



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία

«Ψυχογενής ανορεξία: Αιτιοπαθογένεια, θεραπεία και νοσηλευτική προσέγγιση»



Σπουδάστρια: Ταμπακάκη Αριάδνη Κωνσταντίνα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Καρτσωνάκη Μαρία, Εργαστηριακός συνεργάτης ΤΕΙ, Νοσηλευτικής,

Νοσηλεύτρια ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ, MSc, PhDc

Ηράκλειο, Οκτώβριος 2019

© Η παρούσα πτυχιακή εργασία εγκρίθηκε από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης στις 29/11/2018 με αριθμό Πρωτοκόλλου 2095 και αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης και των συγγραφέων (Ν. 2121 /1993).

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<i>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</i>	v
<i>ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ</i>	vi
<i>Περίληψη</i>	7
<i>Abstract</i>	8
<i>Γενικό Μέρος</i>	9
<i>Εισαγωγή</i>	9
<i>Κεφάλαιο 1</i>	10
<i>Διατροφή και διατροφικές διαταραχές</i>	10
<i>1.1 Η έννοια της διατροφής</i>	12
<i>1.1.1 Υγιεινή διατροφή</i>	13
<i>1.1.2 Διατροφή και ποιότητα ζωής</i>	15
<i>1.1.3 Η διατροφή των νέων</i>	17
<i>1.1.4 Αλκοολούχα ποτά</i>	19
<i>1.1.5 Η σημασία της άσκησης σε σχέση με τη διατροφή</i>	19
<i>1.2 Διατροφικές διαταραχές</i>	21
<i>1.2.1 Έννοια διατροφικών διαταραχών</i>	21
<i>1.2.2 Επιδημιολογία διατροφικών διαταραχών</i>	22
<i>1.2.3 Αιτίες διατροφικών διαταραχών</i>	24
<i>1.2.4 Είδη διατροφικών διαταραχών</i>	26
<i>1.2.4.1 Νευρική Ανορεξία</i>	26
<i>1.2.4.2 Νευρική Βουλιμία</i>	29
<i>1.2.4.3 Επεισοδιακή υπερφαγία και άλλες μορφές</i>	32
<i>1.2.4.4 Ορθοφαγία</i>	33
<i>Κεφάλαιο 2^ο</i>	36
<i>Ψυχογενής ανορεξία</i>	36
<i>2.1 Ορισμός</i>	36
<i>2.2 Επιδημιολογία</i>	37
<i>2.3 Αιτίες και παθοφυσιολογία</i>	38
<i>2.4 Βιολογικοί παράγοντες</i>	39
<i>2.5 Κοινωνικοί παράγοντες</i>	41

2.6 Ψυχολογικοί παράγοντες	42
2.6.1 Το στάδιο της επίτευξης	43
2.6.2 Το στάδιο της ασφάλειας και του καταναγκασμού	44
2.6.3 Το κατηγορηματικό στάδιο	46
2.6.4 Το στάδιο της ψευδό-ταυτότητας	47
Κεφάλαιο 3 ^ο	49
Θεραπεία ψυχογενούς ανορεξίας	49
3.1 Ψυχοδυναμική προσέγγιση	50
3.2 Οικογενειακή Θεραπεία	50
3.3 Συμπεριφορική Θεραπεία	51
3.4 Γνωστικό-Συμπεριφορική Θεραπεία	52
3.5 Ομαδική Ψυχοθεραπεία	52
3.6 Φαρμακοθεραπεία	53
3.7 Εντερική σίτιση	54
Κεφάλαιο 4 ^ο	56
Νοσηλευτική προσέγγιση	56
4.1 Ενδονοσοκομειακή παρέμβαση	56
4.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή	56
Ειδικό μέρος	58
Εισαγωγή	58
Σκοπός	60
Κυρία ερευνητικά ερωτήματα	60
Μεθοδολογία	61
Κεφάλαιο 4 ^ο	64
Ανάλυση μελετών	64
Συμπεράσματα	71
Βιβλιογραφία	74
Παράρτημα 1	80
Άδεια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας	80

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαιτέρως την επόπτριά μου, Κύρια Καρτσωνάκη Μαρία για τη συμβολή και καθοδήγησή της στη διεξαγωγή της πτυχιακής μου μελέτης, καθώς επίσης και την οικογένειά μου για την υποστήριξή της καθ' όλο το διάστημα των σπουδών μου.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

MME= Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

NCHRBS= National Collage Health Risk Behaviour Change

YRBSS= Youth Risk Behaviour Surveillance System

USDA= United States Department of Agriculture

DSM-I= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health I

ICD 10= International Classification of Diseases 10th revision

NA= Νευρογενής ανορεξία

OCD= Obsessive Compulsive Disorder

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ως ψυχογενής ανορεξία ονομάζεται η πλήρης έλλειψη όρεξης. Οι αιτίες της ψυχογενούς ανορεξίας μπορεί να είναι διαφορετικές. Παλαιότερα θεωρούνταν ως κύριες αιτίες της, η οργανική εγκεφαλική βλάβη, συμπεριλαμβανομένου του κέντρου όρεξης που βρίσκεται στον υποθάλαμο. Σήμερα, η ανορεξία είναι πιο πιθανό να αναπτυχθεί στο πλαίσιο διαταραχών του ψυχικού κόσμου. Για αυτό το λόγο ονομάζεται ψυχογενής ανορεξία (Choi, 2018).

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν να διερευνήσει την αιτιοπαθογένεια της ψυχογενούς ανορεξίας, τον τρόπο θεραπείας της αλλά και το ρόλο του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της νόσου.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Έγινε αναζήτηση ανασκοπήσεων και ερευνητικών εργασιών στην ελληνική αλλά και στην διεθνή βιβλιογραφία στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, PubMed, Iatrotek, Scholar google, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Βήμα Ασκληπιού κλπ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Για τη διεξαγωγή της εργασίας πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας. Στο ερευνητικό μέρος χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 10 άρθρα. Τα ευρήματα που προέκυψαν από την έρευνα αφορούν κυρίως εννοιολογικές αποσαφηνίσεις του ορισμού της ψυχογενούς ανορεξίας. Επιπλέον, κάνουν σημαντικές επισημάνσεις για τα άτομα με ψυχογενή ανορεξίας καθώς και τις δυσκολίες στην ομαλοποίηση της καθημερινότητας

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το επίπεδο κινδύνου για συμμετοχή σε συμπεριφορές διαταραχής της διατροφής μπορεί να αυξηθεί όταν ένας ασθενής αρχίζει να αντιμετωπίζει τους βαθιούς συναισθηματικούς λόγους της κατάστασής του και όταν κερδίζει βάρος μετά από σημαντική απώλεια βάρους. Παρόλο που οι διατροφικές διαταραχές εκδηλώνονται φυσικά, οι αιτίες είναι συχνά ψυχολογικές και συνεπώς οι νοσηλευτικοί παράγοντες πρέπει να παρατηρούν και να στηρίζουν τους ασθενείς καθώς αντιμετωπίζουν βαθύτερα συναισθηματικά ζητήματα.

ΛΕΞΕΙΣΚΛΕΙΔΙΑ: διατροφικές διαταραχές, υγεία, ψυχογενής ανορεξία, θεραπεία

Abstract

INTRODUCTION: As anorexia nervosa called the complete lack of appetite. The causes of anorexia nervosa may be different. Previously, considered as main causes of the organic brain damage, including appetite center located in the hypothalamus. Today, anorexia is more likely to develop in the context of mental disorders. For this reason it is called psychogenic anorexia

AIM: The purpose of this study was to investigate the pathogenesis of anorexia nervosa, the mode of treatment and the role of the nurse in the treatment of disease.

METHODOLOGY: Searches for reviews and research papers in Greek as well as international bibliography in electronic databases, PubMed, Iatrotek, Scholar google, Hellenic Medicine Archives, Asclepius Step, etc.

RESULTS: A systematic bibliographic review of the international literature was carried out to carry out the work. A total of 10 articles were used in the research. The findings of the research mainly concern conceptual clarifications of the definition of psychogenic anorexia. In addition, they make important points for people with psychotic anorexia as well as difficulties in normalizing their daily lives.

CONCLUSIONS: The risk level for participation in the food behavior disorder can be increased when a patient begins to treat her condition deep emotional reasons and when gaining weight after significant weight loss. Although eating disorders occur naturally, the causes are often psychological and hence the nursing agents must observe and support patients as they face deeper emotional issues.

KEY WORDS: eating disorders, health, psychogenic anorexia, treatment

Γενικό Μέρος

Εισαγωγή

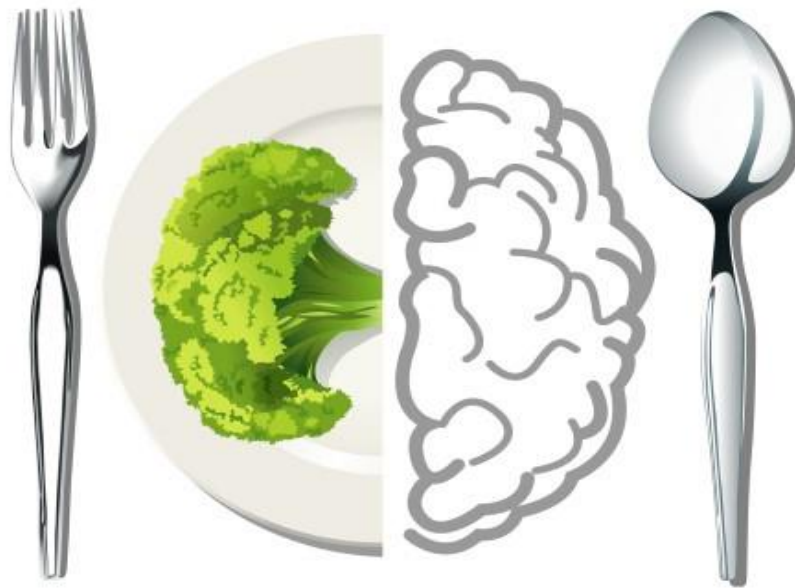
Η ψυχογενής ανορεξία περιγράφεται στα γραπτά της Avicenna, αλλά η προσοχή σε αυτήν την ασθένεια εμφανίστηκε στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα μετά τη δημοσίευση των έργων των Gall και Lasegue. Εκατό χρόνια αργότερα, στα τέλη του 20ου αιώνα, η ψυχογενής ανορεξία έχει γίνει μια πραγματική κοινωνική καταστροφή (Mařatka, 2008).

Η ψυχογενής ανορεξία σχετίζεται με πολυάριθμες γενικές ιατρικές επιπλοκές που μπορούν να αποδοθούν άμεσα στην απώλεια βάρους και τον υποσιτισμό. Οι επιπλοκές επηρεάζουν τα περισσότερα κύρια συστήματα οργάνων και συχνά περιλαμβάνουν φυσιολογικές διαταραχές όπως υπόταση, βραδυκαρδία, υποθερμία και αμηνόρροια (McKnight RF & Park RJ., 2010).

Οι ιατρικές επιπλοκές αντιπροσωπεύουν περισσότερους από τους μισούς θανάτους σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Μια συστηματική ανασκόπηση 42 μελετών παρατήρησης (3006 ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία) διαπίστωσε ότι ο δείκτης θνησιμότητας από όλες τις αιτίες ήταν έξι τοις εκατό και σε μια ανασκόπηση 119 περιπτώσεων (5590 ασθενείς) βρέθηκε ποσοστό πέντε τοις εκατό. Οι τυποποιημένες αναλογίες θνησιμότητας δείχνουν ότι ο ρυθμός θανάτου στην ψυχογενή ανορεξία είναι 10 έως 12 φορές μεγαλύτερος από τον ρυθμό στο γενικό πληθυσμό (Balkun E et al, 2014).

Οι ιατρικές επιπλοκές του χαμηλού βάρους στην νευρική ανορεξία και η αντιμετώπιση αυτών των επιπλοκών εξετάζονται εδώ. Η αξιολόγηση για ιατρικές επιπλοκές και κριτήρια για νοσηλεία ασθενών με νευρική ανορεξία. την επιδημιολογία, τα κλινικά χαρακτηριστικά, τη διάγνωση και τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας. και το σύνδρομο επανατροφοδότησης συζητούνται χωριστά.

Επιπρόσθετα, οι ιατρικές επιπλοκές της διατροφής και της κάθαρσης (που μπορεί να εμφανιστούν στην νευρική ανορεξία) συζητούνται στο πλαίσιο του θέματος που εξετάζει τις ιατρικές επιπλοκές της νευρικής βουλιμίας και της διαταραχής της διατροφής.



Κεφάλαιο 1

Διατροφή και διατροφικές διαταραχές

Οι διατροφικές διαταραχές, αποτελούν ένα φαινόμενο που «μαστίζει» σε μεγάλο βαθμό τον σύγχρονο άνθρωπο, αν και είναι γνωστό από την αρχαιότητα ακόμα.

Συνοψίζοντας, οι βασικότερες ταξινομήσεις των διαταραχών αυτών, είναι δύο αναγνωρισμένα είδη και αφορούν την πρόσληψη τροφής. Στην μια μορφή, κύριο χαρακτηριστικό είναι η αποστέρηση τροφής και είναι γνωστή ως «Ψυχογενής ή Νευρική Ανορεξία». Στην άλλη μορφή, κύριο χαρακτηριστικό είναι η υπερβολική κατανάλωση τροφής, δεν είναι δηλαδή εντός των φυσιολογικών ορίων και μπορεί να εμφανιστεί είτε ως καταναγκαστική υπερφαγία, ή ως ψυχογενής βουλιμία (Εμμανουηλίδου Κ., 2011) (Morris J., 2012).

Εκτός από τα δύο αυτά είδη διατροφικών διαταραχών, υπάρχουν και κάποιες άλλες μορφές διαταραχών που σχετίζονται με την πρόσληψη τροφής, όπως για παράδειγμα είναι η ορθορεξία, όπου κύριο χαρακτηριστικό είναι η εμμονή της διατροφικής αξίας των τροφών που καταναλώνει ένα άτομο. Επίσης, υπάρχει το

σύνδρομο της νυχτερινής πρόσληψης τροφής, όπου εκδηλώνονται κάποια επεισόδια υπερφαγίας μόνο κατά τις νυχτερινές ώρες κ.ά.

Οι επιπλοκές σε αυτές τις καταστάσεις μπορεί να είναι επώδυνες και επικίνδυνες για την σωματική υγεία και με την σταθερά μειωμένη πρόσληψη τροφής, μπορεί ένα άτομο να καταλήξει σε θάνατο. Εκτός αυτού τα προβλήματα υγείας που πρέπει να αντιμετωπίσει ο ασθενής, όπως οστεοπόρωση, αμηνόρροια, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, χαλασμένα δόντια, τριχόπτωση κλπ, είναι εμπόδια στην υγεία του ασθενούς και υποβαθμίζεται με αυτόν τον τρόπο η ποιότητα ζωής του (Εμμανουηλίδου Κ & Παργιανά Σ., 17-20 Μαΐου 2012). Μέσα από την σωστή πρόγνωση μπορεί να ακολουθήσει και η ορθή θεραπευτική διαδικασία και αν δεν είναι η ασθένεια σε προχωρημένο βαθμό, μπορεί να αντιμετωπιστεί πλήρως με πλήρη αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας (Gelo, 2015).

Η διατροφή είναι η επιστήμη που ερμηνεύει την αλληλεπίδραση των θρεπτικών και άλλων ουσιών στα τρόφιμα σε σχέση με τη διατήρηση, την ανάπτυξη, την αναπαραγωγή, την υγεία και τις ασθένειες ενός οργανισμού. Περιλαμβάνει την πρόσληψη τροφής, την απορρόφηση, την αφομοίωση, τη βιοσύνθεση, τον καταβολισμό και την απέκκριση.

Για τους ανθρώπους, μια υγιεινή διατροφή περιλαμβάνει την προετοιμασία τρόπων διατροφής και μεθόδων αποθήκευσης που διατηρούν τα θρεπτικά συστατικά από την οξείδωση και που μειώνουν τον κίνδυνο τροφικών ασθενειών.

Η διατροφική επιστήμη μελετά πώς το σώμα καταναλώνει και απορροφά τα τρόφιμα και πώς επισκευάζει και δημιουργεί κύτταρα και ιστούς. Ο συνδυασμός καταβολισμού και αναβολισμού μπορεί επίσης να αναφέρεται ως μεταβολισμός. Η επιστήμη των θρεπτικών συστατικών εξετάζει επίσης τον τρόπο με τον οποίο το σώμα ανταποκρίνεται στα τρόφιμα.

Καθώς η μοριακή βιολογία, η βιοχημεία και η γενετική προχωρούν, η διατροφή έχει επικεντρωθεί περισσότερο στο μεταβολισμό και τα μεταβολικά μονοπάτια, βιοχημικά βήματα μέσα από τα οποία οι ουσίες μέσα μας μετασχηματίζονται από τη μια μορφή στην άλλη.

Η διατροφή επικεντρώνεται επίσης στον τρόπο με τον οποίο οι ασθένειες, οι συνθήκες και τα προβλήματα μπορούν να προληφθούν ή να μειωθούν με μια υγιεινή διατροφή.

Ομοίως, η διατροφή περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του τρόπου με τον οποίο μπορούν να προκληθούν ορισμένες ασθένειες και καταστάσεις από διαιτητικούς παράγοντες, όπως η κακή διατροφή (υποσιτισμός), οι τροφικές αλλεργίες και οι τροφικές δυσανεξίες.

Οι μεγάλοι κατασκευαστές τροφίμων χρησιμοποιούν τη συμμετοχή διατροφολόγων και επιστήμονες τροφίμων (Shakersain B et al, 2018).

Στον άνθρωπο, μια ανθυγιεινή διατροφή μπορεί να προκαλέσει ασθένειες από έλλειψη θρεπτικών ουσιών.



1.1 Η έννοια της διατροφής

Η διατροφή είναι η επιστήμη που ερμηνεύει την αλληλεπίδραση των θρεπτικών και άλλων ουσιών στα τρόφιμα σε σχέση με τη διατήρηση, την ανάπτυξη, την αναπαραγωγή, την υγεία και τις ασθένειες ενός οργανισμού. Περιλαμβάνει την πρόσληψη τροφής, την απορρόφηση, την αφομοίωση, τη βιοσύνθεση, τον καταβολισμό και την απέκκριση.

Για τους ανθρώπους, μια υγιεινή διατροφή περιλαμβάνει την προετοιμασία τρόπων διατροφής και μεθόδων αποθήκευσης που διατηρούν τα θρεπτικά συστατικά από την οξείδωση και που μειώνουν τον κίνδυνο τροφικών ασθενειών.

Η διατροφική επιστήμη μελετά πώς το σώμα καταναλώνει και απορροφά τα τρόφιμα και πώς επισκευάζει και δημιουργεί κύτταρα και ιστούς. Ο συνδυασμός καταβολισμού και αναβολισμού μπορεί επίσης να αναφέρεται ως μεταβολισμός. Η επιστήμη των θρεπτικών συστατικών εξετάζει επίσης τον τρόπο με τον οποίο το σώμα ανταποκρίνεται στα τρόφιμα.

Καθώς η μοριακή βιολογία, η βιοχημεία και η γενετική προχωρούν, η διατροφή έχει επικεντρωθεί περισσότερο στο μεταβολισμό και τα μεταβολικά μονοπάτια - βιοχημικά βήματα μέσα από τα οποία οι ουσίες μέσα μας μετασχηματίζονται από τη μια μορφή στην άλλη.

Η διατροφή επικεντρώνεται επίσης στον τρόπο με τον οποίο οι ασθένειες, οι συνθήκες και τα προβλήματα μπορούν να προληφθούν ή να μειωθούν με μια υγιεινή διατροφή.

Ομοίως, η διατροφή περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του τρόπου με τον οποίο μπορούν να προκληθούν ορισμένες ασθένειες και καταστάσεις από διαιτητικούς παράγοντες, όπως η κακή διατροφή (υποσιτισμός), οι τροφικές αλλεργίες και οι τροφικές δυσανεξίες.

Οι μεγάλοι κατασκευαστές τροφίμων χρησιμοποιούν τη συμμετοχή διατροφολόγων και επιστήμονες τροφίμων (Shakersain, et al., 2018).

Στον άνθρωπο, μια ανθυγιεινή διατροφή μπορεί να προκαλέσει ασθένειες από έλλειψη θρεπτικών ουσιών.

1.1.1 Υγιεινή διατροφή

Μια υγιεινή διατροφή είναι μια δίαιτα που βοηθά στη διατήρηση ή βελτίωση της συνολικής υγείας. Μια υγιεινή διατροφή παρέχει στον οργανισμό την απαραίτητη διατροφή: υγρό, μακροθρεπτικά συστατικά, μικροθρεπτικά συστατικά και επαρκείς θερμίδες (Shakersain B et al, 2018).

Για τους υγιείς ανθρώπους, μια υγιεινή διατροφή δεν είναι περίπλοκη και περιέχει κυρίως φρούτα, λαχανικά και δημητριακά ολικής αλέσεως και περιλαμβάνει ελάχιστα έως καθόλου επεξεργασμένα τρόφιμα και γλυκά ποτά. Οι απαιτήσεις για μια υγιεινή διατροφή μπορούν να ικανοποιηθούν από μια ποικιλία τροφών με βάση τα φυτά και τα ζώα, αν και μια μη ζωική πηγή βιταμίνης B12 είναι

απαραίτητη για εκείνους που ακολουθούν μια δίαιτα από vegan (Coughlin SS et al, 2015).

Διάφοροι οδηγοί διατροφής δημοσιεύονται από ιατρικά και κυβερνητικά ιδρύματα για να εκπαιδεύσουν τα άτομα σχετικά με το τι πρέπει να τρώνε για να είναι υγιείς. Οι ετικέτες των στοιχείων σχετικά με τις διατροφικές ιδιότητες είναι επίσης υποχρεωτικές σε ορισμένες χώρες, ώστε να επιτρέπεται στους καταναλωτές να επιλέγουν μεταξύ των τροφίμων που βασίζονται στα συστατικά που σχετίζονται με την υγεία.

Ένας υγιής τρόπος ζωής περιλαμβάνει την άσκηση κάθε μέρα μαζί με την κατανάλωση υγιεινής διατροφής. Ένας υγιής τρόπος ζωής μπορεί να μειώσει τους κινδύνους της νόσου, όπως η παχυσαρκία, οι καρδιακές παθήσεις, ο διαβήτης τύπου II, η υπέρταση και ο καρκίνος (Dernini S & Berry EM, 2015).

Υπάρχουν εξειδικευμένες υγιεινές διατροφές, που ονομάζονται ιατρική θεραπεία διατροφής, για άτομα με διάφορες ασθένειες ή καταστάσεις. Υπάρχουν επίσης προκαθορισμένες ιδέες για τέτοιες εξειδικευμένες δίαιτες, όπως στη διαιτητική θεραπεία στην παραδοσιακή κινεζική ιατρική.

Τα σημαντικότερα ευρήματα σχετικά με την αειφόρο διατροφή ήταν ότι μια δίαιτα υψηλότερη σε φυτικά τρόφιμα, όπως τα λαχανικά, τα φρούτα, τα δημητριακά ολικής αλέσεως, τα όσπρια, τα καρύδια και οι σπόροι και η χαμηλότερη σε θερμίδες και τροφές με βάση τη ζωική διατροφή, λιγότερες περιβαλλοντικές επιπτώσεις από ό, τι η τρέχουσα διατροφή των ΗΠΑ.

Αυτό το πρότυπο κατανάλωσης μπορεί να επιτευχθεί μέσω μιας ποικιλίας διατροφικών προτύπων, συμπεριλαμβανομένου του «υγιούς μοτίβου αμερικάνικου τύπου», του «υγιούς χορτοφαγικού σχήματος» και του «υγιεινού μεσογειακού σχήματος» Τα ποσά των ομάδων τροφίμων είναι ανά ημέρα, εβδομάδα (Coughlin SS et al, 2015).

Κατά την εξέταση της βιομηχανίας στις πρακτικές της αγοράς, τα θέματα ασφάλειας των τροφίμων περιλαμβάνουν την προέλευση των τροφίμων, συμπεριλαμβανομένων των πρακτικών που σχετίζονται με την επισήμανση των τροφίμων, την υγιεινή των τροφίμων, τα πρόσθετα τροφίμων και τα υπολείμματα φυτοφαρμάκων, καθώς και τις πολιτικές για τη βιοτεχνολογία και τα τρόφιμα και

κατευθυντήριες γραμμές για τη διαχείριση των κρατικών εισαγωγών και εξαγωγών ελέγχου και πιστοποίησης των τροφίμων.

Κατά την εξέταση της πρακτικής της αγοράς προς τις καταναλωτικές συνήθειες, η συνήθης σκέψη είναι ότι τα τρόφιμα πρέπει να είναι ασφαλή στην αγορά και η ανησυχία είναι η ασφαλής παράδοση και η προετοιμασία του φαγητού για τον καταναλωτή (Akbaraly T et al, 2018).

Τα τρόφιμα μπορούν να μεταδώσουν παθογόνους παράγοντες που μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την ασθένεια ή το θάνατο του ατόμου ή άλλων ζώων. Τα κύρια μέσα είναι βακτήρια, ιούς, μούχλα και μύκητες (που είναι λατινικά για μανιτάρια). Μπορεί επίσης να χρησιμεύσει ως αναπτυξιακό και αναπαραγωγικό μέσο για τους παθογόνους οργανισμούς.

Η υγιεινή διατροφή δεν αφορά τους αυστηρούς διατροφικούς περιορισμούς. Η κατανάλωση υγιεινής διατροφής δεν πρέπει να είναι υπερβολικά περίπλοκη. Ενώ κάποια συγκεκριμένα τρόφιμα ή θρεπτικά συστατικά έχει αποδειχθεί ότι έχουν ευεργετική επίδραση στη διάθεση, είναι το γενικότερο πρότυπο διατροφής σας το πιο σημαντικό.

Ο ακρογωνιαίος λίθος ενός υγιεινού τρόπου διατροφής θα πρέπει να είναι η αντικατάσταση της επεξεργασμένης τροφής με πραγματικό φαγητό όποτε είναι δυνατόν.

Η κατανάλωση τροφίμων που είναι όσο το δυνατόν πιο κοντά στον τρόπο με τον οποίο η φύση το έκανε μπορεί να κάνει μια τεράστια διαφορά στον τρόπο σκέψης, εμφάνισης και αισθήσεως (Coughlin SS et al, 2015).

1.1.2 Διατροφή και ποιότητα ζωής

Στην Ελλάδα η Εταιρία Διατροφής και Τροφίμων έχει υιοθετήσει την εξής συνοπτική ομαδοποίηση τροφίμων (Coughlin SS et al, 2015).

