

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ
ΜΙΧΑΛΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΜΠΑΚΟΥΛΑ ΑΚΡΙΒΗ



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ
ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ
ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2005

Επί τη λήξει των σπουδών μου θα ήθελα να σας ευχαριστήσω θερμά για όλες τις γνώσεις που μου προσφέρατε καθ' όλη τη διάρκειά τους, καθώς και να τονίσω το πόσο ζωτικής σημασίας υπήρξε η συμπαράστασή σας στο τελευταίο στάδιό τους, εκείνο της συγγραφής της πτυχιακής μου εργασίας. Τα προσόντα που συντελέσατε στο να αποκτήσω είναι όχι μόνο τυπικά, αλλά και απόλυτα ουσιαστικά, καθώς η προσφορά σας υπήρξε πολύτιμη τόσο σε γνωστικό όσο και σε ηθικό επίπεδο.

Ως αποτέλεσμα αυτής είμαι σε θέση να επιδιώξω με αυτοπεποίθηση, αξιοπρέπεια και γνήσιο ενδιαφέρον την αποτελεσματική ενασχόληση με το αντικείμενο των σπουδών μου.

Με εκτίμηση

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	1
----------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

1.1. Ορισμός Ψ.Α.	4
1.2. Ιστορική αναδρομή της Ψ.Α.	5
1.3. Επιδημιολογία	7
1.4. Έναρξη Ψ.Α.	8
1.5. Σημάδια κινδύνου – Συνοδά συμπτώματα της Ψ.Α.	10
1.6. Αίτια της Ψ.Α.	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΡΟΠΟΙ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ Ψ.Α.

2.1. Ψ.Α. στις γυναίκες	24
2.2. Ψ.Α. στους άνδρες	26
2.3. Ψ.Α. στα παιδιά – Σωματική διάπλαση εφήβων με Ψ.Α.	27
2.4. Ψ.Α. στα βρέφη	31
2.5. Σεξουαλική Ανορεξία	32
2.6. Ψ.Α. και κατάθλιψη	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.1. Διάγνωση + Κλινικά Χαρακτηριστικά	42
3.2. Διαφορική Διάγνωση	48
3.3. Πορεία – Πρόγνωση της Ψ.Α.	49
3.4. Θεραπείες – Αποθεραπεία της Ψ.Α. – Παράγοντες αποκατάστασης	50
3.5. Σωματικές επιπλοκές – Διαταραχές περιόδου στην Ψ.Α.	57
3.6. Ο ρόλος του νοσηλευτή	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ Ψ.Α. Μ' ΑΛΛΕΣ ΝΟΣΟΥΣ

4.1. Καρκίνος + Ψ.Α.	70
4.2. Παγκρεατίτιδα + Ψ.Α.	73
4.3. Οστεοπόρωση – Οστεοπενία + Ψ.Α.	74

Παραδείγματα	78
--------------------	----

Νοσηλευτική διεργασία

Βιβλιογραφία	83
--------------------	----

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο αρνείται να πάρει τροφή με στόχο την προσπάθεια μείωσης του βάρους σε υπερβολικό βαθμό.

Ο όρος ανορεξία δεν είναι σωστός διότι δεν υπάρχει πραγματικά ανορεξία παρά μόνο ορισμένες φορές σε προχωρημένο στάδιο. Το άτομο επιδιώκει να διατηρεί το βάρος του σε πολύ χαμηλό επίπεδο, κάτω του 85% αυτού που θα έπρεπε να είναι για την ηλικία του. Υπάρχει έντονος φόβος μήπως παχύνει παρόλο που το βάρος του σώματος είναι πολύ χαμηλό. Η ελάχιστη αύξηση βάρους πάνω από το όριο που το άτομο έχει θέσει για τον εαυτό του οδηγεί σε έντονη ανησυχία ότι θα χαθεί ο έλεγχος, το βάρος θα αυξηθεί και η σωματική εμφάνιση θα είναι τελείως απαράδεκτη. Επίσης η αυτοεκτίμηση του ατόμου επηρεάζεται πάρα πολύ από τις αυξομειώσεις του βάρους. Μόλις το βάρος αυξηθεί έστω και ελάχιστα το άτομο αισθάνεται ότι δεν αξίζει, συναίσθημα που του δημιουργεί έντονη δυσφορία. Ταυτόχρονα δεν γίνεται αντιληπτός ο κίνδυνος για την υγεία που υπάρχει λόγω του χαμηλού βάρους σώματος. Ένα άλλο σύμπτωμα που μπορεί να εμφανισθεί είναι η μη εμφάνιση της περιόδου (αμηνόρροια) σε έφηβους, ή η διακοπή της σε ενήλικες. Ορισμένες φορές οι περίοδοι άρνησης λήψης τροφής διακόπτονται από επεισόδια υπερφαγίας, δηλαδή το άτομο τρώει ακατάπαυστα και ανεξέλεγκτα μέσα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Ακολουθεί εμετός που το άτομο προκαλεί μόνο του, ή χρησιμοποίηση κλύσματος, λήψη διουρητικών ή καθαρικών. Όλα αυτά αποσκοπούν στη διατήρηση του βάρους σώματος στα χαμηλά επιθυμητά επίπεδα. Άτομα με ψυχογενή ανορεξία συχνά συλλέγουν συνταγές μαγειρικής ή αρέσκονται στο να ετοιμάζουν πολύπλοκα φαγητά για άλλους. Συχνά κρύβουν τρόφιμα σε διάφορα μέρη του σπιτιού ή έχουν στις τσέπες τους και τις τσάντες τους μεγάλες ποσότητες μπισκότα ή γλυκά. Δυνατόν να τεμαχίζουν το κρέας σε μικρά κομμάτια και να καταναλώνουν πολύ χρόνο στο να τακτοποιούν την τροφή στο πιάτο τους. Ενοχλούνται από οι

άλλοι τους βλέπουν να τρώνε. Ορισμένες φορές εμφανίζουν έντονη τάση να τακτοποιούν τα πράγματα, να τηρούν αυστηρά τους ίδιους τρόπους συμπεριφοράς, να ελέγχουν τα πάντα, να παρουσιάζουν δυσκαμψία στη σκέψη και στη συμπεριφορά, να μη φέρονται αυθόρμητα και να έχουν δυσκολία στο να εκφράσουν συναισθήματα. Ορισμένες φορές έχουν την τάση να κλέβουν, συνήθως γλυκά ή καθαρκτικά, αλλά και ρούχα ή άλλα αντικείμενα. Μπορεί να συνυπάρχει κατάθλιψη, άγχος, όχι ικανοποιητική σεξουαλική ζωή.^{1,2,3,4,5,6}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Ορισμός και Μορφές Ψυχογενούς Ανορεξίας

➤ **Ορισμός:**

Ο ορισμός της ψυχογενούς ανορεξίας έχει διατυπωθεί από πολλούς χωρίς ουσιαστικές και ποικίλες διαφορές. Παρακάτω θα αναφερθούμε σε απόψεις συγκεκριμένων επιστημόνων για τον όρο και την έννοια της ψυχογενούς ανορεξίας.

Ο ορισμός της Ελευθερίας Βάρσου αναφέρει ότι η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από έντονη και σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος του ίδιου του ατόμου και από ανυποχώρητη επιδίωξη της λεπτότητάς του.⁷

Σύμφωνα με τον καθηγητή πανεπιστημίου Χρήστο Καμίση ο όρος ψυχογενής ή νευρογενής ανορεξία (*anorexia nervosa*) χαρακτηρίζεται από άρνηση λήψης τροφής, καχεξία, ωχρότητα, υποθερμία και συχνά αμηνόρροια ενώ η δραστηριότητα του ασθενούς είναι πλήρης.⁸

Οι Harold J. Kaplan, MD/Benjamin J.Jadoc, MD και Jack A Grebb, MD στο βιβλίο τους αναφέρουν ότι η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από βαριά διαταραχή της εικόνας που σχηματίζει ο ασθενής για το σώμα του και αδιάκοπη αναζήτηση της ισχνότητας, μέχρι σημείου λιμοκτονίας.⁹

Ο ψυχολόγος Νικόλαος Δοϊρανλής δίνει τον εξής ορισμό: «Ψυχογενής ανορεξία: η άνευ όρων αναζήτηση της κομψότητας και μια αυστηρή προσπάθεια διατήρησης ελέγχου όσων αφορά τα τρόφιμα που καταναλώνονται»¹⁰

Τέλος, ο Νίκος Μάνου τονίζει ότι:

«Η ψυχογενής ανορεξία (*ή νευρογενής ανορεξία – anorexia nervosa*) είναι ένα σύνδρομο αυτ-επιβαλλόμενης αστίας στο οποίο το άτομο με τη θέλησή του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ. Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος, έντονος φόβος του

ατόμου μήπως γίνει παχύ, διαταραχή στη σωματική εικόνα, σημαντική απώλεια βάρους, και αμηνόρροια στις γυναίκες»¹¹

Τα άτομα που υποφέρουν από νευρογενή ανορεξία ταλαιπωρούνται από βαριά συνήθως μελαγχολία που δεν τους επιτρέπει να χαρούν τίποτα στη ζωή τους. Η σκέψη τους είναι συνεχώς στραμμένη στη διαρκή αγωνία τους να αδυνατίσουν και έτσι κλείνονται ακόμη περισσότερο στον εαυτό τους. Η εσωστρέφειά τους πηγάζει από το δυνατό πείσμα να χάσουν κι άλλα κιλά με αποτέλεσμα να απομακρύνονται όλο και περισσότερο από τους φίλους τους, είτε γιατί νομίζουν ότι δεν τους θέλει κανένας επειδή είναι άσχημοι, είτε πάλι γιατί περιμένουν πρώτα να αδυνατίσουν και μετά να εμφανισθούν στο φιλικό περιβάλλον τους.¹²

Η ψυχογενής ανορεξία εκδηλώνεται με δύο διαφορετικούς τύπους:

A) Ανορεξία στερητικού τύπου (restricting type):

Ο στερητικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από μια παρατεταμένη και αυστηρή αποχή από το φαγητό. Οι ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου συνήθως χαρακτηρίζονται από περισσότερη εσωστρέφεια και αρνούνται να παραδεχτούν πως νιώθουν πείνα και άγχος.

B) Ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου (binge eating type):

Ο υπερκαταναλωτικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από σποραδικά επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούνται από τεχνητή πρόκληση έμετου. Οι ασθενείς με ανορεξία καταναλωτικού τύπου χαρακτηρίζεται από εξωστρέφεια, αναφέρουν συχνότερα άγχος, κατάθλιψη κι ενοχές, παραδέχονται πως έχουν έντονη όρεξη και τείνουν να είναι μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τους ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου.¹⁰

1.2. Ιστορική Αναδρομή της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Ο όρος ανορεξία nervosa πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον Sir William Gull, ένα γιατρό στο Νοσοκομείο Guy's του Λονδίνου, σε άρθρο

που δημοσίευσε το 1874 στο οποίο περιέγραφε τα ιστορικά τεσσάρων περιπτώσεων, από τις οποίες η μία είχε καταλήξει στο θάνατο.

Σχεδόν ταυτόχρονα ο καθηγητής της Ιατρικής στο Παρίσι Ernest Lasegue δημοσίευσε το 1873 το άρθρο «περί της Υστερικής Ανορεξίας» όπου περιέγραφε οκτώ ασθενείς κυρίως νεαρές κοπέλες, στις οποίες η έναρξη νόσου είχε προκληθεί από κάποιο συγκινησιακό ερέθισμα. Οι κλινικές περιγραφές που έδωσε ήταν παρόμοιες με αυτές του Gull και τόνισε την ικανοποίηση των ιδίων των ασθενών του με την κατάστασή τους, παρά την ανησυχία και τις απειλές της οικογένειάς τους.

Μετά τις περιγραφές του 19^{ου} αιώνα η νοσολογική οντότητα της ψυχογενούς ανορεξίας συσκοτίστηκε και έγινε σύγχυση της πανυποφυσιακής καχεξίας που περιγράφηκε από τον Simmonds το 1914. Αν και η διαφοροποίηση της ψυχογενούς ανορεξίας από τη γενικευμένη υπολειτουργία της υπόφυσης έγινε τελικά το 1949, η υπεργενίκευση της αποφυγής λήψης τροφής στην οποία παρέπεμπε ο όρος «ανορεξία» προκάλεσε παράταση της σύγχυσης μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '70.

Με τις εργασίες της Bruch (1966) που περιέγραφε τη χαρακτηριστική «ανυποχώρητη επιδίωξη της ισότητας) και του Crisp (1967) που απέδωσε βασικό ρόλο στη φοβία του πάχους και τέλος τις δημοσιεύσεις Russell στη δεκαετία του '70 τα πράγματα ξεκαθαρίστηκαν και τέθηκαν οι βάσεις και τα κριτήρια για τη διάγνωση της νοσολογικής οντότητας της «πρωτοπαθούς» ψυχογενούς ανορεξίας.⁷

Τέλος αξίζει να αναφέρουμε ότι η ανορεξία απασχόλησε την εκκλησιαστική κοινότητα με αποτέλεσμα την περίοδο του Μεσαίωνα να εκδηλωθεί στη Δύση μία επιδημία ανορεξίας η οποία προκλήθηκε από τις εκτεταμένες θρησκευτικές νηστείες που απέβλεπαν στη εξάλειψη, καθυπόταξη και εξαγνισμό των σωματικών παθών.

Η ασθένεια ονομάστηκε Αγία Ανορεξία. Η Αικατερίνη της Σιένα, γυναίκα καλλιεργημένη και ανορεξική έχανε τις αισθήσεις της και έβλεπε οράματα που προκαλούνταν από την απίστευτη δίαιτα που ακολουθούσε. Πέθανε 33 χρονών γιατί επί 3 μήνες έπινε μόνο νερό!¹³

1.3. Επιδημιολογία

Οι ψυχογενείς διαταραχές της διατροφής όπως η νευρική ανορεξία και η βουλιμία, αποτελούν απειλή τόσο για την ψυχική όσο και την σωματική υγεία και πολλές φορές μπορεί να απειλήσουν ακόμα και τη ζωή. Οι διαταραχές αυτές πλήττουν κατά πλειοψηφία τις γυναίκες (σε ποσοστό που ξεπερνάει το 90%), χωρίς όμως να εξαιρούνται και οι περιπτώσεις στον ανδρικό πληθυσμό. Η νευρική ανορεξία εκτιμάται ότι πλήττει το 0,5-3,7% των γυναικών, σε κάποια στιγμή της ζωής τους και η βουλιμία το 1,1-4,2%. Σε όλες τις περιπτώσεις, τα άτομα με ψυχογενείς διαταραχές της διατροφής έχουν μία προκατάληψη με το φαγητό, διαταραγμένη άποψη και εικόνα για το σώμα τους, καθώς και ανεξέλεγκτη διατροφική συμπεριφορά.¹⁴

Μεταξύ 15 και 25 τοις εκατό των ασθενών ψυχογενή ανορεξία και κυρίως εκείνες που η συμπεριφορά τους στο φαγητό περιλαμβάνει κρίσεις βουλιμίας, αυτοπροκαλούμενο έμετο και καθαρκτικά, εξακολουθούν να έχουν κατά διαστήματα κρίσεις βουλιμίας, και μπορεί να χρειασθούν βοήθεια για να τις ξεπεράσουν.

Ένα άλλο 10 με 20 τοις εκατό των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία εξακολουθούν να πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία και χρειάζονται θεραπεία κατά διαστήματα για πολλά χρόνια. Οι δύο τελευταίες ομάδες ασθενών χρειάζονται την υποστήριξη και τις συμβουλές ενός θεραπευτή κατά διαστήματα για αρκετά χρόνια μετά από επανασίτιση, επειδή τα στρες της ζωής και της ανάπτυξης μπορεί να προκαλέσουν μία υποτροπή.¹⁵

Γενικά οι διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν αναφερθεί που ανέρχονται μερικά και το 4% σε έφηβες και νεαρές σπουδάστριες. Η ψυχογενής ανορεξία φαίνεται ότι καθίσταται συχνότερη κατά τις τελευταίες δεκαετίες σε σύγκριση με παλιότερες, με αυξημένες τις αναφορές σε κορίτσια της προεφηβικής ηλικίας και σε άρρενες. Η συνηθέστερη ηλικία έναρξης της νόσου είναι 16-18 ετών και το ποσοστό ανορεκτικών εμφανίζουν τη έναρξη της νόσου μετά τα >20 έτη. Η ψυχογενής ανορεξία

εκτιμάται ότι παρουσιάζεται σήμερα στα 0,5% - 1% των εφήβων κοριτσιών. Συμβαίνει 10-20 φορές συχνότερα σε θήλεα παρά σε αρρενα άτομα.

Οι άτυπες μορφές ανορεκτικών συμπεριφορών που πληρούν ωστόσο τα κριτήρια για τη διάγνωση εκτιμάται ότι φθάνουν το 5%, φαίνεται να είναι συχνότερης τις ανεπτυγμένες χώρες δε σύγκριση με χώρες του 3^{ου} κόσμου, όπου σπανίζει. Επίσης εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε κοπέλες με επαγγέλματα που απαιτούν λεπτά σώματα, όπως μοντέλα, χορεύτριες μπαλέτου, ή αθλήτριες ορισμένων αθλημάτων.⁷

Δυστυχώς η ανορεξία δεν είναι ένα φαινόμενο με ιδιαίτερη έξαρση μόνο στους κύκλους των ανθρώπων του θεάματος και της μόδας, οι οποίοι έχουν έναν επιπλέον λόγο να ενδιαφέρονται για την εμφάνισή τους. Πρόκειται για σοβαρή ψυχογενή ασθένεια – ο επιστημονικός όρος είναι *anorexia nervosa* – η οποία μαζί με άλλες διατροφικές ανωμαλίες πλήττει διεθνώς το 4% των νεαρών κοριτσιών ηλικίας από 13-20 χρόνων, ποσοστό που στα αγόρια της ίδιας ηλικίας πέφτει στο 1% ενώ πάνω από το 6% των περιπτώσεων καταλήγει στο θάνατο. Το πρόβλημα εμφανίζεται συνήθως κατά την εφηβεία, όπου η εμφάνιση αρχίζει να παίζει σημαντικό ρόλο λόγω του ενδιαφέροντος για το αντίθετο φύλο. Εύκολα όμως μπορεί να διολισθήσει σε ψυχωτικό άγχος για το σωματικό βάρος, γεγονός που οδηγεί στη δημιουργία διαστρεβλωμένης εικόνας του σώματός μας, σε μείωση της αυτοεκτίμησης και στην καταφυγή σε ακραία μέσα αδυνατίσματος που συνοδεύονται με εξαντλητική σωματική άσκηση.¹⁶

1.4. Ηλικία έναρξης και ψυχολογικοί προδιαθεσιακοί παράγοντες Ψ.Α.

Τα ανορεκτικά άτομα είναι σχεδόν αποκλειστικά γυναίκες (95%). Υπολογίζεται ότι 1 στους 250 γυναίκες μεταξύ 12 και 18 ετών μπορεί να εμφανίσει τη διαταραχή. Η ηλικία έναρξης είναι επομένως η εφηβική ηλικία αν και η διαταραχή μπορεί να εμφανισθεί και στη νεαρή ενήλικη ζωή μέχρι τα 30 -σπανιότερα όμως-.¹¹

B) Ψυχολογικοί προδιαθεσιακοί παράγοντες ανορεξίας

Η απόφαση να κάνει κανείς δίαιτα για να αδυνατίσει πυροδοτείται με διαφορετικούς τρόπους ανάλογα με την προσωπικότητα της γυναίκας και τις ειδικές συνθήκες που αντιμετωπίζει. Συχνά η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας σε μία νέα κοπέλα ακολουθεί την επίγνωση του γεγονότος πως δεν της αρέσει το σχήμα ή το μέγεθος του σώματός της. Όπως έχουμε αναφέρει, το ενδιαφέρον για το σχήμα και το μέγεθος του σώματος είναι συνηθισμένο στις έφηβες, αλλά στην περίπτωση εκείνων που έχουν ψυχογενή ανορεξία, γίνεται έμμονη ιδέα. Η ενασχόληση της νέας γυναίκας με το σώμα και το βάρος της ακολουθεί συχνά μία πρόκληση. Για παράδειγμα, οι συγγενείς ή οι φίλοι μπορεί να την πειράζουν για το σώμα της και το βάρος της ή μπορεί να κάνει συναγωνισμό με μία φίλη της για να χάσει βάρος. Η οικογενειακή ένταση μπορεί να υνί ένας αρκετά σημαντικός παράγοντας στην πρόκληση της έναρξης της ανορεξίας. Ο συνηθέστερος παράγοντας είναι ένας αγώνας ανεξαρτησίας / εξάρτησης ανάμεσα στη γυναίκα και στον ένα από τους δυο γονείς της, που δεν δίνουν μεικτά μηνύματα όπως π.χ. «πρέπει να είσαι ανεξάρτητη αλλά σε χρειαζόμαστε στο σπίτι». Σε άλλες περιπτώσεις η νέα γυναίκα έχει πάθει σύγχυση. Θέλει να είναι ανεξάρτητη αλλά και εξαρτημένη. Για παράδειγμα μπορεί να λέει «θέλω να κάνω τα πράγματα με το δικό μου τρόπο αλλά θέλω τη σιγουριά του σπιτιού». Σε άλλες περιπτώσεις η έναρξη της ανορεξίας σχετίζεται με μία σειρά γεγονότων που δημιουργούν από μόνα τους στρες, όπως ένας καυγάς μ' ένα φίλο, η πρώτη εμπειρία του σεξ, μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ο γάμος, μία σημαντική εξέταση με μια περίοδο επιδείνωσης ήδη εντασιογόνων συνθηκών όπως ο χωρισμός των γονιών ή αν αυξανόμενη πίεση που δέχεται το κορίτσι για να «πετύχει» στο σχολείο ή σε εξωσχολικές δραστηριότητες όπως ο αθλητισμός ή ο χορός.¹⁵

Επίσης, πολλές ανορεκτικές έφηβοι δίνουν ιστορικό «πρότυπων παιδιών» που ήταν εξαιρετικά υπάκουα και τελειοθηρικά και που εμφανίζουν

εξαιρετικό θυμό και αρνητισμό καθώς αναπτύσσεται το σύνδρομο κι αρχίζουν να αντιμάχονται την οικογένειά του γύρω από τη πρόσληψη τροφής.

Τα ανορεκτικά άτομα τυπικά αρνούνται ότι έχουν κάποιο πρόβλημα και αρνούνται ότι χρειάζονται θεραπεία. Οι ανορεκτικές έφηβοι συχνά παρουσιάζουν καθυστέρηση στη σεξουαλική τους ανάπτυξη και οι ενήλικες δείχνουν μικρό ενδιαφέρον για το σεξ. Έτσι, ορισμένοι θεωρητικοί ισχυρίζονται ότι ο φόβος της σεξουαλικότητας είναι ένας συντελεστικός παράγοντας στην εσωτερική παρότρυνση του ατόμου να γίνει κάπσιχνο.¹¹

➤ **Η ψυχογενής ανορεξία είναι δυνητικά θανατηφόρα νόσος:** η θνησιμότητα κυμαίνεται μεταξύ 5% και 18%. Γι' αυτό και συχνά η νοσηλεία και η υποχρεωτική σίτιση (συχνά με ρινογαστρικό καθετήρα ή παρεντερικά) είναι απαραίτητα για τη σωτηρία του ανορεκτικού ατόμου.¹¹

Ο θάνατος από ψυχογενή ανορεξία γίνεται πρωτοσέλιδο στις εφημερίδες, ιδίως αν το θύμα είναι μία διασημότητα όπως η Κάρεν Κάρπεντερ. Αλλά λιγότερο από 5 τοις εκατό των ασθενών πεθαίνουν από τις επιπτώσεις της αρρώστιας. Σε βραχυπρόθεσμες έρευνες, κυρίως σε γυναίκες εφηβικής ηλικίας, το ποσοστό θνησιμότητας είναι περίπου 2 τοις εκατό. Μακροπρόθεσμες έρευνες που περιλαμβάνουν το 20 τοις εκατό των ατόμων με χρόνια ψυχογενή ανορεξία, δείχνουν ότι 9 τοις εκατό αυτών των ασθενών θα πεθάνουν σε διάστημα ετών. πάντως με μεγαλύτερη επίγνωση της κοινότητας σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία ώστε τα θύματα να ζητάνε βοήθεια νωρίτερα κατά τη διάρκεια της αρρώστιας τους, και περισσότερους γιατρούς εκπαιδευμένους στην αντιμετώπιση της αρρώστιας το ποσοστό θνησιμότητας είναι πιθανό να μειωθεί κατά την επόμενη δεκαετία.¹⁵

1.5. Σημάδια κινδύνου - Συνοδὰ συμπτώματα της Ψ.Α.

➤ **Σημάδια κινδύνου:**

Η νευρογενή ανορεξία είναι μια πολύ επικίνδυνη ψυχοσωματική πάθηση, με ανεπιθύμητες έως και τραγικές συνέπειες για τον άνθρωπο,

είναι καλά να γνωρίζουμε τα σημάδια της, έτσι ώστε να μπορέσουμε να προσφέρουμε έγκυρα την βοήθειά μας, σε κάποιο φίλο ή φίλη μας αν υποψιαστούμε ότι ταλαιπωρείται, πριν είναι αργά: Ανάμεσα λοιπόν στα πιο εμφανή σημάδια θα πρέπει να διακρίνουμε τα εξής:¹⁷

- Συστηματική ασιτία με απώλεια βάρους
- Υπερβολικός φόβος αύξησης βάρους
- Άρνηση φαγητού
- Άρνηση του αισθήματος πείνας
- Υπερβολική σωματική άσκηση
- Μεγαλύτερη τριχοφυΐα στο σώμα ή το πρόσωπο
- Απώλεια μαλλιών
- Χάλαση οδοντοστοιχίας
- Μαύρους κύκλους κάτω από τα μάτια
- Απουσία ή ακανόνιστη περίοδος
- Αρρωσταίνει συχνότερα από άλλους
- Νιώθει αδυναμία και αδιαθεσία
- Κουράζεται υπερβολικά εύκολα
- Νυστάζει συνεχώς
- Ευαισθησία στο κρύο
- Αίσθηση του ατόμου ότι είναι παχύ όταν είναι ήδη υπερβολικά αδύνατο.¹⁸

➤ **Συνοδά συμπτώματα**

Η μεγάλη ελάττωση του βάρους συχνά συνοδεύεται από καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως καταθλιπτική διάθεση, κοινωνική απόσυρση, αϋπνία, ευερεθιστότητα και ελαττωμένο ενδιαφέρον για σεξ. Μπορεί, ακόμα, ν' αναπτυχθεί πλήρης Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή. Επειδή, όμως, τα καταθλιπτικά συμπτώματα παρατηρούνται και σε άτομα με ασιτία (χωρίς να έχουν Ψυχογενή Ανορεξία), θα πρέπει η επανεκτίμηση για κατάθλιψη να γίνει όταν αποκατασταθεί το βάρος του ατόμου.

Ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα, επίσης, είναι συχνά παρόντα, τα περισσότερα συνδεδεμένα με τη λήψη της τροφής. Σημειώνουμε,

ότι και άτομα χωρίς Ψυχογενή Ανορεξία. Επιπρόσθετη, βέβαια, διάγνωση ΨΚΔ θα μπει μόνον αν οι ψυχαναγκασμοί δεν σχετίζονται με την τροφή.

Συχνά τα ανορεκτικά άτομα φοβούνται να φάνε δημόσια.

Ειδικά, ανορεκτικά άτομα με τον Τύπο Υπερφαγίας/Κάθαρσης είναι πιο πιθανό (σε σχέση με τον Περιοριστικό Τύπο) να έχουν προβλήματα ελέγχου των παρορμήσεων, να κάνουν χρήση και κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, να παρουσιάζουν ευμετάβλητη διάθεση και να είναι σεξουαλικά ενεργά.

Εργαστηριακά, τόσο η αστία όσο και ο προκλητός εμετός και η κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών και ενεμάτων μπορεί να προκαλέσουν παθολογικά (εργαστηριακά) ευρήματα. Έτσι, οι εξετάσεις του αίματος μπορεί να δείξουν λευκοπενία, ήπια αναιμία, σπάνια θρομβοκυτταροπενία, αύξηση της ουρίας (από την αφυδάτωση), υπερχοληστεριναιμία και υπερκαροτιναιμία (λόγω της θρέψης), αύξηση των τρανσαμινασών (ένδειξη λιπώδους εκφύλισης του ήπατος), μεταβολική αλκάλωση, υπερασβεσπαιμία, υποχλωραιμία και υποκαλιαιμία (από τον προκλητό έμετο), ενδεχόμενα υπομαγνησισαιμία, υποφωσφαταιμία και υπεραμυλασαιμία μεταβολική οξέωση (από τη χρήση καθαρτικών), ελαττωμένη τριιωδοθυρονίνη (T3) (ενώ η θυροξίνη (T4) και η TSH είναι φυσιολογικές), χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων στις γυναίκες, χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης στους άνδρες, ελάττωση των γοναδοτροπινών (LH, FSH), αύξηση της κορτιζόλης· το ΗΚΓ μπορεί να δείξει βραδυκαρδία και σπάνια αρρυθμίες· το ΗΕΓ διάχυτες ανωμαλίες που αντανακλούν τη μεταβολική εγκεφαλοπάθεια εξαιτίας των σημαντικών διαταραχών στα υγρά και τους ηλεκτρολύτες του σώματος· οι νευροαπεικονιστικές τεχνικές αύξηση στο λόγο κοιλίας του εγκεφάλου προς εγκέφαλο.

Όσον αφορά τα σωματικά συμπτώματα, τα σωματικά σημεία και τις σωματικές διαταραχές που συνοδεύουν την Ψυχογενή Ανορεξία, τα περισσότερα απ' αυτά οφείλονται στην αστία ή και τον προκλητό έμετο. Έτσι, εκτός από την αμηνόρροια, μπορεί να υπάρχουν δυσκοιλιότητα, κοιλιακοί πόνοι, μη ανοχή του κρύου, αδυναμία, λήθαργος. Φυσικά, το πιο φανερό σημείο είναι η απίσχναση του ατόμου. Ακόμη, μπορεί να υπάρχει

υπόταση, υποθερμία, ξηρότητα του δέρματος, Ιαπυγο, βραδυκαρδία, περιφερικό οίδημα, κιτρίνισμα του δέρματος (από την υπεκαροτιναιμία), πετέχειες, υπερτροφία των σιελογόνων αδένων, ιδιαίτερα της παρωτίδος. Άτομα που χρησιμοποιούν συχνά προκλητό έμετο μπορεί να παρουσιάζουν ραβδώσεις της αδαμαντίνης των δοντιών και ουλές ή κάλους στη ράχη των χεριών τους. Γενικές ιατρικές καταστάσεις που μπορεί να εμφανισθούν σε άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία (πάλι εξαιτίας της ασιτίας ή και του έμετου) είναι η νορμόχρωμη νορμοκυτταρική αναιμία, έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (λόγω της χρόνιας αφυδάτωσης και της υποκαλιαιμίας), καρδιαγγειακά προβλήματα όπως σοβαρή υπόταση και αρρυθμίες, προβλήματα στα δόντια και οστεοπόρωση (λόγω ελαττωμένης πρόσληψης και απορρόφησης ασβεστίου, ελαττωμένης έκκρισης οιστρογόνων και αυξημένης έκκρισης κορτιζόλης).

Και όπως αναφέραμε, η χειρότερη επιπλοκή της ψυχογενούς Ανορεξίας είναι ο θάνατος.¹⁹

1.6. Αίτια της Ψ.Α.

Τόσο οι βιολογικοί όσο και οι κοινωνικοί και οι ψυχολογικοί παράγοντες εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια της ψυχογενούς ανορεξίας.

Τα αίτια της ανορεξίας φαίνεται να είναι πολυπαραγοντικά. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κοινωνίας, του τρόπου σκέψης, του συναισθήματος αλλά και της οικογένειας στην οποία ζουν τα άτομα με ανορεξία έχουν ενοχοποιηθεί σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό για την εκδήλωση της διαταραχής αυτής. Οι παράγοντες αυτοί περισσότερο φαίνεται να συμπληρώνουν ο ένας τον άλλον και όχι να αποκλείουν ο ένας τον άλλον.¹⁰

A. Βιολογικοί παράγοντες

Ορισμένες ενδείξεις συνηγορούν για αυξημένους δείκτες συμφωνίας σε μονοζυγωτικούς σε σχέση με διζυγωτικούς. Επίσης, οι αδελφές των

ανορεκτικών ασθενών έχουν αυξημένη πιθανότητα να προβληθούν, αλλά αυτή η σχέση μπορεί να αντικατοπτρίζει κοινωνική επίδραση, παρά γενετική. Εξάλλου, οι μείζονες συναισθηματικές διαταραχές είναι συχνότερες σε μέλη της οικογένειας ανορεκτικών σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Νευροχημικά, σε ορισμένους ανορεκτικούς ασθενείς έχουν βρεθεί μειωμένη νοραδρενεργική δραστηριότητα και μειωμένα επίπεδα 3-μεθοξυ-4-υδροξυφαινυλ-γλυκόλης (MHPG) στα ούρα και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

Ο υποσιτισμός, αυτός καθαυτός, έχει ως αποτέλεσμα πολλές βιοχημικές αλλαγές, οι περισσότερες από τις οποίες συναντώνται επίσης στην κατάθλιψη: υπερκορτιζολαιμία, έλλειψη καταστολής με δεξαμεθαζόνη, καταστολή της θυροειδικής λειτουργίας. Οι ανωμαλίες αυτές ωστόσο, διορθώνονται με την επανασίτιση. Στον υποσιτισμό επίσης αποδίδονται η αμηνόρροια και τα χαμηλά επίπεδα υποφυσιακών ορμονών (LH, FSH, GRH), ωστόσο σε ορισμένες ανορεκτικές ασθενείς η αμηνόρροια εγκαθίσταται πριν από κάποια σημαντική απώλεια βάρους.

Μερικές μελέτες με αξονική τομογραφία (CT) δείχνουν αυξημένους χώρους του ENY (διογκωμένες αύλακες και κοιλίες) κατά τη διάρκεια της λιμοκτονίας, ένα εύρημα που αναστρέφεται με την αύξηση βάρους. Σε μια τομογραφική μελέτη εκπομπής ποζιτρονίων (PET), ο μεταβολισμός στον ουραίο πυρήνα ήταν υψηλότερος κατά την ανορεκτική φάση από ό,τι κατά τη φάση της επαναδιατροφής.¹¹

B. Κοινωνικοί παράγοντες

Οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία βρίσκουν υποστήριξη στην ανάπτυξη των πρακτικών που εφαρμόζουν κατά τη νόσο τους, από την έμφαση που δίνει η σύγχρονη κοινωνία και οι πολιτισμικές αξίες στο λεπτόσωμο ιδεώδες και τη σωματική άσκηση. Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ανορεκτικές ασθενείς έχουν πολύ στενές αλλά διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς και ότι με τη νόσο τους προσπαθούν να αποσπάσουν την προσοχή από τις τεταμένες συζυγικές σχέσεις των γονέων. Τέλος, στα

οικογενειακά ιστορικά των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία βρίσκονται ποσοστά κατάθλιψης, αλκοολισμού και διαταραχών πρόσληψης τροφής μεγαλύτερα σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ποσοστά του γενικού πληθυσμού.⁷

➤ **Το είδος της κοινωνίας** μέσα στην οποία μεγαλώνει ένα άτομο φαίνεται να είναι πολύ σημαντικό για το αν θα αναπτύξει κάποια διαταραχή διατροφής ή όχι. Τα τελευταία είκοσι χρόνια στις δυτικές κοινωνίες, όλο και πιο πολύ προβάλλεται το αδύνατο σώμα όχι μόνο σαν πρότυπο ομορφιάς αλλά και σαν προϋπόθεση για αυτοεκτίμηση, επιτυχία κι ευτυχία. Ταυτόχρονα όλο και πιο πολύ αυξάνονται τα ποσοστά των διαταραχών διατροφής. Σε μη δυτικές κοινωνίες που δεν υπήρχαν αυτά τα δυτικά πρότυπα δεν αναφέρονταν περιστατικά ανορεξίας. Με την εισβολή των δυτικών προτύπων ομορφιάς και κομψότητας μέσα από διαφημίσεις, περιοδικά και σταρ του κινηματογράφου άρχισαν να αναφέρονται όλο και πιο πολλά περιστατικά ανορεξίας. Ακόμη, τα παιδιά των οικογενειών χωρών της μέσης ανατολής και της Ασίας που πήγαν στην Αγγλία π.χ. ανέπτυξαν διαταραχές διατροφής με το που ήρθαν σε επαφή με τις νέες αξίες ενώ στις χώρες τους τα ποσοστά ανορεξίας είναι κοντά στο 0. Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα των ερευνών είναι πως οι έγχρωμες γυναίκες της Αμερικής δεν θεωρούν πως ένα αδύνατο σώμα είναι απαραίτητο για να είναι, επιτυχημένες και ελκυστικές αλλά αντίθετα πως η ελκυστικότητα εξαρτάται από τη συνολική στάση και προσωπικότητα της γυναίκας. 70% των εγχρώμων γυναικών δηλώνουν ευχαριστημένες με το σώμα τους ενώ μόλις 11% των εγχρώμων γυναικών δηλώνουν ευχαριστημένες με το σώμα τους ενώ μόλις 11% των λευκών γυναικών της Αμερικής δηλώνουν το ίδιο. Συνολικά πολύ λίγες έγχρωμες αμερικάνες έχουν νευρική ανορεξία σε σχέση με τις λευκές αμερικάνες και οι έγχρωμοι αμερικάνοι είναι πολύ πιο πρόθυμοι από τους λευκούς να φλερτάρουν με μια παχύτερη γυναίκα. Σύμφωνα με τους Αμερικάνους ψυχολόγους Sue & Sue, φαίνεται πως η κουλτούρα των νέγρων της Αμερικής «θωρακίζει» τις γυναίκες τους από τα δυτικά πρότυπα ομορφιάς και κατ' επέκτασιν και από τις διαταραχές διατροφής.

➤ **Στον τομέα της οικογένειας**, υπάρχει η άποψη πως οι οικογένειες των ατόμων με νευρική ανορεξία δεν επιτρέπουν στα νεαρά μέλη τους να αποδεχθούν μέσα από την εφηβεία το νέο τους σώμα και δεν βοηθούνται να αποκτήσουν μία νέα ενήλικη ταυτότητα. Κατά αυτόν τον τρόπο οι έφηβες γυναίκες νιώθουν αμηχανία και δυσκολία να δημιουργήσουν μία νέα ταυτότητα σώματος και να την περιλάβουν με αυτοεκτίμηση. Έτσι καταφεύγουν σε έναν ασκητικό τρόπο διατροφής «αρνούμενες να μεγαλώσουν». Σε όλα τα παραπάνω αν προσθέσουμε και την άποψη πως το φαγητό είναι ένας τρόπος επικοινωνίας της μητέρας με τα παιδιά της, θέματα διατροφής κι ανάπτυξης μπορεί να εμπεριέχουν και παιχνίδια εξουσίας στο χώρο της οικογένειας.¹⁰

Γ. Ψυχολογικοί και Ψυχοδυναμικοί παράγοντες

Η ψυχογενής ανορεξία δείχνει να αποτελεί αντίδραση κάποιων εφήβων στις απαιτήσεις που προβάλλει επάνω τους η κοινωνία, απαιτήσεις που αφορούν περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα. Οι ασθενείς με τη διαταραχή υποκαθιστούν τις άλλες φυσιολογικές εφηβικές επιδιώξεις τους με την ενασχόληση με θέματα διατροφής/βάρους. Η ενασχόλησή τους αυτή παίρνει τη μορφή ιδεοληψίας.

Τυπικά, στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία λείπει η αίσθηση αυτονομίας και ατομικότητας. Πολλοί από αυτούς αισθάνονται ότι κατά κάποιον τρόπο τα σώματά τους ελέγχονται από τους γονείς τους. Η «αυτολιμοκτονία» τους ίσως αποτελεί μία προσπάθεια να αποκτήσουν αναγνώριση ως μοναδικά και ιδιαίτερα άτομα. Μόνο μέσα από πράξεις υπερβολικής αυτοπειθαρχίας μπορεί ένας ανορεκτικός άρρωστος να αναπτύξει την αίσθηση της αυτονομίας και της ατομικότητας.

Ψυχαναλυτικοί κλινικοί που θεραπεύουν ανορεξικούς συμφωνούν γενικά ότι αυτοί οι νεαροί άρρωστοι δεν έχουν καταφέρει να χωριστούν ψυχολογικά απ' τις μητέρες τους. Το σώμα μπορεί να εκλαμβάνεται ως

κατοικούμενο από το ενδοβλημένο «αντικείμενο» μιας διεισδυτικής και χωρίς ενσυναισθησία μητέρας. Η λιμοκτονία, λοιπόν, μπορεί να αποσκοπεί ασυνείδητα στην ανάπτυξη ενός εσωτερικού «αντικειμένου» το οποίο έχει διεισδύσει μέσα τους και το οποίο με τον τρόπο αυτό καταστρέφουν. Συχνά, στην αλληλεπίδραση μεταξύ του ασθενούς και της οικογένειας που παρεμβαίνει η διεργασία της προβολικής ταυτοποίησης. Πολλοί ανορεκτικοί ασθενείς αισθάνονται ότι οι στοματικές τους επιθυμίες είναι άπληστες και απαράδεκτες. Γι' αυτό, αυτές οι επιθυμίες προβολικά αποδοκιμάζονται. Οι γονείς αντιδρούν στην άρνηση διατροφής με το να γίνονται μανιώδεις ως προς το εάν ο άρρωστος τρώει. Ο άρρωστος τότε θεωρεί ότι είναι οι γονείς του αυτοί που τρέφουν τις απαράδεκτες επιθυμίες, οπότε μπορεί προβολικά να τους αποδοκιμάσει: Άλλοι είναι αδηφάγοι και κυβερνώνται από την επιθυμία, όχι ο ίδιος.¹¹

Η διαταραχή της ανορεξίας αποτελεί ισοδύναμο της κατάθλιψης. «Η κοπέλα που καταδικάζει τον εαυτό της δια της αστίας σε εξαφάνιση, σε έμμεση αυτοκαταστροφή, η οποία ενέχει υποσυνείδητη επιθυμία θανάτου. Τα συμφέροντα της άρρωστης έρχονται σε αντίθεση με τις προθέσεις του γιατρού και η θεραπεία είναι δύσκολη, όταν η ασθενής δεν συνεργάζεται», συμπληρώνει ο κ. Χριστοδούλου. Μία άλλη επιστημονική εξήγηση είναι ότι η νεαρή δεν θέλει να ωριμάσει. Θέλει να παραμείνει παιδί, κατάσταση, η οποία ανάγεται στον ανταγωνισμό, που νιώθει για τη μητέρα της. Τα καχεκτικά, ανορεκτικά μοντέλα, που κατακτούν τις διεθνείς πασαρέλες, αποτελώντας συχνά πρότυπα αισθητικής για τις «κοινές θνητές» είναι άλλη μια διάσταση, διόλου ευκαταφρόνητη. Την οποία εντοπίζουν οι ειδικοί ως παράγοντα που συντείνει στην εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας.¹⁸

➤ **Σκέψη - συναισθημα - προσωπικότητα**

- **Η σκέψη** των ατόμων με νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση κι από μια διαρκή ανάγκη για έλεγχο των καταστάσεων και του εαυτού τους. Όσο πιο πολύ συνειδητοποιούν ότι

είναι δύσκολο να ελέγξουν τις καταστάσεις γύρω τους τόσο πιο πολύ θέλουν να ελέγξουν το σώμα τους μέσα από τη διαίτα και την άσκηση. Πέφτουν σε παγίδες του τύπου «άσπρο-μαύρο» δηλαδή θεωρούν ότι κάποιος είτε θα είναι αδύνατος και όμορφος, είτε χοντρός και άσχημος χωρίς κανένα ενδιάμεσο στάδιο. Επίσης τείνουν σε μεγάλο βαθμό να θεωρούν πως η ελκυστικότητα και η ομορφιά κάποιου εξαρτάται αποκλειστικά από το ποσοστό λίπους που έχει επάνω του. Πέρα από τα παραπάνω στις πιο πολλές περιπτώσεις η σκέψη των ατόμων με νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από τη διαστρέβλωση της εικόνας του σώματός τους. Αυτό σημαίνει πως όταν κοιτούν τον εαυτό τους στον καθρέφτη βλέπουν το σώμα τους παχύτερο από ότι στην πραγματικότητα.

- **Το συναίσθημα** των ανορεξικών χαρακτηρίζεται από στενοχώρια και άγχος και μια διάγνωση κατάθλιψης συχνά συνοδεύει μία διάγνωση νευρικής ανορεξίας. Κάποιοι ερευνητές, όπως ο Blouin και συνεργάτες υποθέτουν πως υποθέτουν πως η νευρική ανορεξίας είναι μια παραλλαγή της κατάθλιψης ενώ άλλοι, π.χ. οι Vanderlinden, Noye & Vandereycken θεωρούν πως η κατάθλιψη μπορεί απλά να είναι το αποτέλεσμα της όλης ζωής και των προβλημάτων του ανορεξικού.

- **Στοιχεία προσωπικότητας**

Τα άτομα με νευρογενή ανορεξία έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση, αίσθημα κατωτερότητας και ανικανότητας, υπερβολικό φόβο ότι θα παχύνουν και τείνουν να είναι τελειοθηρίες. Πρόκειται για άτομα που συνήθως είναι καλοί μαθητές και έχουν πολλές ασχολίες. Πιστεύουν ότι, αν ήταν λεπτότερα, θα ήταν και πιο ευτυχισμένοι και ότι, αν κάτι δεν πάει καλά, είναι αποκλειστικά δικό τους λάθος. Άλλοι έχουν προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και τα εκδηλώνουν με τις διατροφικές συνήθειές τους. Γενικά, τα άτομα με νευρογενή ανορεξία έχουν διαστρεβλωμένη εικόνα όσον αφορά το σώμα τους και κατατρέχονται από αυτή.

➤ **Απόψεις της σύγχρονης ψυχαναλυτικής θεωρίας**

Σύμφωνα με την σύγχρονη ψυχαναλυτική θεωρία, η ψυχογενής ανορεξία εκφράζει κυρίως ασυνείδητες ψυχικές συγκρούσεις κυρίως σε σχέση με την σεξουαλικότητα και ιδίως με την εγκυμοσύνη, η οποία στις πρώιμες φαντασιώσεις της παιδικής ηλικίας πραγματοποιείται μέσα από το στόμα (στοματική σεξουαλικότητα). Αυτά τα συγκρουσιακά στοιχεία εκφράζονται μέσα από τα συμπτώματα της διαταραχής. Η ερωτική επιθυμία, καθώς και αυτή της εγκυμοσύνης συνδέεται με την λήψη τροφής, κι έτσι το άτομο ασυνείδητα θεωρεί ότι την άρνηση της τροφής μπορεί να αναστείλει και οποιαδήποτε σεξουαλική ορμή.

Άλλοι ψυχαναλυτές θεωρούν ότι η διαταραχή αυτή είναι πιθανόν να εκφράζει διάφορες ρήξεις στον ψυχικό δεσμό του ατόμου με την μητέρα. Το φαγητό συμβολίζει ασυνείδητα τη σχέση με τη μητέρα που ανάγεται στην περίοδο του θηλασμού απ' το μαστό. Επομένως, η αντιμετώπιση της διαταραχής επιχειρείται μέσα από την διερεύνηση αυτής της σχέσης.

Η θεωρία της Hilde Bruche (1974) προτείνει μία νέα θεώρηση στην αιτιολογία της διαταραχής. Το άτομο υποφέρει από την αίσθηση ότι δεν μπορεί να ελέγξει το περιβάλλον του καθώς και από σύγχυση ταυτότητας, ενώ δεν έχει καλή επαφή με το σώμα και τις αισθήσεις του. Μέσω της διαταραχής επιχειρεί να οριοθετήσει τον ψυχισμό του και το σώμα του.

Οι δυσλειτουργίες αυτές προέρχονται από προβληματικές σχέσεις με τα σημαντικά άτομα κατά την παιδική ηλικία.

Κατά την συμπεριφοριστική θεωρία, η ψυχογενής ανορεξία οφείλεται στην εκμάθηση αρνητικών συμπεριφορών. Αν αλλάξουν οι συνεξαρτήσεις του φαγητού, μπορεί να βελτιωθεί και η σχέση του ατόμου με το φαγητό.

Σύμφωνα με την συστηματική θεωρία, το πρόβλημα είναι οικογενειακό και όχι ατομικό. Ο Minuchin (1974) θεωρεί ότι πρέπει να αναφερόμαστε σε «ανορεκτικές οικογένειες» και όχι άτομα. Συνήθως υπάρχει κάποια σύγκρουση μεταξύ των γονέων, ή κάποιο πρόβλημα που

δεν εκφράζεται για να εκτονωθεί. Το παιδί, διαισθανόμενο την ένταση, «θυσιάζεται», εκδηλώνοντας την διαταραχή και γίνεται το επίκεντρο του οικογενειακού ενδιαφέροντος. Οι γονείς έτσι αποστρέφουν την προσοχή τους από τις δικές τους εντάσεις και ασχολούνται κυρίως για το παιδί και έτσι ενώνονται. Συχνά τα παιδιά και κυρίως οι έφηβοι χρησιμοποιούν τα συμπτώματα για να αντιδράσουν στον αυταρχισμό ή την αδιαφορία των γονέων.²⁰

Δ. Γενετικοί Παράγοντες

Ο Γουόλτερ Κέιλ, ψυχίατρος στο πανεπιστήμιο του Πίτσμπουργκ, ανακάλυψε ότι το 10% των ατόμων που πάσχουν από ανορεξία ή βουλιμία έχουν έναν συγγενή που υποφέρει από παρόμοια ασθένεια. Πρόκειται για εξαιρετικά υψηλό ποσοστό, αν σκεφτούμε ότι οι ασθένειες αυτές δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες - από ανορεξία πάσχει το 0,5% του γυναικείου πληθυσμού, ενώ από βουλιμία το 1-3%.

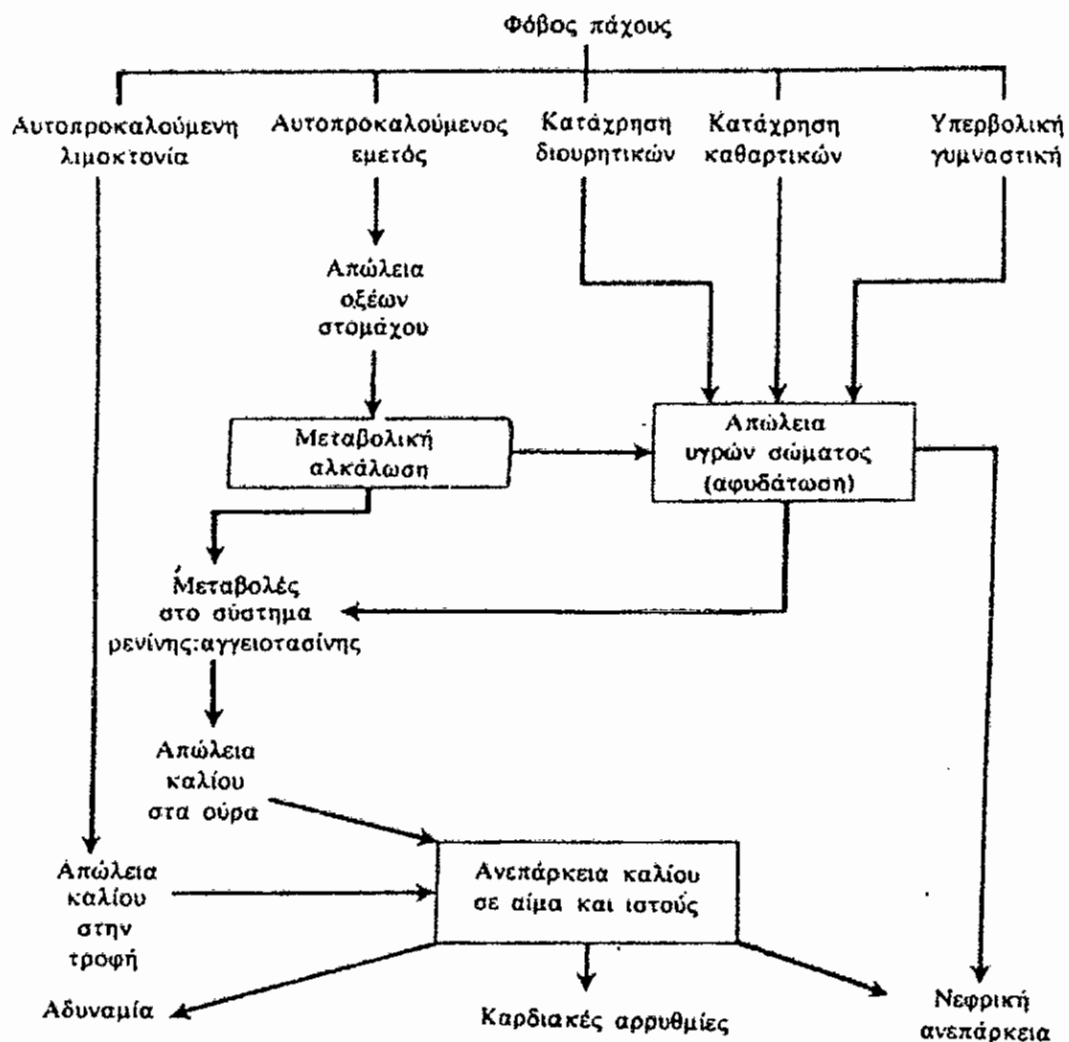
Οι γενετιστές γνωρίζουν ότι όταν μία ασθένεια εμφανίζεται συχνότερα σε μερικές οικογένειες αυτό σημαίνει ότι ίσως έχει κληρονομική προέλευση. Μελετώντας τους γνήσιους ή ομοζυγωματικούς διδύμους - οι οποίοι έχουν ακριβώς το ίδιο γενετικό υλικό -, διαπίστωσαν ότι όταν ο ένας από τους δύο αρρωσταίνει, ο άλλος έχει περίπου 60% πιθανότητες να αρρωστήσει. Το επόμενο βήμα ήταν η αναζήτηση του υπαίτιου γονιδίου. Όπως διευκρινίζει όμως ο Κέιλ, «δε φταιει ένα μόνο γονίδιο».

