



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ- ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ
ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΑΘΗΝΑ ΚΑΡΚΑΜΠΑΣΗ
ΒΛΑΣΙΑ ΚΑΤΣΑΒΟΧΡΗΣΤΟΥ**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΕΛΕΝΗ ΑΛΜΠΙΑΝΗ

2021

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η παρούσα εργασία έχει στόχο την αναλυτική αναφορά στη Ψυχογενή Βουλιμία και τη νευρική Ανορεξία στην εφηβική ηλικία, τις σημαντικές επιπτώσεις τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη και την ανάδειξη του νοσηλευτικού ρόλου στην πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη διδασκαλία των ασθενών.

Ανασκόπηση: Αρχικά θα γίνει γενικότερη αναφορά στην εφηβεία και στις ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές. Στη συνέχεια θα δοθεί έμφαση, στη Ψυχογενή Βουλιμία και τη Νευρική Ανορεξία. Τέλος, θα γίνει σχολαστική ανάλυση στον ρόλο του νοσηλευτή στις δύο ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές που προαναφέρθηκαν.

Μεθοδολογία: Η μεθοδολογία που εφαρμόστηκε, περιλάμβανε αναζήτηση μελετών ανασκόπησης και κλινικών μελετών στις βάσεις δεδομένων PubMed, Medline. Συμπληρωματική βιβλιογραφία αναζητήθηκε και μέσω άλλων διαδικτυακών ηλεκτρονικών μηχανών αναζητήσεων (Google Scholar, Science Direct, Medscape).

Συμπεράσματα: Οι διατροφικές διαταραχές και ιδιαίτερα η ψυχογενής βουλιμία και η νευρική ανορεξία είναι αρκετά συχνές κατά την εφηβική ηλικία και ιδίως στα κορίτσια. Παρουσιάζουν ραγδαίες επιπτώσεις στον οργανισμό των ατόμων που νοσούν αλλά και γενικότερα στην ποιότητα της ζωής τους και μπορούν να οδηγήσουν μέχρι και στο θάνατο. Η πρόληψη και η θεραπεία των επιπλοκών, η ανακούφιση των συμπτωμάτων, η βελτίωση της κατάστασης της υγείας και η μείωση της θνητότητας αποτελούν τους κύριους στόχους της αντιμετώπισης. Στο πλαίσιο αυτό ο ρόλος του νοσηλευτή αποδεικνύεται αρκετά σημαντικός.

Λέξεις κλειδιά: ψυχογενής διατροφικές διαταραχές, ψυχογενής βουλιμία, νευρική ανορεξία, εφηβεία

ABSTRACT

Aim: The present study aims to provide at the analytical reference to Bulimia Nervosa and Anorexia nervosa in adolescence, the significant impact on both their physical and psychological development and the promotion of the nursing role in the prevention, diagnosis, treatment, and education of patients.

Review: Initially, a more general reference will be made to adolescence and psychogenic eating disorders. Emphasis will then be placed on Bulimia Nervosa and Anorexia Nervosa. Finally, a meticulous analysis will be made of the role of the nurse in the two psychogenic eating disorders mentioned above.

Methodology: The methodology applied included a search for review studies and clinical studies in the PubMed, Medline data bases. Additional bibliography was also searched through other online electronic search engines (Google Scholar, Science Direct, Medscape).

Conclusions: Eating disorders, especially bulimia nervosa and anorexia nervosa, are quite common during adolescence and especially in girls. They have a rapid impact on the body of people who are ill and more generally on their quality of life and can lead to death. The prevention and treatment of complications, the relief of symptoms, the improvement of the state of health and the reduction of mortality are the main goals of the treatment. In this context, the role of the nurse proves to be quite important.

Key words: psychogenic eating disorders, bulimia nervosa, anorexia nervosa, adolescence

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ABSTRACT.....	2
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	3
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	8
1. ΕΦΗΒΕΙΑ.....	8
1.1. ΣΤΑΔΙΑ ΕΦΗΒΕΙΑΣ.....	8
1.2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	20
2. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	20
2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	20
2.2. ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	21
2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	22
2.4. ΑΙΤΙΑ.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	29
3. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	29
3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	29
3.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	31
3.3. ΑΙΤΙΑ.....	31
3.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	34
3.5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	38
3.6. ΠΡΟΛΗΨΗ.....	40
3.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	45
4. ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	45
4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	45
4.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	46
4.3. ΑΙΤΙΑ.....	47
4.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	49
4.5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	51
4.6. ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ.....	53
4.7. ΠΡΟΛΗΨΗ.....	58
4.8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	63
5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	63
5.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	63
5.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	67
6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	67
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	72
6.1. ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1.....	73
6.2. ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2.....	77
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	81

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη εποχή η τεχνολογία και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης καταλαμβάνουν κυρίαρχο ρόλο στη ζωή των ατόμων και κυρίως στις νεότερες ηλικίες, οι οποίες ασχολούνται ολοένα και περισσότερο με την εξωτερική τους εμφάνιση και ιδίως με την εικόνα του σώματός τους. Το κοινωνικό τους περιβάλλον, η οικογένειά τους, τα ΜΜΕ και οι προσωπικές τους εμπειρίες ασκούν αρκετή επιρροή στις αποφάσεις που λαμβάνουν και γενικότερα στη ζωή τους. Συχνά ωθούνται στην υπερβολή και η εξιδανίκευση της εικόνας του σώματος, τους γίνεται έμμονη ιδέα με αποτέλεσμα να εμφανίζονται διάφορες διαταραχές πρόσληψης τροφής. Στην συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία θα γίνει μία γενικότερη αναφορά στην εφηβεία και στις ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές και θα αναπτυχθούν περεταίρω δύο από αυτές, η ψυχογενής βουλιμία και η νευρική ανορεξία.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται συνεχόμενη αύξηση της συχνότητας εμφάνισης των συγκεκριμένων διαταραχών στους εφήβους. Ολοένα και περισσότεροι νέοι αιχμαλωτίζονται στα καλούπια που η κοινωνία έχει δημιουργήσει και προωθεί μέσω της μόδας και των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης. Η κοινωνική κρίση, η έλλειψη της οικογενειακής επικοινωνίας, η ελλιπή ενημέρωση και το ευάλωτο της ηλικίας τους, αυξάνει το αίσθημα της ανασφάλειας και την επιθυμία της ολικής αποδοχής από το περιβάλλον τους οδηγώντας τους σε αφελείς και επιβλαβής για τον οργανισμό τους αποφάσεις.

Πολλά από τα άτομα αυτά δεν ξέρουν που μπορούν να αναζητήσουν κάποια βοήθεια και κάποια συμβουλή για να αντιμετωπίσουν την διατροφική διαταραχή από την οποία πάσχουν. Αλλά δεν αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα αναζήτησης βοήθειας από κάποιον ειδικό και άλλα ντρέπονται να μιλήσουν για αυτό και κλείνονται στον εαυτό τους. Για το λόγο αυτό, απαραίτητη είναι, η ενημέρωση κάθε πολίτη και ιδίως των νέων από κάποιον ειδικό, η υποστήριξη από την οικογένεια αλλά και η συνεχής και εξειδικευμένη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές, τόσο για την πρόληψη, όσο και για την θεραπευτική τους αντιμετώπιση.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής ορίζεται η εφηβεία και τα στάδιά της. Ύστερα παρουσιάζονται οι διατροφικές συνήθειες των νέων στην συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, οι απαιτήσεις που έχει ο οργανισμός τους σε θρεπτικά συστατικά και από ποια στοιχεία οφείλει να αποτελείται το καθημερινό διατροφολόγιό τους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται εισαγωγή στις ψυχογενής διατροφικές διαταραχές. Αναφέρονται τα είδη αυτών, ορισμένα επιδημιολογικά στοιχεία καθώς και η αιτιολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Στη συνέχεια των κεφαλαίων αναλύεται η ψυχογενής βουλιμία και η νευρική ανορεξία. Παρουσιάζονται τα στατιστικά τους στοιχεία στη σημερινή εποχή, δίνεται λεπτομερής ανάλυση στους παράγοντες εμφάνισής τους, στα διαγνωστικά κριτήρια και στην κλινική εικόνα των παθήσεων με σκοπό την πλήρη κατανόησή τους. Τέλος αναφέρονται οι τρόποι πρόληψης αλλά και θεραπείας τους που επιλέγονται συνήθως από την ευρύτερη επιστημονική κοινότητα.

Στο πέμπτο κεφάλαιο δίνεται έμφαση στη σημαντικότητα του ρόλου που λαμβάνει ο νοσηλευτής στην αντιμετώπιση τόσο στην ψυχογενής βουλιμία, όσο και στην νευρική ανορεξία.

Τέλος, στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής, παρουσιάζεται η νοσηλευτική διεργασία. Ύστερα παρατίθενται δύο κλινικά περιστατικά, ένα για καθένα από τις διατροφικές διαταραχές που αναλύσαμε εκτενέστερα σε προηγούμενα κεφάλαια, στα οποία εφαρμόζεται η νοσηλευτική διεργασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

1.1. Εφηβεία

Η εφηβεία είναι μία κατεξοχήν κρίσιμη περίοδος, η οποία χαρακτηρίζεται ως μία από τις μεταβατικές περιόδους της ζωής, καθώς βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ παιδικότητας και ενηλικίωσης. Το παιδί παύει να είναι πλέον παιδί και πορεύεται προς τη δημιουργία ενός ώριμου ανθρώπου. Ξεκινάει με την ήβη και φτάνει προς την ενηλικίωση. Με τον όρο «ήβη» περιγράφουμε τις σωματικές και βιολογικές αλλαγές (που έχουν παράλληλα και ψυχοσωματικές επιπτώσεις), οι οποίες αρχίζουν στην ηλικία των 10-13 ετών για τα κορίτσια και μεταξύ των 13-16 ετών για τα αγόρια. Οι αλλαγές αυτές οφείλονται κυρίως στην έκκριση ορμονών (οιστρογόνων και ανδρογόνων για τα κορίτσια και τα αγόρια αντίστοιχα). Άλλοι όμως παράγοντες που επηρεάζουν την ωρίμανση του παιδιού στη διάρκεια της εφηβείας είναι η κληρονομικότητα, το περιβάλλον, το πολιτιστικό επίπεδο, τυχόν παιδικές τραυματικές εμπειρίες (όπως ο χαμός κάποιου κοντινού του συγγενικού προσώπου), το φύλο, η κοινωνική τάξη και άλλα. (Μακρή-Μπότσαρη, 2008) (Μπεράτη, 1987)

Επομένως, η εφηβική ηλικία αποτελεί την αναπτυξιακή εκείνη περίοδο στη ζωή του ατόμου που εμπεριέχει ποικίλες μεταβολές τόσο στο βιοσωματικό όσο και στον κοινωνικό, γνωστικό και συναισθηματικό τομέα του παιδιού, που ολοκληρώνονται με τη γενετήσια ωρίμανση καθώς το παιδί μεταβαίνει στη φάση της ενηλικίωσης. (Ρομποτη, 2004)

1.2. Στάδια της εφηβείας

Η εφηβεία όμως δεν είναι ομοιόμορφη και συνηθίζεται επιστημονικά να χωρίζεται σχηματικά σε τρία στάδια τα οποία περιγράφουν τους μηχανισμούς που τη διέπουν, την προεφηβεία, την μέση και την τελικά εφηβεία. Τα όρια βέβαια αυτά είναι ο κανόνας αλλά ποικίλουν από άτομα σε άτομο όσον αφορά την έναρξη αλλά και τη διάρκεια (Μακρή-Μπότσαρη, 2011).

Η περίοδος από πέντε έως 10 ετών ονομάζεται λανθάνουσα και η ονομασία αυτή οδόθηκε για πρώτη φορά από τον Freud ο οποίος πίστευε ότι η ηλικία αυτή είναι αρκετά πιο ήρεμη τόσο από τις επόμενες όσο και από τις προηγούμενες (Μπεράτη, 1987).

1.2.1. Πρώιμη εφηβική ηλικία

Το αρχικό στάδιο, σηματοδοτεί αλλαγές στην τελευταία φάση της παιδικής περιόδου που σε συνδυασμό με τις βιολογικές εξελίξεις, τις επονομαζόμενες ως ήβη, ενεργοποιούν κυρίως ψυχολογικούς και βιολογικούς μηχανισμούς, με τους οποίους ουσιαστικά αναγγέλλεται η τμηματική μεταμόρφωση του παιδιού σε ενήλικα. Είναι μία αρκετά κρίσιμη μεταβατική περίοδος τόσο για τα παιδιά όσο και για τους γονείς που την «βιώνουν» μαζί τους. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητο οι γονείς να καταβάλουν ιδιαίτερη προσοχή καθώς μπορεί να υπάρξουν στιγμές που να μην αναγνωρίζουν τον χαρακτήρα του ίδιου τους του παιδιού. Η ανάπτυξη των πρωτευόντων και δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου του παιδιού δημιουργούν μεγάλες αλλαγές στην εικόνα του σώματός του. Η εμφάνιση πλέον αποκτά καινούργιο και σημαντικότερο νόημα (Αναστασόπουλος, 2000).

Οι σωματικές αυτές αλλαγές που συμβαίνουν είναι αποτέλεσμα μιας σειράς ενδοκρινών μεταβολών. Οι μεταβολές αυτές σχετίζονται με την ωρίμανση των γεννητικών οργάνων, τις μετατροπές στο σωματικό βάρος και ύψος, την αλλαγή στη σύσταση του σώματος και τέλος στις αλλαγές που παρατηρούνται και στην ψυχοκοινωνική του ανάπτυξη (Τσιάντης, 2001) (Cusantis & Shannon, 1996).

Αυτές όμως δεν πρέπει να του προξενήσουν ανησυχία, άγχος, ή ακόμη και το αίσθημα της αμηχανίας και της ντροπής για το σώμα του αν θεωρεί ότι αυτό δεν ανταποκρίνεται στην εικόνα που έχει ορίσει η κοινωνία ως καλαίσθητο καθώς όλα έχουν άμεση σχέση με την αυτοεκτίμηση του εαυτού του. Αντίθετα οφείλει να νιώθει όμορφα με το σώμα του και να είναι σε θέση να αναδειξεί τα αισθησιακά του γνωρίσματα κάνοντάς τα πόλο έλξης, θαυμασμού και πρόκλησης.

Ωστόσο πέραν της σωματικής ανάπτυξης, η εφηβεία επιδρά και στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του νέου ατόμου, είτε άμεσα είτε έμμεσα (Thompson, 1990).

Οι μεταβολές που επέρχονται στο νεαρό άτομο αυτή την περίοδο σε συνδυασμό με τη μεταμόρφωση του σώματός του, τον οδηγούν στη σκέψη και τη δημιουργία θεωριών

για την εξήγηση τόσο της σχέσης του με το εξωτερικό του περιβάλλον όσο και με τον εσωτερικό του εαυτό. Σε αυτό το στάδιο λοιπόν, γίνεται σταδιακή προσπάθεια απογαλακτισμού του παιδιού από τους γονείς και αναζήτηση της προσοχής σε τρίτα άτομα όπως είναι οι συνομήλικοί του. Δημιουργούνται παρέες, συχνά του ίδιου φύλου, που είναι ανταγωνιστικές στις συμβατικές συνήθειες των μεγάλων και έχουν κοινές συμβατικές καταστάσεις, όπως είναι το ίδιο ντύσιμο και κούρεμα της κόμης τους καθώς και τον ίδιο τρόπο έκφρασης και φρασεολογίας. Οι παρέες του αποτελούν ένα ασφαλές καταφύγιο, ένα στήριγμα, εκτός της οικογένειας που θα τον βοηθήσει να ανεξαρτητοποιηθεί από τους γονείς του και να πραγματοποιήσει το αρχικό και σημαντικότερο στάδιο προς την κοινωνικοποίησή του και την σταθεροποίησή της ταυτότητάς του. Εκεί οι έφηβοι θα πραγματοποιήσουν έντονη διαπροσωπική ανταλλαγή εμπειριών, θα δοκιμάσουν τις ικανότητές τους και τις ιδέες τους, θα ανταλλάξουν γνώμες και απόψεις αλλά και θα συγκρίνουν τους εαυτούς με τα υπόλοιπα μέλη και μη και θα πάρουν μία θέση ανάμεσά τους. Δημιουργούν μεταξύ τους προσωπικές σεξουαλικές θεωρίες, τόσο με την βοήθεια του σχολείου μέσω της διεξαγωγής συγκεκριμένων μαθημάτων, όσο και μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης που προσφέρουν πλήθος πληροφοριών.

Ο ρόλος των γονιών είναι ιδιαίτερα δύσκολος στην φάση αυτή. Είναι μέγιστης σημασίας να έχουν κατανόηση, να είναι αρκετά ψύχραιμοι και να εγκαθιδρύσουν την ύπαρξη της απαραίτητης εμπιστοσύνης από τους γονείς προς το παιδί, αλλά και το αντίστροφο. Να μην τρομάζουν με την αλλοπρόσαλλη συμπεριφορά του εφήβου και να μην παρεξηγήσουν τα πρώιμα ενδιαφέροντά του. Γιατί αν το κάνουν και από την αγωνία τους επιβάλλουν τιμωρίες και απαγορεύσεις τότε το παιδί θα αντιδράσει, θα επαναστατήσει και θα χάσει και την εμπιστοσύνη του προς τους γονείς του. Κάτι που θα έχει ως αποτέλεσμα να πάψει να μοιράζεται μαζί τους τις ανησυχίες του και τους προβληματισμούς του και κατ' επέκταση υπάρχει περίπτωση να παρεμποδιστεί η ομαλή ανάπτυξη του νέου ατόμου και η πορεία του προς την ανεξαρτητοποίησή του (Μπεράτη, 1987) (Mahler, et al., 1975).

1.2.2. Μέση εφηβική ηλικία

Στη μέση ηλικία ο ανταγωνισμός με τους γονείς οξύνεται. Παύουν να αποτελούν αντικείμενο θαυμασμού, η παρέα τους θεωρείται ανιαρή και ντροπιαστική για αυτό και

υπάρχει έντονη άρνηση του εφήβου στις κοινές τους εξόδους ή και στην παρουσία του στα οικογενειακά τραπέζια και συναθροίσεις. Ο έφηβος σε αυτή τη φάση θέτει τους στόχους του για το μέλλον, σταθεροποιεί και διευρύνει την προσωπική του ταυτότητα, δημιουργεί σταθερές διαπροσωπικές σχέσεις και προχωράει στην ανάπτυξη σχέσεων οικειότητας με το αντίθετο φύλο καθώς επίσης αρχίζουν και οι πρώτες σεξουαλικές επαφές (Μοττη-Στεφανίδου, 2005).

Η διερεύνηση της σεξουαλικότητας συνεπάγεται με τη δόμηση της σεξουαλικής ταυτότητας και της αποδοχής της τελικής εικόνας του σώματος στα μάτια του εφήβου (Αναστασόπουλος, 2000). Μαθαίνει να είναι άνετος με τα χαρακτηριστικά αλλά και γενικότερα με το φύλο του, να εκφράζει αλλά και να διαχειρίζεται τα ερωτικά του συναισθήματα καθώς συχνά οι επαφές τους είναι αδέξιες, και επίσης να δέχεται αντίστοιχες εκδηλώσεις ενδιαφέροντος από το αντίθετο φύλο (Brown, et al., 2008). Η διαδικασία αυτή βέβαια, θέτει μεγαλύτερη απόσταση μεταξύ των γονιών και του εφήβου, με αποτέλεσμα οι νέοι να στρέφονται προς τους συνομήλικούς τους, οι οποίοι λαμβάνουν το ρόλο του υποκατάστατου της οικογένειας στην αναζήτηση ασφάλειας και πηγών πληροφόρησης (Αναστασόπουλος, 2000).

Η σχέση του εφήβου με τους γονείς του σε αυτή την περίοδο πλήττεται σοβαρά. Ο νέος βρίσκεται σε μία διαδικασία αποκοπής από την οικογένειά του και παράλληλα στη δημιουργία νέων βάσεων για μία καινούργια σχέση μεταξύ τους (Cole & Cole SR, 2002) Στην προσπάθειά του να απομακρυνθεί από κοντά τους, τους ανταγωνίζεται και τους μειώνει. Αντιδρά σε κάθε μορφή εξουσίας. Πάντοτε όμως έμμεσα αποζητά την προσοχή, την προστασία και την αγάπη τους προς τον ίδιο (Μπεράτη, 1987). Αρκετές φορές, οι γονείς, μη μπορώντας να δεχτούν την ανεξαρτητοποίηση των παιδιών τους δημιουργούν εντάσεις και συγκρούσεις. Βλέπουν πως αρχίζουν να χάνουν τον έλεγχο που είχαν στην μέχρι τώρα ζωή του νέου και δυσχεραστούνται κάνοντάς τους στις περισσότερες περιπτώσεις να ενεργούν εσφαλμένα θέτοντας όρους και κανόνες για να τον συνετίσουν (Αναστασόπουλος, 2000).

1.2.3. Όψιμη εφηβική ηλικία

Το τελικό στάδιο σηματοδοτείται με την σταθεροποίηση της ταυτότητάς του. Αποκτά τα χαρακτηριστικά της εφηβείας. Επιτυγχάνεται η ψυχολογική ανεξαρτησία από τους γονείς του μέσω της οποίας καταφέρνει να γυρίσει κοντά τους σε μία καινούργια σχέση

βασισμένη στην ισότητα, τον σεβασμό και την αλληλοκατανόηση. Παύουν οι έντονες θυελλώδεις συγκρούσεις. Οι έφηβοι ζητούν την συμβουλή και την βοήθεια των γονιών τους για τα προβλήματα τους αλλά και τις επιλογές που αφορούν την μελλοντική τους αποκατάσταση. Πλέον θεωρούν τους γονείς συμμάχους τους και παύει να υπάρχει ο ανταγωνισμός απέναντί τους. Ορισμένοι γονείς αναφέρουν ότι έχουν καλύτερη σχέση με τα παιδιά τους σε αυτή τη φάση σε σχέση με παλιότερα. Επίσης καθώς η ταυτότητα του εφήβου ολοκληρώνεται οδηγείται στην εγκαθίδρυση ενός συστήματος ηθικών αξιών και στην προσαρμογή στην πραγματικότητα. Αναπτύσσει την ικανότητα για διάρκεια στον διαπροσωπικό τομέα με αποτέλεσμα να μπορεί να δημιουργήσει σημαντικές σχέσεις τόσο μη σεξουαλικά όσο και σεξουαλικά, οι οποίες στο μέλλον μπορεί να καταλήξουν με τη σειρά τους σε αρραβώνα ή και γάμο.

1.3. Διατροφή και Εφηβεία

Η εφηβεία είναι αδιαμφισβήτητα μία από τις σημαντικότερες περιόδους ανάπτυξης του νέου ανθρώπου. Την περίοδο αυτή σημειώνονται αρκετές ψυχολογικές και σωματικές αλλαγές που οδηγούν στην τελική διαμόρφωση της προσωπικότητας αλλά και της οργανικής διάπλασης του ατόμου.

Κατά την εφηβική ηλικία η διατροφή και η άσκηση καταλαμβάνουν πολύ σημαντική θέση για την σωστή σωματική ανάπτυξη και υγεία του ατόμου. Η στάση όμως του νέου απέναντι στη διατροφή και την δραστηριότητα καλλιεργούνται από αρκετά νεαρή ηλικία (παιδική ηλικία) και εδραιώνονται κατά την εφηβική ηλικία (Organization, 2004) (Swinburn, et al., 2011). Είναι λοιπόν απαραίτητο, οι έφηβοι να εκπαιδευτούν σε σχέση με την ποιότητα των τροφών που θα πρέπει να καταναλώνουν από αρκετά νεαρή ηλικία, καθώς η άσκηση σε συνδυασμό με την υγιεινή διατροφή αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες για την υγεία, τόσο μακροπρόθεσμα όσο και βραχυπρόθεσμα στη ζωή του (Pearson, et al., 2009).

1.3.1. Διατροφικές συνήθειες εφήβων

Παρά τη σημαντικότητα της υγιεινής διατροφής, οι έφηβοι στην εποχή μας έχουν αυξήσει τις ανθυγιεινές διατροφικές τους συνήθειες. Η διατροφή τους σε γενικές γραμμές αποτελείται από κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Παραλείπουν σημαντικά

γεύματα, όπως είναι το πρωινό που είναι βασικής σημασίας για την ορθή σωματική αλλά και πνευματική του ανάπτυξη, και η παράλειψή του οδηγεί σε αύξηση του κινδύνου εμφάνισης παχυσαρκίας, ενώ παράλληλα επηρεάζει αρνητικά τα επίπεδα προσοχής, μνήμης καθώς και την απόδοση στο σχολείο (Wesness, et al., 2003) (Rampersaud, et al., 2005). Καταναλώνουν πολλά έτοιμα γεύματα τόσο εντός όσο και εκτός του σπιτιού, συνοδευόμενα πολλές φορές από γλυκά και αναψυκτικά, τα οποία είναι πλούσια σε κενές θερμίδες και ελλιπής στα απαραίτητα για τον οργανισμό τους θρεπτικά συστατικά και πλούσια σε ζάχαρη και συντηρητικά (Bauer, et al., 2009) (Larson, et al., 2007). Επίσης ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής συνδέεται πολύ συχνά και με συμπεριφορές υψηλού κινδύνου όπως είναι οι χρόνιες ασθένειες, οι καταστάσεις στρες ψυχικής ή φυσικής φύσης, η εγκυμοσύνη, το κάπνισμα, η παραβατική συμπεριφορά και η κατάχρηση του αλκοόλ οι οποίες έχουν σημαντικές μεταβολικές απαιτήσεις στην εφηβική ηλικία (Donald E Greydanus, et al., 2011).

