



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΊΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

"ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ  
ΚΑΙ ΟΙ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ  
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΗΣ"



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ:**

**ΛΑΓΟΥ ΕΛΕΝΗ**

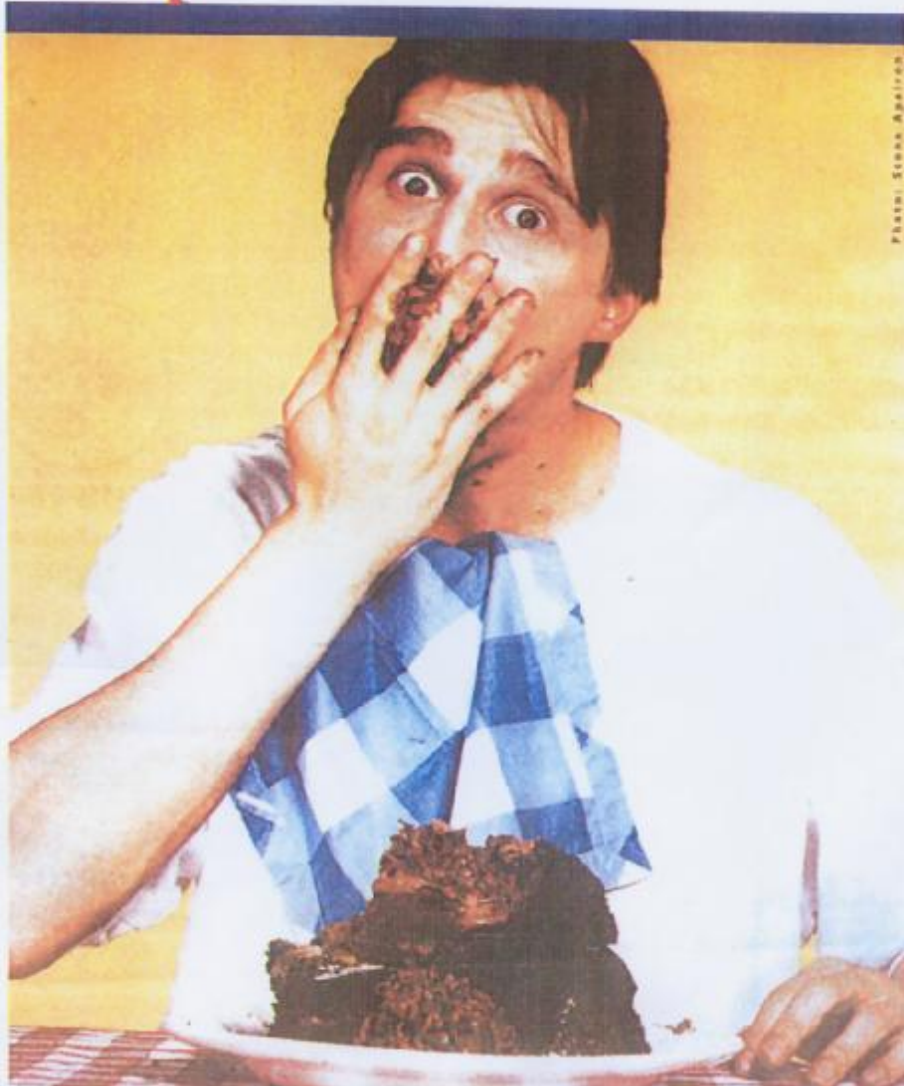
**ΛΑΖΑΝΑ ΔΙΟΝΥΣΙΑ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**Κ. ΓΑΚΗ**

Πάτρα 2004

γιατί  
μου  
κόπηκε  
η  
όρεξη!



*Ένα βαθιά ριζωμένο δυτικό πολιτιστικό στερεότυπο ισχυρίζεται το εξής: «Ό,τι είναι ωραίο είναι καλό, ό,τι είναι άσχημο είναι κακό». Άνδρες και γυναίκες με ωραία εμφάνιση είναι αντικείμενα ευνοϊκών προκαταλήψεων.*

*Έτσι «επιβάλλεται» - κυρίως — στη γυναίκα η κοινωνική . υποχρέωση να είναι καλλίγραμμη και, ταυτόχρονα καλή σύζυγος, δυναμική εργάτρια, «σέξι» ερωμένη.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	8
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι.....	9
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	9
1.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	10
1.3 ΟΡΙΣΜΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	11
1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ .....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.....	14
2.1 ΡΥΘΜΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.....	14
2.2 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΡΕΞΗΣ.....	17
2.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ.....	19
3.1 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ.....	19
3.2 ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΤΡΟΦΩΝ.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV.....	33
4.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	33
4.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	34
4.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	37
4.4 Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ.....	44
4.5 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	45
4.6 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	45
4.7 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	47

4.8 ΕΞΕΛΙΞΗ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ...	48
4.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	50
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V.....	54
5.1 Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	54
5.2 ΣΧΕΣΕΙΣ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΤΟΥΣ.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI.....	56
6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ .ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	56
6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ-ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	57
6.3 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII.....	63
7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	63
7.2 ΜΑΡΤΥΡΙΑ.....	66
7.3 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	68
7.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	72
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	75

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ



Η εφηβεία είναι μια περίοδος στη ζωή του ανθρώπου κατά την οποία συμβαίνουν ποικίλες αλλαγές σ' όλους τους τομείς ανάπτυξης του.

Κατά την ηλικιακή αυτή περίοδο σημαντικό ρόλο παίζουν οι διατροφικές διαταραχές που προσβάλλουν το νεαρό άτομο και δημιουργούν προβλήματα τόσο στο ίδιο όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον. Οι γονείς από την πλευρά τους, είναι σκόπιμο να αναφερθεί, αργούν να επισκεφτούν τους ειδικούς για το πρόβλημα του παιδιού τους, γιατί πολύ συχνά η νόσος δεν γίνεται αντιληπτή στην έναρξη της αλλά ενώ έχει ήδη προχωρήσει αρκετά.<sup>5,33</sup>

Την αργοπορία αυτή ενισχύει και το γεγονός ότι η επίσκεψη σε ειδικούς της ψυχικής υγείας θεωρείται ταμπού και καταφεύγουν σ' αυτούς όταν πια όλα δείχνουν ότι χρειάζεται κάποια θεραπεία.

Γίνεται κατανοητό ότι από τη στιγμή που εντοπιστεί το πρόβλημα απαιτεί η αντιμετώπιση του, τη σύμπραξη πολλών ειδικοτήτων.<sup>5</sup>

### **Το πρόβλημα**

Η νόσος της ψυχογενούς ανορεξίας στις μέρες μας εξακολουθεί να αποτελεί ένα μεγάλο ερωτηματικό. Η HILDE BRUCH αναφέρεται «στο αίτιγμα της ψυχογενούς ανορεξίας».<sup>5,33</sup>

Διαβάζουμε ότι τα 10 - 15 τελευταία χρόνια η ψυχογενής ανορεξία αυξάνεται κατά γεωμετρική πρόοδο στη χώρα μας. Δεν υπάρχει όμως επίσημα στατιστικά δεδομένα για τη συχνότητα του προβλήματος ούτε κατά τα χρόνια της εφηβείας ούτε κατά την ενηλικίωση<sup>5</sup>.

# *ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ*

Ο όρος ψυχογενής ανορεξία χρησιμοποιείται για να δηλώσει μια ειδική μορφή υποσιτισμού που εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα κατά την εφηβεία.

## **ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διεύρυνση της ψυχογενούς ανορεξίας. Θέτοντας ως κύριο άξονα τον σκοπό αυτό, διατυπώθηκαν οι επιμέρους στόχοι της μελέτης, έτσι ώστε να δοθούν όλες οι σύγχρονες απόψεις και τάσεις που έχουν αναπτυχθεί γύρω από το πρόβλημα της ψυχογενούς ανορεξίας. Επίσης θελήσαμε μ' αυτόν τον τρόπο να καλύψουμε όσο το δυνατόν περισσότερες πλευρές του προβλήματος.

- I. Να προσδιοριστεί εννοιολογικά ο όρος ψυχογενής ανορεξία έτσι ώστε να διαχωριστούν από τις υπόλοιπες διαταραχές στην πρόσληψη τροφής.
- II. Να δοθεί η κλινική εικόνα που παρουσιάζουν οι νόσοι καθώς και οι αιτιολογικές θεωρίες που κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί και ερμηνεύουν το πρόβλημα.
- III. Να επισημανθεί η πρόληψη, η εξέλιξη και η πρόγνωση που παρουσιάζουν οι νόσοι καθώς και η θεραπεία που ακολουθείται.
- IV. Να γίνει ενημέρωση του πληθυσμού ή επικίνδυνων ομάδων όπως είναι τα κορίτσια στην εφηβεία.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

## 1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ



Περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1681 στην Αγγλία από τον Richard Morton, ο οποίος την ονόμασε «νευρική φθίση». Στη συνέχεια την μελέτησαν οι Charcot, Dojerine, Babinski, Gull, Lasegue. Ο S. Freud την θεώρησε ως υστερικό σύμπτωμα μετατροπής. Το 1951 ο Γερμανός Χένι πρότεινε το όνομα «Ψυχογενής Ανορεξία» για το σύνδρομο, ενώ στην Αμερική επικρατεί κυρίως η ονομασία Anorexia Nervosa. (Νευρογενής Ανορεξία)<sup>3</sup>. <sup>(1)</sup>

Στη συνέχεια ο WILLIAM GULL το 1868 περιέγραψε την νευρική ανορεξία στο Βρετανικό περιοδικό LANCET, σαν «Υστερική Απεψία». Η «Υποφυσιογενής καχεξία» περιγράφηκε 36 χρόνια αργότερα από τον SIMONDS του οποίου πήρε και το όνομα η νόσος του Σάϊμοντς, που οφείλεται σε δυσλειτουργία της υπόφυσης και από τους SHEEHAN και SUMMERS σε άλλο άρθρο την ίδια χρονιά. Είναι σημαντικό ότι αυτοί διέκριναν τις δύο καταστάσεις δηλαδή την ψυχογενή ανορεξία από την ενδοκρινολογική νόσο.<sup>(2)</sup>

Η BRUCH το 1962 έδωσε έμφαση στην παραμορφωμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος, που καμιά φορά οδηγεί σε αυταπάτες.

Ο RUSEEL το 1965 υπέθεσε ότι οφείλεται σε δυσλειτουργία του υποθαλάμου και ο CRISP 1970 ότι υπάρχει «φοβία βάρους».

Πρέπει να αναφερθεί ότι μέχρι τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα η συχνότητα με την οποία εμφανίζονταν η ψυχογενής ανορεξία ήταν περιορισμένη και με την αρχή του 20<sup>ου</sup> αιώνα αυξήθηκε η συχνότητα της η οποία μπορεί να οφείλεται στην επίδραση κοινωνικών παραγόντων.

Εμφανίζεται σε δυτικά κράτη ενώ σχεδόν απουσιάζει στον τρίτο κόσμο – μια Ινδή και μια κινέζα αναφέρθηκαν μέσα σε εκατοντάδες παραπομπές. Η συχνότητα της είναι μεγαλύτερη στις μεσογειακές οικογένειες παρά στα χαμηλά οικονομικοκοινωνικά στρώματα.<sup>12</sup>

Γνωρίζουμε επίσης ότι η διαταραχή είναι πιο συχνά σε μητέρες και αδερφές ανορεξικών από ότι στο γενικό πληθυσμό. Τα τελευταία 30 χρόνια μελετάται πολύ διεξοδικά και αυτό που αποδεικνύεται από την κυκλοφορία του περιοδικού του «Journal of eating disorders» το οποίο ασχολείται μόνο με τη μελέτη των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής.<sup>6</sup>

## **1.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.**

Θέλοντας να προσεγγίσουμε εννοιολογικά τη διαταραχή της ψυχογενούς ανορεξίας θα ξεκινήσουμε από τη λέξη «ανορεξία» αρχικά.

Η λέξη ανορεξία μας αποπροσανατολίζει γιατί δηλώνει ότι υπάρχει έλλειψη όρεξης, διαταραχή της όρεξης. Δε συμβαίνει όμως κάτι τέτοιο, τουλάχιστον στην αρχή, παρά μόνο με το πέρασμα του χρόνου, στην πορεία που παίρνει η νόσος, παρατηρείται μειωμένη ή και καθόλου όρεξη.<sup>27</sup>

Ο Ψυχίατρος και Ψυχαναλυτής Δ. Κουρέτας, απέδωσε το νόημα της εξαιρετικά με την ονομασία «Ολιγοφαγία εξ ισχνοεφέσεως».

Έναν ορισμό που συναντάμε στον Μάνο Ν. ονομάζει τη Ψυχογενή ανορεξία σαν ένα «σύνδρομο αυτό - επιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το

άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει **παχύ**».

Ο LASEGUE ορίζει τη ψυχογενή ανορεξία, δίνοντας μια τριάδα συμπτωμάτων, τα τρία «Α». Η **ανορεξία**, είναι το εναρκτήριο σήμα. Εκδηλώνεται με περιορισμό της τροφής, με μια διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στη διατροφή και με ελάττωση των θερμίδων, συχνά κάτω των 300 θερμίδων την ημέρα.

**Η αμηνόρροια** μπορεί να είναι αρχικό σύμπτωμα της νόσου και να οφείλεται στις ενδοκρινολογικές διαταραχές αλλά συνήθως εμφανίζεται λίγους μήνες μετά την εμφάνιση της ανορεξίας και της απίσχνανσης.

**Η απίσχνανση** εμφανίζεται ύστερα από την τήρηση ενός ιδιόμορφου διαιτολογίου, κατά το οποίο λαμβάνουν μόνο πρωτεΐνες για πολύ καιρό. Αυτή η τακτική δίνει την εντύπωση αδυνατίσματος περισσότερο παρά εκούσια απώλεια βάρους.<sup>(7,27)</sup>

Ένας **ψυχαναλυτικός** ορισμός σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία στην εφηβεία, αναφέρει ότι οφείλεται σε διαταραχή της σεξουαλικής επένδυσης του κοριτσιού απέναντι στον πατέρα του. Δεν έχει διαχωρίσει το ρόλο του πατέρα και εξακολουθεί να τον θεωρεί σεξουαλικό αντικείμενο την εποχή που θα 'πρεπε να 'χει αλλάξει η σχέση απέναντι του.<sup>(8)</sup>

### **1.3 ΟΡΙΣΜΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ**

(1) Η άρνηση λήψης τροφής που μπορεί να προέρχεται από πραγματική έλλειψη της επιθυμίας για λήψη τροφής δηλ. από απουσία του αισθήματος της πείνας ή από εκούσιο αρνητισμό, από πόνο ψυχολογικό ή άλλα αίτια άσχετα από το αίσθημα της πεινάς.<sup>(9)</sup>

(2) Είναι μια διατροφική διαταραχή, στην οποία ο πάσχων ασχολείται υπερβολικά με τη δίαιτα και το αδυνάτισμα, με αποτέλεσμα τη μεγάλη απώλεια βάρους. Οι ανορεκτικοί φοβούνται μήπως παχύνουν, ενώ ακόμα και όταν είναι εξαιρετικά αδύνατοι δεν αντιλαμβάνονται το πραγματικό τους βάρος. Η νευρογενής ανορεξία κρύβει μεγαλύτερα ψυχολογικά προβλήματα και μπορεί να αποτελέσει σοβαρή απειλή για τη ζωή του πάσχοντος.<sup>(10)</sup>

(3) Η ψυχολογική ανορεξία είναι ένα σύνδρομο, όπου ο ασθενής ελαττώνει με τη θέληση του την πρόσληψη τροφής. Βασικά χαρακτηριστικά της είναι η άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο κανονικό βάρος σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, το ύψος και τη σωματική του διάπλαση, καθώς και ο έντονος φόβος μήπως παχύνει, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι λιγότερο από το φυσιολογικό.<sup>(1)</sup>

Σύμφωνα με το DSM IV διακρίνουμε δυο υποτύπους ψυχογενούς ανορεξίας α) τον περιοριστικό ή β) τον υπεραραγικό – καθαρτικό τύπο. Στον περιοριστικό τύπο τα άτομα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία ακολουθούν αυστηρή δίαιτα για να περιορίσουν τη λήψη θερμίδων ενώ τα άτομα που πάσχουν από υπεραραγικό ή καθαρτική τύπο βασίζονται σε διάφορους τύπους κάθαρσης του οργανισμού από τις τροφές. Τα άτομα αυτά καταναλώνουν μικρές ποσότητες φαγητού και προκαλούν έμμετο, μετά από κάθε γεύμα και άλλοτε καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες τροφών με το ίδιο αποτέλεσμα. τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μια παρορμητική συμπεριφορά σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι τα άτομα τον περιοριστικού τύπου της ανορεξίας.<sup>24</sup>

#### 1.4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.

Μελέτες σε γενικούς και ειδικούς πληθυσμούς είχαν βρει ότι πάνω από 90% των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία είναι γυναίκες. Υπολογίζεται ότι 1 στις 250 γυναίκες μεταξύ 15-21 ετών μπορεί να εμφανίζει ως διαταραχή ηλικίας έναρξης είναι η εφηβική ηλικία και η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί στη νεαρή ενήλικη ζωή μέχρι τα 30 εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες νεαρές με κοινωνικό – οικονομική θέση που ζουν σε ένα κοινωνικά ανταγωνιστικό περιβάλλον.<sup>24</sup>

Η συχνότητα φαίνεται ότι αυξήθηκε τα τελευταία δέκα χρόνια. Ο επιπολασμός ως διαταραχής σε γυναίκες ως όψιμης εφηβικής και της πρώιμης ενήλικης ζωής είναι 0,5% ως 1%. Ο επιπολασμός είναι πολύ μεγαλύτερος για περιπτώσεις που δεν συμπληρώνουν τα πλήρη κριτήρια ως διαταραχής.<sup>22</sup>

Έρευνες έδειξαν ότι οι διαταραχές στην πρόληψη τροφής δεν εντοπίζονται στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου η πρόσβαση στη επαρκή τροφή είναι μια καθημερινή πάλη σε αντίθεση με τις χώρες της Δύσης όπου η τροφή είναι ένα αγαθό σε επάρκεια με αποτέλεσμα οι διαταραχές αυτές να είναι διαδεδομένες και σήμερα αυτό το φαινόμενο τείνει να παγιωθεί.<sup>34</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

### 2.1 ΡΥΘΜΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



Πριν όμως βυθιστούμε στις λεπτομέρειες της παθολογίας ας εξετάσουμε πώς ρυθμίζεται φυσιολογικά η διατροφή μας. Περίπλοκοι νευροχημικοί μηχανισμοί των οποίων άξονας είναι ο υποθάλαμος - νευρικό κέντρο που βρίσκεται στην βάση του εγκεφάλου - αναλαμβάνουν φυσιολογικά τη διατήρηση του βάρους και ρυθμίζουν την όρεξη ανάλογα με τις ανάγκες μας. Το αντικείμενο της ρύθμισης δεν είναι το βάρος αυτό καθαυτό αλλά τα αποθέματα λίπους του σώματος.

