
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑΝΘΗ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2016

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑΝΘΗ, Α.Μ.: ΟΔΥ/1403

Επιβλέπων: Καρκαλάκος Σωτήριος,
Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2016

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

THE COST OF EATING DISORDERS

Apostolidou Marianthi

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2016

Στην οικογένειά μου

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική αποτελεί το επιστέγασμα εμπειριών και δοκιμασιών από τις οποίες απέκτησα τις γνώσεις για την εκπόνηση της εργασίας. Στα πλαίσια της προσπάθειας αυτής θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα Καθηγητή μου κ Σωτήριο Καρκαλάκο για τη βοήθεια και τη στήριξη που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια συγγραφής της εργασίας.

Ακόμη θα ήθελα να ευχαριστήσω όλα εκείνα τα άτομα που με τη σημαντική και αμέριστη στήριξη τους με βοήθησαν στη δυσκολότερη φάση της ζωής μου και αποτέλεσαν ακρογωνιαίο λίθο στη προσπάθειά μου να βγω πιο δυνατή μέσα από το δύσκολο μονοπάτι που στάθηκε αφορμή για τη συγγραφή της εργασίας.

Τέλος, και με συγκίνηση ευχαριστώ τους γονείς μου και την οικογένεια μου, που με την αγάπη και την υπομονή τους με στήριξαν σε όλη την προσπάθειά μου και με βοήθησαν να φτάσω ως εδώ.

ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Σημαντικοί Όροι: [Σημαντικοί Όροι που αναφέρονται στη Διπλωματική Εργασία]

Περίληψη

Η ενασχόληση και η φροντίδα για την καθημερινή πρόσληψη τροφής, αποτελεί σύμμαχο στην εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού και στην υγεία του ατόμου. Όμως, όσο σημαντική και αν είναι η λήψη τροφής τόσο σημαντική είναι η έλλειψη της μέσω της εκούσιας στέρησης είτε μέσω της ακατάσχετης κατανάλωσής της.

Οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν μια νόσο με σοβαρό ψυχικό και σωματικό αντίκτυπο στη ζωή του ατόμου. Παρά τις διάφορες μελέτες που πραγματοποιούνται η θεραπεία της νόσου αποτελεί ένα σημαντικό εγχείρημα στην επιστημονική κοινότητα εγκολπώνοντας όλες τις παραμέτρους που συμμετέχουν τόσο στην αύξηση του αριθμού των ασθενών αλλά και σε όλες τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας.

Ενώ επικρατούσε η άποψη πως οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι γένους θηλυκού, διαπιστώνεται πως παρουσιάζεται μια σταδιακή αύξηση του πληθυσμού και στο ανδρικό φύλλο. Αντικείμενο μελέτης, είναι η ανάλυση των παραγόντων που συμμετέχουν στην εμφάνιση της νόσου αλλά στην εξέλιξη των διάφορων εναλλακτικών μέσων που συμμετέχουν στην ανάκαμψη και αποθεραπεία τους.

Η πρόληψη των διαταραχών αλλά και η ανάλυση των στατιστικών αποτελεσμάτων που δίνουν μια εικόνα της σταδιακής αύξησης των ατόμων που νοσούν από την διαταραχή, αποτελούν σημαντικό εργαλείο για την λήψη μεθόδων και πρακτικών που θα αποτελέσουν μέσο για την μείωση και ανάκαμψη εμφάνισης νέων περιπτώσεων.

THE COST OF EATING DISORDERS

Keywords: Eating Disorders, Financial Impact

Abstract

Daily intake of food is essential for the proper functioning of the body and the person's health. As important it is the food, so important is the lack of means of voluntary withdrawal or through the profuse consumption.

Eating disorders are a serious disease that impact upon lives both psychologically and physically, yet the number of patients continues to grow. Various studies show that the treatment of the disease is undertaking a major shift in the scientific community, and alternative methods are being sought.

Whilst it is thought that eating disorders are dominated by the female sex, there has been a gradual increase amongst males. The objective for the study is to analyze the factors involved in the onset of the disease, through to the evolution of various alternative treatments involved in the recovery and recuperation.

Prevention of the disorder is key, and the analyses of statistical results provide an important tool for ensuring new methods and practices to constitute a means for reduction and recovery emergence of new cases.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Contents

Περίληψη	xi
Abstract	xiii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	xv
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	xix
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	1
1.1 Αντικείμενο Εργασίας	1
1.2 Στόχος.....	1
1.3 Σκοπός.....	2
1.4 Διάρθρωση Εργασίας	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	5
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
2.2 ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	6
2.3 ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΗ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΗΜΙΑ	8
2.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	11
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
3.2 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	12
3.2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	12
3.2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	15
3.2.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	17
3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	18
3.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ	20
3.5 ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	22
3.6 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	23
3.7 ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	25
3.8 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΗΜΙΑ.....	26
3.8.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	26
3.8.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΗΜΙΑΣ.....	27
3.8.3 ΒΑΣΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΒΟΥΛΗΜΙΑΣ.....	29

3.9	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	29
3.10	ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	30
3.11	ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΗΜΙΑΣ.....	32
3.12	ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ	33
3.13	ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	34
3.14	ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.....	35
3.15	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	36
3.15.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	36
3.15.2	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	37
3.15.3	ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΙΚΟ-ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.....	39
3.15.4	ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	40
3.16	ΕΡΜΗΝΕΙΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	41
3.16.1	ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	42
3.16.2	ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	43
3.16.3	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	44
3.16.4	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	45
3.16.5	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΕΣ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΡΡΟΕΣ.....	45
3.17	ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ	47
3.17.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	47
3.17.2	ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	47
3.17.3	ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	48
3.17.4	ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	48
3.18	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	49
3.18.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	49
3.18.2	ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ.....	50
3.18.3	ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	52
3.18.4	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	54
3.18.5	ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	56
3.18.6	ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	56
3.18.7	ΟΜΑΔΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....	57
3.18.8	ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ.....	58
3.19	ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	61

3.19.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	61
3.19.2	Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	61
3.19.3	ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	62
3.19.4	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΚΟΣΤΗ	64
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	67
4.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	67
4.2	Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ 67	
4.3	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΝΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΕΤΗ 68	
4.4	ΧΡΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΗ ΣΚΩΤΙΑ (consultation by staff type).....	69
4.5	ΧΡΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ Ή ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΗ ΣΚΩΤΙΑ (patients_gppn)	71
4.5.1	ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ Ή ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΗ ΣΚΩΤΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ.....	71
4.5.2	ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΕΚΑ ΕΤΩΝ ΚΑΙ Η ΧΡΗΣΗ ΣΤΟΥΣ ΔΥΟ ΤΥΠΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ”	72
4.6	ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΣΚΩΤΙΑ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ Ή ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ (consultations_gppn).....	73
4.6.1	ΙΑΤΡΙΚΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ 1000 ΑΣΘΕΝΩΝ	73
4.6.2	ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ .74	
4.7	ΧΡΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ , ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ, ΤΟΠΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ Ή ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΗ ΣΚΩΤΙΑ (patients_pti)	75
4.7.1	ΧΡΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗ ΣΚΩΤΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	75
4.7.2	ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΡΕΙΩΝ ΕΤΩΝ ΚΑΙ Η ΧΡΗΣΗ ΣΤΟΥΣ ΒΑΣΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ.....	76
4.8	ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗ ΣΚΩΤΙΑ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ , ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ, ΤΗ ΤΟΠΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ Ή ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ (consultation_pti).....	77
4.8.1	ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΤΥΠΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ 1000 ΑΣΘΕΝΩΝ	77

4.8.2	ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΡΗΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΤΥΠΟΥΣ ΣΙΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΡΙΩΝ ΕΤΩΝ "	78
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	79
5.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	79
5.2	ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	79
5.2.1	ΓΡΑΦΗΜΑ 1.....	79
5.2.2	ΓΡΑΦΗΜΑ 2.....	80
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ	81
6.1	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	81
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	85
	ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	85
	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΡΑΦΙΑ.....	88
	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	89

Κατάλογος Διαγραμμάτων

1.	Χρήση Υπηρεσιών ανά Φύλο και Ηλικιακή Ομάδα για το Οικονομικό Έτος 2012/13.....	86
2.	Εκτιμώμενη Χρήση Υπηρεσιών ανά Οικονομικό Έτος και Συμβουλευτική Υπηρεσία.....	88
3.	Χρήση Θεραπευτικών Συμβουλευτικών Εφαρμογών στις Διατροφικές Διαταραχές ανά Έτος και Κατηγορία Υπηρεσίας	89
4.	Εκτιμώμενη Χρήση Ιατρικών ή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών για Τουλάχιστον μια Φορά το Χρόνο ανά Φύλο για τα Δέκα Οικονομικά Έτη.....	91
5.	Χρήση Ιατρικών και Νοσηλευτικών Υπηρεσιών στο Σύνολο των Ασθενών ανά Οικονομικό Έτος.....	92
6.	Χρήση ιατρικών ή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών σε δείγμα 1000 ασθενών ανά Οικονομικό Έτος και Φύλο Ασθενή.....	93
7.	Χρήση Ιατρικών ή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών ανά Οικονομικό Έτος και Ηλικιακή Ομάδα για το Γυναικείο Φύλο.....	94
8.	Χρήση Υπηρεσιών ανά Φύλο για Τουλάχιστον μια Φορά το Χρόνο ανά Οικονομικό Έτος.....	96
9.	(α) Χρήση Υπηρεσιών ανά Ηλικία σε Δείγμα 1000 Ασθενών για τα Δύο Φύλα (β).....	98

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 Αντικείμενο Εργασίας

Η νευρογενής ανορεξία και η νευρογενής βουλιμία αποτελούν μια ψυχική ασθένεια με σοβαρές αρνητικές σωματικές και ψυχικές συνέπειες στη ζωή του ατόμου. Χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερη πολυπλοκότητα εξαιτίας του ότι τα άτομα παρουσιάζουν μια ποικιλία από μεταβολικές και ψυχοκοινωνικές μεταβολές, συμπεριλαμβανομένων αγχωδών και συναισθηματικών διαταραχών καθώς και ένα αρκετά απομονωμένο τρόπο ζωής. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής περιλαμβάνουν ακραίες συμπεριφορές, συναισθήματα και στάσεις απέναντι στο βάρος και το φαγητό. Ενώ τα συμπτώματα περιστρέφονται γύρω από το φαγητό ωστόσο τα αίτια έχουν να κάνουν κυρίως με συναισθηματικούς παράγοντες που βιώνει το άτομο. Ο περιορισμός και ο έλεγχος μπορεί να χρησιμοποιηθούν σαν τρόπο διαχείρισης αισθημάτων θυμού, απογοήτευσης, ανασφάλειας και άγχους. Εξαιτίας αυτών των θεμάτων, υπήρξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον από πλευράς ερευνητών, οι οποίοι κατευθύνθηκαν ως προς τη καλύτερη κατανόηση της νόσου αλλά και στη μελέτη των μέσων για τη θεραπεία τους. Η θνησιμότητα τους κατατάσσεται ως μια από τις υψηλότερες στην ψυχιατρική κοινότητα και γι αυτό το λόγο το επάγγελμα της ψυχικής υγείας κινείται όλο και περισσότερο προς την κατεύθυνση της έγκαιρης παρέμβασης και στην ανάπτυξη αποτελεσματικότερων θεραπειών. Η αναγνώριση της εξάπλωσης τους και των δύσκολων συνθηκών που τις συνακολουθούν, έχουν αποτελέσει αντικείμενο έρευνας προσανατολίζοντας την προσοχή κλινικών γιατρών και ερευνητών στην εξερεύνηση των αιτιών που πυροδοτεί την εμφάνιση τους αλλά και μεθόδων για την άμβλυνση τους.

1.2 Στόχος

Ο στόχος της παρούσας εργασίας είναι να συγκρίνει την ιδιαιτερότητα των ατόμων με διαταραχές πρόσληψης τροφής σε σχέση με την ανάγκη για θεραπεία με

γνώμονα τη μορφή της διαταραχής, το φύλο και την ηλικία. Οι διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των ηλικιακών ομάδων και των κλινικών χαρακτηριστικών που εμφανίζει το κάθε άτομο καθιστούν αναγκαίο το προσδιορισμό της κατάλληλης μεθόδου θεραπείας σύμφωνα με το σχετικό κόστος που τη συνοδεύει. Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε ήταν μια αναδρομική ανασκόπηση στην διερεύνηση του φαινομένου των διατροφικών διαταραχών, στον προσδιορισμό των τάσεων που παρουσιάζεται τα τελευταία χρόνια στην εμφάνιση της ψυχογενής ανορεξίας και ψυχογενής βουλιμίας, την αναγνώριση των αιτιών που σχετίζονται με την εξάπλωση τους και την συνάφεια τους με τις διάφορες θεραπευτικές παραμέτρους που υπάρχουν.

1.3 Σκοπός

Ο σκοπός της έρευνας είναι δώσει μια εκτενέστερη και πληρέστερη εικόνα της σχέσης που υπάρχει μεταξύ της νόσου σε σχέση με το φύλο και την ηλικία του ατόμου. Ενώ η νευρογενής ανορεξία και νευρογενής βουλιμία είναι σαφώς καθορισμένες στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM IV), ωστόσο η κάθε περίπτωση χαρακτηρίζεται από διαφορετικότητα και πολυπλοκότητα ως προς τα κύρια κριτήρια για την αναγνώρισή της. Η ανάγκη για θεραπεία ανάλογα με τα κόστη που συνεπάγεται η κάθε μέθοδος αλλά και με βάση της ιδιαιτερότητας που εμφανίζει η κλινική εικόνα του κάθε ασθενούς καθιστά επιτακτική τη διερεύνηση του φαινομένου. Η αυξανόμενη θνησιμότητα που παρουσιάζεται, ιδιαίτερα στην περίπτωση της νευρογενής ανορεξίας, καθιστούν όλο και πιο σημαντική της εξέλιξη της έρευνας πάνω στην θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής. Σημασία δίνεται στη πρόληψη και στις στρατηγικές παρέμβασης που στόχο έχουν να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα και να περιορίσουν την ανάπτυξη της διαταραχής. Απώτερος σκοπός είναι να δώσουμε εκείνη την ενημέρωση που απαιτείται προκειμένου να γίνει έγκαιρα αντιληπτή η ανάπτυξη της διαταραχής προκειμένου να χρησιμοποιηθεί η κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση για την έγκαιρη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της και την επιτυχή έκβαση της θεραπείας της για την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη ανάρρωση του ατόμου. Η αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι εφικτή και είναι σημαντικό

το άτομο να αναζητήσει συμβουλή και θεραπευτική αγωγή όσο το δυνατό νωρίτερα πριν την εκδήλωση σοβαρών σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών.

1.4 Διάρθρωση Εργασίας

Στο **1ο κεφάλαιο** δίνεται μια μικρή εισαγωγή σχετικά με το αντικείμενο, το στόχο και το σκοπό της μελέτης, καθώς και μια σύντομη περιγραφή του περιεχομένου των επόμενων κεφαλαίων που θα ακολουθήσουν.

Στο **2ο κεφάλαιο** γίνεται εισαγωγή στις διατροφικές διαταραχές κάνοντας μια διαδρομή στην ιστορική τους εξέλιξη & αναφέροντας βασικές διατυπώσεις και αναφορές του φαινομένου, αποτυπώνοντας τις πρώτες έννοιες και επιπτώσεις στην υγεία του ανθρώπου.

Στο **3ο κεφάλαιο** πραγματοποιείται εμπειρισταωμένη μελέτη στη διερεύνηση του φαινομένου. Αναλύονται βασικές πτυχές και παράμετροι που εγκολπώνουν τη νόσου. Διευκρινίζονται οι επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου και προτείνονται μέθοδοι θεραπείας και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της διαταραχής.

Στο **4ο κεφάλαιο** εξειδικεύεται η μελέτη στη συχνότητα χρήσης ιατρικών και νοσηλευτικών συμβουλευτικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου. Η ανάλυση και μεθοδολογία της μελέτης πραγματοποιείται μέσω της εξέτασης ενός δείγματος ατόμων στη Σκωτία και της συχνότητας χρήσης που έκαναν σε συμβουλευτικές υπηρεσίες για τα οικονομικά έτη από 2003 έως 2014.

Στο **5ο κεφάλαιο** περιλαμβάνεται η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, τόσο για το γυναικείο φύλο όσο και για το ανδρικό και εξετάζεται η τάση που παρουσιάζεται στη χρήση κάθε υπηρεσίας για κάθε ένα από τα δύο φύλα, στη διάρκεια των δέκα οικονομικών ετών.

Στο **6ο κεφάλαιο** αναφέρονται τα συμπεράσματα της μελέτης καθώς και κάποιες σκέψεις και προτάσεις που θα βοηθήσουν στην άμβλυνση του προβλήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ενδιαφέρον για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής ήρθε στην επιφάνεια πριν από 15 χρόνια. Οι περισσότεροι άνθρωποι, μέχρι και τις αρχές του 1980, γνώριζαν για την ύπαρξη της ψυχογενούς ανορεξίας, αλλά λίγοι επαγγελματίες υγείας θεώρησαν σκόπιμο να αποκτήσουν περαιτέρω γνώση επί του θέματος. Η παχυσαρκία μόνο, καθότι ήταν συνηθέστερη, είχε αποτελέσει αντικείμενο μελέτης και έρευνας. Παρότι η διαθέσιμη βοήθεια, ήταν υποτυπώδης και συνήθως υπό μορφή κάποιας δίαιτας, οι παχύσαρκοι άνθρωποι μπορούσαν να βασιστούν στην ιατρική παρέμβαση. Η ψυχιατρική βοήθεια, δεν φαινόταν να είναι αποτελεσματική, καθότι δεν υπήρχε μέχρι τότε σύνδεση της διαταραχής με ψυχοπαθολογικούς παράγοντες. Έτσι, άτομα που εμφάνιζαν φυσιολογικό βάρος αλλά αντιμετώπιζαν προβλήματα ελέγχου στη λήψη τροφής και ανησυχίες σχετικά με το βάρος τους, έτειναν να προσανατολίζονται προς ειδικούς διαιτολόγους του χώρου. Τα τελευταία χρόνια όμως φαίνεται να υπάρχει εξέλιξη στη πρωτοβάθμια βοήθεια για ανθρώπους με διαγνώσεις νευρικής βουλιμίας και νευρικής ανορεξίας. Η επιστημονική έρευνα έχει εντυπώσει στη μελέτη της διαταραχής και πλέον ιατροί και επαγγελματίες του χώρου είναι σε θέση να παρέχουν εξειδικευμένη βοήθεια με εξίσου θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία της νόσου. Τα άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι σε πλεονάζουσα θέση να δεχτούν θεραπεία αλλά και συμβουλευτική προσέγγιση από εξειδικευμένο προσωπικό.

Από στοιχεία επιστημολογικών μελετών, παρατηρούμε πως η ομάδα με τη μεγαλύτερη ευαλωτότητα στις διατροφικές διαταραχές αποτελούν οι νεαρές γυναίκες ενώ μόνο το 5-10% των ασθενών είναι γένους αρσενικού. Οι διατροφικές διαταραχές φαίνεται να είναι «Δυτική Ασθένεια». Εμφανίζονται, κυρίως, στις ανεπτυγμένες βιομηχανοποιημένες χώρες ενώ αξιοσημείωτο αποτελεί ότι άτομα ορισμένων επαγγελμάτων φαίνεται να είναι σε ιδιαίτερο κίνδυνο. Μοντέλα και χορεύτριες μπαλέτου, για παράδειγμα, φαίνεται να βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, σε σχέση με άλλες επαγγελματικές ομάδες. Η υψηλή τάση εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών ανάμεσα στις μεσαίες ή τις υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις δείχνει να συνδέεται με δομές, πρότυπα και επιρροές του τοπικού συστήματος υγείας της εκάστοτε χώρας. Η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία έχουν κοινώς θεωρηθεί «μοντέρνες» διαταραχές καθώς

υπάρχει μεγάλη αύξηση στην συχνότητα εμφάνισης τους τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Η όρεξη, η ποιότητα της τροφής, οι οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες αλλά και ο αυτό-επιβαλλόμενος έλεγχος φαίνεται να επιδρούν σημαντικά στην ανάπτυξη της νόσου. Οι διαφημιστικές εκστρατείες και τα πρότυπα που προστάζει η μόδα φαίνεται να επηρεάζουν εξίσου στην εκδήλωση της διαταραχής. Οι διαταραχές της διατροφής, χαρακτηρίζονται από εντονότατη ενασχόληση με τη διατροφική συμπεριφορά και συνακολουθούνται από αίσθημα θλίψης ή εξαιρετική ενασχόληση με το βάρος του σώματος, (το σχήμα και το μέγεθος). Η πολυπλοκότητα της διαταραχής έχουν στρέψει την προσοχή των επιστημόνων όχι μόνο σε μεθόδους αντιμετώπισης τους αλλά και σε έρευνα προκειμένου να βρεθεί ακόμα και φαρμακευτική αγωγή. Οι διαταραχές, συχνά συνοδεύονται με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών και διαταραχές άγχους. Συμπτώματα που δυνητικά μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο.

2.2 ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η ψυχική διάσταση που εγκολπώνουν τις διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνουν χρόνιες υποτροπιάζουσες συμπεριφορές καθώς και σημαντικές επιπλοκές στην σωματική υγεία του ατόμου και συννοσηρότητα με άλλα ψυχολογικά προβλήματα. Τα τελευταία χρόνια, ιατροί και νοσηλευτές έχουν αναγνωρίσει τη γρήγορη εξάπλωση της νόσου καθώς και τις δυσκολίες που έγκειται η θεραπεία τους. Από το 1970 και μετά η κατάσταση έγινε πιο συχνή και τώρα εντοπίζεται και στη κλινική πράξη. Εντούτοις, το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για τις ψυχιατρικές Διαταραχές της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV 1994), (American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ορίζει μια διατροφική διαταραχή όπως χαρακτηρίζεται από «σοβαρές διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς». Ωστόσο, ο όρος «διατροφική διαταραχή» ισχύει μόνο σε συγκεκριμένες διαγνώσεις νευρικής ανορεξίας και νευρικής βουλιμίας, όπου και οι δύο αυτές μορφές αφορούν διαταραχή του σχήματος του σώματος και του βάρους ως απαραίτητο συστατικό. Ο ορισμός αυτός όμως, γεννά το ερώτημα, του πού οι ισορροπημένες δίαιτες σταματούν και πού οι διαταραχές πρόσληψης τροφής ξεκινούν. Το 1978, το βιβλίο *Fat is a Feminist Issue* της Susie Orbach, παρουσιάζει έντονο ενδιαφέρον ως προς την διαπραγμάτευση του φαινομένου, η οποία ονομαζόταν «καταναγκαστική υπερφαγία» και αφορούσε όχι τόσο το «πάχος» το ίδιο,

αλλά τον φόβο του πάχους και την αξία που καταλάμβανε στον πολιτισμό των γυναικών, σε συνάρτηση με τη σχέση τους με τους άνδρες. Εδώ υπάρχει εμφανίζεται συσχέτιση με το κομμάτι της διαταραχής που συνδέει την εμμονή με την τροφή σε συνδυασμό με τη διαστρεβλωμένη εικόνα που διατηρεί το άτομο για το σώμα του. Έπειτα, μια ακόμη αναγνώριση των διατροφικών διαταραχών υπήρξε από τη πλευρά της ψυχιατρικής κοινότητας όταν ο Gerald Russell, το 1979, ασχολήθηκε εμπειριστατωμένα με άτομα που έπασχαν από νευρική ανορεξία και επέμενε στην ύπαρξη ενός ανορεξικού συνδρόμου σε γυναίκες που διατηρούσαν φυσιολογικό βάρος. Υπήρξε πρωτοπόρος στον τομέα και υποστηρικτής της άποψης πως παρά την επαναφορά ανορεξικών ατόμων σε ένα φυσιολογικό βάρος, εξακολουθούσαν να παρουσιάζουν εμμονές σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος. Παρατηρήθηκαν συμπεριφορές που αφορούσαν στη κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού, που στην πορεία εφάρμοζαν μέτρα για τον έλεγχο του βάρους τους, όπως πρόκληση εμετού, εντατική-καταναγκαστική άθληση, χρήση καθαρτικών ή λιμοκτονία μεταξύ των επεισοδίων υπερφαγίας. Ο Russell, ονόμασε αυτό το σύνδρομο «Νευρική Βουλιμία» ξεχωρίζοντας το έτσι από την νευρική ανορεξία. Ο τρίτος τομέας της αναγνώρισης προήλθε από επιδημιολογικές έρευνες. Η νευρογενής βουλιμία, έγινε αποδεκτή ότι υπάρχει σε μια μεγάλη ομάδα γυναικών οι οποίες δεν είχαν απευθυνθεί ποτέ στον γιατρό τους για τη λήψη βοήθειας. Ωστόσο, δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι η ύπαρξη του όρου «binge» και του σχετικού φαινομένου, είχαν τις βάσεις τους στην εμμονή για δίαιτα η οποία κυριαρχεί κατά κόρον στον ανεπτυγμένο δυτικό κόσμο. Η δυσκολία έγκειται στη εκτίμηση του πόσο πραγματικά κάποιος υποφέρει από διατροφική διαταραχή εξαιτίας του ότι πολλοί άνδρες και γυναίκες, όλων των ηλικιών, συνηθίζουν να κάνουν δίαιτα. Έτσι, η εφαρμογή κάποιας δίαιτας σε συνδυασμό με την αρνητική αντίληψη προς το πάχος συνυπάρχουν και συχνά υπερεκτιμώνται από τους ανθρώπους, με αποτέλεσμα να οδηγήσουν σε συμπεριφορές αυτοελέγχου όχι μόνο στους ίδιους τους εαυτούς τους αλλά και σε άλλους ανθρώπους. Ως αποτέλεσμα, είναι πιθανό κάποιος που υποφέρει από έντονη διατροφική διαταραχή να αποκρύψει το γεγονός, όχι μόνο από ανθρώπους που θα μπορούσαν να βοηθήσουν αλλά σε αρκετές περιπτώσεις και από τον ίδιο τους τον εαυτό. Ταυτόχρονα, η αδυναμία για εφαρμογή δίαιτας και η τάση που εμφανίζεται για κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής ή σε αντίθετη περίπτωση η αυτό-επιβαλλόμενη ασιτία κατά την διάρκεια περιόδων άγχους, μπορούν να παρερμηνευθούν και θεωρηθούν ως σημάδι πως κάποιος βρίσκεται στα πρόθυρα μιας

διατροφικής διαταραχής, ενώ θα μπορούσε να αποτελέσει σύμπτωμα κάποιου άλλου σοβαρού κινδύνου που ίσως να ελλοχεύει. Η διαπίστωση , της πολύ-παραγοντικής αιτιοπαθογένειας της νόσου σε συνδυασμό με τη χρόνια υποτροπιάζουσα μορφή, την υψηλή θνησιμότητα και τη δύσκολη θεραπευτική αντιμετώπιση, δημιούργησαν υπόβαθρο προκειμένου να υπάρξει πιο εμπειριστατωμένη μελέτη του φαινομένου. Έτσι, σύμφωνα με τον A. Crisp (1997) η ονομασία των διατροφικών διαταραχών, είναι παραπλανητική, καθόσον δεν πρόκειται για διαταραχές που αφορούν πρωταρχικά τη διατροφή και τις τυχόν υπάρχουσες ιδιοτροπίες των ανθρώπων για λεπτό και αδύνατο σώμα. Αντιθέτως, πρόκειται για σοβαρές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, όπου η ασιτία στην περίπτωση της ανορεξίας και αντίστοιχα η υπερφαγία στη βουλιμία αποτελούν συμπτώματα, που οφείλονται σε ψυχολογικές και συναισθηματικές δυσκολίες που βιώνει το άτομο. Εκφράζουν ασυνείδητα, έναν χειριστικό τρόπο του ατόμου αντιμετώπισης δυσεπίλυτων προβλημάτων που αντιμετωπίζει το άτομο, για τα οποία δεν διαθέτει επαρκή προετοιμασία. Η εστίαση στο φαγητό, τα υπερφαγικά επεισόδια ή ο περιορισμός στη πρόσληψη τροφής αμβλύνουν την έκθεση τους στα επώδυνα συναισθήματα, των οποίων η έκφραση και η διαχείριση με οποιοδήποτε άλλο τρόπο είναι ανέφικτη από το άτομο. Έτσι, οι διαταραχές διατροφής αναπαριστούν μια διαδικασία αποφυγής των δύσκολων και περίπλοκων συναισθημάτων που βιώνει ο ασθενής και φαίνεται να αποτελούν προσωρινή «λύση», με αποτέλεσμα όμως η διαταραχή σταδιακά να εξελίσσεται και να καταλήγει στο να καλύπτει και να σταματά ολόκληρη τη ζωή του ατόμου. Δεδομένου, λοιπόν, των καταστροφικών συνεπειών που επιφέρουν οι διατροφικές διαταραχές αλλά των δυσκολιών που παρουσιάζουν στην αντιμετώπιση τους, σημασία έχει η άμεση ανίχνευση (από οικογενειακούς ιατρούς, καθηγητές, φίλους) των συμπτωμάτων και η παραπομπή του ατόμου για θεραπεία. (Hoek 1993).

2.3 ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΗ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΗΜΙΑ

Η Ψυχογενής Ανορεξία, σύμφωνα με τη μελέτη του Silverman , η νόσος περιγράφεται το 1873, από τον William Gull στην Αγγλία και τον Charles Lasegue στην Γαλλία. Συγκεκριμένα, επισήμαναν 14 περιπτώσεις ατόμων που παρουσίαζαν επίμονη άρνηση λήψης τροφής, απώλεια βάρους έως απίσχνανσης, έντονη σωματική άσκηση και αμηνόρροια για το γυναικείο φύλο. Στις περιγραφές αυτές, δίνεται έμφαση στον ετοιμολογία της λέξης «νευρογενής» καθώς και κάποιες παράμετροι, που αφορούσαν

την ζωή των πασχόντων. Ο Gull μάλιστα εισήγαγε την ονομασία Anorexia Nervosa. Σε αναφορά με προηγούμενες περιγραφές έχουμε αυτή του Habermas, που περιέγραψε το 895 μ.Χ μία περίπτωση ανορεκτικής γυναίκας, και του Richard Morton ο οποίος περιέγραψε το 1694, δύο περιπτώσεις (ένα κορίτσι 18 ετών και ένα αγόρι 16 ετών) που παρουσίαζαν άρνηση λήψης τροφής, απίσχναση και λιμοκτονία και ταυτοχρόνως άρνηση οποιασδήποτε βοήθειας και θεραπείας. Απαρχές του 20ού αιώνα, κλινικοί ιατροί και ερευνητές όπως οι Charcot, Dubois, Fenwick και Janet η ψυχογενής ανορεξία αποδίδουν τη νόσο σε ψυχολογικά αίτια. Η ανατροπή επήλθε με την ανακάλυψη και περιγραφή του συνδρόμου της Υποφυσιακής ανεπάρκειας από τον Simmonds, το 1914, όπου εισήγαγε μια οργανική εξήγηση για τα αίτια της ψυχογενούς ανορεξίας. Η ψυχογενής αιτιολογία της νόσου και η απόδοση της σε ψυχογενής παράγοντες που δεν μπορούν να διευκρινιστούν επανήλθε στο προσκήνιο μετά το 1930, με τις περιγραφές των Ryle, Sheldon, Berkman και Venables, όπου παρατήρησαν νευροενδοκρινικές ανωμαλίες που βρέθηκαν σε ασθενείς με σημαντική απώλεια βάρους, άρνηση λήψης τροφής και δευτεροπαθής αμηνόρροια, είναι δευτεροπαθείς. Την ίδια χρονική περίοδο, αμφισβητείται η αποκλειστική κλινική οντότητα της ψυχογενούς ανορεξίας και θεωρείται ότι αποτελεί σύμπτωμα άλλων διαταραχών, όπως της υστερίας, της κατάθλιψης, των ψυχαναγκασμών και της σχιζοφρένειας. Κατά τις επόμενες δεκαετίες το ενδιαφέρον εστιάστηκε στην φαινομενολογία της νόσου, στη μελέτη της κλινικής εικόνας και της πορείας των συμπτωμάτων καθώς και στην μελέτη της οικογένειας των αρρώστων. Η εισαγωγή των πρώτων διαγνωστικών κριτηρίων και οργάνωση εξειδικευμένων μονάδων θεραπείας, ήρθε με τις περιγραφές της Hilde Bruch (νοσηρή και ακατανίκητη τάση για λεπτότητα, διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος), του Arthur Crisp (φοβική αποφυγή της ανάπτυξης και φόβος φυσιολογικού βάρους), του Gerald Russell (νοσηρός φόβος πάχυνσης) και του Minnuchin (οικογενειακή δυσλειτουργία), όπου κάθε ένας εξ' αυτών έδωσε και μια διαφορετική ερμηνεία στην εμφάνιση και εξέλιξη της διαταραχής. Έτσι, σταδιακά, περιγράφηκαν τόσο οι υποκατηγορίες του συνδρόμου, όπως ο περιοριστικός τύπος ανορεξίας ή ο τύπος με βουλιμικά συμπτώματα καθώς και κάποια χαρακτηριστικά των οικογενειών των αρρώστων (σύγχυση ρόλων, συγκρούσεις, υπερπροστασία). Το 1950, στις ΗΠΑ, ο Keys το 1950, στις ΗΠΑ, περιέγραψε τη ψυχοπαθολογία και τη κλινική βαρύτητα της αστίας, υπερασπίζοντας έτσι την άποψη, ότι η αιτία της ενδοκρινικής διαταραχής οφείλεται στην αστία και όχι το αντίθετο. Ακρογωνιαίο λίθο, στην ερευνητική μελέτη της νόσου υπήρξε από τον Russell, το 1979, με την περιγραφή της Ψυχογενούς Βουλιμίας, ως διακριτής κλινικής οντότητας (με χαρακτηριστικά όπως επεισόδια υπερφαγίας με απώλεια του

ελέγχου, αντισταθμιστικές συμπεριφορές με εμέτους και χρήση καθαρτικών και έντονο φόβο πάχυνσης σε γυναίκες με φυσιολογικό ,συνήθως, βάρος). Έκτοτε, αρχίζει η περίοδος όπου οι ψυχογενής διαταραχές διατροφής (Ψυχογενής Ανορεξία και Ψυχογενής Βουλιμία) αναγνωρίζονται ως κλινικές οντότητες, καταγράφονται στα ταξινομητικά συστήματα DSM και ICD με συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια. Ως προς την αιτιολογία της νόσου, εκεί φαίνεται να αποδίδεται σε πολύ-παραγοντικούς λόγους (Garner 1993). Ταυτόχρονα, έναρξη σημειώνουν και οι επιδημιολογικές μελέτες όπου ασχολούνται με τη μελέτη της συχνότητας των διαταραχών αυτών καθώς και την αντίχρεωση των παραγόντων που εμπλέκονται στην αιτιολογία τους.

