

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

# **ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΑΡΙΑ ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ  
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΑΡΜΑΤΑ ΕΥΣΤΑΘΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2005

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4591
----------------------	------

*Στους γονείς μου.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....</b>	<b>i</b>
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>III</b>
<b>ΜΕΡΟΣ' Α</b>	
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>1</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>Ο</sup> ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ , ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.</b>	
1. 1 Ορισμός.....	2
1. 2 Σημάδια κινδύνου.....	2
1. 3 Η οικογένεια της ανόρεκτης.....	3
1. 3.2 Ψυχοπαθολογία μητέρων με παιδιά που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία.....	4
1. 4 Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	5
1. 5 Θεωρίες γύρω από τα αίτια.....	5
1. 6 Αιτιολογία.....	6
1. 6.1 Ψυχολογικά-Ψυχοδυναμικά αίτια.....	6
1. 6.2 Οικογενειακά αίτια.....	6
1. 6.3 Κοινωνικά-πολιτισμικά αίτια.....	7
1. 6.4 Βιολογικά αίτια.....	7
1. 6.5 Γενετικά αίτια.....	8
1. 7 Στοιχεία προσωπικότητας.....	8
1. 8 Τύποι της νευρογενής ανορεξίας.....	8
1. 9 Αναφορά Νευρογενής ανορεξίας στους άνδρες.....	9
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>Ο</sup> ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ</b>	
2. 1 Γενικά επιδημιολογικά στοιχεία.....	11
2. 2 Δημογραφικά στοιχεία.....	12
2. 2.1 Δημογραφικά στοιχεία όσον αφορά την ηλικία.....	12
2. 2.2 Δημογραφικά στοιχεία για την νευρογενή ανορεξία στους άνδρες.....	13
2. 2.3 Διαταραχές διατροφής στους αθλητές.....	13
2. 2.4 Διατροφικά προβλήματα σε σχολεία και κολέγια.....	14
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>Ο</sup> ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ</b>	
3. 1 Το πρόβλημα των διαγνωστικών κριτηρίων.....	15
3. 1.1 Διαγνωστικά κριτήρια κατά Sours.....	15
3. 1.2 Διαγνωστικά κριτήρια κατά Katherine A. Halmi.....	16
3. 1.3 Διαγνωστικά κριτήρια κατά Feigher - DSM III.....	16
3. 1.4 Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM – IV.....	17
3. 2 Διαταραχές – Συμπτώματα ανά σύστημα.....	19
3. 2.1 Όλο το σώμα.....	19
3. 2.2 Κεντρικό νευρικό σύστημα.....	20
3. 2.3 Καρδιαγγειακό σύστημα και σύστημα περιφερικών αγγείων.....	20
3. 2.4 Σκελετικό σύστημα.....	21
3. 2.5 Μυϊκό σύστημα.....	21
3. 2.6 Αναπαραγωγικό σύστημα.....	22
3. 2.7 Ενδοκρινικό-Μεταβολικό σύστημα.....	22
3. 2.8 Αιματολογικές επιπλοκές.....	22
3. 2.9 Γαστρεντερολογικό σύστημα.....	23
3. 2.10 Ουροποιητικό σύστημα.....	23
3. 2.11 Δέρμα.....	23
3. 3 Διαφορική διάγνωση.....	24

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>Ο</sup> ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΧΕΔΙΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

4.1	Ψυχιατρική διαχείριση.....	26
4.1.1	Δημιουργία και διατήρηση θεραπευτικής συμμαχίας.....	26
4.1.2	Ισότιμη προσοχή και συνεργασία με το υπόλοιπο νοσοκομειακό προσωπικό.....	26
4.1.3	Αξιολόγηση και παρακολούθηση των συμπτωμάτων και συμπεριφορών της διαταραχής	27
4.1.4	Έλεγχος φυσικής γενικής κατάστασης του ασθενή.....	27
4.1.5	Έλεγχος της ψυχιατρικής κατάστασης του ασθενή.....	28
4.1.6	Αξιολόγηση οικογένειας.....	28
4.2	Στόχοι θεραπείας.....	29
4.3	Τρόποι θεραπείας νευρογενούς ανορεξίας.....	29
4.3.1	Θρεπτική αποκατάσταση.....	29
4.3.2	Ψυχοθεραπεία.....	31
4.3.3	Φαρμακοθεραπεία.....	32
4.4	Πορεία και πρόγνωση της νόσου.....	32

## ΜΕΡΟΣ ‘Β

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>Ο</sup> Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

5.1	Νοσοκομειακή θεραπεία νευρικής ανορεξίας.....	34
5.1.1	Βασικά σημεία νοσηλευτικής φροντίδας.....	34
5.1.2	Στοχοθεσία νοσηλευτικής φροντίδας.....	35
5.1.3	Γενικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις διατροφικές διαταραχές.....	35
5.1.4	Νοσηλευτική ετοιμότητα.....	36
5.1.5	Νοσηλευτική αξιολόγηση.....	36
5.2	Ολιστική και εξατομικευμένη Νοσηλευτική Προσέγγιση συγκεκριμένων περιστατικών με Νευρογενή Ανορεξία.....	36
5.2.1	1 <sup>η</sup> Περίπτωση συγκεκριμένου περιστατικού με Νευρογενή Ανορεξία.....	36
5.2.2	Αίτια προσέλευσης.....	37
5.2.3	Κληρονομικό Ψυχιατρικό Ιστορικό.....	38
5.2.4	Περίγεννητική περίοδος.....	38
5.2.5	Σχολική περίοδος.....	39
5.2.6	Ψυχική κατάσταση τις πρώτες μέρες της νοσηλείας.....	40
5.2.7	Παιδιατρική εκτίμηση.....	41
5.2.8	Περιεχόμενο σκέψης.....	41
5.2.9	Ψυχοδυναμική υπόθεση.....	41
5.2.10	Νοσηλευτική προσέγγιση συγκεκριμένου περιστατικού ΝΑ με την μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας.....	43
5.2.11	Γενική πορεία νόσου κατά την νοσηλεία.....	46
5.2.12	Πορεία νόσου κατά την εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση.....	46
5.3	Περίπτωση 2 <sup>ου</sup> συγκεκριμένου περιστατικού με Νευρογενή Ανορεξία.....	47
5.3.1	Νοσηλευτική προσέγγιση 2 <sup>ου</sup> συγκεκριμένου περιστατικού ΝΑ με την μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας.....	49
5.3.2	Η συμβολή της Νοσηλευτικής στην αποκατάσταση συγκεκριμένης περίπτωσης με Νευρογενή Ανορεξία.....	51

<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....</b>	<b>53</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....</b>	<b>54</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ



Οι άνθρωποι που με την θέλησή τους λιμοκτονούν πάσχουν από μια ασθένεια ψυχική η οποία ονομάζεται “Νευρογενής” ανορεξία<sup>1</sup>. Η βασική αυτή διαταραχή που θα μπορούσε να γίνει κατανοητή « ως παράλογος φόβος του πάθους»,<sup>2</sup> είναι μια ασθένεια που παρουσιάζεται σε νεαρές γυναίκες (εφηβική ηλικία μεταξύ 14 και 18 ετών) αλλά μπορεί να συμβεί και σε αγόρια σε πολύ λιγότερα όμως ποσοστά (ένα αγόρι ανα δέκα κορίτσια), σπανιότατα η διαταραχή παρουσιάζεται μετά τα 40<sup>3</sup>.

Το 3,7% του πληθυσμού πάσχει από αυτή την ασθένεια<sup>4</sup>. Συνεπάγεται σε μια σημαντική απώλεια του βάρους κάτω από το 85% του κανονικού του βάρους του σώματος ανάλογα με την ηλικία και το ύψος του<sup>5,6</sup>. Η ελάχιστη αύξηση του βάρους πάνω από το όριο που το άτομο έχει θέσει στον εαυτό του οδηγεί σε έντονη ανησυχία ότι θα χαθεί ο έλεγχος, το βάρος θα αυξηθεί και η σωματική εμφάνιση θα είναι τελείως απαράδεκτη<sup>7,8</sup>.

Οι αιτίες αυτής της ασθένειας μπορούν να αναζητηθούν στο ότι τα γυναικεία και τα νεανικά περιοδικά, αλλά και γενικότερα, οι εικόνες που μας κατακλύζουν, μας βομβαρδίζουν με το πρότυπο του λεπτού, μέχρι το σημείο να είναι αποστεωμένο, γυναικείου σώματος.

Όλη η κουλτούρα του δυτικού πολιτισμού περιστρέφεται γύρω από αυτή την τάση: πώς να φάει κανείς χωρίς να παχύνει, πώς να βελτιώσει το σώμα με τον γρηγορότερο και αποτελεσματικότερο τρόπο, για θεαματικά αποτελέσματα.

Κάτι τέτοιο έρχεται σε άμεση αντίθεση με τις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου η πραγματική πείνα και η έλλειψη τροφής οδηγούν σε παραμορφώσεις του γυναικείου και παιδικού σώματος, το οποίο ταυτίζεται με την καχεξία, τη φτώχεια και την ασθένεια.

Το σύγχρονο πρότυπο ομορφιάς που θέλει το γυναικείο σώμα τόσο λεπτό οδηγεί στη μείωση της διατροφής και τη στέρηση των απαραίτητων εκείνων για τον οργανισμό ουσιών. Το αποτέλεσμα είναι η αύξηση του κινδύνου εμφάνισης προβλημάτων όπως η πρόωρη οστεοπόρωση, τα προβλήματα υπογονιμότητας κλπ.

Πέρα από τα ιατρικά προβλήματα, παράλληλα με τη μόνιμη κατάσταση δίαιτας, εμφανίζονται και ψυχολογικά προβλήματα όπως δυσθυμία, στρες, άγχος για τη διατήρηση της σιλουέτας, αίσθηση του ανικανοποίητου, χαμηλή αυτοπεποίθηση κλπ.<sup>9</sup>

Η νευρογενής ανορεξία είναι δυνητικά θανατηφόρος νόσος, η θνησιμότητα ξεπερνά το 10%<sup>10</sup> και λόγω της φύσης της μπορεί να μείνει κρυφή για καιρό<sup>1</sup>

*ΜΕΡΟΣ Α'*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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 ανάμεσα μας πάρα πολλά νέα παιδιά, και κυρίως κορίτσια της εφηβικής ή νεαρής ηλικίας, που ενώ προέρχονται από εύπορες οικογένειες με όλες τις ανέσεις, αντιμετωπίζουν το ίδιο ακριβώς πρόβλημα, και με τις ίδιες επικίνδυνες συνέπειες, αλλά με την θέλησή τους.

Έτσι λοιπόν, παρά το γεγονός ότι στις αναπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου υπάρχει υπερπροσφορά τροφίμων, παρατηρείται συνεχής αύξηση των περιπτώσεων που πάσχουν από κάποια Διαταραχή στη Λήψη Τροφής. Ένας συνεχής αριθμός –κυρίως γυναικών στην ηλικία της εφηβείας-παρουσιάζει ένταση στη συμπεριφορά του απέναντι στο φαγητό

Η Νευρογενής Ανορεξία ως επιδημία πρωτοεμφανίστηκε το Μεσαίωνα όταν εκδηλώθηκε στη Δύση μια επιδημία ανορεξίας και βουλιμιάς που προκλήθηκε από τις εκτεταμένες νηστείες που απέβλεπαν στην εξάλειψη, καθυπόταξη και εξαγνισμό των σωματικών παθών. Η ασθένεια ονομάστηκε Αγία Ανορεξία. Η Αικατερίνη της Σιένα, γυναίκα καλλιεργημένη και ανορεξική, έχανε τις αισθήσεις της κι έβλεπε οράματα που προκαλούνταν από την απίστευτη δίαιτα που ακολουθούσε. Πέθανε 33 χρονών, γιατί επί τρεις μήνες έπινε μόνο νερό.<sup>10,11</sup>

Το 1694 ο Richard Morton περιέγραψε δύο ασθενείς που διαφοροποίησε από άλλους ασθενείς καθώς παρουσίαζαν περιέργη συμπεριφορά όσον αφορά την διατροφή τους. Το 1868 ο William Gull ανακάλυψε πάλι το σύνδρομο και 6 έτη αργότερα<sup>12</sup>. Το 1874 δημοσίευσε ένα άρθρο στο οποίο περιέγραφε τα ιστορικά 4 περιπτώσεων από τις οποίες η μία είχε καταλήξει στον θάνατο. Στον ίδιο σχεδόν χρόνο ο Ernest Charles Lasègue δημοσίευσε το 1873 το άρθρο του περί της «Υστερικής Ανορεξίας», όπου περιέγραφε 8 ασθενείς, κυρίως νεαρές κοπέλες, στις οποίες η έναρξη της νόσου είχε προκληθεί από κάποιο συγκινησιακό ερέθισμα. Εκτός από τις κλινικές περιγραφές που έδωσε οι οποίες ήταν παρόμοιες με του Gull δηλαδή τόνισε την ικανοποίηση των ίδιων των ασθενών του με την κατάστασή τους, παρά την ανησυχία και τις απειλές των μελών της οικογένειάς τους ο Lasègue τόνισε ότι η ενεργός ψυχολογική αποστροφή του ασθενή για τα τρόφιμα οδήγησε στη απώλεια βάρους και σημείωσε τις γνωστές αναταραχές.

Μετα τις περιγραφές του 19<sup>ου</sup> αιώνα η νοσολογική αιτιότητα της Ψυχογενούς Ανορεξίας στην συνέχεια συσκοτίστηκε και έγινε σύγχυση με την πανυποφυσιακή καχεξία, που περιεγράφηκε από τον Simmonds το 1914. Αν και η διαφοροποίηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας από την 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.

Μετά από εκείνη την περίοδο το 1966 ο Brunch που περιέγραψε την χαρακτηριστική «ανυποχώρητη επιδίωξη της ισχύτητας» και του Cripp το 1967 που απέδωσε βασικό ρόλο στην φοβία του πάχους και τέλος τις δημοσιεύσεις του Russell στην δεκαετία του '70, τα πράγματα ξεκαθάρισαν και τέθηκαν οι βάσεις για την σύγχρονη κατανόηση και τα κριτήρια για την διάγνωση της νοσολογικής οντότητας της «πρωτοπαθούς» Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Τέλος, πρέπει να αναφέρουμε ότι η βουλιμία είχε περιγραφεί από καιρό ως σύμπτωμα της αδηφάγου πείνας, οι πρόωρες περιγραφές υπάρχουν στο Babylonian Talmud που συντάσσεται μεταξύ των ετών 400 και 500 Π.Χ.. Σαν μέρος του συνδρόμου nervosa ανορεξίας, η βουλιμία (Ψ,Η) παρατηρήθηκε στο γλάρο 1870s. Τα επόμενα 60μ έτη που ακολουθούν καταγράφεται ελάχιστα ότι η βουλιμία είχε σχέση με τη nervosa ανορεξία.<sup>2,10</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.

#### 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο απλός καθορισμός της Νευρικής Ανορεξίας είναι η νευρική απώλεια της όρεξης. Διάφοροι όροι που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι σύνδρομο λιμός-αμηνόρροιών, εκλεκτικός ημι-λομός, εφηβική φοβεία βάρους, μορφή διατροφικής διαταραχής κλπ.. Η ιστορία ποικίλλει από μια ήπια ασθένεια στους εφήβους έως μια ισόβια επαναλαμβανόμενη ή επίμονη διαταραχή<sup>13</sup>.



Τον περασμένο αιώνα ήταν γνωστή ως «νευρογενής φυματίωση» με βάση την περίπτωση μιας νέας γυναίκας που αδυνάτιζε, χωρίς όμως να παρουσιάζει πυρετό, βήχα, ή δύσπνοια, υα κλασσικά συμπτώματα της φυματίωσης. Από τότε ανακοινώθηκαν πολλές μελέτες που έβλεπαν τη νευρική ανορεξία είτε ως οργανική είτε ως ψυχική ασθένεια. Σήμερα δεχόμαστε ότι η νευρική ανορεξία είναι μια ψυχοσωματική διαταραχή η οποία παρουσιάζεται στις γυναίκες και χαρακτηρίζεται από έντονη και σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και του ίδιου του ατόμου και από ανυποχώρητη επιδίωξη της λεπτότητάς του.<sup>2,12</sup>

Τα ανορεξικά άτομα μετρούν συνεχώς τις θερμίδες που παίρνουν καθημερινά, αρκετοί μπορεί να καταναλώσουν από 100 έως 200 θερμίδες την ημέρα<sup>15</sup>. 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 όμως σύμπτωμα που μπορεί να εμφανισθεί είναι η μη εμφάνιση της περιόδου (αμηνόρροια) σε εφήβους, ή η διακοπή της σε ενήλικες γυναίκες. Ορισμένες φορές οι περίοδοι άρνησης λήψης τροφής διακόπτονται από επεισόδια υπερφαγίας, δηλαδή το άτομο τρώει ακατάπαυστα και ανεξέλεγκτα μέσα σε συγκεκριμένο διάστημα. Ακολουθεί εμετός που το άτομο προκαλεί μόνο του, ή χρησιμοποίηση κλύσματος, λήψη διουρητικών ή καθαρτικών<sup>7</sup>.