Μια ιδεώδης μάζα λίπους (που αντιστοιχεί στο ιδεώδες βάρος) θα σταθμιζόταν λοιπόν από αυτόν τον μηχανισμό. Η υπερβολική διατροφή οδηγεί σε αύξηση της λιπώδους μάζας του σώματος και κατά συνέπεια σε αύξηση της έκκρισης της ινσουλίνης από το πάγκρεας. Η αύξηση της ινσουλίνης του αίματος επιδρά στη μεσοκοιλιακή χώρα του υποθαλάμου. Έτσι προκύπτει μείωση της επιθυμίας για φαγητό και μια παράλληλη αύξηση της χρήσης του λίπους που είχε αποθηκευτεί προηγουμένως. Αρχίζουμε λοιπόν να χάνουμε το πλεόνασμα λίπους που είχαμε αποκτήσει πρωτύτερα. Όταν η λιπώδης μάζα μειωθεί ξεπερνώντας κάποιο κατώτατο όριο, ενεργοποιείται η αντίστροφη αντίδραση: η όρεξη αυξάνεται, τα λίπη χρησιμοποιούνται λιγότερο, μέχρι την ανασύσταση του αποθέματος. Επισημαίνουμε ένα πολύ σημαντικό γεγονός όταν μεταβάλλεται το απόθεμα λίπους, ο λανθάνων χρόνος που απαιτείται για την ενεργοποίηση του ή για την ελάττωση της όρεξης διαφέρει από

άνθρωπο σε άνθρωπο ιδιαίτερα στους ενήλικες. Κάποιοι θα διορθώσουν μια πλεονάζουσα εισφορά σε περίοδο είκοσι τεσσάρων ωρών, ενώ άλλοι θα χρειαστούν τρεις έως επτά ημέρες μέχρι να υπάρξει κάποια επιρροή στην όρεξη τους λόγω μεταβολής της λιπώδους μάζας. Έτσι, οι τελευταίοι δεν θα έχουν σταθερό βάρος αλλά θα κυμαίνονται γύρω από ένα μέσο βάρος.

Μιλήσαμε για την «όρεξη» ... Συνήθως, τρώμε όταν νιώθουμε αίσθηση πείνας, αίσθηση περίπλοκη, που η πλειονότητα των ατόμων περιγράφει ως ένα οδυνηρό κενό στο στομάχι, ή σαν αίσθηση στο στόμα και στον φάρυγγα, σε συνδυασμό με γενικότερες εντυπώσεις αδυναμίας και νευρικότητας.

Η αίσθηση του κορεσμού είναι συχνά λιγότερο συγκεκριμένη και συνίσταται, για την πλειονότητα των ανθρώπων, σε μια εντύπωση πληρότητας και ικανοποίησης. Η ηδονιστική αξία της τροφής, δηλαδή η απόλαυση του φαγητού, μεταβάλλεται και εκείνη σε συνάρτηση με το στάδιο ασιτίας: έτσι, πολύ σακχαρώδεις τροφές θα κριθούν καλές όταν κάποιος βρίσκεται σε κατάσταση ασιτίας, και έπειτα όλο και λιγότερο καλές όσο επέρχεται ο κορεσμός.

Στην πραγματικότητα, το ωράριο του φαγητού δεν αφορά καθαρά βιολογικούς μηχανισμούς, αλλά εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις συνθήκες. Όλα συμβαίνουν σαν να προβλέπει ο οργανισμός μας - βασισμένος σε προηγούμενες εμπειρίες - την ενεργειακή εισφορά της τροφής την οποία πρόκειται να καταναλώσει και να ρυθμίζει την όρεξη μας σε συνάρτηση με αυτή την υποθετική αξία. Έτσι, αν δώσουμε σε τετράχρονα παιδιά, κατ' επανάληψη - είκοσι λεπτά πριν από ένα γεύμα που θα επιλέξουν ελεύθερα - ένα κομμάτι γλυκό, είτε πλούσιο σε θερμίδες και αρωματισμένο με βανίλια, είτε φτωχό σε θερμίδες με γεύση σοκολάτας, παρατηρούμε ότι πολύ γρήγορα, τα παιδιά τρώνε περισσότερο μετά το γλυκό που έχει άρωμα σοκολάτας. Αν τώρα

αντιστρέφουμε τα αρώματα, τα παιδιά συνεχίσουν να τρώνε περισσότερο μετά το γλυκό με άρωμα σοκολάτας: έχουν λοιπόν κατά κύριο λόγο «μάθει» ότι το άρωμα σοκολάτας σηματοδοτεί χαμηλή θερμοδική εισφορά. Ωστόσο, αν η αντιστροφή παραταθεί, μετά από κάποιο διάστημα ο οργανισμός διορθώνει το πόρισμα και τα παιδιά τρώνε πλέον λιγότερο μετά το σοκολατένιο γλυκό.<sup>11</sup>

Πώς αυτοί οι διαφορετικοί παράγοντες επηρεάζουν τις διατροφικές μας λήψεις: Το πρώτο μέσο ρύθμισης, η επιδόρπιο εξισορρόπηση, έγκειται στο γεγονός ότι μετά από ένα φτωχό ενεργειακά γεύμα πεινάμε πιο γρήγορα απ' ό,τι στην αντίστροφη περίπτωση. Όμως, πολύ συχνά τρώμε σε σταθερές ώρες και δεν μπορούμε να υπολογίσουμε τις ορέξεις μας, αν αυτή η επιδόρπιο εξισορρόπηση δεν μπορεί να γίνει, αντικαθίσταται από μια θερμοδική ρύθμιση. Έτσι, μια πολύ χαμηλή ενεργειακή εισφορά από προηγούμενες διατροφικές λήψεις και ένα γεύμα το οποίο έχουμε αναβάλει, παραβλέποντας την πείνα μας, θα εξισορροπηθούν από ένα γεύμα πλουσιότερο σε θερμοδική αξία. Αντίστροφα, τυχόν υπερβολές θα μας κάνουν να φάμε λιγότερο στο επόμενο προκαθορισμένο γεύμα μας.<sup>11,26</sup>

Ως εδώ, απλώς σκιαγραφήσαμε μερικούς βασικούς κανόνες της ρύθμισης των διατροφικών μας λήψεων. Στη πραγματικότητα, τα πράγματα είναι απείρως πιο περίπλοκα: κατ' αρχήν, ό,τι είπαμε σχετικά με την πείνα και τον κορεσμό δεν ισχύει παρά μόνο αν τρώμε έναν μόνο τύπο τροφών, κάτι που συμβαίνει σπάνια. Όταν κατά τη διάρκεια ενός γεύματος περνάμε από το ένα πιάτο στο άλλο, η όρεξη μας ανανεώνεται και καταλήγουμε να τρώμε 30% περισσότερο απ' ό,τι θα τρώγαμε από μίαν μόνο τροφή. Εκτός αυτού, έχουμε συγκεκριμένες ορέξεις, όχι έμφυτες αλλά επίκτητες, ανάλογα με τις συνθήκες και εκτιμούμε σε μία δεδομένη στιγμή τα τρόφιμα που αποφέρουν στον οργανισμό μας αυτό που έχει ανάγκη. Υποσιτισμένα άτομα, παραδείγματος χάρη, στα οποία



προσφέρεται κατά τυχαίο τρόπο μία σούπα πλούσια σε πρωτεΐνες και μια συνηθισμένη σούπα, θα δείξουν - αφού καταναλώσουν κάποια ποσότητα και από τα δύο είδη - προτίμηση για την εμπλουτισμένη σούπα.<sup>11,26</sup>

## 2.2 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΡΕΞΗΣ

Κρίθηκε σκόπιμο για την καλύτερη κατανόηση-του προβλήματος της ψυχογενούς ανορεξίας να αναλυθεί ο **μηχανισμός της όρεξης**.

Ο τρόπος που «ανοίγει» ή «κλείνει» η όρεξη είναι αρκετά περίπλοκος, ενώ οι περισσότερες έρευνες σε αυτόν τον τομέα έχουν γίνει σε πειραματόζωα. Είναι γνωστό ότι οι αισθήσεις της όσφρησης, της όρασης και της γεύσης διεγείρουν το κέντρο της όρεξης, που εδράζεται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου. Επίσης, το κέντρο αυτό ενεργοποιείται όταν έχουν περάσει πολλές ώρες (π.χ. 12 ώρες) από το τελευταίο σας γεύμα. Ο κεντρικός μηχανισμός της όρεξης, που εδράζεται στον εγκέφαλο, επικοινωνεί με τον περιφερειακό μηχανισμό της όρεξης, που βρίσκεται στο πεπτικό σύστημα. Καθώς τρώτε, ενεργοποιούνται ορισμένοι υποδοχείς που βρίσκονται στο στομάχι και το έντερο και μέσω του νευρικού συστήματος επικοινωνούν με το κέντρο της όρεξης. Παράλληλα, παράγονται ορμόνες, (π.χ. γαστρίνη, σωματοστατίνη, βομβεσίνη) που με την κυκλοφορία του αίματος καταλήγουν στον εγκέφαλο. Μέσω αυτών των «αγγελιαφόρων» ο εγκέφαλος παίρνει το μήνυμα ότι ικανοποιήθηκε η όρεξη του ατόμου<sup>10</sup>

### 2.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ

Η τροφή είναι από την αρχή της ζωής του ανθρώπου η πρώτη δίοδος επικοινωνίας ανάμεσα στην μητέρα και το μωρό της. Ο άνθρωπος μεγαλώνει και αναπτύσσεται από την τροφή που του παρέχει το περιβάλλον του στα πρώτα χρόνια της ζωής του τότε που είναι ανίκανος να την ετοιμάσει ή να τη βρει μόνος του.

Για διαφόρους λόγους κάποια φορά η διαδικασία της πρόληψης τροφής διαταράσσεται και τότε το άτομο είτε είναι παιδί είτε ενήλικας δυσλειτουργεί και χρειάζεται την επέμβαση ειδικών.

Τα τελευταία χρόνια οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής έχουν συγκεντρώσει ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Κυρίως οι γυναίκες είναι αυτές που αναφέρονται ότι παρουσιάζουν προβλήματα σχετικά με τη συμπεριφορά τους απέναντι στο φαγητό.

Αν, και η νευρογενή ανορεξία περιγράφεται σαν πρωτογενής - δεν είναι αποτέλεσμα σωματικής νόσου — πολλοί ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν παράλληλα με τη νόσο και νευρώσεις ψυχώσεις και κυρίως διαταραχές προσωπικότητας. Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια τονισμένο αυτοεπιβαλλόμενη ασιτία μια ειδική μορφή υποσιτισμού .

Στα «Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής» ο Ι. Μαράτος αναφέρει ότι παρουσιάζονται διαταραχές διατροφής και στα νεογνά γνωστή σαν νεογνική ανορεξία.<sup>12</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

### 3.1 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Τι χρειαζόμαστε για να ζούμε.

ΝΕΡΟ	Το μεταφορικό μέσο θρεπτικών ουσιών (... και όχι μόνο)
ΠΗΓΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ	Υδατάνθρακες Λίπη και Πρωτεΐνες
ΟΚΤΩ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΑΜΙΝΟΞΕΑ	Στοιχεία που δεν συνθέτονται από τον οργανισμό, ενώ είναι απαραίτητα για τη δημιουργία και συντήρηση Λυσίνη Ισολευκίνη Φαινιλαλανίνη
Δεκατέσσερις Βιταμίνες που συνεργάζονται με τα αμινοξέα και τα μέταλλα σ' όλες τις λειτουργίες του σώματος.	Τέσσερις λιποδιαλυτες βιταμίνες οι Α, D, Ε, Κ και Δέκα υδατοδιαλυτές βιταμίνες Θειαμίνη (Β1), Ριβοφλαβίνη (Β2), Νιασίνη (Β3) Παντοθενικό οξύ (Β5) Πυριδοξίνη (Β6) Β12, Φολικό οξύ, Βιοτίνη, Χολίνη, Ασκορβικό οξύ (C).
ΜΕΤΑΛΛΑ για τη δημιουργία οστών δοντιών για τη διατήρηση της χημικής ισορροπίας των υγρών του σώματος και για το μεταβολισμό.	Ασβέστιο, Φώσφορος, Μαγνήσιο, Θείο, Νάτριο, Κάλιο, Χλώριο.
ΙΧΝΟΣΤΟΙΧΕΙΑ	Ιώδιο, σίδηρος, χαλκός, κοβάλτιο, μαγγάνιο, χρώμιο, ψευδάργυρος, φθόριο, μολυβδένιο, πυρίτιο Σελήνιο, χρώμιο, νικέλιο, Βανάδιο.

Ο άνθρωπος χρειάζεται πάνω από 40 θρεπτικά στοιχεία για να διατηρείται υγιείς. Τα πιο σημαντικά είναι έξη και είναι τα εξής :

- 1) Νερό
- 2) Υδατάνθρακες
- 3) Βιταμίνες
- 4) Μέταλλα
- 5) Πρωτεΐνη
- 6) Λιπαρά

Το νερό είναι ένα από τα πιο αναγκαία θρεπτικά στοιχεία στον οργανισμό του ανθρώπου διότι αφενός μεν βοηθάει στη μεταφορά των θρεπτικών συστατικών στην απομάκρυνση των άχρηστων συστατικών και ρυθμίζει τη θερμοκρασία του σώματος και αφετέρου χρειάζεται για να αντικαθιστά το νερό του σώματος που χάνεται καθημερινά μέσα από ούρα και τον ιδρώτα.

Οι υδατάνθρακες προσφέρουν στον οργανισμό μεγάλες ποσότητες ενέργεια τέτοιοι υδατάνθρακες είναι τα άμυλα τα σάκχαρα και οι διαιτητικές ίνες. Οι διαιτητικές ίνες χρησιμοποιούνται για να διευκολύνουν την έξοδο των άχρηστων προϊόντων μετά τη χώνευση.

Βιταμίνες είναι όμοιες απαραίτητες στον οργανισμό του ανθρώπου δεν παρέχουν ενέργεια δεν παχαίνουν. Αλλά βοηθάνε την απελευθέρωση της ενέργειας από τους υδατάνθρακες τα λιπαρά και τις πρωτεΐνες.

### Μέταλλα

Είναι απαραίτητο στοιχεία του οργανισμού τα οποία δεν παρέχουν ενέργεια και χρειάζονται σε μικρές ποσότητες για την δημιουργία γερών δοντιών κ' οστών άλλα κ' στον σχηματισμό της αιμοσφαιρίνης.

### Πρωτεΐνες

Είναι απαραίτητες στον ανθρώπινο οργανισμό για πολλούς λόγους:

- υ Αναπαραγωγή των ιστών
- υ Δημιουργίες των ιστών
- υ Ανανέωση αίματος
- υ Παραγωγή ενζύμων και των ορμονών
- υ Ανάπτυξη διατήρηση και ανάπλαση των κυττάρων

Γενικά οι πρωτεΐνες είναι υλικά που χτίζουν και συντηρούν το σώμα μας και πρέπει να τις παίρνουμε από τις τροφές.

Όταν τρώμε όση πρωτεΐνη χρειαζόμαστε χρησιμοποιείται για να δημιουργεί νέα κύτταρα, νέο δέρμα νέο οργανικό υλικό μέσα στο σώμα για να αντικαταστήσει τα νεκρά κύτταρα, τους νεκρούς ιστούς.

Όταν δεν τρώμε τις πρωτεΐνες που χρειαζόμαστε έχουμε σαν αποτέλεσμα την υπανάπτυξη, τόσο να αρρωσταίνουμε καθώς κ' των πρόωρο ερχομό των γηρατειών.

Όταν τρώμε περισσότερες πρωτεΐνες από όσο χρειαζόμαστε κινδυνεύουμε να πάθουμε τις λεγόμενες « ασθένειες του πολιτισμού » όπως οι καρδιοπάθειες, διαβήτη, αρθριτικά, ρευματισμούς, καρκίνο.

### Λιπαρά

Τα λιπαρά είναι απαραίτητα διότι παρέχουν ενέργεια κ' είναι οι φορείς των λιποδιαλυτών βιταμινών. Προσθέτουν γεύσεις στις τροφές κ' μερικά από αυτά βοηθούν στον σχηματισμό ορμονών κ' κυτταρικής μεμβράνης. Είναι μία από τις τρεις πηγές ενέργειας του σώματός μας.

Τα λίπη κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες τα :

- A) Μονοκόρεστα
- B) Κορεσμένα

Τα μονοακόρεστα π.χ. ελαιόλαδο βοηθούν στην αφομοίωση των βιταμινών A, D, E, K, καθώς κ' στην διάσπαση των λιπών. Διατηρούν υγιή τα κύτταρα του σώματος κ' χαμηλώνουν την χοληστερίνη του αίματος.

Τα κορεσμένα λίπη σε αντίθεση με τα μονοακόρεστα όπως είναι μαργαρίνες μαγειρικά λίπη επιβαρύνουν περισσότερο τον οργανισμό.

Τέλος τα λιπαρά είναι απαραίτητο να αποτελούν το 30 % της τροφής μας.