- Ομάδα ψωμιού (ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι, πατάτες, δημητριακά)
- Ομάδα φρούτων και λαχανικών
- Ομάδα γάλακτος (γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα)
- Ομάδα κρέατος (κρέας, κοτόπουλο, ψάρι, αυγό, όσπρια)
- Ομάδα λιπιδίων (λάδι, σπορέλαια, βούτυρο, μαργαρίνη, μαγειρευτό λίπος)

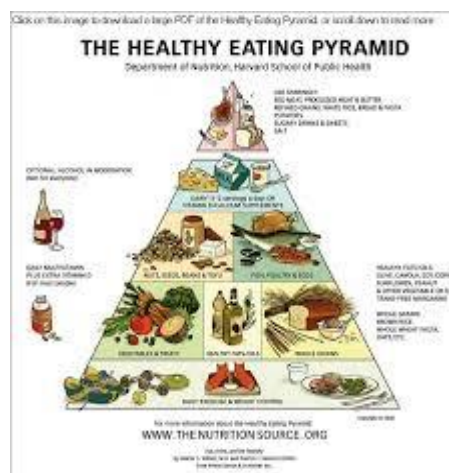
Στην πρώτη ομάδα τροφίμων, ανήκουν το ψωμί, τα ζυμαρικά, το ρύζι, οι πατάτες

και τα δημητριακά. Το ψωμί (άρτος) είναι βασικό είδος τροφίμου με ιδιαίτερη θρεπτική αξία και είναι πλούσιο σε βιταμίνες (Shakersain B et al, 2018).

Το κοτόπουλο είναι και πηγή πολύτιμης πρωτεΐνης. Το χοιρινό κρέας, έχει συνήθως ορατό πάχος. Το κόκκινο κρέας συνιστάται με βάση την διατροφική πυραμίδα σε 1-2 φορές κατανάλωση το μήνα και όχι σε μεγαλύτερη ποσότητα.

Οι επιστήμονες του Χάρβαρντ έχουν ανασκοπήσει τις τελευταίες έρευνες και έχουν φτιάξει μια νέα διατροφική πυραμίδα η οποία ονομάζεται Πυραμίδα Υγιεινής Διατροφής. Αυτοί οι επιστήμονες αναφέρουν στο περιοδικό, American Journal of Clinical Nutrition το 2002, πως το διαφορετικό πλάνο που περιγράφεται από την Πυραμίδα της Υγιεινής Διατροφής, ήταν σχεδόν, 2 φορές αποτελεσματικότερο σε σύγκριση με την Πυραμίδα του USDA στη μείωση των παραγόντων κινδύνου εμφάνισης σοβαρών νοσημάτων (McKnight RF & Park RJ., 2010).

Η μελέτη του Χάρβαρντ εξέτασε τις δίαιτες περισσότερων από 100.000 ενηλίκων. Βρήκε πως οι άντρες που ακολούθησαν την Πυραμίδα της Υγιεινής Διατροφής, μείωσαν κατά 20% τον κίνδυνο εμφάνισης συγκεκριμένων ασθενειών, σε σύγκριση με τη μείωση κατά 11% στους άνδρες που ακολούθησαν τη Διατροφική Πυραμίδα του USDA. Όσον αφορά στις γυναίκες που ακολούθησαν την Πυραμίδα της Υγιεινής Διατροφής μείωσαν τον συνολικό κίνδυνο εμφάνισης νοσημάτων κατά 11% σε σύγκριση με το μόνο, 3% των γυναικών που ακολούθησαν την Πυραμίδα του USDA (Shakersain B et al, 2018).



Στη νέα διατροφική πυραμίδα (του Χάρβαρντ) έχει προστεθεί η φυσική άσκηση σε καθημερινή βάση όπως φαίνεται και στο σχήμα αλλά και ο έλεγχος σωματικού βάρους. Η άσκηση προστέθηκε στη διατροφική πυραμίδα γιατί καμία δίαιτα, ανεξάρτητα από τη θρεπτικότητα των τροφίμων, δεν είναι αληθινά υγιεινή, αν δεν μπορούμε να διατηρήσουμε φυσιολογικό βάρος και καθημερινή φυσική δραστηριότητα, παράγοντες που βοηθούν στην πρόσληψη διαφόρων σοβαρών ασθενειών (McKnight RF & Park RJ., 2010).

Η επόμενη μεγάλη κατηγορία στοχεύει στο να ξεχωρίσει τα υγιεινά λιπίδια από τα μη υγιεινά και τους υγιεινούς υδατάνθρακες από τους μη υγιεινούς. Σε αυτή την κατηγορία τα σημαντικότερα τρόφιμα για κατανάλωση είναι ολικής αλέσεως (υγιεινοί υδατάνθρακες) και τα φυτικά έλαια (υγιεινά λιπίδια). Στη συνέχεια, βρίσκονται τα φρούτα και τα λαχανικά και ακολουθούν οι ξηροί καρποί και τα όσπρια. Η διαφορά εδώ με την πυραμίδα του USDA είναι ότι δεν έχουν μπει στην ίδια κατηγορία με το κρέας και το ψάρι, σχηματίζοντας μια ενιαία κατηγορία πρωτεϊνών. Αυτή η αλλαγή δείχνει ότι ορισμένες μορφές πρωτεϊνών είναι πιο υγιεινές σε σύγκριση με άλλες (Akbaraly T et al, 2018).

Τα ψάρια, τα πουλερικά και τα αυγά αποτελούν την επόμενη κατηγορία την πυραμίδας και τα γαλακτοκομικά προϊόντα την αμέσως επόμενη. Στην κορυφή βρίσκονται τα τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνονται με την μικρότερη συχνότητα: επεξεργασμένα άμυλα και γλυκά (μη υγιεινοί υδατάνθρακες) και κόκκινο κρέας και βούτυρο (μη υγιεινά λιπίδια).

1.1.3 Η διατροφή των νέων

Ο πληθυσμός των νέων ενηλίκων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 18-24ετών. Μετά το 18^ο έτος της ζωής του ο άνθρωπος θεωρείται ενήλικος και μάλιστα η χρονική αυτή περίοδος αφορά στο στάδιο ωριμότητας σύμφωνα με την ψυχολογία

Η περίοδος όπου το νεαρό άτομο εισέρχεται σε κάποιο εκπαιδευτικό ίδρυμα είναι από τις πιο ουσιαστικές, μια και αλλάζει κατά μεγάλο βαθμό ο τρόπος που είχε μέχρι τότε συνηθίσει να ζει. Η κατάσταση αυτή αποβαίνει εξαιρετικά αγχωτική διαδικασία για τους νέους καθώς χάνουν ένα μέρος από την κοινωνική υποστήριξη που είχαν.

Ο ομότιμος καθηγητή ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ψυχολογίας της Αθήνας Γεώργιος Δημήτριος, λέει ότι οι νέοι πλέον αποτελούν μέρος μιας κοινωνίας αλλά ανήκουν ταυτόχρονα και σε ποικίλες ομάδες. Ανήκουν στη σχολή, στο τμήμα και στη τάξη τους, στη λέσχη, στη παράταξη και στη φιλική τους παρέα. Σύμφωνα με τον καθηγητή Joseph L Sax, οι ενδείξεις που έχουμε για τις αλλαγές που υφίστανται οι νέοι δεν είναι ενθαρρυντικές, καθώς φαίνεται πως κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής της ζωής τους, η κατάθλιψη και το άγχος αυξάνονται, ενώ η συναισθηματική και φυσική υγεία αλλοιώνονται (McKnight RF & Park RJ., 2010).

Με βάση το διάσημο και ευρέως χρησιμοποιημένο εγχειρίδιό της ιατρικής

φυσιολογίας του Guyton, η υγεία των νέων κατέχει σημαντική θέση λόγω του ότι τα χρόνια αυτά των αλλαγών αντιπροσωπεύουν μια περίοδο μεταβίβασης από την εφηβεία στην ενηλικίωση κατά την οποία αυτοί είναι έτοιμοι να υιοθετήσουν συμπεριφορές εφόρου ζωής που είτε προάγουν είτε δυσχεράνουν την καλοζωία τους. Αναμφίβολα ο χώρος της σχολής θεωρείται ως ένας από τους πιο καθοριστικούς στις ζωές των νέων, παρέχοντας τα κατάλληλα ερεθίσματα μόνιμων υγιεινών συνηθειών.

Ο καθηγητής Νίκος Δεμερτζής του τμήματος Επικοινωνίας και ΜΜΕ του Πανεπιστημίου Αθηνών και Διευθυντής του Τομέα Κοινωνικής και Πολιτικής Ανάλυσης της Επικοινωνίας αναφέρει ότι οι νέοι διαθέτουν ένα μεγάλο μέρος του χρόνου τους για εξωοικιακές δραστηριότητες (σπουδές, διασκέδαση, παρέες κ.τ.λ.) με αποτέλεσμα να μένουν πολλές ώρες εκτός σπιτιού. Οι εφημερίδες και η τηλεόραση είναι οι αποκλειστικές σχεδόν πηγές πληροφόρησης γι' αυτούς σε μια σειρά θεμάτων της δημόσιας ζωής. Κατ' αυτό τον τρόπο, για θέματα υγείας ενημερώνονται κυρίως από την τηλεόραση και τις εφημερίδες, για θέματα εργασίας ενημερώνονται από τους φίλους και συγγενείς, για θέματα διασκέδασης από φίλους, ενώ για θρησκευτικά θέματα από τους συγγενείς.

Σε σχέση με τα γεύματα μέσα στην ημέρα, ο Ζερφυρίδης Σ. το 2002 αναφέρει ότι το πρωινό είναι γενικά αποδεκτό ότι είναι το πιο σημαντικό γεύμα της ημέρα.

Στην απομυθοποίηση του πρωινού γεύματος για την υγεία ιδίως των ενηλίκων προχωρούν ολοένα και περισσότερο το τελευταίο διάστημα επιστήμονες και διατροφολόγοι. Σύμφωνα με τον Ugani M. το πρωινό προσφέρει στους νέους τα διατροφικά στοιχεία που τους είναι αναγκαία και τους βοηθά να είναι παραγωγικοί.

Η πλειονότητα των διατροφολόγων ισχυρίζεται ότι η παράλειψη του πρωινού γεύματος από τους νέους, πέρα από το γεγονός ότι στερεί τον οργανισμό από σημαντικά διατροφικά στοιχεία, έχει ως συνέπεια οι νέοι να καταναλώνουν αργότερα μεγάλες ποσότητες τροφίμων και να κινδυνεύουν να προσθέσουν στο βάρος τους περισσότερα κιλά (Akbaraly T et al, 2018).

Οι νέοι ενήλικες συνηθίζουν να παραγγέλνουν φαγητό απ' έξω, το λεγόμενο έτοιμο φαγητό (Fast food-ταχυφαγεία), με το οποίο αντικαθιστούν τα κύρια γεύματά τους. Το μεγάλο αριθμό κατανάλωσης αυτών των φαγητών επιβεβαιώνουν

στοιχεία από την έρευνα του USDA, όπου το 25% της συνολικής προσλαμβανόμενης ενέργειας που καταναλώναν νεαροί ενήλικες (≥ 20 ετών) και των δυο φύλων προερχόταν από φαγητά που ετοιμάστηκαν και καταναλώθηκαν μακριά από το σπίτι. Η έρευνα αυτή αφορούσε τα έτη 1994-1996 (Shakersain B et al, 2018).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το φαινόμενο ανάμεσα στους νέους, όπου και παρατηρείται αύξηση τελευταία. Σε παγκόσμια κλίμακα σήμερα το 53% των νέων καταναλώνουν έτοιμο φαγητό τις περισσότερες ημέρες ενώ μόλις το ένα τέταρτο καταναλώνει φαγητό μία φορά το μήνα.

1.1.4 Αλκοολούχα ποτά

Τα τελευταία χρόνια η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από τους νέους στην Ευρώπη έχει προσελκύσει το έντονο ενδιαφέρον κρατικών και ευρωπαϊκών φορέων. Το θέμα είναι όλο και πιο συχνά αντικείμενο ρεπορτάζ στα ΜΜΕ, η κατακλείδα των οποίων είναι ένα σήμα συναγερμού. Οι επιπτώσεις της κατάχρησης του αλκοόλ στη σωματική και την ψυχική υγεία. Η Ευρώπη είναι η ήπειρος με τη μεγαλύτερη κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ. Δεν είναι λοιπόν παράδοξο που τα 2/3 των νέων έχουν ήδη δοκιμάσει το αλκοόλ σε ηλικία 12 ετών.

Εκείνο που προκαλεί ανησυχία είναι η κατάχρηση αλκοολούχων ποτών από τους νέους. Η πλέον πρόσφατη έρευνα του Ευρωβαρομέτρου η οποία διεξήχθη το 2004 και αναφερόταν στην κατανάλωση αλκοόλ στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης έδειξε ανησυχητικά στοιχεία ως προς αυτό (Shakersain B et al, 2018).

Ενώ σε σχέση με την προηγούμενη έρευνα το 2003 το ποσοστό των Ευρωπαίων που πίνουν μερικές φορές ένα ποτηράκι έχει αυξηθεί (59% έναντι 55% του 2003), ο αριθμός των ενηλίκων που πίνουν από 3 ποτά και πάνω έχει μειωθεί. Αντιθέτως αύξηση παρουσιάζουν τα αντίστοιχα ποσοστά στους νέους, το 44% των οποίων δηλώνει ότι πίνει περισσότερα από τρία ποτήρια κάθε φορά. Οι άνδρες πίνουν πολύ περισσότερο από τις γυναίκες, και ακόμα περισσότερο οι νέοι και οι νέοι των αστικών κέντρων. Είναι ενδεικτικό ότι σε χώρες όπως η Γαλλία και η Γερμανία, όπου χάρη στις οργανωμένες εκστρατείες ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης η κατανάλωση του αλκοόλ έχει μειωθεί στο συνολικό πληθυσμό, η τάση αυτή δεν επιβεβαιώνεται στους νέους (Gelo, 2015).

1.1.5 Η σημασία της άσκησης σε σχέση με τη διατροφή

Σύμφωνα με την ισχύουσα διατροφική πυραμίδα που προστέθηκε η φυσική

άσκηση καταλαβαίνουμε ότι είναι απαραίτητη η άσκηση σε καθημερινή βάση. Τα οφέλη της είναι ότι διατηρεί το σώμα σε καλή φυσική κατάσταση και βοηθάει στην απώλεια βάρους. Η σωματική άσκηση ενισχύει τον μεταβολικό ρυθμό, και αυξάνει την ενεργειακή κατανάλωση. Ο μεταβολικός ρυθμός φυσιολογικά φθίνει κατά τη διάρκεια μιας δίαιτας. Κάνοντας δίαιτα επίσης μειώνεται και η μυϊκή μάζα οπότε θα πρέπει να υπάρχει μία αρμονία και ισορροπία στη φυσική άσκηση και τη διατροφή.

Σύμφωνα με δεδομένα ερευνών, η συστηματική ενασχόληση με κάποιο σπορ επηρεάζει την υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών. Τα αποτελέσματα για το επίπεδο νέων δεν είναι απογοητευτικά. Οι νέοι αθλούνται συστηματικά και περισσότερο οι άνδρες το επιλέγουν για την απώλεια βάρους, ενώ αντίθετα οι γυναίκες ακόμα και αν θεωρούν υπερβολικό βάρος δεν φαίνεται να είναι φυσικές δραστήριες (Shakersain B et al, 2018).

Υπάρχουν και έρευνες που τα αντικρούουν όλα αυτά και λένε ότι μόνο το ένα τρίτο περίπου του νεαρού πληθυσμού αναφέρει να ασκείτε συστηματικά, πάνω από 3 φορές την εβδομάδα, στην Ελλάδα αλλά και διεθνώς, σύμφωνα με τις διεθνείς συστάσεις για τη φυσική δραστηριότητα (Gelo, 2015). Το 2013 οι νέοι έχουν χαμηλά επίπεδα φυσικής κατάστασης. Αυτό το φαινόμενο είναι ανήσυχο καθώς νέοι που δεν αθλούνται κατά τη διάρκεια των νεανικών τους χρόνων, πιθανότατα θα καταλήξουν να έχουν μια καθιστική ζωή και μετά το πέρας αυτών.

Σχετικά με την προσπάθεια των νέων να χάσουν βάρος έχουν γίνει πολλές έρευνες. Η πρώτη σε εθνικό επίπεδο μελέτη που αφορούσε μεταξύ άλλων και την δίαιτα ήταν η NCHRBS (National Collage Health Risk Behavior Change) μέρος της YRBSS (Youth Risk Behavior Surveillance System) ενώ ακολούθησαν και άλλες μικρότερης εμβέλειας.

Περίπου ο μισός πληθυσμός των νέων ακολουθεί ή ακολουθούσε κάποια στιγμιά δίαιτα. Ωστόσο η πιθανότητα αυξάνει με την πάροδο του, εφ' όσον νέοι άνω των 25 ετών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα (36,2%) από ότι οι νέοι 18-24 ετών (27,8%) να αναφέρουν τέτοια συμπεριφορά. Έχει αναφερθεί πως οι νέοι εμφανίζουν το μεγαλύτερο ενδιαφέρον σε διατροφικά ζητήματα που αφορούν την απώλεια βάρους.

Οι νέες γυναίκες ασχολούνται πολύ περισσότερο με την εμφάνισή τους από ότι οι άνδρες και ακόμα πιο συχνά καταφεύγοντας σε δίαιτες προκειμένου να

βελτιώσουν την εικόνα τους (Gelo, 2015). Περίπου (75-81%) βρέθηκε το ποσοστό των νέων γυναικών που στο παρελθόν είχαν κάνει προσπάθεια απώλειας βάρους, ενώ σε άλλη μελέτη 55% των συμμετεχόντων ήταν τη δεδομένη στιγμή σε δίαιτα. Σύμφωνα με τους Wardle J., 60% των συμμετεχόντων και των δύο φύλων (43%γυναίκες – 17% άνδρες) επιθυμούσαν να χάσουν βάρος. Από φυλετική πλευρά οι λευκές νέες γυναίκες επιθυμούσαν περισσότερο να αδυνατήσουν.

Ο πιο συχνά εφαρμοζόμενος τρόπος δίαιτας αφορά στον ενεργειακό περιορισμό. Πράγματι ανάμεσα στους νέους υπάρχουν άτομα που λαμβάνουν υποθερμικές δίαιτες της τάξης των 1200 ακόμα και 1000 θερμίδων. Μία δίαιτα που αποδίδει λιγότερες από 1200 θερμίδες συνήθως δεν είναι διατροφικά πλήρης, χωρίς αυτό όμως να σημαίνει ότι δεν μπορεί να επιτευχθεί. Μικρό ποσοστό γυναικών κατάφεραν να ακολουθήσουν ολιγοθερμιδικές δίαιτες, οι οποίες συμβαδίζουν με τις αρχές της υγιεινής διατροφής (Akbaraly T et al, 2018).

Η κοινωνική κριτική της εμφάνισης είναι εν μέρει υπεύθυνη για τον καθορισμό ανέφικτων στόχων που θέτονται ειδικά από τις νέες γυναίκες. Στην προσπάθειά τους να μειώσουν το βάρος τους συχνά οι νέοι καταφεύγουν σε ακραίες μεθόδους, χρήσης καθαρκτικών, προκλήσεις εμετών, ακόμα και λήψη χαπιών διαίτης. Ανάλογες συμπεριφορές δεν είναι φυσιολογικές και αποτελούν ένδειξη διαταραχών έλλειψης τροφής, που κυρίως ξεκινούν γύρω στην ηλικία των 18 ετών (Gelo, 2015).

Η αυξημένη πρόσληψη τέτοιων χαπιών στο γυναικείο φύλο οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες καταναλώνουν πολύ περισσότερα μη-βιταμινούχα συμπληρώματα διατροφής από τους άνδρες. Αρκετές νεαρές διαβάζουν τις ετικέτες των τροφίμων προκειμένου να εντάξουν κάποιο τρόφιμο στη διατροφή τους, εστιάζοντας κυρίως σε πληροφορίες που αφορούν στην ενέργεια που παρέχεται από λίπος καθώς και στην περιεκτικότητα του τροφίμου σε λιπαρά (Akbaraly T et al, 2018).

1.2 Διατροφικές διαταραχές

1.2.1 Έννοια διατροφικών διαταραχών

Ένα άτομο θεωρείται ότι παρουσιάζει κάποια μορφή διαταραχής διατροφής όταν χρησιμοποιεί το φαγητό προκειμένου να αντιμετωπίσει οποιοδήποτε πρόβλημα του προκαλεί άγχος (Dernini S & Berry EM, 2015).

Τα άτομα τα οποία χρησιμοποιούν «ακατάλληλα» την τροφή, είτε υπερκαταναλώνοντάς την, είτε απέχοντας από αυτήν, ως έναν από τους κύριους τρόπους αντιμετώπισης όλων των προβλημάτων τους, για μια μεγάλη χρονική περίοδο (δηλαδή για τουλάχιστον 3 μήνες), μπορούν να εμφανίσουν κάποιο διατροφικό πρόβλημα, όπως είναι η Ψυχογενής Ανορεξία, η Ψυχογενής Βουλιμία, η Επεισοδιακή υπερφαγία, η Παχυσαρκία, ή οι άτυπες Διαταραχές διατροφής (Shakersain B et al, 2018).

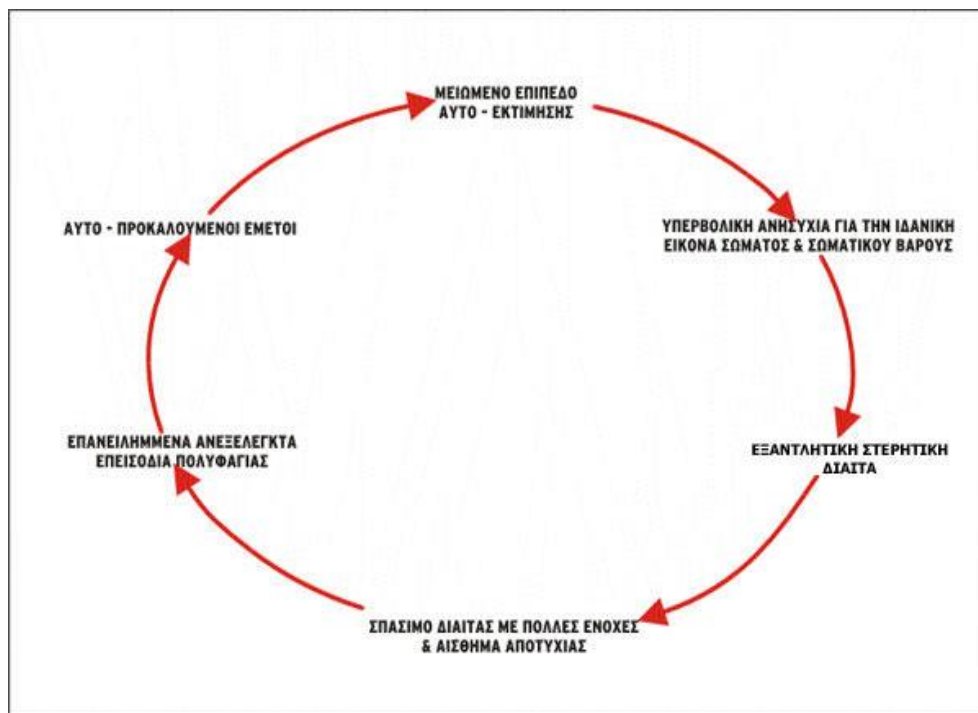
Τον 21^ο αιώνα πια μεγάλη μερίδα ειδικών υποστηρίζει ότι οι διατροφικές διαταραχές αντιπροσωπεύουν το τελικό αποτέλεσμα της ύπαρξης συναισθηματικής στεναχώριας, όταν αυτή αλληλεπιδρά με μία σωματική δυσλειτουργία, σε ένα άτομο που είναι κάπως ευάλωτο, που αντιμετωπίζει δηλαδή ήδη κάποιες δυσκολίες. Με άλλα λόγια η εκδήλωση των διατροφικών διαταραχών οφείλεται σε διαφορετικούς συνδυασμούς πολλών παραγόντων, ανάλογα με την περίπτωση, όπως είναι η ύπαρξη ενός στρεσογόνου γεγονότος (π.χ άσχημες διαπροσωπικές σχέσεις, απώλεια αγαπημένου προσώπου, προσωπική αποτυχία κ.τ.λ.), στη ζωή ενός ατόμου που είναι βιολογικά ευάλωτο.

Τα παραπάνω στοιχεία σε συνδυασμό με την επιρροή διαφόρων κοινωνικό-πολιτισμικών παραγόντων (όπως είναι τα ΜΜΕ και η κουλτούρα της εποχής) και την πίεση της οικογένειας, μπορούν να οδηγήσουν στην εκδήλωση διατροφικού προβλήματος (Shakersain B et al, 2018).

1.2.2 Επιδημιολογία διατροφικών διαταραχών

Μέσα από μια δυσαρμονική σχέση του ανθρώπου με τον ίδιο του τον εαυτό, είναι δυνατό ο ίδιος να βλάψει τον εαυτό του από την ψυχολογική διάσταση μέχρι την σωματική. Συγκεκριμένα, οι διαταραχές της διατροφής είναι ένα φαινόμενο και πλέον μια αναγνωρισμένη ασθένεια, που απασχολούσε τον άνθρωπο από την αρχαιότητα έως και την σύγχρονη εποχή. Ειδικά τα τελευταία χρόνια, το φαινόμενο αυτό, έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις, ενώ μέσα στα αίτια συμπεριλαμβάνεται και το πλέον ανταγωνιστικό και απαιτητικό κοινωνικό περιβάλλον. Όσο περνάνε τα χρόνια, τόσο πιο έντονο είναι αυτό το φαινόμενο και αυτό εκφράζει εν μέρει τους δύσκολους και γρήγορους ρυθμούς ζωής τους οποίους ακολουθεί ο σύγχρονος άνθρωπος, καθώς και το άγχος και την κακή ψυχική διάσταση της υγείας, που μέσα από αυτή τη διαταραχή, συνδέεται άμεσα και με τη σωματική. Έτσι, ο σύγχρονος

άνθρωπος, βρίσκει τρόπο να εκδηλωθεί και να «ξεσπάσει» μέσα από τη σχέση του με το φαγητό.