#### 1.2 Σημεία κινδύνου

Τα άτομα με νευρογενή ανορεξία έχουν την τάση να κρύβουν το πρόβλημα από το περιβάλλον τους, με σοβαρές συνέπειες για την υγεία τους. Είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε ποια είναι τα σημάδια που πιστοποιούν την ύπαρξή τους, ώστε να βοηθήσουμε το άτομο που πάσχει από αυτή.

- Συστηματική ασιτία με απώλεια βάρους
- Υπερβολικός φόβος αύξησης βάρους
- Άρνηση φαγητού
- Άρνηση του αισθήματος πείνας
- Υπερβολική σωματική άσκηση (γυμνάζεται τακτικά).<sup>1,16</sup>
- Μεγαλύτερη τριχοφυΐα στο σώμα ή το πρόσωπο



- Ευαισθησία στο κρύο, υποθερμία
- Απουσία ή ακανόνιστη περίοδος
- Απώλεια μαλλιών
- Αίσθηση του ατόμου ότι είναι παχύ όταν είναι ήδη υπερβολικά αδύνατο.
- Το άτομο κλείνεται στον εαυτό του.
- Δεν τρώει ποτέ μπροστά σε άλλους.
- Ζυγίζει πάντα την τροφή του και μετρά τις θερμίδες.
- Προκαλεί εμετούς.
- Παίρνει διαιτητικά φάρμακα.
- Μιλά συνεχώς για δίαιτες.
- Φορά φαρδιά ρούχα για να κρύβει το υποτιθέμενο βάρος του.
- Ζυγίζεται πολλές φορές την μέρα.<sup>17</sup>

### 1.3 Η οικογένεια της ανορεκτικής.

Πριν προχωρήσουμε να γνωρίσουμε την οικογένεια της ανόρεκτης πρέπει να υπογραμμίσουμε την ύπαρξη ενός ιδιαίτερου οικογενειακού περιβάλλοντος. Οι οικογένειες αυτές χαρακτηρίζονται σαν φυσιολογικές, πολλές μελέτες όμως απέδειξαν ότι πίσω από αυτή την φυσιολογικότητα κρύβεται μια αρκετά παθολογική οικογενειακή οργάνωση. Κατά τις πρώτες συνεντεύξεις αυτό περιγράφεται ως μια ιδανική οικογένεια με τέλεια συνεννόηση ανάμεσα στα μέλη της.

Η ανόρεκτη κόρη ήταν συχνά το παιδί-παράδειγμα που δεν προκάλεσε ποτέ το παραμικρό πρόβλημα στους γονείς του όσον αφορά την εκπαίδευση, την υγεία, τη συμπεριφορά και τη διατροφή, (ειδικά στη νηπιακή ηλικία). Με λίγα λόγια, τίποτα δεν άφηνε να προβλεφθεί μια τέτοια συμπεριφορά, φαίνεται να λένε οι γονείς που δε δέχονται να θεωρηθούν μέτοχοι αυτού που συμβαίνει.

Οι οικογένειες αυτές προσπαθούν πάντοτε να παρουσιάσουν μια ανεπίληπτη εικόνα, αυτή η έγνοια της εμφάνισης, της τέλει εικόνας που παρουσιάζουν στους άλλους, συμβαδίζει με μιαν έλλειψη της εκφραστικότητας, της αυθεντικότητας στην έκφραση των αισθημάτων και γενικά των σχέσεων τους με τους άλλους. Η επιθετικότητα, η οργή ακόμα και η σεξουαλικότητα, δεν συμπεριλαμβάνονται καθόλου, ή ελάχιστα μόνο, στο φάσμα της έκφρασης και των σχέσεων των οικογενειών αυτών. Αυτό ισχύει και για τις εκδηλώσεις στοργής και τρυφερότητας (τόσο ανάμεσα στο ανδρόγυνο όσο και με τα παιδιά).

Η θέση της ανόρεκτης ανάμεσα στα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας, εκτιμάται κατά διάφορους τρόπους ορισμένοι συγγραφείς ανακαλύπτουν ένα σημαντικό αριθμό από μοναχοκόρες άλλοι, από πρωτότοκες κόρες, ενώ για τους Jeammet, η θέση της δεύτερης ανάμεσα στις αδελφές εμφανίζεται ως η πιο εκτεθειμένη (37% στο δείγμα τους).

Το γεγονός ότι οι οικογένειες αυτές βρίσκονται κάτω από την κυριαρχία των γυναικών υπογραμμίζεται από τους περισσότερους συγγραφείς. Η Brunch συσχετίζει τη διαπίστωση αυτή με την απουσία κοριτσιών στις οικογένειες όπου υπάρχουν παχύσαρκα αγόρια. Μια κατάσταση που παρουσιάζεται συχνά είναι δυο ή τρία κορίτσια που ζουν με τη μητέρα τους, και μερικές φορές με τη μητέρα της μητέρας τους, δίπλα σε έναν πατέρα, που είναι ο μόνος αρσενικός εκπρόσωπος.

Οι μητέρες, που συχνά περιγράφονται σαν ψυχρές, άκαμπτες, υπερπροστατευτικές, αποκαλύπτονται-σε βαθύτερη ανάλυση-πολύ καταθλιπτικές. Οι συγγραφείς επιμένουν από τη μια μεριά στη σχέση των μητέρων αυτών με την ίδια τους τη μητέρα κι από την άλλη, στη θέση τους μέσα στο γονικό ζευγάρι. Ο Jeammet αναφέρει «διαταραχές ταύτισης ως προς την ίδια τους την μητέρα» με την οποία η σχέση είναι πολύ αμφιθυμική «με μια προσπάθεια εξιδανίκευσης που δύσκολα κρύβει αυτό που βαθύτερα της προσάπτουν: μια μητέρα απρόσεκτη, χωρίς τρυφερότητα, αγορεύουσα... αυτή η διαταραχή ταύτισης με την ίδια τους την μητέρα, προκαλεί στις μητέρες των ανόρεκτων την αδυναμία να θεωρήσουν τον εαυτό τους σαν καλή μητέρα και, κατά συνέπεια, οδηγεί στην απάρνηση του παιδιού και στην ενοχή». Κατά τον Jeammet είναι η ενοχή αυτή – πηγή αγωνίας που

γεννά φοβικούς και ψυχαναγκαστικούς μηχανισμούς, λόγω της ταύτισης με αυτόν που ασκεί βία, δηλαδή με το μητρικό Υπεργώ.

Επίσης, μας προκάλεσε εντύπωση η συχνότητα της παρουσίας της μητρικής γιαγιάς κάτω από την οικογενειακή στέγη ή τουλάχιστο στην άμεση γειτονιά συχνά επιβάλλει ολοφάνερα την βούλησή τις άλλες φορές, μπορεί να δίνει αρχικά την εντύπωση ότι βρίσκεται σε δεύτερη μοίρα, αν η κόρη της εμφανίζεται ως αρκετά αυταρχική, αλλά η γιαγιά πρόθυμα την υποτιμά σαν ακατάλληλη (στο μητρικό της ρόλο) απέναντι στην ανόρεκτη.

Ορισμένοι συγγραφείς αναφέρονται στην επίδραση που έχουν με το ίδιο τους το σώμα είτε είναι λίγο παχύσαρκες είτε αντίθετα «υπερθηλυκές», προσέχουν πολύ και ελέγχουν τη διατροφή τους και το βάρος τους και δεν αποτελούν ικανοποιητικό και (ή) προσιτό μοντέλο

Στο συζυγικό επίπεδο, οι μητέρες αυτές παρουσιάζονται συχνά σαν ανικανοποίητες, απογοητευμένες ως προς τις διανοητικές προσδοκίες και δυνατότητές τους. Συνεπώς ανατίθεται στο ανόρεκτο παιδί η φροντίδα να τις αποζημιώσει για τις απογοητεύσεις τους.

Ο πατέρας των ανορέκτων περιγράφεται, μερικές φορές, σαν απών, σαν ανύπαρκτος. Στην πραγματικότητα φαίνεται ότι, ακόμη και αν είναι παρών στον οικογενειακό σχηματισμό τον παραμερίζουν ή θέτει ο ίδιος τον εαυτό του στο περιθώριο και θεωρείται ανάξιος από την μητέρα σε ότι αφορά τους ρόλους του, του πατέρα και του συζύγου. Όσο πετυχημένος και αν είναι κοινωνικά και επαγγελματικά περιγράφεται συνήθως σαν υποταγμένος και παθητικός μέσα στον οικογενειακό κύκλο.

Οι απόψεις αυτές πρέπει να ερμηνευθούν με την μεγαλύτερη δυνατή προσοχή κυρίως θέλουν να δείξουν πόσο η παθολογική συμπεριφορά του ανόρεκτου παιδιού ενσωματώνεται σε ολόκληρη τη δυναμική των σχέσεων της οικογένειας η οποία και πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στο θεραπευτικό επίπεδο.<sup>19</sup>

### 1.3.1 Ψυχοπαθολογία μητέρων με παιδιά που έχουν Νευρογενή Ανορεξία.



Η Ψυχογενής Ανορεξία ανήκει στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και εμφανίζεται συχνότερα σε έφηβες. Θνητότητα, μετάπτωση σε χρονιότητα και μεταβολικές επιπλοκές είναι σημαντικές. Οικογενείς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται στην αιτιοπαθογένεση και συνδέονται με πτωχή έκβαση. Σκοπός της μελέτης αποτελεί η ανίχνευση της ψυχοπαθολογίας της μητέρας και η συσχέτισή της με την έναρξη ή διατήρηση της διαταραχής. Για το σκοπό αυτό μελετήθηκαν 36 ασθενείς, 33 κορίτσια και 3 αγόρια, ηλικίας 13-18 ετών, που εκτιμήθηκαν στα εξωτερικά Παιδοψυχιατρικά Ιατρεία της Πανεπιστημιακής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής της Πάτρας ή και νοσηλεύτικαν στην Πανεπιστημιακή κλινική Πατρών, και οι μητέρες τους.

Οι μητέρες των ασθενών παρουσίασαν σε ποσοστό 72% ψυχιατρική διατάραχη (καταθλιπτική \ δυσθημική διαταραχή 28%, αγχώδη διαταραχή 22%, διαταραχή προσωπικότητας 28%) ενώ οι μητέρες μάρτυρες 5,6%. Οι ασθενείς των οποίων οι μητέρες έπασχαν από ψυχιατρική νόσο εμφάνιζαν χαμηλότερη λειτουργικότητα από εκείνους με μητέρες χωρίς ψυχιατρικό πρόβλημα. Επίσης παρατηρήθηκε ότι όλοι οι ασθενείς με μητέρες με ψυχιατρική διαταραχή παρουσιάζουν συχνότερα τον καθαρτικό τύπο της νόσου (54%) έναντι (20%) των ασθενών με μητέρες χωρίς ψυχιατρική διαταραχή.

Η άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση της μητέρας από Ειδικό Ψυχικής Υγείας και η εξομάλυνση των οικογενειακών δυσαρμονιών βελτίωσε θεαματικά την κλινική εικόνα των ασθενών.<sup>20</sup>

### 1.4 Προδιαθεσικοί παράγοντες

Η ψυχοπαθολογία των γονιών έχει επιρροή στο παιδί και έχει υποστηριχτεί και αποδεχτεί από πολλές έρευνες, π.χ. παιδιά από γονείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν πιο συχνά Νευρική Ανορεξία, ακολουθούν τα παιδιά γονέων με κατάθλιψη ή αλκοολικών γονέων και στην συνέχεια παιδιά γονέων που είχαν και αυτοί διατροφικές διαταραχές<sup>19,20,21</sup>.

Δυο σύνολα μελετών αφορούν την εκδήλωση των διαταραχών στο παιδί από γονείς:

**Εκείνα που εξετάζουν έμμεσα την επιρροή των γονικών διαταραχών.**

**Εκείνα που εξετάζουν ρητά την γονική ψυχοπαθολογία σε σχέση με την ψυχοπαθολογία των παιδιών.**

**Αναλυτικά:** Το πρώτο σύνολο μελετών περιλαμβάνει τις μελέτες του οικογενειακού ιστορικού και τις μελέτες των περιπτώσεων με νευρογενή ανορεξία, νευρογενή βουλιμία ή άλλες διατροφικές διαταραχές. Η πλειοψηφία αυτών των μελετών έχει βρει αυξημένα ποσοστά νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας στους συγγενείς πρώτου βαθμού των ανορεξικών ασθενών και ότι οι γενετικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αποτελούν την συνάθροιση των διατροφικών διαταραχών στους συγγενείς των ανορεξικών και βουλιμικών ασθενών.

Το δεύτερο σύνολο εξετάζει ρητά την επιρροή των γονικών διατροφικών διαταραχών στα πιο μικρά παιδιά. Η παρατήρηση των μητέρων και των παιδιών έγινε στο σπίτι την ώρα του γεύματος και του παιχνιδιού. Οι πιο σημαντικές διαφορές που διαπιστώθηκαν στις ερευνώμενες περιπτώσεις ήταν μια αρνητική κατάσταση και σύγκρουση ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί κατά την διάρκεια του παιχνιδιού. Επιπλέον, ο βαθμός ανησυχίας που εξέφραζε η μητέρα για την σωματική διάπλαση του παιδιού κατά την διάρκεια των γευμάτων δεν συμφωνούσε με το βάρος των νηπίων.

Συνολικά αυτές οι μελέτες δείχνουν ότι:

**Υπάρχει γονική επιρροή στις διαταραχές διατροφής**

**Κριτικά σχόλια για το βάρος του παιδιού μπορεί να είναι παράγοντας που υποβοηθά την διατροφική διαταραχή**

**Οι μητρικές διατροφικές διαταραχές επηρεάζουν και το συναισθηματικό ύφος των παιδιών και την κατανάλωση τροφής.**

**Οι μητρικές επιρροές για διατροφικές διαταραχές περιορίζονται στα 5 πρώτα έτη της ζωής και λίγα είναι γνωστά για αυτές τις επιρροές αργότερα στην παιδική ηλικία.<sup>21</sup>**

Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η κατάθλιψη συνδέεται κατα κάποιον τρόπο με την ανορεξία. Οι ορμόνες του στρες, όπως η κορτιζόλη, είναι αυξημένες στα άτομα με νευρογενή ανορεξία, ενώ οι νευρομεταβιβαστές, όπως η σεροτονίνη, μπορεί να δυσλειτουργούν.<sup>1</sup>

## 1.5 Θεωρίες γύρω από τα αίτια.

### **Η ψυχαναλυτική θεωρία**

Σύμφωνα με τη 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 σεξουαλικότητας). 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 από το μαστό. Επομένως, η αντιμετώπιση της διαταραχής επιχειρείται μέσα από την διερεύνηση αυτής της σχέσης.

### **Η θεωρία της Hild Brunche**

Η θεωρία της Hild Brunche προτείνει μια 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 και το σώμα του. Οι δυσλειτουργίες αυτές προέρχονται από προβληματικές σχέσεις με τα σημαντικά άτομα κατά την παιδική ηλικία.

### **Συστημική θεωρία**

Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία, το πρόβλημα είναι οικογενειακό και όχι ατομικό. Ο Minuchin (1974) θεωρεί ότι πρέπει να αναφερόμαστε σε «ανόρεκτες 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 με 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.<sup>25,25</sup>

### **1.6 Αιτιολογία**

Μετά από τις θεωρίες που αναφέραμε στην προηγούμενη παράγραφο θα προχωρήσουμε σε μια πιο συγκεκριμένη αναφορά των αιτιών της Νευρογενής Ανορεξίας.

#### **16.1 Ψυχολογικά- ψυχοδυναμικά αίτια.**

Η ψυχογενής ανορεξία μοιάζει να είναι μια αντίδραση στις απαιτήσεις της εφηβείας για περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική δραστηριότητα. Κατά κάποιον τρόπο, οι ασθενείς με την διαταραχή τους αντικαθιστούν τις φυσιολογικές εφηβικές αναζητήσεις με την ενασχόληση με το φαγητό και το σωματικό τους βάρος. Οι ανορεκτικές ασθενείς εμφανίζουν ελλείψεις στην αίσθηση αυτονομίας και αυτοπροσδιορισμού του Εγώ τους. Συχνά αισθάνονται ότι το σώμα τους είναι κατά κάποιον τρόπο υπό τον έλεγχο των γονέων τους. Ο αυτοεπιβαλλόμενος υποσιτισμός μπορεί να θεωρηθεί ως προσπάθεια απόκτησης αξίας και αυτοεκτίμησης. Φαίνεται πως με την άσκηση της υπερβολικής αυτοπειθαρχίας που απαιτεί η ανορεκτική συμπεριφορά, η ανορεκτική ασθενής καταφέρνει να αναπτύξει μια αίσθηση αυτονομίας και αυτοπροσδιορισμού και να περιορίσει το συναίσθημα της προσωπικής αναποτελεσματικότητας που την διακατέχει.