### Βιταμίνες

Οι βιταμίνες είναι φυσικές ουσίες όπως είναι οι πρωτεΐνες, οι υδατάνθρακες και τα λίπη και υπάρχουν σε πολύ μικρές ποσότητες, εισχωρούν σε ορισμένα μόνο σημεία των κυττάρων και ελέγχουν συγκεκριμένες βιοχημικές αντιδράσεις. Δυστυχώς όμως έλλειψη μιας βιταμίνης προκαλεί συγκεκριμένες παθήσεις όπου θεραπεύονται μόνο με τη χορήγηση της βιταμίνης που λείπει.

Οι βιταμίνες χωρίζονται στις λιποδιαλυτές όπως είναι η βιταμίνη A ή ρετινόλη, D ή καλσιοφερόλη E ή τοκοφερόλη και η βιταμίνη K ή ναφθοκινόνη και στις υδατοδιαλυτές που είναι η βιταμίνη B όπως B1, B2, B3, B6, B8, B9, B12 και η βιταμίνη C ή ασκορβικό οξύ και απαντώνται σε τρόφιμα που έχουν νερό κυρίως στα δημητριακά τα φρούτα, τα χόρτα όπου δεν απαιτείται η παρουσία λιπών στο έντερο για την απορρόφηση τους διότι είναι γνωστό ότι διαλύονται στο αίμα.

Οι λιποδιαλυτές όπως το λέει και η λέξη διαλύονται μόνο σε κάποιο λιπαρό μέσο και αν καταναλωθούν σε υπερβολικές ποσότητες συσσωρεύονται στον οργανισμό με αποτέλεσμα την υπερβιταμίνωση.

Η βιταμίνη A είναι απαραίτητη στον οργανισμό για την διατήρηση του υγιούς δέρματος, στη λειτουργία του αφοριβληστροειδούς, στην ανάπτυξη και αναπαραγωγή του εμβρύου, την ανάπτυξη των οστών

επίσης είναι σημαντική στην ανοσολογική λειτουργία του οργανισμού. Μειώνει τις συνέπειες ορισμένων λοιμώξεων μπορεί να δρα προστατευτικά ενάντια σε κάποιες κακοήθειες. Βρέθηκε ότι είναι οι ενήλικες χρειάζονται 2500 IU βιταμίνες Α κάθε μέρα και βρίσκονται πλούσια σε τροφές όπως είναι το μοσχάρι το χοιρινό ο κροκός του αυγού και στη ρέγκα.

Το πρώτο σύμπτωμα ανεπάρκειας βιταμίνης Α είναι η νυχταλωπία (που μπορεί να εξελιχτεί σε ολική τύφλωση) ραγίσματα στα δόντια, διάρροια, ναυτία, αϋπνία, θάμπωμα των ματιών, διακοπή έμμηνου ρήσεων. <sup>(31+28+25)</sup>

Βιταμίνη Β.: Αποτελείται από ένα σύμπλεγμα που είναι Β1 (θειαμίνη) Β2 (ριβοφλαβίνη) Β3 (νιασίνη) Β5 (Αυσίνη) Β6 (Πορφδοξίνη) Β8 Β9 (ομάδα φολικού οξέος) Β12 (κολαμίνη) Β7 (βιοκίνη) θειικό οξύ. <sup>(31+28)</sup>

Β1 (θειαμίνη) συμμετέχει στο μεταβολισμό των υδατανθράκων, της δραστηριότητας των περιφερικών νεύρων της καρδιάς και των νεφρών, στην διατήρηση της όρεξης και ευεξίας καθώς στη λειτουργία της γαστρικής έκκρισης. Βρίσκεται στα αποφλοιωμένα δημητριακά και στα προϊόντα τους, το γάλα, τα αυγά, το βοδινό στους ξηρούς καρπούς στα χορταρικά και τα φρούτα. Οι ημερήσιες ανάγκες σε θειαμίνη είναι από 1mg ως 1,4 mg έλλειψη της βιταμίνης αυτής από τον οργανισμό προκαλεί την αρρώστια Μπέρι Μπέρι που εκδηλώνεται με πολυνευρίδια μυϊκή ατροφία, οιδήματα και καρδιακές αλλοιώσεις, επίσης επιφέρει ανορεξία, δυσκοιλιότητα ατονία του εντέρου κόπωση, νευρική. <sup>(31+29)</sup>

Β2 (ριβοφλαβίνη) Αποτελεί μέρος ενός ενζύμων που παράγει ενέργεια βοηθάει τη φυσιολογική όραση και διατηρεί το δέρμα σε καλή κατάσταση. Επίσης συμμετέχει στην διαδικασία της αναπνοής και ενδοκυτταρικής οξείδωσης. Δρα ως ένζυμο των υδατανθράκων των

λιπών και πρωτεϊνών παρεμβαίνει στο μεταβολισμό της αιμοσφαιρίνης, συμμετέχει επίσης στη διατήρηση του χρώματος των χειλιών καθώς είναι αναγκαίο για την ανάπτυξη του σώματος. <sup>(31+32+29)</sup>

Έλλειψη της βιταμίνης B2 προκαλεί την βφλαβίνηωση που χαρακτηρίζεται από σκασίματα στις άκρες του σώματος υπερευαίσθησία στο φως και εξανθήματα. Υπάρχει κυρίως σταμανιάρια στο γάλα, σε λάχανα σε μεγάλα πράσινα φύλλα, όσπρια δημητριακά. <sup>(29)</sup>

B3. Νιασίνη. Δρα σαν μέρος ενός ενζύμου που παράγει ενέργεια και ενισχύει την υγεία του ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ και του δέρματος. Συμμετέχει επίσης στο μεταβολισμό λιπών πρωτεϊνών. Η βιταμίνη B3 βρίσκεται κυρίως το γάλα, αβγά, χοιρινό, πουλερικά, ψάρια, όσπρια και σε όλες τις πρωτεϊνούχες τροφές. Η έλλειψη της B3 προκαλεί διάρροια, ανορεξία, αδυναμία, ζάλη, σύγχυση, δερματίτιδα εξάνθημα και φαγούρα σε μέρη του σώματος που εκτίθενται στον ήλιο.

Η τοξικότητα της εκδηλώνεται με καούρες στο στομάχι εμετός, ζαλάδες, λιποθυμίες και από το πρήξιμο της γλώσσας, οδυνηρή φαγούρα και υπερβολική εφίδρωση. (31)

B12 Κοβαλαμίνη. Χρησιμεύει στη σύνθεση νέων κυττάρων και στη διατήρηση των κυττάρων των νεύρων. Στο μεταβολισμό υδατανθράκων, πρωτεϊνών λιπών. Η βιταμίνη B12 υπάρχει μόνο σε ζωτικά προϊόντα κυρίως στο κρέας, ψάρια, πουλερικά, οστρακοειδή, γάλα και τα παράγωγα, τα αβγά, συκώτι, νεφρά. Η ανεπάρκεια της βιταμίνης αυτής προκαλεί κακοήθη αναιμία που εκδηλώνεται με αναιμία ευαίσθησία της γλώσσας κόπωση εκφυλισμό των περιφερειακών νεύρων που καταλήγει σε παράλυση. <sup>29,31</sup>



B7 Βιταμίνη. Χρησιμεύει στο γενικό μεταβολισμό και στη σύνθεση λίπους. Υπάρχει στις περισσότερες τροφές, η ανεπάρκεια τις προκαλεί καρδιακές ανωμαλίες, ανορεξία, κατάθλιψη, πόνο στους μυς, αδυναμία, κόπωση, αποξήρωση του δέρματος και απώλεια μαλλιών. 29

Πενταθενικό οξύ. Είναι μέρος ενός συστήματος ενζύμου που παρέχει ενέργεια στο κύτταρο. Η ανεπάρκεια του προκαλεί ναυτία, εντερικές διαταραχές, αϋπνία και κόπωση. <sup>32</sup>

Βιταμίνη Ε. συμμετέχει στη ρύθμιση του μεταβολισμού του φωσφόρου, του ασβεστίου. Τονώνει τους μύες εμποδίζει τη δυσκολία και εμπλουτίζει το αίμα. Ανακουφίζει από διάφορα καρδιακά προβλήματα κάνοντας τους μύες να εργάζονται πιο αποτελεσματικά μειώνοντας την ένταση της καρδιάς. Η βιταμίνη Ε σχετίζεται με τη γονιμότητα και πιο πρόσφατα με την πρόληψη καρδιακών προβλημάτων. Στον άνδρα μια σοβαρή έλλειψη της βιταμίνης Ε μπορεί να προκαλέσει στειρότητα και στη γυναίκα μια τάση για αποβολές.

Στην περίπτωση της γυναίκας εάν η έλλειψη έχει διαγνωστεί και της δοθεί μια δίαιτα με άφθονη βιταμίνη είναι δυνατό η μια αποβολή να μην ακολουθηθεί από μια άλλη. Φυσικά υπάρχουν πάρα πολύ άλλοι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν μια κύηση σε αποβολή. Η έλλειψη της βιταμίνης Ε κάνει το πλακούντα να χάνει την ικανότητα στήριξης στα τοιχώματα της μήτρας και να πέφτει.

Στην περίπτωση της στειρότητας ο φύτρος του σταριού δε βοηθάει καθόλου όπως αποδείχτηκε σε τεστ που έγιναν σε στείρες γυναίκες. Χωρίς τη βιταμίνη Ε οι μύες της καρδιάς θα χρειάζονται περισσότερο οξυγόνο προκαλώντας δύσπνοια και ένταση στην καρδιά, σε μερικές περιπτώσεις έχει βρεθεί ότι θεραπεύει της αρτηρίες. <sup>28</sup>

Βιταμίνη C. Η ασκορβικό οξύ. Συμμετέχει στον ενδοκυτταρικών μεταβολισμό στη σύνθεση του καλογόνου και για αυτό το λόγο έχει προστατευτική λειτουργία στο δέρμα, βλεννογόνου και στη σύνθεση ορισμένων ορμονών και βοηθάει επίσης στην απορρόφηση του σιδήρου στο έντερο. Ο οργανισμός δεν μπορεί να συνθέσει τη βιταμίνη C οπότε την παίρνει μόνο μέσα από της τροφές. Μεγάλες ποσότητες ως βιταμίνηςC υπάρχουν συνήθως στα εσπεριδοειδή καθώς και σε διάφορα χόρτα και λαχανικά όπως (πιπεριές, πατάτες, μπρόκολο). Όπως ξέρουμε σήμερα το σκορβούτο οφείλεται σε έλλειψη ασκορβούτο οξέος από τη διατροφική έλλειψη της βιταμίνης, προκαλεί πόνο και οίδημα των άκρων και εξάπλωση των συμπερασμάτων αυτών σε όλο το σώμα μέχρι όπου οι άνθρωποι πεθαίνουν. Αλλά συμπτώματα είναι ο των μυών, κατάθλιψη πόνος στις κλειδώσεις, σκληρό δέρμα και τρόφιμα που δεν επουλώνονται εύκολα.<sup>29,28</sup>

Βιταμίνη D. Η καλσιφερόλη. Η κύρια λειτουργία της είναι η μεταλλοποίηση του ασβεστίου. Η βιταμίνη αυτή βρίσκεται στο γάλα, στο συκώτι, ψάρια, θαλασσινά, αβγά. Μπορεί όμως να συντεθεί και από το ίδιο το σώμα όταν εκτίθενται στο φως του ήλιου. Ανεπάρκεια ης βιταμίνης προκαλεί οστεομαλάκυνση αδράνεια των οστών, χαμηλό ασβέστιο στο αίμα και αδυναμία των μυών.<sup>29,31,32</sup>

Βιταμίνη K ή Ναφθοκινόνη. Βοηθάει στη ρύθμιση τις πήξης του αίματος. Η βιταμίνη αυτή υπάρχει στο συκώτι, χορταρικά, φρούτα στα λαχανικά με μεγάλα πράσινα φύλλα και στο γάλα. Η ανεπάρκεια τις προκαλεί αιμορραγία. Η τοξικότητα δεν είναι συνηθισμένη μπορεί όμως να περιλαμβάνει αιμόλυση τον ερυθρών αιμοσφαιρίων και βλάβη του εγκεφάλου.<sup>28</sup>

## Μεταλλικά άλατα

Σίδηρος. Υπάρχει στα ερυθρά αιμοσφαίρια και επιτρέπει την οξυγόνωση τους. Είναι επίσης απαραίτητος σε μεγάλες οξειδωτικές αντιδράσεις. Συνήθως ο οργανισμός δεν χάνει μεγάλες ποσότητες σιδήρου λόγω ανάκλησης του σιδήρου μπορεί όμως να χαθεί σε περιπτώσεις αιμορραγίας. Η περίοδος των γυναικών προκαλεί συνεχή απώλεια σιδήρου που πρέπει να αναπληρωθεί. Πολλές φορές η ποσότητα σιδήρου που περνάμε από τις τροφές δεν είναι αρκετές για να αναπληρώσει τις απώλειες και χρειάζεται να ενισχυθεί με δισκία σιδήρου. Η εγκυμοσύνη αυξάνει τις ανάγκες του οργανισμού για σίδηρο λόγω της αυξήσεως του όγκου του αίματος και των αναγκών του εμβρύου. Δυστυχώς σε πολλά άτομα ο σίδηρος βρίσκεται στα όρια της ανεπάρκειας και η κατάσταση χειροτερεύει με την ξαφνική απώλεια αίματος όπως σε περίπτωση τραυματισμού. Στα συμπληρώματα της ανεπάρκειας του σιδήρου περιλαμβάνονται μπλε σκληρύνσεις στα μάτια, άσπρισμα του δέρματος που είναι κάτω από τα νύχια και βαθουλώματα τον νυχιών. Τα άτομα αυτά έχουν μειωμένη αντίσταση στις αρρώστιες μειωμένη αντίσταση στο κρύο και αδυναμία ρυθμίσεις της θερμοκρασίας του σώματος. Η μειωμένη απόδοση στη δουλειά, τα παιδιά γίνονται απρόσεκτα και δεν μπορούν να συγκεντρωθούν εύκολα. Οι πηγές σιδήρου των τροφών είναι το κόκκινο κρέας, συκώτι ψαριά πουλερικά οστρακοειδή. Μπορούμε επίσης να πάρουμε μικρές ποσότητες σιδήρου από τα λαχανικά και τα φρούτα.<sup>29</sup>

## Ασβέστιο

Είναι απαραίτητο για γερά οστά και δόντια και συμβάλλει στην ανάπτυξη των παιδιών είναι απαραίτητο μαζί με το κάλιο, νάτριο για το μυϊκό τόνο κ' βοηθάει στην πήξη του αίματος. Η έλλειψη του ασβεστίου μπορεί πολλές φορές να διογκωθεί τα νύχια που είναι εύθραυστα ή

έχουν στίγματα. Οι καθημερινές ποσότητες ασβεστίου που απαιτούνται υπολογίζονται σε 1gr – 1,5gr. Η ποσότητα αυτή του ασβεστίου περιέχεται σε περίπου 1 λίτρο ( 4 ποτήρια γάλα ). Στα χρόνια της ανάπτυξης μπορεί κανείς να παίρνει αυτήν την ποσότητα ασβεστίου από το γάλα ή τα γαλακτομικά προϊόντα. Επειδή το ασβέστιο δεν απορροφούνται και δεν αποθηκεύονται εύκολα θα πρέπει να το παίρνουμε σε συχνή βάση. Η έλλειψη ασβεστίου οδηγεί σε δυσπλασία των οστών και σε ραχίτιδα.<sup>29</sup>

### **3.2 ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΤΡΟΦΩΝ**

Στα 100 χρόνια ανάμεσα στα τέλη του 1700 και στα τέλη του 1800 αποδείχτηκε ότι το οξυγόνο είναι απαραίτητο για την καύση και στη διάρκεια της διαδικασίας αυτής αποβάλλεται διοξείδιο του άνθρακα και νερό. Η καύση των τροφών στο σώμα μας ακολουθεί τους ίδιους κανόνες εισπνέουμε  $O_2$  και αποβάλλουμε  $CO_2$  και  $H_2O$ . Η καύση παράγει την ενέργεια και την θερμότητα που χρειάζεται το σώμα για να λειτουργήσει. Ο μεταβολισμός η διαδικασία με την οποία το σώμα μας μετασχηματίζει τις τροφές που τρώμε τις κακές και παράγει την απαραίτητη ενέργεια για την λειτουργία και την αναπλήρωση των ιστών του. Ο ρυθμός μεταβολισμός αυξάνεται όταν εργαζόμαστε ή κινούμαστε εντατικά και μειώνονται όταν αναπαύομαστε. Όμως ο ρυθμός μεταβολισμού μπορεί να διαφέρει από άτομο σε άτομο μερικά άτομα. Μερικά άτομα έχουν ταχύτερο από το μέσο όρο, μεταβολισμός όταν αναπαύονται. Επειδή τα άτομα αυτά χάνουν περισσότερη ενέργεια χρειάζονται περισσότεροι τροφή για να διατηρήσουν το βάρος τους.<sup>29</sup>

## Μεταβολισμός υδατανθράκων

Στο στόμα το άμυλο με την επίδραση της αμυλάσης (πτυαλίνης) του σάλιου διασπάται διαδοχικά σε δεξιρίνη και τελικά σε μαλτόζη. Στο έντερο με την επίδραση ως αμυλάσης του παγκρεατικού υγρού το άμυλο διασπάται μέχρι το δισακχαρίτη μαλτόζης η οποία με την επίδραση της μαλτάσης των κυττάρων του βλεννογόνου του εντέρου διασπάται σε δύο μόρια γλυκόζης. Η ζάχαρη με την επίδραση της σακχαράσης του εντέρου διασπάται σε φρουκτόζη και γλυκόζη. Η γλυκόζη απορροφάται από το έντερο κ' φέρεται στο ήπαρ ( όπου παράγεται γλυκογόνο ) και όσο περισσεύει φέρεται στο αίμα όπου αποτελεί το σάκχαρο αίματος. Οι μονοσακχαρίτες φρουκτόζη και γαλακτόζης φέρονται στο ήπαρ και μεταβολίζονται σε γλυκόζη για να ακολουθήσουν το μεταβολισμό τους με βραδύτερο όμως ρυθμό. Από το αίμα η γλυκόζη φέρεται στους ιστούς όπου μεταβάλλεται σε γλυκογόνο ( και εναποτίθεται κυρίως στους μύες ) ή καίγεται και μεταβάλλεται σε διοξείδιο του άνθρακα και νερό οπότε αποδίδεται ενέργειά. Η ινσουλίνη που παράγεται στην ενδοκρινή μοίρα του παγκρέατος διευκολύνει την είσοδο της γλυκόζης στα κύτταρα και την καύση του. Διευκολύνει επίσης την παραγωγή και την εναπόθεση γλυκογόνου στο ήπαρ. Επομένως ρίχνει τη γλυκόζη του αίματος. Όταν περνά το ζάχαρο αίματος εκκρίνεται αδρεναλίνη, γλυκογόνη. Όταν ανεβαίνει το σάκχαρο αίματος εκκρίνεται ινσουλίνη της από το πάγκρεας έτσι τα σάκχαρο διατηρείται σε σταθερά επίπεδα.<sup>29</sup>

## Μεταβολισμός Λοιπών

Στο λεπτό έντερο το λίπος υπό την επίδραση της χολής και του παγκρεατικού υγρού γαλακτωματοποιείται δηλαδή μεταβάλλεται σε μικρά λιποσομαίρια. Τα τριγλυκερίδια φερόνται στις λιπαποθήκες ( υποδόριο λίπος ) και στους ιστούς απευθείας η αορού περάσουν από το ήπαρ. Τα τριγλυκερίδια των ιστών κ' των λιπαποθηκών διασπώνται με

την επίδραση λιπολυτιών ενζύμων σε γλυκερίνη και λιπαρά οξέα. Τα λιπαρά οξέα καίγονται σε διοξείδιο του άνθρακα και νερό και παράγεται ενέργεια.