2.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Εξαιτίας της πολύ-παραγοντικής αιτιοπαθογένειας και της ποικιλόμορφης συμπτωματολογίας που χαρακτηρίζουν τις διατροφικές διαταραχές οδήγησε το 1993 το Garner να επισημάνει τρεις βασικούς άξονες που εμπλέκονται στην εκδήλωση της νόσου, τους προδιαθεσιακούς , τους εκλυτικούς και τους επιβαρυντικούς. Σύμφωνα με τους προδιαθεσιακούς παράγοντες ,ο Bruch το 1982 υποστήριξε πως η συναισθηματική αστάθεια σε συνδυασμό με τους γενετικούς παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη ευαλότητας με αποτέλεσμα να δημιουργούν το υπόβαθρο εμφάνισης της διαταραχής υπό τη μορφή ανορεξίας ή βουλιμίας αντίστοιχα (Kaye 1995). Εντούτοις, οι ενδοκρινολογικές-βιολογικές ανωμαλίες που παρατηρούνται σε συνδυασμό με τη συννοσηρότητα άλλων ψυχιατρικών διαταραχών φαίνεται να εμπλέκονται στη ρύθμιση της πρόσληψης τροφής και της διάθεσης για εκδήλωση της νόσου (Kaye 1995), ενώ η ταυτόχρονη εμπλοκή οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων φαίνεται και αυτοί να δημιουργούν κίνητρα για την εκδήλωση της διαταραχής όπως αναφέρεται σε σχετικές μελέτες.(Yager 1982 ,Halmi 1991, Mumford 1991). Η ύπαρξη παραγόντων που διαιωνίζουν και διατηρούν την διαταραχή όπως, στην περίπτωση της νευρογενής ανορεξίας, αλλά και οι ψυχολογικές και φυσικές επιπτώσεις της ασιτίας σε συνδυασμό με την διαστρεβλωμένη εικόνα που έχουν οι ασθενείς σε σχέση με το σώμα τους, δημιουργούν ανισορροπία στην σίτιση του ατόμου και μοιραία οδηγείται στην εκδήλωση και ανάπτυξη της διαταραχής.(Rastam 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διατροφικές διαταραχές χωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες, τη Νευρογενή Ανορεξία και τη Νευρογενή Βουλιμία καθώς επίσης και άλλες άτυπες μορφές διαταραχών πρόσληψης τροφής οι οποίες δεν παρουσιάζουν τα κύρια χαρακτηριστικά των δύο βασικών. (Εμμανουηλίδου, Κ., 2011 και Morris, J., 2012) Η διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος και η έντονη ενασχόληση του ατόμου με τη τροφή και το βάρος αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών τα οποία συνδέονται με ένα ευρύ φάσμα ανεπιθύμητων ψυχολογικών, φυσικών και κοινωνικών συνεπειών. Ένα άτομο με διαταραχές πρόσληψης τροφής μπορεί να ξεκινήσει τρώγοντας μικρότερες ή μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού αλλά στην πορεία η ανάγκη του για περαιτέρω μείωση ή αύξηση της ποσότητας να είναι εκτός ελέγχου και να ακολουθείται συνήθως και από διορθωτικές τακτικές.

Οι διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνουν ακραίες συμπεριφορές, συναισθήματα και στάσεις απέναντι στο βάρος και το φαγητό. Ενώ τα συμπτώματα περιστρέφονται γύρω από το φαγητό, ωστόσο, τα αίτια έχουν να κάνουν κυρίως με συναισθηματικούς παράγοντες που βιώνει το άτομο και όχι αποκλειστικά με τη τροφή. Στην ουσία αποτελούν αντανάκλασεις δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα άτομα στη ζωή τους και τα οποία δεν μπορούν να διαχειριστούν. Η ανισορροπία που παρουσιάζεται στις τακτικές σίτισης έχουν ψυχολογική προέλευση τα άτομα που πάσχουν, είθισται, να δυσκολεύονται να λεκτικοποιήσουν τα συναισθήματά τους με αποτέλεσμα να στρέφουν τη προσοχή τους στη τροφή θεωρώντας πως αποκτούν, με τον τρόπο αυτό, τον έλεγχο του εαυτού τους. Ο περιορισμός και ο έλεγχος μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως ένα τρόπο διαχείρισης αισθημάτων τύπου θυμού, απογοήτευσης, ανασφάλειας και άγχους. (Εμμανουηλίδου, Κ., 2011) .

Παρότι, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής επηρεάζουν και τα δύο φύλα, φαίνεται πως το γυναικείο φύλο πλήττεται 2½ φορές περισσότερο από ότι το ανδρικό. Συνήθως, ξεκινούν κατά τη διάρκεια της εφηβείας ή στις αρχές της ενήλικης ζωής, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν μπορούν να παρουσιαστούν και σε οποιαδήποτε φάση στη ζωή του ατόμου. Αποτελούν επικίνδυνες συμπεριφορές για την υγεία καθώς χαρακτηρίζονται από ελλιπή, ακατάλληλη, ακανόνιστη ή υπερβολική λήψη τροφής. Η θεραπευτική προσέγγιση διαφέρει ανάλογα με το είδος της διαταραχής και είναι

σημαντικό για το άτομο να αναζητήσει ιατρική συμβουλή και θεραπευτική αγωγή όσο το δυνατό νωρίτερα προτού η διαταραχή δημιουργήσει σοβαρές σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες.

3.2 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

3.2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η νευρογενής ανορεξία, αναγνωρίστηκε ως νόσος για πρώτη φορά το 1873 από τον Άγγλο γιατρό William Gull ενώ ο Charles Laseque την περιέγραψε από κοινωνική και ψυχολογική σκοπιά. Κοινή διαπίστωση, υπήρξε, πως η νόσος αυτή παρουσιαζόταν συχνότερα σε άτομα που προέρχονταν από εύπορες κοινωνικές τάξεις. Επικράτησε η υπόθεση πως η ελλιπής οικογενειακή συναισθηματική στήριξη και οι συγκρούσεις μεταξύ γονέων και παιδιών σχετίζονταν με την εκδήλωση της διαταραχής αυτής και ήταν πιθανότερο νεαρά κορίτσια να οδηγηθούν στην άρνηση τροφής ως μια μορφή έκφρασης του συναισθήματος της απόρριψης το οποίο βιώνουν. Για το λόγο αυτό και προκειμένου να επιτευχθεί αποτελεσματική αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας προτεινόταν η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένειά του σε συνδυασμό με την επανασίτιση του (Epstein, 1990).

Το 1689 ο Richard Morton επισήμανε τις διάφορες ασθένειες που προκαλούν την απώλεια σωματικού βάρους και αποτέλεσε πρωτοπόρος της εποχής του καθώς διετέλεσε την πρώτη γαστρική ραφή που αφορά την νευρική ανορεξία, μια κατάσταση η οποία αναφέρεται ως "νευρική κατανάλωση" που ήταν αποτέλεσμα λυπημένης διάθεσης και αγχωτικών ανησυχιών. Ο Μόρτον είχε αποδώσει τη μελέτη του στην ενοχοποίηση φυσικών και σωματικών ασθενειών ως την αιτία της απώλειας σωματικού βάρους. Συγκεκριμένα δήλωσε: «και γι' αυτό θα έκρινα αυτή την κατανάλωση ως νευρική η οποία έχει την δική της θέση στην γενική συμπεριφορά του σώματος και ξεκινά από το νευρικό σύστημα που νοσεί».

Έπειτα, το 1764, ο Robert Whytt, καθηγητής Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο του Εδιμβούργου σε δημοσίευση βιβλίου του (Theory of Medicine), αναφέρει τις συνέπειες που δημιουργούν η απίσχναση του κορμιού και η ακανόνιστη σίτιση του ατόμου. Συγκεκριμένα, ο Whytt ήταν ο πρώτος που περιγράφει την βραδυκαρδία η οποία μοιραία οδηγεί στη λιμοκτονία.

Αρχές του 19ου αιώνα ο Dr. Louis-Victor Marse από το Παρίσι έγραψε τα εξής : «...μεταξύ των πολυάριθμων και ποικίλων μορφών δυσπεψίας υπάρχουν μερικές που πρέπει να προσελκύσουν την προσοχή των ψυχιάτρων εξαιτίας της ιδιαίτερης διανοητικής κατάστασης η οποία καθορίζεται με αυτόν τον τρόπο. Παρατηρούμε πως νέα κορίτσια κατά τη περίοδο της εφηβείας και έπειτα από μια γρήγορη φυσική ανάπτυξη έγιναν υποκείμενο της νευρογενής ανορεξίας, η διάρκεια της οποίας ξεπέρασε τα όρια. Σημειώνεται πως βίωναν έντονη αποστροφή για τη τροφή σε σημείο που κατέληγε στην ασιτία τους. Αυτό που τράβηξε το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας ήταν, πως οι ασθενείς φτάνουν σε μια παράτυπη πεποίθηση ότι δεν μπορούν ή οφείλουν να μην φάνε εξαιτίας της ανησυχίας που προκαλείται από την πέψη. Με άλλα λόγια η γαστρική αναταραχή γίνεται νευροεγκεφαλική αναταραχή. Σε περαιτέρω σχολιασμό του αναφέρει: Θα τολμούσα να πω ότι οι πρώτοι παθολόγοι οι οποίοι ασχολήθηκαν με αυτούς τους ασθενείς παρανόησαν την αληθινή κοινοποίηση αυτής της επίμονης άρνησης των τροφίμων πέρα από το να δούμε τη θέα μιας ξέφρενης ιδέας υποχονδριακής φύσης ασχοληθήκανε απλώς με την κατάσταση του στομαχιού και όρισαν, φυσικά, τα τονωτικά, το σίδηρο και την άσκηση καθώς και υδροθεραπείες με σκοπό να υποκινηθεί η δραστηριότητα των χωνευτικών λειτουργιών. Εντούτοις, προφανώς καθώς αυτά τα μέτρα θα μπορούσαν να εφαρμοστούν, ωστόσο αποδείχθηκαν ανεπαρκή σε κάθε περίπτωση όταν η πάθηση βρισκόταν σε προχωρημένο στάδιο. Δεν είναι έπειτα μόνο το στομάχι το οποίο απαιτεί προσοχή είναι η ξέφρενη ιδέα που αποτελεί εφεξής το σημείο αφετηρία, και στην οποία βρίσκεται η ουσία της ασθένειας. Οι ασθενείς δεν πάσχουν πλέον από δυσπεψία αλλά είναι παράφρονες. Αφετηρία στην μελέτη του φαινομένου της νευρογενής ανορεξίας υπήρξε ο Dr. William W. Gull ο οποίος στις 8 Αυγούστου 1868, σε ομιλία του δήλωσε: «αυτή τη στιγμή η διάγνωση μας είναι μια συνήθης οργανική διάγνωση η όποια προκύπτει από τη γνώση μας της ευθύνης των διάφορων οργάνων σε ιδιαίτερα σημεία του σώματος. Ως εκ τούτου, αποφεύγουμε το λάθος να υποθέσουμε την παρουσία μεσεντερικής ασθένειας στις νέες γυναίκες οι οποίες είναι ισχνές στον τελευταίο βαθμό λόγω της υστερικής απειψίας, εξαιτίας πιθανότητας παρουσίας κατάθλιψης έχοντας αποκλείσει προηγουμένως και την παρουσία φυματικών ασθενειών. Αυτή η συνοπτική δήλωση, ενώ παραμελήθηκε για τα επόμενα 5 χρόνια, ενσωματώθηκε βαθιά στην κλινική συνείδηση.

Κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα, νέες ανακαλύψεις έλαβαν χώρα και αποτέλεσαν επανάσταση σε ότι μέχρι στιγμής γνωρίζαμε για τη νευρογενή ανορεξία. Οι πρώτες αλλαγές πραγματοποιήθηκαν από τη Dr Hilde Brunch, από το Πανεπιστήμιο του Baylor στο Texas, η οποία υπήρξε πρωτοπόρος στη μελέτη της νευρικής ανορεξίας. Μέλημα της ήταν να εμβαθύνει στην ψυχή των ανορεκτικών ατόμων και να εντοπίσει κοινά σημεία στη συναισθηματική τους συμπτωματολογία. Ανέφερε τρεις βασικούς παράγοντες σύμφωνα με βάση τους οποίους μπορεί να αναγνωριστεί η νόσος: «... διαταραχή στην αναλογία της ψευδαίσθησης στην εικόνα για το σώμα αλλά και στην αντίληψη για το σώμα. Δεν δίνεται σημασία στην καχεξία και υπεραμυνόμεθα αυτής λες και είναι κάτι το φυσιολογικό και το σωστό αλλά και στο ότι αποτελεί τη μοναδική ασφαλή λύση στην οποία μπορούμε να καταφύγουμε για να καταπολεμήσουμε το λίπος αλλά και το πάχος. Η πραγματική ανορεξική εντοπίζεται από την εμφάνιση της που παραπέμπει σε σκελετό, από την άρνηση της να παραδεχθεί ότι δεν είναι φυσιολογική αλλά και από την προσπάθεια της να διατηρηθεί σε αυτή την κατάσταση». Ακόμα, αναφέρει «...διαταραχή στην ακρίβεια την αντίληψης ή της γνωσιακής ερμηνείας των ερεθισμάτων που δημιουργούνται στο σώμα, με αποτυχία αναγνώρισης των σημείων εκείνων της διατροφικής ανάγκης ως το πιο έκδηλο ελάττωμα. Η συνείδηση του αισθήματος της πείνας φαίνεται να απουσιάζει. Το σύνθημα του ασθενούς «δε χρειάζεται να φάω» μάλλον εκφράζει τι αισθάνεται και τι βιώνει τις περισσότερες φορές». Επίσης, «...μια αίσθηση αναποτελεσματικότητας που παραλύει και η οποία διαπερνά κάθε σκέψη και κάθε δραστηριότητα. Βιώνουν μόνο όταν δρουν σε απάντηση των απαιτήσεων που απορρέουν από άλλους ανθρώπους σε διάφορες καταστάσεις, και όχι επειδή κάνουν τα πράγματα που οι ίδιοι θέλουν». Έτσι, αποκτήθηκε κατά τον 20^ο αιώνα μια σχετική ιδέα για την ουσιαστική ψυχοπαθολογία των ασθενών αυτών και υπήρξε ένας σχετικός παραγκωνισμός όσο αφορά τις μελέτες που πραγματοποιήθηκαν κατά τα προηγούμενα 300 χρόνια στις οποίες η ασθένεια είχε γίνει ελάχιστα κατανοητή και είχε περιγραφεί με ποικίλους τρόπους ως «νευρική κατανάλωση» (Morton), «νευρική ατροφία» (Whytt), «υποχονδριακό ντελίριο» (Marce), «μορφή υστερίας που συνδέεται με την υποχονδρίαση» (Lasegue), «διαστροφή του εγώ» (Gull).

3.2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος έχει ελληνική προέλευση από το *άν* - (πρόθεμα που δηλώνει άρνηση) και το *ορεξις* (όρεξη) όπου σημαίνει έλλειψη της επιθυμίας του ατόμου να τραφεί. Η νευρογενή ανορεξία χαρακτηρίζεται από εσκεμμένη, αυτό-επιβαλόμενη ασιτία του ασθενή και από αισθήματα φόβου ότι θα παχύνει. Χάρη στο ατέρμονο κυνήγι της λεπτότητας το άτομο οδηγείται σταδιακά στην απίσχναση του κορμιού του ενώ παρατηρείται μια διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος και του βάρους συνοδευόμενο από ένα ευρύ φάσμα ανεπιθύμητων ψυχολογικών, φυσικών και κοινωνικών συνεπειών. Το άτομο μπορεί να ξεκινήσει περιορίζοντας αρχικά τη ποσότητα της τροφής η οποία μακροπρόθεσμα οδηγεί στην ανάγκη για περαιτέρω περιορισμό αυτής. Οι ασθενείς αποφεύγουν να τρώνε υπό την παρουσία άλλων, ζυγίζονται πολλές φορές μέσα στην ημέρα, λένε ψέματα για το τι έφαγαν, παραλείπουν γεύματα και τρέφονται με όλο και μικρότερες ποσότητες ενώ ταυτόχρονα αυξάνουν τις καύσεις θερμίδων μέσω εντατικής γυμναστικής ή χρήση χαπιών. (Γονιδάκης, Φ. & Βάρσου, Ε., 2008, Morris, J., 2012).

Η νευρογενή ανορεξία είναι μια περίπλοκη ψυχική διαταραχή με πολύ σοβαρές αρνητικές σωματικές και ψυχικές συνέπειες. Είναι ασθένεια που επηρεάζει τα άτομα σε όλα τα στάδια της ζωής τους ανεξαρτήτως ηλικίας , φύλου και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Χαρακτηριστικό της διαταραχής είναι η άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος, ο έντονος φόβος μήπως γίνει παχύς και η αλλοιωμένη σωματική εικόνα. Μέσω της μείωσης του σωματικού βάρους το άτομο βιώνει μια συναισθηματική ικανοποίηση διότι του δίνεται η αίσθηση ότι αποκτά πλήρη έλεγχο του εαυτού του. Η τροφή, η εικόνα του σώματος και οι έντονες ανησυχίες μπορούν να πάρουν μεγάλες διαστάσεις και να φτάσει το άτομο σε σημείο να τον απασχολεί για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, αφήνοντας ελάχιστο χρόνο για φίλους, δουλειά και άλλες δραστηριότητες που συνήθιζε να κάνει παλιότερα και τα οποία του προσέδιδαν απόλαυση. Για τον ανορεξικό ασθενή ποτέ δεν έχει σημασία το πόσο αδύνατος είναι διότι ποτέ δεν είναι αρκετό και συνεχώς η ανάγκη για περαιτέρω απώλεια βάρους είναι επιθυμητή και αναγκαία. Περιστατικά ασθενών αναφέρουν ότι καθώς στέκονται μπροστά στον καθρέπτη βλέπουν μία εικόνα διαφορετική από αυτή που είναι στην πραγματικότητα. Όσο περισσότερο αδυνατίζουν τόσο πιο παχύ βλέπουν τον εαυτό τους, βιώνοντας έτσι μια

διαστρεβλωμένη αντανάκλαση δηλαδή ένα είδος γνωστικής παραμόρφωσης.(Thompson, J.K. & Smolak, L., 2001).

Η λέξη «ανορεξία» θα λέγαμε πως είναι μάλλον «ατυχής» ή «αποπροσανατολιστική» διότι δεν αφορά μια διαταραχή της όρεξης, δεδομένου ότι η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνον αργά στην πορεία της νόσου και όταν πλέον έχει εγκατασταθεί πλήρως. Στην πλειοψηφία των ασθενών συνήθως συμβαίνει το αντίθετο·δηλαδή οι ασθενείς λιμοκτονούν & πολλές είναι οι περιπτώσεις που θα πρέπει να επιδείξουν μεγάλη αυτοσυγκράτηση για να υπερνικήσουν το αίσθημα της πείνας που τους διακατέχει .

Η σταδιακή απώλεια βάρους συνήθως επιτυγχάνεται με μείωση της προσλαμβανόμενης ποσότητας τροφής με δυσανάλογη ελάττωση των τροφίμων που είναι πλούσιοι σε υδατάνθρακες και λιπαρά , με αυτό-προκαλούμενο εμετό, με χρήση καθαρικών ή διουρητικών και με εξαντλητική άσκηση. Τα άτομα που πάσχουν από τη συγκεκριμένη διαταραχή αισθάνονται έντονα το αίσθημα της πείνας αλλά πάραυτα επιτρέπουν στους εαυτούς τους μόνο ελάχιστες μερίδες τροφής με μέση ,εκτιμώμενη, ημερήσια πρόσληψη θερμίδων να κυμαίνεται μεταξύ 600-800 θερμίδων ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις να επιδιώκεται και ολική αθρεψία.

3.2.2.1 ΒΑΣΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Στη μελέτη του φαινομένου παρατηρούμε δύο βασικούς τύπους ψυχογενούς ανορεξίας, τον περιοριστικό τύπο και τον τύπο καθαρισμού. Υπό τη μορφή του περιοριστικού τύπου, το άτομο ελαχιστοποιεί έντονα τη ποσότητα των τροφίμων που καταναλώνει ενώ χαρακτηριστικά η ποιότητα τους είναι φτωχή σε θερμίδες και σε συστατικά πολύτιμα για τη λειτουργία του οργανισμού με αποτέλεσμα να οδηγείται σταθερά και σταδιακά προς τον υποσιτισμό και τελικά την ασιτία. Μέσα στα πλαίσια του περιοριστικού τύπου εντάσσεται σε αρκετές περιπτώσεις και η ψυχαναγκαστική σωματική άσκηση η οποία σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να γίνει ιδιαίτερα κουραστική και επίπονη για το άτομο. Οι ασθενείς περιοριστικού τύπου χαρακτηρίζονται συχνά από ιδεοψυχαναγκαστικά φαινόμενα που σχετίζονται όχι μόνο με την τροφή και με παράγοντες που αφορούν διάφορους τομείς της ζωής τους. Αντίθετα, τα άτομα με ανορεξία τύπου υπερφαγίας/καθαρτικών έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά με πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία (και όχι ανορεξία). Διαπιστώνεται πως τα άτομα με αυτού του τύπου διαταραχή έχουν συνήθως παχύσαρκα μέλη στις οικογένειές τους, ενώ και οι ίδιοι έχουν ιστορικό μεγαλύτερου

σωματικού βάρους (πριν την εκδήλωση της διαταραχής) σε σχέση με τους πάσχοντες περιοριστικού τύπου. Οι πάσχοντες χαρακτηρίζονται από διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων και από έντονες διαταραχές προσωπικότητας. Στην ανορεξία καθαρικού τύπου το άτομο καταφεύγει σε κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής η οποία, όμως, στην πορεία ακολουθείται από έντονο αίσθημα ενοχών και τύψεων. Η απώλεια βάρους, στην περίπτωση αυτή, επιτυγχάνεται με προκλητό εμετό, με καθαρτικά, διουρητικά ή ενέματα μετά από ένα περιστατικό υπερφαγίας αλλά ακόμα και μετά τη λήψη μικρής ποσότητας τροφής. Ο πάσχων διατηρεί την αντίληψη πώς με τη χρήση σκευασμάτων ή μέσω του αυτό-προκαλούμενου εμετού μπορεί να επιτύχει απώλεια βάρους αλλά στην πραγματικότητα το μόνο που καταφέρνει είναι να δημιουργεί βλάβες στο πεπτικό και γαστρεντερικό του σύστημα.

Και στις δύο περιπτώσεις το άτομο έχει μια παραμορφωμένη εικόνα του σώματος του, θεωρώντας το υπέρβαρο ακόμα και αν στην πραγματικότητα πρόκειται για σώμα πλήρως αποσκελετωμένο που αποτελείται μόνο από δέρμα και οστά. Η ανάγκη για ελάττωση βάρους είναι διαρκής, επίμονη και αποκτά όλο και μεγαλύτερη δύναμη μέσα στο μυαλό αποτελώντας μια έμμονη ιδέα. Καταθλιπτικά συμπτώματα και άρνηση αποδοχής του προβλήματος είναι συχνά και στις δυο περιπτώσεις ανορεξίας. Πάραυτα, η ανάκτηση είναι δυνατή και εφικτή καθώς με την κατάλληλη θεραπεία και υποστήριξη το άτομο μπορεί να σπάσει το καταστροφικό μοτίβο που βιώνει και να ανακτήσει την υγεία και την αυτοπεποίθησή του.

3.2.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Στους ανορεξικούς ασθενείς υπάρχουν κάποια κοινά σημεία στην προσωπικότητα των όποιων τους κάνει πιο επιρρεπής στην ανάπτυξη της διαταραχής. Η τελειοθηρία, η φιλοδοξία, η ανάθεση υψηλών στόχων, η ανταγωνιστικότητα, τα επιτεύγματα αλλά και γενικότερα η όλη συμπεριφορά τους φαίνεται συμβάλλουν καταλυτικά στην εμφάνιση της διαταραχής. Συγκεκριμένα, μελέτες καταδεικνύουν πως ασθενείς που προέρχονται από υψηλότερα κοινωνικά στρώματα έχουν αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης ανορεξικών συμπεριφορών. Τα άτομα αυτά δείχνουν να έχουν την ανάγκη να γίνουν πολύ επιτυχημένα και δημοφιλή με οτιδήποτε και αν καταπιάνονται εξασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο την αποδοχή και την αναγνώριση από τους άλλους. Ιδιαίτερα, βιοματικές αφηγήσεις ασθενών αναφέρουν πως μετά την επέλαση

έντονων στρεσογόνων φάσεων σε συνδυασμό με την τελειοθηρική συμπεριφορά που τους χαρακτηρίζει ευνοήθηκε η εκδήλωση της διαταραχής. Ουσιαστικά, φαίνεται να διατηρούν μια αυταπάρνηση και μια δυσκολία έκφρασης βαθύτερων αρνητικών συναισθημάτων όπως αυτά του θυμού, της απογοήτευσης και της θλίψης και μια αποτρεπτική αδυναμία στην εκδήλωση τους σε ιδιαίτερα έντονες στιγμές της ζωής τους.

Πάντως, η χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση σε συνδυασμό με τη τελειομανία, την αναξιότητα και την αυστηρή κριτική που ασκούν οι ίδιοι στους εαυτούς τους φαίνεται να αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην αιτιολόγηση της εμμονής τους για ένα "σμιλεμένο και λεπτό σώμα" (Crisp, A.H., 1995). Δεδομένου της επικρατούμενης ιδέας προσπαθούν μέσω της τροφής να αποδείξουν την αξία τους και να ανεβάσουν τα επίπεδα της αυτοεκτίμησης τους με αποτέλεσμα να καταλήγουν να χρησιμοποιούν την τροφή ως μέτρο ελέγχου και απόδειξης των ικανοτήτων τους στους υψηλόβαθμους στόχους που οι ίδιοι θέτουν στους εαυτούς τους.

3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Το σήμα κατατεθέν της νευρογενούς ανορεξίας είναι η διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος σε συνάρτηση με μια έντονη επιθυμία για λεπτότητα. Η διαταραχή ξεκινάει με την ανάγκη του ατόμου να κάνει αρχικά μια ισορροπημένη διατροφή η οποία στη πορεία της νόσου θα εξελιχθεί σε μια πραγματικά αυστηρή δίαιτα. Υποδηλώνοντας την ανάγκη του ατόμου να μειώσει το στιγματισμό από την υποτιθέμενη παχυσαρκία, η νόσος μπορεί να εξελίσσεται και να αποκτά όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις. Η δίαιτα ακολουθείται από επαναλαμβανόμενους επαναπροσδιορισμούς στο βάρος-στόχος που θέτει κάθε φορά ο ασθενής καθώς η ανάγκη του για περαιτέρω "μίκραιμα" σώματος γίνεται όλο και πιο ισχυρή εξαιτίας της δύναμης που αντλεί από τον έλεγχο που αποκτά στο μυαλό μέσω της αυτοσυγκράτησης αλλά και στο κορμί του καθότι ο στόχος του είναι επιτεύξιμος.

Στα κλινικά κριτήρια, συγκαταλέγεται και το ότι ο ασθενής είθισται να ζυγίζεται αρκετές φορές μέσα στη μέρα και να υποβάλλει τον εαυτό του όχι μόνο σε μια αυστηρή δίαιτα αλλά και σε ένα εξαντλητικό ρυθμό εντατικής σωματικής δραστηριότητας ως μέσω προώθησης της συνεχιζόμενης απώλειας βάρους. Η εστίαση στη δραστηριότητα μπορεί να φτάσει σε επίπεδο που τα άτομα να αρνούνται να καθίσουν προκειμένου να μπορούν να επιτυγχάνουν όλο και περισσότερες καύσεις.

Η κοινωνική ζωή του, σταδιακά αρχίζει να μειώνεται και ο χρόνος του πλέον μονοπωλείται από εργασία, άσκηση και διαίτα. Συχνό, αλλά όχι γενικό κλινικό χαρακτηριστικό της ψυχογενούς ανορεξίας, είναι ότι τα ανορεξικά άτομα υπερεκτιμούν το μέγεθος του σώματος τους σημαντικά θεωρώντας, μάλιστα, να αποτελείται κυρίως από υψηλά ποσοστά συγκέντρωσης λίπους ακόμα και σε προχωρημένα στάδια απίσχνασης. Η διαταραχή αυτή, στην αυτοαντίληψη του σώματος, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με συναισθήματα μίσους και ανηδονίας του ατόμου προς το σώμα του και κυρίως προς τον ίδιο του τον εαυτό.

Πολλοί ασθενείς αναπτύσσουν ένα ψυχαναγκαστικό μοτίβο καθημερινότητας όπου αποτελείται από κανόνες σχετικούς με τη δραστηριότητα και τη τροφή τους, ακολουθώντας σε αρκετές περιπτώσεις, τακτικές διαχωρισμού των τροφών σε ομάδες με βάση τα θρεπτικά συστατικά και στην πραγματοποίηση μιας “μαγικής” κατηγοριοποίησης σε απαγορευμένες και μη απαγορευμένες τροφές.

Ενώ οι τακτικές αυτό-προκαλούμενου έμετου ή χρήσης καθαρτικών είναι χαρακτηριστικά της ψυχογενούς βουλιμίας, ωστόσο μια μειοψηφία ανορεξικών ασθενών μπορούν να παρουσιάσουν τέτοιου τύπου παρορμήσεις ακόμα και αν δεν είναι βουλιμικοί. Κλινικό κριτήριο νευρογενούς ανορεξίας είναι και τα μειωμένα επίπεδα συγκέντρωσης. Τα άτομα δυσκολεύονται να εστιάσουν τη διανοητική τους κατεύθυνση σε ένα συγκεκριμένο θέμα επατείας έλλειψης βιταμινών και σημαντικών συστατικών που λείπουν από τον οργανισμό εξαιτίας της αστίας και του αυτό-προκαλούμενου περιορισμού που υποβάλλουν στον οργανισμό τους.

Πέρα της περιορισμένης συγκέντρωσης παρατηρείται και ο χαρακτηριστικός διχοτομικός τρόπος σκέψης. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο συλλογισμό ο ασθενής στην επιδίωξη του να αποκτήσει πλήρη έλεγχο στη σκέψη και κατ επέκταση στο σώμα του, αναπτύσσει ένα μηχανισμό αυτοσυγκράτησης σύμφωνα με τον οποίο επικρατεί η “λογική” του όλα ή τίποτα. Ο συγκεκριμένος τρόπος συλλογισμού σχετίζεται με την ανησυχία που βιώνει ο ασθενής, την αδυναμία του να διατηρήσει μια θετική αισιόδοξη προς τη ζωή και τη στάση του να διατηρεί ένα γενικότερο πλαίσιο αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων θεωρώντας πως στη ζωή ισχύει το όλα ή το τίποτα. Σε σχέση με την ανορεξία, όλο αυτό το μοτίβο σκέψεων, οδηγεί στην υιοθέτηση της αντίληψης πως η αύξηση του βάρους, ακόμα και αν πρόκειται για κάποια γραμμάρια, συνεπάγεται απώλεια ελέγχου και προσωπική αποτυχία. Παρατηρείται, δηλαδή, μία συσχέτιση της τροφής και του βάρους με τις ενδοψυχικές και διαπροσωπικές πεποιθήσεις που αναπτύσσει το άτομο για τον εαυτό του. Αυτή η

αίσθηση της αυτοφιλυποψίας που δημιουργείται σχετίζεται και ορίζει με χαρακτηριστικό τρόπο τα βιολογικά σήματα πείνας και κορεσμού και τις συναισθηματικές εναλλαγές που βιώνει το άτομο.

Η ψυχογενής ανορεξία είναι ένα σύνδρομο που εκκολάπτεται από την ανάγκη του ατόμου για λεπτότητα η οποία ουσιαστικά προκλείεται από ενδότερες “πληγές” που βιώνει ο ασθενής. Τα αίτια της πάθησης είναι δύσκολο να γίνουν αντιληπτά τόσο από τον ασθενή αλλά και από τα άτομα που το περιβάλλουν με αποτέλεσμα η οποιαδήποτε επίσκεψη σε έναν θεράποντα γιατρό να οφείλεται κυρίως εξαιτίας κάποιας επίπτωσης της διαταραχής, όπως δυσκοιλιότητα από τη χρήση καθαρτικών, κατάθλιψη, άγχους, μυϊκών πόνων, αμηνόρροια για τις γυναίκες και όλο αυτό να απολέσει στην εξέλιξη της διαταραχής.

3.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Από τη δεκαετία του 60 άρχισαν να διατυπώνονται τα βασικά κριτήρια της νευρογενής ανορεξίας. Αυτά περιλαμβάνουν τη διαταραγμένη ενδοκρινολογική λειτουργία, τη ψυχοπαθολογία και τη συμπεριφορά του ασθενή. Συγκεκριμένα ο Russel το 1970 πρότεινε τρία βασικά κριτήρια για τη διάγνωση της νόσου. Το πρώτο αφορούσε το σχεδιασμό του ατόμου για μείωση σωματικού βάρους, το δεύτερο σχετίζεται με τη χαρακτηριστική ψυχοπαθολογία και το φόβο μην παχύνει και το τρίτο κριτήριο προερχόταν από τις ενδοκρινολογικές διαταραχές που προκαλούνταν από τη διαταραχή όπως η αμηνόρροια στις γυναίκες. Το 1994 το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Ένωσης διατύπωσε επισήμως τα τέσσερα βασικά κλινικά κριτήρια που παρουσιάζουν τα άτομα ψυχογενή ανορεξία.

