ταυτόχρονα μια δίαιτα φτωχή σε ασβέστιο έχει επίδραση επίσης, στη λειτουργία του νευρικού και του μυϊκού μας συστήματος και στην πήξη του αίματος.

Τρόφιμα πλούσια σε ασβέστιο είναι: Το γάλα, το τυρί, το γιαούρτι, τα ψάρια, το μουρουνέλαιο, τα πράσινα λαχανικά, τα αυγά κ.ά.

Περιεκτικότητα σε ασβέστιο στα 100 γραμμάρια καταναλώσιμης τροφής.

Ασβέστιο	(mg)
Ρύζι	4
Ψωμί (άσπρο)	70
(πιτυρούχο)	99
Αλεύρι	41
Μήλα	4
Λάχανο	49
Πατάτες	8
Ψάρι	16
Κρέας (βοδινό,μπριζόλες ψητές)	14
Αυγά	54
(κασέρι)	750
Τυρί (φέτα)	105
Γιαούρτι	180
Γάλα(αγελάδας)	118
(εβαπορέ)	252
(σκόνη αποβουτ.)	13

Φώσφορος (P)

Ο φώσφορος είναι το δεύτερο μετά το ασβέστιο πιο άφθονο ανόργανο συστατικό στον οργανισμό μας. Όπως και το ασβέστιο, είναι βασικό δομικό στοιχείο των οστών, αλλά βρίσκεται επίσης σε μικρές ποσότητες και στα περισσότερα κύτταρα. Το 80% του φωσφόρου στον οργανισμό μας βρίσκεται ενωμένο με το ασβέστιο στα οστά.

Ο φώσφορος παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό των υδατανθράκων, των λυπών και των πρωτεϊνών στον οργανισμό μας.

Περιεκτικότητα σε φώσφορο στα 100γρ. καταναλώσιμης τροφής.

Φώσφορος	(mg)
Φιστίκια (αράπικα)	500
Ψωμί(άσπρο)	87
(πιτυρούχο)	228
Πορτοκάλια	20
Λάχανο	29
Πατάτες	40
Κοτόπουλο	160
Κρέας (βοδινό, Μπριζόλες ψητές)	151
Γάλα (αγελάδας)	93
Τυρί (φέτα)	184
(κασέρι)	478
Αυγά	205

Μαγνήσιο (Mg)

Η μεγαλύτερη ποσότητα του μαγνησίου στον οργανισμό μας βρίσκεται στα οστά μαζί με το ασβέστιο και το φώσφορο. Το μαγνήσιο από την άλλη πλευρά, ενεργοποιεί επίσης διάφορα ένζυμα στον οργανισμό μας που είναι απαραίτητα για την παραγωγή ενέργειας.

Περιεκτικότητα σε μαγνήσιο στα 100γρ. καταναλώσιμης τροφής.

Μαγνήσιο	(mg)
Γάλα (αγελάδας)	12
Τυρί (κασέρι)	25
Αυγά	12

Ψωμί (άσπρο)	97
(πιτυρούχο)	230
Πατάτες	24
Φιστίκια (αράπικα)	26
Πορτοκάλια	13
Λάχανο	17
Κρέας (βοδινό)	151
Κοτόπουλο	20

Νάτριο-Χλώριο (Na-Cl)

Το νάτριο είναι απαραίτητο στον άνθρωπο για την καλή λειτουργία του νευρικού και του μυϊκού συστήματος.

Οι ανάγκες του οργανισμού σε χλωριούχο νάτριο (αλάτι) για έναν ενήλικο είναι 4 γραμμάρια περίπου την ημέρα. Την ποσότητα αυτή μπορούμε να την πάρουμε από τα τρόφιμα, χωρίς να χρειάζεται να προσθέσουμε επιπλέον αλάτι στα φαγητά μας όπως συνηθίζουμε να κάνουμε. Η αυξημένη πρόσληψη χλωριούχου νατρίου (αλατιού) έχει συνδεθεί με ορισμένες παθήσεις, όπως είναι η υπέρταση (δηλαδή η αυξημένη αρτηριακή πίεση), οι παθήσεις των νεφρών κ.ά. Γι' αυτό θα πρέπει να περιορίσουμε την πρόσληψη χλωριούχου νατρίου στη διατροφή μας.

Κάλιο (K)

Το κάλιο είναι επίσης απαραίτητο στον άνθρωπο. Το κάλιο βρίσκεται στα ενδοκυτταρικά υγρά (δηλαδή στο χώρο που βρίσκεται μέσα στα κύτταρα).

Όπως και για το νάτριο, έλλειψη καλίου μπορεί να εμφανιστεί στον άνθρωπο μόνο όταν έχουμε απώλεια υγρών. Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις που έχουμε εμετούς και διάρροιες ή μετά από λήψη διουρητικών φαρμάκων.

Τροφές πλούσιες σε κάλιο είναι ο καφές, τα όσπρια, τα φρούτα, οι πατάτες, το γάλα κ.ά.

Ιχνοστοιχεία

Εκτός από τα ανόργανα συστατικά που ήδη αναφέραμε, υπάρχει και μία ακόμη ομάδα θρεπτικών συστατικών που ονομάζονται ιχνοστοιχεία και που χρειάζονται στον οργανισμό σε πολύ μικρές ποσότητες (ίχνη). Από τα κυριότερα ιχνοστοιχεία είναι το φθόριο και το ιώδιο.

Φθόριο

Το φθόριο είναι απαραίτητο στον άνθρωπο για την καλή υγεία των οστών και των δοντιών. Έχει διαπιστωθεί ότι προλαβαίνει τη φθορά των δοντιών. Η καλύτερη πηγή φθορίου είναι το πόσιμο νερό, που όμως η περιεκτικότητά του σε φθόριο ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή. Άλλες καλές πηγές φθορίου στη διαίτά μας είναι το τσάι και τα θαλασσινά.

Ιώδιο

Το ιώδιο είναι συστατικό της θυροξίνης, της ορμόνης που παράγεται στο θυρεοειδή αδέν. Η θυροξίνη είναι απαραίτητη ορμόνη και συντελεί στη σωματική και πνευματική ανάπτυξη του ανθρώπου. Όταν υπάρχει έλλειψη ιωδίου, παρουσιάζονται παθολογικές καταστάσεις, όπως η βρογχοκήλη.

Τροφές πλούσιες σε ιώδιο είναι όλες οι θαλασσινές τροφές, όπως ψάρια, μύδια, καβούρια, πεταλίδες, αχινοί κ.ά. Για το λόγο αυτό η βρογχοκήλη είναι πιο συχνή σε ορεινές περιοχές παρά σε παραθαλάσσιες.

Άλλα ιχνοστοιχεία απαραίτητα για τον άνθρωπο είναι το κοβάλτιο, το μολυβένιο, το αργίλιο, ο ψευδάργυρος, το μαγνήσιο, ο χαλκός και το θείο. Οι ανάγκες μας σ' αυτά τα ιχνοστοιχεία είναι μικρές και έτσι είναι πολύ δύσκολο να λείψουν από τη διατροφή μας.

Βιταμίνες

Οι βιταμίνες είναι ρυθμιστές της καλής λειτουργίας του οργανισμού μας. Είναι και αυτές απαραίτητες όπως και τα ανόργανα άλατα σε πολύ μικρές ποσότητες. Χωρίς αυτές ο οργανισμός μας δε θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει κανένα από τα άλλα θρεπτικά συστατικά των τροφίμων.

Βιταμίνη Α (ρετινόλη)

Η βιταμίνη Α είναι απαραίτητη στον άνθρωπο για την καλή λειτουργία της αίσθησης της όρασης. Η έλλειψη της μπορεί να οδηγήσει σε ξηροφθαλμία, νυκταλωπία (δυσκολία να δει κανείς τη νύχτα) και τελικά σε τύφλωση. Η βιταμίνη Α είναι επίσης απαραίτητη για τη διατήρηση της υγείας του δέρματος μας.

Βιταμίνη D (χολεκαλσιφερόλη)

Η βιταμίνη D είναι απαραίτητη στον οργανισμό μας για την απορρόφηση του ασβεστίου και του φωσφόρου. Εξάλλου χωρίς την παρουσία της βιταμίνης D η χρησιμοποίηση του ασβεστίου στα οστά δεν είναι δυνατή. Έλλειψη της βιταμίνης D προκαλεί ραχιτισμό στα παιδιά και οστεοπόρωση στους μεγάλους, παθήσεις των οστών που εμφανίζονται κυρίως σε περιοχές όπου δεν υπάρχει μεγάλη ηλιοφάνεια. Τη βιταμίνη D μπορούμε να την πάρουμε από ορισμένες ζωικές τροφές, όπως π.χ. είναι: τα αυγά, το βούτυρο, τα παχιά ψάρια και το συκώτι.

Βιταμίνη Ε (τοκοφερόλη)

Η βιταμίνη Ε βρίσκεται σε όλες τις κυτταρικές μεμβράνες του σώματός μας. Είναι και αυτή απαραίτητη, γιατί βοηθά να διατηρηθεί σταθερή η σύσταση των μεμβρανών αυτών. Η έλλειψη της βιταμίνης Ε προκαλεί αναιμία. Αυτή η βιταμίνη βρίσκεται σε μια ποικιλία τροφίμων. Οι πλουσιότερες πηγές της όμως είναι τα φυτικά έλαια, η μαργαρίνη, τα αυγά και τα δημητριακά.

Υδατοδιαλυτές βιταμίνες

Οι βιταμίνες της ομάδας Β (Β1, Β2, Β6, Β12, νιασίνη, φυλλικό οξύ, παντοθενικό οξύ και βιοτίνη) και η βιταμίνη C είναι υδατοδιαλυτές. Αυτό σημαίνει ότι διαλύονται στο νερό και στα υγρά του σώματος. Όσες από τις υδατοδιαλυτές βιταμίνες δε χρησιμοποιούνται αποβάλλονται από τον οργανισμό μας. Είναι, λοιπόν, απαραίτητο να παίρνουμε τόση ποσότητα υδατοδιαλυτών βιταμινών την ημέρα όση τουλάχιστον χρειαζόμαστε, γιατί οι υδατοδιαλυτές βιταμίνες, σε αντίθεση με τις λιποδιαλυτές, δεν αποθηκεύονται στον οργανισμό.

Βιταμίνη C (ασκορβικό οξύ)

Ο άνθρωπος, σε αντίθεση με πολλά ζώα, δεν μπορεί να συνθέσει την βιταμίνη C και έτσι πρέπει να την παίρνει αυτούσια από την τροφή του.

Η βιταμίνη C είναι απαραίτητη στον άνθρωπο γιατί:

1. Συμβάλλει στην καλή κατάσταση των αιμοφόρων αγγείων.
2. Προστατεύει τον οργανισμό από τις λοιμώξεις.
3. Είναι απαραίτητη για την απορρόφηση του σιδήρου, του ασβεστίου και του φωσφόρου.

Έλλειψη της βιταμίνης C οδηγεί σε αιμορραγίες, γιατί προκαλείται βλάβη στα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων. Η έλλειψη της βιταμίνης οδηγεί επίσης σε αναιμία, παραμόρφωση των οστών και τέλος στην ασθένεια σκορβούτο, η οποία χαρακτηρίζεται από συχνές αιμορραγίες σε διάφορα σημεία του σώματος. Τρόφιμα πλούσια σε βιταμίνη C είναι τα φρούτα και τα λαχανικά. Τα ζωικά τρόφιμα περιέχουν πολύ μικρές ποσότητες βιταμίνης ή και καθόλου.

Βιταμίνες της ομάδας B

Οι βιταμίνες της ομάδας B κάνουν καλό στο μυαλό, τα νεύρα, το δέρμα, την πέψη, την καρδιά και τους μυς. Το αλκοόλ και τα διάφορα φάρμακα (ναρκωτικά, ηρεμιστικά κ.λ.π.) καταστρέφουν τις βιταμίνες B γιατί τις εμποδίζουν να απορροφηθούν από τον οργανισμό.

Βιταμίνη B1 (θειαμίνη)

Η θειαμίνη είναι διαδεδομένη τόσο στις φυτικές όσο και στις ζωικές τροφές. Προσοχή χρειάζεται στο μαγείρεμα των τροφίμων, γιατί μπορεί να έχουμε σοβαρές απώλειες της βιταμίνης στο νερό. Τροφές πλούσιες σε θειαμίνη είναι το μαύρο ψωμί, το μη αποφλοιωμένο ρύζι, το κρέας, ορισμένα λαχανικά, τα αυγά, οι ξηροί καρποί, κ.α.

Βιταμίνη B2 (ριβοφλαβίνη)

Η βιταμίνη B2 είναι απαραίτητη για την καλή λειτουργία του μυϊκού και του νευρικού μας συστήματος. Η βιταμίνη αυτή είναι πολύ διαδεδομένη τόσο στις ζωικές όσο και στις φυτικές τροφές. Τροφές πλούσιες σε βιταμίνη B2 είναι το γάλα, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, το κρέας, τα αυγά, κ.α. Είναι βιταμίνη ευαίσθητη στο φως και στον ήλιο και καταστρέφεται εύκολα. Γι' αυτό τροφές ευαίσθητες, όπως το γάλα, δεν πρέπει να διατηρούνται εκτεθειμένες στον ήλιο. Η έλλειψή της προκαλεί στον άνθρωπο διάφορες μορφές δερματίτιδας.

Νιασίνη (νικοτινικό οξύ)

Η νιασίνη ή νικοτινικό οξύ ή νικοτιναμίδη είναι γνωστή σαν η βιταμίνη που προλαβαίνει και θεραπεύει την πελαργό, αρρώστια που χαρακτηρίζεται από δερματικές, νευρικές και ψυχικές διαταραχές. Η νιασίνη είναι μία αρκετά σταθερή βιταμίνη και δεν καταστρέφεται όταν μαγειρεύουμε τα τρόφιμα. **Βιταμίνη B6 (πυριδοξίνη)**

Η βιταμίνη B6 βρίσκεται σε μεγάλη ποικιλία τροφίμων και ειδικότερα στο κρέας, στα ψάρια, στα δημητριακά και σε μερικά λαχανικά. Η έλλειψή της μπορεί να οδηγήσει σε αναιμία, νευροπάθεια και κατάθλιψη.

Βιταμίνη B12 (κυανοκοβαλαμίνη)

Η βιταμίνη B12 μας είναι απαραίτητη για την καλή λειτουργία των κυττάρων.

Είναι συστατικό πολλών ενζύμων και είναι απαραίτητη για το σχηματισμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Είναι επίσης απαραίτητη για την ανάπτυξη του σώματός μας. Βρίσκεται μόνο σε ζωικές τροφές. Γι' αυτό και τα άτομα που είναι φυτοφάγα κινδυνεύουν να εμφανίσουν, συμπτώματα από έλλειψη της βιταμίνης αυτής.

Φυλλικό οξύ

Είναι απαραίτητο για το μεταβολισμό άλλων θρεπτικών συστατικών. Χρησιμεύει στο σχηματισμό των ερυθροκυττάρων. Η έλλειψή του προκαλεί τη μακροκυτταρική αναιμία. Το φυλλικό οξύ είναι πολύ διαδεδομένο κυρίως στις φυτικές αλλά και στις ζωικές τροφές. Τρόφιμα πλούσια σε φυλλικό οξύ είναι τα λαχανικά (κυρίως τα πράσινα λαχανικά), τα εντόσθια (κυρίως το συκώτι), τα όσπρια.

Το φυλλικό οξύ είναι πολύ ευαίσθητη βιταμίνη και καταστρέφεται εύκολα στο μαγείρεμα, γιατί είναι ευδιάλυτη στο νερό. Γι' αυτό πρέπει να προσέχουμε και να μαγειρεύουμε τα τρόφιμα με όσον το δυνατότερο λιγότερο νερό.

Αυξημένες ανάγκες σε φυλλικό οξύ έχουν τα πρόωρα βρέφη και οι γυναίκες στην περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού.

Βιοτίνη

Είναι απαραίτητη για το μεταβολισμό των λιπών. Πολύ μικρές ποσότητες χρειάζονται στην καθημερινή μας διατροφή, γιατί η βιοτίνη παράγεται στο έντερο από τα βακτηρίδια που αποτελούν τμήμα της χλωρίδας του εντέρου.

Η έλλειψη της βιοτίνης μπορεί να εμφανιστεί μόνο σε άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες από ωμά ασπράδια αυγών. Τα συμπτώματα της έλλειψης της βιταμίνης αυτής είναι η ανορεξία, οι εμετοί, οι δερματικές και οι νευρικές διαταραχές. Η βιοτίνη βρίσκεται στα αυγά, στο συκώτι, στο γάλα, στα προϊόντα του γάλακτος, στα λαχανικά κ.α.

Οι ανάγκες που έχει ένας άνθρωπος σε βιταμίνες μεταβάλλονται στη διάρκεια της ζωής του, ενώ παράλληλα εξαρτώνται και από ορισμένες καταστάσεις και συνήθειες. Έτσι, ορισμένες ομάδες ανθρώπων παρουσιάζουν αυξημένους κινδύνους αβιταμίνωσης.

Το νερό

Κάθε κύτταρο του οργανισμού μας αποτελείται σε μεγάλο ποσοστό από νερό. Συνολικά τα 2/3 του σώματός μας είναι νερό. Το νερό αποτελεί ακόμα το 90% του αίματός μας. Ο ρόλος του νερού στον οργανισμό είναι ουσιώδης: όλες οι χημικές αντιδράσεις, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη ζωή, μπορούν να πραγματοποιηθούν μόνο μέσα σε υδατικό περιβάλλον, τόσο στο ενδοκυτταρικό όσο και στο εξωκυτταρικό περιβάλλον. Επιπροσθέτως, το νερό είναι το όχημα, το οποίο επιτρέπει την αφομοίωση των θρεπτικών ουσιών από το έντερο, μεταφέρει πληθώρα διαλυμένων στοιχείων ή αιωρούμενων στο αίμα και παρασύρει τα τοξικά κατάλοιπα προς το εξωτερικό του σώματος. Συντελεί επίσης στη διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας του σώματος. Το νερό βοηθά ακόμη στην πέψη της τροφής, όπως και στην καλή λειτουργία όλων των οργάνων του σώματος.

Μεταβολισμός των θρεπτικών ουσιών

Όταν εισάγουμε ένα τρόφιμο στο στόμα, αρχίζει μια πολύπλοκη φυσική και χημική διαδικασία, η οποία καθιστά δυνατή την παραγωγή των διαφόρων θρεπτικών ουσιών στον πεπτικό σωλήνα, τη μετέπειτα απορρόφησή τους και τελικά, την εκμετάλλευσή τους από τους διάφορους ιστούς του οργανισμού.

Χάρη στη δράση των πεπτικών ενζύμων, η τροφή διασπάται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να παράγονται τα βασικά μονομερή των διαφόρων θρεπτικών ουσιών που τη συνιστούν: μονοσακχαρίτες και τους υδατάνθρακες, τα τριγλυκερίδια από τα λίπη, αμινοξέα από τις πρωτεΐνες. Μόνο οι ήδη διασπασμένες ουσίες, μικροσκοπικών διαστάσεων, μπορούν να διαπεράσουν τα τοιχώματα του εντέρου και να φθάσουν στα παρακείμενα αιμοφόρα αγγεία: διαδικασία που είναι γνωστή ως αφομοίωση. Μόλις εισέλθουν στην κυκλοφορία του αίματος, όλες οι θρεπτικές ουσίες μεταφέρονται καταρχήν έως το ήπαρ, το "χημικό εργαστήριο" του σώματος. Σε αυτό το όργανο, οι κύριες θρεπτικές ουσίες μεταβολίζονται, μετατρέπονται, συσσωρεύονται σε αποθηκευτικούς χώρους για τη μετέπειτα χρησιμοποίησή τους.

Μετά το φιλτράρισμα και την επεξεργασία τους στο ήπαρ, οι θρεπτικές ουσίες περνούν στη γενική κυκλοφορία του αίματος για να φθάσουν, μεταφερόμενες στο αίμα, σε όλους τους ιστούς του οργανισμού και δεσμεύονται από τα κύτταρα. Εντός πλέον του εσωτερικού των κυττάρων,

χρησιμοποιούνται για δύο βασικούς σκοπούς : για να δημιουργηθούν οι ιστοί του οργανισμού και χημικές ουσίες ποικίλης φύσης ή ως καύσιμα μέσω των οποίων παράγεται η ενέργεια που είναι απαραίτητη για την εκτέλεση των λειτουργιών του οργανισμού.

1.3 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η σχέση διατροφής και υγείας είναι γνωστή από την αρχαιότητα. Ο πατέρας της Ιατρικής Ιπποκράτης (460 π.χ.) συνέδεσε τη σωστή διατροφή, με την καλή υγεία. Είναι ενδιαφέρουσα η σημασία, που αποδίδει ο Ιπποκράτης στη συνύπαρξη σωστής διατροφής και άσκησης. Είναι, επίσης, ενδιαφέρουσα η αναγνώριση της σχέσης μεταξύ φυσικής και διανοητικής υγείας, όπως αυτή διατυπώθηκε, από τους αρχαίους προγόνους μας, στο γνωστό ρητό: *''Νους υγιής εν σώματι υγιεί''*.

Η διατροφή είναι βασική προϋπόθεση για τη διατήρηση της σωματικής και κατά συνέπεια της ψυχικής υγείας. Η σωματική υγεία έχει απόλυτη εξάρτηση από τη διατροφή καθώς δεν εξασφαλίζεται μοναχά από την ιατρική τεχνολογία αλλά κατά ένα μεγάλο μέρος από την πρόληψη.

Ο άνθρωπος θεωρεί ότι η τροφή είναι ζωτικής σημασίας. Καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, η διατροφή είναι το βασικό στοιχείο που διατηρεί τη ζωή και παρέχει στα κύτταρα την απαραίτητη ενέργεια έτσι ώστε οι διάφοροι ιστοί και τα όργανα να μπορούν να λάβουν συντονισμένες ενέργειες. Η ανθρώπινη ζωή είναι όπως ένα μικρό δέντρο, το οποίο χρειάζεται σταθερό πότισμα, λίπανση, και καλλιέργεια για να είναι σε θέση να αυξηθεί με σθένος. Τέτοια είναι η σημασία της διατροφής στην ανθρώπινη ζωή. Κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης της διατροφής, μόνο μια ισορροπημένη διατροφή μπορεί να αποτρέψει το σώμα από μια δυσαναλογία, η οποία οδηγεί στην ασθένεια. Η θρεπτική συμπλήρωση πρέπει να είναι λογική και επιστημονική. Όταν κάποιος αρρωσταίνει, λαμβάνει θεραπεία, όταν κάποιος είναι υγιής, φρουρεί τον οργανισμό του ενάντια στην ασθένεια. Επομένως, η πρόληψη ασθενειών είναι το μέγιστο ζήτημα στη διατήρηση της υγείας. Η υγιής και ισορροπημένη διατροφή και ο βελτιωμένος τρόπος ζωής μπορούν να ρυθμίσουν και να αυξήσουν την ανοσοποιητική ικανότητα του σώματος.

Ως σωστή διατροφή θεωρείται η διατροφή που περιέχει όλες τις θρεπτικές και συμπληρωματικές ουσίες (καλή διατροφή) στις αναγκαίες ποσότητες (ισορροπημένη τροφή) με τον κατάλληλο σχεδιασμό των γευμάτων, που πρέπει να λαμβάνονται απαραίτητα υπόψη οι ιδιαίτερες συνθήκες ζωής του ατόμου (εργασία, περιβάλλον, συνήθειες κτλ) και οι ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού σε συνδυασμό με την ηλικία και την σωματική διάπλασή του.

Διατροφή και Κίνδυνοι

Ο υποσιτισμός, η υπερκατανάλωση τροφής και μη ισορροπημένη διατροφή είναι σημαντικές εκδηλώσεις κακής διατροφής, η οποία έχει άμεσες επιπτώσεις στην υγεία.

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, 3 στους 10 ανθρώπους, που ζουν σε αναπτυγμένες χώρες, εμφανίζουν συμπτώματα κακής διατροφής, με τη μορφή της έλλειψης θρεπτικών στοιχείων (ιδιαίτερα σιδήρου, ασβεστίου, βιταμινών Α, C και ριβοφλαβίνης), ή με τη μορφή αναιμιών, παχυσαρκίας, ή ασθενειών του κυκλοφορικού (καρδιοπαθειες, υπέρταση, κ.λπ.). Ο διαβήτης, σοβαρές περιοδοντικές ασθένειες, αλκοολισμός, διάφορες μορφές καρκίνου κ.λπ. είναι ασθένειες, που συνδέονται με την κακή διατροφή. Ιδιαίτερα επιρρεπείς, στην κακή διατροφή, είναι τα μικρά παιδιά, οι έφηβοι, οι νεαρές έγκυες γυναίκες, οι φτωχές οικογένειες, οι ανάπηροι και οι ηλικιωμένοι.

Τα τελευταία 60 χρόνια, ο Ελληνικός πληθυσμός έζησε δραστικές αλλαγές, στον τρόπο ζωής. Καθώς περάσαμε, από την ανέχεια της εποχής του μεσοπολέμου, στην αφθονία της σημερινής εποχής, σταδιακά, εγκαταλείψαμε την παραδοσιακή Μεσογειακή δίαιτα και υιοθετήσαμε το δυτικό τρόπο ζωής και μια δίαιτα δυτικού τύπου. Από μια δίαιτα, φτωχή σε ζωικές πρωτεΐνες και ζωικά

λίπη, πλούσια σε όσπρια, δημητριακά, ψάρι, φρούτα και λαχανικά, που συνδυάζονται με συχνή χειρωνακτική εργασία (άσκηση), περάσαμε σε μια διατροφή, με συχνή χρήση κρεάτων, ραφιναρισμένων τροφίμων, πρόχειρων φαγητών (fast food), γλυκισμάτων, ζαχαρούχων αναψυκτικών, προϊόντων σνακς, κ.λ.π., σε συνδυασμό με πολύ άγχος και χωρίς, έστω στοιχειώδη, άσκηση. Η σημερινή διατροφή μας οδηγεί σε υψηλή πρόσληψη συνολικών θερμίδων, σε σχέση με τις ανάγκες του οργανισμού μας, σε υψηλή πρόσληψη ζάχαρης, άλατος, κορεσμένων λιπών και σε χαμηλή πρόσληψη φυτικών ινών, αντιοξειδωτικών ουσιών, ιχνοστοιχείων, βιταμινών και άλλων χρήσιμων διατροφικών στοιχείων. Μας οδηγεί, παράλληλα, στην εμφάνιση μιας σειράς ασθενειών, που έχουν διατροφική βάση, με προεξάρχουσα τη συχνή εμφάνιση πολλών μορφών καρκίνου (ιδιαίτερα του καρκίνου του πεπτικού συστήματος).

Η διατροφή και ο τρόπος διαβίωσης του ανθρώπου, σε πολλές περιπτώσεις, μπορούν να εμποδίσουν ή και να αποτρέψουν την εκδήλωση της επάρατης αυτής νόσου. Τα τρόφιμα επιβαρύνονται με υπολείμματα φυτοφαρμάκων (από ψεκασμούς καλλιέργειών), νιτρικά και νιτρώδη άλατα (από υπερβολική χρήση λιπασμάτων) και ελεύθερες χημικές ρίζες (από καμένα λίπη - φριτέζες). Όλες οι παραπάνω ουσίες έχουν ενοχοποιηθεί, ως ισχυρά καρκινογόνα ή πρόδρομοι καρκινογόνων ουσιών.

Η κακή χρήση πρόσθετων ουσιών (στα τρόφιμα), η νοθεία και οι περιβαλλοντικοί ρυπαντές ολοκληρώνουν την εικόνα των κινδύνων, που συνδέονται με την παραγωγή και τη διακίνηση των τροφίμων. Κινδυνεύουμε, λοιπόν, από κακή διατροφή. Κινδυνεύουμε, όμως, και από μη-ασφαλή τρόφιμα. Η ευθύνη της επιλογής των τροφίμων, που θα περιλάβουμε στη διατροφή μας βαρύνει, κυρίως, εμάς τους ίδιους. Η ευθύνη, όμως, για την παραγωγή και διακίνηση ασφαλών τροφίμων, βαρύνει, αποκλειστικά, την Πολιτεία, η οποία πρέπει να ενισχύσει, σημαντικά, τους ελεγκτικούς της μηχανισμούς. Είναι αλήθεια ότι οι διατροφικές συνήθειες αποκτώνται σε νεαρή ηλικία. Σημαντικό ρόλο παίζουν η οικογένεια και το σχολείο.

Το σπιτικό φαγητό, το οποίο μαγειρεύεται με "αγνά" υλικά (ελαιόλαδο, χωρίς πολύ αλάτι, χωρίς πολλά καρυκεύματα) είναι ότι καλύτερο μπορούμε να προσφέρουμε στα παιδιά μας².

1.4 Η ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

**Ο όρος
Μεσογειακή
διατροφή
έχει**

**συγκεκριμένο
περιεχόμενο**

Χρησιμοποιείται για να καθορίσει τις διατροφικές συνήθειες που χαρακτήριζαν ορισμένες περιοχές της Μεσογείου στις αρχές της δεκαετίας του



’60, όπως είναι η Κρήτη, ορισμένα μέρη της υπόλοιπης Ελλάδας και η νότια Ιταλία.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της μεσογειακής διατροφής είναι:

1. Ο υψηλός λόγος μονοακόρεστου / κορεσμένου λίπους
- 2 Αφθονία φυτικών τροφών
3. Υψηλή κατανάλωση όσπριων
4. Υψηλή κατανάλωση δημητριακών (συμπεριλαμβάνοντας το ψωμί)
5. Υψηλή κατανάλωση φρέσκων φρούτων ως συνηθισμένο καθημερινό επιδόρπιο και γλυκά που περιέχουν συμπυκνωμένα σάκχαρα ή μέλι λίγες φορές την εβδομάδα.
6. Υψηλή κατανάλωση λαχανικών
7. Μικρές ποσότητες κόκκινου κρέατος
8. Γαλακτοκομικά προϊόντα (κυρίως τυρί και γιαούρτι) καθημερινά, σε μικρές έως μέτριες ποσότητες
9. Ελαιόλαδο ως κύρια πηγή λιπαρών
10. Ψάρια και πουλερικά σε μικρές έως μέτριες ποσότητες
11. Κανένα έως τέσσερα αυγά την εβδομάδα
12. Μικρές έως μέτριες ποσότητες κρασιού, συνήθως με τα γεύματα.

Υπάρχουν ισχυρά στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η Μεσογειακή Διατροφή συνεισφέρει στην πρόληψη παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως είναι η δυσλιπιδαιμία, η υπέρταση, ο διαβήτης τύπου II, η παχυσαρκία και συνεπώς στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Επιπλέον υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η Μεσογειακή Διατροφή παίζει προληπτικό ρόλο κατά ορισμένων μορφών καρκίνου.

Μία τόσο δυνατή Διατροφή μόνο το δυνατότερο οικοδόμημα ανά την γη, θα μπορούσε να διαλέξει ως σύμβολο της: *την πυραμίδα*. Ιδιαίτερα επιτακτική στην εποχή μας είναι η τάση επιστροφής στην Μεσογειακή Διατροφή, η οποία παρουσιάζεται στην παρακάτω πυραμίδα. Αν αναλύσουμε την πυραμίδα θα δούμε ότι παρουσιάζει φαγητά από όλες τις βασικές ομάδες τροφίμων. Κάθε ομάδα τροφίμων δίνει μερικά, αλλά όχι όλα, τα θρεπτικά συστατικά που χρειαζόμαστε.

Η **Πυραμίδα τροφίμων** αναπτύχθηκε από τα Υπουργεία Γεωργίας και Υγείας των ΗΠΑ με σκοπό να χρησιμοποιηθεί ως οπτικό εργαλείο για υγιεινή διατροφή. Η Πυραμίδα βασίζεται σε

επιστημονικά στοιχεία διαιτητικών προσλήψεων, θρεπτικών συστατικών σε διάφορα τρόφιμα και τρόπους επιλογής τροφίμων για διατήρηση της υγείας.