Η χοληστερίνη της τροφής ενωμένη με λιπαρά οξέα (εστεροποιημένη) στο έντερο με την εστεραση του παγκρέατος διασπάται σε λιπαρά οξέα και ελεύθερη χοληστερίνη η οποία μπαίνει στα μικύλια και φέρονται με το μείζονα θωρακικό πόρο στο αίμα όπου μεταφέρεται κυρίως με τις βητα – λιποπρωτεΐνες. Η αποβολή της γίνεται από τη χολή. Η χοληστερίνη παράγεται ενδογενώς στο ήπαρ κ' στους ιστούς οξικό οξύ. Αποτελεί συστατικό κυτταρικής μεμβράνης. Τα φωσομολιπίδια παράγονται κυρίως των ήπαρ αποτελούν κύριο συστατικό κυτταρικής μεμβράνης κ' κυκλοφορούν στα αίμα. Τα γλυκολιπίδια υπάρχουν κυρίως στον εγκέφαλο.<sup>29+31</sup>

### Μεταβολισμός Πρωτεϊνών

Τα λευκώματα της τροφής στο στομάχι με την επίδραση της πεψίνης και του υδροχλωρικού οξέως διασπώνται σε πολυπεπίδια. Στο λεπτό έντερο με την θρυψίνη κ' τη χυμοθρυψίνη κ' την καρβοξυ πεπτιδάση τα λευκώματα διασπώνται σε πολυπεπίδια και τα πολυπεπίδια σε πεπίδια κ' αμινοξέα τα οποία φέρονται στο ήπαρ και από εκεί μέσα στους ιστούς στα κύτταρα των οποίων γίνονται η σύνθεση των διαφόρων πρωτεϊνών και των ενζύμων των ιστών. Οι πρωτεΐνες που κυκλοφορούν στο αίμα παράγονται στο ήπαρ εκτός από τις ανοσοσομαιρίνες (τα αντισώματα ) που παράγονται στο λεμορικό ιστό (τα β λεμομοκυτταρα των λεμομαδεων ).

Τα αμινοξέα που περισσεύουν η που προέρχονται από τη διάσπαση ( καταβολισμό των πρωτεϊνών του οργανισμού διασπώνται στο ήπαρ και παράγεται αμμωνία από την οποία παράγεται η ουρία που αποβάλλεται

από τα ούρα. Εκτός από την ουρία παράγονται κ' άλλες αζωτούχες ουσίες από τον καταβολισμό των πρωτεϊνών όπως π.χ. η κρεατινίνη.

Οι νονηκλεοπρωτεΐνες της τροφής στο στομάχι με την πεψίνη διασπώνται σε πρωτεΐνες και νονηκλεονικά ( πυρηνικά ) οξέα τα οποία στο ευτερο διασπώνται στα συστατικά τους, φωσφορικό οξύ, σάκχαρο, (ριβόζι ή δεσοξυριβόλη) και βάση πουρίκης ή πυραμιδίνης. Οι βάσεις πουρίκης (αδενίνη και γονανίκη) μεταβάλλονται σε ουρικό οξύ. Το μεγαλύτερο μέρος του ουρικό οξέος παράγεται στο ήπαρ και αποβάλλεται από τα ούρα. Το ουρικό οξύ είναι το τελικό προϊόν του μεταβολισμού των βάσεων πουρίνης στον άνθρωπό. Οι βάσεις πουρίνης και τα παράγωγά του στις τροφές που δεν χρησιμοποιούνται για σύνδεση πυρηνικού οξέος ή προέρχονται από τη διασπάσεις των πυρηνικών οξέων του οργανισμού καταβολιάζονται σε ουρικό οξύ.<sup>29+31</sup>

Μεταβολισμός Ύδατος και ηλεκτρολυτών.

Το νερό το προσλαμβάνει οργανισμός με το πόσιμο νερό και τις τροφές. Αρκετό πόσο ύδατος παράγεται στον οργανισμό κατά την καύση των υδατανθράκων, του λίπους και των πρωτεϊνών. Το νερό αποβάλλεται από το ουρά, το δέρμα την αναπνοή κ' τα κόπρανα. Για να γίνεται η διατήρηση του ύδατος στον οργανισμό από τον ενδοκυττάριο στον ενδιάμεσο και τον ενδοαγγειακό χώρο και αντίθετα είναι διαλυμένο σ' αυτό διάφορα άλατα όπως νάτριο, χλώριο, κάλιο κ.τ.λ. με τα οποία ρυθμίζεται η πυκνότητα του ύδατος ώστε να κινείται το ύδωρ από το ένα διαμέρισμα στο άλλο το οποίο χωρίζονται μεταξύ τους με ημίδιαπερατές μεμβράνες το εξωκυττάριο υγρό περιέχει πολύ νάτριο χλώριο ενώ το ενδοκυττάριο περιέχει πολύ κάλιο και φώσφορο χάρη σε ειδικούς μηχανισμούς στο αίμα και στους νεφρούς ρυθμίζεται η αντίδραση και η πυκνότητα των υγρών του οργανισμού σε άλατα που είναι απαραίτητα για την ομαλή διεξαγωγή τις ανταλλαγής της ύλης. Με τους νεφρούς

αποβάλλονται λιγότερο ή περισσότερο νερό, νάτριο, κάλιο, χλώριο κ.τ.λ. με την επίδραση ορμονών ανάλογα με τις ανάγκες του οργανισμού έτσι αποβάλλονται περισσότερο ή λιγότερα οξέα ή βάσεις ώστε η αντίδραση του αίματος να παραμένει σταθερή.<sup>29+30</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

### 4.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ



Η ψυχογενής ανορεξία θεωρήθηκε από πολλούς μελετητές, σαν ένας τρόπος αντίδρασης σε μια τραυματική συναισθηματική και σεξουαλική κατάσταση. Στη ζωή του ασθενούς μπορεί να έχουν συμβεί διάφορα γεγονότα που επηρέασαν τη δομή της προσωπικότητας του, και την μορφή αντίδρασης.<sup>33</sup>

Συχνότερα σαν παράγοντες πρόκλησης αναφέρονται οι εξής: θάνατος, σοβαρή αρρώστια, ή χωρισμός από ένα στενό συγγενή, (μπορεί να είναι θάνατος ενός παππού ή γάμος αδελφής ή αδελφού) ο οποίος έπαιξε σημαντικό ρόλο στη ζωή του ασθενούς. Επίσης και η απομάκρυνση από το άτομο πρέπει να αντιμετωπίσει την απεξάρτηση από το περιβάλλον και το άγχος του χωρισμού.<sup>7</sup>

Αντιπαράθεση του εαυτού του με τον σεξουαλικό προβληματισμό, είτε αυτός είναι πραγματικός και άμεσος (πρώτη σεξουαλική επαφή, σεξουαλική κακοποίηση) είτε τις περισσότερες φορές, φανταστικός και έμμεσος (δεσμός μιας αδελφής, πρώτο πάρτι, συνάντηση μ' ένα νεαρό).

- Ύπαρξη περισσότερου φυσιολογικού βάρους, το οποίο είναι σχετικά εμφανές και συχνά προκαλεί κοροϊδευτικά σχόλια.<sup>7.33</sup>

- Προοπτική εξετάσεων ή αποτυχία σ' αυτές, συνθήκες που επαναδραστηριοποιούν το συναίσθημα ανικανότητας. Αποτυχία στο

σχολείο ή στην εργασία ή αναγκαιότητα αλλαγής σχολείου ή διαφορετικής δουλειάς.

- Ύπαρξη ιατρικής αρρώστιας στον ασθενή.<sup>7</sup>

## 4.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Στην προσπάθεια να δοθεί μια αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας, έχουν δοθεί τρεις ερμηνείες η βιολογική, η ψυχολογική - ψυχαναλυτική, και η κοινωνική, τις οποίες θα εξετάσουμε παρακάτω.

### Βιολογική ερμηνεία

Τη ψυχογενή ανορεξία συνοδεύουν πολλές ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές. Συνέπεια αυτών είναι τα δύο κύρια συμπτώματα η απίσχνανση και η αμηνόρροια.

Η απίσχνανση, συνδέεται με την ελάττωση στη λήψη τροφής και θερμίδων. Ο περιορισμός των θερμίδων επιβάλλει να χρησιμοποιηθούν τα ενεργειακά αποθέματα του οργανισμού, έτσι συντελείται για κατάσταση καταβολισμού. Σ' αυτήν την περίπτωση καταναλώνεται ο λιπώδης ιστός (λιπόλυση) και όσο περισσότερο ο ανορεκτικός περιορίζει την τροφή του, τόσο και εξασθενεί ο οργανισμός του. Πρόκειται για διαταραχή της έκκρισης των ορμονών από τα νησίδια του I, ANOΕΚ HANδ στο πάγκρεας (ινσουλίνη, γλυκαγόνο) με αποτέλεσμα οι ορμόνες αυτές να χάνουν την αναβολική τους δράση.<sup>7</sup>

Η αμηνόρροια, όταν το αρχικό σύμπτωμα της νόσου, εντάσσεται στις ενδοκρινολογικές διαταραχές της ωοθήκης (δυσωορηξία) οι οποίες σχετιζόταν και με ψυχογενείς παράγοντες και με την καθεαυτή απώλεια βάρους. Το κεντρικό νευρικό σύστημα είναι αυτό που ελέγχει τη λειτουργία των ορμονών που σχετίζονται με την εμμηνόρροια. Κέντρο

ελέγχου των ορμονικών λειτουργιών είναι ο υποθάλαμος. Μία σειρά εκκρίσεων διαφόρων ορμονών έχουν σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση της έμμηνης ρύσης. Αν όμως το βάρος του σώματος πέσει κάτω από ένα όριο, ο υποθάλαμος υπολειτουργεί με συνέπεια η υπόφυση να μην εκκρίνει αρκετή (FSH) ορμόνη κι έτσι έχουμε αμηνόρροια.<sup>13</sup>

Ο RUSSELL υποστηρίζει, ότι η ψυχογενής ανορεξία, οφείλεται σε δυσλειτουργία του υποθαλάμου γιατί παίζει θεμελιακό ρόλο σε «ζωτικές συμπεριφορές» όπως η λήψη τροφής.<sup>14</sup>

### **Ψυχολογική - ψυχαναλυτική ερμηνεία**

Από ψυχολογική άποψη οι αιτίες που προκαλούν τη γέννηση της ψυχογενούς ανορεξίας, έχουν επικεντρωθεί στις φοβίες, όσο αφορά τη δυσμορφία του σώματος εξαιτίας του πάχους. Φοβούνται ότι είναι παχιές, ή ότι θα παχύνουν, μεγαλοποιώντας μια ατέλεια που ίσως πράγματι να υπάρχει (π.χ. ανοικτή λεκάνη, πάχος από τη μέση και κάτω).

Η HALMI υποστηρίζει ότι η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μια φοβική αντίδραση αποφυγής της τροφής, αποτέλεσμα, σεξουαλικών και κοινωνικών εντάσεων που προκαλούνται από τις φυσιολογικές αλλαγές που συνοδεύουν την εφηβεία.<sup>3</sup>

Ο υποσιτισμός οδηγεί σε μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος, το οποίο οδηγεί όλο και σε μεγαλύτερη μείωση της λήψης τροφής.

Επίσης θεωρητικοί ισχυρίζονται ότι ο φόβος της σεξουαλικότητας είναι ένας συντελεστικός παράγοντας στην εσωτερική παρότρυνση του ατόμου να γίνει κάτισχνο. Άλλοτε το δευτερογενές κέρδος (η προσοχή και η φροντίδα των άλλων) έρχεται να παγιώσει τη διαταραχή.<sup>6</sup>

Όταν η ψυχογενής ανορεξία ακολουθεί τη γέννηση ενός παιδιού, είναι συχνά ένδειξη του φόβου που νιώθει η γυναίκα εξαιτίας της αλλαγής ρόλου της. Καλείται να αναλάβει καινούργιους ρόλους και να μοιραστεί τη φροντίδα και προστασία του άντρα της μαζί με το παιδί της.

**Η ψυχαναλυτική άποψη** ισχυρίζεται ότι η ανορεξία έχει συνδεθεί με τη σεξουαλικότητα. Η απόρριψη της τροφής ταυτίζεται με την αποστροφή προς το σεξ και με τον υποσυνείδητο φόβο στοματικής σύλληψης, κυρίως από τον πατέρα, οι οποίοι έχουν έντονες αιμομικτικές τάσεις προς τις κόρες τους.<sup>16</sup>

Οι ανορεκτικές θεωρούνται προσωπικότητες φτωχά οργανωμένες και ανώριμες με μηχανισμούς απώθησης και άρνησης της σεξουαλικών ορμών. Η στάση απέναντι στο σεξουαλικό θέμα είναι αμφιθυμική και αυτό εκδηλώνεται τόσο στο συνειδητό όσο και ασυνείδητο επίπεδο σε όνειρα, τεστ κ.α. Η ανδρική σεξουαλικότητα αντιμετωπίζεται σαν κάτι επιθετικό και η ανορεξία είναι μια άμυνα που βοηθάει να μείνουν αδύνατες, με παιδική εμφάνιση, χωρίς προκλητικές καμπύλες, αφανείς στα ανδρικά βλέμματα.<sup>4</sup>

Πολλοί όμως ειδικοί δεν παραδέχονται αυτήν την ερμηνεία και πραγματικά είναι δύσκολο να αποδείξει κανείς αυτές τις υποσυνείδητες φαντασίες. Συχνά όμως κατά τη θεραπεία οι ανορεκτικές λένε «αισθάνομαι φουσκωμένη μετά το φαγητό» ή αισθάνομαι σαν να είμαι έγκυος.<sup>(17)</sup>

### **Κοινωνική ερμηνεία**

Όπως έχουμε αναφέρει ήδη, η ψυχογενής ανορεξία παρουσιάζεται κυρίως στο δυτικό κόσμο με μια όλο και συνεχή αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης. Δεν είναι βέβαια καθόλου τυχαίο αυτό, μια και στα δυτικά κράτη τα μέσα μαζικής επικοινωνίας προβάλλουν το πρότυπο της λεπτής σιλουέτας, μέσα από την παρουσία αδύνατων και κομπών γυναικών.<sup>6,35</sup>

### 4.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Σύμφωνα με το DSM-III-R, τα τελευταία χρόνια και η ψυχογενής ανορεξία κατατάσσονται στις διαταραχές στην πρόσληψη τροφής (EATING DISORDERS DSM-III-R)

Θα προσπαθήσουμε να δώσουμε την **κλινική εικόνα** της διαταραχής. Πριν όμως απ' αυτήν την παρουσίαση είναι σκόπιμο να διακρίνουμε τις κλινικές μορφές, που παρουσιάζουν οι άρρωστοι με ψυχογενή ανορεξία, ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων. Έτσι έχουμε τις **ήπιες μορφές** που σίγουρα είναι πολυάριθμες και ξεφεύγουν τις στατιστικές, αφού σπάνια αποτελούν αντικείμενο αντιμετώπισης από ειδικούς και νοσηλεία. Στην πραγματικότητα αυτές οι περιπτώσεις προκαλούν ανοικτά τον καθαρισμό των ορίων της παθολογίας αν λάβει κανείς υπόψη ότι πάνω σε μια ομάδα νέων επαγγελματιών χορευτριών, διαπιστώθηκε ότι ένα 5% ολόκληρης της ομάδας παρουσίαζαν συμπτώματα ψυχογενούς ανορεξίας σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια, (αμηνόρροια, αίσθηση ότι είναι παχιές κ.λ.π.).<sup>24</sup>

Είναι αυτονόητο ότι οι κοπέλες αυτές προσπαθούσαν να διατηρήσουν ένα λεπτό σώμα που να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της δυτικής κοινωνίας που προωθεί την εικόνα πολύ αδύνατων γυναικών.