Σύμφωνα με το DSMIV, είναι τα κάτωθι (APA, 1994): Α. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του. Δηλαδή το άτομο διατηρεί ή προσπαθεί να διατηρήσει ένα βάρος σώματος το οποίο είναι 85% του αναμενόμενου ή και μικρότερο. Κατά τη διάρκεια δε της περιόδου ανάπτυξης το άτομο δεν αποκτά το αναμενόμενο βάρος για την ηλικία και το ύψος του αλλά παραμένει σ' ένα βάρος που είναι 85% του αναμενόμενου ή και μικρότερο. Β. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό. Γ. Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει και αντιλαμβάνεται το βάρος και το σχήμα του

σώματος του. Το άτομο αρνείται τη σοβαρότητα της κατάστασης εξαιτίας του εξαιρετικά χαμηλού βάρους. Υπεραξιολογεί αδικαιολόγητα το βάρος και το σχήμα του σώματός του, όταν αξιολογεί τον εαυτό του. Δ. Σε γυναίκες εμμηνορρυσιακής ηλικίας, απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας, κατά ICD-10 είναι τα κάτωθι (Στεφανής και συν. 1993) : (α) Το σωματικό βάρος παραμένει τουλάχιστον 15% κάτω από το αναμενόμενο (είτε λόγω απώλειας είτε επειδή ποτέ δεν επιτεύχθηκε) ή ο δείκτης της σωματικής μάζας είναι 17,5 ή λιγότερο. Σε ασθενείς προεφηβικής ηλικίας, μπορεί να παρατηρείται αδυναμία να επιτευχθεί η επιδιωκόμενη για την ηλικία αύξηση του σωματικού βάρους. (β) Η απώλεια βάρους προκαλείται με την αποφυγή «παχυντικών τροφών» ή με αυτοπροκαλούμενους έμετους, αυτοπροκαλούμενες κενώσεις με καθαρτικές ουσίες, υπερβολική σωματική άσκηση, χρήση φαρμάκων κατασταλτικών της όρεξης ή διουρητικών. (γ) Παραμόρφωση της εικόνας του σωματικού εγώ υπό τη μορφή ειδικής ψυχοπαθολογίας, κατά την οποία ο φόβος του πάχους επιδιάρκει ως παρεμβλητή, υπεραξιολογούμενη ιδέα και ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του χαμηλό επίπεδο σωματικού βάρους. (δ) Υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή, του υποθαλαμο- υποφυσιογοναδικού άξονα εκδηλούμενη στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας. (Προφανής εξαίρεση αποτελεί η επίμονη κολπική αιμορραγία σε ανορεκτικές γυναίκες, οι οποίες λαμβάνουν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης, συνηθέστατα υπό τη μορφή του αντισυλληπτικού χαπιού.) Δυνατόν επίσης να υπάρχουν αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης και κορτιζόλης, μεταβολές στον περιφερικό μεταβολισμό των θυροειδικών ορμονών και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης. (ε) Εάν η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας τοποθετείται στην προεφηβική ηλικία η διαδοχή των διαφόρων γεγονότων της ήβης καθυστερεί ή αναστέλλεται (η ανάπτυξη του ατόμου διακόπτεται) ενώ με την ανάρρωση, η ανάπτυξη επανέρχεται φυσιολογικά, αλλά η εμμηνορρυσία καθυστερεί.

Κλινικά χαρακτηριστικά ,αποτελούν ακόμη, και το ότι οι ασθενείς αρνούνται να φάνε μαζί με τις οικογένειες τους ή δημόσια, κι αυτό γιατί τις περισσότερες ενέργειες της διαταραγμένης πρακτικής τους για λέπτυνση οι τακτικές και οι επιδιώξεις τους παραμένουν κρυφές. Έπειτα, σε αρκετές περιπτώσεις οι πάσχοντες χάνουν την αυτοκυριαρχία τους στην ελεγχόμενη λήψη τροφής με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν υπερφαγικά επεισόδια κυρίως τις βραδινές ώρες, τα οποία στην πορεία προσπαθούν να τα διαχειριστούν με αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή με λήψη καθαρτικών και

διουρητικών. Πάραυτα έχουν παρατηρηθεί και κάποιες άτυπες συμπεριφορές που ακολουθούν οι ασθενείς σχετικά με τη τροφή όπως να κρύβουν φαγητό μέσα σε τσέπες, σε πετσέτες, σε τσάντες ή κατά τη διάρκεια των γευμάτων να κόβουν σε πολύ μικρά κομμάτια την τροφή και να καθυστερούν αρκετά να καταναλώσουν το γεύμα τους ενώ παράλληλα να αποφεύγουν οποιοδήποτε σχολιασμό που θα μπορούσε να χαρακτηρίσει τις πράξεις αυτές μη φυσιολογικές.

Σύμφωνα με τα δυο βασικά κριτήρια του Russell απεικονίζεται η έντονη διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και στην ανυποχώρητη επιδίωξη λεπτότητάς που σε συνδυασμό με τον παράλογο φόβο του πάχους οδηγεί το άτομο σε ένα σκόπιμο αυτό-επιβαλλόμενο περιορισμό της προσλαμβανόμενης ποσότητας τροφής έτσι ώστε να οδηγείται σε σταδιακή απώλεια βάρους και τελικά στην απίσχναση, καθώς πλέον προοδευτικά έχει οδηγηθεί σε κατάσταση λιμοκτονίας. Σχετικές αναφορές εστιάζουν στην οπτική εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του, η οποία δεν ανταποκρίνεται στη πραγματικότητα. Υπάρχουν περιπτώσεις που ενώ πρόκειται για ένα αποσκελετωμένο σώμα εντούτοις ο ασθενής αντιλαμβάνεται την εικόνα ενός παχύ ατόμου.

Οι ανορεκτικοί ασθενείς εξαιτίας της έντονης ψυχικής ευαισθησίας που βιώνουν παρουσιάζουν ένα πλήθος από ψυχολογικές διαταραχές οι οποίες χρησιμοποιούνται ως κριτήρια της πάθησης. Έτσι εκδηλώσεις άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικών ή καταναγκαστικών πράξεων πλαισιώνουν τη νόσο και επιδρούν καταλυτικά στη κοινωνική απόσυρση αλλά και σε άλλες πτυχές στη λειτουργικότητα του ατόμου όπως αϋπνία, ευερεθιστικότητα και καχυποψία. Η συναισθηματική κατάσταση που βιώνει ο πάσχων είναι ιδιαίτερα ασφυκτική και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε αυτοκτονικές τάσεις. Μην ξεχνάμε πως η νευρογενή ανορεξία είναι μια ψυχική νόσος και τα αίτια της οφείλονται σε ψυχολογικούς κυρίως παράγοντες.

3.5 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Στη ψυχογενή ανορεξία παρατηρείται μια πλειάδα επιπτώσεων οφειλούμενης στην απίσχναση του κορμιού και εξαιτίας της αυτό-επιβαλλόμενης στέρησης του οργανισμού από πολύτιμα συστατικά. Για το γυναικείο φύλο, η συστηματική απώλεια βάρους που φτάνει σε βαθμό ασιτίας σε συνδυασμό με την απουσία της έμμηνης ρύσης στις γυναίκες έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση οστεοπενίας ενώ σε αρκετές

περιπτώσεις φτάνει και στο στάδιο οστεοπόρωσης. Αδυναμία, αίσθηση κόπωσης και απώλεια μυϊκής μάζας είναι σημάδια που καταδεικνύουν τη ταλαιπωρία που υπόκεινται ο οργανισμός από τη μείωση της προσλαμβανόμενης ποσότητας τροφής . Στη συμπτωματολογία των επιπτώσεων που παρουσιάζουν οι πάσχοντες είναι το στεγνό και κιτρινωπό δέρμα από έλλειψη βιταμινών, η λέπτυνση των μαλλιών και των νυχιών, οι δερματίτιδες, η μελαγχρωτική κνίδωση, το ερύθημα και ο κνησμός. Αξιοπερίεργο αποτελεί η ανάπτυξη lanugo, δηλαδή η δημιουργία χνουδιού, το οποίο αποτελεί έναν αμυντικό μηχανισμό προκειμένου ο οργανισμός να ανταποκριθεί στην σημαντική απώλεια λίπους και να μπορέσει να διατηρήσει το σώμα ζεστό. Η χαμηλή αρτηριακή πίεση, επιπροσθέτως, σε συνδυασμό με την ελαχιστοποίηση του λίπους στο σώμα μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές καρδιακές επιπλοκές, όπως ατροφία του μυοκαρδίου. Στην περίπτωση που έχουμε να κάνουμε με τον καθαρτικό τύπο ψυχογενούς ανορεξίας εκεί παρατηρούμε κυρίως γαστρεντερικά προβλήματα από τη χρήση καθαρτικών και τον αυτό-προκαλούμενο έμετο. Η δυσκοιλιότητα, η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, η διαταραχή των ηλεκτρολυτών, η τερηδόνα, οι πρησμένοι σιελογόνοι αδένες, το κοιλιακό φούσκωμα, το οίδημα και οι διάρροιες αποτελούν κάποια από αυτά τα συμπτώματα.

Εξάλλου, θα υποστηρίζαμε πως η ποικιλομορφία των επιπτώσεων της διαταραχής οφείλεται στο αυτοκαταστροφικό χαρακτήρα που σχετίζεται με τη νόσο. Αντιλαμβανόμαστε, πως ο ανορεξικός ασθενής χρήζει ιατρικής και ψυχολογικής υποστήριξης διότι τα αίτια της ασθένειας έχουν τη βάση τους σε ψυχολογικούς παράγοντες. Η έγκαιρη αναγνώριση των προειδοποιήσεων που προμηνύουν την ανάπτυξη της νόσου είναι επιτακτική και χρήζει άμεσης ιατρικής και ψυχολογικής υποστήριξης προκειμένου να επιτευχθεί ανάκαμψη και βελτίωση των συμπτωμάτων και να οδηγήσουν στην αποθεραπεία του ατόμου.

3.6 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η σπουδαιότητα της σωστής διάγνωσης στη περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι πολύ σημαντική και οφείλει να πραγματοποιείται από ένα ικανό επαγγελματία γιατρό. Η διαφορική διάγνωση χαρακτηρίζεται από περιπλοκότητα εξαιτίας της άρνησης των ατόμων να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της διαταραχής, όπου, σε συνδυασμό με την μυστικότητα που τους διαβάλλει λόγω των περίεργων διατροφικών τελετουργιών που ακολουθούν και την αντίσταση τους να αναζητήσουν βοήθεια

δημιουργούν έντονα προβλήματα τόσο ως προς την αναγνώριση αλλά και ως προς την αντιμετώπιση της νόσου. Η ύπαρξη ποικίλων ιατρικών παθήσεων, όπως για παράδειγμα, οι ορμονικές ανισορροπίες και οι νευροεκφυλιστικές ασθένειες, που μπορούν να ταυτιστούν με την ύπαρξη κάποιας ψυχιατρικής νόσου καθιστούν δύσκολη τη διάγνωση της διαταραχής και δυσχεραίνουν τον άμεσο συσχετισμό της νόσου με το μηχανισμό της απώλειας βάρους αλλά και των συναφή σκέψεων του αρρώστου σχετικά με το σώμα και το βάρος του.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον ψυχίατρο γιατρό Richard Hall, ορισμένες ιατρικές παθήσεις παρουσιάζονται υπό τη μορφή ψυχολογικών συμπτωμάτων όπως αυτό της κατάθλιψης με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να αναγνωρίσει κάποιος της σωματικές δυσλειτουργίες με γνώμονα τα συμπτώματα που παρουσιάζονται. Επομένως, ο θεράπων ιατρός οφείλει βεβαιωθεί και να αποκλείσει την ύπαρξη κάποιας άλλης τυχάιας σωματικής νόσου που μπορεί μεν να είναι υπεύθυνη για την απώλεια βάρους, την κατάθλιψη, τους έμετους, τις διαταραχές ύπνου αλλά να μην είναι η αιτία της ανάπτυξης της διαταραχής. Μελέτες συγκρίνουν και τονίζουν τις ομοιότητες που παρουσιάζουν οι δύο πιο ύπουλες “μάστιγες” της σύγχρονης κοινωνίας, αυτή της καταθλιπτικής διαταραχής και αυτή της νευρογενής ανορεξίας. Συγκεκριμένα, τα αισθήματα θλίψης καθώς οι διαταραχές της όρεξης που εμφανίζει ένα καταθλιπτικό άτομο, μπορούν να διαστρεβλώσουν την κλινική εικόνα του ασθενούς και τελικά να οδηγηθούμε σε λανθασμένη ιατρική γνωμάτευση. Παρά τις ομοιότητες που υπάρχουν μεταξύ των δύο διαταραχών, η ειδοποιός διαφορά έγκειται στο ότι, στους ανορεξικούς ασθενείς συναντάμε μια έντονη υπερκινητικότητα η οποία είναι προμελετημένη και ιεροτελεστική σε συνδυασμό με μια υπερβολική ενασχόληση με τη διατροφή, το θερμιδικό περιεχόμενο και τη προετοιμασία γευμάτων, ενώ, στις περιπτώσεις των καταθλιπτικών διαταραχών δεν παρατηρούνται φόβοι που σχετίζονται με το βάρος και το σχήμα του σώματος ούτε διαστρεβλωμένη εικόνα όπως συναντάται στη νευρογενή ανορεξία.

Διαφοροποίηση επίσης πρέπει μεταξύ της ψυχογενούς ανορεξίας και της δυσμορφικής διαταραχής του σώματος η οποία επηρεάζει ένα ποσοστό του πληθυσμού. Η διαταραχή δυσμορφίας σώματος χαρακτηρίζεται από ένα μηρυκασμό πάνω σε ένα μειονέκτημα του σώματος που είναι υπαρκτό ή αντιληπτό αποκλειστικά μόνο από το πάσχοντα. Είναι μια χρόνια και συνάμα εξαντλητική πάθηση που μοιραία μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε κοινωνική απομόνωση και οξεία καταθλιπτική διάθεση. Το ζήτημα τίθεται στο γεγονός πως σε αρκετές περιπτώσεις η

σωματοποιημένη διαταραχή έχει διαγνωστεί ως ψυχογενή ανορεξία εξαιτίας των κοινών σημείων που παρουσιάζουν οι δύο διαταραχές. Παρότι σπάνιο, έχουν υπάρξει περιπτώσεις ασθενών που έχουν διαγνωσθεί με την ύπαρξη και των δύο διαταραχών. Κατά γενική ομολογία, όμως, η απώλεια βάρους στη σωματοποιητική διαταραχή δεν είναι τόσο σοβαρή όσο στη νευρογενή ανορεξία, ούτε ο πάσχων παρουσιάζει νευρωτικό φόβο ότι θα γίνει υπέρβαρος, όπως συμβαίνει στη ψυχογενή ανορεξία.

Ουτοπικές παραμένουν, οι ιδέες της σχιζοφρενικής ψύχωσης που θέλουν να παρουσιάζουν μια συσχέτιση της πάθησης με τη συμπεριφορά του ατόμου με τη τροφή και το θερμιδικό περιεχόμενο αυτής. Γενικά, υποστηρίζεται πως παρατηρείται μικρή ενασχόληση του πάσχοντα με τη διατροφή ενώ δεν εμφανίζεται έντονη ανησυχία σχετικά με το βάρος όπως στους ανορεξικούς ασθενείς. Συγκεκριμένα, οι σχιζοφρενείς άρρωστοι παρότι διατηρούν ασυνήθιστες τακτικές στη πρόσληψη τροφής, ωστόσο, δεν πληρούν το σύνδρομο της ψυχογενούς ανορεξίας.

Η αποσαφήνιση της συμπτωματολογίας της νόσου είναι σημαντική και χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και μεθοδικότητας καθώς ο διχασμός που παρουσιάζει η κλινική εικόνα του αρρώστου μπορεί να οδηγήσουν σε λανθασμένη ιατρική διάγνωση. Η διαφοροδιάγνωση, είναι αναγκαία στην άμεση διάκριση των συμπτωμάτων προκειμένου να επιτευχθεί η αναγνώριση και θεραπεία της νόσου.

3.7 ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Στη νευρογενή ανορεξία δεν υπάρχει ένας μοναδικός εργαστηριακός έλεγχος που να καθορίζει και να επιβεβαιώνει την ύπαρξη της διαταραχής. Η παρουσία επιπλοκών εξαρτάται κυρίως από εξατομικευμένους παράγοντες κάθε ασθενούς, τον βαθμό απώλειας βάρους και την χρονιότητα της νόσου (Miller et al.2005, Mitchell et al.2006). Ενώ η πλειονότητα των επιπτώσεων είναι αναστρέψιμες μετά την ανάκτηση του βάρους, ωστόσο, κάποιες άλλες όπως η οστεοπόρωση (NICE, 2010) και ορισμένα ελλείμματα στις γνωστικές λειτουργίες μπορεί να παραμείνουν ως ένα βαθμό και μετά την αποκατάσταση της σίτισης του ατόμου (Kingston et al.1996, Fonville et al.2014). Μέσω του εργαστηριακού ελέγχου επιτυγχάνεται η ανεύρεση διάφορων ενδοκρινολογικών ανωμαλιών που δημιουργούνται από τον υποσιτισμό και την αυτοστέρηση που υποβάλλει ο ανορεξικός ασθενής. Ακολουθείται μια διαλογική δοκιμασιών όπως αιματολογική εξέταση (Complete Blood Count) για τον έλεγχο των λευκών και ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων, που βοηθούν στον

εντοπισμό διάφορων λειτουργικών δυσλειτουργιών, όπως η λευκοκυττάρωση, η λευκοπενία, η θρομβοκυττάρωση και η αναιμία, οι οποίες είναι αποτελέσματα του υποσιτισμού.

Έπεται η εξέταση των ηλεκτρολυτών ορού, της αμυλάσης, της κρεατίνης κινάσης, του ήπατος, της σεκριτίνης-χολοκυστοκινίνης και της ορθής λειτουργίας του θυρεοειδή αδένος. Στον έλεγχο που πραγματοποιείται, ο κλινικός ιατρός μπορεί να εντοπίσει μειωμένα επίπεδα γλυκόζης ορού, μη καταστολή της κορτιζόλης, υποκαλιαιμία, υπερχοληστερολαιμίας ενώ συχνά παρατηρούνται και προβλήματα καρδιακών επιπλοκών όπως βραδυκαρδία και υπόταση. Στην πορεία, μέσω ηλεκτροκαρδιογράφηματος μετράται η ηλεκτρική δραστηριότητα της καρδιάς για τον εντοπισμό τυχόν επιπλοκών όπως η υπερκαλιαιμία, ενώ με το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα πραγματοποιείται έλεγχος στην ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου για την ύπαρξη ανωμαλιών όπως που σχετίζονται με υποφυσιακούς όγκους.

Για τις γυναίκες πραγματοποιούνται πιο εξειδικευμένες εξετάσεις που αφορούν τον έλεγχο των ορμονών στις οποίες οφείλεται η αμηνόρροια και αναζητούνται τα αίτια εμφάνισης της διαταραχής στο αναπαραγωγικό γυναικείο σύστημα ως αποτέλεσμα της πείνας, του υποσιτισμού και των τακτικών καθαρισμού που μπορούν να δημιουργήσουν επιπλοκές στην λειτουργική ομαλότητα.

3.8 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΗΜΙΑ

3.8.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η βουλιμία σύμφωνα με τις πρώτες διατυπώσεις, κατά την περίοδο 400-500 π.χ, περιγραφόταν ως ένδειξη αδηφαγικής πείνας. Στα πλαίσια της συμπτωματολογίας της νευρογενούς ανορεξίας, η βουλιμία παρατηρήθηκε από το Gull το 1870. Εν συνεχεία και για τα επόμενα 60 χρόνια υπήρξαν διάφορες αναφορές και επισημάνσεις και αρκετές παραλληλίσσεις με τη ψυχογενή ανορεξία. Εμπεριστατωμένες έρευνες άρχισαν να πρωτοεμφανίζονται αρχές της δεκαετίας του 1940 με την περιγραφή του Ludwig Binswanger's της Ellen West. Όταν ο Bruch επανεξέτασε εκ νέου τις επισημάνσεις του, αρχές του 1970, διαπίστωσε πως λιγότερο από 25 τις εκατό των ανορεξικών ασθενών βίωσαν βουλιμία. Έπειτα από το 1980 και μετά, και ενώ το ήμισυ των ανορεξικών ατόμων παρουσίασαν βουλιμικά επεισόδια, η προσοχή των

επιστημόνων στράφηκε προς τη μελέτη της συγκεκριμένης διαταραχής. Έτσι, ο Gerald Russell περιέγραψε μια ομάδα προσώπων τα οποία ένοιωθαν πως παρουσίαζαν μια παραλλαγή του συνδρόμου, τη νευρογενή βουλιμία. Το επόμενο έτος και με την τρίτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου ψυχικών διαταραχών, καταγράφονται πλέον και τα διαγνωστικά κριτήρια της βουλιμίας ως ξεχωριστό από την ανορεξία σύνδρομο. Στην τρίτη έκδοση η ψυχογενής βουλιμία και ανορεξία είχαν ταξινομηθεί ως διαταραχές, εμφανής, συνήθως στη πρώτη βρεφική ηλικία, την παιδική ηλικία αλλά και την εφηβεία.

3.8.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΗΜΙΑΣ

Η νευρογενής βουλιμία αποτελεί μια σοβαρή, δυνητικά απειλητική για τη ζωή του ανθρώπου διατροφική διαταραχή. Μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα σε μια ποικιλία ιατρικών διαταραχών ή ένα συστατικό από τη συμπτωματολογία που παρουσιάζει η νευρογενής ανορεξία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και το ICD-10 η ψυχογενής βουλιμία είναι σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας και από υπερβολική υπεραπασχόληση του ατόμου με τον έλεγχο του βάρους και το σχήμα του σώματος. Οι ασθενείς κατά τη διάρκεια ενός υπερφαγικού επεισοδίου καταπίνουν μεγάλες ποσότητες τροφής, πλούσια σε θερμιδικό περιεχόμενο και λιπαρά, τόσο που σε ορισμένες περιπτώσεις ισοδυναμούν με την συνολική ημερήσια προσλαμβανόμενη ποσότητα. Η απώλεια ελέγχου που συνεπάγεται ένα υπερφαγικό επεισόδιο οδηγεί στη γέννηση ενοχών και τύψεων με αποτέλεσμα το άτομο να καταλήγει μοιραία σε αντισταθμικές πράξεις, όπως αυτοπροκαλούμενο εμετό, χρήση καθαρτικών ή διουρητικών, νηστεία, υπερβολική άσκηση ή ακόμα και συνδυασμό όλων αυτών των συμπεριφορών. (Μάνος Ν, 1988) Ουσιαστικά, πρόκειται για ένα φαύλο κύκλο καθώς το άτομο νιώθει ανήμπορο να αποτρέψει τόσο τις βουλιμικές κρίσεις όσο και τις τεχνητές εκκενώσεις στομάχου. Υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών όπου οι διορθωτικές πράξεις επιδιώκονται ακόμα και στην κατανάλωση μικρής ποσότητας τροφής. Ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της βουλιμίας έχει διαμορφωθεί από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία σύμφωνα με την οποία, ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα 2 παρακάτω στοιχεία: 1. Το άτομο τρώει μέσα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (π.χ μέσα σε 2 ώρες) ποσότητα τροφής πολύ μεγαλύτερη από εκείνη που θα έτρωγαν οι περισσότεροι

άνθρωποι στο ίδιο χρονικό διάστημα και κάτω από παρόμοιες συνθήκες και 2.Υπάρχει η αίσθηση απώλειας του ελέγχου στην ποσότητα της τροφής που καταναλώνει το άτομο ενώ στην εξέλιξη του επεισοδίου το άτομο νιώθει πολλές ενοχές, θυμό και αηδία για τον εαυτό του. Ο κύκλος της υπερφαγίας και του καθαρισμού μπορεί να συμβεί από αρκετές φορές την εβδομάδα έως και πολλές φορές μέσα στην ίδια την ημέρα. Αυτές οι συμπεριφορές μπορούν να γίνουν επίμονες και ανεξέλεγκτες με την πάροδο του χρόνου και να οδηγήσουν σε ανάπτυξη έμμονης ιδέας με το φαγητό ,σε σκέψεις σχετικά με τη τροφή, την απώλεια βάρους, τη διαίτα και την εικόνα του σώματος.

Με βάση τον 3ο Άξονα του ICD-10 , η ψυχοπαθολογία της ψυχογενούς βουλιμίας εκφράζεται ως νοσηρός φόβος πάχυνσης. Ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του ένα αυστηρά καθορισμένο όριο σωματικού βάρους πολύ κάτω από το προσιτό επίπεδο, το οποίο αποτελεί το άριστο, ή σύμφωνα με τη γνώμη του γιατρού συμβατό με την υγεία σωματικού βάρους. Στο ιστορικό του ασθενούς, συχνά αλλά όχι πάντα αναφέρονται επεισόδια υπερφαγίας.

Σε αντίθεση με τη νευρογενή ανορεξία που είναι μία εμφανής διαταραχή λόγω της υπερβολικής απώλειας βάρους, η βουλιμία δύσκολα μπορεί να εντοπιστεί διότι η αντισταθμιστική συμπεριφορά του ατόμου οδηγεί στη διατήρηση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα (Εμμανουηλίδου, Κ., 2011), ενώ, συνήθως η βουλιμική συμπεριφορά πραγματοποιείται στα κρυφά, εξαιτίας της ντροπής και της αηδίας που βιώνει το άτομο .

Οι λόγοι ανάπτυξης της διαταραχής είναι πολυπαραγοντική, διαφοροποιημένη ανά άτομο και εμπεριέχει αιτίες που αφορούν σε γενετικούς παράγοντες σε συνδυασμό με τις περιβαλλοντικές, κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες που επικρατούν. Ιδιαίτερη βαρύτητα, ωστόσο, αποδίδεται στην ύπαρξη ψυχολογικού υπόβαθρου για την ανάπτυξη της νόσου καθότι η κοινωνική πίεση, οι αρνητικές σχέσεις μέσα στην ίδια την οικογένεια, η κακή εικόνα του εαυτού, η έλλειψη αυτοπεποίθησης, η μη επικοινωνία, καθώς και η μοναξιά, συμβάλουν ενεργά προς αυτή την κατεύθυνση.

3.8.3 ΒΑΣΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΒΟΥΛΗΜΙΑΣ

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια, DSM-IV, η νευρογενής βουλιμία διακρίνεται σε δύο βασικούς τύπους, το καθαρτικό και το μη καθαρτικό τύπο, σύμφωνα με τη βασική συμπτωματολογία που παρουσιάζει η περίπτωση του ασθενή. Στο καθαρτικό τύπο το άτομο ακολουθεί τακτικές που αφορούν την "απελευθέρωση" του σώματος από τη τροφή που καταναλώθηκε κατά τη διάρκεια ενός υπερφαγικού επεισοδίου, προτού αυτή μεταβολιστεί και αποθηκευτεί στον οργανισμό με τη μορφή λίπους. Στο μη καθαρτικό τύπο, ο ασθενής να μην μπορεί να αποφύγει τη χρήση σκευασμάτων και τον αυτοπροκαλούμενο έμετο, ωστόσο, θα προσπαθήσει μέσω άλλων τρόπων να εμποδίσει την αύξηση βάρους. Έτσι, καταφεύγει σε τακτικές νηστείας ή εναλλακτικά σε εντατική και υπερβολική άσκηση η οποία πολλές φορές την αποκαλούμε και ως άσκηση βουλιμίας. Εξαιτίας του ότι αυτές οι προσπάθειες "απελευθέρωσης" από τις επιπλέον θερμίδες επικαλύπτονται από τον ασθενή συνήθως στις βιβλιογραφίες αναφέρεται ως κάθαρση χωρίς να προσδίδει ιδιαίτερο ρόλο η μέθοδος που ακολουθεί ο πάσχων.

3.9 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ενώ το κάθε άτομο αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα, σε ορισμένες κατηγορίες διαταραχών, όπως αυτή της νευρογενής βουλιμίας, παρουσιάζονται ομοιότητες και κοινά σημεία ως προς τη προσωπικότητα των ατόμων που νοσούν, τα οποία προϋπάρχουν πριν ακόμη εκδηλωθεί η νόσος.

Χαμηλή αυτοεκτίμηση, ανεπαρκείς συναισθήματα, αναξιότητα και αισθήματα ανασφάλειας που βιώνει ο ασθενής αποτελούν κοινά χαρακτηριστικά στην προσωπικότητα των βουλιμικών ατόμων και φαίνεται να πυροδοτούν την ανάπτυξη της διαταραχής ως μέσω διαχείρισης της αρνητικότητας που αισθάνονται. Η ανάγκη για κοινωνική αποδοχή και αναγνώριση φτάνουν σε σημείο να τους κάνουν τελειομανείς και τελειοθηρικούς και να βάζουν υψηλούς και ανέφικτους στόχους. Όλη αυτή η ψυχολογική πίεση και φθορά που αυτουποβάλλονται καταλήγει στην τελειωτική απώλεια ελέγχου των πράξεων τους που οδηγεί σε υπερφαγικά επεισόδια προκειμένου να βρουν λίγη προσωρινή ανακούφιση. Συνήθως στα βουλιμικά άτομα επικρατεί το σκεπτικό του όλα ή τίποτα. Η αντίληψη αυτή δημιουργεί ένα διχασμό

στο μυαλό του ασθενή μεταξύ της υπερφαγίας και της στέρησης. Αυτός ο τρόπος σκέψης τον οδηγεί είτε στην κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας τροφής, είτε στην πείνα με αποτέλεσμα όταν τρώνε να διακατέχονται από αρνητικές σκέψεις όχι μόνο για το είδος της τροφής που καταναλώνουν αλλά και για το ο,τι τρώνε. (Fairburn C, 1995) .

Η ανησυχία για το σώμα και το βάρος, η ανάγκη για λεπτότητα και η αρνητική εικόνα του σώματος αποτελούν και αυτά κοινά χαρακτηριστικά των ατόμων με βουλιμία. Οι ασθενείς διακατέχονται από έναν επίμονο φόβο μην παχύνουν και σε συνδυασμό με τα παραπάνω αυξάνεται η πεποίθηση και η επιθυμία τους να χάσουν κιλά. Η ανάγκη αυτή τους οδηγεί στην υιοθέτηση παράδοξων και υπερβολικών τακτικών αδυνατίσματος και στέρησης με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε "κραιπάλες". Ιδιαίτερα, σε ότι αφορά το γυναικείο φύλο εκεί παρατηρούνται διαφορετικοί μέθοδοι ελέγχου της εμφάνισης τους, είτε φορώντας φαρδιά ρούχα για να κρύψουν κάποιες ατέλειες του κορμιού τους είτε αποφεύγοντας να αντικρίσουν τους εαυτούς τους στον καθρέφτη. Έτσι οι τελειοθηρικές σκέψεις, οι ανησυχίες για το σώμα, την εμφάνιση και το βάρος πυροδοτούν την ανάγκη για δίαιτα, την πρόκληση εμετού και τη χρήση ουσιών ως μέσω επίτευξης της εξιδανικευμένης λεπτότητας. (Fairburn Chr,1995)

Οι βουλιμικοί ασθενείς συχνά διακατέχονται από αισθήματα αμφιβολίας και καχυποψίας ενώ ταυτόχρονα δυσκολεύονται να εμπιστευτούν άλλα άτομα. Η δυσπιστία που εκφράζουν απορρέει από το φόβο αποτυχίας και μη αποδοχής από το κοινωνικό περίγυρο. Όλο αυτό καταλήγει στην αποφυγή φιλικών συναναστροφών και δραστηριοτήτων και ουσιαστικά οδηγούνται στο κοινωνικό αποκλεισμό. (Johnson C, Mary E. Connors, 1987)

3.10 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Στη νευρογενή βουλιμία όπως και στην ανορεξία συναντάμε μια ψυχολογική ανησυχία του ατόμου και έναν έντονο φόβο ότι θα παχύνει. Η διατήρηση νοσηρών πεποιθήσεων και αντιλήψεων που σχετίζονται με το σώμα και το βάρος αποτελούν χαρακτηριστικά κριτήρια της διαταραχής. Η βουλιμία σαν διαταραχή είναι πιο συχνή σε σχέση με την ανορεξία και εμφανίζεται σε άτομα με ιστορικό παχυσαρκίας, είτε είχαν κάποια υπερφαγικά επεισόδια και ακολούθησε χρήση καθαρτικών και πρόκληση έμετου ή εμφάνισαν βουλιμικές τάσεις μετά τον χρονική πάροδο της ανορεξίας. Κλινικό κριτήριο της διαταραχής είναι τα χαρακτηριστικά αισθήματα

“αηδίας “και “αποστροφής” που βιώνει το άτομο σε σχέση με το σώμα του και τα οποία είναι εντονότερα εν σύγκριση με αυτά του ανορεξικού ασθενή, καταλήγουν σε υπερφαγικά επεισόδια προκειμένου να καταπραΰνει για λίγα μόνο λεπτά όλα αυτά τα συναισθήματα. Οι ασθενείς περιγράφουν συχνά μια αίσθηση παροξυσμού που ενδέχεται να τους οδηγήσει στην κατανάλωση έως και 5000 θερμίδων μέσα σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Έπειτα ακολουθείται δυσφορία, ενοχές και τύψεις και καταφεύγουν στην πρόκληση εμετού και χρήσης ουσιών προκειμένου να κατευνάσουν το άγχος της στιγμής εξαιτίας της κραιπάλης. Αυτός ο επαναλαμβανόμενος κύκλος κραιπάλης και καθαρισμού είναι η αιτία πολλών επιπλοκών στην λειτουργία του οργανισμού.