Όλες οι σύνθετες ασθένειες οφείλονται σε περισσότερα δυσλειτουργικά γονίδια. Η μετάδοση της ασθένειας δεν ακολουθεί τους στοιχειώδεις νόμους της γενετικής όπως διατυπώθηκαν από τον Μέντελ. Εξάλλου σπάνια η δράση μεμονωμένων γονιδίων εξηγεί πλήρως τις «σύνθετες παθολογικές καταστάσεις». Για την πιο σοβαρή μορφή ανορεξίας η προσοχή των ειδικών επικεντρώνεται στο χρωμόσωμα 1. Τώρα γνωρίζουμε την ακριβή θέση στο γονιδίωμα - το σύνολο των γονιδίων που υπάρχουν στα χρωματοσώματά μας - πολλών γονιδίων που όταν δυσλειτουργούν

αυξάνεται η πιθανότητα εκδήλωσης αυτής της πάθησης.

Στις πιο σοβαρές μορφές ανορεξίας οι ερευνητές εντόπισαν ένα γονίδιο που εμπλέκεται στη μεταφορά τη νοραδρεναλίνης, ενός νευροδιαβιβαστή, ουσίας - «ταχυδρόμου» μηνυμάτων στο νευρικό σύστημα, που μεταφέρει σήματα στρες ανάμεσα στους νευρώνες. Η διατροφή είναι θεμελιώδης λειτουργία για την επιβίωσή μας και τα γονίδια που εμπλέκονται ή ρυθμίζουν το αίσθημα πείνας ή κορεσμού είναι πολυάριθμα. Πράγματι γεννιούνται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου μετά από ανταγωνιστικές αλληλεπιδράσεις ρυθμιστικών νευροπεπτιδίων με νευροδιαβιβαστές και ορμόνες που δημιουργούν, αυξάνουν ή καταστέλλουν την όρεξη. Η πρώτη ουσία στην οποία οι ερευνητές επικέντρωσαν το ενδιαφέρον τους ήταν η σεροτονίνη, ένας ακόμα νευροδιαβιβαστής που μεταφέρει σήματα πείνας. Αν η σεροτονίνη ή η νοραδρεναλίνη παράγονται με ανισόρροπο τρόπο, τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων μοιάζουν μ' εκείνα όσων υποφέρουν από ανορεξία ή βουλιμία: είναι τελειομανείς, αυστηροί, απαισιόδοξοι, αγχώδεις και με μηδενική αυτοεκτίμηση.

Η Έβελιν Άτα, από το State Psychiatric Institute, εξηγεί ότι οι ανορεξικές γυναίκες σταματούν ενστικτωδώς να τρώνε για να περιορίσουν τα υψηλά επίπεδα σεροτονίνης. Παύοντας όμως να τρώνε, ο εγκέφαλός τους παράγει ακόμα περισσότερη σεροτονίνη. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος και η συμπεριφορά του ατόμου προσπαθεί ανεπιτυχώς να εξισορροπήσει τις βιοχημικές ανισορροπίες. Αυτό εξηγεί γιατί τα αντικαταθληπτικά φάρμακα, που δρουν στα επίπεδα της σεροτονίνης, είναι αποτελεσματικά για πολλές διατροφικές διαταραχές όπως το Σύνδρομο του Ισχνού Χοίρου.¹⁶



Προβλήματα ηλεκτρολυτών στη ψυχογενή ανορεξία¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΡΟΠΟΙ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ Ψ.Α.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Τρόποι Εκδήλωσης της Ψ.Α.

2.1. Ψυχογενής Ανορεξία στις γυναίκες

Η μόδα και τα ΜΜΕ μας βομβαρδίζουν με εικόνες εξαύλωμένων γυναικών, παρασύροντας τα κορίτσια σε εξαντλητικές δίαιτες που βλάπτουν σοβαρά την υγεία τους και οδηγούν ακόμα και στο θάνατο. Η νευρωτική ανορεξία ως επιδημία πρωτοεμφανίστηκε στο Μεσαίωνα.

«Ωχράν την θέλω και λευκήν ως νεκρικήν σινδόνην». Με αυτούς τους στίχους περιέγραψε πριν από έναν αιώνα ο ρομαντικός ποιητής Αχιλλέας Παράσχος την τέλεια γυναίκα. Σήμερα δε φαίνεται να έχει αλλάξει και πολύ το πρότυπο της γυναικείας ομορφιάς.¹⁶

Είναι γνωστό ότι ισχνές καλλονές (;) του διεθνούς μόντελινγκ έχουν νοσηλευτεί σε κλινικές, για να καταπολεμήσουν την ψυχογενή τους ανορεξία. Το φαινόμενο, όμως, το οποίο εκδηλώνεται σε έφηβες, τείνει να προσλάβει ανησυχητικές διαστάσεις και στην Ελλάδα. Ο τραγικός θάνατος από αστία της 20χρονης φοιτήτριας της Ιατρικής από την Λάρισα εγείρει ποικίλα ερωτήματα, ιατρικά και κοινωνικά. Η άτυχη κοπέλα, η οποία έπασχε από χρόνια ψυχογενή ανορεξία (anorexia nervosa) είχε οδηγηθεί σε αστία και ζύγισε μόνο 25 κιλά. Σύμφωνα με τον ιατροδικαστή κ. Θεόδωρο Βουγιουκλάκη, ο θάνατός της επήλθε από ανακοπή καρδιάς, λόγω αστίας. Το πρόβλημα της ψυχογενούς ανορεξίας, ανήκει στα επείγοντα περιστατικά της Ψυχιατρικής και σύμφωνα με διεθνή στατιστικά εμφανίζεται περίπου στο 5% των έφηβων κοριτσιών, ενώ σχεδόν στο 10% των περιπτώσεων οδηγεί στο θάνατο. «Δεν πρόκειται για ανορεξία με την έννοια της απουσίας της όρεξης», εξηγεί στην «Κ» ο Καθηγητής Ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών κ. Γιώργος Χριστοδούλου. «Το άτομο συνειδητά δεν καταναλώνει τροφές που έχουν πολλές θερμίδες. Αν συμβεί αυτό, φροντίζει ώστε να αποβληθούν με προκλητό έμετο. Έχει διαταραχή του σωματικού

εγώ και διαστρεβλωμένη εικόνα για τον εαυτό του. Ενώ είναι πετσί και κόκαλο, θεωρεί ότι είναι παχύ».²¹

Η Κρίστι Μπρίνκλεϊ εργάζεται ως μοντέλο και είναι ανορεξική, αφού τρέφεται κυρίως με λαχανικά και χυμούς φρούτων. Η Ελ Μακ Φέρσον, άλλο ίνδαλμα των σχεδιαστών μόδας και των εφήβων, τρώει μόνο ένα γεύμα ημερησίως και προσπαθεί να εξιλεωθεί με χίλιους τρόπους από αυτήν την «αμαρτία». Αυτή η υστερία με το αδυνάτισμα ξεκίνησε πριν από περίπου πενήντα χρόνια. Πρώτη διδάξασα η γνωστή Τουίγκι, το φωτομοντέλο - οδοντογλυφίδα, βασίλισσα της πασαρέλας τη δεκαετία του 1960. Η πρώτη όμως διάσημη ανορεξική είχε προηγηθεί κατά μια πενταετία. Δεν ήταν άλλη από την περίφημη ηθοποιό Όντρεϊ Χέμπορν, η οποία στην ταινία Τίποτα δεν Είναι πιο Ωραίο από την Αγάπη (Breakfast at Tiffany's) καταβροχθίζει με τα μάτια της τα κοσμήματα στις προθήκες του γνωστού νεοϋορκέζικου οίκου Τίφανι. Καχεκτική και επίπεδη σανίδα, η Χέμπορν τόσο στην ταινία όσο και στην πραγματική της ζωή τρεφόταν με κοπανιστό αέρα.

Ανάλογες περιπτώσεις κάτισχνων γυναικών στο χώρο του κινηματογράφου αποτελούν σήμερα οι ηθοποιοί Κάμερον Ντιάζ και Τζούλια Ρόμπερτς - και οι δύο είναι εξαιρετικά και ανορεκτικές. Μάλιστα οι γάμπες της τελευταίας είναι τόσο αδύνατες, ώστε χρειάστηκε να τις ντουμπλάρουν για τις ανάγκες της επιτυχημένης ταινίας Pretty Woman, στην οποία πρωταγωνιστούσε.¹⁶

Κορμί θανατηφόρο

Πλήθος επιστήμονες όπως γενετιστές, κτηνίατροι, νευροβιολόγοι, ψυχίατροι, ψυχολόγοι και ενδοκρινολόγοι σκύβουν στο πρόβλημα και προσπαθούν να εξηγήσουν τους λόγους που ωθούν πολλούς νέους - κυρίως κοπέλες - στο να θέτουν σε κίνδυνο την υγεία τους ακολουθώντας δίαιτες αμφίβολης αποτελεσματικότητας. Χάρη στα συμπεράσματά τους έχουν αναπτυχθεί σήμερα μέθοδοι θεραπείας τόσο για την ανορεξία όσο και για τη βουλιμία, με αποτελέσματα καλύτερα απ' ό,τι στο παρελθόν.

Τρεις είναι οι βασικοί πυρήνες παθογένειας των διατροφικών διαταραχών: η κουλτούρα, η ψυχολογία και η βιολογία. Ο παράγοντας «κουλτούρα» ή αυτός των πολιτιστικών προτύπων ήταν από τους πρώτους που αναγνωρίστηκαν. Τα τελευταία σαράντα χρόνια η γυναίκα που αρέσει οφείλει να έχει ή να αποκτήσει σώμα νεαρού ερμαφρόδιτου εφήβου: να είναι δηλαδή κοκαλιάρια, σχεδόν επίπεδη μπροστά και πίσω. Ένας από τους λόγους που συνέβαλαν στην επικράτηση αυτού του μοντέλου είναι ότι βολεύει και εκφράζει τους περισσότερους σχεδιαστές μόδας - πιο εύκολα ντύνεις έναν ανορεξικό, γιατί το σώμα του είναι σαν αλφάδι.

Όταν το σώμα έχει καμπύλες και μυς, για να «πέσει» καλά το ρούχο ο σχεδιαστής πρέπει να είναι καλλιτέχνης. Υπάρχει όμως και η άποψη ότι το φυσιολογικό γυναικείο σώμα δεν αρέσει στους σχεδιαστές μόδας, αφού προτιμούν το ανδρικό, γι' αυτό θέλουν τις γυναίκες να μοιάζουν ολόενα και περισσότερο με άντρες. Όποιοι και αν είναι οι λόγοι, γεγονός παραμένει ότι εκατομμύρια κοπέλες ακολουθούν επιβλαβείς δίαιτες προκειμένου να πλησιάσουν όσο γίνεται περισσότερο αυτό πρότυπο. Σε κάποιες απ' αυτές, ιδίως αν έχουν κληρονομική προδιάθεση, η δίαιτα μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρή πάθηση: την ανορεξία.¹⁶

2.2. Η Ψυχογενής Ανορεξία στους άνδρες

Η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται στους άνδρες δεκαπέντε φορές λιγότερο από όσο στις γυναίκες. Αρχίζει με τον ίδιο τρόπο και η πορεία της είναι παρόμοια. Οι περισσότεροι άντρες με ψυχογενή ανορεξία έχουν μανία με τη γυμναστική και περνούν ατελείωτες ώρες κάνοντας τζόγκινγκ, πους-απς και άλλες ασκήσεις. Έχουν εξίσου έμμονη ιδέα με το φαγητό όσο και οι γυναίκες αλλά είναι λιγότερο πιθανό να δείχνουν το ίδιο ενδιαφέρον για το μαγείρεμα και τα βιβλία μαγειρικής. Δεν είναι φανερό γιατί οι άντρες επιδιώκουν τόσο ανελέητα το αδυνάτισμα, γιατί οι έφηβοι έχουν την τάση να είναι μάλλον μώδεις παρά αδύνατοι. Οι άντρες που παθαίνουν ψυχογενή ανορεξία μπορεί επίσης να τρώνε με βουλιμία.¹⁵

2.3. Ψυχογενής Ανορεξία στα παιδιά

Εκτός από την ανορεξία που οφείλεται σε οργανικά αίτια υπάρχει και η ανορεξία από ψυχολογικά αίτια. Η ανορεξία αυτή είναι συχνή στα παιδιά. Συνήθως δεν πρόκειται για πραγματική ανορεξία, αλλά για μια άρνηση λήψης της τροφής στην ποσότητα που θέλουν οι γονείς. Καμμιά φορά δημιουργείται στο παιδί πραγματική απέχθεια στο φαγητό, ένα αρνητικό εξαρτημένο αντανακλαστικό, από την μεγάλη επιμονή της μητέρας να φάει το παιδί το φαγητό που θέλει εκείνη. Όστε η εμφάνιση του φαγητού με την μητέρα να προκαλεί στο παιδί αηδία καμμιά φορά και έμετο. Η ψυχική κατάσταση του ατόμου, μεγάλη στενοχώρια ή μεγάλη χαρά, στρες κ.λ.π επηρεάζουν την όρεξη θετικά ή αρνητικά. Όταν ένα άτομο παρουσιάζει ανορεξία παρατεινόμενη πρέπει να εξετάζεται με προσοχή μήπως αυτή οφείλεται σε κανένα οργανικό νόσημα. Κι αν αποκλεισθεί αυτό ερευνάται η ψυχική κατάσταση του παιδιού και οι συνθήκες του περιβάλλοντος στο οποίο ζει (οικογενειακό, σχολικό, κ.λ.π).

Η θεραπεία της ανορεξίας είναι αιτιολογική. Όταν τα αίτιά της είναι καθαρά ψυχολογικά προσπαθούμε να τα διορθώσουμε αδιαφορώντας για το εάν θα φάει το παιδί. Φροντίζου με βέβαια να προσφέρουμε στο παιδί ένα κανονικό διαιτολόγιο και αφήνουμε το παιδί να φάει όσο θέλει και όποτε θέλει. Πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι η λήψη τροφής είναι ακατανίκητη ανάγκη για τον οργανισμό και κανείς δεν μπορεί να την αποφύγει.⁸

Σωματική διάπλαση των εφήβων με Ψ.Α.

Οι ανορεκτικοί ασθενείς που υποσιτίζονται έχουν μεταβάλλει την σωματική τους διάπλαση, η οποία χαρακτηρίζεται από αποσυμφόρηση λίπους και από ελεύθερη μάζα λίπους.

Το αντικείμενο της έρευνας είναι να μελετήσουμε τη σωματική διάπλαση των εφήβων που πάσχουν από Ψ.Α. και να ερευνήσουμε τη

σχέση μεταξύ απλών ανθρωπομετρικών μέτρων και τεχνικών πηγών για τη σωστή μέτρηση της σωματικής διάπλασης.

Μελετήθηκαν 23 έφηβες γυναίκες με Ψ.Α. ηλικίας 15.46 ± 1.34 (x+50) χρόνια. Η σωματική διάπλαση καταμετρήθηκε σύμφωνα με την ανθρωπομετρία και την DXA και την BN.25 γυναίκες παρείχαν DXA δεδομένα. Οι μετρήσεις της TBN συγκρίθηκαν με προβλεπόμενες εξισώσεις βασισμένες στο φύλο ηλικίας ύψος και βάρος.

Οι ασθενείς με Ψ.Α. έχουν χαμηλότερο βάρος (40.2 ± 4.6 κιλά) μαζικό σωματικό δέκτη (σε κιλά: 15.3 ± 1.2) ποσοστό λίπους ($13.8 \pm 5.8\%$) ποσοστό της TBM ($73 \pm 10\%$) το οποίο είναι προβλεπόμενο για την ηλικία πηλίκου λίπους (2.1 ± 10) λίπος άκρου (2.6 ± 1.1 Kg) πηλίκου άκρου λίπους σε ασθενείς με Ψ.Α., σημαντικό συσχετισμό έχει βρεθεί μεταξύ πάχους τρικέφαλων δερματικών πτυχών και ποσοστό λίπους ($r = 0.83$) μαζικός σωματικός δέκτης και ποσοστό λίπους ($r = 0.46$) και με σωματικό βάρος ($r = 0.84$) και TBN ($r = 0.84$ $p < 0.05$).

Οι ασθενείς με Ψ.Α. έχουν νοσηλευτεί έχουν αποβάλλει ολόκληρο το λίπος τους και τις πρωτεΐνες τους ταυτοποιήσαμε λοιπόν 3 απλά ανθρωπομετρικά δείγματα, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εκτιμηθεί η σωματική διάπλαση και τα διατροφικά στάτους των εφήβων που δεν σιπίζονται σωστά και που πάσχουν από Ψ.Α.

Τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των 23 ανορεκτικών γυναικών και 25 ελεγχόμενων θεμάτων που είναι παρόμοιας ηλικίας παρουσιάζονται στον (πίνακα 1). Οι ανορεκτικοί ασθενείς ήταν ηλικίας μεταξύ 13,40 και 17,80 χρόνων με μέσο όρο ηλικίας $15,46 \pm 1,34$ χρόνια. Επιπλέον οι ασθενείς έχουν μέσο όρο κιλών μεταξύ 40.2 ± 4.6 . Όπως ήταν αναμενόμενο σε αυτά τα καλλοσιπισμένα γρουπ η BMI και το βάρος είναι χαμηλότερα ($p < 8,001$) από το μέσο όρο των πηγών του πληθυσμού ο μέσος όρος της ασθένειας πριν την είσοδό τους ήταν 10 ± 9 (με απόκλιση 2 – 39) και οι 23 ασθενείς ήταν περιοριστικά 3 άτομα εκδήλωσαν εμετικές τάσεις και υπερβολική άσκηση ο μέσος όρος ηλικίας του γκρουπ ήταν 15.10 ± 1.62 χρ. Το όριο βάρους του γκρουπ ήταν 57.3 ± 8.2 κιλά και ο μέσος όρος BMI

ήταν 21.2 ± 2.9 . Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ανορεκτικών ασθενών και του ελεγχόμενου γκρουπ όσον αφορά την ηλικία και το ύψος. Υπήρχαν μεγάλες διαφορές μεταξύ των 2 γκρουπ για όλα τα άλλα ανθρωπομετρικά δείγματα.

Σωματική διάπλαση

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της ανάλυσης για τη σωματική διάπλαση από το DXA φαίνονται στον (πίνακα 2) των 2 γκρουπ στα ποσοστά λίπους, στη μάζα ελεύθερου λίπους στο λίπος άκρου στο λίπος κορμού στο πηλίκο κορμού / άκρου λίπος.

Απλοί συσχετισμοί μεταξύ DXA της σωματικής διάπλασης και της ανθρωπομετρίας φαίνεται στον (πίνακα 3) στους ανορεκτικούς ασθενείς η πιο σημαντική συσχέτιση πτυχών και με ποσοστό λίπους ($r\ 0,83$) ($p < 0,0001$) τα οποία ήταν υψηλά συσχετισμένα με το όριο του γκρουπ ($10.79 < 0.0001$).²²

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΠΛΑΣΗ: στους νέους με Ψ.Α.²²

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι:

Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά σε ασθενείς με Ψ.Α. και σε ελεγχόμενα θέματα

	Ανορεκτικοί ασθενείς (n = 23)	Ελεγχόμενα θέματα (n = 25)
Ηλικία (χρόνος)	15.46±1.34 (13.40-17.80)	15.10±1.62 (13.10-17.95)
Βάρος (κιλά)	40.2±4.6 (31.5-48.1) ²	57.3±8.2 (43.5-79.9)
Βάρος r σκορ	-1.71±0.58 (-2.51 to -0.55) ²	0.36±0.70 (-1.00 to 2.00)
Ύψος (cm)	161.9±6.2 (151.4-173.1)	164.3±4.2 (153.4-171.0)
Ύψος r σκορ	-0.01±0.95 (-1.90 to 1.73)	0.48±0.65 (-1.14 to 1.50)
BMI (kg/m ²)	15.3±1.2 (12.2-17.7) ²	21.2±2.9 (17.1-28.3)
BMI r σκορ	-2.23±0.46 (-3.42 to -1.02) ²	0.006±0.68 (-1.28 to 1.28)
Πάχος δικέφαλης δερματικής πτυχής (mm)	4.3±1.3 (2.5-7.5) ²	8.6±4.0 (3.5-21.2)
Πάχος τρικέφαλης δερματικής πτυχής (mm)	7.4±2.3 (2.7-12.1) ²	14.6±5.5 (8.2-28.8)
Πάχος υποωμοπλατίας δερματικής πτυχής (mm)	5.3±1.1 (3.0-8.2) ²	12.7±5.8 (6.8-26.0)
Πάχος δερματικής πτυχής πάνω από τη λαγόνια ακρολοφία (mm)	5.1±1.8 (3.2-10.1) ²	13.5±5.2 (4.2-25.0)
Περιφέρεια πάνω από τη λαγόνια ακρολοφία (cm)	19.2±1.8 (14.5-22.5) ²	26.3±2.7 (22.0-33.0)
Πηλίκιο υποωμοπλατίας προς τρικέφαλης δερματικής πτυχής	0.76±0.16 (0.53-1.12)	0.89±0.28 (0.39-1.58)
Περιοχή μυών άνω βραχιονίου	22.7±3.7 (14.8-30.7) ²	37.6±6.6 (23.4-52.4)
Περιοχή λίπους άνω βραχιονίου (cm ²)	6.7±2.3 (1.9-11.2) ²	17.8±7.8 (9.1-41.0)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ:

	Ανορεκτικοί ασθενείς (n = 23)	Ελεγχόμενα θέματα (n = 25)
Ποσοστό λίπους %	13.8±5.8 (4.2-25.6) ²	26.3±7.0 (15.6-41.5)
Μάζα ελεύθερου λίπους (kg)	34.5±4.3 (29.1-42.6) ²	41.2±3.6 (35.2-48.1)
Λίπος κορμού (kg)	2.1±1.0 (0.5-4.7) ²	6.6±2.9 (2.2-13.8)
Λίπος άκρου (kg)	2.6±1.1 (0.5-5.0) ²	7.1±2.8 (3.7-15.4)
Πηλίκιο κορμού – άκρου	0.79±0.18 (0.56-1.24) ³	0.93±0.20 (0.44-1.36)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΙ:

Συσχετισμοί μεταξύ ανθρωπομετρικών μέτρων και της DXA μεταξύ ασθενών με Ψ.Α. και ελεγχόμενων θεμάτων

	Anorexia nervosa patients (n = 23)		Control subjects (n = 25)	
	Percentage of body fat (DXA)	Trunk-to-leg fat ratio	Percentage of body fat (DXA)	Trunk-to-leg fat ratio
Πάχος δικέφαλης δερματικής πτυχής	0.62 ¹	-0.06	0.83 ²	0.17
Πάχος τρικέφαλης δερματικής πτυχής	0.83 ²	0.04	0.79 ²	-0.14
Πάχος υποωμοπλατίας δερματικής πτυχής	0.80 ²	0.27	0.84 ²	0.41 ³
Πάχος πάνω από τη λαγόνια ακρολοφία	0.52 ³	0.22	0.66 ²	0.71 ²
Περιφέρεια μέσου-άνω βραχιονίου	0.53 ¹	0.04	0.89 ²	0.28
Πηλίκιο υποωμοπλατίας προς τρικέφαλης δερματικής πτυχής	0.51 ³	-0.22	0.24	0.65 ²
BMI	0.79 ²	0.05	0.87 ²	-0.02
BMI r score	0.46 ³	0.25	0.85 ²	0.27
Bάρος	0.36	0.24	0.79 ²	0.28
Bάρος r score	0.23	0.16	0.77 ²	0.23
Bάρος r score	-0.05	0.08	0.71 ²	0.27

2.4. Ψυχογενής Ανορεξία στα βρέφη

Οι διαταραχές διατροφής αποτελούν πηγή ανησυχίας για τους γονείς και είναι από τις πιο συχνές αιτίες νοσηλείας σε παιδιατρικά τμήματα. Το γεγονός αυτό δεν είναι περίεργο, γιατί ακριβώς η διατροφή είναι ο άξονας γύρω από τον οποίο περιστρέφεται η σχέση μητέρας - παιδιού. Για το ίδιο το βρέφος η διατροφή έχει διπλή λειτουργία: από τη μια, ικανοποιεί την πείνα και την δίψα του και, από την άλλη, του παρέχει στοματική ευχαρίστηση μέσα από τις κινήσεις των χειλιών, της γλώσσας, του ουρανίσκου και του φάρυγγα, ευχαρίστηση η οποία είναι απαραίτητη για τη φυσιολογική ανάπτυξη της λίμπιντο του παιδιού. Η κυριότερη διαταραχή είναι η ανορεξία. Ορισμένα βρέφη δυσκολεύονται από τις πρώτες μέρες της ζωής τους να θηλάσουν. Οι κινήσεις πιπιλίματος και κατάποσης συνδυάζονται άσχημα, με αποτέλεσμα πολλές φορές το παιδί να φτύνει το γάλα. Αυτά τα βρέφη είναι συνήθως ευερέθιστα, μα απότομες κινήσεις των μελών και αντανakλούν μια αίσθηση δυσφορίας. Υπάρχουν, επίσης, παθητικά βρέφη τα οποία εκδηλώνουν αδιαφορία όχι μόνο στην λήψη τροφής αλλά για οπδήποτε έχει σχέση με τη στοματική ευχαρίστηση. Δεν βάζουν το δάχτυλο στο στόμα, δεν αναζητούν την πιπίλα, ούτε και το στήθος της μητέρας τους. Είναι σαν να τους λείπει η διάθεση να ευχαριστηθούν και να ζήσουν.

Σε ακραίες περιπτώσεις, οι δυσκολίες στη λήψη τροφής μπορεί να οδηγήσουν σε καθυστέρηση της ανάπτυξης. Το ενδεχόμενο ψυχολογικοί λόγοι να ευθύνονται για την καθυστέρηση της ανάπτυξης έχει ήδη μελετηθεί και περιγραφεί ως «σύνδρομο δυστροφίας μη οργανικής αιτιολογίας» σε παιδιά τα οποία, ενώ είναι σωματικά υγιή, αδυνατούν να πάρουν βάρος. Μια άλλη μορφή ανορεξίας της βρεφικής ηλικίας είναι η «ανορεξία της αντίθεσης», που εμφανίζεται κατά την διάρκεια του δεύτερου εξαμήνου της ζωής με τη μορφή της άρνησης της τροφής - κυρίως της στερεάς. Αυτά τα παιδιά έχουν καλή φυσική κατάσταση και φυσιολογική ψυχολογική ανάπτυξη. Η άρνηση τροφής εμφανίζεται σε μια στιγμή την οποία το παιδί αποκτά ορισμένο βαθμό αυτονομίας και

προσπαθεί να επιβληθεί μέσα στην σχέση στη μητέρα. Ο αποθηλασμός, η προσθήκη νέων τροφών, η αλλαγή διαιτολογίου ή η πίεση να φάει μπορεί να είναι το έναυσμα για αυτήν την συμπεριφορά του παιδιού. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από έντονες συγκρούσεις και καταστάσεις εκνευρισμού, κατά τις οποίες η μητέρα δοκιμάζει τα πάντα για να καταφέρει το παιδί να τελειώσει έστω και ένα γεύμα. Εκείνο αρνείται πεισματικά, σκορπά το φαγητό του στο πάτωμα και παίρνει κάποιο είδος ικανοποίησης αρνούμενο να υποκύψει στα παρακάλια της μητέρας.