- **Στη βάση της πυραμίδας** βρίσκεται το ψωμί και τα δημητριακά, το ρύζι και τα ζυμαρικά. Είναι τροφές που προέρχονται από σιτηρά και που πρέπει να καταναλώνονται σε ποσότητες μεγαλύτερες απ'ότι οι τροφές που αναγράφονται στα πιο πάνω στρώματα της πυραμίδας (περίπου 6-11 μερίδες καθημερινώς).
- **Στο πρώτο επίπεδο της πυραμίδας**, βρίσκονται τροφές φυτικής προέλευσης, όσπρια, φρούτα και λαχανικά. Όλες αυτές οι τροφές περιέχουν βιταμίνες, άλατα και φυτικές ίνες και γι'αυτό το λόγο πρέπει να καταναλώνονται σε μεγάλες ποσότητες.
- **Στο δεύτερο επίπεδο της πυραμίδας**, βρίσκεται το ελαιόλαδο. Το ελαιόλαδο είναι απαραίτητο στην καθημερινή μας διατροφή και η θρεπτική του αξία είναι ασύγκριτη καθώς βοηθάει στην αποφυγή μιας καρδιακής προσβολής.
- **Στο τρίτο επίπεδο της πυραμίδας**, υπάρχουν δύο ομάδες τροφών – τα γαλακτομικά προϊόντα (γάλα, τυρί, γιαούρτι) και η ομάδα του κρέατος (κρέας, κοτόπουλο, ψάρια, αυγά, ξηροί καρποί). Όλες αυτές οι τροφές είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τη διατροφή καθώς περιέχουν πρωτεΐνες, ασβέστιο και σίδηρο.
- Τέλος, **στην κορυφή της πυραμίδας**, βρίσκονται τα ζωικά λίπη και τα γλυκά.

Τέτοιες τροφές είναι πλούσιες σε θερμίδες, όχι όμως και σε θρεπτική αξία και γι'αυτό τον λόγο η κατανάλωση τους πρέπει να γίνεται με μέτρο.

Για να έχουμε μία ισορροπημένη διατροφή πρέπει να έχουμε ποικιλία στα τρόφιμα που τρώμε και να διαλέγουμε την σωστή ποσότητα για να είμαστε σίγουροι ότι παίρνουμε τις θρεπτικές ουσίες που χρειαζόμαστε. Από τα τρόφιμα παίρνουμε τα «καύσιμα» που χρειάζεται ο οργανισμός για να κάνει τις λειτουργίες του (να χτυπήσει η καρδιά, να αναπνεύσω, να πάω στη δουλειά, να πάω στο σχολείο, να βγω για παιχνίδι, κτλ).

Με βάση την πυραμίδα αυτή, θα πρέπει να καταναλώνουμε:

1-2 φορές το μήνα: (ή λίγο συχνότερα σε μικρές ποσότητες) κόκκινο κρέας.

1-2 φορές την εβδομάδα: ψάρια, πουλερικά, αβγά (και γλυκίσματα).

Καθημερινά: Φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ψωμί, δημητριακά, πατάτες, ελαιόλαδο, ελιές, γαλακτοκομικά.

Η **μεσογειακή διατροφή** συμβαδίζει με την συστηματική σωματική άσκηση ενώ προβλέπει και την κατανάλωση κρασιού με μέτρο. Η συστηματική φυσική δραστηριότητα είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση καλής υγείας και ιδανικού βάρους³.

1.5 Κρητική Διατροφή & Ιστορία

Στην σύγχρονη εποχή θεωρείται ότι η μεσογειακή δίαιτα είναι τρόπος ζωής που χαρίζει μακροζωία και καλή υγεία. Οι περισσότερες από τις έρευνες όμως, που έχουν γίνει διεθνώς, φέρουν την Κρήτη ως το καλύτερο και πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα μεσογειακής διατροφής. Αφού διαπίστωσαν πως οι κάτοικοι του νησιού έχουν τους μικρότερους δείκτες θνησιμότητας, τα πιο μικρά σε παγκόσμια κλίμακα ποσοστά θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνους, άρχισαν να αναζητούν την ταυτότητα της διατροφής που χάρισε (και χαρίζει) στους Κρητικούς αυτά τα εξαιρετικά προνόμια υγείας.

Πολύ γρήγορα φάνηκε πως πρόκειται για μια ιστορία που χάνεται στα βάθη του χρόνου. Δεν είναι δηλαδή αποτέλεσμα της μελέτης κάποιων επιστημόνων αλλά ένα βιολογικό πείραμα που διαρκεί μερικές χιλιάδες χρόνια. Η ιστορία της Κρητικής διατροφής ξεκινά από πολύ παλιά, ακόμη και πριν από τη νεολιθική εποχή. Μόνο που η επιστήμη δεν έχει στοιχεία παρά μόνον σοβαρές ενδείξεις για το τι έτρωγαν οι Κρητικοί πριν από 5.000 χρόνια.

Από την εποχή που ήκμασε ο Μινωικός πολιτισμός (4.000 χρόνια πριν) τα πράγματα αρχίζουν να γίνονται σαφέστερα. Από τα ευρήματα των αρχαιολογικών ανασκαφών φαίνεται πως και οι αρχαίοι Κρήτες, οι Μινωίτες, καταλάβαιναν τα ίδια σχεδόν προϊόντα που καταναλώνει και ο σημερινός Κρητικός. Στα ανάκτορα της μινωϊκής εποχής βρέθηκαν τα μεγάλα πιθάρια για το λάδι της ελιάς, τους δημητριακούς καρπούς, τα όσπρια και το μέλι. Και στις διάφορες εικονογραφικές μαρτυρίες βλέπουμε τον απίθανο κόσμο των Κρητικών φυτών και βοτάνων.

Καθώς περνούσαν οι αιώνες, η Κρητική κουζίνα συγκέντρωνε τη γνώση και την εμπειρία που μεταδιδόταν από γενιά σε γενιά, έτσι που ο Αθήναιος, Έλληνας συγγραφέας των ρωμαϊκών χρόνων, να μας πληροφορεί για δυο εξαιρετικά περίπλοκα και γευστικά γλυκά που παρασκευάζονταν στην αρχαία Κρήτη με πετιμέζι και μέλι, με ξηρούς καρπούς, σησάμι και σπόρια παπαρούνας. Στα βυζαντινά χρόνια οι Κρητικοί διατηρούν τις συνήθειές τους και η κουζίνα των αστικών οικογενειών αρέσκεται σε περίπλοκα εδέσματα, τα οποία προσέφεραν εξαιρετική γεύση.

Ο αγροτικός πληθυσμός εξακολουθεί να αξιοποιεί τη φύση και τα προϊόντα της. Αυτά αποτελούν τη βάση της περίφημης Κρητικής παραδοσιακής κουζίνας. Χόρτα, όσπρια, δημητριακά, ελαιόλαδο. Όλα αυτά, όμως, τα πλούτιζε με τη δύναμη της γόνιμης φαντασίας. Μπορούσε να μαγειρέψει τα προϊόντα του με πολλούς τρόπους, να τα κάνει γευστικά και νόστιμα.

Κρητική Διατροφή

Οι Κρητικοί τρώνε ότι τους παρέχει η γη τους: φρούτα, λαχανικά, χόρτα, κηπευτικά, όσπρια, γαλακτοκομικά και ψωμί. Τα δημητριακά (κυρίως το ψωμί), τα όσπρια, τα λαχανικά, τα φρούτα και το ελαιόλαδο καλύπτουν το 85% του καθημερινού τους διαιτολογίου.

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στο ελαιόλαδο καθώς αποτελεί τη ραχοκοκαλιά της διατροφής, με ποιότητα εξαιρετική και παρθένα, προϊόν απλής σύνθλιψης της ελιάς, χωρίς εκχυλίσματα και βελτιωτικά πρόσθετα, ευεργετικό για την καρδιά και την καλή λειτουργία πολλών οργάνων. Είναι πλούσιο σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, ανθεκτικά στην οξείδωση, που ελαττώνουν την LDL χοληστερόλη χωρίς να επηρεάζουν την HDL χοληστερόλη, η οποία προστατεύει από την αθηροσκλήρωση. Το ελαιόλαδο, τέλος, περιέχει μεγάλη ποσότητα αντιοξειδωτικών ουσιών, που προφυλάσσουν από τις διάφορες μορφές καρκίνου.

Καταδεικνύεται ότι το παραδοσιακό Κρητικό διαιτητικό πρότυπο συνθέτουν μια σειρά από διατροφικούς παράγοντες και κανόνες σε συνδυασμό με ένα συγκεκριμένο τρόπο ζωής, που βρίσκονται μεταξύ τους σε μια ισορροπία και αποδίδουν την υγεία, την ευζωία και τη μακροβιότητα. Η αναβίωση του παραδοσιακού προτύπου συνεπάγεται την αναβίωση όλων μαζί των βασικών στοιχείων της Κρητικής διατροφής προσαρμοσμένων στις σύγχρονες συνθήκες.

Τα βασικά στοιχεία της παραδοσιακής Κρητικής δίαιτας σε όλη την ιστορία της είναι :

- ◆ Η άμεση σχέση με τη φύση
- ◆ Η συστηματική σωματική άσκηση και κίνηση
- ◆ Η λιτή και εγκρατής διατροφή που τη διακρίνει η απλότητα και το μέτρο
- ◆ Τα αγνά και φυσικά γεωργικά προϊόντα της Κρήτης
- ◆ Η γευστική και θεραπευτική μαγειρική
- ◆ Μια συγκεκριμένη σύνθεση και αναλογία τροφών, με κυριαρχία των φυτικών τροφίμων⁴.

A 3D-rendered scroll of parchment, partially unrolled, with a quill pen resting on it. The scroll is light beige with a subtle texture and a slight shadow. The quill is a golden-brown color with detailed feathering. The text is centered on the unrolled portion of the scroll.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

**ΠΑΙΔΙΚΗ
ΗΛΙΚΙΑ**

Κ ΕΦΑΛΛΙΟ 2ο

2.1 ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η παιδική ηλικία είναι η ηλικία κυμαίνεται διάστημα από τη γέννηση μέχρι την εφηβεία. Σύμφωνα με τη θεωρία του Piaget για τη γνωστική ανάπτυξη, παιδική ηλικία αποτελείται από δύο στάδια: προεπιχειρησιακών στάδιο και συγκεκριμένων επιχειρησιακών στάδιο. Στην εξελικτική ψυχολογία, η παιδική ηλικία χωρίζεται σε αναπτυξιακά στάδια, τα νήπια (μαθαίνουν να περπατούν), την πρώιμη παιδική ηλικία (ηλικία αναπαραγωγής), μέση παιδική ηλικία (σχολική ηλικία), και την εφηβεία (εφηβεία μέσα από μετα-εφηβεία). Διάφοροι παράγοντες της παιδικής ηλικίας μπορεί να επηρεάσει το σχηματισμό στάση του ατόμου.

Η έννοια της παιδικής ηλικίας εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια του 17ου και 18ου αιώνα, κυρίως μέσω των εκπαιδευτικών θεωριών του φιλοσόφου John Locke και την ανάπτυξη των βιβλίων και για τα παιδιά. Αξίζει να σημειωθεί ότι, τα παιδιά έχουν θεωρηθεί ως ελλιπής εκδόσεις των ενηλίκων⁵.

2.2 ΣΤΑΔΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Πρώιμη παιδική ηλικία

Πρώιμη παιδική ηλικία ακολουθεί τη βρεφική ηλικία στάδιο και αρχίζει με τα νήπια, όταν το παιδί αρχίζει να μιλά ή να λαμβάνουν μέτρα ανεξάρτητα. Η νηπιακή ηλικία τελειώνει όταν το παιδί είναι τριών ετών, όταν δηλαδή το παιδί γίνεται λιγότερο εξαρτημένο από τη γονική μέριμνα για τις βασικές ανάγκες, και στην συνέχεια βρίσκεται στην πρώιμη παιδική ηλικία μέχρι επτά ή οκτώ. Σύμφωνα με την Εθνική Ένωση για την εκπαίδευση των μικρών παιδιών, η παιδική ηλικία καλύπτει την ανθρώπινη ζωή από τη γέννηση έως την ηλικία των οκτώ. Σε αυτό το στάδιο τα παιδιά μαθαίνουν μέσα από την παρατήρηση, τον πειραματισμό και την επικοινωνία με τους άλλους. Οι ενήλικες έχουν την επίβλεψη και υποστήριξη της διαδικασίας ανάπτυξης του παιδιού, η οποία στη συνέχεια θα οδηγήσει στην αυτονομία του παιδιού. Επίσης, κατά το στάδιο αυτό, ένα ισχυρό συναισθηματικό δεσμό δημιουργείται μεταξύ του παιδιού και των παρόχων φροντίδας. Τα παιδιά αρχίζουν να πηγαίνουν στο νηπιαγωγείο σε αυτήν την ηλικία για να ξεκινήσει την κοινωνική τους ζωή.

Μέση παιδική ηλικία

Μέση παιδική ηλικία αρχίζει περίπου στην ηλικία των επτά ή οκτώ, προσεγγίζοντας την σχολική ηλικία. Τελειώνει γύρω από την εφηβεία, η οποία συνήθως σηματοδοτεί την έναρξη της εφηβείας. Κατά την περίοδο αυτή, τα παιδιά φοιτούν στο σχολείο, αναπτύσσοντας έτσι κοινωνικές και ψυχικές σχέσεις. Βρίσκονται σε ένα στάδιο όπου κάνουν νέους φίλους και να αποκτήσουν νέες δεξιότητες, που θα τους επιτρέψουν να γίνουν πιο ανεξάρτητοι και να ενισχύσουν την προσωπικότητά τους.

Εφηβεία

Η εφηβεία συνήθως καθορίζεται από την έναρξη της εφηβείας. Ωστόσο, η εφηβεία μπορεί επίσης να αρχίσει σε προεφηβική ηλικία. Η έναρξη της εφηβείας προκαλεί διάφορες σωματικές, ψυχολογικές και συμπεριφορικές αλλαγές. Το τέλος της εφηβείας και στις αρχές της ενήλικης ζωής ποικίλλει ανά χώρα και ανά λειτουργία, ακόμη και μέσα σε ένα ενιαίο έθνος-κράτος ή τον πολιτισμό μπορεί να υπάρχουν διαφορετικές ηλικίες κατά τις οποίες ένα άτομο θεωρείται ότι είναι (χρονολογικά και νόμιμα) αρκετά ώριμοι για να ανατεθεί από την κοινωνία με ορισμένα καθήκοντα⁶.

Βάρος σώματος, καμπύλες ανάπτυξης και ανθρωπομετρικοί δείκτες

Η κατάλληλη διατροφή αντικατοπτρίζεται στην πρόοδο της ανάπτυξης του παιδιού μέσα από τυποποιημένα διαγράμματα. Οι τρεις συχνότερα χρησιμοποιούμενοι ανθρωπομετρικοί δείκτες προέρχονται από τη σύγκριση ύψους και βάρους στις καμπύλες αναφοράς τα οποία υπολογίζουν το ύψος σε σχέση με την ηλικία, το βάρος σε σχέση με την ηλικία, το ύψος σε σχέση με το βάρος και την περίμετρο του κεφαλιού (η οποία χρησιμοποιείται μέχρι την ηλικία των 3 ετών). Υπάρχουν σχεδιασμένα πολλά διαγράμματα ειδικά για κάθε φύλο και ηλικία του παιδιού από την γέννηση του μέχρι το 20ο έτος της ζωής του και κάθε παιδί καθιερώνει μια δική του και μοναδική πορεία ανάπτυξης την οποία θα πρέπει να την ακολουθεί με σταθερότητα. Οι αποκλίσεις μέσα από τα φυσιολογικά όρια δεν αποτελούν πάντα παράγοντες ανησυχίας, αλλά καλό θα ήταν να ελέγχονται τα παιδιά για διατροφικές ή άλλες ανωμαλίες όταν παρεκκλίνουν⁷.

Ποιο συγκεκριμένα, αναφέρονται παρακάτω οι πιθανότερες αποκλίσεις.

- Όταν τα παιδιά είναι μόνιμα κάτω από την 5η ή πάνω από την 95η εκατοστιαία θέση για οποιαδήποτε παράμετρο ανάπτυξης. Μερικά φυσιολογικά παιδιά βρίσκονται έξω από τα όρια αυτών των τιμών, παρόλα αυτά όμως θα πρέπει όλα τα παιδιά που βρίσκονται έξω από τα όρια να ελέγχονται έτσι ώστε να βεβαιωθεί κανείς ότι η πορεία ανάπτυξης του είναι η κατάλληλη για αυτά.
- Όταν αποτυγχάνουν να παραμείνουν κοντά σε μια εκατοστιαία θέση, σε μετρήσεις που γίνονται σε σύντομο χρονικό διάστημα, κάποιας παραμέτρου ανάπτυξης (π.χ. το βάρος του παιδιού βρισκόταν στην 75η εκατοστιαία θέση και στην επόμενη μέτρηση το βάρος του μειώνεται κάτω από την 50η εκατοστιαία θέση).
- Όταν το βάρος και το ύψος του είναι σε ασυμφωνία μεταξύ τους (π.χ. το βάρος του να είναι στην 90η εκατοστιαία μονάδα αλλά το ύψος του να είναι στην 25η εκατοστιαία μονάδα)⁸.

Υψηλό βάρος σε σχέση με την ηλικία με μικρή απόκλιση δείχνει ότι το παιδί είναι απλά βαρύτερο από το μέσο όρο. Η μεγάλη απόκλιση βάρους προς ηλικία δείχνει ότι το παιδί αποκτά επιπλέον βάρος από το φυσιολογικό για την ηλικία του, που συνεπάγεται υπέρβαρο και ίσως παχύσαρκο.

- Χαμηλό βάρος προς ηλικία με μικρή απόκλιση δείχνει χαμηλό βάρος του παιδιού, ενώ με μεγάλη απόκλιση υπάρχει πιθανή υποθρεψία, ανεπαρκής πρόσληψη βάρους σε σχέση με την ηλικία ή απώλεια βάρους.
- Χαμηλό βάρος προς ύψος με μικρή απόκλιση σε εκατοστιαίες θέσεις δείχνει ότι το παιδί είναι ελλειποβαρή, ενώ μεγάλες αποκλίσεις δείχνουν ανεπάρκεια κέρδους βάρους ή πρόσφατη σοβαρή απώλεια βάρους.
- Υψηλό βάρος σε σχέση με το ύψος δείχνει υπέρβαρο είτε λόγω πρόσληψης επιπλέον βάρους, είτε ανεπαρκή ανάπτυξη ύψους σε σχέση με το βάρος. Σε μεγάλες αποκλίσεις υπάρχει κίνδυνος παχυσαρκίας.
- Χαμηλό ύψος σε σχέση με την ηλικία με μικρή απόκλιση δείχνει ενδεχομένως χαμηλό ανάστημα, ενώ μεγάλη απόκλιση κρύβει χαμηλή ανάπτυξη ή νανισμό, και ίσως οφείλεται σε μακροχρόνια υποθρεψία.
- Ο Δείκτης Μάζας Σώματος χρησιμοποιείται ως δείκτης εκτίμησης πάχους όπως και στους ενήλικες, χωρίς να αποτελεί τέλεια μέθοδο, όπως και οι προηγούμενες.
- Χρησιμοποιούμε τις εκατοστιαίες θέσεις του ΔΜΣ, και όχι όρια αφού συνεχώς μεταβάλλεται το ύψος και το βάρος τους. Συνοπτικά παραθέτονται τα αποτελέσματα από την ταξινόμηση των ανθρωπομετρικών δεικτών και η εικόνα της θρεπτικής κατάστασης των παιδιών⁹.

➤ Ανθρωπομετρικός δείκτης

ΔΜΣ προς ηλικία ≥ 5 ης και ≤ 85 ης Φυσιολογικό βάρος

ΔΜΣ προς ηλικία ≥ 85 ης και ≤ 95 ης Υπέρβαρο

ΔΜΣ προς ηλικία ≥ 95 ης Παχύσαρκο

ΔΜΣ προς ηλικία < 5 ης Ελλειποβαρή⁹

2.3 Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η διατροφή του παιδιού είναι θέμα πρώτης και επείγουσας ανάγκης, αφού η υγεία εξαρτάται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες εκ των οποίων ο πιο σημαντικός είναι η διατροφή. Στην σημερινή εποχή παρακολουθούμε ότι αυξάνονται οι διατροφικές διαταραχές και υιοθετούνται συμπεριφορές κακής διατροφής που εγκαθίστανται ως και την ενήλικη ζωή και αυτό έχει σαν συνέπεια επιπτώσεις στην υγεία σε όλο το φάσμα της ζωής του ανθρώπου. Σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία οι αλλαγές στην ποσότητα και ποιότητα της διατροφής, η μείωση της σωματικής δραστηριότητας, η επίδραση των ΜΜΕ καθώς και η υιοθέτηση καθιστικού τρόπου ζωής είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες που προωθούν την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών.

Όλα αυτά μας δείχνουν ότι αυτή η ηλικία είναι καθοριστική για την εξέλιξη της πορείας του ανθρώπου αφού όταν αναπτυχθούν συνήθειες κακής ή φτωχής διατροφής δύσκολα αλλάζουν¹.

2.4 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ

Η σωστή διάπλαση της σωματικής και της πνευματικής ανάπτυξης αλλά και τα θεμέλια της υγείας ξεκινούν από την βρεφική και νηπιακή ηλικία, γι' αυτό η σωστή διατροφή έχει τεράστια σημασία για το παιδί που σε αυτή την ηλικία χαρακτηρίζεται από υπερδραστηριότητα. Η ισορροπημένη διατροφή είναι ουσιαστικής σημασίας για την επιβίωση, την σωματική και πνευματική ανάπτυξη, την απόδοση, την παραγωγικότητα, την υγεία και την ευημερία σε όλη την διάρκεια ζωής: από τα πρώτα στάδια της εμβρυϊκής ανάπτυξης, κατά τη γέννηση, και μέσα από την βρεφική ηλικία, την παιδική ηλικία, την εφηβεία και την ενηλικίωση.

Η υγιεινή και ισορροπημένη διατροφική εκπαίδευση που ξεκινά από το οικογενειακό περιβάλλον, θεωρείται απαραίτητη για την διασφάλιση της υγείας και την πρόληψη της παχυσαρκίας στην μετέπειτα ζωή. Οι γονείς μεταδίδουν τις δικές τους εμπειρίες και γνώσεις σε θέματα διατροφής, αποτελούν οι ίδιοι παραδείγματα προς μίμηση και μάθηση και έτσι αυτή η στάση απέναντι σε συγκεκριμένα τρόφιμα φαίνεται ότι μεταδίδεται και στο παιδί⁸.

Τα νήπια έχουν αυξημένες ενεργειακές ανάγκες αλλά ταυτόχρονα περιορισμένη χωρητικότητα στομάχου για κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής, γι' αυτό και οι διατροφικές συστάσεις που γίνονται στους ενήλικες, δεν είναι τις περισσότερες φορές κατάλληλες για τα παιδιά αυτής της ηλικιακής ομάδας. Η ενέργεια η οποία προσλαμβάνεται από τα τρόφιμα ελευθερώνεται στον οργανισμό μέσω της οξείδωσης, υπό την μορφή χημικής ενέργειας η οποία είναι απαραίτητη για τη λειτουργία του μεταβολισμού, την νευρική μετάδοση, την αναπνοή, τη ρύθμιση και το συντονισμό λειτουργιών του σώματος, την κινητικότητα και τη σωματική εργασία⁸.

Υποσιτιζόμενα παιδιά βρίσκονται σε κίνδυνο για ασθένειες, νοητική καθυστέρηση και χαμηλή κοινωνική ανάπτυξη. Τα παιδιά που υπερσιτιζονται βρίσκονται σε κίνδυνο για παχυσαρκία, διαβήτη, καρδιακές παθήσεις και ένα χαμηλό προσδόκιμο ζωής. Η σωστή διατροφή προϋποθέτει επαρκή θερμιδική πρόσληψη ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη ανάπτυξη. Αντίθετα, η κακή διατροφή έχει επιπτώσεις όσο αφορά το ύψος, το βάρος, τη γνωστική λειτουργία, τη συμπεριφορά, το ανοσοποιητικό του σύστημα, την οδοντιατρική του υγεία, την περίθαλψη, τον συναισθηματικό

τομέα, τις γνωστικές του ικανότητες, την ανάπτυξη, τον πνευματικό του τομέα και την συμπεριφορά του παιδιού¹⁰.

Γενικότερα επηρεάζει αρνητικά τη ψυχοσωματική του υγεία καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του. Τα θρεπτικά συστατικά που λαμβάνονται από την διατροφή βοηθούν στην διατήρηση της υγείας καθώς και στην ανάπτυξη των οργάνων του σώματος, κατά τη περίοδο της βρεφικής, παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Η εκπλήρωση των διατροφικών αναγκών θεωρείται απαραίτητη για την υγιή σωματική ανάπτυξη σε αυτές τις ηλικίες. Οι ανάγκες σε ενέργεια ανά κιλό σωματικού βάρους, είναι υψηλότερες στην παιδική ηλικία αναλογικά με τις ενεργειακές ανάγκες κατά την ενήλικη ζωή. Ομάδες τροφίμων, όπως αμυλώδεις τροφές, φρούτα και λαχανικά, θεωρούνται απαραίτητες πηγές για την πρόσληψη βιταμινών και φυτικών ινών. Ειδικότερα η πρόσληψη βιταμίνης C από την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών βοηθά την απορρόφηση του σιδήρου και είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη και την ενδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος¹¹.

Η διαιτητική πρόσληψη, οι διατροφικές συνήθειες και η σωματική άσκηση πολλών παιδιών δεν ανταποκρίνονται στις σημερινές κατευθυντήριες γραμμές με αποτέλεσμα ορισμένα από αυτά να βρίσκονται σε κίνδυνο για παχυσαρκία, να έχουν μειωμένη σωματική, νοητική ανάπτυξη και εξέλιξη, την εμφάνιση ορισμένων χρόνιων παθήσεων συμπεριλαμβανομένων αρκετών μορφών καρκίνου, καρδιακής νόσου, διαβήτη, γνωστικών και συναισθηματικών προβλημάτων που θα τα σηματοδέψουν στην μετέπειτα ενήλικη ζωή τους¹².

Ένας από τους συχνότερους παράγοντες κινδύνου για χρόνια νοσήματα στην προσχολική ηλικία είναι η παχυσαρκία. Το 26 - 41 % των παχύσαρκων νηπίων εξελίσσεται σε παχύσαρκους ενήλικες, γεγονός που τονίζει τη σημασία της σωστής διατροφής σε αυτήν ηλικία. Ιδιαίτερα ανησυχητικό για τη χώρα μας είναι οι διαιτητικές αλλαγές που έχουν παρατηρηθεί στον πληθυσμό τις τελευταίες δεκαετίες. Η παραμονή σε ένα υγιές βάρος είναι συνάθροιση των υγιεινών διατροφικών συνηθειών και της σωματικής δραστηριότητας, τα οποία το παιδί έχει εντάξει στην καθημερινότητα του συμβάλλοντας αισθητά στην βελτίωση της φυσικής του κατάστασης οδηγώντας το στην θετική εξέλιξη του¹³.

2.5 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Η διατροφή παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην πνευματική ανάπτυξη των παιδιών. Με το όρο αυτό εννοούμε την ανάπτυξη όλων των πνευματικών ικανοτήτων στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η ικανότητα μάθησης, κατανόησης, μνήμης και συγκέντρωσης. Η παιδική ηλικία είναι ένα στάδιο της ζωής όπου παρατηρούνται ταχύτερες αλλαγές στον οργανισμό του παιδιού, τόσο σωματικά όσο και πνευματικά. Η ανάπτυξη του εγκεφάλου ξεκινάει πριν τη γέννηση, είναι πιο έντονη στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής (το μεγαλύτερο μέρος της ανάπτυξης του εγκεφάλου πραγματοποιείται μέχρι την ηλικία των 2 ετών) και τελικά ο εγκέφαλος αποκτά το πλήρες μέγεθος του πριν από την ηλικία των πέντε χρόνων ενώ η ωρίμανση του συνεχίζεται κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας. Είναι λοιπόν φανερό ότι η παιδική ηλικία είναι ένα στάδιο της ζωής, που έχει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της πνευματικής ανάπτυξης των παιδιών, δηλαδή τη μνήμη και μάθηση, τη γνωσιακή κατάσταση, τη δυνατότητα συγκέντρωσης και επεξεργασίας πληροφοριών, τη δυνατότητα ομιλίας και τη φυσιολογική ανάπτυξη του νευρικού συστήματος. Όλες αυτές οι διανοητικές λειτουργίες επηρεάζονται πολύ από τη διατροφική κατάσταση και διαμορφώνονται ανάλογα με τον τρόπο επίδρασης διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως οι γονείς, οι διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες, το σχολικό περιβάλλον κλπ.

Έτσι λοιπόν η ισορροπημένη διατροφή είναι ιδιαίτερα σημαντική για το «χτίσιμο» του εγκεφάλου, συνεισφέροντας στην πνευματική ανάπτυξη, ενώ οι πολύπλοκοι μηχανισμοί στον εγκέφαλο και το νευρικό σύστημα εξελίσσονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Έρευνα έδειξε ότι τα παιδιά που είχαν στην πρώιμη παιδική ηλικία υποστεί κακή θρέψη έχουν χαμηλότερα

επίπεδα ευφυΐας, γνωστικής λειτουργίας, σχολικών επιδόσεων και μεγαλύτερα προβλήματα συμπεριφοράς από τα παιδιά της ομάδας ελέγχου . Ο πρόσθιος λοβός του εγκεφάλου είναι το σημείο που σχετίζεται με την συμπεριφορά, την προσωπική κρίση, την λογική, τον σχεδιασμό, την ομιλία και την κίνηση, τα συναισθήματα και την επίλυση προβλημάτων (λειτουργίες που αναφέρουν οι ψυχολόγοι ως ‘εκτελεστικές λειτουργίες’). Μία μελέτη δείχνει ότι οι διατροφικές ελλείψεις στην παιδική ηλικία έχουν επιπτώσεις σε αυτό το τμήμα του εγκεφάλου¹⁴.

Οι γνώσεις που έχουμε πλέον για τον εγκέφαλο και την ανάπτυξή του δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στην επαρκή πρόσληψη των ιχνοστοιχείων και λιπαρών οξέων. Τα απαραίτητα λιπαρά οξέα και τα μακράς αλύσου πολυακόρεστα (DHA, EPA), που παράγονται από αυτά, παίζουν κρίσιμο ρόλο στην ανάπτυξη του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος των παιδιών, ενώ είναι σημαντικά και για τους ενήλικες.

Έχουν βρεθεί σε μεγάλες ποσότητες στα κύτταρα του εγκεφάλου, στις μεμβράνες των φωσφολιπιδίων των κυττάρων του εγκεφάλου, του κεντρικού νευρικού συστήματος και άλλων ιστών. Έχειδειχθεί ότι ανεπάρκεια αυτών των λιπαρών οξέων μειώνει την ικανότητα απόκρισης του νευρικού συστήματος στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα.

Εξαιτίας όλων αυτών των δράσεων πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα λιπαρά αυτά οξέα συμβάλλουν σημαντικά στη φυσιολογική πνευματική ανάπτυξη των παιδιών, και πιθανόν στην ενίσχυση της μνήμης, της δυνατότητας ομιλίας, της ικανότητας συγκέντρωσης και την ικανότητα επεξεργασίας πληροφοριών.

Οι βιταμίνες του συμπλέγματος B, όπως η B1, η B6, η B12 και το φολικό οξύ είναι σημαντικές για τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, ουσιών που επιτρέπουν στα κύτταρα του εγκεφάλου μας να επικοινωνούν μεταξύ τους. Επίσης, αυτές οι βιταμίνες επιδρούν στο μεταβολισμό κάποιων ορμονών, όπως η σεροτονίνη και η ντοπαμίνη, ενώ μετατρέπουν τα διάφορα θρεπτικά συστατικά σε ενέργεια στον εγκέφαλο. Η σωστή και ισορροπημένη διατροφή είναι μια από τις προϋποθέσεις για να βοηθηθεί το παιδί. Οπότε, μια διατροφή πλούσια στα απαραίτητα λιπαρά οξέα και βιταμίνες επιβάλλεται για την ορθή σωματική, αλλά και πνευματική ανάπτυξη των παιδιών¹⁵.