Οι διατροφικές διαταραχές, αποκαλύπτουν έντονες ψυχικές πιέσεις τις οποίες μπορεί να δέχεται ένας άνθρωπος, καθώς και χαρακτηριστικά που έχουν πλέον ενσωματωθεί στην προσωπικότητά του, όπως είναι η δυσκολία για συναισθηματική έκφραση, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και άλλα πολλά, τα οποία «βασανίζουν» τα άτομα τα οποία νοσούν. Μέσα από την έγκαιρη πρόληψη, μπορεί να υπάρξει και έγκαιρη θεραπεία, ενώ το καταλληλότερο πλαίσιο για να αναπτυχθούν οι δράσεις αγωγής της υγείας θεωρείται ότι είναι το εκπαιδευτικό. Μέσα από την άσκηση διατροφικής συμβουλευτικής που μπορεί να γίνει από την μικρή σχολική ηλικία ακόμη και από τους εκπαιδευτικούς, είναι δυνατόν να δοθούν ορθές κατευθυντήριες αρχές περί της αγωγής της υγείας και έτσι τα άτομα από όταν είναι μαθητές ακόμη, μπορούν να γνωρίσουν και στην συνέχεια να αποδεχτούν τον εαυτό τους και το σώμα τους, πιστεύοντας σε αυτό. Με αυτόν τον τρόπο, μπορούν να διαμορφώσουν στην πορεία της ζωής τους, μία γενικευμένη καλή στάση ζωής, μέσα από την οποία θα προάγεται η ψυχοσυναισθηματική υγεία όπως και η σωματική.

Οι επιστήμονες, εδώ και τριάντα χρόνια περίπου, μελετάνε εντατικά τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, επικεντρώνοντας την προσοχή τους στο φαινόμενο ως αιτία, ως συνέπειες, όπως επίσης αναζητούν τις καλύτερες μεθόδους και τρόπους

αντιμετώπισής. Είναι κάτι που πρέπει να αντιμετωπιστεί παγκοσμίως, μια και όσο περνάνε τα χρόνια, το φαινόμενο αυτό εξαπλώνεται όλο και περισσότερο, αφού ο σύγχρονος τρόπος ζωής με τον τρόπο του ενισχύει την ανάπτυξη και διάδοση αυτών των παθήσεων (Morris J., 2012) (Αικατερίνη Γκούβα, 2014).

Μέσα από την πλέον καθιστική ζωή, καθώς και εξαιτίας της αφθονίας των υλικών αγαθών, όπως επίσης και η τριβή των ανθρώπων με τα καθημερινά πρότυπα ομορφιάς, θεωρούνται κάποιοι από τους κοινωνικό-πολιτισμικούς παράγοντες που συμβάλουν στην εξάπλωση του φαινομένου αυτού.

Έτσι, η ψυχολογική προέλευση της Νευρογενούς Ανορεξίας, ή η υπερκατανάλωση τροφής μέσα από μια βουλιμική συμπεριφορά, μπορεί να μην φαίνονται επικίνδυνες υποθέσεις εξ' αρχής, αλλά όταν εγκατασταθούν στον άνθρωπο και γίνουν συνήθεια, τότε μπορεί να αποβούν καταστάσεις επικίνδυνες για την σωματική του υγεία και να οδηγήσουν μέχρι και στον θάνατο. Εκτός αυτού, στην διαδρομή της ζωής του ανθρώπου, μπορεί αυτή η καταναγκαστική συμπεριφορά να φέρει υποβάθμιση στην ποιότητα της ζωής του ατόμου, δημιουργώντας συνεχόμενη δυσφορία στο ίδιο το άτομο και στον κοινωνικό και οικογενειακό του περίγυρο (Εμμανουηλίδου Κ., 2011).

Η Αμερικανική Ψυχολογική Ένωση, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κ.ά, έχουν εκδώσει κάποια διαγνωστικά εγχειρίδια, όπου προτείνονται οι κατηγορίες των διατροφικών διαταραχών που έχουν γίνει γνωστές. Είναι σημαντικό ο σύγχρονος άνθρωπος να αναγνωρίσει τα ψυχολογικά αίτια όπως το άγχος, τον φόβο κ.ά που είναι δυνατόν να τον οδηγήσουν σε κάποια διατροφική διαταραχή και να προσπαθήσει να συνεργαστεί με ειδικούς, όπως και να δουλέψει σκληρά με τον εαυτό του, μόλις εντοπίσει τα πρώτα κιάλας συμπτώματα. Με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να επέλθει πλήρης αποκατάσταση και να αποκτήσει πιο ποιοτικό τρόπο ζωής που θα τον βοηθήσει να έχει μακροζωία και καλή διαβίωση (Abraham S & Llewellyn-Jones D, 1990).

1.2.3 Αιτίες διατροφικών διαταραχών

Υπάρχουν κάποιοι προστατευτικοί μηχανισμοί στους οποίους μπορεί να καταφύγει ένα άτομο που είναι επιρρεπής, αλλά πρέπει να συμβαδίζουν με τον περίγυρό του, γιατί η ενίσχυση του ψυχολογικού παράγοντα είναι ότι πιο σημαντικό.

Μέσα από τις σύγχρονες προσεγγίσεις, διαφαίνεται ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι κάτι σαν «προσωπική απάντηση» από την πλευρά του ατόμου ως προς τις συνθήκες ζωής του. Έτσι, υπάρχει ένα σύνολο παραγόντων που αλληλεπιδράνε και εμφανίζεται αυτή η νόσος. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να είναι ψυχολογικοί, βιολογικοί, πολιτισμικοί, κοινωνικοί, οικογενειακοί κ.ά δημιουργώντας ένα είδος πλαισίου προδιάθεσης για να αναπτυχθεί και να εκδηλωθεί μια τέτοιου είδους διαταραχή (Bruch H, 1982).

Κάποιοι παράγοντες θεωρούνται ότι παίζουν πιο καθοριστικό ρόλο από κάποιους άλλους. Κατά την πορεία της νόσου, υπάρχουν υφέσεις καθώς και εξάρσεις και με αυτόν τον τρόπο μπορούν να απομονωθούν κάποιοι παράγοντες οι οποίοι ενισχύουν ή αποδυναμώνουν το φαινόμενο αυτό. Είναι επίσης δυνατόν να απομονωθούν και να διαχωριστούν οι παράγοντες εκείνοι που συμβάλλουν στην εξ' αρχής εμφάνιση και ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας, όπως επίσης και οι παράγοντες, δηλαδή τα αίτια εκείνα που είναι δυνατό να εντείνουν τα συμπτώματα αυτά, διαιωνίζοντας έτσι κατάσταση αυτή μετά την εκδήλωσή της.

Συνοπτικά, τα αίτια- παράγοντες που εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια των διαταραχών αυτών και ενισχύουν την διαιώνισή τους, είναι τα εξής (Νέστορος Ι & Ζγαντζούρη Κ, 2016):

- Οι βιολογικοί παράγοντες όπως είναι για παράδειγμα οι ανωμαλίες στην υπόφυση και στον υποθάλαμο, η φυσιολογία του εγκεφάλου.
- Οι γενετικές καταβολές.
- Διάφορα ιατρικά αίτια όπως είναι για παράδειγμα οι μολύνσεις.
- Η κληρονομικότητα και οι οικογενειακές επιρροές.
- Το στρες.
- Οι κοινωνικές και οι πολιτισμικές επιδράσεις όπως είναι για παράδειγμα η ανάδειξη λεπτών φιγούρων μέσα από τις διαφημίσεις και οι νόρμες της κοινωνίας.
- Οι διαταραχές προσωπικότητας όπως για παράδειγμα είναι οι Αγχώδεις Διαταραχές, οι Διαταραχές Διάθεσης κ.ά.
- Αναπτυξιακά θέματα κ.ά.

- Κάποιες φορές αίτιο μπορεί να είναι το επάγγελμα, λόγω της πίεσης για πλήρη ανταπόκριση στα ήδη υπάρχοντα μοντέλα που κυριαρχούν στον χώρο και τέλος ένα άλλο αίτιο μπορεί να είναι
- Τα χρόνια νοσήματα που είναι δυνατό να οδηγήσουν σε χρόνιες διατροφικές διαταραχές.

1.2.4 Είδη διατροφικών διαταραχών

1.2.4.1 Νευρική Ανορεξία

Σε κάθε περίπτωση, οι διατροφικές αυτές διαταραχές αποτελούν συμπεριφορές πολύ επικίνδυνες για την υγεία αφού κύριο χαρακτηριστικό τους είναι η ακατάλληλη, ελλιπής και ακανόνιστη λήψη τροφής κάτι που δημιουργεί περαιτέρω προβλήματα.

Η νευρική ανορεξία συγκεκριμένα, αποτελεί ένα σύνδρομο όπου κύριο χαρακτηριστικό είναι η ασιτία την οποία επιβάλλει με τη θέλησή του το άτομο στον εαυτό του και αυτό συμβαίνει λόγω του ότι τρομοκρατείται στην ιδέα μήπως παχύνει. Έτσι, έχοντας ως βάση τον διαταραγμένο τρόπο σκέψης κατά τον οποίο τα άτομα αυτά αντιλαμβάνονται το σωματικό τους βάρος με διαφορετικό τρόπο από τον μέσο όρο ανθρώπων, προσπαθούν με κάθε τρόπο, ακόμη και με ακραίες μεθόδους να αποτρέψουν την αύξηση του σωματικού βάρους (Bassoe H Hans, 1990).

Η υπερβολική απώλεια σωματικού βάρους λοιπόν είναι το βασικό χαρακτηριστικό της Νευρογενούς Ανορεξίας. Πιο συγκεκριμένα, η λέξη «ανορεξία» σημαίνει «απώλεια όρεξης» ενώ ο όρος «νευρογενής» αναφέρεται στο συναισθηματικό υπόβαθρο. Ωστόσο, λίγοι είναι εκείνοι οι πάσχοντες οι οποίοι όντως χάνουν πραγματικά την όρεξή τους και αυτό συμβαίνει μόνο στις περιπτώσεις που η νόσος έχει πραγματικά και σταθερά εγκατασταθεί σε ένα άτομο. Τις περισσότερες φορές, τα άτομα που υποφέρουν από νευρογενή ανορεξία, πρέπει σύμφωνα με τις δικές τους πεποιθήσεις, να επιδείξουν αυτοσυγκράτηση σε υπερβολικό βαθμό και να λιμοκτονούν με το να υπερνικούν το αίσθημα της πείνας που έχουν και ως ένα βαθμό είναι φυσιολογικό να υπάρχει.

Με αυτόν τον τρόπο, το άτομο μπορεί να φτάσει σε κατάσταση «αποστέωσης» και αυτό εξαιτίας της αυστηρής στέρησης της τροφής. Σε αυτή τη

περίπτωση, το ίδιο το άτομο αυτό-υποβάλλεται στην διαδικασία αυτή, αποτελώντας τον «Περιοριστικό Τύπο». Υπάρχει η περίπτωση ένα άτομο με τις παραπάνω πεποιθήσεις να μην μπορεί να αντισταθεί στην σκέψη του φαγητού και να τρώει οπότε στην συνέχεια για να μην παχύνει, υποβάλλει τον εαυτό του σε καθαρτικές συμπεριφορές, κάτι που συμβαίνει ακριβώς μετά από ένα σχετικό γεύμα που μπορεί να είναι φυσιολογικού μεγέθους ή από ένα επεισόδιο υπερφαγίας. Αυτός ο τύπος είναι ο Υπερφαγικός/ Καθαρτικός.

Αρκετές είναι οι περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία αλλά ωστόσο επιδεικνύουν σε υπερβολικό βαθμό την ενασχόλησή τους με το φαγητό. Είναι δηλαδή δυνατό, τα άτομα αυτά να διαβάζουν συνεχώς βιβλία μαγειρικής ή να μαγειρεύουν εξεζητημένες και πολύπλοκες συνταγές ακόμη και για τρίτους.

Βασικό στοιχείο που επίσης καθορίζει την διαταραχή της Νευρογενούς Ανορεξίας, είναι η σοβαρή και έντονη ενασχόληση με την εικόνα του σώματος. Το άτομο που πάσχει από αυτή την ασθένεια, χαρακτηρίζεται από σοβαρή διαταραχή που σχετίζεται με την αντίληψη του σωματότυπου και στο πως θα καταφέρει να φτάσει στο επίπεδο της λεπτότητάς που επιθυμεί. Ουσιαστικά υπάρχει ένας «παράλογος φόβος για το πάχος», κάτι που οδηγεί το άτομο στις προηγούμενες συμπεριφορές. Σχεδόν πάντα, ειδικά στον Περιοριστικό Τύπο, γίνεται προσεκτική μελέτη και επιλογή τροφών, εξετάζεται προσεκτικά η ποιότητα και φυσικά η ποσότητα, κάτι που οδηγεί το άτομο σε μια απώλεια βάρους που γίνεται σταδιακά μέχρι να φτάσει τελικά σε κατάσταση απίσχνανσης, ενώ υπάρχει προοδευτική κατάσταση λιμοκτονίας (Γονιδάκης Φ & Χαρίλα Ν, 2011).

Σε κάθε περίπτωση, η ανεξέλεγκτη απώλεια βάρους έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία του ατόμου. Όταν αποδυναμώνεται ο οργανισμός, γίνεται όλο και πιο ευάλωτος σε μολύνσεις, όπως επίσης υπάρχουν και περιπτώσεις όπου το άτομο είναι δυνατό να καταλήξει στο θάνατο για αυτόν τον λόγο. Για αυτόν τον λόγο, αποτελεί μια σοβαρή ασθένεια και μάλιστα η αποθεραπεία της είναι αρκετά δύσκολη και χρειάζεται επιμονή και υπομονή

Υπάρχουν περιγραφές διαφόρων περιστατικών τα οποία θα μπορούσαν να θεωρηθούν περιστατικά Νευρογενούς Ανορεξίας και χρονολογούνται αρκετά χρόνια πριν. Για παράδειγμα, το 1689, υπήρξε μια διατριβή από τον Richard Morton, ο

οποίος μέσα από το θέμα του που σχετίζονταν με την κατανάλωση, εξέφρασε ένα περιστατικό μιας κοπέλας που ήταν μόλις 18 ετών και προκαλούσε στον εαυτό της απώλεια βάρους, παρουσιάζοντας έτσι αμηνόρροια. Ο λόγος που προκαλούσε αυτή την κατάσταση στον εαυτό της, ήταν ψυχολογικός αφού ξεκινούσε από τις σκέψεις της που «κατέκλυζαν» το μυαλό της. Ο ίδιος ανέφερε ότι αυτή η κοπέλα έκανε «νευρική κατανάλωση» τροφών και αυτό εξαιτίας διαφόρων ψυχολογικών παραγόντων (Σπανού Β και συν, 2008).

Αυτή θεωρείται ότι ήταν η πρώτη επίσημη αναφορά σε αυτήν την ασθένεια, χαρακτηρίζοντας την με έναν τίτλο παραπλήσιο με τον όρο που έχει δοθεί σήμερα για αυτή την κατάσταση. Το 1873 ο Ernest Laségue που ήταν Γάλλος καθηγητής Ιατρικής, δημοσίευσε ένα άρθρο που είχε ως τίτλο «*Περί της Υστερικής Ανορεξίας*», όπου περιγράφονταν οκτώ διαφορετικές περιπτώσεις νεαρών γυναικών που ήταν ασθενείς από αυτή την νόσο και την προκάλεσαν στον εαυτό τους εξαιτίας κάποιων ψυχολογικών και συγκινησιακών προβλημάτων. Δίδεται δε ιδιαίτερη έμφαση στην ικανοποίηση ως συναίσθημα το οποίο είχαν οι ασθενείς αυτοί σχετικά με την κατάστασή τους, κάτι που ήταν αντιθετικό με την ανησυχία των οικογενειών των ασθενών (Brumberg J, 2000).

Παρ' όλα αυτά, ως σύνδρομο η Νευρογενής Ανορεξία, αναγνωρίστηκε στο τέλος του 19^{ου} αιώνα. Ο γιατρός Sir William Gull, ήταν ο πρώτος ο οποίος χρησιμοποίησε αυτόν τον όρο, δηλαδή τον όρο «*anorexia nervosa*» και αυτό το έκανε σε ένα άρθρο του το οποίο δημοσίευσε το 1874. Μέσα από αυτό το άρθρο του, περιγράφονται τέσσερα περιστατικά όπου η μία ασθενής τελικά κατέληξε σε θάνατο. Τα βασικότερα κλινικά χαρακτηριστικά τα οποία αναγράφονται μέσα από αυτό το άρθρο, έχουν σχεδόν απόλυτη ομοιότητα με τα χαρακτηριστικά που εμφανίζει ένας ασθενής σήμερα (Wikipedia).

Στη συνέχεια, το 1949, γίνεται η διαφοροποίηση της γενικευμένης υπολειτουργίας της υπόφυσης, από την κατάσταση της «Νευρογενούς Ανορεξίας» αλλά παρ' όλα αυτά, ο όρος «*ανορεξία*» περικλείει γενικότερα την κατάσταση της αποφυγής της λήψης τροφής κάτι που βοήθησε αυτή τη σύγχυση μέχρι το 1970. Η θεωρητικός Bruch, και κάποιοι άλλοι σημαντικοί θεωρητικοί εκείνης της εποχής, έριξαν φως στην κατάσταση μέσα από εργασίες τους, όπου περιγράφεται το ψυχολογικό κομμάτι που αφορά την μανιώδη επιδίωξη για ισχύτητα», ενώ το 1967, ο Grisp αναγνώρισε τον ρόλο της φοβίας για πάχος, κάτι που θεωρείται

καθοριστικός παράγοντας για αυτή την κατάσταση στην οποία μπορεί να βρεθεί ένας ασθενής.

Το ίδιο έκανε και ο Russell (1970) μέσα από δημοσιεύσεις που έγιναν την δεκαετία του 1970. Έτσι, τέθηκαν οι βάσεις για να κατανοηθεί η ασθένεια αυτή της «Νευρογενούς Ανορεξίας» ως ξεχωριστή έννοια και έτσι να μπορέσουν αργότερα να καθοριστούν τα συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια.

1.2.4.2 Νευρική Βουλιμία

Η ετυμολογική έννοια της λέξης «βουλιμία» προέρχεται από τα αρχαία ελληνικά, όπου το «βους» σημαίνει πείνα και το δεύτερο συνδετικό είναι η λέξη «λιμός». Η βουλιμία είναι μια διαταραχή που αφορά τη συμπεριφορά της λήψης της τροφής. Το ICD-10 και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χαρακτήρισε τη ψυχογενή βουλιμία ως ένα σύνδρομο κατά το οποίο συμβαίνουν επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ο πάσχον από αυτό το σύνδρομο, χαρακτηρίζεται από την ενασχόληση του σε υπερβολικό βαθμό με το σχήμα του σώματος του καθώς και με τον έλεγχο του σωματικού του βάρους. Όταν υπάρχουν επεισόδια υπερφαγίας, υπάρχει απώλεια του ελέγχου, καταναλώνοντας με αυτόν τον τρόπο μεγάλες ποσότητες φαγητού και μάλιστα ο ασθενής προβαίνει σε αυτήν την πράξη σε αρκετά τακτά χρονικά διαστήματα (Σπανού Β και συν, 2008).

Πρέπει να συμβαίνουν τουλάχιστον δύο βουλιμικά επεισόδια μέσα στο χρονικό διάστημα της μίας εβδομάδας, για να θεωρηθεί ότι υπάρχει η διαταραχή της Νευρογενούς Βουλιμίας. Στην φάση εκείνη της υπερφαγικής κατάστασης, ο πάσχον από την διαταραχή αυτή, είναι δυνατό να καταναλώσει πολύ μεγάλες ποσότητες φαγητού, χωρίς να μπορεί να σταματήσει παρά μόνο όταν διακοπεί αυτή η πράξη από κάποιον άλλο άνθρωπο, ή όταν πονέσει υπερβολικά πολύ η κοιλιά του ή πρέπει να κοιμηθεί. Έτσι, η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία, έχει ορίσει ότι η βουλιμία χαρακτηρίζεται από κάποια επεισόδια υπερφαγίας, όπου ένας άνθρωπος μπορεί να καταναλώσει τροφή μέσα σε ένα χρονικό διάστημα που είναι συγκεκριμένο και η ποσότητα της τροφής αυτής είναι συγκριτικά αρκετά μεγάλη με τον μέσο όρο ποσότητας φαγητού που καταναλώνει ένας μέσος άνθρωπος. Κατά το επεισόδιο της υπερφαγίας, δεν υπάρχει η αίσθηση ελέγχου της ποσότητας της τροφής. Έπειτα, για λίγο ακολουθεί μια εφήμερη ηρεμία και πολύ σύντομα ο πάσχον νιώθει τύψεις, θυμό, ενοχές και σε πολλές φορές αηδία για την πράξη αυτή και για τον ίδιο. Τα

μέτρα που υιοθετεί ωστόσο ακόμη και μετά από αυτά τα επεισόδια, είναι ακραία και λειτουργεί αντιδραστικά ως προς τα συναισθήματά του αυτά, επαναλαμβάνοντας την πράξη αυτή αρκετές ακόμη φορές. Για να μην παχύνει, καταφεύγει σε μέτρα που πολλές φορές είναι ακραία και αφορούν την εξαγωγή αυτών των τροφών που έχει λάβει και μάλιστα άμεσα. Τέτοιοι τρόποι είναι τα διουρητικά, τα καθαρτικά, τα χάπια όπως και ο εξαναγκασμός του ιδίου από τον ίδιο για εμετό. Είναι επίσης δυνατό να ακολουθήσει αυστηρή και ακραία δίαιτα ή νηστεία, καθώς και υπερβολική άσκηση για να καταφέρει έτσι να διατηρήσει την «ισορροπία» στο σωματικό του βάρος.

Έτσι, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, αφού ο πάσχων δεν μπορεί να σταματήσει τις βουλιμικές του κρίσεις και στην συνέχεια τις εκκενώσεις του στομάχου που το ίδιο το άτομο δημιουργεί. Το βουλιμικό άτομο, νιώθει ότι ολόκληρη η ζωή του, αφορά την προσπάθεια ελέγχου του σωματικού του βάρους. Ένα άτομο που πάσχει από βουλιμία, αποτελεί συχνά ένα άτομο με μια μη εμφανή διαταραχή και αυτό εξαιτίας του ότι δεν είναι εύκολο να εντοπιστεί επειδή καταφέρνει με την συμπεριφορά του αυτή να διατηρήσει το σωματικό του βάρος περίπου σε ένα φυσιολογικό πλαίσιο (Εμμανουηλίδου Κ., 2011). Μέσα από την πρόκληση του εμετού και την χρήση των διουρητικών και των καθαρτικών, το άτομο νιώθει ότι καταφέρνει να επανακτήσει τον έλεγχο στον ίδιο του τον εαυτό. Συνήθως τα άτομα με αυτήν την διαταραχή, είναι άτομα τα οποία φοβούνται τα περιττά κιλά, αλλά είναι εξωστρεφείς και κοινωνικοί, ενώ μπορεί συγχρόνως να είναι παρορμητικοί και κυκλοθυμικοί (Flament MF et al, 2001).

Η ψυχογενής βουλιμία είναι ένα φαινόμενο που ξεκίνησε από την αρχαιότητα ακόμα και αυτό διαφαίνεται και μέσα από αρχαία συγγράμματα, όπου υπάρχει αναφορά σε συμπτώματα αυτής της διαταραχής. Για παράδειγμα, χαρακτηριστικά ο Ξενοφώντας μέσα από το έργο του «Κύρου Ανάβασις», το οποίο γράφτηκε περίπου το 428- 354 π.χ περιγράφει τους Έλληνες στρατιώτες να παρουσιάζουν κάποια συμπτώματα που ήταν λιποθυμίες, αδυναμίες, ακόμη και κατάρρευση και αυτό γινόταν επειδή κατανάλωναν τεράστιες ποσότητες φαγητού. Πιο συγκεκριμένα, ο Ξενοφώντας μέσα από μελέτες του και έρευνες, έφτασε στο συμπέρασμα ότι εκείνα τα άτομα έπασχαν από βουλιμία.

Το 129-199 μ.χ, ο Colen έδωσε τον ορισμό στα βουλιμικά συμπτώματα, περιγράφοντας τα ως μια δυνατή λαχτάρα που έχει ένας άνθρωπος για φαγητό, ενώ

συνωδά αυτών ήταν τα παγωμένα άκρα, η κατάρρευση, ο αδύναμος σφυγμός και η πίεση του στομάχου.

Σε συριανό σύγγραμμα που βρέθηκε και χρονολογείται περίπου ανάμεσα στο 200-500 μ.χ, και έχει ως τίτλο «το Βιβλίο της Ιατρικής» αναφέρεται μια λέξη που είναι ο «bolimos», όπως επίσης και κάποια συμπτώματα που δημιουργούσε αυτή η ασθένεια. Ο Αυρηλιανός περίπου τον 5ο αιώνα μ.χ. περιέγραψε μια ασθένεια, που κύριο χαρακτηριστικό της ήταν η έντονη όρεξη, αλλά δεν υπήρχε η μάζηση και ακολουθούσε εμετός. Τα άτομα αυτά, είχαν συχνά πρησμένα πρόσωπα, ενώ τα δόντια τους ήταν χαλασμένα από τα γαστρικά υγρά του στομάχου που ανέβαιναν από τον εμετό. Αυτά τα συμπτώματα είναι γνωστά και στην σύγχρονη εποχή και βασανίζουν τους βουλιμικούς ασθενείς.

Αρκετές περιπτώσεις φαίνεται να υπάρχουν καταγεγραμμένες περίπου από τον 16^ο αιώνα έως και τον 19^ο όπου περιγράφεται με ακρίβεια η περίπτωση της βουλιμίας. Κύριο κοινό χαρακτηριστικό αυτών των ατόμων, ήταν ότι κατανάλωναν κρυφά φαγητό κυρίως κατά την διάρκεια της νύχτας και μετά προκαλούσαν στον εαυτό τους εμετό, ενώ το σωματικό τους βάρος κινούνταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Το 1979, προστέθηκε στην λέξη «βουλιμία» και ο όρος «νευρογενής» (Frampton I, 2013). Μέσα από τις μελέτες της εποχής, καταγράφηκε η βουλιμική συμπεριφορά ενώ έγινε και η σύγκριση αυτής με τα περιστατικά όπου υπήρχε συνοσηρότητα με την ελονοσία και τον ζαχαρώδη διαβήτη (Osler 1892). Το 1983, η Regina Casper έκανε εκτεταμένη έρευνα επάνω στα βουλιμικά συμπτώματα τα οποία είχαν εμφανιστεί περίπου το 1940. Μία ακόμη έρευνα που διακρίνεται για την μεγάλη της λεπτομέρεια, είναι εκείνη του Ludwig Binswanger και έχει εκτεταμένη αναφορά στις βουλιμικές συμπεριφορές.

Η περίπτωση της πρώτης γυναίκας με διεγνωσμένη βουλιμική συμπεριφορά, έγινε το 1944, όπου ο Binswanger κατέγραψε την κατάστασή της και τις διαγνώσεις που είχαν προηγηθεί αυτής και αφορούσε τη ψυχωτική νεύρωση, την σχιζοφρένεια κ.ά. Η πεποίθηση του σύγχρονου κόσμου θα ήταν ότι η γυναίκα αυτή υπέφερε από ψυχογενή ανορεξία όπου υπήρχαν συνδυασμένα και βουλιμικά χαρακτηριστικά (Γεωργιτσοπούλου Ε & Πατατάτσιου Β, 2003).