Η απλή αυτή αντιδραστική μορφή ανορεξίας υποχωρεί όταν καταλαγιάσει το άγχος της μητέρας, μεταβληθεί η συμπεριφορά της ως προς τη διατροφή και σταματήσει να το πιέζει. Η ανορεξία μπορεί να συνοδεύεται από εμέτους, οι οποίοι αποτελούν αντίδραση στην πίεση που ασκεί η μητέρα την ώρα του φαγητού. Στην συνέχεια, γίνονται τακτικοί και πιθανώς συνεχίζονται για μήνες ή και χρόνια και ενώ η αρχική ανορεξία έχει ξεχαστεί. Άλλοτε, πάλι, παρουσιάζονται ξαφνικά, για παράδειγμα στη διάρκεια ενός χωρισμού από την μητέρα, οπότε αποτελούν έκφραση της απελπισίας του παιδιού και του άγχους του αποχωρισμού. Στην περίπτωση αυτή, ίσως εκφράσουν τάση αυτοκαταστροφής, έτσι το παιδί χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη.²³

2.5. Σεξουαλική Ανορεξία

Τι συμβαίνει όταν κανείς ζει σε έναν κόσμο όπου βομβαρδίζεται από εικόνες και πληροφορίες για σεξουαλικά πρότυπα και συμπεριφορές, έχει έναν μόνιμο δεσμό κι ένα σώμα για το οποίο πρέπει να μεριμνήσει, ντύνοντάς το κατάλληλα και υιοθετώντας κανονική συμπεριφορά, αλλά δεν έχει την παραμικρή όρεξη ν' αντιμετωπίσει την ιδέα του σεξ; Η απάντηση είναι ότι αυτό το άτομο υποφέρει σιωπηλά, αναλώνεται στο φόβο του για τη σεξουαλική ευχαρίστηση και τρέμει από φόβο και σεξουαλική αμφιβολία. Το όνομα αυτού του προβλήματος; Σεξουαλική ανορεξία.

➤ **Τι ακριβώς δεν είναι η σεξουαλική ανορεξία**

Πολλά άτομα νιώθουν παράξενα με τη σύγχρονη κουλτούρα που προάγει το σεξ αλλά όχι απαραίτητα και τη σεξουαλικότητα. Σύμφωνα με τον Δρ. Carnes, ειδικό σε αυτό το θέμα, αυτά τα άτομα δεν βιώνουν κάποια αναστολή της σεξουαλικής τους επιθυμίας, αν και συχνά χαρακτηρίζονται από αφέλεια, αθωότητα, ή και προκατάληψη εναντίον του σεξ. Παρόλα αυτά, δεν έχουν κάποια διαταραχή της σεξουαλικής τους ζωής που να εντοπίζεται σε φυσιολογικά προβλήματα.

Τα άτομα αυτά δεν είναι ψυχρά και αδιάφορα, αν και αυτή η στρατηγική αποτελεί καλό τρόπο θωράκισης του εαυτού τους ενάντια στο ψυχικό τραύμα και στενοχώρια. Δεν οδηγούνται από θρησκευτικά δόγματα σχετικά με το σεξ και αυτό που τους συμβαίνει δεν σχετίζεται με την ντροπή και τις ενοχές, αν και στη συνέχεια αισθάνονται έτσι. Ούτε πρόκειται για σεξουαλική προδοσία, απόρριψη ή ρίσκο, παρόλου που αυτά συχνά αποτελούν κοινό παρονομαστή στο πρόβλημα του ατόμου. Πρόκειται για το κενό της βαθύτατης στέρησης, το σιωπηλό μαρτύριο που ονομάζεται σεξουαλική ανορεξία.

➤ **Τι είναι σεξουαλική ανορεξία**

Η σεξουαλική ανορεξία είναι μια εμμονή, σύμφωνα με την οποία το φυσιολογικό, πνευματικό και συναισθηματικό έργο του ατόμου είναι να αποφεύγει το σεξ, κάτι που του γίνεται μονομανία και κατακυριεύει όλη του τη ζωή.

Όπως και με άλλες έμμονες, η έμμονη ιδέα της αποφυγής του σεξ καθιστά το άτομο δυνατό και σε άμυνα απέναντι σε κάθε είδους πληγώματος. Αυτή η συμπεριφορά είναι πολύ κοντά σε καταναγκαστικές συμπεριφορές όπως ο τζόγος ή άλλες εξαρτήσεις και, όπως οι εξαρτήσεις γενικά, η εμμονή με την αποφυγή του σεξ εξαλείφει τα προβλήματα της ζωής του ατόμου.

Έτσι, η εμμονή αυτή γίνεται ένας τρόπος για να αντιμετωπίσει κανείς το στρες και τις δυσκολίες της ζωής. Ταυτόχρονα, όμως, το άτομο ακυρώνει

ένα κομμάτι του εαυτού του.

Τα άτομα με νευρογενή ανορεξία αποφεύγουν τη λήψη φαγητού και λιμοκτονούν: ο φόβος της σεξουαλικής απόρριψης καταδυναστεύει στις σκέψεις τους και την συμπεριφορά τους και είναι η κινητήριος δύναμη στον αγώνα τους να διατηρηθούν αδύνατα. Τα άτομα με σεξουαλική ανορεξία μοιράζονται τον ίδιο ακριβώς φόβο.

Οι ειδικοί στην σεξολογία, εξάλλου, έχουν παρατηρήσει ότι υπάρχουν πολλά κοινά σημεία ανάμεσα στις διατροφικές και τις σεξουαλικές διαταραχές. Και στις δυο περιπτώσεις το άτομο απέχει (από το φαγητό ή το σεξ), ενώ γύρω του υπάρχει σε αφθονία.

Και οι δυο διαταραχές χαρακτηρίζονται από την απώλεια του εαυτού, παρόμοιες διαστρεβλώσεις της σκέψης τους και την αγωνιώδη πάλη για τον έλεγχο του εαυτού τους και των ατόμων του περιγύρου τους. Και στις δυο περιπτώσεις έχουμε μίσος του ατόμου για τον εαυτό και την αίσθηση της βαθύτατης αποξένωσης.

➤ **Τα συμπτώματα της σεξουαλικής ανορεξίας**

Ο φόβος της σεξουαλικής ευχαρίστησης

Ο νοσηρός κι επίπονος φόβος της σεξουαλικής επαφής

Έμμονη ιδέα και επαγρύπνηση σχετικά με τα σεξουαλικά ζητήματα

Αποφυγή οτιδήποτε σχετικού με το σεξ

Έμμονη ιδέα σχετικά με τη σεξουαλικότητα των άλλων

Διαστρεβλώσεις στην εικόνα του σώματος

Υπερβολική απέχθεια για τις σωματικές λειτουργίες

Εμμονή σχετικά με τη σεξουαλική επάρκεια του/της

Άτεγκτη, επικριτική στάση απέναντι στο σεξ

Υπερβολικός φόβος σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Υπερβολική ανησυχία σχετικά με τη σεξουαλική δραστηριότητα των άλλων

Ντροπή και απέχθεια προς τον εαυτό του για τις σεξουαλικές του εμπειρίες

Θλίψη σχετικά με τη σεξουαλική επάρκεια και λειτουργία του εαυτού

Αποφυγή στενών σχέσεων εξαιτίας του σεξουαλικού φόβου

Αυτο-καταστροφικές συμπεριφορές για να περιορίσει, να σταματήσει ή να αποφύγει το σεξ.

Υπάρχουν διάφορα αίτια προβλημάτων και γενικότερα σεξουαλικών δυσλειτουργιών. Μπορούμε να τα συμπεριλάβουμε σε τρεις γενικότερες κατηγορίες:

1^η: στα βαθύτερα ψυχολογικά που έχουν να κάνουν π.χ με αυστηρή ανατροφή - τιμωρητικό υπερεγώ - ενοχικά βιώματα, φόβοι και αναστολές απέναντι στη σεξουαλικότητα, ενδόψυχες συγκρούσεις με γονεϊκές φιγούρες, τραυματικές σεξουαλικές εμπειρίες, προβλήματα συνυφασμένα με την προσωπικότητα κ.α

2^η: στα εμφανή που έχουν να κάνουν με προβλήματα σχέσης και επικοινωνίας στο ζευγάρι, φάση ζωής (επαγγελματικό στρες κ.λ.π) κ.α.

3^η: στα μαθησιακά που έχουν να κάνουν με έλλειψη σεξουαλικής ενημέρωσης, διαπαιδαγώγησης, με την παραπληροφόρηση και τις εσφαλμένες πεποιθήσεις γύρω από το σεξ, με την σεξουαλική απειρία των συντρόφων, με το άγχος επίδοσης, αποτυχίας, κ.α.

Θα ήθελα εδώ να τονίσω, ότι η πλειονότητα των ψυχολογικών προβλημάτων (ειδικά στον άντρα) οφείλεται στο άγχος επίδοσης και τον φόβο αποτυχίας που κυριεύει τα άτομα και καταβάλλει μερικές φορές το ερωτικό παιχνίδι σε έναν αγώνα, σε μια αγωνία!.. Σε ώρα εξέτασης και αποτελεσμάτων!..

Στη σεξουαλική ζωή, τόσο του άντρα όσο και της γυναίκας, μπορεί να τύχει να μη λειτουργήσουν σεξουαλικά κάποια φορά, είτε από κούραση, είτε από έντονα επαγγελματικά οικογενειακά προβλήματα, είτε απλά γιατί δεν ένιωθαν όμορφα, ερωτικά εκείνη την ημέρα κ.λ.π. Μετά λοιπόν από μια αποτυχία, ιδιαίτερα ο άντρας (επειδή το πρόβλημα του φαίνεται και η πράξη δεν γίνεται) κάθε φορά που πάει να κάνει έρωτα, έχει έντονο άγχος αποτυχίας.

Δηλαδή αντί να έχει ερωτικές σκέψεις στον εγκέφαλο, που είναι μοναδική προϋπόθεση ουσιαστικά έχει σκέψεις αγχογόνες, φοβικές (πως

είναι η στύση; Θα τα καταφέρω; Τι θα σκέφτεται για μένα η σύντροφος; κ.λ.π). Τυπικά βρίσκεται σε ερωτικό παιχνίδι, ουσιαστικά είναι αγχώδης παρατηρητής της στύσης του και μόνον.

➤ **Τι κρύβεται πίσω από την σεξουαλική ανορεξία**

Τα άτομα με σεξουαλική ανορεξία μπορεί να είναι είτε άνδρες είτε γυναίκες, των οποίων οι προσωπικές ιστορίες συνήθως χαρακτηρίζονται από σεξουαλική εκμετάλλευση ή κάποια μορφή ιδιαίτερα τραυματικής σεξουαλικής απόρριψης ή και τα δύο.

Η εμπειρία της σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, καθώς και άλλες μορφές παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης, είναι συνηθισμένη στα άτομα με σεξουαλική ανορεξία.

Το αποτέλεσμα αυτών των ψυχικών τραυμάτων είναι ότι το άτομο φυλάει τα σκοτεινά μυστικά του. Αν και η αποφυγή του σεξ είναι η έμμονη ιδέα του, ωστόσο υπάρχουν φορές που καταφεύγει στην εντελώς αντίθετη συμπεριφορά, σε υπερβολική σεξουαλική ασυδοσία.

Αλλά τα άτομα με σεξουαλική ανορεξία μπορεί να επιδεικνύουν και άλλες υπερβολικές συμπεριφορές, όπως η εξάρτηση από το ποτό ή το φαγητό, ή συμπεριφορές αποστέρησης, όπως υπερβολική δίαιτα, καταχώνιασμα φαγητού, υπερβολική καθαριότητα, κ.λ.π.

Αλλά και η οικογένεια του ατόμου με σεξουαλική ανορεξία μπορεί να χαρακτηρίζεται από υπερβολικές σκέψεις και συμπεριφορές. Το άτομο με σεξουαλική ανορεξία μπορεί να έχει επηρεαστεί και από μια κοινωνική ή θρησκευτική ομάδα που θεωρεί το σεξ κακό και απαγορευμένο.

➤ **Πίσω από την μάσκα της σεξουαλικής ανορεξίας**

Το άτομο με μια σεξουαλική τραυματική εμπειρία χρησιμοποιεί τη βουλιμία και την υπερβολή στο φαγητό προκειμένου να κρύψει τον άλλο του πόνο. Οι άνθρωποι γύρω του επικεντρώνονται στην παχυσαρκία του και δεν βλέπουν ότι πίσω από αυτή τη συμπεριφορά κρύβεται κάτι διαφορετικό: η αποφυγή του να είναι αρεστός/η στους άλλους.

Ένα αλκοολικό άτομο μπορεί να εκφράζει τη σεξουαλικότητά του μόνο όταν πίνει, με αποτέλεσμα η προοπτική της σεξουαλικότητας όταν δεν θα είναι υπό την επήρεια του αλκοόλ να είναι τόσο τρομακτική, που δεν σταματάει να πίνει για να μην αντικρίσει το φόβο του.

Τέτοιες συμπεριφορές μπορεί να μην επηρεάσουν μια ολόκληρη οικογένεια. Ας πάρουμε την περίπτωση ενός άντρα με εξάρτηση από το ποτό και το σεξ: όσο η συμπεριφορά του σχετικά με το ποτό και το σεξ βγαίνει εκτός ελέγχου, τόσο περισσότερο εργάζεται η γυναίκα του (φέρεται με υπερβολική υπευθυνότητα) και τόσο λιγότερο ενδιαφέρεται για το σεξ (σεξουαλική ανορεξία).

Αυτά τα προβλήματα συμβαίνουν ταυτόχρονα, ωστόσο η σεξουαλική ανορεξία παραμένει κρυμμένη, γιατί δεν είναι τόσο δραματική κι έντονη όσο ο αλκοολισμός, η σεξουαλική υπερβολή του άντρα και η εργασιομανία της γυναίκας.

Γενικότερα, οι άνθρωποι τείνουν να υποβιβάζουν το πρόβλημα της σεξουαλικής ανορεξίας, επειδή δεν έχει άμεσες συνέπειες για την υγεία του ατόμου. Όμως, οι φυσιολογικές και κυρίως οι ψυχολογικές συνέπειες της σεξουαλικής ανορεξίας είναι σημαντικές και ιδιαίτερα οδυνηρές.

➤ **Υπάρχει βοήθεια;**

Καταρχήν, το ίδιο το άτομο θα πρέπει ν' αντιληφθεί ότι αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα και να δεχτεί να κοιτάξει την πραγματικότητα κατάματα. Με τη βοήθεια ενός ψυχοθεραπευτή μπορεί να διευκρινίσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα που συντηρούν αυτήν την προβληματική συμπεριφορά, ώστε στη συνέχεια να μπορέσει να απελευθερωθεί από αυτή.²⁴

2.6. Ψυχογενής Ανορεξία και Κατάθλιψη

Οι ερευνητές θέλησαν να αναζητήσουν την κληρονομικότητα της Ψ.Α. και την αιτιολογία της συνοσυρότητας της σχέσης μεταξύ Ψ.Α. και κατάθλιψης.

Εφόσον λοιπόν μια δομική εξίσωση για τον ευρύ ορισμό της Ψ.Α. καθώς και της κατάθλιψης. Όπως εκτιμήθηκε σε ένα βασικό δείγμα του πληθυσμού της τάξεως του 2,163 δίδυμων γυναικών. Η Ψ.Α. εκτιμάται ότι είναι κληρονομική σε ποσοστό 58% (95% εμπιστευτικό διάστημα = 33% - 84%). Οι ερευνητές δεν εξαίρεσαν τη συμβολή του περιβάλλοντος. Η συνοσυρότητα μεταξύ Ψ.Α. και κατάθλιψης είναι πιθανή λόγω γενετικών παραγόντων που επηρεάζουν και τις δύο διαταραχές. Ένα γενικό ποσοστό της τάξεως των 77 γυναικών (36%) γνώρισε τα διευρυμένα κριτήρια της Ψ.Α. – 11 (0,5%), 29 (1,3%), 0,37 (1,7%) για καθένα από τους τρεις ορισμούς αντίστοιχα. Από αυτά, 18 μονοζυγωτές γυναίκες και 20 διζυγωτές δίδυμες γυναίκες (N = 38,49,4%) είναι καταθλιπτικές. Επίσης 4 μονοζυγωτικά και 2 διζυγωτικά δίδυμα ζευγάρια συμπίπτουν με τη Ψ.Α. Επίσης 86 μονοζυγωτικά και 60 διζυγωτικά δίδυμα ζευγάρια συμπίπτουν με τη κατάθλιψη.

Επιπρόσθετα για να εξετάσουμε ολόκληρο το μοντέλο ερευνήσαμε 10 ομοαδοποιημένα μοντέλα, από τα οποία τα 5 φαίνονται στον πίνακα 1. Από τα υπόλοιπα 5 μοντέλα που δεν παρουσιάζονται, κανένα από αυτά δεν ταίριαζε με τα δεδομένα. Το καλύτερο ταιριαστό μοντέλο το οποίο αποφασίστηκε από τις πληροφορίες της ΑΚΑΙΚΕ ήταν το έκτο μοντέλο το οποίο περιείχε γενετικούς κώδικες για την ανάπτυξη και της Ψ.Α. και της κατάθλιψης και τέλος της γενετικής συσχέτισης μεταξύ των δύο διαταραχών (0.58). Αυτό το μοντέλο υποδεικνύει ότι η αναλογία των γενετικών διαφορών μεταξύ Ψ.Α. και κατάθλιψης είναι 34%.

Μολονότι η έρευνα ήταν περιορισμένη από τον μικρό αριθμό των επηρεασμένων διδύμων, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γενετικοί παράγοντες επηρέασαν τον κίνδυνο για Ν.Α. και ουσιαστικά συνέβαλαν στο να παρατηρηθεί η συνοσυρότητα μεταξύ Ψ.Α. και κατάθλιψης.

Η Ψ.Α. παρατηρήθηκε σε οικογένειες και σε ένα δίδυμο που μελετήθηκε, χρησιμοποιώντας μη συστηματικές εξακριβώσεις, έδειξε ουσιαστικά υψηλότερα ποσοστά στα μονοζυγωτικά παρά στα διζυγωτικά δίδυμα ζευγάρια. Εμείς πρόσφατα εκθέσαμε μια έρευνα με δίδυμα ζευγάρια. Αν και μπορούσαμε να αποδείξουμε μια σημαντική οικογενειακή συγκέντρωση, τα περιορισμένα

κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν παρήγαγαν ένα πολύ μικρό δείγμα για ένα ακριβές στατιστικό μοντέλο. Και οι δύο έρευνες και η κλινική εικόνα και αυτή που στηρίχτηκε στο γυναικείο πληθυσμό αποκάλυψε μια αυξημένη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και Ψ.Α. Σε μια έρευνα βασισμένη στον γυναικείο πληθυσμό αποδείχθηκε ότι η κατάθλιψη βρίσκεται σε ποσοστό 50% σε γυναικείο με Ν.Α. επιπλέον τα ποσοστά της κατάθλιψης είναι υψηλά σε συγγενείς πρώτου βαθμού με Ψ.Α. μερικοί ερευνητές μάχονται ότι η Ν.Α. και η κατάθλιψη έχουν μια κοινή αιτιολογία και άλλοι υποστηρίζουν ότι η προδιάθεση για Ψ.Α. διαφοροποιείται από τη λειτουργικότητα στη μεταβίβαση των συναισθηματικών διαταραχών.

Σε αυτή την έρευνα χρησιμοποιώντας μια ευρέως φαινοτυπική διεκκρίνιση της Ψ.Α. από αυτή που χρησιμοποιήσαμε πρόσφατα, σκοπεύουμε να διαφωτίσουμε τις πιο ακριβείς έννοιες της αιτιοκρατίας μεμονωμένων παραλλαγών στη Ψ.Α. και να διεκκρινίσουμε το μοντέλο για τη συνοσυρότητα της Ψ.Α. και της κατάθλιψης.²⁵

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

Πηγές βασισμένες σ' ένα δείγμα 2.163 διδυμων γυναικών για τη σχέση τους μεταξύ Ψ.Α. και κατάθλιψης.

Model	a_{AN}^2		c_{AN}^2		e_{AN}		a_{MD}^2		c_{MD}^2		e_{MD}^2	
	Estimate	95% CI	Estimate	95% CI	Estimate	95% CI	Estimate	95% CI	Estimate	95% CI	Estimate	95% CI
1. ACE- $r_a r_e$	0.28	0.00-0.82	0.27	0.00-0.67	0.45	0.17-0.70	0.43	0.13-0.54	0.00	0.00-0.27	0.57	0.44-0.69
2. ACE- $r_a r_c$	0.29	0.06-0.82	0.26	0.00-0.55	0.45	0.17-0.70	0.43	0.15-0.54	0.00	0.00-0.24	0.57	0.44-0.69
3. ACE- $r_c r_e$	0.00	0.00-0.50	0.51	0.12-0.72	0.49	0.23-0.71	0.32	0.06-0.46	0.10	0.03-0.32	0.58	0.45-0.70
4. ACE- r_e	0.20	0.00-0.68	0.22	0.13-0.58	0.58	0.31-0.83	0.43	0.16-0.54	0.00	0.00-0.22	0.57	0.45-0.70
5. ACE- $r_a r_c$	0.59	0.33-0.84	-	-	0.41	0.15-0.68	0.44	0.33-0.55	-	-	0.57	0.44-0.69
6. ACE- r_a (best fit)	0.58	0.33-0.84	-	-	0.42	0.16-0.68	0.44	0.33-0.55	-	-	0.56	0.44-0.69

a = προσθήκη γεννητικής διαφοράς

c = συνηθισμένες περιβαντολογικές

e = μη – συνηθισμένες περιβαντολογικές επιρροές.

Περίοδοι συσχέτισμού που αναφέρονται στους συσχετισμούς μεταξύ των λαθμενών παραγόντων στις 2 διατροφικές διαταραχές.²⁵

Correlation	r_a		r_c		r_e		Analysis			Akaike's information criterion	Analysis of Difference		
	95% CI	Correlation	95% CI	Correlation	95% CI	χ^2	df	p	χ^2		df	p	
0.81	-0.60-1.00	1.00	-1.00-1.00	-0.03	-0.34-0.27	9.23	5	0.10	-0.77	-	-	-	
0.86	0.33-1.00	-	-	-0.04	-0.34-0.25	9.25	6	0.16	-2.75	0.02	1	>0.25	
-	-	1.00	0.49-1.00	0.08	-0.16-0.34	11.59	6	0.07	-0.41	2.36	1	>0.10	
-	-	-	-	0.27	0.08-0.53	24.54	7	0.001	10.54	15.31	2	<0.001	
0.60	0.31-0.93	-	-	-0.03	-0.35-0.27	9.77	8	0.28	-6.23	0.54	3	>0.25	
0.58	0.36-0.84	-	-	-	-	9.81	9	0.37	-8.19	0.58	4	>0.25	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΠΟΡΕΙΑ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.1. Διάγνωση και κλινικά χαρακτηριστικά

Η έναρξη των φαινομένων ψυχογενούς ανορεξίας παρουσιάζεται συνήθως στις ηλικίες μεταξύ 10 και 30 ετών. Ασθενείς εκτός του ηλιακού αυτού φάσματος δεν αποτελούν τυπικές περιπτώσεις και επομένως οι διαγνώσεις που τους αφορούν θα πρέπει να αμφισβητούνται. Μετά την ηλικία των 13 ετών, η εμφάνιση της διαταραχής πληθαίνει απότομα, με μεγαλύτερη συχνότητα στις ηλικίες 17 και 18 ετών. Στο 85% περίπου των όλων ασθενών με ψυχογενή ανορεξία η ηλικία έναρξης της νόσου κυμαίνεται μεταξύ 13 και 20 ετών. Μερικοί ανορεξικοί έτρωγαν επιλεκτικά ή είχαν δυσπεπτικά προβλήματα, πριν ακόμη από την ηλικία των 10.

Ως επί το πλείστον, η πρακτική της αποκλίνουσας αυτής συμπεριφοράς, που ως στόχο είχε την απώλεια βάρους ακολουθείται κρυφά. Οι άρρωστοι με ψυχογενή ανορεξία αρνούνται συνήθως να γευματίσουν με τις οικογένειές τους ή σε δημόσιους χώρους. Χάνουν βάρος, μειώνοντας δραστικά την πρόσληψη τροφής, ή μειώνοντας δυσανάλογα τις πλούσιες τροφές με υδατάνθρακες και λίπη.

Δυστυχώς, ο όρος «ανορεξία», που σημαίνει απώλεια της όρεξης, είναι παραπλανητικός, διότι η απώλεια όρεξης είναι κατά κανόνα σπάνια μέχρι τα προχωρημένα στάδια της διαταραχής. Ενδείξεις ότι οι ασθενείς σκέπτονται συνεχώς την τροφή, αποτελούν το πάθος τους για συλλογή συνταγών και η Παρασκευή περίπλοκων γευμάτων για άλλους. Μερικοί ανορεξικοί δεν μπορούν να αντεπεξέρχονται συνέχεια στην εκούσια αυτοδέσμευση για περιορισμό της πρόσληψης τροφής και έτσι έχουν επεισόδια υπερφαγίας. Αυτά τα επεισόδια λαμβάνουν χώρα κατά κανόνα κρυφά και συνήθως τη νύχτα. Προκλητοί έμετοι συχνά ακολουθούν τα επεισόδια υπερφαγίας. Οι άρρωστοι κάνουν κατάχρηση υπακτικών και διουρητικών ακόμη προκειμένου να χάσουν βάρος. Κάποιες τελετουργικές

ασκήσεις, η ποδηλασία, το περπάτημα, το τροχαδάκι και το τρέξιμο -όλα σε υπερβολικό βαθμό- αποτελούν συνήθειες δραστηριοτήτες.

Οι ασθενείς με τη διαταραχή εκδηλώνουν περίεργη συμπεριφορά σε σχέση με το φαγητό. Κρύβουν παντού στο σπίτι φαγώσιμα και κουβαλάνε πολλές καραμέλες στις τσέπες και τις τσάντες τους. Ενώ τρώνε, προσπαθούν να βάλουν το φαγητό στις πετσέτες τους ή να το κρύψουν στην τσέπη τους. Τεμαχίζουν το κρέας σε μικρά κομμάτια και διαθέτουν πολύ χρόνο τακτοποιώντας τα κομμάτια του φαγητού τους στο πιάτο τους. Εάν τους εκτεθεί αυτή η περίεργη συμπεριφορά, οι άρρωστοι συχνά απορρίπτουν ότι είναι περίεργη η αρνούνται κατηγορηματικά να το συζητήσουν.