#### **1.6.2 Οικογενειακά αίτια.**

Στο επίπεδο της οικογένειας το ιστορικό του αλκοολισμού, κατάθλιψης, παχυσαρκίας ή μιας άλλης διατροφικής διαταραχής (όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο) αυξάνει την περίπτωση κάποιας διατροφικής διαταραχής αν και ο μηχανισμός αυτός δεν είναι ακόμη κατανοητός. Κάτι που επίσης λειτουργεί αρνητικά είναι οι πολιτιστικές τοποθετήσεις της οικογένειας ή το ότι μπορεί η οικογένεια να εμποτίσει τα τρόφιμα, το βάρος κλπ., με μια αδικαιολόγητη συμβολική σημασία π.χ. μια πρόσφατη μελέτη από την Kathleen Pike και Judith Robin βρήκε ότι οι μητέρες των βουλμικών κορών ή των εφήβων με διατροφικές διαταραχές είχαν εμμονή με τις δίαιτες, έδιναν μεγάλη προσοχή στην κόρη τους που έκανε δίαιτα και εκδήλωναν δυσαρέσκεια για την γενική λειτουργία του οικογενειακού συστήματος. Ακόμη τα ιδιαίτερα οικογενειακά σχέδια στα οποία η ανεξαρτησία δεν υποστηρίζεται μπορούν να έχουν επίσης ένα αρνητικό αποτέλεσμα.

**Τέλος, 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.*<sup>12,2</sup>

#### **1.6.3 Κοινωνικά και πολιτισμικά αίτια.**

Το πλεονάζον βάρος, στον σύγχρονο δυτικό κόσμο ταυτίζεται σαφώς με την ασχήμια.



Ένα βαθιά ριζωμένο δυτικό στερεότυπο ισχυρίζεται ο εξής: «ό,τι είναι ωραίο είναι καλό ότι άσχημο κακό.» Οι άνθρωποι με ωραία εμφάνιση, άνδρες και γυναίκες, είναι αντικείμενα ευνοϊκών προκαταλήψεων από τη πλευρά των όμοιων τους έχουν καλύτερη αντιμετώπιση, μεγαλύτερη εκτίμηση, θεωρούνται πιο αγαπητοί και πιο χαρισματικοί.

Οι ωραίες και λεπτές γυναίκες θεωρούνται πιο χαρισματικές. Η επιδίωξη λοιπόν αυτής της λεπτής σιλουέτας, μοιάζει να είναι για την γυναίκα ένα μέσο αυτοεπιβείβαιωσης, ανάπτυξης της ταυτότητας της. Καθώς το βάρος που επιβάλλεται από τους κανόνες ομορφιάς, για την πλειονότητα, είναι πολύ κατώτερο από το βάρος το οποίο, λαμβάνοντας υπόψην το τρόπο ζωής μας, θα ήταν το φυσικό και στο οποίο το σώμα τείνει αυθόρμητα να σταθεροποιηθεί, τα περισσότερα άτομα δεν διατηρούνται στο ποθητό βάρος παρά μόνο με το τίμημα ενός διατροφικού περιορισμού.

Το αμερικάνικο φεμινιστικό ρεύμα έφτασε στο σημείο να βάλει στο στόχαστρο την κοινωνική εικόνα της γυναίκας ως κύρια αιτία των διαταραχών της διατροφικής συμπεριφοράς, ιδιαίτερα της νευρογενής ανορεξίας και βουλιμίας. Με αυτόν τον τρόπο καταγγέλλονται η επιβεβλημένη στη γυναίκα κοινωνική υποχρέωση να είναι πιο λεπτή, τα ΜΜΕ που συνεισφέρουν στον φετιχισμό και την εξύμνηση ενός γυναικείου σώματος αφύσικα λυγρού, η επιβολή στις γυναίκες της αναγκαιότητας να είναι ταυτόχρονα καλές σύζυγοι, δυναμικές εργάτριες, «σέξι» ερωμένες.

Άλλοι πηγαίνουν ακόμα μακρύτερα στην κοινωνική κριτική και χρεώνουν τη σημερινή αύξηση των διαταραχών της διατροφικής συμπεριφοράς στο πολιτιστικό μοντέλο που εξυμνεί η Δύση.

Ο πολιτισμός μας, επικεντρώνεται στο άτομο, το αναγκάζει να δίνει προτεραιότητα στις δραστηριότητες που του επιτρέπει να συγκεντρωθεί στον εαυτό του και στις ίδιες του τις αισθήσεις, και όλα αυτά για να ενισχύσει το συναίσθημα της ύπαρξης του.

Τέλος η αύξηση των περιπτώσεων νευρικής ανορεξίας στον λευκό και τον ασιατικό πληθυσμό πρέπει να εξεταστεί παράλληλα με τη σχεδόν απόλυτη απουσία της στον μαύρο πληθυσμό, αφρικάνικο ή αμερικάνικο, γεγονός που μπορεί να εξηγηθεί από την υπόθεση ότι ο τρόπος ζωής εκεί, είναι λιγότερο επικεντρωμένη στον ατομικό ανταγωνισμό, ένα ιδιαίτερο αναπτυσσόμενο κοινοτικό πνεύμα και με το γεγονός ότι οι πληθυσμοί αυτοί έχουν στενότερους συναισθηματικούς δεσμούς.<sup>26</sup>

#### 1.6.4 Βιολογικά αίτια.

Όσον αφορά τα βιολογικά αίτια έχει εκφραστεί η υπόθεση ότι μπορεί να υπάρχει κάποια προδιάθεση από γενετής ή να υπάρχει μειωμένη δραστηριότητα ορμόνης των επινεφριδίων (νορεπινεφρίνη), ή προϊόντων του μεταβολισμού των υδατανθράκων.

#### 1.6.5 Γενετικά αίτια.

Ο Γουόλτερ Κεϊλ, ψυχίατρος στο πανεπιστήμιο του Πίτσμπουργκ, ανακάλυψε ότι το 10% των ατόμων που πάσχουν από ανορεξία ή βουλιμιά έχουν ένα 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%.<sup>27</sup>

Οι γενετιστές γνωρίζουν ότι όταν μια ασθένεια εμφανίζεται συχνότερα σε μερικές οικογένειες αυτό σημαίνει ότι ίσως έχει κληρονομική προέλευση. Μελετώντας τους γνήσιους μονοζυγωτικούς διδύμους οι οποίοι έχουν το ίδιο ακριβώς γενετικό υλικό όταν ο ένας από τους δύο αρρωσταίνει, ο άλλος έχει περίπου 60% πιθανότητες να αρρωσταίνει, στους διζυγωτικούς διδύμους υπάρχει μια πιθανότητα να αρρωστήσει το 10%.<sup>10,12 27</sup>

### 1.7 Στοιχεία προσωπικότητας.

Οι κλινικές εκθέσεις δείχνουν ότι τα ανορεξικά παιδιά είναι σύγχρονα παιδιά (φιλόδοξα, υπάκουα, ευφυή και γενικά με καλή συμπεριφορά). Πριν το παιδί να ασθενήσει εκπληρώνει τα όνειρα των γονέων για την απόκτηση ενός τέλειου παιδιού.<sup>28</sup> Στην πραγματικότητα τα άτομα με νευρογενή ανορεξία έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση, αίσθημα κατωτερότητας και ανικανότητας (έχουν υψηλά πρότυπα και έχουν θέσει υψηλούς στόχους τους οποίους αν δεν εκπληρώσουν νιώθουν ανίκανοι)<sup>1,29</sup>, υπερβολικό φόβο ότι θα παχύνουν και τείνουν να είναι τελειοθήρες, είναι καλοί μαθητές με πολλές ασχολίες. Έχουν πάθος με την εξωτερική εμφάνιση, πιστεύουν ότι αν ήταν λεπτότεροι θα ήταν και πιο ευτυχισμένοι και αν συμβεί κάτι αυτό είναι αποκλειστικά δικό τους λάθος. Άλλοι έχουν προβλήματα με τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και το εκδηλώνουν με τις διατροφικές συνήθειες τους.

Επιπλέον αξίζει να αναφέρουμε τα αποτελέσματα από διάφορες έρευνες που έχουν γίνει όσον αφορά την προσωπικότητα αυτών των ασθενών. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Pally, μόνο το 25% είχε μια κανονική προσωπικότητα στην παιδική ηλικία, οι υπόλοιπες περιπτώσεις βρέθηκαν να έχουν υστερικές ψυχαναγκαστικές και ανήσυχες προσωπικότητες. Τα ψυχαναγκαστικά γνωρίσματα ήταν ιδιαίτερα κοινά (59% μεταξύ των ηλικιών 11 και 14). Επίσης ο Wanel βρήκε την πλειοψηφία των ατόμων αυτών να είναι ντροπαλή και ευσυνείδητη και το 1/3 με χαρακτηριστικά εμμονής, ο Hesper ανέλυσε 15 κλινικά διαγράμματα νεαρών παιδιών και προσπάθησε να αναζητήσει γνωρίσματα που θα μπορούσαν να ληφθούν υπ' όψιν για να υπονοήσουν τους «κυρίαρχους αμυντικούς μηχανισμούς» των ατόμων αυτών και τα γνωρίσματα της προσωπικότητας τους. Σε αυτή την ανάλυση βρέθηκε το 47% υστερικό, το 40% ψυχαναγκαστικό, το 13% σχιζοειδές.<sup>28</sup>

Γενικά τα άτομα με νευρογενή ανορεξία έχουν διαστρεβλωμένη εικόνα όσον αφορά τον εαυτό τους και κατατρέχονται από αυτή.<sup>1</sup>

### 1.7 Τύποι της Νευρογενούς Ανορεξίας.

Διακρίνουμε δύο τύπους της Anorexia Nervosa:

**Τύπος βουλιμίες/εμετοί:** το άτομο παρουσιάζει ανεξέλεγκτες υπερφαγίες συνοδευόμενες από συμπεριφορές εξισορρόπησης για την πρόληψη μιας αύξησης βάρους, όπως η πρόκληση εμετών και οι καταχρηστικές λήψεις καθαρτικών ή διουρητικών.

**Περιοριστικός τύπος:** το άτομο δεν παρουσιάζει ούτε επεισόδια ανεξέλεγκτης υπερφαγίας, ούτε συμπεριφορές εξισορρόπησης για να προλάβει την αύξηση του βάρους.

Η διανοητική ανορεξία δεν πρέπει να συγχέεται με την απώλεια της όρεξης (ανορεξία), η οποία παρατηρείται στις καταθλιπτικές καταστάσεις, στις περισσότερες ασθένειες που γίνονται χρόνιες και στις σοβαρές ασθένειες που προσβάλλουν ζωτικά όργανα.<sup>5,30</sup>

### 1.8 Αναφορά Νευρογενής Ανορεξίας στους άνδρες.

Με τους άνδρες να αποτελούν περίπου το 5% των περιπτώσεων, συνεπώς η υπάρχουσα βιβλιογραφία όσον αφορά τη νευρογενή ανορεξία στους άνδρες είναι μάλλον αραιή.<sup>7</sup>

Τα χαρακτηριστικά που παρουσιάζονται στους άνδρες είναι ίδια με των γυναικών και ενδεικτικά θα αναφέρουμε μερικά:<sup>31,32</sup>

### Χαρακτηριστικά συμπεριφοράς

Δυσκολεύεται να τρώει με άλλους-τελετουργικές διατροφικές συνήθειες  
 Υπερβολική διαίτα  
 Ανησυχία για το σωματικό του βάρος  
 Καταναγκαστική άσκηση  
 Ζυγίζεται μόνος και συχνά  
 Αισθάνεται παχύς κλπ.

### Συναισθηματικά και διανοητικά χαρακτηριστικά

Έντονος φόβος μήπως πάρει βάρος  
 Κατάθλιψη => Δυσκολία να εκφράσει τα συναισθήματά του  
 Τελειομανής, προσπαθεί να είναι εξυπνότερος, ο πιο τακτοποιημένος κλπ.  
 Δυσκολία σκέψης και συγκέντρωσης  
 Αυπνία => χαμηλή αυτοεκτίμηση  
 Οξύθυμος (π.χ. νομίζει ότι το περιβάλλον του είναι υπερβολικό όταν του λένε ότι έχει αδυνατίσει πολύ).<sup>31</sup>

### Φυσικά χαρακτηριστικά

Χαμηλό βάρος σώματος (15% λιγότερο από αυτό που απαιτεί το βάρος και το ύψος του)  
 Έλλειψη ενέργειας  
 Μυϊκή ενέργεια  
 Μειωμένη ισορροπία  
 Υποθερμία, υπόταση  
 Τσούξιμο σε χέρια και πόδια  
 Λεπτή τρίχα και απώλεια μαλλιών  
 Σημείο Lanugo (αυξημένη τριχοφυΐα στο σώμα)  
 Καρδιακή αρρυθμία  
 Χαμηλωμένα επίπεδα τεστοστερόνης.<sup>27,31</sup>

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της θεραπείας στους άνδρες οι ψυχίατροι Burns και Crisp στο Νοσοκομείο St.George στο Λονδίνο έχουν υποβάλει έκθεση σύμφωνα με την οποία η θεραπεία στους άνδρες είχε στο 44% καλή έκβαση, στο 26% ενδιάμεση έκβαση και στο 30% φτωχή έκβαση και σημειώνουν ότι έκβαση της θεραπείας στους άνδρες και τις γυναίκες ήταν παρόμοια.

Ακολουθεί πίνακας ο οποίος δείχνει την συχνότητα σε άντρες και γυναίκες των διατροφικών διαταραχών σε δείγμα 349 ατόμων (15 άνδρες/334) που ήταν διαθέσιμοι για την μελέτη.

Διάγνωση	Γυναίκες	Άνδρες
Νευρική Ανορεξία	51 (15,3%)	4 (26,7%)
Νευρική Ανορεξία και Βουλιμία	68 (20,4%)	3 (20%)

<b>Νευρική Βουλιμία</b>	<b>215 (64,4%)</b>	<b>8 (53,3%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>334</b>	<b>15</b>

Στον πίνακα φαίνεται να υπάρχει μια υπερβολή στα αποτελέσματα όσον αφορά τους άνδρες αλλά λόγω των μικρών αριθμών δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικό.<sup>32</sup>



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

### **2.1 Γενικά επιδημιολογικά στοιχεία**

Η ψυχογενής ανορεξία φαίνεται ότι καθίσταται συχνότερη κατά τις τελευταίες δεκαετίες σε σύγκριση με παλαιότερες. Με αυξανόμενες τις αναφορές σε γυναίκες (90-95% των ασθενών). Το ποσοστό εφήβων και νεαρών γυναικών που υποφέρουν από Νευρογενή Ανορεξία αρχίζει από το 0,5% και φτάνει το 3,71 – 4% (2, 34,12) δηλ. η συχνότητα της Ν.Α. είναι περίπου 1-5 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμό.

Αναπτύσσεται συχνά στην εφηβεία με ηλικίες κινδύνου να είναι 14-18 και μόνο το 5% παρουσιάζουν την διαταραχή μετά τα 25.

Το 1880 είχε αναφερθεί ότι η Νευρογενής Ανορεξία ήταν διαταραχή κατώτερων κατηγοριών. Αυτή η άποψη παρέμεινε για σχεδόν 100 έτη αλλά προσεκτικές μελέτες της προηγούμενης δεκαετίας έδειξαν ότι οι διαταραχές παρουσιάζονται αρκετά συχνά σε βιομηχανικές χώρες. Ενώ στις χώρες του 3<sup>ου</sup> κόσμου σπανίζουν, απλά δεν είχαν πραγματοποιηθεί ως τότε οι κατάλληλες επιδημιολογικές μελέτες στις αναπτυσσόμενες χώρες.<sup>2,12</sup>

Σε αυτή τη παράγραφο θα αναφέρουμε μερικά επιδημιολογικά στοιχεία από διάφορες χώρες. Μελέτες στην Μινεσότα με δείγμα διάφορες ηλικίες έδειξε ότι από 100.000 κατοίκους 14,6 γυναίκες πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία και μόνο ένα 1,8 ανδρών.

Η Ιαπωνία ίσως είναι η μοναδική μη δυτική χώρα η οποία παρουσιάζει αύξηση σε κρούσματα διατροφικών διαταραχών, με τα αποτελέσματα να είναι συγκρίσιμα ή μερικές φορές πιο αυξημένα από των Η.Π.Α., χώρα στην οποία τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια μεγάλη αύξηση της συχνότητας των διατροφικών διαταραχών, ενώ παρόμοια κατάσταση επικρατεί στις Κινέζες γυναίκες ιδιαίτερα αυτές που έχουν υψηλό βιοτικό επίπεδο και ζουν σε εκμοντερνισμένες χώρες όπως το Χονγκ – Κονγκ. Άλλες μη αγγλόφωνες χώρες στις οποίες παρουσιάζεται αύξηση είναι χώρες όπως η Ισπανία, Αργεντινή και τα νησιά Φίτζι.

Στις Η.Π.Α. (συχνότητα 1/100) οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται να είναι συχνές σε γυναίκες Αμερικανικής καταγωγής και πολύ λιγότερο συχνές σε Ασιάτισσες ή γυναίκες που ανήκουν στην μαύρη φυλή. Παρόλο αυτά όμως, έρευνες στην Ν.Α. Αμερική έδειξαν ότι διατροφικές διαταραχές στην περιοχή είναι πιο συχνές σε αμερικανοαφρικάνες γυναίκες παρά σε άλλες εθνικότητες.