Μέσα από την εμμονή της για να αδυνατίσει, άρχισε να ασχολείται σε υπερβολικό βαθμό με την εικόνα του σώματός της, οπότε κατέλειψε κάποια στιγμή

σε βαριά κατάθλιψη με συνδυαζόμενη τάση για αυτοκτονία. Τελικά κατάφερε να αυτοκτονήσει με την χρήση δηλητηρίου. Μέσα από αυτήν την ιστορική αναδρομή, διαφαίνεται ξεκάθαρα και ο ψυχολογικός παράγοντας που σχετίζεται με αυτή την διαταραχή και οι διαστάσεις που μπορεί αυτός να πάρει.

Ακριβώς αυτές τις περιγραφές μπορεί να δει κάποιος ειδικός και στις σύγχρονες περιπτώσεις. Ο Albert Stunkard το 1959 έκανε πρώτος τη χρήση του όρου «υπερφαγία» περιγράφοντας μια παθολογική συμπεριφορά που υπήρχε ανάμεσα σε παχύσαρκους ασθενείς. Συνδύασε και πάλι τον ψυχολογικό παράγοντα με την πράξη και ανακάλυψε ότι τα κίνητρα για αυτές τις συμπεριφορές ήταν η αυτοτιμωρία και ήταν δυνατό να επιταχυνθούν άμεσα και έντονα από διάφορα τραυματικά γεγονότα που μπορεί να συνέβαιναν στη ζωή κάποιου ατόμου (Γεωργιτσοπούλου Ε & Πατατάτσιου Β, 2003).

Η Boskind-Londahl το 1976, αναγνώρισε πρώτη τα συμπτώματα της βουλιμίας να υπάρχουν σε ένα μεγάλο αριθμό νεαρών γυναικών που είχαν κανονικό βάρος. Η Boskind-Londahl, έβαλε σε μια εφημερίδα που αφορούσε γυναίκες, ένα δημοσίευμα που σχετίζονταν με τους κύκλους της υπερφαγίας, καθώς και του εμετού και των αυστηρών νηστειών, λαμβάνοντας πάρα πολλές απαντήσεις συγκεκριμένα από γυναίκες, οι οποίες αν και είχαν ένα φυσιολογικό σωματικό βάρος, η ψυχολογία τους ήταν σε εντελώς αντίθετη κατεύθυνση και κατακλύζονταν από παραπονημένες ιδέες σχετικά με την εικόνα που είχε το σώμα τους. Το θετικό ήταν ότι έστω με αυτόν τον τρόπο, προσπάθησαν να αναζητήσουν κάποιου είδους θεραπεία (Boskind-Londahl M, 1976).

1.2.4.3 Επεισοδιακή υπερφαγία και άλλες μορφές

Δεν είναι μόνο η βουλιμία μια διαταραχή που έχει σχέση με την υπερβολική κατανάλωση τροφής. Υπάρχει και η επεισοδιακή πολυφαγία ή αλλιώς υπερφαγία και κύριο χαρακτηριστικό της είναι ότι καταναλώνεται μεγάλη ποσότητα τροφής και μάλιστα μέσα σε ένα μικρό χρονικό διάστημα, όπου τις περισσότερες φορές αυτό συμβαίνει όχι επειδή το άτομο νιώθει το αίσθημα της πείνας, αλλά καθαρά για ψυχολογικούς και συναισθηματικούς λόγους.

Σε αυτήν την κατηγορία, ανήκουν κυρίως τα άτομα που έχουν συνεχόμενα την αίσθηση ότι δεν έχουν τον έλεγχο επάνω σε κανένα τομέα της ζωής τους. Αντίθετα από τη βουλιμία, δεν υπάρχουν στην συνέχεια κάποιες αντισταθμιστικές

συμπεριφορές. Δηλαδή, δεν προκαλούνε τα άτομα αυτά εμετό στον εαυτό τους, έτσι ώστε να χάσουν τις θερμίδες που πήραν και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού τους βάρους, με μόνο αποτέλεσμα την παχυσαρκία.

Συνήθως εμφανίζεται ένα υπερφαγικό επεισόδιο εξαιτίας καταστάσεων και περιστατικών που ένα άτομο δεν μπορεί να διαχειριστεί. Νιώθει ότι μάλλον πεινάει, αλλά στα αλήθεια η ανάγκη που έχει δεν έχει καμία σχέση με την πρόσληψη τροφής. Αρχικά παρ' όλα αυτά, υπάρχει η αίσθηση της ευχαρίστησης. Αργότερα όμως, το άτομο μαθαίνει να συμπεριφέρεται με αυτόν τον τρόπο σε παρόμοιες καταστάσεις σχεδόν μηχανικά. Δεν λείπει και σε αυτήν την περίπτωση η αίσθηση ενοχής και αηδίας προς τον ίδιο του τον εαυτό.

Είναι πολύ συχνό φαινόμενο, εξαιτίας της μεγάλης ταχύτητας με την οποία προσλαμβάνεται η τροφή, να προκαλεί έντονους πόνους και δυσφορία στο στομάχι (Morris J., 2012). Ακόμη και σε αυτή την περίπτωση, όπως συμβαίνει και στην Ανορεξία, τα αποτελέσματα φαίνονται στο σώμα του ασθενούς επειδή το σωματικό βάρος και πάλι αλλάζει. Σε αυτήν την περίπτωση με την προσθήκη αρκετών κιλών, κάτι που και πάλι είναι βλαβερό για έναν οργανισμό. Τα προβλήματα υγείας που μπορεί να προκληθούν από αυτήν την κατάσταση, μπορεί να είναι πολύ σοβαρά και πολλές φορές μη αναστρέψιμα.

1.2.4.4 Ορθοφαγία

Η νευρική ορθορεξία ή αλλιώς ορθοφαγία, είναι μια διαταραχή πρόσληψης τροφής, η οποία έχει ως βασικό χαρακτηριστικό της, την προσήλωση στην κατανάλωση μόνο «υγιεινών» τροφίμων. Η προσοχή ως προς την επιλογή αυτή συμβαίνει σε υπερβολικό βαθμό. Το άτομο που πάσχει από ορθοφαγία, δεν μπορεί να καταναλώσει τίποτα που δεν είναι «υγιεινό» σε σημείο που η ιδέα αυτή γίνεται εμμονή.

Για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε αυτός ο όρος για να περιγράψει την παραπάνω κατάσταση το 1997, από τον Αμερικανό Ιατρό Bratman St. Ωστόσο, η νευρική ορθορεξία δεν έχει επισημοποιηθεί ως διαταραχή και αν και υπάρχουν κάποια γενικά κριτήρια που μπορούν να την καθορίσουν, δεν υπάρχει επίσημα ιατρική διάγνωση. Επίσης, δεν καταχωρήθηκε στο DSM-I, παρόλο που γενικότερα αναφέρεται ανάμεσα σε ιατρούς.

Είναι ένα φαινόμενο που ανήκει καθαρά στην σύγχρονη εποχή και αυτό επειδή μέσα από την πρόοδο της τεχνολογίας, είναι αρκετές οι πληροφορίες εκείνες που μεταφέρονται και μάλιστα με αμεσότητα και αφορούν καινούργιες μελέτες γύρω από τη διατροφή και πως αυτή επηρεάζει την μακροβιότητα. Έτσι, υπάρχουν ποικίλα επιστημονικά άρθρα, ή Ρεπορτάζ, ακόμη και βιβλία, τα οποία μπορεί να βρει κανείς δωρεάν μέσα από το διαδίκτυο, ή να δει μέσω της τηλεόρασης και μεταφέρουν πληροφορίες σχετικά με τον καλύτερο και πιο υγιεινό τρόπο διατροφής, όπως επίσης και τους διατροφικούς κινδύνους που πρέπει να αποφεύγει κανείς.

Μέσα από αυτόν τον όγκο πληροφοριών που μεταφέρονται καθημερινά, κάποιοι άνθρωποι που ανήκουν κυρίως στο αγχωτικό μοντέλο ανθρώπων και όχι μόνο, δυσκολεύονται να κρατήσουν μια ισορροπημένη στάση και αλλάζουν πεποιθήσεις που αφορούν την διατροφή. Με τον καιρό, η επιλεκτική και προσεκτική διατροφή, μπορεί να γίνει ένα υπερβολικό πάθος και να υπάρξει υπέρμετρη αυστηρότητα σχετικά με την υγιεινή διατροφή του. Υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις που είναι βέβαια σχετικά σπάνιες, όπου ένας άνθρωπος που έχει φτάσει σε σοβαρό βαθμό εμμονής, να οδηγηθεί σε σοβαρό υποσιτισμό κάτι που μπορεί να επιφέρει ακόμα και το θάνατο.

Ωστόσο, σε περίπτωση που ο διατροφικός περιορισμός καλύπτει μεγάλη γκάμα, τότε μπορεί η περίπτωση να είναι πολύ σοβαρή και να προκληθεί υποσιτισμός και σοβαρές διατροφικές ελλείψεις. Σε εκείνη την περίπτωση μπορεί να υπάρξει σταδιακά απίσχναση των πασχόντων και να φτάσουν σε νευρική ανορεξία.

Έτσι λοιπόν, η «ανορεκτική ορθορεξία» είναι δυνατό να είναι επικίνδυνη όπως ακριβώς συμβαίνει και με τη νευρική ανορεξία, παρόλο που στην πρώτη περίπτωση η αρχική πεποίθηση του ασθενούς ήταν να είναι υγιής. Τα διαγνωστικά κριτήρια είναι μια ψυχαναγκαστική συμπεριφορά καθώς και υπερβάλλον ενδιαφέρον ως προς τα «υγιεινά» διατροφικά μοντέλα. Ο Bratman έθεσε κάποια κριτήρια που θεώρησε ότι η απάντηση σε αυτά είναι καθοριστική για να διευκρινιστεί η νόσος. Τα δυο από αυτά θεωρούνται σημαντικά για να διευκρινιστεί ο αυτό-έλεγχος και ο βαθμός στον οποίο υπάρχει αυτή η ασθένεια.

Το ένα είναι εάν το άτομο νοιάζεται περισσότερο για την διατροφική αξία της τροφής του, συγκριτικά με την απόλαυση που έχει όταν τρώει, ενώ το άλλο κριτήριο είναι μια ερώτηση που αναφέρεται στην κοινωνική απομόνωση του ατόμου

εξαιτίας της δίαιτάς του. Υπάρχουν και κάποιες άλλες σχετικές ερωτήσεις μέσα σε αυτό το τεστ διάγνωσης. Σε περίπτωση που το άτομο απαντήσει σε περισσότερες από τέσσερις ή πέντε θετικές απαντήσεις, τότε του συστήνεται να επισκεφθεί έναν ειδικό διατροφολόγο και ιατρό.

Τα συμπτώματα επικεντρώνονται στην εμμονή που έχει το άτομο με την υγιεινή διατροφή, ή μπορεί ήδη να εμφανίζει απίσχναση από την ασιτία. Επίσης, τα άτομα που πάσχουν από αυτήν την ασθένεια, είναι δυνατό νιώθουν για διάφορα τρόφιμα μερικά συγκεκριμένα συναισθήματα. Χαρακτηρισμοί τέτοιου είδους για τρόφιμα ακατάλληλα για αυτούς είναι οι εξής: «επικίνδυνα», «βιομηχανοποιημένα», «τεχνητά», ενώ τα βιολογικά χαρακτηρίζονται ως «υγιεινά». Είναι δυνατόν οι ασθενείς να παρουσιάζουν ισχυρή ανεξέλεγκτη επιθυμία για κατανάλωση φαγητού σε περίπτωση που νιώσουν αναστάτωση, νευρικότητα, χαρά ή δυστυχία. Αυτού του είδους η διαταραχή, χαρακτηρίζεται μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών από ότι γυναικών

Φαίνεται ότι αυτή η διαταραχή, παρόλο που έχει ψυχολογική βάση ως κύριο αίτιο, ενισχύεται και από το βιολογικό υπόβαθρο, αλλά αυτό δεν έχει ακόμη αποδειχθεί παρά μόνο μέσα από κάποια μεμονωμένα ερευνητικά πειράματα.

Όσον αφορά την αντιμετώπιση αυτής της ασθένειας, η θεραπευτική προσέγγιση είναι ανάλογη με την κάθε περίπτωση όπως και με το βαθμό της παθολογίας. Παραδείγματος χάριν, μπορεί να χρειαστεί η παροχή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, ή να γίνει απλά μια ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση για παράδειγμα μέσω της γνωσιακής συμπεριφοριστικής προσέγγισης. Γενικότερα η αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης, μοιάζει αρκετά με την περίπτωση της νευρικής ανορεξίας, όπως και με την ιδεοληψία-ψυχαναγκασμό.

Καθοριστικό ρόλο παίζει η προσπάθεια του ατόμου στο να επικεντρωθεί σε κάποιους βραχυπρόθεσμους και σχετικά εύκολους στόχους, για να καταφέρει έτσι να μειώσει σταδιακά την εμφάνιση αυτής της εμμονής. Με αυτόν τον τρόπο, το άτομο θα μπορεί να αναγνωρίζει όλα εκείνα τα μικρά σημάδια που δείχνουν ότι η συμπεριφορά του οδηγείται σε διατροφική διαταραχή και να την αποτρέψει, ενώ συγχρόνως μπορεί να ικανοποιείται με την πρόοδό του και να επιβραβεύει τον εαυτό του, αντλώντας κουράγιο για να συνεχίσει την προσπάθειά του.

Κεφάλαιο 2^ο

Ψυχογενής ανορεξία



2.1 Ορισμός

Η διαταραχή της νευρικής ανορεξίας ταλαιπωρεί κατά κύριο λόγο τις ηλικίες από 15 έως 25 ετών. Φυσικά είναι δυνατό να εμφανιστεί και σε άλλες ηλικίες αλλά αυτές είναι οι ηλικίες που επηρεάζονται συνήθως. Επίσης, η αναλογία των φύλων που νοσούν είναι στα δέκα άτομα, οι εννιά είναι γυναίκες. Παρόλο που το άτομο μπορεί να νιώθει το αίσθημα της πείνας, αρχίζει σταδιακά να περιορίζει την ποσότητα της τροφής την οποία καταναλώνει, λόγω του φόβου για παχυσαρκία και αυτό έχει ως αποτέλεσμα το βάρος του να είναι πολύ χαμηλότερο από το κανονικό.

Θεωρείται ως μια σπάνια ασθένεια και οι ομάδες που θεωρούνται ότι είναι υψηλού κινδύνου, είναι οι νεαρές ενήλικες γυναίκες και οι έφηβες. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία επιβεβαιώνει τον επιπολασμό της Νευρογενούς Ανορεξίας να αγγίζει μόλις το 0,5% έως 1% στον γενικό πληθυσμό και αυτό μόνο στις περιπτώσεις της αυστηρής ορισμένης νόσου. Αυτό το γεγονός επιβεβαιώνεται επίσης μέσα από τις επιδημιολογικές μελέτες που διεξήχθησαν τα τελευταία χρόνια (Kazdin ΑΕ, 2000).

2.2 *Επιδημιολογία*

Φαίνεται να υπάρχουν πολλές περισσότερες καταγεγραμμένες περιπτώσεις άτυπων μορφών εκδήλωσης διαταραχών που εντάσσονται στην κατηγορία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής Μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς. Αυτές οι περιπτώσεις δεν θεωρούνται ξεκάθαρες περιπτώσεις Νευρογενούς Ανορεξίας ή Ψυχογενούς Βουλιμίας και αυτό επειδή δεν συμβαδίζουν με τα διαγνωστικά κριτήρια των παραπάνω. Παρ' όλα αυτά καταγράφονται σε μεγάλες συχνότητες αναφορικά με τις παραπάνω διαταραχές. Το ποσοστό του επιπολασμού που αφορά αυτές τις υποτυπώδεις μορφές της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι πολύ πιο μεγάλο από τα προηγούμενα ποσοστά (Yager J et al, 2010).

Οι ακραίες λοιπόν μορφές της Νευρογενούς Ανορεξίας, κάνουν σπάνια την εμφάνισή τους, αλλά παρ' όλο αυτά, φαίνεται μέσα από τις σύγχρονες έρευνες ότι το φαινόμενο ως φαινόμενο παρουσιάζει σημαντική αύξηση ιδιαίτερα τα τελευταία πενήντα χρόνια, ενώ υπάρχουν και κάποιες αναφορές πλέον για κορίτσια που βρίσκονται στην προεφηβική ηλικία, όπως επίσης και για αγόρια.

Οι τελευταίες έρευνες εμφανίζουν δεδομένα που αφορούν τις περιοριστικές συμπεριφορές στο φαγητό, τις καθαρτικές συμπεριφορές, τα υπερφαγικά επεισόδια και την αίσθηση της διαστρεβλωμένης αυτοεικόνας, να κάνουν την εμφάνισή τους και μάλιστα σε μεγάλο βαθμό ακόμα και σε μικρότερα κορίτσια όπως σε προέφηβες ηλικίας εννέα ετών (Strober M, 2005).

Στην Ευρώπη, υπολογίζεται ότι για κάθε 100.000 κατοίκους υπάρχει η αναλογία περίπου 1,5-5% νέων περιστατικών Νευρογενούς Ανορεξίας. Η απόδοση του φαινομένου αυτού αναφέρεται στις κοινωνικό-πολιτισμικές αλλαγές που σημειώθηκαν τα τελευταία χρόνια.

Αναφορικά με το φύλο, η Νευρογενής Ανορεξία μοιάζει να πλήττει κατά βάση τις γυναίκες, που από ότι φαίνεται είναι πιο ευάλωτες στη εμφάνιση Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, ενώ οι διαταραχές αυτές, εμφανίζεται κυρίως σε αγόρια που βρίσκονται σε εφηβική ηλικία. Επιπροσθέτως η εμφάνιση της ασθένειας αυτής σε αγόρια, είναι λιγότερα συχνά εμφανιζόμενη κατά 15 με 20 φορές συγκριτικά με τα κορίτσια αυτής της ηλικίας (Shapira NA et al, 2000).

Οι διαφορές που εμφανίζονται και αφορούν τον επιπολασμό της Νευρογενούς Ανορεξίας ανάμεσα στον ανδρικό και τον γυναικείο πληθυσμό, από

ότι φαίνεται σχετίζονται με τη μεγάλη έμφαση που δίδεται κυρίως στα γυναικεία πρότυπα τα οποία προβάλλονται από τη κοινωνία και σχετίζονται με τις επικρατούσες θεωρίες σχετικά με το τι ορίζεται ότι είναι ελκυστικό και επιθυμητό. Είναι γνωστό ότι εδώ και αρκετά χρόνια τα πρότυπα αυτά σχετίζονται με τις λεπτόσωμες σιλουέτες ως την ιδανική εικόνα.

Είναι πιο συχνό η Νευρογενής Ανορεξία να εμφανίζεται κυρίως σε νεαρές κοπέλες οι οποίες ασχολούνται με διάφορα επαγγέλματα τα οποία απαιτούν λόγω της φύσης τους λεπτά σώματα. Μερικά παραδείγματα είναι οι χορεύτριες ειδικά του μπαλέτου, τα μοντέλα, οι ηθοποιοί, οι αθλήτριες, οι γυναίκες που ασχολούνται με την ιππασία, μέχρι και οι πωλήτριες ρούχων. Πλέον κάτι παρόμοιο ισχύει και για τους άνδρες οι οποίοι βρίσκονται σε σχετικούς επαγγελματικούς χώρους. Ο λόγος είναι ότι προσπαθούν να ανταποκριθούν στις διάφορες επαγγελματικές απαιτήσεις και να καταφέρουν με αυτόν τον τρόπο να είναι ανταγωνιστικοί, πετυχαίνοντας τους επαγγελματικούς στόχους που έχουν.

Η Νευρογενής Ανορεξία εμφανίζεται να απασχολεί κυρίως τις δυτικές πολιτισμικές κοινωνίες. Έτσι, τα ποσοστά εμφάνισης μοιάζουν να είναι μεγαλύτερα στις πλούσιες βιομηχανικές και περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες, συγκριτικά με τις αναπτυσσόμενες χώρες. Επίσης το φαινόμενο αυτό, εμφανίζεται πιο συχνά στα μεσαία και υψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Η καυκάσια φυλή φαίνεται να έχει την πρωτιά σε αριθμό πασχόντων, ενώ τα δεδομένα που δίδουν οι ερευνητές αναφορικά με τη Νευρογενή Ανορεξία, μοιάζει να αλλάζουν σημαντικά κυρίως σε ότι σχετίζεται με κάποιες ακόμη παραμέτρους, π.χ. την κοινωνικό-οικονομική τάξη, την εθνικότητα, το φύλο, το πολιτισμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο μεγαλώνουν τα άτομα αλλά και τις καταβολές που έχουν κ.ά. (McElroy SL et al, 2000).

2.3 Αιτίες και παθοφυσιολογία

Τα ακριβή αίτια της Νευρογενούς Ανορεξίας δεν έχουν ξεκαθαριστεί πλήρως και τα δεδομένα που υπάρχουν ήδη δεν μπορούν με βεβαιότητα να οδηγήσουν σε ένα συγκεκριμένο συμπέρασμα σχετικά με την αιτιοπαθογένεια των διαταραχών αυτών. Οι ειδικοί συμφωνούν ότι η αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών είναι πολυπαραγοντική και δεν υπάρχει ένας μοναδικός παράγοντας ως αιτία.

Κάποια άτομα είναι περισσότερο επιρρεπείς σε αυτού του είδους τις διαταραχές από κάποια άλλα. Μετά την εμφάνιση της νόσου, το αν θα επιμείνει και

θα συνεχίσει την πορεία της, εξαρτάται κατά μεγάλο βαθμό από την παρουσία των συνθηκών εκείνων που πρέπει να απομονωθούν από το άτομο που νοσεί. Εξαρτάται λοιπόν αρκετά και από το περιβάλλον είτε αυτό είναι το κοντινότερο ή και το ευρύτερο.

2.4 Βιολογικοί παράγοντες

Οι βιολογικοί παράγοντες συμπεριλαμβάνουν τους γενετικούς και τους νευροβιολογικούς παράγοντες ως βασικά αίτια για την εμφάνιση αυτών των νόσων. Επίσης, η νευροπεπτιδική ρύθμιση της διάθεσης για κατανάλωση τροφής, μοιάζει να αποτελεί και αυτή μια αιτιολογία για την εμφάνιση Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.

Μέσα από τον τομέα της γενετικής και συγκεκριμένα μέσα από έρευνες που έγιναν σε δίδυμα, εμφανίζονται κάποια δεδομένα τα οποία ενισχύουν την πεποίθηση ότι η γενετική μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Επίσης, η κληρονομικότητα είναι δυνατό να ισχύει, αφού η Νευρογενής Ανορεξία εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα ανάμεσα σε συγγενείς με βιολογική σχέση. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες συγγενείς των ασθενών έχουν πέντε φορές πιο πολλές πιθανότητες να αποκτήσουν και οι ίδιες αυτή τη διαταραχή.

Το ίδιο συμβαίνει και ανάμεσα σε δυο αδερφές όπου η μία έχει ήδη αναπτύξει Νευρογενή Ανορεξία. Η περίπτωση να αποκτήσει και η άλλη, υπολογίζεται να είναι περίπου 6% σε πιθανότητα. Αυτό όμως μπορεί να συμβαίνει και εξαιτίας της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και να μην βασίζεται ξεκάθαρα στο γενετικό υπόβαθρο. Ωστόσο, το ποσοστό εμφάνισης σε άλλους συγγενείς εξ' αίματος, είναι περίπου 2% έως και 4% (Waller JV et al, 1940).

Τα δεδομένα που μπορεί να ενισχύσουν την πεποίθηση ότι υπάρχει κάποιος γενετικός παράγοντας που επηρεάζει την εμφάνιση διαταραχών τέτοιου είδους, μπορούν να επέλθουν μέσα από κλινικές μελέτες σε δίδυμα. Μέσα από αυτές τις μελέτες, εμφανίζονται κάποιοι αυξημένοι δείκτες συμφωνίας που υπάρχουν ανάμεσα σε μονοζυγωτικούς διδύμους, αναφορικά με τους διζυγωτικούς.

Υπάρχει επίσης και η πεποίθηση που προήλθε από ορισμένους ερευνητές, ότι είναι δυνατό και κάποιες άλλες βιολογικές αιτίες να ενισχύουν την εμφάνιση αυτών των διαταραχών. Οι ίδιοι πιστεύουν πως η Νευρογενής Ανορεξία μπορεί να είναι το αποτέλεσμα κάποιας δυσλειτουργίας της υπόφυσης. Ένα στοιχείο που ενίσχυσε

αυτή τη μελέτη, ήταν ότι αρκετές γυναίκες που έπασχαν από τέτοιου είδους διαταραχές, εμφάνιζαν αμηνόρροια, κάτι που δεν μπορεί να οφείλεται στην απώλεια του βάρους ή σε κάτι άλλο. Μάλιστα, η αμηνόρροια, εμφανίζεται από τα αρχικά κιάλας στάδια της Νευρικής Ανορεξίας, πριν ακόμη προλάβει να χαθεί όλο το σωματικό λίπος. Άρα, οι ερευνητές κατέληξαν στην υπόθεση ότι ο κοινός παράγοντας ο οποίος κατά πάσα πιθανότητα ευθύνεται για τον ασταθή εμμηνορροϊκό κύκλο και για την αίσθηση της μη όρεξης, σχετίζεται με τον υποθάλαμο.

Ο υποθάλαμος, παίζει καθοριστικό ρόλο στις ορμονικές λειτουργίες και στην πρόσληψη τροφής. Θεωρείται ότι είναι το κλειδί, ή αλλιώς το εγκεφαλικό κέντρο που ευθύνεται για το αίσθημα της πείνας και την ρύθμιση πρόσληψης της τροφής. Έχουν υπάρξει κάποιες έρευνες σε ζώα, τα οποία είχαν κάποια σχετική βλάβη στον υποθάλαμο, όπου και φαίνεται ότι υπάρχει απώλεια ή μείωση της όρεξης και το αποτέλεσμα είναι η απώλεια του βάρους. Έτσι, υπάρχει η υπόθεση ότι ο υποθάλαμος παίζει έναν αρκετά σημαντικό ρόλο στην Νευρογενή Ανορεξία.