Σε όλους τους ανορεκτικούς υπάρχει ένας έντονος φόβος μήπως αποκτήσουν βάρος και γίνουν παχύσαρκοι, φόβος ο οποίος αναμφίβολα είναι συνυπεύθυνος για την έλλειψη ενδιαφέροντος για θεραπεία (και ακόμη, στην αντίσταση σε αυτήν).

Άλλα ψυχιατρικά συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας που αναφέρονται συχνότερα στη βιβλιογραφία είναι ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά, κατάθλιψη και άγχος. Οι ασθενείς έχουν την τάση να είναι άκαμπτοι και τελειοθηρικοί. Σωματικά συμπτώματα είναι συνηθισμένα, ιδιαίτερα επιγαστρική δυσφορία. Είναι συχνές οι ψυχαναγκαστικές κλοπές, συνήθως καραμελών και υπακτικών, αλλά σποραδικά ρούχων και άλλων αντικειμένων.

Οι πάσχοντες από διαταραχή εμφανίζουν συχνά ελλιπή σεξουαλική προσαρμογή. Πολλοί έφηβοι με ψυχογενή ανορεξία χαρακτηρίζονται από καθυστερημένη ψυχοκοινωνική σεξουαλική ανάπτυξη, ενώ στους ενήλικες η έναρξη της νόσου συνοδεύεται συχνά από μείωση των ερωτικών τους ενδιαφερόντων.

Έχει σημειωθεί σε μία μικρή (έως σπάνια) μερίδα ασθενών στον οποίων το προνοσηρό ιστορικό αναφέρεται μία χωρίς αναστολές σεξουαλική συμπεριφορά ή χρήση ουσιών (ή και τα δύο) και οι οποίοι δεν παρουσιάζουν μείωση του σεξουαλικού τους ενδιαφέροντος μετά την εκδήλωση της διαταραχής.

Οι ασθενείς συνήθως εμφανίζονται στο γιατρό όταν τα αποτελέσματα της τακτικής τους γίνουν εμφανή. Καθώς η απώλεια βάρους παίρνει σοβαρές διαστάσεις, εμφανίζονται σωματικά σημεία όπως υποθερμία (μέχρι και 350°C), οίδημα, βραδυκαρδία, υπόταση και χνους (εμφάνιση τριχών όμοιων με αυτές των νεογνών), ενώ ο ασθενής παρουσιάζει μία ποικιλία μεταβολικών διαταραχών. Μερικοί ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία εμφανίζονται στο γιατρό λόγω αμηνόρροιας, που συχνά παρουσιάζεται πριν καν γίνει έκδηλη η απώλεια βάρους.

Μερικοί ανορεξικοί επιδίδονται σε προκλητούς εμέτους ή κάνουν κατάχρηση υπακτικών και διουρητικών, εγείροντας ανησυχίες για υποκαλιαιμική αλκάλωση. Μπορεί ακόμη να παρατηρηθεί μειωμένη υδατική διούρηση.

Διάφορες ηλεκτροκαρδιογραφικές (ΗΚΓ) μεταβολές – όπως επιπέδωση ή αναστροφή των κυμάτων T, κατάσπαση του τμήματος ST και επιμήκυνση του διαστήματος QT - έχουν παρατηρηθεί στη φάση της απώλειας βάρους στην ψυχογενή ανορεξία. Οι ΗΚΓ μεταβολές μπορεί επίσης να εμφανισθούν ως αποτέλεσμα της απώλειας καλίου, οπότε μπορεί να οδηγήσουν και στο θάνατο. Η διάσταση του στομάχου είναι σπάνια επιπλοκή της ψυχογενούς ανορεξίας. Σε μερικούς ασθενείς η αορτογραφία έχει δείξει την ύπαρξη συνδρόμου της άνω μεσεντερίου αρτηρίας.

Το DSM-IV αναγνωρίζει δύο τύπους ψυχογενούς ανορεξίας: τον περιοριστικό τύπο και τον τύπο με επεισόδια υπερφαγίας/καθαρκτικό. Ο με επεισόδια υπερφαγίας/καθαρκτικός είναι συχνός στους ανορεκτικούς: Αφορά μέχρι και το 50% των περιστατικών. Κάθε ένας από τους δύο τύπους φαίνεται να έχει διακριτά χαρακτηριστικά ως προς το ιστορικό και την κλινική εικόνα. Άτομα με ανορεξία τύπου υπερφαγίας/καθαρκτικών έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά με πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία (και όχι ανορεξία). Τα άτομα με διαταραχή τύπου υπερφαγίας/καθαρκτικού έχουν συνήθως παχύσαρκα μέλη στις οικογένειές τους, ενώ και οι ίδιοι έχουν ιστορικό μεγαλύτερου σωματικού βάρους από ότι είχαν (πριν την εκδήλωση της διαταραχής) οι πάσχοντες από περιοριστικού τύπου ανορεξία. Οι πάσχοντες από τύπου υπερφαγίας/καθαρκτικού ανορεξία είναι

πιθανότεροι να σχετίζονται με χρήση ουσιών, διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων και διαταραχές προσωπικότητας. Τα άτομα με περιοριστικού τύπου ψυχογενή ανορεξία περιορίζουν την επιλογή των τροφών τους, λαμβάνουν όσο το δυνατόν λιγότερες θερμίδες και χαρακτηρίζονται συχνά από ιδεοψυχαναγκαστικά φαινόμενα σχετικά με την τροφή και άλλα θέματα.

Οι ασθενείς και των δύο τύπων υπεραπασχολούνται με το βάρος και τη εικόνα του σώματός τους, ενώ ασκούνται πολλές ώρες την ημέρα και μπορεί να εκδηλώνουν περίεργη συμπεριφορά ως προς την πρόσληψη τροφής. Και οι δύο τύποι ασθενών μπορεί να είναι κοινωνικά απομονωμένοι και με μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον. Μερικοί πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία μπορεί να χρησιμοποιούν καθαρκτικά χωρίς όμως να παρουσιάζουν τάσεις υπερφαγίας.

Η ψυχογενής ανορεξία έχει υψηλά ποσοστά νοσηρότητας με μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές. Μείζων καταθλιπτική ή δυσθυμική διαταραχή έχει αναφερθεί σε ποσοστό μέχρι και 50% των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία. Ο δείκτης αυτοκτονίας είναι υψηλότερος σε άτομα με ψυχογενή ανορεξία τύπου υπερφαγίας/καθαρκτικό απ' ότι σε αυτούς με τον περιοριστικό τύπο.

Οι άρρωστοι με ψυχογενή ανορεξία είναι συχνά μυστικοπαθείς, αρνούνται τα συμπτώματά τους και αντιστέκονται στη θεραπεία. Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις οι συγγενείς και οι στενοί φίλοι θα πρέπει να επιβεβαιώνουν το ιστορικό του αρρώστου. Η εξέταση της παρούσας ψυχικής κατάστασης δείχνει συνήθως έναν άρρωστο σε εγρήγορση, ο οποίος είναι γνώστης του θέματος «διατροφή» και υπεραπασχολείται με το φαγητό και το βάρος του.

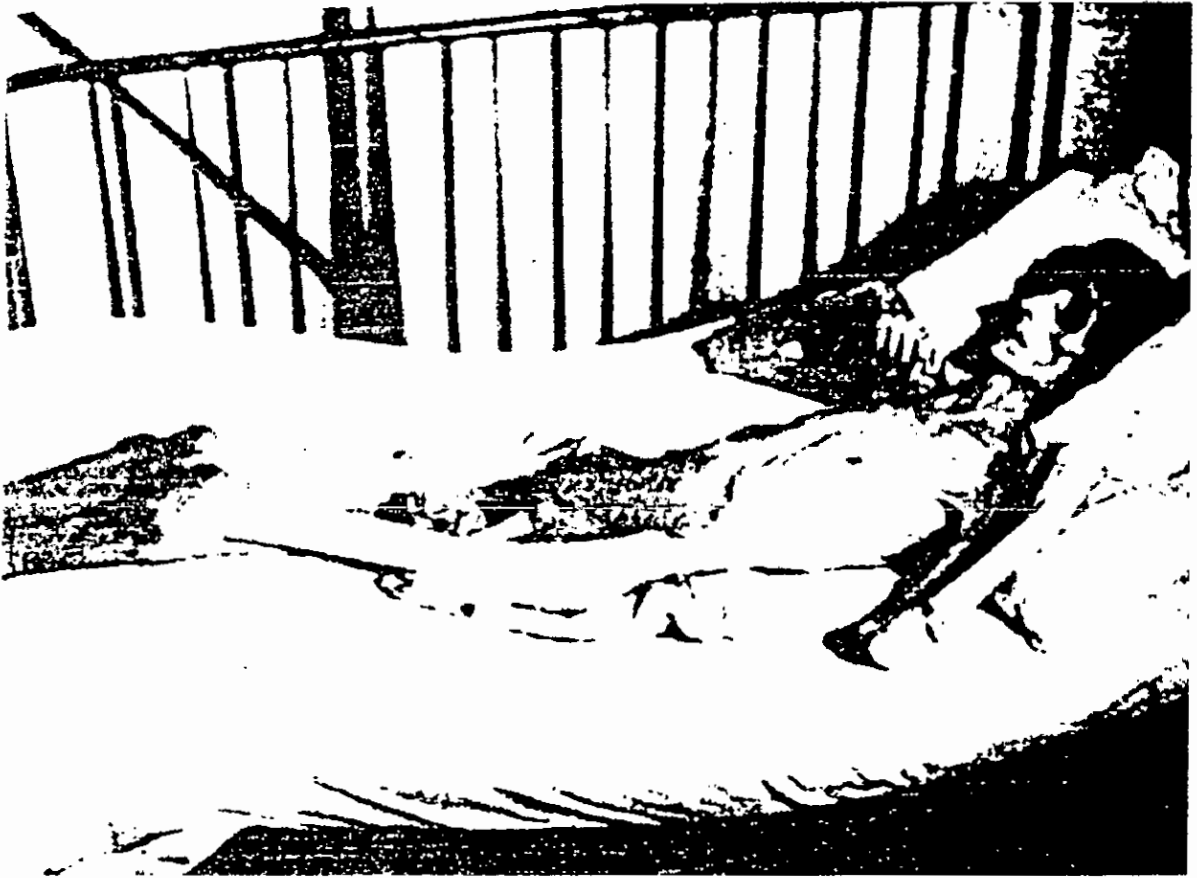
Ο ασθενής πρέπει να υποβάλλεται σε ολοκληρωμένη γενική σωματική και νευρολογική εξέταση. Εάν επιδίδεται σε έμετους μπορεί να παρουσιάζει υποκαλιαιμική αλκάλωση. Επειδή πολλοί άρρωστοι είναι αφυδατωμένοι, ο κλινικός πρέπει να εξετάσει τους ηλεκτρολύτες ορού στην αρχή και στη συνέχεια περιοδικά κατά την διάρκεια της νοσηλείας.

Παθολογική και Εργαστηριακή Εξέταση

Καμία εργαστηριακή εξέταση από μόνη της και χωρίς προϋποθέσεις δεν βοηθά στη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας. Μία ποικιλία ενδοκρινολογικών και παθολογικών διαταραχών μπορεί να εμφανισθούν δευτερογενώς στη λιμοκτονία που παρουσιάζεται με τη διαταραχή. Γι' αυτό τα άτομα τα οποία πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας επιβάλλεται να υποβληθούν σε μία συστοιχία διαγνωστικών εργαστηριακών εξετάσεων. Οι εξετάσεις αυτές περιλαμβάνουν ηλεκτρολύτες ορού και εξετάσεις νεφρικής λειτουργίας, θυρεοειδούς, σακχάρου, αμυλάσης και αιματολογικές, ηλεκτροκαρδιογράφημα, επίπεδο χοληστερίνης, δοκιμασία καταστολής της δεξαμεθαζόνης και μέτρηση επιπέδων κορτινίνης. Ο κλινικός μπορεί να καταγράψει μειωμένη ορμόνη του θυρεοειδούς, μειωμένο σάκχαρο ορού, μη καταστολή της κορτιζόλης μετά από χορήγηση δεξαμεθαζόλης, υποκαλιαιμία, αυξημένα αζωτούχα ουρίας στο αίμα, και υπερχοληστεριναιμία. Οι καρδιαγγειακές επιπλοκές είναι συχνές και περιλαμβάνουν υπόταση και βραδυκαρδία.⁹

Πίνακας 1. Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς ανορεξίας κατά DSM-IV

A.	Άρνηση για τη διατήρηση του σωματικού βάρους πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό επίπεδο για την ηλικία και το ύψος (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί σε διαμόρφωση του σωματικού βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου. Ή, αποτυχία στην επίτευξη της αναμενόμενης αύξησης του βάρους στην περίοδο της ανάπτυξης, με αποτέλεσμα το βάρος να είναι λιγότερο από 85% του αναμενόμενου)
B.	Υπερβολικός φόβος αύξησης βάρους ή φόβος πάχους, παρά το ότι το άτομο είναι λιποβαρές.
Γ.	Διαταραχή στον τρόπο που αντιλαμβάνεται το βάρος ή και το σχήμα του σώματος. Αδικαιολόγητη υπερχρησιμοποίηση του σωματικού βάρους ή σχήματος στην αξιολόγηση του εαυτού ή άρνηση της σοβαρότητας του τρέχοντος χαμηλού επιπέδου βάρους.
Δ.	Αμηνόρροια, σε μεταεμμηναρχιακές γυναίκες, για χρονική περίοδο τουλάχιστον, τριών διαδοχικών κύκλων. ⁷



Άρρωστος με ψυχογενή ανορεξία (ευγενής προσφορά της Katherine Halmi, M.D.)⁹

3.2. Διαφορική Διάγνωση

Τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας καθιστά ιδιαίτερα δυσχερή ή άρνηση ασθενούς να συζητήσει για τα συμπτώματα, η μυστικότητα της γύρω από τις τελετουργίες στη συμπεριφορά φαγητού και η γενικότερη αντίστασή της. Μπορεί επομένως να αποδειχθεί δύσκολος ο προσδιορισμός του μηχανισμού απώλειας βάρους και η εκμείευση από τον των σκέψεων που αφορούν τις διαταραχές στην εικόνα του σώματος.

Ο κλινικός πρέπει να αποκλείσει με ασφάλεια την ύπαρξη σωματικής νόσου που μπορεί να είναι υπεύθυνη για την απώλεια βάρους (π.χ. όγκο του εγκεφάλου, καρκίνο, σύνδρομο δυσαπορρόφησης). Απώλεια βάρους και ασυνήθιστες συμπεριφορές φαγητού καθώς και έμετοι μπορεί να συμβαίνουν και στα πλαίσια άλλων ψυχικών διαταραχών. Οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν ορισμένα συμπτώματα κοινά με τη ψυχογενή ανορεξία, όπως καταθλιπτικό συναίσθημα, κλάματα, διαταραχή του ύπνου, σκέψεις αυτοκτονίας. Ωστόσο στην κατάθλιψη, εφόσον υπάρχει απώλεια βάρους, συνυπάρχει σοβαρή διαταραχή της όρεξης, ενώ η ανορεκτική ασθενής ισχυρίζεται ότι έχει φυσιολογική όρεξη και ότι αισθάνεται την πείνα. Η ανησυχία που συνοδεύει την κατάθλιψη είναι διαφορετική από την υπερκινητικότητα της ανορεκτικής ασθενούς, η οποία είναι σκόπιμη και έχει τελετουργικό χαρακτήρα. Η ενασχόληση με τις θερμίδες, τη σύνθεση των τροφών, τις συνταγές και την παρασκευή γευμάτων δεν παρουσιάζεται στην κατάθλιψη ούτε βέβαια ο φόβος του πάχους και δεν υπάρχει άρνηση της απώλειας βάρους.

Οι παραληρητικές ιδέες που σχετίζονται με το φαγητό, στη σχιζοφρένεια σπάνια αφορούν τη θερμιδική σύσταση των τροφών. Μία σχιζοφρενής ασθενής σπάνια θα υπερασχοληθεί με το φόβο του πάχους και δεν θα εμφανίζει την χαρακτηριστική υπερκινητικότητα της ανόρεκτης ασθενούς.

Τέλος, η ψυχογενής ανορεξία πρέπει να διακρίνεται από την ψυχογενή βουλιμία. Εδώ τα επεισόδια υπερφαγίας συνοδεύονται από καταθλητικό

συναίσθημα, σκέψεις αυτοϋποτίμησης και αισθήματα ντροπής, ενώ συνήθως το βάρος της ασθενούς διατηρείται σχετικά κοντά στο φυσιολογικό, φθάνοντας πολύ σπάνια σε απώλεια μεγαλύτερη από 15% του αναμενόμενου από τους πίνακες.⁷

3.3. Πορεία - Πρόγνωση της Ψ.Α.

Η πορεία της ψυχογενούς ανορεξίας παρουσιάζει μεγάλη - αυτόματη ίαση χωρίς θεραπεία, ίαση μετά από ποικιλία θεραπειών, διακυμαινόμενη πορεία με αύξηση βάρους που ακολουθούνται από υποτροπές, πορεία σταδιακής επιδείνωσης που προκαλεί το θάνατο από τις επιπλοκές της λιμοκτονίας. Γενικά η πρόγνωση δεν είναι καλή. Όσοι έχουν επανακτήσει επαρκές βάρος, η συνεχής ενασχόληση με το φαγητό και το βάρος του σώματος συχνά συνεχίζονται, οι κοινωνικές σχέσεις είναι συχνά φτωχές και πολλοί ασθενείς είναι μελαγχολικοί. Η βραχύχρονη ανταπόκριση σε όλα σχεδόν τα προγράμματα ενδονοσοκομειακής θεραπείας είναι καλή. Σε ορισμένες μελέτες το εύρος του δείκτη θνησιμότητας κυμαίνεται από 5-15%.

Δείκτες ευνοϊκής έκβασης είναι η παραδοχή της πείνας, λιγότερο άρνηση, λιγότερη ανωριμότητα και βελτιωμένη αυτοεκτίμηση. Παράγοντες όπως νευρωτικά στοιχεία στην παιδική ηλικία, συγκρούσεις γονέων, Ψυχογενής βουλιμία, έμετοι, κατάχρηση υπακτικών και ποικίλες συμπεριφορολογικές εκδηλώσεις (όπως ιδεοψυχαναγκαστικά, υστερικά, καταθλιπτικά, ψυχοσωματικά, νευρωτικά συμπτώματα και άρνηση) έχουν σχετισθεί με φτωχή έκβαση σε μερικές μελέτες αλλά δεν επηρεάζουν την έκβαση σε άλλες.

Το 30-50% των αρρώστων έχουν συμπτώματα ψυχογενούς βουλιμίας· κατά κανόνα τα βουλιμικά συμπτώματα εμφανίζονται μέσα σε 1 ½ χρόνο απ' την έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας. Μερικές φορές τα βουλιμικά συμπτώματα προηγούνται της έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας.⁹

3.4. Θεραπεία - Αποθεραπεία της Ψ.Α. - Παράγοντες αποκατάστασης

➤ Θεραπεία

Η θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι εξαιρετικά δύσκολη. Ο πρώτος στόχος της θεραπείας είναι η βελτίωση της κακής θρέψης του ατόμου και για να σταθεροποιηθεί η σωματική του κατάσταση και για να αναστραφούν οι ψυχολογικές διαταραχές (όπως η δυσκολία να αφομοιώσει το άτομο καινούργιες πληροφορίες) που προέρχονται ειδικά από την ασιτία. Μόνον όταν η φοβερή ασιτία με τα σωματικά συνεπακόλουθά της αναστραφεί σχετικά (συχνά με νοσηλεία και υποχρεωτική σίτιση, όπως αναφέραμε) μπορεί κανείς ν' αρχίσει να προσπαθεί να διαγράψει κάποιο ακριβές πλαίσιο της βασικής ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου (π.χ. αν υπάρχει ή όχι ψύχωση ή διαταραχή της προσωπικότητας). Τότε, η υποκείμενη νόσος θα πρέπει να θεραπευθεί με ψυχοθεραπεία ή φάρμακα ή και τα δύο.

Οι κλινικοί αναφέρουν κάποια επιτυχία στη θεραπεία της ψυχογενούς Ανορεξίας με ένα συνδυασμό θεραπείας συμπεριφοράς, που στοχεύει στη διατήρηση του βάρους σε κάποιο ικανοποιητικό επίπεδο και αποκαλυπτικής ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας που στοχεύει στη διευκρίνιση και διόρθωση της εσωτερικής σύγχυσης και της παραμόρφωσης των συναισθημάτων και των αναγκών του ανορεκτικού ατόμου, της αξίας του σαν ατόμου και της ικανότητας να ελέγχει τη ζωή του. Σημαντική βοήθεια στη θεραπεία του ανορεκτικού ατόμου μπορεί να δώσει η οικογενειακή θεραπεία, που στοχεύει στη μείωση της υπερβολικής εμπλοκής της οικογένειας με το ανορεκτικό άτομο και στη βοήθεια της οικογένειας να μπορέσει να επιστρέψει στο ανορεκτικό άτομο μεγαλύτερη αυτονομία.

α. Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

Η πρώτη φροντίδα είναι η αποκατάσταση υποσιτισμού και των επιπλοκών του. Η απόφαση για την εισαγωγή της ασθενούς εξαρτάται από τη σωματική της κατάσταση και από την ύπαρξη των συνθηκών εκείνων

που θα διασφαλίσουν τη συνεργασία της. Γενικά, αν η απώλεια βάρους είναι μεγαλύτερη από 20% ή αν αυτή έχει συμβεί με ταχύ ρυθμό, χρειάζεται εισαγωγή στο γενικό νοσοκομείο. Το ίδιο συμβαίνει όταν διαπιστώνονται σοβαρές καρδιακές ή μεταβολικές – ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή παράλληλη νοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές.

Τα ενδονοσοκομειακά ψυχιατρικά προγράμματα για ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία περιλαμβάνουν συνδυασμό συμπεριφερολογικών πρακτικών, ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας. Η επιτυχία τους εξαρτάται από τις δεξιότητες του νοσηλευτικού κυρίως προσωπικού, αλλά και γενικότερα από τον υψηλό βαθμό συνεργασίας της ψυχιατρικής ομάδας, ώστε να καλλιεργηθεί η απαραίτητη θεραπευτική συμμαχία με την εξαιρετικά δύσκολη αυτή ασθενή. Απαραίτητο στοιχείο της θεραπευτικής προσπάθειας είναι η συνεργασία, η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των μελών της οικογένειας.

Η νοσηλευτική φροντίδα που απαιτείται για την ψυχογενή ανορεξία περιλαμβάνει χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων (1500-2000 θερμίδες ημερησίως αρχικά, μοιρασμένες σε 5-6 γεύματα), συχνό πρωϊνό ζύγισμα, συχνή παρακολούθηση των κλινικών και εργαστηριακών δεικτών που αφορούν τις επιπλοκές του υποσιτισμού, αποτροπή των προκλητών εμέτων ή της χρήσης άλλων καθαρτικών τεχνικών με στενή επίβλεψη μετά τα γεύματα, φαρμακευτική βοήθεια για την αποκατάσταση του ύπνου, αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με μαλακτικά κοπράνων, καταστολή της υπερκινητικότητας και του άγχους της ασθενούς με ηρεμιστικά – αγχολυτικά.

Τέλος, σημαντική είναι η υποστήριξη και η ενθάρρυνση της ασθενούς να επικεντρώνεται στη συζήτηση των προβλημάτων ζωής και σχέσεων, αντί να περιορίζεται σε θέματα διατροφής και σωματικού βάρους.

β. Ψυχοθεραπεία

Τόσο μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Όσο και σε περίπτωση που η κατάσταση της ασθενούς επιτρέπει την εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση, απαραίτητη είναι η εφαρμογή εντατικού ψυχοθεραπευτικού προγράμματος,

για τουλάχιστον 1-2 χρόνια. Οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, που χρησιμοποιούνται με επιτυχία σε ασθενείς, είναι η συμπεριφερική – γνωσιακή, η διαπροσωπική και η ψυχοδυναμική.

Η τελευταία έχει σοβαρές δυσκολίες εφαρμογής σε υποσιτισμένες ασθενείς. Πολύ χρήσιμη είναι επίσης η συμβουλευτική υποστήριξη σε θέματα διατροφής και βάρους από ειδικευμένο διαιτολόγο. Το ίδιο απαραίτητη είναι η συνεργασία και η συμβουλευτική της οικογένειας. Σε περιπτώσεις μάλιστα, εφήβων ασθενών ηλικίας κάτω των 18 ετών, η θεραπεία με την οικογένεια από οικογενειακό θεραπευτή αποτελεί τη θεραπεία εκλογής.

γ. Βιολογικές θεραπείες

Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες ομάδες ψυχοφαρμάκων και οι υπόλοιπες βιολογικές θεραπείες έχουν σχεδόν όλες δοκιμασθεί στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας, οι μελέτες σύγκρισης της αποτελεσματικότητας δεν έχουν αποδείξει να υπάρχει βέβαιη θεραπευτική δράση, τουλάχιστον ως προς τον πυρήνα της ψυχοπαθολογίας της νόσου. Γι' αυτό και η χορήγηση ψυχοφαρμάκων περιορίζεται σε εμπειρική συμπτωματική χρήση, ανάλογα με τα επιφανειακά συμπτώματα – στόχους. Στην πράξη, συχνά καταφεύγουμε στη χορήγηση αντικαταθλιπτικών για την αντιμετώπιση συνοδών ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων. Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών, σε ασθενείς υποσιτισμένους ή με επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα πρέπει να γίνεται προοδευτικά και με σταδιακά αυξανόμενες δόσεις. Σε περίπτωση διαπίστωσης νοσηρότητας με μείζονα κατάθλιψη, μπορεί να έχει ένδειξη η εφαρμογή ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT).

- **Συνδυασμός θεραπειών**

Στην κτηνιατρική σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης μια ομάδα ειδικών έδωσαν σε θηλυκούς χοίρους αμπεροζίδη, νευροληπτική καταπραϊντική ουσία που δρα στους υποδοχείς σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης. Αυτή είχε αγχολυτική επίδραση, με αποτέλεσμα η

θησιμότητα των χοίρων να μειωθεί από το 50% στο 15%. Στον άνθρωπο όμως; Τα φάρμακα που κυκλοφορούν δεν είναι αποτελεσματικά. Στις ΗΠΑ εδώ και τρία χρόνια βρίσκεται σε εξέλιξη ένα πείραμα με τέσσερις ομάδες ανορεξικών. Η αγωγή της πρώτης ομάδας συνιστάται στην παροχή του αντικαταθληπτικού φλουοξετίνη, ενώ στη δεύτερη η παροχή αντικαταθληπτικού συνοδεύεται με ψυχοθεραπεία. Στην τρίτη ομάδα έκαναν μόνο ψυχοθεραπεία, ενώ στην τέταρτη μόνο διατροφική θεραπεία.