Κλινικό κριτήριο και ακρογωνιαίο λίθο για τη διάγνωση της διαταραχής αποτελούν οι υπερφαγίες και οι διορθωτικές πράξεις, οι οποίες περισσότερο οδηγούν στην απώλεια υγρών από το σώμα παρά στην απώλεια θερμίδων. Πάραυτα, ακραίες τακτικές περιορισμού θερμίδων μπορούν να ακολουθηθούν μεταξύ διαδοχικών επεισοδίων οι οποίες ωστόσο πυροδοτούν την πρόκληση κάποιας κραιπάλης εξαιτίας της στέρησης που υποβάλλουν οι ασθενείς στους εαυτούς τους.

Η ψυχογενής βουλιμία, ως διαταραχή, καλύπτει ένα ευρύ φάσμα στη ψυχοπαθολογία. Για μερικούς ασθενείς η νόσος μπορεί να αντικατοπτρίζει μια γενικότερη αδυναμία διαχείρισης αισθημάτων θυμού, άγχους, θλίψης, μοναξιάς και πόνου, ενώ, για άλλους να αποτελεί πτυχή των παρορμήσεων και των απαιτήσεων που θέτουν στους εαυτούς τους. Η δυσλειτουργία ωστόσο που προκαλείται από τη διαταραχή είναι αφορμή για τη δημιουργία και υιοθέτηση τεχνικών προκειμένου να εκπληρώσουν την ανάγκη για έλεγχο.

Η κατάθλιψη εφάπτεται των διατροφικών διαταραχών καθώς η πείνα και η στέρηση προκαλούν αλλαγές σε κοινωνικό, συναισθηματικό και γνωστικό επίπεδο. Σε αρκετές περιπτώσεις, προτού η διαταραχή εμφανιστεί υπάρχουν ενδείξεις υψηλού ποσοστού μείζονος καταθλιπτικής διάθεσης, που συνεχίζεται ακόμα και μετά την ανάκτηση του ατόμου.

Σε αντίθεση με την ανορεξία οι ασθενείς είναι πιο πρόθυμοι να απαλλαγούν από τα συμπτώματα της νόσου και προφανώς είναι διατεθειμένοι να αναζητήσουν βοήθεια. Ο θεράπων ιατρός καλείται να κάνει σωστή εκτίμηση στη κλινική συμπτωματολογία που παρουσιάζει ο ασθενής προκειμένου να του παραχθεί κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση.

3.11 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΗΜΙΑΣ

Όπως στη νευρογενή ανορεξία έτσι και στη βουλιμία υπάρχουν κάποια συγκεκριμένα κριτήρια που σηματοδοτούν την ύπαρξη της διαταραχής. Οι τρεις βασικές συνιστώσες που απαρτίζουν τα κριτήρια της νόσου, τα διατύπωσε πρώτος ο Russell και αναφέρονται αρχικά στη κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής εξαιτίας ισχυρών και δυσεπίλυτων παρορμήσεων που βιώνουν οι πάσχοντες, έπειτα στην ανάγκη να απαλλαγούν από την θερμιδική επιβάρυνση καταφεύγουν στην υιοθέτηση διορθωτικών πράξεων όπως έμετους, χρήση καθαρτικών και διουρητικών ή ακόμα και τα δύο ταυτόχρονα. Η τελευταία συνιστώσα αφορά την έντονη ανησυχία σχετικά με τον φόβο μην παχύνουν. Στην πορεία των χρόνων, τα κριτήρια αυτά υπέστησαν διάφορες τροποποιήσεις με σημαντικότερη να πραγματοποιείται το 1994 από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Ένωσης όπου συμπληρώνοντας την αναφορά του Russell, ενσωματώνει άλλες δύο σημαντικές συνιστώσες. Επίσημα τα διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας κατά DSM-IV αναφέρονται ως εξής:

A. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα: (1) την κατανάλωση, σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε 2 ώρες), μιας ποσότητας τροφής, η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις (2) την αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην υπερφαγία κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. ένα αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει)

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

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

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

Συμπερασματικά, λοιπόν, κατά τη μελέτη της διαταραχής παρατηρήθηκε απροθυμία των ασθενών να τρώνε σε δημόσιους χώρους ή μπροστά σε άλλους ενώ παράλληλα συνήθιζαν να επισκέπτονται το μπάνιο μετά τη κατανάλωση γεύματος προκειμένου να αποβάλλουν την τροφή που κατανάλωσαν. Η ενασχόληση με την άσκηση φάνηκε να είναι συχνή ενώ η ανησυχία τους σχετικά με το σχήμα του σώματος έχοντας την εικόνα ενός παχύ ατόμου είναι από τα πλέον πιο συνηθισμένα συμπτώματα. Η μεγάλη ποσότητα τροφής που μπορεί να καταναλώσει ο πάσχον σε συνδυασμό με την απουσία ελέγχου τον οδηγούν στη ανάγκη χρήσης ακατάλληλων αντισταθμικών μέσων προκειμένου να απαλλαγούν από τις τύψεις που προκαλούν οι κραιπάλες. Έμετοι, καθαρτικά, διουρητικά, νηστεία και έντονη δραστηριότητα αποτελούν ορισμένες ενέργειες που κατευνάζουν τις τύψεις και τις ενοχές που δημιουργούν τα βουλιμικές στιγμές. Προϋπόθεση για τη διάγνωση της διαταραχής είναι η ύπαρξη των επαναλαμβανόμενων επεισοδίων για διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών.

Οι ειδικοί δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην ποσότητα τροφής που καταναλώνεται κατά τη διάρκεια ενός υπερφαγικού επεισοδίου, στην υποκειμενική συναισθηματική κατάσταση που βιώνει ο πάσχον αλλά και την ανάγκη του για κατανάλωση μεγάλων όγκων τροφής και συνήθως αλλά όχι πάντα σε γρήγορο ρυθμό. Το άτομο αδυνατώντας να διαχειριστεί τα ποικίλα συναισθήματα που τον φορτίζουν καταφεύγει στην κατανάλωση τροφής προσδίδοντας έτσι μια προσωρινή ανακούφιση. Στην πορεία όμως εξαιτίας της σωματικής δυσφορίας και του φόβου ότι θα παχύνει οδηγείται στην κάθαρση με αποτέλεσμα να μπαίνει σε έναν φαύλο κύκλο κραιπάλης και κάθαρσης. Ουσιαστικά ο ασθενής χρησιμοποιεί την τροφή ως μέσο για να ελέγξει και να μετριάσει τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνει.

3.12 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

Τα επαναλαμβανόμενα υπερφαγικά επεισόδια και οι ακόλουθες διορθωτικές πράξεις που συναντώνται στη νευρογενή βουλιμία είναι η αιτία δημιουργίας οργανικών και συναισθηματικών επιπτώσεων στη ζωή του ατόμου. Προβλήματα στο στομάχι, τον οισοφάγο στα δόντια και στη λειτουργία της καρδιάς είναι μερικά από τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει ο πάσχον. Κλινικό κριτήριο της διαταραχής είναι τα χαρακτηριστικά αισθήματα “αηδίας” και “αποστροφής” που βιώνει το άτομο σε σχέση με το σώμα του και τα οποία είναι εντονότερα εν συγκρίσει με αυτά του ανορεξικού ασθενή, καταλήγουν σε υπερφαγικά επεισόδια προκειμένου να

καταπραΐνει για λίγα μόνο λεπτά όλα αυτά τα συναισθήματα. Παράλληλα, παρατηρείται χρόνια φλεγμονή και πρησμένοι σιελογόνοι αδένες στη περιοχή του λαιμού και του σαγονιού ενώ η φθορά του σμάλτου και το λέκκιασμα των δοντιών από τα όξινα γαστρικά υγρά που εκρήγνυνται κατά τη διάρκεια των εμετών αποτελούν πολύ συχνό φαινόμενο. Επίσης στις επιπτώσεις εμπεριέχονται παλινδρομική διαταραχή, φούσκωμα, χρόνια και ακανόνιστη εντερική δραστηριότητα, αστάθεια στους βιοχημικούς δείκτες του σώματος καθώς και σοβαρή αφυδάτωση από τους έμετους και τις καθαρτικές τεχνικές που χρησιμοποιεί ο ασθενής. Η στέρηση του οργανισμού από σημαντικά δομικά συστατικά για τη λειτουργία είναι η αιτία για συμπτώματα όπως μυϊκές κράμπες μούδιασμα στα χέρια ή στα πόδια, ξηρό δέρμα, τριχόπτωση καθώς επίσης και κάλους ή ουλές στα χέρια και στις αρθρώσεις από τις επιδιώξεις για πρόκληση εμετού. Πυρήνας στην συμπτωματολογία της βουλιμίας είναι και οι επιπλοκές που δημιουργούνται στο αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας καθότι δημιουργείται ακανόνιστη ορμονική λειτουργία και ανωμαλίες στην έμμηνο ρύση.

3.13 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV η ψυχογενής βουλιμία πρέπει να διαφοροποιείται ως προς τη διάγνωση από άλλες παθήσεις όπως είναι το σύνδρομο Klein- Levin ή οι διαταραχές του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα . Η διαφοροδιάγνωση καλείται να αναγνωρίσει τις λεπτές αυτές διαφορές που ξεχωρίζουν ανάμεσα στις παρόμοιες παθήσεις από εκείνη της νευρογενούς βουλιμίας.

Η διαφορική διάγνωση, στην περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει συμπτώματα υπερφαγίας και καθαρτικές συμπεριφορές με ταυτόχρονη ύπαρξη ανορεξικής διαταραχής δίνει ως επιπρόσθετη διάγνωση τη νευρογενή βουλιμία. Αν το άτομο, όμως, παρουσιάζει επεισόδια υπερφαγίας – κάθαρσης, αλλά δεν πληροί όλα τα κριτήρια για ψυχογενή ανορεξία τύπου υπερφαγίας-κάθαρσης, (π.χ βάρος φυσιολογικό, εμμηνορρυσία φυσιολογική) τότε υπόκειται στην κρίση του κλινικού να βγάλει τη διάγνωση ψυχογενής ανορεξία τύπου υπερφαγίας κάθαρσης ή τη διάγνωση ψυχογενούς βουλιμίας.

Η διαφορική διάγνωση στις νευρολογικές παθήσεις αποτελούν μια άλλη παράμετρος που θα ληφθεί υπόψιν του κλινικού ιατρού καθώς υπάρχουν σύνδρομα όπως αυτό του Klein- Levin στο οποίο υπάρχει βουλιμική συμπεριφορά, αλλά δεν συνάπτεται έντονη

ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος. Το σύνδρομο Klein Levin χαρακτηρίζεται από υπερυπνία, η οποία έχει διάρκεια 2-3 βδομάδες, εμφανίζεται συχνότερα στο αντρικό φύλο και κυρίως κατά την εφηβική ηλικία (Μάνος Ν, 1988). Επίσης, και το σύνδρομο Kliver Bucy χαρακτηρίζεται από ακανόνιστες διαιτητικές συνήθειες, καταναγκαστική συμπεριφορά γλειψίματος ή δαγκώματος και εξέτασης των αντικειμένων με το στόμα εξαιτίας της απάθειας και της οπτικής αγνωσίας του πάσχον (Βάρσου Ελευθερία, 2000).

Η μείζον καταθλιπτική διαταραχή με άτυπα στοιχεία συνοδεύεται από επεισόδια υπερφαγίας αλλά δεν ακολουθείται από αντισταθμιστική συμπεριφορά, ούτε επίμονη ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος (Μάνος Ν, 1988). Ενώ, η γενικότερη ύπαρξη ανωμαλιών στη προσωπικότητα του ατόμου που συνακολουθούν τις διαταραχές λήψης τροφής με ταυτόχρονη εξάρτηση του αλκοόλ και διάπραξη μικρών αδικημάτων φαίνεται να διαφοροποιούνται από την ύπαρξη ψυχογενούς βουλιμίας. (Σολδάτος, Μαυρέας 1992).

Σύμφωνα με μελέτες, οι ανεξέλεγκτες υπερφαγίες που ακολουθούνται πράξεις ανάκλησης παρατηρούνται περίπου στο 30% στη νευρογενή ανορεξία, ενώ, οι ανησυχίες για το σώμα και το βάρος είναι εμφανές και στην ψυχογενή βουλιμία και στην ψυχογενή ανορεξία. Η διαφοροδιάγνωση επομένως είναι σημαντική καθώς η ύπαρξη επιπλέον διαταραχών που φέρουν συμπτώματα βουλιμίας μπορούν να παρεκκλίνουν από τη σωστή κλινική εξέταση και να οδηγήσουν σε λανθασμένη γνωμάτευση.

3.14 ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Στη μακροπρόθεσμη πορεία των συνεπειών της νευρογενής βουλιμίας στη σωματική υγεία του ατόμου περιλαμβάνονται οι μεγάλες διακυμάνσεις στο βάρος το οποίο φαίνεται να σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με την εκδήλωση του διαβήτη τύπου-II (Herpertz et al.2001, Crow et al.2001). Τα επαναλαμβανόμενα υπερφαγικά επεισόδια καθώς και οι τακτικές κάθαρσης που συνάδουν τη διαταραχή μπορούν να οδηγήσουν σε ηλεκτρολυτικές διαταραχές και σε μια ποικιλία από δυσλειτουργίες εξαιτίας των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής του πάσχοντα. Μολονότι, τα αποτελέσματα ενός εργαστηριακού ελέγχου σε ένα βουλιμικό ασθενή μπορεί να μην είναι τόσο εμφανή, ωστόσο, μια ποικιλία δυσλειτουργιών μπορούν να ανευρεθούν κατά την εξέταση του ατόμου. Ακόμα και στο ενδεχόμενο που ο ασθενής παρουσιάζει φυσιολογικό βάρος, ο

ιατρός οφείλει να ελέγξει τα επίπεδα των ηλεκτρολυτών και τη λειτουργία του θυρεοειδή αδένος καθώς ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει μη καταστολή στο test-καταστολής δεξαμεθαζόνη εξαιτίας των αυτοπροκαλούμενων έμετων και καθαρτικών που λαμβάνει στην προσπάθεια του να απαλλαγεί από τις τύψεις και τις ενοχές που του δημιουργούν οι κραιπάλες. Στον εργαστηριακό έλεγχο μπορεί να ανιχνευθεί υπομαγνησισαιμία και υπερασβεστιασμία ενώ για τις γυναίκες συχνό σύμπτωμα είναι οι διαταραχές της έμμηνου ρύσης με βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό τη δευτεροπαθή αμηνόρροια.

3.15 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

3.15.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Επιδημιολογία είναι η επιστήμη που μελετά την κατανομή και την εξέλιξη διαφόρων νοσημάτων ή χαρακτηριστικών στον ανθρώπινο πληθυσμό και των παραγόντων που τον διαμορφώνουν ή τον επηρεάζουν, εξετάζοντας τα χαρακτηριστικά που συνδέονται τόσο με τον περιβαλλοντικό όσο και με το γενετικό έλεγχο. Αντικείμενο της επιδημιολογίας αποτελεί η περιγραφική κατανομή των παραγόντων που επηρεάζουν τον πληθυσμό όπως για παράδειγμα ηλικία, φύλο, φυλή, γεωγραφική περιοχή και επάγγελμα αλλά και τις αιτίες που προκαλούν ασθένειες ή αλλαγές στον ανθρώπινο πληθυσμό.

Οι επιδημιολογικές έρευνες των διατροφικών διαταραχών στηρίζονται σε δυο βασικούς παράγοντες, στον επιπολασμό και στις επιπτώσεις της διαταραχής. Με τον όρο επιπολασμός εννοείται ο ακριβής αριθμός των περιστατικών μιας ασθένειας σε μια δεδομένη χρονική στιγμή ή στη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου. Αντίθετα, με τον όρο επίπτωση περιγράφεται ο αριθμός των περιπτώσεων μιας νόσου, που εμφανίζεται στη διάρκεια μιας ορισμένης χρονικής περιόδου και αφορά τον αριθμό των νέων περιπτώσεων. Η νόσος περιγράφεται κυρίως από τη συχνότητα εμφάνισης, το χρόνο διάρκειας και την εξέλιξη της.

Οι εκτιμήσεις του επιπολασμού των διατροφικών διαταραχών παρουσιάζουν έντονες διακυμάνσεις ωφελούμενες στο γεγονός ότι τα διάφορα ευρήματα που εμφανίζονται εξαρτώνται από τον ορισμό μιας υπόθεσης αλλά και από τη μέθοδο της δειγματοληψίας και του πληθυσμού από τον οποίο προέρχεται το συγκεκριμένο δείγμα.

3.15.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Από τις πρώτες μελέτες που έχουν διεξαχθεί διαπιστώνεται πως οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται κυρίως τα πρώτα χρόνια της εφηβικής ηλικίας χωρίς αυτό να σημαίνει ότι τα ποσοστά δεν είναι εξίσου σημαντικά και στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Η νευρογενής βουλιμία και ανορεξία αφορά νόσο που πλήττει κυρίως το γυναικείο φύλο καθώς είναι 8-9 φορές συχνότερη στις γυναίκες από ότι στους άντρες. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ απέδειξε πως η υπερφαγία με στοιχεία ψυχαναγκασμού εμφανίζεται περίπου με την ίδια συχνότητα και σε γυναίκες και σε άνδρες (1,5:1) με ποσοστά να κυμαίνονται γύρω στο 5% του πληθυσμού ενώ η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί την 3η σε συχνότητα εφηβική νόσος. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής κάθε χρόνο 10 περίπου εκατομμύρια γυναίκες και 1 εκατομμύριο άντρες δίνουν μάχη με τη ζωή εξαιτίας κάποιας μορφής διατροφικής διαταραχής. Ενδεχομένως ο αριθμός να είναι μεγαλύτερος αλλά εξαιτίας της μυστικότητας και της ντροπής που καταβάλλει τα άτομα, πολλά περιστατικά είναι πιθανόν να μην είναι καταγεγραμμένα ή ακόμα και να μην έχουν αναφερθεί. Ο Hoek το 1993 μέσω επιδημιολογικών ερευνών τονίζει ότι συχνά η νευρογενής βουλιμία δε γίνεται αντιληπτή από γενικούς θεραπευτές, αν και είναι η πιο κοινή ψυχιατρική πάθηση (Gilbert S, 2000). Ταυτόχρονα, σύμφωνα με έρευνα, πολλά άτομα είναι δυσαρεστημένα με την εικόνα του σώματος τους και ταλανίζονται από υποκλινικές διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές. Πιο συγκεκριμένα, η ίδια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική, αποδεικνύει ότι 80% των γυναικών δηλώνουν δυσαρεστημένες με την εικόνα του σώματος τους (Smolak, 1996) ενώ παράλληλα σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2003 από τους Hoek και van Hoeken διαπιστώθηκε πώς: Το 40% των πιο πρόσφατων περιστατικών ανορεξίας απαντάται σε κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών. Σταδιακά ,από το 1935 έως το 1989, η συχνότητα εκδήλωσης νευρογενούς ανορεξίας σημείωνε όλο και μεγαλύτερη αύξηση, ιδίως σε γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών. Κάθε επόμενη δεκαετία μετά το 1930, η συχνότητα εκδήλωσης νευρογενούς ανορεξίας σε νεαρές γυναίκες ηλικίας 5-19 ετών σημείωνε, επίσης, σημαντική άνοδο. Κατά την περίοδο 1988 – 1993, η συχνότητα εμφάνισης νευρογενούς βουλιμίας σε γυναίκες ηλικίας 10-39 ετών τριπλασιάστηκε. Η πλειονότητα των ατόμων με σοβαρές διαταραχές πρόσληψης τροφής δεν δέχονται την απαιτούμενη περίθαλψη καθώς μόλις το ένα τρίτο των ανορεξικών ατόμων

ακολουθούν θεραπευτική αγωγή και μόνο το 6% των ατόμων με βουλιμία.

Να σημειώσουμε πως στην περίπτωση της νευρογενούς ανορεξίας ο επιπολασμός της διαταραχής κυμαίνεται μεταξύ 0,9% έως 2,2% στο γυναικείο πληθυσμό, ενώ η συχνότητα εμφάνισης της στον ανδρικό πληθυσμό είναι τουλάχιστον 10 φορές μικρότερη από αυτή των γυναικών, διαπιστώνοντας έτσι πως πρόκειται ουσιαστικά για μια καθαρά γυναικεία πάθηση. Σύμφωνα με τις επιδημιολογικές μελέτες, ο επιπολασμός και η επικράτηση της ανορεξίας φαίνεται να αυξάνεται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια ενώ αντίθετα η ηλικιακή κλίμακα τείνει να μικραίνει καθώς ο επιπολασμός της διαταραχής κατά τη διάρκεια της εφηβείας βρέθηκε 0,8-1,7% (Stice et al. 2013b, Smink et al. 2014). Η αύξηση αυτή, όμως, μπορεί να οφείλεται στη διαπίστωση της ύπαρξης της νόσου μέσω της άμεσης εξακρίβωσης των διαγνωστικών κριτηρίων και όχι απαραίτητα στην αύξηση των κρουσμάτων.

Στη νευρογενή βουλιμία, αντίστοιχα, σύμφωνα με σύγχρονες μελέτες ο επιπολασμός στο γυναικείο πληθυσμό υπολογίζεται στο 1,5-2,3% (Hudson et al. 2007, Keski-Rahkonen et al. 2009). Το 1/3 του ποσοστού αυτού, διαγιγνώσκεται από υπηρεσίες υγείας ακόμα και στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες. Όπως ακριβώς στη νευρογενή ανορεξία, έτσι και στη περίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας έχουμε να κάνουμε με μία διαταραχή που εμφανίζεται κυρίως στο γυναικείο φύλο, με αναλογία γυναικών-ανδρών 10:1. Παρουσιάζεται συνήθως στην εφηβική φάση και τη νεαρή ενήλικη ζωή, σε ηλικία μεταξύ 16-24 ετών. Γι' αυτό το λόγο ο επιπολασμός της, κατά τη διάρκεια της εφηβείας είναι 0,8-2,6% (Stice et al. 2013b, Smink et al. 2014) και είναι μικρότερος σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες ηλικίες αλλά μεγαλύτερος εν συγκρίσει με αυτό της ψυχογενούς ανορεξίας στην εφηβεία (0,3%) (Swanson et al. 2011). Τα περιστατικά της ψυχογενούς βουλιμίας φαίνεται να αυξάνονται σταθερά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες αλλά όπως και στην περίπτωση της ανορεξίας, αυτό μπορεί να οφείλεται στην άμεση εξακρίβωση λόγω βελτίωσης της διαγνωστικής ικανότητας (Smink et al., 2012). Ωστόσο, με βάση τα μέχρι σήμερα διεθνή επιδημιολογικά δεδομένα, η ψυχογενής βουλιμία συναντάται συχνότερα στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες και γι' αυτό θεωρείται ότι οφείλεται κυρίως σε πολιτισμικούς παράγοντες (Keel & Klump 2003).

Οφείλουμε να αναφερθούμε στο γεγονός πως οι έρευνες τείνουν να προσανατολίζονται περισσότερο στο γυναικείο φύλο δεδομένου της υψηλής συγκέντρωσης περιστατικών που παρατηρούνται, χωρίς αυτό να σημαίνει πως

αποκλείουμε το αντρικό φύλο. Συγκεκριμένα, αναφορικά με το ποσοστό επικράτησης της ψυχογενούς βουλιμίας στους άνδρες θα υποστηρίξουμε πως δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες, διότι έχει δοθεί μεγαλύτερο ενδιαφέρον στις γυναίκες, στις οποίες τα ποσοστά είναι συγκριτικά μεγαλύτερα. Σύμφωνα με τον Andersen η έναρξη των διατροφικών διαταραχών στους άνδρες παρατηρείται α) πριν την εφηβεία, β) στην εφηβεία και γ) στην ενήλικη ζωή. Οι Carlat και Camargo (1991) εξέτασαν τη βιβλιογραφική έρευνα μεταξύ του 1966 και 1990 και διαπίστωσαν ότι επηρεάζει περίπου το 0,2% των έφηβων αγοριών και των νεαρών ενήλικων ανδρών και πως το 15% από το σύνολο των βουλιμικών ατόμων που εντοπίστηκαν σε κοινοτικές μελέτες ήταν άντρες. Τα υπερφαγικά επεισόδια, όμως, δεν μπορούν εύκολα να αναγνωριστούν στους άνδρες διότι οι μεγάλες ποσότητες τροφής που καταναλώνει, είναι λιγότερο πιθανό να τραβήξει την προσοχή, σε σχέση με μια γυναίκα. Παράλληλα, οι πιθανότητες ανάπτυξης διαστρεβλωμένης εικόνας για τον εαυτό τους είναι λιγότερο πιθανή εν συγκρίσει με τις γυναίκες οι οποίες εύκολα μπορούν να θεωρήσουν τον εαυτό τους παχύ και να καταφύγουν στην εφαρμογή κάποιας δίαιτας. Ενώ οι γυναίκες επιδιώκουν σχολαστικά ένα αδύνατο και καλλίγραμμα σώμα, οι άνδρες αντίθετα, ασχολούνται κυρίως με το σχήμα και το βάρος του σώματος τους και συνήθως η επιθυμία για απώλεια βάρους κυριαρχεί στους ομοφυλόφιλους άνδρες. (Andersen Arnold, 1995).

3.15.3 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΙΚΟ-ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Στα πλαίσια της διερεύνησης της διαταραχής και αναλύοντας στοιχεία, το 25% των φοιτητών παρουσιάζει κάποια διατροφική διαταραχή. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την Εθνική Ένωση Διατροφικών Διαταραχών στις ΗΠΑ έδειξε ότι το ποσοστό των φοιτητών με διατροφικές διαταραχές έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Συγκεκριμένα, από το 1995 μέχρι το 2008 το ποσοστό των φοιτητριών που είχαν εκδηλώσει διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά ανέβηκε από το 23 στο 32%, ενώ άνοδο παρατηρήθηκε από το 8 στο 10% και στον ανδρικό φοιτητικό πληθυσμό.

Διαπιστώθηκε πως ενώ η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά εκδηλώνεται στην

εφηβεία, οι ανασφάλειες που αφορούν την εικόνα του σώματος ξεκινούν και αναπτύσσονται όταν το παιδί είναι ακόμα στο δημοτικό. Σημαντικό είναι, επίσης, ότι το 8 % των παιδιών που είναι στην ηλικία των 10 ετών φοβούνται να μην παχύνουν στο μέλλον, ενώ το 42% στην τρίτη δημοτικού θέλουν να αδυνατίσουν. Ακόμα, έρευνες αποδεικνύουν ότι τελειόφοιτοι φοιτητές και φοιτήτριες από οικονομικά ευκατάστατες οικογένειες είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κάποια μορφή διατροφικής διαταραχής.

Το 2005 στην έρευνα των Neumark-Sztainer, τα επιδημιολογικά αποτελέσματα ενός δείγματος πληθυσμού αγοριών και κοριτσιών, έδειξαν πως πάνω από τα μισά κορίτσια και περίπου το ένα τρίτο των αγοριών εφηβικής ηλικίας εκδηλώνουν μη υγιείς συμπεριφορές στον έλεγχο του σωματικού βάρους όπως η παράλειψη γευμάτων, η νηστεία, το κάπνισμα, ο αυτοπροκαλούμενος εμετός και η πρόσληψη χαπιών. Συγκεκριμένα, τα κορίτσια που κάνουν συχνά δίαιτα είναι 12 φορές πιο επιρρεπή σε επεισόδια υπερφαγίας από τα κορίτσια που δεν κάνουν δίαιτα (Neumark-Sztainer, 2005). Τα κορίτσια 1ης – 3ης γυμνασίου θα ήθελαν να είναι πιο λεπτά σε ποσοστό 42% (Collins, 1991) ενώ το 81% των παιδιών ηλικίας 10 ετών φοβάται μήπως παχύνει (Mellin et al., 1991). Το 46% των παιδιών ηλικίας 9-11 ετών “σπάνια” ή “πιο συχνά” κάνει δίαιτα, ενώ το 82% των οικογενειών τους κάνει επίσης δίαιτα “σπάνια” ή “πολύ συχνά” (Gustafson-Larson&Terry,1992). Το 91% των γυναικών που ρωτήθηκαν πρόσφατα σε ένα κολέγιο απάντησε ότι έχει επιχειρήσει να ελέγξει το βάρος του κάνοντας δίαιτα, καθώς το 22% εξ αυτών απάντησε ότι κάνει δίαιτα “συχνά” ή σε “μόνιμη” βάση. (Kurth et al., 1995).

3.15.4 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Παράλληλα, η θνησιμότητα των διατροφικών διαταραχών κυρίως σε σχέση με τη νευρογενή ανορεξία. Τα αποτελέσματα των ερευνών έδειξαν ότι τα ποσοστά είναι αρκετά υψηλά τόσο στο σύνολο των ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής (6.5-17.8), όσο και στις υποομάδες ασθενών με ψυχογενή ανορεξία (6.0-13.9) ή ψυχογενή βουλιμία (9.3-20.8) (Κονταξάκης, 1997). Διαπιστώθηκε η νευρογενή ανορεξία έχει το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας εν σύγκριση με όλες τις υπόλοιπες αιτίες θανάτου (Sullivan, 1995) ενώ αναφορικά κατέχει το υψηλότερο

ποσοστό πρόωρης θνησιμότητας από όλες τις υπόλοιπες ψυχιατρικές ασθένειες. Συγκεκριμένα, το αυξημένο αυτό ποσοστό δεν συνεπάγεται πως η νευρογενής ανορεξία αποτελεί τη βασική αιτία θανάτου μεταξύ των ατόμων που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές. Οι αιτίες θανάτου εντοπίζονται κυρίως στις σοβαρές επιπλοκές της ίδιας της διαταραχής (της ψυχογενούς βουλιμίας ή της ψυχογενούς ανορεξίας) δημιουργώντας ηπατική ανεπάρκεια, υποκαλαιμία, εμφύσημα, πνευμονικό βρόγχο, καρδιακή αρρυθμία, ανεπάρκεια των στεφανιαίων αγγείων και υπογλυκαιμία. Δυστυχώς, σύμφωνα με τον Nielsen φαίνεται πως τα επόμενα 15 χρόνια ο αριθμός των ατόμων που θα αποβιώνουν από τη νόσο των διατροφικών διαταραχών θα αυξηθεί σημαντικά εντείνοντας κατ ' αυτόν τον τρόπο την άμεση αντιμετώπιση και θεραπεία της νόσου.(Κονταξάκης, 1997)

3.16 ΕΡΜΗΝΕΙΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η νευρογενής ανορεξία και βουλιμία μπορούν να θεωρηθούν ως ασθένειες με μια ποικιλία από προδιαθέσεις. Μπορεί ορισμένος αριθμός ατόμων από ένα πληθυσμό να έχει τη προδιάθεση για την εμφάνιση μιας τέτοιας διαταραχής, αλλά μόνο σε μερικούς τελικά να αναπτυχθεί. Η ακριβής αλληλεπίδραση των δυνάμεων που θα συντελέσουν για την εμφάνιση της ασθένειας μπορεί να ποικίλει από άτομο σε άτομο. Για εκείνους τους ασθενείς, λοιπόν, οι συνθήκες που θα διαιωνίσουν και θα ευδοκιμήσουν την ανάπτυξη της διαταραχής είναι αρκετά διαφορετική.

Ενώ οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι μια πολυπαραγοντική νόσος ωστόσο στην εμφάνιση τους φαίνεται να επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό η γενετική και βιολογική ευπάθεια του ατόμου, οι οικογενειακοί παράγοντες, οι ψυχολογικοί παράγοντες καθώς και οι περιβαλλοντικές και κοινωνικές επιρροές. Η αιτιολογία των διαταραχών ίσως γίνει καλύτερα κατανοητή αν μπορέσουν να διερευνηθούν τα κίνητρα του ατόμου να υποβάλλει τον εαυτό του σε μια οδυνηρή και επικίνδυνη διαδικασία, ανατρέποντας τους ομαλούς ρυθμούς λειτουργίας του οργανισμού προκειμένου να επιτευχθεί ένα υποκειμενικά "ιδανικό" βάρος με διάφορους ανορθόδοξους τρόπους.

3.16.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στον ανθρώπινο οργανισμό υπάρχουν βιολογικοί μηχανισμοί, οι οποίοι λειτουργούν ως ρυθμιστές στη συμπεριφορά πρόσληψης τροφής όπως στη πείνα και στο κορεσμό. Το 1990 ο Hsu υποστήριξε πως η βιολογική προδιάθεση που παρουσιάζεται σε ορισμένη κατηγορία ατόμων σε συνδιασμό με την αλληλεπίδραση κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων, αυξάνουν τις πιθανότητες εκδήλωσης διατροφικής διαταραχής. Έρευνες, στη μελέτη των βασικών βιολογικών μηχανισμών έδειξαν πως σημαντικό παράγοντα στην εκδήλωση της νόσου αποτελούν οι λειτουργίες των νευροδιαβιβαστικών συστημάτων. Ουσίες όπως η σεροτονίνη και οι ενδορφίνες, όταν αλλάζουν τα επίπεδά τους στον οργανισμό μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση νευρογενής βουλιμίας ή ανορεξίας (Εμμανουηλίδου, Κ., 2011). Πιο συγκεκριμένα, ενδείξεις ακανόνιστης σεροτονινεργικής δραστηριότητας εμφανίζεται σε άτομα που πάσχουν από διατροφική διαταραχή ενώ παράλληλα τα αυξημένα επίπεδα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο δείχνει να μειώνουν την επιθυμία πρόσληψης τροφής. Αντίθετα, η διαταραχή της σεροτονίνης που εμπλέκεται στη διαδικασία του κορεσμού φαίνεται να είναι υπεύθυνη για τη παράταση της υπερφαγικής συμπεριφοράς (Γ.Ν Χριστοδούλου, 2000). Τα μειωμένα επίπεδα επιδρούν στην εκδήλωση της ασθένειας και ενώ η πείνα είναι η ανταπόκριση σε αυτές τις επιδράσεις η αιτία εντοπίζεται στις τιμές της τρυπτοφάνης και των στεροειδών ορμονών του μεταβολισμού, που μπορούν να μειώσουν τα επίπεδα της σεροτονίνης σε αυτές τις βασικές περιοχές και να αποτρέψουν την ανησυχία.