Οι **βαριές μορφές**, σύμφωνα με τον ίδιο χαρακτηρίζονται από μια ισχυρή και βίαιη αποφασιστικότητα όσο αφορά τον τρόπο ζωής, παρά τις καταστροφικές συνέπειες που έχει αυτή η συμπεριφορά. Συχνά ο ασθενής δεν επιθυμεί την επέμβαση ειδικού, παρά μονάχα όταν δεν είναι δυνατόν να γίνει διαφορετικά. Για παράδειγμα αν μεταφερθεί επείγοντως στο νοσοκομείο λόγω απώλειας των αισθήσεων, εξαιτίας της επικίνδυνης ελάττωσης του βάρους. Σ' αυτές τις περιπτώσεις επιβάλλεται αυστηρή παρακολούθηση από ειδικούς γιατί υπάρχει σοβαρός κίνδυνος θανάτου.<sup>7</sup>

Η ψυχογενής ανορεξία είναι δυνητικά θανατηφόρος νόσος. Η θνησιμότητα κυμαίνεται μεταξύ 5% και 18% στο σύνολο των ασθενών που πάσχουν απ' αυτήν τη νόσο. Και ένα άλλο 10% με 20% των ασθενών εξακολουθούν να πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία και χρειάζονται θεραπεία κατά διαστήματα για πολλά χρόνια.<sup>7</sup>

**α) Κλινική εικόνα της ψυχογενούς ανορεξίας** θα την εξετάσουμε ανάλογα με το φύλο, την ηλικία τις σωματικές διαταραχές τη στάση απέναντι στη νόσο.<sup>6</sup>

**ΦΥΛΟ** Αρχικά πρέπει να αναφερθεί ότι παρουσιάζεται σχεδόν αποκλειστικά σε γυναίκες ποσοστό 95%, κυρίως έφηβες ή στις αρχές της ενήλικης ζωής τους. Υπολογίζεται ότι 1 στις 250 γυναίκες μεταξύ 12 και 18 ετών μπορεί να εμφανίσει τη διαταραχή.<sup>6</sup>

**ΗΛΙΚΙΑ** Η νόσος εκδηλώνεται γύρω στο 13<sup>ο</sup> έτος της εφηβείας και από αυτήν την ηλικία τείνει να αυξηθεί απότομα με μέγιστη συχνότητα στην ηλικία των 17 ως 18 χρόνων. Περίπου το 85% όλων των ανορεκτικών κοριτσιών παρουσιάζουν τη νόσο ανάμεσα στα 13 ως τα 20 χρόνια τους.<sup>(4)</sup>

Αν και η νόσος είναι δυνατόν να εμφανιστεί πριν την ηλικία των 10 χρόνων και μετά των 30 χρόνων, οι περιπτώσεις αυτές είναι σπάνιες και θεωρούνται άτυπες μορφές της νόσου, των οποίων η συχνότητα εμφάνισης είναι αμφισβητήσιμη.

Αν η ανορεξία αρχίσει πριν από την έναρξη της εφηβείας τότε παρατηρείται καθυστέρηση στην εμφάνιση των χαρακτηριστικών της ήβης δηλαδή, καθυστέρηση στην ανάπτυξη του σκελετού, των μαστών και της τριχοφυΐας.<sup>12</sup>

**Σωματικές διαταραχές.** Στο σωματικό τομέα οι ανορεκτικές παρουσιάζουν σημάδια υποσιτισμού. Παρατηρούνται αλλοιώσεις του δέρματος, (όπως ξηρό, λεπιδώδες και γκριζωπό δέρμα, ρυτίδες) και των νυχιών (νύχια εύθραυστα και ραβδωτά).<sup>27</sup>

Η διακοπή της έμμηνης ρύσης, μπορεί να εμφανιστεί και πριν ακόμα ελαττωθεί σημαντικά το βάρος και η επανεμφάνιση της μπορεί να καθυστερήσει ακόμα κι αν η άρρωση έχει επαναποκτήσει το φυσιολογικό της βάρος.<sup>12</sup>

Η τριχόπτωση είναι εμφανής, τα μαλλιά της άρρωστης γίνονται μαλακά και αδύνατα. Εμφανίζεται τρίχωση του τύπου LANUGO με μορφή παιδικού χνουδιού, σε άτριχα μέρη του σώματος, διατηρείται όμως το φυσιολογικό τρίχωμα στη μασχάλη και στο εφηβαίο. Παρατηρείται επίσης διαταραχή στο κυκλοφοριακό, όπου συναντάμε κρύα άκρα με οιδήματα, υποθερμία, ακροκυάνωση. Η υπόταση και η βραδυκαρδία συναντούνται αρκετά συχνά. Επίσης εμφανίζεται δυσκοιλιότητα που χρησιμεύει για την κατάχρηση καθαρτικών, αναιμία ελαφρός μορφής, πτώση του μεταβολικού και του αναπνευστικού ρυθμού, μείωση των σεξουαλικών ορμών, δόντια χαλασμένα και παθήσεις των ούλων.

Επίσης *μπορούν* να αναφερθούν άλλα συμπτώματα κυρίως ψυχικά, όπως ευερεθιστικότητα, φοβία, άγχος, καταναγκασμοί, υστερικές εκδηλώσεις, συναισθήματα επιθετικά και ζηλόφθονα, τύψεις, αυτοκατηγορίες, αυτοτιμωρητικές δραστηριότητες όπως νηστείες, σκληραγωγία, τελειοθηρία χωρίς να το δείχνει αισθάνεται άγχος, μοναξιά ή ανία αποτυχημένη και αβοήθητη. Αντιδρά με θυμό και πεισματικό αρνητισμό. Συχνά υποφέρει από αϋπνίες, πονοκεφάλους, κοιλόπονους, εμετούς, ναυτία, δυσκολία στην κατάποση ή συσφιγκτικό αίσθημα στο λαιμό. Τον κατατρέχουν από πολύμορφες σαδομαζοχιστικές φαντασιώσεις τις οποίες προσπαθεί να καταπνίξει.<sup>4,6</sup>

Όσον αφορά την εντύπωση που δίνουν οι ανορεκτικές στον κόσμο είναι αξιοσημείωτο να παρατηρήσει κανείς τη δραστηριότητα και ζωντάνια που διατηρούν ακόμα κι αν έχουν χάσει 20 και 30 κιλά από το φυσιολογικό τους βάρος. Τα μάτια τους είναι λαμπερά και ξύπνια, οι κινήσεις είναι γρήγορες, η ομιλία είναι γρήγορη με ζωντάνια μεγαλόφωνη.<sup>4,6</sup>

Η κινητικότητα της είναι κάτι το αξιοθαύμαστο αν φανταστεί κανείς το τόσο σημαντικό χάσιμο βάρους.<sup>4</sup>

Είναι υπερκινητική, ατίθαση, δουλεύει πολλές ώρες, μελετά επίσης πολύ, ασχολείται με επίπονες γυμναστικές ασκήσεις κι όλα αυτά χωρίς ενδιάμεσες περιόδους ανάπαυσης.

Η **στάση** που κρατούν απέναντι στη νόσο είναι η άρνηση ότι έχουν κάποιο πρόβλημα και ότι χρειάζονται θεραπεία. Εξάλλου άρχισαν οι περισσότερες κάποια δίαιτα για να χάσουν κιλά κι αυτό δεν το βλέπουν παθολογικό. Δεν είναι όμως ικανές, αφού έφτασαν στο επιθυμητό βάρος, να σταματήσουν τη δίαιτα αλλά συνεχίζουν να χάνουν βάρος πέρα του κανονικού. Συγχρόνως παθαίνουν κάποια αποστροφή για κάθε φαγητό, ιδιαίτερα για γλυκά και υδατάνθρακες και απεχθάνονται το πάχος. Κρύβουν από το περιβάλλον τους ότι δεν τρέφονται κανονικά, προφασίζονται ότι τρώνε αλλά κρύβουν ή πετάνε το φαγητό. Η δίαιτα διακόπτεται κάποιες φορές από περίοδο βουλιμίας, όπου τρώνε κρυφά, κυρίως τη νύχτα. Πρέπει να σημειωθεί ότι το 1/3 των ανορεκτικών είχαν μεγαλύτερο από το κανονικό βάρος πριν την έναρξη της νόσου.

Η υιοθέτηση αυτής της στάσης, συνδέεται στενά με κάποιες ψυχολογικές διεργασίες που έχουν συμβεί στο μυαλό του ανορεκτικού ασθενή.

α) Έτσι έχουμε έναν ασθενή ο οποίος έχει μια **διαστρεβλωμένη συμπεριφορά απέναντι στην τροφή.**



Οι διατροφικές συνήθειες των ανορεκτικών κοριτσιών είναι απίθανες και προκειμένου να δικαιολογήσουν την μείωση στην λήψη τροφές προφασίζονται έλλειψη όρεξης. Περιορίζουν όχι μόνο ποσοτικά, αλλά και ποιοτικά το φαγητό. Αποκλείουν από το διαιτολόγιο ζάχαρη, βούτυρο, άμυλο και περιλαμβάνουν σ' αυτό φρούτα, λαχανικά και λίγο κρέας.<sup>7,3</sup>

Συχνά έχουν την τάση να τσιμπολογούν άτακτα και αναρχικά, συλλέγουν συνταγές και μαγειρεύουν πλούσια γεύματα για τους άλλους.

Θέλοντας πολλοί μελετητές να εξηγήσουν την σχέση της ανορεκτικής με την πείνα και την πάλη ενάντια σ' αυτήν, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι παρά την οδυνηρή κατάσταση που προκαλεί, αποτελεί ωστόσο μια πηγή έντονης ικανοποίησης.

Έτσι μιλούν για ερωτικοποίηση του αισθήματος της πείνας ή οργανισμό της πείνας».<sup>7</sup>

**β) Οι ασθενείς έχουν μια διαταραγμένη εικόνα του σώματος και της αντίληψης των αναγκών του.**

Οι ανορεκτικές έχουν σε πολύ μεγάλη συχνότητα 90% λανθασμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος τους. Διακατέχονται από έντονο και μόνιμο φόβο μήπως αποκτήσουν περισσότερο βάρος και ταυτίζουν το κανονικό σώμα με το υπερβολικά αδύνατο θεωρώντας τη σκελετική τους εμφάνιση ως κανονική. Υιοθετούν μια ψυχαναγκαστική συμπεριφορά αυτό που οι BUVAF και BUVAF HERBAUT αναφέρουν σαν «δύσμορφο ψυχαναγκασμό» δηλαδή μια σχολαστική ενασχόληση επικεντρωμένη σ' ένα μέρος του σώματος (συντά είναι η κοιλιά ή το άνω οπίσθιο μέρος των μηρών).<sup>7</sup>

Μια κοπέλα έλεγε ότι δεν μπορούσε να δει πόσο αδύνατη ήταν, ακόμα και μπροστά στον καθρέπτη. Όταν όμως έπιανε το σώμα της δεν άγγιζε τίποτα άλλο, από κόκαλα. Επακόλουθο της εσφαλμένης αυτής

αντίληψης είναι η δυσκολία να αισθανθούν το σώμα τους σαν δικό τους.<sup>(17)</sup>

Επίσης οι ανορεκτικοί αγνοούν και υποτιμούν τις ανάγκες του σώματος. Έτσι εξηγείται η υπερδραστηριότητα και η άρνηση να παραδεχτούν την κόπωση και την ανάγκη για ύπνο, η φαινομενική έλλειψη ευαισθησίας στο κρύο, όταν βλέπει κανείς ασθενείς να είναι ντυμένοι μ' ελαφρά ρούχα, όποια κι αν είναι η θερμοκρασία.<sup>7</sup>

γ) Χαρακτηριστικό των ασθενών στη συμπεριφορά τους είναι η **ελλειπής συναισθηματικότητα** και η **κοινωνική ψευδο-προσαρμογή**.

Οι σχέσεις που κάνουν είναι επιφανειακές, παρ' ότι στην αρχή έχουν μια έντονη επιθυμία για σχέσεις που σιγά σιγά γίνονται όλο και πιο σπάνιες. Μ' αυτόν τον τρόπο προσπαθούν να κρύψουν την απομόνωση και γνωρίζουν ότι είναι διαφορετικές π.χ. από τις συμμαθήτριες στο Λύκειο. Η BRUCH αναφέρεται σ' αυτήν την αίσθηση απομόνωσης όταν μιλά για «χρυσό κλουβί».<sup>17</sup>

Η ανορεκτική περιγράφεται σαν κοπέλα με όρο νοημοσύνης να ξεπερνά το κανονικό. Παρουσιάζει κυρίως μια σχολική υπερδραστηριότητα που είναι όμως φτωχή σε φαντασία, παρά μια πραγματική διανοητική υπερδραστηριότητα που να δικαιολογεί την υψηλή νοημοσύνη της. Η πολύωρη ενασχόληση της με σχολικές δραστηριότητες εξηγεί την ανάγκη της για τελειοθρία και φυσιολογικότητα και κατ' επέκταση κοινωνική προσαρμογή.

δ) Οι ασθενείς πάσχουν από συναισθήματα ανικανότητας, ανεπάρκειας **και** κενού.<sup>4</sup>

Τα συναισθήματα αυτά κυριαρχούν στη σκέψη του ασθενή και καθοδηγεί τις ενέργειες του. Είναι γεγονός ότι καλύπτει αυτά τα συναισθήματα πίσω από έντονο αρνητισμό και πεισματάρικη προκλητικότητα. Όταν τυχόν τα αποκαλύψει ξεσπά σε κλάματα λέγοντας

ότι «θεωρεί ότι δεν έχει τίποτα ενδιαφέρον να δώσει και να πει, η ότι τη βρίσκουν όχι διασκεδαστική». <sup>17.4</sup>

Αυτά τα συναισθήματα έρχονται σε αντίθεση μ' οτιδήποτε αναφέρονται στα ιστορικά. Αναφέρεται ότι οι ασθενείς πριν την εμφάνιση της νόσου ήταν η χαρά και περηφάνια των γονιών, ήταν παιδιά υπάκουα, καλοί μαθητές, προσπαθούσαν να ευχαριστήσουν τους άλλους. Με τις αλλαγές της εφηβείας όμως αρχίζουν να αισθάνονται ότι η συμπεριφορά τους αλλάζει και φοβούνται ότι θα αποτύχουν και θα διαψεύσουν τις προσδοκίες των γονιών τους. Επίσης πίσω από αυτά τα συναισθήματα κρύβεται η κρίση ταυτότητας των ασθενών, που «βιώνουν το είναι τους χωρίς ψυχικές άμυνες, ως προϊόν των άλλων, χωρίς συνείδηση του εαυτού τους».

ε) Τέλος στους ανορεκτικούς ασθενείς παρατηρείται συχνά **φτωχή σεξουαλική προσαρμογή.**

Όπως έχουμε αναφέρει, στους έφηβους ανορεκτικούς παρουσιάζεται καθυστερημένη ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη ενώ στους ενήλικες παρατηρείται συχνά, μια μεγάλη μείωση του ερωτικού ενδιαφέροντος. Αμέσως μετά την εμφάνιση της νόσου το ενδιαφέρον για ερωτική επαφή ατονεί. Οι δεσμοί και οι γάμοι των ενηλίκων περνάνε κρίση και συχνά διαλύονται. <sup>(7)</sup>

Η στάση τους απέναντι στο σεξουαλικό τομέα, είναι αμθυθυμική. Από τη μια πλευρά στους ανορεκτικούς αρέσει να ερωτοτροπούν αλλά δεν τολμούν κι από την άλλη, η αμφιταλάντευση αυτή προκαλεί σύγκρουση και στη συνέχεια τα γνωστά συμπτώματα. Για τις γυναίκες ανορεκτικές η ανδρική σεξουαλικότητα αντιμετωπίζεται σαν κάτι το επιθετικό. Έτσι η θέση της γυναίκας θεωρείται επισφαλής και οι ασθενείς δυσκολεύονται να δεχτούν το ρόλο τους ως γυναίκες. <sup>4</sup>

#### 4.4 Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

Η νόσος στους άνδρες εμφανίζεται σ' ένα ποσοστό 3 - 13% και παρουσιάζεται κυρίως στα χρόνια της εφηβείας.<sup>26</sup>

Αν η αρρώστια συμβεί στην έναρξη της εφηβείας η ανάπτυξη είναι περιορισμένη, το πέος και το όσχεο παραμένουν παιδικά, όπως επίσης υπάρχει ένα ανεπαρκές ηβικό τρίχωμα. Τα αγόρια όπως και τα κορίτσια αναπτύσσονται σεξουαλικά μετά τη θεραπεία.

Εκείνο που είναι πολύ σοβαρό για την ψυχική, ισορροπία των αγοριών εφήβων είναι η αμφιβολία που εκδηλώνουν για τη σεξουαλική ικανότητα τους. Εξαιτίας της καθυστερημένης ανάπτυξης τους.

Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα αγόρια, είναι **αντίστοιχα** αυτών των κοριτσιών. Η καθυστερημένη ανάπτυξη είναι αντίστοιχη της κατάστασης της αμηνόρροιας στα κορίτσια. Επίσης και τα συμπτώματα που αφορούν τη στάση που κρατούν απέναντι στη νόσο, είναι παρόμοια. Υπάρχει έντονη σωματική άσκηση, ναυτία, εμετοί, άρνηση της κατάστασης τους, επίμονη άρνηση για λήψη τροφής, καχεξία.

Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση ενός 12χρονού αγοριού που ενώ έτρωγε, κρατούσε την κοιλιά του για να βεβαιωθεί ότι δεν θα πάχαινε.

Ακόμη παρατηρείται στους έφηβους μια υπεροπτική άρνηση να συναναστραφούν με συνομηλίκους, ισχυρίζονται ότι είναι ανεξάρτητοι και ότι δεν χρειάζονται συμπαράσταση ή συμβουλές από τους γονείς, δασκάλους, φίλους.<sup>12</sup>

## 4.5 ΠΡΟΛΗΨΗ

Πρωτογενής προληπτική παρεμβατική ενέργεια μπορεί να θεωρηθεί η ανάπτυξη και η εφαρμογή ενός προγράμματος ενημέρωσης σχετικά με τις διατροφικές ανάγκες του οργανισμού.

Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στη φροντίδα των ατόμων που παρουσιάζουν και διατροφικά προβλήματα.