A 3D-rendered scroll of parchment, partially unrolled, with a quill pen resting on it. The scroll is light beige with a subtle texture and a slight shadow. The quill is a golden-brown color with a detailed feather structure. The text is centered on the scroll.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

**ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ
ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Οι σχέσεις του παιδιού με τους γονείς του

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί τα τελευταία χρόνια έχουν καταλήξει σε δυο βασικές διαστάσεις γονικής συμπεριφοράς:

1. Την σκληρή αντιμετώπιση του παιδιού(μέσα από την εχθρική ή απορριπτική συμπεριφορά των γονέων).
2. Την ασταθή και ασαφή συμπεριφορά των γονέων προς το παιδί και την ελλιπή φροντίδα του.

Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι η σκληρή αντιμετώπιση και η απόρριψη του παιδιού από τους γονείς του μπορεί να σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την κατάθλιψη. Επίσης έχει διαπιστωθεί πως η σωματική κακοποίηση και η συναισθηματική αποστέρηση των παιδιών μπορεί να τα οδηγεί σε προβλήματα συμπεριφοράς¹⁶.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, το 90% των παιδιών με ιστορικό κακοποίησης στην παιδική ηλικία παρουσιάζει τουλάχιστον μια διαγνώσιμη διαταραχή στην ηλικία των 17 ετών. Επιπλέον το διαζύγιο, η προβληματική σχέση των γονέων και η βία στην οικογένεια σχετίζονται με την εκδήλωση προβλημάτων συμπεριφοράς. Ο Amato και ο Keith (1991) διαπίστωσαν πως τα παιδιά χωρισμένων γονέων αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα σε σχέση με τα παιδιά των οποίων ο ένας γονέας έχει πεθάνει. Το γεγονός αυτό φαίνεται να υποδηλώνει πως τα προβλήματα αυτά δεν σχετίζονται απλώς με την απουσία του ενός γονέα αλλά με την προβληματική σχέση και τις συγκρούσεις μεταξύ των γονέων πριν ή μετά το χωρισμό τους.

Οι σχέσεις του παιδιού με τους συνομηλίκους

Η σχέση ανάμεσα στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν ορισμένα παιδιά στις σχέσεις με τους συνομηλίκους τους και την ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας έχει διερευνηθεί εκτεταμένα από τους ειδικούς, ωστόσο πολλά ερωτήματα παραμένουν αναπάντητα. Η σύγχρονη έρευνα στρέφεται κυρίως στην στη μελέτη της επίδρασης των συνομήλικων στην εκδήλωση παθολογικής συμπεριφοράς ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο και το φύλο των παιδιών. Για παράδειγμα, έχει παρατηρηθεί πως τα κορίτσια προτιμούν τις στενές δυαδικές φιλικές σχέσεις από τα αγόρια. τέτοιου είδους επιλογές ενδέχεται να επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο την εμφάνιση και εξέλιξη της παθολογικής συμπεριφοράς.

Η είσοδος του παιδιού σε μια ομάδα συνομήλικων σηματοδοτεί την αξιολόγηση του από τα άλλα παιδιά και καταλήγει στην αποδοχή ή την απόρριψη του από αυτά. Έχει διαπιστωθεί πως η ενδεχόμενη απόρριψη του παιδιού από τους συνομήλικους του σχετίζεται με την εκδήλωση προβλημάτων προσαρμογής. Σε διαχρονικές έρευνες, έχει βρεθεί πως τα παιδιά τα οποία βιώνουν την απόρριψη από τους συνομήλικους τους, έχουν αυξημένες πιθανότητες για τη μεταγενέστερη εκδήλωση προβλημάτων συμπεριφοράς. Η ομάδα των συνομήλικων μπορεί να ασκήσει επίδραση ακόμα και στην έκβαση της διαταραχής την οποία ενδεχομένως αντιμετωπίζει¹⁷.

Σχολικό περιβάλλον

Τα παιδιά και οι έφηβοι βρίσκονται για πολλά χρόνια στο ρόλο του μαθητή και το σχολικό πλαίσιο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη τους. Πολλοί όμως από τους μαθητές αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα συμπεριφοράς ή και τα δυο. Οι γνώσεις που υπάρχουν για την επίδραση του σχολείου στη συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών είναι ακόμη περιορισμένες, καθώς το ενδιαφέρον των ερευνητών συνήθως εστιάζεται στην επίδραση του σχολείου στη γνωστική ανάπτυξη.

Ωστόσο είναι γνωστό πως η κακή ποιότητα διδασκαλίας εύκολα μπορεί να οδηγήσει τους μαθητές σε αποτυχία. Τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες έχουν μεγαλύτερη ανάγκη από καλούς δασκάλους, οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν ουσιαστικά αυτά τα παιδιά είναι αυτοί που έχουν την ικανότητα να πλησιάζουν ακόμη και τους αδύνατους και “δύσκολους” μαθητές και να εγκαθιστούν σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ τους.

3.2 ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Ο ρόλος του φύλου στη ψυχοπαθολογία είναι θέμα που απασχολεί ευρύτατα τους ειδικούς τα τελευταία χρόνια. Έχει διαπιστωθεί πως οι περισσότερες διαταραχές συμπεριφοράς εμφανίζονται συχνότερα στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, με εξαίρεση ορισμένες διαταραχές από τις αγχώδεις διαταραχές, τις διαταραχές της διάθεσης και τις διαταραχές διατροφής.

Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα, η συχνότητα εμφάνισης μιας διαταραχής μπορεί να υπερσχύει στο ένα φύλο μέχρι κάποια ηλικία και αυτή η διαφορά να ελαχιστοποιείται ή να αντιστρέφεται από κάποια ηλικία και μετά. Εκτός όμως από τη διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης, έχουν εντοπιστεί διαφορές ακόμα και στον τρόπο εκδήλωσης της ίδιας διαταραχής σε αγόρια και κορίτσια. Επιπλέον, φαίνεται πως η πορεία του παιδιού με κάποια διαταραχή καθώς και η έκβαση των δυσκολιών του μπορεί να διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με το φύλο.

Διάφορες ερμηνείες έχουν προταθεί σε μια προσπάθεια κατανόησης αυτών των διαφορών:

- Τα αγόρια είναι πιο ευάλωτα σε γενετικές ανωμαλίες και έτσι εμφανίζουν νευρολογικές δυσλειτουργίες, οι οποίες σχετίζονται με την εμφάνιση ενός μεγάλου αριθμού διαταραχών¹⁸.
- Τα προβλήματα των αγοριών εκφράζονται συνήθως με διασπαστική συμπεριφορά και έτσι αναγνωρίζονται ευκολότερα από το κοινωνικό περιβάλλον, στο οποίο προκαλούν περισσότερες δυσκολίες ενώ των κοριτσιών μπορεί συχνά να περνούν απαρατήρητες. Η διαδικασία κοινωνικοποίησης των αγοριών και των κοριτσιών είναι διαφορετική στην σύγχρονη κοινωνία, με αποτέλεσμα να διαφοροποιούνται τόσο οι παράγοντες κινδύνου όσο και οι προστατευτικοί παράγοντες για την πρόληψη της σε αγόρια και κορίτσια.
- Οι ερμηνείες αυτές δεν αποκλείουν η μία την άλλη, αλλά φαίνεται μάλλον ότι αλληλοσυμπληρώνονται. Οι βιολογικές επιδράσεις, ορισμένες εγγενείς διαφορές στην προσωπικότητα και οι διαφορετικές κοινωνικές προσδοκίες από τα αγόρια και τα κορίτσια φαίνεται να αλληλοσυμπληρώνονται. Οι βιολογικές επιδράσεις, ορισμένες εγγενείς διαφορές στην προσωπικότητα και οι διαφορετικές κοινωνικές προσδοκίες από τα αγόρια και τα κορίτσια φαίνεται να αλληλεπιδρούν δυναμικά και να οδηγούν στην εμφάνιση διαφορών εκδηλώσεων της ψυχοπαθολογίας στα δυο φύλα.

3.3 Η ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Στην ψυχοπαθολογία, η συννοσηρότητα αναφέρεται ως συνύπαρξη δύο ή περισσότερων διαφορετικών διαταραχών. Τα παιδιά και οι έφηβοι με κάποια διαταραχή πολύ συχνά παρουσιάζουν και συμπτώματα μιας ακόμη ή και περισσότερων διαταραχών.

Τα τελευταία χρόνια φαίνεται πως η συννοσηρότητα των ψυχικών διαταραχών αποτελεί ένα πολύ σημαντικό πεδίο προβληματισμού και ερευνητικών αναζητήσεων στη ψυχοπαθολογία, επειδή εκτιμάται πως αποτελεί για πολλούς λόγους το κλειδί τόσο για την κατανόηση της ανάπτυξης της ψυχοπαθολογίας όσο και για τη βελτίωση της νοσολογίας και των διαγνωστικών συστημάτων.

Σε μια ανασκόπηση για τα πιθανά αίτια της συννοσηρότητας, οι Caron και Rutter αναφέρουν τα εξής :

- Δύο ή περισσότερες διαταραχές μπορεί να συνεμφανίζονται επειδή οφείλονται στους ίδιους αιτιολογικούς παράγοντες.

- Η συνεμφάνιση διαφόρων συμπτωμάτων μπορεί να αντανακλά διαφορετικούς τρόπους εκδήλωσης μιας μόνο διαταραχής.
- Η μια διαταραχή μπορεί να προκαλεί την εκδήλωση κάποιας άλλης.
- Η μια διαταραχή μπορεί να αποτελεί την πρόωμη εκδήλωση κάποιας άλλης.
- Η συννοσηρότητα μπορεί να είναι αποτέλεσμα της αλληλοεπικάλυψης των διαγνωστικών κριτηρίων.

Αυτό που είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τον ειδικό που ασχολείται με τη ψυχοπαθολογία, δεν είναι απλά η αναγνώριση ή μη της συνύπαρξης ορισμένων προβλημάτων, αλλά η κατανόηση της διαδικασίας της επιγένεσης των προβλημάτων. Για το σχεδιασμό της αποτελεσματικής θεραπευτικής παρέμβασης θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό να είναι ο ειδικός, μέσα από την θεωρητική του κατάρτιση και την εμπειρία του, να διακρίνει κάθε φορά ποια συμπτώματα είναι κυρίαρχα ή πρωτογενή σε μια περίπτωση και ποια ενδέχεται να είναι δευτερογενή¹⁹.

3.4 ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Τα μοντέλα τα οποία έχουν επινοηθεί για την ερμηνεία της διαδικασίας της ανάπτυξης αποτελούν στη βάση τις θεωρητικές προσεγγίσεις σχετικά με την επίδραση της φύσης του ατόμου και του περιβάλλοντος του στην ζωή του. Τις ίδιες σκέψεις αντανακλούν και τα μοντέλα τα οποία χρησιμοποιούνται για την κατανόηση της παθολογικής ανάπτυξης.

Ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον πλαίσιο θεωρητικής προσέγγισης της ανάπτυξης είναι αυτό το οποίο υιοθετεί ο Riegel, προκειμένου να ταξινομήσει τα διάφορα θεωρητικά μοντέλα με κριτήριο το βάρος που δίνει το καθένα από αυτά στην επίδραση του περιβάλλοντος στην ανάπτυξη. Σύμφωνα με αυτό, υπάρχουν τέσσερις ομάδες μοντέλων:

1. Τα μοντέλα της πρώτης ομάδας είναι αυτά στα οποία τόσο ο ρόλος του ατόμου όσο και αυτός του περιβάλλοντος είναι παθητικός στην αναπτυξιακή διαδικασία. Τα μοντέλα αυτά στηρίζονται βασικά στις απόψεις του Lock και του David Hume και δεν παρουσιάζουν σήμερα κανένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Στα μοντέλα αυτά το περιβάλλον δεν επιχειρεί να επιδράσει στην συμπεριφορά και το άτομο είναι παθητικό και απλά δέχεται τις πληροφορίες από το περιβάλλον.
2. Στην δεύτερη ομάδα εντάσσονται τα μοντέλα στα οποία ο ρόλος του ατόμου είναι παθητικός ενώ αυτός του περιβάλλοντος είναι ενεργητικός. Τα μοντέλα αυτά στηρίζονται στην άποψη πως το περιβάλλον ελέγχει ενεργητικά την συμπεριφορά του παιδιού μέσα από την αμοιβή ή την τιμωρία.
3. Η Τρίτη ομάδα περιλαμβάνει μοντέλα στα οποία ο ρόλος του ατόμου είναι ενεργητικός ενώ αυτός του περιβάλλοντος παθητικός. Στα μοντέλα αυτά το ενεργητικό άτομο κατασκευάζει τον κόσμο του μέσα από το υλικό του περιβάλλοντος του.
4. Η τέταρτη ομάδα είναι η πιο οικεία στους αναπτυξιολόγους λόγω της εστίασης τους στη διαδικασία της αλληλεπίδρασης. Σύμφωνα με τα μοντέλα αυτά, τόσο ο ρόλος του ατόμου όσο και του περιβάλλοντος είναι ενεργητικός στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς²⁰.

Περιβαλλοντικό μοντέλο: θεωρεί την συμπεριφορά ως αποτέλεσμα της λειτουργίας των δυνάμεων του περιβάλλοντος οι οποίες επιδρούν στο άτομο.

Μοντέλο του καλού συνταιριάσματος: θεωρεί πως η ψυχοπαθολογία εμφανίζεται ως αποτέλεσμα του κακού ταιριάσματος μεταξύ των χαρακτηριστικών του ατόμου από τη μια μεριά και των απαιτήσεων του περιβάλλοντος από την άλλη. Παρουσιάζεται δυσαρμονία στην περίπτωση όπου τα χαρακτηριστικά του παιδιού δεν ταιριάζουν με τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος

Μοντέλο της συναλλαγής: η ανάπτυξη του ατόμου θεωρείται ως προϊόν της συνεχούς δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ του παιδιού και των εμπειριών του, τόσο στο πλαίσιο της οικογένειας όσο και του ευρύτερου κοινωνικού περιγυρου²¹.

3.5 ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Το σύστημα που ακολουθεί, είναι σήμερα το πλέον αποδεκτό και χρησιμοποιείται παγκοσμίως.

Σύστημα DSM

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM), το οποίο αναπτύχθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες, αποτελεί ένα κατηγορικό σύστημα ταξινόμησης που χρησιμοποιείται ευρύτατα σε όλο τον κόσμο.

- Το DSM ταξινομεί τις ψυχικές διαταραχές σε δεκαέξι βασικές κατηγορίες.
- Διατηρεί πολυαξονικό σύστημα το οποίο διευκολύνει την πλήρη και συστηματική αξιολόγηση και προσφέρει ταυτόχρονα ένα εύχρηστο σχήμα οργάνωσης και επικοινωνίας κλινικών πληροφοριών και περιγραφής της ετερογένειας ατόμων που φέρουν την ίδια διάγνωση.

Αξονας I : Κλινικές διαταραχές. Άλλες καταστάσεις οι οποίες μπορεί να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής.

Αξονας II : Διαταραχές προσωπικότητας. Νοητική καθυστέρηση.

Αξονας III : Γενική σωματική κατάσταση.

Αξονας IV : Ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα.

Αξονας V : Συνολική εκτίμηση της λειτουργικότητας²².

3.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Στην ψυχοπαθολογία αναφέρεται στην συγκέντρωση πληροφορίες οι οποίες αφορούν το ρεπερτόριο συμπεριφοράς του ατόμου. Οι γενικοί στόχοι της αξιολόγησης σχετίζονται πάντα με την αναγκαιότητα σχεδιασμού και υλοποίησης των στρατηγικών παρέμβασης για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

- ➔ Στην πρώτη φάση, οι ειδικότεροι στόχοι της αξιολόγησης περιλαμβάνουν τον περιλαμβάνουν τον προσδιορισμό της παρουσίας ή της απουσίας ορισμένων μορφών συμπεριφοράς, την έκταση στην οποία εκδηλώνονται, τις ικανότητες και δεξιότητες του ατόμου, την βαρύτητα των συμπτωμάτων του, καθώς επίσης και τον εντοπισμό της διαγνωστικής κατηγορίας στην οποία μπορούν να καταταγούν οι συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς.
- ➔ Στην δεύτερη φάση, η αξιολόγηση πρέπει να οδηγεί στη διαμόρφωση μιας εκτίμησης για την ενδεχόμενη έκβαση των δυσκολιών του ατόμου και την επίδραση που μπορεί αυτές να έχουν στην ανάπτυξη του.
- ➔ Στην τρίτη φάση, η αξιολόγηση αξιοποιεί τα ευρήματα των προηγούμενων φάσεων και παρέχει το πλαίσιο για τον σχεδιασμό του θεραπευτικού προγράμματος. Ωστόσο η αξιολόγηση δεν λαμβάνει τέλος με το σχεδιασμό του θεραπευτικού προγράμματος, αλλά είναι μια συνεχής δυναμική διαδικασία κατά την διάρκεια της εφαρμογής του.

Η αξιολόγηση, ως συνεχής διαδικασία, στοχεύει στη διαρκή προσαρμογή του προγράμματος ανάλογα με την πρόοδο του παιδιού αλλά και στην καλύτερη κατανόηση των δυσκολιών και των δυνατοτήτων του παιδιού και της οικογένειας του ανάλογα με τον τρόπο και το βαθμό που ανταποκρίνονται στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Πριν από την επιλογή κάποιας προσέγγισης από τον

ειδικό, είναι σημαντικό να συνεκτιμηθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων που θα χρησιμοποιηθούν. Οι μέθοδοι αξιολόγησης θα πρέπει επίσης να είναι ανάλογες με τις υποθέσεις τις οποίες ενδιαφέρεται να ελέγξει ο ειδικός. Η απόφαση σε ότι αφορά τα εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση θα εξαρτηθεί βασικά από τα ερωτήματα και τον σχεδιασμό της μελέτης. Επίσης, για την αξιολόγηση των παιδιών και των εφήβων, θα πρέπει να συνεκτιμάται με συνέπεια στις μετρήσεις τόσο η χρονολογική τους ηλικία όσο και το αναπτυξιακό τους επίπεδο.

Πολλές φορές ο ειδικός χρειάζεται να συγκεντρώσει περισσότερες πληροφορίες για το παιδί και για την συμπεριφορά του σε διάφορα πλαίσια. Έτσι, λοιπόν συγκεντρώνει στοιχεία που να προέρχονται από πολλαπλές πηγές προκειμένου να περιοριστεί η πιθανότητα σφάλματος, το οποίο μερικές φορές είναι αποτέλεσμα της μονόπλευρης πληροφόρησης.

Σύμφωνα με την κλίμακα του Achenbach, για την αξιολόγηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά, πρότεινε να συγκεντρώνονται στοιχεία από τις ακόλουθες πηγές:

- Αναφορές γονέων (σταθμισμένες κλίμακες, αναπτυξιακό ιστορικό, συνέντευξη με γονείς).
- Αναφορές παιδαγωγών (σταθμισμένες κλίμακες, σχολικές επιδόσεις, συνέντευξη με παιδαγωγό).
- Γνωστική αξιολόγηση (τεστ ικανοτήτων, τεστ επίδοσης, γλωσσικά τεστ, τεστ κινητικών και αντιληπτικών δεξιοτήτων).
- Αξιολόγηση της σωματικής κατάστασης (βάρος, ύψος, ιατρική και νευρολογική εξέταση).
- Αξιολόγηση του παιδιού ή του εφήβου (άμεση παρατήρηση, κλινική συνέντευξη, σταθμισμένες κλίμακες του παιδιού)

Η πολύπλευρη αξιολόγηση της λειτουργικότητας του παιδιού (γνωστική, εκπαιδευτική, συναισθηματική, φυσική κατάσταση) σε διάφορες καταστάσεις (σπίτι, σχολείο) αποκλείει τη χρήση της μιας και μοναδικής μεθόδου. Οι Kazdin και Kagan επισημαίνουν πως η αξιολόγηση δεν μπορεί σε καμιά περίπτωση να περιοριστεί αποκλειστικά στη διερεύνηση των χαρακτηριστικών του ατόμου αλλά θα πρέπει να επεκτείνεται και στο περιβάλλον του όπως για παράδειγμα στα χαρακτηριστικά των γονέων του, της οικογένειας του καθώς επίσης και σε αυτά του πολιτισμικού πλαισίου. Είναι πολύ σημαντικό για την αξιολόγηση να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρονται στο παιδί τα πρόσωπα τα οποία είναι πολύ σημαντικά γι' αυτό και να εξεταστεί η συμβολή που μπορεί να έχουν αυτά τα άτομα στα προβλήματα του παιδιού. Επίσης θεωρείται πολύ σημαντικό η αξιολόγηση να επαναλαμβάνεται ώστε να εκτιμηθεί κατά πόσο τα χαρακτηριστικά του ατόμου είναι σταθερά και να εντοπιστούν τα πλαίσια στα οποία εκδηλώνονται²³.

3.7 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Η κλινική συνέντευξη είναι πλέον διαδεδομένη μέθοδος αξιολόγησης για τα προβλήματα των παιδιών και της οικογένειας τους. Επιπλέον είναι ένα ξεχωριστό είδος συζήτησης και διαφέρει από την συνηθισμένη συνομιλία σε πολλά κύρια σημεία. Οι διαφορές αυτές είναι πολύ λεπτές και για αυτό η τεχνική της συνέντευξης είναι μια δεξιότητα που χρειάζεται χρόνος για την εκμάθησή της.

Ο σκοπός της δεν είναι απλά η συλλογή πληροφοριών γύρω από τον ασθενή, αλλά η εμπειρική κατανόηση του πώς νιώθει ο ασθενής. Μια τέτοια κατανόηση είναι ουσιώδης για την σωστή διάγνωση, την επιτυχία της θεραπείας και η επιτυχία της συνέντευξης βασίζεται στην ανάπτυξη αυτής ακριβώς της κατανόησης. Η ευαισθησία του ατόμου που κάνει την συνέντευξη είναι καθοριστική για την πορεία της συνέντευξης και την ευκολία με την οποία θα δώσει πληροφορίες ο ασθενής. Ευαισθησία, 'εμπάθεια', κατανόηση ανακουφίζουν τον ασθενή. Δεν είναι, λοιπόν, παράξενο αν η αρχική συνέντευξη θεωρείται ότι αποτελεί και την έναρξη της θεραπείας.

Βασικές αρχές συνέντευξης

- I. Χώρος: ο ιδανικός χώρος για συνέντευξη είναι αυτός όπου δεν υπάρχει κίνδυνος για διακοπή και που να διαθέτει καλή ηχητική μόνωση, έτσι που ο μεν ασθενής να αισθάνεται άνετα και ο δε ειδικός να μην αποσπάται η προσοχή του από θορύβους.
- II. Συνάντηση: ο ασθενής βρίσκεται σε ευάλωτη θέση όχι μόνο του προβλήματος αλλά και λόγω της ειδικής φύσης της συνάντησης. Ο ειδικός πρέπει να τον κάνει να νιώθει άνετα, να τον καθησυχάσει και να του φερθεί με ευγένεια.
- III. Χρόνος: συνήθως η συνέντευξη διαρκεί 45-50 λεπτά αλλά μπορεί να διαρκέσει και περισσότερο.
- IV. Καθορισμός των στόχων της συνέντευξης

3.8. ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Ο βασικός στόχος ενός προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης κάποιας διαταραχής είναι η μείωση των δυσκολιών που αντιμετωπίζει το άτομο και η αύξηση των δεξιοτήτων προσαρμογής ώστε να είναι όσο το δυνατό περισσότερο λειτουργικό και να ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στις απαιτήσεις του οικογενειακού, σχολικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η θεραπευτική αντιμετώπιση ξεφεύγει από τον ιατρικό προσδιορισμό της, ο οποίος υπονοεί την πλήρη αποκατάσταση κάποιου οργανικού προβλήματος και αποκτά περισσότερο την έννοια της μείωσης της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς, της αποτελεσματικότερης προσαρμογής στο περιβάλλον και της αύξησης της λειτουργικότητας του ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής του. Αυτό συμβαίνει, διότι, αν και σε πολλές διαταραχές υπάρχουν ενδείξεις οργανικής αιτιολογίας, δεν υπάρχουν αντίστοιχα φάρμακα για την αποκατάσταση του οργανικού προβλήματος.

Επομένως, η μόνη επιλογή του ειδικού είναι να επικεντρωθεί στην ορατή συμπεριφορά και να προσπαθήσει να την τροποποιήσει ώστε να βελτιώσει τις συνθήκες ζωής του. Για την εφαρμογή ενός προγράμματος θεραπευτικής παρέμβασης, ο ειδικός θα πρέπει να έχει πρώτα πραγματοποιήσει μια λεπτομερή ψυχολογική αξιολόγηση και να έχει καταλήξει στη διάγνωση του προβλήματος. Θα πρέπει επίσης να έχει θέσει σαφείς στόχους, προκειμένου να επιλέξει την κατάλληλη θεραπευτική μέθοδο. Όλη η προσπάθεια θα πρέπει να εντάσσεται στην ευρύτερη θεωρητική φιλοσοφία του ειδικού και να διέπεται από τους κανόνες δεοντολογίας. **Μέθοδοι**

- Ψυχοδυναμικοί μέθοδοι: θεωρούν την προβληματική συμπεριφορά ως αποτέλεσμα ασυνείδητων συγκρούσεων και επικεντρώνονται στην επαναφορά των συγκρούσεων αυτών στην συνείδηση του ατόμου με σκοπό την ενεργή επίλυση τους.
- Συμπεριφορικές μέθοδοι: θεωρούν την προβληματική συμπεριφορά ως το αποτέλεσμα μέσω της κλασσικής και συντελεστικής υποκατάστασης. Η θεραπευτική αντιμετώπιση επικεντρώνεται στην απόσβεση των μορφών συμπεριφοράς, μέσω της θετικής και αρνητικής ενίσχυσης και η αντικατάσταση τους από νέες, επιθυμητές μορφές.
- Γνωσιακές μέθοδοι: θεωρούν την προβληματική συμπεριφορά ως το αποτέλεσμα των διαστρεβλωμένων αντιλήψεων του ατόμου και επικεντρώνονται στην αντικατάσταση τους από άλλες πιο ρεαλιστικές και πιο λειτουργικές αντιλήψεις.
- Γνωσιακές – συμπεριφορικές μέθοδοι: θεωρούν την προβληματική συμπεριφορά ως το αποτέλεσμα εν μέρει των δυσλειτουργικών αντιλήψεων και εν μέρει της μάθησης. Οι μέθοδοι αυτοί επικεντρώνονται στην αντικατάσταση των δυσλειτουργικών αντιλήψεων, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και στην ανάπτυξη του αυτοελέγχου.
- Συστημικές μέθοδοι: θεωρούν την προβληματική συμπεριφορά ως το αποτέλεσμα των δυσλειτουργικών σχέσεων στα πλαίσια της οικογένειας και επικεντρώνονται στη βελτίωση της επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας²⁴.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Οι διαταραχές πρόσληψης της τροφής είναι μια κατηγορία από προβληματικές διαταραχές που αφορούν τη διατροφή των ανθρώπων. Οι πιο γνωστές είναι η νευρική ανορεξία (εμμονή με την απώλεια βάρους και υπερβολική απίσχναση) και η νευρική βουλιμία (υπερφαγικά επεισόδια και καθαρτικές συμπεριφορές- π.χ. πρόκληση εμετού- για τον έλεγχο του βάρους), ενώ τελευταία η προσοχή των ειδικών στρέφεται ολοένα και περισσότερο στην καταναγκαστική υπερφαγία (εμμονή και κατανάλωση τροφής για συναισθηματικούς λόγους σε μορφή κρίσεων ή τσιμπολογήματος), που φαίνεται να είναι πολύ συχνή.

Οι διαταραχές αυτές εμφανίζονται κυρίως στην εφηβική ηλικία και τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ολοένα και χαμηλότερη ηλικία στην εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων. Πολλοί γονείς εκφράζουν ανησυχίες σχετικά με τα συμπτώματα των διαταραχών πρόσληψης τροφής, προκειμένου να προστατέψουν τα παιδιά τους.

4.1 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Το ενδιαφέρον για τις διατροφικές διαταραχές ήρθε στην επιφάνεια πριν από 15 χρόνια. Μέχρι και τις αρχές του 1980 οι περισσότεροι άνθρωποι γνώριζαν για την ύπαρξη των διατροφικών διαταραχών αλλά λίγοι επαγγελματίες υγείας ή διαιτολόγοι θεώρησαν απαραίτητο να αποκτήσουν παραπάνω στοιχεία. Σκοπός τους ήταν να αναγνωρίζεται η διαταραχή, έτσι ώστε να χρησιμοποιήσουν στοιχεία είτε για να φέρουν εις πέρας κάποια υπόθεση ενός ειδικού είτε για να αναφερθούν σε μια ενότητα κάποιου επιστημονικού συγγράμματος.

Τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια και έπειτα, η βοήθεια είναι αρκετά διαθέσιμη για ανθρώπους με συγκεκριμένες διαγνώσεις νευρογενής βουλιμίας και νευρογενής ανορεξίας. Έγινε συνείδηση η ανάγκη για να απευθυνθεί σε ψυχίατρο ή να συμβουλευτεί για βοήθεια ή να μπορεί σε τελική ανάλυση να λάβει συμβουλή από κάποια ομάδα αυτοβοήθειας. Ταυτόχρονα, επέρχεται μια συνεχώς αυξανόμενη αποδοχή όσον αφορά στην ανάγκη για κάθε επαγγελματία στην θεραπεία και την συμβουλευτική, έτσι ώστε να κατανοούνται οι άνθρωποι με διατροφικά προβλήματα και οι διαιτολόγοι και οι γενικοί ιατροί επίσης αρχίζουν να αποδέχονται στοιχεία της ψυχολογικής προσέγγισης της αντιμετώπισης παιδιών με διατροφικές διαταραχές.

Οι παραπάνω, επιδεικνύουν έντονο ενδιαφέρον της ανάγκης όχι μόνο να παρέχουν θεραπεία σε ανθρώπους με σαφείς διαγνώσεις για διατροφικές διαταραχές, αλλά να αναγνωρίσουν οι ίδιοι το πρόβλημα μιας ευρείας ομάδας ανθρώπων με διατροφικά προβλήματα και προβλήματα βάρους, συμπεριλαμβανομένων και των παχύσαρκων ανθρώπων.

Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι οι διατροφικές διαταραχές δεν κατανέμονται τυχαία στον πληθυσμό. Οι νεαρές θηλυκές αποτελούν την πιο ευπαθή ομάδα. Σε κλινικά δείγματα μόνο το 510% των ασθενών με μια διατροφική διαταραχή είναι γένους αρσενικού. Οι διατροφικές διαταραχές φαίνεται να είναι «Δυτική Ασθένεια». Εμφανίζονται με υπεροχή στις βιομηχανοποιημένες, ανεπτυγμένες χώρες. Αυτό αποδεικνύει ότι οι κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην κατανομή των διατροφικών διαταραχών. Η διατροφή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Αυτοί είναι η όρεξη, η διαθεσιμότητα της τροφής, η οικογένεια, ο πολιτισμός και επιδιώκεται ο αυτοέλεγχος.

Αυτές οι συμπεριφορές αρχικά εμφανίζονται ως ένα αίσθημα ελέγχου στους ασθενείς και καταλήγουν σε διατροφική διαταραχή. Μελέτες στην βασική βιολογία του ελέγχου της όρεξης και της εναλλαγής της σε παρατεταμένη πρόσληψη τροφής ή της συχνότητα της (λιμός) έχουν δείξει τεράστια πολυπλοκότητα αλλά μακροπρόθεσμα είναι δυνατόν να βρεθεί ακόμα και φαρμακευτική αγωγή για τις διαταραχές της διατροφής.