Οι κληρονομικοί παράγοντες σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό στην εκδήλωση διατροφικής διαταραχής. Έρευνες διατυπώνουν ότι η κληρονομία βιολογικών και γενετικών παραγόντων συνεισφέρουν κατά 56% για την ανάπτυξη της νόσου και παρουσιάζονται με μεγαλύτερη συχνότητα σε άτομα που έχουν βιολογική συγγένεια με ανορεκτικούς και βουλιμικούς ασθενείς. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι υπάρχουν πιθανόν μηχανισμοί που μεταβιβάζουν την νόσο στα μέλη της οικογένειας. Τα άτομα, για παράδειγμα, που έχουν συγγενείς με νευρική ανορεξία, έχουν δώδεκα φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ανορεξία και τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν βουλιμία από άλλα άτομα χωρίς σχετικό οικογενειακό ιστορικό (Morris, J., 2012). Τα μέλη της οικογένειας των βουλιμικών ασθενών, εμφανίζουν 2,4%-10,4% κίνδυνο να εκδηλώσουν την ίδια διαταραχή, ενώ , οι συγγενείς πρώτου βαθμού των βουλιμικών ατόμων εκδηλώνουν ψυχογενή ανορεξία ή

αγγώδη διαταραχή σε ποσοστά που κυμαίνονται από 0.4% ως 5.4%. Κανείς βέβαια δεν είναι σε θέση να διαχωρίσει απόλυτα την γενετική προδιάθεση που μπορεί να ελλοχεύει από μία συμπεριφορά μίμησης και ταύτισης προτύπων μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. Μάλιστα, με δεδομένο ότι η περίοδος της εφηβείας σχετίζεται με την εμφάνιση διαταραχών διατροφής εξαιτίας βιοχημικών παραγόντων και ορμονικών αλλαγών, μπορούν να ενοχοποιηθούν για την εμφάνιση μίας τέτοιας διαταραχής.

Παράλληλα ο αλκοολισμός, η χρήση ουσιών και η μείζον συναισθηματική διαταραχή που παρουσιάζεται σε οικογένειες βουλιμικών και ανορεξικών ατόμων φαίνεται να συμμετέχουν ενεργά στην αύξηση των προδιαθεσιακών παραγόντων και να συντελούν στην εκδήλωση της διαταραχής (Τρίκκας, Βάρσου, 2000).

3.16.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι αρνητικές πεποιθήσεις του ατόμου για τον εαυτό του που αναπτύσσονται κατά τη παιδική ηλικία φαίνεται να αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, συγκεκριμένα, είναι ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα σε όλα τα άτομα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία. Τα άτομα τρέφουν υψηλές προσδοκίες ως έκφραση ενός αμυντικού ψυχολογικού μηχανισμού αντιστάθμισης των υψηλών απαιτήσεων στις επιδόσεις των σπουδών, της ηθικής και της κοινωνικής αποδοχής. Τα αρνητικά συναισθήματα του ασθενή που συνδέονται με τις αποφασιστικές πεποιθήσεις απομακρύνονται στο υποσυνείδητο διότι ο οργανισμός δυσκολεύεται να τα διαχειριστεί. Ωστόσο, κατά την ανάπτυξη του ατόμου οι αμυντικοί μηχανισμοί υποχωρούν και διάφοροι στρεσογόνοι παράγοντες εντείνουν τις αρνητικές αντιλήψεις που διατηρεί το άτομο για τον εαυτό του. Αυτό ερμηνεύεται και ως αιτία για την οποία τα άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής διατηρούν ένα διαστρεβλωμένο τρόπο που αντιλαμβάνονται το σχήμα και το μέγεθος του σώματος τους. Το γεγονός ότι αισθάνονται το σώμα τους παχύ ακόμα και αν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή κάτω του φυσιολογικού εξηγεί την ανάγκη που έχουν να βρουν μια ψεύτικη αιτία όπως αυτή του πάχους, προκειμένου, να έχουν έναν συγκεκριμένο εχθρό που να μπορούν να αντιμετωπίσουν και να ελέγξουν, ακόμα και αν αυτό στην πραγματικότητα αποτελεί μονάχα μια πλασματική εικόνα που δημιουργήθηκε από την ίδια την ανάγκη ατόμου.

3.16.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι διατροφικές διαταραχές έχουν συνδυαστεί με έντονο ενδιαφέρον της οικογένειας σχετικά με την τροφή και τον έλεγχο του σωματικού βάρους ενώ άτομα που παρουσίασαν διαταραχή σε κάποια φάση της ζωής τους έχει φανεί πως προερχόντουσαν από οικογένειες με γονείς που πάσχουν ή έπασχαν από κάποια μορφή διαταραχής είτε ήταν διατροφική είτε καταθλιπτική είτε αγχώδες διαταραχή. Αναφορικά, παρατηρείται πως όταν η μητέρα δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην σημασία στη λεπτότητα και τη καλαίσθητη εμφάνιση τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες ιδιαίτερα για τα νεαρά κορίτσια να παρουσιάσουν συμπτώματα ψυχογενούς βουλιμίας ή ανορεξίας. Τα πρότυπα που έχουν τα παιδιά κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής τους έρχονται κυρίως από τον οικογενειακό περίγυρο και παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της αντίληψης γύρω από το σώμα. Έτσι όταν οι γονείς προσπαθούν να ελέγξουν το βάρος τους τότε αυτόματα στέλνουν μηνύματα στο παιδί για την σπουδαιότητα ενός λεπτού και καλλίγραμμου σώματος. Ακόμα, τυχόν καυστικοί σχολιασμοί για το σώμα και το βάρος του παιδιού από τους γονείς, τείνουν να δημιουργούν συγκεκριμένες στάσεις και να οδηγούν στην πορεία στην εκδήλωση κάποιας διαταραχής. Περιστατικά βουλιμικών ατόμων αφηγούνται πως στη διάρκεια των παιδικών τους χρόνων μεγάλωσαν σε ένα οικογενειακό περιβάλλον όπου υπήρχαν μεγάλα και χορταστικά γεύματα ή αντίθετα σε οικογένειες όπου υπήρξαν περιοριστικά και συγκεκριμένα γεύματα με αποτέλεσμα να αναπτύξουν τη διαταραχή αφού έφυγαν από τα σπίτια τους.

Τα επικοινωνιακά προβλήματα μεταξύ των μελών μιας οικογένειας φαίνεται να αποτελούν και αυτά ένα άλλο παρακλάδι των αιτιών για την δημιουργία ενός ανορεξικού ή βουλιμικού παιδιού καθώς δείχνει να επιδρούν στο συναισθηματικό ψυχισμό του ατόμου. Συγκεκριμένα, οι Johnson και Flash σε μελέτη τους, αποδεικνύουν ότι σε οικογένειες όπου επικρατούν υψηλά ποσοστά συγκρούσεων και θυμού οι ανορεξικοί και βουλιμικοί ασθενείς αντιμετώπισαν δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων τους ενώ η ανάπτυξη των πνευματικών, κοινωνικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων τους είτε ήταν περιορισμένες στην περίπτωση των βουλιμικών ασθενών είτε αυξημένες στην περίπτωση των ανορεξικών.

3.16.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι ψυχολογικοί λόγοι αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες εκδήλωσης διατροφικής διαταραχής. Η ανεπάρκεια του ατόμου για επίλυση προβλημάτων, η δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων, τα δυσάρεστα παιδικά βιώματα και η χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι κάποιες από τις συναισθηματικές καταστάσεις που βιώνει ο ασθενής. Ιδιαίτερα, στην εφηβική φάση οι ψυχοσωματικές και ορμονικές αλλαγές που πραγματοποιούνται φαίνεται να επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του παιδιού εμφανίζοντας σημάδια άγχους και κατάθλιψης, ευνοώντας έτσι την εκδήλωση της νόσου.

Άλλη αιτία, είναι η τελειοθηρική συμπεριφορά, η οποία ταυτίζεται με τη σωματική τελειότητα που ίδιοι οι ασθενείς επιζητούν από τον εαυτό τους, χωρίς πολλές φορές αυτό να αντικατοπτρίζεται σε ρεαλιστικούς και εφικτούς στόχους. Ο τελειοθρισμός σε συνδυασμό με τη αρνητική αυτοεικόνα του ατόμου εξυπηρετούν την εκδήλωση της διαταραχής και συντελούν στην ανάπτυξη μιας παρεξηγημένης σχέσης του ασθενή με τη τροφή. (Γονιδάκης, Φ. & Βάρσου, Ε., 2008). Ο έλεγχος που αναπτύσσεται, στη περίπτωση αυτή, αποτελεί το "μέσο" με το οποίο το άτομο αντλεί δύναμη, χειραγωγώντας και αμβλύνοντας έτσι τα δύσκολα προβλήματα που βιώνει. Υπό το πρίσμα αυτό και εξαιτίας της χαμηλής αυτοεκτίμησής, τα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από μία αδυναμία λεκτικοποίησης των συναισθημάτων και των επιθυμιών τους. Έχοντας απολέσει τον έλεγχο της ζωής τους, προσπαθούν να κυριαρχήσουν στο σώμα ελέγχοντας την ποσότητα τροφής που καταναλώνουν και διαχειρίζοντας με διαφορετικό τρόπο τις σχέσεις τους με τους άλλα άτομα.

3.16.5 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΕΣ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΡΡΟΕΣ

Στις ανεπτυγμένες χώρες, κυρίως, παρατηρούμε να δίνεται μια έμφαση στα νιάτα, στην ομορφιά και στην υπερασχόληση του ατόμου με την εικόνα του. Αυτό συνδέεται στενά τόσο με την επικρατούμενη τάση εναντίον της παχυσαρκίας αλλά και με την εξιδανίκευση της λεπτότητας και με την εμμονή που ελλοχεύει σχετικά με το αδύνατο σώμα. Το λεπτό κορμί δεν προβάλλεται κυρίως ως σύμβολο ομορφιάς αλλά και σαν προϋπόθεση για αυτοεκτίμηση, επιτυχία και ευτυχία του ατόμου. Σε ιδιαίτερη

ανάλυση, κάποιες επιλογές καριέρας όπως οι χορευτές και τα μοντέλα, συνδέουν την λεπτότητα ως απαιτούμενο προσόν για επιτυχία με αποτέλεσμα να βρίσκονται σε ασυνήθιστα υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη διατροφικής διαταραχής. Οι γυναίκες, κυρίως, μαθαίνουν από μικρή ηλικία τη σημασία της ομορφιάς και της καλαισθησίας ως παράγοντα ικανοποίησης και ολοκλήρωσης. Έχει φανεί από διάφορες έρευνες (Blowers, Loxton, Grady-Flessner, Occhilinti & Dawe, 2003, Biro) ότι όσο πιο αρνητική είναι η εικόνα του ατόμου για το σώμα του, τόσο χαμηλότερη αυτοεκτίμηση έχει. Κι αυτό δυστυχώς είναι κάτι που αφορά κυρίως τις γυναίκες καθότι στους άνδρες η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται κυρίως από άλλους παράγοντες που σχετίζονται με τη κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση.

Τα πρότυπα εποχής όπως παρουσιάζονται στα μέσα μαζικής ενημέρωσης επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τις τάσεις που θα αναπτύξει η γυναίκα σε σχέση με το σώμα της. Η μίμηση και η εσωτερικοποίηση των προτύπων αυτών φαίνεται να δημιουργούν το υπόβαθρο για την ανάπτυξη κάποιας διαταραχής ιδιαίτερα όταν τα πρότυπα που προβάλλονται δεν συμφωνούν με αυτό της λεπτής φιγούρας. Μέσω της σύγκρισης αυτής, η γυναίκα αξιολογεί τον εαυτό της σύμφωνα με την εξωτερική της εικόνα και επενδύει σε σημαντικό βαθμό σ' αυτήν θεωρώντας πως αποτελεί αποκλειστικό παράγοντα αναγνώρισης και επιτυχίας. Έτσι όσο υπεραξιολογεί την εικόνα της τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες εκδήλωσης διαταραχής. (Levine, & Piran 2004, Mendelson, Mendelson & Andrews, 2000).

Η ύπαρξη δυσάρεστων εμπειριών στη ζωή του ατόμου όπως, η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία, έχει κατηγορηθεί ως αιτία εκδήλωσης συμπτωμάτων και φαίνεται να συντελεί στην ανάπτυξη βουλιμικών και ανορεξικών συμπεριφορών. (Χριστοδούλου Γ, 1997) Η πρώτη μελέτη του θέματος ήρθε από το πανεπιστήμιο Lester της Αγγλίας και υποστήριξε πως υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ διατροφικών διαταραχών και σεξουαλικής κακοποίησης. Μελετώντας την υπαιτιότητα της νόσου, εξετάστηκε ένα δείγμα πληθυσμού. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως 31% των γυναικών με διαταραχές πρόσληψης τροφής είχαν βιώσει ένα περιστατικό σεξουαλικής κακοποίησης ή παρενόχλησης ενώ 50% γυναικών που η κακοποίηση έγινε από μέλος της οικογένειας παρουσίασαν άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. (Fairburn Chr, 1995) Γενικότερα, θα υποστηρίξαμε πως ασθενείς που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση από κάποιο μέλος της οικογένειας, έχουν την τάση να εκφράζουν περισσότερο θυμό, εχθρότητα ενώ παράλληλα δυσκολεύονται να προσδιορίσουν το ρόλο τους μέσα στην οικογένεια και

να εμπιστευτούν άτομα του κοινωνικού περιβάλλοντος. Τα άτομα αυτά δήλωσαν πως ταύτιζαν τον θυμό και την ντροπή που ένιωθαν, με τον έλεγχο που αποκτούσαν πάνω στο κορμί τους μέσω της τροφής αλλά και τη κάθαρση που αισθάνονταν μετά τη λήψη καθαρτικών.

3.17 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

3.17.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πρόληψη είναι η διερεύνηση κάποιας διαταραχής της υγείας μας μέσω ιατρικών και εργαστηριακών εξετάσεων, προτού αυτή ακόμα εκδηλωθεί και μας "δώσει συμπτώματα". Αποτελεί από τις πιο εξελιγμένες μεθόδους αντιμετώπισης σημαντικών ασθενειών της εποχής μας και αποσκοπεί στην ανακάλυψη οποιαδήποτε αλλαγής προκειμένου να αντιμετωπισθεί έγκαιρα και αποτελεσματικά.

Φαίνεται πώς ο προληπτικός έλεγχος συμμετέχει ενεργά στη μείωση των διάφορων προδιαθεσιακών παραγόντων που αποτελούν σημάδι εκδήλωσης κάποιας διατροφικής διαταραχής. Λειτουργεί "ευεργετικά" στην άμεση ανάκληση των συμπτωμάτων ακόμα και η νόσος βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο της εκδήλωσης της. Οι ειδικοί κάνουν λόγο για τρία είδη πρόληψης, τη πρωτογενή, τη δευτερογενή και τη τριτογενή πρόληψη, με ουσιαστικότερη και αποτελεσματικότερη να παραμένει η πρωτογενής.

3.17.2 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στην αποτροπή του ατόμου να νοσήσει μέσω της απομάκρυνσης ή τροποποίησης των παραγόντων κινδύνου. Συχνά ασκείται από κοινότητες όπως είναι για παράδειγμα αυτή του σχολείου. Στην περίπτωση των διατροφικών διαταραχών, η πρωτογενής πρόληψη αποβλέπει στην εμπόδιση της ανάπτυξης της διαταραχής, πριν ακόμα κάνει τα σημάδια της. Όπως έχουμε επισημάνει οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αναπτύσσονται όταν το άτομο βρίσκεται στην εφηβική φάση της ζωής του. Για το λόγο αυτό, ο ρόλος του σχολείου αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων πρόληψης μέσω σχεδίασης και υλοποίησης εφαρμογών που απευθύνονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου να αναπτύξουν ψυχογενή βουλιμία ή ανορεξία στους. Για το λόγω αυτό, η πρωτογενής πρόληψη αφορά κυρίως εκπαιδευτικούς, γονείς και άτομα που

συναναστρέφονται με εφήβους και παιδιά, οι οποίοι καλούνται να ενημερώνονται για το συγκεκριμένο θέμα.

3.17.3 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η δευτερογενής πρόληψη αποσκοπεί στην άμεση διάγνωση και έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση για την αποτροπή της νόσου. Οι ειδικοί καλούνται να έχουν καλή γνώση των παραγόντων που ενθαρρύνουν το άτομο στην παροχή θεραπευτικής βοήθειας καθώς φόβοι και ανασφάλειες μπορεί να αποτρέψουν το άτομο να αναζητήσει κάποια ιατρική συμβουλή. Οικονομικοί λόγοι, αδυναμία αναγνώρισης της διαταραχής αλλά και φόβοι που σχετίζονται με ανασφάλεια του πάσχοντα ότι θα παχύνει, είναι μερικοί λόγοι τον συγκρατούν ως προς την αναζήτηση θεραπείας. Επομένως, γνωρίζοντας οι ειδικοί όλους τους παραπάνω παράγοντες μπορούν να παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα που χρειάζεται ο ασθενής προκειμένου να σχεδιαστεί ένα κατάλληλο πρόγραμμα για την άμεση ίαση από τη νόσο. Ενώ η δευτερογενή πρόληψη αφορά κυρίως κρατικές υπηρεσίες, ωστόσο, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ειδικά καταρτισμένα κέντρα που να ασχολούνται αποκλειστικά με τη διερεύνηση και τη θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Οι υπηρεσίες που μπορούν να παρέχουν βοήθεια στα άτομα, είναι τα κέντρα ψυχικής υγείας στα οποία όμως δεν υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων διαταραχών. Εξάιρεση αποτελεί στην Αθήνα, το Αιγινήτειο νοσοκομείο το οποίο δέχεται ασθενείς που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία και το νοσοκομείο παιδών Αγία Σοφία που δέχεται παιδιά που υποφέρουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής.

3.17.4 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η τριτογενής πρόληψη αποσκοπεί στον περιορισμό των επιπλοκών και των προβλημάτων που προκύπτουν εξαιτίας της διαταραχής, στοχεύοντας στην αντιμετώπιση των διάφορων δυσλειτουργιών που προκύπτουν από τον υποσιτισμό και την κατάχρηση ουσιών. Η τριτοβάθμια πρόληψη προτείνεται μόνο όταν η θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική (Fairburn C. G, 1995) και η διαταραχή έχει φτάσει σε προχωρημένο πλέον στάδιο.

3.18 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

3.18.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αντιμετώπιση των ασθενών με διατροφικές διαταραχές αποτελεί μια μακροχρόνια και δυνητικά απαιτητική διαδικασία που μπορεί να εμπεριέχει αντιστάσεις του ασθενούς που στοχεύουν την επανατροφοδότηση και την ανάκαμψη της κατάστασης τους. Οι θεράποντες γιατροί πολλές φορές έρχονται αντιμέτωποι με ακραίες συμπεριφορές και αντιδράσεις του αρρώστου εξαιτίας των φόβων και των ανασφαλειών που αισθάνεται για το βάρος και τα κιλά του. Ο ρόλος του γιατρού είναι σημαντικός καθώς οφείλει να ενθαρρύνει τον ασθενή στον επαναπροσδιορισμό των διατροφικών του συνηθειών και στην ανάκτηση ενός φυσιολογικού σωματικού βάρους, αποφεύγοντας παράλληλα να μετατραπεί το επίκεντρο της θεραπείας σε ένα "πεδίο μάχης". Η παραμονή του θεραπευτή δίπλα στον ασθενή έχει ως στόχο όχι τόσο στο να τον ελέγχει αλλά κυρίως στο να τον βοηθήσει να ανακουφιστεί από τον ψυχικό πόνο που βιώνει. Στα πλαίσια της θεραπευτικής προσέγγισης εμπεριέχεται η εκπαίδευση του ασθενή στην εκμάθηση της ρύθμισης του σωματικού του βάρους, τις επιπτώσεις στη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού που επιφέρει η πείνα, η στέρηση, οι έμετοι και η χρήση ουσιών. Η εμπιστοσύνη μεταξύ αρρώστου και θεραπευτή αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα προκειμένου να επιτευχθεί αποτελεσματικότητα στην ιατρική φροντίδα του ατόμου. Μια ουσιαστική, ειλικρινή συζήτηση μεταξύ ιατρού και ασθενή θεωρείται απαραίτητη προκειμένου να επιτευχθεί αναγνώριση των συναισθηματικών μεταβολών που βιώνει το άτομο και να αναπτυχθεί η ικανότητα να αντιλαμβάνονται πως αυτά τα συναισθήματα επιδρούν στις διατροφικές του συνήθειες. Εξαιτίας της πολυπλοκότητας που χαρακτηρίζουν τις διατροφικές διαταραχές, παρέχεται ένα ολοκληρωμένο σχέδιο θεραπείας που περιλαμβάνει φαρμακευτική αντιμετώπιση, ψυχολογική υποστήριξη, νοσηλεία όπου κρίνεται απαραίτητο, διατροφικές συμβουλές για ανάκαμψη της συμπεριφοράς και ένα ευρύ φάσμα διαπροσωπικών και γνωστικών προσεγγίσεων.

3.18.2 ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Παρότι οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν μια ψυχική νόσο ωστόσο στα πλαίσια της θεραπευτικής προσέγγισης και την ανάκαμψη της παθολογικής συμπεριφοράς η νοσηλεία κρίνεται σκόπιμη και σε αρκετές περιπτώσεις αναγκαία ούτως ώστε να κρατηθεί το βάρος του ατόμου σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό τα επεισόδια υπερφαγίας, οι προκλητοί εμετοί και η λήψη καθαρτικών. Κάθε χρόνο περίπου ένας στους 5 ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία θα χρειαστεί νοσηλεία κατά μέσο όρο για περίπου 1 μήνα ενώ η ψυχογενής βουλιμία αντιμετωπίζεται κυρίως σε εξωτερική βάση. Ενδιάμεσες μορφές θεραπευτικών παραλλαγών όπως η εντατική θεραπεία σε εξωτερική βάση, η "νοσηλεία" ημέρας και η νοσηλεία μακράς παραμονής σε "θεραπευτικούς ξενώνες" μπορεί να επιλεγούν για την αντιμετώπιση των ενδιάμεσης βαρύτητας υποτροπών της ψυχογενούς ανορεξίας ή των πιο σοβαρών μορφών ψυχογενούς βουλιμίας. Η ύπαρξη βασικών προϋποθέσεων για να κριθεί αναγκαία η νοσηλεία του ασθενή είναι απαραίτητη και εμπεριέχουν μια συγκεκριμένη συμπτωματολογία.

3.18.2.1 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Ταυτόχρονα, ενώ πολλοί ασθενείς μπορούν να αντιμετωπίζονται στα εξωτερικά ιατρεία ωστόσο υπάρχει μια μειοψηφία στους οποίους κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία προκειμένου να επιτευχθεί ανάκληση και να διορθωθεί η κατάσταση τους. Η νοσηλεία του αρρώστου δεν εξαρτάται μόνο από τη γενικότερη κατάσταση στην οποία βρίσκεται αλλά και από την προθυμία του να νοσηλευτεί. Υπάρχουν ανορεξικοί ασθενείς που αποστρέφονται πεισματωδώς σε οποιαδήποτε ιατρική βοήθεια διότι θεωρούν πως η όποια θεραπευτική αγωγή θα συντελέσει στην αύξηση του βάρους, ακόμα και αν έχει φτάσει σε στάδιο λιμοκτονίας.

Στα βασικά κριτήρια για την άμεση νοσηλεία του ασθενή είναι η ύπαρξη ενός σωματικού βάρους κάτω από το 20% του αναμενόμενου σε σχέση με το ύψος του και παρατεταμένη απώλεια βάρους παρά την εντατική φροντίδα που δέχεται. Η άρνηση λήψης τροφής, η διατήρηση χαμηλού ποσοστού λίπους στο σώμα σε σημείο λιγότερο από 10%, καρδιακό παλμό μικρότερο του 50, συστολική πίεση μικρότερη του 90, ορθοστατικές μεταβολές στον παλμό, αρρυθμίες και θερμοκρασία σώματος

κάτω από 35,5οC θεωρούνται αρκετά σοβαρά χαρακτηριστικά προκειμένου να κριθεί απαραίτητη ψυχιατρική νοσηλεία, η οποία κυμαίνεται να διαρκέσει από 2 έως 6 μήνες.

Στα πλαίσια της θεραπείας, παρέχεται ένα δομημένο και καθορισμένο πρόγραμμα ανάκτησης και επανασίτισης. Σε ορισμένες περιπτώσεις θεωρείται σκόπιμη μια πρώτη συνάντηση του θεραπευτή με τον ασθενή και την οικογένεια του, προκειμένου να συμφωνηθούν από κοινού οι στόχοι και οι προσδοκίες. Επιτυγχάνεται, έτσι, μια προσέγγιση που περιλαμβάνει συμπεριφορικές τεχνικές μαζί με τη συμμετοχή της οικογένειας και τη φαρμακευτική υποστήριξη του πάσχοντα. Το πρόγραμμα επανασίτισης πρέπει να γίνεται σε ένα όσο το δυνατό πιο φιλικό για τον ασθενή περιβάλλον ενώ μέσω μιας επικοινωνιακής συζήτησης γίνεται προσπάθεια να προσδιοριστεί η επαναπρόσληψη βάρους ανάλογα με το ύψος και την ηλικία του ατόμου δίνοντας έτσι το περιθώριο διαπραγματεύσεως ενός χαμηλότερου βάρους.

Στη γενική αντιμετώπιση των αρρώστων κατά τη διάρκεια ενός προγράμματος νοσηλείας πρέπει να συνεκτιμάται η ημερήσια καταγραφή πρόσληψης υγρών και στην περίπτωση όπου υπάρχουν καθαρικές συμπεριφορές από τον άρρωστο να ελέγχεται η φυσιολογικότητα των ηλεκτρολυτικών λειτουργιών και να αποτρέπεται η χρήση τουαλέτας για τουλάχιστον 2 ώρες μετά τα γεύματα ή να επιτρέπεται με την παρουσία συνοδού προκειμένου να αποτρέψει τη πρόκληση έμετου τη πιθανή λήψη ουσιών. Σε αρκετές περιπτώσεις συνιστάται η χορήγηση υγρών συμπληρωμάτων προκειμένου να επιτευχθεί αργός ρυθμός επαναπρόσληψης βάρους και να αποφευχθούν πιθανές αγχώδης συμπεριφορές. Μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, ο κλινικός ιατρός συνήθως θεωρεί απαραίτητο να συνεχιστεί κάποιου τύπου εξωνοσοκομειακή επίβλεψη για την επίλυση οποιοδήποτε προβλήματος εμφανιστεί στα άτομα ή στις οικογένειες τους.

3.18.2.2 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Για τους βουλιμικούς ασθενείς που δεν μπορούν να σταματήσουν την επικίνδυνη αλληλουχία μεταξύ δίαιτας, πολυφαγίας, και καθαρισμού υπάρχει η δυνατότητα νοσηλείας για χρονικό διάστημα τεσσάρων έως έξι εβδομάδων ώστε να σπάσει ο φαύλος κύκλος. Στο διάστημα αυτό που μεσολαβεί υιοθετείται ένα πρόγραμμα

διατροφής προσαρμοσμένο στις ανάγκες του ατόμου με ταυτόχρονη επίβλεψη του θεραπευτή για αποτροπή χρήσης τακτικών καθαρισμού. Αυτό επιτυγχάνεται και μέσω της έκθεσης του ασθενή στη κατανάλωση τροφίμων υπό ελεγχόμενες συνθήκες και την αποφυγή υπερφαγικών επεισοδίων.

Υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών που ενώ το βάρος τους είναι φυσιολογικό και δεν αποτελεί αντιπροσωπευτικό παράγοντα νοσηλείας ωστόσο παρουσιάζουν άλλα συμπτώματα όπως λιποθυμικές τάσεις λόγω ηλεκτρολυτικών διαταραχών, οισοφαγικά τραύματα εξαιτίας των αυτοπροκαλούμενων εμέτων, καρδιακές αρρυθμίες, υποθερμία και γαστροοισοφαγικές επιπλοκές από τις τακτικές καθαρισμού τότε η νοσηλεία θεωρείται απαραίτητη. Ακόμη νοσηλεία ενδείκνυται και για τις περιπτώσεις ασθενών που ενώ βρίσκονταν σε πρόγραμμα υποστήριξης δεν είχαν τα επιθυμητά αποτελέσματα στην άμβλυση του προβλήματος τους. Τότε, προτείνεται η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη ως αποτελεσματικότερη μέθοδος θεραπείας μέσω ενός συνδυασμού συμπεριφορικής και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας με στόχο να αποκατασταθεί η ομαλότητα στη λήψη τροφή και να ελαττωθούν οι καθαρτικές συμπεριφορές.

3.18.3 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το μεγαλύτερο μέρος της θεραπείας των διατροφικών διαταραχών αποτελούν η αποκατάσταση της διατροφής και οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, ενώ η φαρμακευτική προσέγγιση έχει πιο περιορισμένο ρόλο και καλείται να καλύψει κυρίως διαφορετικές ανάγκες για κάθε ασθενή.

Στην περίπτωση της νευρογενούς ανορεξίας η φαρμακευτική αγωγή που προτείνεται αφορά κυρίως σε συνταγές που αποσκοπούν στη μείωση των επιπέδων άγχους που αφορούν το βάρος και το σχήμα του σώματος, χωρίς όμως, να παρουσιάζουν ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα. Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες από την επίδραση της χλωροπρομαζίνης και κάποιων αντιψυχωτικών φαρμάκων που έχουν δοκιμαστεί, απέδειξαν πως πρέπει αποκλειστούν από τη γενική χρήση τους. Για εκείνα τα άτομα που νοσηλεύονται αλλά εξακολουθούν να βιώνουν έντονη ανησυχία και άγχους, τους παρέχεται μια δόση βενζοδιαζεπίνης μια ώρα πριν τα γεύματα, η οποία δρα υποστηρικτικά και βοηθάει στη χαλάρωση του ασθενή. Οι δοκιμές αντικαταθλιπτικών, γλωμπραμίνης και αμιτριπτυλίνης φαίνεται, επίσης, να μην είχαν

ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα και να περιορίζεται μόνο σε ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Στην περίπτωση της νευρογενής ανορεξίας, η χρήση διεγερτικών της όρεξης έχει κατά καιρούς προταθεί, παρά το γεγονός πως το πρόβλημα εντοπίζεται στην ανάγκη του ατόμου να ελέγχει τη τροφή του και όχι σε απώλεια της όρεξης. Μία μόνο μικρή μελέτη του λιθίου έδειξε ένα μέτριο πλεονέκτημα έναντι του εικονικού φαρμάκου στην προώθηση αύξησης του σωματικού βάρους σε διάστημα μερικών εβδομάδων, ενώ ταυτόχρονα, ελεγχόμενες χορηγήσεις οπιούχων ανταγωνιστών, κλονιδίνη και τετραϋδροκανναβινόλη, δεν έχουν δείξει κανένα ιδιαίτερο όφελος.

Στους ασθενείς που υπάρχει έντονη ανάγκη καταστολής λόγω αντίστασης στην θεραπεία ή αυξημένη ψυχοκινητικότητα μπορούν να χορηγηθούν χαμηλές δόσεις βενζοδιαζεπίνων ή αντιψυχωτικών φαρμάκων υπό συνεχή παρακολούθηση. Η φαρμακοθεραπεία στη ψυχογενή ανορεξία πρέπει να εφαρμόζεται σε περιπτώσεις συννοσηρότητας με διαταραχές όπως καταθλιπτικά επεισόδια και ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές οι οποίες τείνουν να υποχωρούν μετά την αποκατάσταση του βάρους.

Αντίθετα, στη νευρογενή βουλιμία η αξία της φαρμακοθεραπείας είναι αρκετά μεγαλύτερη σε σχέση με την ανορεξία και τα οφέλη της προέρχονται κυρίως από μια ποικιλία αντικαταθλιπτικών. Συγκεκριμένα, η δεσιπραμίνη, ιμιπραμίνη, τραζοδόνη και η φλουοξετίνη έχουν όλα δειχθεί να επιδρούν καθοδικά στην εμφάνιση υπερφαγικών και καθαρτικών συμπεριφορών ενώ οι δόσεις που χορηγούνται είναι συνήθως αυτές που συστήνονται σε ασθενείς με καταθλιπτικά συμπτώματα.

Επί του παρόντος δεν υπάρχει καμία απόδειξη για ενισχυμένη απόδοση σε οποιοδήποτε από τα αντικαταθλιπτικά χάπια με αποτέλεσμα η επιλογή να βασίζεται στην ελαχιστοποίηση πιθανόν παρενεργειών. Η ναλτρεξόνη και ο ανταγωνιστής των οπιοειδών που αξιολογήθηκαν υπό ελεγχόμενη μελέτη, έδειξαν είναι καλύτερα από το εικονικό φάρμακο ενώ η χορήγηση λιθίου και βαλπροϊκού οξέος απαιτούν περαιτέρω έρευνα. Ωστόσο, επειδή η ανταπόκριση του ασθενή στην αγωγή δεν μπορεί να προβλεφθεί με βάση την σοβαρότητα της κατάθλιψης ή του οικογενειακού ιστορικού που φέρει, αξίζει να δοκιμαστεί η χρήση αντικαταθλιπτικών ως μέσω αντιμετώπισης των βουλιμικών συμπεριφορών.