Η τριτογενής πρόληψη σκοπεύει στην ενεργοποίηση των ατόμων για την αποκατάσταση αυτών που βρίσκονται στο στάδιο της αυτοθεραπείας μετά από διατροφικά προβλήματα και ανάπτυξη μακροπρόθεσμων στρατηγικών για εξασφάλιση της απαραίτητης διατροφής<sup>1</sup>

## 4.6 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η πολυπλοκότητα και πολλαπλότητα των συμπτωμάτων της ψυχογενούς ανορεξίας, οδήγησε στην **ανάγκη** να προταθούν ακριβή κριτήρια για την διάγνωση της νόσου. Όπως αναφέραμε σύμφωνα με την ταξινόμηση της Αμερικανικής σχολής (DSM-III-R) κατατάσσεται στις διαταραχές διατροφής. Τα διαγνωστικά κριτήρια είναι τα εξής:

- &** Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βέρος για την ηλικία και το ύψος του π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση *βάρους* του σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο. Επίσης αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης που οδηγεί σε βάρος σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο.

- & Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- & Διαταραχή στον τρόπο που βιώνει κανείς το βάρος το μέγεθος ή το σχήμα του σώματος του π.χ. το άτομο ισχυρίζεται ότι «νιώθει παχύ» ακόμη κι όταν είναι κάτισχνο. Πιστεύει ότι μια περιοχή του σώματος του είναι «πολύ παχιά» ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- & Σε γυναίκες απουσία τριών διαδοχικών εμμηνορυσιών ενώ κανονικά αναμενόταν να συμβούν (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής αμηνόρροια).

Η ψυχογενής ανορεξία διακρίνεται σε δύο τύπους:

A) Περιοριστικός τύπος: χαρακτηρίζει τη διαταραχή όπου το άτομο επιτυγχάνει την απώλεια βάρους κυρίως με δίαιτα νηστεία ή υπερβολική άσκηση.

B) Ο τύπος υπερφαγίας / κάθαρσης χαρακτηρίζει τη διαταραχή όπου η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με προκλητό εμετό καθαρτικά, διουρητικά ή ενεμετα ύστερα από υπερφαγία ή και τη λήψη μικρών ποσοτήτων τροφής.

Διακρίνουμε **πρωτογενή και δευτερογενή κριτήρια** στη ψυχογενή ανορεξία. Στα **πρωτογενή** αναφέρονται:

- Εκλεκτικός και εκούσιος περιορισμός της τροφής τον οποίο δικαιολογούν οι ανορεκτικοί ως απώλεια όρεξης.

- αναζήτηση της ισχύοντος σε μια ευχαρίστηση αυτή καθ' αυτή η οποία ανάγεται στο αίσθημα κυριαρχίας πάνω στο σώμα, στον έλεγχο της ενστικτώδους ζωής του.

- υπερδραστηριότητα συχνά, πρώιμη σε αντίθεση προς την αμηνόρροια.

Στα δευτερογενή συμπτώματα αναφέρονται οι μόνιμες ανησυχίες και οι παραπονητικές συμπεριφορές που αφορούν την τροφή, η ενοχλημένη στάση που προβάλλουν σ' αυτούς που προσπαθούν να ασχοληθούν με τις ανάγκες διατροφής τους και τέλος, κάποιος βαθμός θλίψης με αίσθημα κενού.

Επίσης προσθέτει στα διαγνωστικά κριτήρια την έλλειψη οργανικής νόσου που θα εξηγούσε την απώλεια βάρους. Επίσης ο FEIGLINER και η σχολή του SAINT- LOUIS αναφέρουν την ηλικία έναρξης πριν το 25° έτος, καθώς και την ύπαρξη, δύο τουλάχιστον από τις παρακάτω εκδηλώσεις: αμηνόρροια, αύξηση τριχοφυΐας, βραδυκαρδία, περίοδοι υπερδραστηριότητας, εμετοί (αυτοπροκαλούμενοι ή όχι).<sup>7</sup>

#### **4.7. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Όσο πιο άτυπα είναι τα χαρακτηριστικά της απώλειας βάρους όσο η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως πχ γαστρεντερικές νόσους όγκους εγκεφάλου, AIDS, ενδοκρινοπάθειες. Στις σωματικές βέβαια αυτές νόσους δεν υπάρχει διαταραχή της εικόνας του σώματος, ούτε επιθυμία για περαιτέρω απώλεια βάρους. Η διαφορική διάγνωση θα γίνει επίσης από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και από τη σχιζοφρένεια όπου μπορεί να υπάρχει σημαντική απώλεια βάρους όμως δεν υπάρχει φόβος του ατόμου να πάρει βάρος και δεν υπάρχει διαταραχή της σωματικής εικόνας.

Καθώς τα ανορεκτικά άτομα μπορεί να έχουν συμπτώματα που θυμίζουν κοινωνική φοβία πχ (φόβος να φάει δημόσια) ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή πχ ψυχαναγκασμό και καταναγκασμοί συνδεδεμένοι με την τροφή, οι επιπρόσθετες διογκώσεις των διαταραχών

θα μπουν μόνο όταν υπάρχουν συμπτώματα που δεν σχετίζονται με τη λήψη τροφής ή στο σχήμα το μέγεθος του δώματος.<sup>33,6</sup>

#### **4.8 ΕΞΕΛΙΞΗ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ**

Σχετικά με τη πορεία της ψυχογενούς ανορεξίας έχουν αναφερθεί διάφορες απόψεις οι οποίες υπογραμμίζουν το πλατύ φάσμα της εξέλιξης της. «Το τελικό αποτέλεσμα μπορεί να ποικίλει από την αυτόματη ανάρρωση μέχρι το θάνατο ενώ η ασθένεια μπορεί να διαρκέσει από μερικούς μήνες μέχρι και ολόκληρη ζωή».<sup>(7)</sup>

Η νόσος ακολουθεί μια μεταβλητή και συχνά απρόβλεπτη πορεία. Στις ευνοϊκές περιπτώσεις διαρκεί συνήθως 2-3 χρόνια. Γενικά από τα αποτελέσματα επανεξετάσεων παρατηρείται ότι οι μισοί από τους ασθενείς αναρρώνουν τελείως, με επιστροφή στο φυσιολογικό βάρος και στον έμμηνο κύκλο. Αν και οι ακανόνιστες διατροφικές συνήθειες και το ενδιαφέρον για το βάρος του σώματος μπορεί να επιμείνουν για λίγο καιρό, η ανάρρωση σ' αυτούς τους ασθενείς μπορεί να ολοκληρωθεί. Για παράδειγμα η σεξουαλική προσαρμογή μπορεί να είναι τελικά καλή κι έχει βρεθεί ότι ανάμεσα σε ασθενείς που έχουν αναρρώσει το ποσοστό γάμων είναι τόσο υψηλό όσο στον κανονικό πληθυσμό. Υπάρχουν όμως κι ασθενείς που τα πηγαίνουν λιγότερο καλά. Το 1/4 ή λίγο περισσότερο, βελτιώνονται σημαντικά, αλλά παραμένουν ασήμαντες διαταραχές στην πρόσληψη τροφής ή στον εμμηνοορυσιακό κύκλο.

Στο υπόλοιπο 20 - 25% παρ' όλα αυτά η αρρώστια διαγράφει μια χρονική πορεία, με έντονο χάσιμο βάρους, αμηνόρροια και σοβαρά ψυχολογικά και κοινωνικά εμπόδια.<sup>7,27</sup>



Το ποσοστό θνησιμότητας των επανεξεταζόμενων περιπτώσεων είναι περίπου 5% με κυριότερη αιτία του θανάτου την αυτοκτονία. Ο θάνατος από υποσιτισμό ευτυχώς τώρα είναι σπάνιος, αλλά οι ειδικοί θα πρέπει να επαγρυπνούν για τις δυσοίωνες επιπλοκές της υποδεργίας της μη αναστρέψιμης υπογλυκαιμίας και κατά δεύτερο- λόγο για τις μολυσματικές ασθένειες.<sup>7</sup>

Είναι πολύ δύσκολο να προβλέψει κανείς την εξέλιξη για κάθε ασθενή. Όλες οι μελέτες που αναφέρθηκαν όμως συμφωνούν ότι η νεαρή ηλικία παρουσίασης της αρρώστιας πριν το 15<sup>ο</sup> έτος βοηθάει σε μια καλύτερη πρόγνωση. Κάποιες αμφιβολίες έχουν πρόσφατα διατυπωθεί γι' αυτό το συμπέρασμα όσο αφορά την ηλικία. Η πρόγνωση όμως γίνεται πιο δύσκολη όταν η αρρώστια έχει διαρκέσει κάποια χρόνια. Ακόμα και σ' αυτές τις περιπτώσεις εκπληκτικά καλά αποτελέσματα μπορούν να παρατηρηθούν μετά από προσεκτική και ενεργητική θεραπεία.<sup>7,27</sup>

Οι πιθανές εξελίξεις της νόσου είναι:

α) Ύαση, σαν κατάληξη μιας απόλυτα *ευνοϊκής* εξέλιξης, τόσο στο φυσιολογικό επίπεδο (βάρος, λειτουργία σωματική) όσο και στο κοινωνικο-επαγγελματικό επίπεδο (γάμος, απασχόληση κ.λ.π.) όσο και στο προσωπικό βίωμα (θυμικό, ικανότητα να αντιμετωπίζει κανείς τις δυσκολίες της ζωής).

β) Μέτρια εξέλιξη που χαρακτηρίζεται από μια κάποια βελτίωση, αλλά όμως σοβαρές δυσχέρειες παραμένουν και στα τρία επίπεδα.

γ) Δυσμενής και βαριά εξέλιξη - όταν και τα τρία επίπεδα ζωής είναι επικίνδυνα διαταραγμένα γεγονός που οφείλεται σχηματικά είτε στο χρόνιο υποσιτισμό, είτε στην καθαρά ψυχιατρική εξέλιξη συνήθως, με ψυχωτική μορφή.<sup>7</sup>

Συμπερασματικά καλοί προγνωστικοί παράγοντες θεωρούνται η έναρξη της νόσου πριν το 15<sup>ο</sup> έτος η απόκτηση βάρους μέσα σε 2

χρόνια από την έναρξη θεραπείας και η αποδοχή θεραπείας στα πρώτα 2 χρόνια από την εμφάνιση της αρρώστιας.<sup>7,27</sup> .

#### 4.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Οι **κύριοι σκοποί** της θεραπείας της ψυχογενούς ανορεξίας είναι οι εξής: να εξασφαλίσει τη συνεργασία του ασθενή να επαναφέρει το βάρος στο φυσιολογικό, να ενθαρρύνει μια ευχάριστη έκβαση, να βελτιώσει την κακή διατροφή και να λύσει τα ψυχολογικά του προβλήματα.<sup>4</sup>

Η θεραπεία εξαιτίας της πολυπλοκότητας των συμπτωμάτων και των παραγόντων που την προκαλούν διαφέρει στον τρόπο, στην ένταση και έκταση που δίνεται κάθε φορά. Όπως και να' ναι, πρέπει να είναι **εξατομικευμένη** και να υποβάλλεται ύστερα από επιβεβαίωση των γιατρών ότι δεν οφείλεται σε σωματικές αρρώστιες η συγκεκριμένη νόσος.<sup>4,7,27</sup>

α) Η **νοσοκομειακή περίθαλψη**. Στις βαρείες περιπτώσεις της νόσου αυτοεκτιμάται από τη συνεχιζόμενη αμηνόρροια, απίσχνανση, μεγάλη απώλεια βάρους οι ειδικοί καταφεύγουν στη νοσοκομειακή περίθαλψη που συχνά εφαρμόζεται με καθυστέρηση, συνιστάται επανασίτιση στο νοσοκομείο να επιδιώκει αρχικά μικρή αλλά σταθερή ημερήσια αύξηση βάρους 200 - 400 γραμμαρίων. Η νοσηλεία χρησιμοποιείται αφενός για να τραφεί ο ασθενείς - είτε ενδοφλεβίως είτε με ποσότητες πρωτεϊνών — για να ακολουθήσει θεραπεία με ορμόνες ώστε να επανέλθει η έμμηνος ρύση και αφετέρου **για να απομονωθεί** από τη οικογένεια του η οποία μπορεί να αποτελεί παθογόνο παράγοντα. Η απομόνωση σύμφωνα με τον C. GIRAND σημαίνει «προσπάθεια επέμβασης στις υπάρχουσες συνήθειες ώστε να διακοπούν οι

συγκρούσεις με τι περιβάλλον σχετικά με τη διατροφή και γεύματα. Επίσης σταματά τους χειρισμούς των γονιών μειώνει το άγχος τους και επιτρέπει στον καθένα να ξαναβρεί την αυτονομία του...» Μαράτος (1988). Αυτό σημαίνει ότι η **θεραπευτική ομάδα** που συνίσταται δεν επαναλαμβάνει τη στάση των γονιών στο θέμα του φαγητού και ότι η προσφορά και φροντίδα δεν παρουσιάζει κενά.<sup>4,7</sup>

Στο νοσοκομείο συντάσσεται ένα **συμβόλαιο** μεταξύ ασθενούς και θεραπευτικής ομάδας, όπου αυτό περιλαμβάνει μια «κλίμακα ανάληψης βάρους» κατανεμημένη σε στάδια. Κάθε φορά που επιτυγχάνεται η συγκεκριμένη ανάληψη βάρους, ο ασθενής επιβραβεύεται με δυνατότητα αλληλογραφίας, τηλεφωνημάτων, επισκέψεων ακόμα και άδειας εξόδου από το νοσοκομείο.<sup>7,27</sup>

β) **Τα φάρμακα.** Τα φάρμακα που διεγείρουν την όρεξη, τα οποία συχνά προτείνονται από τον γιατρό όταν αντιμετωπίζει έναν άνθρωπο που αδυνατίζει συνεχώς, δεν έχουν καμία χρησιμότητα για τη διανοητικά ανορεκτική, αφού η όρεξη, όχι μόνο δεν έχει εξαφανιστεί, αλλά είναι έντονη, **και** η ανορεκτική δεν σταματά να μάχεται την επιθυμία της για φαγητό. Σε γενικές γραμμές, χορηγούνται ποικίλα διατροφικά συμπληρώματα, που έχουν στόχο να καλύψουν τις ανεπάρκειες: βιταμίνες, μεταλλικά άλατα, πρωτεϊνούχες ουσίες. Στις περισσότερες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται επίσης ψυχοτρόπα φάρμακα (νευροληπτικά, αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά).

Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση που δε χρειάζεται νοσηλεία του ακολουθεί κάποια

γ) **Ψυχοθεραπεία**, που διαφέρει ανάλογα με τη προσωπικότητα, τις συνθήκες και την ηλικία.

Όσον αφορά την **ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία** και τη **ψυχανάλυση** οι περιγραφές δίστανται. Μερικοί **πιστεύουν** ότι η **κλασική** της μορφή **δεν** έχει αποδειχτεί επαρκής ως θεραπευτική

μέθοδος γιατί «οι ασθενείς αντιστέκονται στη μεταβίβαση» και ότι «τα λόγια δεν γιατρούουν». Άλλοι πάλι πιστεύουν ότι η ψυχανάλυση έχει συμβάλλει στην ερμηνεία της ψυχογενούς ανορεξίας και άρα είναι η λύση στο πρόβλημα.<sup>7,4</sup>

# *ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

### 5.1. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

#### α) Εικόνα οικογένειας



Οι «ανορεκτικές οικογένειες» είναι συνήθως οι «τέλειες οικογένειες» που ζουν φαινομενικά αρμονικά και δεν εκδηλώνουν φανερή ρήξη μεταξύ των μελών τους. Όμως απαγορεύουν κάθε εκδήλωση και προσπάθεια ατομικότητας και ανεξαρτησίας και δυσκολεύονται να παραδεχτούν ότι το παιδί τους μεγαλώνει, με φυσική συνέπεια την απομάκρυνση του από την οικογένεια. Τότε για τον έφηβο, είτε αγόρι είναι είτε κορίτσι, η νόσος είναι ένας τρόπος να αποκτήσει ατομικά ή διαφοροποίηση από τα άλλα μέλη της οικογένειας του.

### 5.2 ΣΧΕΣΕΙΣ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΤΟΥΣ

Πως λοιπόν αντιδρά το παιδί μέσα σε μια φαινομενική οικογενειακή γαλήνη, με υπέρμετρη όμως καταπίεση; Βρίσκει σαν τρόπο αντίδρασης την πρόκτηση δίαιτας και χάσιμο βάρους για να κάνει γνωστό στους γονείς του, ότι υπάρχει, ότι έχει ξεχωριστή υπόσταση, ότι δεν θέλει να συμπεριφέρεται όπως ακριβώς θέλουν οι γονείς του. Τον καιρό της ανεξαρτησίας του, αντιδρά στην υπερβολική ενασχόληση των γονιών σχετικά με την διατροφή του.<sup>4,17</sup>

Η μητέρα από την πλευρά της, θέλοντας να αποδείξει ότι η σχέση με το παιδί της είναι καλή, χρησιμοποιεί την ενασχόληση με την διατροφή του ως απόδειξη και εκδήλωση φροντίδας. Προσπαθεί να προλάβει κάθε εκδήλωση ανικανοποίησης από την πλευρά του παιδιού και θεωρεί ότι το πετυχαίνει με την πιεστική χορήγηση τροφής. «Η υπέρμετρη χορήγηση τροφής επιτρέπει την παραγνώριση του αιτήματος του παιδιού για αγάπη». Έτσι αποκαθίσταται μια σχέση όπου υπερεκτιμάται η τροφή, και το οικογενειακό γεύμα αποτελεί μια τελετουργία που για τους γονείς λειτουργεί ως εγγύηση οικογενειακής σταθερότητας.<sup>4,17</sup>

Ο φαύλος κύκλος συνεχίζεται, μια και το παιδί αντιλαμβάνεται πολύ γρήγορα την αγωνία της μητέρας του έτσι ώστε αισθάνεται υποχρεωμένο να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις της, όχι μόνο τις διατροφικές - γιατί αλλιώς νομίζει ότι θα την «χάσει».<sup>7,17</sup>

Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι πολλοί γονείς αν και συναισθάνονται την κατάσταση, ωστόσο εξακολουθούν να αντιστέκονται στις συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών τους. Είναι αρκετοί αυτοί που διατηρούν την κατάσταση, επειδή δεν θέλουν τα παιδιά τους να γίνουν καλά και να χαλάσουν την ηρεμία της οικογένειάς τους.<sup>(7)</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

### 6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ



#### Ο άρρωστος:

- & Έχει μειωμένο βάρος σε σχέση με το φυσιολογικό.
- & Οι μύες είναι λεπτή και μη ανεπτυγμένη
- & Το τριχωτό της κεφαλής είναι άτονο, ξηρό και εύθραυστο.
- & Το δέρμα του προσώπου και του λαιμού παρατηρείται αφυδατωμένο και αποχρωματισμένο, ξηρά λέπια.
- & Τα χείλη είναι ξηρά και διαρρηγμένα.
- & Τα δόντια παρουσιάζουν τερηδόνα και τα ούλα εφθαρμένες επιφάνειες.
- & Το δέρμα παρατηρείται τραχύ, ξηρό λεπιοειδές και ωχρό.
- & Τα άκρα είναι αδύνατα και ισχνή.
- & Επίσης παρουσιάζει δυσπεψία, δυσκοιλιότητα, διάρροια.
- & Το άτομο παρουσιάζει εύκολη κόπωση, απάθεια, και έλλειψη ενεργητικότητας.<sup>19</sup>



## 6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ - ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Νοσηλευτικός σκοπός: βοήθεια του ασθενούς να τρώει φυσιολογικά, ώστε να αυξήσει το βάρος του στο κανονικό για την ηλικία και το ύψος του επίπεδο.<sup>1</sup>

Αρχές και παρεμβάσεις.