Όσον αφορά τους νευροχημικούς παράγοντες, υπάρχουν αρκετές απόψεις σχετικά με κάποιες εντυπωσιακές μεταβολές οι οποίες παρατηρήθηκαν σε ασθενείς μετά από την απισχαντική διαδικασία, κάτι που είναι πιθανό να οφείλεται σε πιο σοβαρή ενδοκρινική διαταραχή. Ένα παράδειγμα αποτελεί η υπερέκκριση κορτιζόλης, που είναι μια ορμόνη η οποία ελέγχεται από τον υποθάλαμο. Η ορμόνη αυτή έχει παρατηρηθεί να υπερεκκρίνεται σε περιόδους Κατάθλιξης, όπως και σε περιπτώσεις υποσιτισμού (Turnbull S et al, 1996).

Τα ενδογενή οπιοειδή έχει θεωρηθεί επίσης ότι παίζουν έναν αρκετά σημαντικό ρόλο όσον αφορά τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Αυτά είναι ουσίες, οι οποίες παράγονται από το σώμα, μειώνοντας έτσι τα αισθήματα του πόνου. Μέσα από έρευνες, φάνηκε ότι σε περιόδους ασιτίας, απελευθερώνονται τα οπιοειδή, παίζοντας έτσι ρόλο στη Νευρογενή Ανορεξία. Τα ανεβασμένα επίπεδα των ενδογενών οπιοειδών όπως για παράδειγμα είναι οι εγκεφαλίνες και οι ενδορφίνες, ενισχύουν θετικά τη συμπεριφορά των ανθρώπων που υποφέρουν από αυτού του είδους τις διαταραχές και δημιουργούν ένα αίσθημα ευφορίας.

Μέσα από σύγχρονες έρευνες, οι βιολογικοί παράγοντες συμπεριλαμβάνουν και ορισμένους νευροδιαβιβαστές, που έχουν σχέση με την πρόσληψη τροφής

καθώς και με το αίσθημα του κορεσμού και της πληρότητας. Ο υποσιτισμός, προκαλεί κάποιες μεταβολές στους νευροδιαβιβαστές αυτούς και με την σειρά τους αυτοί προκαλούν την εκδήλωση της Νευρογενούς Ανορεξίας.

2.5 Κοινωνικοί παράγοντες

Φαίνεται ότι ο πολιτισμικός παράγοντας καθώς και τα κοινωνικά πρότυπα, διαδραματίζουν μεγάλο ρόλο στις αντιλήψεις των ανθρώπων σχετικά με τη διαμόρφωση των συνηθειών που αφορούν την λήψη τροφής. Παρουσιάζεται έντονη ποικιλομορφία στους παράγοντες εκείνους, οι οποίοι έχουν σχέση με τις κοινωνικές και πολιτισμικές μεταβλητές. Οι παράγοντες αυτοί με την παρέμβασή τους καταφέρνουν να διαμορφώσουν τις εκάστοτε προσωπικές θέσεις που σχετίζονται με το βάρος του σώματος και την εμφάνιση γενικότερα, με αποτέλεσμα να υπάρχει επιρρέπεια για Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Οπότε, το πολιτισμικό πλαίσιο, είναι δυνατόν να διαμορφώσει αλλά και να επηρεάσει τον προδιαθεσικό παράγοντα εκείνον που θα καθορίσει αν είναι δυνατόν να αναπτυχθεί μια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής και αυτό γίνεται μέσα από τη σημασία και την έμφαση που δίνεται στη λεπτόσωμη φιγούρα και τη διατροφή (Χατζηγεωργίου Χ, 2004).

Από την ιστορία του κάθε πολιτισμού είναι δυνατό να απομονωθούν και να μελετηθούν όλα εκείνα τα στερεότυπα, που αναδεικνύει η κοινωνία και σχετίζονται με το σχήμα και με το ιδανικό σωματικό βάρος και το πως αυτά διαφοροποιούνται με το πέρασμα του χρόνου και σε μεγάλο βαθμό (Rogers et al, 2009).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι πίνακες ζωγραφικής του μεσαίωνα, όπου απεικονίζονται γυμνές γυναίκες οι οποίες είχαν αρκετά μεγάλο σωματικό βάρος, αλλά ωστόσο θεωρούταν εκείνη την εποχή ότι ήταν το σωστό μια γυναίκα να έχει περιττά κιλά, μια και αυτό έδειχνε την πλούσια καταγωγή της.

Ωστόσο, σύμφωνα με τα στερεότυπα που προβάλλονται στην σύγχρονη κοινωνία, οι γυναίκες αυτές θα θεωρούνταν παχουλές, ενώ προωθείται η λεπτόσωμη γυναικεία φιγούρα.

Η κουλτούρα των σημερινών δυτικών κοινωνιών, φαίνεται να προωθεί με σταθερή και ανοδική μάλιστα πορεία τις πιο λεπτόσωμες σιλουέτες, κάτι που χαρακτηρίζεται ως «ιδανικό». Αυτό το γεγονός μοιάζει να συμβαδίζει με το ότι τα ποσοστά της εμφάνισης της Νευρογενούς Ανορεξίας αυξήθηκαν ανάλογα με την τάση αυτή και χρονικά μέσα στο ίδιο διάστημα (Chandarana P et al, 1998).

Επιπροσθέτως, εκτός από την προβολή των προτύπων αυτών, φαίνεται ότι στις δυτικές κοινωνίες του σύγχρονου κόσμου, υπάρχει πλέον μια υπέρμετρη ενασχόληση με το είδος της τροφής, όπως επίσης και με τα πολυτελή εστιατόρια, τα οποία έχουν αρχίσει να πληθαίνουν. Υπάρχουν πλέον αναρίθμητα βιβλία και περιοδικά καθώς και τηλεοπτικές εκπομπές, οι οποίες ασχολούνται με τη μαγειρική εξεζητημένων γευμάτων και προβάλλουν περίπλοκες συνταγές. Με αυτόν τον τρόπο, προάγεται η καλή διατροφή, οι τροφές που βοηθάνε την υγεία, τα βιολογικά προϊόντα, η μακροβιοτική κουζίνα κ.ά.

Αυτά συμβαίνουν σε έναν ανεπτυγμένο πλέον κόσμο, όπου υπάρχει πληθώρα υλικών αγαθών, ενώ η τεχνολογία και οι πληροφορίες είναι στην καλύτερη φάση της. Ωστόσο, τα ποσοστά των παχύσαρκων ατόμων έχουν αρχίσει να είναι ανησυχητικά. Από την άλλη πλευρά, νέες Διατροφικές Διαταραχές, όπως είναι η ορθοφαγία, έχουν κάνει την εμφάνισή τους.

2.6 Ψυχολογικοί παράγοντες

Υπάρχουν πολλές θεωρίες, μέσα από τις οποίες μπορούν να καθοριστούν οι ψυχολογικοί παράγοντες εκείνοι που φαίνονται να διαδραματίζουν ρόλο στην αιτιοπαθογένεια Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Οι Διαταραχές αυτές, χαρακτηρίζονται από τον γενικότερο διαταραγμένο τρόπο με τον οποίο ο άνθρωπος βιώνει και αντιλαμβάνεται την προσωπική του ταυτότητα. Δεν είναι τυχαίο το ότι υπάρχει πολύ συχνά συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές.

Είναι δυνατό ο αυτοεπιβαλλόμενος υποσιτισμός, να αποτελεί ένα είδος προσπάθειας για επαναπόκτηση του ελέγχου της ζωής και την αύξηση της αυτοεκτίμησης (Lavender JM et al, 2015).

Αρκετοί άνθρωποι που υποφέρουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, βιώνουν γενικότερα το αίσθημα της αυτοαξία τους συνδυαστικά με την εξωτερική τους εμφάνιση. Έτσι, η Νευρογενής Ανορεξία είναι δυνατό να αποτελεί αντιδραστική συμπεριφορά, κυρίως κατά το διάστημα της εφηβείας, έτσι ώστε να επέλθει το αίσθημα της ανεξαρτησίας και της αυξημένης κοινωνικής και κατά προέκταση σεξουαλικής, δραστηριότητας.

Μέσα από το πλαίσιο αυτής της διαταραχής, οι πάσχοντες φαίνεται να αντικαθιστούν τις προσωπικές φιλοσοφικές αναζητήσεις και τα φυσιολογικά αναπτυξιακό άγχος, με την εικόνα του σωματικού τους βάρους και του σχήματος,

την ενασχόληση τους με τη διατροφή κ.ά. Μέσα από έρευνες και μελέτες, φαίνεται ότι οι ασθενείς πολύ συχνά εμφανίζουν χαμηλή αίσθηση αυτοπεποίθησης, χαμηλή αυτοεκτίμηση και έλλειψη αυτονομίας, ενώ προσπαθούν να αυτοπροσδιορίσουν το Εγώ τους με διάφορους τρόπους. Είναι συχνή η πεποίθηση πως το σώμα τους ελέγχεται με κάποιο τρόπο από τους γονείς τους.

Μέσα από την υπερβολική ενασχόληση του ασθενούς με το σχήμα του σώματος και το βάρος του, όπως επίσης και με την άσκηση για υπερβολική αυτοπειθαρχία, κάτι που χαρακτηρίζει την ανορεκτική παθολογία, το άτομο που νοσεί από αυτή τη διαταραχή, προσπαθεί με απόγνωση να αντιμετωπίσει όλα εκείνα τα υποβόσκοντα συναισθήματα αναποτελεσματικότητας και αδυναμίας. Με αυτόν τον τρόπο, νιώθει ότι αναπτύσσει την αυτονομία του καθώς και τον αυτοπροσδιορισμό, περιορίζοντας την ανασφάλεια και την απώλεια ελέγχου της ζωής του.

Μέσα από τις πρώτες ψυχαναλυτικές θεωρίες που προσπάθησαν να προσεγγίσουν το περίπλοκο ψυχολογικό υπόβαθρο της Νευρογενούς Ανορεξίας, η ασθένεια αυτή συνδυάστηκε με διάφορους φόβους και άγχη τα οποία αντιμετώπιζαν ήδη οι ασθενείς. Επάνω σε αυτό το ήδη διαταραγμένο υπόβαθρο, οι Διατροφικές Διαταραχές, είναι κάτι σαν άμυνα απέναντι στους φόβους αυτούς.

Το 1982, σε μελέτη της η Bruch κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η Νευρογενής Ανορεξία συμβαίνει κυρίως σε παιδιά τα οποία μέσα από την ανατροφή τους, έχουν καταλήξει να αισθάνονται αναποτελεσματικά και η προσπάθειά τους για να νιώσουν ικανά και να κερδίσουν την εκτίμηση και τον σεβασμό των τρίτων, όπως και του ίδιου τους του εαυτού, είναι η «αφαγία», η απόκτηση λεπτής σιλουέτας, όμορφης εξωτερικής εμφάνισης κ.ά. Έτσι, νιώθοντας ικανοποίηση για την εξωτερική τους εικόνα, αποκτούν αυτοπεποίθηση και κατά προέκταση κοινωνικότητα (Kaplan AS & Ciliska D, 1999).

2.6.1 Το στάδιο της επίτευξης

Αρχικά το άτομο έχει απλά την επιθυμία να χάσει σωματικό βάρος έτσι ώστε να έχει λεπτή φιγούρα και να νιώθει ότι είναι κοινωνικά αποδεκτό και ταιριαστό στα πρότυπα που προβάλλονται μέσα από τον πολιτισμό της εκάστοτε χώρας. Μέσα από το πρωταρχικό αυτό στάδιο, δεν φαίνονται πάντα τα ανησυχητικά σημάδια που δείχνουν ότι το άτομο υπάρχει πιθανότητα να αποκτήσει Διατροφική Διαταραχή,

γιατί δεν υπάρχει ακόμη το στοιχείο της υπερβολής. Σε αυτή την περίπτωση, τα άτομα απλά προσπαθούν να μην γίνουν παχύσαρκα, κάτι που θεωρείται φυσιολογικό επειδή η παχυσαρκία μπορεί να προκαλέσει και αυτή σοβαρά προβλήματα υγείας (Khalsa S et al, 2018).

Οι περισσότεροι υπέρβαροι, αρνούνται να κάνουν δίαιτες και αυτό γιατί έχουν εξ' αρχής καταλήξει ότι η απόλαυση για αυτούς βρίσκεται στην κατανάλωση τροφής. Μάλιστα, μετά από καταναγκαστικές δίαιτες ακολουθεί πολλές φορές και κατάθλιψη. Με αυτόν τον τρόπο, οι περισσότεροι υπέρβαροι, πριν φτάσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα, παραιτούνται. Άλλες πάλι φορές ακόμη και αν φτάσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα μετά ξαναρχίζουν να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες τροφής και πολύ σύντομα ξαναποκτούν το βάρος που με τόσο κόπο έχασαν. Τα άτομα αυτά πλειοψηφικά δεν είναι προδιατεθειμένοι συναισθηματικά ως προς την ανορεξία.

Συνήθως τα άτομα με προδιάθεση στην Ψυχογενή Ανορεξία, είναι τελειομανή, διοχετεύοντας πολύ ενέργεια και μεγάλη προσπάθεια για να επιτύχουν τον στόχο τους. Έτσι η επίτευξη για αυτούς είναι το χάσιμο του σωματικού βάρους.

Το άτομο που διακατέχεται από τελειομανία, συνεχίζει να τηρεί με αυστηρότητα και ακρίβεια την δίαιτά του. Δέχεται επιβραβεύσεις από τον κοινωνικό περίγυρο και αυτό το κάνει να θέλει να συνεχίσει τις συνήθειες που έχει υιοθετήσει με την ίδια αυστηρότητα. Έτσι, το άτομο αυτό νιώθει ότι η επίτευξη του στόχου του συμβαίνει και μάλιστα με συνεχή επιβεβαίωση από τους τρίτους, συνεχίζοντας έτσι με επιμονή την διατροφική περιοριστική του συμπεριφορά.

2.6.2 Το στάδιο της ασφάλειας και του καταναγκασμού

Κατά το δεύτερο στάδιο, το άτομο βάζει έναν στόχο. Για παράδειγμα να χάσει ένα κιλό την εβδομάδα. Αρχίζει λοιπόν στο μυαλό του να εμφανίζεται η ιδέα του ιδανικού βάρους. Το άτομο όμως αυτό, όσο πιο λεπτό γίνεται, τόσο εξακολουθεί να νιώθει ότι έχει παραπάνω κιλά. Σε εκείνη την φάση, συνήθως αρχίζει να ασχολείται ακόμη περισσότερο με το σχήμα του σώματός του και αρχίζει να μετράει εκατοστά περιφερειών. Από τα χέρια, την μέση μέχρι και το στήθος, την γάμπα κ.ά. Αρχίζει να δοκιμάζει κάποια ρούχα που έχουν μικρότερα νούμερα, όπως επίσης αρχίζει την σύγκριση με άλλα άτομα, ενώ ακόμη θεωρεί τον εαυτό του παχύ (Khalsa S et al, 2018).

Σε αυτήν την φάση συνήθως υπάρχει η διαταραχή της αντίληψης γύρω από το σώμα του και το μέγεθος που αυτό έχει. Έτσι το ίδιο το άτομο προκαλεί μια προβολή λανθασμένης εικόνας για τον εαυτό του από τον ίδιο του τον εαυτό, με την δικαιολογία να συνεχίσει το «έργο» που έχει αναλάβει. Σε αυτή την φάση αρχίζει να γυμνάζεται ή να περπατάει περισσότερο και προσπαθεί να χάσει περισσότερα κιλά από αυτά που είχε βάλει ως αρχικό στόχο. Στην περίπτωση της ανορεξίας, το άτομο θεωρεί ότι με το κάθε κιλό που χάνεται, υποχρεούται να χάσει ακόμη περισσότερα.

Έτσι, το άτομο που πάσχει από ανορεξία, προσπαθεί να χάσει ακόμη περισσότερα κιλά, αφαιρώντας όλα τα άλλα προβλήματα και εστιάζοντας μόνο σε αυτό το δεδομένο. Με αυτόν τον τρόπο, η απώλεια του σωματικού βάρους γίνεται εμμονή, όπου το άτομο με ανορεξία νιώθει ασφάλεια. Αμέσως μειώνονται οι ανησυχίες και το άγχος του, έχοντας δηλαδή νιώσει ασφάλεια για μια ιδέα και πεποίθηση. Εκτός αυτού, υιοθετεί καταναγκαστικές συμπεριφορές όσον αφορά την απώλεια του σωματικού βάρους, έτσι ώστε να μειώσει το άγχος και να ενισχύσει το αίσθημα της ασφάλειας.

Στο στάδιο αυτό, το άτομο με ανορεξία, αποσυνδέεται συναισθηματικά από τον περίγυρό του, καταναλώνοντας πνευματική ενέργεια στην εμμονή που έχει αποκτήσει. Στρέφεται ενάντια στην πείνα, κάτι που θεωρείται φυσιολογικό επειδή ο εγκέφαλος το κάνει αυτό για να καταφέρει να δώσει το μήνυμα στον άνθρωπο έτσι ώστε να τραφεί και να μπορέσει να επιβιώσει. Το δέρμα του ασθενούς αρχίζει να κάνει πτυχές σε κάποια σημεία, ενώ το άτομο ακόμη αρνείται να καταλάβει τους πραγματικούς λόγους που έγινε αυτό, ρίχνοντας το φταίξιμο στα περιττά κιλά που νομίζει ότι έχει. Δεν είναι σπάνιο σε ανορεκτικούς ασθενείς να παρατηρείται το φαινόμενο ότι ασχολείται με την μαγειρική, με την δημιουργία εξεζητημένων συνταγών, προσπαθεί να ετοιμάσει γεύματα για άλλους και όλα αυτά γίνονται για να αποκρύψει τις αληθινές του προθέσεις, δηλαδή να μην καταναλώσει το ίδιο το άτομο φαγητό. Επίσης θέλει να δείξει με αυτήν την συμπεριφορά του ότι θεωρεί το γεύμα σημαντικό και ότι ασχολείται με το φαγητό. Στα αλήθεια όμως δεν το καταναλώνει. Αντίθετα, τεμαχίζει το γεύμα του σε πολύ μικρά κομμάτια, κάνει αρκετή ώρα για να το φάει και διαδίδει ότι αυτή η συμπεριφορά είναι και η φυσιολογική (Franko DL et al, 2018).

Μαζί με αυτές τις συμπεριφορές, έρχεται να προστεθεί και η διαταραχή του ύπνου του, μια και σκέφτεται συνέχεια το φαγητό και καινούργιες συνταγές. Το

άτομο αρχίζει να σκέφτεται ότι νιώθει το αίσθημα της πείνας και αυτό δείχνει για το ίδιο ότι έχει ανεπτυγμένη όρεξη και αν φάει θα παχύνει. Το σώμα φυσικά, αρχίζει να στέλνει σημάδια λιμοκτονίας και ότι το άτομο μπορεί να οδηγηθεί στον θάνατο. Παρ' όλα αυτά, το άτομο που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία, συγχύζεται και θεωρεί ότι αυτά τα σημάδια σημαίνουν ακριβώς το ανάποδο. Περιορίζει λοιπόν ακόμη περισσότερο και τα υγρά και τα στερεά τρόφιμα για τα οποία έχει πλέον αποκτήσει φοβία. Οι φοβίες του πολλαπλασιάζονται και το καταβάλλουν και μάλιστα αφορούν όλους τους τομείς. Η θερμοκρασία του σώματος λόγω της ασιτίας μειώνεται συνεχώς και το άτομο αυτό κρυώνει συνέχεια. Μπορεί να παρουσιάσει υπόταση, να έχει συχνές και ξαφνικές ζαλάδες κ.ά. Ο ρυθμός της καρδιάς είναι χαμηλότερος και το άτομο αυτό δεν μπορεί να συγκεντρωθεί σωστά, εξαιτίας του ότι δεν μεταφέρεται η σωστή ποσότητα αίματος στον εγκέφαλο, ενώ μοιάζει να βρίσκεται συνεχώς σε «νιρβάνα». Υπάρχει τριχόπτωση, δερματικές αλλοιώσεις και η έμμηνος ρύση σταματάει. Πάλι όμως ο ανορεκτικός μεταφράζει λανθασμένα όλες τις παραπάνω ενδείξεις, συνεχίζοντας την καταναγκαστική του συμπεριφορά, δηλαδή την αποχή από το φαγητό. Μέσα από αυτό το στάδιο, ο ασθενής προσπαθεί δραματικά και συνεχώς να αποφύγει την ανασφάλεια, καταλήγοντας εμμονικό, μελαγχολικό, καταναγκαστικό και σε απομόνωση.

2.6.3 Το κατηγορηματικό στάδιο

Είναι συνηθισμένο τα άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία, να είναι ήρεμα, ευγενικά, υπάκουα, ευχάριστα και συνήθως αποφεύγουν τους καυγάδες, τις συγκρούσεις κ.ά. Στη φάση αυτή, το άτομο γίνεται εμφανώς λεπτό περισσότερο από όσο θα έπρεπε, φαίνεται ότι έχει ξεπεράσει τα φυσιολογικά όρια και ότι ενέχεται κίνδυνος για την υγεία του. Το κατηγορηματικό στάδιο, αναπτύσσεται επειδή το άτομο μπορεί τώρα πλέον να έχει αρχίσει να δέχεται κριτική για τα λίγα κιλά του και σε αυτή τη φάση το άτομο συνειδητοποιεί ότι είναι η πρώτη φορά που πρέπει να είναι ανυπάκουο και όχι συγκαταβατικό. Θεωρεί ότι τώρα πρέπει να συγκρουστεί και να αντιδράσει, νιώθοντας ότι πλέον δεν πρέπει να ευχαριστεί τους άλλους επειδή αυτό ξέρει καλύτερα τι είναι καλό για το ίδιο.

Μέσα από αυτά τα συναισθήματα που το κατακλύζουν και από τον νέο τρόπο αντίληψης που πιστεύει ότι έχει αποκτήσει, νιώθει για πρώτη φορά ένα καινούργιο συναίσθημα ενδυνάμωσης, γιατί αυτός ο τομέας για τον οποίο γίνεται η συζήτηση αποτελεί τον σημαντικότερο της ζωής του. Ένας ανορεκτικός τύπος ανθρώπου,

φανερώνει πλέον το πρόβλημα που έχει με την κίνησή του στο να δίνει εντολές για το πώς θέλει να είναι το γεύμα του πλέον. Σκέφτεται πολύ προσεκτικά το γεύμα του έτσι να είναι άπαχο και σωστά μελετημένο και διαφωνεί έντονα με την άποψη των άλλων ότι είναι λεπτό, δηλώνοντας ότι πρέπει να χάσει και άλλα κιλά. Μπορεί σε αυτό το στάδιο να δημιουργηθούν κάποιες ιδέες καταδίωξης και ότι οι άλλοι θέλουν το κακό του επειδή ζηλεύουν και θέλουν να του κάνουν το μεγαλύτερο κακό που μπορούν, δηλαδή να το κάνουν να παχύνει επειδή αυτοί ζηλεύουν (Duncan L et al, 2017).

Αυτό είναι το προειδοποιητικό στάδιο για την οικογένεια και τον περίγυρο, ότι υπάρχει κάποιο σοβαρό πρόβλημα και το άτομο χρήζει περαιτέρω βοήθειας. Το ίδιο το άτομο μέσα από αυτήν την ασθένεια, νιώθει μια πρωτόγνωρη αίσθηση δύναμης, την οποία δεν είχε καν σκεφτεί όταν ξεκίνησε την δίαιτά του.

2.6.4 Το στάδιο της ψευδό-ταυτότητας

Σε αυτό το στάδιο, η σοβαρή απώλεια σωματικού βάρους γίνεται πλέον εμφανής. Τα άτομα αυτά, είναι δυνατόν να το κρύβουν, φορώντας περισσότερα ρούχα, ή καλύπτοντας το σώμα τους έτσι ώστε να μην φαίνεται. Συνήθως όμως τα άτομα αυτά, αντίθετα επιδεικνύουν το σώμα τους για το οποίο νιώθουν υπερήφανοι, μια και έτσι πιστεύουν ότι δείχνουν ότι είναι άτομα γενναία και δυνατά, έξυπνα και ικανά να περιορίσουν την όρεξή τους με το να την ελέγξουν, ενώ ο περίγυρος τους δεν είναι το ίδιος ικανός. Αρχίζουν να συγκρίνουν και να εκφράζουν την ανωτερότητά τους ως υπέρξεις. Γίνονται επιδειξιμανείς και αυτό οδηγεί στο να δέχονται συχνά εχθρότητα από τους τρίτους (Mehler PS & Brown C, 2015).

Ο ασθενής, νομίζει ότι πλέον έχει βρει την προσωπική του ταυτότητα και ότι όλοι τώρα πια που ασχολούνται μαζί του, το κάνουν γιατί αυτός ξεχωρίζει και διαφέρει για τα καλά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του όπως π.χ. εγκράτεια και ευφυΐα, δημιουργώντας στο μυαλό του μια ψευδό- ταυτότητα για τον ίδιο, γεμίζοντας το κενό που προφανώς ένιωθε πριν καν ξεκινήσει την «δίαιτα» του.

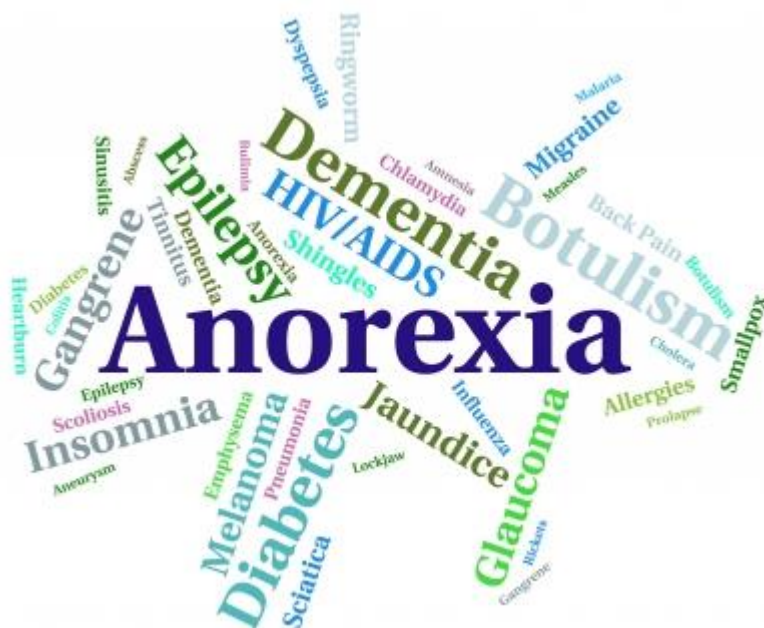
Σε αυτό το στάδιο δεν υπάρχει κάποια καινούργια συμπεριφορά, παρά μόνο η λανθασμένη αίσθηση δύναμης, ανεξαρτησίας από τα πάθη και ανωτερότητας. Πιστεύει ότι η προσωπικότητά του ξεχωρίζει και ότι οι τρίτοι μπορούν να το ακούσουν και να το διακρίνουν. Θεωρεί ότι η δύναμη που έχει επιδειξεί, δεν

εκτιμάται από τους τρίτους σε συνειδητό επίπεδο, οπότε τους συγχωράει για τις «συμπεριφορές» τους, δηλαδή την επιθετικότητα και την επικριτικότητα τους.