Η κατάσταση που αφορά στα παιδιά έχει υπάρξει λιγότερο ξεκάθαρη και παραμένει κάποια διαφωνία και σύγχυση σχετικά με την φύση των διαφορών εμπειριών στην παιδική ηλικία σε ό,τι αφορά τις διατροφικές διαταραχές. Αυτή η σύγχυση απορρέει από μια σειρά αιτιών. Αρχικά, υπάρχουν συνεχείς δυσκολίες που αφορούν στην διατροφή και την θρέψη, οι οποίες προέρχονται ακόμα και από την γέννηση. Στην πραγματικότητα τα προβλήματα που σχετίζονται με την θρέψη και τα προβλήματα που προκύπτουν μεταγενέστερα εμφανίζουν στενή σχέση μεταξύ τους. Η διατροφική παχυσαρκία ή πολύ επιλεγμένα διατροφικά πρότυπα τα οποία ενστερνίζονται τα παιδιά προσχολικής ηλικίας επίσης σχετίζονται και, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν υπάρχει συγκεκριμένος λόγος ανησυχίας. Κάποια πολύ νέα παιδιά, ασφαλώς εμφανίζονται με πολύ σοβαρότερα προβλήματα, τα οποία μπορεί να έχουν σημαντική επιρροή στο μέγεθος και την ανάπτυξη. Αυτά τα παιδιά χρειάζεται να παρακολουθούνται στενότερα και μπορεί να απαιτείται επιπρόσθετη ενασχόληση ώστε να ταυτοποιηθούν τα διατροφικά τους προβλήματα. Γενικά, τα προβλήματα θρέψης που συμβαίνουν σε παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι κοινότοπα και κατάλληλα στο στάδιο της ανάπτυξης των παιδιών, συμπεριλαμβανομένων και των πειραμάτων νέων μελετών και κειμένων καθώς επίσης και του συμπεριφορικού αντίκτυπου στην μετέπειτα καριέρα τους. Τέτοιες διατροφικές δυσκολίες τείνουν να ξεπεραστούν με την ωρίμανση του παιδιού και ορθώς χαρακτηρίζονται ως «φάσεις» τις οποίες στην πλειοψηφία των περιπτώσεων το παιδί θα ξεπεράσει.

Δυσκολίες εμφανίζονται όταν τα διατροφικά προβλήματα απασχολούν παιδιά σε μεγαλύτερη ηλικία, για παράδειγμα στην ηλικία περίπου των 8 ετών και πάνω, όπου εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται ως φάση την οποία καλείται το παιδί να ξεπεράσει ή ως αδέξια ή διαταραγμένη συμπεριφορά. Η βασική διαφορά είναι ότι η θρέψη και τα διατροφικά προβλήματα δεν εξελίσσονται φυσιολογικά στα μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά. Σε αντίθεση, η γνωσιακή ανάπτυξη των παιδιών είναι μέχρι τότε πιο περίπλοκη και τα διατροφικά προβλήματα είναι πιθανότερο να σχετίζονται με ψυχολογικά προβλήματα.

Δεύτερον, έχει υπάρξει πολύ μεγαλύτερη σύγχυση και ασυνέχεια στην βιβλιογραφία σχετικά με την φύση των διατροφικών διαταραχών στα παιδιά και την ορολογία που χρησιμοποιείται για να τα περιγράψει. Κάποιοι πιστεύουν ότι οι διατροφικές διαταραχές που συχνά σχετίζονται με νέες γυναίκες, απλά δεν εμφανίζονται σε παιδιά. Ως παράδειγμα αναφέρουμε την ψυχογενή ανορεξία, η οποία είναι ένα πρόβλημα που αφορά την εφηβεία και στην πραγματικότητα δεν υπάρχει ούτε μια πιθανότητα να εμφανίζεται αυτή η κατάσταση στα νεαρότερα παιδιά.

Τρίτον, υπάρχει έλλειψη σταθερών μέσων για την εκτίμηση των διατροφικών διαταραχών στην παιδική ηλικία. Αυτό σημαίνει ότι οι δημοσιευμένες μελέτες στο συγκεκριμένο θέμα βασίζονται σε αναφορές κλινικών περιστατικών. Αυτές, περιγράφουν παιδιά από την ηλικία των 8 ετών και πάνω. Ενώ πολλά από τα παιδιά που συμπεριλαμβάνονται σε αυτές τις σειρές των υποθέσεων είχαν λάβει τυπικές διαγνώσεις διατροφικής διαταραχής, ήταν δύσκολο να εφαρμοστούν αυτά στις υποκειμενικές βάσεις, και τις αξιόπιστες αξιολογήσεις, γιατί απλά τα απαραίτητα εργαλεία δεν ήταν διαθέσιμα.

Ο Marshall έγραψε για την ιστορία ενός περιστατικού που αφορούσε σε ένα επτάχρονο κορίτσι το οποίο ήταν σκελετωμένο και αρνιόταν να φάει. Περαιτέρω λεπτομέρειες αυτού του περιστατικού αναφέρουν ότι αυτή η περίπτωση δεν σχετιζόταν απλά με σωματική πάθηση, αλλά ότι υπήρχε και ψυχολογικός παράγοντας στην διατροφική άρνηση του κοριτσιού.

Σε πιο πρόσφατες σειρές περιστατικών, όπως του Warren, περιελάμβαναν παιδιά που παρουσιάζονταν με «διατροφική μανία», άρνηση για διατροφή ή άλλες πιο συνηθισμένες διατροφικές δυσκολίες που συμβαίνουν κατά την παιδική ηλικία. Το γεγονός που ισχύει, πάντως,

είναι ότι έχει γίνει γνωστό εδώ και πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα πως τα παιδιά υποφέρουν από εναλλαγές στα διατροφικά πρότυπα, που αναγνωρίζονται ως ένα ψυχολογικό στοιχείο και, μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρές σωματικές επιπλοκές. Αυτή η κατάσταση δεν είναι σε καμιά περίπτωση καινούργια και δεν αποτελεί πρόσφατο φαινόμενο του 20ου αιώνα.

Μόνο τις τελευταίες δύο δεκαετίες, τα παιδιά με διατροφικές διαταραχές θεωρούνται υποομάδα που χρήζει ενδιαφέροντος. Η βιβλιογραφία σε όλες τις πτυχές των διατροφικών διαταραχών και ιδιαίτερα σχετικά με τον νεότερο πληθυσμό παραμένει σποραδική²⁵.

4.2 ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Στο κεφάλαιο για την Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές στην πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), περιλαμβάνει πολλές αλλαγές για να εκπροσωπεί καλύτερα τα συμπτώματα και τις συμπεριφορές των ασθενών που ασχολούνται με αυτές τις συνθήκες σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Μεταξύ των πιο σημαντικών αλλαγών είναι η αναγνώριση της ευκαιριακής και άμετρης κατανάλωσης φαγητού, αναθεωρήσεις για τα διαγνωστικά κριτήρια για νευρολογική ανορεξία και η νευρολογική βουλιμία, και την ένταξη της περιοριστικής διαταραχής πρόσληψης τροφής. Το DSM-IV παρατίθενται στα τρία τελευταία μεταξύ των Διαταραχών. Συνήθως διαγιγνώσκεται για πρώτη φορά στη νηπιακή, παιδική ή εφηβική ηλικία, ένα κεφάλαιο που δεν θα υπάρχουν στο DSM-5.

Τα τελευταία χρόνια, οι κλινικοί γιατροί και οι ερευνητές έχουν συνειδητοποιήσει ότι ένας σημαντικός αριθμός ατόμων με διατροφικές διαταραχές δεν ταιριάζει με τις κατηγορίες του DSMIV της νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία. Από προεπιλογή, πολλοί λάβει μια διάγνωση «διατροφική διαταραχή δεν ορίζεται διαφορετικά." Μελέτες έχουν δείξει ότι μια σημαντική μερίδα των ατόμων που ανήκουν στην κατηγορία "δεν ορίζεται διαφορετικά" μπορεί στην πραγματικότητα να έχει μια επεισοδιακή υπερφαγία.

Η ευκαιριακή άμετρη διατροφική διαταραχή εγκρίθηκε για ένταξη στο DSM-5, σαν ειδική κατηγορία της διατροφικής διαταραχής. Η ευκαιριακή άμετρη διατροφική διαταραχή ορίζεται ως επαναλαμβανόμενα επεισόδια τροφής μεγάλων ποσοτήτων φαγητού σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα από ό,τι οι περισσότεροι άνθρωποι θα φάνε κάτω από παρόμοιες συνθήκες, τα επεισόδια που σημειώνονται με αίσθηση της έλλειψης ελέγχου. Κάποιος με διαταραχή υπερφαγία μπορεί να φάει πάρα πολύ γρήγορα, ακόμα και όταν αυτός δεν είναι πεινασμένος. Το άτομο μπορεί να έχει αισθήματα ενοχής, ντροπής, ή αηδία και μπορεί να τρώνε ακατάσχετα και μόνο για να κρύψει τη συμπεριφορά. Αυτή η διαταραχή συνδέεται με σημαντική δυσφορία και συμβαίνει, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον μια φορά την βδομάδα επί τρεις μήνες.

Η αλλαγή αυτή έχει ως στόχο να αυξήσει την ευαισθητοποίηση των σημαντικών διαφορών μεταξύ διαταραχή της ευκαιριακής άμετρης διατροφής και το συχνό φαινόμενο της υπερφαγίας. Ενώ υπερφαγία είναι μια πρόκληση για πολλούς Αμερικανούς, επαναλαμβανόμενη υπερφαγία είναι πολύ λιγότερο συχνή, πολύ πιο σοβαρή, και σχετίζεται με σημαντική σωματική και ψυχολογικά προβλήματα²⁶.

4.3 ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΤΡΟΦΗ

Η επιλεκτικότητα είναι μια διαταραχή πρόσληψης της τροφής που εμφανίζεται κυρίως σε παιδιά νηπιακής ηλικίας, (περίπου το 20% των παιδιών μέχρι τα 5 τους χρόνια εμφανίζει μια μορφή επιλεκτικότητας). Αυτό μπορεί να συνεχιστεί μέχρι τη ηλικία των οκτώ και σε μερικές περιπτώσεις παραμένει μέχρι και την ενήλικη ζωή.

Συνήθως τα παιδιά που εμφανίζουν επιλεκτικότητα δεν τρώνε συγκεκριμένες τροφές με βάση την οσμή και την εμφάνισή τους. Οι "ασφαλείς" τροφές είναι συγκεκριμένες και μερικές φορές

συγκεκριμένη μάρκα (π.χ. συγκεκριμένης εταιρείας δημητριακών, ψωμιού κτλ). Επίσης κάποια παιδιά αποκλείουν από τη διατροφή τους ολόκληρες ομάδες τροφών όπως φρούτα και λαχανικά. Τα παιδιά που πάσχουν από επιλεκτικότητα έχουν συχνά φυσιολογικό βάρος και ύψος. Μπορεί το παιδί να τρώει φυσιολογικά και ξαφνικά να αρχίζει να επιλέγει τις τροφές και να αρνείται να φάει τις τροφές που μέχρι τώρα έτρωγε. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε ένα ατύχημα, όπως να κάνει εμετό τη συγκεκριμένη τροφή ή να πήγε να πνιγεί από αυτή. Εκείνη τη στιγμή η τροφή γίνεται αντικείμενο φόβου για το παιδί και οποιαδήποτε έκθεση στην τροφή αυτή ή παραπλήσια τροφοδοτεί το φόβο ή την απειλή του πνιξίματος. Ξαφνικά λοιπόν η τροφή γίνεται αποκρουστική και μόνο στη θέα, ή την οσμή της.

Κάποτε θεωρούσαν ότι η επιλεκτικότητα οφειλόταν σε κάποια τραυματική εμπειρία ή αναμνήσεις που συνδέονται με αυτή. Οι νέες έρευνες μιλούν για ιστορικό αρχικών δυσκολιών στη σίτιση αυτών των παιδιών (early feeding difficulties). Οι δυσκολίες στη διαδικασία του ταΐσματος προκαλούνται από την ατμόσφαιρα που δημιουργείται ανάμεσα στον τροφό και το παιδί. Αν ο τροφός βιώνει ένταση και άγχος κατά τη διάρκεια του γεύματος, αν χρησιμοποιεί λεκτική ή σωματική βία, δηλαδή απειλές για να φάει την τροφή. Η δυαδική σχέση τροφού-παιδιού διαταράσσεται σημαντικά με αποτέλεσμα την ενίσχυση της άρνησης του παιδιού να φάει τη συγκεκριμένη τροφή. Όταν το τραπέζι γίνεται “πεδίο μάχης” και όχι σημείο επαφής, απόλαυσης τα προβλήματα εντείνονται με συνέπεια να εμφανίζονται ακραίες, σοβαρές διατροφικές διαταραχές σε παιδιά όπως νευρογενή ανορεξία, άρνηση σίτισης.

Ακραία μορφή επιλεκτικότητας εμφανίζεται σε παιδιά που πάσχουν από αυτισμό. Τα παιδιά με αυτισμό έχουν ασυνήθιστες διατροφικές συνήθειες, μπορεί να καταναλώνουν λιωμένες, μαλακές ή κριτσανιστές τροφές, ή να τρώνε μόνο μια συγκεκριμένη τροφή για μήνες και ξαφνικά να μην την ξανατρώνε. Γενικότερα παιδιά που έχουν πρόβλημα στην εξελικτική τους πορεία εμφανίζουν συχνά επιλεκτικότητα. Ανεξάρτητα από αυτό κλείνοντας την περιγραφή των συμπτωμάτων, συμπεριφορών και παραγόντων που προκαλούν την επιλεκτικότητα, θα ήθελα να προτείνω μερικές στρατηγικές αντιμετώπισης που βοήθησαν μερικώς τους γονείς αυτών των παιδιών:

- Όταν προσφέρετε νέες τροφές δώστε μόνο μια πολύ μικρή ποσότητα (π.χ. μια κουταλιά), ή παρουσιάστε ταυτόχρονα μια αγαπημένη τροφή με κάτι καινούργιο που δεν έχει δοκιμάσει μέχρι τώρα.
- Περιορίστε την ποσότητα των γλυκών ή του fast food που παρέχετε στο παιδί σας.
- Ελέγξτε αν η προτίμηση του παιδιού συνδέεται με την υφή ή την εμφάνιση σερβιρίσματος της τροφής. Αν ναι εισάγετε τροφές με νέα υφή σταδιακά.
- Συνεχίστε να προσφέρετε διαφορετικές τροφές ακόμα και αν το παιδί σας δεν τις δοκιμάζει ή δεν τις παρατηρεί.
- Δοκιμάστε νέους τρόπους παρουσίασης της τροφής φτιάχνοντας ανθρωπάκια, σπιτάκια, αστεράκια και βάλτε πολύ μικρή ποσότητα λαχανικών ή φρούτων σαν μάτια, μύτες, παράθυρα κτλ.
- Προσπαθήστε να αλλάζετε μέρη, μερικές φορές τα παιδιά δοκιμάζουν νέες τροφές όταν τρώνε έξω, ή στην παιδική χαρά, στο δάσος, σε ένα πάρτι κτλ.

Γενικότερα, η επιλεκτικότητα τροφής εμφανίζεται σχεδόν σε όλα τα παιδιά στην πιο ήπια μορφή είναι μια φάση που συνδέεται πολύ με τον πειραματισμό, την πρόκληση των παιδιών για να δουν τα όρια του γονιού με το παιδικό πείσμα, το μιμητισμό στην παιδική ηλικία. Οι πιο ήπιες λοιπόν μορφές επιλεκτικότητας δεν απειλούν την ψυχική και σωματική υγεία του παιδιού. Όμως χρειάζεται προσοχή στις πιο ακραίες μορφές της όπου το παιδί υποσιτίζεται ή δεν λαμβάνει όλα τα απαραίτητα συστατικά για μια ομαλή εξέλιξη. Ο αποκλεισμός ολόκληρων κατηγοριών τροφών, όπως λαχανικά, φρούτα και πρωτεΐνη, χρίζουν άμεσης αντιμετώπισης, κυρίως αν έχει περάσει την ηλικία των 5 ετών. Γι'αυτό χρειάζεται να διαχωρίσουμε το πείσμα και την φάση που περνάει ένα παιδί σε σχέση με την τροφή από τη σοβαρή διατροφική διαταραχή²⁷.

4.4 ΠΑΙΔΙΑ «ΧΩΡΙΣ ΟΡΕΞΗ»

Από τις πρώτες ώρες της γέννησης, ένα ζήτημα που απασχολεί ιδιαίτερα τους γονείς είναι η ποσότητα γάλακτος που πίνει το νεογέννητο. Για αρκετούς αυτή η ανησυχία συνεχίζεται ακόμη και όταν το παιδί αρχίζει να μεγαλώνει, ιδιαίτερα αν αυτό, χωρίς να υπάρχει οργανική αιτία, αρνείται να φάει. Η ανορεξία μπορεί να εμφανιστεί σταδιακά ή απότομα, συνήθως όμως παρουσιάζεται έπειτα από κάποιο γεγονός, όπως κάποια ασθένεια, εμβολιασμό ή αλλαγή μπέμπι σίτερ και είναι παροδική.

Σε κάποιες περιπτώσεις, η άρνηση του παιδιού να φάει συνδέεται με την έντονη επιθυμία του να κυριαρχήσει στο περιβάλλον, κάτι που προκαλεί την αντίδραση της μητέρας, η οποία αρχίζει να το πιέζει. Έτσι, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος: άρνηση του βρέφους να φάει, άγχος της μητέρας, ένταση και πίεσή της προς το παιδί για να φάει, πιο έντονη άρνηση του παιδιού και ούτω καθεξής. Αυτή η κατάσταση έχει ως συνέπεια να δημιουργείται και να εγκαθίσταται σταδιακά η αρνητική στάση του παιδιού προς την τροφή και φυσικά μια αντίθεση ανάμεσα σε εκείνο και τη μητέρα.

Στις περισσότερες περιπτώσεις και εφόσον οι γονείς έχουν ζητήσει τη βοήθεια ειδικού, οι δυσκολίες γρήγορα ελαττώνονται. Ωστόσο, αν η κατάσταση παραμένει για μακρό χρονικό διάστημα, μπορεί να μετατραπεί σε χρόνια. Το παιδί αναπτύσσεται κανονικά αλλά παραμένει αδύνατο. Παρά την εμφάνισή του, είναι αρκετά ζωηρό, συχνά με μεγάλη φυσική αντοχή. Με την πάροδο των χρόνων, η άρνηση αυτή μπορεί να μετατοπιστεί από την οικογένεια στο σχολείο με τη μορφή της σχολικής άρνησης ή αδιαφορίας. Να σημειωθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις τα κίνητρα των γονιών για την επίσκεψη σε ειδικό είναι τελείως διαφορετικά από τα πραγματικά αίτια της ανορεξίας του παιδιού, και συχνά αναφέρουν ως ανησυχητικό σύμπτωμα μεμονωμένα κάποιους εμετούς του παιδιού ή ανεξήγητους κοιλόπονους.

Στην περίπτωση που η ανορεξία έχει εδραιωθεί, η θεραπευτική παρέμβαση θα μπορούσε να επικεντρωθεί στη διαφοροποίηση του "βίαιου κύκλου", βοηθώντας αφενός τη μητέρα να αντέξει την άρνηση του παιδιού και αφετέρου να του δώσει το κατάλληλο κίνητρο, ώστε να αναζητήσει μόνο του την τροφή.

Πρέπει να τονιστεί πάντως ότι η όρεξη του μικρού παιδιού δεν είναι πάντα σταθερή, γεγονός που εξηγεί τις παροδικές αρνήσεις του. Είναι, λοιπόν, φρόνιμο να μην προβαίνουν σε βιαστικά συμπεράσματα και να θεωρούν ότι υπάρχει σοβαρό πρόβλημα μόνο και μόνο επειδή το παιδί κατά καιρούς παρουσιάζει μειωμένη όρεξη.

Η ανορεξία συχνά υποχωρεί αν...

- Γίνουν ελαστικοί οι κανόνες που αφορούν τη διατροφή του παιδιού.
- Ηρεμήσει η μητέρα και αλλάξει τη νοοτροπία και τη στάση της.
- Αποφεύγονται οι τροφές που δεν αρέσουν στο παιδί.
- Του δίνουν μικρότερες ποσότητες, ώστε να μη βρεθούν αντιμέτωποι με την άρνηση του.
- Τρώνε όλοι μαζί, γιατί το φαγητό, εκτός από την ικανοποίηση της πείνας, προϋποθέτει και συναισθηματική συναλλαγή.
- Αποφεύγονται οι εντάσεις ή οι κριτικές του τύπου "μην τρώς με τα χέρια", "πιάσε καλά τοπιρούνι" κατά τη διάρκεια του φαγητού.
- Δεν το πιέζουν να τρώει, κυνηγώντας το με το κουτάλι.

Σε κάποιες περιπτώσεις ίσως φανεί χρήσιμη μια συμπληρωματική θεραπεία που θα χορηγήσει ο παιδίατρος και η οποία θα χρησιμοποιηθεί ως κίνητρο για την όρεξη ή ως κατευναστικό, προκειμένου να απαλύνουμε την άρνηση του παιδιού.

Μερικές μορφές ανορεξίας χρειάζονται μια πιο βαθιά διερεύνηση των προσωπικών προβλημάτων της μητέρας, που την έχουν οδηγήσει να υπερτιμήσει τη λήψη τροφής. Μπορεί να πρόκειται για

ενοχή, επειδή δε διατρέφει όπως θα έπρεπε το παιδί της ή να οφείλεται στην ικανοποίηση που βιώνει από τη σχέση αυτής καθαυτής της αντίθεσης.

Συμπερασματικά, οι διαταραχές στη διατροφή εμφανίζονται σταδιακά και κατά κανόνα- αλλά όχι πάντα-, έχουν ως βασική αιτία την πίεση του οικογενειακού περιβάλλοντος, που επικεντρώνει το ενδιαφέρον του στο συγκεκριμένο ζήτημα. Σε κάποιες οικογένειες οι σχέσεις παιδιού –γονιών οργανώνονται γύρω από τα γεύματα με τρόπο εξαιρετικά συγκρουσιακό, επιτρέποντας την ψυχοπαθολογία να εκδηλωθεί ελεύθερα μέσα από την άρνηση του παιδιού.

Να μη λησμονούμε ότι η απώλεια της όρεξης μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας οργανικής ασθένειας. Η διαταραχή της, όμως, δεν έχει κάποιο παθολογικό υπόβαθρο που να την αιτιολογεί και είναι ψυχολογικής φύσεως²⁸.

4.5 ΦΟΒΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ

Ο φόβος είναι ένα θα λέγαμε εκ γενετής συναίσθημα το οποίο δρα ως προστασία για το άτομο. Αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο στο περιβάλλον και μέσω του φόβου του προστατεύεται, προφυλάσσεται. Είναι το συναίσθημα ανησυχίας εξαιτίας κινδύνου, τρόμου, δέους.

Η φοβία εν αντιθέσει είναι ένας παράλογος, επίμονος, υπερβολικός φόβος μπροστά σε μια πραγματική ή και νοερή εμφάνιση πολύ συγκεκριμένων καταστάσεων ή αντικειμένων. Είναι ένας παθολογικός αγχώδης φόβος, ο οποίος εάν δεν αντιμετωπιστεί, μπορεί να προκαλέσει νευρώδεις διαταραχές στο άτομο, με ότι συνεπάγεται. Καταγεγραμμένα είναι πολλά είδη φοβίας, ένα από αυτά είναι και η φοβία που σχετίζεται με τη τροφή ή τη διαδικασία πρόσληψης της τροφής. Οι υποομάδες των τροφικών φοβιών εντάσσονται στην ευρύτερη κατηγορία των ειδικών φοβιών.

Ενδεικτικές τροφικές φοβίες είναι οι εξής:

- Ο φόβος της τροφής. Ο φόβος του να φάω εξαιτίας των δυσάρεστων συμπτωμάτων που μπορεί να προκληθούν (ναυτία, έμετος, κοιλιακό άλγος). Συναντάται συχνότερα σε άτομα που έχουν υποβληθεί σε χημειοθεραπείες ή πάσχουν από το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Σε αντίθεση με την ανορεξία υπάρχει όρεξη αλλά περιορίζεται εξαιτίας του φόβου πιθανόν εμετού ή ναυτίας.
- Ο φόβος της κατάποσης (συνδεδεμένο με το αίσθημα πνιγμού). Μπορεί να οδηγήσει σε υποσιτισμό και απώλεια βάρους. Σε ήπιες περιπτώσεις το άτομο μπορεί να καταλήξει να τρώει μόνο μαλακές τροφές και υγρά. Μπορεί να προκληθεί είτε επειδή το άτομο είχε υποβληθεί σε κάποια θεραπεία (τραχειοτομή), είτε από προηγούμενη τραυματική εμπειρία (να έχει «πνιγεί» από κάποιο κομμάτι τροφής).
- Ο φόβος για την κατανάλωση γευμάτων, αλλά και ο φόβος της γεύσης, της διαδικασίας δηλαδή του να γεύομαι. Είτε επειδή διστάζω να πειραματιστώ με νέες τροφές, είτε επειδή δε με προδιαθέτει το χρώμα, η μορφή, η φύση της τροφής, είτε επειδή έχω συνδέσει μια παλαιότερη τραυματική μου εμπειρία (δηλητηρίαση) με κάποια τροφή, με αποτέλεσμα πολλές φορές να αποκλείω ολόκληρες ομάδες τροφών (δηλητηρίαση κάποτε από τυρί, αποκλείω όλα τα γαλακτοκομικά).

Ειδικά στα παιδιά συναντάμε τις εξής φοβίες:

- Αυτά τα παιδιά συνήθως θα είναι πολύ διστακτικά στο να φάνε και να πιούν, το οποίο προκαλεί σοβαρά προβλήματα στην υγεία τους
- Μπορεί να αποφεύγουν φαγητά που έχουν συγκεκριμένες υφές κυρίως γιατί φοβούνται να καταπιούν
- Έχουν κάποια τραυματική εμπειρία που ίσως προκάλεσε τη φοβία

- Κυρίως φοβούνται gagging και choking, ή το να νιώσουν άρρωστα και συνήθως διαμαρτύρονται ότι το τσίγμα πονάει
- Συνήθως νιώθουν αγχώμενα και φοβισμένα να φάνε καινούργια φαγητά ή φαγητά που δε τους αρέσουν²⁹

4.6 ΑΡΝΗΣΗ ΤΡΟΦΗΣ

Η άρνηση τροφής στο παιδί μπορεί να οφείλεται είτε σε ψυχολογικούς και σπανιότερα σε παθολογικούς λόγους είτε μπορεί απλά να αποτελεί μια απόλυτα φυσιολογική για το ίδιο το παιδί συμπεριφορά. Διάφορες στάσεις των γονέων μπορεί να ευθύνονται για την άρνηση τροφής από το παιδί. Μια στάση είναι η υπερπροστασία και οι κανόνες που εφαρμόζονται στην οικογένεια σχετικά με τις ώρες των γευμάτων και τη διαδικασία του φαγητού. Μια άλλη στάση είναι η πλήρης ακαταστασία στις ώρες των γευμάτων, η αλλαγή των προσώπων που ταΐζουν το παιδί και η δυσάρεστη ατμόσφαιρα κατά τη διάρκεια του φαγητού. Συχνά οι μητέρες είναι υπερπροστατευτικές ως προς το πρόγραμμα και τη διατροφή του παιδιού τους, μην αφήνοντας το παιδί να αυτονομηθεί επιλέγοντας το ίδιο το είδος της τροφής του, την ποσότητα και τις ώρες πρόσληψης της τροφής.

Είναι καλό να γνωρίζουμε ότι βάσει εμπειρικών μελετών είναι γνωστό ότι ένα παιδί είναι σε θέση να τρέφεται μόνο του καλά. Όταν το παιδί είναι άρρωστο, έχει παροδική ανορεξία, που όμως εξασθενεί καθώς αυτό γίνεται καλά. Αντίθετα, όταν η άρνηση για πρόσληψη τροφής οφείλεται σε ψυχολογικά αίτια, αυτή συνοδεύεται από διαταραχές στη συμπεριφορά. Κάποιες φορές το παιδί ονειροπολεί ή προβληματίζεται για κάτι, τόσο ώστε να παραμελεί το φαγητό.

Άλλοτε η παιδική ανορεξία μπορεί να εκδηλώνεται ως αντίδραση προς τους γονείς όταν δεν εκπληρώνονται οι επιθυμίες του ή μπορεί να αποτελεί καλυμμένη αντίδραση ζήλιας απέναντι σε ένα μικρότερο παιδί της οικογένειας.

Ο τρόπος αντιμετώπισης πρέπει να είναι προσεκτικός και με συνέπεια. Η μητέρα πρέπει να συνειδητοποιήσει πως είναι σημαντικό να υπάρχει ευχάριστη ατμόσφαιρα κατά τη διάρκεια του φαγητού. Κάποιες φορές ίσως είναι απαραίτητο να συμβουλευθεί έναν ειδικό ώστε να αντιμετωπίσει πιθανά δικά της προβλήματα που την εμποδίζουν να είναι ήρεμη απέναντι στο παιδί.

Η άρνηση της τροφής στην παιδική ηλικία εκδηλώνεται ως εξής:

- Κυρίως παρουσιάζεται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, όπου η άρνηση φαγητού τα βοηθούν να καταφέρνουν να περνάει το δικό τους
- Αυτό όμως μπορεί να συνεχιστεί και σε μεγαλύτερη ηλικία ,όπου το κύριο χαρακτηριστικό είναι μια ασταθής άρνηση φαγητού
- Αυτά τα παιδιά συνήθως τρώνε τα αγαπημένα τους φαγητά χωρίς κανένα πρόβλημα
- Μπορεί να αρνηθούν να φάνε μόνο όταν είναι με συγκεκριμένα άτομα ή σε συγκεκριμένες καταστάσεις, παραδείγματος χάριν αρνούνται να φάνε στο σχολείο αλλά τρώνε κανονικά στο σπίτι
- Παιδιά θλιμένα ή στενοχωρημένα κρύβονται συνήθως πίσω από αυτή τη διατροφική διαταραχή

4.7 ΑΝΑΡΜΟΣΤΗ ΥΦΗ ΦΑΓΗΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Εκδηλώνεται ως εξής:

- Η κυριότερη ένδειξη αυτής της διαταραχής είναι η άρνηση του παιδιού να φάει στερεά φαγητά που απαιτούν μάσημα και δάγκωμα

- Συνήθως φτύνουν το φαγητό, αρνούνται να φάνε οτιδήποτε περιέχει συμπαγή κομματάκια φαγητού και κάνουν gagging
- Αποφεύγουν να τρώνε ορεκτικά
- Η πλειψηφία τους έχει κανονικό βάρος, αλλά μερικά μπορεί να είναι κάτω του φυσιολογικού

4.8 ΑΠΟΦΥΓΗ ΦΑΓΗΤΟΥ - ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Αποφυγή φαγητού -συναισθηματική διαταραχή εκδηλώνεται στα παιδιά με τα εξής:

- Συνήθως παρουσιάζεται σε παιδιά ηλικίας 5-16 χρονών
- Τα παιδιά συνήθως αντιμετωπίζουν κάποιο συναισθηματικό πρόβλημα, όπως λύπη για κάποιο οικογενειακό θέμα και αυτό επηρεάζει την όρεξη τους να φάνε
- Αυτά τα παιδιά δεν ανησυχούν για το βάρος τους και πολλές φορές ίσως πούν ότι πρέπει να κερδίσουν βάρος, αλλά δεν μπορούν να φάνε

4.9 ΔΙΑΧΥΤΗ ΑΡΝΗΣΗ ΤΡΟΦΗΣ

Η διάχυτη άρνηση τροφής εκδηλώνεται στα παιδιά με τα εξής:

- Τα παιδιά αυτά αρνούνται να μιλήσουν, να φάνε, να περπατήσουν και γενικά να προσέξουν τον εαυτό τους
- Ιατρικές εξετάσεις δεν φανερώνουν προβλήματα υγείας
- Είναι πολύ αποφασιστικά, φοβισμένα και θυμωμένα
- Συνήθως έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση ή σωματική βία μέσα στην οικογένεια²⁷

4.10 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Το σύνδρομο της Νευρογενούς Ανορεξίας αναγνωρίστηκε ξεκάθαρα και χρησιμοποιήθηκε αυτός ο όρος για την ονομασία του στα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Ο πρώτος, που χρησιμοποίησε τον όρο «anorexia nervosa», ήταν ο Sir William Gull, ένας γιατρός του νοσοκομείου Guy's του Λονδίνου, σε άρθρο που δημοσιεύθηκε το 1874. Στο άρθρο αυτό περιέγραφε τα ιστορικά 4 περιπτώσεων εκ των οποίων η μία είχε καταλήξει στο θάνατο. Οι κλινικές περιγραφές του Gull ήταν παρόμοιες με αυτές του Laségue. Τα κυρίαρχα κλινικά χαρακτηριστικά, που περιγράφηκαν σχεδόν 100 χρόνια πριν, έχουν αξιοσημείωτη ομοιότητα με αυτά που παρουσιάζονται στους ασθενείς σήμερα. Είναι πιθανό κάποιες περιπτώσεις Νευρογενούς Ανορεξίας μπορεί να είχαν αναγνωρισθεί και πριν τον 19^ο αιώνα³⁰.