- Ελάττωση των στρεσογόνων ερεθισμάτων όσο είναι δυνατό και ελάττωση του άγχους του αρρώστου με υποστηρικτική στάση και διαθέσιμο χρόνο κοντά του.
- Βοήθεια του ασθενούς να κατανοήσει τις διατροφικές ανάγκες για τη λειτουργία των ιστών και του οργανισμού της και πως οι ανάγκες αυτές καλύπτονται με την τροφή.
- Ανάπτυξη και διατήρηση ψυχοθεραπευτικού διαλόγου με τον άρρωστο και την οικογένεια του.
- Για κάθε ασθενή αναπτύσσουμε ένα προσωπικό πρόγραμμα από συνεπή, λογικά και σταθερά βήματα προοδευτικής αύξησης επιτρεπόμενων δραστηριοτήτων, ανάλογα με την πρόοδο της απάντησης στο θεραπευτικό πρόγραμμα.
- Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει εμπειρία ικανότητα και υπομονή καθώς και την ευθύνη να ενθαρρύνει τον ασθενεί να ολοκληρώσει το γεύμα της αλλά και να την επιβλέπει ώστε να μην διευκολύνεται η ασθενής στο να απομακρύνει κρυφά τρόφιμα ή να καταφεύγει σε άλλες μεθόδους (εμετούς, καθαρτικές συμπεριφορές κ.τ.λ.).
- Ο ασθενής συχνά παραπονείται ότι νιώθει φούσκωμα κι ότι έχει ναυτία μετά το φαγητό και ο νοσηλευτής μπορεί να την

καθησυχάσει, ενημερώνοντας την ότι αυτά τα αισθήματα σχετίζονται με την επιβράδυνση στη προώθηση του περιεχόμενου του στομάχου που παρατηρείται στη ψυχογενή ανορεξία και ότι αυτά τα δυσάρεστα αισθήματα θα υποχωρήσουν με το χρόνο.

- Ένας νοσηλευτής που υποψιάζεται ότι ο ασθενής πετά κρυφά ή κρύβει τρόφιμα ή έχει άλλες καθαρτικές συμπεριφορές (κρύβει υπακτικά ή διουρητικά χάπια ή κάνει εμετούς) μπορεί και πρέπει να τον αντιμετωπίσει ευγενικά άλλα ανοιχτά και σταθερά.
- Ο νοσηλευτής μπορεί να κάνει έρευνα στο δωμάτιο και στα πράγματα της ασθενούς ή να είναι μαζί της στην τουαλέτα της, πάντα ωστόσο η έρευνα πρέπει να γίνει παρουσία του ασθενούς.
- Ένα σημαντικό στοιχείο στην επικοινωνία με τον ασθενή είναι η αμεσότητα, η ειλικρίνεια και η εμπιστοσύνη.
- Ο νοσηλευτής μπορεί ακόμη να προσφέρει υποστηρικτική και εκπαιδευτική ψυχοθεραπεία όπου αυτό είναι απαραίτητο και δυνατό, θα χρειασθεί επανειλημμένα να καθησυχάσει τον ασθενή ότι δεν θα αφηθεί να πάρει βάρος.
- Θα πρέπει να μένει κοντά στον ασθενή όσο τρώει να τον συζητάει και να τον πείθει και να τον καλοπιάνει να τελειώσει το γεύμα του.
- Ενισχύουμε τον όρο να αυξήσει αργά και σταθερά το βάρος του και να σταματήσει να χρησιμοποιεί «συμπεριφορά απώλειας βάρους».
- Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού για να αυξήσει το βάρος.

- Επαινούμε τον άρρωστο για κάθε θετική προσπάθεια ανάκτηση του βάρους του.
- Διερεύνηση για τα ποια φαγητά προτιμάει και ποια αρνείται να δεχθεί.
- Το φαγητό σερβίρεται κατά τρόπο ελκυστικό ώστε να τραβήξει την προσοχή του και να αλλάξει τη διάθεση.
- Λαμβάνονται υπόψιν οι προτιμήσεις του αρρώστου εφόσον δεν είναι αντίθετες με τις ανάγκες του.
- Αποφυγή σερβιρίσματος μεγάλου γεύματος φαγητού, γιατί προκαλεί φόβο και αίσθημα απώλειας του ελέγχου.
- Καθημερινό λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων και διαπίστωση μεταβολών.
- Λήψη σωματικού βάρους κάθε μέρα την ίδια ώρα και με την ίδια ζυγαριά.
- Πριν το ζύγισμα αφαιρούμε τυχόν κοσμήματα, βαριά ρούχα και άλλα αντικείμενα που μπορεί να έχουν πάνω τους έτσι ώστε να μην αλλοιωθεί το αποτέλεσμα.
- Συνεργασία με το θεράποντα ιατρό για ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών όταν ο άρρωστος αδυνατεί να πάρει το απαιτούμενο ποσό υγρών από το στόμα και παρουσιάζει εμετούς.
- Φροντίδα και παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής, παρατηρήσεις της θεραπευτικής δράσης και των τυχόν παρενεργειών όπως είναι ξηροστομία, φωτοευαισθησία, ταχυκαρδία, ορθοστατική υπόταση.
- Πρόληψη των υποτροπών εφόσον το 50% των ασθενών υποτροπιάζουν μέσα σε 1 χρόνο μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

- Ενημέρωση της οικογένειας και την σημαντικών προσώπων που ενδιαφέρονται για τον άρρωστο, σχετικά με τη νόσο και τα ευρήματα. Η γνώση των ικανοτήτων και ορίων του αρρώστου βοηθά τις οικογένειες να έχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες και ελαττώνει την ψυχική τους ένταση.
- Διδασκαλία στην οικογένεια αποτελεσματικών στρατηγικών.
- Να εφησυχάσει η μητέρα και να αλλάξει τη νοοτροπία και τη στάση της.
- Να τρώνε όλοι μαζί γιατί το φαγητό εκτός από την ικανοποίηση της πείνας προϋποθέτει και συναισθηματικοί συναλλαγή.
- Αποφεύγονται οι εντάσεις και οι κρητικές κατά τη διάρκεια του φαγητού.
- Να του δίνουν μικρότερες ποσότητες ώστε να μην βρεθούν αντιμέτωποι με την άρνηση του.
- Δεν το πιέζουν να τρώει και ούτε το κυνηγούν με το κουτάλι.<sup>20</sup>

### **6.3 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

Ήδη από το 1960 δημοσιεύσεις που αποδείκνυαν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας συμπεριφοράς στο να βοηθηθούν ανορεκτικοί ασθενείς να κερδίσουν βάρος, και μελέτες περισσότερες στην δεκαετία του '70 ενίσχυσαν την αξία αυτής της προσέγγισης.

Οι περισσότεροι κλινικοί σήμερα ενσωματώνουν κάποια μορφή τροποποίησης της συμπεριφοράς στο πρόγραμμα για απισχνασμένες ανορεκτικές ασθενείς.

Η ανατροφοδότηση με πληροφορίες συνίσταται στο να κρατά η ασθενής διάγραμμα βάρους εφόσον θεωρείται ότι οι τεχνικές που επικεντρώνονται στην αύξηση βάρους είναι πιο αποτελεσματικές από αυτές που επικεντρώνονται στις συνήθειες διατροφής καθ' εαυτές. Οι ασθενείς ζυγίζονται είτε κάθε μέρα, είτε 1-2 φορές την εβδομάδα. Επειδή το σωματικό βάρος κυμαίνεται κατά το διαστήματα της ημέρας, το ζύγισμα πρέπει να γίνεται το πρωί, αμέσως μετά την χρήση της τουαλέτας και πριν από την λήψη του πρωινού.

Συνήθως χρησιμοποιούνται θετικές ενισχύσεις στην αύξηση του βάρους και περιλαμβάνουν αύξηση των φυσικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων και των δικαιωμάτων σε επισκεπτήριο. Μπορούν ακόμα να χρησιμοποιηθούν αρνητικές ενισχύσεις, όπως παραμονή στο κρεβάτι και απομόνωση στο δωμάτιο. Η χρήση μέτρων, όπως σίτιση με σωλήνα και υπερσιτισμός, μπορούν επίσης να θεωρηθούν αρνητικοί ενισχυτές αλλά σπάνια είναι χρήσιμοι. Πιθανόν να είναι απαραίτητο να υπάρξει εξατομικευμένη τακτική με λεπτομερή συμπεριφερολογική ανάλυση, επειδή οι ασθενείς διαφέρουν στις προτιμήσεις και τις απαντήσεις τους. Ωστόσο αυτό μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες πρακτικές στη θεραπευτική ομάδα, ιδίως αν βρίσκονται σε θεραπευτικού πρόγραμμα περισσότερες από 1-2 ασθενείς ταυτόχρονα.

Υπάρχει μια μελέτη σύγκρισης των διαφορών του αποτελέσματος μεταξύ αυστηρού και επιεικούς προγράμματος συντελεστικής εξάρτησης, που έδειξε ότι δεν υπήρχε διαφορά στο μέσο ρυθμό αύξησης βάρους ανά εβδομάδα. Το αυστηρό πρόγραμμα ήταν κατάκλιση και εξατομικευμένο σχέδιο ενισχυτών. Για κάθε 0,5 κιλό/ εβδομάδα θα της επιτρεπόταν να κινείται ελεύθερα στην μονάδα, αλλιώς θα έπρεπε να περάσει την επόμενη εβδομάδα σε κατάκλιση. Πιο εύκολο στην εφαρμογή και επομένως προτιμότερο είναι το επιεικές πρόγραμμα.

Το μέγεθος του γεύματος, αν είναι μεγάλο, ευοδώνει την μεγαλύτερη κατανάλωση και συνήθως προκαλεί μεγαλύτερη αύξηση βάρους, αλλά μπορεί να μην διευκολύνει την ανάπτυξη φυσιολογικών συνηθειών διατροφής και να αυξήσει τους φόβους και τα αισθήματα απώλειας του ελέγχου στην ασθενή. Επιπλέον, η ταχεία επανασίτιση της απισχνασμενης ασθενούς μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές και γι' αυτό τα μεγάλα γεύματα πρέπει να αποφεύγονται, ιδίως στην αρχή του θεραπευτικού προγράμματος. Τέτοιες επιπλοκές μπορεί να είναι οξεία γαστρική διάταση το μαζικό περιφερικό οίδημα, η επιβάρυνση της καρδιάς της λειτουργίας.

Πολλοί ανορεκτικοί παραπονούνται για κοινωνικό άγχος και δυσκολίες στην επικοινωνία σε κοινωνικές ομάδες. Έτσι έχουν χρησιμοποιηθεί τεχνικές εκπαίδευσης στις κοινωνικές δεξιότητες, με καλά αποτελέσματα, αλλά μάλλον βραχυχρόνιας διάρκειας.

Τέλος η συστηματική απευαισθητοποίηση έχει χρησιμοποιηθεί σε μικρή ομάδα ασθενών, για προαγωγή της αύξησης βάρους και απευαισθητοποίηση στο φόβο του πάχους και τον φόβο που προκαλούν τα σχόλια για το βάρος τους. Τα αποτελέσματα που υπάρχουν είναι ενθαρρυντικά, τουλάχιστον βραχυχρόνια.

Πάντως παρά το ότι η τροποποίηση συμπεριφοράς είναι αποτελεσματική στην ευόδωση της βραχυχρόνιας αύξησης βάρους, πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι ο ρυθμός αύξησης του βάρους είναι χωρίς συνάρτηση με τη μακροχρόνια πρόγνωση και αδύναμος προγνωστικός δείκτης.

Παράλληλα με την επανασίτιση και την τροποποίηση συμπεριφοράς, χρησιμοποιούνται αντιψυχωτικά ή αντικαταθλιπτικά σκευάσματα, ενώ σε επίπεδο ψυχοθεραπειών χρησιμοποιείται η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, η θεραπεία συμπεριφοράς και πρόσφατα η γνωσιακή ψυχοθεραπεία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

### 7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ



Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια συστηματική, επιστημονική αντιμετώπιση των αναγκών για την επίλυση των προβλημάτων που προσαρμόζονται στις εκάστοτε καταστάσεις της ανθρώπινης ζωής και εφαρμόζεται σε άτομα που έχουν ανάγκη από νοσηλευτική φροντίδα.<sup>39</sup>

#### ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ είναι:

1. αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου
2. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας
3. Εφαρμογή προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας
4. αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας.<sup>38</sup>

Σύμφωνα με αυτά τα στάδια θα προσπαθήσουμε να δώσουμε μια ολοκληρωμένη και οργανωμένη και νοσηλευτική φροντίδα.

## 7.2 ΜΑΡΤΥΡΙΑ

### Περίπτωση 1<sup>η</sup>

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: **30-10-2003**

Ύψος: **1,63 m**

Βάρος: **44 Kg**

Ιδαν. Βάρος: **53 Kg**

Ηλικία: **21 ΕΤΩΝ**

Ηλικία έναρξης νόσου: **19**

Επάγγελμα: **Φοιτήτρια.**

### Κλινική εικόνα:

Όταν τρώει και βάζει 1Kg αγχώνεται, κλαίει, έχει ταχυπαλμίες, φόβο ότι θα παχύνει, μελαγχολική διάθεση, δύσπνοια.

Στην αρχή της νόσου κλάμα, κτύπημα του χεριού στον τοίχο, επιθετικότητα, μελαγχολία, στεναχώρια. Διανύει μεγάλες αποστάσεις με τα πόδια.

Τρώει 1 φορά την ημέρα και πάντα την ίδια ώρα. Τρώει φρούτα, σαλάτες, όχι γλυκά. Χρησιμοποιεί ελάχιστο λίπος, λάδι, αποφεύγει να μαγειρέψει. Το βράδυ τρώει γιαούρτι, πίνει σόδα αντί για νερό. Αν πρόκειται να βγει για φαγητό το βράδυ, πρέπει να μη έχει φάει τίποτα όλη την ημέρα. Το χτένισμα και το ντύσιμο δεν τονίζουν τα χαρακτηριστικά του φύλου της.

Στο τέλος του λυκείου με δίαιτα χάνει 20Kg και αρχίζει αμηνόρροια. Ορμονοθεραπεία χωρίς αποτέλεσμα. Όταν φάει παραπάνω νιώθει να τιμωρεί τον εαυτό της. Δεν θέλει να δει κανέναν. Δεν μιλάει σε κανέναν. Νομίζει ότι την κοροϊδεύουν για το βάρος της. Αποφεύγει τη



ζυγαριά. Δεν νιώθει συμφιλιωμένη με τον εαυτό της. Κοιμάται 6 ώρες το 24ωρο. Ζει μόνη της.

Προσωπικότητα της ασθενούς: Πεισματάρα, υλοποιεί στόχους, συνεπής, φιλότιμη, υπερευαίσθητη, κλαίει συχνά, νιώθει μόνη, πληγώνεται εύκολα, δίνεται στους άλλους, οι άλλοι δεν ανταποκρίνονται. Λέει ψέματα στους γονείς για το φαγητό και το βάρος της. Της αρέσει η επιστήμη της, χαίρεται αυτό που κάνει. Αποφεύγει δημιουργία σχέσης εξαιτίας μικρού στήθους. Άρχισε δίαιτα όταν της είπε μια φίλη «είσαι χοντρή», διστακτική στις φιλίες με τα αγόρια. Δεν είχε σεξουαλική επαφή μέχρι τώρα. Δεν είχε ποτέ δεσμό γι' αρκετό καιρό.

### **ΕΞΕΛΙΞΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Η ασθενής συνεχίζει να παρακολουθείται από τον ειδικό μέχρι σήμερα σε πιο αραιά διαστήματα.

## Περίπτωση 2<sup>η</sup>

Ημερομηνία λήψης ιστορικού: **27-8-2000**

Ύψος: **1,73 m**

Βάρος: **33 kg**

Ιδανικό βάρος: **60kg**

Ηλικία: **19 ετών**

Επάγγελμα: **Μαθήτρια**

Έναρξη **15 ετών**

### Κλινική Εικόνα:

Όταν ήταν 15 χρόνων είχε βάρος 51 kg και ήθελε να καλυτέρευση τον εαυτό της κάνοντας δίαιτα.