Επιπλέον, αξίζει να αναφέρουμε ότι τα άτομα που πάσχουν από αυτές τις ασθένειες έχουν και στην πλειοψηφία και κάποιο άλλο ψυχιατρικό πρόβλημα. Το 50-75% παρουσιάζουν κατάθλιψη. το 25% των ατόμων αυτών διατηρεί ψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους όπως έχει διαπιστωθεί από άτομα τα οποία έχουν επανέλθει πλέον στο κανονικό τους βάρος. το 30-37% αυτών των ασθενών έχει κάνει

κατάχρηση διαφόρων ουσιών, το 42-75% έχει διαταραχές της προσωπικότητάς του. Το 20%-50% έχει αναφερθεί ότι έχει κακοποιηθεί σεξουαλικά με πιο μεγάλη συχνότητα στα άτομα με νευρογενής βουλιμία. Η σεξουαλική κακοποίηση σε γυναίκες κατά την παιδική ηλικία είναι επίσης πολύ συχνή και αυτές οι γυναίκες έχουν πολύ αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν σοβαρό ψυχιατρικό πρόβλημα.<sup>34</sup>

Συνοπτικά:

**Συγγνότητα:** Η.Π.Α.: ⇒ Τα ποσοστά επίπτωσης έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, 1/100 άτομα νοσεί.

Διεθνώς: ⇒ Τα ποσοστά είναι αυξημένα σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες με υψηλή οικονομική θέση, 3,7-4%. Π.χ. σε χώρες της Αυστραλίας και Ευρώπης.

**Θνησιμότητα / νοσηρότητα** ⇒ Το 6%-20% των ασθενών απεβίωσε.

**Φυλή** ⇒ Πιο συχνά εμφανίζεται στη λευκή φυλή. Παίζει όμως πολύ σημαντικό ρόλο η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της χώρας.

**Φύλο** ⇒ Το 90% είναι γυναίκες. Δυστυχώς όμως το 10% των ανδρών που πάσχουν από Ν.Α. συχνά αγνοείται.

**Ηλικία** ⇒ Εμφανίζεται στα 14-18 σπάνια μετά τα 25.<sup>17,35</sup>

## 2.2 Δημογραφικά στοιχεία για τη Νευρογενή Ανορεξία

### 2.2.1 Δημογραφικά στοιχεία όσον αφορά την ηλικία.

Παρόλο που είναι γνωστό ότι οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται συνήθως κατά την εφηβεία, οι περιπτώσεις να παρουσιαστούν αυτές οι διαταραχές νωρίτερα ή αργότερα από αυτές τις ηλικίες δεν είναι σπάνιες.

Ασθενείς που νοσούν σε μικρή ηλικία (μεταξύ των ηλικιών 7-12) μπορεί να έχουν αρχίσει κάποια δίαιτα μιμούμενα πιθανότατα τους γονείς τους, (π.χ αν η μαμά έχει αρχίσει κάποια δίαιτα το παιδί θα την μιμηθεί) ή μπορεί να έχουν ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές ή κατάθλιψη. Τα παιδιά αυτά συνήθως έχουν συμπτώματα όπως: Ναυτία, κοιλιακό πόνο, αίσθημα τυμπανισμού, αδυναμία κατάποσης, γρήγορη και δραματική απώλεια βάρους. Επιπλέον έχουν καθυστερημένη ανάπτυξη και είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στην οστεοπενία και την οστεοπόρωση.

Η νευρογενής βουλιμία κάτω των 12 ετών είναι σπάνια.

Η νευρογενής ανορεξία έχει αναφερθεί επίσης και στην 7<sup>η</sup> ή 8<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής του ανθρώπου, έχοντας όμως δώσει τα πρώτα συμπτώματα νωρίτερα γύρω στα 50. Ακόμη σε πολλές περιπτώσεις η νευρογενής ανορεξία εμφανίζεται μετά τα 25. Σύμφωνα με μερικές εκθέσεις η εμφάνιση αυτής της ασθένειας σε αυτή την ηλικία μπορεί να οφείλεται σε διάφορα

γεγονότα της ζωής όπως θάνατος, συζυγικοί κρίση, διαζύγια κλπ. Τέλος ο φόβος της γήρανσης είναι μια αιτία εμφάνισης σε αυτή την ηλικία.<sup>17,34</sup>

### 2.2.2 Δημογραφικά στοιχεία για την νευρογενή ανορεξία στους άνδρες.

Οι άνδρες με διατροφικές διαταραχές έχουν περισσότερο αντικοινωνική συμπεριφορά από ότι οι γυναίκες και είναι και αυτοί επιρρεπείς στην οστεοπόρωση. Αν και το γένος δεν εμφανίζεται να επηρεάζει την έκβαση της θεραπείας ωστόσο μπορεί η θεραπεία να τροποποιηθεί βάση του γένους. Μελέτες έδειξαν ότι η ομαλοποίηση της τεστοστερόνης στους άνδρες κατά τη διάρκεια της θρεπτικής αποκατάστασης μπορεί να είναι χρήσιμη στην αύξηση της μυϊκής μάζας. επίσης έχει διαπιστωθεί ότι ένα σημαντικό ποσοστό ανδρών με Νευρογενή ανορεξία έχει ομοφυλοφιλικές τάσεις κάτι που δεν έχει αποδειχτεί επιδημιολογικά, είναι όμως ένα στοιχείο που πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν στην θεραπεία. Οι άνδρες με Ν.Α. έχουν ανάγκες από υψηλά επίπεδα ενέργειας 4.000 –4.500 kcal καθημερινά δεδομένου ότι συνήθως είναι πιο ψηλοί και έχουν λιγότερο πάχος αναλογικά με τις γυναίκες, έτσι έχουν ανάγκες να πάρουν πολύ βάρος για να επιστρέψουν στην κανονική τους κατάσταση.

Τέλος να σημειώσουμε ότι τελευταίες έρευνες έδειξαν ότι στην Ν. Αμερική είναι περισσότεροι οι άνδρες που πάσχουν από Νευρογενής Βουλιμία από ότι οι γυναίκες που πάσχουν από Ν.Α.

### 2.2.3. Διαταραχές διατροφής στους αθλητές

Οι διατροφικές διαταραχές είναι πολύ συχνές ανάμεσα στους αθλητές που κάνουν πρωταθλητισμό σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Οι γυναίκες αθλήτριες είναι ιδιαίτερα επίφοβο να παρουσιάσουν τέτοια προβλήματα ιδιαίτερα αυτές που το άθλημά τους απαιτεί να έχουν λεπτό σώμα όπως οι γυμνάστριες, οι μπαλαρίνες, χορεύτριες κ.λ.π. Στους άνδρες αυτοί που είναι επίφοβο να παρουσιάσουν τέτοιου είδους διαταραχές είναι αυτοί που ασχολούνται με το bodybuilding ή την πάλη, την κολύμβηση, την γυμναστική κ.λ.π.

Πολλές φορές ευθύνη μπορεί να έχουν και οι προπονητές νεαρών αθλητών που μπορεί να πιάσουν υπερβολικά τον αθλητή σε ότι αφορά το σωματικό του βάρος ή τις διατροφικές του συνήθειες με σκοπό να τον κάνουν όσο το δυνατόν πιο πολύ ανταγωνιστικό.

Οι γιατροί που ασχολούνται με εφήβους και νεαρούς ενήλικες αθλητές, ιδιαίτερα με αθλητές που παίρνουν μέρος στα αθλήματα «κινδύνου», πρέπει να είναι άγρυπνοι ώστε να εντοπίσουν τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών νωρίς. Ερωτήσεις στους αθλητές όπως: το τι πιστεύουν για το βάρος τους, αν νιώθουν δυσαρέσκεια για την εμφάνισή τους, για το τι τροφές καταναλώνουν καθημερινά, εάν έχουν αμηνόρροια (οι γυναίκες αθλήτριες) μπορούν να βοηθήσουν στο να καταλάβει ο γιατρός αν ο αθλητής αναπτύσσει κάποια διατροφική διαταραχή.

Η ακραία άσκηση σε συνδυασμό με εξαντλητική διαίτα οδηγεί στην Νευρογενή Ανορεξία. Οι αθλητές αυτοί περνούν ατελείωτες ώρες προπόνησης αλλά η απόδοσή τους ελαττώνεται όλο και πιο πολύ (ανορεξική δραστηριότητα).<sup>34</sup>

#### **2.2.4. Διατροφικά προβλήματα σε σχολεία και κολέγια**

Οι διατροφικές διαταραχές είναι συχνές στις μαθήτριες γυμνασίων και λυκείων και στις φοιτήτριες. Ιδιαίτερα μάλιστα στην μετάβαση από το λύκειο στο πανεπιστήμιο. Ψυχίατρος και άλλοι γιατροί μπορεί να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών με διάφορους τρόπους.

ένα αρχικό σχέδιο πρόληψης αυτής της ασθένειας είναι να δίνονται πληροφορίες για τις διατροφικές διαταραχές μέσα σε σχολικές τάξεις, σε διάφορα αθλητικά προγράμματα κ.λ.π., αν και η αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων είναι αβέβαιη.

Γιατροί, λοιπόν, και άλλοι ειδικοί σε τέτοιου είδους θέματα μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες σαν εκπαιδευτές ή συντονιστές ή μπορούν να υποστηρίξουν επιστημονικά άλλες ομάδες προσπάθειας παροχής συμβούλων σε σχολεία, ιδρύματα, πανεπιστήμια κ.λ.π.

Σε περίπτωση που ψυχίατροι κληθούν από την σχολική διοίκηση για να εξετάσουν εξασθενημένους σπουδαστές με σοβαρές διαταραχές, αυτοί οι σπουδαστές αντιμετωπίζονται με τα ίδια κριτήρια που αντιμετωπίζονται και οι εξωτερικοί ασθενείς. Οι σπουδαστές θα πάρουν δικαιολογημένη απουσία και θα μεταφερθούν στο νοσοκομείο εάν το βάρος τους είναι από το 30% ή περισσότερο από το αναμενόμενο υγιές βάρος ή εάν οποιαδήποτε άλλη ένδειξη της ασθένειας είναι παρούσα. Για τους σπουδαστές με σοβαρές διατροφικές διαταραχές που θα παραμείνουν στο σχολείο οι ψυχίατροι και το υπόλοιπο προσωπικό υγείας θα πρέπει να συνεργαστούν με την σχολική διοίκηση για την ανάπτυξη ενός κατάλληλου σχεδίου θεραπείας. Για τον ιδιαίτερα άρρωστο σπουδαστή η κλινική ομάδα πρέπει να συνεργαστεί με ένα γενικό νοσοκομειακό γιατρό (π.χ. παθολόγο) που να μπορεί να ελέγξει σωστά το βάρος, τις εργαστηριακές εξετάσεις και άλλα χαρακτηριστικά του ασθενή. Οι σπουδαστές που έχουν την διαταραχή αλλά παρόλα αυτά θα συνεχίσουν τα μαθήματά τους προηγουμένως εξετάζονται από τον παραπάνω γιατρό ο οποίος απαιτεί ο μαθητής να είναι πάνω από ένα συγκεκριμένο σωματικό βάρος και να έχει ικανοποιητικές εργαστηριακές εξετάσεις προκειμένου να συνεχίσει τα μαθήματά του.<sup>17,34,36</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

#### 3.1. Το πρόβλημα των διαγνωστικών κριτηρίων

Η πρωτοτυπία και η μεγάλη εξειδίκευση αυτού του συνόλου των συμπτωμάτων, στο οποίο τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά κατέχουν προέχουσα θέση, οδήγησαν πολλούς συγγραφείς στο να προτείνουν, τα τελευταία χρόνια, ορισμένα ακριβή διαγνωστικά κριτήρια.

Οι συγγραφείς αυτοί αποβλέπουν στο να διακρίνουν την ανορεκτική συμπεριφορά μέσα από ένα ορισμένο αριθμό καταστάσεων, αφού η σαφώς παθολογική διάσταση δεν είναι προφανής. Πράγματι, «μολονότι τέτοιες στάσεις απέναντι στο βάρος και τη μορφολογία του σώματος είναι ακραίες στις ανόρεκτες, αυτές οι στάσεις υπάρχουν και σε κάποιο βαθμό στην πλειοψηφία των εφήβων», πράγμα που η Bruch εκφράζει λέγοντας ότι «αρχικά, η από φάσή τους δεν διαφέρει από εκείνες που παίρνουν όλοι οι έφηβοι μέσα σ' αυτή την κοινωνία όπου τόσο μετράει το να είναι κανείς αδύνατος». Οι Griffin κ.συν. υποστηρίζουν ότι ο κίνδυνος να παρουσιασθεί μια αυθεντική ψυχογενής ανορεξία θάταν περίπου 4 πάνω σε 30 εφήβους που θα άρχιζαν μια διαίτα, και υπενθυμίζουν ότι ο Russell βρήκε, το 1972, μέσα σε μια ομάδα 231 νοσοκόμων, φοιτητριών της ιατρικής και μαθητριών, ότι το 15% των νεανίδων και νεαρών γυναικών είχε χάσει – κάποια στιγμή – 3 ½ κιλά βάρος. Το 6 % είχε αμηνόρροια τουλάχιστον έξι μηνών και το 4% είχε συγχρόνως και τα δύο.

Οι διαπιστώσεις αυτές εξηγούν, χωρίς αμφιβολία, την πρόσφατη εμφάνιση αριθμητικών κριτηρίων, που αναφέρονται στο ποσοστό της απώλειας βάρους, σε σχέση με το προηγούμενο βάρος.

Για παράδειγμα θα αναφέρουμε 4 κλίμακες των διαγνωστικών κριτηρίων αρχίζοντας από τα διαγνωστικά κριτήρια 1) του Sour, 2) της Katherine A. Halmi, 3) του Feighner τα οποία είναι ίδια με τα διαγνωστικά κριτήρια DSMIII, και τέλος 4) με τα διαγνωστικά κριτήρια DSMIV. Τα κριτήρια DSMIII και DSMIV αυτά που χρησιμοποιούνται πιο συχνά και συναντήσαμε στις περισσότερες βιβλιογραφίες.<sup>19</sup>

#### **3.1.1. Διαγνωστικά κριτήρια κατά τον Sour**

Ο Sour διακρίνει πρωτογενή και δευτερογενή κριτήρια.

Στα πρωτογενή ανευρίσκουμε:

- τον εκλεκτικό και εκούσιο περιορισμό της τροφής, ο οποίος δικαιολογείται ως απώλεια της όρεξης:
- την αναζήτηση της ισχύτητας σε μια ευχάριστη αυτή καθ' εαυτό η οποία ανάγεται στο αίσθημα κυριαρχία; πάνω στο σώμα, στον έλεγχο της ενστικτώδους ζωής του.

- την υπερδραστηριότητα, συχνά, πρώιμη και την αμηνόρροια.
- τέλος, τη βουλιμία.

Μέσα στα δευτερογενή συμπτώματα, υπάρχουν οι μόνιμες ανησυχίες και οι παραπομπητικές συμπεριφορές που αφορούν την τροφή, η ενοχλημένη στάση ενάντια σ' αυτούς που προσπαθούν ν' ασχοληθούν με τις ανάγκες διατροφής της και, τέλος, κάποιος βαθμός θλίψης με αίσθημα του κενού.

### 3.1.2. Διαγνωστικά κριτήρια κατά την Katherine A. Halmi

Η Katherine A. Halmi προτείνει έξι «λειτουργικά κριτήρια»:

- 1) Άρνηση να διατηρηθεί το βάρος του σώματος πάνω από το ελάχιστο βάρος που αντιστοιχεί στο ανάστημα και στην ηλικία.
- 2) Απώλεια βάρους τουλάχιστον 25% του προηγούμενου βάρους και όταν πρόκειται για εφήβους των 18 ετών, παρέκκλιση από το ποσοστό αυτό και στην αναμενόμενη λήψη βάρους, όπως υπολογίζεται σύμφωνα με τους παιδιατρικούς πίνακες βάρους.
- 3) Διαταραχή της εικόνας του σώματος με ανικανότητα ν' αντιληφθεί κανείς σωστά τις σωματικές ανάγκες.
- 4) Έντονος φόβος να μη γίνει παχύσαρκη, ο οποίος δεν μετριάζεται παρά με προοδευτική απώλεια βάρους.
- 5) Έλλειψη οργανικής νόσου που θα εξηγούσε την απώλεια βάρους.
- 6) Τέλος, στη γυναικεία αμηνόρροια.

### 3.1.3. Διαγνωστικά κριτήρια κατά τον Feigher ή Διαγνωστικά κριτήρια DSM – III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders)

Τα διαγνωστικά κριτήρια του Feigher κ.συν της σχολής του Saint Louise είναι τα ίδια με τα κριτήρια της DSM III και είναι τα εξής:

- A- Ηλικία έναρξης από τα 25 έτη
- B- Ανορεξία με σύγχρονη απώλεια βάρους, τουλάχιστο του 25% του αρχικού βάρους.
- Γ- Αδιάλλακτη και διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στην τροφή, φάρμακα ή το βάρος, η οποία κυριαρχεί στην πείνα στις επιπλήξεις και στις απειλές, όπως για παράδειγμα:
  - 1) Άρνηση της αρρώστιας και παραγνώριση των αναγκών διατροφής.
  - 2) Καταφανής ικανοποίηση από την απώλεια βάρους, ενώ καθαρά φαίνεται πως η άρνηση τροφής είναι μια ευχάριστη υποχρέωση.