Οι έφηβοι έχουν τυπικά αρκετά μεγάλη όρεξη. Όταν είναι εξοικειωμένοι στον υγιεινό τρόπο ζωής (διατροφή και άσκηση) από την παιδική ηλικία, υπάρχει μικρότερη πιθανότητα να δημιουργηθούν προβλήματα διατροφής. Στην φάση αυτή οι νέοι είναι αρκετά μιμητικοί, με αποτέλεσμα να υπάρχουν κάποιοι συγκεκριμένοι παράγοντες που επηρεάζουν τις επιλογές τους στον τρόπο διατροφής τους. Η σύσταση και οι διατροφικές συνήθειες της οικογένειας, η τηλεόραση και οι διαφημίσεις προϊόντων, τα σωματικά πρότυπα που έχει προωθήσει η κοινωνία μέσω των περιοδικών, των βιομηχανιών και της τηλεόρασης, οι προσωπικές αξίες και εμπειρίες κάθε ατόμου και ο χρόνος παρασκευής των γευμάτων. Σημαντικό παράγοντα αποτελούν επίσης και οι συνομήλικοί του, οι οποίοι πράττουν ότι είναι πιο δημοφιλές. Δυστυχώς όμως οι πιο δημοφιλές τροφές δεν είναι πάντοτε και οι πιο υγιεινές, καθώς είναι γεμάτες σε κενές και επιβλαβής για τον οργανισμό θερμίδες (π.χ. ζαχαρωτά, αναψυκτικά). Αυτά τα φαγητά περιέχουν πολλούς υδατάνθρακες, λίπη και είναι χαμηλά σε βιταμίνες πρωτεΐνες και γενικά θρεπτικά συστατικά. Οι παράγοντες αυτοί λοιπόν, έχουν καταλυτικό ρόλο στη διαμόρφωση της διατροφικής συμπεριφοράς του εφήβου (Worthington-Roberts & Rees, 1996). Οι διατροφικές του συνήθειες είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την διάθεσή του να ενσωματωθεί στην κοινωνική ομάδα των συνομηλίκων του, με αποτέλεσμα συχνά να αποτελεί και ένα μέσο για την κάλυψη των ψυχοκοινωνικών του αναγκών (Syjoldzic & De Lucia, 2007).

Στις περισσότερες των περιπτώσεων, έχει παρατηρηθεί ότι οι διατροφικές συνήθειες των εφήβων δεν είναι και τόσο ωφέλιμες για τον οργανισμό τους χρίζοντας άμεσης βελτίωσης. Απαραίτητο είναι από τη μεριά των ενηλίκων, όπως είναι οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί, να πληροφορήσει με τον κατάλληλο τρόπο τον νέο για τις ανάγκες που έχει ο οργανισμός του αλλά και για τις επιπτώσεις που επιφέρουν οι επιβλαβείς τροφές που καταναλώνει.

1.3.2. Διατροφικές απαιτήσεις κατά την εφηβεία

Λόγω του αρκετά γρήγορου ρυθμού ανάπτυξης, της αύξησης του μυϊκού ιστού, την αύξηση των οστών καθώς και την έναρξη της εμμηνορρυσίας στα κορίτσια, οι έφηβοι έχουν αυξημένες διατροφικές ανάγκες. Οι ανάγκες αυτές επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, οι δραστηριότητες οι οποίες εμπεριέχονται στην καθημερινότητά τους και το φύλο. Αυτά αποτελούν συνέπεια των αλλαγών που παρατηρούνται ξεχωριστά για κάθε φύλο, οι οποίες αναγράφονται στις συστάσεις των διεθνών οργανισμών υγείας και συσχετίζονται με τις απαιτήσεις σε θρεπτικά συστατικά (Nielsen, et al., 2002) (Hedrich, et al., 2000). Η αύξηση της ηλικίας πάει αναλογικά με την αύξηση των ενεργειακών αναγκών του εφήβου. Επίσης αν λάβουμε υπόψιν μας ένα κορίτσι και ένα αγόρι ίδιας ηλικίας και με την ίδια φυσική δραστηριότητα, το αγόρι έχει μεγαλύτερες απαιτήσεις σε ενέργεια σε σχέση με το αντίστοιχο κορίτσι που είναι αποτέλεσμα της διαφορετικής σωματικής σύστασης που διαθέτει το κάθε φύλο. Η σύσταση του σώματος των κοριτσιών αποτελείται από μεγαλύτερο ποσοστό λίπους σε σύγκριση με των αγοριών, με αποτέλεσμα σε δύο εφήβους ίδιας ηλικίας αλλά διαφορετικού φύλου ο μεταβολισμός του αγοριού να είναι πιο αυξημένος σε σχέση με του κοριτσιού. Επιπλέον ιδιαίτερη σημασία έχει και η διατήρηση του ισοζυγίου ενέργειας. Διαταραχές του ισοζυγίου ενέργειας των εφήβων για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα δύναται να έχει ως συνέπεια την δημιουργία παχυσαρκίας ή και απίσχνασης (Mahan & Escott, 2000). Οι διατροφικές ανάγκες των εφήβων διαχωρίζονται σε πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπη, μέταλλα, ασβέστιο, σίδηρο, βιταμίνες και φυτικές ίνες.

- **ΠΡΩΤΕΙΝΕΣ:**

Η καθημερινή πρόσληψη των πρωτεϊνικών αναγκών αποτελεί προτεραιότητα στη διατροφή των εφήβων. Βάση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η

πρόσληψη πρωτεϊνών αρχίζει για τα αγόρια με 0,99 γραμμάρια/κιλό σωματικού βάρους ανά ημέρα στην ηλικία των 10μετών και άνω, και καταλήγει σε 0,86 γραμμάρια/ κιλό σωματικού βάρους ανά ημέρα στην ηλικία των 18 ετών. Ενώ για τα κορίτσια ξεκινάει με 1 γραμμάριο/ κιλό σωματικού βάρους ανά ημέρα και καταλήγει σε 0,8 γραμμάρια/ κιλό σωματικού βάρους ανά ημέρα στην ηλικία των 18 ετών. Οι πρωτεϊνικές απαιτήσεις των εφήβων μπορούν να καλυφθούν από ποικίλες τροφές υψηλής βιολογικής αξίας. Τέτοιες τροφές είναι τα αυγά, τα πουλερικά και ιδίως το στήθος κοτόπουλο, τα ψάρια, το κρέας και τα άπαχα γαλακτοκομικά προϊόντα (Mahan & Escott, 2000).

- **ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ:**

Οι υδατάνθρακες καλό θα ήταν να εμπεριέχονται σε κάθε γεύμα καθώς παρέχουν ενέργεια και πληρότητα. Η πρόσληψη υδατανθράκων καλό είναι να αποτελεί ένα 50-55% της συνολικής ενέργειας που λαμβάνει το άτομο ημερησίως, με εξαίρεση τους εφήβους που ασχολούνται με τον αθλητισμό. Εκείνοι λαμβάνουν μεγαλύτερη ποσότητα που κυμαίνεται στο 60%. Ταυτόχρονα η παρουσία τους αποτελεί καθοριστικό παράγοντα τόσο για τον μεταβολισμό των λιπών και των πρωτεϊνών όσο και για το νευρικό σύστημα. Το λίπος αποτελεί αναπόσπαστο συστατικό για κάθε διατροφή και συμβάλλει στην επίτευξη κορεσμού. Η ύπαρξη ανεπαρκούς ποσότητας υδατανθράκων στον οργανισμό έχει ως αποτέλεσμα την μη πραγματοποίηση της διαδικασίας μεταβολισμού και αποβολής των λιπαρών οξέων. Οι υδατάνθρακες εμπεριέχονται σε ποικίλες τροφές. Οι ωφέλιμοι για τον οργανισμό είναι κυρίως οι σύνθετοι όπως είναι τα λαχανικά, τα φρούτα, τα ζυμαρικά και τα προϊόντα ολικής αλέσεως. Ενώ η κατανάλωση transλιπαρών, όπως είναι το άσπρο ψωμί, η ζάχαρη και τα παράγωγά της, δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το 10% καθώς κάθε άλλο παρά ωφέλιμα είναι για τον οργανισμό του ατόμου (Ζερφυρίδης, 1998).

- **ΛΙΠΗ:**

Τα λίπη θα πρέπει να καλύπτουν περίπου ένα 30% επί των συνολικών θερμίδων που λαμβάνει ημερησίως. Από αυτό το ποσοστό τα κορεσμένα λίπη δεν θα πρέπει να καταλαμβάνουν περισσότερο από το 10%. Δυστυχώς οι έφηβοι

καλύπτουν τις ανάγκες τους σε λίπος με λανθασμένο τρόπο, καθώς η καθημερινή τους διατροφή αποτελείται κυρίως από κορεσμένα λίπη που αντενδείκνυται από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας. Η υπερβολική κατανάλωση λιπών έχει σαν αποτέλεσμα την δραματική αύξηση του βάρους και τη δημιουργία παχυσαρκίας και επιπρόσθετων επιπλοκών που έρχονται ως επακόλουθο της. Αντίθετα, η μειωμένη πρόσληψη έχει ως συνέπεια την ανεπαρκή πρόσληψη ανόργανων στοιχείων και βιταμινών, που οδηγούν με τη σειρά τους στη δημιουργία προβλημάτων στην ανάπτυξη αλλά και στην ορθή λειτουργία του οργανισμού των εφήβων (Mahan & Escott, 2000) (Butte, 2003).

- **ΑΣΒΕΣΤΙΟ:**

Οι απαιτήσεις σε ασβέστιο είναι αρκετά αυξημένες τόσο κατά την παιδική όσο και κατά την εφηβική περίοδο, λόγω της ταχείας σκελετικής και μυϊκής ανάπτυξης που συντελείται σε αυτά τα χρόνια.

Το 40% της οστικής μάζας του ανθρώπου πραγματοποιείται στην εφηβική ηλικία, με αποτέλεσμα οι ανάγκες να είναι αρκετά πιο αυξημένες σε σύγκριση με εκείνες των ενηλίκων. Η επαρκής κάλυψη των απαιτήσεων σε ασβέστιο των εφήβων, αποτελεί βασικό παράγοντα πρόληψης μελλοντικών καταγμάτων που σχετίζονται με την ηλικία. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στους νέους που αποστρέφονται τα γαλακτοκομικά προϊόντα, τα οποία αποτελούν την κύρια πηγή ασβεστίου, για οποιοδήποτε λόγο. Η ανεπαρκής πρόσληψη ασβεστίου αποτελεί κρίσιμο προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση οστεοπόρωσης κατά την ενήλικη ζωή, ιδίως αν συνδυάζεται και με ελλιπή φυσική δραστηριότητα (Ζερφυρίδης, 1998).

- **ΣΙΔΗΡΟΣ:**

Ένα ακόμη απαραίτητο μέταλλο είναι ο σίδηρος. Η αύξηση της μυϊκής μάζας κατά την εφηβική ηλικία συνεπάγεται και αύξηση του ολικού όγκου αίματος, και κατ' επέκταση της συγκέντρωσης της αιμοσφαιρίνης, με αποτέλεσμα να υπάρχει και η ανάλογη αύξηση στις απαιτήσεις σε σίδηρο. Η συνιστάμενη ημερήσια πρόσληψη για τα αγόρια ηλικίας 11-18 ετών είναι 8-11 mg/ημέρα, ενώ για τα κορίτσια ηλικίας 11-18 ετών είναι 8-15 mg/ημέρα. Στα κορίτσια οι απαιτήσεις σε σίδηρο είναι μεγαλύτερες σε σχέση με των αγοριών, λόγω της

απόλειας αίματος που έχουν μέσω της έμμηνου ρήσης. Ανεπαρκής πρόσληψη σιδήρου μπορεί να οδηγήσει σε σιδηροπενική αναιμία, η οποία με τη σειρά της μπορεί να πλήξει την ανοσολογική λειτουργία του οργανισμού και την ανάπτυξη. Καλές πηγές σιδήρου είναι οι φακές, τα όσπρια, οι ξηροί καρποί, το κόκκινο κρέας, το συκώτι, τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, τα αποξηραμένα φρούτα και οι τροφές ολικής αλέσεως (Ζερφυρίδης, 1998) (Cusantis & Shannon, 1996).

- **ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ:**

Απαραίτητες για τον οργανισμό είναι και οι βιταμίνες νιασίνη, ριβοφλαβίνη και θειαμίνη, των οποίων η δράση έγκειται στην ρύθμιση της μεταβολικής διαδικασίας και των ενεργειακών μεταφορών που συμβαίνουν στον οργανισμό. Η βιταμίνη D σε συνδυασμό με το ασβέστιο συμβάλει στην ομαλή ανάπτυξη των οστών, η βιταμίνη A και C συμβάλουν στην ανάπτυξη νέων κυττάρων και υγιούς δέρματος και το φυλλικό οξύ είναι απαραίτητο για την κατάλληλη σύνθεση του DNA και του RNA. Εξίσου σημαντικές είναι και η βιταμίνη B6 και B12. Πολλές φορές οι απαιτήσεις των εφήβων σε βιταμίνες συμπίπτουν με αυτές των ενηλίκων (Ζερφυρίδης, 1998) (Schwartz & Fisher, 2019).

- **ΦΥΤΙΚΕΣ ΙΝΕΣ:**

Οι φυτικές ίνες είναι συστατικά των τροφών, των οποίων η κατανάλωση έχει διάφορες ευεργετικές ιδιότητες στον οργανισμό των εφήβων. Προέρχονται αποκλειστικά από τρόφιμα που προέρχονται από φυτά και είναι πλούσια σε υδατάνθρακες. Τις φυτικές ίνες μπορεί να της λάβει κανείς από τα φρούτα, τα δημητριακά ολικής άλεσης, τα λαχανικά, τα όσπρια και τους ξηρούς καρπούς. Συντελούν στην ορθή λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος όταν καταναλώνονται σε λογικές ποσότητες και συνδυάζονται με την επαρκή κατανάλωση ποσοτήτων νερού. Η υπερβολική κατανάλωση φυτικών ινών μπορεί να οδηγήσει σε διάρροια και φούσκωμα.

1.3.3. Κατάλληλη διατροφή εφηβικής ηλικίας

Η ύπαρξη καλής υγείας κατά την εφηβική ηλικία και η διατήρησή της και κατά την ενήλικη ζωή είναι μεγίστης σημασίας. Από νεαρή κιόλας ηλικία, ο έφηβος θα πρέπει

να γνωρίζει την σημαντικότητα και τα οφέλη της υγιεινής διατροφής σε συνδυασμό πάντοτε με τη σωματική άσκηση. Το σωματικό βάρος του πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά και να διατηρείται σταθερό. Σε περίπτωση μεταβολής του θα πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα και κατάλληλα καθώς μπορεί να οδηγήσει σε παχυσαρκία ή σοβαρή απώλεια βάρους. Η καθημερινή του διατροφή οφείλει να απαρτίζεται από ποικιλία καλής ποιότητας τροφίμων, έτσι ώστε να λαμβάνει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και στις κατάλληλες ποσότητες που χρειάζεται ο οργανισμός του. Βέβαια επιβάλλεται όλα να καταναλώνονται με μέτρο και όχι στην υπερβολή τους.

Μέσα στην ημέρα ο έφηβος καλό θα ήταν να πραγματοποιεί τρία κύρια γεύματα και δύο ενδιάμεσα μικρότερα γεύματα. Μεγάλο όμως ποσοστό των νέων, λόγω του σύγχρονου ρυθμού ζωής, των πολλών δραστηριοτήτων, του σχολείου και των φροντιστηρίων, δεν εφαρμόζει το συγκεκριμένο σχήμα. Επίσης παρατηρείται αυξημένη κατανάλωση τροφών πλούσιων σε λίπος, ζάχαρη, υδατάνθρακες και αλάτι και μειωμένη βρώση σε φρούτα και λαχανικά πλούσια σε θρεπτικά συστατικά. Οι νέοι θα πρέπει να παροτρύνονται από το περιβάλλον τους να σιτίζονται με σπιτικό φαγητό παρά με έτοιμα μικρογεύματα του εμπορίου που πολύ πιθανό να είναι αρκετά πιο επιβλαβής για την υγεία τους, ιδίως αν τα προτιμούν και καθημερινά (Αθανασίου, 2007).

Ένα εξίσου σημαντικό ζήτημα αποτελεί και η λήψη σωστού πρωινού. Είναι απαραίτητη η πραγματοποίηση ενός πρωινού γεύματος καθώς έρευνες έχουν δείξει ότι το ολοκληρωμένο πρωινό συμβάλει στην καλύτερη πνευματική απόδοση, στην συγκέντρωση, στην μνήμη, στην επίλυση σύνθετων προβλημάτων αλλά και στην καλύτερη διάθεση (Berger, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.1 Ορισμός

Οι διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνουν μια σειρά από σύνδρομά τα οποία καθορίζονται από σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Το ενδιαφέρον για αυτές ήρθε στην επιφάνεια πριν από 25 χρόνια. Μέχρι και τις αρχές του 1980 οι περισσότεροι άνθρωποι γνώριζαν για την ύπαρξη της νευρικής ανορεξίας, αλλά λίγοι επαγγελματίες υγείας ή διαιτολόγοι θεώρησαν απαραίτητο να αποκτήσουν παραπάνω στοιχεία. Ενδέχεται να προκαλέσουν αρνητικές συνέπειες στην απασχόληση, στις σχέσεις, στο οικογενειακό περιβάλλον, στην υγεία και γενικότερα στην ζωή του ατόμου. Η ανάρρωση από αυτές τις διαταραχές είναι πολύ δύσκολη. Ένα κοινό χαρακτηριστικό αυτών των διαταραχών είναι η καταθλιπτική διάθεση.

Οι Διαταραχές Διατροφής, όπως πολύ συχνά αναφέρονται, προκύπτουν κυρίως από την υπερβολική ενασχόληση με την εικόνα και το βάρος του σώματος και συνοδεύονται από ελλιπή, ακανόνιστη ή υπερβολικά μεγάλες ποσότητες τροφής. (Λαζαράτου, 2003)

Οι συχνότερες διατροφικές διαταραχές είναι η ψυχογενής βουλιμία και η νευρική ανορεξία οι οποίες είναι σοβαρές ασθένειες που αφορούν κυρίως έφηβες και νέες γυναίκες (λιγότερο από το 10% τα αγόρια). Τα άτομα με νευρική ανορεξία τρώνε πολύ μικρές ποσότητες φαγητού οι οποίες δεν φτάνουν για να καλύψουν τις ημερήσιες θερμιδικές τους ανάγκες, με αποτέλεσμα να χάνουν βάρος, ενώ τα άτομα με βουλιμία καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες τροφής σε μικρά χρονικά διαστήματα και προκαλούν στην συνέχεια έμετο προκειμένου να διατηρήσουν το κανονικό τους βάρος. (Paola, Miotto; Monica, De Coppi ; Michela, Frezza ;, 2003)

Μελέτες αναφέρουν ότι οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα σε αθλητές από ότι σε μη αθλητές και πιο συγκεκριμένα σε αθλήματα όπως η ρυθμική γυμναστική και η συγχρονισμένη κολύμβηση. (Stoutjestic, D & Jevne, R, 2005)

2.2 Είδη διατροφικών διαταραχών.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αφορούν προβλήματα που σχετίζονται με συμπεριφορές πρόσληψης φαγητού. . Σύμφωνα με τα επίσημα εργαλεία ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών (DSM-IV- Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders-Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, & ICD-10- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση των Ασθενειών και Συναφών Προβλημάτων Υγείας). Αναγνωρίζονται τρεις κατηγορίες διατροφικών διαταραχών:

- **Ψυχογενής ανορεξία**

Η ψυχογενής ανορεξία (νευρική ανορεξία) χαρακτηρίζεται από την άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το σωματικό βάρος του πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό σύμφωνα με την ηλικία και το ύψος του. Τα άτομα που πάσχουν από τη διαταραχή αυτή φοβούνται και την αλλαγή στην εικόνα του σώματος τους και διαστρεβλώνουν την εικόνα του σώματος τους.

- **Ψυχογενής Βουλιμία**

Η Ψυχογενής βουλιμία ως κύριο χαρακτηριστικό έχει την αδυναμία του ατόμου να σταματήσει να καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφής σε μικρά χρονικά διαστήματα και προκειμένου να διατηρήσει το κανονικό του βάρος πολλές φορές καταλήγει να προκαλεί έμετο.

- **Διαταραχές πρόσληψης τροφής, οι οποίες όμως δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια των προηγούμενων κατηγοριών.**

Περίπου το 1/3 ή και πλέον των ασθενών που εξετάζονται για θεραπεία σε κλινικές για διατροφικές διαταραχές δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για καμία από τις δυο διαταραχές και οι τελευταίες ταξινομούνται σαν άτυπες.

Ωστόσο σύμφωνα με πολλούς ερευνητές η ψυχογενής βουλιμία και η νευρική ανορεξία αποτελούν όψεις του ίδιου νομίσματος. Ένα άτομο που πάσχει από ψυχογενή βουλιμία έχει μεγάλες πιθανότητες να καταλήξει να έχει νευρική ανορεξία. Το αντίστροφο είναι πιο δύσκολο να συμβεί αλλά δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που έχει συμβεί αυτό. (DSM-V, 2013)

2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία.

Οι νέες γυναίκες στις δυτικές χώρες δέχονται τεράστιες πιέσεις για να είναι καλοφτιαγμένες ηλιοκαμένες και σφιχτές. Ο κινηματογράφος και τα περιοδικά ενθαρρύνουν ακόμα περισσότερο την πεποίθηση ότι για να πετύχουν οι γυναίκες πρέπει να είναι λεπτές. Κάτω από αυτές τις πιέσεις δεν είναι παράξενο που η ενασχόληση με το σχήμα και το μέγεθος του σώματος είναι πολύ διαδεδομένη στις νέες γυναίκες. Η συχνότητα των διατροφικών διαταραχών αυξάνεται τα τελευταία χρόνια. Περίπου 1% των γυναικών αναπτύσσουν ανορεξία μεταξύ 14-19 χρονών, και 1-3% αναπτύσσουν βουλιμία στις ηλικίες 20-23 χρονών.

Τελευταία παρατηρείται αυξητική τάση στα αγόρια, και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στις χώρες αυτές, όπως στην Κύπρο και γενικότερα στην νοτιοανατολική μεσόγειο, παρατηρείται γρήγορη αλλαγή των κοινωνικών δομών και συνηθειών και αντιγραφή των Αμερικανών και γενικότερα των δυτικών προτύπων σε θέματα διατροφής, ντυσίματος, αξιών και τρόπου ζωής.

Η νευρική ανορεξία εμφανίζεται συνήθως στο μέσο της εφηβείας. Ωστόσο υπάρχει ένα ποσοστό το οποίο ανέρχεται στο 5% όπου τα άτομα εμφανίζουν νευρική ανορεξία στα πρώτα χρόνια της 3^{ης} δεκαετίας της ζωής τους δηλαδή στα 20-25 χρόνια. Η διαταραχή αυτή εμφανίζεται στο 0,5 - 1 % των έφηβων κοριτσιών και 10-20 φορές συχνότερα στις γυναίκες από τους άνδρες. Πιο συγκεκριμένα το 90% των ασθενών που έχει διαγνωστεί με διατροφική διαταραχή είναι γυναίκες, ενώ το 10% είναι άνδρες. Το γεγονός ότι οι άνδρες δεν εμφανίζουν αμηνόρροια (το οποίο είναι από τα κυριότερα συμπτώματα της ανορεξίας) πολλές φορές εξαιρούνται από τις έρευνες με αποτέλεσμα να μην έχουμε καθαρή εικόνα για την συχνότητα εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας στους άνδρες. (DSM-V, 2013)

Η συχνότητα διάδοσης της νευρικής ανορεξίας στα κοινωνικά στρώματα, παλιότερα πιστευόταν ότι αφορούσε τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα, παρά τις κατώτερες κοινωνικές τάξεις. Επιπλέον η διάδοση των διαταραχών λήψης τροφής είναι πιο έντονη στο παρόν από ότι ήταν παλιότερα και ο κίνδυνος εμφάνισης έχει αυξηθεί. Όσον αφορά την συχνότητα διάδοσης της νόσου με βάση τη φυλή οι έρευνες δείχνουν ότι η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται πιο συχνά στα άτομα της Καυκάσιας φυλής, και λιγότερο στην Αφρικανική, Ισπανόφωνη (Λατινική) και Ασιατική. (DSM-V, 2013).