Η μακρά ιστορία της Νευρογενούς Ανορεξίας υποδεικνύει ότι, αν και σημειώνονται αλλαγές στις κοινωνικές νόρμες σχετικά με το τι είναι αισθητικά επιθυμητό και οι νόρμες αυτές μπορεί να έχουν παίξει κάποιο ρόλο στην αύξηση της συχνότητας της Νευρογενούς Ανορεξίας, τελικά δε φαίνεται οι νόρμες αυτές να εξηγούν την αρχική εμφάνιση του συνδρόμου.

Είναι πολλοί οι ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία και επιδεικνύουν υπερβολική ενασχόληση με το φαγητό. Η ενασχόληση αυτή μπορεί να εκδηλώνεται με συμπεριφορές όπως το να διαβάζουν βιβλία μαγειρικής συνεχώς, να προετοιμάζουν πολύπλοκες συνταγές και εξεζητημένα γεύματα για τις οικογένειές τους κ.α.

Ένα άλλο πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι η έντονη και σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και η ανυποχώρητη επιδίωξη της λεπτότητάς του. Η βασική αυτή διαταραχή, που θα μπορούσε να γίνει κατανοητή ως «παράλογος

φόβος του πάχους», οδηγεί το άτομο σε σκόπιμα αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό στην πρόσληψη τροφής και σε κατανάλωση τροφών μετά από προσεκτική επιλογή τους τόσο σε ό,τι αφορά την ποιότητα όσο και σε ό,τι αφορά την ποσότητα τους, έτσι ώστε να οδηγείται το άτομο σε σταδιακή απώλεια βάρους και τελικά στην απίσχνανση, καθώς προοδευτικά έχει οδηγηθεί σε κατάσταση λιμοκτονίας. Βέβαια η απώλεια βάρους δεν έρχεται χωρίς αρνητικές συνέπειες για τον οργανισμό του ατόμου. Η αποδυνάμωση του οργανισμού καθιστά το άτομο ευάλωτο στις μολύνσεις, αλλά αυτό δεν είναι το μοναδικό σύμπτωμα της σοβαρής στέρησης τροφής. Υπάρχουν σοβαρές περιπτώσεις κατά τις οποίες το άτομο μπορεί ακόμα και να καταλήξει στο θάνατο εξαιτίας της αποδυνάμωσης αυτής³¹.

Επιδημιολογία

Η Νευρογενής Ανορεξία θεωρείται μια μάλλον σπάνια ασθένεια. Ακόμα και ανάμεσα στις λεγόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου (έφηβες κοπέλες και νεαρές ενήλικες γυναίκες) ο επιπολασμός της αυστηρώς ορισμένης Νευρογενούς Ανορεξίας μόλις που αγγίζει το 0,5%. Παρά τη σπάνια εμφάνισή της, η πλειονότητα των ερευνών δείχνει ότι τα ποσοστά εμφάνισης της Νευρογενούς Ανορεξίας έχουν σημειώσει σημαντική αύξηση τα τελευταία 50 χρόνια, με αυξανόμενες αναφορές σε κορίτσια ακόμα και της προεφηβικής ηλικίας αλλά και στους άρρενες. Προς απογοήτευση των ερευνητών, οι πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι περιορισμοί στο φαγητό, τα υπερφαγικά επεισόδια, οι καθαρτικές συμπεριφορές και η διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα, που παλαιότερα θεωρούνταν ως διαταραχές της εφηβείας και της νεαρής ενήλικης ζωής, έχουν αρχίσει να κάνουν αισθητά την εμφάνισή τους ακόμα και σε κορίτσια ηλικίας 9 ετών. Υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη για κάθε 100.000 κατοίκους αναλογούν 1,5-5 καινούρια περιστατικά Νευρογενούς Ανορεξίας. Το φαινόμενο αυτό συχνά αποδίδεται στις αλλαγές που έχουν σημειωθεί στις νόρμες της κοινωνίας για το ιδανικό – επιθυμητό σωματικό σχήμα και βάρος.

Σε ό,τι αφορά το φύλο, η Νευρογενής Ανορεξία φαίνεται από τις έρευνες ότι πλήττει κυρίως τις γυναίκες, οι οποίες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην ανάπτυξη Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής γενικά η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών, που έχουν διαγνωσθεί με Νευρογενή Ανορεξία, κυμαίνεται από 1:10 έως 1:20. Οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 90% των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής³².

Διάγνωση

Σύμφωνα με τα κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM IV) ο ασθενής θα πρέπει να παρουσιάζει σωματικό βάρος σε σημαντικό βαθμό χαμηλότερο απ' αυτό που θεωρείται φυσιολογικό για την ηλικία και το ύψος του. Δεν είναι δυνατό να οριστεί μια συγκεκριμένη απώλεια βάρους που να εφαρμοστεί ως κριτήριο για κάθε άτομο υπο αξιολόγηση, αλλά το DSM-IV μας παρέχει ως οδηγό το 85% του αναμενόμενου φυσιολογικού βάρους. Έτσι, το άτομο που προσέρχεται για αξιολόγηση κι έχει χάσει το 15% του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του πληροί το εν λόγω κριτήριο. Στην πραγματικότητα είναι πολλοί οι ασθενείς που φθάνουν στο σημείο να ζυγίζουν λιγότερο από το 50% του μέσου αναμενόμενου φυσιολογικού βάρους. Η απώλεια αυτή βάρους συνήθως επιτυγχάνεται μέσω δίαιτας, κατά την οποία φροντίζουν να υπάρξει ένας αυστηρός περιορισμός των θερμίδων που καταναλώνουν έτσι ώστε να παραμένουν μέσα στα όρια μιας εξαντλητικής δίαιτας, η οποία περιλαμβάνει έναν πολύ περιορισμένο αριθμό τροφών (π.χ. συνήθως απαγορεύονται οι υδατάνθρακες και τα λίπη). Παρά το υπερβολικά χαμηλό βάρος του σώματός τους, τα άτομα, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, ανησυχούν υπερβολικά μήπως πάρουν βάρος και παχύνουν, φοβούνται ότι θα γίνουν υπέρβαροι και είναι αξιοσημείωτο ότι αυτός ο έντονος και επίμονος «φόβος του πάχους», όπως αποκαλείται, όχι μόνο δε μειώνεται σε ένταση και ισχύ με την απώλεια βάρους, αντιθέτως, κατά ένα περίεργο τρόπο, όσο το βάρος τους μειώνεται ο φόβος αυτός εντείνεται³³.

Ο φόβος αυτός σχετίζεται με τη διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα των πασχόντων, στους οποίους είναι χαρακτηριστική η διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο αξιολογούν και βιώνουν το σωματικό τους σχήμα και βάρος. Για παράδειγμα, παρότι το βάρος τους είναι πολύ χαμηλότερο από το φυσιολογικό και σε κάποιες περιπτώσεις έχουν αποστεωνθεί, τα άτομα, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, συχνά νιώθουν το σώμα τους ή ένα μέρος του σώματός τους (συνήθως κοιλιά, γλουτούς, μηρούς) σαν να είναι πολύ βαρύ, πολύ χοντρό. Για να μπορούν να ελέγχουν το σχήμα του σώματός τους, οι ασθενείς φροντίζουν να ζυγίζονται τακτικά, μετρούν με μεζούρα την περίμετρο διαφόρων μερών του σώματός τους και κοιτούν επίμονα και συχνά επικριτικά το είδωλό τους στον καθρέφτη.

Σε ό,τι αφορά ειδικά τις γυναίκες, προκειμένου να διαγνωστεί η Νευρογενής Ανορεξία θα πρέπει, εκτός της σημαντικής απώλειας βάρους, να παρουσιάζουν και αμηνόρροια. Η υπερβολική απόδυνάμωση συχνά προκαλεί αμηνόρροια, αλλά, ακόμα και στις περιπτώσεις που δε σημειώνεται αμηνόρροια, μπορεί να υπάρ-χουν ανωμαλίες στον περιοδικό κύκλο.

Ορισμένοι από τους πάσχοντες, που σύμφωνα με κάποιες εκτιμήσεις φθάνουν το 50%, χάνουν περιστασιακά τον έλεγχο στον περιορισμό της τροφής τους και οδηγούνται σε υπερφαγικά επεισόδια και καθαρικές συμπεριφορές. Έτσι, προκύπτουν οι 2 Τύποι της Νευρογενούς Ανορεξίας, τους οποίους αναγνωρίζει και διαχωρίζει το DSM-IV. Το DSM-IV ορίζει ότι τα άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία θα πρέπει να διακρίνονται βάσει ενός από δύο διαστάσεις, τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο ή τον Περιοριστικό Τύπο. Οι διαφορές μεταξύ των δύο υποτύπων, που μπορούν να στηρίξουν την αξιοπιστία αυτού του διαχωρισμού, είναι πολλές.

Διαγνωστικά κριτήρια

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία το 1994, δημοσίευσε τον αναθεωρημένο οδηγό ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών (A.P.A., DSM-IV) σύμφωνα με τον οποίο η διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας θα πρέπει να στηρίζεται σε 4 βασικά κριτήρια :

A. Άρνηση του ατόμου για τη διατήρηση του σωματικού βάρους στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο του ελάχιστα φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί σε διαμόρφωση του σωματικού βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αποτυχία στην επίτευξη της αναμενόμενης αύξησης του βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης, που έχει σαν αποτέλεσμα την απόκτηση σωματικού βάρους χαμηλότερου από το 85% του αναμενόμενου)

B. Υπερβολικός φόβος του ατόμου για την αύξηση του βάρους ή φόβος πάχους, ακόμα κι όταν το βάρος τους είναι πολύ χαμηλότερο από το κανονικό

Γ. Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το σωματικό βάρος ή σχήμα. Αδικαιολόγητη και υπέρμετρη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην αυτοαξιολόγηση, ή άρνηση της σοβαρότητας του τρέχοντος χαμηλού σωματικού βάρους

Δ. Σε μεταεμμηναρχικές γυναίκες, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον 3 διαδοχικών εμμηνορυσιακών κύκλων. (Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια αν οι περίοδοι της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. χορήγηση οιστρογόνων).

Στον πιο πρόσφατο αυτό διαγνωστικό οδηγό (DSM-IV, 1994) γίνεται λόγος πια για την ύπαρξη 2 ανεξάρτητων υπο-τύπων στη Νευρογενή Ανορεξία και αναφέρονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτών:

Διευκρίνιση τύπου:

- Περιοριστικός Τύπος: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Νευρογενούς Ανορεξίας, το άτομο δεν επιδιίδεται συστηματικά σε υπερφαγική συμπεριφορά ή συμπεριφορές κάθαρσης (π.χ. αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών, καθαρτικών, ή υποκλυσμών)

- Υπερφαγικός / Καθαρτικός Τύπος: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Νευρογενούς Ανορεξίας, το άτομο επιδίδεται συστηματικά σε υπερφαγική συμπεριφορά ή καθαρτικές συμπεριφορές (π.χ. αυτοποκαλούμενους εμετούς ή κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV (1994) προσομοιάζουν αρκετά και με τα διεθνή κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ICD-10³⁴.

4.11 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Ο όρος ψυχογενής ή νευρική ή νευρογενής βουλιμία (επιστ. ονομασία: *bulimia nervosa*) περιγράφει μια διαταραχή στην πρόσληψη τροφής. Η νευρογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από επεισοδιακή υπερφαγία (κατανάλωση πολύ μεγάλης ποσότητας φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα), η οποία ακολουθείται από την προσπάθεια απαλλαγής από τις περιττές θερμίδες συνήθως μέσω εμετού, καθαρτικών, διουρητικών και υπερβολικής άσκησης. Οι γυναίκες έχουν εννέα φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν νευρική βουλιμία από τους άντρες. Τα αντικαταθλιπτικά, ιδιαίτερα τα SSRI (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης) χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της νευρικής βουλιμίας.

Σημάδια και συμπτώματα

Αυτοί οι κύκλοι συχνά περιλαμβάνουν έντονα και ανεξέλεγκτα επεισόδια υπερφαγίας τα οποία μπορεί να σταματήσουν εάν κάποιο άλλο άτομο διακόψει τον ασθενή ή εάν το στομάχι τους πονάει από την υπερέκταση, η οποία ακολουθείται από αυτοπροκαλούμενους εμετούς. Ο κύκλος αυτός μπορεί να επαναληφθεί αρκετές φορές την εβδομάδα και σε πιο σοβαρές περιπτώσεις αρκετές φορές την ημέρα και μπορεί να προκαλέσει άμεσα:

- Χρόνια γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος
- Αφυδάτωση και υποκαλεμία οι οποίες προκαλούνται από τους συχνούς εμετούς
- Αστάθεια των ηλεκτρολυτών η οποία μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή αρρυθμία, καρδιακή συγκοπή ακόμη και θάνατο
- Οισοφαγίτιδα ή φλεγμονή
- Ρήξη των τοιχωμάτων του οισοφάγου
- Στοματικό τραύμα, στο οποίο η επαναλαμβανόμενη εισαγωγή των δαχτύλων ή άλλων αντικειμένων μπορεί να προκαλέσει κοψίματα στην εσωτερική επένδυση του στόματος ή του λαιμού
- Γαστροπάρεσις (καθυστερημένη γαστρική εκκένωση) • Δυσκοιλιότητα
- Στειρότητα
- Διογκωμένοι αδένες κάτω από το σαγόρι
- Έλκη
- Κάλιο ή ουλές στο πίσω μέρος των χεριών εξαιτίας από το επαναλαμβανόμενο τραύμα από τους τομείς των δοντιών
- Συνεχείς αυξομειώσεις βάρους

Η συχνή επαφή μεταξύ των δοντιών και του γαστρικού οξέος μπορεί να προκαλέσει συγκεκριμένα:

- Σοβαρή διάβρωση των δοντιών
- Διάβρωση του σμάλτου των δοντιών
- Πρησμένοι σιελογόνοι αδένες

Όπως σε πολλές ψυχιατρικές ασθένειες, μπορεί επίσης να υπάρξουν και παραισθήσεις μαζί με τα άλλα σημάδια και συμπτώματα αφήνοντας το άτομο με μια ψευδή πεποίθηση που κανονικά δεν γίνεται αποδεκτή από άλλους. Τα άτομα αυτά μπορεί επίσης να υποφέρουν από σωματικές επιπλοκές όπως τετανία, επιληπτικές, καρδιακή αρρυθμία και μυική αδυναμία. Τα άτομα με

βουλιμία μπορεί επίσης να ασκούνται σε τέτοιο βαθμό που αποκλείει όλες τις άλλες δραστηριότητές τους³⁵.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Νευρογενή Βουλιμία κατά DSM-IV είναι τα εξής:

A. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο από τα παρακάτω:

- Να τρώει κάποιος μέσα σε μια διακριτή χρονική περίοδο (π.χ. σε μια περίοδο 2 ωρών) μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις.
- Μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου του πόσο τρώει κάποιος κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.

B. Επανελημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους.

Γ. Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για τρεις μήνες.

Δ. Η εκτίμηση του εαυτού αδικαιολόγητα επηρεάζεται από το σχήμα του σώματος και του βάρους.

E. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας. Διακρίνονται δύο τύποι Νευρογενούς Βουλιμίας:

- Ο *τύπος κάθαρσης* στον οποίο το άτομο εμπλέκεται συστηματικά στην πρόκληση εμετού και την κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.
- Ο *τύπος μη-κάθαρσης* στον οποίο το άτομο δε χρησιμοποιεί την κάθαρση αλλά άλλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές (όπως π.χ. νηστεία, υπερβολική άσκηση)

Ο όρος *νευρογενής βουλιμία* εισήχθη το 1979 από τον Βρετανό ψυχίατρο Τζέραλντ Ράσελ για να περιγράψει μια παθολογική οντότητα διαφορετική από τη ψυχογενή ανορεξία. Πρώιμες περιγραφές για τη βουλιμία υπάρχουν, όπως και για την ανορεξία, ήδη από το 18ο αιώνα αλλά και από τις αρχές του 20ού αιώνα³⁶.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

**ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ
ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ
ΤΡΟΦΗΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Κατά τον Garner, η αιτιολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι πολυπαραγοντική και ο τρόπος εμφάνισης των συμπτωμάτων αναπαριστά έναν τελικό παθογενετικό δρόμο που είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης παραγόντων που ανήκουν σε 3 διαφορετικά επίπεδα και χαρακτηρίζονται ως Προδιαθεσιακοί (Ατομικοί, Οικογενειακοί, Κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες).

Από τους προδιαθεσιακούς παράγοντες, ο ρόλος των Ατομικών (Βιολογικών και Ψυχολογικών) των Οικογενειακών και των Κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων, θεωρείται ότι κυμαίνεται στον ετερογενή πληθυσμό των ασθενών αυτών. Ίσως η πλέον σημαντική πρόοδος τα τελευταία χρόνια έχει προκύψει από την κατανόηση του γεγονότος ότι η ασитία καθ' αυτή διαιωνίζει και συντηρεί τη διαταραχή μέσω των βιολογικών και ψυχολογικών συνεπειών της³⁷.

5.1 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

5.1.1 ΑΤΟΜΙΚΟΙ (ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ)

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η προνοσηρά προσωπικότητα των ανορεκτικών χαρακτηρίζεται από πυρηνική συναισθηματική αστάθεια και ιδιαίτερη γνωσιακή συγκρότηση (στερεότυπες παραμορφωτικές πίστεις, λογικά σφάλματα, παθολογική αντίληψη της εικόνας του σώματος).

Στο ατομικό αναμνηστικό των ανορεκτικών καταγράφονται, ιστορικό ψυχολογικού τραύματος, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής κακοποίησης, μια ιδιοσυστασιακή φυσική ευαλωτότητα (η ευαλωσία) από την παιδική ηλικία (ιστορικό λοιμώξεων, σπασμών, χαμηλό βάρος γέννησης, γαστρεντερικές διαταραχές καθώς και μια τάση για πρόωμη ωρίμανση (τάση για παχυσαρκία, υψηλό ανάστημα)³⁸.

Βιολογικοί Παράγοντες

Η κληρονομικότητα είναι μια πιθανή αιτία που σχετίζεται με την εμφάνιση διαταραχών διατροφής. Αυτό σημαίνει ότι η ύπαρξη ενός μέλους στην οικογένεια που πάσχει από κάποια μορφή διαταραχή πρόσληψης τροφής αυξάνει τις πιθανότητες να εμφανιστεί ανάλογη διαταραχή και άλλο μέλος της ίδιας οικογένειας. Κανείς βέβαια δεν είναι σε θέση να διαχωρίσει απόλυτα την γενετική προδιάθεση που μπορεί να υπάρχει από μια συμπεριφορά μίμησης και ταύτισης προτύπων μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. Παρόλα αυτά, υπάρχουν μελέτες που επικυρώνουν τη σύνδεση που υπάρχει ανάμεσα στην γενετική προδιάθεση και την εμφάνιση διαταραχής ιδίως σε περιπτώσεις που η μητέρα και ή η αδερφή μιας κοπέλας πάσχουν από νευρογενή ανορεξία.

Μάλιστα, με δεδομένο ότι η περίοδος της εφηβείας σχετίζεται με την εμφάνιση διαταραχών διατροφής, βιοχημικοί παράγοντες όπως ορμονικές διαταραχές που παρουσιάζονται κατά την έναρξη της εφηβείας μπορεί να ενοχοποιηθούν για την εμφάνιση μιας διατροφικής διαταραχής. Επιπρόσθετα, ουσίες όπως η σεροτονίνη και οι ενδορφίνες, όταν αλλάζουν τα επίπεδα τους στον οργανισμό ενός ανθρώπου φαίνονται να συνδέονται με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών³⁹.

Ψυχολογικοί Παράγοντες

Οι ψυχοσωματικές αλλαγές που συντελούνται στην εφηβική ηλικία οδηγούν τόσο στη μείωση της φυσικής δραστηριότητας όσο και της αυτοεκτίμησης και οι έφηβοι διατρέχουν ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο για σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες όπως κατάθλιψη, άγχος και διατροφικές διαταραχές. Ευάλωτους τους κάνει ακόμα και το γεγονός της μετάβασης από το δημοτικό στο γυμνάσιο δημιουργώντας αστάθεια στην αυτοαντίληψή τους αφού στο δημοτικό ήταν οι μεγαλύτεροι ηλικιακά και οι ψηλότεροι ενώ στο γυμνάσιο είναι οι μικρότεροι.

Πέρα, όμως, από την έναρξη της εφηβείας, άλλοι προσωπικοί παράγοντες όπως η διάλυση κάποιων σχέσεων, ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ο φόβος σχετικά με τις ευθύνες της ενηλικίωσης και άλλα προκαλούν άγχος στο άτομο το οποίο δυσκολεύεται να διαχειριστεί τις αλλαγές αυτές με αποτέλεσμα να έρχεται αντιμέτωπο με κάποιες διατροφικές διαταραχές στην προσπάθειά του να ελέγξει τη ζωή του .

Άλλη αιτία εμφάνισης διατροφικών διαταραχών είναι και η τελειοθηρία η οποία, στην περίπτωση μας, σχετίζεται με την αναζήτηση του τέλειου σώματος, ενός δηλαδή ανέφικτου και μη ρεαλιστικού στόχου. Η δυσαρέσκεια από την εικόνα σώματος σχετίζεται με την τελειοθηρία και την πεποίθηση ότι η αγάπη της οικογένειας και των φίλων εξαρτάται από τα επιτεύγματά μας. Οι γυναίκες με διατροφικές διαταραχές επιδιώκουν να αποκτήσουν μία ανέφικτη μορφή σώματος⁴⁰.

Από την πλευρά της οικογένειας, οι σχέσεις παιδιού – γονέα είναι καθοριστικές για την εμφάνιση κάποιας διατροφικής διαταραχής. Η ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας αλλά και ταυτόχρονα η απροθυμία των γονέων να επιτρέψουν στα παιδιά τους να αυτονομούνται και να γίνονται ανεξάρτητα καθώς ωριμάζουν δημιουργεί αισθήματα κατωτερότητας και χαμηλής αυτοεκτίμησης στα παιδιά τα οποία διστάζουν να αναλάβουν ευθύνες και πρωτοβουλίες με αποτέλεσμα σε μεγάλο βαθμό να ετεροκαθορίζονται.

Σημαντικό ρόλο παίζει, όμως, και η στάση της μητέρας. Μητέρες οι οποίες παραμελούν τα παιδιά τους και που φτάνουν μέχρι την κακοποίησή τους σίγουρα ευθύνονται για την εκδήλωση ψυχογενών διαταραχών. Αλλά και μητέρες οι οποίες είναι υπερπροστατευτικές, επεμβαίνουν στη ζωή των παιδιών τους και ελέγχουν τις επιλογές τους ευθύνονται στον ίδιο βαθμό. Γενικότερα, η σχέση μητέρας και κόρης μπορεί πολλές φορές να βοηθήσει στην ερμηνεία της εκδήλωσης του φαινομένου των διατροφικών διαταραχών. Αυταρχικές μητέρες που έχουν υψηλές απαιτήσεις από τις κόρες τους «σκιάζουν» με την ισχυρή προσωπικότητά τους τις ζωές των παιδιών τους και τα «εγκλωβίζουν» σε μία ζωή χωρίς τα ίδια να είναι πρωταγωνιστές της.

Στα πλαίσια αυτά, αλλά και λόγω της χαμηλής αυτοεκτίμησής τους, τα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από μία αδυναμία συνειδητοποίησης και λεκτικοποίησης των συναισθημάτων και των επιθυμιών τους. Έχοντας απολέσει τον έλεγχο της ζωής τους, προσπαθούν να κυριαρχήσουν στο σώμα τους ελέγχοντας την ποσότητα της τροφής που καταναλώνουν. Διαχειρίζονται τις σχέσεις τους με τους άλλους μέσω του φαγητού και του σώματος⁴¹.

5.1.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι διατροφικές διαταραχές ολοένα και αυξάνονται στις δυτικές κοινωνίες και πιστεύεται ότι αυτό συνδέεται με την εμμονή μας σχετικά με την εικόνα του σώματος. Το αδύνατο σώμα, τις τελευταίες δεκαετίες, δεν προβάλλεται μόνο ως πρότυπο ομορφιάς αλλά και σαν και σανπροϋπόθεση για αυτοεκτίμηση, επιτυχία και ευτυχία. Επομένως, η υπερβολική ενασχόληση του ατόμου με την εξωτερική του εμφάνιση μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές διατροφής συνοδευόμενες, μάλιστα, από αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές προκαλώντας πολλά προβλήματα στην υγεία των ατόμων. Στην ουσία, άλλωστε, η διατάραξη της σωματικής εικόνας φαίνεται να είναι το πρόβλημα – πυρήνας για τα άτομα με διάγνωση μίας διατροφικής διαταραχής και,

δυστυχώς, η αρνητική εικόνα των γυναικών για το σώμα τους και η επιθυμία τους να γίνουν λεπτότερες αποτελεί συνηθισμένο εύρημα στη βιβλιογραφία⁴².

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης προβάλλουν το αδύνατο σώμα ως πολιτιστικό ιδανικό. Το πρότυπο, όμως, αυτό απέχει πολύ από την πραγματική εικόνα, για παράδειγμα, ενός μέσου γυναικείου σώματος. Η πίεση, ωστόσο, που ασκείται στο κοινό των μέσων γεννά σε μεγάλο μέρος του την επιθυμία να αγγίξει το απρόσιτο, το μη ρεαλιστικό καθώς υπάρχει μία τάση αρνητικής τυποποίησης των ατόμων που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα, ένα είδος, δηλαδή, κοινωνικού ρατσισμού. Από τη στιγμή, όμως, που τα άτομα δεν είναι ευχαριστημένα με την εικόνα του σώματός τους, γιατί διαφέρει από τις εικόνες στα εξώφυλλα των περιοδικών ή τις διαφημίσεις στην τηλεόραση, νιώθουν μειονεκτικά και χάνουν την αυτοπεποίθησή τους. Αποτέλεσμα της δυσαρέσκειας αυτής με τον εαυτό τους, λόγω της αποτυχημένης προσπάθειας μίμησης των προβαλλόμενων μοντέλων, οδηγεί στην εκδήλωση διατροφικών διαταραχών.

Μάλιστα, στα πλαίσια της ταύτισης με τα κοινωνικά πρότυπα ώστε να γίνουν αποδεκτοί και αρεστοί, οι άνθρωποι εγγράφονται σε γυμναστήρια και σε ινστιτούτα αδυνατίσματος. Όσο επιθυμητό αλλά και ταυτόχρονα αναγκαίο κι αν είναι να γυμνάζεται κάποιος, στην περίπτωση που τα κίνητρα δεν έχουν σχέση με την προαγωγή της υγείας αλλά με την εμμονή στο «φαίνεσθαι» και όχι στο «είναι», τα αποτελέσματα δεν θα έχουν διάρκεια. Επομένως, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι η κρίση των αξιών έχει οδηγήσει στην εσωτερίκευση της εικόνας του ιδανικού – λεπτού σώματος η οποία, συχνά, ενισχύεται και από τις προσδοκίες της οικογένειας και των φίλων⁴⁰.

5.1.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κάποιες από τις πλέον πρώιμες περιγραφές της ψυχογενούς ανορεξίας δίνουν έμφαση στον παθογενετικό ρόλο της οικογένειας. Οι μητέρες έχουν περιγραφεί ως κυριαρχικές, αδιάκριτες και αμφιθυμικές, ενώ οι πατέρες έχουν περιγραφεί ως παθητικοί και αναποτελεσματικοί.

Η διαταραχή, κάποιες φορές φαίνεται να υπηρετεί έναν ομοιοστατικό και σταθεροποιητικό ρόλο στην οικογένεια. Ειδικά πρότυπα συμπεριφοράς και αλληλοσυσχέτισης έχουν παρατηρηθεί στις οικογένειες αυτές, όπως παγιδευτική εμπλοκή, σύγχυση ρόλων, υπερπροστασία, ακαμψία, και αποφυγή επίλυσης των συγκρούσεων. Η παθολογία της οικογένειας, μπορεί θαυμάσια να είναι αποτέλεσμα της διαταραχής, παρά αίτιο. Παρ' όλα αυτά, οι διαταραχές διατροφής έχουν μία οικογενειακή κατανομή. Μελέτες της δια βίου επίπτωσης διαταραχών διατροφής σε οικογένειες με ψυχογενή ανορεξία δείχνουν ότι οι γυναίκες - πρώτου βαθμού συγγενείς των ασθενών - έχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχών διατροφής⁴¹.

Παρ' ότι καταγράφονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά στις οικογένειες με ανορεκτικό μέλος, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι κάθε οικογένεια είναι διαφορετική και ότι κάθε οικογένεια, ακόμη και η πιο λειτουργική, έχει τα δικά της προβλήματα και περιόδους πολλών δυσκολιών. Αν και δεν είναι σωστό να θεωρούμε ένοχη την οικογένεια για την ψυχογενή ανορεξία ενός μέλους της, πολλοί συγγραφείς θεωρούν ότι κάποιοι παράγοντες που προέρχονται από την οικογένεια μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας.

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

παιδί, δηλαδή μέσω της αρρώστιας φανερώνει με έκδηλο τόπο τα αισθήματα της ένδειας και της εξάρτησης που νοιώθει⁴³.

5.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Οι διατροφικές διαταραχές συνοδεύονται από συμπεριφορές αυτοκαταστροφικές και προκαλούν πολλά προβλήματα στην υγεία των ατόμων που πάσχουν από αυτές. Βέβαια, οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές έρχονται σε αντίθεση με την επιδίωξη των ανθρώπων για υγεία και ευεξία. Στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας, οι σωματικές επιπτώσεις μπορεί να είναι πολύ σοβαρές αλλά, ταυτόχρονα, είναι και αναστρέψιμες αν η κάθε πάθηση αντιμετωπιστεί εγκαίρως. Χωρίς, όμως, θεραπευτική αγωγή, η σοβαρής μορφή ψυχογενής ανορεξία ή βουλιμία μπορεί δυνητικά να είναι ακόμα και θανατηφόρα.