3.18.4 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις πρέπει να εφαρμόζονται κυρίως μετά τη σταθεροποίηση της σωματικής υγείας των ασθενών και σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει περιορισμός των γνωστικών ικανοτήτων λόγω του υποσιτισμού ή της ασιτίας. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας η εφαρμογή γενικών αρχών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων έχει βρεθεί να βελτιώνει την συμμόρφωση του ατόμου και να ενισχύει τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα στην ανάκαμψη της υγείας του ασθενή. Οι ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις διαφοροποιούνται αναλόγως την περίπτωση και την κατάσταση του ατόμου. Έτσι, η γνωσιακή θεραπεία χρησιμοποιεί τεχνικές που στόχο έχουν τη διόρθωση λανθασμένων συνηθειών στον τρόπο σκέψης του ατόμου. Στα πλαίσια της γενικής στρατηγικής της, εμπεριέχεται ένας συνδυασμός λεκτικών παρεμβάσεων και τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς προκειμένου να εντοπιστούν εκείνες οι πεποιθήσεις που ευνοούν έναν δυσλειτουργικό τρόπο σκέψης. Η γνωστική θεραπεία της συμπεριφοράς ενθαρρύνει το άτομο να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο οι επικείμενες σκέψεις και εμπειρίες επηρεάζουν τις διατροφικές τους συνήθειες και τακτικές. Μέσω της συγκεκριμένης προσέγγισης, η θεραπεία των διατροφικών διαταραχών χαρακτηρίζεται από περιορισμένη χρονική διάρκεια και αφορά ένα συγκεκριμένο αριθμό συνεδρίων που λαμβάνουν χώρα σε διάστημα ορισμένων μηνών. Η θεραπεία είναι αρκετά δομημένη και έχει συμφωνηθεί από κοινού μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενή, θέτοντας, ως πρωταρχικό στόχο την ανάλυση εκείνων των παραγόντων που επιδρούν στην διατροφική συμπεριφορά αλλά και στην ανεύρεση λύσεων προκειμένου να μπορέσει το άτομο να διαχειριστεί τα διάφορα ερεθίσματα εμπλέκονται στις τακτικές λήψης τροφής. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο παρόν αποφεύγοντας αναδρομές σε αιτίες που προέρχονται από στιγμές και γεγονότα του παρελθόντος. Ουσιαστικά πρόκειται για μια θεραπεία που συμβάλλει δυναμικά στην εκπαίδευση του ατόμου να αντιληφθεί και να καταλάβει τους λόγους που ευνοούν και πυροδοτούν επιπλοκές στη διατροφική του ισορροπία προκειμένου να παρέμβει και να ανακάμψει την κατάσταση την οποία αντιμετωπίζει. Ασθενής και θεραπευτής συνεργάζονται προκειμένου να αναγνωρίσουν και να λύσουν τα προβλήματα εκείνα που επιδρούν και επηρεάζουν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη λειτουργικότητα του ατόμου. Οι ασθενείς συνήθως αισθάνονται βελτίωση των συμπτωμάτων και της συμπεριφοράς, καθώς αρχίζουν να σκέφτονται

και να δρουν πιο ρεαλιστικά και προσαρμοστικά όσον αφορά την παρούσα ψυχολογική κατάσταση που βιώνουν αλλά και τον δυσκολιών της.

Παράλληλα, η θεραπεία αποδοχής και αφοσίωσης αποτελεί ένα είδος γνωσιακής θεραπείας το οποίο βασίζεται στη θεωρία της εμπειρικής ανάλυσης της ανθρώπινης γλώσσας και νόησης. Η θεραπεία στηρίζεται κυρίως στην ανάλυση της συμπεριφοράς και θέτει ως στόχο την αλλαγή της σχέσης του ατόμου με το περιεχόμενο των σκέψεων του , χρησιμοποιώντας μια σειρά από λιγότερο γνωστικές κλινικές παρεμβάσεις, τονίζοντας τον ρόλο της αποδοχής και της αποστασιοποίησης από τις σκέψεις και τα συναισθήματα. Δίνεται έμφαση σε αλλαγές που έχουν να κάνουν με το πλαίσιο και τη λειτουργία που επιτελεί μια προβληματική συμπεριφορά δηλαδή κατά πόσο η αποφυγή του ατόμου να έρθει αντιμέτωπο με τα συναισθήματα και τις σκέψεις του επηρεάζει την ανάπτυξη κάποιας διατροφικής διαταραχής. Οι παρεμβάσεις της θεραπείας αποδοχής και αφοσίωσης στηρίζονται σε 2 βασικές διαδικασίες: α) στην ομαλή αποδοχή των μη επιθυμητών εσωτερικών εμπειριών (π.χ. σκέψεις, μνήμες, συναισθήματα) που βρίσκονται έξω από τον έλεγχο των ανθρώπων και οδηγούν στην ανάπτυξη της νόσου και β) να βοηθήσει το άτομο να δράσει αποφασιστικά προς την κατεύθυνση των αξιών του. Το άτομο σταδιακά και δυναμικά αρχίζει να επικοινωνεί πλήρως , άμεσα και χωρίς άμυνες , με τις εμπειρίες του και να προσπαθεί να τις αλλάξει ή να διατηρήσει συμπεριφορές που σχετίζονται με τις προσωπικές του αξίες και τον βοηθούν στις ομαλοποίηση της κατάστασης και στην βελτίωση των διατροφικών του συνηθειών(Wilson & Murrel, 2005; Hayes, 2004).

Νευροψυχολογικές μελέτες τονίζουν την επίπτωση των διατροφικών διαταραχών στις νοητικές δεξιότητες και νευρογνωστικές λειτουργίες του ατόμου όπως η προσοχή, η μνήμη εργασίας, η γνωστική ευελιξία, η οργάνωση και η εκτελεστική λειτουργία. Η γνωστική θεραπεία προσαρμογής που αναπτύχθηκε για πρώτη φορά στο King's College του Λονδίνου είναι σχεδιασμένη προκειμένου να βοηθήσει στην ανάκαμψη των εμποδίων που παρουσιάστηκαν στις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου εξαιτίας της διαταραχής. Σε μελέτες με εφήβους που διατελέστηκαν , στο King's College και στην Πολωνία, αποδείχθηκε πως η γνωστική θεραπεία αποκατάστασης είναι οφέλιμη στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας ενώ σε κλινικές έρευνες που διεξάγονται σε εφήβους από 10 -17 ετών από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας και στο Πανεπιστήμιο του Στάντφορντ σε άτομα άνω των 16 ετών τη θεωρούν ως συνδυαστική μέθοδος με την γνωστική συμπεριφορική θεραπεία.

3.18.5 ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοδυναμική θεραπεία εστιάζει κυρίως στις ενδοψυχικές επιρροές των διαταραχών στη πρόληψη τροφής. Βλέπει στο σύμπτωμα της διαταραχής και στοχεύει στην αποκατάσταση της ψυχοσυναισθηματικής και σωματικής ισορροπίας του ασθενή. Εν συγκρίσει με τη γνωσιακή θεραπεία η ψυχοθεραπεία είναι μια χρονικά μακροσκελής διαδικασία και βασίζεται στην ανάπτυξη μιας καλής σχέσης μεταξύ θεράποντα γιατρού και ασθενή. Ερμηνεύει την ανθρώπινη συμπεριφορά σύμφωνα με το ασυνείδητο μελετώντας εμπειρίες και αναμνήσεις του ατόμου από το παρελθόν. Εμβαθύνει στα παιδικά χρόνια του πάσχοντα δίνοντας έμφαση στις σχέσεις του ατόμου με το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον κατά τα πρώτα στάδια της ζωής του. Πραγματοποιείται μια αναδρομή σε περιστατικά και γεγονότα παλαιότερων ετών και εξετάζεται ο τρόπος με τον οποίον συντέλεσαν στη διαμόρφωση και στην υιοθέτηση συγκεκριμένης διατροφικής συμπεριφοράς. Μέσω των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών ο θεραπευτής προσπαθεί να εντοπίσει τις συναισθηματικές συγκρούσεις που υπέστη ο ασθενής και τον τρόπο με τον οποίο συντέλεσαν στη διαταραχή των διατροφικών συνηθειών και με προσεκτικό τρόπο να τον βοηθήσει να τις επιλύσει. (Εμμανουηλίδου, Κ., 2011 & Γονιδάκης, Φ. & Βάρσου, Ε., 2008).

3.18.6 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η διαπροσωπική θεραπεία αφορά μια βραχεία μορφή ψυχοθεραπείας, που ολοκληρώνεται σε διάστημα 5-6 μηνών και επικεντρώνεται στη διαπροσωπική λειτουργικότητα του ασθενή και τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στα διαπροσωπικά προβλήματα εν συνάρτηση με τα ψυχολογικά συμπτώματα. Διάφορα θεωρητικά μοντέλα που έχουν διατυπωθεί, υποστηρίζουν τον κεντρικό ρόλο διαπροσωπικών – κοινωνικών παραγόντων στη και εξέλιξη των διαταραχών πρόσληψης τροφής γενικά (Fairburn et al. 2003) και ειδικότερα της ψυχογενούς βουλιμίας (Peterson et al. 2004) και της ψυχογενούς ανορεξίας (Schmidt & Treasure 2006). Μέσω της θεραπείας επιδιώκεται η βελτίωση της διαπροσωπικής λειτουργικότητας, η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και η μείωση των αρνητικών συναισθηματικών εξάρσεων. Ο θεραπευτής μαζί με τον ασθενή στοχεύουν στην διερεύνηση των προβλημάτων του και στη ταυτολογία αυτών με την εμφάνιση της διαταραχής. Οι στόχοι της θεραπείας

επιτυγχάνονται μόλις το άτομο αποκτήσει επίγνωση της κατάστασης και της ενασχόλησής του με τα συμπτώματα και την εικόνα του σώματος του.

3.18.7 ΟΜΑΔΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Εκτός από τη ατομική εξίσου αποτελεσματική αποτελεί και η ομαδική ψυχοθεραπεία, η οποία ενδείκνυται για την ανακούφιση των ατόμων που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής. Πρόκειται για ένα συνδυασμό μεταξύ ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, γνωσιακής ανακατασκευής και τροποποίησης συμπεριφορών σε σχέση με τη τροφή. Μέσω της συμμετοχής του ατόμου στην ομάδα θεραπείας αποκτά ενδυνάμωση, ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης του και εκπαιδεύεται ώστε να είναι σε θέση να έχει έλεγχο των συναισθημάτων του και της κατάστασης στην οποία βρίσκεται. Η ομαδική θεραπεία αφορά άτομα που έχουν κάνει στο παρελθόν κάποιο είδος ψυχοθεραπείας και παρουσιάζουν συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές. Η ομάδα ψυχοθεραπείας, είθισται, να παρουσιάζει ομοιογένεια και να απαρτίζεται από άτομα που αντιμετωπίζουν κατά κανόνα κοινό ή παρόμοιο πρόβλημα. Τα πλεονεκτήματα της ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι ποικίλα όπως είναι η γένεση της ελπίδας, η καθολικότητα, η ομαδική συνοχή και η προσωπική μάθηση και η αποφυγή της κοινωνικής απομόνωσης και αποξένωσης του ατόμου. (Polivy J / Federoff , 1987)

Ακόμα, η οικογένεια κατέχει κεντρικό ρόλο στη ζωή του ατόμου και αποτελεί βασικό αιτιολογικό παράγοντα και σημαντική συνιστώσα στη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών, είτε με την έννοια του παθολογικού «συστήματος» (Minuchin et al. 1978) είτε ως εμπλεκόμενη στην ανάπτυξη της ψυχικής ευαλότητας της νόσου (Bruch 1973). Στα πλαίσια της θεραπευτικής προσέγγισης, ο θεραπευτής μελετά τη δομή της οικογένειας, το τρόπο με τον οποίο τα μέλη της επικοινωνούν και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και πως τελικά αυτοί επηρεάζουν τη κατάσταση του ασθενή. Ταυτόχρονα, ενθαρρύνει τα μέλη της να αποκτήσουν υποστηρικτικό ρόλο στη βελτίωση της κατάστασης του αρρώστου και να τροποποιήσουν τα σχήματα και τους δεσμούς που έχουν δημιουργηθεί και συντελούν στην ανάπτυξη των συμπτωμάτων της διαταραχής προκειμένου να αναπτυχθούν άλλες διαφορετικές εναλλακτικές τακτικές συμπεριφοράς. Η θεραπεία στηρίζει τα μέλη της οικογένειας να αντιληφθούν τον τρόπο με τον οποίο οι σχέσεις και το γενικότερο κλίμα μέσα στην οικογένεια συντελούν στην ανάπτυξη ενός προβλήματος διατροφής, ακόμα και αν δεν

υπάρχουν συγκρούσεις και εντάσεις μεταξύ των μελών (Εμμανουηλίδου, Κ., 2011). Παράλληλα, μέσω της θεραπείας τα μέλη της οικογένειας δέχονται ψυχολογική υποστήριξη προκειμένου να μπορούν να διαχειριστούν το άγχος και τις δικές τους προσωπικές αδυναμίες και ανασφάλειες ώστε να μπορούν να προσφέρουν αποτελεσματική βοήθεια και στήριξη στο άτομο. (Treasure, J., 1997).

3.18.8 ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

3.18.8.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ YOGA

Η yoga αποτελεί μια από τις πιο σύγχρονες προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών, καθώς συμμετέχει στην άμβλυνση των σωματικών και ψυχικών προβλημάτων. Βοηθάει στο "άκουσμα" των βαθύτερων αναγκών του ατόμου αναπτύσσοντας αισθήματα ηρεμίας και ψυχραιμίας που βοηθούν στην αντιμετώπιση διάφορων δυσκολιών. Επιδρά, ταυτόχρονα, σε πολλά μέτωπα και μέσω της εξάσκησης συγκεκριμένων στάσεων και αναπνοών μειώνει σημαντικά τα επίπεδα του στρες βοηθώντας το άτομο να αποφορτιστεί και να αντιμετωπίσει αρμονικά όλες τις καταστάσεις της ζωής. Παράλληλα μέσω της σταδιακής και απελευθερωτικής αυτής διαδικασίας επιτυγχάνεται ηρεμία και χαλάρωση του νου ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται η αυτοεκτίμηση του ατόμου, μαθαίνοντας τον να σέβεται και να αγαπά τον εαυτό του τόσο εσωτερικά όσο και εξωτερικά. Η ποικιλία των στάσεων και των θέσεων προσφέρει πολλαπλά πλεονεκτήματα και οφέλη στον οργανισμό καθώς μπορεί και προσαρμόζεται στις εκάστοτε ανάγκες του κάθε ατόμου. Για παράδειγμα οι βουλιμικοί ασθενείς χρειάζονται ειδικές στάσεις που δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στο "κλείσιμο" του σώματος όπως είναι οι στάσεις Pavanmuktasana και Darnikasana ενώ οι ανορεξικοί ασθενείς χρειάζονται στάσεις που "ανοίγουν" το σώμα όπως οι Bhujangasana και Dhanurasana. Σε στάδιο αποκατάστασης, οι ευεργετικές λειτουργίες της yoga μπορούν να αντιμετωπίσουν ή να απαλύνουν τα προβλήματα των διαταραχών μέσω των ήπιων και αυξανόμενου βαθμού δυσκολίας ασκήσεων οι οποίες προσαρμόζονται ανάλογα με τη περίπτωση του κάθε ατόμου.

3.18.8.2 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

Η πολυπλοκότητα και η δυσκολία που παρουσιάζεται στην ανάκαμψη και τη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών, δημιουργεί την ανάγκη χρησιμοποίησης

όλων των διαθέσιμων μέσων θεραπείας, συμπεριλαμβανόμενης και της συμπληρωματικής ιατρικής. Ο βελονισμός προερχόμενος από τη κινεζική ιατρική, εδώ και αρκετά χρόνια καλείται να θεραπεύσει ασθένειες όπως αυτή των διατροφικών διαταραχών, επιδιώκοντας έτσι μια πληρέστερη διαδικασία ανάκτησης της σωματικής και ψυχικής υγείας του ασθενή. Αποτελεί μια μέθοδο που αποκαθιστά την ισορροπία της ζωτικής ενέργειας, μειώνοντας την ψυχική και συναισθηματική ανησυχία και επαναφέροντας την φυσική κατάσταση ισορροπίας στην καθημερινότητα του ασθενή. Βοηθάει στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου ελαττώνοντας τις εμμονές, την αϋπνία, την κοινωνική απόσυρση, την ευερεθιστότητα και την παρορμητικότητα βοηθώντας το άτομο να επαναφέρει τη φυσιολογική του λειτουργικότητα. Η αξία του βελονισμού έγκειται στο γεγονός ότι απαλύνει τη δυσάρεστη διάθεση και καταπραΰνει την εσωτερική ανησυχία δίνοντας το αίσθημα της ψυχικής και σωματικής χαλάρωσης απαλλάσσοντας τον πάσχοντα από την επίμονη και εξαντλητική ιδέα της διαταραχής. Ο βελονισμός με την κινεζική ιατρική μπορούν να προστεθούν επάξια στις κλασικές θεραπείες, όπως η ψυχοθεραπεία, και να αποτελέσουν μια ολοκληρωμένη προσπάθεια προκειμένου το άτομο να ανακτήσει τον έλεγχο του νου, της σκέψης και του σώματος του. Συμμετέχει στην επούλωση των σωματικών και ψυχικών τραυμάτων που προκαλεί η νόσος και λειτουργεί ενθαρρυντικά στον αγώνα που δίνει κάποιος εναντίον των διατροφικών διαταραχών.

3.18.8.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΔΙΑΔΥΚΤΙΟΥ

Μια νέα σύγχρονη μορφή θεραπείας για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών αποτελεί η γνωσιακή ψυχοθεραπεία μέσω διαδικτυακής πλατφόρμας, η οποία συμπληρώνεται από εκπαιδευμένους ψυχολόγους ή ψυχοθεραπευτές και αποσκοπεί στη παροχή βοήθειας και υποστήριξης σε άτομα που είναι αντιμέτωπα με κάποια από τις μορφές της διαταραχής. Η καθοδηγούμενη διαδικτυακή θεραπεία έχει περιγραφεί ως μια προσεγμένη προσέγγιση που συνδυάζει δομημένο υλικό αυτοβοήθειας μέσου του διαδικτύου με την ταυτόχρονη υποστήριξη του ψυχοθεραπευτή, ο οποίος μέσω mail κατευθύνει τον ασθενή και του παρέχει σημαντική βοήθεια μέσω συγκεκριμένων θεραπευτικών δραστηριοτήτων. Η δεδομένη θεραπεία πέραν του ότι είναι οικονομικά αποδοτική συνάμα αποτελεί ένα θεραπευτικό πλαίσιο που μπορεί να προσελκύσει ασθενείς που διστάζουν να

παρακολουθήσουν άλλες μεθόδους ίασης είτε για λόγους ντροπής και δισταγμών είτε από έλλειψη εφαρμοστικότητας και ύπαρξης εξειδικευμένων κέντρων θεραπείας στο τόπο διαμονής τους. Η διαδικτυακή θεραπεία αποτελεί μια μορφή καθοδηγούμενης αυτοβοήθειας η οποία μπορεί να αποδειχθεί εξίσου αποτελεσματική και αποδοτική όσο και οι υπόλοιπες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.

3.18.8.4 Η ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η ομοιοπαθητική θεραπεία αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο των ειδικών στην αντιμετώπιση των διαταραχών ιδιαίτερα όταν η νόσος βρίσκεται στο πρώιμο στάδια της εκδήλωσης. Έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας καθώς αποτελεί μια φυσική μορφή θεραπείας η οποία "υπόσχεται" μόνιμη, ήπια και με λίγες έως μηδαμινές παρενέργειες. Η εφαρμογή της πραγματοποιείται από εξειδικευμένο γιατρό και στοχεύει στην ενδυνάμωση και θωράκιση του οργανισμού κινητοποιώντας τους αμυντικούς μηχανισμούς και αποκαθιστώντας τις επιπλοκές που υπέστη η υγεία του ατόμου. Υπάρχουν ποικίλες μορφές ομοιοπαθητικής με πιο γνωστή να αποτελεί η "κλασική", η οποία παρουσιάζει τα πιο θεαματικά αποτελέσματα. Στα πλαίσια της θεραπείας χρησιμοποιούνται εξειδικευμένα φυσικά μη-τοξικά φάρμακα, οι ουσίες των οποίων είναι κατά κύριο λόγο φυτικής προέλευσης με ελάχιστες περιπτώσεις ζωτικής. Στην περίπτωση διαταραχών πρόσληψης τροφής, ο ομοιοπαθητικός ιατρός καλείται να εξετάσει δύο βασικά χαρακτηριστικά προκειμένου να προτείνει το κατάλληλο θεραπευτικό φάρμακο. Αρχικά μελετάται το βασικό ιδιοσυγκρασιακό και συναισθηματικό προφίλ του πάσχοντα και ποιές ήταν οι αφορμές για την εκδήλωση της διαταραχής. Στην πορεία, γίνεται διερεύνηση στα ερεθίσματα και βιώματα σε περιβαλλοντικό και οικογενειακό επίπεδο και τον τρόπο που αυτά συντέλεσαν στη δημιουργία κατάλληλων προϋποθέσεων για την εκδήλωση της διαταραχής. Σε τελικό στάδιο και προτού ολοκληρωθεί η εκτίμηση του ειδικού, γίνεται προσεκτική μελέτη στα αισθήματα ελλιπούς αυτοπεποίθησης που παρουσιάζονται κυρίως στις νεαρές κοπέλες στην φάση της ηλικίας που αναπτύσσουν και διαμορφώνουν τη θηλυκότητα τους αλλά και στην ιδιαίτερη σημασία που δίνεται από το περιβάλλον στην υπερεκτίμηση και υπερεπένδυση της εξωτερικής εμφάνισης, η οποία έχει αποδειχθεί να είναι ιδιαιτέρως επικίνδυνη και να οδηγήσει στη γέννηση

νοσημάτων που αν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως μπορούν να αποβούν επικίνδυνα για την ψυχική υγεία του ατόμου και στην ανάπτυξη κάποιας διαταραχής.

3.19 ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

3.19.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη διερεύνηση του φαινομένου των διατροφικών διαταραχών και των συναφών επιπτώσεων που επιφέρουν στις ικανότητες του ατόμου, παρατηρήθηκε μια έντονη συσχέτιση μεταξύ της νόσου και της εργασιακής απόδοσης. Το κόστος της νόσου φαίνεται να απασχολεί σε σημαντικό βαθμό όχι μόνο το άτομο και την οικογένεια του αλλά να αποτελεί μείζον ζήτημα για το δημόσιο τομέα και την οικονομία γενικότερα. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2002 από το Krauth διαπιστώθηκε πως η επίδραση της διαταραχής φαίνεται να εκτείνεται τόσο σε οικονομικό όσο και σε εργασιακό επίπεδο καθώς ότι η επίπτωση του χαμένου χρόνου εργασίας αντισταθμίζεται κατά πολύ με το αντίστοιχο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Μαρτυρίες ασθενών, αναφέρουν πως ενώ είναι σωματικά παρόντες στο χώρο εργασίας, στην ουσία καταλήγουν να είναι απόντες εξαιτίας της ψυχολογικής καταπόνησης και κατάθλιψης που βιώνουν. Σταδιακά και με την εξέλιξη της διαταραχής, σημαντικοί πυλώνες όπως η διάθεση και η ψυχοκινητική λειτουργία κλονίζονται με αποτέλεσμα το άτομο να παύει ή να αδυνατεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στην επαγγελματικές του υποχρεώσεις. Παρόλο που η οικογένεια είναι συνήθως ο πρώτος κύκλος ανθρώπων που παρατηρεί την συμπτωματολογία της νόσου, ωστόσο, και ένας συνάδελφος ή ένας εργοδότης μπορεί να παρατηρήσει και να υπογραμμίσει τις αλλαγές που παρουσιάζει το άτομο στην σπειροειδή καθοδική πορεία της καριέρας του.

3.19.2 Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ

Οι επιπτώσεις στην εργασιακή απόδοση των ατόμων που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής φαίνεται να αποτελούν ένα σημαντικό θέμα σε συνάρτηση με την έντονη εξέλιξη της νόσου, ιδιαίτερα τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Μεγάλο πρόβλημα

στην εποχή μας αποτελεί η ψυχική απουσία ενός εργαζομένου από τη δουλειά του, η οποία δεν είναι επιβλαβής μόνο για τον ίδιο τον εργαζόμενο αλλά επηρεάζει και την αποδοτικότητα του οργανισμού. Πιο συγκεκριμένα, όπως έχει ήδη αναφερθεί, η νευρογενής ανορεξία και νευρογενής βουλιμία λειτουργούν καταλυτικά στη λειτουργικότητα του ατόμου εξαιτίας των επιδράσεων που ασκούν στη μνήμη, στη συγκέντρωση και στην ικανότητα του ασθενή να ανταπεξέλθει στις εργασιακές του υποχρεώσεις ή αντίστοιχα για τις μικρότερες ηλικίες στην εκπαίδευση του.(Bosanac et al.,2007). Μελέτες καταδεικνύουν, πως μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ποιότητα εργασίας εξαιτίας της νόσου φαίνεται να έχουν τα μειωμένα επίπεδα συγκέντρωσης, κατανόησης και εκμάθησης νέων αναθέσεων , ιδιαίτερα στη περίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας. Παρότι, η νευρογενή ανορεξία και νευρογενή βουλιμία αποτελούν και οι δύο διατροφικές διαταραχές ωστόσο η κάθε μια παρουσιάζει διαφορετικό αντίκτυπο στις βασικές πτυχές της εργασιακής απόδοσης παρουσιάζοντας διαφορετικό βαθμό επίδρασης στη συγκέντρωση και τη κατανόηση και κατ' επέκταση στη ποιότητα εργασίας του ασθενή.

3.19.3 ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η ανάπτυξη και εκδήλωση των διατροφικών διαταραχών φαίνεται να σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με τις οικονομικές επιπτώσεις στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τα μικρά ποσοστά επιτυχίας που συγκεντρώνονται από τη παρεχόμενη πρωτοβάθμια περίθαλψη σε άτομα που έχουν διαγνωσθεί με τη νόσο, αποδεικνύεται από το γεγονός πως τα άτομα αυτά έχουν την τάση να επισκέπτονται συχνότερα το γιατρό εξαιτίας ψυχικών, στομαχικών ή γυναικολογικών προβλημάτων που μπορεί να παρουσιαστούν στην πορεία της εξέλιξης της διαταραχής.

Μέσω ερευνών διαπιστώθηκε πως το κόστος θεραπείας της νευρογενής ανορεξίας είναι αρκετά υψηλότερο εν συγκρίσει με αυτό της νευρογενή βουλιμίας. Η περιπλοκότητα και η σοβαρότητα της διαταραχής σε συνδυασμό με τη χρονοβόρα και απαιτητική διαδικασία καθιστούν αναγκαία τη διαρκή ιατρική φροντίδα του ασθενή . Ενώ το κόστος θεραπείας της νόσου είναι υπολογισμένο, ωστόσο, οι τρέχουσες μέθοδοι θεραπείας δεν είναι οικονομικά αποδοτικές ιδιαίτερα στη περίπτωση που αυτοί οι ασθενείς αποβιώσουν όντας σε νεαρή ηλικία και ενώ έλαβαν μακράς διάρκειας θεραπεία (Crow & Nyman, 2004). Το 2000 οι Striegel-Moore, ανακάλυψαν, περίπου το 22% των γυναικών που είχαν διαγνωστεί με διατροφική διαταραχή,

έλαβαν νοσοκομειακή περίθαλψη σε διάρκεια 26 ημερών ενώ η μέση διάρκεια εξωτερικής παραμονής τους ήταν 17 ημέρες. Η ίδια έρευνα απέδειξε πως στη περίπτωση των ατόμων με νευρογενή βουλιμία, η διάρκεια θεραπείας που έλαβαν στα εξωτερικά ιατρεία ήταν 16 μέρες ενώ η νοσοκομειακή περίθαλψη δεν φάνηκε να είναι αναγκαία όπως στην περίπτωση της νευρογενής ανορεξίας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα για το κόστος των δύο μορφών διατροφικών διαταραχών, που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ το 2005 από τον Simon, η οποία έδειξε πως το επίσημο κόστος στη ψυχογενή ανορεξία αγγίζει τα 6000\$ ενώ στην ψυχογενή βουλιμία μόλις τα 3000\$.

Στα πλαίσια της σοβαρότητας της διαταραχής και της αναγκαιότητας για θεραπεία θα υποστηρίζαμε πως η πιο αποτελεσματική από οικονομικής άποψης θεραπεία είναι η εφαρμογή εντατικών προγραμμάτων στα εξωτερικά ιατρεία . Η συγκεκριμένη μέθοδος αποσκοπεί στο προγραμματισμό μιας κατάλληλης μεθόδου θεραπεία ούτως ώστε να επιτυγχάνεται η πρόοδος του ασθενή. Κατ' αυτόν τον τρόπο η οικονομική επιβάρυνση που επωμίζεται το άτομο αλλά και το κράτος θα μειωθεί και θα δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό πλαίσιο προκειμένου ο ασθενής να ευνοηθεί στη διατήρηση των κοινωνικών του σχέσεων και να είναι σε θέση να υποστηρίξει σημαντικές πτυχές της καθημερινής του ζωής, όπως η εργασία ή το σχολείο. Όταν η θεραπεία χορηγείται υπό αυτή τη μορφή τότε οι ασθενείς είναι σε θέση να προσαρμοστούν στις καινούργιες τους δεξιότητες και να αποφύγουν σημαντικές συνέπειες της νόσου.

Δυστυχώς , η ελάχιστη έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί στο κομμάτι του κόστους έναντι της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών μορφών της νόσου , δεν επιτρέπουν αναστολή των αυξητικών τάσεων που εμφανίζεται στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η ανάπτυξη των παροχών στη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης, απαιτεί πιο εμπειριστατωμένη μελέτη προκειμένου να γίνει αντιληπτό κατά πόσο αυτά τα χρήματα που δαπανώνται σε θεραπείες βοηθάνε στη βελτίωση της κατάστασης του ασθενή. Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Koran το 1995, αποδεικνύει πως η πιο αποτελεσματική οικονομικά μέθοδος θεραπείας είναι η θεραπεία μέσω φαρμάκου καθώς και το επωμιζόμενο κόστος του ασθενή και του ασφαλιστικού φορέα ήταν συγκριτικά χαμηλότερο με τις υπόλοιπες θεραπευτικές μορφές.

Στην περίπτωση της νευρογενής βουλιμίας εκτός του κόστους που επωμίζεται της περίθαλψης, η νόσος συνδέεται και με ένα εξαιρετικά υψηλό οικονομικό κόστος που

αφορά τις δαπάνες που σχετίζονται με την αγορά τροφίμων για “κραιπάλες” και την αγορά φαρμάκων για να βοηθηθούν οι διορθωτικές συμπεριφορές του ατόμου (καθαρτικά, διουρητικά, αδυνατιστικά χάπια κ.α.). Ενδιαφέρον παρουσίασαν τα αποτελέσματα της έρευνας που έγινε το 2008 από Crow et al. Σε επιλογή 10 γυναικών που υπέφεραν από νευρογενή βουλημία. Οι ερευνητές μπόρεσαν να υπολογίσουν κατά προσέγγιση το κόστος των τροφίμων και των φαρμάκων για και να προσδιοριστεί έτσι η μέση δημοσιονομική επίπτωση της ψυχογενούς βουλημίας. Επομένως, με βάση το δείγμα των γυναικών, οι έρευνες κατέληξαν στο συμπέρασμα πως το εβδομαδιαίο κόστος των τροφίμων για τα θέματα αυτά ήταν περίπου \$ 100 ανά εβδομάδα, με κατά μέσο όρο να κυμαίνεται στα 230\$ το χρόνο. Έπειτα, δόθηκε σημασία στο σύνολο των γυναικών και παρατήρησε πως ενώ το ετήσιο εισόδημα τους ήταν περίπου στα 30.000\$ το χρόνο, κατέληξαν να δαπανούν το 5% του ετήσιου εισοδήματος τους σε τρόφιμα ή φάρμακα ως αποτέλεσμα των βουλιμικών τάσεων που τις εμφανίζουν.

3.19.4 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΚΟΣΤΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται έντονη κατασπατάληση πόρων σε μη ειδικές, αναξιόπιστης αποτελεσματικότητας υπηρεσίες ή πολιτικές ενόψει των διαταραχών πρόσληψης τροφής, όπως είναι για παράδειγμα η χορήγηση επιδομάτων αντί ανάπτυξης υπηρεσιών θεραπείας της νόσου. Τα σημαντικά αυτά κόστη, ωστόσο, επιβαρύνουν τον κρατικό προϋπολογισμό του κράτους και δημιουργούν ελλείμματα σε διαφορετικές πρακτικές αντιμετώπισης της διαταραχής. Συγκεκριμένα, στη Μεγάλη Βρετανία, οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο ποσοστό κλινών από οποιαδήποτε άλλη κατηγορία ασθενών, ενώ οι διάφορες υπηρεσίες εξωτερικής παρακολούθησης βρίσκονται σε μη ειδικές δομές για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών.