Η ψυχογενής βουλιμία φαίνεται να εμφανίζεται συχνότερα στις μεσαίες και ανώτερες κοινωνικές τάξεις ενώ μερικές μελέτες συγκλίνουν στο γεγονός ότι παρόμοιες παθήσεις υπήρχαν και στην αρχαιότητα. (DSM-V, 2013)

Η βουλιμία όπως και οι περισσότερες διατροφικές διαταραχές εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες και φαίνεται να παρουσιάζει παγκόσμια κατανομή χωρίς να διακρίνεται ως προς την φυλή. Οι περισσότερες έρευνες καταγράφουν ότι η αναλογία γυναίκες προς άντρες είναι 10:1, ωστόσο υπάρχουν μελέτες που δείχνουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στους άνδρες σε σχέση με το γεγονός ότι η διαταραχή αυτή παρατηρείται σε ποσοστό 5- 15% μεταξύ του ανδρικού πληθυσμού. Η ηλικία έναρξης εμφάνισης της νόσου είναι τα 14-30 έτη, ενώ η συχνότητα εμφάνισης της νόσου σε παιδιά μικρότερα των 14 χρόνων είναι μειωμένη στο 5%. Τέλος έρευνες δείχνουν πως εμφανίζεται και σε ηλικιωμένους. (DSM-V, 2013)

Σημαντική έρευνα δείχνει ότι μεταξύ των αθλητριών η εμφάνιση διατροφικών διαταραχών μπορεί να είναι μέχρι και τέσσερις φορές μεγαλύτερη από ότι στον γενικό πληθυσμό. Μεταξύ των πελατών εμπορικών προγραμμάτων απώλειας βάρους η παρουσία της ψυχογενούς βουλιμίας ανάμεσα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις απώλειας βάρους, ανέρχεται σε 25-70%. (DSM-V, 2013) (Stoutjestic, D & Jevne, R, 2005)

Οι μαρτυρίες από αρκετές δυτικές χώρες επιβεβαιώνουν ότι η ενασχόληση με το σχήμα και το μέγεθος του σώματος με εναλλαγή διαιτητικού περιορισμού και επεισοδίων βουλιμίας είναι πολύ διαδεδομένη στις εφήβους και στις νεαρές γυναίκες. Επίσης περίπου μια γυναίκα στις δέκα προκαλεί εμετό για να ελέγξει το βάρος τις και ένας μικρότερος αριθμός κάνει κατάχρηση καθαρτικών για τον ίδιο σκοπό.

Σε οικογένειες παιδιών με διατροφικές διαταραχές συχνά υπήρχαν ή υπάρχουν προβλήματα με παχυσαρκία ή λεπτοκαμωμένα άτομα και πολλές φορές οι γονείς ή αδέρφια παιδιών που πάσχουν έκαναν δίαιτα για να ελέγξουν το βάρος τους . (Λαζαράτου, 2003)

2.4 Αίτια

Πολλοί άλλοι παράγοντες παίζουν ρόλο στη εκδήλωση ψυχοσωματικών διαταραχών όπως η οικογένεια, η ιδιοσυγκρασία του κοριτσιού, η γενετική προδιάθεση, το

περιβάλλον στο οποίο ζει και κινείται το άτομο κ.α. Τα νοσήματα αυτά είναι συχνότερα σε μονογονεϊκές οικογένειες, σε οικογένειες με αυστηρές αρχές και άκαμπτα πλαίσια συμπεριφοράς, και έλλειψη της δυνατότητας να είσαι ή να συμπεριφέρεσαι.

Η πίεση είναι πολύ μεγάλη ειδικότερα στα κορίτσια και πολύ λιγότερο στα αγόρια που έχουν σαν προτεραιότητα συνήθως την δημιουργία ενός αθλητικού και γυμνασμένου σώματος παρά ενός πολύ λεπτού σώματος.

Οι αγχώδεις καταστάσεις, η συναισθηματική φόρτιση, η ανία, οι περιβαλλοντογενείς αιτίες γύρω από την τροφή και το φαγητό, η κατάχρηση οινοπνεύματος και διαφόρων άλλων ουσιών καθώς και η εξάντληση είναι από τα κυριότερα αίτια για τις ψυχογενείς διαταραχές. Παρόλο που οι ακριβείς αιτίες για την εμφάνιση της βουλιμίας παραμένουν ασαφείς, αναγνωρίζονται μερικοί παράγοντες οι οποίοι παίζουν δυνητικά σημαντικό ρόλο στη αιτιοπαθογένειά τους. (Attia E & Walsh T, 2009):

- **Ψυχολογικοί**

Εντοπίζονται δυσκολίες στην αυτοεκτίμηση και την αποτελεσματική αυτορρύθμιση. Ωστόσο, είναι δύσκολο να οριστεί προνοσολογική κατάσταση η οποία προδιαθέτει τα άτομα να αναπτύξουν κατόπιν διαταραχές όπως η βουλιμία.

- **Κοινωνικοί-Μορφωτικοί**

Η υπερβολική φροντίδα ως προς την εξωτερική εμφάνιση και η υπερβολική ενασχόληση με την λεπτή σωματική φιγούρα φαίνεται πως είναι εξαιρετικά σημαντική για την ψυχογενή ανορεξία αλλά και για την ψυχογενή βουλιμία.

- **Ψυχοδυναμικοί**

Οι βουλιμικοί ασθενείς πάσχουν από μειωμένο έλεγχο του υπερεγώ και τη δύναμη του εγώ, σε σχέση με τους ανορεκτικούς ασθενείς. Πολλοί από τους πάσχοντες εμφανίζουν σημάδια δυσκολίας αποχωρισμού από τα άτομα που τους φροντίζουν ενώ η αποκοπή από τη μητριαρχική εικόνα δημιουργεί αμφιταλάντευση για το φαγητό. Οι ασθενείς, με το να προσλαμβάνουν τροφή νιώθουν πως συνδέονται με αυτούς που τους φροντίζουν ενώ με την πρόκληση του εμέτου, εκφράζουν ασυναίσθητα την επιθυμία τους να αποκοπούν.

- **Γενετικοί**

Παρόλο που δεν έχουν ταυτοποιηθεί κληρονομούμενα σχήματα, μια οικογενειακή προδιάθεση φαίνεται να ευθύνεται για την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών. Από έρευνες έχει προκύψει ότι γενετικές διαταραχές συνδέονται με την παθογένεση τόσο της ψυχογενούς βουλιμίας όσο και της ανορεξίας. (DSM-V, 2013)

- **Αλληλεπιδράσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και των γαστρεντερικών πεπτιδίων.**

Έχουν υποστηριχθεί τρεις ερμηνείες σχετικά με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών αλλά καμιά δεν έχει αποδειχτεί οριστικά. Αυτές είναι :

- **Ο συνδυασμός βιολογικής ερμηνείας**

Από τις πρώτες ημέρες της ζωής ενός ανθρώπου, η φροντίδας της μητέρας και η αγάπη που δείχνει στο μωρό έχουν τουλάχιστον έμμεση σχέση με την ποσότητα λίπους που σκεπάζει το σώμα του. Η μητέρα και ο κύκλος της θεωρούν ένα παχουλό μωρό καλοφροντισμένο μωρό. Στην παιδική ηλικία η εξασφάλιση σημαντικών ποσοτήτων φαγητού, συχνά πλουσίων σε υδατάνθρακες και λίπος θεωρείται σαν ένας τρόπος εκδήλωσης αγάπης για τα παιδιά και εξασφάλισης επαρκούς θρέψης. Στην ελληνική κουλτούρα που έχει αφθονία φαγητού, τα παιδιά μαθαίνουν να αυξάνουν προοδευτικά την ποσότητα του φαγητού και συχνά αυξάνουν την ποσότητα θερμίδων που καταναλώνουν πέρα από την ποσότητα που χρειάζονται για την ανάπτυξη, τις σωματικές λειτουργίες και τις ανάγκες της γυμναστικής. Κατά τα τρία χρόνια πριν από την εφηβεία συμβαίνει μια βιολογική έξαρση της ανάπτυξης και η πρόσληψη τροφής αυξάνεται ακόμα πιο πολύ. Σύμφωνα με μελέτες στα αγόρια οι ανάγκες ενέργειας για ανάπτυξη και η αναπτυξιακή έξαρση παρουσιάζονται περίπου στην ηλικία των 15 ετών. Επειδή στα αγόρια η μυϊκή μάζα αυξάνεται μετά από την ηλικία αυτή, εξακολουθεί να χρειάζεται πρόσθετη ενέργεια. Η αναπτυξιακή έξαρση στα κορίτσια εμφανίζεται σε ηλικία 12 και 14 ετών, πιο νωρίς απ' ό,τι στα αγόρια και οι ενεργειακές ανάγκες του κοριτσιού φτάνουν στο μέγιστο αυτό το χρονικό διάστημα. Περίπου στα 16 οι ανάγκες του κοριτσιού για ενέργεια μειώνονται σημαντικά, γιατί τα κορίτσια δεν αυξάνουν τη μυϊκή τους μάζα όπως τα αγόρια. Εάν το κορίτσι εξακολουθήσει να τρώει όσο έτρωγε στις αρχές της εφηβείας η παχυσαρκία είναι αναπόφευκτη. Καθώς αποκτά όλο και μεγαλύτερη επίγνωση του βάρους του σώματος της , μαθαίνει πως μπορεί να

ελέγξει την απόκτηση βάρους είτε κάνοντας δίαιτα είτε με άλλους τρόπους που θα τη βοηθήσουν να σταματήσει να απορροφά το φαγητό που καταναλώνει. Από την άλλη πλευρά πολλές έφηβες μπορεί να απορρίπτουν την ανάγκη να ελέγξουν το βάρος τους και να απολαμβάνουν το φαγητό, ενώ μειώνουν την ποσότητα ενέργειας που ξοδεύουν στη σωματική άσκηση.

- **Η ψυχολογική ερμηνεία**

Επειδή το φαγητό είναι ένα βασικό ένστικτο υποστηρίζεται ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από μια διατροφική διαταραχή έχουν μια σχετικά εύκολα αναγνωρίσιμη προσωπικότητα και είναι πιο ιδεοληπτικοί ή νευρωτικοί από εκείνους που τρώνε φυσιολογικά. Μερικές μελέτες που έγιναν με ερωτηματολόγια προσωπικότητας έδειξαν ότι οι γυναίκες που πάσχουν από νευρική ανορεξία είναι πράγματι πιο «νευρωτικές» ή «ιδεοληπτικές» από άλλες γυναίκες που το βάρος τους βρίσκεται στα εντός ορίων. Οι μελέτες δείχνουν επίσης ότι οι γυναίκες που μείωσαν το βάρος τους με δίαιτα και υπερβολική γυμναστική είναι πιο εσωστρεφείς, αγχώδεις και πιο εξαρτημένες από τις γυναίκες με νευρική ανορεξία που προκαλούν εμετό ή χρησιμοποιούν τα καθαρτικά ως μεθόδους για την απώλεια βάρους. Τα σημαντικότερα προβλήματα σχετικά με την αποδοχή της ψυχολογικής ερμηνείας είναι πρώτον ότι πολλές γυναίκες με νευρική ανορεξία ή βουλιμία παρατηρείται μετά από προσεκτικές εξετάσεις ότι έχουν κανονική προσωπικότητα και δεύτερον οι βαθμολογίες προσωπικότητας των φυσιολογικών ανθρώπων και εκείνων που πάσχουν από διαταραχές της διατροφής συμπίπτουν σε σημαντικό βαθμό. Μια θεωρία είναι ότι μερικές παχύσαρκες γυναίκες χρησιμοποιούν το φαγητό ως υποκατάστατο της αγάπης. Μια γυναίκα που νιώθει μόνη και χωρίς αγάπη αν δεν έχει συνεχώς συντροφιά, μπορεί να τρώει για να το ξεπεράσει. Το κενό στη ζωή της μικραίνει αν τρώει για να γεμίσει το άδειο στομάχι της. Όσο περισσότερο τρώει τόσο πιο πλήρης και λιγότερο μόνη αισθάνεται. Το φαγητό και κυρίως τα ποτά όπως το γάλα, γίνονται τα βασικά θεμέλια της ζωής της, θέτουν σε καταστολή την έλλειψη αυτοεκτίμησης και της προσφέρουν ικανοποίηση. Ακόμη, σύμφωνα με τη θεωρία του ελαττώματος της προσωπικότητας, μερικές γυναίκες που πάσχουν από νευρική ανορεξία φοβούνται να μεγαλώσουν και να ωριμάσουν σωματικά και σεξουαλικά. Αποφεύγοντας το φαγητό το σώμα μιας γυναίκας γίνεται σαν παιδιού προεφηβικής ηλικίας, η περίοδος σταματά, σταματά τις κοινωνικές συναναστροφές που της προκαλούν αμηχανία και άγχος και αρνείται τη σεξουαλικότητα της. Αυτή η εξήγηση μπορεί να ισχύει για μερικές ασθενείς με νευρική

ανορεξία, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις των διαταραχών τις διατροφής δεν έχει ισχύει.

- **Η κοινωνική ερμηνεία.**

Στη δυτική κουλτούρα η κοινωνία και κυρίως τα μέσα ενημέρωσης προβάλλουν αντικρουόμενα μηνύματα σχετικά με το φαγητό. Το πρώτο μήνυμα είναι ότι μια λεπτή γυναίκα είναι πετυχημένη, ελκυστική, υγιείς, ευτυχισμένη και δημοφιλής. Το να γίνει λεπτή με όλα όσα συνεπάγεται αυτό, επιδιώκεται από πολλές γυναίκες. Το δεύτερο μήνυμα είναι ότι το φαγητό είναι μια ευχάριστη δραστηριότητα που ικανοποιεί εκτός του ότι ανακουφίζει την πείνα, και οι γυναίκες έχουν το δικαίωμα να ικανοποιούν τις ανάγκες τους. Είναι δύσκολο να δει κανείς τηλεόραση χωρίς να βρεθεί αντιμέτωπος με μια εναλλαγή από διαφημίσεις για υποκατάστατα διαιτητικά φαγητά και πρόχειρα φαγητά ή κάτι αντίστοιχο. Η παροχή φαγητού θεωρείται στην ελληνική κουλτούρα ένδειξη φροντίδας, και το φαγητό με φίλους ή συγγενείς θεωρείται μια από τις κύριες κοινωνικές επαφές. Αυτές οι κοινωνικές συνήθειες που έχουμε αναπτύξει επιβάλλουν στη μητέρα να εξασφαλίζει υπέρογκες ποσότητες φαγητού, στην κόρη ή τον γιο της. Δεν είναι παράξενο ότι οι περισσότερες γυναίκες κάνουν δίαιτα κάτω από τον ψυχολογικό «βομβαρδισμό» δυο αντικρουόμενων μηνυμάτων. (Yilmaz, et al., 2015)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

3.1.1 Ορισμός

Ο όρος ψυχογενής ή νευρική ή νευρογενής βουλιμία περιγράφει μια διαταραχή στην πρόσληψη τροφής. Η ψυχογενής βουλιμία εκδηλώνεται σε δύο φάσεις, η πρώτη χαρακτηρίζεται από επεισοδιακή υπερφαγία (κατανάλωση πολύ μεγάλης ποσότητας φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα), η οποία ακολουθείται από τη δεύτερη φάση, την προσπάθεια απαλλαγής από τις περιττές θερμίδες συνήθως μέσω εμετού, καθαρτικών, διουρητικών και υπερβολικής άσκησης. Σε αυτή τη δεύτερη φάση ο ασθενής νιώθει τύψεις, ενοχές, άγχος και ντροπή για την υπερβολική κατανάλωση θερμίδων, για το λόγο αυτό καταφεύγει σε συμπεριφορές ακύρωσης. Η διαδικασία του εμέτου λειτουργεί και ως μέσο για να ελαφρύνει το άτομο από αβάσταχτα συναισθηματικά φορτία που νοιώθει. Πρόκειται και πάλι για μια πάθηση άμεσα συνδεδεμένη με τη ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση του ασθενή. (Jade, D., 2001).

Βασικά χαρακτηριστικά των ατόμων με βουλιμία είναι η έντονη ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος, ο υπερβολικός φόβος και η υπερβολική προσπάθεια να διατηρήσει το άτομο το φυσιολογικό του βάρος καθώς και η προσπάθεια απόκρυψης των επεισοδίων υπερφαγίας. (Kring, A.M., et al., 2010)

Παρόλο που οι προσωπικές ιστορίες των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν πρόβλημα βουλιμίας δεν είναι ποτέ ίδιες, αποδεικνύεται πως οι βουλιμικοί έχουν δυο κοινά χαρακτηριστικά: Η ποσότητα του φαγητού που τρώνε είναι μεγάλη, ενώ συγχρόνως υπάρχει μια αίσθηση απώλειας του ελέγχου. Η παραδοχή αυτών των κοινών παραμέτρων οδήγησε την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία στη διαμόρφωση ενός κοινά αποδεκτού τεχνικού ορισμού της βουλιμίας: Ένα επεισόδιο βουλιμίας χαρακτηρίζεται και από τα παρακάτω στοιχεία:

- Το άτομο τρώει μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (πχ μέσα σε δυο ώρες) ποσότητα τροφής πολύ μεγαλύτερη από εκείνη που θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι στο ίδιο χρονικό διάστημα και κάτω από παρόμοιες συνθήκες.

- Υπάρχει μια αίσθηση απώλειας του ελέγχου στη ποσότητα της τροφής που καταναλώνει το άτομο κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (νιώθει ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι ή πόσο τρώει).

Το στοιχείο εκείνο που κυριαρχεί στη βουλιμία είναι η αίσθηση απώλειας ελέγχου. Αυτό πάνω από όλα την διαφοροποιεί από την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού και την απλή απόλαυση. (DSM-V, 2013).

Τύποι βουλιμίας

- **Καθαρτικός Τύπος:** Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.
- **Μη Καθαρτικός Τύπος:** Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες μη φυσιολογικές, αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως η νηστεία ή η υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών. (Kring, A.M., et al., 2010)

3.1.2 Ετυμολογία.

Ο όρος βουλιμία προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «βους» που σημαίνει βόδι και «λιμός» που σημαίνει πείνα. Με την λέξη αυτή ερμηνεύονται δύο πράγματα : αυτός που μπορεί να καταναλώσει μεγάλες ποσότητες τροφής, αλλά και αυτός που πεινάει τόσο πολύ ώστε να μπορεί να καταναλώσει στην κυριολεξία ένα ολόκληρο βόδι. Η βουλιμία έχει μμεγάλη ιστορία και σαν κλινικό περιστατικό αναγνωρίστηκε από τον Έλληνα γιατρό Γαληνό, ο οποίος την ονόμασε βουλιμία ή μμεγάλη πείνα και την απέδιδε σε έναν όξινο χυμό του στο στομάχι, που προκαλούσε έντονα αλλά λάθος μηνύματα για πείνα. (Fairburn , 2005)

3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η Δίαιτα και η Επιδίωξη της του Αδύνατου Σώματος για πάνω από τα μισά κορίτσια και περίπου το ένα τρίτο των αγοριών εφηβικής ηλικίας εκδηλώνουν μη υγιείς

συμπεριφορές ελέγχου του σωματικού τους βάρους όπως η παράλειψη γευμάτων, η νηστεία, το κάπνισμα, ο αυτοπροκαλούμενος εμετός και η πρόσληψη καθαρτικών.

Ο δια βίου επιπολασμός της ψυχογενούς βουλιμίας στο γυναικείο πληθυσμό υπολογίζεται στο 1,5-2,3%. Από αυτό το ποσοστό μόλις το 1/3 διαγιγνώσκεται από υπηρεσίες υγείας όπως νοσοκομεία, ακόμα και στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες. Η συνολική ανά έτος επίπτωση της διαταραχής υπολογίζεται ότι ανέρχεται περίπου 12 καινούρια περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους, φτάνει ωστόσο σε 300 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους όταν υπολογίζεται μόνο στην ηλικιακή ομάδα μέγιστου κινδύνου τους εφήβους 16-20 ετών. (Keski-Rahkonen, et al., 2009)

Όπως και η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία είναι μία διαταραχή που εμφανίζεται κυρίως στις γυναίκες, με αναλογία γυναικών-ανδρών 10:1. Παρουσιάζεται στις περισσότερες των περιπτώσεων στην όψιμη εφηβεία και στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής, σε ηλικία 16-24 ετών (μέση τιμή ηλικίας έναρξης τα 18 έτη). Γι' αυτό ο επιπολασμός της κατά τη διάρκεια της εφηβείας (0,9%) είναι μικρότερος του επιπολασμού σε όλες τις ηλικίες, αν και μεγαλύτερος της ψυχογενούς ανορεξίας στην εφηβεία (0,3%) (Swanson, et al., 2011).

3.3 Αίτια.

Η αιτιολογία της Ψυχογενούς Βουλιμίας, όπως και αυτή στις περισσότερες από τις ψυχιατρικές διαταραχές, γενικά θεωρείται ότι βασίζεται σε πολλούς παράγοντες. Μια ποικιλία σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων αποτελούν αίτια της βουλιμίας. Κανένας αιτιολογικός παράγοντας, δεν θεωρείται αρκετός από μόνος του, ώστε να δικαιολογεί την ανάπτυξη της διαταραχής. Το αν τελικά θα εμφανιστεί η νόσος η αν θα εξελιχθεί τελικά, εξαρτάται από την ύπαρξη συνθηκών που ενεργοποιούν την προδιάθεση του ατόμου σε συγκεκριμένους παράγοντες. Τα προβλήματα βουλιμίας εξελίσσονται διαφορετικά για κάθε άνθρωπο, και για αυτό το λόγο πρέπει να διαχωρίζουμε ανάγκη τους παράγοντες που ευθύνονται για την έναρξή της, από εκείνους που συμβάλλουν στη διατήρησή της, όπως για παράδειγμα οι παράγοντες που οδηγούν μια γυναίκα στην δίαιτα κατά την εφηβική ηλικία είναι πιθανό να σχετίζονται με την εμφάνιση της βουλιμίας, καθώς η δίαιτα συνήθως προηγείται αυτής.

Οι παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας είναι σε μεγάλο βαθμό οι ίδιοι με αυτούς που ήδη αναφέρονται στη νευρική ανορεξία. Άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, διάφορα οικογενειακά προβλήματα, το προβεβλημένο

αδύνατο σώμα στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και η εξιδανίκευσή του στις δυτικές κοινωνίες αποτελούν σημαντικούς παράγοντες ανάπτυξης της νόσου. Όπως και στη νευρική ανορεξία, άτομα που έχουν κακοποιηθεί ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου εμφάνισης της ασθένειας. Βασικός αιτιολογικός παράγοντας στην εκδήλωση της ψυχογενούς βουλιμίας είναι η τάση των ασθενών να αξιολογούν την αυτοαξία τους σχεδόν αποκλειστικά με βάση το σχήμα και το βάρος του σώματός τους. Οι ασθενείς και σε αυτή τη διαταραχή εξιδανικεύουν τη λεπτότητα και αξιολογούν τον εαυτό τους αυστηρά πρωταρχικά με βάση την εμφάνιση αφήνοντας πίσω την διάπλαση του εσωτερικού τους κόσμου. Για την παθογένεια αυτή έχουν ενοχοποιηθεί και βιολογικοί παράγοντες. (Jade, D., 2001).

Οι αλλαγές που προκύπτουν από τα αναπτυξιακά στάδια που διέρχεται ένα άτομο, όπως για παράδειγμα η μετάβαση από την παιδική ηλικία στην εφηβεία συνδέεται στενά με την ανάπτυξη βουλιμίας. Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν πως η βουλιμία μπορεί να αναπαριστά την προσπάθεια καθυστέρησης ή αναβολής της σωματικής και της συναισθηματικής ωρίμανσης και της υπευθυνότητας που αυτές συνεπάγονται. Επιπροσθέτως, η γενετική παίζει κάποιο σημαντικό ρόλο, παρόλο που η έρευνα σε αυτόν τον τομέα βρίσκεται σε εξέλιξη. (Fairburn , 2005)

Το περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, αναθρέφεται και ωριμάζει ένα παιδί παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη συμπεριφορών και στην διάπλαση της προσωπικότητάς του. Έτσι και στις περιπτώσεις που κάποιος έφηβος παρουσιάζει συμπτώματα βουλιμίας ,οι πιθανότητες να ευθύνεται το περιβάλλον του είναι αυξημένες. (Λαζαράτου, 2003)

Πολλοί είναι οι παράγοντες οι οποίοι μπορεί να οδηγήσουν σε ένα επεισόδιο βουλιμίας. Μπορεί να πρόκειται για την αρχή της περιόδου, ή για την στιγμή της ωορρηξίας (η αδυναμία ελέγχου της όρεξης των γυναικών με βουλιμία πριν από την περίοδο, οδηγεί σε φούσκωμα, ή σε αρνητικά συναισθήματα όπως η κατάθλιψη και ο εκνευρισμός), άγχος, κούραση, ένταση, αίσθηση κενού και μοναξιάς ή ένα γεγονός το οποίο προκάλεσε ένα συγκινησιακό ξέσπασμα. Επίσης, δυσκολίες στις σχέσεις και στον σεξουαλικό τομέα ή ερωτικές απογοητεύσεις, ενοχές και ειδικά στην εφηβεία, είναι επίσης βασικοί παράγοντες των βουλιμιών και ο κύκλος βουλιμία-εμετός παίρνει συχνά την μορφή της τιμωρίας ή της κάθαρσης. (Hoek & Van Hoeken, 2003)

Η πιθανότητα να αποτελεί παράγοντα πρόκλησης της ψυχογενούς βουλιμίας, η ύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών στην οικογένεια, έχει επίσης βάση. Η διαταραχή που έχει περισσότερο διερευνηθεί είναι η κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η παρουσία έντονης κατάθλιψης στο οικογενειακό περιβάλλον αυξάνει τον κίνδυνο οι κόρες να ξεσπάσουν στο φαγητό με αποτέλεσμα να αναπτύξουν κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής. Πολλοί ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία εμφανίζουν κατάθλιψη. Πιθανόν να πρόκειται για μια κοινή οργανική διαταραχή, μια ανωμαλία στη ρύθμιση της σεροτονίνης, μιας χημικής ουσίας που θεωρείται ότι εμπλέκεται στην κατάθλιψη, καθώς και στην πρόσληψη τροφής. (Fairburn , 2005)

Τα τραυματικά γεγονότα και οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, θάνατοι, οικογενειακοί καυγάδες, ασθένειες, απειλές, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τις ζωές των παιδιών, και οι ψυχίατροι που εξετάζουν εφήβους με ψυχογενή βουλιμία, έρχονται συχνά αντιμέτωποι με τέτοια φαινόμενα.