- ☐ Και οι δύο παθήσεις, όταν είναι σοβαρής μορφής, μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα υγείας όπως βλάβη στα νεφρά, ουρολοιμώξεις, αφυδάτωση, δυσκοιλιότητα, διάρροια, μυϊκούς σπασμούς ή κράμπες, χρόνια δυσπεψία, αμηνόρροια ή ακατάστατο κύκλο καθώς και καταπόνηση στα περισσότερα όργανα του σώματος³⁹.
- ☐ Πιο συγκεκριμένα, στην ψυχογενή ανορεξία, επειδή στην πλειοψηφία οι πάσχοντες είναι κορίτσια ή γυναίκες ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας είναι η αμηνόρροια ως αποτέλεσμα του υποσιτισμού και της αναιμίας. Η τελευταία μπορεί να οδηγήσει και σε λιποθυμίες ενώ, γενικά, παρατηρείται εξασθένιση του ανοσοποιητικού συστήματος. Άλλες σοβαρές συνέπειες είναι η οστική απώλεια, δερματικά προβλήματα, αρρυθμίες, καρδιακή ανακοπή, νεφρική ανεπάρκεια και άλλα.
- ☐ Εκτός, όμως, από τις σωματικές επιπτώσεις, υπάρχουν σοβαρές συναισθηματικές και ψυχολογικές συνέπειες. Στα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία δεν τους αρέσει να γευματίζουν με την οικογένεια ή τους φίλους γιατί φοβούνται μήπως γίνουν το επίκεντρο της συζήτησης. Υιοθετούν συμπεριφορές εξαπάτησης σχετικά με το φαγητό λέγοντας ψέματα ότι έχουν ήδη φάει με αποτέλεσμα να απομονώνονται λόγω του φόβου της απόρριψης και της αποδοκιμασίας. Είναι, επομένως, απρόθυμα να δημιουργήσουν διαπροσωπικές σχέσεις και χαρακτηρίζονται από εσωστρέφεια και μοναξιά.
- ☐ Γενικότερα, τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία χαρακτηρίζονται από απότομες αλλαγές στη διάθεσή τους και από συναισθηματικά ξεσπάσματα. Γίνονται καχύποπτα και έχουν άγχος για τη γνώμη που έχουν οι άλλοι για αυτούς. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, λόγω της κακής εικόνας που έχουν για το σώμα τους, μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη και πιο σπάνια στην αυτοκτονία.
- ☐ Ένα άτομο, τώρα, που πάσχει από ψυχογενή βουλιμία έχει, συνήθως, ένα σχετικά φυσιολογικό βάρος και είναι πιο δύσκολο να αναγνωριστεί σε σχέση με ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία. Η ψυχογενής βουλιμία αρχίζει, συχνά, από μία δίαιτα και χαρακτηρίζεται από μία άκαμπτη προσπάθεια μείωσης του σωματικού βάρους ώστε το άτομο να γίνει αδύνατο. Όμως, η ανεπαρκής λήψη τροφής προκαλεί σωματική κόπωση αλλά και ισχυρές παρορμήσεις υπερφαγίας. Λόγω της συχνής πρόκλησης εμετού διαβρώνεται η αδαμαντίνη των δοντιών, προκαλείται τερηδόνα ενώ ενισχύεται το ενδεχόμενο ακόμα και της απώλειας των δοντιών. Επιπλέον, παρατηρείται χρόνιος ερεθισμός του λαιμού και του οισοφάγου και εμφανίζονται πολλά προβλήματα στο στομάχι και τα έντερα.
- ☐ Επιπλέον, η χρήση καθαρτικών αφυδατώνει το σώμα και προκαλεί απώλεια ζωτικών ιχνοστοιχείων. Κατά συνέπεια, προκαλούνται χημικές ανισορροπίες στον οργανισμό με αποτέλεσμα την εμφάνιση λήθαργου, κατάθλιψης και συγκεχυμένης σκέψης.
- ☐ Αναφορικά με το φαύλο κύκλο υπερφαγίας, εμετού και άσκησης, το άτομο βιώνει ανεξέλεγκτα συναισθήματα. Αρχικά, με την πρόκληση εμετού, μετά το επεισόδιο

υπερφαγίας, αισθάνεται μία προσωρινή ανακούφιση αλλά, σύντομα, τα αισθήματά του μετατρέπονται σε αισθήματα κατάθλιψης και ενοχής.

- ☐ Σοβαρές είναι, όμως, και οι συνέπειες για τα άτομα που πάσχουν από το σύνδρομο της ανεξέλεγκτης υπερφαγίας. Από τη στιγμή που το υπερφαγικό επεισόδιο δεν συνοδεύεται από πρόκληση εμετού είναι προφανές ότι οδηγεί στην αύξηση του σωματικού βάρους με αποτέλεσμα το άτομο να γίνει υπέρβαρο ή παχύσαρκο. Αυτό έχει ως συνέπεια τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, σακχαρώδους διαβήτη και καρκίνου του εντέρου. Το άτομο, στην καθημερινότητά του, αντιμετωπίζει δυσκολίες καθώς έχει μειωμένη αντοχή εξαιτίας των παραπανίσιων κιλών και κουράζεται πιο εύκολα. Αλλά και ψυχολογικά φθείρεται το άτομο αυτό καθώς η εξωτερική του εμφάνιση δεν εναρμονίζεται με τα κυρίαρχα πρότυπα ομορφιάς. Στα χρόνια του σχολείου, αλλά και αργότερα, μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο χλευασμού και κοροϊδίας με αποτέλεσμα να έχει χαμηλή αυτοαξία και να βιώνει συναισθήματα ματαιώσης και απογοήτευσης λόγω της κοινωνικής απόρριψης⁴⁴.

5.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σ' αυτές τις έρευνες ο ορισμός της περίπτωσης, δηλ. ο καθορισμός των πασχόντων από ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής γίνεται με βάση τα κριτήρια των κλινικών γιατρών, που συχνά, τα κριτήρια αυτά είναι διαφορετικά επειδή οι έρευνες είναι αναδρομικές, προ της ενοποίησης των κριτηρίων από τα ταξινομητικά συστήματα. Υπάρχει επομένως δυσκολία στη σύγκριση των αποτελεσμάτων στις έρευνες αυτής της κατηγορίας.

Όλες οι έρευνες αυτής της κατηγορίας που έχουν δημοσιευθεί, αναφέρονται μόνο στις παραπομπές ασθενών από Ψυχογενή Ανορεξία και όχι για Ψυχογενή Βουλιμία, επειδή ακριβώς περιγράφηκε ως διακριτή κλινική οντότητα μετά το 1979. Μόνο η έρευνα του Lucas και συν θεωρείται πλήρης. Κι αυτό, διότι αφενός η Mayo Clinic, όπως αναφέρεται στην παραπάνω εργασία, διαθέτει τους ιατρικούς φακέλους όλων των κατοίκων της περιοχής του Rochester της Minnesota, το δε χρονικό διάστημα στο οποίο έγινε απογραφή των φακέλων ήταν εξαιρετικά μεγάλο, από το 1935 έως το 1979, και τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τη διακρίβωση των περιπτώσεων Ψυχογενούς Ανορεξίας, ήταν βασικά ίδια με τα κριτήρια του DSM-III-R. Οι ερευνητές μελέτησαν τους φακέλους όλων των ασθενών με διάγνωση Ψυχογενή Ανορεξία, αλλά και ένα αναλογικό δείγμα φακέλων, ασθενών με διαγνώσεις όπως, απώλεια βάρους, ενδοκρινική δυσλειτουργία, και παθολογικές συνήθειες και συμπεριφορές διατροφής. Παρότι κάποια συμπεράσματα των ερευνητών είναι ανοιχτά για συζήτηση, η έρευνα είναι εξαιρετικά σημαντική και όπως αναφέρθηκε ήδη έχει ιδιαίτερα πλεονεκτήματα, που θα αναφερθούν στη συνέχεια.

Το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Δημοτικής και Μέσης Εκπαίδευσης και το Ερευνητικό και Εκπαιδευτικό Ινστιτούτο «Υγεία του Παιδιού» έχει ολοκληρώσει την έρευνα «Υγεία του παιδιού 2009-2010» που κατέγραψε τις διατροφικές συνήθειες, τη συχνότητα της παχυσαρκίας και τις διατροφικές διαταραχές των μαθητών Δημοτικής και Μέσης εκπαίδευσης. Η έρευνα κατέγραψε α) τα σωματομετρικά δεδομένα (βάρος, ύψος, περίμετρος μέσης) και τη συχνότητα της παχυσαρκίας σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του μαθητικού πληθυσμού 6 - 18 χρόνων β) τις διατροφικές συνήθειές τους με τη χρήση τριήμερου ημερολογίου διατροφής και ανάλυσης του διαιτολογίου και γ) τις διατροφικές διαταραχές των εφήβων με τη χρήση των εξειδικευμένων ερωτηματολογίων EAT-26 και EDI-3.

Συνοπτικά τα αποτελέσματα της μελέτης κατέγραψαν:

- Καμιά βελτίωση των διατροφικών συνηθειών των παιδιών και εφήβων σε σχέση με αντίστοιχες έρευνες του 1997 και 2004

- Οι παράγοντες κινδύνου για διατροφικές διαταραχές (επίπεδα αυτοεκτίμησης, αυτοεικόνας, τελειομανούς συμπεριφοράς, φοβιών ωρίμανσης και διαπροσωπικών δυσκολιών) δεν έχουν βελτιωθεί ή έχουν επιδεινωθεί σε σχέση με την αντίστοιχη έρευνα του 2004⁴⁵.

5.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ- ΨΥΓΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΨΥΓΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά αν διαγνωστούν εγκαίρως καθώς αυτό θα διευκολύνει την έκβαση της ανάρρωσης η οποία, ακόμα και αν χρειαστεί να διαρκέσει μήνες ή χρόνια, στο τέλος θα επιτευχθεί για την πλειοψηφία των περιπτώσεων. Ωστόσο, η διάγνωση αποτελεί κρίσιμο ζήτημα καθώς παρατηρείται συχνά συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη). Επίσης, μία διαταραχή, για παράδειγμα η ανορεξία, ενδέχεται να εμφανίζεται εναλλάξ με μία άλλη, για παράδειγμα τη βουλιμία ενώ και κάποια χαρακτηριστικά είναι κοινά μεταξύ των διαφόρων διαταραχών. Και επειδή αλλαγές στη διατροφική συμπεριφορά μπορούν να προέλθουν από διάφορες ασθένειες, είναι σημαντικό, σε πρώτη φάση, να πραγματοποιηθεί μία λεπτομερής εξέταση από κάποιο γιατρό.

Η διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής εξαιτίας της άρνησης του πάσχοντος να συζητήσει για τα συμπτώματά του, της μυστικοπάθειας που επιδεικνύει γύρω από τις τελετουργίες στη συμπεριφορά τη σχετική με το φαγητό και τη γενικότερη αντίστασή του στην οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση. Όλα τα παραπάνω καθιστούν ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα τον προσδιορισμό του μηχανισμού απώλειας βάρους και την εκμαίευση από τον ασθενή των δυσλειτουργικών σκέψεων για την εικόνα του σώματός του ⁴⁶. **Η ψυχογενής ανορεξία της παιδικής ηλικίας**

- ➔ Η ανορεξία της παιδικής ηλικίας δεν πληρεί ακριβώς τα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών διατροφής του ICD-10 και DSM-IV.
- ➔ Η ανεπάρκεια των διαγνωστικών συστημάτων πιθανόν οδηγεί στην υποδιάγνωση της. Στην μελέτη των Bryant-Waugh and Lask φαίνεται ότι μόνο το 50% των παραπομπών παιδιών ηλικίας 7-14 ετών, σε ένα ειδικευμένο κέντρο διαταραχών διατροφής της παιδικής ηλικίας πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια ανορεξίας ή βουλιμίας. Χρησιμοποιείται συχνά η κατηγορία διαταραχές στη λήψη τροφής μη καθοριζόμενες. Σύμφωνα με τους ερευνητές η διαφορά από το πλήρες σύνδρομο διαταραχών διατροφής είναι ποσοτική και όχι ποιοτική⁴⁷.
- ➔ Στην κλινική πρακτική συναντώνται όλο και συχνότερα παιδιά που παρουσιάζουν άρνηση τροφής, υπεραπασχόληση με το σωματικό τους βάρος και βάρος χαμηλότερο από το αναμενόμενο για την ηλικία τους.
- ➔ Οι επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν χαμηλότερη επίπτωση ανορεξίας στην παιδική ηλικία απ' ό τι στην εφηβική αλλά αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά αγοριών (20-30%) και οικογενειών υψηλότερου κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου.
- ➔ Στο δημοτικό σχολείο τα παιδιά σε ποσοστό 45% επιθυμούν να είναι λεπτότερα απ' ό τι πράγματι είναι, 37% προσπαθούν να κάνουν κάποια δίαιτα ενώ 6,9% παρουσιάζουν κάποιας μορφής παθολογία σε σχέση με τις συνήθειες διατροφής. Διαταραχές στην εικόνα του σώματος διαπιστώνονται και σ' αυτήν την ηλικιακή ομάδα και συνδέονται με ανησυχία για το σωματικό βάρος και διαιτητικές πρακτικές. Άρνηση τροφής, ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια των γευμάτων, φοβικές συμπεριφορές σε σχέση με τη τροφή συνδέονται με υψηλή βαθμολόγηση στη κλίμακα εσωτερικευμένων προβλημάτων του CBCL (Child Behavior Check List) σε παιδιά σχολικής ηλικίας.
- ➔ Οι κλινικές μορφές της ανορεξίας των παιδικών χρόνων περιλαμβάνουν την εκλεκτική διατροφή, το σύνδρομο διάχυτης άρνησης και την ανορεξία που αποτελεί σύμπτωμα μιας γενικότερης συναισθηματικής διαταραχής.
- ➔ Εκλεκτική διατροφή παρουσιάζουν παιδιά τα οποία χρησιμοποιούν μια πολύ περιορισμένη ποικιλία τροφίμων. Συνήθως τρωνε τρία-τέσσερα είδη τροφών, κυρίως υδατάνθρακες όπως

πατάτες, ψωμί, μακαρόνια. Έχουν φυσιολογικό ύψος και βάρος και δεν διαφέρουν από τους συνομήλικούς τους. Περισσότερο προβληματική είναι η κοινωνική τους ένταξη που δυσκολεύει από την επιλεκτική τους διατροφή όταν είναι σε σπίτια φίλων ή γεύματα μεταξύ συνομηλίκων. Αυτή η διαταραχή έχει καλή πρόγνωση γιατί μεγαλώνοντας τα παιδιά αυξάνουν την ποικιλία της διατροφής τους⁴⁸.

- Το σύνδρομο διάχυτης άρνησης της τροφής περιγράφηκε από τους Lask et al το 1991. Η περιγραφή αφορούσε κορίτσια 8-14 ετών που παρουσίαζαν μια σθεναρή άρνηση στο να φάνε αλλά και να πιουν, να μιλήσουν, να περπατήσουν ή να φροντίσουν τον εαυτό τους. Στην αρχή αυτά τα παιδιά παρουσίαζαν χαρακτηριστικά τυπικά της ψυχογενούς ανορεξίας αλλά η αποφυγή τροφής συνοδευόταν από μια γενικότερη άρνηση και εκδήλωση φόβου. Το σύνδρομο διάχυτης άρνησης τροφής συνδέθηκε με την μετατραυματική αγχώδη διαταραχή γιατί ορισμένα από αυτά τα παιδιά ήταν θύματα φυσικής ή σεξουαλικής κακοποίησης.
- Τέλος η ανορεξία στην παιδική ηλικία μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα συναισθηματικής διαταραχής όπως κατάθλιψης, αγχώδους φοβικής ή ψυχαναγκαστικής διαταραχής ή σχολικής φοβίας. Στον αυτισμό συχνά παρατηρείται άρνηση τροφής ή επιλεκτική κατανάλωση υγρών και στερεών τροφών⁴⁹.

Το σύνδρομο της ψυχογενούς ανορεξίας στο Αμερικάνικο ταξινόμικό σύστημα DSM-IV ορίζεται με τα ακόλουθα κριτήρια:

1. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο του ελάχιστα φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του.
2. Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα παχύνει ακόμη και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
3. Διαταραχή του τρόπου με το οποίο βιώνεται το βάρος, υπέρμετρη επίδραση του βάρους στην αυτοαξιολόγηση, άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού βάρους του σώματος.
4. Σε γυναίκες αμηνόρροια δηλ. απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορυσιακών κύκλων.

Το DMS IV διαχωρίζει δυο τύπους ψυχογενούς ανορεξίας:

1. Περιοριστικός τύπος: όταν υπάρχει μόνο περιορισμός λήψης τροφής.
2. Επεισόδια υπερφαγίας/καθαρτικός τύπος: όταν το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας και στη συνέχεια καταφεύγει σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς, χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών⁵⁰.

Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας κατά DSM-IV (APA 1994)

A. Επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Την κατανάλωση, σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε 2 ώρες), μιας ποσότητας τροφής, η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις
- Την αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην υπερφαγία κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. ένα αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει)

Β. Επανελημμένη μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία, ή υπερβολική σωματική άσκηση.

Γ. Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και η μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα 3 μηνών. **Δ.** Η εκτίμηση του εαυτού επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Ε. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Προσδιορίζονται δύο τύποι της ΨΒ:

1. Καθαρτικός Τύπος:

Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

2. Μη Καθαρτικός Τύπος:

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

Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας κατά ICD-10

(α) Επιμένουσα υπεραπασχόληση με τη διατροφή και ακατανίκητη επιθυμία για λήψη τροφής. Ο ασθενής υποκύπτει στην επιθυμία του να τρώει υπερβολικά, με επεισόδια υπερφαγίας κατά τα οποία πολύ μεγάλες ποσότητες τροφής καταναλίσκονται σε βραχείες χρονικές περιόδους.

(β) Ο ασθενής προσπαθεί να αντιρροπήσει την «παχυντική» επίδραση της τροφής με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση καθαρτικών ουσιών, εναλλασσόμενες περιόδους αποχής από τη λήψη τροφής, χρήση φαρμάκων, όπως ανορεκτικών, θυροειδικών σκευασμάτων ή διουρητικών. (Διαβητικοί ασθενείς με βουλιμία δυνατόν να παραμελήσουν τη θεραπεία τους με ινσουλίνη).

(γ) Η ψυχοπαθολογία εκφράζεται ως νοσηρός φόβος πάχυνσης. Ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του ένα αυστηρά καθορισμένο όριο σωματικού βάρους, πολύ κάτω από το προνοσηρό επίπεδο, το οποίο και αποτελεί το άριστο ή το κατά τη γνώμη του γιατρού συμβατό με την υγεία σωματικό βάρος. Συχνά, αλλά όχι πάντοτε, αναφέρονται στο ιστορικό επεισόδια ψυχογενούς ανορεξίας. Τυχόν προηγούμενο επεισόδιο μπορεί να έχει πλήρη κλινική έκφραση ή να είχε προσλάβει ελάχιστο λανθάνουσα μορφή με μέτρια μόνο απώλεια βάρους ή / και παροδική φάση αμηνόρροιας. Το μεσοδιάστημα μεταξύ ενός επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας και ενός ψυχογενούς βουλιμίας μπορεί να κυμαίνεται από λίγους μήνες μέχρι μερικά χρόνια. Σύμφωνα με το ICD-10 δεν περιγράφονται οι δυο υπότυποι, όπως στο DSM-IV⁵¹.

5.5 ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ

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

Σύνδρομο Mallory-Waiss συμβαίνει σπάνια. Η επαναλαμβανόμενη πρόκληση εμετού μπορεί να προκαλέσει μυοκαρδιοπάθειες (με ξαφνικό θάνατο) ή περιφερική μυϊκή αδυναμία. Βραδυκαρδία στην ανάπαυση, υπόταση και ελαττωμένος ρυθμός μεταβολισμού παρατηρούνται σε μερικούς βουλιμικούς ασθενείς και μπορεί να αντανακλούν μειωμένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και του θυροειδικού άξονα.


Επιπρόσθετα, παρόλο που οι βουλιμικοί ασθενείς μπορεί να είναι μέσα στα πλαίσια του φυσιολογικού βάρους, λόγω της χαοτικής διατροφής των μπορεί να εμφανίζουν βιολογικά και ψυχολογικά ισοδύναμα ασιτίας. Έτσι η οριστική ψυχολογική εκτίμηση μπορεί να είναι δύσκολο να ολοκληρωθεί προτού η διατροφή και το βάρος σταθεροποιηθούν.

Η πορεία της ψυχογενούς βουλιμίας περιλαμβάνει περιόδους κατά τις οποίες εμφανίζονται εξάρσεις με επεισόδια υπερφαγίας και απώλεια του ελέγχου οι οποίες ακολουθούνται από μεγάλες περιόδους νηστείας και ασιτίας. Η ασιτία και η λιμοκτονία ως καταστάσεις, προκαλούν μια ακατανίκητη και επίμονη επιθυμία για φαγητό η οποία γίνεται ακαταμάχητη και αξεπέραστη ώστε να οδηγήσει σε εκ νέου απώλεια του ελέγχου με αποτέλεσμα, τα επεισόδια υπερφαγίας. Μετά το επεισόδιο υπερφαγίας, οι βουλιμικοί καταφεύγουν στη χρήση καθαρτικών ή διουρητικών φαρμάκων, κάνουν εμέτους με πρόκληση, ώστε να αποβάλουν τις τροφές που έφαγαν. Πολλοί ασθενείς έχουν προηγούμενο ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας και πιστεύουν ότι λύνουν το δίλημμα, τρώγοντας αυτά που θέλουν αλλά και ταυτόχρονα μένοντας λεπτοί.

Στην αρχή, η ψυχογενής βουλιμία, φαίνεται ότι προσφέρει στήριξη στα άτομα εκείνα που είναι δυσαρεστημένα από τη ζωή τους και ανικανοποίητα από αυτό που είναι. Πρόκειται για εξαιρετικά άστοχη και επιφανειακή “λύση” και “απάντηση”, καθώς γρήγορα ανακαλύπτουν ότι έχουν παγιδευτεί σ’ έναν εξαιρετικά επικίνδυνο φαύλο κύκλο που ενισχύει και ενισχύεται από την αυτοποτίμηση και τον ευτελισμό, την ντροπή και την ενοχή. Παρ’ ότι κάποιοι βουλιμικοί ασθενείς δεν αναφέρουν ποτέ ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας, εμφανίζουν παρ’ όλα αυτά τις παθολογικές ανησυχίες των ανορεκτικών γύρω από το σχήμα και το βάρος του σώματος, έλεγχο και απώλεια του ελέγχου καθώς και μια πρωταρχική ανάγκη να εκλαμβάνουν τα ελαττώματά τους ως ενδείξεις δυνάμεως και ισχύος. Τέλος, υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις βουλιμικών ασθενών που παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις του σωματικού βάρους, από πολύ υψηλό σε πολύ χαμηλό, έτσι ώστε να θυμούμεθα ότι η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία μπορεί να αλληλοδιαδέχονται η μια την άλλη.⁵²

Επιβαρυντικοί Παράγοντες (Παράγοντες που Συντηρούν και Διαιωνίζουν τη Διαταραχή)

Οι ψυχολογικές και φυσικές επιπτώσεις της ασιτίας έχουν σαφώς διακριβωθεί και από τα κλινικά ευρήματα αλλά και από πειραματικές συνθήκες (Keys και συν). Είναι ενδιαφέρον για την κατανόηση της ψυχογενούς ανορεξίας να επισημανθεί ότι, πρώτον τα συμπτώματα που παλαιότερα εθεωρούντο ότι αντανακλούν την πρωτοπαθή ψυχοπαθολογία, αναγνωρίζονται τώρα, ως κοινά σε λιμοκτονούντες ασθενείς, ανεξαρτήτως του αιτίου της ασιτίας και δεύτερον ότι η ασιτία καθεαυτή οδηγεί σε δευτεροπαθή συμπτώματα που εν συνεχεία παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στη διαίωσιση της διαταραχής. Έτσι, ενώ η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε δίαιτα με σκοπό την ανάκτηση της αυτοεκτίμησης, η ασιτία προκαλεί περαιτέρω αποδιοργάνωση της διάθεσης. Η ασιτία αυξάνει την υπερενασχόληση με τις τροφές καθιστώντας τον έλεγχο της πρόσληψής τους ακόμη περισσότερο επιτακτικό και αναγκαίο. Η καθυστερημένη γαστρική κένωση και η μειωμένη γαστρική κινητικότητα ενισχύουν την αίσθηση πληρότητας του στομάχου και επομένως συμβάλλουν στην περαιτέρω μείωση της προσλαμβανόμενης τροφής. Υπάρχουν επίσης ψυχολογικοί, διαπροσωπικοί και πολιτιστικοί παράγοντες που συντηρούν τη διαταραχή. Τα συμπτώματα μπορεί να προκαλούν μέσω θετικής επανατροφοδότησης (feed-back), σταθεροποίηση στα οικογενειακά και ψυχολογικά συστήματα ή μπορεί να διασώζουν τις ισορροπίες εκτρέποντας την εστίαση μακριά από δυσάρεστες περιοχές⁵³.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

6.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Από τη στιγμή που θα γίνει η διάγνωση της διατροφικής διαταραχής, η αντιμετώπιση θα πρέπει να είναι διεπιστημονική. Απαιτείται, δηλαδή, η συμμετοχή διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων και επαγγελματιών υγείας καθώς οι διαταραχές αυτές επηρεάζουν τα άτομα τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Το άτομο από μόνο του δεν μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά ένα τέτοιο πρόβλημα. Είναι, άλλωστε, τόσο σύνθετα τα αίτια εμφάνισης των διαταραχών της διατροφής που είναι απαραίτητη η συνδρομή των ειδικών. Το άτομο μπορεί να χρειαστεί να συνεργαστεί με ψυχίατρο, ψυχολόγο, παθολόγο, νοσηλεύτη, διαιτολόγο κτλ.

Στόχοι μίας διαιτολογικής παρέμβασης είναι ο ασθενής να βελτιώσει την ποιότητα της διατροφής του μέσα από μία διατροφική εκπαίδευση που, τελικά, θα οδηγήσει στην επανόρθωση της σωματικής κατάστασης. Σε επείγουσες περιπτώσεις, κρίνεται αναγκαία η νοσοκομειακή περίθαλψη, όταν, δηλαδή, κινδυνεύει σοβαρά η ζωή του ασθενούς. Όλοι, πάντως, οι ειδικοί πρέπει να συνδράμουν ώστε το άτομο να συνειδητοποιήσει τη σοβαρότητα της κατάστασης και να συνεργαστεί για τη διαδικασία της θεραπείας³⁹.

Στον τομέα της ψυχολογίας, πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις συμβάλλουν στην ερμηνεία και την αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν τη δυνατότητα να αξιοποιήσουν εργαλεία και τεχνικές από διαφορετικές θεωρίες και μέσα από τη χρήση ενός συνθετικού μοντέλου να χαράζουν μία θεραπευτική προσέγγιση.

Βάση των περισσότερων μορφών ψυχοθεραπείας είναι η δημιουργία μίας καλής σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και τον θεραπευτή. Η ψυχοθεραπεία, γενικά, εστιάζει στα τρέχοντα προβλήματα του ασθενή αλλά και σε πλευρές της προσωπικής του ιστορίας. Οι περισσότεροι θεραπευτές προσπαθούν να ενθαρρύνουν την υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών, να ενισχύσουν την επανάκτηση βάρους ενώ κάποιες συνεδρίες περιστρέφονται σχεδόν αποκλειστικά σε θέματα αυτοεικόνας και εικόνας σώματος⁴⁰.

6.1.1 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση ερμηνεύει την ανθρώπινη συμπεριφορά με βάση το ασυνείδητο διερευνώντας εμπειρίες και βιώματα του παρελθόντος του ασθενούς. Εστιάζει, κυρίως, στις σχέσεις του πάσχοντος με τους γονείς του κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του. Μέσα από τις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες, ο ειδικός βοηθάει τον ασθενή να συνειδητοποιήσει τις συναισθηματικές συγκρούσεις του παρελθόντος που έχουν καταπιεστεί στο υποσυνείδητο και να τις επιλύσει με λειτουργικό τρόπο. Η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά συμβολίζει τις άλυτες συγκρούσεις του παρελθόντος, συμβολίζει το υποσυνείδητο και ο ρόλος του ψυχαναλυτή είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αντιληφθεί τους μηχανισμούς άμυνας που χρησιμοποιεί για να μην έρθει αντιμέτωπος με επώδυνα συναισθήματα. Οι μηχανισμοί άμυνας είναι οι διάφοροι τρόποι που χρησιμοποιεί ο ασθενής για να αποφύγει δυσάρεστες συνειδητοποιήσεις. Για παράδειγμα, με τον μηχανισμό της προβολής, σχολιάζει αρνητικά κάποιον για τη λαιμαργία του τη στιγμή που και ο ίδιος είναι παχύσαρκος⁴⁰.

6.1.2 ΓΝΩΣΤΙΚΗ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Βασικός στόχος της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι ο ασθενής να επανακτήσει τον έλεγχο της ζωής του και του εαυτού του. Όπως είδαμε παραπάνω, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής χαρακτηρίζονται από την απουσία ελέγχου στο θέμα της σίτισης και από την αδυναμία διαχείρισης των συναισθημάτων του ατόμου. Μέσα από τα θεραπευτικά προγράμματα παρέχεται μία εκτενής εκπαίδευση σε θέματα διατροφής και, παράλληλα, υπογραμμίζονται οι κίνδυνοι του υποσιτισμού.

Ενθαρρύνεται, γενικότερα, η συζήτηση γύρω από θέματα υγείας και αντιλήψεων σχετικά με το φαγητό. Σημαντική διάσταση της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι η τήρηση ημερολογίου σίτισης καθώς και των γεγονότων ή συναισθημάτων που σχετίζονται με τη διατροφική συμπεριφορά του ασθενούς⁴⁴.

Η γνωστική – συμπεριφοριστική θεραπεία εστιάζει στο παρόν (σε αντίθεση με την ψυχοδυναμική που ασχολείται με το παρελθόν), είναι σύντομη σε διάρκεια και, φυσικά, προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή του ατόμου. Στηρίζεται στον συμπεριφορισμό βασική αρχή του οποίου είναι ότι η συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μάθησης και, συνεπώς, μπορεί να αλλάξει. Μέσα, λοιπόν, από την πληροφόρηση του ασθενούς, για το πρόβλημα της υγείας του και τις συνέπειές του, στοχεύει στην κινητοποίηση του ατόμου. Παράλληλα, πολλά γνωσιακά προγράμματα θεραπείας στοχεύουν στην αλλαγή των μη ρεαλιστικών αντιλήψεων που έχει το άτομο για το σώμα του οι οποίες του προκαλούν συναισθήματα χαμηλής αυτοαξίας που με τη σειρά τους οδηγούν στη στέρηση, για παράδειγμα, της τροφής ως τιμωρία. Γενικά, η γνωστική – συμπεριφοριστική θεωρία έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική στη θεραπεία τόσο της ανορεξίας όσο και της βουλιμίας. Το άτομο δεν επιλύει μόνο τα διατροφικά του προβλήματα αλλά μαθαίνει να χειρίζεται αποτελεσματικά και άλλα προβλήματα της ζωής του⁴⁰.

6.1.3 ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Κυρίως στις περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας, αυτό που υποστηρίζουν οι ειδικοί είναι ότι η πάθηση γεννιέται και συντηρείται μέσα στο οικογενειακό σύστημα. Έχει διαπιστωθεί ότι οι οικογένειες των ανορεξικών ατόμων έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά και προσδιορίζονται από κάποιες δυσλειτουργίες. Η υπερπροστατευτικότητα, η υπερεμπλοκή, η αυστηρή διαπαιδαγώγηση είναι γνωρίσματα των οικογενειών όπου κάποιο μέλος πάσχει από νευρική ανορεξία. Στόχος, βέβαια, του θεραπευτή δεν είναι να επικρίνει τους γονείς αλλά να διευκολύνει την ομαλή λειτουργία της οικογένειας και να βοηθήσει στον επαναπροσδιορισμό των ρόλων και των σχέσεων μεταξύ των γονέων και των παιδιών⁴⁶.

6.1.4 ΟΜΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εκτός από την ατομική ψυχοθεραπεία, μπορούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά και ομάδες ψυχοθεραπείας στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών και, κυρίως, της βουλιμίας. Πλεονέκτημα της συγκεκριμένης θεραπείας είναι ότι ο ασθενής συνειδητοποιεί ότι το πρόβλημα που αντιμετωπίζει το βιώνουν και άλλα άτομα. Αυτό τον βοηθάει να νιώσει αποδεκτός. Νιώθει ότι υποστηρίζεται και ότι γίνεται σεβαστός. Παράλληλα, μέσα από τις προσωπικές ιστορίες των ατόμων, πληροφορείται για θέματα σχετικά με τη διαταραχή που δεν τα γνώριζε, αναπτύσσει κοινωνικές δεξιότητες και μαθαίνει να διαχειρίζεται συγκρούσεις⁴⁰.