Ο ασθενής, δεν έχει καν καταλάβει σε τι παθολογικές δύσκολες διαδικασίες έχει υποβάλει την υγεία του, ενώ αντίθετα περιμένει αναγνώριση για το κατόρθωμά του. Υπάρχει η εκτίμηση ότι το 70% των ατόμων με Ψυχογενή Ανορεξία, δεν μπορεί ποτέ να συνέλθει εντελώς, ενώ το 9% μπορεί να καταλήξει. Ελάχιστα είναι τα άτομα που πάσχουν από αυτήν την διαταραχή και μπορούν να αναρρώσουν από μόνα τους.

Κεφάλαιο 3^ο

Θεραπεία ψυχογενούς ανορεξίας



Εξαιτίας της φύσης των διατροφικών προβλημάτων, τα άτομα έχουν να αντιμετωπίσουν σύνθετα ψυχολογικά και σοβαρά ιατρικά προβλήματα, οπότε στις προχωρημένες καταστάσεις τα άτομα επιβάλλεται να καταφύγουν σε ενδονοσοκομειακή νοσηλεία η οποία μάλιστα πρέπει να συνδυάζεται ψυχοθεραπεία, σε ατομικό αλλά και σε οικογενειακό επίπεδο.

Μέσα από την περίοδο της υποχρεωτικής νοσηλείας το άτομο καταφέρνει να αποκτήσει σωματικό όγκο εξαιτίας της καθημερινής πρόσληψης τροφής. Η κλινική εικόνα που αφορά τον σωματότυπο του ατόμου που πάσχει από τη διαταραχή αυτή, είναι ξεκάθαρη αφού μπορεί το άτομο να είναι εμφανέστατα λιπόβαρες και μπορεί να φτάσει σε σοβαρή αποστέωση. Η πρώτη λοιπόν φροντίδα είναι η αποκατάσταση του υποσιτισμού καθώς και των πιο σοβαρών επιπλοκών που έχουν δημιουργηθεί από αυτόν, για παράδειγμα προβλήματα στο έντερο και τα νεφρά του ασθενούς. Υπάρχει περίπτωση ακόμη και για ενδοφλέβια σίτιση του ατόμου για να σωθεί άμεσα η ζωή του (Beumont, 1993).

Ο ψυχίατρος παίζει καθοριστικό ρόλο κατά την εξέταση της κλινικής εικόνας μιας τέτοιας περίπτωσης, αφού μέσα από τα στοιχεία τα οποία αξιολογούνται γίνεται ο διαχωρισμός εκείνων των στοιχείων που είναι σχετικά με τη σωματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής.

Εκτός από την κλινική εικόνα που αφορά το σωματικό βάρος, ο ασθενής μπορεί επίσης να παρουσιάσει κάποιες σοβαρές ιατρικές επιπλοκές, όπως για παράδειγμα σοβαρές καρδιακές διαταραχές, διαταραχές που αφορούν τον μεταβολισμό και τους ηλεκτρολύτες, υποκαλιαιμία κ.ά. Επίσης, μετά από πολλούς και χρόνιους αυτοπροκαλούμενους εμετούς, ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει πάρα πολλά χαλασμένα δόντια. Η τριχόπτωση και τα δερματικά εξανθήματα και γενικότερα προβλήματα είναι μερικά από τα συχνά εμφανιζόμενα κλινικά συμπτώματα που παραπέμπουν στην νόσο αυτή. Το άτομο, μπορεί επίσης να παρουσιάσει σοβαρές τάσεις για αυτοκτονία, μπορεί να είναι αποπροσανατολισμένο και μπορεί να μην μπορεί καν να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του. Είναι δυνατό να διαπιστωθεί συνοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές. Γενικότερα σε αυτές τις περιπτώσεις το άτομο μοιάζει ανήμπορο και δεν μπορεί να φροντίσει τον ίδιο του τον εαυτό (Beumont PJV, 1995).

3.1 Ψυχοδυναμική προσέγγιση

Στην ψυχοδυναμική προσέγγιση απαιτείται ο σύμβουλος κατά τη διάρκεια της μεταβίβασης των προβολών του πελάτη του σε αυτόν, να διατηρεί την ουδετερότητα του. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής διαδικασίας σημαντικό εργαλείο αποτελούν και τα όνειρα του πελάτη αφού μέσω αυτών μπορούν να κατανοηθεί ότι υπάρχει στο ασυνείδητο και να οδηγηθεί σταδιακά στην επεξεργασία των φόβων και των επιθυμιών που έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη αμυντικών μηχανισμών (Φρόντ Σ, 1993).

Παρά την ουδετερότητα του συμβούλου που πρέσβευε ο Φρόντ, η εξέλιξη της ψυχοδυναμικής θεωρίας απέδωσε ιδιαίτερα σημασία και στον τρόπο που ο σύμβουλος αντιδρά συναισθηματικά, δηλαδή στην αντιμεταβίβαση που επιτελείται στην μεταβίβαση που ο πελάτης κάνει. Στην εξέλιξη της επίσης επεκτάθηκε και το ερευνητικό της πεδίο αφού εκτός από τους ενήλικες συμπεριέλαβε και τα παιδιά. Στην μελέτη των παιδιών, επίκεντρο της διαδικασίας ήταν το παιχνίδι (Khalsa S et al, 2018).

3.2 Οικογενειακή Θεραπεία

Η οικογενειακή συμβουλευτική βασίζεται στη θεωρία του συστήματος. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, οι οικογένειες ή άλλες κοινωνικές ομάδες νοούνται ως μια ομάδα ατόμων που αλληλεπιδρούν μέσα σε ένα σύστημα. Κάθε άτομο δεν

συμπεριφέρεται ως απομονωμένη οντότητα στο σύστημα Αντί αυτού ακολουθεί ένα κυκλικό μοτίβο, όπου καμία ατομική συμπεριφορά δεν είναι η αιτία ή το αποτέλεσμα κάποιων γεγονότων (Blake B & Pope T, 2008).

3.3 Συμπεριφορική Θεραπεία

Στη συγκεκριμένη συμβουλευτική γίνονται προσπάθειες για την αλλαγή τόσο των επιφανειακών γνώσεων όσο και των πιο θεμελιακών σχημάτων μέσω της λογικής τους αμφισβήτησης: οι θετοί γονείς πρέπει να αμφισβητήσουν τη λογική των φόβων τους. Οι Beidel και Turner αμφισβήτησαν αυτή την υπόθεση και παρείχαν ενδείξεις για τη συντελεστική εξαρτημένη μάθηση τουλάχιστον της λεκτικής αναφοράς των γνώσεων και άλλων «εσωτερικών εμπειριών» (Colin MacLeod et al, 1986). Υποστήριξαν ότι αν οι γνώσεις μπορούν να τροποποιηθούν μέσω περιβαλλοντικών παραγόντων, τότε δεν υπάρχει λόγος να χρησιμοποιούνται γνωσιακές μέθοδοι για την αλλαγή τους.

Η γνωσιακή συμβουλευτική ακολουθεί τεχνικές όπως η εκπαίδευση στην αυτό-καθοδήγηση (διακοπή των σκέψεων που προκαλούν άγχος ή αρνητικά συναισθήματα και αντικατάστασή τους με εκ των προτέρων προετοιμασμένες ρεαλιστικές σκέψεις ή σκέψεις αντιμετώπισης), η γνωσιακή αμφισβήτηση ή πρόκληση (αναγνώριση και αμφισβήτηση της αλήθειας των αρνητικών υποθέσεων που κάνει το άτομο), η σωκρατική ή μαιευτική μέθοδος ή καθοδηγούμενη ανακάλυψη (αναγνώριση των δυσλειτουργικών τρόπων σκέψης που συμβάλλουν στα προβλήματα).

Στη συμβουλευτική διαδικασία που χρησιμοποιεί τη γνωστική-συμπεριφορική εκπαίδευση, στόχος είναι να μεταβληθούν οι πεποιθήσεις που έχει και τον καθιστούν δυσλειτουργικό και οι οποίες έχουν προκύψει από τις γνώσεις και τις σκέψεις που ήδη έχει και ονομάζονται γνωσίες. Οι γνωσίες αυτές οδηγούν τον πελάτη να αντιμετωπίζει αρνητικά τη ζωή του λόγω του τρόπου με τον οποίο ερμηνεύει αυτά που του συμβαίνουν. Οι αρνητικές ερμηνείες που δημιουργούν και αρνητικά συναισθήματα, προκύπτουν από τον αυτόματο τρόπο σκέψης του ανθρώπου βάσει των γνωσιών που έχει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να σκέφτεται αρνητικά και να αισθάνεται αντίστοιχα επηρεάζοντας τη συμπεριφορά του και οδηγώντας σε δυσλειτουργίες που οδηγούν στην αρνητική αντιμετώπιση εκ μέρους του πελάτη του εαυτού του αλλά και των άλλων ανθρώπων και των γεγονότων της

ζωής του. Ο άνθρωπος δηλαδή αντιδρά αρνητικά σε ένα ερέθισμα του περιβάλλοντος του διότι έτσι λειτουργεί αυτόματα και διότι στο παρελθόν η αντίδραση του αυτή κρίθηκε ως θετική και γι' αυτό την επαναλαμβάνει αυτόματα (Lavender JM et al, 2015).

Κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής διαδικασίας, ο σύμβουλος προσπαθεί να μεταβάλλει μαζί με τον πελάτη του τις αρνητικές σκέψεις και πεποιθήσεις που έχει δημιουργώντας νέες. Για να συμβεί αυτό, ο πελάτης πρέπει να βιώσει εκ νέου το ερέθισμα που του δημιούργησε την αρνητική αντίδραση προκειμένου να το ξεπεράσει. Αυτό επιτελείται σε συνεργασία με το σύμβουλο του που πρέπει να τον επιφέρει σε μία κατάσταση αρκετά χαλαρή ώστε να οδηγηθεί σε αυτό το αποτέλεσμα (Σίμος Γ, 2010).

Σύμφωνα με την προσέγγιση που διατύπωσε ο Έλλις για να μπορέσει ο άνθρωπος να απαλλαγεί από τις διαταραχές πρέπει να αλλάξει τους κανόνες που θεωρεί ότι πρέπει να ακολουθεί και δεν είναι λογικοί. Αυτοί έχουν δημιουργηθεί από κάποιο ερέθισμα που έχει δημιουργήσει συγκεκριμένες πεποιθήσεις στον άνθρωπο και συμπεριφέρεται με συγκεκριμένο τρόπο διαμορφώνοντας κανόνες που τους ακολουθεί στη συνέχεια

3.4 Γνωστικό-Συμπεριφορική Θεραπεία

Η γνωστική συμβουλή υποθέτει ότι οι γνωσιακές αντιδράσεις των ανθρώπων σε γεγονότα - και όχι τα ίδια τα γεγονότα - καθορίζουν τα συναισθήματά τους. Σήμερα, οι συμπεριφορικές και γνωστικές τεχνικές χρησιμοποιούνται συχνά μαζί, κάτω από το κεφάλι της γνωστικής ή γνωστικής συμπεριφοράς συμβουλευτικής. Ο σκοπός της συμβουλευτικής γνωστικής συμπεριφοράς είναι κυρίως γνωστική αλλαγή, αν και για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται τόσο οι συμπεριφορικές όσο και οι γνωστικές τεχνικές (Westmoreland P et al, 2016).

3.5 Ομαδική Ψυχοθεραπεία

Η ομαδική Συμβουλευτική διακρίνεται στη:

- Συνάντηση Σταδιοδρομίας και στην
- Ομαδική Συμβουλευτική Συνάντηση.

Οι στόχοι της Συνάντησης Σταδιοδρομίας που εντάσσεται στο ωρολόγιο πρόγραμμα (1) ώρα την εβδομάδα είναι η γνωριμία των εκπαιδευόμενων με της

υπεύθυνους του θεσμού και η κατανόηση εκ μέρους των εκπαιδευόμενων τόσο του σκοπού όσο και των στόχων της συμβουλευτικής διεργασίας. Της ιδιαίτερη σημασία έχει η επαγγελματική πληροφόρηση, η επικοινωνία και η αυτοέκφραση των εκπαιδευόμενων (Eddy KT et al, 2017).

Οι θεματικές ενότητες της συνάντησης της συνήθως έχουν σχέση με της δυνατότητες επιλογών των εκπαιδευόμενων για παραπέρα σπουδές και εκπαίδευση και με της υπό διαμόρφωση επαγγελματικές δυνατότητες της στην τοπική αγορά εργασίας. Η ομαδική αυτοβοήθεια και ενθάρρυνση των εκπαιδευόμενων διευκολύνεται μέσα από διαδικασίες αλληλοϋποστήριξης και ανταλλαγής πληροφοριών – εμπειριών.

Στο πλαίσιο των Ομαδικών Συναντήσεων υλοποιούνται δραστηριότητες που συνάδουν με τα αιτήματα, τα ενδιαφέροντα και της ανάγκες των εκπαιδευόμενων.

3.6 Φαρμακοθεραπεία

Αν και διάφορες κατηγορίες φαρμάκων έχουν δοκιμαστεί ως θεραπεία για ανορεξία, μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί ότι καμία φαρμακευτική αγωγή, μόνη ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες, είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της πρωτοπαθούς διαταραχής. Επιπλέον, ο υποτύπος, δεν φαίνεται να έχει αντίκτυπο στην ανταπόκριση στη φαρμακοθεραπεία (Eddy KT et al, 2017).

Αν και τα αντικαταθλιπτικά δεν έχουν αποδειχθεί χρήσιμα για την προώθηση της αύξησης του σωματικού βάρους, μπορούν να διαδραματίσουν ρόλο στη θεραπεία κλινικά σημαντικών συννοσηρών καταστάσεων, όπως η μείζων κατάθλιψη, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ή άλλες αγχώδεις διαταραχές. Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις που υποδηλώνουν ότι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης μπορεί να βοηθήσουν στην πρόληψη υποτροπής σε τουλάχιστον μερικούς ασθενείς με ανορεξία όταν έχει επιτευχθεί αποκατάσταση βάρους.

Πρόσφατες αναφορές ότι τα άτυπα αντιψυχωσικά, όπως η ολανζαπίνη, διευκολύνουν την αποκατάσταση του βάρους και μειώνουν την ανησυχία και την εμμονή που επικεντρώνεται στο φαγητό και στο επίκεντρο του σωματικού βάρους, πρέπει να επιβεβαιωθούν με τυχαίοποιημένες, ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο, μελέτες. Επομένως, οι ατυπικοί αντιψυχωσικοί παράγοντες δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως θεραπεία πρώτης γραμμής αλλά θα μπορούσαν να

δοκιμαστούν σε ασθενείς των οποίων η κατάσταση είναι ανθεκτική στη θεραπεία ή σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Αξίζει να σημειωθούν οι δυσκολίες που συναντούν οι κλινικοί γιατροί όταν προσπαθούν να πείσουν τους ασθενείς με ανορεξία, με τον έντονο φόβο τους για απώλεια ελέγχου της αύξησης του σωματικού βάρους, να δεχτούν θεραπεία με φάρμακα που είναι γνωστό ότι προκαλούν απευθείας αύξηση βάρους (Eddy KT et al, 2017).

3.7 Εντερική σίτιση

Λόγω των αναγνωρισμένων δυσκολιών στη διεξαγωγή τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών σε ασθενείς με ΝΑ, ιδιαίτερα αν βρίσκονται σε απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, δεν υπάρχουν κατευθυντήριες γραμμές για εντερική ή παρεντερική διατροφή βάσει στοιχείων.

Η αργή έναρξη της θερμιδικής πρόσληψης απαιτεί καθημερινή αντιμετώπιση για την πρόληψη επιπλοκών επανεμφάνισης όπως η υπογλυκαιμία και η υποφωσφοαιμία κατά τη διάρκεια της μετατροπής του σώματος από καταβολική σε αναβολική κατάσταση, γαστροπάρεση και επιβραδυνόμενη παθήσεις του παχέος εντέρου, χαρακτηριστικά των ασθενών με ανορεξία, δεν αποτελούν αντένδειξη για χρήση εντερικής τροφής, χρησιμοποιούνται πρωτόκολλα.

Η διατροφική αποκατάσταση ασθενών με σοβαρή ανορεξία είναι ένα εξαιρετικά σημαντικό συστατικό της φροντίδας του ασθενούς, αλλά αντιπροσωπεύει ένα πολύ περίπλοκο καθήκον, διότι η ταχεία επανεισαγωγή μπορεί να οδηγήσει σε μια σοβαρή ακολουθία συμβάντων, όπως αποδείχθηκε σε μια γαλλική πολυκεντρική μελέτη σχετικά με ασθενείς με ΝΑ που έλαβαν θεραπεία σε εντατική που ανέφεραν ακατέργαστη θνησιμότητα 10%, και ένα πολύ υψηλό ποσοστό μεταβολικών, ηπατικών και καρδιοαναπνευστικών επιπλοκών (McKnight RF & Park R.J., 2010).

Τα ευρήματά μας δείχνουν ότι, ακόμη και σε περιπτώσεις ακραίου υποσιτισμού, η εντερική σίτιση μπορεί να θεωρηθεί μια καλά ανεκτή θεραπεία της τεχνητής διατροφής. Επιπλέον, υποστηρίζουμε ότι η προφυλακτική συμπλήρωση του φωσφόρου και του καλίου κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων επαναχρησιμοποίησης είναι αποτελεσματική στην πρόληψη της υποφωσφαταιμίας και άλλων διαταραχών ηλεκτρολυτών ενώ άλλοι συνέστησαν στενή παρακολούθηση και συμπλήρωση όταν υποδείχθηκε, αλλά παρουσίασαν υψηλότερη

παρουσία υποφωσφοαιμίας που αναγνωρίζεται συχνά ως χαρακτηριστικό γνώρισμα του συνδρόμου επαναπρόσληψης.

Η αποκατάσταση του βάρους των ασθενών με ανορεξία αποτελεί ουσιαστικό μέρος της θεραπείας, χωρίς αυτό, οι ασθενείς με ανορεξία μπορεί να αντιμετωπίσουν σοβαρές και μοιραίες ιατρικές επιπλοκές. Τα γνωστικά ελλείμματα που προκαλούνται από υποσυνείδητα μπορεί να παρεμβαίνουν στην ψυχολογική παρέμβαση. Παρόλο που η διατροφική διαχείριση είναι θεμελιώδης συνιστώσα της θεραπείας, η τρέχουσα πρακτική βασίζεται περισσότερο στην εμπειρία και τη συναίνεση απ' ό, τι στις δημοσιευμένες αποδείξεις, ιδιαίτερα όσον αφορά πραγματικά άρρωστους ασθενείς με ανορεξία, όπου η πρόληψη και η έγκαιρη ανίχνευση του συνδρόμου επανατροφοδότησης είναι βασικό σημείο. εξίσου υποχρεωτική (McKnight RF & Park RJ., 2010).

Κεφάλαιο 4^ο

Νοσηλευτική προσέγγιση

4.1 Ενδονοσοκομειακή παρέμβαση

Οι παρεμβάσεις για τους φροντιστές νοσοκομειακής περίθαλψης σε νοσοκομεία πρέπει να λαμβάνουν υπόψη το στάδιο της ασθένειας και εάν υπάρχουν διαπροσωπικές συμπεριφορές διατήρησης όπως στέγαση, εκφρασμένη συγκίνηση ή οικογενειακή διαίρεση. Μια ποικιλία παρεμβάσεων ψυχοεκπαίδευσης μπορεί να βελτιώσει την αντιμετώπιση των φροντιστών. Οι νέες παρεμβάσεις που απευθύνονται ειδικά στα νοσοκομεία έχουν παραχθεί και μπορεί να είναι χρήσιμες. Οι ψυχοκοινωνικές και διαπροσωπικές πτυχές των διατροφικών διαταραχών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείρισή τους (McKnight RF & Park RJ., 2010).

4.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Σε οποιαδήποτε μορφή εκδηλώνεται διαταραχή διατροφής, η ανάκαμψη είναι εξαιρετικά πολύπλοκη και εκείνοι που επηρεάζονται δεν μπορούν να την επιτύχουν άμεσα. Για να επιτευχθεί επιτυχής και μακροχρόνια ανάκαμψη, πρέπει να ληφθεί υπόψη η σωματική, συναισθηματική και κοινωνική ευημερία του ασθενούς. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην ανάκαμψη διατροφικής διαταραχής μέσω της παροχής προσωπικής φροντίδας και της παροχής μιας υποστηρικτικής θεραπευτικής σχέσης (Eddy KT et al, 2017).

Οι νοσηλευτές είναι συχνά το αρχικό σημείο εισόδου για τη φροντίδα των ατόμων με διατροφικές διαταραχές και, ως εκ τούτου, μπορούν να είναι σημαντικά για την ίδρυση τα θεμέλια για την ανάρρωση, ειδικά με εκείνους τους ασθενείς που μπορεί να μην συνειδητοποιήσουν ότι έχουν κάποιο πρόβλημα (McKnight RF & Park RJ., 2010).

Η κατοχή των δεξιοτήτων για τον εντοπισμό πιθανών ασθενών είναι ζωτικής σημασίας. Απαιτεί τη διάσπαση των μύθων που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές. Για παράδειγμα, δεν θα παρουσιαστούν όλοι με διατροφική διαταραχή όπως εξάντληση. Ακόμα και τα άτομα με ανορεξία ξεκινούν από μια συνεχή ασθένεια και μπορούν να αναγνωριστούν πριν φθάσουν σε ένα πολύ χαμηλό σωματικό βάρος. Μερικές φορές, τα άτομα με διατροφικές διαταραχές δεν είναι

πεπεισμένα ότι έχουν μια κατάσταση που χρειάζεται θεραπεία ή ντρέπονται να προσφέρουν προσωπικές πληροφορίες σε έναν επαγγελματία υγείας. Οι νοσηλευτές που έχουν εξοικείωση με τα κλινικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών μπορούν να βοηθήσουν καλύτερα τους γιατρούς κατά τη διάρκεια των αξιολογήσεων σωματικής και ψυχικής υγείας. Η κατανόηση της καθοδήγησης για τη θεραπεία της διαταραχής της διατροφής θα βοηθήσει επίσης τους νοσηλευτές να αποφασίσουν εάν θα ήταν ενδεδειγμένο να συστήσει μια παρέμβαση (Lock J & Le Grange D, 2015).

Ειδικό μέρος

Εισαγωγή

Ως ψυχογενής ανορεξία ονομάζεται η πλήρης έλλειψη όρεξης. Οι αιτίες της ψυχογενούς ανορεξίας μπορεί να είναι διαφορετικές. Παλαιότερα θεωρούνταν ως κύριες αιτίες της, η οργανική εγκεφαλική βλάβη, συμπεριλαμβανομένου του κέντρου όρεξης που βρίσκεται στον υποθάλαμο. Σήμερα, η ανορεξία είναι πιο πιθανό να αναπτυχθεί στο πλαίσιο παραβιάσεων της ψυχής. Για αυτό το λόγο ονομάζεται ψυχογενής ανορεξία (Choi, 2018).

Η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της ψυχογενούς ανορεξίας συνδέεται με την αυξημένη κοινωνική δραστηριότητα των γυναικών, ξεκινώντας από τη δεκαετία του 60. Την περίοδο εκείνη σημειώνεται ένα αρκετά υψηλό επίπεδο ασθενών με αυτή την ασθένεια σε συνδυασμό με κάποιον τύπο προσωπικότητας (τάση για ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή) (Yusiana MA & Minarso S, 2018).

Το πιο σύνηθες σύμπτωμα της ψυχογενούς ανορεξίας που εμφανίζεται στην εφηβεία είναι η αμηνόρροια. Κατά μέσο όρο, η ασθένεια ξεκινάει στην ηλικία των 17 ετών. Ξεκινά αργά, υπό την επιρροή της μόδας και της άποψης των συνομηλίκων, η κοπέλα έχει την ιδέα ότι το βάρος της είναι υπερβολικό και θέλει να απαλλαγεί από αυτό (Jayasinghe Y et al, 2008).

Σταδιακά, η ιδέα υπόκειται στη συμπεριφορά όλων των κοριτσιών που περιορίζουν τον εαυτό τους στο φαγητό, βελτιώνουν την άσκησή τους, παίζουν αθλήματα και ούτω καθεξής. Σε αυτό το στάδιο, η ασθένεια εκδηλώνεται με μειωμένη όρεξη, η οποία προκαλεί μείωση του σωματικού βάρους. Επιπλέον, κάθε γεύμα συνοδεύεται από τύψεις. Δεδομένου ότι η πλήρης καταστολή της όρεξης σε αυτό το στάδιο δεν είναι εφικτή, μετά τη λήψη τροφής η κοπέλα προκαλεί έμετο (Westmoreland P et al, 2016).

Πολύ γρήγορα ο ασθενής χάνει βάρος περίπου 10-50% του αρχικού επιπέδου και η ασθένεια εισέρχεται σε μια νέα φάση - ανορεκτική όταν η όρεξη εξαφανιστεί τελείως. Ταυτόχρονα μπορεί να υπάρχουν εμμηνορρυσιακές ανωμαλίες, μέχρι την πλήρη απουσία εμμηνορρυσίας. Οι ασθενείς είναι πολύ κινητικοί, αλλά η κοινωνική δραστηριότητα συχνά μειώνεται λόγω έλλειψης της απαραίτητης ενέργειας. Το

χιούμορ κυμαίνεται συχνά από ενθουσιώδες και αισιόδοξο, με έναν υπαινιγμό υστερίας σε χαμηλή τάση κατάθλιψης και άγχους (Sollberger D, 2014).

Τέλος, με σημαντική μείωση στο σωματικό βάρος παρατηρείται καχεκτική φάση της νόσου, η ασθενής νιώθει εξάντληση και επηρεάζονται όλα τα εσωτερικά της όργανα. Η διάθεση σε αυτή την περίοδο είναι ζοφερή, καταθλιπτική, αλλά διατηρείται η αυξημένη κινητικότητα των ασθενών, η οποία συχνά φέρνει τους άλλους σε λάθος εντύπωση σε σχέση με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους. Εάν αυτήν την περίοδο δεν νοσηλευτεί η ασθενής και δεν της παρασχεθεί η κατάλληλη ιατρική περίθαλψη, θα εμφανιστούν μη αναστρέψιμες αλλαγές στο σώμα, που θα οδηγήσουν στο θάνατό της. Η ασθένεια μπορεί να διαρκέσει συνολικά αρκετά χρόνια (Sykes JA et al, 2013).