Περιορίσε το φαγητό ώσπου έφτασε kg και θέλησε να παραμείνει εκεί. Ξεκίνησε η ασιτία όταν χώρισαν οι γονείς της και έμεινε με τον πατέρα της. Δεν αποδέχεται την διάγνωση. Δεν έχει σαφή εικόνα του εαυτού της είναι όμως ευχαριστημένη με το σώμα της. Τρώει μια κρέμα την ημέρα προκαλεί εμετό ύστερα από σύγχυση. Άπειρες απόπειρες αυτοκτονίας με χάπια, είχε εφιάλτες, νιώθει ενοχές ότι δεν τρώει και το αποκρύπτει από την οικογένεια της. Με άδειο στομάχι έχει ενεργητικότητα και όταν τρώει την πονά το στομάχι. Ήθελε όσα έκανε να είναι τέλεια φοβάται να ζυγιστεί μήπως έχει πάρει βάρος. Αμηνόρροια. Ζηλεύει τα ωραία σώματα είναι επιθετική δεν θέλει να νοσηλευτή θέλει να πάθει αμνησία για την περίοδο 3 χρόνων που διαρκεί η αρρώστια.

Προσωπικότητα: είναι τελειομανής, της αρέσουν τα ωραία πράγματα δεν δέχεται αποτυχία, δεν έχει φίλιες, μένει μόνη για ώρες στο σπίτι, δεν έχει δεσμό.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΝΟΣ/ΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p><b>u</b> Αμηνόρροια της ασθενούς λόγω μεγάλης απώλειας βάρους.</p> <p><b>u</b> Εμετός (αυτοπροσκαλούμενος)</p> <p><b>u</b> Πόνος στο στομάχι stress της ασθενούς λόγω εξέλιξη του προβλήματος της.</p>	<p><b>u</b> Διερεύνηση του αιτίου αμηνόρροιας και θεραπείας του.</p> <p><b>u</b> Καταστολή εμετού.</p> <p><b>u</b> Μείωση του πόνου.</p> <p><b>u</b> Επικοινωνία με τον ασθενή συζήτηση του προβλήματος του.</p>	<p><b>u</b> Προγραμματισμός κλινικής γυναικολογικής εξέτασης και άλλων ορμονολογικών εξετάσεων.</p> <p><b>u</b> Έλεγχος ζωτικών σημείων</p> <p><b>u</b> Παρακολούθηση ασθενούς</p> <p><b>u</b> Μέτρηση ζωτικών σημείων ΣΦ 75θερμοκρασία 36,6 Co Αναπνοή 15</p> <p><b>u</b> Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς</p>	<p><b>u</b> θεραπεία ασθενούς με ορμόνες για να επανέλθει η έμμηνος ρύση</p> <p><b>u</b> ψυχολογική υποστήριξη</p> <p><b>u</b> παρακολούθηση της ασθενούς κατά τη διάρκεια και μετά το φαγητό και ψυχολογική υποστήριξη και σωστή διαπροσωπική επικοινωνία μαζί μας ώστε να δημιουργηθεί ένα αίσθημα εμπιστοσύνης.</p> <p><b>u</b> Χορήγηση Zantac 1X3 μετά από την ιατρική οδηγία.</p> <p><b>u</b> Καταμερισμός του φαγητού σε περισσότερα γεύματα μικρότερες ποσότητες</p> <p>Εφαρμογή ψυχολογικής υποστήριξης με τη διεκπεραίωση ότι η ομάδα γνωρίζει τους φόβους του και ότι για αυτήν το μέλλον της είναι μεγάλης σημασίας.</p>	<p><b>u</b> Ο άρρωστος κατανόησε τις οδηγίες που του δώσαμε και μείωσε τους εμετούς.</p> <p><b>u</b> Μείωση του πόνου και διατήρηση των ζωτικών σημείων στα φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p><b>u</b> Επιτυχία της επικοινωνίας με τον ασθενή και μείωση του άγχους του.</p>

### 7.3 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΥΡΟΓΕΝΕΙΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΝΟΣ/ΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p><b>υ</b> Άγχος της ασθένειας για πιθανή αύξηση του βάρους</p> <p><b>υ</b> Δυσπεψία και δυσκοιλιότητα η οποία οφείλεται στην φτωχή διαίτα και στην έλλειψη όρεξης.</p> <p><b>υ</b> Το δέρμα του λαιμού και του προσώπου είναι αφυδατωμένο λόγω μειωμένης πρόσληψης προσλαμβανόμενων υγρών</p> <p><b>υ</b> Μεγάλη απώλεια βάρους λόγω πρόκλησης εμετού και κακής διατροφής</p> <p><b>υ</b> Αμηνόρροια</p>	<p><b>υ</b> Εξασφάλιση της ηρεμίας της άρρωστης.</p> <p><b>υ</b> Μείωση της δυσπεψίας και της δυσκοιλιότητας της ασθένειας.</p> <p><b>υ</b> Ενυδάτωση του οργανισμού του αρρώστου.</p> <p><b>υ</b> Αύξηση βάρους μείωση εμετών.</p> <p><b>υ</b> Διερεύνα του αιτίου αμηνόρροιας και θεραπεία του.</p>	<p><b>υ</b> Υποστηρικτική στάση και διαθέσιμος χρόνος με την άρρωστη για μείωση του άγχους της.</p> <p><b>υ</b> Ενυδάτωση του αρρώστου για την καλή λειτουργία του εντέρου.</p> <p><b>υ</b> Χορήγηση υγρών και παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών</p> <p><b>υ</b> Παρακολούθηση χρώματος και δέρματος ασθενούς.</p> <p><b>υ</b> Σίτιση του αρρώστου μικρών γευμάτων την ημέρα καθώς και παρακολούθηση.</p> <p><b>υ</b> Προγραμματισμός κλινικής γυναικολογικής εξέτασης και άλλου ορμονολογικών εξετάσεων.</p>	<p><b>υ</b> Ανάπτυξη και διατήρηση ψυχοθεραπευτικού διαλόγου με την άρρωστη και την οικογένεια της.</p> <p><b>υ</b> Και εκπαιδευτική ψυχοθεραπεία όπου αυτό είναι απαραίτητο και δυνατό.</p> <p><b>υ</b> Χορήγηση τροφών πλούσιες σε βιταμίνες και υδατάνθρακες και πρωτεΐνες.</p> <p><b>υ</b> Χορήγηση 4 λίτρα 0,9% εντός 24% και μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p><b>υ</b> Ενισχύουμε τον όρο να αυξηθεί αργά και σταθερά το βάρος του και να σταματήσει να χρησιμοποιεί «συμπεριφορά» απώλεια βάρους.</p> <p><b>υ</b> Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού για να αύξηση το βάρος του, επαινούμε τον άρρωστο για κάθε θετική προσπάθεια ανάκτησης του βάρους του .</p> <p><b>υ</b> Γίνεται διερεύνηση για ποια φαγητά προτιμά και</p>	<p><b>υ</b> Υποχώρηση του άγχους, η ασθενής νιώθει ήρεμη.</p> <p><b>υ</b> Υποχώρηση της δυσκοιλιότητας και καλύτερη λειτουργία του εντέρου.</p> <p><b>υ</b> Μείωση της αφυδάτωσης και καλύτερης ενυδάτωσης του οργανισμού.</p> <p><b>υ</b> Αύξηση βάρους του ασθενούς 200-300 γρ. ημερησίως και μείωση των αυτοπροσκαλούμενων εμετών.</p> <p><b>υ</b> Επαναφορά της έμμηνης ρύσης μετά από θεραπεία 8 μηνών.</p>

			<p>ποια αρνείται να δεχθεί.</p> <p><b>υ</b> Λαμβάνονται υπόψιν οι προτιμήσεις του εφόσον δεν είναι αντίθετες με της ανάγκες του.</p> <p><b>υ</b> Το φαγητό σερβίρεται με ελκυστικό τρόπο έτσι ώστε να τραβήξει την προσοχή του και να αλλάξει την διάθεση του.</p> <p><b>υ</b> Παρακολουθήσ η του ασθενούς και όλη τη διάρκεια της διατροφής. Θεραπεία με ορμόνες για να επανέλθει η έμμηνος ρύση.</p>	
--	--	--	--	--

## 7.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ακόμη από την επεξεργασία του θέματος προκύπτει ότι κατά την εφηβική ηλικία συμβαίνουν διάφορες ανωμαλίες στη διατροφή. Συναντάμε έφηβους ανορεκτικούς, βουλιμικούς παχύσαρκους, έφηβους που τρέφονται χωρίς να παίρνουν τα απαραίτητα συστατικά στην τροφή τους. Προτείνεται τα παιδιά της εφηβικής ηλικίας - στα Γυμνάσια και Λύκεια - να ενημερώνονται με σχετικά μαθήματα για τις διατροφικές συνήθειες που πρέπει να αποκτήσουν.

Προτείνουμε επίσης κατά την εφηβική και νεανική ηλικία να γίνονται σεμινάρια στα σχολεία, Πανεπιστήμια, ΤΕΙ, πάνω σε θέματα Σωστής Διατροφής.

Στον Ελλαδικό χώρο δεν έχουν γίνει έρευνες που να καταγράφουν τις διαστάσεις του προβλήματος. Γι' αυτό το λόγο προτείνεται η διεξαγωγή επιδημιολογικής έρευνας σε πανελλήνια κλίμακα για τον εντοπισμό των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία.

Για την καλύτερη προσέγγιση του προβλήματος προτείνεται η ίδρυση κέντρων για τις διαταραχές στην πρόσληψη τροφής τα οποία θα ασχολούνται τόσο με την ενημέρωση - πρόληψη - διάγνωση - αντιμετώπιση όσο και την έρευνα της ψυχογενούς ανορεξίας.

Η ηδονιστική αξία της τροφής, δηλαδή η απόλαυση του φαγητού καταντά εφιάλτης. Η ακραία επιβεβαίωση των ατομικών αξιών καταλήγει σε μια αλλοτριωμένη σχέση με το σώμα το οποίο παύει να αποτελεί πηγή απόλαυσης αλλά ένα μέσω ισχύος.

Απ' αυτή την απτική γωνία το σώμα οφείλει να είναι γραμμωμένο, πειθαρχημένο, ελεγχόμενο.

*Η ηδονιστική αξία της τροφής, δηλαδή η απόλαυση του φαγητού καταντά εφιάλτης. Η ακραία επιβεβαίωση των ατομικών αξιών καταλήγει σε μία αλλοτριωμένη σχέση με το σώμα, το οποίο παύει να αποτελεί πηγή απόλαυσης, αλλά ένα μέσο ισχύος. Απ' αυτή την οπτική γωνία, το σώμα οφείλει να είναι γραμμωμένο, πειθαρχημένο, ελεγχόμενο.*



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γιαννόπουλου Αθηνά, Χρ. Ψυχιατρική νοσηλευτική, εκδόσεις «ΗΤΑΒΙΘΑ», ΑΘΗΝΑ 1996.
2. Λυμπεράκης Ευστάθιος, «Νευρική Ανορεξία», Β' Πανελλήνιο Συνέδριο Αισθητικής και Κοσμετολογίας, Θεσ/κη 3-6 Μάη 1980.
3. HALMI K.M.D. "ANOREXIA NERVOSA", COMPREHENSIVE TEXT – Book of PSYCHIATRY (III) EDITED BY: KARLAN I, HAROLD, MD FREEDMAN, M. ALFRED, M.D. SADOCK, J. BENJAMIN M.B., CTR-III VOLUME 2-3<sup>rd</sup> EDITION.
4. Ιεροδιακόνου Χ., «Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία», Τόμος 2<sup>ος</sup>, Εκδόσεις Μαστορίδης 1991
5. Εφημερίδα, «ΤΑ ΝΕΑ», 3/4/2002, ΑΘΗΝΑ.
6. Μάνος Νίκος, «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», Εκδόσεις University Studio Press, Θεσ/κη 1988.
7. Venisse Jean Luc., «Η ψυχογενής Ανορεξία», Εκδόσεις Χατζηνικολή 1987.
8. Dolto Francoise, «Σεμινάριο Ψυχανάλυσης παιδιών», Β' τόμος, Εκδόσεις Βιβλιοπωλείον της Εστίας, Αθήνα 1990.
9. «Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια», τόμος Α', 1989.
10. Περιοδικό, «VITA», τεύχος 52, Αύγουστος 2001.
11. Gerald Apfeldorfer, «Ανορεξία - Βουλιμία - Παχυσαρκία», Εκδόσεις Τραυλός - Καστοράκη, Αθήνα 1997.
12. Μαράτος Ιάσων, «Διαταραχές της διατροφής. Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής», Β' τόμος - Β' μέρος, Επιμέλεια Τσιάντης - Μανωλοπούλου, Εκδόσεις: Καστανιώτης, Αθήνα 1988.
13. Abrahan Suzain – Lewelly Jones Derek, «Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής», εκδόσεις Χατζηνικολή 1990.



14. Russell F.M. Gerald, “Anorexia and Bulimia Nervosa – child and Adolescent Psychiatry” Modern Approaches 2<sup>nd</sup> edition, edit by Micheal Butter, Hersov Lionel, Blackwell Scientific Publications 1989
15. Dally Petter, Comez Joan, “obesity and Anorexia”, 2<sup>nd</sup> Edition by Faber and Faber, G. Britain 1983
16. Μπούρα Μίνα, «Πάνω στην ψυχογενή Ανορεξία», τετράδια ψυχιατρικής Νο 19-20, Αθήνα 1993.
17. Δουλαβέτα - Χίμψ Ευθυμία, «Ανορεξία και Παχυσαρκία - Ο Έφηβος και η οικογένεια του», Επιμέλεια Ανθή Δοξιάδοι - Τρίπ, Εύη Ζαχαροπούλου, Εκδόσεις Εστία, Αθήνα 1985.
18. Οικονόμου Ξενοφών Π.- ειδικός παθολόγος και καθηγητής διαιτολογίας ΤΕΙ Αθηνών, «Ειδική Διαιτητική Προληπτική και Θεραπευτική - Βασικές Αρχές», Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα 1994.
19. Χρυσάνθης Δ. Πλατή, «Γεροντολογική Νοσ/κή», Αθήνα 2000.
20. Καππάτου Αλεξάνδρα, — ψυχολόγος - παιδοψυχολόγος, «Γνωρίστε το παιδί σας», Εκδόσεις Μοντέρνοι Καιροί, Νοέμβριος 1999.
21. Χαρτοκόλλης Πέτρος, «Ιστορική Ανασκόπηση - Η εφηβεία από την Αρχαιότητα ως σήμερα», εκδόσεις Εστία, Αθήνα 1986.
22. Νίκου Μάνου, «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής» Αναθεωρημένη έκδοση, Θεσσαλονίκη, University Studio Press. 1997
23. Χαρτοκόλλης Πέτρος, «Εισαγωγή στη ψυχιατρική» Εκδόσεις Θεμέλιο, 1991, Β Έκδοση Αναθεωρημένη.
24. Barlow Durand, «Ψυχολογία και Παθολογική συμπεριφορά» δεύτερη έκδοση, Μια συνθετική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, εκδόσεις ΕΛΛΗΝ 2002

25. Κώστα Μπαζαΐου «Υγιεινή διατροφή Γιατί;» Εκδόσεις Διατροφή και Υγεία 1995-1996
26. Η Αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής Suzanne Abraham and Derek Llewellyn-jones μετάφραση Ελένης Ζαμβάκη, Χατζηνικολή, 1990
27. Η ψυχογενής ανορεξία, Jean – Luc Venice, Χατζηνικολή, 1987
28. Jack Eden, «Οι καλύτερες υγιεινές τροφές» Εκδόσεις Κονιδάρη, 1982
29. Ευάγγελος Σ. Κανελλάκης, Υγεία και μακροζωία, βασικοί κανόνες υγιεινής διαβίωσης και διατροφής, Εκδόσεις Κέρδος, 1993
30. Χρίστος Κασιμος Καθηγητής Παν/μίου Διατροφή Υγιεινή ανάπτυξη και διαβίωση του ανθρώπου, Εκδόσεις Χριστάκη, Αθήνα, 1991
31. Σταύρου Πλέσσας «Διαιτητική του ανθρώπου» Τρίτη έκδοση, Αθήνα 1998
32. Εγκυκλοπαίδεια «Υγεία» 2003, Εκδόσεις Δομική.
33. [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr) (Νίκος Τάκης κλινικός ψυχολόγος)
34. [www.childhealth.ac.cy/public/anorexia-htm](http://www.childhealth.ac.cy/public/anorexia-htm)
35. [www.phychologia.gr](http://www.phychologia.gr)
36. [www.health.gr](http://www.health.gr)
37. [www.in.gr](http://www.in.gr)
38. Γεωργία Σαββοπούλου «Βασική Νοσηλευτική» Έκδοση Δεύτερη βελτιωμένη, Αθήνα, 1999
39. Serensen K. Luchmann J. Basic nursing: A psychophysiologic Approach Jononto Saunders Co 1979.

# Παράρτημα

## **1. ΑΠΑΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ ΦΑΙΝΟΜΕΝΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ ΟΠΩΣ ΤΗ ΔΙΗΓΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ:**

- Πίνουν μεγάλες ποσότητες νερού πριν ζυγιστούν τη νύχτα.
- Αποφεύγουν να αδειάσουν την κύστη τους πριν ζυγιστούν.
- Τρώνε πολύ την προηγούμενη νύχτα.
- Φοράνε βαριά κοσμήματα ή ρούχα.
- Ράβουν βάρη στα νυχτικά τους νωρίς το πρωί όταν πρόκειται να ζυγιστούν.

## **2. ΑΠΑΤΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ ΟΠΩΣ ΤΙΣ ΑΝΑΦΕΡΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ:**

- Κρύβουν το φαγητό σε τσέπες.
- Αφήνουν την κόρα της φρυγανιάς ή του ψωμιού στο πιάτο και πετάνε το υπόλοιπο.
- Πετάνε το φαγητό σε βάζα, ντουλάπια η από το παράθυρο.
- Κρατάνε το φαγητό στο στόμα τους και το πετάνε όταν καθαρίζουν τα δόντια τους.<sup>(18)</sup>

## **3. ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΟ ΥΛΙΚΟ**