6.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η οικογένεια αλλά και οι φίλοι των ατόμων που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, συχνά, μπορεί να αισθάνονται σύγχυση και ψυχική ένταση. Σημαντική προϋπόθεση για μία αποτελεσματική θεραπεία είναι το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο να κατανοήσει καλύτερα τα θέματα που σχετίζονται με τις διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, να υποστηριχθεί και να επιμορφωθεί. Συνεπώς, οι γονείς, κυρίως, οφείλουν να είναι ενημερωμένοι για τις διατροφικές διαταραχές αλλά, παράλληλα, να φροντίσουν να ενημερώσουν και τα παιδιά τους, μέσα από επιστημονικές πηγές, για τα γνωρίσματα και τις συνέπειες των διαταραχών αυτών. Από τη στιγμή που τα προβλήματα διατροφής αποτελούν μία οικογενειακή υπόθεση, όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, οι γονείς θα πρέπει πρώτα να διαχειριστούν το δικό τους άγχος και τις δικές τους προσωπικές αδυναμίες και ανασφάλειες ώστε να μπορούν να προσφέρουν αποτελεσματική βοήθεια και στήριξη στα παιδιά τους. Μάλιστα, είναι πολύ σημαντικό από τα πρώτα χρόνια της ζωής ενός

παιδιού να φροντίσουν να διαμορφωθεί μία υγιής σχέση του παιδιού με την τροφή. Δεν πρέπει ποτέ να το πιέζουν να φάει ούτε να σχολιάζουν την εμφάνιση και τα κιλά του. Το γεγονός ότι πολλοί γονείς εξαναγκάζουν από μικρά τα παιδιά τους να τρώνε χωρίς να πεινάνε προκαλεί την αδρανοποίηση του αισθήματος του κορεσμού με συνέπεια να μην αντιλαμβάνονται πότε πραγματικά έχουν χορτάσει⁵⁴.

Μέσα στα πλαίσια της πρόληψης των διατροφικών διαταραχών, οι γονείς πρέπει να αντιληφθούν ότι οι σχέσεις και το κλίμα μέσα σε μία οικογένεια μπορούν να αποτελέσουν αιτία εμφάνισης ενός προβλήματος διατροφής. Αλλά ακόμα και όταν δεν υπάρχουν συγκρούσεις και εντάσεις, ο τρόπος διαπαιδαγώγησης μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση κάποιας διατροφικής διαταραχής. Μία αυταρχική και απαιτητική μητέρα, που θέτει η ίδια υψηλούς στόχους για το παιδί της, μετατρέπει το παιδί της σε ένα άβουλο άτομο που δεν μαθαίνει να είναι υπεύθυνο για τις επιλογές του. Η αυστηρή κριτική και η απαίτηση για το τέλειο δημιουργούν την εντύπωση στο παιδί ότι κάθε του πράξη, συμπεριφορά ή επιλογή πρέπει να προσφέρει ικανοποίηση στους άλλους.

Οι γονείς, πάντως, πρέπει να βρίσκονται κοντά στα παιδιά τους και να συζητούν μαζί τους για όσα τα απασχολούν. Κυρίως, όμως, πρέπει με τη στάση, τη συμπεριφορά και τις συνήθειές τους να αποτελούν ένα υγιές πρότυπο για τα παιδιά τους. Γονείς οι οποίοι έχουν εμμονή με την υγιεινή διατροφή, τις δίαιτες και τις θερμίδες ή, από την άλλη πλευρά, καταναλώνουν συχνά τροφές πλούσιες σε λίπος, ζάχαρη και αλάτι, σε συνδυασμό με μία καθιστική ζωή, είναι πολύ πιθανό να δουν τα παιδιά τους να μιμούνται τον τρόπο ζωής τους.

Φαίνεται πως η πρόληψη στην περίπτωση των διατροφικών διαταραχών, όπως και σε άλλες νόσους, είναι η καλύτερη θεραπεία. Οι γονείς που αποδέχονται την εικόνα του παιδιού τους και τον σωματότυπό του δεν κάνουν αρνητικά σχόλια για την εμφάνισή του ούτε νιώθουν δυσαρεστημένοι μαζί του. Είναι σημαντικό να «επιτρέπουν» στο παιδί να εκφράζει τα συναισθήματά του και να ενισχύουν την αυτοεκτίμησή του. Ακόμα και αν διαπιστώσουν ότι το παιδί τους έχει μία διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά δεν πρέπει να πανικοβληθούν ούτε να κατηγορήσουν τον εαυτό τους. Ζητώντας άμεσα βοήθεια από τους ειδικούς, και σε συνεργασία μαζί τους, θα συμβάλλουν στην άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος⁵⁵.

6.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Εκτός από τη σημαντική συνεισφορά των γονέων στο θέμα της πρόληψης αλλά και της αντιμετώπισης των διατροφικών διαταραχών, το σχολείο διαδραματίζει εξίσου καθοριστικό ρόλο. Άλλωστε, ως φορέας μετάδοσης γνώσεων, μπορεί να συμβάλλει στην ενημέρωση και πληροφόρηση των μαθητών για θέματα διατροφής και προαγωγής υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, άλλωστε, είναι και το μάθημα της Οικιακής Οικονομίας που διδάσκεται στα γυμνάσια και μεγάλο τμήμα της διδασκτέας ύλης αναφέρεται στην υγιεινή διατροφή.

Αλλά και η καταναλωτική αγωγή αποτελεί τμήμα του αναλυτικού προγράμματος σπουδών. Οι μαθητές – τριες πρέπει όχι μόνο να γίνουν υπεύθυνοι καταναλωτές αλλά να συνειδητοποιήσουν ότι η διαφήμιση κρύβει πολλές παγίδες είτε προβάλλοντας ανθυγιεινές τροφές ως ευεργετικές είτε χρησιμοποιώντας μοντέλα με υπερβολικά αδύνατο και απεγάδιαστο σώμα χάρη στις σύγχρονες ψηφιακές τεχνικές επεξεργασίας της εικόνας. Ο κίνδυνος, επομένως, της ταύτισης με μία μη πραγματική εικόνα μπορεί να αντιμετωπιστεί μέσα από μία σωστή διαπαιδαγώγηση.

Παράλληλα, προγράμματα αγωγής υγείας, που υλοποιούνται σε όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες, δεν προσφέρουν μόνο γνώσεις στον τομέα της διατροφής και της υγείας. Μέσα από στοχευμένες δράσεις βοηθούν τα άτομα να συνειδητοποιήσουν και, κυρίως, να αποδεχτούν τα συναισθήματά τους με αποτέλεσμα να μην διστάζουν, πλέον, να τα εκφράσουν. Η αναγνώριση και η διαχείριση, άλλωστε, των συναισθημάτων είναι δεξιότητες ζωής.

Άλλος ένας άξονας των προγραμμάτων υγείας είναι η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των νέων. Οι μαθητές – τριες γνωρίζουν καλύτερα τον εαυτό τους, μαθαίνουν να τον αγαπούν, μαθαίνουν να

σέβονται την διαφορετικότητα. Επιπλέον, μαθαίνουν να διαχειρίζονται συγκρούσεις καθώς και τρόπους καταπολέμησης του άγχους⁵⁶.

Προγράμματα Αγωγής Υγείας

Η Αγωγή Υγείας αποτελεί ένα σύνολο δραστηριοτήτων με μορφωτικό περιεχόμενο που σχετίζονται είτε με την πρόληψη ασθενειών είτε με την προαγωγή και ενίσχυση μίας θετικής υγείας. Οι μορφωτικές αυτές δραστηριότητες απευθύνονται σε μεμονωμένα άτομα αλλά και σε ευρύτερες κοινωνικές ομάδες και μπορεί να αναπτυχθούν από φορείς όπως η οικογένεια και το σχολείο. Ρόλος των φορέων της αγωγής είναι να μεταλαμπαδεύσουν γνώσεις, στάσεις, δεξιότητες και αξίες ώστε να συμβάλλουν στην ολόπλευρη ανάπτυξη της προσωπικότητας των ατόμων και στην ομαλή ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο. Η οικογένεια είναι αυτή που αναλαμβάνει τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του ενώ το σχολείο αποτελεί έκφραση μίας συστηματικής και τυπικά διαρθρωμένης διάστασης της αγωγής. Το σχολικό σύστημα, όμως, είναι εκείνο που εμφανίζει μεγαλύτερη σύνδεση με τη διαδικασία της Αγωγής Υγείας και είναι σε θέση να επιτύχει μεγαλύτερο βαθμό αποτελεσματικότητας ως προς τους στόχους της αγωγής. Αυτό συμβαίνει γιατί, κατά τη διάρκεια των χρόνων της σχολικής ζωής, τα παιδιά διαμορφώνουν την προσωπικότητά τους και υιοθετούν στάσεις που επηρεάζουν την υγεία τους. Η εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει το παιδί να αποκτήσει θετικές συνήθειες για την υγεία του και, παράλληλα, να βοηθήσει το παιδί να αναπτύξει την κριτική σκέψη ώστε να απορρίπτει τα αρνητικά πρότυπα⁵⁷.

Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας πρέπει να βοηθούν τους μαθητές να αντιληφθούν τη σημασία της καλής υγείας και τους παράγοντες που την επηρεάζουν αλλά, κυρίως, να συνειδητοποιήσουν την ανάγκη για πρόληψη ως απαραίτητη προϋπόθεση για ποιότητα ζωής και μακροζωία. Οι στόχοι αυτοί, όμως, για να επιτευχθούν απαιτείται προσαρμογή του εκάστοτε προγράμματος στις ιδιαιτερότητες κάθε μαθητικής ομάδας, συνεργασία σχολείου με την οικογένεια αλλά και την τοπική κοινωνία καθώς και συνεχής επιμόρφωση και υποστήριξη των εκπαιδευτικών.

Πιο συγκεκριμένα, μέσω της φυσικής αγωγής μπορεί να ενισχυθεί η αγάπη για την άσκηση και να συνδεθεί η καλή φυσική κατάσταση με την υγεία ενώ μέσω της οικιακής οικονομίας να δοθεί έμφαση στην υγιεινή διατροφή και την καταναλωτική αγωγή. Οι φυσικές επιστήμες τονίζουν τη σημασία της πρόληψης ενώ οι κοινωνικές συνδέουν την υγεία με κοινωνικά ζητήματα. Θέματα όπως η αυτοεκτίμηση, οι διαπροσωπικές σχέσεις και οι στερεοτυπικές αντιλήψεις αναδεικνύονται και διερευνώνται μέσα από τη μελέτη λογοτεχνικών και άλλων κειμένων. Το πρόβλημα, όμως, στις περιπτώσεις αυτές είναι ότι η ανάπτυξη των παραπάνω θεμάτων δεν γίνεται με προγραμματισμένο τρόπο αλλά ευκαιριακά, ανάλογα με τη διάθεση και την κατάρτιση των εκπαιδευτικών, τη θέληση, τη συμμετοχή και το ενδιαφέρον των μαθητών, τις δυνατότητες που παρέχει το σχολείο και άλλα⁵⁶.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

**ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο ρόλος του σύγχρονου νοσηλευτή απαιτεί να είναι άριστα ενημερωμένος ώστε να μπορεί να βοηθήσει στο μέγιστο βαθμό το μικρό ασθενή και την οικογένειά του στην αντιμετώπιση του νοσήματος. Να είναι σε θέση να συμβουλεύει, να καθοδηγεί τον ασθενή και τους οικείους του για το τι ακριβώς συμβαίνει και να συνεισφέρει στη θεραπεία. Η στάση του απέναντι στο θέμα είναι ικανή να ενθαρρύνει ή να αποθαρρύνει το μικρό ασθενή και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του κατά τη διάρκεια της θεραπείας αλλά και αργότερα, καθώς μαζί με τον παιδίατρο: παίζει σημαντικό ρόλο τη διαγνωστική προσέγγιση της νόσου μιας και συμμετέχει στη λήψη του ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, βοηθάει στην οργάνωση του ιατρείου οπότε αυτό χρειάζεται, συμμετέχει στη γενετική συμβουλευτική του ατόμου και της οικογένειάς του, ενημερώνει και στηρίζει ψυχολογικά τον ασθενή.

Πρέπει να φροντίσει ώστε να χτίσει μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ γονιών και της θεραπευτικής μονάδας νοσοκομείου προετοιμάζοντας τους γονείς και το παιδί σχετικά με τις ενδεχόμενες φάσεις του νοσήματος και τις διαδικασίες της θεραπείας, έχοντας συνεχώς μια υποστηρικτική και αισιόδοξη στάση, και ενθαρρύνοντας μια ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ όλων των μελών της οικογένειας. Η προσωπικότητα και η βούληση του μικρού ασθενή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας και να κερδίζεται και δική του συναίνεση και συνεργασία ειδικά στις περιπτώσεις του εφήβων. Ο νοσηλευτής οφείλει να κάνει πράξη το γεγονός ότι τα παιδιά χρειάζονται ιδιαίτερη αγάπη και φροντίδα και αξίζουν να τους συμπεριφέρονται με ευγένεια όπως και στους ενήλικες. Να μην ξεχνά να τα επαινεί για την προσπάθεια που καταβάλουν για θεραπεία και ανάρρωση και να τα κάνει να νιώθουν σίγουρα ότι ο νοσηλευτής θα είναι κοντά τους όταν τον χρειαστούν.

Ο ρόλος του νοσηλευτή ακόμα είναι πολύπλευρος και δεν περιορίζεται μόνο στη θεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την αποκατάσταση αλλά επεκτείνεται κυρίως στις ενέργειες εκείνες που αφορούν την πρόληψη διατήρηση και προαγωγή της υγείας συμμετέχοντας ενεργά σε προληπτικά προγράμματα όπως:

- Ø Εμβολιασμοί
- Ø Σχολιατρική υπηρεσία
- Ø Κέντρα μητρότητας και παιδιού

Στο χώρο αυτό οι νοσηλευτές προσφέρουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών αλλά και την πρόληψη επιπλοκών. Ακριβώς για τους παραπάνω λόγους ο σύγχρονος νοσηλευτής. Θα πρέπει να δίνει το παρών τακτικά στα επιστημονικά συνέδρια και σεμινάρια που πραγματοποιούνται ώστε να είναι ενημερωμένος για όλες τις τελευταίες εξελίξεις που προκύπτουν από τις επιστημονικές έρευνες και μελέτες και να προμηθεύεται το απαραίτητο ενημερωτικό υλικό μιας και τα περισσότερα από αυτά λειτουργούν ως οι καλύτερες τράπεζες πληροφοριών. Αντιστοίχως σε συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς του Υπουργείου Υγείας, του Υπουργείου Παιδείας, τους τοπικούς φορείς και κυρίως τους δήμους, τα σχολεία και τους συλλόγους γονέων να φροντίζει συμμετέχοντας ενεργά και επεκτείνοντας το ρόλο του στην κοινότητα να επιδιώκει να μεταφέρονται όλες αυτές οι γνώσεις και οι πληροφορίες στο ευρύ κοινό, για την προαγωγή της υγείας.

Για την πολυπλευρικότητα του σύγχρονου ρόλου του νοσηλευτή, επιβάλλεται η θεσμική ρύθμιση του αναγκαίου ποσοτικά και ποιοτικά νοσηλευτικού προσωπικού με διακριτικές νοσηλευτικές αρμοδιότητες ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Επιπλέον προτείνεται η ανάπτυξη ενιαίας εκπαιδευτικής βάσης και αναγνώρισης της νοσηλευτικής εκπαίδευσης σύμφωνα με τα πρότυπα που ακολουθούνται διεθνώς καθιερώνοντας τη συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαμόρφωση των ρόλων και εφαρμογών στα ΠΕΣΥ, στα πλαίσια της ανάπτυξης του σύγχρονου σχεδιασμού για την υγεία στην Ελλάδα⁵⁷.

7.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη διαταραχών πρόσληψης τροφής

Ο όρος «πρόληψη» για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής αναφέρεται σε συγκεκριμένες παρεμβάσεις ή σε προγράμματα σχεδιασμένα να μειώσουν τους παράγοντες κινδύνου και να ενισχύσουν τους παράγοντες προστασίας με απώτερο στόχο να σταματήσουν τα αυξανόμενα ποσοστά των εν λόγω διαταραχών.

7.1.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης στοχεύουν στην πρόληψη της ανάπτυξης μιας διαταραχής πρόσληψης τροφής και μπορεί να είναι τριών τύπων: καθολική, επιλεκτική και ενδεδειγμένη.

Καθολική πρόληψη για τα παιδιά και το νεανικό πληθυσμό

Οι προσπάθειες πρόληψης καθολικού τύπου εφαρμόζονται στις κοινότητες ως σύνολο, στοχεύουν στην προώθηση της γενικής υγείας και ευημερίας, ενισχύουν την ψυχική ανθεκτικότητα των ατόμων και μειώνουν τον κίνδυνο της εμφάνισης των διαταραχών πρόσληψης τροφής στο γενικό πληθυσμό. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί στις σχολικές μονάδες με το να στοχεύει κανείς στους μαθητές κάθε ακαδημαϊκής χρονιάς στο σύνολό τους. Οι καθολικού τύπου παρεμβάσεις στοχεύουν στην πρόληψη της εμφάνισης των διαταραχών πρόσληψης τροφής στα άτομα υψηλού κινδύνου, προωθώντας ταυτόχρονα τη γενική υγεία και ευεξία των ατόμων που διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο.

Οι μαθητές ηλικίας 12-15 ετών αποτελούν τον κατάλληλο πληθυσμό για αυτού του είδους τις παρεμβάσεις, καθώς πολλοί προσωπικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου οι οποίοι πυροδοτούν την εμφάνιση μιας διαταραχής πρόσληψης τροφής, πιθανώς να αναπτυχθούν κατά τη διάρκεια αυτής της ηλικιακής περιόδου (π.χ. η φυσιολογική αύξηση του λίπους στο σώμα, η αύξηση του σωματικού βάρους, η αυξημένη επιθυμία για αποδοχή από τους συνομηλίκους, η έναρξη του σεξουαλικού ενδιαφέροντος, οι αλλαγές ως προς τους ακαδημαϊκούς στόχους).

7.1.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι παρεμβάσεις δευτερογενούς πρόληψης στοχεύουν στη μείωση της σοβαρότητας και της διάρκειας μιας ασθένειας μέσω της έγκαιρης ανίχνευσης και θεραπείας. Αυτού του τύπου οι παρεμβάσεις απαντώνται συχνότερα κατά την ανάπτυξη μιας διαταραχής πρόσληψης τροφής και στοχεύουν στην ανάδειξη τους ως διαταραχές οι οποίες μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία, είναι αρκετά συχνές και βρίσκονται ένα βήμα παραπέρα στο συνεχές της διαταραγμένης διατροφής. Οι προσπάθειες «φυσιολογικοποίησης» αποσκοπούν στο να ενθαρρύνουν ένα άτομο να αναζητήσει βοήθεια σε ένα αρχικό στάδιο της διαταραχής.

Υπάρχει μία αξιοσημείωτη επικάλυψη ανάμεσα στην ενδεδειγμένη πρόληψη και στη δευτερογενή πρόληψη με τη μόνη διαφορά να βρίσκεται στο βαθμό που αποδεδειγμένα τα άτομα βρίσκονται στο δρόμο ανάπτυξης μιας διαταραχής πρόσληψης τροφής. Ομοίως με την ενδεδειγμένη, η δευτερογενής πρόληψη όταν εφαρμόζεται στις σχολικές μονάδες, αποτελεί αντικείμενο των σχολικών συμβούλων, οι οποίοι συχνά καθοδηγούν και ενθαρρύνουν τα παιδιά στην αναζήτηση θεραπείας.

7.1.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η τριτογενής πρόληψη στοχεύει στη μείωση των επιπτώσεων μιας διαταραχής πρόσληψης τροφής στη ζωή ενός ατόμου μέσω διαφόρων προσεγγίσεων, όπως η αποκατάσταση και η πρόληψη των υποτροπών.

7.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία αποσκοπεί στην ενυδάτωση, αντιστροφή της ηλεκτρολυτικής ανισορροπίας και την αποκατάσταση του βάρους.

Η αποκατάσταση των κανονικών διατροφικών συνηθειών είναι ένας ενδιάμεσος στόχος, και μπορεί να θεωρηθεί ότι ταυτόχρονα με την προσπάθεια κατανοήσουμε τα βαθύτερα και διαπροσωπικά προβλήματα που συνέβαλαν και διατήρησαν την ασθένεια. Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι είναι η επίλυση αυτών των ζητημάτων, διατήρηση του βάρους και φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες.

Διατροφικές Διαταραχές σε Παιδιά

Η πολυπλοκότητα των διατροφικών διαταραχών στην παιδική ηλικία κρύβουν το ενδεχόμενο της έναρξης της νευρικής ανορεξίας, η οποία απαιτεί πολυδιάστατη θεραπεία. Συνήθως δίνουμε έμφαση για την αποκατάσταση του βάρους ή την κατανόηση και την προσπάθεια αντιμετώπισης ενδοπροσωπικών προβλημάτων. Η θεραπεία θα πρέπει πάντα να είναι διεπιστημονική ολοκληρωμένη και σε συνεργασία με ψυχιατρούς, ψυχολόγους κ.α.

Τα βασικά σημεία της θεραπείας περιλαμβάνουν:

- α) Την παροχή πληροφοριών και την εκπαίδευση για τους γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας
- β) Τη διασφάλιση ότι οι ενήλικες είναι υπεύθυνοι για το παιδί
- γ) Τη λήψη μιας απόφασης σχετικά με την ανάγκη για νοσηλεία
- δ) Υπολογισμός στόχου βάση σειράς προτεραιότητας
- ε) Επανασίτιση στ)
- Οικογενειακή θεραπεία ζ)
- Ατομική θεραπεία
- η) Αποφάσεις σχετικά με την εκπαίδευση²⁵.

Σύμφωνα με την εμπειρία μας κάθε παιδί έχει ξεχωριστή θεραπεία. Η μόνη ελεγχόμενη μελέτη της θεραπείας για αυτήν την ηλικιακή ομάδα υποδηλώνει ότι υπάρχει συνδυασμός αποκατάστασης βάρους στο νοσοκομείο που ακολουθείται από την εντατική οικογενειακή θεραπεία. Το νοσοκομείο χρησιμοποιεί μεμονωμένη συμβουλευτική, η οποία βοηθάει στην αντιμετώπιση της ασθένειας σε λιγότερο από 3 χρόνια.

➤ Συνήθως, η θεραπεία θα γίνει σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο. Πολλοί ασθενείς, όμως, μπορεί να χρειασθούν νοσηλεία. Ενδείξεις για νοσηλεία είναι η σοβαρή απώλεια βάρους (πάνω από 30%) και απίχνανση, η παρουσία υπότασης, υποθερμίας ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών, παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού ή ψύχωσης, αποτυχία της εξωνοσοκομειακής θεραπείας.

➤ Η θεραπευτική προσέγγιση βασικά είναι ένας συνδυασμός θεραπείας συμπεριφοράς και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας.

➤ Ο στόχος της **θεραπείας συμπεριφοράς** είναι να αποκατασταθεί ο φυσιολογικός τρόπος λήψης τροφής. Στο νοσοκομείο, αυτό σημαίνει την εφαρμογή αυστηρού πρωτοκόλλου, ώστε τα ανορεκτικά άτομα να κερδίζουν καθημερινά συγκεκριμένο βάρος και να ενισχύονται θετικά από τους συγγενείς τους. Έτσι, οι ασθενείς ζυγίζονται καθημερινά, η πρόσληψη και η απέκκριση των υγρών μετριέται, υπάρχει στενή παρακολούθηση (ακόμη και στη τουαλέτα) μέχρι και δύο ώρες μετά τα γεύματα για να αποτραπεί ο προκλητός εμετός.

➤ Γενικά, αρχίζει με δίαιτα που παρέχει περίπου 500 θερμίδες περισσότερες από αυτές που απαιτούνται για να διατηρηθεί το τωρινό βάρος και αυξάνονται οι θερμίδες σιγά – σιγά μοιράζοντας το γεύμα σε πολλά μικρά γεύματα (π. χ έξι την ημέρα). Σε άτομα με μεγάλη ελάττωση

βάρους μπορεί να χρειασθεί σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα, όπως και προσεκτική διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών.

➤ Όσον αφορά τη **φαρμακευτική αγωγή**, έχει δειχθεί ότι τα καταθλιπτικά μπορούν να ελαττώσουν τη συμπεριφορά της πρόκλησης εμετού. Ακόμα η κυπροεπταδίνη έχει βοηθήσει ορισμένα άτομα να πάρουν βάρος. Κατά την οξεία φάση, λοιπόν, η θεραπεία συμπεριφοράς και η υποστήριξη του ασθενή είναι η προσέγγιση επιλογής συνεπικουρούμενη ενδεχομένως από τη φαρμακευτική αγωγή.

➤ Στη συνέχεια, η **γνωστική ψυχοθεραπεία** μπορεί να βοηθήσει διορθώνοντας λαθεμένες αντιλήψεις των ασθενών για τα αισθήματα, τις ανάγκες τους και την ικανότητα να ελέγξουν τη ζωή τους και η ψυχοδυναμική (αποκαλυπτική) ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να λύσει διαπροσωπικά προβλήματα και συγκρούσεις και να διορθώσει στοιχεία της προσωπικότητάς του, που μπορεί να συνδέονται με τη διαταραχή στην πρόσληψη τροφής.

➤ Η **οικογενειακή θεραπεία** μπορεί να αποβεί πολύ σημαντική, γιατί μπορεί να απευθυνθεί στις ενδοοικογενειακές αντιδράσεις, οι οποίες είναι δυνατό να συμβάλλουν στην προβληματική συμπεριφορά του ασθενή όσον αφορά την πρόσληψη τροφής, στις ενδοοικογενειακές εντάσεις που δημιουργούνται από τη συμπεριφορά αυτή και στις αλληλεπιδράσεις⁵⁸.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

8.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσεις προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, καθώς και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν. Η Νοσηλευτική Διεργασία επομένως αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση της υγείας του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων⁵⁹.

Ο επιστημονικός αυτός τρόπος εργασίας δεν χρησιμοποιείται μόνον από τους νοσηλευτές αλλά και από άλλους επιστήμονες στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα τους γιατρούς με τη διαφορά ότι τα προβλήματα (ή ανάγκες) που διαπιστώνονται είναι διαφορετικά. Βασικά ο γιατρός ερευνά μόνο προβλήματα που έχουν σχέση με την αρρώστια με σκοπό τη διάγνωση και τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στην αρρώστια, αλλά κυρίως στην σημασία και τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια αυτή, η εισαγωγή στο νοσοκομείο, ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στην κοινότητα. Μελετά τις ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Οι σκοποί της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι :

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου
2. Η πρόληψη της νόσου
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μεγίστης λειτουργικότητας του ατόμου.

Το σύστημα ανοιχτό και ελαστικό. Επιτρέπει συνεχή εισαγωγή και ενσωμάτωση νέων πληροφοριών καθώς και συχνή αναθεώρηση και αναπροσαρμογή της νοσηλείας του αρρώστου. Είναι μέθοδος εξατομικευμένης φροντίδας και όχι νέα στη νοσηλευτική. Νέα είναι η μέριμνα των νοσηλευτών να αναπτύξουν μεγαλύτερη κατανόηση των προβλημάτων του αρρώστου, της επιστημονικής τεκμηρίωσης των ενεργειών και των αποτελεσμάτων αυτών, ώστε η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας να είναι πάντα υψηλή και να προάγει την υγεία του ατόμου.

Η Νοσηλευτική Διεργασία αποτελείται από έναν αριθμό σταδίων. Μερικοί νοσηλευτές διακρίνουν 5 στάδια, άλλοι 4 και άλλοι 3. Το περιεχόμενο τους όμως και η σειρά των σταδίων είναι ίδια σε όλους. Ο ΠΟΥ και πολλές από τις νοσηλεύτριες που ασχολήθηκαν με τη Νοσηλευτική Διεργασία, την διακρίνουν σε 4 στάδια. Τα στάδια της Νοσηλευτικής διεργασίας είναι :

1. Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου
2. Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας
3. Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας
4. Η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας (εκτίμηση και αποτελέσματα).

Είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι για να εργαστεί ο νοσηλευτής σύμφωνα με τη Νοσηλευτική Διεργασία πρέπει να εξασφαλιστούν ορισμένες προϋποθέσεις .

1. Να στελεχωθούν οι νοσηλευτικές υπηρεσίες με νοσηλευτές πτυχιούχους πρώτου επιπέδου(απόφοιτους ΤΕΙ ή ΑΕΙ στα ελληνικά δεδομένα) που είναι σε θέση να την εφαρμόσουν.
2. Να υπάρχει στη Νοσηλευτική υπηρεσία σύστημα εξατομικευμένης φροντίδας.

Ο κάθε νοσηλευτής ή μια ομάδα νοσηλευτών να είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα ορισμένου αριθμού ατόμων. Το σύστημα που επικρατεί ακόμη σε μεγάλη κλίμακα στην Ελλάδα είναι ο καταμερισμός της εργασίας σε όλους τους νοσηλευτές για όλους τους αρρώστους με αποτέλεσμα τον καταταμαχισμό της νοσηλευτικής φροντίδας. (π.χ. κάποιος αναλαμβάνει τις ενέσεις, άλλος τα φάρμακα κ.λ.π.). Σε ένα τέτοιο σύστημα είναι αδύνατον να εφαρμοστεί η Νοσηλευτική Διεργασία.

3. Να συστηματοποιηθεί το γραπτό σύστημα επικοινωνίας. Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να καταγράφουν όλη την εργασία τους τόσο στο νοσηλευτικό ιστορικό όσο και στο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας.

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι κυκλική ενέργεια, συνέχει επαναλαμβανόμενη μέχρι να επιτύχει τον τελικό σκοπό της που είναι η ολοκλήρωση της φροντίδας που χρειάζεται το άτομο.

4. Η αποδοχή του συστήματος από τους νοσηλευτές καμία αλλαγή δεν μπορεί να επέλθει εάν ο ίδιος οι άμεσα ενδιαφερόμενοι, δεν το αποδέχονται, τόσο στο θεωρητικό πλαίσιο όσο και στην καθημερινή πράξη.

Οι νοσηλευτές χρειάζεται να δραστηριοποιηθούν αποτελεσματικά, να οργανώσουν καλύτερα και αποδοτικότερα την εργασία τους και να επιβληθούν στην υγειονομική κοινότητα με τη γνώση και την επιστημονική τους κατάρτιση. Τότε θα επιτευχθεί και η κοινωνική καταξίωση του νοσηλευτικού έργου οπότε και η Νοσηλευτική επιστήμη θα πάρει τη θέση που της ανήκει ανάμεσα στις άλλες Επιστήμες Υγείας⁶⁰.