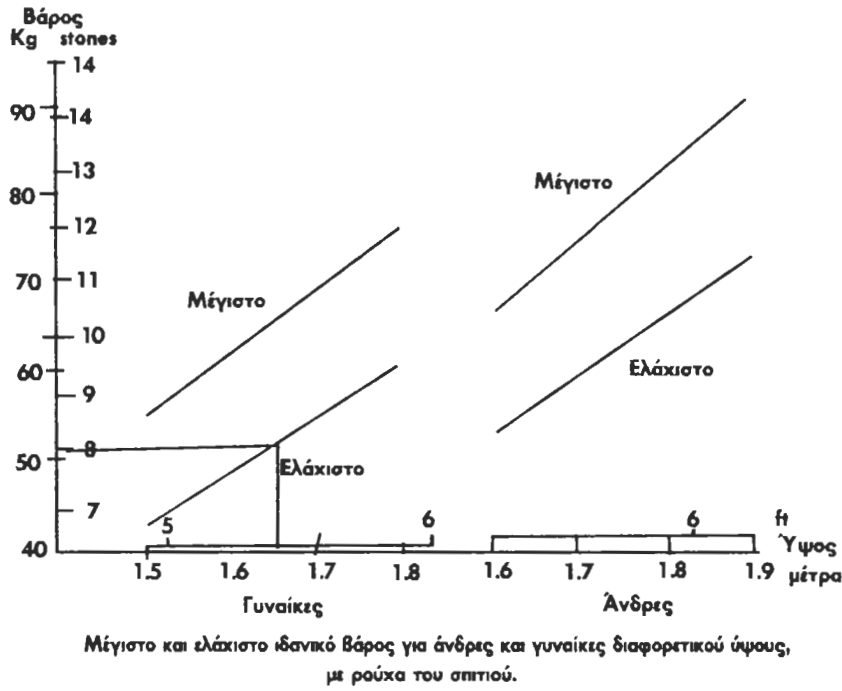
- 3) Επιθυμία ν' αποκτήσει μια εικόνα οριακής ισχνότητας του σώματος...ενώ εκδηλώνεται καθαρά ότι είναι ευχάριστο για την άρρωστη να φθάσει ή να διατηρήσει τη κατάσταση αυτή.
- 4) Συσσώρευση και ασυνήθιστη επεξεργασία των τροφών.
- Δ- Έλλειψη γνωστών ιατρικών ασθενειών που θα μπορούσαν να εξηγήσουν την ανορεξία και την απώλεια βάρους.
- Ε- Καμιά άλλη γνώση ψυχιατρική διαταραχή, με ειδική αναφορά στις πρώιμες συναισθηματικές διαταραχές, στη σχιζοφρένια, στην ψυχαναγκαστική και φοβική νεύρωση (δεχόμαστε ότι η άρνηση τροφής δεν αρκεί από μόνη της για να δικαιολογήσει την διάγνωση μιας ψυχαναγκαστικής ή φοβικής νεύρωσης).
- ΣΤ- Τουλάχιστο δυο απ' τις παρακάτω εκδηλώσεις: αμηνόρροια, αύξηση τριχοφυΐας, βραδυκαρδία (σταθερά σφυγμός σε ηρεμία είναι 60 σφ/ λεπτό ή και λιγότερο), περίοδοι υπερδραστηριότητας, επεισόδια βουλιμίας, εμετοί (ενδεχόμενα αυτοπροκαλούμενοι).<sup>19</sup>

### 3.1.4. Διαγνωστικά κριτήρια. DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

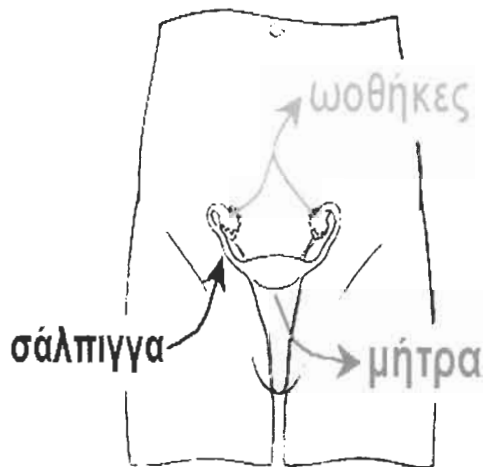
1) Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματός του πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του (H15). Π.χ.: απώλεια βάρους που αντιστοιχεί στο 15|% κάτω από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει το αναμενόμενο βάρος (585%) στην διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης<sup>2,25</sup>

2) Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό<sup>12,34</sup>

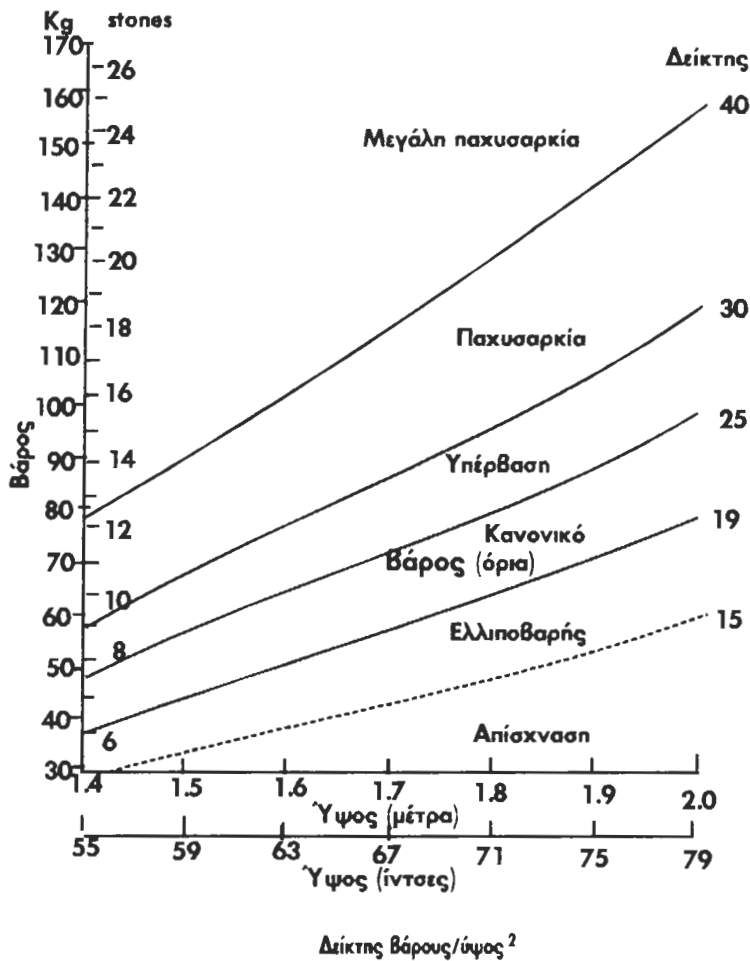
3) Διαταραχή στην εικόνα του σώματος δηλαδή στον τρόπο που το άτομο βιώνει το βάρος ή το σχήμα του σώματός του. Αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού του βάρους η σχήματος στην εκτίμηση που έχει το άτομο για τον εαυτό του καθώς επίσης και άρνησή της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους. (-) Π.χ.: Το άτομο ισχυρίζεται ότι νιώθει «παχύ» ακόμα κι είναι κάτισχνο. Πιστεύει ότι μια περιοχή του σώματός του είναι «πολύ παχιά», ακόμη και το βάρος της είναι κάτω από το κανονικό.<sup>25</sup>



4) Αμηνόρροια σε μεταεμμηναρχικές γυναίκες, απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορυσιών, ενώ κανονικά αναμένονταν να συμβούν(37-17) (πρωτοπαθής η δευτερογενής αμηνόρροια). (Μία γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περιοδοί της έρχονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών. π.χ. οιστρογόνων).<sup>25,11</sup>



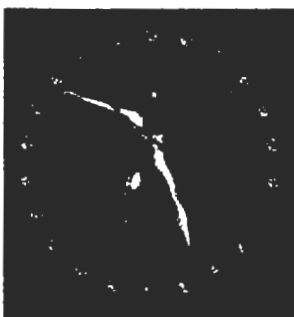




### 3.2. Διαταραχές – Συμπτώματα ανά σύστημα

Η Νευρογενής ανορεξία είναι μια ασθένεια που δυστυχώς επηρεάζει αρνητικά όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού αφού σε έναν σοβαρά υποσιτιζόμενο άνθρωπο κάθε σύστημα οργάνων μπορεί να δυσλειτουργεί. Παρακάτω θα παρακολουθήσουμε όλα τα συμπτώματα ανά σύστημα.

#### 3.2.1. Όλο το σώμα



**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:** αδυναμία και κόπωση.

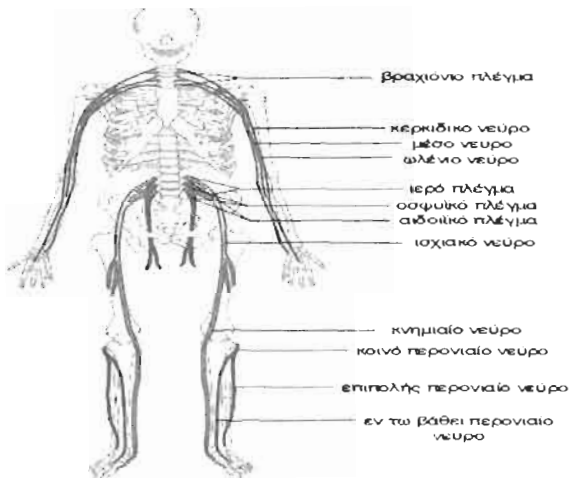
**ΣΗΜΕΙΑ:** κακή διατροφή/υποσιτισμός.

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ:** Χαμηλός βάρος/μάζα σώματος, χαμηλή αναλογία λίπους στο σώμα.

### 3.2. 2. Κεντρικό νευρικό σύστημα

**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:** Το Κ.Ν.Σ. απάθεια – φτωχή συγκέντρωση.

**ΣΗΜΕΙΑ:** Ο ασθενής παρουσιάζει έκπτωση γνωστικών λειτουργιών, καταθλιπτική και οξύθυμη διάθεση



### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ:

στο CT ανιχνεύεται διεύρυνση κοιλιών, MRI εγκεφάλου μειωμένη λευκή και φαία ουσία.

### 3.2.3 Καρδιαγγειακό σύστημα και σύστημα περιφερικών αγγείων

**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:** Η ασθενής παρουσιάζει αισθημα παλμων, αδυναμία, ζάλη, δύσπνοια, θωρακικό πόνο, ψυχρότητα στα άκρα.

**ΣΗΜΕΙΑ:** Παρατηρούνται άρρυθμοι, αδύνατοι, βραδύς σφυγμοί, αλλαγές ορθοστατικής πίεσης, αγγειοσυστολή, ακροκυάνωση.

### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ:

Στο ΗΚΓ μπορούν να εμφανιστούν απειλητικές για τη ζωή αρρυθμίες, βραδυκαρδίες, παράταση Q-T διαστήματος.



### 3.2.4 Σκελετικό σύστημα

**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:** Η ασθενής παραπονιέται για πόνο στα οστά κατά την άσκηση.

**ΣΗΜΕΙΑ:** Οριακή ευαισθησία, κοντό ανάστημα, διακοπή σκελετικής ανάπτυξης.

#### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ:

Τα οστά έχουν πλέον μειωμένο ασβέστιο, μειωμένο φώσφορο και μαγνήσιο<sup>12,34</sup>, με αποτέλεσμα το 92% των γυναικών με Νευρογενής Ανορεξία να πάσχουν από οστεοπενία (μείωση της οστικής πυκνότητας) και το 38% να πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της οστεοπόρωσης. Επίσης στην α/α μπορεί να δούμε παθολογικά κατάγματα. Η χορήγηση ασβεστίου (που είναι κύριο συστατικό των οστών) δεν κατάφερε να αντιστρέψει τις βλάβες στα οστά σύμφωνα με το BBC<sup>38</sup>. επίσης οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν βλάβες και στα δόντια (διάβρωση αδαμαντίνης ιδιαίτερα των κοπήτρων που έχει σαν αποτέλεσμα την τερηδόνα) εξαιτίας του συχνού όξινου περιεχομένου στο στόμα εξαιτίας των εμετών.<sup>2</sup>

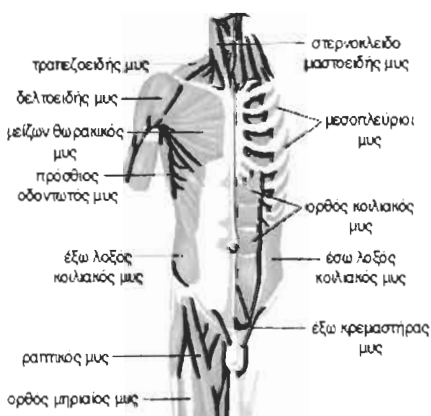
### 3.2.5. Μυϊκό σύστημα

**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:** ασθενής νιώθει αδυναμία και μυϊκούς πόνους.

**ΣΗΜΕΙΑ:** Η μυϊκή μάζα ελαττώνεται\μυϊκή ατροφία.

#### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ:

Παρουσιάζονται σε σοβαρό υποσιτισμό ενζυμικές ανωμαλίες στους μύες.



### 3.2.6. Αναπαραγωγικό σύστημα



**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:** Η ασθενής έχει αμηνόρροια και αναστέλλεται η ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης, ανηδονία.

**ΣΗΜΕΙΑ:** Η μη ανάπτυξη δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου, προβλήματα γονιμότητας, υψηλή αναλογία επιπλοκών εγκυμοσύνης η περιγεννητικής περόδου.

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ:** Υποοιστρογονιαμία, προεφηβικά πρότυπα έκκρισης LSH, FSH.

### 3.2.7. Ενδοκρινικό – Μεταβολικό σύστημα

**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:** Η ασθενής έχει έντονο το αίσθημα κόπωσης, ευαισθησία στο κρύο, διούρηση, εμετούς,

**ΣΗΜΕΙΑ:** με αποτέλεσμα την χαμηλή θερμοκρασία του σώματος\υποθερμία

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ:**

Ηλεκτρολυτικές διαταραχές, υποσφωσφαταμία, υπογλυκαιμία, αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης, αυξημένη καρωτίνη, ανεπάρκεια πρωτεϊνών, χαμηλά επίπεδα θυροξίνης και θυροειδορμόνης, αυξημένη έκκριση κορτιζόλης.

### 3.2.8. Αιματολογικές επιπλοκές

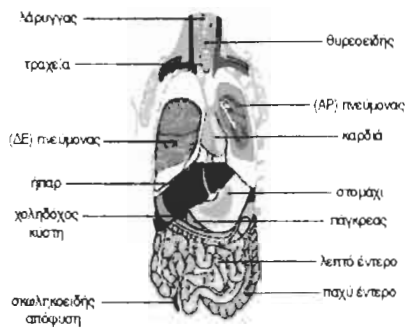
**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:** Αίσθημα κόπωσης, ευαισθησία στο κρύο.

**ΣΗΜΕΙΑ:** Σπάνια μώλωπες, ανωμαλίες πήξης.

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ:**

ανααιμία, λευκοπενία με σχετική λευκοκυτάρωση, θρομβοπενία, χαμηλή ΤΚΕ .

### 3.2.9. Γαστρεντερολογικό σύστημα

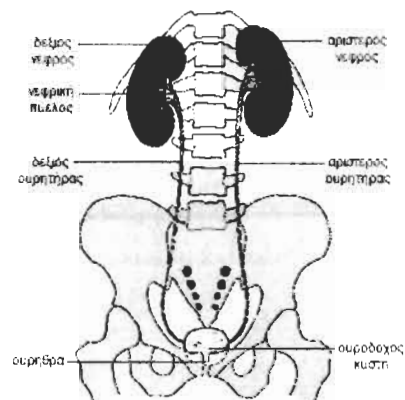


**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:** εμετοί, κοιλιακό πόνο, τυμπανισμό, δυσκοιλιότητα. **ΣΗΜΕΙΑ:** ασθενής παρατηρείτε να έχει ανώμαλους εντερικούς ήχους, κοιλιακή διάταση με τα γεύματα.

#### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

καθυστερημένες γαστρικές κενώσεις, μη καλή λειτουργία του ήπατος. Κίνδυνος το άτομο που πάσχει από διατροφικές διαταραχές να προσβληθεί από παγκρεατίτιδα, ηπατίτιδα, πεπτικά έλκη.

### 3.2.10. Ουροποιητικό σύστημα



**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:** Η ασθενής πάσχει από αφυδάτωση.

**ΣΗΜΕΙΑ:** οίδημα που αφήνει εντύπωμα.

#### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ:

Παρουσιάζονται διαταραχές στην έκκριση της αντιδιουρητικής ορμόνης, νεφροπάθειες, οίδημα στάσεως και πέτρες στα νεφρά.