Το επίσημο κόστος της νευρογενούς ανορεξίας είναι σημαντικά μεγαλύτερο εν συγκρίσει με τη ψυχογενή βουλημία και το μεγαλύτερο κόστος οφείλεται σε δαπάνες που αφορούν τη θεραπεία της νόσου ενώ για τη βουλημία το συνολικό κόστος οφείλεται κυρίως σε έμμεσες πηγές, όπως είναι η ανικανότητα για εργασία, έλλειψη συγκέντρωσης και απουσία ενδιαφέροντος. Σημαντικό παράγοντα που εντείνουν τα υψηλά κόστη είναι και η καθυστερημένη διάγνωση η οποία αυξάνει τη πιθανότητα ανάπτυξης σωματικών και ψυχολογικών επιπλοκών στον ασθενή και την οικογένεια

του και να αποτελέσουν επιπρόσθετα κόστη που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί με τη σωστή και έγκαιρη διάγνωση. Έρευνες επισημαίνουν, πως στην Ευρώπη, το ποσοστό αναγνώρισης των διατροφικών διαταραχών κυμαίνεται μεταξύ 40% με 80% για την νευρογενή ανορεξία και σε χαμηλότερα σαφώς επίπεδα για τη ψυχογενή βουλιμία. Ενώ τα συμπτώματα επικρατούν, ωστόσο, η ίδια η διάγνωση καθυστερεί σημαντικά παρότι οι ασθενείς επισκέπτονται τακτικά τον γιατρό με αφορμή γυναικολογικών, ψυχολογικών ή και γαστρεντερολογικών επιπλοκών. Σχετικά με τη χώρα μας, παρότι δεν υπάρχουν σχετικά στοιχεία, φαίνεται το ποσοστό αναγνώρισης των διατροφικών διαταραχών από τις υπηρεσίες υγείας να είναι σχετικά χαμηλό και σε συνάρτηση με την άρνηση της νόσου από τους ασθενείς, να οδηγήσει σε καθυστέρηση κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης με συνέπεια την αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης σοβαρών επιπλοκών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

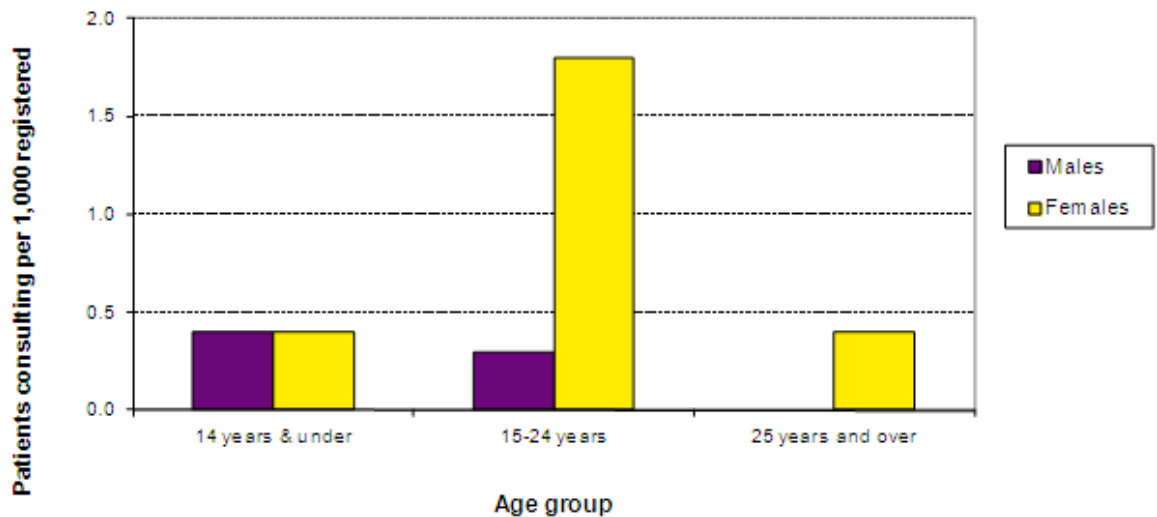
4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αντικατοπτρίζουν τη προβληματική συμπεριφορά των ατόμων απέναντι στη τροφή και την ανώμαλη αντίληψη που διατηρεί ο ασθενής σχετικά με το σχήμα του σώματος. Ενώ και οι δύο διαταραχές, ανορεξία και βουλιμία, χαρακτηρίζονται από τη διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα του ατόμου, ωστόσο, η πρώτη σχετίζεται με τακτικές μείωσης του βάρους μέσω περιορισμού της τροφής ή μέσω εντατικής άσκησης, ενώ στη δεύτερη οι ασθενείς μετά την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής καταφεύγουν σε διορθωτικές πράξεις εξαιτίας των τύψεων και των ενοχών που αισθάνονται από την κραιπάλη. Οι αιτίες εκδήλωσης της νόσου είναι πολύπλοκες και πολυπαραγοντικές καθώς μπορεί να οφείλονται τόσο στην πίεση που ασκεί η κοινωνία για λεπτό και αδύνατο σώμα, όσο και σε ψυχολογικούς παράγοντες. Η θεραπευτική προσέγγιση που συνίσταται, περιλαμβάνει την παρακολούθηση της σωματικής υγείας του ατόμου, αντιμετωπίζοντας παράλληλα και τα υποκείμενα ψυχολογικά αίτια. Αυτό μπορεί να γίνει σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή από εξειδικευμένες υπηρεσίες. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις και σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, η εισαγωγή στο νοσοκομείο θεωρείται απαραίτητη. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Σκωτία, παρέχει εκτιμήσεις σχετικά με το πλήθος των υπηρεσιών και τον αριθμό των ασθενών που δέχτηκαν συμβουλευτική προσέγγιση είτε από γιατρό είτε από επαγγελματία νοσοκόμο.

4.2 Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Το παρακάτω γράφημα αφορά δείγμα 1000 ασθενών στη Σκωτία που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές και απεικονίζει τη χρήση που έγινε σε πρακτική συμβουλευτική είτε από ιατρό-παθολόγο είτε από επαγγελματίες νοσοκόμους, τουλάχιστον μια φορά το χρόνο, για το οικονομικό έτος 2012/2013. Η κατηγοριοποίηση του δείγματος πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τη χρήση συμβουλευτικών υπηρεσιών και με βάση το φύλο και την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκει ο ασθενής. Όπως αναμενόταν, η γραφική παράσταση επιβεβαιώνει την υψηλή

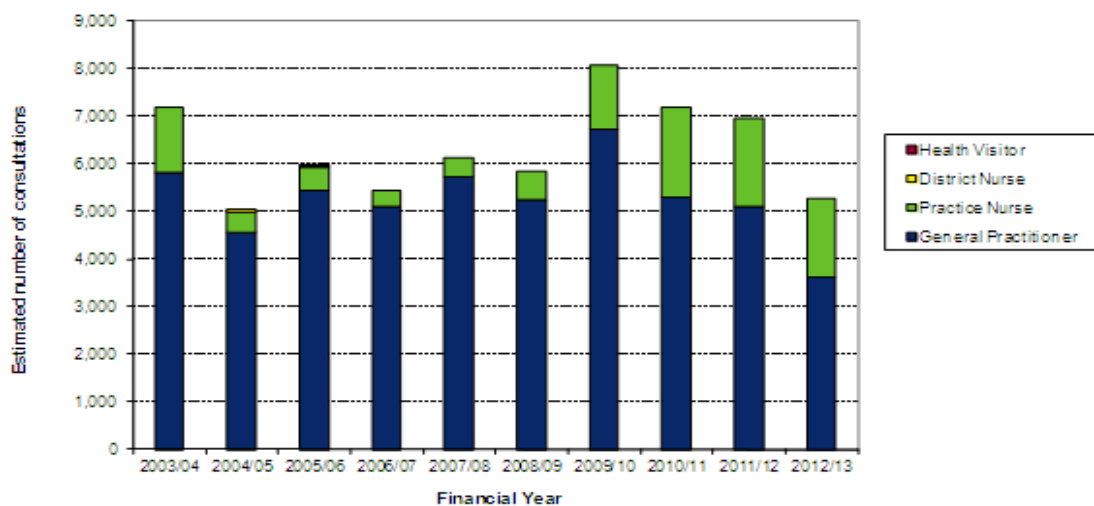
επικράτηση των διατροφικών διαταραχών, μεταξύ 15 και 24 ετών, στο γυναικείο φύλο. Οι αριθμοί των συμβουλευτικών υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους ασθενείς είναι πολύ χαμηλότερο, και επομένως, δεν χωρίζονται σε λεπτότερες ηλικιακές κατηγορίες



Εικόνα 1: Χρήση Υπηρεσιών ανά Φύλο και Ηλικιακή Ομάδα για το Οικονομικό Έτος 2012/13

4.3 ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΝΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΕΤΗ

Το παρακάτω διάγραμμα απεικονίζει τον εκτιμώμενο αριθμό των συμβουλευτικών υπηρεσιών για τις διατροφικές διαταραχές, που πραγματοποιήθηκε στη Σκωτία για τα



δέκα οικονομικά έτη μεταξύ των περιόδων 2003/04 έως 2012/13. Η εμφάνιση διαφορετικών συμβουλευτικών υπηρεσιών ποικίλει ανάλογα την ηλικιακή ομάδα, το φύλο και το επίπεδο οικονομικής στέρησης του πληθυσμού. Η επιλογή τυχαίου δείγματος είναι απολύτως αντιπροσωπευτική σε κάθε ένα από τους παραπάνω παράγοντες ενώ για τις εκτιμήσεις χρησιμοποιήθηκε διάστημα εμπιστοσύνη 95%. Αναλυτικότερα, το διάγραμμα απεικονίζει πως οι περισσότερες από τις συμβουλευτικές υπηρεσίες για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής συγκεντρώνονται στις ιατρικές υπηρεσίες ενώ σε χαμηλότερα ποσοστά κυμαίνονται οι νοσηλευτικές. Ο ρόλος του τοπικού νοσοκόμου και του ιατρικού επισκέπτη φαίνεται να καλύπτουν αμελητέα έως ελάχιστα ποσοστά χρήσης. Οφείλουμε να αναφερθούμε στο γεγονός, πως δεν αναγράφεται μια ξεκάθαρη εικόνα σχετικά με τις τάσεις που παρουσιάζονται στις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες κατά τη διάρκεια των δέκα ετών. Οι εκτιμήσεις, ωστόσο, για το 2009/10 φαίνεται να είναι οι υψηλότερες, αλλά δεδομένου του μεγάλου διαστήματος εμπιστοσύνης οι διαφορές μεταξύ των ετών δεν θα πρέπει να θεωρούνται σημαντικές.

Εικόνα 2: Εκτιμώμενη Χρήση Υπηρεσιών ανά Οικονομικό Έτος και Συμβουλευτική Υπηρεσία

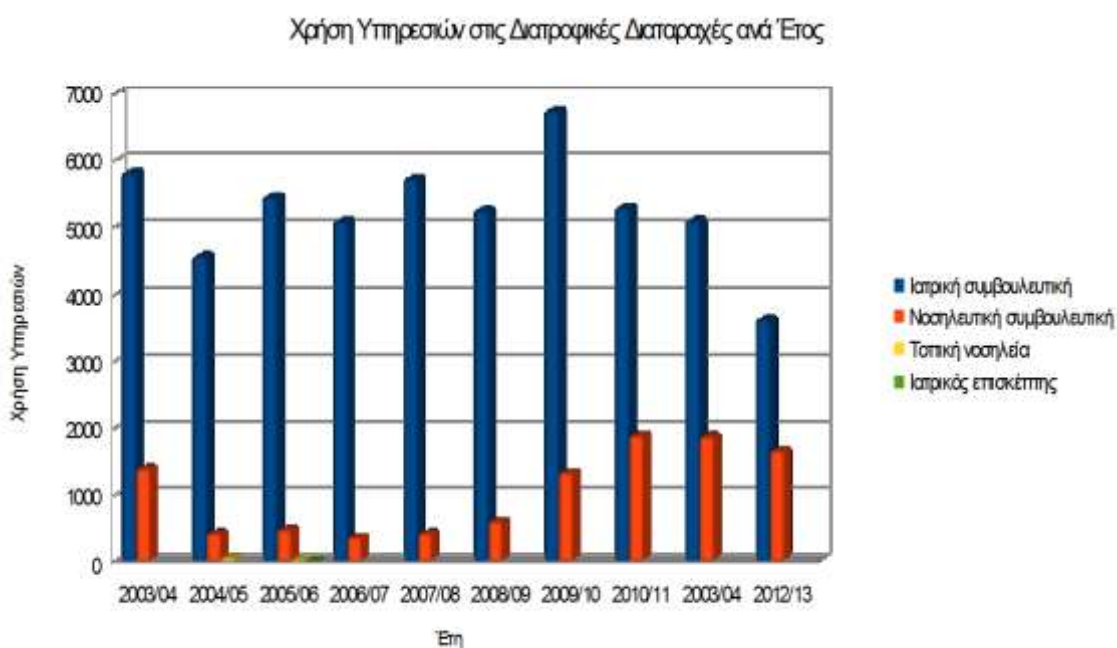
4.4 ΧΡΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΗ

ΣΚΩΤΙΑ (consultation by staff type)

Τα δεδομένα της μελέτης αναφέρονται στις τέσσερες βασικές κατηγορίες συμβουλευτικών υπηρεσιών που συνίσταται στις διατροφικές διαταραχές. Όλα τα αριθμητικά στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν, ανάγονται στο σκωτσέζικο πληθυσμό και έχουν επέλθει ανάλογα με το φύλο και την ηλικία του κάθε ατόμου. Η πρώτη υπηρεσία αφορά την ιατρική συμβουλευτική, η δεύτερη τη νοσηλευτική συμβουλευτική, ενώ οι επόμενες δύο αφορούν τη τοπική νοσηλεία και τους ιατρικούς επισκέπτες. Κάθε κατηγορία απαρτίζεται από δύο στήλες. Η πρώτη στήλη αναφέρεται στον αριθμό των ασθενών που έκαναν χρήση στις επιμέρους υπηρεσίες ανά οικονομικό έτος, ξεκινώντας από τις 30 Σεπτεμβρίου του 2003 έως και το 2013 αντίστοιχα και η δεύτερη στήλη αναφέρεται στα εκάστοτε δεδομένα εκφρασμένα σε ένα διάστημα εμπιστοσύνης 95% προκειμένου να επιτευχθεί μεγαλύτερη ακρίβεια των εκτιμήσεων. Μελετώντας τις κατηγορίες παρατηρείται μεγαλύτερη συγκέντρωση

στη ζήτηση ιατρικών και νοσηλευτικών συμβουλευτικών υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, η πρώτη στήλη που αφορά τη χρήση ιατρικής συμβουλευτικής, παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συγκέντρωση εν συγκρίσει με όλες τις υπόλοιπες, ενώ ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζεται στο οικονομικό έτος 2009/10 όπου αποτελεί και το μεγαλύτερο συγκεντρωτικά με τα υπόλοιπα έτη. Αντίστοιχα, σημαντική αλλά σε μικρότερη συγκέντρωση παρουσιάζει η δεύτερη στήλη που αφορά τη χρήση που έγινε σε νοσηλευτική συμβουλευτική κατά το οικονομικό έτος 2010/11. Η τρίτη και τέταρτη κατηγορία υπηρεσιών αφορά τη τοπική νοσηλευτική συμβουλευτική και τους ιατρικούς επισκέπτες αντίστοιχα. Εκεί παρατηρείται ελάχιστα ποσοστά χρήσης ιδιαίτερα τα τρία πρώτα χρόνια ενώ από το 2006 και μετά, δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία.

Ως τελικό συμπέρασμα, παρατηρούμε πως αξιοσημείωτη συγκέντρωση εμφανίζεται στις δύο πρώτες κατηγορίες θεραπευτικής προσέγγισης, με τη μεγαλύτερη εξ' αυτών να εντοπίζεται στην ιατρική συμβουλευτική.



Εικόνα 3: Χρήση Θεραπευτικών Συμβουλευτικών Εφαρμογών στις Διατροφικές Διαταραχές ανά Έτος και Κατηγορία Υπηρεσίας

4.5 ΧΡΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ Ή ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ

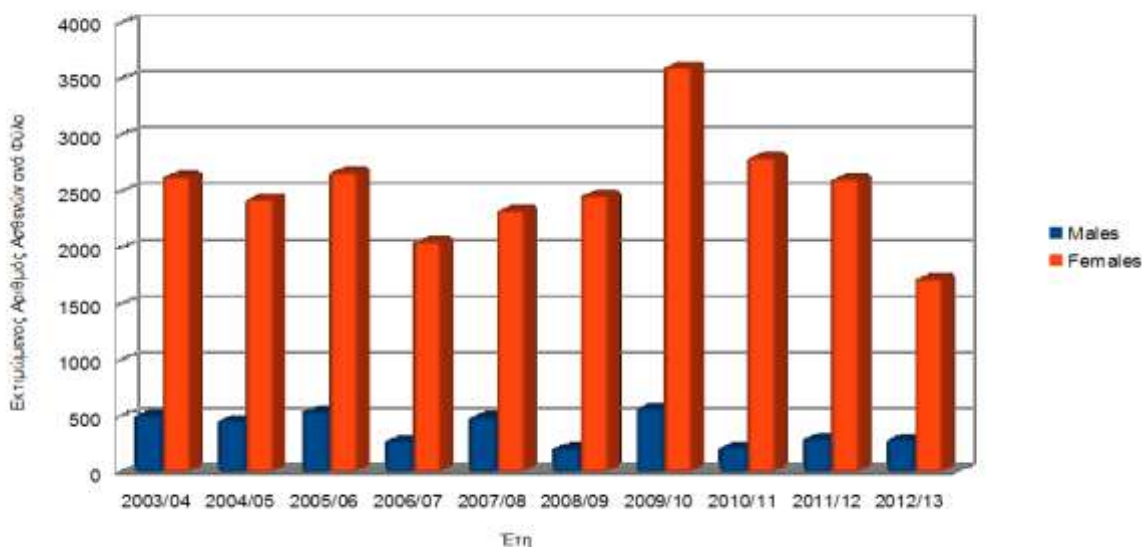
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΗ ΣΚΩΤΙΑ (patients_gppn)

Τα δεδομένα των γραφημάτων αποσκοπούν στη μελέτη και απεικόνιση δύο περιπτώσεων. Στη πρώτη περίπτωση έχουμε στοιχεία που αναφέρονται σε δείγμα 1000 ασθενών και αφορά τη χρήση ιατρικών ή νοσηλευτικών συμβουλευτικών υπηρεσιών για τουλάχιστον μια φορά το χρόνο από κάθε άτομο για τα οικονομικά έτη από το 2003/04 έως το 2012/13. Στη δεύτερη τα δεδομένα αφορούν τον εκτιμώμενο αριθμό ασθενών για τα ίδια οικονομικά έτη. Η διάκριση έγινε ανάλογα το φύλο και την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκει ο κάθε ασθενής.

4.5.1 ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ Ή ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΗ ΣΚΩΤΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ

Τα δεδομένα μας δημιουργήθηκαν χρησιμοποιώντας δείγμα 1000 ατόμων στη Σκωτία και αντιπροσωπεύει τη χρήση ιατρικών ή νοσηλευτικών συμβουλευτικών υπηρεσιών για τουλάχιστον μια φορά το χρόνο από τα οικονομικά έτη από το 2003/04 έως το 2012/13. Τα στοιχεία αποτελούνται από δύο μπάρες που αφορούν τα αρσενικά και τα θηλυκά και είναι χωρισμένα σε τρεις βασικές κατηγορίες ανάλογα την ηλικία του ατόμου σε 14 και κάτω, 14-24 ετών και άνω των 25 ετών. Κάθε στήλη περιγράφει ένα εύρος και ένα διάστημα εμπιστοσύνης για κάθε ηλικιακή ομάδα και φύλο, με τιμές να κυμαίνονται από 0,4-0,8 και 0,3-0,9 αντίστοιχα. Το μεγαλύτερο εύρος και για τα δύο φύλα εντοπίζεται στο οικονομικό έτος 2009/10 με εύρος 0,8 και διάστημα εμπιστοσύνης 0,6-0,9, με συνέπεια η ζήτηση σε συμβουλευτικές υπηρεσίες είναι η μεγαλύτερη εν συγκρίσει με όλα τα υπόλοιπα έτη, με τη μεγαλύτερη εξ αυτών να εντοπίζεται στο γυναικείο φύλο.

Χρήση Ιατρικών ή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών για Τουλάχιστον μια Φορά το Χρόνο ανά Φύλο

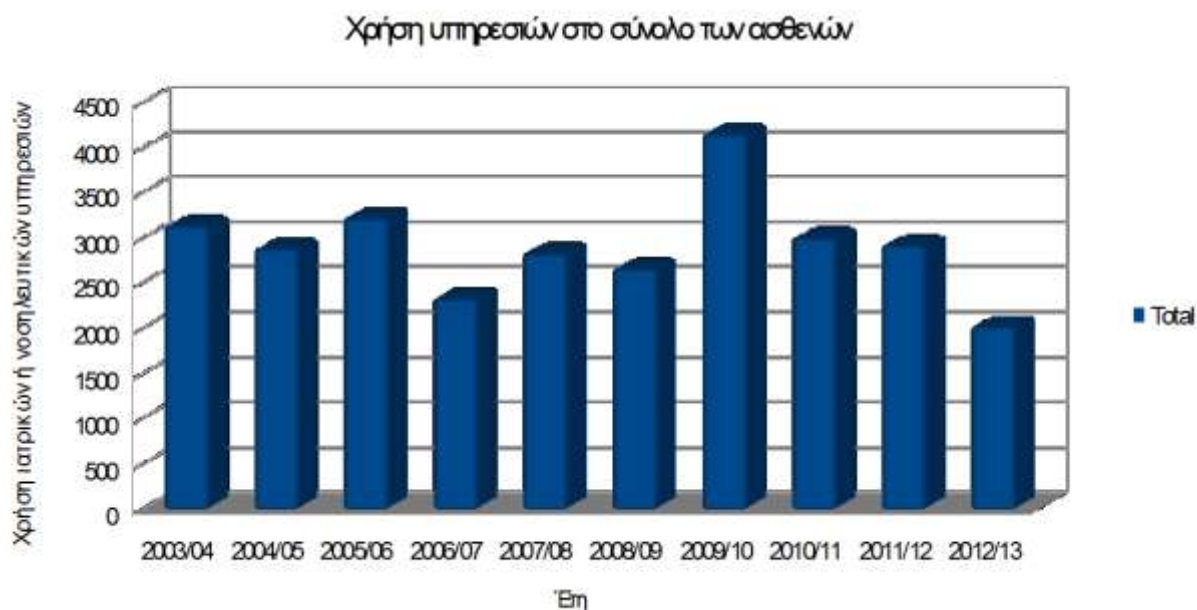


Εικόνα 4: Εκτιμώμενη Χρήση Ιατρικών ή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών για Τουλάχιστον μια Φορά το Χρόνο ανά Φύλο για τα Δέκα Οικονομικά Έτη

4.5.2 ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΕΚΑ ΕΤΩΝ ΚΑΙ Η ΧΡΗΣΗ ΣΤΟΥΣ ΔΥΟ ΤΥΠΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

Τα στοιχεία απαρτίζονται από δυο κατηγορίες που αφορούν το αρσενικό και το θηλυκό φύλο, ενώ η κάθε κατηγορία χωρίζεται σε τρεις υποκατηγορίες με βάση την ηλικιακή ομάδα. Τα δεδομένα είναι χωρισμένα σε στήλες και αναφέρονται στα οικονομικά έτη από το 2003/04 έως το 2012/13 και αντιπροσωπεύουν τον εκτιμώμενο αριθμό ασθενών. Η κάθε στήλη μας περιγράφει την ηλικία, τον αριθμό των ατόμων που έκαναν χρήση υπηρεσιών και το αντίστοιχο διάστημα εμπιστοσύνης. Παρατηρώντας τα δεδομένα, διαπιστώνουμε πως κατά τη διάρκεια του οικονομικού έτους 2009/10 ο αριθμός των ατόμων, σε άντρες και γυναίκες, που κατέφυγε στη χρήση θεραπευτικών υπηρεσιών ξεπέρασε τα υπόλοιπα έτη αγγίζοντας τον αριθμό των 4,150 ασθενών. Παράλληλα, με βάση τα υπάρχον τεκμήρια παρατηρείται πως στο γυναικείο πληθυσμό η χρήση των υπηρεσιών είναι αρκετά μεγαλύτερη σε σχέση

με τον ανδρικό ενώ η συγκέντρωση εντοπίζεται κυρίως στην ηλικιακή ομάδα των 25 ετών και άνω.



Εικόνα 5: Χρήση Ιατρικών και Νοσηλευτικών Υπηρεσιών στο Σύνολο των Ασθενών ανά Οικονομικό Έτος

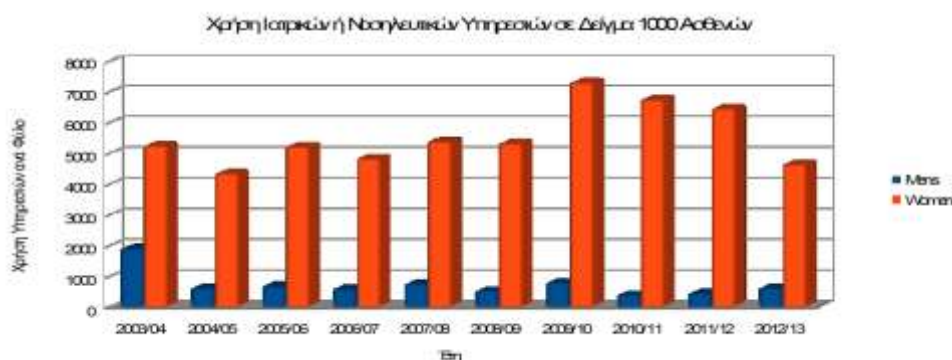
4.6 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΣΚΩΤΙΑ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ Ή ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ (consultations_gppn)

Τα δεδομένα μας απεικονίζονται σε δύο γραφήματα. Το πρώτο αναφέρεται σε δείγμα 1000 ασθενών και αφορά τη χρήση ιατρικών ή νοσηλευτικών συμβουλευτικών υπηρεσιών για τα οικονομικά έτη από το 2003/04 έως το 2012/13. Το δεύτερο αφορά τον εκτιμώμενο αριθμό συμβουλευτικών υπηρεσιών για τα ίδια έτη. Η διάκριση έγινε ανάλογα με το φύλο και την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκει ο κάθε ασθενής.

4.6.1 ΙΑΤΡΙΚΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ 1000 ΑΣΘΕΝΩΝ

Τα δεδομένα δημιουργήθηκαν χρησιμοποιώντας δείγμα 1000 ατόμων στη Σκωτία και αφορά τα οικονομικά έτη από το 2003/04 έως το 2012/13 και αντιπροσωπεύει τη χρήση των ιατρικών ή νοσηλευτικών συμβουλευτικών υπηρεσιών ανά έτος. Τα στοιχεία αποτελούνται από δύο μπάρες που αφορούν το αρσενικό και το θηλυκό φύλο και είναι χωρισμένα ανά ηλικιακά διαστήματα σε τρεις βασικές ομάδες, 14 και κάτω, μεταξύ 14-24 ετών και άνω των 25 ετών. Κάθε στήλη περιγράφει ένα εύρος και ένα διάστημα εμπιστοσύνης για κάθε ηλικιακή ομάδα και φύλο με τιμές να κυμαίνονται από 0,9-1,5 και 0,6-1,9 αντίστοιχα. Σύμφωνα με τα στοιχεία, διαπιστώνεται πως η ζήτηση σε συμβουλευτικές υπηρεσίες είναι η μεγαλύτερη εν συγκρίσει με όλα τα υπόλοιπα οικονομικά έτη, με τη μεγαλύτερη εξ αυτών να εντοπίζεται στο γυναικείο φύλο από ότι στο ανδρικό

Εικόνα 6: Χρήση ιατρικών ή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών σε δείγμα 1000 ασθενών ανά Οικονομικό Έτος και Φύλο Ασθενή



4.6.2 ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν για το παρακάτω γράφημα απαρτίζονται από δυο κατηγορίες που αφορούν το αρσενικό και το θηλυκό φύλο, ενώ η κάθε γραμμή απαρτίζεται από τρεις κατηγορίες με βάση την ηλικιακή ομάδα. Τα στοιχεία είναι χωρισμένα σε στήλες και αναφέρονται στα οικονομικά έτη από το 2003/04 έως το 2012/13 και αντιπροσωπεύουν τη χρήση που πραγματοποιήθηκε σε ιατρική και νοσηλευτική συμβουλευτική. Η κάθε στήλη μας περιγράφει τον αριθμό των ατόμων που έκαναν χρήση υπηρεσιών ανά ηλικία και το αντίστοιχο διάστημα εμπιστοσύνης. Μελετώντας τα δεδομένα του δείγματος, παρατηρούμε πως η μεγαλύτερη ζήτηση σε συμβουλευτικές υπηρεσίες, και για τα δύο φύλα, παρουσιάζεται κατά το οικονομικό έτος 2009/10 με τον αριθμό να αγγίζει τις 8,080 συμβουλευτικές υπηρεσίες.

Εξετάζοντας τα τεκμήρια καταλήγουμε στο συμπέρασμα, όπως παρουσιάζεται και στο γράφημα, πως το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνεται στο γυναικείο φύλο και ιδιαίτερα στην ηλικιακή ομάδα των 25 ετών και άνω.



Εικόνα 7: Χρήση Ιατρικών ή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών ανά Οικονομικό Έτος και Ηλικιακή Ομάδα για το Γυναικείο Φύλο

4.7 ΧΡΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ , ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ, ΤΟΠΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ Ή ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΗ ΣΚΩΤΙΑ (patients_pti)

Τα στοιχεία αποτελούνται από δύο τμήματα. Το πρώτο αναφέρεται σε δείγμα 1000 ασθενών και αφορά τη χρήση ιατρικής συμβουλευτικής, νοσηλευτικής πρακτικής, τοπικού νοσηλευτή ή ιατρικού επισκέπτη για τουλάχιστον μια φορά το χρόνο από κάθε άτομο για τα οικονομικά έτη από το 2003/04 έως το 2005/06. Το δεύτερο αφορά τον εκτιμώμενο αριθμό ασθενών για τα ίδια οικονομικά έτη. Η διάκριση έγινε ανάλογα το φύλο και την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκει ο κάθε ασθενής.

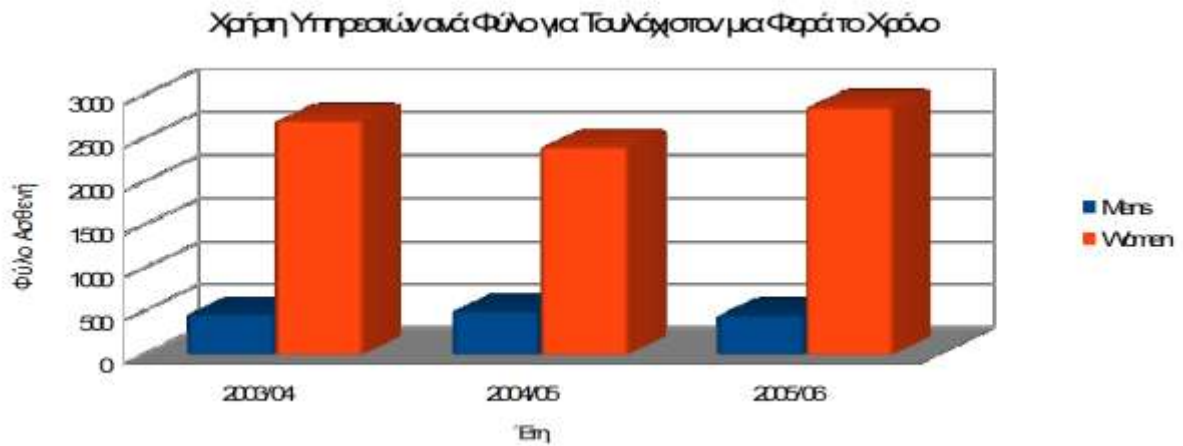
4.7.1 ΧΡΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗ ΣΚΩΤΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ

Τα στοιχεία δημιουργήθηκαν χρησιμοποιώντας δείγμα 1000 ατόμων στη Σκωτία και αφορά τα οικονομικά έτη από το 2003/04 έως το 2005/06 και αντιπροσωπεύει τη χρήση ενός εκ των τεσσάρων τύπων συμβουλευτικών υπηρεσιών στην αντιμετώπιση

των διατροφικών διαταραχών για τουλάχιστον μια φορά το χρόνο. Τα δεδομένα αποτελούνται από δύο γραμμές που αφορούν αντίστοιχα τα αρσενικά και τα θηλυκά, χωρισμένα ανά ηλικιακά διαστήματα σε τρεις βασικές ομάδες, των 14 και κάτω, των 14-24 ετών και άνω των 25 ετών. Κάθε στήλη περιγράφει ένα εύρος και ένα διάστημα εμπιστοσύνης για κάθε ηλικιακή ομάδα και φύλο, με τιμές να κυμαίνονται από 0,5-0,6 και 0,6-1,4 αντίστοιχα. Παρατηρούμε, πως το μεγαλύτερο εύρος και για τα δύο φύλα εντοπίζεται στο οικονομικό έτος 2005/06 με εύρος 1,1 και διάστημα εμπιστοσύνης 0,8-1,3, με μεγαλύτερη συγκέντρωση να εντοπίζεται στο γυναικείο φύλο από ότι στο ανδρικό.

4.7.2 ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΡΕΙΩΝ ΕΤΩΝ ΚΑΙ Η ΧΡΗΣΗ ΣΤΟΥΣ ΒΑΣΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

Τα στοιχεία απαρτίζονται από δύο γραμμές που αφορούν το αρσενικό και το θηλυκό φύλο, ενώ η κάθε γραμμή απαρτίζεται από τρεις κατηγορίες με βάση την ηλικιακή ομάδα. Η κατηγοριοποίηση σε στήλες πραγματοποιήθηκε με βάση τα οικονομικά έτη από το 2003/04 έως το 2005/06. Τα δεδομένα αντιπροσωπεύουν τον εκτιμώμενο αριθμό ασθενών στη Σκωτία καθώς και τη χρήση που έκαναν σε συμβουλευτικές υπηρεσίες. Η κάθε στήλη μας δίνει τον αριθμό των ατόμων που έκαναν χρήση υπηρεσιών ανά ηλικία και το αντίστοιχο διάστημα εμπιστοσύνης. Διαπιστώνουμε πως κατά τη διάρκεια του οικονομικού έτους 2005/06 ο αριθμός των ατόμων, και σε άντρες και σε γυναίκες, που κατέφυγε σε χρήση θεραπευτικών υπηρεσιών ξεπέρασε τα υπόλοιπα έτη αγγίζοντας τον αριθμό των 3,320 ασθενών, με το μεγαλύτερο αριθμό να αφορούν το γυναικείο φύλο.



Εικόνα 8: Χρήση Υπηρεσιών ανά Φύλο για Τουλάχιστον μια Φορά το Χρόνο ανά Οικονομικό Έτος

4.8 ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗ ΣΚΩΤΙΑ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ , ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ, ΤΗ ΤΟΠΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ Ή ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ (consultation_pti)

Τα στοιχεία αποτελούνται από δύο τμήματα. Το πρώτο αναφέρεται σε δείγμα 1000 ασθενών και αφορά τη χρήση των τεσσάρων τύπων συμβουλευτικής πρακτικής για τα οικονομικά έτη από το 2003/04 έως το 2005/06, ενώ, το δεύτερο αφορά τον εκτιμώμενο αριθμό συμβουλευτικών υπηρεσιών για τα ίδια οικονομικά έτη. Η διάκριση έγινε με βάση το φύλο και την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκει το κάθε άτομο.