Τα καλύτερα αποτελέσματα έδωσε ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμάκων. Άλλες ουσίες όπως η σερτραλίνη και η παροξετίνη δίνουν ακόμα καλύτερα αποτελέσματα από τη φλουοξετίνη. Για την αντιμετώπιση της βουλιμίας παρέχουν αντικαταθληπτικά σε μεγάλες δόσεις, τρεις φορές μεγαλύτερες από εκείνες που δίνουν στην περίπτωση ανορεξίας. Όμως τα καλύτερα αποτελέσματα έδωσε ο συνδυασμός της φαρμακολογικής αγωγής με την ψυχοθεραπεία, η οποία διδάσκει πώς να ξεπερνάμε τις δυσκολίες και τις κρίσεις χωρίς να απέχουμε από το φαγοπότι ή να καταφύγουμε σ' αυτό.¹⁶

- **Κατανόηση και βοήθεια από τους οικείους**

Όταν ενδιαφερόμαστε για κάποιον με ένα πρόβλημα, η φυσική μας τάση είναι να προσπαθήσουμε να το επιλύσουμε και να βοηθήσουμε το άτομο να απαλλαγεί από αυτό. Έτσι, στα μάτια των συγγενών και των φίλων η ανορεξία είναι ένα πρόβλημα προς επίλυση. Από ψυχολογική όμως και από την πλευρά του ασθενούς, είναι μια ανεπιτυχής λύση σε κάποιο άλλο πρόβλημα.

Έτσι η ανορεξία, όπως και άλλες διαταραχές της συμπεριφοράς, είναι μια προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει τη ζωή και να επικοινωνήσει. Η στέρηση τροφής μπορεί να είναι εν μέρει μία προσπάθεια του ατόμου να εδραιώσει την αίσθηση του εαυτού του και να νιώσει δύναμη, ιδιαιτερότητα και έλεγχο. Οι νευρογενείς διαταραχές της όρεξης είναι μία έκφραση συναισθημάτων, τα οποία το άτομο δεν μπορεί να εκφράσει συναισθημάτων, τα οποία δεν μπορεί να εκφράσει αλλιώς, συνηθέστερα συναισθήματα

ντροπής, αμφιβολίας, θυμού, οδύνης, ανεπάρκειας, η εμπειρία του να μη αναγνωρίζεται ως αυτόνομο, με το δικαίωμα να ζήσει τη ζωή του όπως αυτό θέλει και, τέλος, η αίσθηση ότι είναι αόρατο, άγνωστο στους γύρω του και μη αποδεκτό για αυτό που είναι.

Το σημαντικότερο πράγμα που μπορεί να κάνει η οικογένεια και οι φίλοι ενός ατόμου με ανορεξία είναι να το αγαπούν χωρίς όρους. Το οικείο περιβάλλον πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι δεν πρόκειται για ένα καπρίτσιο, αλλά για μία πραγματική ασθένεια. Τα ανορεξικά άτομα θα παρακαλέσουν, θα πουν ψέματα και θα καταφύγουν να φάνε και να πάρουν βάρος. Συγγενείς και φίλοι θα πρέπει να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα παρέχοντας ουσιαστική υποστήριξη, χωρίς γκρίνια, και αναζητώντας επαγγελματική βοήθεια.

Το περιβάλλον του ασθενούς δεν πρέπει να επικεντρώνεται στη φυσική εικόνα του ανορεξικού ή στις διατροφικές του συνήθειες, επειδή δεν πρόκειται να αλλάξουν, αφού το πρόβλημα δεν εξαρτάται από την καλή θέληση του ασθενούς.

Συχνά συγγενείς και φίλοι θυμώνουν με το ανορεξικό άτομο και καταφεύγουν σε δηλώσεις του τύπου «εσύ πρέπει...», οι οποίες τελικά δεν οδηγούν πουθενά, πέρα από το να χειροτερεύουν την κατάσταση. Ο θυμός των οικείων είναι μια φυσική έκφραση του ενδιαφέροντός τους για τον ασθενή - μόνο που το εκφράζουν με λανθασμένο τρόπο -. Σωστότερο είναι να παραμείνουν αυθεντικοί και να καταφύγουν σε δηλώσεις που ξεκινούν με το «εγώ», ώστε να είναι φανερό ότι πρόκειται για τις δικές τους αντιλήψεις και ότι απαραίτητα για μια αρνητική κρίση προς το ανορεξικό άτομο.

Το πρώτιστο καθήκον των οικείων όμως είναι να ζητήσουν ιατρική και ψυχολογική υποστήριξη για τον ασθενή, σε περίπτωση που υποπτεύονται την ύπαρξη νευρογενούς ανορεξίας.²⁶

Ανακεφαλαίωση της θεραπείας της ψυχογενούς ανορεξίας¹⁵

- Ηλικία: 18 ετών και άνω
- Όχι σοβαρά άρρωστη κλινικών
- Αποτυχία προηγούμενης νοσοκομειακής θεραπείας
- Ηλικία: κάτω των 18 ετών
- Σοβαρά άρρωστη κατά την κλινική εξέταση
- Αποτυχία εξωνοσοκομειακής θεραπείας
- Η γυναίκα εκφράζει κάποια προτίμηση



Συνήθως εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση

Συνήθως εισαγωγή σε νοσοκομείο

Άλλες υποδείξεις και υποστήριξη για να βοηθηθεί η ασθενής:

Εξασφάλιση προγράμματος για να βοηθηθεί η ασθενείς:

- να αυξήσει αργά το βάρος της
- να σταματήσει να χρησιμοποιεί συμπεριφορά απώλειας βάρους
- να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού
- να αυξάνει το βάρος της κατά 1 κιλό την εβδομάδα
- να σταματήσει τη συμπεριφορά απώλειας βάρους
- να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού
- να γυμνάζεται σωστά για το βάρος του σώματός της

Εάν οι παραπάνω στόχοι δεν επιτευχθούν συνήθως γίνεται εισαγωγή στο νοσοκομείο

Σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος εξασφαλίστε:

- υποστηρικτική ψυχοθεραπεία
- βοήθεια για άλλα προβλήματα που θα αντιληφθείτε (συζυγικά, οικογενειακά, ιατρικά)
- βοήθεια για να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού κατάλληλους για τον τρόπο ζωής της
- βοήθεια για να αναπτύξει λογικούς τρόπους γυμναστικής

Αργότερα βοηθήστε την ασθενή:

- να σταθεροποιήσει το βάρος της στα επιθυμητά όρια
- να εξακολουθήσει να αποφεύγει τις επικίνδυνες μεθόδους απώλειας βάρους
- να μειώσει την ενασχόλησή της με το βάρος και το φαγητό

Γενικός στόχος είναι να τη βοηθήσετε:

- να ζήσει μια φυσιολογική ζωή
- να μπορέσει να αντιμετωπίσει τη ζωή

➤ **Αποθεραπεία στη Νευρική Ανορεξία**

Αντικείμενο/ερευνήσαμε ανορεκτικούς ασθενείς για να διαπιστώσουμε τις αιτίες που εννόησαν την αποθεραπεία.

Μέθοδος/όλες οι γυναίκες που παρουσίασαν διατροφικές διαταραχές υποβλήθηκαν σε εκτεταμένες συνεντεύξεις με ερωτήσεις για τα πιστεύω τους καθώς και τις αιτίες που προκάλεσαν νευρική ανορεξία καθώς και τους παράγοντες που τους οδήγησαν στην αποκατάσταση. Οι απαντήσεις ταξινομήθηκαν με διαφορετικούς συντελεστές.

Αποτελέσματα/από τις πιο κοινές αιτίες ήταν οι διαλυμένες οικογένειες, δίαιτες και έντονο στρες καθώς και συνεχή πίεση. Οι πιο κοινοί παράγοντες που συμβάλλουν στην αποκατάσταση ήταν υποστηρικτικές και οικογενειακές σχέσεις θεραπεία και ωρίμανση ανάρρωση καθορίστηκε από την απουσία διάγνωσης για οποιαδήποτε διατροφική διαταραχή η οποία δεν έχει διευκρινιστεί με βάση τα DSM-III-R κριτήρια μέχρι τη στιγμή της συνέντευξης.

Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε ένα πρόγραμμα διατροφικών διαταραχών στο «Princess Margaret Hospital» το οποίο συμπεριλάμβανε σταθεροποίηση βάρους, μεμονωμένη αλλά και ομαδική ψυχοθεραπεία, οικογενειακά συμβούλια, φαρμακευτική περίθαλψη σε περίπτωση ανάγκης και αποκατάσταση. Ο μέσος όρος για αποκατάσταση περίπου πέντε χρόνια.^{27,28,29,30}

➤ **Παράγοντες αποκατάστασης**

Επειδή καμιά θεραπεία δεν είναι παγκοσμίως αποδεκτή για τη νευρική ανορεξία θα ήταν χρήσιμο να ερευνήσουμε ποια θεραπευτική εμπειρία παίζει το πιο σημαντικό ρόλο για την προοπτική των ασθενών. Στο δείγμα μας οι σχέσεις έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στην αποκατάσταση. Οι ασθενείς παραδέχτηκαν ότι μια σχέση γεμάτη υποστήριξη ήταν η δύναμη που συνέβαλε στην αποκατάσταση.

Πολλοί ασθενείς ισχυρίστηκαν ότι ωρίμασαν μετά από αυτήν τη διαταραχή. Σε πολλές περιπτώσεις μένοντας έγκυος ή επιθυμώντας να ξεκινήσουν μια νέα οικογένεια ενεργοποίησε αυτή τη διαδικασία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ/πολλοί λίγοι μεμονωμένοι ανέφεραν ότι η θεραπεία με φάρμακα έπαιξε σημαντικό ρόλο, στο δείγμα μας μόνο 4 ασθενείς ανέφεραν τα φάρμακα ως παράγοντας αποθεραπείας. Κανένας από αυτούς δεν ισχυρίστηκε ότι η φαρμακευτική αγωγή επηρέασε τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας αλλά παρατήρησαν βελτιώσεις στη διάθεση και την καταπολέμηση της ανησυχίας. Από αυτές τις υποκειμενικές έρευνες δεν υπάρχει κανένα στοιχείο για μια συγκεκριμένη και αποτελεσματική φαρμακολογική θεραπεία για τη νευρική ανορεξία.^{27,28,29,30}

3.5. Σωματικές Επιπλοκές – Διαταραχές περιόδου στην Ψ.Α.

➤ Σωματικές Επιπλοκές

➤ Σχετικές με την απώλεια βάρους:

Καχεξία: Μείωση λίπους, μυϊκής μάζας, μειωμένος μεταβολισμός θυρεοειδούς (σύνδρομο χαμηλής T₃) δυσανεξία στο κρύο και δυσκολία διατήρησης σταθερής θερμοκρασίας σώματος.

Καρδιακές: Μείωση καρδιακού μυός, μικρή καρδιά, καρδιακή αρρυθμία που περιλαμβάνει κοιλιακές και κοιλιακές εκτάσεις συστολές, παράταση αγωγιμότητας του δεματίου His (η παράταση διαστήματος QT), βραδυκαρδία, κοιλιακή ταχυκαρδία, αιφνίδιος θάνατος.

Πεπτικές – Γαστρεντερικές: Καθυστέρηση κένωσης του στομάχου, μετεωρισμός, δυσκοιλιότητα, κοιλιακό άλγος.

Αναπαραγωγικό: Αμηνόρροια, χαμηλά επίπεδα ωχρινοτρόπου (LH) και ωοθυλακιοτρόπου (FSH) ορμόνης.

Δερματολογικές: Χνους (τρίχωση που μοιάζει με μαλλιά εμβρύου), οίδημα.

Αιματολογικές: Λευκοπενία.

Νευροψυχιατρικές: Ανωμαλίες στην αίσθηση της γεύσης (έλλειψη ψευδαργύρου;), απαθής κατάθλιψη, ήπιες γνωσιακές ανωμαλίες.

Σκελετικές: Οστεοπόρωση.

➤ Σχετιζόμενες με κάθαρση (έμετοι και κατάχρηση υπακτικών)

Μεταβολικές: Ηλεκτρολυτικές διαταραχές, κυρίως υποκαλιαιμία, υπερχλωραιμική αλκάλωση, υπομαγνησισαιμία.

Πεπτικές – Γαστρεντερικές: Φλεγμονή και διόγκωση των σιελογόνων αδένων και του παγκρέατος με αύξηση της αμυλάσης ορού, διάβρωση οισοφάγου και στομάχου, δυσλειτουργία των εντέρων με ακολπωματική διάταση.

Οδοντικές: Διάβρωση της οδοντικής αδαμαντίνης, ιδιαίτερα των προσθίων οδόντων, με επακόλουθη τερηδόνα.

Νευροψυχιατρικές: Επιληπτικές κρίσεις (που σχετίζονται με τη μεγάλη μετατόπιση υγρών και τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές), ήπιες νευροπάθειες, κόπωση και αδυναμία, ήπιες γνωσιακές ανωμαλίες.

➤ **Διαταραχές της περιόδου στην Ψ.Α.**

Δεν είχα περίοδο τα τελευταία 10 χρόνια. Έχω ξεχάσει πως είναι φυσιολογικό να έχεις περίοδο – και δεν είναι φυσιολογικό να μην έχεις. Αν και φαίνεται πολύ πιο εύκολο και βολικό να μην υπάρχουν, καταλαβαίνω επίσης πως δεν έχω τη συγκινησιακή κατάσταση μιας πλήρως ανεπτυγμένης γυναίκας λόγω του αποκλεισμού του ορμονικού μου συστήματος. Νιώθω πως έχω στερηθεί αυτό το προνόμιο αλλά και ο μοναδικός τρόπος για να μου ξαναέρθει η περίοδος είναι να κάνω το θετικό πράγμα που θα διορθώσει την κατάσταση – να τρώω!

Ένα σοβαρό σωματικό πρόβλημα στις γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία είναι ότι δεν φτάνουν στην εμμηναρχή ή οι περίοδοί τους σταματούν, συχνά πολύ πριν να χάσουν πολύ βάρος. Πράγματι, η απουσία περιόδου (αμηνόρροια) είναι από τα χαρακτηριστικά που είναι απαραίτητα για να γίνει διάγνωση.

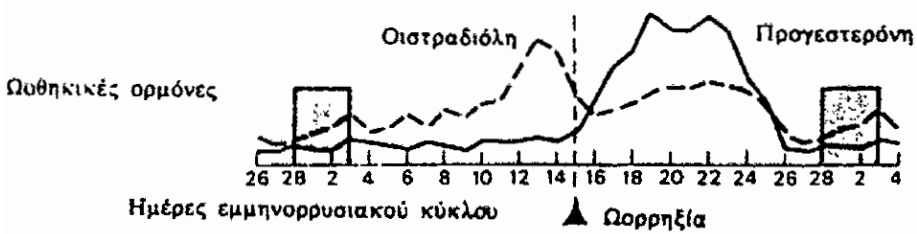
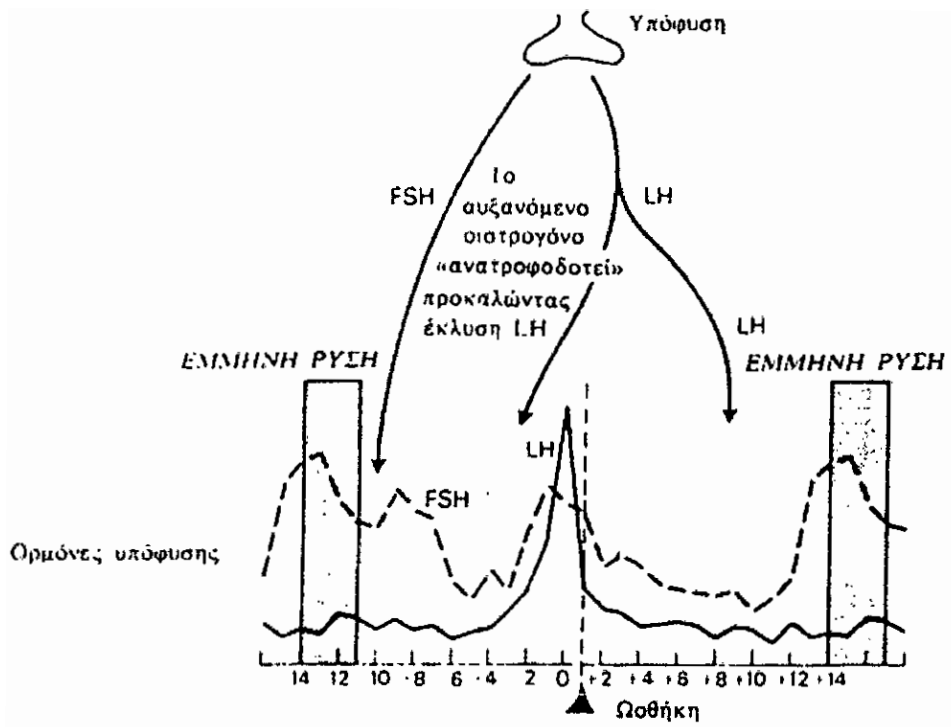
Η εξήγηση των διαταραχών της περιόδου είναι μάλλον περίπλοκη γιατί συνεπάγεται την αλληλεπίδραση ενός αριθμού ορμονών. Ο έλεγχος αυτών των ορμονικών σχέσεων βρίσκεται στην περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται υποθάλαμος, που με τη σειρά του επηρεάζεται από μηνύματα από άλλα τμήματα του εγκεφάλου και από εξωτερικούς παράγοντες, όπως το συγκινησιακό σοκ.

Στην παιδική ηλικία, πριν από την εφηβεία, σ' όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας και μέχρι το γήρας ο υποθάλαμος εκκρίνει και απελευθερώνει αρκετές ορμόνες σε μικρά αιμοφόρα αγγεία που τις μεταφέρουν στην υπόφυση όπου προκαλούν τη σύνθεση και την απελευθερώνει αρκετές ορμόνες σε μικρά αιμοφόρα αγγεία που τις μεταφέρουν στην υπόφυση όπου προκαλούν τη σύνθεση και την απελευθέρωση των ορμονών της υπόφυσης, που ασκούν βαθιές επιδράσεις στον οργανισμό. Επειδή προκαλούν την απελευθέρωση ορμονών από την υπόφυση, οι ορμόνες που κατασκευάζονται στον υποθάλαμο ονομάζονται εκλυτικές ορμόνες.

Η εκλυτική ορμόνη που επηρεάζει την ωορρηξία και την περίοδο ονομάζεται εκλυτική ορμόνη της γοναδοτροπίνης ή GnRH. Στην παιδική ηλικία απελευθερώνεται μία μικρή αλλά σταθερή ποσότητα GnRH αλλά στα χρόνια ακριβώς πριν από την έναρξη της περιόδου λαμβάνει χώρα μία μεταβολή και η GnRH αρχίζει να εκλύεται κατά ώσεις στο διάστημα της ημέρας. Αυτές οι ώσεις αρχίζουν όταν το κορίτσι αρχίζει να μεγαλώνει μάλλον γρήγορα τα τρία ή τέσσερα χρόνια πριν από την εμμηναρχή. Όταν το σώμα της φθάσει σε ένα «κρίσιμο» βάρος, ή για την ακρίβεια όταν η αναλογία λίπους στο σώμα της υπερβεί ένα κρίσιμο όριο, έχει περίοδο για πρώτη φορά και φτάνει στην εμμηναρχή. Μόλις γίνει η εμμηναρχή, η GnRH εξακολουθεί να εκλύεται κατά ώσεις σε όλη την διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας, με την ποσότητα να ποικίλει από μέρα σε μέρα.

Για παράδειγμα κατά την περίοδο λαμβάνει χώρα μια μεγάλη έξαρση GnRH και αυτή διεγείρει εξειδικευμένα κύτταρα στην υπόφυση να συνθέσουν και να απελευθερώσουν τη θυλακιοτρόπο ορμόνη (ή ESF). Όπως δείχνει το όνομά της, η ESF διεγείρει την ανάπτυξη ενός αριθμού

από δομές (θυλάκια) στην ωοθήκη που περιέχουν ωάρια. Κατά την εφηβεία κάθε ωοθήκη περιέχει πάνω από 200.000 θυλάκια. Κάθε μήνα ανάμεσα στην εφηβεία και την εμμηνόπαυση 10 έως 20 θυλάκια διεγείρονται να αναπτυχθούν και ένα από αυτά ξεπερνάει σε ανάπτυξη όλα τα άλλα. Καθώς αναπτύσσονται συνθέτουν τη γυναικεία ορμόνη του φύλου, το οιστρογόνο, και την απελευθερώνουν στο αίμα που κυκλοφορεί. Το οιστρογόνο προσλαμβάνεται εκλεκτικά από τους ιστούς στα γεννητικά όργανα και στους μαστούς, και ιδίως από την αδενική επένδυση ή ενδομήτριο της μήτρας και των μαστών που αναπτύσσονται, αυξάνοντας σε πάχος. Ταυτόχρονα οι αυξανόμενες ποσότητες οιστρογόνου στο αίμα «ανατροφοδοτούν αρνητικά» τον υποθάλαμο και την υπόφυση, οδηγώντας σε αργή πτώση της ποσότητας GnRH. Στη μέση του κύκλου, δηλαδή περίπου 16 ημέρες πριν την επόμενη περίοδο, εμφανίζεται μια έξαρση έκκρισης οιστρογόνου, που προκαλεί «θετική να τροφοδότηση» προς τον υποθάλαμο και την υπόφυση.



Ο έλεγχος της έμμηνης ρύσης.

Αντιδρώντας σ' αυτήν η υπόφυση εκλύει ένα κύμα ESF και ένα κύμα από μία δεύτερη ορμόνη, την ωχρινοποιητική ορμόνη ή LH Η LH, με τη σειρά της, επιδρά στο μεγαλύτερο από τα αναπτυσσόμενα θυλάκια που έχει τριπλάσιο μέγεθος από όλα τα άλλα, και έχει διάμετρο περίπου 23 χλστ. Το θυλάκιο έχει τεντώσει την επιφάνεια της ωοθήκης. Το θυλάκιο «σκάει» και απελευθερώνει το ωάριό του. Έχει λάβει χώρα ωορρηξία. Η LH προκαλεί επίσης μεταβολές στο χαρακτήρα του σπασμένου θυλακίου που ονομάζεται τώρα «ωχρό σωματίο». Κιτρινίζει και αρχίζει να συνθέτει και να απελευθερώνει μια δεύτερη γυναικεία ορμόνη του φύλου, την προγεστερόνη. Η προγεστερόνη αναπτύσσει ακόμη περισσότερο το ενδομήτριο, ώστε να είναι έτοιμο να γονιμοποιηθεί το ωάριο. Εάν δεν λάβει χώρα γονιμοποίηση, το ωχρό σωματίο πεθαίνει, και σταματάει να παράγει ορμόνες. Αυτό οδηγεί σε έμμηνη ρύση (περίοδο) και επανάληψη του ορμονικού κύκλου.

Έχει παρατηρηθεί ότι οι στενές σχέσεις των ορμονών μπορούν να διακοπούν από διάφορους παράγοντες. Εάν το βάρος του σώματος πέσει κάτω από ένα κρίσιμο επίπεδο, ο υποθάλαμος δεν απελευθερώνει GnRH κατά ώσεις. Έτσι η υπόφυση δεν εκλύει αρκετή FSH για να διεγείρει τις ωοθήκες, και η περίοδος σταματάει. Όταν το βάρος του σώματος αυξηθεί πάνω από το κρίσιμο επίπεδο, η περίοδος ξαναρχίζει, συχνά με κάποια καθυστέρηση. Είναι επίσης γνωστό ότι η υπερβολική γυμναστική αναστέλλει την κατά ώσεις απελευθέρωση της GnRH με επακόλουθη αμηνόρροια. Μία γυναίκα που το βάρος της είναι κάτω από το κανονικό, αλλά πάνω από το κρίσιμο επίπεδο, και που γυμνάζεται υπερβολικά, π.χ. μία χορεύτρια μπαλέτου, δεν έχει επίσης περίοδο και γίνεται εμμηνορροϊκή.

Οι ορμονικές μεταβολές που συζητήσαμε δίνουν μία εξήγηση για τις διαταραχές της περιόδου. Όταν ο δείκτης Quetelet μιας γυναίκας πέσει στο 15 ή χαμηλότερα, ή το βάρος του σώματός της πέσει κάτω από το κρίσιμο επίπεδο που είναι περίπου 80 τοις εκατό του Μέσου Βάρους Σώματος, σταματάει η κατά ώσεις απελευθέρωση GnRH και τα κύματα GnRH αντικαθίστανται από σταθερή μικρή έκκριση, παρόμοια με εκείνη που συνέβαινε πριν την εφηβεία. Επειδή η GnRH δεν απελευθερώνεται πια

κατά ώσεις, η υπόφυση δεν απελευθερώνει FSH και LH σε επίπεδα αρκετά για να διεγείρουν τις ωοθήκες να εκκρίνουν επαρκείς ποσότητες των γυναικείων ορμονών του φύλου και το αποτέλεσμα είναι αμηνόρροια.

Είναι ενδιαφέρον ότι μεταξύ 10 και 20 τοις εκατό των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία εμφανίζουν αμηνόρροια πριν να χάσουν καθόλου βάρος (στην πραγματικότητα το βάρος τους μπορεί ακόμη και να αυξάνει) και σε άλλες η περίοδος δεν ξαναρχίζει τακτικά επί μήνες ή και χρόνια μετά την επάνοδο σε φυσιολογικά βάρη σώματος. Εάν ληφθεί ένα λεπτομερές ιστορικό από αυτές τις γυναίκες συνήθως ανακαλύπτεται ότι έχουν χρησιμοποιήσει μεθόδους απώλειας βάρους όπως η υπερβολική γυμναστική, ο αυτοπροκαλούμενος έμετος και η κατάχρηση καθαρκτικών πριν από την απώλεια βάρους ή κατά και μετά την πρόσκτηση βάρους. Σε αυτές τις περιπτώσεις η διαταραχή της περιόδου συνδέεται σχεδόν με βεβαιότητα με τη συμπεριφορά απώλειας βάρους.

Όμως όλες οι ασθενείς που συνεχίζουν να έχουν αμηνόρροια πριν χάσουν πολύ βάρος ή μετά την επανασίτιση δεν χρησιμοποιούν τέτοιες μεθόδους και έτσι είναι πιθανή μία άλλη εξήγηση.

Προς το παρόν δεν ξέρουμε ποια είναι.

Ιστορικό περιπτώσεως: Μαρία

Η Μαρία είναι μία ελκυστική μικρότερη κόρη μιας οικογένειας που μετανάστευσε στην Αυστραλία πριν από τη γέννησή της. Σε ηλικία 14 ετών, ένα χρόνο αφότου άρχισε η περιόδός της, κατάλαβε πως οι άλλοι στην οικογένειά της ήταν χοντροί και δεν ήθελε να γίνει χοντρή σαν και αυτούς. Το βάρος της ήταν μέσα στα επιθυμητά όρια 47,5 κιλά (QI 20,6,100 τοις εκατό του ABW) και την πείραζαν στο σχολείο ότι ήταν μια «σέξυ Ιταλίδα». Αγόρασε μερικά χάπια αδυνατίσματος από το φαρμακείο αλλά αφού τα πήρε επί 5 ημέρες σταμάτησε γιατί «δεν έκαναν τίποτα». Επειδή οι φίλες της στο σχολείο έκαναν δίαιτα, αποφάσισε να κάνει το ίδιο. Το σχέδιό της ήταν να τρώει κανονικά τη μία μέρα και να μένει νηστική την επόμενη. Είχε την τάση να παρατρώει όταν δεν έμενε νηστική και έτσι

μετά από δύο μήνες είχε πάρει, αντί να χάσει, 4 κιλά. Άκουσε πως αν έπαιρνε καθαρκτικά θα έχανε βάρος και επειδή η μητέρα της έδινε καθαρκτικά στην οικογένεια όταν δεν άδειαζε το έντερό τους κάθε μέρα, πίστευε πως είχε την «άδεια» να χρησιμοποιήσει καθαρκτικά για να χάσει βάρος.