### 3.2.11. Δέρμα.

Τα μαλλιά της ασθενούς γίνονται τραχιά ενώ ταυτόχρονα έχει τριχόπτωση. Στο δέρμα αναπτύσσεται το λεγόμενο Lanugo (χνούδι που μοιάζει με αυτό του νεογνού) που χαρακτηρίζεται από μαλακή τρίχα στο πρόσωπο, στα άκρα και σε άλλα μέρη του σώματος.

Το δέρμα της είναι ξηρό και έχει ένα κιτρινωπό χρώμα που οφείλεται πιθανόν στην μειωμένη καροτίνη.<sup>12,34,39</sup>

### 3.3. Διαφορική Διάγνωση

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

Ο γιατρός πρέπει να αποκλείσει με ασφάλεια την ύπαρξη σωματικής νόσου που μπορεί να είναι υπεύθυνη για την απώλεια βάρους π.χ. όγκος εγκεφάλου, καρκίνος, σύνδρομο δυσαπορρόφησης, φυματίωση, αιματολογικές παθήσεις, διαβήτη<sup>2,12</sup>, για αυτό προχωρά:

- 1) σε μια γενική εξέταση με απλό εργαστηριακό έλεγχο όπως: ακτινογραφία θώρακος, γενική αίματος, ταχύτητα καθίζησης, σάκχαρο αίματος κ.λ.π.
- 2) Μία ενδοκρινολογική εξέταση. είναι σχεδόν παράδοξο ότι σ' αυτό ακριβώς το επίπεδο, τα πράγματα είναι στη πράξη πολύ απλά, εξαιτίας της διαφοράς συμπτωματολογίας που εμφανίζει η κλινική εικόνα της ψυχογενούς ανορεξίας ως τον υπερθυρεοειδισμό (ταχυσφυγμία) και ως προς την πρωτοπαθή υποφυσιαία ανεπάρκεια (που συνήθως δε συνοδεύεται με απώλεια βάρους, τουλάχιστον στην αρχή).
- 3) Μία νευρολογική εξέταση, επειδή οι νευρολογικές αιτιολογίες παρουσιάζουν ίσως τον μεγαλύτερο κίνδυνο μιας λανθασμένης διάγνωσης.
- 4) Θα μπορούσε να συζητηθεί η χρησιμότητα μιας ακτινολογικής διερεύνησης του ανώτερου πεπτικού συστήματος.<sup>19</sup>

Απώλεια βάρους και ασυνήθιστες συμπεριφορές φαγητού καθώς και εμετοί μπορεί να συμβαίνουν και στα πλαίσια άλλων ψυχικών διαταραχών. Η κατάθλιψη έχει ορισμένα συμπτώματα κοινά με την Ν.Α. όπως καταθλιπτικό συναίσθημα, κλάματα, διαταραχή του ύπνου, σκέψεις αυτοκτονίας.

Ένας ασθενής όμως με καταθλιπτική διαταραχή έχει μειωμένη όρεξη ενώ ένας ασθενής με Ν.Α. υποστηρίζει ότι έχει κανονική όρεξη και ότι αισθάνεται πεινασμένος. Μόνο σε πολύ προχωρημένα στάδια της Ν.Α. ο ασθενής έχει πραγματικά μειωμένη όρεξη.

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 που περιέχουν οι τροφές, οι συνταγές και η ενασχόληση με την σύνδεση και την προετοιμασία του φαγητού είναι χαρακτηριστικά της Ν.Α. και δεν παρουσιάζονται ποτέ σε καταθλιπτική ασθενή. Επίσης ο καταθλιπτικός ασθενής

δεν έχει έντονο το φόβο της παχυσαρκίας ή για το σώμα του όπως ο ασθενής της Ν.Α., ο καταθλιπτικός ασθενής επιδεικνύει μια γενικευμένη μείωση του αυτοσεβασμού, ενώ ο αυτοσεβασμός του ασθενή με Ν.Α. εξαρτάται από το πώς θα δει το σώμα του στο καθρέφτη και τη ζυγαριά.<sup>2,10,12</sup>

Ακόμη πολλές φορές ασθενείς με σχιζοφρένεια χάνουν μεγάλες ποσότητες βάρους γιατί αρνούνται να φάνε. Αυτό όμως που τους κάνει να μην τρώνε είναι παραληρητικές ιδέες που έχουν για το φαγητό (π.χ. ότι μπορεί να είναι δηλητηριασμένο) ή φόβος ότι μπορεί το φαγητό να κάνει κακό στον οργανισμό τους. (π.χ. ότι το φαγητό μπορεί να κάνει το έντερο τους να σαπίσει). Στη σχιζοφρένεια σπάνια οι ασθενείς ασχολούνται με την θερμοϊδική σύσταση των τροφών ή το φόβο του πάχους και δεν εμφανίζεται η χαρακτηριστική υπερκινητικότητα της ανορεκτικής ασθενούς.

Τέλος η ψυχογενής ανορεξία πρέπει να διαχωρίζεται από την ψυχογενή βουλιμία. Εδώ τα επεισόδια υπερφαγίας συνοδεύονται από καταθλιπτικό συναίσθημα, σκέψεις αυτουποτίμησης και αισθήματα ντροπής, ενώ συνήθως το βάρος της ασθενούς διατηρείται σχετικά κοντά στο φυσιολογικό, φθάνοντας πολύ σπάνια σε απώλεια μεγαλύτερη από 15% του αναμενόμενου.<sup>2,10</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:** **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΧΕΔΙΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ** **ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

### **4.1. Ψυχιατρική Διαχείριση**

Η ψυχιατρική διαχείριση περιλαμβάνει μια σειρά στόχων που πρέπει να επιτύχει ο ψυχίατρος, οι οποίοι έχουν να κάνουν με την ικανοποίηση όλων των αναγκών του ασθενή με διατροφικές διαταραχές.

Αυτοί οι στόχοι πρέπει να ικανοποιούνται σε όλους τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές σε συνδυασμό με άλλες συγκεκριμένες μορφές θεραπείας.

Έτσι λοιπόν ο ψυχίατρος και οι συνάδελφοί του θα πρέπει να προχωρήσουν στις παρακάτω ενέργειες.

#### **4.1.1. Δημιουργία και διατήρηση θεραπευτικής συμμαχίας**

Κατά την έναρξη της θεραπείας οι ειδικοί θα πρέπει να πετύχουν να αποκτήσουν μια φιλική σχέση με τον ασθενή εμπιστοσύνης και εκτίμησης. Αυτό θα αποτελέσει την βάση για τη θεραπεία των προβλημάτων που οφείλονται στην διατροφική διαταραχή. Η νευρογενής Ανορεξία είναι μια μακροπρόθεσμη ασθένεια που μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικούς τρόπους σε διάφορες περιόδους της θεραπείας και απαιτεί από τον γιατρό να τροποποιεί τις θεραπευτικές στρατηγικές του ανάλογα κάθε φορά. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας οι ασθενείς μπορεί να αντισταθούν στο να εξεταστούν ψυχιατρικά. Οι ψυχίατροι πρέπει να έχουν υπ' όψιν τους ότι η επέμβαση τους προκαλεί ανησυχία στους ασθενείς και ότι η προσπάθεια τους να τους πείσουν να πάρουν βάρος είναι αυτό που περισσότερο τρομάζει τους ανορεξικούς.

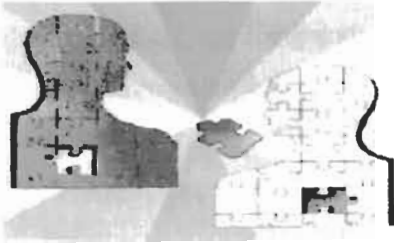
Η κατανόηση αυτού του φόβου από τον γιατρό θα βοηθήσει στην ανάπτυξη της σωστής θεραπείας και οι υποψίες του ασθενή ότι το μόνο που θέλει ο γιατρός είναι να τον κάνει υπέρβαρο θα μειωθούν.

#### **4.1.2. Ισότιμη προσοχή και συνεργασία με το υπόλοιπο νοσοκομειακό προσωπικό**

Ένας σημαντικός στόχος για τον ψυχίατρο είναι να προγραμματίσει και να παρακολουθήσει με προσοχή τον ασθενή με διατροφικές διαταραχές. Για να αντεπεξέλθει όμως στις απαιτήσεις αυτής της θεραπείας όπως είναι η θρεπτική αποκατάσταση του ασθενή, ή συνεργασία με την οικογένεια, ή καθιέρωση ψυχοθεραπείας, θα πρέπει να συνεργαστεί και με άλλους ειδικούς όπως π.χ. παθολόγος (για την αντιμετώπιση της καρδιακής δυσλειτουργίας), οδοντίατρος κ.λ.π. Επίσης σε περιπτώσεις που το προσωπικό δεν έχει πείρα



σε ότι αφορά την θεραπεία ασθενών με διατροφικές διαταραχές ή υποστήριξη, ή παροχή εκπαίδευσης και η επίβλεψη από το ψυχίατρο είναι σημαντικές για την επιτυχία της θεραπείας.



#### **4.1.3. Αξιολόγηση και παρακολούθηση των συμπτωμάτων και συμπεριφορών της διαταραχής**

Οι ψυχίατροι μπορούν να κάνουν μια προσεκτική αξιολόγηση των συμπτωμάτων και των συμπεριφορών των ασθενών με διατροφικές διαταραχές. Η περιγραφή ενός 24ώρου από τον ανορεξικό στο γιατρό, ή πληροφορίες από το ημερολόγιο του μπορούν να του δώσουν σημαντικές πληροφορίες.

Το να γευματίζουν μαζί ο θεραπευτής και θεραπευμένος ή η παρατήρηση του πως γευματίζει μπορεί επίσης να δώσει σημαντικές πληροφορίες, όπως είναι: το τι τρώει η ασθενής, η τελετουργική διαδικασία που ακολουθεί στην προετοιμασία του φαγητού (π.χ. ο τρόπος που τεμαχίζει το φαγητό) κ.λ.π. ακόμη η εξερεύνηση από το γιατρό:

- 1) μήπως η ασθένεια ξεκίνησε εξ' αιτίας διάφορων διαπροσωπικών προβλημάτων του ασθενή
- 2) Το οικογενειακό ιστορικό σε ότι αφορά τις διατροφικές διαταραχές (π.χ. ύπαρξη παχύσαρκων ατόμων στην οικογένεια) ή
- 3) άλλων ψυχιατρικών διαταραχών μπορεί να δώσουν σημαντικές πληροφορίες.

Η πλήρης παρακολούθηση και αξιολόγηση των συμπτωμάτων απαιτεί τουλάχιστον αρκετές ώρες και αυτό γιατί οι ασθενείς και οι οικογένειες τους δεν μπορούν να αποκαλύψουν διάφορα ευαίσθητα ζητήματα ακόμα και αν είναι άμεσα εξεταζόμενοι.

Σημαντικές πληροφορίες μπορούμε να πάρουμε μόνο εάν έχει αναπτυχθεί με το χρόνο μια σχέση εμπιστοσύνης και ο ασθενής είναι σε θέση να προσδιορίσει ακριβώς τα συναισθήματά του

#### **4.1.4. Αξιολόγηση και διερεύνηση της γενικής φυσικής κατάστασης του ασθενή**

Μια πλήρης εξέταση της φυσικής κατάστασης του ασθενή πρέπει να γίνεται από έναν παθολόγο ο οποίος γνωρίζει καλά τα χαρακτηριστικά των ασθενών με διατροφικές διαταραχές, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην φυσική και σεξουαλική ανάπτυξη και εξέλιξη (συμπεριλαμβανομένου του ύψους και του βάρους), στο καρδιαγγειακό σύστημα, στα στοιχεία αφυδάτωσης, στο Lanugo, στη διόγκωση των σιελογόνων αδένων κ.λ.π. Μια οδοντιατρική εξέταση πρέπει επίσης να γίνει. Στα παιδιά η χρήση του παιδιατρικού

διαγράμματος ανάπτυξης μπορεί να βοηθήσει στο να προσδιοριστούν οι ασθενείς που έχουν αποτύχει να κερδίσουν το απαιτούμενο βάρος και ύψος.

Η ανάγκη για εργαστηριακές εξετάσεις εξαρτάται από την κατάσταση του κάθε ασθενή. Μερικές εργαστηριακές εξετάσεις υποδεικνύονται σε ασθενείς με συγκεκριμένα κλινικά χαρακτηριστικά.

#### 4.1.5. Έλεγχος της ψυχιατρικής κατάστασης του ασθενή



Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στις ψυχιατρικές ή άλλες διαταραχές του ασθενή όπως: υπερδραστικότητα, τάσεις αυτοκτονίας, κατάχρηση ουσιών, έμμονα και ψυχαναγκαστικά συμπτώματα, διαταραχές προσωπικότητας κ.λ.π. Η κλοπή σε μαγαζί, ή κλοπές τροφίμων πρέπει επίσης να ληφθούν υπ' όψιν. Επιπλέον πολύ μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί για το ένα ο ασθενής έχει πέσει θύμα ψυχολογικής, σεξουαλικής ή σωματικής κακοποίησης. Ψυχολογικά τεστ, μετά την θεραπευτική αποκατάσταση του ασθενή μπορούν να δώσουν σημαντικές πληροφορίες για την προσωπικότητα και τις ψυχιατρικές διαταραχές του ασθενή.<sup>34</sup>

#### 4.1.6. Αξιολόγηση οικογένειας

Οι διατροφικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα επίπονες και δυσάρεστες για την οικογένεια του ασθενή. Οι γονείς συχνά αρνούνται ότι το παιδί τους είναι άρρωστο και την σοβαρότητα της ασθένειας, στην συνέχεια αισθάνονται ενοχές και ισχυρίζονται ότι οι ίδιοι προκάλεσαν αυτή την ασθένεια στο παιδί με αποτέλεσμα να χρειάζονται βοήθεια για να στηρίξουν το παιδί τους. Αυτά τα συναισθήματα της ενοχής επιβεβαιώνονται με την άρνηση του παιδιού να τραφεί. Η άρνηση αυτή μεταφράζεται από τους γονείς ως απόρριψη των ίδιων. Οι γονείς αρνούνται να δεχτούν τη θεραπεία του παιδιού και αν την δεχτούν η άρνηση του ίδιου του παιδιού να δεχτεί τη θεραπεία αυξάνει ακόμη περισσότερο τις ενοχές τους.

Ανησυχούν ότι το παιδί τους θα πεθάνει και ανάλογα με την οικογένεια και την βαρύτητα της κατάστασης μπορεί να εκδηλωθεί θυμός, εξουθένωση, απελπισία.

Η αξιολόγηση της οικογένειας είναι σημαντική όπου είναι δυνατόν, ιδιαίτερα για τους ασθενείς που ζουν στο σπίτι των γονιών τους. Η οικογενειακή αξιολόγηση μπορεί να είναι αρκετά χρήσιμη για μερικούς ασθενείς προκειμένου να γίνουν κατανοητές οι επιρροές της οικογένειας στον ασθενή και που μπορούν ενδεχομένως να βοηθήσουν στη γρήγορη

αποκατάσταση του. Η σωστή θεραπεία της Ν.Α. πρέπει να συμπεριλαμβάνει την υποστήριξη και την εκπαίδευση της οικογένειας του ανορεξικού ασθενή.<sup>10,16,34</sup>

#### **4.2. Στόχοι Θεραπείας**

Υπάρχουν δύο βασικοί στόχοι στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας. Ο πρώτος είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση θρέψης του ατόμου. Στα ανορεκτικά άτομα αυτό σημαίνει να επανέλθει το βάρος στα φυσιολογικά όρια στα βουλιμικά άτομα, να επιτευχθεί μεταβολική ισορροπία. Ο δεύτερος στόχος είναι να τροποποιηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου, ούτως ώστε να κρατηθεί το βάρος σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό τα επεισόδια υπεργαφίας, οι προκλητοί εμετοί, η λήψη καθαρτικών και όλες οι άλλες παθολογικές συμπεριφορές.

Συνήθως, η θεραπεία θα γίνει σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο. Πολλοί ασθενείς, όμως, μπορεί να χρειασθούν νοσηλεία. Ενδείξεις για νοσηλεία είναι σοβαρή απώλεια βάρους (π.χ. πάνω από 30%) και απίσχναση. Η παρουσία υπότασης, υποθερμίας ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών, παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού ή ψύχωσης, αποτυχία της εξωνοσοκομειακής θεραπείας. Η θεραπευτική προσέγγιση βασικά είναι ένας συνδυασμός θεραπείας συμπεριφοράς (θρεπτική αποκατάσταση) και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας.

Στις Η.Π.Α. εδώ και τρία χρόνια βρίσκεται σε εξέλιξη ένα πείραμα με τέσσερις ομάδες ανορεξικών. Η αγωγή της πρώτης ομάδας συνίσταται στην παροχή του αντικαταθλιπτικού φλουοξετίνη, ενώ στη δεύτερη η παροχή αντικαταθλιπτικού συνοδεύεται με ψυχοθεραπεία. Στην τρίτη ομάδα έκαναν μόνο ψυχοθεραπεία, ενώ στην τέταρτη μόνο διατροφική θεραπεία.