Μερικοί ερευνητές κατέβαλαν προσπάθειες να συνδέσουν τους κύκλους υπερφαγίας και κάθαρσης με διάφορους νευροδιαβιβαστές. Επειδή στους ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, συχνά τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι μέρος της θεραπείας, έχουν ενοχοποιηθεί η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη. Η υπόθεση αυτή βασίζεται σε πειράματα σε ζώα όπου έγινε μελέτη για τον ρόλο της σεροτονίνης όσον αφορά στην ρύθμιση της πείνας και του κορεσμού. Η χορήγηση των ανταγωνιστών της σεροτονίνης οδηγεί στην κατανάλωση μμεγαλύτερων γευμάτων, προκαλώντας αύξηση στο βάρος του σώματος. Αντίθετα, η χορήγηση των σεροτονικών αγωνιστών οδηγεί σε μια μείωση στην πρόσληψη της τροφής.

Η σωματική διάπλαση και το βάρος αποτελούν χαρακτηριστικά που καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από γενετικούς παράγοντες. Αποτελέσματα ερευνών υποδεικνύουν πως οι άνθρωποι που αναπτύσσουν ψυχογενή βουλιμία έχουν πολλές πιθανότητες να εμφανίσουν παχυσαρκία, καθώς πολλοί υπήρξαν υπέρβαροι κατά την παιδική της ηλικία, ενώ συγχρόνως παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά παχυσαρκίας στα μέλη της οικογένειάς της. (Fairburn , 2005)

3.4 Διάγνωση.

Όπως αναφέρεται σε προηγούμενη ενότητα η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφών και εμμονής σε σχέση με την διατήρηση του βάρους. Ο όρος πρέπει να περιορίζεται στον τύπο της

διαταραχής η οποία έχει άμεση συσχέτιση με την νευρική ανορεξία λόγω του ότι μοιράζονται την ίδια ψυχοπαθολογία. (Kring, A.M., et al., 2010)

Η διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας βασίζεται στα συμπτώματα τα οποία παρουσιάζει ο ασθενής.

- Βασικό χαρακτηριστικό της βουλιμίας είναι τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, δηλαδή, η κατανάλωση μη φυσιολογικής ποσότητας φαγητού σε μικρό χρονικό διάστημα συνοδευόμενη από την αδυναμία του ασθενή να ελέγξει τι τρώει και πόσο. Τα επεισόδια υπερφαγίας συνδέονται με τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα :
 - ✓ το άτομο τρώει πολύ πιο γρήγορα από το κανονικό
 - ✓ το άτομο τρώει μέχρι να νιώσει δυσάρεστα πλήρες το στομάχι του
 - ✓ το άτομο τρώει μεγάλες ποσότητες τροφής, όταν δε νιώθει να πεινάει
 - ✓ το άτομο νιώθει δυσάρεστα που τρώει πολύ και για το λόγο αυτό τρώει μόνο του
 - ✓ το άτομο, όταν τρώει υπερβολικά, νιώθει δυσάρεστα με τον εαυτό του, μελαγχολικά και έχει αρκετές ενοχές.
- Η συνεχής, λανθασμένη συμπεριφορά με στόχο την αποφυγή αύξησης του βάρους, όπως η πρόκληση εμέτων, η χρήση καθαρτικών και άλλων φαρμάκων και επίπονη γυμναστική.
- Η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται λανθασμένα από τη μορφή του σώματος και το βάρος.
- Η υπερφαγία και οι διάφορες αντισταθμιστικές συμπεριφορές λαμβάνουν χώρα κατά μέσο όρο το λιγότερο δύο φορές την εβδομάδα για τρεις μήνες.
- Το άτομο βιώνει έντονο άγχος σχετικά με τη συμπεριφορά υπερφαγίας του
- Η συμπεριφορά υπερφαγίας δε συνοδεύεται από ακατάλληλες αντιρροπιστικές συμπεριφορές (π.χ. πρόκληση εμέτου, δίαιτα, έντονη σωματική άσκηση) και δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια νευρικής ανορεξίας ή νευρικής βουλιμίας. (Smith, et al., 1994) (DSM-V, 2013).

Πιο αναλυτικά, η υπερβολική ενασχόληση και ανησυχία για το βάρος και το σχήμα του σώματος έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να καταφεύγει σε προσπάθειες περιορισμού στην λήψη τροφής. Η ανησυχία αυτή ξεπερνά κατά πολύ την δυσαρέσκειά του εφήβου για την εξωτερική του εμφάνιση. Αντίθετα, οι ανησυχίες του για το σχήμα και το βάρος του σώματός του, κυριαρχούν σε μεγάλο βαθμό, που οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία ρυθμίζουν την ζωή τους με βάση αυτές. Ωστόσο, το ενδιαφέρον είναι πως αυτές οι ανησυχίες, διαιωνίζουν το πρόβλημα ενθαρρύνοντας την δίαιτα. Τα άτομα αυτά τείνουν να ζυγίζονται έως και ανά τρεις ώρες μέσα στην ημέρα ή να μην ζυγίζονται καθόλου γιατί θεωρούν βασανιστικό το να έρχονται αντιμέτωπα με το τι γράφει η ζυγαριά χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως δεν ανησυχούν. (Fairburn , 2005)

Τα άτομα που πάσχουν από βουλιμία προσπαθούν να αντισταθούν στην κρίση της υπερφαγίας και απώλειας του ελέγχου αποφεύγοντας να έχουν σπίτι τους οποιαδήποτε απαγορευμένη/ακατάλληλη τροφή. Μπορεί, αν αιφνιδιαστούν, να καταβροχθίσουν τροφές απευθείας μμέσα από την συσκευασία, κατεψυγμένα πριν καν ξεπαγώσουν, και μπουκάλια μμαγιονέζας ή κέτσαπ, ή ακόμα και να πάρουν τροφές που είχαν πετάξει στα σκουπίδια. Λόγω του ότι τα βουλιμικά άτομα λειτουργούν με το σκεπτικό όλα ή τίποτα, η παραμικρή αλλαγή στο συνηθισμένο πρόγραμμα διατροφής τους τους οδηγεί στα άκρα. Ακριβώς το ότι ο εμετός προκαλείται πιο ευκολά με γεμάτο στομάχι, αποτελεί έναν παραπάνω λόγο για τον βουλιμικό να οδηγηθεί σε πλήρη βουλιμία και να χάσει τον έλεγχο εφόσον έχει αρχίσει ήδη να τρώει. (Fairburn , 2005)

Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της τυπικής βουλιμίας είναι ότι δεν αποκαλύπτεται. Οι βουλιμικοί ασθενείς είναι μυστικοπαθείς σχετικά με τα επεισόδια βουλιμίας, σε τέτοιο βαθμό που ενώ μπορεί να συμβαίνουν για χρόνια, τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και οι άνθρωποι του κοντινού τους περιβάλλοντος να το έχουν αντιληφθεί. Ο λόγος που ουσιαστικά συμβαίνει αυτό είναι ότι οι ασθενείς αισθάνονται ντροπή για αυτή τους την συμπεριφορά και φροντίζουν να την διατηρούν κρυφά χρησιμοποιώντας διάφορα έξυπνα τεχνάσματα ή τρώγοντας φυσιολογικά όταν είναι μαζί με άλλους.

Ορισμένοι ασθενείς έχουν περίεργο και αμήχανο βηματισμό κατά την διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας. Νιώθουν απίστευτη λαχάρα για φαγητό σαν μια δύναμη που τους οδηγεί σε αυτή τη βλαβερή συνήθεια. Η εξασφάλιση της τροφής αποκτά τεράστια σημασία. Πολλές φορές μπορεί μέχρι και να κλέψουν από το φαγητό του διπλανού τους. (Γονιδάκης , 2006)

Όπως έχουμε αναφέρει παραπάνω, η απώλεια του ελέγχου αποτελεί βασικό στοιχείο της διαταραχής, αλλά διαφέρει από άτομο σε άτομο. Κάποιοι νιώθουν να χάνουν τον έλεγχο πολύ πριν αρχίσουν να τρώνε, σε άλλους εξελίσσεται σταδιακά κατά το ξεκίνημα ή μπορεί να εκδηλωθεί καθώς αρχίζουν να συνειδητοποιούν ότι έχουν φάει πολύ. Αυτή η απώλεια του ελέγχου, που ξεφεύγει από τη βούληση, τρομοκρατεί και ακολουθείται από τύψεις και ενοχές. Συμπερασματικά, τα βουλιμικά επεισόδια συχνά είναι χρήσιμα στην μείωση της έντασης που νιώθουν τα βουλιμικά άτομα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να τους είναι δύσκολο να παραιτηθούν από αυτή τους την συμπεριφορά.

Η συχνότητα με την οποία εκδηλώνουν οι ασθενείς βουλιμικά επεισόδια εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο έρευνας. Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, για να επέλθει διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο πρέπει να εκδηλώνει τις συμπεριφορές που αναφέραμε τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για τρεις μήνες. Το όριο όμως αυτό έχει δεχθεί έντονη κριτική καθώς υπονοεί ότι άτομά τα οποία εκδηλώνουν επεισόδια βουλιμίας λιγότερο συχνά είναι και λιγότερο διαταραγμένα, γεγονός που πολλές φορές δεν ισχύει.

Η διάρκεια των επεισοδίων εξαρτάται από το είδος του της διαταραχής πρόσληψης τροφής. Στοιχεία από την ερευνητική ομάδα του Dr. Christopher Fairburn στην Οξφόρδη έδειξαν ότι σε εκείνους που χρησιμοποιούν τεχνικές κάθαρσης όπως για παράδειγμα προκαλώντας εμετό τα επεισόδια διαρκούν περίπου μία ώρα. Σε εκείνους όμως που δεν ενεργούν κατά αυτόν τον τρόπο τα επεισόδια διαρκούν κατά μέσο όρο δύο φορές περισσότερο. Ο λόγος για τον οποίο οι ασθενείς βιάζονται να τελειώσουν το φαγητό τους γρήγορα είναι γιατί όσο πιο γρήγορα επέρθει η κάθαρσής τόσο λιγότερη τροφή θα αφομοιωθεί. Οι τροφές που καταναλώνονται κατά την διάρκεια των περισσότερων επεισοδίων βουλιμίας είναι προφανώς εκείνες που το άτομο προσπαθεί να αποφύγει. Είναι συνήθως «οι απαγορευμένες», αυτές που έχουν πολλές θερμίδες και αυτές που έχουν αποκλειστεί από το διαιτολόγιό τους τον υπόλοιπο καιρό. (Fairburn , 2005)

Η ποσότητα της τροφής που καταναλώνεται κατά την διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας ποικίλει σε μμεγάλο βαθμό από άτομο σε άτομο. Η μέση θρεπτική αξία μιας κρίσης υπερφαγίας εκτιμήθηκε στις 3.500 θερμίδες, αλλά μπορεί να φτάσει στις 10.000 ίσως και περισσότερες.

- Αν ζητήσουμε από έναν ασθενή με βουλιμία να περιγράψει ακριβώς τι έχει καταναλώσει και στη συνέχεια κάνουμε τον υπολογισμό του αριθμού των θερμίδων, θα διαπιστώσουμε ότι σε ένα επεισόδιο καταναλώνονται περίπου 1.000 με 2.000 θερμίδες.
- Το ¼ περίπου των ατόμων αυτών καταναλώνουν περισσότερες από 2.000 θερμίδες.
- 1 στους 5 ασθενείς, κατανάλωνε περισσότερες από 5.000 θερμίδες, σύμφωνα με τα στοιχεία μίας πρόσφατης έρευνας, και 1 στους 10 ασθενείς, περισσότερες από 10.000, σύμφωνα με τα στοιχεία της ίδιας έρευνας.
- Κάποιοι άνθρωποι καταναλώνουν τεράστιες ποσότητες θερμίδων, που μπορεί να ξεπερνάνε τις 15.000 θερμίδες μόνο σε ένα γεύμα. Ωστόσο κάτι τέτοιο δεν είναι αντιπροσωπευτικό.

Ωστόσο ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασης χωρίζουμε την ψυχογενή βουλιμία σε τέσσερις μορφές.

- **Ήπια μορφή:** 1-3 επεισόδια σε χρονικό διάστημα μίας εβδομάδας.
- **Μέτρια μορφή:** 4-7 επεισόδια σε χρονικό διάστημα μίας εβδομάδας.
- **Σοβαρή μορφή:** 8-13 επεισόδια σε χρονικό διάστημα μίας εβδομάδας.
- **Ακραία μορφή:** 14+ επεισόδια σε χρονικό διάστημα μίας εβδομάδας.

3.5 Κλινική εικόνα.

Η ψυχογενής βουλιμία μπορεί να συσχετιστεί με σημαντικά δυσάρεστα ιατρικά συμπτώματα. Πάντως σε σχέση με την νευρική ανορεξία, οι ιατρικές επιπλοκές της διαταραχής αυτής είναι κατά κύριο λόγο, σχετικά ήπιες και ο δείκτης θνησιμότητας είναι πολύ χαμηλός, παρά τις ακραίες συμπεριφορές που τα άτομα αυτά συχνά παρουσιάζουν.

Πολύ συχνά παρατηρείται ότι η ψυχογενής βουλιμία αποτελεί συνέχεια μιας ανορεκτικής συμπτωματολογίας που προ υπάρχει ή ακολουθείται από μια μακροχρόνια ενασχόληση του πάσχοντος να περιορίσει την ποσότητα τροφής που καταναλώνει. Η κλινική εικόνα στις περιπτώσεις ψυχογενούς βουλιμίας είναι αρκετά διακριτή. Τα

άτομα που έχουν αυτή τη διαταραχή φαίνεται να προσπαθούν να ελέγξουν το σωματικό τους βάρος είτε με αυστηρές δίαιτες, είτε προκαλώντας εμέτους. (Fairburn , 2005)

Στις περισσότερες περιπτώσεις ασθενών, οι κλινικές εκδηλώσεις της βουλιμίας δεν γίνονται αντιληπτές από το περιβάλλον τους, διότι φροντίζουν να κρύβουν τις συμπεριφορές τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ακόμα και για μεγάλα χρονικά διαστήματα να παραμένουν κρυφά τα επεισόδια υπερφαγίας και εμέτων. (Abraham & Lewelly , 1997)

Οι ασθενείς συνήθως καταναλώνουν υπέρογκες ποσότητες τροφής κατά την διάρκεια ενός βουλιμικού επεισοδίου που πολλές φορές μπορεί να αντιστοιχούν στις θερμίδες που κανονικά θα κατανάωναν σε δύο ημέρες. Οι περισσότεροι ασθενείς τείνουν να τρώνε κρυφά, γρήγορα και πολλές φορές χωρίς καν να μασήσουν. Τα βουλιμικά επεισόδια έχουν μεγάλη συχνότητα κυρίως τις νυχτερινές ώρες. (Γονιδάκης , 2006)

Οι πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία ανησυχούν για την εικόνα του σώματος τους και για τη γνώμη των γύρω τους αλλά και για την σεξουαλικότητα τους. Σε σχέση πάντως με τα άτομα με νευρική ανορεξία, οι βουλιμικοί παρουσιάζουν καλύτερη σεξουαλική ζωή. (Βάρσου , 2008)

Παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς με νευρική βουλιμία γενικά έχουν λιγότερο σοβαρές και δυσάρεστες ιατρικές επιπλοκές σε σχέση με αυτούς που πάσχουν από νευρική ανορεξία, αυτοί συνήθως αναφέρουν περισσότερο σωματικά παράπονα όταν αναζητούν θεραπεία. Συνήθως οι ασθενείς με νευρική βουλιμία παραπονιούνται για κόπωση, ατονία, και για φούσκωμα. Ορισμένες φορές επίσης αναφέρουν ναυτία, δυσκοιλιότητα, κοιλιακούς πόνους και σπάνια, πρήξιμο στα πόδια και τα χέρια, καθώς επίσης ευαισθησία στα δόντια.

Η κλινική εικόνα που παρουσιάζουν οι ασθενείς έχει ως εξής:

Η απορρύθμιση της έμμηνου ρήσης είναι από τα πρώτα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι γυναίκες και ειδικά οι έφηβες.

- Καρδιακές αρρυθμίες και εξάντληση λόγω αποδυνάμωσης του οργανισμού.

Η μυοκαρδιοπάθεια και άλλου τύπου μυοπάθειες, έχουν αναφερθεί σε ασθενείς με βουλιμία.

- Προβλήματα στο στομάχι

- Δυσκοιλιότητα
- Πνευμονία από αναρρόφηση ξένου αντικειμένου.
- Αφυδάτωση
- Ξηρό δέρμα λόγω αφυδάτωσης.
- Φθορά στόματος και οδοντική φθορά
- Τελειομανία και ανάγκη για έλεγχο καταστάσεων
- Πρήξιμο στους σιελογόνους αδένες
- Κοινωνική αποστασιοποίηση (Σολδάτος & Λύκουρας, 2006)

Είναι πιθανόν να βρεθούν τα παρακάτω παθολογικά εργαστηριακά ευρήματα.

- Χαμηλά επίπεδα ινσουλίνης στο πλάσμα αναφέρθηκε ότι υπάρχουν στους ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία.
- Χαμηλά επίπεδα C- πεπτιδίων.
- Αυξημένα επίπεδα β-υδροξυβουτυρικού οξέος
- Χαμηλά επίπεδα τριωδοθυρονίνης,.

Αυτές οι παρατηρήσεις υποστηρίζουν την άποψη ότι η μεταβολική κατάσταση στους ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, δημιουργείται λόγω μειωμένης θερμοϊδικής πρόσληψης. Η διατροφική συμπεριφορά στα άτομα με βουλιμία δεν χαρακτηρίζεται μόνο από υπερφαγία και κενώσεις με καθαρτικά, αλλά επίσης και από περιοδική δίαιτα και τάση λιμοκτονίας. Αυτό εξηγεί γιατί τα εργαστηριακά αποτελέσματα δεν εμφανίζονται σε όλους τους ασθενείς σε όλες τις περιόδους. (Βάρσου , 2008)

3.6 Πρόληψη

Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη σχετίζεται με τις παρεμβάσεις που μπορούν να γίνουν και ως στόχο έχουν να προλάβουν την ανάπτυξη της ψυχογενούς βουλιμίας πριν την εκδήλωση της. Επειδή όπως έχουμε αναφέρει η εμφάνιση της διαταραχής αυτής είναι πολύ συχνή στους εφήβους δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον προγραμματισμό της πρόληψης στο χώρο του σχολείου. Τα σχολεία λόγω του ότι αποτελούν βασικό

περιβάλλον από το οποίο τα παιδιά επηρεάζονται, μπορούν να χρησιμεύσουν στην πρόληψη των διατροφικών διαταραχών. Τα προγράμματα θα πρέπει να συμπληρώνονται από τα μέσα ενημέρωσης, τα έντυπα μέσα και από προγράμματα που θα απευθύνονται σε όλους και κυρίως στους γονείς και τους εφήβους.

Για να επιτύχουν τέτοια προγράμματα είναι αναγκαία η πρωτογενής πρόληψη σε ατομικό επίπεδο, σε επίπεδο κοινότητας και σε κοινωνικό επίπεδο. Η συμμετοχή των σχολείων, εκπαιδευτικών, ιατρών και ιατρικών υπηρεσιών των μέσων ενημέρωσης, των αθλητικών συλλόγων της εκκλησίας και άλλων οργανωμένων φορέων πρέπει να είναι ενεργός και να βοηθούν την όλη προσπάθεια, με ενημερωτικές ομιλίες και εκδηλώσεις. (Χατζηγεωργίου, 2004)

Δευτερογενής πρόληψη

Προτεραιότητα της δευτερογενούς πρόληψης είναι να περιορίσει το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί ανάμεσα στην έναρξη της ψυχογενούς βουλιμίας και στην θεραπεία αυτής. Βασικό ρόλο σε αυτό το επίπεδο πρόληψης για την όσο το δυνατόν καλύτερη έκβαση αυτής της διαταραχής αποτελεί η σωστή ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, διαιτολόγων και άλλων επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη ψυχογενή βουλιμία ώστε να ανιχνεύεται σε πρώιμο στάδιο τα ύποπτα περιστατικά.

Για την πραγματοποίηση του στόχου αυτού χρειάζεται οι ειδικοί να έχουν καλή γνώση των παραγόντων ενθαρρύνουν ή και όχι έναν έφηβο να απευθυνθεί κάπου για βοήθεια στο πρόβλημα του. Ένας έφηβος δεν ζητά βοήθεια για τους παρακάτω λόγους.

- Ο ασθενής θεωρεί ότι το πρόβλημα του θα φύγει μόνο του ή δεν αναγνωρίζει το πρόβλημα.
- Ο ασθενής αγνοεί την σοβαρότητα του και πιστεύει ότι δεν χρειάζεται κάποια θεραπεία ή ότι ο ίδιος του αξίζει να θεραπευτεί.
- Ο ασθενής φοβάται ότι μπορεί να βάλει κιλά κατά τη θεραπεία.
- Το αίσθημα της ντροπής και της ενοχής κυριαρχούν στους βουλιμικούς ασθενείς και τους οδηγούν σε μυστικότητα.
- Η οικονομική δυσχέρεια τους εμποδίζει να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό.

(Σολδάτος & Λύκουρας, 2006)

Τριτογενής πρόληψη

Σε αυτό το επίπεδο πρόληψης ο στόχος είναι να μειωθεί η εξασθένηση και η καταπόνηση που προκύπτει στον ασθενή και προτείνεται μόνο όταν η θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική.

3.7 Θεραπεία

Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που πάσχουν από βουλιμία δεν χρειάζονται ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και μπορούν να το αντιμετωπίσουν εκτός. Μάλιστα η νοσοκομειακή περίθαλψη όχι μόνο δεν είναι απαραίτητη, αλλά μπορεί και να αποβεί εις βάρος του ασθενή. Οι άνθρωποι συνήθως παύουν να είναι βουλιμικοί αμέσως μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Συνεπώς, ένας αφελής θεραπευτής θα μπορούσε εσφαλμένα να βγάλει το συμπέρασμα πως η περίθαλψη βοηθά το άτομο να ξεπεράσει το πρόβλημα. Στην πραγματικότητα όμως, οι άνθρωποι αυτοί δεν εκδηλώνουν βουλιμία στο νοσοκομείο επειδή βρίσκονται ξαφνικά σε ένα άγνωστο περιβάλλον όπου δεν μπορούν χωρίς κανένα περιορισμό να καταναλώσουν όσο φαγητό θέλουν. Επίσης, στο χώρο αυτό δεν επηρεάζονται από το άγχος της καθημερινής ζωής, το οποίο προκαλεί τα επεισόδια βουλιμίας. Σε γενικό πλαίσιο οι ασθενείς με βουλιμία σπάνια νοσηλεύονται και όταν συμβεί αυτό είναι γιατί το άτομο ύστερα από εναλλαγές μεταξύ υπερφαγίας και περιορισμού έχει πλέον οδηγηθεί στην εκδήλωση νευρικής ανορεξίας. (Fairburn , 2005)

Υπάρχουν δύο βασικοί στόχοι στην θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας. Ο πρώτος είναι να αποκατασταθεί η διατροφή. Στα βουλιμικά άτομα αυτό σημαίνει να επιτευχθεί μεταβολική ισορροπία. Ο δεύτερος στόχος της θεραπείας είναι να τροποποιηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου, ούτως ώστε να διατηρηθεί το βάρος σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό τα επεισόδια υπερφαγίας, οι πρόκλητοι εμετοί, η λήψη καθαρτικών και όλες οι άλλες παθολογικές συμπεριφορές.