Άρχισε επίσης να κάνει γυμναστική 1 ή 2 ώρες την ημέρα λέγοντας στην οικογένειά της ότι προετοιμαζόταν για τα σπορ του σχολείου.

Σε ένα μήνα από τότε που άρχισε το πρόγραμμα γυμναστικής, η περίοδός της σταμάτησε αν και είχε χάσει μόνο 2 κιλά. Η Μαρία ένιωθε μυστικά ευχαριστημένη που δεν είχε περίοδο αλλά ανησυχούσε μήπως το μάθουν οι άλλοι κι αναρωτιούνται αν είναι φυσιολογικό. Τους επόμενους πέντε μήνες παρά την γυμναστική και τα καθαρκτικά το βάρος έμενε το ίδιο. Στην απελπισία της να χάσει βάρος η Μαρία αρνιόταν να τρώει με την οικογένειά της γιατί το φαγητό ήταν «όλο ζυμαρικά και ανθυγιεινό». Σε ηλικία 16 ετών έκανε αυστηρή δίαιτα και κατάχρηση καθαρκτικών. Το βάρος της άρχισε να μειώνεται και στη 18^η επέτειο των γενεθλίων της ζύγιζε 31 κιλά (QI 12,65 τοις εκατό του ABW). Τώρα οι γονείς της μπήκαν στη μέση. Μπήκε στο νοσοκομείο με διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας και της άρχισαν ένα πρόγραμμα επανασίτισης.

Μετά από τρεις μήνες όταν βγήκε από το νοσοκομείο το βάρος της είχε αυξηθεί σε 49 κιλά (QI 18,5,90 τοις εκατό του ABW) και είχε περίοδο. Στο σπίτι εξακολουθούσε να φοβάται μήπως παχύνει και ξανάρχισε να χρησιμοποιεί υπερβολικές δόσεις καθαρκτικών και έκανε προσεκτική δίαιτα για να διατηρήσει το βάρος της γύρω στα 44 κιλά. Δεν είχε άλλη φορά περίοδο παρά μόνο ένα χρόνο αργότερα όταν βρήκε δουλειά κι ένα φίλο που ενέκριναν οι γονείς της. άρχισε να έχει περίοδο παρά το ότι το βάρος της είχε πέσει στα 42 κιλά.¹⁵

3.6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη Ψ.Α.

➤ Η διαίτα των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία

Όπως αναφέραμε νωρίτερα, οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία έχουν επίμονη ενασχόληση με το φαγητό. Μαζεύουν και διαβάζουν βιβλία και άρθρα σε περιοδικά που αφορούν το φαγητό, τη διαίτα και το σωματικό βάρος. Συχνά αναλαμβάνουν το μαγείρεμα της οικογένειας. Ξέρουν περισσότερα πράγματα για τη διατροφή από το ευρύτερο κοινό. Αρκετοί ερευνητές έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που έχουν ψυχογενή ανορεξία αποφεύγουν τους υδατάνθρακες στη διατροφή τους και ότι η χαμηλή πρόσληψη υδατανθράκων είναι το χαρακτηριστικό που διακρίνει το διαιτολόγιο που έχουν διαλέξει να χάσουν βάρος. Μία πρόσφατη έρευνα στο Σίντνεϋ αμφισβητεί το κατά πόσον η «έλλειψη υδατανθράκων» είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα της ψυχογενούς ανορεξίας. Δεκαεπτά ασθενείς που έπασχαν από ψυχογενή ανορεξία επί λιγότερο από 15 ημέρες προσφέρθηκαν εθελοντικά να απαντήσουν στις ερωτήσεις ενός διαιτολόγου δύο φορές: από τις συνεντεύξεις αυτές βγήκαν συμπεράσματα για την καθημερινή πρόσληψη τροφών και το διαιτολόγιο που έτρωγαν οι γυναίκες στο αποκορύφωμα της αρρώστιας τους συγκρίθηκε με εκείνο των «φυσιολογικών» γυναικών της ίδιας ηλικίας. Το διαιτολόγιο μιας ασθενούς με ψυχογενή ανορεξία περιείχε το ένα έκτο της ενέργειας, το ένα έκτο των υδατανθράκων, το ένα τρίτο των πρωτεϊνών και το ένα ένατο του λίπους του διαιτολογίου μιας φυσιολογικής γυναίκας. Όταν υπολογίστηκε η αναλογία ενέργειας από τους υδατάνθρακες, τις πρωτεΐνες και τα λίπη, η ποσότητα από τους υδατάνθρακες ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες. Αυτό δείχνει ότι οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία μείωναν όλα τα στοιχεία του διαιτολογίου τους για απώλεια βάρους και δεν στερούνταν κατά προτίμηση τους υδατάνθρακες. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι έχουν καλύτερη γνώση από το μέσο όρο σχετικά με τη διατροφή, σε ένα τεστ διαιτολογικών γνώσεων σαν ομάδα, εμφάνισαν μεγάλες ατομικές διαφορές.¹⁵

➤ **Νοσηλεία**

Το πρώτο που λαμβάνεται υπόψη στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η διόρθωση της κατάστασης θρέψης του αρρώστου, επειδή η αφυδάτωση, η λιμοκτονία και οι διαταραχές ηλεκτρολυτών μπορεί να προκαλέσουν σοβαρό κίνδυνο στην υγεία και, σε μερικές περιπτώσεις, το θάνατο. Η απόφαση για νοσηλεία του αρρώστου βασίζεται στη σωματική του κατάσταση και στο βαθμό της απαιτούμενης δομής που θα εξασφαλίσει τη συνεργασία.

Γενικά, σε αρρώστους με ψυχογενή ανορεξία, που έχουν κάτω απ' το 20% του αναμενόμενου βάρους σε σχέση με το ύψος τους, συνιστάται νοσηλεία, ενώ σε αρρώστους με κάτω απ' το 30% του αναμενόμενου βάρους, απαιτείται ψυχιατρική νοσηλεία που κυμαίνεται από 2-6 μήνες.

Τα προγράμματα ψυχιατρικής νοσηλείας για ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία χρησιμοποιούν γενικά ένα συνδυασμό συμπεριφεριολογικής θεραπευτικής προσέγγισης, ατομικής ψυχοθεραπείας, εκπαίδευσης και θεραπείας οικογένειας και, σε μερικές περιπτώσεις, ψυχοτρόπων σκευασμάτων. Η επιτυχής θεραπεία εξαρτάται από την ικανότητα των μελών του προσωπικού να διατηρήσουν με τον ασθενή μία σταθερή αλλά υποστηρικτική προσέγγιση, συχνά μέσα από συνδυασμό θετικών (έπαινος) και αρνητικών (περιορισμός της άσκησης και της χρήσης υπακτικών) ενισχυτών. Ωστόσο, απαιτείται κάποια ευελιξία στο πρόγραμμα ώστε η θεραπεία να εξατομικεύεται και να ταιριάζει με τις ανάγκες και τις γνωσιακές ικανότητες του αρρώστου. Τελικά, για να πετύχει η θεραπεία μακροπρόθεσμα θα πρέπει ο άρρωστος να συμμετέχει σ' αυτή εκούσια.

Οι περισσότεροι ασθενείς είναι αδιάφοροι ή και αντιστέκονται στην ψυχιατρική θεραπεία. Τους φέρνουν στο ιατρείο χωρίς τη θέλησή τους, συγγενείς και φίλοι που αγωνιούν. Σπάνια αποδέχονται τις συστάσεις για νοσηλεία χωρίς διαφωνίες και κριτική για το προσφερόμενο πρόγραμμα. Η έμφαση στα οφέλη, όπως η ανακούφιση απ' την αϋπνία και τα συμπτώματα και σημεία της κατάθλιψης, βοηθούν στο να πείσουν τον άρρωστο να εισαχθεί στο νοσοκομείο οικειοθελώς. Η υποστήριξη και η

εμπιστοσύνη των συγγενών στο γιατρό και την θεραπευτική ομάδα είναι ουσιαστικές όταν πρέπει να εκτελεστούν αυστηρές οδηγίες. Οι οικογένειες των αρρώστων πρέπει να προειδοποιούνται ότι ο άρρωστος θα αντισταθεί στη θεραπεία και τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας θα επιχειρήσουν πολλές δραματικές εκκλήσεις για υποστήριξη από την οικογένεια, για να αποφύγει το πρόγραμμα νοσηλείας. Μόνο όταν είναι πιθανός ο κίνδυνος θανάτου απ' τις επιπλοκές της κακής θρέψης θα πρέπει να εφαρμόζεται αναγκαστική νοσηλεία ή εγκλεισμός.

Σε σπάνιες περιπτώσεις οι άρρωστοι αποδεικνύουν ότι ήταν λάθος τα λεγόμενα του γιατρού για αποτυχία της θεραπείας σε εξωτερικό ιατρείο. Αυτοί μπορεί να αποκτούν ένα συγκεκριμένο βάρος σε κάθε επίσκεψη στο εξωτερικό ιατρείο. Ωστόσο αυτή η συμπεριφορά είναι ασυνήθης και, κατά κανόνα, είναι απαραίτητη μία περίοδος νοσηλείας.

Η γενική αντιμετώπιση των αρρώστων με ψυχογενή ανορεξία στη διάρκεια ενός προγράμματος νοσηλείας πρέπει να συνεκτιμά τα ακόλουθα: οι άρρωστοι πρέπει να ζυγίζονται κάθε πρωί, αφού προηγουμένως έχει εκκενωθεί η ουροδόχος κύστη. Επίσης θα πρέπει να καταγράφεται η ημερήσια πρόσληψη υγρών όπως και η αποβολή των ούρων. Εάν παρουσιαστούν έμετοι θα πρέπει να εκτιμώνται οι ηλεκτρολύτες και να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση υποκαλιαιμίας. Επειδή παρατηρείται συχνά αναγωγή τροφής μετά τα γεύματα, το ιατρικό προσωπικό θα πρέπει να είναι σε θέση να ελέγξει τον έμετο με το να μην επιτρέπει τη χρήση τουαλέτας για τουλάχιστον 2 ώρες μετά τα γεύματα ή με το να υπάρχει συνοδός στο μπάνιο που δεν θα επιτρέψει τον έμετο.

Η δυσκοιλιότητα υποχωρεί στους αρρώστους με ψυχογενή ανορεξία, όταν αρχίσουν να σιτίζονται κανονικά. Χορηγούνται σποραδικά μαλακτικά των κοπράνων, αλλά ποτέ υπακτικά. Εάν εμφανιστεί διάρροια, υποδηλώνει συνήθως ότι ο άρρωστος παίρνει υπακτικά κρυφά. Λόγω της σπάνιας επιπλοκής της διάτασης του στομάχου και της πιθανότητας κυκλοφοριακής υπερφόρτωσης, εάν ο άρρωστος αρχίσει απότομα να λαμβάνει μεγάλες ποσότητες θερμίδων, το προσωπικό θα πρέπει να ξεκινάει με χορήγηση

περίπου 500 θερμίδων πάνω απ' το απαιτούμενο για τη συντήρηση του υπάρχοντος βάρους (συνήθως 1.500 – 2.000 θερμίδες την ημέρα). Αυτές οι θερμίδες, καλό είναι να δίνονται σε 6 ισόποσα γεύματα ημερήσια, έτσι ώστε να μη χρειάζεται να παίρνουν οι άρρωστοι μεγάλες ποσότητες τροφής ανά γεύμα. Συνιστάται η χορήγηση υγρών συμπληρωμάτων τροφής, όπως το Sustagen, επειδή οι ασθενείς μπορεί να γίνονται λιγότερο αγχώδεις μήπως αποκτήσουν σιγά – σιγά βάρος με την αγωγή παρά με το να τρώνε φαγητό.

Μετά την έξοδο των ασθενών απ' το νοσοκομείο, ο κλινικός γιατρός συνήθως θεωρεί απαραίτητο να συνεχίσει κάποιου τύπου εξωνοσοκομειακή επίβλεψη για οποιοδήποτε πρόβλημα συμβεί στους ασθενείς και τις οικογένειές τους.⁹

➤ Τα 11 σημεία που πρέπει να γνωρίζει ένας νοσηλευτής σχετικά με τον ανορεκτικό ασθενή:¹⁵

1.	Πίνουν μεγάλες ποσότητες νερού τη νύχτα πριν το ζύγισμα
2.	Αποφεύγουν να αδειάσουν την κύστη τους πριν να ζυγιστούν
3.	Πίνουν νερό από το μπάνιο ή το ντους
4.	Τρώνε πολύ την προηγούμενη νύχτα
5.	Φοράνε βαριά κοσμήματα ή βαριά ρούχα (π.χ. σιδεράκια του σκι)
6.	Ράβουν βάρη στα νυχτικά τους χωρίς το πρωί όταν πρόκειται να ζυγιστούν.
7.	Κρύβουν το φαγητό σε πετσέτες
8.	Αφήνουν την κόρα της φρυγανιάς ή του ψωμιού στο πιάτο και πετάνε το υπόλοιπο
9.	Αφήνουν το φαγητό σε βάζα, ντουλάπια ή το πετάνε από το παράθυρο
10.	Κρατάνε το φαγητό στο στόμα τους και το πετάνε όταν καθαρίζουν τα δόντια
11.	Ταΐζουν κρυφά το σκύλο της οικογένειας κάτω από το τραπέζι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ Ψ.Α. ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΝΟΣΟΥΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ Ψ.Α. ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΝΟΣΟΥΣ

4.1. Καρκίνος και Ψυχογενής Ανορεξία

Είναι γνωστό ότι ο ενεργειακός περιορισμός μειώνει το γεγονός των κακοήθων όγκων σε πειραματόζωα αλλά και τέτοια στοιχεία είναι φανερά και στους ανθρώπους με παρόμοια αποτελέσματα.

Για να ερευνήσουμε την περίπτωση αυτή σε ανθρώπους ερευνήσαμε περιστατικά με καρκίνο ανάμεσα σε ασθενείς με νευρική ανορεξία οι οποίοι δέχονταν λιγοστές θερμίδες για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Οι ασθενείς με Ψ.Α. (2.151 γυναίκες, 186 άνδρες) κατά την περίοδο 1970-1993 ήταν ενταγμένοι στο πρόγραμμα του «Danish Psychiatric Case Register» και «National Registry of Patients». Η ομάδα αυτή συνδέθηκε με το «Danish Cancer Registry» και έτσι τα περιστατικά με καρκίνο ανάμεσα στα μέλη της ομάδας συγκρίθηκαν με αυτά του γενικού πληθυσμού.

Τα συνολικά περιστατικά καρκίνου ανάμεσα στις γυναίκες με Ν.Α. μειώθηκαν από ένα παράγοντα της τάξεως του 0,80 (95% εμπιστευτικό ποσοστό) κάτω από το γενικό πληθυσμό με βάση τις 25 παρατηρούμενες και τις 31,4 αναμενόμενες υποθέσεις. Ανάμεσα στους άνδρες 2 περιπτώσεις καρκίνου παρατηρήθηκαν: και οι 2 εντοπίστηκαν στον εγκέφαλο, όπου εκεί αναμενόταν το 0,2 των υποθέσεων.

Ένα μεγάλο ποσοστό (92%) ασθενών με Ν.Α. στην ομάδα που ερευνήσαμε ήταν γυναίκες. (Πίνακας 1) και οι περισσότερες ήταν ηλικίας μεταξύ 10-24 χρονών όταν νοσηλεύτηκαν για πρώτη φορά με Ψ.Α. Συγκριτικά ελάχιστοι ασθενείς εισχώρησαν στην ομάδα στην αρχή της περιόδου που μελετήθηκε επειδή το «Psychiatric Case Register» ήταν η μόνη πηγή των ασθενών από το 1970 ως το 1977. Πολλοί ασθενείς με ΝΑ (61%) νοσηλεύτηκαν για πρώτη φορά σε ένα διαμέρισμα με ασθενείς με σωματικά προβλήματα. ενικά 5,165 άτομα συγκεντρώθηκαν τα επόμενα

χρόνια, κυρίως γυναίκες με ΝΑ σε ένα διάστημα των 17,7 χρόνων (διάστημα 0-26 χρόνια). Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου παρατηρήθηκαν 25 περιπτώσεις κακοθών νεοπλασμάτων όταν το 31,4% ήταν αναμενόμενο, υποχωρώντας το SIR από 0,8. Δεν υπήρχε καμία τάση στο συνολικό SIR για καρκίνο εκείνη τη στιγμή από την πρώτη νοσηλία με Ψ.Α. (τα δεδομένα δε φάνηκαν). Όταν συμπεριλήφθηκαν συγκεκριμένες έρευνες για καρκίνο δε φάνηκε καμία σημαντική απόκλιση από το συγκεκριμένο αριθμό (πίνακας 2). Ο κίνδυνος για καρκίνο του στήθους μειώθηκε με βάση τις 7 υποθέσεις που παρατηρήθηκαν σε 8,7 που ήταν αναμενόμενες. Ο κίνδυνος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μειώθηκε σε ποσοστό 0,6 φορές. Ο όγκος εγκεφάλου που εκδηλώθηκε ήταν ένα μεταβατικό με μενεγγύωμα που διαγνώσθηκε μετά από εννέα χρόνια. Υπάρχουν 43 περιπτώσεις τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας ανάμεσα στις ανορεκτικές γυναίκες. Το 58,6% ήταν αναμενόμενο, υποχωρώντας το SIR από 0,7 (95%-CL 0,5-1,0).

Οι άνδρες με νευρική ανορεξία ακολούθησαν κατά μέσο όρο 12,5 χρόνια αργότερα. Δύο περιπτώσεις καρκίνου παρατηρήθηκαν από τις οποίες 1,5 ήταν αναμενόμενες και 2 ήταν όγκοι εγκεφάλου (0,2 αναμενόμενο SIR 12,5, 95% CL 1,5-45). Ένα αστροκύττωμα του μετωπιαίου λοβού σε έναν άνδρα 32 χρόνων, 17 χρόνια αργότερα από την πρώτη νοσηλία για Ψ.Α. και 1 κраниοφαρρυγγειόγραμμα στην υπόφυση σε ένα 23χρονο άντρα 4 χρόνια μετά τη νοσηλία του για Ψ.Α.

Τέλος μια μικρή μείωση σε περιπτώσεις καρκίνου ανάμεσα στις γυναίκες με Ψ.Α. μπορεί να στηρίξει την θεωρία ότι μια δίαιτα με χαμηλή ενέργεια μπορεί να μειώσει τη δημιουργία όγκων στους ανθρώπους.³¹

Πίνακας 1:

Χαρακτηριστικά ασθενών που νοσηλεύτηκαν με Ψ.Α. από το 1970-1993

Χαρακτηριστικά	Γυναίκες %	Άνδρες %
Συνολικό	2151 (100)	186 (100)
Ηλικία Ανορεξίας	-	-
7-9	18 (1)	2 (1)
10-14	391 (18)	73 (39)
15-19	724 (34)	51 (27)
20-24	438 (20)	24 (13)
25-29	217 (10)	15 (8)
30-34	138 (6)	7 (4)
35+	225 (10)	14 (8)

Χρονιά Ψ.Α.	Γυναίκες %	Άνδρες %
1970-1974	149 (7)	17 (9)
1975-1979	421 (20)	40 (23)
1980-1984	539 (25)	50 (27)
1985-1989	568 (26)	39 (21)
1990-1993	474 (22)	40 (22)

Τύπος διαμερίσματος όπου νοσηλεύτηκαν		
Σωματικός	1311 (61)	124 (67)
Ψυχιατρικός	840 (39)	62 (33)

Πίνακας 2:

Ψ.Α. και κίνδυνοι καρκίνου

SIR: Έρευνα ανάμεσα σε 2151 γυναίκες που νοσηλεύτηκαν με Ψ.Α. από το 1970-1993.

Θέση όγκου	Παρατηρήθηκαν	Αναμενόμενοι	SIR	95% CL
Όλα τα κακοήθη Νεοπλάσματα (140-205)	25	31.4	0.80	0.52-1.2
Στοματική κοιλότητα και φάρυγγα	1	0.3	3.2	0.1-17.4
Πεπτικό όργανο	1	2.2	1.3	0.3-3.9
Οισοφάγος (150)	1	0.1	20.0	0.5-111
Στομάχι (151)	1	0.3	3.8	0.1-21.4
Πάγκρεας (157)	3	0.2	4.4	0.1-24.2
Πνεύμονας (162.0-1)	7	1.4	2.2	0.5-6.4

Στήθος (170)	2	8.7	0.8	0.3-1.7
Γυναικεία γεννητικά όργανα (171-176)	2	6.1	0.3	0.0-1.2
Τράχηλος (171)	1	3.7	0.6	0.1-2.0
Ουροποιητικό σύστημα (180-181)	4	0.6	1.6	0.0-8.7
Δέρμα (190-191)	4	6.8	0.6	0.0-10.0
Εγκέφαλος και νευρικό σύστημα (193)	1	1.7	0.6	0.4-10.8
Θυρεοειδής υπόφυση	1	0.6	1.8	0.0-2.0
NON-HODGINS Λέμφωμα (200-202, 205)	2	0.7	3.0	0.0-7.8
Άλλα όργανα (160, 161, 162.2, 163, 164, 192, 195-197, 201, 203, 204)	0	1.8	-	
Μεταστάσεις και μη διευκρινισμένα σημεία	0	0.5	-	
Άλλα νεοπλάσματα	0	58.6	0.7	
Τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (571.1, 571.2)	43		-	

31

4.2. Παγκρεατίτιδα και Ψ.Α.

Γαστρικοί πόνοι, ναυτία, εμετός καθώς και η σιελογόνος υπεραμυλάση, χωρίς παγκρεατίτιδα είναι μερικά συμπτώματα που εμφανίζονται στις διατροφικές διαταραχές. Εκτιμούμε έναν ασθενή Ψ.Α. με μια τυπική παγκρεατική φλεγμονή αναφέρουμε αυτή την περίπτωση για να προειδοποιήσουμε τους γιατρούς για τους διαφορετικούς μηχανισμούς, τις παγίδες στις διαγνώσεις καθώς και για την εκτίμηση αυτής της ασυνήθιστης συσχέτισης.

Αναφερόμενη περίπτωση.

Μια 18χρονη γυναίκα με ιστορικό Ψ.Α. τα τελευταία δύο χρόνια εισήχθη ύστερα από μια μέρα με πόνους στο επιγάστριο που αντανakλούσαν στην πλάτη.

Ο όρος αμυλάσης ήταν ανυψωμένος γύρω στα 771 IV και η λιπάση αυξήθηκε στα 8998 με την υποαλμπουμιναιμία στα 2,3 gm%. Οι ακτινογραφίες έδειξαν παγκρεατικό οίδημα. Ο υπέρηχος ήταν αρνητικός για χολολιθίαση. Η αποκατάσταση ήταν αδιατάρακτη. Τα βουλιμικά και ανορεκτικά άτομα τα οποία κάνουν εμετό έχουν σιελογόνο υπεραμυλάση και υπερδιογκωμένους τους σιελογόνους αδένες. Ο υψηλός όρος αμυλάσης η χρήση ισοευδομικής αμυλάσης βοηθούν στην αποφυγή της λάθος διάγνωσης. Οι πρωτεΐνες η κακή διατροφή μπορεί να προκαλέσει παγκρεατική ατροφία, επιδρώσεις και φλεγμονή. Η στάση της χοληδόχου κύστης καθώς και η αύξηση της λιθογένεσης επικρατούν με γρήγορους ρυθμούς. Επανασίτιση των υποσιτισμένων ασθενών μπορεί να συνδεθεί με την επανασίτιση στη παγκρεατίτιδα πιθανόν λόγω των υπέρμετρων παγκρεατικών εκκρίσεων.

Οι ανορεκτικοί είναι συνήθως επιρρεπείς στις λοιμώξεις βραδυκαρδικοί, παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν ένα ισχυρό ισχαιμικό παγκρεατικό τραυματισμό. Τα ποσοστά για λαθεμένη διάγνωση είναι μεγάλα καθώς τα παράπονα για γαστρικούς πόνους στην ανορεξία μπορεί να είναι ανακριβή ή να είναι σε μεγάλο ποσοστό αναξιόπιστα από τους γιατρούς. Οι παθολόγοι πρέπει να γνωρίζουν ότι η σιελογόνο υπεραμυλάση είναι συχνή στις διατροφικές διαταραχές αλλά η κλινική παγκρεατίτιδα πρέπει να διαφοροποιηθεί από τις άλλες διαταραχές με παρόμοια κλινικά και βιοχημικά συμπτώματα.³²

4.3. Οστεοπόρωση – Οστεοπενία και Ψ.Α.

Η οστεοπενία και η οστεοπόρωση είναι οι πιο συχνές επιπλοκές σε εφήβους με Ψ.Α.

Το αντικείμενο της έρευνας είναι να εκτιμήσει την επιρροή της

διατροφικής θεραπείας στον μεταβολισμό των οστών κατά τη διάρκεια της εφηβείας σε ασθενείς με Ψ.Α.

Ερευνήθηκαν 19 ανορεκτικοί ασθενείς ηλικίας 14.1 ± 1.4 χρονών με δείκτη μάζας σώματος από 14.2 ± 1.4 και 19 θέματα σύμφωνα με την ηλικία τους δηλ. 15.1 ± 2.3 με δείκτη μάζας σώματος 20.8 ± 1.9 . Τα δείγματα αίματος που πάρθηκαν για τους οστικούς δείκτες, για τον όγκο ινσουλίνης τύπου I και της λιπίνης.

Ο BMI αυξήθηκε από 14.2 ± 1.4 με βάση 17.4 ± 0.6 , $p < 0.0001$ στην 15 εβδομάδα. Συγκρινόμενα σε συγκεντρώσεις των ελεγχόμενων θεμάτων, οι συγκεντρώσεις για οστρικούς δείκτες προκολλαγόνου τύπου I προπεπτιδίου και αλκαλικής οστικής φωσφατάσης σε ανορεκτικούς ασθενείς ήταν χαμηλοί οι οποίοι αυξήθηκαν στη συνέχεια με τη διατροφική θεραπεία και πλέον δεν υπάρχει καμία διαφορά ($p > 0.05$) κατά τη διάρκεια της περιόδου που μελετήθηκε. Συγκεντρώσεις της IGF I και λιπίνης είναι σημαντικά χαμηλοί σε ανορεκτικούς ασθενείς σε σύγκριση με του ελεγχόμενου γκρουπ. Η IGF I αυξήθηκε με τη διατροφική θεραπεία αλλά παρέμεινε χαμηλή από ότι στα ελεγχόμενα γκρουπ. Η IGF μειώθηκε ξανά κατά της διάρκειας της περιόδου που μελετήθηκε. Σε αντίθεση το C-πολυπεπτιδίο ορού μειώθηκε κατά τη διατροφική θεραπεία.