Τα καλύτερα αποτελέσματα έδωσε ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμάκων.<sup>2,27</sup>

#### **4.3. Τρόποι Θεραπείας Νευρογενούς Ανορέξιας**

- Τρεις είναι οι θεραπείες που συνδυάζονται στην Νευρογενή Ανορέξια: 1)  
Θρεπτική αποκατάσταση/ ενδονοσοκομειακή  
2) Ψυχοθεραπεία  
3) Φαρμακοθεραπεία

##### **4.3.1. Θρεπτική αποκατάσταση / ενδονοσοκομειακή**

Η πρώτη φροντίδα είναι η αποκατάσταση του 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.<sup>2,4,29</sup>

Στο νοσοκομείο η αποκατάσταση του υποσιτισμού σημαίνει την εφαρμογή αυστηρού πρωτοκόλλου, ώστε τα ανορεκτικά άτομα να κερδίζουν καθημερινά συγκεκριμένο βάρος (και να ενισχύονται θετικά γι' αυτό, π.χ. με άδεια να τους επισκεφθούν οι συγγενείς τους). Οι ασθενείς ζυγίζονται καθημερινά, η πρόσληψη και απέκκριση των υγρών μετριέται και υπάρχει στενή παρατήρηση (ακόμη και στην τουαλέτα) μέχρι και 2 ώρες μετά τα γεύματα για τυχόν απάτες που μπορούν να κάνουν οι ασθενείς όπως παρουσιάζονται στους πίνακες α και β ή στη περίπτωση πρόκλησης εμετών.

Τα γεύματα που παρέχονται είναι μικρά σε συχνά διαστήματα. (1500-2000 θερμίδες ημερησίως, αρχικά μοιρασμένες σε 5-6 γεύματα).

Κρύβουν το φαγητό σε πετσέτες
Αφήνουν την κόρα της φρυγανιάς ή του ψωμιού στο πιάτο, και πετάνε το υπόλοιπο.
Πετάνε το φαγητό σε βάζα, ντουλάπια ή από το παράθυρο
Κρατάνε το φαγητό στο στόμα τους και το πετάνε όταν καθαρίζουν τα δόντια

Πίνακας α

Απάτες σχετικά με το φαγητό<sup>26</sup>

Πίνουν μεγάλες ποσότητες νερού τη νύχτα πριν από το ζύγισμα
Αποφεύγουν να αδειάσουν την κύστη τους πριν να ζυγιστούν
Πίνουν νερό από το μπάνιο ή το ντους
Τρώνε πολύ την προηγούμενη νύχτα
Φοράνε βαριά κοσμήματα ή βαριά ρούχα (π.χ. σιδεράκια του σκι)
Ράβουν βάρη στα νυχτικά τους νωρίς το πρωί όταν πρόκειται να ζυγιστούν

Πίνακας β

Απάτες σχετικά με τη φαινομενική αύξηση βάρους<sup>26</sup>

Σε άτομα με μεγάλη απώλεια βάρους μπορεί να χρειαστεί σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα. Στην συνέχεια ακολουθείται φαρμακευτική βοήθεια για την αντιμετώπιση του

ύπνου, χορηγούνται μαλακτικά κοπράνων για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας. Καταστολή της υπερκινητικότητας και του άγχους του ασθενή με ηρεμιστικά αγχολυτικά. Τέλος σημαντική είναι η ενθάρρυνση της ασθενούς να επικεντρώνεται στη συζήτηση των προβλημάτων ζωής και σχέσεων, αντί να περιορίζεται σε θέματα διατροφής και σωματικού βάρους.<sup>2,10,12</sup>

#### 4.3.2. Ψυχοθεραπεία



Από τα πανάρχαια χρόνια είναι γνωστό ότι η ανθρώπινη επαφή και σχέση μπορεί να ανακουφίσει, ν' αλλάξει τον τρόπο συμπεριφοράς να τροποποιήσει την εσωτερική του εικόνα ή την εικόνα του κόσμου. Όλες η ψυχοθεραπείες βασίζονται κατ' αρχήν σ' αυτή την καλή εδραιωμένη αλήθεια.

Όσον αφορά την ανορεξική ασθενή Τόσο μετά την έξοδο απ' το νοσοκομείο, όσο και σε περίπτωση που η κατάσταση της ασθενούς επιτρέπει την εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση, απαραίτητη είναι η εφαρμογή εντατικού ψυχοθεραπευτικού προγράμματος, για τουλάχιστο 1-2 χρόνια.

Οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, που χρησιμοποιούνται με επιτυχία σε ανορεκτικούς ασθενείς, είναι η συμπεριφορική – γνωσιακή που απευθύνεται σε ειδικά συμπτώματα ή συμπτώματα συμπεριφοράς όπως φοβίες, κατάθλιψη άγχος.<sup>10</sup>

Η διαπροσωπική. Η διαπροσωπική θεραπεία βασίζεται στο ότι τέτοιου είδους διαταραχές παίζουν σημαντικό ρόλο στο περιβάλλον άμεσο ή έμμεσο του ασθενή. Για τη λύση διαπροσωπικών προβλημάτων η διαπροσωπική θεραπεία χρησιμοποιεί στρατηγικές υποστηρικτικές και συμπεριφορές καθώς και μεθόδους διερευνητικές όπως: συλλογή πληροφοριών, καθοδήγηση, καθυσύχαση, εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες. Τέλος στη ψυχοδυναμική θεραπεία έχει ιδιαίτερη θέση ανάμεσα σε άλλες ψυχοθεραπείες και αυτό γιατί α) αποτέλεσε τη βάση για πολλές άλλες ψυχοθεραπείες, β) είναι η πιο κοινά χρησιμοποιημένη, γ) η γνώση των ψυχοδυναμικών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε θεραπευτή που έρχεται σε επαφή με τους ασθενείς είτε γιατρός, είτε ψυχίατρος.

Παρόλο αυτό η ψυχοδυναμική θεραπεία έχει σοβαρές δυσκολίες εφαρμογής σε υποσιτιζόμενες 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 κάτω των 18 ετών, η θεραπεία με την οικογένεια από οικογενειακό θεραπευτή αποτελεί τη θεραπεία εκλογής.<sup>2,10</sup>



#### 4.3.3. Φαρμακοθεραπεία

Βιολογικές θεραπείες. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες ομάδες ψυχοφαρμάκων και οι υπόλοιπες βιολογικές θεραπείες έχουν σχεδόν όλες δοκιμαστεί 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 αγχολυτικών<sup>2</sup> όπως οι βενζοδιαλεπίνες. Αντικαταθλιπτικών φαρμάκων όπως: τρικυκλικά, αναστολείς MAO, τραλοδόνη, φλουοξετίνη, τα οποία έχει αποδειχτεί ότι μπορεί να ελαττώσουν τη συμπεριφορά και της υπερφαγίας και της πρόκλησης εμετού τόσο σε ανορεκτικά όσο και σε βουλιμικά άτομα<sup>2</sup>. Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών, σε ασθενείς υποσιτισμένους ή με επιπλοκές από καρδιαγγειακό σύστημα, πρέπει να γίνεται προσεκτικά και με σταδιακά αυξανόμενες δόσεις. Σε περίπτωση διαπίστωσης συννοσηρότητας με μείζονα κατάθλιψη, μπορεί να έχει ένδειξη η εφαρμογή ηλεκτροσπασμθεραπείας (ECT).<sup>10</sup>

#### 4.4 Πορεία και πρόγνωση της νόσου

Η πορεία της ψυχογενούς ανορεξίας ποικίλει πολύ, από την αυτόματη ίαση χωρίς θεραπεία, την αποκατάσταση μετά από ποικίλες θεραπείες, την κυμαινόμενη πορεία με αποκατάσταση του βάρους που ακολουθείται από υποτροπές, μέχρι τη συνεχή σταδιακή επιδείνωση της πορείας που οδηγεί στο θάνατο, ο οποίος προκύπτει από επιπλοκές του υποσιτισμού. Γενικά,

η πρόγνωση δεν είναι καλή. Μελέτες που έγιναν σε άτομα με βαριά μορφή ψυχογενούς ανορεξίας για την οποία χρειάστηκε νοσηλεία σε νοσοκομείο, έδειξε ότι η θνησιμότητα από την κατάσταση αυτή μπορεί να φθάσει στο 10%.

Σε ασθενείς που έχουν επανακτήσει ικανοποιητικό βάρος, συχνά συνεχίζεται η επίμονη ενασχόληση με την τροφή και το βάρος, η κοινωνικότητά τους παραμένει περιορισμένη και συχνά συνυπάρχει καταθλιπτικό συναίσθημα. Η βραχυπρόθεσμη απάντηση των ασθενών σε ενδονοσοκομειακή νοσηλεία είναι συνήθως καλή.<sup>2,10</sup>

-Το 40 με 60% των ανορεξικών επανέρχεται.

-Το 75% παίρνουν κανονικά το βάρος τους.

-Η θνησιμότητα φτάνει το 10% και πολλοί ερευνητές λένε ακόμα λιγότερο όπως 3-4%.

-Τα αίτια θανάτου συνήθως είναι: ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ανακοπή καρδιάς, αυτοκτονία, ασιτία.<sup>39,40</sup>

*ΜΕΡΟΣ Β'*



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

#### 5.1 Νοσοκομειακή θεραπεία της νευρικής ανορεξίας

##### A. Χρησιμοποιείται σε σοβαρές περιπτώσεις.

Απώλεια βάρους άνω του 15%  
 Άρνηση φαγητού  
 Τάσεις αυτοκτονίας  
 Επείγοντα περιστατικά (λ.χ. καρδιακή αρρυθμία)

##### B. Προσφέρει αποκατάσταση των θρεπτικών συστατικών.

Διαμορφώνεται ένα ατομικό πρόγραμμα διατροφής για την απόκτηση σταθερού βάρους ανά εβδομάδα.

Το βάρος-στόχος προσδιορίζεται, λαμβάνοντας υπ' όψιν το ύψος και το σκελετό του σώματος.

Παρεντερική σίτιση ή σίτιση με ρινογαστρικό σωλήνα: θεωρούνται απαραίτητες, όταν ο ασθενής δεν καταφέρνει να επιδείξει ικανοποιητική λήψη τροφής και βάρους.

Γίνονται προσπάθειες επίτευξης φυσιολογικών προτύπων διατροφής και όχι απλής απόκτησης του φυσιολογικού σωματικού βάρους.

Προσφέρει τροποιώσεις στη συμπεριφορά: αυτές οι τεχνικές είναι σημαντικές στα πρώτα στάδια της θεραπείας, όταν οι οργανικές και ψυχολογικές επιδράσεις παρεμβάλλονται στη θεραπεία.

Προσφορά ψυχοθεραπείας, για να αποκαλυφθούν τα λανθάνοντα αίτια.

#### 5.1.1 Βασικά σημεία της νοσηλευτικής φροντίδας

##### A. Νοσηλευτική εκτίμηση.

Διεξάγεται έλεγχος στα σημεία και τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών.

Κάνουμε μια πλήρη εκτίμηση και υπολογισμό βάρους.

- α) βάρος στην παρούσα φάση.
- β) πρόσφατη λήψη ή απώλεια βάρους
- γ) εικόνα του σώματος

##### Κάνουμε αξιολόγηση των προτύπων διατροφής.

- α) πόσο πολύ και πόσο συχνά τρώει ο ασθενής
- β) ποιές τροφές καταναλώνει
- γ) ύπαρξη κύκλων παχυσαρκίας
- δ) συναισθήματα γύρω από τις διατροφικές του συνήθειες
- ε) επίπτωση των διατροφικών του συνηθειών στις καθημερινές του δραστηριότητες
- στ) επίπεδο ελέγχου σε άλλες περιοχές, όπως χρήση φαρμάκων, ναρκωτικών, ψευδολογίας, κλοπής.

##### Εκτίμηση του επιπέδου δραστηριότητας για την ύπαρξη έντονης άσκησης.

**Εκτίμηση της οικογένειας.**

- α) λειτουργικές ικανότητες και ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων.
- β) περιοχές προβλημάτων, είδη και ζητήματα.
- γ) ικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων
- δ) οικογενειακό ιστορικό διατροφικών διαταραχών.
- ε) συγκρούσεις των γονέων στο γάμο.
- στ) αντιδράσεις στη διατροφική συμπεριφορά και το βάρος του ασθενούς.
- ζ) οικογενειακά πρότυπα γύρω από τις διατροφικές συνήθειες.

**5.1.2 Στοχοθεσία νοσηλευτικής φροντίδας****Γενικοί στόχοι.**

- α) πρόληψη των τάσεων αυτοκαταστροφής
- β) προώθηση της αντίληψης των υποκείμενων αιτιών
- γ) μεταβολή των καταστροφικών διατροφικών συνηθειών
- δ) ανάπτυξη υγιών μηχανισμών άμυνας

**Παραδείγματα συγκεκριμένων στόχων.**

- α) ο ασθενής πρέπει να παίρνει μέχρι 1 κιλό την εβδομάδα
- β) η συχνότητα των κενώσεων θα ελαττωθεί κατά 90%, μέσα σε δύο εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας.
- γ) ο ασθενής παραγάγει τον αυτοσεβασμό του, ανακαλύπτοντας δύο θετικά στοιχεία της προσωπικότητάς του.

**5.1.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις διατροφικές διαταραχές και τη Νευρογενή Ανορεξία ειδικότερα.**

Ενημερώστε τον ασθενή για τα υγιή πρότυπα διατροφής και επικεντρώστε το ενδιαφέρον σας στη συμπεριφορά του και όχι στο βάρος.

Προσπαθήστε να εδραιώσετε μια σχέση εμπιστοσύνης: ακούστε τον με ενσυναίσθηση και αποφύγετε τις επικρίσεις ή τις συγκρούσεις, ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της θεραπείας.

Αρχίστε τη διερεύνηση των οικογενειακών ζητημάτων με τον ασθενή και την οικογένεια.

Χορηγήστε του φάρμακα και να τον παρακολουθείτε στενά για τυχόν παρενέργειες.

Ελέγχετε τακτικά τον ασθενή, ώστε να αποκλείσετε τυχόν τάσεις αυτοκτονίας.

Βοηθήστε τον ασθενή να αναπτύξει υγιείς μηχανισμούς άμυνας.

Πρωθείστε τις κοινωνικές του σχέσεις, για να περιοριστεί το συναίσθημα της απομόνωσης.

Χειριστείτε τα προσωπικά σας συναισθήματα έναντι των ασθενών με διατροφικές διαταραχές.

**Συγκεκριμένες παρεμβάσεις σε ασθενείς με νευρική ανορεξία.**

Χορηγήστε παρεντερική διατροφή ή σίτιση με σώληνα, ανάλογα με τις οδηγίες που έχετε από το γιατρό.

Διερευνήστε τα συναισθήματα του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του και εκτιμήστε την πιθανότητα υποτροπής μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο.

Να ελέγχετε καθημερινά τη θερμοκρασία, τις αναπνοές, την πίεση του αίματος και τους παλμούς.

Να ελέγχετε για σημεία τετανίας και κράμπες των μυών, ώστε να εντοπίσετε τυχόν ανισορροπία των ηλεκτρολυτών και υποασβεσταμία.

**5.1.4 Νοσηλευτική ετοιμότητα**

**Χειρισμός των προσωπικών αντιδράσεων έναντι ασθενών με διατροφικές διαταραχές.**

Ερευνήστε τα προσωπικά σας συναισθήματα και τη στάση σας απέναντι στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές.

Τα προσωπικά σας προβλήματα γύρω από την εικόνα του σώματος σας δεν πρέπει να σας κάνουν να ταυτιστείτε με τον ασθενή.

Η κατάθλιψη του ασθενούς μπορεί να σας προκαλέσει αισθήματα μελαγχολίας.

Πιθανόν να προκύψουν συναισθήματα θυμού, αν δεν καταφέρετε να δείτε ως σοβαρό πρόβλημα τις διατροφικές διαταραχές.

Κάντε γνωστά τα συναισθήματα σας στους συναδέλφους σας.

Ζητήστε υποστήριξη και συμβουλευτείτε τους συναδέλφους σας.

**5.1.5 Νοσηλευτική αξιολόγηση.****Επανεξέταστε τους στόχους και εκτιμήστε την πρόοδο.**

- A) ο ανόρεκτος/ή παχύσαρκος ασθενής φτάνει το βάρος στόχο
- B) ο ασθενής με βουλιμία μειώνει ή διακόπτει τις τακτικές πολυφαγίας και εκκενώσεων.
- Γ) ο ασθενής αποκτά πλήρη επίγνωση της διαταραχής του
- Δ) αναπτύσσει ικανοποιητικούς μηχανισμούς άμυνας
- Ε) καθιερώνει υγιή διατροφική συμπεριφορά.
- Στ) συμμετέχει στην αγωγή και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.
- Ζ) σημειώθηκε πρόοδος σε οικογενειακά ζητήματα.
- Η) τα ιατρικά προβλήματα ελέγχονται.
- Θ) καθορίζονται στόχοι και για μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Επανεξετάστε το θεραπευτικό πρόγραμμα και τους στόχους, ανάλογα με τις Ανάγκες<sup>41</sup>

**5.2 Ολιστική και εξατομικευμένη Νοσηλευτική Προσέγγιση συγκεκριμένων περιστατικών.****5.2.1 1<sup>η</sup> περίπτωση συγκεκριμένου περιστατικού με νευρογενή Ανορεξία.**

Η Β.Γ είναι 16\2 και μένει σε μεγάλη επαρχιακή πόλη. Είναι μαθήτρια της β' Λυκείου στα ΤΕΕ στον κλάδο αισθητικής. Ο πατέρας της είναι 47 ετών εργάτης και η μητέρα της 35 και ασχολείται με τα οικιακά. Έχει ένα μεγαλύτερο αδελφό 18 ετών και μία μικρότερη αδελφή 13.