Η θεραπευτική προσέγγιση αποτελείται από ένα συνδυασμό θεραπειών συμπεριφοράς και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας. Ο στόχος της θεραπείας της συμπεριφοράς είναι να επανέλθει ο ασθενής στο φυσιολογικό τρόπο λήψης τροφής. Στο χώρο του νοσοκομείου αυτό σημαίνει μπαίνει σε εφαρμογή ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο, ώστε τα βουλιμικά άτομα να μειώνουν σε καθημερινή βάση το πλήθος των εμετών. Έτσι οι ασθενείς ζυγίζονται καθημερινά, η πρόσληψη και η απέκκριση υγρών μετριοούνται

συστηματικά, παρακολουθούνται στενά (ακόμη και στη τουαλέτα), μέχρι και δύο ώρες μετά τα γεύματα, για να μην υπάρχει περιθώριο να προκαλέσουν εμετό. Γενικά αρχίζουν με δίαιτα που παρέχει 500 περίπου θερμίδες περισσότερες από αυτές που απαιτούνται για να διατηρηθεί το τωρινό βάρος των ασθενών και αυξάνουν τις θερμίδες σιγά-σιγά μοιράζοντας την τροφή σε πολλά μικρά γεύματα (π.χ. 5 την ημέρα). Σε άτομα με μεγάλη απώλεια βάρους μπορεί να χρειαστεί σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα. Κατά την οξεία φάση, λοιπόν, η θεραπεία συμπεριφοράς και η υποστήριξη του ασθενή είναι η προσέγγιση επιλογής συνεπικουρούμενη ενδεχομένως από τη φαρμακευτική αγωγή. (Χατζηγεωργίου , 2004)

Οι ασθενείς στο στάδιο της θεραπείας ακολουθούν συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή. Ακόμα και αν δεν υπάρχει εμφανής κατάθλιψη η λήψη αντικαταθλιπτικών έχει θετικές επιδράσεις στην θεραπεία της βουλιμίας. Μάλιστα η διαταραχή έχει την τάση να επανέρχεται μόλις διακοπεί το φάρμακο. Έχουν μελετηθεί τα σημαντικότερα είδη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και προέκυψαν θετικά συμπεράσματα .Μέσα σε λίγες βδομάδες θεραπείας υπάρχει, κατά μέσο όρο, μείωση κατά 50 με 60% της συχνότητας των επεισοδίων βουλιμίας. (Kring, A.M., et al., 2010).

Οποιαδήποτε μορφή θεραπείας, θεωρείται αποτελεσματική μόνο εφόσον καταλήγει σε καθοριστική βελτίωση. Οι αλλαγές που διαρκούν μόνο μερικές εβδομάδες ή μήνες έχουν περιορισμένη σημασία.

Οι στόχοι της θεραπείας με βασικό άξονα τη διατροφή θα πρέπει να είναι καθορισμένοι από την αρχή.

- Θα πρέπει να επιτευχθούν και να διατηρηθούν φυσιολογικά προγράμματα διατροφής στους ενήλικες και φυσιολογική ανάπτυξη στους εφήβους.
- Να εγκατασταθεί φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά.
- Να προαχθεί η φυσιολογική συμπεριφορά απέναντι στο φαγητό.
- Να προαχθούν οι φυσιολογικές απαντήσεις όσον αφορά πληροφορίες που αφορούν την πείνα και τον κορεσμό.

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας αφορά την γνωσιακή άποψη η των διαδικασιών που αναμινύονται στην διατήρηση της διαταραχής. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, η διαταραχή υφίσταται κατά πολύ εξαιτίας των επιρροών συγκεκριμένων γνωσιακών χαρακτηριστικών και πιο συγκεκριμένα της

τάσης να κρίνει κανείς την αυτό-αξία του σχεδόν αποκλειστικά από το φάσμα του σχήματος του σώματος και του βάρους, της παρουσίας χαμηλής αυτοεκτίμησης και της τελειομανίας. Αυτά τα χαρακτηριστικά επιδρούν στους ασθενείς κάνοντάς τους να ζουν με τον φόβο του πάχους κάνοντας τους έντονα ευαίσθητους σε μεταβολές στη μορφή του σώματος τους, καθώς και στην συνεχή προσπάθεια να διατηρήσουν τον αυστηρό έλεγχο της διατροφής τους. . Η θεραπεία περιλαμβάνει τρία στάδια. Στο πρώτο δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στο να βοηθηθούν οι ασθενείς να ανακτήσουν τον έλεγχο της διατροφής τους και στο να υιοθετήσουν ένα πρότυπο φυσιολογικής διατροφής. Τα κυριότερα στοιχεία είναι εκπαιδευτικά. Το δεύτερο στάδιο είναι ευρύτερο και περιλαμβάνει διαδικασίες για να αντιμετωπίσει την δίαιτα και την υπερφαγία. Το τρίτο στάδιο αφορά στην σταθεροποίηση της προόδου και στην εξασφάλιση ότι οι αλλαγές θα διατηρηθούν και στο μέλλον. Σε αυτό το στάδιο, χρησιμοποιούνται διαδικασίες πρόληψης της πιθανότητας υποτροπής. (Fairburn , 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

4.1. Ορισμός νευρικής ανορεξίας

Η νευρική ανορεξία περιγράφηκε για πρώτη φορά ως μία ξεχωριστή οντότητα τη δεκαετία του 1860 από γιατρούς στην Αγγλία, Γαλλία και Ρωσία. Εντυπωσιάστηκαν από το γεγονός ότι ορισμένες νεαρές γυναίκες ασθενείς παρουσίασαν αξιοσημείωτες καταστάσεις απομείωσης, αλλά κανένα από τα άλλα χαρακτηριστικά άλλων καλά αναγνωρισμένων μέχρι τότε ασθενειών (PRINCE, 1985).

Η νευρική ανορεξία είναι μία σοβαρή και υψηλού κινδύνου διατροφική διαταραχή τόσο για τα προσβεβλημένα άτομα, όσο και τους συγγενείς αλλά και την ίδια την κοινωνία. Πολλοί από αυτούς που πάσχουν από αυτή δεν αναφέρουν ότι έχουν χάσει την όρεξή τους, αν και προφανώς δεν τρώνε όσο θα έπρεπε για να είναι υγιείς. Πεινασμένοι ή όχι, θύματα της νευρικής ανορεξίας οικειοθελώς λιμοκτονούν στο σημείο που να γίνεται επικίνδυνο για την ζωή τους.

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από ψυχικά και συμπεριφορικά συμπτώματα τα οποία οδηγούν σε σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος, που σχετίζεται με την διαταραγμένη αντίληψη για το σχήμα του σώματός του, το σωματικό βάρος του, ή και τα δύο, σε σημαντική πτώση της σωματικής, κοινωνικής, επαγγελματικής και ψυχολογικής λειτουργίας καθώς και με μειωμένη οστική πυκνότητα. Η απώλεια βάρους που προκύπτει διατηρείται συνειδητά από τον ίδιο τον πάσχοντα μέσω πολλών τεχνικών όπως με τη δίαιτα, την υπερβολική και εντατική γυμναστική, τη χρήση καθαρτικών, την πρόκληση εμετού μετά από κάθε γεύμα που πραγματοποιεί, τη χρήση κατασταλτικών της όρεξης αλλά και τη χρήση διουρητικών φαρμάκων. Ακόμη, η εν λόγω διαταραχή χαρακτηρίζεται από αυξημένο φόβο του ατόμου ότι θα προσλάβει βάρος ή ότι θα γίνει παχύσαρκο, παρά το γεγονός ότι παραμένει λιποβαρές (Melles, et al., 2021).

Η ηλικία έναρξης συνήθως προκύπτει στην εφηβεία ή προς το τέλος της και την αρχή της ενηλικίωσης. Εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες, σε

ποσοστό που αγγίζει το 10 ή ακόμη και 20 προς 1. Η σοβαρότητα της διαταραχής αντικατοπτρίζεται συνήθως σε χρόνια πορεία που συνδέεται με σωματική, ψυχολογική και κοινωνική νοσηρότητα και τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών. Εν τω μεταξύ, μόνο το ένα τρίτο περίπου των ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία ζητούν επαγγελματική βοήθεια. Η θεραπεία των ασθενών που ζητούν βοήθεια είναι μία αρκετά τεράστια πρόκληση καθώς τα ποσοστά εγκατάλειψης της θεραπείας είναι αρκετά υψηλά (20-40%) και τα αποτελέσματα της θεραπείας μόνα μέτρια καθώς οι περισσότεροι ασθενείς δεν καταφέρνουν να αναρρώσουν πλήρως (>50%) (Solmi, et al., 2021).

4.2. Επιδημιολογικά στοιχεία

Η νευρική ανορεξία βρίσκεται σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες και σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις, που συμβαίνουν σε όλο τον κόσμο με παρόμοια ποσοστά (0,3-1% στις γυναίκες, 0.1-0,3% στους άνδρες). Βρίσκεται επίσης σε αναπτυσσόμενες χώρες όπως η Κίνα και η Βραζιλία (Treasure, et al., 2010).

Ορισμένες ομάδες διατρέχουν ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας. Όπως είναι οι χορευτές, οι δρομείς μεγάλων αποστάσεων, οι skaters, τα μοντέλα, οι ηθοποιοί και άλλοι για τους οποίους η λεπτότητα τονίζεται και ανταμείβεται υπερβολικά.

Η νευρογενής ανορεξία εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες από ότι στους άνδρες, με αναλογία γυναικών προς άντρες 10-20: 1 στις αναπτυγμένες χώρες. Σε κάποια επαγγέλματα βεβαίως εμφανίζεται πιο συχνά στους άνδρες από ότι στις γυναίκες, όπως είναι στον αθλητισμό.

Η διαταραχή αυτή ενώ διαγιγνώσκεται σε όλες τις ηλικίες, είναι κυρίως φαινόμενο της εφηβείας και της πρώιμης ενηλικίωσης. Το 85% των ατόμων που νοσοούν έχουν έναρξη της διαταραχής μεταξύ 13 και 18 ετών. Οι ασθενείς που είναι είτε μεγαλύτεροι είτε μικρότεροι κατά τη στιγμή της εμφάνισης της διαταραχής έχουν χειρότερη πρόγνωση (Forman, 2005) (Hoek & Van Hoeken, 2003).

4.3. Αίτια

- **Γενετικοί παράγοντες:**

Η νευρογενής ανορεξία εμφανίζει σημαντική αύξηση συχνότητας ανάμεσα σε άτομα που σχετίζονται βιολογικά με ανορεκτικούς και σε γενετικό επίπεδο υπάρχουν μελέτες που φανερώνουν ότι συμβαίνει σε ποσοστό 50% μεταξύ πανομοιότυπων διδύμων και σε ποσοστό 10% σε αρσενικά δίδυμα ή δίδυμα διαφορετικού φύλου. Επίσης η νευρογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από σημαντική κληρονομικότητα (από 28% έως 74%) (Keating, 2010) (Yilmaz, et al., 2015).

- **Νευροχημικοί παράγοντες:**

Ο υποθάλαμος αποτελεί την κύρια περιοχή του εγκεφάλου που εμπλέκεται στη ρύθμιση της όρεξης. Βέβαια, το αίσθημα της πληρότητας και η πείνα επηρεάζονται και από άλλες περιοχές του εγκεφάλου και από ορμόνες του γαστρεντερικού σωλήνα. Ο πλευρικός υποθάλαμος είναι υπεύθυνος για την παραγωγή του αισθήματος της πείνας. Αν υποστεί οποιαδήποτε βλάβη μέσω χειρουργικής επέμβασης τότε δημιουργείται σημαντική μείωση της πρόσληψης τροφής και κατ'επέκταση δραματική απώλεια βάρους. Ο πλάγιος κοιλιακός υποθάλαμος καθορίζει το αίσθημα της πληρότητας και μειώνει το αίσθημα του κορεσμού της πείνας (Kring , et al., 2010). Βάση της θεωρίας του σταθερού σημείου βάρους, οι δύο περιοχές του υποθαλάμου σε συνδυασμό με άλλες μεταβολικές διεργασίες, ελέγχουν την πρόσληψη τροφής και το βάρος με σκοπό την διατήρηση του βάρους σώματος σε καθορισμένο τιμή. Η κατανάλωση μειωμένης τροφής οδηγεί στην ελάττωση του μεταβολικού ρυθμού και σε αύξηση του αισθήματος της πείνας, ενώ η υπερβολική πρόσληψη τροφής οδηγεί σε ποικίλες μεταβολικές διεργασίες (καύση θερμίδων) και μειώνουν το αίσθημα της πείνας (Bennett, 2010). Η δραστηριότητα στον υποθάλαμο καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από δύο νευροδιαβιβαστές, την ντοπαμίνη και τη σεροτονίνη, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τη διατήρηση και στη συνέχεια για την αναστολή της κατανάλωσης τροφής (Scott, 2006).

- **Κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες:**

Πολλές μελέτες έχουν δείξει πως η πολιτιστική κουλτούρα μπορεί να ενεργοποιήσει την νόσο, καθώς αποτελεί συχνό φαινόμενο η προώθηση της λεπτότητας ως την ιδανική γυναικεία μορφή στα δυτικά κράτη. Η δυσαρέσκεια για το σώμα, ιδίως στις νέες γυναίκες των δυτικών κοινωνιών οδηγεί σε αυστηρού τύπου δίαιτες που αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης διατροφικών διαταραχών. Το φαινόμενο αυτό έχει παρατηρηθεί και στην Ελλάδα (LKG, 1990) (Juarez, et al., 2002). Η διαταραχή συμπεριφοράς διατροφής έχει άμεση σχέση με την αφομοίωση μιας κουλτούρας που

παρουσιάζει την λεπτότητα ως συνείδηση. Το στίγμα της παχυσαρκίας και οι δύσκολες θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή της αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών.

Τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία δίνουν τεράστια έμφαση στο σχήμα και το βάρος του σώματός τους. Οι εικόνες και τα πρότυπα της θηλυκότητας έχουν αλλάξει από τη δεκαετία του 1960, δίνοντας τη θέση τους σε ένα πιο αδύνατο σχήμα σώματος.

Έχει παρατηρηθεί, ότι τα συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας, είναι απολύτως αποδεκτά από την κοινή γνώμη και δεν τα θεωρούν καθόλου παθολογικά, γεγονός που απορρέει της αυξανόμενης αξίας που δίδεται στο αδύνατο σώμα των γυναικών στις αναπτυγμένες κοινωνίες.

- **Οικογενειακοί παράγοντες:**

Στις περισσότερες των περιπτώσεων, όταν ένα άτομο νοσεί από κάποια διατροφική διαταραχή, είναι πολύ πιθανό η οικογένειά του να δίνει μεγάλη έμφαση στο σχήμα και το βάρος του σώματος. Οι μητέρες σε αυτές τις περιπτώσεις έχουν χαρακτηριστεί ως κυριαρχικές, ενώ οι πατεράδες ως παθητικοί. Επίσης, οι μητέρες είναι αρκετά πιο πιθανό να ακολουθούν κάποια συγκεκριμένη διαίτα και να είναι τελειοθηρικές. Η ακολουθία της αντίστοιχης διαίτας και από το παιδί μπορεί να είναι ένα μέσο αποδοχής του από τους γονείς του που φέρουν υψηλές για εκείνο προσδοκίες και θέλουν να είναι επιτυχημένο (Bennett, 2010). Οι μεγάλες όμως προσδοκίες πρέπει πάντοτε να συνοδεύονται από στήριξη και αγάπη. Το άτομο με νευρική ανορεξία αισθάνεται παραγκωνισμένο και πως δεν λαμβάνει την στοργή που του αρμόζει. Καταλήγοντας έτσι να χρησιμοποιεί το σώμα του ως το μεγαλύτερο επίτευγμά του (Dare & Crowther, 1995).

Έχει παρατηρηθεί επιπλέον ότι οι διατροφικές διαταραχές όπως η νευρική ανορεξία, είναι συχνότερα σε μονογονεϊκές οικογένειες ή σε οικογένειες με αυστηρές αρχές και συμπεριφορά και έλλειψη της δυνατότητας να είναι ή να συμπεριφέρεται κάποιο μέλος της διαφορετικά από ό,τι ορίζουν οι αξίες της οικογένειας. Πολλές φορές κέραιο ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου λαμβάνει και η ελλιπής επικοινωνία μεταξύ των μελών και ο αυταρχισμός που μπορεί να επικρατεί (Χατζηγεωργίου, 2004)

4.4. Διαγνωστικά κριτήρια

Η διαφορική διάγνωση έχει ως σκοπό να αποκλείσει την ύπαρξη κάποιας σωματικής νόσου που μπορεί να προκαλεί ανορεξία, όπως είναι ο καρκίνος, οι ενδοκρινικές παθήσεις, οι όγκοι στον εγκέφαλο, ο υποθυρεοειδισμός, η κροταφική επιληψία, οι παθήσεις του γαστρεντερικού κ.ά. (Zipfel, et al., 2015). Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM) περιλαμβάνει όλες τις μέχρι τώρα γνωστές ψυχικές διαταραχές της υγείας. Η ύπαρξη του συγκεκριμένου εγχειριδίου διευκολύνει τους ειδικούς να συνδυάσει τα συμπτώματα ενός ατόμου και να τα αντιστοιχίσει με την νόσο. Αυτό συμβάλει στο να αποφασιστεί αν ένα άτομο πάσχει ή όχι από κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Περιοδικά ο ορισμός της νευρικής ανορεξίας αναθεωρείτε στο DSM-V. Οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν αποσκοπούν στην καλύτερη αντιπροσώπευση των συμπεριφορών και των συμπτωμάτων των ατόμων που πάσχουν από τις διατροφικές διαταραχές. Το DSM-V υποβλήθει σε τρεις αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια που ορίζουν την νευρικά ανορεξία. Το πρώτο που αναθεωρήθηκε είναι το κριτήριο «απώλεια βάρους». Το δεύτερο είναι ο φόβος για την αύξηση βάρους. Πλέον δεν χρειάζεται να εκφράζεται από τον ίδιο τον ασθενή, αρκεί να παρατηρηθεί η αλλαγή στη συμπεριφορά του πάσχοντα κατά την αύξηση του βάρους του. Τέλος, η αμηνόρροια δεν αποτελεί πάντοτε ένδειξη της νόσου. Επίσης, μία ακόμη προσθήκη αποτελεί η εισαγωγή ενός δείκτη βαρύτητας βάσει του δείκτη μάζας σώματος (BMI).

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-V για να διαγνωσθεί ένα άτομο με ψυχογενής ανορεξία, πρέπει να παρουσιάζει:

- Περιορισμένη πρόσληψη ενέργειας σε σχέση με τις απαιτήσεις του οργανισμού του πάσχοντος σε ενέργεια, με αποτέλεσμα να οδηγείται σε σημαντική μείωση του σωματικού βάρους από που ενδείκνυται με βάση την ηλικία, το φύλο, το ύψος και την σωματική υγεία (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρησή του κάτω του 85% από το αναμενόμενο ή αδυναμία να προσλάβει το αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης).
- Έντονος φόβος και αίσθημα ανησυχίας του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύς, ή επίμονη συμπεριφορά του να παρεμβαίνει συνεχώς στην αύξηση του βάρους του, ακόμη και αν αυτό βρίσκεται αρκετά πιο κάτω από το φυσιολογικό.

- Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει το σωματικό του βάρος, ή το σχήμα του σώματός του, αδικαιολόγητη επίδρασή του στην αυτοεκτίμηση και αυτοαξιολόγησή του ή άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού του βάρους.
- Σε γυναίκες ύστερα από την έναρξη της έμμηνου ρύσεως, αμηνόρροια εάν οι περίοδοι της έρχονται μόνον μετά τη χορήγηση ορμονών, όπως είναι τα οιστρογόνα (Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων, 2005).

Γενικότερα, η διάγνωση της νευρικής ανορεξίας αρκετές φορές περιπλέκεται αρκετά, διότι υπάρχει μία άρνηση παραδοχής των συμπτωμάτων από τους ασθενείς και αντιστέκονται στην ανεύρεση βοήθειας. Ο γιατρός οφείλει να έχει αποκλείσει την πιθανότητα ύπαρξης κάποιας άλλης διαταραχής πριν τη διάγνωση. Επίσης, η διάγνωση βασίζεται και στο ιστορικό του πάσχοντος σε συνδυασμό με μία εξέταση που σχετίζεται με την ψυχολογική και νοητική κατάσταση. Το άτομο θα πρέπει να εξετάζεται συνεχώς και να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στα ζωτικά του σημεία, στο βάρος του, στο καρδιαγγειακό σύστημα και στο δέρμα του. Οι εργαστηριακές εξετάσεις αποτελούν μία μέθοδο αποκλεισμού άλλων πιθανών διαγνώσεων. Βασίζεται κυρίως στη γενική εξέταση αίματος και ούρων, καθώς επίσης και στην εξέταση των επιπέδων ουρίας και ηλεκτρολυτών (Μαδιανός, 2005).

Σύμφωνα με το ICD-10 (Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας) τα διαγνωστικά κριτήρια είναι παρόμοια:

- Σημαντική απώλεια βάρους, αδυναμία πρόσληψης του αναμενόμενου σωματικού βάρους στα παιδιά με αποτέλεσμα το σωματικό τους βάρος να βρίσκεται τουλάχιστον 15% πιο κάτω από το φυσιολογικό για την ηλικία, το φύλλο και το ύψος.
- Η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται από το ίδιο το άτομο με τη χρήση διάφορων μέσων, όπως την αποφυγή τροφών πλούσιων σε θερμιδικές αξίες, αυτοπροκαλούμενους εμετούς, χρήση καθαρτικών, κατάχρηση διουρητικών, υπερβολική άσκηση.
- Το άτομο διακατέχεται από ένα αίσθημα φόβου αύξησης του σωματικού του βάρους και μην γίνει παχύς, με αποτέλεσμα να υποβάλλει τον εαυτό του σε μία διαδικασία υποσιτισμού.

- Παρουσιάζονται συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της φυσιολογίας του σώματος. Ειδικότερα μία ενδοκρινική διαταραχή που συμπεριέχει υποθαλαμικό- υποφυσιακό γονιδιακό άξονα, η οποία εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες ως αμηνόρροια, ενώ στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού τους ενδιαφέροντος και της στυτικής τους ικανότητας (Mutelin, et al., 2016).

4.5. Κλινική εικόνα

Η ανεπαρκής πρόσληψη τροφής έχει ως συνέπεια την δημιουργία τόσο σωματικών και παθολογικών προβλημάτων όσο και συμπεριφορικών αλλαγών. Το πλέον κοινό χαρακτηριστικό στα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία είναι η απώλεια σωματικού βάρους και η εμμονή τους με την εικόνα του σώματός τους, παρά το γεγονός ότι βρίσκεται αρκετά κάτω από τα όρια του φυσιολογικού για την ηλικία τους, το ύψος και το φύλο τους. Φοβούνται μην γίνουν υπέρβαροι, αν δεν πιστεύουν ότι είναι ήδη. Αποκτούν εμμονή με το βάρος τους και ακόμη και αδύνατοι να είναι πιστεύουν ότι έχουν περιθώριο να χάσουν από κάποια συγκεκριμένα σημεία του σώματός τους που θεωρούν ότι εκλύουν παραπάνω λίπος από το φυσιολογικό. Κάθε φορά που διαπιστώνουν απώλεια βάρους, θεωρούν ότι υπάρχει και η ανάλογη βελτίωση στην εικόνα του σώματός τους.

Μια συχνή συμπεριφορά στους έφηβους που πάσχουν από νευρική ανορεξία είναι η συνεχής και ακατάπαυστη σωματική δραστηριότητα. Οι περισσότεροι πάσχοντες (έως και το 80%) μέσω της άσκησης προσπαθούν να αυξήσουν την καύση του λίπους και κατ' επέκταση την κατανάλωση των θερμίδων που λαμβάνουν. Ταυτόχρονα η σωματική δραστηριότητα έπειτα από την κατανάλωση ενός γεύματος τους βοηθάει και ψυχολογικά, καθώς τους απαλλάσσει από τα ενοχικά αισθήματα που τους πνίγουν που υπέκυψαν στην πείνα και έφαγαν με πιθανό επακόλουθο την αύξηση του βάρους τους (Mond & Calogero, 2009).

Τα υπερφαγικά επεισόδια αποτελούν ένα επιπλέον χαρακτηριστικό στα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία. Μπορούν να εμφανιστούν ανά πάσα στιγμή στην πορεία της νόσου. Κυμαίνονται από δύο με τρεις φορές την ημέρα έως και ανά διαστήματα κατά τη διάρκεια ενός μήνα. Αυτό συμβαίνει συνήθως λόγω του παρατεταμένου υποσιτισμού και της στέρησης που υποβάλλει το άτομο τον ίδιο του τον

εαυτό. Τα υπερφαγικά επεισόδια συχνά έχουν ως επακόλουθο τη χρήση καθαρτικών ουσιών και την πρόκληση εμετού (Horie, et al., 2016).

Η χρήση καθαρτικών που δρουν ερεθιστικά στο εντερικό τοίχωμα, βρέθηκε ότι έχει άμεση σχέση με την παρουσία ιστριονικών και αποφευκτικών χαρακτηριστικών στη συμπεριφορά των ανορεκτικών ατόμων, καθώς και με αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Πολλές φορές οι καταχρήσεις καθαρτικών καθώς και η συνεχή πρόκληση εμετού εντάσσονται στην καθημερινή ανορεκτική συμπεριφορά του πάσχοντα. Ο ασθενής με τον τρόπο αυτό αισθάνεται να απαλλάσσεται από το περιττό βάρος που εναπόθεσε στο σώμα του ύστερα από την κατανάλωση ενός γεύματος αλλά και από τα ενοχικά συναισθήματα για την πράξη του αυτή.