Τα βασικά συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η απώλεια βάρους τουλάχιστον 10% από το αρχικό βάρος, η απουσία εμμηνόρροιας για τουλάχιστον τρεις εμμηνορροϊκούς κύκλους, αλλά και οργανικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου. Για να γίνει διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας, πρέπει να αποκλειστούν οι ψυχικές ασθένειες, η οργανική νόσος του εγκεφάλου και οι ασθένειες των εσωτερικών οργάνων. Η διάγνωση, καθώς και η επακόλουθη θεραπεία πραγματοποιούνται στο νοσοκομείο. Για την εξάλειψη των ψυχικών ασθενειών ο ασθενής παρατηρείται προσεκτικά. Ταυτόχρονα, υπόκειται σε μελέτη με ακτίνες X στον εγκέφαλο και, εάν είναι απαραίτητο, γίνεται απεικόνιση μαγνητικού τομογράφου για να αποκλειστούν όγκοι, συνέπειες εγκεφαλικού τραύματος, νευροδιαβροχίες, αγγειακές μεταβολές στον εγκέφαλο κλπ (Gelo, 2015) (Witztum E et al, 2008).

Επίσης μερικοί άνθρωποι με ανορεξία μπορεί να έχουν ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα προσωπικότητας που καθιστούν ευκολότερο να κολλήσουν σε αυστηρές δίαιτες και να εγκαταλείψουν το φαγητό παρά το γεγονός ότι πεινούν. Μπορεί επίσης να είναι τελειομανείς, το οποίο τους αναγκάζει να πιστεύουν ότι δεν είναι ποτέ αρκετά λεπτοί. Τέλος η σύγχρονη δυτική κουλτούρα τονίζει τη λεπτότητα. Η επιτυχία και η αξία συχνά εξομοιώνονται με το να είναι κάποιος λεπτός. Η πίεση από τους συνομηλίκους μπορεί να βοηθήσει στην επιθυμία του ατόμου να είναι λεπτό, ιδιαίτερα μεταξύ των νεαρών κοριτσιών (Izydorczyk B, 2017).

Η ανορεξία είναι πιο συχνή σε κορίτσια και γυναίκες. Ωστόσο, τα αγόρια και οι άντρες έχουν αναπτύξει όλο και περισσότερο διατροφικές διαταραχές, πιθανώς σε σχέση με τις αυξανόμενες κοινωνικές πιέσεις. Η ανορεξία είναι επίσης συχνότερη στους εφήβους. Ακόμα, οι άνθρωποι οποιασδήποτε ηλικίας μπορούν να αναπτύξουν αυτή τη διατροφική διαταραχή, αν και είναι σπάνια σε άτομα άνω των 40 ετών. Οι έφηβοι μπορεί να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο λόγω όλων των αλλαγών που περνούν στο σώμα τους κατά την εφηβεία. Μπορούν επίσης να αντιμετωπίσουν αυξημένη πίεση από τους συμμαθητές τους και να είναι πιο ευαίσθητοι σε μια κριτική ή ακόμα και σε περιστασιακά σχόλια σχετικά με το βάρος ή το σχήμα του σώματός τους (Goh KHR & Lee EL, 2015).

Η εμφάνιση της νόσου σπάνια ανιχνεύεται και ο ασθενής συχνά προσελκύει την προσοχή όταν έχει ήδη φτάσει σε προχωρημένο στάδιο. Ως εκ τούτου η θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας θα πρέπει να γίνεται μόνο σε ένα νοσοκομείο με απομόνωση από την οικογένεια. Ορισμός συχνών μικρότερων γευμάτων με την εισαγωγή μικρών δόσεων ινσουλίνης. Εάν είναι απαραίτητο η σίτιση θα πρέπει να γίνεται με καθετήρα. Δεδομένου ότι η γαστρεντερική οδός δεν είναι συνηθισμένη, οι θερμίδες και ο όγκος των τροφίμων αυξάνονται σταδιακά (Balkun E et al, 2014).

Σκοπός

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν να διερευνήσει την αιτιοπαθογένεια της ψυχογενούς ανορεξίας, τον τρόπο θεραπείας της αλλά και το ρόλο του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της νόσου.

Κυρία ερευνητικά ερωτήματα

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που μελετήθηκαν ήταν:

1. Ποια είναι η αιτιοπαθογένεια της ψυχογενούς ανορεξίας;
2. Σε ποια άτομα (φύλο, ηλικία, εθνική προέλευση) είναι συχνότερη η ψυχογενής ανορεξία;
3. Ποια είναι τα συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας;
4. Ποιοι θεραπευτικοί τρόποι ενδείκνυνται στην ψυχογενή ανορεξία;
5. Ποιος ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας;

Μεθοδολογία

Είδος Μελέτης: Πραγματοποιήθηκε συστηματική επισκόπηση βιβλιογραφίας. Στόχος της ήταν να εντοπίσει, να επιλέξει και να αξιολογήσει κατάλληλες ερευνητικές μελέτες και παράλληλα να καταγράψει και να αναλύσει τα δεδομένα τους, τα οποία συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση. Η παρούσα έρευνα χρησιμοποίησε πρωτογενείς μελέτες, που έχουν διεξαχθεί από άλλους ερευνητές.

Δείγμα μελέτης: Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 30 ερευνητικά άρθρα, ελληνικά και αγγλικά που έχουν μελετήσει πρωτογενώς το φαινόμενο της ψυχογενούς ανορεξίας.

Ερευνητικό εργαλείο: Το δείγμα της μελέτης συλλέχθηκε από τις βάσεις δεδομένων Google Scholar και το Pubmed.

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση εντοπίστηκαν μελέτες και άρθρα που αφορούν τις κυριότερες εξελίξεις στην ψυχογενή ανορεξία και στην εξέλιξη υγείας (πίνακας 1). Τα άρθρα που επιλέχθηκαν είναι τα εξής:

Πίνακας 1: Εξελίξεις στην ψυχογενή ανορεξία

Συγγραφέας	Τίτλος	Πηγή
Abraham S, Llewellyn-Jones, D. (1990).	<i>Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής.</i>	<i>Αθήνα: Εκδόσεις Χατζηνικολή.</i>
Akbaraly T, Würtz P, Singh-Manoux A, Shipley MJ, Haapakoski R, Lehto, M, Hingorani A. (2018).	Association of circulating metabolites with healthy diet and risk of cardiovascular disease: analysis of two cohort studies.	<i>Scientific reports</i> , 8(1), 8620.
Beumont PJV (1995)	The clinical presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia nervosa	<i>Brownell KD, Fairburn GC (Eds) Eating Disorders and Obesity</i>
Beumont PJV, Russell DJ, Touyz SW (1993).	Treatment of anorexia nervosa	<i>Lancet</i> 341
Blake B, Pope T (2008).	Developmental psychology: Incorporating Piaget's and Vygotsky's theories in classrooms.	<i>Journal of Cross-Disciplinary Perspectives in Education</i> , 1 (1), 59-67.
Eddy KT, Tabri N, Thomas JJ, Murray H B, Keshaviah A, Hastings E, Franko DL. (2017).	Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-Up.	<i>e Journal of clinical psychiatry</i> , 78(2), 184-189.
Izydorczyk B. (2017).	Body image psychotherapy in anorexia and bulimia nervosa—an integrative approach: application of psychodynamic psychotherapy and psychodramatic techniques.	<i>Psychoterapia</i> , (1), 5-22.
Johnson C, Connors EM. (1987).	<i>The Etiology and Treatment of Bulimia Nervosa, a biopsychosocial perspective.</i>	<i>Basic Books, Inc Publishers, New York</i>

Khalsa S, Moseman S, Yeh HW, Simmons WK, Paulus M, Feinstein J. (2018).	A Clinical Trial Investigating the Safety and Tolerability of Floatation-Rest in Anorexia Nervosa.	<i>Biological Psychiatry</i> , 83(9), S372.
Lavender JM, Wonderlich SA, Engel SG, Gordon KH, Kaye WH, Mitchell JE. (2015).	Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature.	<i>Clinical psychology review</i> , 40, 111-122.
Lock J, & Le Grange D. (2015).	<i>Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach.</i>	<i>Guilford Publications.</i>
Mařatka Z. (2008).	Functional digestive disorders—pathophysiological approach. <i>Folia Gastroenterol</i>	<i>Hepato</i> , 6(3), 85-87.
McKnight RF, & Park RJ. (2010).	Atypical antipsychotics and anorexia nervosa: a review. <i>European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating</i>	<i>Disorders Association</i> , 18(1), 10-21.
Nijholt W, Jager-Wittenaar H, Visser MV, Van der Schans CP, & Hobbelen JSM. (2016).	Are a healthy diet and physical activity synergistically associated with cognitive functioning in older adults?.	<i>The journal of nutrition, health & aging</i> , 20(5), 525-532.
Russell J, Beumont PJV. (1970).	The endocrinology of anorexia nervosa. In: Beumont PJV, Burrows GD, Casper RC, eds. <i>The handbook of eating disorders, part I: anorexia and bulimia nervosa.</i>	<i>Amsterdam: Elsevier</i>
Shakersain B, Rizzuto D, Wang HX, Faxén-Irving G, Prinelli F, Fratiglioni L, Xu W. (2018).	An active lifestyle reinforces the effect of a healthy diet on cognitive function: A population-based longitudinal study.	<i>Nutrients</i> , 10(9), 1297.
Shapira NA, Goldsmith TD, McElroy SL. (2000)	Treatment of binge-eating disorder with topiramate: a clinical case series.	<i>Journal Clinical Psychiatry</i> 2000; 61
Simmonds M. (1914).	Ueber embolische prozesse in der hypophysis.	<i>Archives of Pathology and Anatomy</i> , 217
Vitousek K, Gray J. (2005)	Eating disorders, in Oxford Textbook of Psychotherapy. Edited by Gabbard GO, Beck UJS, Holmes J. Oxford, UK,	<i>Oxford University Press</i> , 2005
Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. (2016).	Medical complications of anorexia nervosa and bulimia	<i>The American journal of medicine</i> , 129(1), 30-37.
Yager J, Devlin M, Halmi K, Herzog D, Mitchell III J, Powers P, Zerve K. (2010)	<i>Practice Guideline for the Treatment of Patients with eating disorders.</i>	<i>Third Edition. American Psychiatric Association.</i>
Yusiana MA, & Minarso S. (2018).	Factors Cause Eating Difficulty to Preschool Children Aged 3-6 Years.	<i>In The 2nd Joint International Conferences (Vol. 2, No. 2, pp. 489-494).</i>
Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. (2015).	Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment.	<i>The lancet psychiatry</i> , 2(12), 1099-1111.
Γονιδάκης Φ, Χαρίλα Ν. (2011).	<i>Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική προσέγγιση.</i>	<i>Αθήνα : Πεδίο</i>
Εμμανουηλίδου Κ. (2011)	<i>Ψυχολογία της διατροφής: πώς οι διατροφικές μας συνήθειες αντανακλούν</i>	<i>εκδόσεις Μεταίχμιο</i>

	<i>τον συναισθηματικό μας κόσμο,</i>	
Εμμανουηλίδου Κ, Παργιανά Σ. (2012)	4ο Πανελλήνιο συνέδριο Εξελικτικής Ψυχολογίας, 17-20 Μαΐου 2012, Θεσσαλονίκη.	<i>Εισήγηση: Σχηματισμός της σχέσης ανάμεσα στη διατροφή και τη συναισθηματική ανάπτυξη από τη βρεφική ηλικία ως την ενήλικη ζωή: φύση και αποκλίσεις.</i>
Σίμος Γ. (2010).	<i>Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Ένας οδηγός για την κλινική πράξη.</i>	<i>Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.</i>
Φρόντ Σ. (1993).	<i>Η ερμηνεία των ονείρων.</i>	<i>Αθήνα: Εκδόσεις Επίκουρος.</i>
Χατζηγεωργίου Χ. (2004).	Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία.	<i>Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. Παιδιατρική Ενημέρωση (8). Ερευνητικό & Εκπαιδευτικό Ίδρυμα «Υγεία του Παιδιού».</i>

Κεφάλαιο 4^ο

Ανάλυση μελετών

Το κεφάλαιο αυτό αφορά τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής επισκόπησης της έρευνας. Σύμφωνα με τις έρευνες και τα άρθρα και βιβλία που μελετήθηκαν, τα αποτελέσματα που προέκυψαν έχουν ως εξής:

Εξαιτίας της φύσης των διατροφικών προβλημάτων, τα άτομα έχουν να αντιμετωπίσουν σύνθετα ψυχολογικά και σοβαρά ιατρικά προβλήματα, οπότε στις προχωρημένες καταστάσεις τα άτομα επιβάλλεται να καταφύγουν σε ενδονοσοκομειακή νοσηλεία η οποία μάλιστα πρέπει να συνδυάζεται ψυχοθεραπεία, σε ατομικό αλλά και σε οικογενειακό επίπεδο.

Μέσα από την περίοδο της υποχρεωτικής νοσηλείας το άτομο καταφέρνει να αποκτήσει σωματικό όγκο εξαιτίας της καθημερινής πρόσληψης τροφής. Η κλινική εικόνα που αφορά τον σωματότυπο του ατόμου που πάσχει από τη διαταραχή αυτή, είναι ξεκάθαρη αφού μπορεί το άτομο να είναι εμφανέστατα λιπόβαρες και μπορεί να φτάσει σε σοβαρή αποστέωση. Η πρώτη λοιπόν φροντίδα είναι η αποκατάσταση του υποσιτισμού καθώς και των πιο σοβαρών επιπλοκών που έχουν δημιουργηθεί από αυτόν, για παράδειγμα προβλήματα στο έντερο και τα νεφρά του ασθενούς. Υπάρχει περίπτωση ακόμη και για ενδοφλέβια σίτιση του ατόμου για να σωθεί άμεσα η ζωή του (Beumont, 1993).

Σύμφωνα με τον Χατζηγεωργίου, (2004), ο ψυχίατρος παίζει καθοριστικό ρόλο κατά την εξέταση της κλινικής εικόνας μιας τέτοιας περίπτωσης, αφού μέσα από τα στοιχεία τα οποία αξιολογούνται γίνεται ο διαχωρισμός εκείνων των στοιχείων που είναι σχετικά με τη σωματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής (Izydorczyk B, 2017) (Χατζηγεωργίου Χ, 2004).

Όπως υποστήριξαν οι Εμμανουηλίδου, Παργιανά, (2012) εκτός από την κλινική εικόνα που αφορά το σωματικό βάρος, ο ασθενής μπορεί επίσης να παρουσιάσει κάποιες σοβαρές ιατρικές επιπλοκές, όπως για παράδειγμα σοβαρές καρδιακές διαταραχές, διαταραχές που αφορούν τον μεταβολισμό και τους ηλεκτρολύτες, υποκαλιαιμία κ.ά. Επίσης, μετά από πολλούς και χρόνιους αυτοπροκαλούμενους εμετούς, ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει πάρα πολλά χαλασμένα δόντια. Η τριχόπτωση και τα δερματικά εξανθήματα και γενικότερα

προβλήματα είναι μερικά από τα συχνά εμφανιζόμενα κλινικά συμπτώματα που παραπέμπουν στην νόσο αυτή. Το άτομο, μπορεί επίσης να παρουσιάσει σοβαρές τάσεις για αυτοκτονία, μπορεί να είναι αποπροσανατολισμένο και μπορεί να μην μπορεί καν να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του. Είναι δυνατό να διαπιστωθεί συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές. Γενικότερα σε αυτές τις περιπτώσεις το άτομο μοιάζει ανήμπορο και δεν μπορεί να φροντίσει τον ίδιο του τον εαυτό (Beumont PJV, 1995).

Στην ψυχοδυναμική προσέγγιση απαιτείται ο σύμβουλος κατά τη διάρκεια της μεταβίβασης των προβολών του πελάτη του σε αυτόν, να διατηρεί την ουδετερότητα του (Γονιδάκης Φ & Χαρίλα Ν, 2011).

Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής διαδικασίας σημαντικό εργαλείο αποτελούν και τα όνειρα του πελάτη αφού μέσω αυτών μπορούν να κατανοηθεί ότι υπάρχει στο ασυνείδητο και να οδηγηθεί σταδιακά στην επεξεργασία των φόβων και των επιθυμιών που έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη αμυντικών μηχανισμών (Φρόντ Σ, 1993).

Παρά την ουδετερότητα του συμβούλου που πρέσβευε ο Φρόντ, η εξέλιξη της ψυχοδυναμικής θεωρίας απέδωσε ιδιαίτερα σημασία και στον τρόπο που ο σύμβουλος αντιδρά συναισθηματικά, δηλαδή στην αντιμεταβίβαση που επιτελείται στην μεταβίβαση που ο πελάτης κάνει. Στην εξέλιξη της επίσης επεκτάθηκε και το ερευνητικό της πεδίο αφού εκτός από τους ενήλικες συμπεριέλαβε και τα παιδιά. Στην μελέτη των παιδιών, επίκεντρο της διαδικασίας ήταν το παιχνίδι (Khalsa S et al, 2018).

Η οικογενειακή συμβουλευτική βασίζεται στη θεωρία του συστήματος. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, οι οικογένειες ή άλλες κοινωνικές ομάδες νοούνται ως μια ομάδα ατόμων που αλληλεπιδρούν μέσα σε ένα σύστημα. Κάθε άτομο δεν συμπεριφέρεται ως απομονωμένη οντότητα στο σύστημα Αντί αυτού ακολουθεί ένα κυκλικό μοτίβο, όπου καμία ατομική συμπεριφορά δεν είναι η αιτία ή το αποτέλεσμα κάποιων γεγονότων (Blake B & Pope T, 2008).

Οι Beidel και Turner αμφισβήτησαν αυτή την υπόθεση και παρείχαν ενδείξεις για τη συντελεστική εξαρτημένη μάθηση τουλάχιστον της λεκτικής αναφοράς των γνωσιών και άλλων «εσωτερικών εμπειριών». Υποστήριζαν ότι αν οι γνωσίες μπορούν να τροποποιηθούν μέσω περιβαλλοντικών παραγόντων, τότε δεν

υπάρχει λόγος να χρησιμοποιούνται γνωσιακές μέθοδοι για την αλλαγή τους (Colin MacLeod et al, Attentional Bias in Emotional Disorders, 1986).

Η γνωσιακή συμβουλευτική ακολουθεί τεχνικές όπως η εκπαίδευση στην αυτό-καθοδήγηση (διακοπή των σκέψεων που προκαλούν άγχος ή αρνητικά συναισθήματα και αντικατάστασή τους με εκ των προτέρων προετοιμασμένες ρεαλιστικές σκέψεις ή σκέψεις αντιμετώπισης), η γνωσιακή αμφισβήτηση ή πρόκληση (αναγνώριση και αμφισβήτηση της αλήθειας των αρνητικών υποθέσεων που κάνει το άτομο), η σωκρατική ή μαιευτική μέθοδος ή καθοδηγούμενη ανακάλυψη (αναγνώριση των δυσλειτουργικών τρόπων σκέψης που συμβάλλουν στα προβλήματα) (Yusiana MA & Minarso S, 2018).

Σύμφωνα με τους Yager et al., (2010) στη συμβουλευτική διαδικασία που χρησιμοποιεί τη γνωστική-συμπεριφορική εκπαίδευση, στόχος είναι να μεταβληθούν οι πεποιθήσεις που έχει και τον καθιστούν δυσλειτουργικό και οι οποίες έχουν προκύψει από τις γνώσεις και τις σκέψεις που ήδη έχει και ονομάζονται γνωσίες. Οι γνωσίες αυτές οδηγούν τον πελάτη να αντιμετωπίζει αρνητικά τη ζωή του λόγω του τρόπου με τον οποίο ερμηνεύει αυτά που του συμβαίνουν (Yager J et al, 2010) (Khalsa S et al, 2018).

Οι αρνητικές ερμηνείες που δημιουργούν και αρνητικά συναισθήματα, προκύπτουν από τον αυτόματο τρόπο σκέψης του ανθρώπου βάσει των γνωσιών που έχει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να σκέφτεται αρνητικά και να αισθάνεται αντίστοιχα επηρεάζοντας τη συμπεριφορά του και οδηγώντας σε δυσλειτουργίες που οδηγούν στην αρνητική αντιμετώπιση εκ μέρους του πελάτη του εαυτού του αλλά και των άλλων ανθρώπων και των γεγονότων της ζωής του. Ο άνθρωπος δηλαδή αντιδρά αρνητικά σε ένα ερέθισμα του περιβάλλοντος του διότι έτσι λειτουργεί αυτόματα και διότι στο παρελθόν η αντίδραση του αυτή κρίθηκε ως θετική και γι' αυτό την επαναλαμβάνει αυτόματα (Lavender JM et al, 2015).

Κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής διαδικασίας, ο σύμβουλος προσπαθεί να μεταβάλλει μαζί με τον πελάτη του τις αρνητικές σκέψεις και πεποιθήσεις που έχει δημιουργώντας νέες. Για να συμβεί αυτό, ο πελάτης πρέπει να βιώσει εκ νέου το ερέθισμα που του δημιούργησε την αρνητική αντίδραση προκειμένου να το ξεπεράσει. Αυτό επιτελείται σε συνεργασία με το σύμβουλο του που πρέπει να τον

επιφέρει σε μία κατάσταση αρκετά χαλαρή ώστε να οδηγηθεί σε αυτό το αποτέλεσμα (Σίμος Γ, 2010).

Σύμφωνα με την προσέγγιση που διατύπωσε ο Έλλις για να μπορέσει ο άνθρωπος να απαλλαγεί από τις διαταραχές πρέπει να αλλάξει τους κανόνες που θεωρεί ότι πρέπει να ακολουθεί και δεν είναι λογικοί. Αυτοί έχουν δημιουργηθεί από κάποιο ερέθισμα που έχει δημιουργήσει συγκεκριμένες πεποιθήσεις στον άνθρωπο και συμπεριφέρεται με συγκεκριμένο τρόπο διαμορφώνοντας κανόνες που τους ακολουθεί στη συνέχεια (Westmoreland P et al, 2016).

Η γνωστική συμβουλή υποθέτει ότι οι γνωσιακές αντιδράσεις των ανθρώπων σε γεγονότα - και όχι τα ίδια τα γεγονότα - καθορίζουν τα συναισθήματά τους (Mařatka, 2008).

Σήμερα, οι συμπεριφορικές και γνωστικές τεχνικές χρησιμοποιούνται συχνά μαζί, κάτω από το κεφάλι της γνωστικής ή γνωστικής συμπεριφοράς συμβουλευτικής. Ο σκοπός της συμβουλευτικής γνωστικής συμπεριφοράς είναι κυρίως γνωστική αλλαγή, αν και για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται τόσο οι συμπεριφορικές όσο και οι γνωστικές τεχνικές (Westmoreland P et al, 2016).

Η ομαδική Συμβουλευτική διακρίνεται στη:

- Συνάντηση Σταδιοδρομίας και στην
- Ομαδική Συμβουλευτική Συνάντηση.

Οι στόχοι της Συνάντησης Σταδιοδρομίας που εντάσσεται στο ωρολόγιο πρόγραμμα (1) ώρα την εβδομάδα είναι η γνωριμία των εκπαιδευόμενων με της υπεύθυνους του θεσμού και η κατανόηση εκ μέρους των εκπαιδευόμενων τόσο του σκοπού όσο και των στόχων της συμβουλευτικής διεργασίας. Της ιδιαίτερη σημασία έχει η επαγγελματική πληροφόρηση, η επικοινωνία και η αυτοέκφραση των εκπαιδευόμενων (Eddy KT et al, 2017).

Οι θεματικές ενότητες της συνάντησης της συνήθως έχουν σχέση με της δυνατότητες επιλογών των εκπαιδευόμενων για παραπέρα σπουδές και εκπαίδευση και με της υπό διαμόρφωση επαγγελματικές δυνατότητες της στην τοπική αγορά εργασίας. Η ομαδική αυτοβοήθεια και ενθάρρυνση των εκπαιδευόμενων διευκολύνεται μέσα από διαδικασίες αλληλοϋποστήριξης και ανταλλαγής πληροφοριών - εμπειριών (Mehler PS & Brown C, 2015).

Στο πλαίσιο των Ομαδικών Συναντήσεων υλοποιούνται δραστηριότητες που συνάδουν με τα αιτήματα, τα ενδιαφέροντα και της ανάγκες των εκπαιδευόμενων (Nijholt W et al, 2016).

Αν και διάφορες κατηγορίες φαρμάκων έχουν δοκιμαστεί ως θεραπεία για ανορεξία, μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί ότι καμία φαρμακευτική αγωγή, μόνη ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες, είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της πρωτοταγούς διαταραχής. Επιπλέον, ο υποτύπος, δεν φαίνεται να έχει αντίκτυπο στην ανταπόκριση στη φαρμακοθεραπεία (Eddy KT et al, 2017).

Αν και τα αντικαταθλιπτικά δεν έχουν αποδειχθεί χρήσιμα για την προώθηση της αύξησης του σωματικού βάρους, μπορούν να διαδραματίσουν ρόλο στη θεραπεία κλινικά σημαντικών συννοσηρών καταστάσεων, όπως η μείζων κατάθλιψη, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ή άλλες αγχώδεις διαταραχές. Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις που υποδηλώνουν ότι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης μπορεί να βοηθήσουν στην πρόληψη υποτροπής σε τουλάχιστον μερικούς ασθενείς με ανορεξία όταν έχει επιτευχθεί αποκατάσταση βάρους (Zipfel S et al, 2015).

Πρόσφατες αναφορές ότι τα άτυπα αντιψυχωσικά, όπως η ολανζαπίνη, διευκολύνουν την αποκατάσταση του βάρους και μειώνουν την ανησυχία και την εμμονή που επικεντρώνεται στο φαγητό και στο επίκεντρο του σωματικού βάρους, πρέπει να επιβεβαιωθούν με τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο, μελέτες. Επομένως, οι ατυπικοί αντιψυχωσικοί παράγοντες δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως θεραπεία πρώτης γραμμής αλλά θα μπορούσαν να δοκιμαστούν σε ασθενείς των οποίων η κατάσταση είναι ανθεκτική στη θεραπεία ή σε ασθενείς υψηλού κινδύνου (Shakersain B et al, 2018). Αξίζει να σημειωθούν οι δυσκολίες που συναντούν οι κλινικοί γιατροί όταν προσπαθούν να πείσουν τους ασθενείς με ανορεξία, με τον έντονο φόβο τους για απώλεια ελέγχου της αύξησης του σωματικού βάρους, να δεχτούν θεραπεία με φάρμακα που είναι γνωστό ότι προκαλούν απευθείας αύξηση βάρους (Eddy KT et al, 2017).

Λόγω των αναγνωρισμένων δυσκολιών στη διεξαγωγή τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών σε ασθενείς με ΝΑ, ιδιαίτερα αν βρίσκονται σε απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, δεν υπάρχουν κατευθυντήριες γραμμές για εντερική ή παρεντερική διατροφή βάσει στοιχείων (Vitousek K & Gray J, 2005).