Η διατροφική θεραπεία αύξησε τις συγκεντρώσεις ορού λιπίνης σημαντικά κατά τη διάρκεια της περιόδου που μελετάμε ($p < 0.0001$). Σε βασική γραμμή η συγκέντρωση ορού λιπίνης ήταν σημαντικά χαμηλή από τη συγκέντρωση σε ελεγχόμενο γκρουπ. Από τη 15-50^η εβδομάδα των ασθενών, οι συγκεντρώσεις του ορού λιπίνης αυξήθηκαν και δεν πια σε χαμηλά επίπεδα από ότι στα ελεγχόμενα γκρουπ. (Πίνακας 1).

Το βάρος των ασθενών αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της περιόδου που μελετήθηκε. Επίσης το βάρος σώματος στο ελεγχόμενο γκρουπ (Πίνακας 1) ήταν χαμηλό στους ασθενείς από ότι στο ελεγχόμενο γκρουπ (Πίνακας 1) ($p < 0.0001$).

Κατά τη διάρκεια της μη θεραπείας των ασθενών, το βάρος σώματος των ασθενών αυξήθηκε αλλά ήταν ακόμη χαμηλότερο και από το βάρος

του ελεγχόμενου γκρουπ. Μεταξύ της 15^{ης}-50^{ης} εβδομάδας ο μέσος όρος βάρους σώματος όδευε να μειωθεί αλλά δεν ήταν αρκετά διαφοροποιημένο από το ελεγχόμενο γκρουπ. Επιπλέον 13 από του; 19 ασθενείς έχασαν βάρος κατά τη διάρκεια της θεραπείας του έξω από το ίδρυμα.

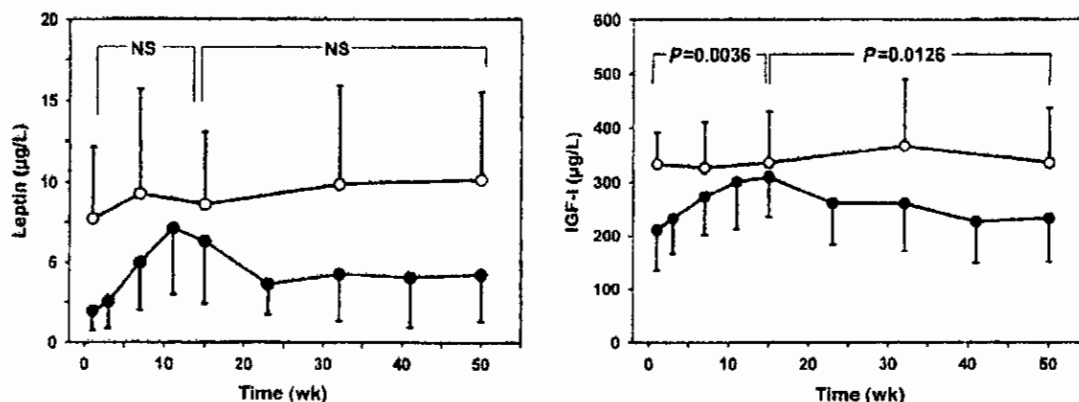
Η διατροφική θεραπεία αύξησε τη BMI κατά τη διάρκεια της περιόδου που μελετήθηκε. Βασικά η BMI, η καθαρή μάζα σώματος, BCM και το πάχος βρέθηκε σε χαμηλότερα επίπεδα στους ασθενείς παρά στο ελεγχόμενο γκρουπ (Πίνακας 1). Κατά τη διάρκεια των πρώτων 15 εβδομάδων της θεραπείας, η BMI αυξήθηκε αλλά παρέμεινε χαμηλότερη από τη τιμή του ελεγχόμενου γκρουπ. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας εκτός έρευνας, η BMI των ασθενών μειώθηκε ξανά αλλά δεν είχε μεγάλη διαφορά από το ελεγχόμενο γκρουπ. Τέλος σε 13 από 19 ασθενείς η BMI έπεσε ξανά < 17.5. Η καθαρή μάζα σώματος αυξήθηκε στους ασθενείς κατά τη περίοδο που μελετήθηκε. Η καθαρή μάζα σώματος ήταν χαμηλή στους ασθενείς παρά στο ελεγχόμενο γκρουπ.³³

ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ – ΟΣΤΕΟΠΕΝΙΑ

Σχήμα 1:

BONE TURNOVER WITH NUTRITIONAL THERAPY FOR ANOREXIA

7.



ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Βιοχημικά και σωματικά δεδομένα για τους ασθενείς με Ν.Α. και τα ελεγχόμενα θέματα.

(kg)	Ανορεκτικοί ασθενείς			Ελεγχόμενα θέματα			p ²			
	Βάση	15 ^η εβδ.	50 ^η εβδ.	Βάση	15 ^η εβδ.	50 ^η εβδ.	Συνολικό	Βάση	1-15 ^η εβδ.	15-50 ^η εβδ.
Σωματικό βάρος	38.9±5.0 ^a	47.9±4.4	46.3±7.2	56.3±7.7	58.0±7.9	59.0±7.2	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001	NS
ΒΜΙ (Kg/m ²)	14.2±1.4	17.4±0.6	16.5±1.6	20.8±1.9	21.3±2.0	21.4±2.0	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001	NS
Καθαρή μάζα σώματος	36.5±3.7	38.1±3.4	36.7±4.3	41.2±4.0	42.3±4.1	41.6±4.0	0.0215	NS	NS	NS
Σωματική μάζα κυττάρ.	16.2±1.4	18.2±1.6	17.4±2.0	20.6±2.3	20.9±2.1	20.8±1.8	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001	0.0402
Μάζα πάχους	5.6±2.4	9.9±2.2	9.8±3.4	15.0±4.6	15.6±4.5	17.4±4.2	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001	0.0447
Ασβέσιο (nmol)	2.51±0.14	2.46±0.12	2.46±0.09	2.51±0.12	2.47±0.08	2.44±0.07	0.8340	NS	-	-
ΡΤΗ (pg/mol)	19.8±10.0	30.3±12.9	31.3±17.0	27.7±11.6	30.7±16.7	33.0±16.0	0.3969	NS	-	-
Κορτιζόλη (nmol)	649.3±264.9	499.8±152.8	506.4±182.1	485.5±142.8	470.8±185.9	412.3±138.4	0.0576	NS	-	-
17-β-εστρανιόλη (pmol)	52.6±32.4	135.0±103.0	196.4±200.1	393.9±338.7	219.4±187.2	222.6±161.2	0.0101	0.0021	0.0255	NS
ΔΗ ΕΑΣ (µmol)	4.49±2.78	3.95±2.27	4.38±2.81	4.65±2.48	4.48±2.02	4.74±2.13	0.5980	NS	-	-
Κρεατινίνη (mg/m)	9.62±1.84	8.51±1.36	8.79±1.13	9.12±1.09	9.01±0.85	8.77±0.95	0.2508	NS	-	-

ΡΤΗ: παραθυρεοειδική ορμόνη

ΔΗΕΑΣ: απονδροεπιανδροστερόνη.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ

**ΠΟΥ ΦΑΝΕΡΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ
ΤΗΣ
ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ**

Υπάρχουν παιδιά που γεννήθηκαν σε χώρες του Τρίτου Κόσμου και δυστυχώς αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα επιβίωσης, με κυριότερο τον υποσιτισμό, δηλαδή την μειωμένη χορήγηση τροφής.

Την ίδια στιγμή όμως, κυκλοφορούν ανάμεσά μας πάρα πολλά νέα παιδιά, και κυρίως κορίτσια της εφηβικής ηλικίας, που ενώ προέρχονται από εύπορες οικογένειες με όλη στις ανέσεις, αντιμετωπίζουν το ίδιο ακριβώς πρόβλημα, και με τις ίδιες επικίνδυνες συνέπειες, αλλά με την θέλησή τους.

Οι μαρτυρίες ατόμων που έχουν ζήσει τον εφιάλτη της ανορεξίας είναι συγκλονιστικές.

Μια συγκλονιστική μαρτυρία: ***Έζησα ένα κρυφό εφιάλτη.***

Η Αλεξία είναι σήμερα 19 ετών και μόλις βγήκε από το νοσοκομείο, όπου είχε υποβληθεί σε πολύμηνη θεραπεία υπερσιτισμού. Μας διηγείται λοιπόν:

«Ζούσα ένα εφιάλτη που τον ήξερα μόνο εγώ. Ενώ ήμουν ήδη πολύ αδύνατη απ' όσο θα έπρεπε, κοιτιόμουν στον καθρέφτη και συνέχιζα να βλέπω μπροστά μου ένα «σακί με πατάτες» αντί για το σώμα μου. Έχω ύψος 1.72 και ζύγιζα 48 κιλά. Αγωνιζόμουν να χάσω όσο το δυνατόν πιο πολλά κιλά, αλλά συγχρόνως πρόσεχα να μην το καταλάβει κανείς από την οικογένειά μου. Το πρωί έπρεπε να καθίσω οπωσδήποτε με τα αδέρφια μου στο τραπέζι για πρωινό, με την υποχρέωση να φάω όλο το μπολ με τα δημητριακά. Το ίδιο έπρεπε να γίνει και το μεσημέρι όταν γύριζα από το σχολείο, αλλά και το βράδυ. Σύντομα λοιπόν επινόησα μία νέα μέθοδο για να «ξαναβγάλω» ό,τι έτρωγα, πριν προλάβει να το χωνέψει ο οργανισμός μου. Νομίζω πως καταλαβαίνετε τι εννοώ. Ναι. Πήγαινε στην τουαλέτα και έκανα εμετό. Η δυσάρεστη μάλιστα αίσθηση της ξινίλας με έκανε να μην θέλω να ξαναφάω, κι έτσι έμενα νηστική μέχρι το επόμενο γεύμα, όπου θα επαναλάμβανα την ίδια εφεύρεση».

Σε λίγο η ζυγαριά μου έδειχνε 41 κιλά, αλλά από τον καθρέφτη μου δεν έφευγε ποτέ το σακί με τις πατάτες. Δεν είχαν όμως την ίδια άποψη και οι γονείς μου. Όσο με έβλεπαν να αδυνατίζω και να χλομιάζω από την αδυναμία, εγώ πίστευα ότι έκανα ένα ακόμη βήμα προς τον τελικό μου στόχο, που ήταν ... τι άλλο; Να μείνω πετσι και κόκκαλο.

Στην πραγματικότητα όμως ζούσα κάτι παραπάνω από εφιάλτη. Δεν ήξερα τι πραγματικά μου συνέβαινε. Σταδιακά άρχισα να νιώθω έντονη εξάντληση, σχεδόν λιποθυμία, και ενώ πεινούσα δεν είχα όρεξη να βάλω τίποτα στο στόμα μου. Δεν μπορούσα να περπατήσω μέχρι το σχολείο και όλο νύσταζα. Τα μαλλιά μου (όσα δηλαδή είχαν μείνει πάνω στο κεφάλι μου) έχαναν σταδιακά τη γυαλάδα τους και τα νύχια μου και κάτω από τα μάτια μου είχαν θρονιαστεί τεράστιοι μαύροι κύκλοι. Οι γονείς μου άρχισαν να ανησυχούν πάρα πολύ, γιατί πίστευαν ότι ήμουν πολύ άρρωστη. Πού να φανταστούν όμως ότι η αρρώστια μου ήταν ψυχική...

Παρ' όλο που νόμιζα ότι έκρυβα πολύ καλά το μυστικό μου, ευτυχώς η εξαδέλφη μου που είναι φοιτήτρια, παρατήρησε την παράξενη συμπεριφορά μου και με παρακολούθησε για αρκετό διάστημα. Ένα απόγευμα λιποθύμησα μέσα στο φροντιστήριο και ... λίγες ώρες μετά ο Γολγοθάς μου βάδιζε προς το τέλος του.

Βρέθηκα στο νοσοκομείο, όπου με την βοήθεια των γιατρών ανακάλυψα όλη την αλήθεια και υποβλήθηκα σε μία «εντατική αγωγή», που σήμερα μου επιτρέπει να βλέπω και πάλι το μέλλον με αισιοδοξία, έχοντας αγαπήσει πια τον εαυτό μου για αυτό που είμαι: Υγιής, ευτυχισμένη και ενημερωμένη». ¹²

Για την επιτυχία...

Ιστορικό περιπτώσεως: Τζένιφερ

Η Τζένη ήταν 15 χρονών όταν πήγε διακοπές μόνη της. Στο παραλιακό θέρετρο πήρε μέρος σ' ένα διαγωνισμό ομορφιάς και ήρθε δεύτερη. Εκείνη τη νύχτα μέθυσε για πρώτη φορά και είχε την πρώτη της σεξουαλική εμπειρία. Ένωθε ένοχη που ήταν μεθυσμένη και γιατί έκανε έρωτα. Στο σχολείο ήταν καλή μαθήτριά, εργαζόταν σκληρά και διακρινόταν στα σπορ, συμμετέχοντας στις ομάδες κολύμβησης, χόκεϊ και μπάσκετ του σχολείου.

Όταν γύρισε από τις διακοπές πίστευε πως θα είχε κερδίσει στο διαγωνισμό αν ήταν πιο λεπτή και αν οι μηροί και οι γλουτοί της ήταν μικρότεροι. Αποφάσισε να κάνει δίαιτα για να χάσει βάρος και αυτό είχε σαν αποτέλεσμα έναν καυγά με τη μητέρα της, που πίστευε πως η Τζένιφερ ήταν ήδη πολύ αδύνατη.

Η Τζένη συμβιβάστηκε προτείνοντας να αναλάβει το μαγείρεμα (στην πραγματικότητα ήθελε να ελέγχει την περιεκτικότητα σε θερμίδες). Κατά την διάρκεια των γευμάτων ανακάτευε το φαγητό στο πιάτο της έτσι ώστε φαινόταν ότι έτρωγε. Απέφευγε τα φαγητά με κρέμα και λίπη, λέγοντας στην οικογένειά της ότι την αηδίαζαν.

Περνούσε ατέλειωτες ώρες μόνη στο δωμάτιό της μελετώντας και τα βράδια πήγαινε σε μαθήματα χορού. Στο δωμάτιό της γυμναζόταν εντατικά, επί 15 με 20 λεπτά κάθε δύο ώρες, και έβαζε μουσική για να κρύβει το θόρυβο των ασκήσεών της από τους γονείς της. τους έλεγε πως η μουσική τη βοηθούσε να συγκεντρωθεί στη μελέτη της. απέκτησε μανία με το βάρος της, και ζυγιζόταν πριν και μετά τα γεύματα, πριν και μετά τη γυμναστική και πριν και μετά από μία επίσκεψη στην τουαλέτα.

Περίπου την ίδια εποχή την διάλεξαν να εκπροσωπήσει την πολιτεία σε ένα διαγωνισμό λαϊκών χορών και αύξησε την καθημερινή της γυμναστική, λέγοντας στους γονείς της πως «έπρεπε να είναι σε σούπερ φόρμα για να βοηθήσει την ομάδα της να νικήσει». Με την αύξηση της γυμναστικής και τον περιορισμό του φαγητού, το βάρος της έπεσε από τα

53 κιλά στα 45. Φορούσε φαρδιά ρούχα για να κρύβει την αδυναμία της από τους γονείς της. Ένα πρωί όμως η μητέρα της την είδε γυμνή και τρόμαξε. Η Τζένη υποσχέθηκε να τρώει περισσότερο, αλλά και πάλι κατάφερε να κρύβει πόσο έτρωγε και όποτε μπορούσε έδινε κρυφά φαγητό από το πιάτο της στο σκύλο της οικογένειας.

Καθώς πλησίαζε η ημέρα του πρωταθλήματος λαϊκών χορών, η Τζένη αύξησε την καθημερινή της γυμναστικής και επειδή εξακολουθούσε να νιώθει πως ήταν υπερβολικά παχιά, μείωσε ακόμη περισσότερο το φαγητό της. Δύο εβδομάδες πριν το πρωτάθλημα κατέρρευσε και μπήκε στο νοσοκομείο. Το βάρος της ήταν τώρα 30 κιλά. Στο νοσοκομείο της έδωσαν καταπραϋντικά. Ένιωθε πως δεν έλεγχε πια το βάρος της, έγινε συγχυτική και της έδωσαν και άλλα φάρμακα. Με την απανασίτιση πήρε 8 κιλά και με την συγκατάθεση των γονέων της βγήκε από το νοσοκομείο. Στο σπίτι εξακολουθούσε να γυμνάζεται υπερβολικά και κατέρρευσε πάλι.

Ξαναμπήκε στο νοσοκομείο και έμεινε εκεί ώσπου το βάρος αυξήθηκε στα 51 κιλά (QI 19,3, 90% του ABW). Κατά την διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο συμφώνησε και ετοίμασε μία διαίτα με το διαιτολόγο.

Μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο έχει διατηρήσει το βάρος της περίπου στα 46 κιλά (QI 18,7, 85% του ABW). Στην αρχή φοβόταν πως θα έπαιρνε βάρος και ξανάρχισε να γυμνάζεται. Αυτό της έχει γίνει έμμονη ιδέα, σε βαθμό που να κάνει τζόκινγκ στους δρόμους αν και ο γιατρός της αργεί στα ραντεβού του.

Όμως παρά το κοπιαστικό πρόγραμμα γυμναστικής της, τρώει αρκετά για να διατηρεί το σωματικό της βάρος.¹⁵

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1)Αίσθηση ατόμου Ότι είναι παχύ ενώ Είναι υπερβολικά αδύνατο	Να μάθει να σέβεται Τον εαυτό του	Να εφαρμοστεί Ψυχοθεραπεία και Να χορηγηθούν αντικαταθλιπτικά	Εφαρμόστηκε Ψυχοθεραπεία.	Αισθάνεται Ικανοποιημένος με Την εμφάνιση του
2)Απίσχυση ατόμου	Να διδαχθεί λογικούς Τρόπους σίτισης	Ρύθμιση θερμίδων Να δίνονται 6 ισότοπα γεύματα	Ρυθμίστηκαν οι Θερμίδες Δόθηκαν 6 ισότοπα γεύματα	Βελτιώθηκε και Προγραμματίστηκε Η διατροφή του.
3)Αφυδάτωση-Διαταραχή ηλεκτρολυτών	Να μάθει σωστούς Τρόπους πρόσληψης Και αποβολής υγρών	Να χορηγηθούν Ισότονα διαλύματα Και να καταγράφονται Καθημερινά η πρόσληψη Και η αποβολή υγρών	Χορηγήθηκαν Ισότονα διαλύματα. Καταγράφηκαν τα υγρά	Ενυδατώθηκε Ασθενής και Ρυθμίστηκαν οι Ηλεκτρολύτες του
4)Έντονη εξάντληση Αδυναμία, λιποθυμία	Να μάθει να γυμνα- Ζεται σωστά	Να διδαχθεί ελαφριές και Ξεκούραστες ασκήσεις Μικρής διάρκειας	Διδάχθηκε απλές Ασκήσεις μικρής διάρκειας	Γυμνάζεται σωστά Χωρίς να καταβάλλεται ο Οργανισμός του.
5)Άρνηση φαγητού Απώλεια βάρους	Αύξηση βάρους αργά Και σταθερά	Να αυξηθεί το βάρος Κατά ένα κιλό την εβδομάδα	Αυξήθηκε το βάρος Κατά ένα κιλό την εβδομάδα	Έμαθε λογικούς Τρόπους σίτισης.
6)Λευκοπενία Υποκαλιαιμία, Υπομαγνησισαμία	Αύξηση Κι,Mg	Να χορηγηθεί Κι,Mg	Χορηγήθηκε Κι,Mg	Αυξήθηκαν Κι,Mg

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή ήταν επιτυχής. Ο ασθενής με τη βοήθεια του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού κατάφερε να ανακαλύψει την αλήθεια. Ύστερα από ολιγοήμερη θεραπεία στο νοσοκομείο και υπό την αυστηρή επίβλεψη στο σπίτι καθώς και με τη συμπαράσταση του οικογενειακού και φιλικού της περιβάλλοντος βλέπει το μέλλον γεμάτο αισιοδοξία. Ένα άτομο υγιές και ευτυχισμένο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – IV), Washington, D.C. 1994.
2. Garfinkel, Eating Disorders In: Kpalan HI, Sadock B1 (eds). Comprehensive, Textbook of Psychiatry 1995, 6th ed., vol. 2 1361-1371.
3. Williams and Wilkins, Baltimore.
Hsu Lk G. Epidemiology of the eating disorders.
The Psychiatric Clinics of North America 1996, 19 Active 81-700.
4. Lucas AR. Beard CM, O'Fallon WU, Kurland LT, SO yores trends in the incidence of anorexia nervosa in Roohester, Minn: Apopultion based study. American Journal of Psychiatry 1991, 148: 917-922.
5. Moller – Mdsens, Nytrup J. Incidence of anorexia nervosa in Denmark. Acta Phychiatrica Scandinavia 1992, 86: 197-200.
6. Powers PS. Intial assessment and early treatment options for anorexia nervosa and bulimia nervosa. The Psychiatric Clinics of North America 1996, 19 Active 39-655.
7. Χριστοδούλου ΓΝ, Ελευθερία Βάρσου. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 2002. Εκδόσεις: Βήτα.
8. Κασίμης Δ. Χρήστος, Καθηγητής Πανεπιστημίου,
Κασίμης Χ. Δημήτριος, Ιατρός: Συνήθη Νοσήματα Πεπτικού Συστήματος, Διατροφή – Υγιεινή Ανάπτυξη και Διαβίωση του Ανθρώπου, Αθήνα 1991. Εκδοτικός οίκος: Χριστάκης.
9. Kaplan and Sadock's – Harold I. Kaplan, MD/Benjamin I. Sa dock, MD/Jack A Grebb, MD. Διαταραχές πρόσληψης τροφής, Ψυχιατρική, Αθήνα 1994. Έκδοση 2^η. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα.
10. Walter H Kaye, M.D., Kim Masters, B.S.
Cynthia M., Bulik PH.D., Laura Thorton PH.D.
Nicole Barbarich, BS, Kim Masters, B.S.
Price Foundation Collaborative Group.
Comorbidity of Anxiety Disorders with Anorexia

- Am J Psychiatry 2004: 161: 2215-2221.
11. Νίκου Μάνου. Διαταραχές στην πρόληψη τροφής της εφηβείας και της ενήλικης ζωής. Βασικά στοιχεία – Κλινικής ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη 1988. εκδοτικός οίκος University Studio Press.
 12. Hans – Cristtoh Steinhausen, M.D. Ph.D.
The outcome of anorexia Nervosa in the 20th century
Am J Psychiatry 2002, 159: 1284-1293.
 13. <http://www.iatronex.gr,21/3/2004>
 14. <http://www.ediet.gr/html/article-3html,2/01/2004>
Διατροφολόγος Στέφανος Περτσεμλίδης.
 15. Suzanne Abraham and Derek Liewellyn Johns. Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής. Ψυχογενής Ανορεξία, μετάφραση Ελένης Ταμβάκη, Αθήνα 1990. Εκδοτικός Οίκος: Χατζηνικολή.
 16. <http://www.anew.gr/health-articles.22/3/2004>
 17. <http://www.hda.gr,22/3/2004>
 18. <http://www.hed.in.gr>, Δρ Λίζα Βαρβόλλη Ph.D.
Κλινικός ψυχολόγος, 21/3/2004.
 19. Νίκος Μάνου, Διαταραχές στη πρόσληψη τροφής, Βασικά στοιχεία – Κλινικής Ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη 1997. Έκδοση Αναθεωρημένη. Εκδοτικός Οίκος: University Studio Press.
 20. <http://www.bsa.gr/com/intex/cook/texts/gnwseis/boulimia.as>
Διατροφή υγιούς ατόμου. Ασθενείς που σχετίζονται με τη διατροφή Ψυχογενούς Ανορεξίας. Ψυχολόγος Νίκος Τάκης.
 21. <http://www.news.pathfinder.gr/health/36971.html>
Έλενα Καρανάτση «Καταδικάζουν τον εαυτό τους με την Ψ.Α.» 23/3/2004.
 22. Kate P Kerruish, Janice O'Connor, Ian RJ Humphries, Michael R Kohn, Simon D Clarke, Julie N Briody, Emma J Thomson, Katharine A Wright, Kevin J Gaskin and Louise A Baour Body Composition in adolescents with anorexia nervosa Am J Clin Nutr 2002; 75: 31-7. Printed in USA © 2002 American Society for Clinical Nutrition.
 23. <http://Chris KKK.proboards 18.com/index.dgi board:anorexia>, 20/3/2004.

24. <http://www.sxeseis.gr>, 20/3/2004.
25. Tracey D. Wade, Ph.D., Cynthia M. Bulik, Ph.D., Michael Neale, Ph.D. and Kenneth S. Kendler, M.D. Anorexia Nervosa and Major Depression: shared Genetic and Environmental Risk Factors. *Am J Psychiatry* 157:3 March 2000.
26. <http://www.okana.gr>, 24/3/2004.
27. Federica Tozzi, Patrick F. Sullivan, Jennifer L. Fear, Jan Mckenzie and Cynthia M. Bulik.
28. Virginia Institute for Psychiatric and Behavioral Genetics, Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia.
29. New Zealand Health Information Service, Ministry of Health, Wellington, New Zealand.
30. Department of Psychological Medicine, Christchurch school of Medicine, Christchurch, New Zealand
Accepted 3 October 2002
Published online in Wiley Interscience (www.interscience.wiley.com).
DOI: 10.1002/eat.10120 © 2003 by Wiley Periodical 5, Inc. *Int. J Eat Disord* 33: 143-154, 2003.
31. Lene Mellenkjaer¹, Charlotte Emborg², Gloria Gridley³, Povl Munk – Jørgensen², Christoffer Johansen¹, Anne Tjønneland¹, Susanne Krüger Kjaer¹, Jørgen H. Olsen¹
¹Institute of Cancer Epidemiology, Danish Cancer Society, Copenhagen, Denmark, ²Institute of Basic Psychiatric Research, Department of Psychiatric Demography, Psychiatric Hospital, Aarhus, Denmark, ³Division of Cancer Epidemiology and Genetics National Cancer Institute, Bethesda, Maryland, U.S.A. Received 5 June 2000, accepted in revised form 29 September 2000
Cancer causes and control 12: 173-177, 2001
© 2001 Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands.
32. Debra Hillier, B.A., Linda Shiue, M.D., Suzanne Riggs, M.D., Edward Feller, M.D., FACG. Brown Univ, Providence, R.I.

Pancreatitis in anorexia nervosa

AJG – Vol.96, No.9, Suppl.,2001

33. Martina Heer, Claudia Mika, Ina Grzella, Nicole Heussen and Beate Herpertz – Dahlmann Bone turnover during inpatient nutritional therapy and outpatient follow – up in patients with anorexia nervosa compared with that in healthy control subjects¹⁻⁴

Am J Clin Nutr 2004; 80: 774-81. Printed in U.S.A.

© 2004 American Society for Clinical Nutrition.