Στους ανορεξικούς ασθενείς υπάρχουν επίσης και κάποια κοινά σημεία που αφορούν την προσωπικότητα. Τα άτομα αυτά προκειμένου να εξασφαλίσουν την αποδοχή και την αναγνώριση από τους άλλους επιθυμούν να γίνουν πολύ επιτυχημένα και δημοφιλή. Κοινό τους χαρακτηριστικό αποτελούν η φιλοδοξία, η ανάθεση υψηλών στόχων αλλά και η μείωση της κοινωνικής τους ζωής. Ο χρόνος τους πλέον μονοπωλείται από υπερβολική άσκηση, συνεχή έλεγχο της τροφής που λαμβάνουν και από την εργασία. Απομακρύνονται σταδιακά από τα κοντινά τους πρόσωπα και κλείνονται στον εαυτό τους (Kring, et al., 2010) (Bennett, 2010).

4.6. Επιπτώσεις Νευρικής Ανορεξίας

Οι συνέπειες της νευρικής ανορεξίας είναι αρκετές και μακροχρόνιες. Η υπερβολική ελάττωση του βάρους του εφήβου έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπεριφορών, όπως κοινωνική απομόνωση, καταθλιπτική διάθεση, ευερεθιστότητα, αυπνία και μειωμένο ενδιαφέρον για σεξουαλική συνένευση με το ταίρι του. Επίσης παρατηρείται συναισθηματική αστάθεια, ανησυχία, αίσθημα θυμού, μοναχικότητα και δυσκολία στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων.

Σωματικά, για τους άνδρες παρουσιάζεται χαμηλό επίπεδο τεστοστερόνης που συνεπάγεται εμφάνιση υπογοναδισμού αλλά και χαρακτηριστική μειωμένη διάθεση σεξουαλικής συνένευσης. Για τα κορίτσια, παρατηρείται συνήθως αμηνόρροια για διάστημα τριών συνεχόμενων κύκλων και παραπάνω. Κάτι τέτοιο οδηγεί συχνά στη δημιουργία προβλημάτων που αφορούν τις πολυκυστικές ωοθήκες και την ελαττωμένη γονιμότητα κατά την αναπαραγωγική περίοδο της ζωής του, καθώς επίσης και προβλήματα κατά την κύηση όπως είναι η υπογλυκαιμία, οι λοιμώξεις και η

περιγεννητική θνητότητα. Επιπρόσθετα οι κοπέλες που πάσχουν από νευρική ανορεξία έχουν αυξημένο ποσοστό γεννήσεως παιδιού με αρκετά χαμηλό σωματικό βάρος και μικρότερο Apgar score κατά τη γέννηση. Εκτός όμως από την αμηνόρροια τα χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης, τα συμπτώματα όπως δυσκοιλιότητα, κοιλιακό άλγος, μη ανοχή του κρύου, αδυναμία και τριχόπτωση δεν παραλείπονται (Γονιδάκης , 2006) (Χατζηγεωργίου, 2004).

Βέβαια ο περιορισμός στη λήψη τροφής επιφέρει και πολυάριθμες ιατρικές επιπλοκές, οι οποίες ποικίλλουν από άτομο σε άτομο αλλά και ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου. Σε πάσχοντα άτομα μπορεί να εμφανιστούν επιπλοκές στο καρδιαγγειακό σύστημα, στο δέρμα, στο γαστρεντερικό, στο νευρικό και σε άλλα συστήματα του οργανισμού. Οι καρδιαγγειακές επιπτώσεις μπορούν να οδηγήσουν μέχρι και στο θάνατο. Αποτελούν τα συχνότερα αίτια θνητότητας στα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία (Χατζηγεωργίου, 2004). Οι κυριότερες αναλύονται στη συνέχεια:

- **Ξηροδερμία**

Η ξηροδερμία είναι συνέπεια υποσιτισμού και έλλειψης θρεπτικών συστατικών. Σε ασθενή με νευρική ανορεξία εμφανίζεται ξηρότητα στο δέρμα το οποίο στις περισσότερες των περιπτώσεων σχίζεται και αιμορραγεί με έμφαση ανάμεσα στα δάκτυλα τόσο των άνω όσο και κάτω άκρων. Στα άνω άκρα επιδεινώνεται όταν παρατηρείται ψυχαναγκασμός του ατόμου που τον ωθεί σε συχνή πλύση των χεριών του μέσα στην ίδια ημέρα. Η ξηροδερμία αντιμετωπίζεται με την αποκατάσταση της φυσιολογικής διατροφής και με τη χρήση φαρμακευτικών και μη ενυδατικών κρεμών (Stumia, 2005).

- **Υπερτρίχωση (lanugo)**

Σε σημεία που το δέρμα φυσιολογικά είναι άτριχο, όπως είναι η πλάτη, η κοιλιά, το πρόσωπο και τα αντιβράχια, εμφανίζονται συχνά κοντές, λεπτές, απαλές, ξανθές τρίχες. Η εμφάνιση αυτού του χνουδιού αποτελεί μια προσπάθεια του σώματος να διατηρήσει τη θερμότητά του σταθερή. Παράλληλα παρατηρείται μία ξηρότητα και ελαφρά τριχόπτωση στην κεφαλή (Stumia, 2005).

- **Προβλήματα νευρικού συστήματος**

Στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα παρατηρείται κυρίως νευροπάθεια λόγω έλλειψης βιταμίνης B12 ή και πυροξιδίνης καθώς επίσης και από πίεση που ασκείται στα νεύρα

λόγω της ατροφίας των μυών και σημαντικής μείωσης του υποδόριου λίπους. Οι εκδηλώσεις των καταστάσεων αυτών είναι συνήθως οι δυσκολίες στη συγκέντρωση της προσοχής και της μνήμης, το οργανικό ψυχοσύνδρομο, συσπάσεις μυών και μείωση αισθητικότητας (Mehler & Brown, 2015).

- **Διαταραχές των οστών**

Οι πάσχοντες από νευρική ανορεξία εμφανίζουν συχνά μειωμένη οστική δομή και μειωμένη αντοχή των οστών. Το 85% των γυναικών που νοσούν έχει είτε οστεοπόρωση είτε οστεοπενία (Fazeli & Klibanski, 2014). Η οστεοπόρωση και καθυστέρηση της ανάπτυξης των οστών αποτελούν τις σημαντικότερες μη αναστρέψιμες επιπλοκές της νόσου. Ο μακροχρόνιος υποσιτισμός, η διαταραχή της οξεοβασικής ισορροπίας και η συχνή χρήση διουρητικών αποτελούν τις βασικότερες αιτίες εμφάνισης οστεοπενίας και μετέπειτα οστεοπόρωση. Στους εφήβους μπορεί να ανασταλεί η ανάπτυξη του ύψους, ενώ στους ενήλικες είναι αρκετά συχνά η εμφάνιση καταγμάτων. Σε αρχικό στάδιο, τα κατάγματα παρατηρούνται επί το πλείστον στα κάτω άκρα και στην πύελο, ενώ σε προχωρημένο στάδιο παρατηρούνται κατάγματα των σπονδύλων με συνέπεια την κύφωση, το οσφυϊκό άλγος και την ελάττωση του ύψους. Η οστεοπόρωση, στα νεαρά άτομα που νοσούν φαίνεται να αποκαθίσταται μέσα σε διάστημα πέντε περίπου ετών ύστερα από την άρση του υποσιτισμού και την επαναφορά της έμμηνου ρύσεως. Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις η οστεοπενία παραμένει και μετά την πλήρη ανάρρωση από την νευρική ανορεξία. Δεν υπάρχει αποδεδειγμένα μία αποτελεσματική θεραπεία για την οστεοπόρωση που να μην συνυπάρχει με την πλήρη αποκατάσταση της έμμηνου ρύσεως και του σωματικού βάρους (Βάρσου & Γονιδάκης, 2014) (Fazeli & Klibanski, 2014).

- **Βραδυκαρδία**

Η βραδυκαρδία αποτελεί συχνό εύρημα σε άτομα με νευρική ανορεξία. Μεγάλο ποσοστό των ασθενών έχουν λιγότερες από 60 σφίξεις/λεπτό και διαστολική αρτηριακή πίεση χαμηλότερη από 60 mmHg. Η μείωση του αριθμού των παλμών κάτω από 50 το λεπτό, είναι αρκετά σοβαρή και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές αρρυθμίες. Η βραδυκαρδία είναι πιθανό να οφείλεται σε ηλεκτρολυτικές διαταραχές, στην ατροφία του μυοκαρδίου και στην προσπάθεια του ίδιου του οργανισμού να ελαττώσει την κατανάλωση ενέργειας. Αποτελεί μια φυσιολογική προσαρμογή του οργανισμού στην περιορισμένη λήψη τροφής (Mehler & Brown, 2015) (Βάρσου & Γονιδάκης, 2014).

- **Υπόταση**

Η ελάττωση του όγκου του αίματος αποτελεί συνέπεια της αφυδάτωσης λόγω της μειωμένης πρόσληψης τροφής. Επομένως είναι ιδιαίτερα συχνή σε άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία. Η πίεση των ατόμων αυτών μπορεί να ομαλοποιηθεί ύστερα από σχεδόν τρεις εβδομάδες επανασίτισης και όταν το σωματικό τους βάρος έχει καταφέρει να πλησιάσει το 80% του στόχου. Γενικότερα το σύνολο των καρδιαγγειακών επιπλοκών μπορεί να αποκατασταθεί πλήρως όταν επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα το βάρος του πάσχοντος και αποκατασταθεί και η διατροφή του (Βάρσου & Γονιδάκης, 2014) (Κουμντζής, 2018) (Mehler & Brown, 2015).

- **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος**

Το αναπνευστικό σύστημα δεν επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από την νευρική ανορεξία. Οι πάσχοντες συχνά αναφέρουν εύκολη σωματική κόπωση και μειωμένη αντοχή κατά την διεξαγωγή και μη κάποιας σωματικής άσκησης και αδυναμία στην αναπνοή, τα οποία συνήθως είναι αποτέλεσμα της εξασθένησης των αναπνευστικών μυών. Ταυτόχρονα στους πάσχοντες που αυτοπροκαλούν συχνά εμετούς μπορεί να δημιουργηθεί πνευμονία από εισρόφιση. Αυτές βέβαια οι επιπλοκές στις περισσότερες των περιπτώσεων μπορούν να υποχωρήσουν με την αποκατάσταση της διατροφής.

- **Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος**

Το γαστρεντερικό σύστημα του ατόμου επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τον υποσιτισμό. Οι συνεχής πρόκληση εμετικών επεισοδίων, έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία διαταραχών στον περισταλτισμό του οισοφάγου, στην γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση καθώς και στην οισοφαγική αιμορραγία. Παράλληλα είναι πολύ πιθανό να δημιουργηθεί αντικατάσταση του ενδοθήλιου του οισοφάγου από το γαστρικό ενδοθήλιο, το οποίο αποτελεί προ καρκινική ένδειξη.

Η παρατεταμένη μείωση της τροφής και ελάττωσή του σωματικού βάρους σε ποσοστό περίπου 15-20% κάτω του ιδανικού, έχουν συχνά ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη της γαστροπάρεσης (καθυστερημένη εκκένωση του στομάχου). Το αίσθημα πληρότητας ακόμα και ύστερα από αρκετές ώρες μετά από το τελευταίο γεύμα του πάσχοντα, η ναυτία, η επιγαστρική δυσφορία, η επιγαστραλγία αποτελούν ορισμένα από τα κύρια συμπτώματα. Η αίσθηση της πληρότητας είναι πιθανό να χειροτερέψει από την διατροφή του ατόμου αν αυτή είναι πλούσια σε περιεκτικότητα ινών. Τα παραπάνω

συμπτώματα μπορούν να επιμείνουν και μετά την αποκατάσταση της προσλαμβανόμενης τροφής. Στα άτομα με νευρική ανορεξία, η κένωση του στομάχου χρειάζεται περισσότερο χρόνο σε σχέση με τα υπόλοιπα άτομα. Στο 1/6 περίπου των ατόμων με νευρική ανορεξία μπορεί να εμφανιστεί έλκος του στομάχου (Arie, et al., 2008).

Η δυσκοιλιότητα είναι ένα ακόμη από τα προβλήματα που συνοδεύουν την απώλεια σωματικού βάρους στα άτομα με νευρική ανορεξία. Ο περισταλτισμός του εντέρου μειώνεται έχοντας ως συνέπεια την διάταση της κοιλιακής χώρας, την εμφάνιση αυξημένων εντερικών ήχων, επίμονη δυσκοιλιότητα και ίσως και την εμφάνιση διάρροιας σε μερικές περιπτώσεις. Ταυτόχρονα, η περισταλτικότητα του εντέρου μπορεί να μειωθεί και σε περιπτώσεις στις οποίες οι ασθενείς κάνουν κατάχρηση καθαρτικών σκευασμάτων. Γενικότερα η δυσκοιλιότητα αποτελεί μια αρκετά πολύπλοκη κατάσταση, καθώς οι ανησυχίες για τη συχνότητα, ποιότητα και ποσότητα των κοπράνων, στηρίζεται στην προσωπική αντίληψη κάθε ατόμου για τις συνήθειες του εντέρου. Η αποκατάσταση μπορεί να επέλθει με την αποκατάσταση του σωματικού βάρους, την απαραίτητη διαιτητική τροποποίηση και την πρόσληψη επαρκούς ποσότητας υγρών. Άλλοι συνήθεις τρόποι θεραπείας αποτελούν η σκόνη πολυαιθυλενογλυκόλης, η λακτουλόζη και τα οσμωτικά καθαρτικά (Κουμντζής, 2018) (Mehler & Krantz, 2003).

- **Διαταραχές στο ενδοκρινολογικό σύστημα**

Η θυρεοειδική λειτουργία επηρεάζεται σημαντικά στους ανορεξικούς ασθενείς. Οι εξετάσεις που πραγματοποιούνται για τον έλεγχο της λειτουργίας του, συχνά δεν φαίνονται φυσιολογικές αλλά δεν σημαίνει απαραίτητα ότι υπάρχει κάποια δυσλειτουργία στον αδένα αλλά ότι προσαρμόζεται στη λιμοκτονία που υποβάλλεται ο ασθενής. Η ελάττωση της T3 αποτελεί και αυτή μία προσπάθεια του οργανισμού να μειώσει την κατανάλωση ενέργειας. Οι μειωμένες τιμές των θυρεοειδικών ορμονών T3 και T4 αποτελούν μία προσπάθεια του οργανισμού να ελαττώσει το μεταβολισμό για να μπορέσει να συντηρήσει τα ζωτικά όργανά του, και όχι παθολογικό υποθυρεοειδισμό. Ταυτόχρονα η μειωμένες τιμές γλυκόζης αντικατοπτρίζει την κατάσταση λιμοκτονίας. Επομένως δεν πρέπει να γίνεται προσπάθεια διόρθωσής του, καθώς επανέρχεται σε φυσιολογικά πλαίσια ύστερα από την αποκατάσταση της διατροφής και του σωματικού βάρους (Mehler & Brown, 2015).

- **Αιματολογικές διαταραχές**

Και οι τρεις κυτταρικές σειρές (ερυθρά αιμοσφαίρια, λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια), μπορεί να επηρεαστούν από τη νευρογενή ανορεξία. Πιο συγκεκριμένα η λευκοπενία και η αναιμία παρουσιάζονται περίπου στο ένα τρίτο των ασθενών και η θρομβοπενία εμφανίζεται σε ποσοστό 10%. Η αναιμία οφείλεται κυρίως στην έλλειψη σιδήρου, βιταμίνης B12, φυλλικού οξέος και χαλκού. Η αναιμία μπορεί να αντιμετωπιστεί με την βελτίωση της διατροφής και τη χορήγηση κατάλληλων συμπληρωματικών σκευασμάτων. Απειλητική για τη ζωή του ανορεκτικού ατόμου, μπορεί να θεωρηθεί μόνο αν οφείλεται σε καταστολή του μυελού των οστών. Τα αιμοπετάλια αν και συνήθως βρίσκονται σε φυσιολογικές τιμές, μπορεί να μειωθούν λόγω έλλειψης της βιταμίνης B12, φυλλικού οξέους, χαλκού ή ακόμη και ως αποτέλεσμα τοξικής αντίδρασης φαρμακευτικών σκευασμάτων και αλκοόλ. Από τα λευκά αιμοσφαίρια, τα ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρηνα μειώνονται αρκετά στα ανορεκτικά άτομα, αλλά όχι τόσο ώστε να θέτουν τον οργανισμό σε κίνδυνο για λοιμώξεις. Ο αριθμός τους παραμένει συνήθως εντός των φυσιολογικών ορίων, όπως συμβαίνει και με την παραγωγή και συγκέντρωση των ανοσοσφαιρινών. Η μείωση του αριθμού των ουδετερόφιλων πολυμορφοπύρηνων οφείλεται στην έλλειψη φυλλικού οξέος και βιταμίνης B12. Το ανοσοποιητικό σύστημα παρουσιάζει μία σειρά μεταβολών λόγω αυτών των αλλαγών στον αριθμό των κυττάρων. Παρόλα αυτά οι πάσχοντες με ψυχογενή ανορεξία δεν διατρέχουν κάποιον ιδιαίτερα σημαντικό κίνδυνο για λοιμώξεις (Βάρσου & Γονιδάκης, 2014) (Mehler & Brown, 2015).

4.7. Πρόληψη

Η πρόληψη της νευρικής ανορεξίας αποτελεί ένα πολύ σημαντικό ζήτημα προαγωγής της δημόσιας υγείας. Η συχνότητα εμφάνισής της μεταξύ των νέων είναι αρκετά υψηλή και συνεχώς αυξάνεται, επηρεάζοντας τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική τους υγεία. Αποτελούν δύσκολα περιστατικά, με αρκετά μακροχρόνια πορεία, υψηλό κόστος αντιμετώπισης και αβέβαια αποτελέσματα. Η αντιμετώπιση χρήζει παρέμβασης οργανωμένης ομάδας με παιδίατρο, διαιτολόγο, ψυχολόγο και μερικές φορές και κοινωνικό λειτουργό. Οι παρεμβάσεις που διενεργούνται για την πρόληψη, συνήθως χωρίζονται βάση του σταδίου σε πρωτογενή πρόληψη, δευτερογενή πρόληψη και τριτογενή πρόληψη (Χατζηγεωργίου, 2004).

- Η πρωτογενής πρόληψη αποτελεί δύσκολη και πολύπλοκη διαδικασία. Σκοπός της είναι να προλαμβάνει την εμφάνιση της νόσου. Απαιτεί γνώσεις που αφορούν την ανάπτυξη της νόσου. Στόχος της αποτελεί η μείωση της διαιτητικής συμπεριφοράς και της συνεχόμενης συμπεριφοράς ελέγχου του βάρους μέσω κατάχρησης διουρητικών και αυτοπροκαλούμενων εμετικών επεισοδίων. Επίκεντρο αποτελούν οι πιο ευπαθείς ομάδες, οι μαθητές και οι φοιτητές. Για την επίτευξη του προαναφερθέντα σκοπού έχουν δημιουργηθεί συγκεκριμένα προγράμματα και διαδικασίες όπως η απομυθοποίηση των μέσων μαζικής ενημέρωσης και των προβαλλόμενων προτύπων, καθώς επίσης και η απομυθοποίηση της αντιγραφής της καθημερινότητας ενός συνομήλικου. Οι διατροφικές διαταραχές σημειώνονται πιο έντονα στην σχολική και εφηβική ηλικία, επομένως καλό θα ήταν να δημιουργηθούν παρεμβάσεις στο σχολικό περιβάλλον μέσω της ενημέρωσης, της εκπαίδευσης και της μεταφοράς των σωστών μηνυμάτων. Λαμβάνοντας γνώση για τους κινδύνους που εγκυμονούν είναι πού πιθανό να αλλάξουν και τις διατροφικές τους συνήθειες (Χατζηγεωργίου, 2004) (Ράγια, 2009).
- Η δευτερογενής πρόληψη έχει ως σκοπό τη μείωση του διαστήματος μεταξύ εμφάνισης της νόσου και λήψης αποτελεσματικής βοήθειας για την αντιμετώπισή της. Σε αυτό το στάδιο απαραίτητη είναι η γνώση των παραγόντων που συμβάλουν στην καθυστέρηση αναζήτησης της απαιτούμενης βοήθειας. Εμπόδιο μπορεί να αποτελεί η άγνοια του ατόμου ότι πάσχει από νευρική ανορεξία, η μη αναγνώριση των συμπτωμάτων, καθώς και η πεποίθηση ότι η νόσος θα εξαλειφθεί από μόνη της. Παράλληλα, μπορεί να διακατέχονται από το αίσθημα της ντροπής και να δυσκολεύονται να το εκμυστηρευτούν σε κάποιον ειδικό, ή να φοβούνται τη θεραπεία ή ακόμη και να μην το θεωρούν καθόλου σημαντικό για να το αναφέρουν και να θεωρούν ότι μπορούν να το αντιμετωπίσουν μόνοι τους. Επιπρόσθετα η οικονομική κατάσταση του ασθενή καθώς και οι σχέσεις του με το κοντινό του περιβάλλον διαδραματίζουν σημαντικό παράγοντα στην αναζήτηση βοήθειας. Γενικότερα, η προσέγγιση του ανορεκτικού ατόμου πρέπει να γίνεται από ειδικά καταρτισμένα άτομα που να έχουν επαρκείς γνώσεις πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα. Τέτοια άτομα

μπορεί να αποτελούν οι γιατροί, οι δάσκαλοι και οι νοσηλευτές, οι οποίοι οφείλουν να διδάσκονται σωστούς τρόπους προσέγγισης και διαχείρισης ατόμων με διατροφικές διαταραχές, ώστε να δημιουργείται ένα κλίμα εμπιστοσύνης αναμεσά τους και να μπορούν και οι πάσχοντες να τους ανοίγονται με μεγαλύτερη ευκολία (Ράγια, 2009).

- Η τριτογενής πρόληψη είναι το τελευταίο στάδιο πρόληψης και στηρίζεται στη μείωση της νοσηρότητας που σχετίζεται με μακροχρόνιες καταστάσεις. Σε αυτό το στάδιο, τα άτομα με νευρική ανορεξία είτε θα έχουν ξεπεράσει τον κίνδυνο μέσω της εφαρμογής θεραπείας είτε θα έχουν υποτροπιάσει (Μωρογιάννης, 2003).

4.8. Θεραπεία

Η θεραπεία της νευρικής ανορεξίας είναι πολύπλοκη και μακροχρόνια. Είναι μέγιστης σημασίας να υπάρξει πολύπλευρη, ιατρική, ψυχολογική, και κοινωνική εκτίμηση του περιστατικού και η αντιμετώπισή του να διεξάγεται από ομάδα ειδικά καταρτισμένων ατόμων. Υπάρχουν τρεις βασικοί στόχοι στη θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας. Ο πρώτος στόχος είναι να αποκατασταθεί το σωματικό βάρος και να επανέλθει στα φυσιολογικά του επίπεδα για την ηλικία, το φύλο και το ύψος. Ο δεύτερος στόχος είναι να τροποποιηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου, έτσι ώστε να διατηρηθεί το βάρος του στα φυσιολογικά του πλαίσια και να ελεγχθούν όλες οι παθολογικές του συμπεριφορές (εμετοί, κατάχρηση διουρητικών, λήψη καθαρτικών, υπερφαγικά επεισόδια). Τέλος ο τρίτος στόχος της θεραπείας είναι η τροποποίηση της άποψης του ασθενή ως προς τα οφέλη της απώλειας βάρους.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η θεραπεία πραγματοποιείται σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον. Πολλοί ασθενείς όμως μπορεί να χρειαστούν εισαγωγή σε νοσοκομείο αν αποτύχει η εξωνοσοκομειακή θεραπεία. Επιπλέον ενδείξεις αποτελούν η παρουσία υπότασης, υποθερμίας, απώλεια βάρους, βαριά απίσχναση, ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού καθώς επίσης και η συνύπαρξη κατάθλιψης.

- **Αρχική εκτίμηση:**

Η πρώτη επαφή του ασθενούς με νευρογενής ανορεξία, με την θεραπευτική ομάδα είναι πολύ σημαντική για τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης. Η αρχική εκτίμηση περιλαμβάνει την φυσική εξέταση, την λήψη λεπτομερούς ιατρικού και διαιτολογικού

ιστορικού, την έρευνα και τη διαπίστωση της σοβαρότητας και της φύσης των διατροφικών διαταραχών. Επίσης αποτελείται από τον έλεγχο ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων, τη διάγνωση ψυχιατρικής και σωματικής νοσηρότητας, την ετοιμότητα του ατόμου για αλλαγή, το οικογενειακό ιστορικό βάρους και διατροφής, καθώς και τις υποστηρίξεις που διαθέτει (Mander, et al., 2013).