Η αργή έναρξη της θερμιδικής πρόσληψης απαιτεί καθημερινή αντιμετώπιση για την πρόληψη επιπλοκών επανεμφάνισης όπως η υπογλυκαιμία και η υποφωσφοαιμία κατά τη διάρκεια της μετατροπής του σώματος από καταβολική σε αναβολική κατάσταση, γαστροπάρεση και επιβραδυνόμενη παθήσεις του παχέος εντέρου, χαρακτηριστικά των ασθενών με ανορεξία, δεν αποτελούν αντένδειξη για χρήση εντερικής τροφής, χρησιμοποιούνται πρωτόκολλα (Beumont, 1993).

Η διατροφική αποκατάσταση ασθενών με σοβαρή ανορεξία είναι ένα εξαιρετικά σημαντικό συστατικό της φροντίδας του ασθενούς, αλλά αντιπροσωπεύει ένα πολύ περίπλοκο καθήκον, διότι η ταχεία επανεισαγωγή μπορεί να οδηγήσει σε μια σοβαρή ακολουθία συμβάντων, όπως αποδείχθηκε σε μια γαλλική πολυκεντρική μελέτη σχετικά με ασθενείς με ΝΑ που έλαβαν θεραπεία σε εντατική που ανέφεραν ακατέργαστη θνησιμότητα 10 τοις εκατό, και ένα πολύ υψηλό ποσοστό μεταβολικών, ηπατικών και καρδιοαναπνευστικών επιπλοκών (McKnight RF & Park RJ., 2010).

Τα ευρήματά μας δείχνουν ότι, ακόμη και σε περιπτώσεις ακραίας υποσιτισμού, η εντερική σίτιση μπορεί να θεωρηθεί μια καλά ανεκτή θεραπεία της τεχνητής διατροφής. Επιπλέον, υποστηρίζουμε ότι η προφυλακτική συμπλήρωση του φωσφόρου και του καλίου κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων επαναχρησιμοποίησης είναι αποτελεσματική στην πρόληψη της υποφωσφαταιμίας και άλλων διαταραχών ηλεκτρολυτών ενώ άλλοι συνέστησαν στενή παρακολούθηση και συμπλήρωση όταν υποδείχθηκε, αλλά παρουσίασαν υψηλότερη παρουσία υποφωσφοαιμίας που αναγνωρίζεται συχνά ως χαρακτηριστικό γνώρισμα του συνδρόμου επαναπρόσληψης.

Η αποκατάσταση του βάρους των ασθενών με ανορεξία αποτελεί ουσιαστικό μέρος της θεραπείας, χωρίς αυτό, οι ασθενείς με ανορεξία μπορεί να αντιμετωπίσουν σοβαρές και μοιραίες ιατρικές επιπλοκές. Τα γνωστικά ελλείμματα που προκαλούνται από υποσυνείδητα μπορεί να παρεμβαίνουν στην ψυχολογική παρέμβαση. Παρόλο που η διατροφική διαχείριση είναι θεμελιώδης συνιστώσα της θεραπείας, η τρέχουσα πρακτική βασίζεται περισσότερο στην εμπειρία και τη συναίνεση από λoτι στις δημοσιευμένες αποδείξεις, ιδιαίτερα όσον αφορά πραγματικά άρρωστους ασθενείς με ανορεξία, όπου η πρόληψη και η έγκαιρη ανίχνευση του συνδρόμου επανατροφοδότησης είναι βασικό σημείο. εξίσου υποχρεωτική (McKnight RF & Park RJ., 2010).

Οι παρεμβάσεις για τους φροντιστές νοσοκομειακής περίθαλψης σε νοσοκομεία πρέπει να λαμβάνουν υπόψη το στάδιο της ασθένειας και εάν υπάρχουν διαπροσωπικές συμπεριφορές διατήρησης όπως στέγαση, εκφρασμένη συγκίνηση ή οικογενειακή διαίρεση. Μια ποικιλία παρεμβάσεων ψυχοεκπαίδευσης μπορεί να βελτιώσει την αντιμετώπιση των φροντιστών (Akbaraly T et al, 2018). Οι νέες παρεμβάσεις που απευθύνονται ειδικά στα νοσοκομεία έχουν παραχθεί και μπορεί να είναι χρήσιμες. Οι ψυχοκοινωνικές και διαπροσωπικές πτυχές των διατροφικών διαταραχών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείρισή τους (McKnight RF & Park RJ., 2010).

Σε οποιαδήποτε μορφή εκδηλώνεται διαταραχή διατροφής, η ανάκαμψη είναι εξαιρετικά πολύπλοκη και εκείνοι που επηρεάζονται δεν μπορούν να την επιτύχουν άμεσα. Για να επιτευχθεί επιτυχής και μακροχρόνια ανάκαμψη, πρέπει να ληφθεί υπόψη η σωματική, συναισθηματική και κοινωνική ευημερία του ασθενούς (Simmonds M, 1914). Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην ανάκαμψη διατροφικής διαταραχής μέσω της παροχής προσωπικής φροντίδας και της παροχής μιας υποστηρικτικής θεραπευτικής σχέσης (Eddy KT et al, 2017).

Οι νοσηλευτές είναι συχνά το αρχικό σημείο εισόδου για τη φροντίδα των ατόμων με διατροφικές διαταραχές και, ως εκ τούτου, μπορούν να είναι σημαντικά για την ίδρυση τα θεμέλια για την ανάρρωση, ειδικά με εκείνους τους ασθενείς που μπορεί να μην συνειδητοποιήσουν ότι έχουν κάποιο πρόβλημα (McKnight RF & Park RJ., 2010).

Η κατοχή των δεξιοτήτων για τον εντοπισμό πιθανών ασθενών είναι ζωτικής σημασίας. Απαιτεί τη διάσπαση των μύθων που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές. Για παράδειγμα, δεν θα παρουσιαστούν όλοι με διατροφική διαταραχή όπως εξάντληση. Ακόμα και τα άτομα με ανορεξία ξεκινούν από μια συνεχή ασθένεια και μπορούν να αναγνωριστούν πριν φθάσουν σε ένα πολύ χαμηλό σωματικό βάρος (Shapira NA et al, 2000).

Μερικές φορές, τα άτομα με διατροφικές διαταραχές δεν είναι πεπεισμένα ότι έχουν μια κατάσταση που χρειάζεται θεραπεία ή ντρέπονται να προσφέρουν προσωπικές πληροφορίες σε έναν επαγγελματία υγείας (Abraham S & Llewellyn-Jones D, 1990). Οι νοσηλευτές που έχουν εξοικείωση με τα κλινικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών μπορούν να βοηθήσουν καλύτερα τους

γιατρούς κατά τη διάρκεια των αξιολογήσεων σωματικής και ψυχικής υγείας. Η κατανόηση της καθοδήγησης για τη θεραπεία της διαταραχής της διατροφής θα βοηθήσει επίσης τους νοσηλευτές να αποφασίσουν εάν θα ήταν ενδεδειγμένο να συστήσει μια παρέμβαση (Lock J & Le Grange D, 2015).

Συμπεράσματα

Το επίπεδο κινδύνου για συμμετοχή σε συμπεριφορές διαταραχής της διατροφής μπορεί να αυξηθεί όταν ένας ασθενής αρχίζει να αντιμετωπίζει τους βαθιούς συναισθηματικούς λόγους της κατάστασής του και όταν κερδίζει βάρος μετά από σημαντική απώλεια βάρους. Παρόλο που οι διατροφικές διαταραχές εκδηλώνονται φυσικά, οι αιτίες είναι συχνά ψυχολογικές και συνεπώς οι νοσηλευτικοί παράγοντες πρέπει να παρατηρούν και να στηρίζουν τους ασθενείς καθώς αντιμετωπίζουν βαθύτερα συναισθηματικά ζητήματα. Δεδομένου ότι η ανάρρωση περιλαμβάνει τους ασθενείς που έχουν να αντιμετωπίσουν τις βαθύτερες, πιο οδυνηρές και τραυματικές σκέψεις και συναισθήματά τους, η υποστήριξή τους καθώς περνούν από τη θεραπεία μπορεί να είναι συναισθηματικά προκλητική για τους νοσοκόμους (Zipfel S et al, 2015).

Αυτή η συναισθηματική πρόκληση μπορεί να επιδεινωθεί όταν ο ασθενής έχει επίσης διαγνωστεί με Obsessive Compulsive Disorder (OCD), κατάθλιψη ή κατάχρηση ουσιών, καθώς μπορεί να απαιτεί πιο εντατική στήριξη ένα προς ένα. Οι γενικοί ιατροί έχουν καθήκον να παρέχουν την αρχική αξιολόγηση και να συντονίζουν τη φροντίδα, επείγουσα ψυχιατρική ή ιατρική φροντίδα. Ωστόσο, η υιοθέτηση μιας ολιστικής προσέγγισης παρέχει μεσοπρόθεσμη φροντίδα.

Η θεραπεία απαιτεί συνεργασία μεταξύ πολλών επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, διατροφολόγων, θεραπευτών/συμβούλων, καθώς και των μελών της οικογένειας. Ο δρόμος για ανάκαμψη από μια διατροφική διαταραχή είναι μακρύς. Είναι προφανές ότι, καθώς οι ασθενείς προχωρούν από την ευαισθητοποίηση, τη διάγνωση, τη θεραπεία και στη συνέχεια στη συντήρηση, οι νοσηλευτές παρέχουν ένα εξελισσόμενο είδος υποστήριξης και θεραπευτικής σχέσης που μπορεί να επηρεάσει καλά τα αποτελέσματα της υγείας του ασθενούς. Ειδικότερα, οι νοσοκόμες μπορούν να προσφέρουν επιτήρηση και ευελιξία στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του ασθενούς.

Οι διαφορές που εμφανίζονται και αφορούν τον επιπολασμό της Νευρογενούς Ανορεξίας ανάμεσα στον ανδρικό και τον γυναικείο πληθυσμό, από ότι φαίνεται σχετίζονται με τη μεγάλη έμφαση που δίδεται κυρίως στα γυναικεία πρότυπα τα οποία προβάλλονται από τη κοινωνία και σχετίζονται με τις επικρατούσες θεωρίες σχετικά με το τι ορίζεται ότι είναι ελκυστικό και επιθυμητό. Είναι γνωστό ότι εδώ και αρκετά χρόνια τα πρότυπα αυτά σχετίζονται με τις λεπτόσωμες σιλουέτες ως την ιδανική εικόνα.

Είναι πιο συχνό η Νευρογενής Ανορεξία να εμφανίζεται κυρίως σε νεαρές κοπέλες οι οποίες ασχολούνται με διάφορα επαγγέλματα τα οποία απαιτούν λόγω της φύσης τους λεπτά σώματα. Μερικά παραδείγματα είναι οι χορεύτριες ειδικά του μπαλέτου, τα μοντέλα, οι ηθοποιοί, οι αθλήτριες, οι γυναίκες που ασχολούνται με την ιππασία, μέχρι και οι πωλήτριες ρούχων. Πλέον κάτι παρόμοιο ισχύει και για τους άνδρες οι οποίοι βρίσκονται σε σχετικούς επαγγελματικούς χώρους. Ο λόγος είναι ότι προσπαθούν να ανταποκριθούν στις διάφορες επαγγελματικές απαιτήσεις και να καταφέρουν με αυτόν τον τρόπο να είναι ανταγωνιστικοί, πετυχαίνοντας τους επαγγελματικούς στόχους που έχουν.

Μέσα από τον τομέα της γενετικής και συγκεκριμένα μέσα από έρευνες που έγιναν σε δίδυμα, εμφανίζονται κάποια δεδομένα τα οποία ενισχύουν την πεποίθηση ότι η γενετική μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Επίσης, η κληρονομικότητα είναι δυνατό να ισχύει, αφού η Νευρογενής Ανορεξία εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα ανάμεσα σε συγγενείς με βιολογική σχέση. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες συγγενείς των ασθενών έχουν πέντε φορές πιο πολλές πιθανότητες να αποκτήσουν και οι ίδιες αυτή τη διαταραχή.

Το ίδιο συμβαίνει και ανάμεσα σε δυο αδερφές όπου η μία έχει ήδη αναπτύξει Νευρογενή Ανορεξία. Η περίπτωση να αποκτήσει και η άλλη, υπολογίζεται να είναι περίπου 6% σε πιθανότητα. Αυτό όμως μπορεί να συμβαίνει και εξαιτίας της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και να μην βασίζεται ξεκάθαρα στο γενετικό υπόβαθρο. Ωστόσο, το ποσοστό εμφάνισης σε άλλους συγγενείς εξ' αίματος, είναι περίπου 2% έως και 4% (Waller JV et al, 1940).

Τα δεδομένα που μπορεί να ενισχύσουν την πεποίθηση ότι υπάρχει κάποιος γενετικός παράγοντας που επηρεάζει την εμφάνιση διαταραχών τέτοιου είδους, μπορούν να επέλθουν μέσα από κλινικές μελέτες σε δίδυμα. Μέσα από αυτές τις

μελέτες, εμφανίζονται κάποιοι αυξημένοι δείκτες συμφωνίας που υπάρχουν ανάμεσα σε μονοζυγωτικούς διδύμους, αναφορικά με τους διζυγωτικούς.

Αρκετοί άνθρωποι που υποφέρουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, βιώνουν γενικότερα το αίσθημα της αυτοαξία τους συνδυαστικά με την εξωτερική τους εμφάνιση. Έτσι, η Νευρογενής Ανορεξία είναι δυνατό να αποτελεί αντιδραστική συμπεριφορά, κυρίως κατά το διάστημα της εφηβείας, έτσι ώστε να επέλθει το αίσθημα της ανεξαρτησίας και της αυξημένης κοινωνικής και κατά προέκταση σεξουαλικής, δραστηριότητας.

Μέσα από το πλαίσιο αυτής της διαταραχής, οι πάσχοντες φαίνεται να αντικαθιστούν τις προσωπικές φιλοσοφικές αναζητήσεις και τα φυσιολογικό αναπτυξιακό άγχος, με την εικόνα του σωματικού τους βάρους και του σχήματος, την ενασχόληση τους με τη διατροφή κ.ά. Μέσα από έρευνες και μελέτες, φαίνεται ότι οι ασθενείς πολύ συχνά εμφανίζουν χαμηλή αίσθηση αυτοπεποίθησης, χαμηλή αυτοεκτίμηση και έλλειψη αυτονομίας, ενώ προσπαθούν να αυτοπροσδιορίσουν το Εγώ τους με διάφορους τρόπους. Είναι συχνή η πεποίθηση πως το σώμα τους ελέγχεται με κάποιο τρόπο από τους γονείς τους.

Βιβλιογραφία

Abraham S & Llewellyn-Jones D. (1990). *Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής*. Αθήνα: Χατζηνικολή.

Akbaraly T et al, W. P.-M. (2018, Jun 5). Association of circulating metabolites with healthy diet and risk of cardiovascular disease: analysis of two cohort studies. *Scientific Reports* , σ. 8: 8620.

Balkuv E et al, B. R. (2014, December 20). Gait disturbance as conversion reaction accompanying anorexia nervosa in a young adult: a case report and literature review. . *Journal of Scientific Research & Reports* , , σσ. 3(4), 583-91.

Bassoe H Hans. (1990, November). Anorexia | Bulimia Nervosa: The development of Anorexia Nervosa and of Mental Symptoms. Treatment and Outcome of the disease. . *Acta Psych. Scand. Suppl. 361, Vol 82* , , σσ. 7-13.

Beumont PJV. (1995). The clinical presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia nervosa In: Brownell KD, Fairburn GC (Eds). *Eating Disorders and Obesity* .

Beumont, P. R. (1993, JUNE 26). Treatment of anorexia nervosa. *the Lancet* .

Blake B & Pope T. (2008, May). Developmental psychology: Incorporating Piaget's and Vygotsky's theories in classrooms. *Journal of Cross-Disciplinary Perspectives in Education, 1 (1)* , σσ. 59-67.

Boskind-Londahl M. (1976). Cinderella' s stepsisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimarexia. *Signs: Journal of women in culture and society* , σσ. 342-356.

Bruch H. (1982, Dec). Anorexia Nervosa : Therapy and Theory. . *Am. Journal of Psychiatry 139, 12* , σσ. 1531-8.

Brumberg J. (2000). *Fasting Girls: The History of Anorexia Nervosa*. Vintage Books.

Chandarana P et al, H. E. (1998, December). Eating Attitudes as Related to Demographic and Personality Characteristics: A high school survey. . *Can J Psychiatry, Vol 33* , σσ. 834-837.

Choi, J. W. (2018). Interstitial Nephritis Caused by Anorexia Nervosa in Young Male; A Case Report and Literature Review. . *Electrolytes & Blood Pressure* , σσ. 15-17.

Colin MacLeod et al, A. M. (1986). Attentional Bias in Emotional Disorders. *Journal of Abnormal Psychology* , σσ. 15-20.

- Colin MacLeod et al, A. M. (1986). Attentional Bias in Emotional Disorders. *Journal of Abnormal Psychology* , σσ. 15-20.
- Coughlin SS et al, W. M. (2015, January 25). Smartphone applications for promoting healthy diet and nutrition: a literature review. *Jacobs journal of food and nutrition* , σσ. 2(3), 021.
- Dernini S & Berry EM. (2015, May 7). (2015). Mediterranean diet: From a healthy diet to a sustainable dietary pattern . *Frontiers in nutrition* , σσ. 2, 15.
- Duncan L et al, Y. Z.-S. (2017, September). Genome-wide association study reveals first locus for anorexia nervosa and metabolic correlations. . *The American journal of psychiatry*, 174(9) , σσ. 850-858.
- Eddy KT et al, T. N. (2017). *Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-Up*. Ανάκτηση September 2019, από The Journal of clinical psychiatry, 78(2), 184-189:
<https://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2017/v78n02/v78n0209.aspx>
- Flament MF et al, G. N. (2001, July). Predictive factors of social disability in patients with eating disorders. . *Eating & Weight Disorders: EWD*, 6, , σσ. 99–106.
- Frampton I. (2013, Nov). *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice. Volume 1, Issue 1* , σσ. 103-107.
- Franko DL et al, T. N. (2018, Jan). Predictors of long-term recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Data from a 22-year longitudinal study. • *Franko, D. L., Tabri, N., Keshaviah, A., Murray, H. B., Herzog, D. B., Thomas, J. J., & Eddy, K. T. (2018)Journal of psychiatric research* , σσ. 183-188.
- Gelo, O. C. (2015, October 18). Psychopathology as social construction: the case of Anorexia Nervosa. *Journal of Constructivist Psychology* , σσ. 28(2), 105-125.
- Goh KHR & Lee EL. (2015). Prevalence of abnormal liver function tests and comorbid psychiatric disorders among patients with anorexia nervosa and eating disorders not otherwise specified in the anorexia nervosa DSM-IV criteria. *Singapore Med J* , σσ. 488-492.
- Izydorczyk B. (2017). Body image psychotherapy in anorexia and bulimia nervosa—an integrative approach: application of psychodynamic psychotherapy and psychodramatic techniques. *Psychoterapia*, (1) , σσ. 5-22.

- Jayasinghe Y et al, G. S. (2008, October 18). Current concepts in bone and reproductive health in adolescents with anorexia nervosa. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *115*(3) , σσ. 304-315.
- Kaplan AS & Ciliska D. (1999, April). The relationship between eating disorders and obesity: psychopathologic and treatment considerations. *Psychiatr Ann* , σσ. 197-202.
- Kazdin AE. (2000). *Encyclopedia of Psychology: 8 Volume Set. Part of the APA Reference Books*. Oxford: Oxford University Press.
- Khalsa S et al, M. S. (2018, May). S66. A Clinical Trial Investigating the Safety and Tolerability of Floatation-Rest in Anorexia Nervosa. . *Biological Psychiatry* *83*(9) , σ. 372.
- Lavender JM et al, W. S. (2015, August). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. . *Clinical psychology rev* , σσ. 111-122.
- Lock J & Le Grange D. (2015). Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach. Guilford Publications. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review Mar* .
- Mařatka Z. (2008). Functional digestive disorders–pathophysiological approach. *Folia Gastroenterol Hepatol* , , σσ. 6(3), 85-87.
- Mařatka, Z. (2008). Functional digestive disorders–pathophysiological approach. *Folia Gastroenterol Hepatol* , σσ. 85-87.
- McElroy SL et al, C. L. (2000, Jun). Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of binge eating disorder. . *Am J Psychiatry* , σσ. 1004-1006.
- McKnight RF & Park RJ. (2010). Atypical antipsychotics and anorexia nervosa: a review. European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association,. *Willey InterScience* , σσ. 18(1), 10-21.
- Mehler PS & Brown C. (2015, March). Anorexia nervosa–medical complications. . *Journal of eating disorders*, *3*(1) , σ. 11.
- Morris J., (. T. (2012). *ABC στις διατροφικές διαταραχές*. Αθήνα: Παρισιάνος.

- Nijholt W et al, J.-W. H. (2016). Are a healthy diet and physical activity synergistically associated with cognitive functioning in older adults?. . *JournalThe journal of nutrition, health & aging* , σσ. 525-532.
- Rogers et al, R. D. (2009, Jul). The Relation between Socioeconomic Status and Eating – Disordered Behaviors in a Community Sample of Adolescent Girls. *Int J Eat Disorder* , σσ. 15-23.
- Shakersain B et al, R. D.-I. (2018, Sep 13). An active lifestyle reinforces the effect of a healthy diet on cognitive function: A population-based longitudinal study. *Nutrients* , σσ. 10(9), 1297.
- Shapira NA et al, G. T. (2000). *pubmed*. Ανάκτηση Σεπτέμβριος 15, 2019, από Treatment of binge-eating disorder with topiramate: a clinical case series. *Journal Clinical Psychiatry*: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10847312>
- Simmonds M. (1914). *Ueber embolische prozesse in der hypophysis*. *Archives of Pathology and Anatomy*,.
- Sollberger D. (2014, November 17). The inversion of the fall: on identity construction in anorexia nervosa. *Psychopathology*, 47(4) , σσ. 244-251.
- Strober M. (2005). The future of treatment research in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* , σσ. 90-94.
- Sykes JA et al, B. K. (2013, January). A 16-year-old Female With Menstrual Cramps and a History of Anorexia. . *Pediatrics in review*, 34(1) , σ. e1.
- Turnbull S et al, W. A. (1996, Dec). The demand for eating disorders care, an epidemiological study using the general practice research database. . *British Journal of Psychiatry*, 169 , σσ. 705-712.
- Vitousek K & Gray J. (2005). *Eating disorders, in Oxford Textbook of Psychotherapy*. Edited by Gabbard GO, Beck UJS, Holmes J. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Waller JV et al, K. R. (1940). Anorexia nervosa: A psychosomatic entity. . *Psychosomatic Medicine* , σσ. 3-16.
- Westmoreland P et al, K. M. (2016, May 22). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. . *The American journal of medicine*, 129(1) , σσ. 30-37.

Wikipedia. (n.d.). *History of anorexia nervosa*. Ανάκτηση Ιούλιος 15, 2019, από Wikipedia, the free encyclopedia: https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_anorexia_nervosa

Witztum E et al, L. Y. (2008, January). Anorexia nervosa and bulimia nervosa as idioms of distress: From the historical background to current formulations. . *Int J of Child Adolesc Health*, 1(4) , σσ. 283-294.

Yager J et al, D. M. (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with eating disorders. Third Edition*. . American Psychiatric Association.

Yusiana MA & Minarso S. (2018, July). Factors Cause Eating Difficulty to Preschool Children Aged 3-6 Years. . *In The 2nd Joint International Conferences (Vol. 2, No. 2)* , σσ. 489-494.

Zipfel S et al, G. K. (2015, October 27). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. . *The lancet psychiatry*, 2(12) , σσ. 1099-1111.

Αικατερίνη Γκούβα. (2014). *Διατροφική Συμβουλευτική: Διατροφικές Διαταραχές και Σχολείο*. Αθήνα: ΑΣΠΑΙΤΕ, ΕΤΗΣΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟ, Διπλωματική εργασία.

Γεωργιτισπούλου Ε & Πατατάτσιου Β. (2003). *Η Διερεύνηση του φαινομένου της ψυχογενούς βουλιμίας*. Ηράκλειο: ΤΕΙ Κρήτης, ΣΕΥΠ, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, πτυχιακή εργασία.

Γονιδάκης Φ & Χαρίλα Ν. (2011). *Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική προσέγγιση*. Αθήνα : Πεδίο .

Εμμανουηλίδου Κ & Παργιανά Σ. (17-20 Μαΐου 2012). Εισήγηση: Σχηματισμός της σχέσης ανάμεσα στη διατροφή και τη συναισθηματική ανάπτυξη αποκλίσεις τη βρεφική ηλικία ως την ενήλικη ζωή: φύση και απ. *4ο Πανελλήνιο συνέδριο Εξελικτικής Ψυχολογίας*,. Θεσσαλονίκη.

Εμμανουηλίδου Κ. (2011). *Ψυχολογία της διατροφής: πώς οι διατροφικές μας συνήθειες αντανακλούν τον συναισθηματικό μας κόσμο*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Νέστορος Ι & Ζγαντζούρη Κ. (2016). Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής. . Στο Ν. Ι.

Σίμος Γ. (2010). *Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Ένας οδηγός για την κλινική πράξη*. Αθήνα: Πατάκη.


Σπανού Β και συν, Κ. Ι. (2008). *Νευρογενής ανορεξία*. Αθήνα.

Φρόνιτ Σ. (1993). *Η ερμηνεία των ονείρων*. Αθήνα: Επίκουρος.

Χατζηγεωργίου Χ. (2004). Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. . *Παιδιατρική Ενημέρωση. Ερευνητικό & Εκπαιδευτικό Ίδρυμα «Υγεία του Παιδιού»*. , σσ. 12-18.

Παράρτημα 1

Άδεια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Νοσηλευτικής

Ηράκλειο, 29/11/2018

Πληροφ. : Ευαγγ. Γωνιανάκη-Χρονάκη
Τηλέφ. : 2810379538

Αρ. Πρωτ. : _____ 2095

ΠΡΟΣ:
Ταμπακάκη Κωνσταντίνα-Αριάδνη

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Καρτσωνάκη Μαρία

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας


Ανατίθεται κατόπιν πρότασης της Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ6706 Ταμπακάκη Κωνσταντίνα-Αριάδνη

με θέμα: «Ψυχογενής ανορεξία: Αιτιοπαθογένεια,θεραπεία και νοσηλευτική προσέγγιση».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία ονομάζεται:Καρτσωνάκη Μαρία

Παρατηρήσεις:
ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για τη υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 1 αντίτυπο, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Η Πρόεδρος του Τμήματος

Ευριδίκη Πατελάρου
Αναπλ. Καθηγήτρια