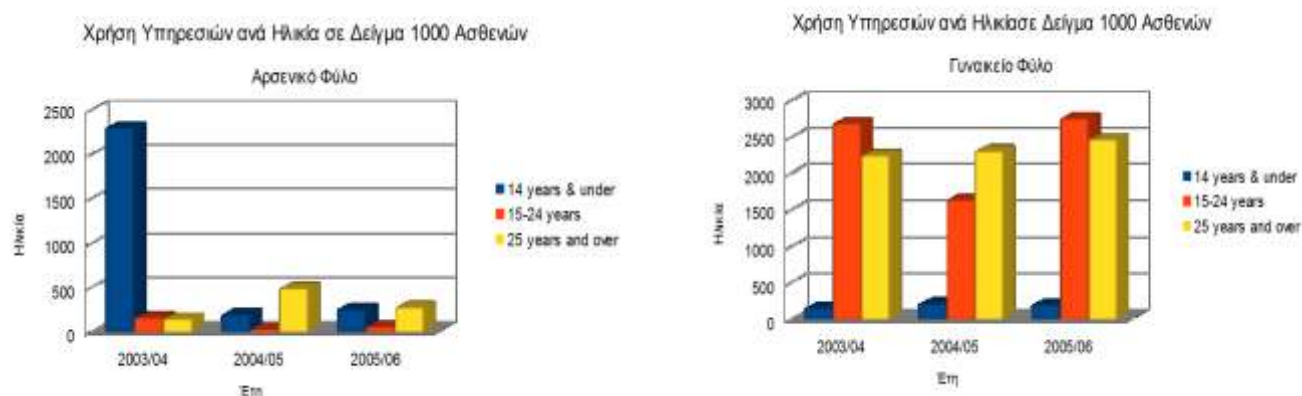
4.8.1 ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΤΥΠΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ 1000 ΑΣΘΕΝΩΝ

Τα στοιχεία δημιουργήθηκαν χρησιμοποιώντας δείγμα 1000 ατόμων στη Σκωτία και αφορά τα οικονομικά έτη από το 2003/04 έως το 2005/06, αντιπροσωπεύοντας τη χρήση ενός εκ των τεσσάρων τύπων συμβουλευτικών υπηρεσιών στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών ανά έτος. Τα δεδομένα αποτελούνται από δύο μπάρες που αφορούν το αρσενικό και το θηλυκό φύλο και είναι χωρισμένα σε τρεις βασικές ομάδες ανάλογα την ηλικία, σε 14 και κάτω, 14-24 ετών και άνω των 25 ετών. Κάθε στήλη περιγράφει ένα εύρος και ένα διάστημα εμπιστοσύνης για κάθε ομάδα και φύλο, με τιμές να κυμαίνονται από 0,9-1,4 και 0,6- 2,1 αντίστοιχα. Παρατηρούμε, πως το μεγαλύτερο εύρος και για τα δύο φύλα , εντοπίζεται στο οικονομικό έτος

2003/04 με διάστημα εμπιστοσύνης 0,6-2,1. Επομένως, η ζήτηση σε συμβουλευτικές υπηρεσίες είναι η μεγαλύτερη εν συγκρίσει με όλα τα υπόλοιπα οικονομικά έτη, με τη μεγαλύτερη εξ αυτών να εντοπίζεται στο γυναικείο φύλο.

4.8.2 ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΡΗΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΤΥΠΟΥΣ ΣΙΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΡΙΩΝ ΕΤΩΝ "

Το γράφημα απαρτίζεται από δυο εικόνες που αφορούν το αρσενικό και το γυναικείο φύλο, ενώ η κάθε απεικόνιση απαρτίζεται από τρεις κατηγορίες με βάση την ηλικία του ατόμου. Τα στοιχεία είναι χωρισμένα σε στήλες και αναφέρονται στα οικονομικά έτη από το 2003/04 έως το 2005/06, αντιπροσωπεύοντας τη χρήση που πραγματοποιήθηκε σε ιατρικές υπηρεσίες, σε νοσηλευτική συμβουλευτική, σε ιατρικούς επισκέπτες και σε τοπική νοσηλεία. Η κάθε στήλη περιγράφει τον αριθμό των ασθενών που έκαναν χρήση υπηρεσιών ανά ηλικία και έτος. Μελετώντας τα δεδομένα, παρατηρούμε πως η μεγαλύτερη ζήτηση σε συμβουλευτικές υπηρεσίες για το αρσενικό φύλο παρουσιάζεται κατά το οικονομικό έτος 2003/04 με τον αριθμό να αγγίζει τις 2,120 με ιδιαίτερη συγκέντρωση στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 14 και άνω. Αντίστοιχα για το γυναικείο φύλο, το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται κατά το οικονομικό έτος 2005/06 με τον αριθμό να αγγίζει τις 5,420 με αυξημένη συγκέντρωση στην ηλικιακή ομάδα των 15-24.



Εικόνα 9: (α) Χρήση Υπηρεσιών ανά Ηλικία σε Δείγμα 1000 Ασθενών για τα Δύο Φύλα; (β)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

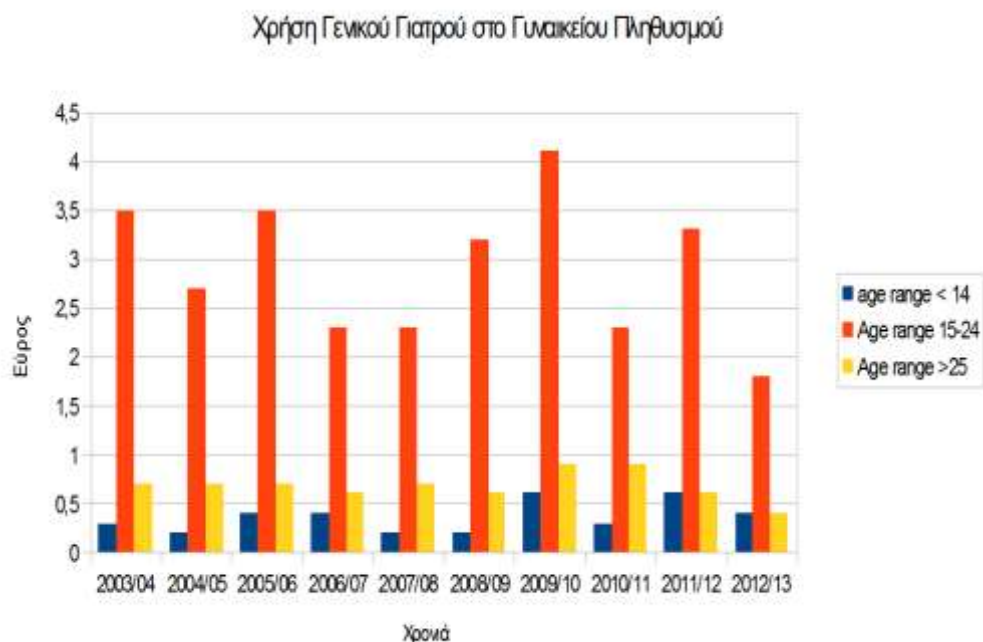
5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Δεδομένου πως στον ελλαδικό χώρο δεν έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες που να αφορούν την διερεύνηση του φαινομένου των διατροφικών διαταραχών και τη μελέτη των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση και ανάπτυξη τους στο γενικό πληθυσμό, εξαιρουμένου της μελέτης που πραγματοποιήθηκε απο τον Ficher, ο οποίος εξέτασε τον επιπολασμό της νευρογενούς ανορεξίας σε δείγμα ατόμων στη Βέροια και τα Ιωάννινα, περιοριστήκαμε στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Σκωτία σε δείγμα 1000 ατόμων. Συγκεκριμένα, η μελέτη αφορά τη χρήση ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών από ασθενείς που είναι αντιμετώποι με τη νόσο ενώ η ταξινόμηση και κατηγοριοποίηση του δείγματος πραγματοποιήθηκε με βάση το φύλο και την ηλικιακή ομάδα των ατόμων.

5.2 ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.2.1 ΓΡΑΦΗΜΑ 1

Το παρακάτω γράφημα δείχνει τη χρήση σε ιατρικές υπηρεσίες του συνόλου του γυναικείου πληθυσμού στο δείγμα των 1000 ατόμων στη Σκωτία. Η ταξινόμηση πραγματοποιήθηκε με βάση το οικονομικό έτος και την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκει το άτομο. Βλέπουμε εδώ πως τα ποσοστά διατηρούνται σε χαμηλά επίπεδα στην ηλικία κάτω των 14 ετών, ενώ σε ελάχιστα υψηλότερα ποσοστά κυμαίνεται και η ηλικιακή ομάδα των 25 και άνω. Αξιοσημείωτη παρατήρηση αποτελεί η διαπίστωση πως οι ηλικίες μεταξύ 15 έως 24 ετών διατηρούν εξαιρετικά υψηλά ποσοστά χρήσης ιατρικών υπηρεσιών, με τα νούμερα να εκτοξεύονται ιδιαίτερα κατά

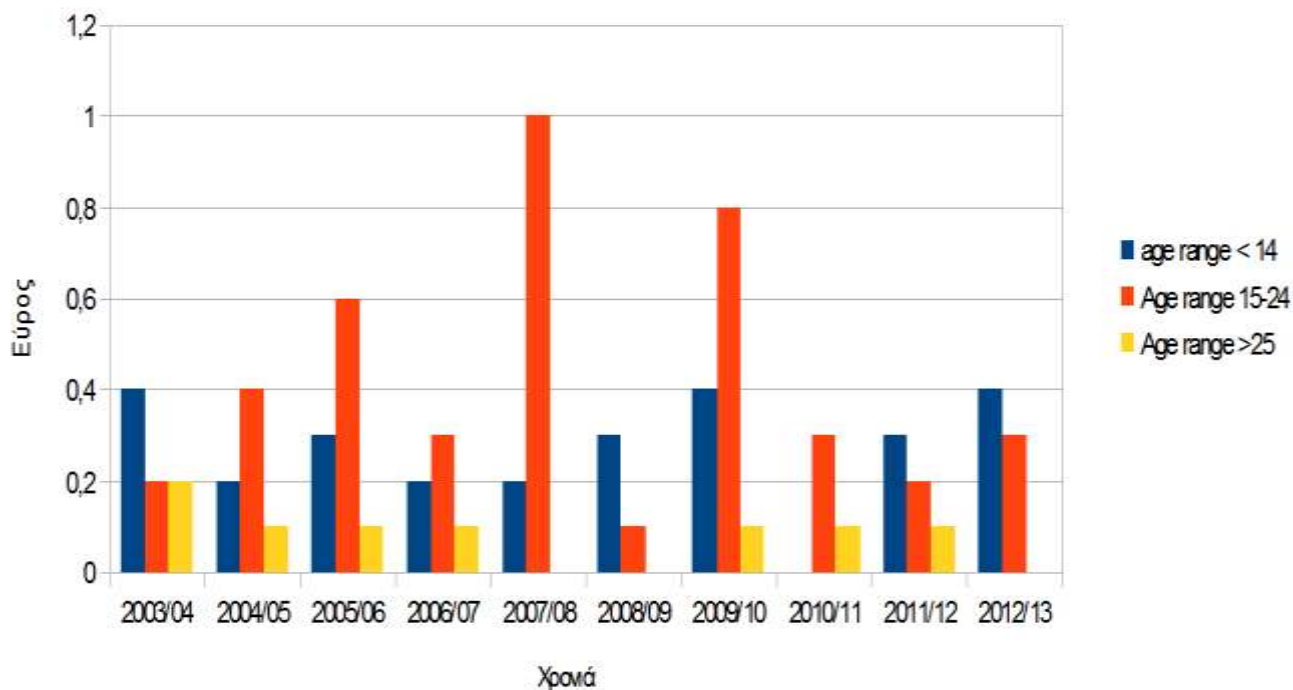


το οικονομικό έτος 2009/2010.

5.2.2 ΓΡΑΦΗΜΑ 2

Το παρακάτω γράφημα δείχνει τη χρήση σε γενικό ιατρό του συνόλου του ανδρικού πληθυσμού στο δείγμα των 1000 ατόμων στη Σκωτία. Η ταξινόμηση αντίστοιχα με το γυναικείο φύλο πραγματοποιήθηκε με βάση το οικονομικό έτος και την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκει το άτομο. Βλέπουμε εδώ πως τα ποσοστά διατηρούνται σε χαμηλά, σχετικά, επίπεδα στην ηλικία των 25 και άνω, ενώ ελάχιστα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στις ηλικιακές ομάδες κάτω των 14 ετών και μεταξύ των 15 έως 24 ετών. Διαπιστώνουμε πως τα ποσοστά εκτοξεύονται κατά το οικονομικό έτος 2007/08 και 2009/10 μεταξύ της ομάδας των 14 με 25 ενώ παράλληλα δεν εμφανίζεται χρήση ιατρικών υπηρεσιών κατά τα οικονομικά έτη 2007/08, 2008/09 και 2012/13.

Χρήση Γενικού Γιατρού στον αντρικό πληθυσμό



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τη μελέτη που πραγματοποιήσαμε διαπιστώσαμε πως οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (ΔΠΤ) είναι χρόνιες υποτροπιάζουσες διαταραχές, με ψυχική εμβέλεια, οι οποίες προκαλούν σημαντικές επιπλοκές στην σωματική υγεία. Η συννοσηρότητα που εμφανίζουν με άλλα ψυχολογικά νοσήματα, αποτελούν την αιτία που προσδίδεται ο ορισμός νευρογενής νόσος. Η συγκέντρωση των ασθενών εντοπίζεται κυρίως στις δύο βασικές κατηγορίες των διατροφικών διαταραχών, τη νευρογενή ανορεξία και νευρογενή βουλιμία, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρείται και η συνύπαρξη και των δύο διαταραχών. Με βάση τη κλινική εικόνα που παρουσιάζουν οι ασθενείς, στη νευρογενή ανορεξία και στη νευρογενή βουλιμία, η ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση κρίνεται απαραίτητη, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις που η κατάσταση του ασθενή είναι σοβαρή, η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αποτελεί επόμενη λύση για την αντιστρεψιμότητα της κατάστασης.

Αναφορικά με την αναλογία των ατόμων σχετικά με το φύλο, ευδιάκριτη είναι η παρατήρηση πως μεγαλύτερη συγκέντρωση εντοπίζεται στο γυναικείο φύλο έναντι του ανδρικού. Η υπεροχή του αυτή, οφείλεται στις έντονες κοινωνικές πιέσεις που δέχονται οι γυναίκες να ανταποκριθούν στις πολλαπλές υποχρεώσεις που η σύγχρονη κοινωνία επιβάλλει, στα πρότυπα που προστάζουν οι τάσεις της μόδας, στην εξιδανίκευση του λεπτού και καλλίγραμμου σώματος αλλά και στη γυναικεία φύση που χαρακτηρίζεται πιο ευάλωτη από την ανδρική. Συγκεκριμένα, και στα δύο φύλα παρατηρείται η τάση να διατηρείται μια διαστρεβλωμένη εικόνα και αλλοιωμένη αντίληψη σχετικά με βάρος και το σχήμα του σώματος. Έντονη ανησυχία και φόβος παρατηρείται στην πιθανότητα αύξησης του βάρους ενώ ταυτόχρονα για τις γυναίκες παρατηρείται και μια συσχέτιση με σημάδια καταθλιπτικής και καταναγκαστικής συμπεριφοράς. Όλο το παραπάνω μοτίβο εντείνει την τάση η συγκέντρωση της διαταραχής να εμφανίζεται στο γυναικείο φύλο έναντι του ανδρικού, εξαιτίας της ευαλωτότητας που παρουσιάζεται από τη γυναικεία φύση.

Όσο αφορά την ηλικία των ασθενών που πληρούν τα κριτήρια των δύο βασικών διατροφικών κατηγοριών, παρατηρούμε πως για το γυναικείο φύλο μεγαλύτερη συγκέντρωση παρουσιάζεται στην ηλικιακή ομάδα των 25 και άνω ενώ για το ανδρικό τα ποσά είναι περίπου ίδια τόσο για και για τις τρεις ηλικιακές ομάδες. Η

κύρια διαπίστωση είναι πως διαταραχές πρόσληψης τροφής πλήττουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις γυναίκες στην ενήλικη φάση της ζωής τους ως αποτέλεσμα των έντονων σωματικών ανησυχιών αλλά και της πίεσης που υφίστανται σε συμμόρφωση με τα ισχύον προβαλλόμενων προτύπων ομορφιάς.

Στη διάρκεια των δέκα ετών που μελετήσαμε τη συγκέντρωση στη χρήση ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών από ασθενείς που αντιμετωπίζουν διαταραχές στη πρόσληψη τροφής παρατηρούμε πως ιδιαίτερη συγκέντρωση εντοπίζεται κατά το έτος 2009/2010. Αξιολογώντας τα δεδομένα μας παρατηρούμε πως ενώ και για τα προηγούμενα έτη από το 2003 μέχρι και το 2008 τα ποσοστά διατηρούνται εξίσου σε σημαντικά υψηλά επίπεδα, ωστόσο από το 2009 και έπειτα η χρήση των υπηρεσιών φαίνεται να είναι πιο έντονη. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός πως οι έντονοι ρυθμοί ζωής που εμφανίζεται τη τελευταία περίπου δεκαετία έχει κάνει εμφανή την επίδραση της στις ζωές των ατόμων. Συγκεκριμένα, συνεκτιμώντας τα στοιχεία του δείγματος με την ψυχολογική επίδραση και το εύρος που καλύπτει στην εκδήλωση και ανάπτυξη της νόσου, αντιλαμβανόμαστε πόσο σημαντική συνιστώσα αποτελούν οι έντονοι ρυθμοί της καθημερινότητας και οι σύγχρονες απαιτήσεις που επιβάλλουν στα άτομα να λειτουργούν κάτω από συνθήκες πίεσης και στρες προκειμένου να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις ποικίλες επαγγελματικές, κοινωνικές και οικογενειακές υποχρεώσεις.

Η αναζήτηση βοήθειας από τους ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής, σε αρκετές περιπτώσεις δεν οφείλεται εξαιτίας της ύπαρξης της διαταραχής, αλλά κυρίως των συνεπειών που προκαλούνται στη εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού. Ως εκ τούτου, επειδή τα άτομα που νοσούν χαρακτηρίζονται από έντονη ανησυχία που σχετίζονται με τη τροφή αλλά το φόβο αύξησης βάρους, πολλές φορές δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν τη συμπτωματολογία της διαταραχής προκειμένου να δεχτούν κατάλληλη ιατρική φροντίδα. Οι μακροπρόθεσμες επιπλοκές που μπορούν να προκληθούν από τη παρατεταμένη απώλεια βάρους και την απίσχναση του κορμιού στη περίπτωση της ανορεξίας και στη δημιουργία σωματικών επιπλοκών από τη χρήση καθαρικών στη περίπτωση της βουλιμίας, δημιουργούν την ανάγκη να αναζητήσης ιατρικής βοήθειας. Ωστόσο, καθώς οι ασθενείς αδυνατούν να παραδεχτούν την εμμονή τους με το βάρος και τροφή ωστόσο μια πιθανή επίσκεψη στο ιατρό μπορεί οφείλεται όχι στη διαταραχή καθ' αυτή αλλά εξαιτίας της συναισθηματικής δυσφορίας που μαρτυρούν ή εξαιτίας δυσλειτουργιών και επιπλοκών που δημιουργείται στη λειτουργία του οργανισμού, όπως καρδιαγγειακά

προβλήματα, βλάβες του θυρεοειδή και του γαστρεντερικού συστήματος ή εξαιτίας ανισορροπίας στο κεντρικό άξονα ορμονών. Επομένως, σύμφωνα με τα παραπάνω, εξηγείται το γεγονός πως ιδιαίτερη συγκέντρωση παρατηρείται στη ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών σε σύγκριση με τις υπόλοιπες τρεις κατηγορίες παροχής φροντίδας. Σε λιγότερο ποσοστό φαίνεται να γίνεται χρήση νοσηλευτικών υπηρεσιών, ενώ για τους ιατρικούς επισκέπτες και το τοπικούς νοσηλευτές, η χρήση είναι σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα, ενώ χαρακτηριστικά, από το 2006 και μετά δεν υπάρχουν αναφορές σχετικά με την χρήση των δύο τελευταίων. Επιπλέον, κατά τη μελέτη μας παρατηρήσαμε πως σε εξαιρετικά υψηλά ποσοστά φαίνεται να παρουσιάζεται η ζήτηση σε ιατρικές και νοσηλευτικές ιδιαίτερα κατά το έτος 2009/2010, και όχι τυχαία, καθώς η συγκέντρωση των ατόμων που πάσχουν από κάποια μορφή διατροφικής διαταραχής φαίνεται να αυξάνεται στο συγκεκριμένο χρονολογικό έτος, ενώ για τα επόμενα φαίνεται μια σταδιακή και σταθερή καθοδική τάση.

Από τα κριτήρια της μελέτης μας και λαμβάνοντας σοβαρά υπόψιν μας τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV, παρατηρούμε πως η αυξημένη χρήση σε γενικούς γιατρούς και νοσηλευτές από το γυναικείο φύλο εξηγεί πως πιθανότατα οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο επιρρεπείς σε πιέσεις που αφορούν την εξωτερική εμφάνιση έναντι του ανδρικού φύλου όπου εμφανίζεται σε λιγότερα ποσοστά χρήσης υπηρεσιών, αλλά όχι αμελητέα. Σύμφωνα με όσα έχουν αναφερθεί και υπό το πρίσμα των ερευνών, εύλογο συμπέρασμα αποτελεί τη συγκριτικά μεγαλύτερη χρήση σε ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες εξαιτίας όχι μόνο της δυσκολίας που έγκειται η αναγνώριση της διαταραχής και η συννοσηρότητα με δευτερογενής καταστάσεις, όπως καταναγκαστικές και ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές, αλλά και εξαιτίας της υποτροπιάζουσας μορφής που εμφανίζουν οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, οι οποίες καθιστούν αναγκαία τη υπό ιατρική παρακολούθηση ακόμα και σε ήπιες πλέον κατάστασης της νόσου.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελούν μορφές οι οποίες χαρακτηρίζονται από χρονιότητα και απαιτούν συστηματική φροντίδα και παρακολούθηση τόσο από τη μεριά του ασθενή όσο και από τη πλευρά της κοινωνίας. Τα κόστη που συνεπάγονται με τη νόσου, δεν αφορούν μόνο τη προσωπική επιβάρυνση που δέχεται ο ασθενής και το οικογενειακό του περιβάλλον, αλλά έχουν ψυχολογικό και κοινωνικό χαρακτήρα. Πιο συγκεκριμένα, εκτιμάται πως η δαπάνη χρημάτων σε μη αποτελεσματικές υπηρεσίες και πολιτικές οδηγούν στην επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού και στην ελλιπή προσαρμοσμένη παροχή φροντίδας. Συγκεκριμένα, κυρίως οι ασθενείς

με νευρογενή ανορεξία, τείνουν να κάνουν μεγαλύτερη χρήση κλινών σε μεγαλύτερο ποσοστό από οποιαδήποτε άλλη κατηγορία ασθενών, ενώ την ίδια στιγμή και εφόσον υπήρχε ένα οργανωμένο και προσαρμοσμένο σύστημα περίθαλψης, οι ίδιοι ασθενείς θα μπορούσαν να δεχτούν υπηρεσίες εξωτερικής παρακολούθησης σε ειδικές σχεδιασμένες δομές που θα προορίζονταν για την αντιμετώπιση της νόσου. Έτσι θα επιτευχθεί μείωση των νοσοκομειακών δαπανών και αύξηση θεραπευτικής αποτελεσματικότητας. Τα κόστη στη νευρογενή ανορεξία είναι αμιγώς μεγαλύτερα εν συγκρίσει με τη νευρογενή βουλιμία καθώς στη πρώτη συνεπάγονται υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, που καθιστούν αναγκαία την ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση.

Από τα δεδομένα του δείγματος που μελετήσαμε, παρατηρήσαμε πως ειδικά για το γυναικείο φύλο, οι διατροφικές διαταραχές επηρεάζουν κυρίως την ηλικιακή ομάδα των 25 και άνω. Αυτό αποτελεί σημαντικό παράγοντα προκειμένου να επισημάνουμε, πως το κόστος που δέχεται η κοινωνία δεν είναι μόνο η οικονομική επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού από την παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς με τη νόσο, αλλά και έμμεση αύξηση του κόστους εξαιτίας της αποδοτικότητας και κατ' επέκταση τη μείωση των ατόμων στην κοινωνία. Οι συνέπειες που προκαλούνται από τη νόσο, όπως κοινωνική απομόνωση, κατάθλιψη, ακαμψία σκέψης, ανησυχία, υπερένταση και πνευματική κόπωση, είναι μερικά παραδείγματα που εξηγούν το λόγο που ένα άτομο με διαταραχές πρόσληψης τροφής “χάνει” την ευελιξία στη καθημερινότητα του, μειώνεται η επαγγελματική του αποδοτικότητα και λειτουργεί κατασταλτικά προς το κοινωνικό όφελος. Επομένως, δημιουργείται ένα πλέγμα γύρω από τις διαταραχές πρόσληψης τροφής και την οικονομία καθώς αυξάνεται ο κρατικός προϋπολογισμός από τις δαπάνες κοινωνικής πρόνοιας, την απώλεια του φόρου εισοδήματος εξαιτίας της αδυναμίας του ασθενή να εκπληρώσει τα εργασιακά του καθήκοντα όσο και μέσω την επιβάρυνση του κράτους από χρηματοδοτούμενα προγράμματα υγείας τα οποία ωστόσο δεν πληρούν και τις κατάλληλες προδιαγραφές για επαρκή αποτελεσματικότητα στη θεραπεία της νόσου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Apple, R.F. International Therapy for Bulimia Nervosa. *Psychotherapy in Practice*, 55(6): 715-725, 1999.

Aydam, B., Keen C., & Lask, B. Pros and cons of using the mental health act for severe eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41(5): 448-457, 2008.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731.

Bruch H : *Eating Disorders* . Basic Books , New York , 1973. Connors M E, Morse W: Sexual abuse and eating disorders : A review, *Int J Eating Disord* 13: 1, 1993.

Brush H (1972), "Eating Disorders: Obesity Anorexia Nervosa", Cambridge Harvard, unpublished press.

Brownele Kelly D., Fairburn Christopher G., (1995). *Eating Disorders and Obesity A Comprehensive Handbook*, Guilford Press.

Butryn, M.L., & Wadden, T.A., Treatment of overweight in children and adolescents: does dieting increase the risk of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 37(4): 285-293, 2005.

Burne, S.M., & Mclean, N.J. The Cognitive -behavioral model of bulimia nervosa; A direct evaluation. *International Journal of Eating Disorders*; 31: 17-31, 2002.

Broberg, A.G., Hjalms, & Nevenon, L. Eating disorders , attachment and international difficulties: a comparison between 18- to 24-year-old patients and normal controls. *European Eating Disorders Review* 9(6): 381-396, 2001.

Bronte, C.(1816-1855) *Villette* Penguin Classics, 2004

Brumberg, J., J. *Fasting Girls: The emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Cambridge, Mass,: Harvard University Press, 1988.

Bruner, J. Πράξις νοήματος. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα, 1997.

Bulik, C. M., Sullivan, P.F., (και συν). Temperament in eating disorders . *International Journal of Eating Disorders*. 17 (3): 251- 261, 1994.

Binford, R.B. & le Grange, D. Adolescents with bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified-purging only. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2): 157-161, 2005

Birmingham, C.L., Su, J., et al. The mortality rate from anorexia nervosa . *International Journal of Eating Disorders*, 38(2): 157-161, 2005, 36(2): 143-146, 2005.

Blundell, J.E., & Hill, A.J. Binge Eating: Psychological mechanisms, In: *Binge Eating : Nature , Assessment and Treatment*. Fairburn, C.G., & Wilson, T., (eds), NY: Guilford Press, 1993.

Bailer, U., de Zwaan, M., Leaisch, F., et al.. Guided Self-Help Versus Cognitive-Behavioral Group Therapy in the Treatment of Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35: 522-537, 2004.

Couninhan C (1999), "The anthropology of food and body" Routledge, New York

Caldwell, M.B., Brownell, K.D., Wilfrey , D.E. Relationship of weight , body dissatisfaction and female dieters. *International Journal Eating Disorder*, 22: 127-130, 1997

Cassin SE, von Ranson KM Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(7):895.

David H. Barlow(2014) : *Clinical Handbook of Psychological Disorders, Fifth Edition: A Step-By-Step Treatment Manual*. London.

Fairburn Christopher, (2005). Βουλιμία «Ξανά κερδίστε τον έλεγχο», εκδόσεις Πατάκη.

Fornari Victor, Wlodarczyk-Bisaga Katarzyna, Matthews Michael, Sandberg David, Mandel Francine and S. Katz Jack L 1999 (November-December) Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa *Comprehensive Psychiatry*, Volume 40, Issue 6, pages 434-441.

Fairburn, C. G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S26-S30.

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.

Goldbloom D S, Kennedy S H, Kaplan A S, Woodside D B: Anorexia nervosa and Bulimia nervosa. *Can Med Assoc J* 140: 1149, 1989. Hsu L K G : The treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 143: 573, 1986.

Garner D M , Shafer C L, Rosen L W : Critical appraisal of the DSM -III-R diagnostic criteria for eating disorders .In *Child Psychopathology : Diagnostic Criteria and*

Clinical Assessment , S R Hooper, G W Hynd, R E Mattison , editors, p 261. Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1992.

Goldbloom D S, Garfinkel P E, Shaw B: Biochemical factors in bulimianervosa. J Psychosom Res 35: 11, 1991.

Grilo CM Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. Curr Psychiatry Rep. 2002;4(1):18.

Johnson C, Connors E. Mary (1987), "The Etiology and Treatment of Bulimia Nervosa, a biopsychosocial perspective" Basic Books, Inc Publishers, New York.

Kjelsas Einar, Bjornstrom Christian, Gotestam K Gunnar, (2004). "Prevalence of Eating Disorders in Female and Male Eating Behaviours " Eating Behaviour, p. 13-25.

Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 43(3), 195-204.

Levenkron Steven, (2000). Anatomy of Anorexia. In Levenkron Steven, (2000). Treating and overcoming Anorexia Nervosa .

Mela David J. and Rogers Peter J., (1998). Food, Eating and Obesity, Chapman & Hall Pub.

Nestle Marion, (1987). Διατροφή στην Κλινική Πράξη, Αθήνα, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισίανος. (NIMH), National Institute of Mental Health (2001). Expert Assistance provided by Hyman Steven E., and Cuthbert Bruce N., Dolan-Sewell Regina, Vitiello Benedetto, Wittenberg Clarissa and Burr Constance. NIHM Publication No. 01-4901, updated August 06 2002.

Palmer Bob (2000), "Helping people with eating disorders a clinical guide to assessment and treatment", Saxon press, England .

Spring Bonnie, Chiodo June, and Bowen Deborah J., (1987). Carbohydrates, Tryptophan, and Behaviour: A Methodological Review, Texas Tech University.

Salvador Minuchin, Bernice L. Rosman , Lester Baker (1978) : Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa , Harvard University Press.

Strober M, Humphrey L L: Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. J Consult Clin Psychol 55: 654, 1987.

Szmuckler G I: The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. J Psychiatr Res 19: 143, 1985

Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. British Journal of Clinical Psychology, 45(3), 343-366

Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406-414.

Telch C F, Agras W S: Obesity, binge eating and psychopathology : Are they related? *Int J Eating Disord* 15: 53, 1994.

Wagner, A., Barbarich-Marsteller, N.C., Frank, G.K., et al. Personality traits after recovery from eating disorders: Do subtypes differ? *International Journal of Eating Disorders*, 39(4): 276-284, 2006.

Waller, J.V., Kaufman , M. R, and Deutsch, F. (1940) Anorexia Nervosa: A psychosomatic Entity. In: M. R. Kaufman and M. Heiman.(eds), 1964, pp145-276

Waller, J.V., Kaufman , M. R, and Deutsch, F. (1940) Anorexia Nervosa: A psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine*, 2: 3, 1940.

Yanovski S Z, Nelson J E, Dubbert B K, Spitzer R L: Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychol* 150: 1472, 1993.

Zmukler G. S., Dare C. and Treasure J. (eds.), (1995). *Handbook of eating disorders Theory, Treatment and Research.*

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αζίξη Καλατζή (2000), Τετράδια ψυχιατρικής, «Ψυχογενής Ανορεξία και Βουλιμία», No 52, Αθήνα.

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

Ελληνική Εταιρεία ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας εφήβου παιδιού, « Παιδί – έφηβος ψυχική υγεία και ψυχοπαθολογία», τόμος πρώτος, τεύχος 2, φθινόπωρο 1999, εκδόσεις καστανιώτη, Αθήνα.

Κονταξάκης (1997), «Θνησιμότητα και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στις διαταραχές πρόσληψης τροφής », στο 23ο Πανελλήνιο Ιατρικό συνέδριο, συντονιστής Χριστοδούλου Γ. (1997) «Διαταραχές πρόσληψης τροφής», εκδόσεις Ιατρική εταιρεία Αθηνών, Αθήνα.

Λύκουρας Ελευθέριος (1997), « Το βιολογικό υπόστρωμα των διαταραχών πρόσληψης τροφής» στο Χριστοδούλου Γ. «Διαταραχές πρόσληψης τροφής», εκδόσεις Ιατρική εταιρεία Αθηνών, Αθήνα.

Μπάλλης Θεόδωρος, (2000). Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής, University studio press. 12.

Μάνου Νίκος, (1997). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University Studio Press.

Σαραντόγλου Γιώργος-Venice Jean-Luc-Chupin Maurice, (1987). Η ψυχογενής ανορεξία, εκδόσεις Χατζηνικολή.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

www.palcotton.gr

www.health.in.gr

www.iatronet.gr

www.medlook.net.

www.neodynamiko.gr

www.ana.gr

www.ftou.gr

www.e-go.gr

www.Eatingdisorders.gr

www.alithia.com

www.paso.gr

www.hcfed.gr

www.ethnos.gr

www.PubMed.gr

www.apa.org

www.ipa.online.org