- **Φαρμακευτική Αγωγή:**

Η φαρμακευτική θεραπεία χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας. Δυστυχώς δεν έχει αποδειχθεί απόλυτα επιτυχής και δεν υπάρχουν κάποια συγκεκριμένα φάρμακα που να έχουν εγκριθεί. Καθώς η ψυχοπαθολογία της συγκεκριμένης διαταραχής είναι αρκετά ανθεκτική στην προσέγγιση αυτή, τα φάρμακα δεν θα πρέπει να χορηγούνται ως μοναδική θεραπεία. Είναι απαραίτητη όμως για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου.

Τα φάρμακα που χορηγούνται συνήθως είναι τα αντικαταθλιπτικά, τα νευροληπτικά καθώς και τα αγχολυτικά που λαμβάνονται πριν από τα γεύματα για να ελαττώσουν το άγχος της αναμονής που σχετίζεται με το φαγητό αλλά και τη συμπεριφορά πρόκλησης εμετού. Δεν αποτελούν όμως τον κύριο τρόπο αντιμετώπισης της ανορεξίας και πρέπει να συνδυάζονται με ψυχοθεραπεία και διατροφικές παρεμβάσεις (πρωτεϊνούχο διαιτολόγιο).

Στόχος της φαρμακευτικής αντιμετώπισης είναι η αύξηση του σωματικού βάρους και κατ' επέκταση η βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Επίσης μέσω της αγωγής επέρχεται ανακούφιση από το συνοδευόμενο καταθλιπτικό συναίσθημα που πνίγει τον ασθενή και από το έντονο άγχος και ψυχαναγκασμό.

- **Γνωστική θεραπεία:**

Η γνωστική θεραπεία μπορεί να συμβάλει διορθώνοντας τις λανθασμένες αντιλήψεις των ασθενών αλλά και της οικογένειάς τους, για τα αισθήματα, τις ανάγκες τους και την ικανότητά τους να ελέγξουν τη ζωή τους. Αποτελεί ένα είδος ψυχοθεραπείας, ιδιαίτερα αποτελεσματικής, μέσω της οποίας ο ασθενής αποκτά μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση σε ατομικό αλλά και ομαδικό επίπεδο. Επίσης παρέχει βοήθεια στην επίλυση διαπροσωπικών προβλημάτων και συγκρούσεων.

- **Οικογενειακή παρέμβαση:**

Η οικογένεια πρέπει να συμπεριλαμβάνεται και αυτή στο θεραπευτικό πλάνο από την αρχή και να έχει ενεργό δράση στη θεραπεία του ατόμου με νευρική ανορεξία. Για να πραγματοποιηθεί η οικογενειακή ψυχοθεραπεία θα πρέπει τα μέλη να είναι σε θέση να μην ασκούν κριτική στον ασθενή, και να μπορούν να συνεργαστούν μεταξύ τους στηρίζοντας το ένα το άλλο. Αν οι γονείς είναι υπερβολικά αυστηροί, επικριτικοί και απαθείς, θα πρέπει αρχικά να αντιμετωπίζονται ξεχωριστά από τον ασθενή.

Αυτού του είδους η θεραπεία είναι εξαιρετικά χρήσιμη και ωφέλιμη για ασθενείς νεότερης ηλικίας. Αρκετοί ειδικοί, πιστεύουν μάλιστα πως η οικογενειακή θεραπεία θα έπρεπε να είναι υποχρεωτική για παιδιά και εφήβους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχογενή βουλιμία.

Η αντιμετώπιση της ψυχογενούς βουλιμίας είναι μια μακροχρόνια και επίπονη διαδικασία και συχνά η διαδικασία αυτή μπορεί να περιλαμβάνει αλλαγές στη συμπεριφορά των ασθενών. Σε καμία περίπτωση οι πάσχοντες δεν πρέπει ο ασθενής να δέχεται κριτική, για τις αντιλήψεις τους και για αυτά που σκέφτονται σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές.

Ο νοσηλευτής ως επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να μπορεί αναγνωρίζει από μόνος του τις ενδείξεις ύπαρξης ψυχογενούς βουλιμίας. Θα πρέπει να προσεγγίσει τον ασθενή με διακριτικότητα και να θέτει ερωτήσεις σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες του, την γυμναστική, τη χρήση διαιτητικών βοηθημάτων και της γενικότερης αντίληψης για το σχήμα του σώματος του και το βάρος του. Είναι πολλή πιθανή η άρνηση ύπαρξης οποιουδήποτε προβλήματος από τη μεριά του ασθενούς. Αυτό δεν θα πρέπει να είναι ανασταλτικός παράγοντας στην περαιτέρω διερεύνηση του προβλήματος και της αναζήτησης βοήθειας σε άλλες ειδικότητες. (Βάρσου , 2008)

Ένα από τα βασικά συμπτώματα που συνυπάρχουν με τις διατροφικές διαταραχές είναι η κατάθλιψη. Για το λόγο αυτό θα πρέπει κατά τη λήψη ιστορικού να διαπιστώσουμε την πιθανή ύπαρξη της και να ερωτηθούν σε σχέση με τα συναισθήματα που τους προκαλεί η κατανάλωση τροφής και ιδιαίτερα όταν οι τροφές είναι πλούσιες σε θερμίδες. (Βάρσου , 2008)

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχογενή βουλιμία δεν περιορίζεται στη λήψη ιστορικού αλλά έχει ενεργό ρόλο στη ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, στην παρακολούθηση του βάρους του, στην εξασφάλιση λήψης της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και στη σίτιση του. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχουν αρχικά ως στόχο την αποδοχή του προβλήματος. (Βάρσου , 2008)

Στο χώρο του νοσοκομείου όπως αναφέραμε σε προηγούμενη ενότητα, η ψυχογενής βουλιμία βρίσκεται υπό περιορισμό και ελέγχεται πιο εύκολα, λόγω του ότι ο ασθενής τις περισσότερες φορές αισθάνεται ντροπή και δεν προκαλεί εμετούς. Ωστόσο θα

πρέπει να ελέγχεται το βάρος του ασθενούς αλλά όχι καθημερινά γιατί αυτό εντείνει την εμμόνη του. Ο νοσηλευτής κατά τις ώρες των γευμάτων θα πρέπει να είναι παρόν και να βεβαιώνεται ότι ο ασθενής δεν πετάει, ούτε κρύβει την τροφή του.

Στην αρχή της φαρμακευτικής θεραπείας θα πρέπει τα φάρμακα να λαμβάνονται παρεντερικά έτσι ώστε σε περίπτωση εμετού να μην επηρεάζεται όσο γίνεται η δράση τους. Στις περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η παρεντερική χορήγηση, ο νοσηλευτής θα πρέπει να βεβαιώνεται για την λήψη τους και πως ο ασθενής δεν προκάλεσε έμετο.

Παράλληλα με την οποιαδήποτε κλινική διαδικασία, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και κάνει τον ασθενή να νιώθει άνετα. Στα άτομα με διατροφικές διαταραχές θα πρέπει για την νοσηλεία τους να εξασφαλίζεται μονόκλινο δωμάτιο.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή σε σχέση με τη συνέχιση της θεραπείας του εκτός του νοσοκομείου και να τον παροτρύνει να συμβουλευτεί έναν ψυχολόγο και έναν διατροφολόγο οι οποίοι θα βρίσκονται σε επικοινωνία μεταξύ τους για την σωστή διαχείριση του προβλήματος.

Πιθανότατα κάποιοι ασθενείς σε ακραίες περιπτώσεις να χρειάζονται κάποιον άνθρωπο μόνιμα μαζί τους, επομένως προτείνουμε στον ασθενή να απευθυνθεί σε κάποιο συνάδελφο.

5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη νευρική ανορεξία.

Η νευρική ανορεξία στην εξέλιξη της, παρουσιάζει μία πορεία αποτελούμενη από τέσσερα στάδια, τα οποία ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει για να ξέρει τι να περιμένει από κάθε στάδιο. (Ράγια, 2009)

- Στο πρώτο στάδιο της θεραπείας έχουμε την αρχική ανταπόκριση σε αυτή. Τα σωματικά και ιατρικά προβλήματα από την απίσχναση υποχωρούν και ο δείκτης μάζας σώματος αυξάνεται. Ελαττώνεται φανερά η ανησυχία για την αύξηση του βάρους ή για το σχήμα του σώματος και η έμμηνος ρύση επανέρχεται.
- Μετά φυσικά από την αρχική ανταπόκριση στη θεραπεία παρουσιάζεται υποτροπή, κατά την οποία αναιρούνται όσα είχαν επιτευχθεί στο πρώτο στάδιο.

- Στο τρίτο στάδιο έχουμε την ύφεση της νόσου. Ως ύφεση θεωρείται η κατάσταση κατά την οποία τα σωματικά προβλήματα έχουν σταθερά υποχωρήσει, το βάρος αυξάνεται και έχει επανέλθει η έμμηνος ρύση.
- Στο τελευταίο στάδιο είναι η ανάρρωση κατά την οποία τα κριτήρια της ύφεσης ισχύουν για το ελάχιστο χρονικό διάστημα οκτώ εβδομάδων.

Οι περισσότεροι ασθενείς με νευρική ανορεξία αρνούνται την φαρμακευτική αγωγή λόγω του φόβου της παρενέργειας της αύξησης του βάρους ή επειδή αρνείται την ύπαρξη προβλήματος. Για την χορήγηση οποιασδήποτε φαρμακευτικής αγωγής πρέπει να γνωρίζει ότι:

Οι πιθανότητες εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας είναι αυξημένες στους ασθενείς με νευρική ανορεξία. Αυτό συμβαίνει λόγω του χαμηλού βάρους, της μείωσης των λευκωμάτων του ορού και του περιορισμένου λίπους που έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του μεταβολισμού των φαρμάκων. Οι καθαρτικές συμπεριφορές μπορούν να μειώσουν την απορροφητικότητα του φαρμάκου, ενώ η αφυδάτωση και η παρατεταμένη νηστεία μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα τοξικότητας. (Βάρσου & Γονιδάκης, 2014)

Στο χώρο του νοσοκομείου οι βασικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην νευρική ανορεξία είναι όμοιες αυτών στη ψυχογενή ανορεξία όπως και σε όλες τις διατροφικές διαταραχές. Μία βασική διαφορά είναι ότι πολλοί ασθενείς με νευρική ανορεξία συχνά στην αρχή της θεραπείας τους σιτίζονται μέσω ρινογαστρικού σωλήνα.

Για όσο διάστημα οι ασθενείς παρουσιάζουν αντίσταση στην θεραπεία χρήζουν συνεχούς επίβλεψης από το νοσηλευτή. Η ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς με νευρική ανορεξία είναι αναγκαία μιας και παρουσιάζουν έντονα στοιχεία κατάθλιψης.

Η αποκατάσταση της διατροφής και του βάρους αποτελεί το κεντρικό μέρος της θεραπείας της ψυχογενούς ανορεξίας. Η αποκατάσταση του βάρους στο σπίτι είναι πιο αποδεκτή από τους ασθενείς, βοηθά την αυτοπεποίθησή τους και ενδείκνυται όταν υπάρχει κίνητρο για θεραπεία, ικανότητα να σιτίζονται από μόνοι τους και πλαίσιο συστηματικής παρακολούθησης. (LKG, 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Για πρώτη φορά τον όρο «νοσηλευτική διεργασία» χρησιμοποίησε η Lydia Hall το 1955, σε μια διάλεξή της στις ΗΠΑ, περιγράφοντας τρία στάδια : παρατήρηση, εφαρμογή παρεμβάσεων και τεκμηρίωση. Από τους πρώτους επίσης νοσηλευτές που χρησιμοποίησαν τον όρο στις θεωρίες τους για να αναφερθούν σε μια σειρά από φάσεις (στάδια) που περιγράφουν τη Νοσηλευτική Διεργασία, ήταν οι Johnson (1959), Orlando (1961) και Wiedenbach (1963). Από τότε, πολλοί νοσηλευτές έχουν περιγράψει τη νοσηλευτική διεργασία και έχουν προσδιορίσει τις φάσεις με διαφορετικούς τρόπους . Οι Gioura και Walsh το 1967 ανέφεραν για πρώτη φορά τα βήματα της νοσηλευτικής διεργασίας ως εξής: Αξιολόγηση, σχεδιασμός, εφαρμογή και εκτίμηση. Το 1974, μετά την πρώτη συνάντηση της ομάδας που σήμερα ονομάζεται Βόρειο -Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτικής Διάγνωσης (NANDA), η νοσηλευτική διάγνωση προστέθηκε ως ξεχωριστό και διαφορετικό στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας. Πριν από αυτό, η νοσηλευτική διάγνωση είχε συμπεριληφθεί στο πρώτο στάδιο, την αξιολόγηση. Τα βήματα της νοσηλευτικής διεργασίας τροποποιήθηκαν και είναι : Αξιολόγηση, νοσηλευτική διάγνωση, προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας, εφαρμογή και εκτίμηση. Κατά τα τέλη της δεκαετίας του 80', αρχές 1990, η NANDA αναθεώρησε τα πέντε στάδια και καθιέρωσε και 6^ο στάδιο (διαχώρισε το στάδιο του σχεδιασμού σε δύο) και ως εκ τούτου η νοσηλευτική διεργασία δημιουργήθηκε από τα παρακάτω στάδια: αξιολόγηση, νοσηλευτική διάγνωση, προσδιορισμός αναμενόμενων εκβάσεων, σχεδιασμός, εφαρμογή και εκτίμηση αποτελεσμάτων.

Επιπλέον, η ολοκληρωμένη χρήση των γνωστικών, διαπροσωπικών και ψυχοκινητικών δεξιοτήτων στη φροντίδα του ασθενούς είναι βασική για την άσκηση της επαγγελματικής Νοσηλευτικής. Δυστυχώς, φαίνεται ότι υπάρχει η αντίληψη ότι η διαδικασία της νοσηλευτικής Διεργασίας είναι επιθυμητή και θα πρέπει να χρησιμοποιείται εξατομικευμένα, αλλά είναι πολύ χρονοβόρα για να είναι πρακτική. Αν δεν έχει αναγνωριστεί η αξία της, δεν χρησιμοποιείται και πολλοί νοσηλευτές συνεχίζουν να παρεμβαίνουν με τη χρήση τυποποιημένων διαδικασιών που βασίζονται

περισσότερο στις ιατρικές διαγνώσεις, παρά σε μια λογική και επιστημονική βάση που αναφέρεται στην αξιολόγηση, τη νοσηλευτική διάγνωση, το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την ανατροφοδότηση της αξιολόγησης. Ο ορισμός της νοσηλευτικής διεργασίας έχει ειπωθεί από πολλούς συγγραφείς βάση των οποίων μπορούμε να καταλήξουμε ότι η νοσηλευτική διεργασία μπορεί να ορισθεί ως μια συστηματική και δυναμική διαδικασία ή ένα σύνολο ενεργειών που εστιάζεται σε στόχους και δραστηριότητες, οι οποίες είναι αλληλένδετες μεταξύ τους, χρησιμοποιείται από το νοσηλευτή έτσι ώστε να καθορίσει, να σχεδιάσει και να εφαρμόσει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα για τον κάθε ασθενή, η οποία στοχεύει στην επίτευξη των στόχων. Η διαδικασία της νοσηλευτικής διεργασίας είναι κυκλική και συνεχής διαδικασία που μπορεί να καταλήξει στο τελευταίο στάδιο, εάν το πρόβλημα έχει επιλυθεί. Η διαδικασία της νοσηλευτικής Διεργασίας υπάρχει για κάθε πρόβλημα ή/και κατάσταση του ατόμου, οικογένειας, ομάδας, κοινότητας, εστιάζει όχι μόνο σε τρόπους για να βελτιώσουν τις φυσικές ανάγκες, αλλά και τις κοινωνικές, συναισθηματικές καθώς και πνευματικές ανάγκες τους. Η όλη διαδικασία καταγράφεται (τεκμηριώνεται) προκειμένου να ενημερώσει όλα τα μέλη της ομάδας υγείας. Αποτελεί το βασικό πυρήνα της νοσηλευτικής πρακτικής για να παρέχει ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα στον ασθενή, που θα έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα (Ackley & Lagwig, 2013; Alfaro, 2013; Burns et al., 2010; Herdman, 2011; Wilkinson, 2012).

Η νοσηλευτική διεργασία περιλαμβάνει τα ακόλουθα 5 στάδια:

1. Αξιολόγηση των αναγκών του ατόμου και των πόρων για την νοσηλευτική φροντίδα
2. Νοσηλευτική διάγνωση
3. Προγραμματισμός (σχεδιασμός) για την ικανοποίηση των αναγκών που εντοπίστηκαν
4. Εφαρμογή της προβλεπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας)
5. Εκτίμηση των αποτελεσμάτων και της ανατροφοδότησης (feedback)

Πιο συγκεκριμένα:

- **Αξιολόγηση** της γενικότερης κατάστασης του ασθενή. Πρόκειται για το πρώτο βήμα της διαδικασίας. Η αξιολόγηση περιγράφεται ως μια συνεχής, συστηματική δραστηριότητα που περιλαμβάνει τις δεξιότητες της παρατήρησης και της επικοινωνίας. Ο σκοπός της αξιολόγησης είναι να

προσδιορίζει τις συγκεκριμένες ανάγκες για την νοσηλευτική φροντίδα ενός ατόμου ή της οικογένειας και των πόρων που διατίθενται για την κάλυψη των αναγκών αυτών. Η αρχική αξιολόγηση περιλαμβάνει ιδανικά ένα λεπτομερές ιστορικό, όπου το άτομο ενθαρρύνεται, όπου είναι δυνατόν, να καταθέσει τις απόψεις του και να περιγράψει τις ανάγκες του. Οι πληροφορίες που συλλέχτηκαν στη συνέχεια αναλύονται και αποτελούν τη βάση για τον καθορισμό των αναγκών του ατόμου και τις προτεραιότητες για τη φροντίδα. Οι πληροφορίες που λαμβάνονται μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως βασική γραμμή έναντι της οποίας οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία ή μεταβολής στην κατάσταση της υγείας του διαβητικού παιδιού μπορεί να μετρηθεί. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει όχι μόνο σωματικά και οργανικά δεδομένα, αλλά και ψυχολογικά, κοινωνικοπολιτισμικά, πνευματικά, οικονομικά καθώς και τον τρόπο ζωής. Για παράδειγμα, η αξιολόγηση ενός νοσηλευτή σε ένα (νοσοκομειακό) ασθενή που έχει πόνο, περιλαμβάνει όχι μόνο τις φυσικές αιτίες και τις εκδηλώσεις του πόνου, αλλά την ανταπόκριση του πόνου, την αδυναμία του ασθενούς να σηκωθεί από το κρεβάτι, η άρνηση να φάει, η απομόνωση από τα μέλη της οικογένειας, ο θυμός που συνήθως εκδηλώνεται στο προσωπικό του νοσοκομείου, ο φόβος, ή το αίτημα για διευθέτηση του πόνου. Η συλλογή πληροφοριών είναι πολύ σημαντική. Είναι ο οδοδείκτης για οποιαδήποτε περαιτέρω ενέργεια. Η λάθος πληροφόρηση οδηγεί σε ακατάλληλη (λανθασμένη) ενέργεια. Η ελλιπής πληροφόρηση οδηγεί σε ανεπαρκή νοσηλευτική δράση. Είναι σημαντικό η αξιολόγηση να γίνεται με συστηματικό τρόπο μέσω της επιλογής και της χρήσης του κατάλληλου πλαισίου.

- **Νοσηλευτική Διάγνωση:** Αποτελεί το δεύτερο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Είναι μια κλινική κρίση για την ανταπόκριση του ατόμου, της οικογένειας ή της κοινότητας για τα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας του παιδιού. Βασίζεται στην παρατήρηση και περιγράφει ένα πρόβλημα υγείας και παρέχει τις βάσεις για την επιλογή της νοσηλευτικής παρέμβασης. Περιλαμβάνει την ανάλυση των δεδομένων και τη διαπίστωση των αναγκών και προβλημάτων που υπάρχουν. Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις αντιπροσωπεύουν την κλινική κρίση του νοσηλευτή σχετικά με τα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας που συμβαίνουν στο άτομο, την οικογένεια, την ομάδα ή την κοινότητα. Η ακρίβεια της νοσηλευτικής

διάγνωσης επικυρώνεται όταν ένας νοσηλευτής είναι σε θέση να προσδιορίσει με σαφήνεια και να συνδέσει τα καθοριστικά χαρακτηριστικά, που σχετίζονται με τους παράγοντες κινδύνου που βρέθηκαν στο πλαίσιο της νοσηλευτικής αξιολόγησης. Η διάγνωση αντανακλά όχι μόνο ότι ο ασθενής είναι σε πόνο ή σύγχυση, αλλά ότι ο πόνος έχει προκαλέσει άλλα προβλήματα, όπως κακή διατροφή, άγχος και συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια ή έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει επιπλοκές.

- **Σχεδιασμός (προγραμματισμός) νοσηλευτικής φροντίδας:** Ο προγραμματισμός είναι το τρίτο από τα πέντε στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας. Είναι μια σειρά από βήματα μέσω της οποίας ο νοσηλευτής και ο ασθενής θέτουν προτεραιότητες και στόχους από κοινού προκειμένου να επιλύσουν τα προβλήματα/ανάγκες που έχουν διαπιστωθεί. Σε συμφωνία με τον ασθενή, ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει κάθε ένα από τα προβλήματα που εντοπίστηκαν στη νοσηλευτική διάγνωση. Όταν υπάρχουν πολλαπλές (νοσηλευτικές) διαγνώσεις που πρέπει να αντιμετωπισθούν, ο νοσηλευτής ιεραρχεί αυτές που θα λάβουν πρώτα τη μεγαλύτερη προσοχή, ανάλογα με τη σοβαρότητα και την βαρύτητά τους, και τις δυνατότητες για την πρόκληση σοβαρότερων επιπλοκών. Για κάθε πρόβλημα θέτει ένα μετρήσιμο στόχο. Για κάθε στόχο, ο νοσηλευτής επιλέγει νοσηλευτικές παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν στην επίτευξη του στόχου. Το αποτέλεσμα αυτής της φάσης είναι ένα σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας.
- **Εφαρμογή:** Η εφαρμογή είναι το τέταρτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Εφαρμογή ορίζεται ως η διεξαγωγή παρεμβάσεων που κατευθύνονται προς την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Αυτές οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τις ενέργειες που πραγματοποιεί ο νοσηλευτής για τον ασθενή, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της φροντίδας. Σε αυτό το στάδιο το συμφωνημένο σχέδιο φροντίδας τίθεται σε δράση, ενώ τα πέντε στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας συγκλίνουν ως ένα δυναμικό σύνολο κατά τη διάρκεια εφαρμογής του σχεδίου φροντίδας. Τα συστηματικά βήματα που εμπλέκονται στην εφαρμογή του σχεδίου περίθαλψης είναι:
 1. **Συντονισμός και διεξαγωγή της νοσηλευτικής φροντίδας,** σύμφωνα με το συμφωνημένο σχέδιο φροντίδας. Ο νοσηλευτής υλοποιεί το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας, εκτελώντας συγκεκριμένες παρεμβάσεις που

επιλέχθηκαν για να συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων που είχαν καθοριστεί. Η ανάθεση καθηκόντων και η παρακολούθηση αυτών περιλαμβάνεται σε αυτό το στάδιο.

2. Καταγραφή της προγραμματισμένης περίθαλψης έτσι ώστε να επιτυγχάνουμε συνέχεια της φροντίδας για τον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Δεδομένου ότι η καταγραφή ενός σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από την ποιότητα της αξιολόγησης των αναγκών, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις εξαρτώνται από την ποιότητα του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας.

 - **Εκτίμηση:** Πρόκειται για το τελευταίο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Ο νοσηλευτής εκτιμά την πρόοδο προς την επίτευξη των στόχων που επισημαίνονται στα προηγούμενα στάδια. Αν η πρόοδος προς το στόχο δεν έχει επιτευχθεί ή αν είναι αργή, ή αν υπάρξουν επιπλοκές, ο νοσηλευτής πρέπει να αλλάξει το σχέδιο της φροντίδας ανάλογα με τα αποτελέσματα. Αν ο στόχος επιτευχθεί, η νοσηλευτική διεργασία καταλήγει για την συγκεκριμένη ανάγκη/πρόβλημα. Τόσο η κατάσταση του ασθενούς καθώς και η αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να εκτιμώνται συνεχώς, και το σχέδιο φροντίδας να τροποποιείται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή. Η συστηματική εκτίμηση πραγματοποιείται σκόπιμα και συνειδητά.