8.2 ΠΛΑΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Προτεραιότητες Νοσηλευτικής

1. Να ορίσουν κατάλληλη διατροφική πρόσληψη.
2. Σωστή χορήγηση υγρών σύμφωνα με ηλεκτρολυτικές διαταραχές
3. Να βοηθήσουμε τον ασθενή αναπτύξει ρεαλιστική εικόνα του σώματος / βελτίωση της αυτοεκτίμησης.
4. Να παρέχουμε υποστήριξη / συνεπάγοντας άλλες σημαντικές, εάν είναι διαθέσιμη, σε πρόγραμμα θεραπείας.
5. Συνεργασία για το καθημερινό πρόγραμμα θεραπείας με άλλες ειδικότητες
6. Να παρέχουμε πληροφορίες σχετικά με τη νόσο, την πρόγνωση και τη θεραπεία για τον ασθενή

Εκπλήρωση Στόχων

1. Διατήρηση επαρκούς διατροφής και πρόσληψη υγρών.
2. Αναγνώριση δύσκολης προσαρμογής στην αντιμετώπιση συμπεριφοράς λόγω άγχους.
3. Προσαρμογή στρατηγικών αντιμετώπισης και εφαρμογή τεχνικών για την μείωση του άγχους και τον αυτοέλεγχο.
4. Αύξηση αυτοεκτίμησης
5. Κατανόηση πορείας της διατροφικής διαταραχής, την πρόγνωση και θεραπευτική αγωγή.
6. Σχέδιο για την κάλυψη των αναγκών μετά το εξιτήριο.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

- *Γενική αίματος με διαφορικό (CBC):* Καθορίζει παρουσία αναιμίας, λευκοπενία, λεμφοκυττάρωση. Τα αιμοπετάλια παρατηρούνται σε σημαντικά μικρότερη συγκεντρώση από την κανονική δραστηριότητα από το ένζυμο οξειδάση μονοαμίνης (πιστεύεται ότι είναι ένας δείκτης για την κατάθλιψη).
- *Ηλεκτρολύτες:* ανισορροπίες μπορεί να περιλαμβάνουν μειωμένο κάλιο, νάτριο, χλώριο και μαγνήσιο.
- *Ενδοκρινικές μελέτες:* *Λειτουργία του θυρεοειδούς:* θυροξίνη (T₄) επίπεδα συνήθως φυσιολογικά. Ωστόσο, υπολογίζουμε την τριωδοθυρονίνη (T₃) σε χαμηλα επίπεδα.
- *Λειτουργία υπόφυσης:* θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH) απόκριση σε ορμόνη απελευθέρωσης θυρεοτροπίνης (TRH) δεν είναι σε φυσιολογικά επίπεδα στη νευρική ανορεξία. Τα επίπεδα Προπρανολόλης-γλυκαγόνης σύμφωνα με μελέτες δοκιμασίας διέγερσης η απόκριση της ανθρώπινης αυξητικής ορμόνης (GH), η οποία προκαλεί κατάθλιψη κατά την ανορεξία. Επίσης παρατηρείται υπολειτουργία στα γοναδοτροπονικά.
- Τα επίπεδα κορτιζόνης μπορεί να είναι αυξημένα.
- Αξιολόγηση λειτουργίας του υποθαλάμου-υπόφυσης (DST)
- Δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη (DST). Η αντίσταση της δεξαμεθαζόνης δείχνει την καταστολή της κορτιζόλης, υποδηλώνοντας υποσιτισμό ή / και κατάθλιψη.
- Ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) εκκρίσεων δοκιμής• Μείωση Οιστρογόνων
- MHP 6 επίπεδα: μείωση υποδηλώνει υποσιτισμό / κατάθλιψη.
- Ορός γλυκόζης και βασικό μεταβολικό ρυθμό (BMR): Μπορεί να είναι χαμηλός.
- Ανάλυση ούρων και της νεφρικής λειτουργίας: άζωτο ουρίας αίματος (BUN) μπορεί να είναι αυξημένα.
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ): Ανώμαλη ανίχνευση με χαμηλή τάση, T-κύματος αντιστροφή, αρρυθμίες.

Νοσηλευτική Φροντίδα σχέδιο (NCP) για διατροφικές διαταραχές νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία.

1. Ισορροπημένη Διατροφή

Νοσηλευτική Διάγνωση

- Διατροφή: ισορροπημένη, λιγότερο από τις απαιτήσεις του σώματος **Μπορεί να σχετίζεται με**
 - Ανεπαρκής πρόσληψη τροφής λόγω πρόκλησης εμετού
 - Χρόνια / υπερβολική χρήση καθαρτικών **Ενδεχομένως αποδεικνύεται από**
 - Το σωματικό βάρος είναι 15% (ή περισσότερο) κάτω αναμενόμενο, ή μπορεί να είναι εντός του φυσιολογικού εύρους (βουλιμία)
 - Ατονία του δέρματος σπαργή του / των μυών και οίδημα
 - Υπερβολική απώλεια μαλλιών και αυξημένη τριχοφυΐα στο σώμα
 - Αμηνόρροια
 - Υποθερμία
 - Βραδυκαρδία και καρδιακές ανωμαλίες και υπόταση

Επιθυμητά Αποτελέσματα

- Κατανόηση των διατροφικών αναγκών.
- Καθιέρωση διατροφικού πρότυπου με θερμιδική πρόσληψη επαρκούς για να ανακτήσει / να διατηρήσουν το κατάλληλο βάρος.
- Αύξηση του σωματικού βάρους προς το αναμενόμενο εύρος ⁶¹.

8.3 Α' περιστατικό: Ψυχογενής Βουλιμίας ασθενούς παιδικής ηλικίας

Ιστορικό Ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Βασιλική Κ.

Ηλικία: 10 χρονών

Καταγωγή: Τρίπολη

Ημερομηνία εισόδου: 16 Νοεμβρίου 2015

Ημερομηνία εξόδου: 18 Νοεμβρίου 2015

Παρούσα κατάσταση: Ο εφημερεύον γιατρός παρατήρησε αφυδάτωση, επίσης εντόπισε τραύμα χεριών λόγω πρόκλησης εμετού. Όταν ρωτούσε το παιδί έλεγε ότι απέφευγε περιττές θερμίδες για να μην παχύνει. Επιπλέον είχε πόνο στο στομάχι κάτι που ανάγκασε τον γιατρό να της κάνει εισαγωγή για να διαπιστώσει τι συμβαίνει ακριβώς λόγω της υποψίας του για νευρογενή βουλιμία.

Ακολουθεί η νοσηλευτική διεργασία του περιστατικού

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσματικότητας
<ul style="list-style-type: none"> - Διαταραχή ισοζυγίου υγρών - Πρόκληση εμετού 	<ul style="list-style-type: none"> - Αποκατάσταση της διαταραχής ώστε να επιτύχουμε φυσιολογικό ισοζυγιο υγρών - Αποτροπή εμετού κατά την διάρκεια ή το φαγητό - Μέτρηση ζωτικών σημείων και βάρους 	<ul style="list-style-type: none"> - Πλήρης ενυδάτωση του αρρόστου με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών - Να επιβλέπει τον ασθενή κατά τη διάρκεια των γευμάτων και για μετά τα γεύματα για ορισμένο χρονικό διάστημα (μια ώρα) - Να πραγματοποιηθεί μέτρηση ζωτικών σημείων και βάρους 	<ul style="list-style-type: none"> - 3000cc Ορού IV (2000cc dextrose 5% , 1000cc normal solution 0,9%), - Πραγματοποιήθηκε επίβλεψη φαγητού και δεν παρατηρήθηκε εμετός , - Πραγματοποιήθηκε λήψη βάρους και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής ενυδατώθηκε ικανοποιητικά και δεν παρατηρήθηκε εμετός

Αξιολογήση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>- Άγχος – φόβος για την έκβαση της πάθησης</p>	<p>- Να απαλλαγεί ο ασθενής από το άγχος και το φόβο, - Να ανακουφιστεί ο ασθενής από το άγχος ή να περιοριστεί όσο αυτό είναι εφικτό</p>	<p>- Επικοινωνία - συζήτηση με τον ασθενή ώστε να κατανοήσει τη δυσκολία του προβλήματος του και την έκβαση της ασθένειάς του ώστε να επανέλθει ηρεμία. Να δθούν απαντήσεις σε ερωτήσεις και απορίες του ασθενούς. -Να έρθει σε επαφή με ασθενείς που έχουν την ίδια πάθηση. -Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης</p>	<p>- Έγινε επικοινωνία με λεπτομερή ενημέρωση του ασθενούς για την κατάσταση του και εδόθη ψυχολογική υποστήριξη τονίζοντας του, ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα κάνει ότι είναι δυνατόν ώστε να επανέλθει στην καθημερινότητα του και να ξεπεράσει την πάθηση του. - Χορηγήθηκε tab Lexotanil 3mg 1x1 σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. - Πραγματοποιήθηκε ψυχολογική υποστήριξη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και συνομιλία του ασθενούς με άλλον ασθενή με το ίδιο πρόβλημα</p>	<p>- Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς είχε θετικά αποτελέσματα . Επίσης, στη χαλάρωση – ηρεμία του ασθενούς συνέβαλε και η χορήγηση Lexotanil. (το Lexotanil είναι ηρεμιστικό, περιέχει την δραστική ουσία βρωμαζεπάμη, η οποία ανήκει στην ομάδα των φαρμάκων που είναι γνωστά ως βενζοδιαζεπίνες). Η βενζοδιαζεπάμη ελαττώνει το άγχος και χαλαρώνει τους μύες 1-2 ώρες μετά την χορήγηση του φαρμάκου από το στόμα . - Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές</p>

<p>Αξιολόγηση αναγκών</p> <p>- Πόνος στο στομάχι</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός</p> <p>- Απαλλαγή του ασθενούς από τον κοιλιακό πόνο</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p> <p>- Τοποθέτηση ασθενούς στην κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση για τη χάλαση των μυών ώστε να ανακουφιστεί από τον πόνο.</p> <p>- Χορηγήσει φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>- Ήσυχο περιβάλλον για την ηρεμία και χαλάρωση της ασθενούς.</p> <p>- Λήψη των ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα</p>	<p>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</p> <p>- η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστική θέση .</p> <p>- Χορηγήθηκε amp zideron 75 mg/ml IM σύμφωνα με την ιατρική οδηγία .</p> <p>- Συστήθηκε να επικρατεί ηρεμία και ησυχία στο δωμάτιο της ασθενούς.</p> <p>- Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και καταγράφηκαν στο νοσηλευτικό διάγραμμα</p>	<p>Εκτίμηση αποτελέσματος</p> <p>- Η ασθενής νιώθει ανακούφιση από τον πόνο μετά από τη θέση που της δόθηκε και ύστερα από την χορήγηση του zideron.</p> <p>* Το zideron υαγεται στην κατηγορία των αναλγητικών.</p>
---	--	--	---	---

8.4 Β' περιστατικό Ψυχογενούς ανορεξίας ασθενούς παιδικής ηλικίας

Ιστορικό Ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Μαρία Δ.

Ηλικία: 13 χρονών

Καταγωγή: Αθήνα

Ημερομηνία εισόδου: 28 Νοεμβρίου 2015

Ημερομηνία εξόδου: 30 Νοεμβρίου 2015

Παρούσα κατάσταση: Ο εφημερεύον γιατρός παρατήρησε ύστερα από εξέταση παιδιού, ότι παρουσιάζει χαμηλότερο σωματικό βάρος σε σχέση με την ηλικία και το ύψος του. Επίσης, εντοπίζεται διαταραχή στην αντίληψη εικόνας του σώματος. Επιπλέον το παιδί παρουσίαζε αποδυνάμωση σώματος λόγω δίαιτας κάτι που ανάγκασε τον γιατρό να της κάνει εισαγωγή για να διαπιστώσει τι συμβαίνει ακριβώς λόγω της υποψίας του για νευρογενή ανορεξία.

Ακολουθεί η νοσηλευτική διεργασία του περιστατικού

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>- Διαταραχή όρεξης – Χαμηλό σωματικό βάρος</p>	<p>- Συμμόρφωση σε πρόγραμμα διατροφικής αγωγής - Κανονικό σωματικό βάρος (αναμένουμε αύξηση 0,5 kg ανα βδομάδα)</p>	<p>-Να επίβλεψουμε την ασθενή κατά την διάρκεια των γευμάτων για μια ώρα μετά το φαγητό. - Να είμαστε συνεπείς ώστε να μπορέσει να μας εμπιστευτεί. -Να δημιουργήσουμε ένα ευχάριστο περιβάλλον. - Να τηρήσουν αυστηρά την διατροφική αγωγή. - Λήψη ζωτικών σημείων και βάρους . - Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική αγωγή</p>	<p>- Έγινε επίβλεψη κατά την διάρκεια του φαγητού και για μια ώρα μετά. - Παρέχουμε μικρά γεύματα και συμπληρωματικά σνακ ανάλογα τις οδηγίες γιατρού. - Έγινε αυστηρή τήρηση διατροφικής αγωγής . - Καταγραφή ζωτικών σημείων και βάρους . - Χορήγηση Kulinet sygor fl 12mg/5ml.</p>	<p>- Η ασθενής έχει επιστρέψει στην κανονική διατροφική συμπεριφορά . - Το Kulinet περιέχει την κυκλοπταδίνη, ο οποίος είναι ένας ανταγωνιστής της σεροτονίνης και της ισταμίνης και χρησιμοποιείται ως διεγερτικό όρεξης.</p>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> - Χαμηλή αυτοεκτίμηση - Διαταραχή αντίληψης εικόνας σώματος 	<ul style="list-style-type: none"> - Καθορισμός ρεαλιστικής εικόνας του σώματος. - Βελτίωση αυτοεκτίμησης . 	<ul style="list-style-type: none"> - Να βοηθήσουν την ασθενή με σχετικούς μεθόδους για την ενίσχυση της προσωπικής εμφάνισης, μπορεί να είναι χρήσιμη για το αίσθημα της αυτοεκτίμησης και της εικόνας. - Να συζητήσουμε μαζί της για την αντίληψη της ασθενούς σχετικά με την εικόνα του σώματος και την πραγματικότητα για την εικόνα της ασθενούς. - Να χρησιμοποιηθεί γνωστική – συμπεριφορική προσέγγιση ψυχοθεραπείας 	<ul style="list-style-type: none"> - Επιβάρυνση για τις επιτυχημένες ή όχι προσπαθειών της να αναπτύξει μια ρεαλιστική εικόνα του σώματος . - Έγινε συζήτηση για τους φόβους της ασθενούς να παχύνει και κατανόηση της ρεαλιστικής εικόνας σώματος.. - Ακολουθήσαμε σύμφωνα με τις οδηγίες την γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία διότι έχει πιο γρήγορα αποτελέσματα. - Ενθάρρυνσή της ασθενούς να εκφράζει τα συναισθήματα 	<ul style="list-style-type: none"> - Η ασθενής έχει μια ρεαλιστική εικόνα του εαυτού . Η ασθενής έχει αυξήσει την αυτοεκτίμηση της και επιπλέον έχει μάθει να φράζει τα συναισθήματα της

<p>Αξιολόγηση αναγκών</p> <p>- Ανεπαρκής οικογενειακή αντιμετώπιση του αρρώστου.</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός</p> <p>- Το οικογενειακό της περιβάλλον πρέπει να εκφράζει ρεαλιστική αντίληψη των ευθυνών τους έναντι στην ασθενή και τη θεραπεία της.</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p> <p>- Εκτίμηση του επιπέδου λειτουργικότητας της οικογένειας.</p>	<p>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</p> <p>- Πληροφόρηση της οικογένειας με ειλικρίνεια για τη φύση της ασθένειας και τη βαρύτητά της και επιστράτευση της συνεργασίας της.</p>	<p>Εκτίμηση αποτελέσματος</p> <p>- Βελτιώνεται η σχέση ασθενούς και μελών της οικογένειας. - Τα μέλη της οικογένειας εκοράζουν ειλικρινή συναισθήματα και ενδιαφέρον για την ασθενή.</p>
---	---	---	---	---

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μολονότι εμφανίζονται αξιοσημείωτα λιγότερο συχνά από ό,τι άλλες ψυχικές διαταραχές, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν συγκεντρώσει το ενδιαφέρον των ερευνητών, κρατικών φορέων και επίσημων οργανισμών όσον αφορά την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης. Κυρίαρχος λόγος γι' αυτή την παγκόσμια τάση είναι καταρχήν το αυξημένο οικονομικό κόστος, το οποίο προκύπτει για τη θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Ειδικότερα, η πορεία των συγκεκριμένων διαταραχών χαρακτηρίζεται από αυξημένο αριθμό νοσηλειών, χρονιότητα και συνεχείς υποτροπές. Επιπλέον λόγοι που καθιστούν αναγκαία την πρόληψη στις διαταραχές πρόσληψης τροφής, είναι η μειωμένη λειτουργικότητα των πασχόντων, ο αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας, η αυξημένη θνησιμότητα και ο κίνδυνος ανάπτυξης άλλων διαταραχών, όπως είναι η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, η παχυσαρκία, η κατάχρηση και η εξάρτηση από ουσίες, καθώς και άλλα προβλήματα υγείας.

Η αναγκαιότητα ανάπτυξης προγραμμάτων πρόληψης τεκμηριώνεται περαιτέρω από το μικρό ποσοστό των πασχόντων το οποίο λαμβάνει θεραπευτική φροντίδα, καθώς λιγότερο από το ένα τρίτο των ασθενών λαμβάνει θεραπεία, και από τα υψηλά ποσοστά αναποτελεσματικότητας της θεραπείας δεδομένου ότι η θεραπεία οδηγεί σε ύφεση των συμπτωμάτων ένα ποσοστό 40-60% των ασθενών.

Αρκετές διαχρονικές μελέτες έχουν αναδείξει τη χαμηλή αυτοεκτίμηση ως γενικό παράγοντα κινδύνου (Shisslak et al. 2001). Ειδικότερα, σε μια μεγάλη, διαχρονική μελέτη 594 μαθητών γυναικείου φύλου βρέθηκε πως τα κορίτσια με χαμηλή αυτοεκτίμηση στην ηλικία των 11-12 ετών διέτρεχαν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης σοβαρών προβλημάτων διατροφής κατά την ηλικία των 15-16 ετών (Button et al. 1996). Άλλη μελέτη (McVey & Davis 2002) αναφέρει πως ορισμένες πτυχές της αυτοεκτίμησης σχετίζονται στενά με τη διαταραγμένη διατροφή και πιο συγκεκριμένα, η φτωχή αυτο-αξιολόγηση για την ικανότητα σωματικής δραστηριότητας και η υψηλή αξιολόγηση για κοινωνική αποδοχή – αποδοχή από τους συνομηλίκους. Στο ίδιο πνεύμα ερευνητές συνεργάστηκαν με γνωστή εταιρεία καλλυντικών παίρνοντας συνέντευξη από 3.344 κορίτσια από την ηλικία των 8 έως 17 ετών σε 20 μεγάλες πόλεις των ΗΠΑ, ώστε να εξετάσουν την αυτοεκτίμηση των κοριτσιών σε αυτή την ηλικία. Βρήκαν πως 7 στις 10 κοπέλες δεν εκτιμούν ορθώς την αξία τους και πως 75% των κοριτσιών με χαμηλή αυτοεκτίμηση αναφέρουν πως εμπλέκονται σε αρνητικές και δυνητικά επιβλαβείς δραστηριότητες, όπως είναι η διαταραγμένη διατροφή, οι αυτοτραυματισμοί, ο εκφοβισμός, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ. Το ποσοστό αυτό είναι αρκετά υψηλότερο σε σύγκριση με τον πληθυσμό των κοριτσιών με υψηλή αυτοεκτίμηση που αναφέρουν τις ανωτέρω συμπεριφορές σε ένα ποσοστό 25%.

Βασισμένη σε αυτά τα ευρήματα η Anne Kearney-Cooke δημιούργησε ένα ολόημερο εργαστήριο για να βοηθήσει τα κορίτσια να αναπτύξουν δεξιότητες διαχείρισης των συναισθημάτων τους, πιο υγιείς σχέσεις με τους άλλους και μια θετική εικόνα σώματος. Η προσέγγιση της Cooke εναντιώνεται σε παλαιότερες αντιλήψεις ότι ο τρόπος για να ενισχυθεί η αυτοεκτίμηση ενός ατόμου είναι να αναδειχθεί η μοναδικότητά του. Αντίθετα, η ειδικός ισχυρίζεται πως τα κορίτσια πρέπει να μάθουν να αναλαμβάνουν τον έλεγχο της ζωής τους. «Η αυτοεκτίμηση δε σημαίνει να αισθάνεσαι μοναδικός. [Η αυτοεκτίμηση] αφορά στην αυτοκυριαρχία, στην αυτοεπάρκεια και στο αίσθημα ότι μπορείς να χειριστείς τις απαιτήσεις τις εφηβείας» (American Psychological Association 2015).

Ορισμένες μελέτες έχουν εγείρει ανησυχίες για το ενδεχόμενο οι παρεμβάσεις πρόληψης των διαταραχών πρόσληψης τροφής που εφαρμόζονται στον πληθυσμό των παιδιών, των εφήβων και των φοιτητών, να είναι επιβλαβείς (Carter et al. 1997, Mann et al. 1997). Οι εν λόγω μελέτες κατέδειξαν πως προγράμματα ενημέρωσης για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής που εφαρμόζονται στο σχολείο και στο πανεπιστήμιο, και ειδικότερα αυτά που εφαρμόζονται από το συνομήλικο πληθυσμό, πιθανώς να αυξήσουν τη γνώση των συμμετεχόντων για τα συμπτώματα, όπως είναι η περιοριστική δίαιτα και οι καθαρικού τύπου συμπεριφορές, ευοδώνοντας την εμφάνισή τους.

Στις μέρες μας οι ερευνητές εργάζονται ώστε να διασφαλίζεται πως οι παρεμβάσεις δεν οδηγούν ακουσίως στην ανάπτυξη των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Σύμφωνα με την Dr McVey: «Προσπαθούμε να βρούμε έναν τρόπο να ενθαρρύνουμε τα παιδιά να έχουν ένα υγιεινό τρόπο ζωής, χωρίς να πυροδοτούμε την ενασχόληση με το σωματικό βάρος, με το σχήμα του σώματος και με τα διαταραγμένα πρότυπα διατροφής» (American Psychological Association 2015)⁶².

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι διατροφικές διαταραχές εξελίσσονται σε μάστιγα της εποχής, που «χτυπά» κυρίως τις νεαρές ηλικίες. Οι διατροφικές διαταραχές δεν κάνουν διακρίσεις. Χτυπούν κορίτσια και αγόρια, και έχουν διάφορες μορφές. Οι πιο συνηθισμένες διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής χαρακτηρίζονται από ακραία συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές σχετικά με τη λήψη τροφής, το βάρος και την εικόνα του σώματος.

Η αρχή της διεπιστημονικότητας αποτελεί βασικό σημείο αναφοράς για την θεραπευτική αντιμετώπιση λόγω της πολυπλοκότητας των διατροφικών διαταραχών. Το θεραπευτικό πλαίσιο περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία, συμβουλευτική οικογένειας, διατροφολογική συμβουλευτική και ψυχο-εκπαίδευση.

Σκοπός:

Ο σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί ο βαθμός ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού με σύγχρονες και επαρκείς γνώσεις σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές και τις θεραπευτικές μεθόδους στην παιδική ηλικία.

Παράλληλα, στόχος ήταν να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν σε βάθος την πολυσύνθετη φύση των διαταραχών αυτών, ώστε να υπάρξει πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση τους, ιδίως αυτή της παιδικής ηλικίας.

SUMMARY

Eating disorders are becoming a scourge of the time, which "strikes" mostly young ages. Eating disorders do not discriminate. Knocking girls and boys, and different forms. The most common eating disorders are anorexia nervosa, bulimia nervosa and compulsive overeating. Eating disorders are characterized by extreme emotions, thoughts and behaviors about food, weight and body image.

The principle of interdisciplinarity is a key reference point for treatment due to the complexity of eating disorders. The therapeutic context include psychotherapy, drug therapy, family counseling, nutritional counseling and psycho-education.

Purpose:

The purpose of this study was to investigate the degree of awareness of the medical staff with modern and adequate knowledge about eating disorders and treatment methods in childhood.

At the same time, the aim was to help health professionals to thoroughly understand the complex nature of these disorders, to provide more effective treatment, particularly that in childhood.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Hendricks, KM, Duggan, C, & Walker, WA** (2000). Εγχειρίδιο Παιδικής Διατροφής. Εκδόσεις Παρισσιανού.
2. **Paul Insel; R. Elaine Turner; Don Ross** (2009). Discovering Nutrition. Jones & Bartlett Learning, σελ.12
3. **A. P. Simopoulos** (1991). «The Mediterranean Diets in Health and Disease». American Journal of Clinical Nutrition 54 (4): 771.
4. **Serge Renaud**, Η Μεσογειακή διατροφή: Κρητική διαίτα, εκδόσεις Τραυλός, Αθήνα(2001)
5. **Pan Ltd.** (1981)Macmillan Dictionary for Students Macmillan, , page 173. Retrieved 2010-7-15.
6. **Ματσανιώτης Ν.-Καρπάθιος**, (1999). Παιδιατρική, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Β' τόμος.
7. **WHO**. Infant and young child feeding and nutrition.https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=biABXOXrajYC&oi=fnd&pg=PR4&dq=WHO.+Infant+and+young+child+feeding+and+nutrition.&ots=11D317aWPK&sig=3y9jkD0gjKsDPFOyJ_0D9BPKLP4#v=onepage&q=WHO.%20Infant%20and%20young%20child%20feeding%20and%20nutrition.&f=false
8. **Μαρία Χασαπίδου, Άννα Φαχαντίδου**. 2002 Διατροφή για Υγεία, Άσκηση και Αθλητισμό UNIVERSITY STUDIO PRESS Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ .
9. **Worthington-Roberys BS, Rodwell Williams S**. Nutrition throughout the life cycle..3 Edition, Mosby 1996.
10. **J. Mc Cary**. Εφημερίδα της American Association Διαιτητικές, 106 (9): 1333-1336. 2006.
11. **Strauss, Richard S**. 2001. Epidemic Increase in Childhood Overweight, 1986 - 1998. Journal of the American Medical Association 286:2845 – 2848.
12. **American Academy of Pediatrics**. 1997. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 100:1035 – 1039.
13. **Kafatos A, Diacatou A, Voukiklaros G, Nikolakakis et al.** (1997). Heart disease risk-factor status and dietary changes in the Cretan population over the past 30y: the Seven Countries Study. Am J Clin Nutr. 65:1882-1886.

14. **Sally Grantham -McGregor.** (1995). American Institute of Nutrition. A Review of Studies of the Effect of Severe Malnutrition on Mental Development,
15. **Ζαμπέλας Α.,** (2003) Η διατροφή στα στάδια της ζωής, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη.
16. **Cicchetti D, Toth SL.** 2000. Autumn;12(4):551-4.Social policy implications of research in developmental psychopathology. Dev. Psychopathol.
17. **Deater – Deckard,** 2001. Deater-Deckard. Journal of child Psychology and Psychiatry 42 (05), 565-579, 2001.
18. **Eme & Kavanaugh,** 1995. Handbook of Disruptive behavior Disorders.
19. **Caron C(1), Rutter M.** 1991 Nov 32(7):1063-80. Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. Child Psychol Psychiatry.
20. **Riegel, K.F.** (1978). Psychology, A counter text. Boston: Houghton Mifflin.
21. **Thomas and Chess 1997,** Wittenberg 2001. Many clinical descriptions give a picture of the natural history of prenatal alcohol C.N.S
22. **Μάνου Νίκος,** (1997). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University Studio Press.
23. **Kazdin και Kagan** (1994) Clinical Psychology: Science and Practice Volume 1, Issue 1, pages 35–52, June 1994
24. **Bandura, A.** (1971). Psychological Modeling. Chicago: Adline
25. **Lask, B. & Bryant-Waugh, R. (Eds).** 2000. Anorexia nervosa and related eating disorders in children and adolescence. 2nd edition. Psychology Press. Hove, UK.
26. **American Psychiatric Association \ American Psychiatric** (2013) Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, Washington, DC.
27. <http://www.hcfed.gr/?p=980>
28. <http://www.akappatou.gr/index.php/paidia/to-paidi-den-troei/297-2010-11-06-10-05-01>
29. **Lask, B., Britten, C., Kroll, L., Magagna, J., Tranter, M.** Pervasive refusal in child. Archives of Disease in Childhood, 1991, 66, 866-869. 2000. Anorexia nervosa and related eating disorders in children and adolescence. 1st edition. Psychology Press. Hove, UK.

30. *Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A.* (2000). "Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials". USA: W.B. Saunders Company. p.p. 447-459
31. *Χριστοδούλου, Γ.Ν. & συνεργάτες* (2004). «Ψυχιατρική». Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις. Σελ. 482-496
32. *Elkin, G.D.* (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange. p.p. 183192
33. *Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., & Bem, D.J.* (1993). "Introduction to Psychology". USA: Harcourt Brace & Company. p.p. 382-392
34. *Καλαντζή-Azizi, A.* (1995). Νευρογενής Ανορεξία και Βουλμία. Τετράδια Ψυχιατρικής, 52, 7688
35. *Πλωμαρίτης Ε.* Τμήμα Ψυχολογίας Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. «Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής».
36. *Lorna A. Champion, Michael J. Power.* Adult psychological problems: an introduction, σελ.107.
37. *Garner D (1997)* Psychoeducational principles in Treatment. In: Garner D, Garfinkel P, eds. Handbook of Treatment for: Eating Disorders pp. 145-177, The Guilford Press
38. *Rastam M.* (1992) Anorexia Nervosa in 51 Swedish Adolescents: Premorbid problems and comorbidity. J. of the Acad. Of child and adolescent Psychiatry, 31, 819-829
39. *Morris, J. (επιμ. Τσίτσας, Γ.)* (2012). ABC στις διατροφικές διαταραχές. Αθήνα: Παρισιάνος.
40. *Εμμανουηλίδου, Κ.* (2011). Ψυχολογία της διατροφής – Πώς οι διατροφικές συνήθειες αντανακλούν τον συναισθηματικό μας κόσμο. Αθήνα: Μεταίχμιο.
41. *Minuchin, S., Rosn, B. & Baker, L.* (1978). Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
42. *Thompson, J.K. & Smolak, L.* (2001). Body image, eating disorders and obesity in youth: assessment, prevention and treatment. Washington, D.C.: American Psychological Association.
43. *Dare, Crowther* (1995) Psychodynamic models of Eating Disorders. In: Szukler G, Dare C, Treasure J (Eds) Handbook of Eating Disorders pp. 125-139, Wiley

44. *Flament, M., Jammot, P., Γιαννακούλια, Μ. και Τριανταφυλλίδου, Σ.Σ.* (2006). *Η Βουλιμία: πραγματικότητα και προοπτικές*. Αθήνα: Παρισιάνος.
45. *Τορναρίτης Μ.*, (2012), *Αγωγή Υγείας- Χρήσιμα Ερευνητικά Στοιχεία για Εκπαιδευτικούς, Λευκωσία*.
46. *Βάρσου Ε., Τρίκκας Γ.* (1991) Τα ερωτηματολόγια διερεύνησης των διαταραχών πρόσληψης τροφής EDI, EAT-26, BITE σε Ελληνικό Πληθυσμό. Ανακοίνωση στο 12ο Παν. Συνέδριο Ψυχιατρικής, Βόλος 1991. Φυλλάδιο Επιλογή Δείγματος Εργαστήριο Στατιστικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων 1994
47. *Bryant-Waugh R, Lask B:* 1995 Annotation: Eating Disorders in children, *J Child Psychol. Psychiat*, 36, 2, 191-20.
48. *Childress A, Brewerton T, Hodjes E, Jarell M.* 1993: The Kids Eating Disorder Survey (KEDS): a study of middle school students. *J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry*, 32: 843-850.
49. *Higgs, J., Goodyer, L., Birch, J.,*1989. Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder. *Archives of Disease in Childhood*, 64, 346-351.
50. *American Psychiatric Association*, 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, Washington D.C., USA
51. *Στεφανής Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β* (1993) Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς, Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση, σ. 218-225, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
52. *Obarzanek E, Lesem MD, Goldstein DS, Jimerson DC* (1991): Reduced resting metabolic rate in patients with bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 48:456-462
53. *Stacher G., Bergmann H., Wiesnagrotzki S., Steiner-Mittelbach G., Kiss A., Abatzi Th.-A.* (1992), Primary Anorexia Nervosa: Gastric Emptying and Antral Motor Activity in 53 Patients. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 11, No.2, 163-172
54. *Treasure, J.* (1997). Motivational interviewing and eating disorders. Paper given at the BABCP Meeting, Canterbury, 8-12 July.
55. *Krystal H.* (1979). Alexithymia and Psychotherapy. *Am. J. of Psychotherapy*, 33, 17-31.
56. *Μαυρικάκη, Κυρίδης Α., Γκούβρα Μ.*, 2005. Η Αγωγή Υγείας στην εκπαίδευση των εκπαιδευτικών του Ελληνικού Δημοτικού Σχολείου.

57. **Σώκου, Κ.**, (1994): Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
58. http://medlabgr.blogspot.com/2014/03/blog-post_17.html#ixzz3zgJot7lm
59. **Σταθοπούλου Χ.** (2007) Μάθηση βασισμένη στη διερεύνηση του προβλήματος, εφαρμογή στη νοσηλευτική εκπαίδευση. Νοσηλευτική, 46 (1), 48 – 54
60. **Μισουρίδου Ε.** (2007) Η συναισθηματική εργασία και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενή. Νοσηλευτική, 46 (3), 374 – 380.
61. <http://nurseslabs.com/eating-disorders-anorexia-bulimia-nervosa-nursing-care-plans>
62. **ΑΝΑΣΑ, ΤΡΟΦΗ ΓΙΑ ΣΚΕΨΗ**, (2015). Μελέτη πάνω στις θεραπευτικές οδηγίες για την αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής, ΑΘΗΝΑ
<http://www.anasatrofigiaskepsi.gr/documents>