Πρόκειται για την ίδια διαδικασία της κριτικής σκέψης που χαρακτηρίζει κάθε στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Οι δεξιότητες της παρατήρησης, συνέντευξης, φυσικής εξέτασης και μετρήσεων (ζωτικά σημεία, κ.ά.) που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση, επίσης, χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση κατά πόσον ή όχι τα προγραμματισμένα αποτελέσματα της φροντίδας έχουν εκπληρωθεί. Η διαδικασία της εκτίμησης είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση της συστηματικής διαδικασίας, έτσι ώστε ο νοσηλευτής και ο ασθενής να μπορούν να επανεξετάσουν την πρόοδο του ατόμου, την επίτευξη ή όχι των επιθυμητών αποτελεσμάτων, την ανάγκη για περαιτέρω περίθαλψη όπως επίσης και τυχόν απροσδόκητα αποτελέσματα ή ανικανοποίητες ανάγκες που δεν συμπεριελήφθησαν κατά την αξιολόγηση (Ackley & Lagwig, 2013; Alfaro, 2013; Burns et al., 2010; Herdman, 2011; Wilkinson, 2012).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6.1. ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

Αγόρι 14 ετών εισήχθη στα ΤΕΠ του Γενικού νοσοκομείου Τριπόλεως με την συνοδεία γονέων έπειτα από επεισόδιο παραλίγο πνιγμού από εμετό με έντονη δύσπνοια. Από τους γονείς μάθαμε ότι το παιδί έχει χάσει απότομα βάρος χωρίς όμως να προσέχει ιδιαίτερα την διατροφή του. Παράλληλα έχουν παρατηρήσει ότι την τελευταία εβδομάδα το παιδί κάνει πολλούς εμετούς χωρίς ωστόσο να παραπονιέται για αυτό. Όταν ρωτήθηκε το παιδί σχετικά με την υγεία του και με το πως αισθάνεται το τελευταίο καιρό, δεν αναφέρθηκε ούτε στους εμετούς ούτε στην απώλεια βάρους. Ο ασθενής ύστερα από τις εξετάσεις στις οποίες υποβλήθηκε, παρουσιάζει, αφυδάτωση και πνευμονία από εισρόφηση ξένου σώματος. Έπειτα από την λήψη ζωτικών σημείων έχουμε τα εξής:

Ζωτικά Σημεία:

- Παλμοί: 95 παλμοί/λεπτό, αυξημένοι παλμοί
- Ρυθμός αναπνοής: 33 αναπνοές/λεπτό, ταχύπνοια
- Αρτηριακή πίεση αίματος: 90/70, χαμηλή αρτηριακή πίεση
- Θερμοκρασία: 36,8 βαθμοί Κελσίου
- SpO₂: 92%
- Βάρος: 58
- Ύψος: 1,70

Το βάρος του ασθενή είναι οριακά φυσιολογικό αλλά είχε απώλεια 10 κιλών σε ένα μήνα. Ύστερα από την εξέταση οι γιατροί προτείνουν εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο για περαιτέρω διερεύνηση και αποκατάσταση της φυσιολογίας του με την διάγνωση της ψυχογενής βουλιμίας.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Σχεδιασμός Φροντίδας	Εφαρμογή Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> Αφυδάτωση 	<ul style="list-style-type: none"> Αφυδάτωση λόγω πολλών εμέτων. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση N/S 1000cc ανά 12 ώρες για αναπλήρωση του όγκου των υγρών κατόπιν ιατρικής οδηγίας Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών ανά 24 ώρες. Ενθάρρυνση ασθενή για πρόσληψη επιπλέον υγρών από το στόμα για ανακούφιση από την ξηρότητα του λαιμού. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκαν 2 οροί N/S 1000cc σε 24 ώρες Έγινε παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών, ο ασθενής έλαβε 2500ml και απέβαλλε 1500ml. Ο ασθενής προσλαμβάνει 500 ml νερού από το στόμα 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση, συνέχιση θεραπείας Το ισοζύγιο υγρών τείνει να αποκατασταθεί Ο ασθενής δηλώνει πως αισθάνεται καλύτερα το λαιμό του και πως είναι έτοιμος να αυξήσει την ποσότητα υγρών που λαμβάνει από το στόμα.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Σχεδιασμός Φροντίδας	Εφαρμογή Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Δύσπνοια 	<ul style="list-style-type: none"> • Δύσπνοια που οφείλεται στον παραλίγο πνιγμό από εισρόφηση ξένου σώματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμογή οξυγονοθεραπείας κατόπιν ιατρικής οδηγίας • Παρακολούθηση SpO2 με οξύμετρο ανά 2 ώρες • Διδασκαλία τεχνικών διευκόλυνσης της αναπνοής 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε οξυγόνο 5L/ λεπτό με απλή μάσκα οξυγόνου κατόπιν ιατρικής οδηγίας • Έγινε παρακολούθηση κορεσμού και είχαμε αύξηση του SpO2 • Έγινε προσπάθεια διδασκαλίας διαφραγματικής αναπνοής 	<ul style="list-style-type: none"> • Η φυσιολογική αναπνοή αποκαταστάθηκε Παύση χορήγησης οξυγόνου. • Ο κορεσμός αιμοσφαιρίνης διατηρείται πάνω από 98% • Η αναπνοή διευκολύνθηκε.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Σχεδιασμός Φροντίδας	Εφαρμογή Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Πρόκληση εμετών 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι έμετοι οφείλονται στην ψυχογενή βουλιμία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τακτικός έλεγχος ασθενή έτσι ώστε να μην προκαλέσει εμετό • Διασφάλιση ότι ο ασθενής τρώει την ποσότητα φαγητού που πρέπει • Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής πάει στο μπάνιο με συνοδεία και συνεχώς παρακολουθείται • Κατά τα γεύματα είναι παρών κάποιος νοσηλευτής που τον ενθαρρύνει να φάει ή τον ταΐζει • Ενθάρρυνση ασθενή να μιλήσει για αυτά που σκέφτεται και να παραδεχθεί στον εαυτό του το πρόβλημα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής δεν έχει προκαλέσει εμετό κατά το χρόνο νοσηλείας του • Ο ασθενής τρέφεται σωστά και ολοκληρωμένα • Ο ασθενής ζήτησε να μιλήσει σε ψυχολόγο.

6.2. ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Κοπέλα ασθενής ηλικίας 21 ετών, εισήχθη στα επείγοντα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείο Πατρών λόγω λιποθυμικού επεισοδίου. Η ασθενής έχει διαγνωσθεί με νευρική ανορεξία. Παρουσιάζει αμηνόρροια για 2 συνεχόμενους κύκλους και δυσκοιλιότητα για αρκετά μεγάλο διάστημα. Η ασθενής έχει διακόψει την θεραπεία της εδώ και ένα εξάμηνο. Υπεβλήθη σε φυσική εξέταση, εκτεταμένη λήψη ιστορικού η ίδια αλλά και η μητέρα της, σε αιματολογικές εξετάσεις και σε γυναικολογική εξέταση.

Ζωτικά Σημεία:

- Παλμοί: 82 παλμοί/λεπτό, αυξημένοι παλμοί
- Ρυθμός αναπνοής: 28 αναπνοές/λεπτό
- Αρτηριακή πίεση αίματος: 99/68, χαμηλή αρτηριακή πίεση
- Θερμοκρασία: 36,9 βαθμοί Κελσίου
- SpO₂: 99%
- Βάρος: 46
- Ύψος: 1,64

Καταγράφεται αρκετά χαμηλό σωματικό βάρος και χαμηλή αρτηριακή πίεση αίματος (υπόταση). Η διάγνωσή της ήταν νευρική ανορεξία.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Σχεδιασμός Φροντίδας	Εφαρμογή Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> Αμηνόρροια 	<ul style="list-style-type: none"> Αμηνόρροια που σχετίζεται με την απώλεια βάρους και παρατηρείται στην νευρική ανορεξία. 	<ul style="list-style-type: none"> Εξέταση από γυναικολόγο και λήψη αντισυλληπτικών σκευασμάτων. Αποκατάσταση του σωματικού βάρους Διδασκαλία ασθενούς για τις επιπτώσεις της αμηνόρροιας στον οργανισμό της. 	<ul style="list-style-type: none"> Πραγματοποιήθηκε εξέταση από γυναικολόγο και χορηγήθηκε η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Δημιουργία κατάλληλου διαιτολογίου. Διδασκαλία από έναν ειδικό για το σύμπτωμα ιατρό. 	<ul style="list-style-type: none"> Αποτελεσματική η αγωγή. Η έμμηνος ρύση επανήλθε. Αποκατάσταση σωματικού βάρους Η ασθενής αντιλαμβάνεται τη σοβαρότητα των επιπτώσεων. Το σχέδιο φροντίδας αποδίδει.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Σχεδιασμός Φροντίδας	Εφαρμογή Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Δυσκοιλιότητα 	<ul style="list-style-type: none"> • Δυσκοιλιότητα που σχετίζεται με τον υποσιτισμό και παρατηρείται στη νευρική ανορεξία 	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμογή κατάλληλης διαιτητικής τροποποίησης σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού • Πρόσληψη επαρκούς ποσότητας υγρών σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. • Χορήγηση οσμωτικών καθαρτικών σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού • Διδασκαλία ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> • Τροποποίηση του διατροφολογίου σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού. • Πρόσληψη επαρκούς ποσότητας υγρών • Λήψη οσμωτικών καθαρτικών. • Πραγματοποίηση διδασκαλίας από τους αρμόδιους γιατρούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποτελεσματική η αγωγή. Το σύμπτωμα μειώθηκε. • Αποκατάσταση ισοζυγίου ασθενούς. • Αποτελεσματική αγωγή με αποτέλεσμα την μείωση του συμπτώματος • Σημαντική κατανόηση της κατάστασης. Το σχέδιο φροντίδας αποδίδει.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Σχεδιασμός Φροντίδας	Εφαρμογή Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
------------	----------------------	----------------------	--------------------	------------------------

- | | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Λιποθυμικό επεισόδιο | <ul style="list-style-type: none"> • Λιποθυμικό επεισόδιο που οφείλεται στην υπόταση που είναι αποτέλεσμα της απώλειας βάρους και παρατηρείται στην νευρική ανορεξία. | <ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση υγρών σύμφωνα με την οδηγία του γιατρού. • Λήψη ζωτικών σημείων ασθενούς. • Τοποθέτηση της ασθενούς σε ύπτια θέση, με ανασηκωμένα τα κάτω άκρα σύμφωνα με την οδηγία του γιατρού. • Διδασκαλία ασθενή για την αποκατάσταση του σωματικού της βάρους. | <ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως. • Πραγματοποίηση λήψης ζωτικών σημείων ανά μία ώρα. • Τοποθέτηση ασθενούς σε ύπτια θέση και ανασηκωμένα κάτω άκρα. • Διδασκαλία ασθενούς και τροποποίηση του διαιτολογίου της από ειδικό διατροφολόγο. | <ul style="list-style-type: none"> • Αποτελεσματική η αγωγή. Η ασθενής αρχίζει να συνέρχεται. • Η πίεσή της διατηρείται σταθερή με μία ελαφρά άνοδο. • Φυσιολογική ροή αίματος και σταδιακή αποκατάσταση των αισθήσεων. • Το τροποποιημένο διαιτολόγιο εφαρμόζεται. Σταδιακή αποκατάσταση σωματικού βάρους. Το σχέδιο φροντίδας συνεχίζεται. |
|--|--|--|---|--|

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι διατροφικές διαταραχές έχουν πολλά κοινά σημεία ως προς τους παράγοντες που τις προκαλούν και ως προς τη συμπτωματολογία τους. Πιο συγκεκριμένα η ψυχογενής βουλιμία και νευρική ανορεξία αποτελούν όψεις του ίδιου νομίσματος. Άτομα με νευρική ανορεξία παρουσιάζουν συμπεριφορές βουλιμία και αντιστρόφως.

Οι διατροφικές διαταραχές αυτές εμφανίζονται κυρίως στην εφηβική ηλικία χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οποιαδήποτε άλλη ηλικία είναι ακίνδυνη. Η εφηβική ηλικία είναι μία από τις δυσκολότερες περιόδους της ζωής του ανθρώπου λόγω των αλλαγών που συμβαίνουν. Οι έφηβοι λόγω των ορμονών τους τείνουν να έχουν δύσκολες συμπεριφορές και η ψυχολογική του κατάσταση να έχει πολλές διακυμάνσεις. Οι έφηβοι έρχονται αντιμέτωποι με αλλαγές στο σώμα τους, στην ψυχολογία τους, στις ανάγκες τους και γενικότερα σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Οι ενεργειακές τους ανάγκες αυξάνονται και οι ποσότητες τροφής που καταναλώνουν μεγαλώνουν. Αυτό πολλές φορές έχει ως αποτέλεσμα να παίρνουν απότομα βάρος, μία ακόμα αλλαγή που είναι εξίσου δύσκολη ως προς την διαχείριση της. Η απότομη αύξηση του βάρους σε συνδυασμό με άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν στις παθήσεις που μελετήσαμε.

Η συχνότητα εμφάνισης της ψυχογενούς βουλιμίας και της νευρικής ανορεξίας είναι μεγαλύτερη στα κορίτσια από ότι στα αγόρια. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση στα αγόρια κυρίως λόγω των προτύπων ομορφιάς που θέλουν τους άντρες τέλεια γυμνασμένους.

Τα συμπτώματα στις παθήσεις που μελετήσαμε είναι πανομοιότυπα με κύρια διαφορά ότι στην ψυχογενή βουλιμία οι ασθενείς πασχίζουν να διατηρήσουν το βάρος τους εκεί που το θέλουν ενώ στην νευρική ανορεξία προσπαθούν να το μειώνουν συνεχώς ακόμα και όταν δεν υπάρχει κάτι άλλο να χάσουν. Είτε στη μία περίπτωση είτε στην άλλη οι συμπεριφορές που παρατηρούνται και ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς προσπαθούν να φτάσουν στο σημείο που θέλουν, είναι τα ίδια.

Τα άτομα που πάσχουν από αυτές τις ασθένειες χαρακτηρίζονται από μυστικοπάθεια, ντροπή και έχουν μια ιδιαίτερη σχέση με το φαγητό. Χρησιμοποιούν τα ίδια μέσα για την όσο το δυνατόν λιγότερη πρόσληψη θερμίδων, όπως η χρήση καθαρτικών και η πρόκληση εμετών.

Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από συνεχόμενα επεισόδια υπερφαγίας και ύστερα αποσυμφόρησης μέσω του εμετού. Τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία συνήθως δεν τρώνε μπροστά σε άλλους γιατί νιώθουν ενοχές, τρώνε κρυφά και τις περισσότερες φορές χάνουν τον έλεγχο. Στην προσπάθειά τους να μην παχύνουν, ασχολούνται υπερβολικά με την γυμναστική σε σημείο εξάντλησης πολλές φορές.

Η νευρική ανορεξία, από την άλλη, σαν κύριο χαρακτηριστικό έχει τη μη πραγματική αντίληψη της εικόνας του σώματος από τους πάσχοντες. Οι ασθενείς αυτοί θεωρούν ότι είναι παχουλοί ακόμα και όταν έχουν φτάσει σε σημείο εξάντλησης και έλλειψης υποδόριου λίπους. Η κατανάλωση τροφής ημερησίως περιορίζεται κατά μέσο όρο από 0 έως 600 θερμίδες όταν οι διατροφικές ανάγκες για το μέσο άνθρωπο είναι 1500 θερμίδες ημερησίως.

Τα άτομα με νευρική ανορεξία, όταν η νόσος πλέον έχει ξεφύγει χρειάζονται ενδονοσοκομειακή θεραπεία, πράγμα που είναι πιο σπάνιο για τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία. Ωστόσο και για τις δύο αυτές ασθένειες, οι ασθενείς θα πρέπει να απευθύνονται σε ψυχολόγο και διατροφολόγο και την θεραπεία αυτών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abraham , S. & Lewelly , J., 1997. *Eating disorders the facts*. England: Oxford university press.
- Arie, E., Uri, G. & Bickel, A., 2008. Acute gastric dilation, necrosis and perforation complicating restrictive-type anorexia nervosa. *Gastrointest Surg.*, Issue 12.
- Attia E & Walsh T, 2009. Behavioral management for anorexia nervosa. *The New England Journal of Medecine*, Issue 360, pp. 500-506.
- Bauer, K. και συν., 2009. Fast food intake among adolescents: secular and longitudinal trends from 1999 to 2004. *Prev Med*, Issue 48, pp. 284-287.
- Bennett, P., 2010. *Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Πεδίο.
- Berger, S., 2008. The developing person through the life span.
- Brown, S. και συν., 2008. A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics*, pp. 290-310.
- Butte, N., 2003. Fat Intake of children in relation to energy requirements. *Am J Clin Nut*, Issue 75, pp. 1245-1252.
- Cole, M. & Cole SR, 2002. Η εφηβεία. Στο: *Η ανάπτυξη των παιδιών*. s.l.:Τυπωθήτω.
- Cusantis, D. & Shannon, B., 1996. Influences on adolescent eating behavior. *J. Adolescent Health*, pp. 27-34.
- Dare, C. & Crowther, C., 1995. *Prychodynamic models of Eating Disorders*. s.l.:Handbook of Eatin Disorders.
- Donald E Greydanus, Καφετζής, Δ. Α. & Τσιτσικά , Α. Κ., 2011. *Εφηβεία η ηλικία των μεταβολών και των δυνατοτήτων*. s.l.:s.n.
- DSM-V, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D.C: American Phychiatric Association.
- Fairburn , C., 2005. *Βουλιμία «Ξανά κερδίστε τον έλεγχο»*. Αθήνα: εκδόσεις Πατάκη.
- Fazeli, P. & Klibanski, A., 2014. Bone metabolism in anorexia nervosa. *Curr Osteoporos Rep*, Issue 12.
- Forman, S., 2005. Eating Disorders: epidemiology, pathogenesis and clinical features. *Up to Date*.
- Hedrich, K., Dugg, C. & Walker, A., 2000. *Εγχειρίδιο παιδικής Διατροφής*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παριζιάνου.
- Hoek, H. & Van Hoeken, D., 2003. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*, December, pp. 383-96.
- Horie, T. και συν., 2016. A series of patients with purging tupe anorexia nervosa who do tube vomiting. *Biopsychosoc Med*.

- Jade, D., 2001. *Practitioner Skills for Eating Disorders*. London: National Centre for.
- Juarez, L., Soto, E. & Pritchard, M., 2002. Drive for Muscularity and Drive for Thinness: The Impact of Pro-Anorexia WEbsites. *Eating Disorders*.
- Keating, C., 2010. Theoretical perspective on anorexia nervosa: The conflict of reward. *Neuroscien Biobehav Rev*.
- Keski-Rahkonen, A. και συν., 2009. *Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study*. *Psychological Medicine*. s.l.:s.n.
- Kring , A., Davinson, G., Neale, J. & Jonson, S., 2010. *Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Gutenberg.
- Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M. & Johnson, 2010. *Ψυχοπαθολογία*. 1η επιμ. Αθήνα: Gutenberg: s.n.
- Larson, N., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. & Story, M., 2007. Trends in adolescent fruit and vegetable consumption. *Prev Med*, Issue 48, pp. 284-287.
- LKG, H., 1990. *Eating Disorders*. s.l.:Guilford Press.
- Mahan, K. & Escott, S., 2000. Food Nutrition and diet therapy.
- Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A., 1975. Symbiosis and Individuation. *The Psychological Birth of the human*.
- Mander, J. και συν., 2013. *Stages of change, treatment outcome and therapeutic alliance in adult inpatients with chronic anorexia nervosa*. s.l.:BMC Psychiatri.
- Mehler, P. & Brown, C., 2015. Anorexia nervosa- medical complications. *Journal of Eating Disorders*.
- Mehler, P. & Krantz, M., 2003. Anorexia Nervosa medical issues. *Womens Health*.
- Melles, H., Spix, M. & Jansen, A., 2021. Avoidance in Anorexia Nervosa: Towards a research agenda. *Physiology & Behavior*.
- Mond, J. & Calogero, P., 2009. Excessive exercise in eating disorder patients and in healthy women. *Aust NZJ Psychiatry*.
- Mutelin, L. και συν., 2016. The DSM 5 diagnostic criteria may change its population prevalence and diagnostic value. *Psychiatric Research*, June, Issue 77.
- Nielsen, S., Siega-Riz, A. & Barry M Porkin, B., 2002. Trends in Food Locations and Sources among Adolescents and Young Adults. *Preventive Medicine*, Issue 35, pp. 107-112.
- Organization, W. H., 2004. Global strategy on diet, physical activity and health.
- Paola, Miotto; Monica, De Coppi ; Michela, Frezza ;, 2003. *The Spectrum of eating disorders prevalence in an area of Northeast Italy*. Ιταλία: s.n.
- Pearson, N. και συν., 2009. Patterns of adolescent physical activity and dietary behaviours. Τόμος 6, pp. 45-51.

- PRINCE, R., 1985. *THE CONCEPT OF CULTURE-BOUND SYNDROMES: ANOREXIA NERVOSA AND BRAIN-FAG*. Great Britain: s.n.
- Rampersaud, G. και συν., 2005. Breakfast habits, nutritional status, body weight and academic performance in children and adolescents.
- Schwartz, C. & Fisher, A., 2019. A systematic narrative review of recent studies. *Universal prevention in eating disorders*.
- Scott, D., 2006. Anorexia Nervosa in the male: A review of clinical epidemiological and biological findings. *Intern J Eat Disorders*.
- Smith, D., Marcus, M. & Eldredge, K., 1994. A Review of Assessment and Treatment with an Emphasis on Clinical Application, Behavior Therapy. Στο: *Binge Eating Syndrome*. s.l.:s.n., pp. 635-658.
- Solmi, M. και συν., 2021. Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 15 February, pp. 215-24.
- Stoutjestic, D & Jevne, R, 2005. Eating disorders among high performance athlete. *Journal of youth and Adolescence*, 22(3), pp. 271-282.
- Stumia, R., 2005. Dermatologic signs in patients with eating disorders. *Am J Clin Dermatol*.
- Swanson, S., Crow, S., Le Grange, D. & Swendsen, J., 2011. *Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement Archives of General Psychiatry*. 68 επιμ. s.l.:s.n.
- Swinburn, B. και συν., 2011. The global obesity pandemic shaped by global drivers and local environments. pp. 804-814.
- Syjoldzic, A. & De Lucia, A., 2007. A cross cultural of adolescence -BMI, body image and psychological well being. *Coll Antropol*, Issue 1, pp. 123-130.
- Thompson, J., 1990. Assessment and Treatment. *Body Image Disturbance*.
- Treasure, j., Claudino, A. & Zucker, N., 2010. Eating disorders. *Lancet*, February.
- Wesness, K. και συν., 2003. Breakfast reduces declines in attention and memory over the morning in schoolchildren. *Appetite*, pp. 329-331.
- Worthington-Roberts, B. & Rees, J., 1996. Nutrition in adolescence. *Nutrition throughout the lifecycle*.
- Yilmaz, Z., Hardaway, A. & Bulik, C., 2015. Genetics and epigenetics of eating disorders.
- Zipfel, S. και συν., 2015. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry*.
- Αθανασίου, Κ., 2007. *Αγωγή Υγείας*. Αθήνα: s.n.

- Αναστασόπουλος, Δ., 2000. Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη στην εφηβεία. Στο: Ι. Τσιάντης, επιμ. *Βασική Παιδοψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Βάρσου, Ε., 2008. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής: Κλινική ψυχιατρική προσέγγιση, *Εγκέφαλος*, 42(2).
- Βάρσου, Ε. & Γονιδάκης, Φ., 2014. *Μιλώντας για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής*. s.l.:s.n.
- Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων, 2005. *Οδηγίες για τη διατροφική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας*. s.l.:s.n.
- Γονιδάκης, Φ., 2006. *Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής*. s.l.:BHTA Ιατρικές Εκδόσεις.
- Ζερφυρίδης, Γ., 1998. *Διατροφή του ανθρώπου*. Θεσσαλονίκη: Γιαχούδη.
- Κουμντζής, Β., 2018. *Νευρική ανορεξία και γονίδιο TBX19*. s.l.:s.n.
- Λαζαράτου, Ε. & Α. Δ., 2003. *Ψυχογενής ανορεξία, εφηβεία και αθλητισμός*. Αθήνα, s.n.
- Μαδιανός, Μ., 2005. *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*. s.l.:Καστανιώτη.
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε., 2008. *Σύγχρονα προβλήματα του Εφήβου*. s.l.:s.n.
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε., 2011. *Σύγχρονα προβλήματα εφηβείας*. Αθήνα: s.n.
- Μοττη-Στεφανίδου, 2005. Παλλινόστηση και ψυχοκοινωνική προσαρμογή . Στο: Α. Παπαστυλιανού, επιμ. *Διαπολιτισμικές διαδρομές*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπεράτη, Σ., 1987. *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*. Καστανιώτη επιμ. Αθήνα: s.n.
- Μωρογιάννης, Φ., 2003. *Οι επιπτώσεις των διαταραχών πρόσληψης τροφής στο άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία*. Αθήνα: s.n.
- Ράγια, Α., 2009. *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας- ψυχιατρική νοσηλευτική*. Αθήνα: s.n.
- Ρομποτή, Σ., 2004. *Εφηβεία*. s.l.:s.n.
- Σολδάτος, Κ. & Λύκουρας, Λ., 2006. *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*. 2η επιμ. Αθήνα : Βήτα ιατρικές εκδόσεις.
- Τσιάντης, Ι., 2001. Από την βρεφική ηλικία στην εφηβεία. Στο: *Η ανάπτυξη του παιδιού με έμφαση στην συναισθηματική πλευρά*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Χατζηγεωργίου, Χ., 2004. *Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. Παιδιατρική ενημέρωση*. Αθήνα: s.n.
- Χατζηγεωργίου, Χ., 2004. Παιδιατρική Ενημέρωση. *Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων*, pp. 12-18.