Ο πατέρας της προέρχεται από πατρική οικογένεια: οι δύο γονείς και μεγαλύτερη αδερφή του, ζουν και μένουν στην Πάτρα στην ίδια πολυκατοικία με την οικογένεια..

Ο πατέρας του (παππούς της ασθενούς) 73 ετών είναι ιδιαίτερα αυστηρός και κυριαρχικός, κακοποιούσε τη γυναίκα του και έβλεπαν συχνά και τα παιδιά. Αντίθετα ο πατέρας της ασθενούς είναι ήρεμος, ευαίσθητος, συχνά λείπει από το σπίτι λόγω εργασίας, έχει αρκετό ενδιαφέρον για τη φροντίδα της οικογένειας, σπάνια παρεμβαίνει στις αποφάσεις της μητέρας. Μέτρια σωματική διάπλαση. Είναι απών ως προς την ικανοποίηση συναισθηματικών αναγκών των παιδιών. Η ασθενής έχει με το πατέρα της καλή σχέση. Τον

δικαιολογεί συχνά για ότι συμβαίνει και δείχνει να του έχει αδυναμία. Ενώ κατηγορεί συχνά τους γονείς του πατέρα της και την αδερφή του, τους οποίους λέει δεν θέλει να τους βλέπει γιατί νιώθει ότι ελέγχουν την καθημερινή ζωή της οικογένειας.

Ο αδελφός της είναι Μαθητής Γ΄ Λυκείου, αδύνατος έχει ουδέτερη σχέση με τις αδελφές του έχει υψηλούς στόχους και διαβάζει αρκετές ώρες.

Η αδερφή της είναι 10 ετών ,είναι αντιδραστική και παχύσαρκα έχει σχέση εξάρτησης με την ασθενή. Η σχέση των γονέων τους είναι αρκετά καλή

Η μητέρα αναφέρει ότι βρίσκονται σε διαρκείς συγκρούσεις, και ανταγωνισμό με την πατρική οικογένεια του συζύγου, είναι παρεμβατικοί, παραβιάζουν τα όρια, δεν έχουν ενδιαφέροντα και παρέες παρά βασικών αναγκών ύπνου, φαγητού. Όλα τα μέλη των άλλων οικογενειών είναι παχύσαρκα εκτός από τον παππού. Ιδιαίτερη ενασχόληση με δίαιτες, θέματα διατροφής. Η ασθενής εκφράζεται αρνητικά για όλους.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η ασθενής αναφέρεται σχεδόν αποκλειστικά στις γυναίκες (μητέρα, θεία, γιαγιά), ενώ δεν συζητά καθόλου για τους άνδρες της οικογένειας (σαν να μην υπάρχουν) αποφεύγοντας τις ερωτήσεις του εξεταστή

### 5.2.2 Αιτία προσέλευσης στο νοσοκομείο.

Το κύριο ενόχλημα του κοριτσιού ήταν: άλγος στο (ΔΕ) λαγόνιο βόθρο με κωλικοειδή χαρακτήρα από 24ώρου. Επίσης αναφέρονταν: Αίσθημα τυμπανισμού, «φούσκωμα» στη κοιλιά, δυσκοιλιότητα, σημαντική απώλεια βάρους, καταβολή, ζάλη, καταθλιπτική διάθεση, απόσυρση, διαταραχή ύπνου, έντονο άγχος. Έγινε εισαγωγή στην Παιδιατρική Κλινική

Πληροφορίες γονέων και ασθενούς

- Η έναρξη των συμπτωμάτων εντοπίζεται 4 χρόνια πριν, σε ηλικία 13 ετών, όταν η ασθενής ξεκινά δίαιτα

Εκλυτικοί παράγοντες:

- Το βάρος της τότε ήταν 63 Kg και είχε φυσιολογικό εμμηνορυσιακό κύκλο από 6μήνου. Μετα το 6μηνο άρχισε να μειώνει σημαντικά τις ποσότητες φαγητού μέχρι πλήρης άρνησης λήψης τροφής, με αποτέλεσμα να επέλθει απώλεια βάρους μέσα σε διάστημα 2 μηνών.
- Η μητέρα τότε περιγράφει μια αλλαγή στη συμπεριφορά της
- Διεκόπη η έμμηνος ρύση
- 8 μήνες πριν την προσέλευση της στο νοσοκομείο μετακόμισαν για μόνιμη διαμονή στην Πάτρα από την Άρτα όπου έμεναν, το οποίο επέδρασε ως στρεσογόνο παράγοντας για υποτροπή των συμπτωμάτων.
- Ξεκινά εξαντλητική δίαιτα, έντονη άσκηση, πετούσε και έκρυβε φαγητά, είχε έντονο άγχος για τη λήψη βάρους

- Μέσα στο 8μηνο που βρίσκεται στην Πατρα επισημαίνεται απώλεια βάρους 15 Kg. σημειώνεται από τους γονείς η ψυχαναγκαστική τελετουργική συμπεριφορά που είχε όσον αφορά το καθημερινό πρόγραμμα φαγητού (τεμαχισμό φαγητών, τελετουργική τακτοποίηση στο πιάτο, λίστες απαγορευμένων φαγητών και θερμίδων).
- Το διαιτολόγιο της περιλάμβανε μόνο φρούτα, έπινε πολύ νερό > 4 lt/d πριν τα γεύματα.
- Παρά τη μεγάλη μείωση των κιλών εξακολουθούσε με να κάνει τις ασχολίες της. έκανε γυμναστική πάνω από 6 ώρες την ημέρα.
- Στεκόταν όρθια για πολλές ώρες
- Ζυγιζόταν πολλές φορές τη μέρα
- Αρνητικά σχόλια για το σώμα της και την εξωτερική της εμφάνιση (οι συμμαθητές της την «χοντρη!») και εμφάνιζε περίεργες ενασχολήσεις π.χ. κοιτάζει εξερευνητικά το σώμα της στον καθρέφτη γυμνή.
- Ήταν κακόκεφη, ευερέθιστη και απότομη προς τους συγγενείς, αγχώδης και ανυπόμονη.
- Αρνιόταν να γευματίσει με την οικογένεια της ή σε δημόσιους χώρους.
- Αποφυγή κοινωνικών επαφών, έντονο άγχος για τις επιδόσεις της, διάσπαση προσοχής και συγκέντρωσης, συχνές συγκρούσεις με τους γονείς για θέματα διατροφής.
- Μέχρι πρόσφατα αρνείται τη σοβαρότητα του χαμηλού βάρους σώματος.
- Τον τελευταίο μήνα αναφέρει καταθλιπτική διάθεση, ενοχικά συναισθήματα, διαταραχές ύπνου, μειωμένη συγκέντρωση και λειτουργικότητα, καταβολή, πολλαπλά σωματικά ενοχλήματα (κοιλιακά άλγη, δυσκοιλιότητα, κεφαλαλγία, εφιδρώσεις, ζάλη)
- 24 ώρες πριν την εισαγωγή εμφάνισε κωλικοειδές άλγος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, καθώς και αίσθημα τυμπανισμού στη ίδια περιοχή, που την ανάγκασε να προσέλθει στο νοσοκομείο.

### 5.2.3. Κληρονομικό ψυχιατρικό ιστορικό και προηγούμενο ιατρικό ιστορικό

- Η ασθενής έχει ιστορικό Κατάθλιψης, Ψυχωτικά στοιχεία και Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή.
  - Υγεία γενικά ικανοποιητική.
  - Δεν αναφέρονται ατυχήματα, χειρουργεία.
  - Ύψος και βάρος εντός φυσιολογικών ορίων μέχρι 12 ετών.
  - Ιστορικό αλλεργικών αντιδράσεων με δερματικά εξανθήματα και ρινίτιδα

### 5.2. 4. Περιγεννητική περίοδος

- Η ασθενής γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό
- Η εγκυμοσύνη δεν είχε επιπλοκές

- Η μαμά χάρηκε ιδιαίτερα όταν έμαθε ότι ήταν κορίτσι. Ήταν ένα «όμορφο», «υγιέστατο», «πολύ εύκολο μωρό»
- Σκεφτόταν συνέχεια την εγκατάλειψη της ίδιας όταν ήταν μωρό
- Ο θηλασμός διήρκεσε 81/2 μήνες. Η μητέρα υποστηρίζει ότι ήταν οι «καλύτερες» στιγμές μεταξύ τους.
- Πρόβλεπε πάντα τις ανάγκες της και δεν την άφηνε να κλάψει, να αισθανθεί πείνα: «ήξερε κάθε στιγμή τι ήταν αυτό που ζητούσε, σα να διάβαζα τη σκέψη της».
- Η μητέρα μερικές φορές λέει ότι ανησυχούσε τόσο πολύ που την ξυπνούσε για να της δώσει φαγητό.
- Αναφέρονται «κολικοί» εντέρου τις νυχτερινές ώρες

### 5.2.5 Σχολική Περίοδος



- Τελειοθηρική και αναφέρεται ενασχόληση με την τάξη, τους κανόνες και την καθαριότητα. Αφοσιωνόταν υπερβολικά και με σχολαστικότητα στο διάβασμα και σε ό,τι αναλάμβανε.
- Δεν στεναχωρούσε τους γονείς της
- Συχνές μετακινήσεις από τόπο σε τόπο λόγω εργασίας του πατέρα ο οποίος έλειπε και μεγάλα χρονικά διαστήματα και κατά συνέπεια αρκετοί αποχωρισμοί.
- Η μητέρα δε μπορεί να δώσει πληροφορίες για το κορίτσι της για την περίοδο από 8 έως 12 ετών, που αρχίζει δίαιτα. Το διάστημα αυτό όπως αναφέρθηκε η μητέρα είχε βαριά κατάθλιψη. Αυτό που θυμάται είναι ότι σε ηλικία 11 ετών εμφάνισε καταθλιπτικά συμπτώματα μετά το θάνατο του παππού της τα οποία είχαν διάρκεια περίπου ένα μήνα (Αντίδραση Πένθους).
- Έναρξη ήβης σε ηλικία 12 ετών. Η ασθενής περιγράφει αρνητικές σκέψεις για την αλλαγή τους σώματός της. Δεν ήθελε να έχει περίοδο και να αποκτήσει στήθος και διάπλαση γυναικείου σώματος.

- αποφεύγει συζητήσεις και επαφές με άτομα του άλλου φύλου. Η επίδοση στο σχολείο μειώνεται παρά τις έντονες προσπάθειες. Δεν λαμβάνει μέρος σε εξωσχολικές δραστηριότητες. Προτιμά φίλιες με παιδιά μικρότερα της ηλικίας της.
- Τα όνειρά της για το μέλλον είναι να γίνει μοντέλο, αλλά επειδή το θεωρεί δύσκολο, επιθυμεί να ασχοληθεί με την αισθητική και τη διαιτολογία.

### 5.2.6 Ψυχική κατάσταση κατά την αρχική εξέταση και τις πρώτες μέρες της νοσηλείας.

Γενική περιγραφή (εμφάνιση, στάση προς τον εξεταστή)

- Η ασθενής είναι πολύ λεπτή, έχει πυκνά μαλλιά, δείχνει καχεκτική, μικρότερη σε ηλικία, εντύπωση αρρώστου.
- Έχει καταθλιπτική εμφάνιση.
- Εμφανίζεται επιμελής ως την προσωπική της υγιεινή, αλλά παραμελημένη όσον αφορά το ντύσιμό της και την φροντίδα της εξωτερικής εμφάνισης, Φορά πολύ φαρδιά ρούχα.
- Η στάση της προς τον εξεταστή είναι επιφυλακτική.

Συμπεριφορά

- κινείται συνεχώς στο χώρο της κλινικής, δεν κάθεται καθόλου στο δωμάτιο της εξηγώντας ότι βαριέται και επιθυμεί να φύγει.
- Είναι επίμονη στο να στέκεται όρθια, ακόμα και την ώρα του φαγητού και της συνέντευξης. Κατά τα γεύματα εμφανίζει τελετουργική συμπεριφορά, με τεμαχισμό φαγητού σε πολύ μικρά κομμάτια, τακτοποίηση του γύρου στο πιάτο.
- Καθυστερούσε πολύ να φάει (>1 ώρα) και δυσφορούσε πολύ με την επίβλεψη.
- Κατανάλωνε μεγάλες ποσότητες νερού (>6 lt) τη μέρα.
- Έκρυβε φαγητά στις τσέπες ενώ είχαν ανακαλυφθεί κομμάτια φαγητού στα σκουπίδια. Ζυγίζοταν αρκετές φορές κρυφά παρά τις οδηγίες.
- Καθόταν πολλές ώρες μέσα στη τουαλέτα και κοιταζόταν στον καθρέφτη

Διάθεση και συναισθήματα

- Η διάθεση της ήταν καταθλιπτική και συχνά έκλαιγε χωρίς λόγο.
- Το συναίσθημά της ήταν συμβατό με αυτά που εξέφραζε
- Αισθήματα θυμού και ενοχικά συναισθήματα εκφράζονταν
- Ήταν ιδιαίτερη αγχωμένη και φοβισμένη για την πρόσληψη βάρους.
  - Αξιοπιστία
  - Δεν είναι αξιόπιστη, συχνά λέει ψέματα σε ότι σχετίζεται με τη λήψη φαγητού
  - Κρύβει, πετά φαγητά.

### 5.2.7 Παιδιατρική Εκτίμηση

- Ωχρότητα, απίσχνανση. Δέρμα τραχύ και ξηρό, Στον κορμό λεπτή τρίχωση, σαν εμβρυικό χνούδι (lanugo)
- Θ=35,8, ΑΠ=90/50 mm Hg, Σφύξεις= 50/min
- Σ.Β.= 33.880 kg, Ύψος= 151 cm
- Χαμηλός Δείκτης σωματικής μάζας Quetelet = 14,05 [βάρος σε kg/(ύψος σε m)<sup>2</sup>]
- Κενώσεις ανά 4ήμερο με αναφερόμενη πρόσμιξη αίματος
- Δεν υπήρχαν ευρήματα ή σημεία γενικής σωματικής νόσου από τη φυσική εξέταση.

### 5.2.8 Περιεχόμενο σκέψης

- Εμφανίζει υπερενασχόληση της σκέψης με θέματα διατροφής.
- Εκφράζει επίμονες σκέψεις (ιδεοληψίες) φόβου και ανησυχίας ότι θα παχύνει ακόμη και με τη λήψη μικρής ποσότητας φαγητού «φοβάμαι ότι αν μάθω ότι πάχυνα λίγο, θα κάνω προσπάθεια να αδυνατίσω πολύ...»
- Επίσης εξέφραζε επίμονες σκέψεις και επιθυμία να ταΐζει την μικρότερη αδερφή της, τις οποίες δεν μπορούσε να σταματήσει.
- Έχει χαμηλή αυτοεκτίμησης, αισθήματα κατωτερότητας και απόρριψης κυρίως για τις φίλες της «οι φίλες μου είναι ωραιότερες, δε με θέλουν, φοβούνται ότι έχω κάποια αρρώστια...», τα οποία σχετίζονται με την απροθυμία της να σχετίζεται με συνομήλικες τον τελευταίο χρόνο.
- Διακατέχονταν από έντονα ενοχικά συναισθήματα και αισθήματα απαισιοδοξίας για το μέλλον, που συνδυάζονταν με την αδυναμία ελέγχου των σκέψεων της και την αδυναμία αναστολής των συμπεριφορών. Είχε επίμονες αυτοκτονικές ιδέες, χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο.
- Περιέγραφε ιδέες με διωκτική χροιά «θυμώνω με τους άλλους, νιώθω ότι θέλουν να με βλάψουν, να μου κάνουν κακό όταν επιμένουν να φάω...»
- Περιγράφονται από το ιστορικό ιδεοληψίες που αφορούν την τάξη και την καθαριότητα που δεν προκαλούν όμως ενόχληση και δυσφορία.

### 5.2.9 Ψυχοδυναμική Υπόθεση

- Η ασθενής αισθάνοταν ανασφάλεια χωρίς την μητέρα της
- Η μητέρα ευνοούσε αυτή την προσκόλληση και δεν άφησε περιθώρια για αυτογνωσία και έλεγχο γύρω από τις αισθήσεις στην ασθενή.
- Η ασθενής δεν κατόρθωσε στη φάση αυτή να χωριστεί ψυχολογικά από τη μητέρα της και να επιτευχθεί η διαφοροποίηση και ανάπτυξη της εικόνας του σώματος (φάση



αποχωρισμού – ατομικοποίησης κατά Mahler), που στηρίζεται κυρίως στην αισθητική και αντίληπτική εμπειρία.

- Σεξουαλική κακοποίηση από στενό συγγενικό πρόσωπο εντείνει τις λιβιδινικές ενορμήσεις και το άγχος των αιμομικτικών σχέσεων. Την άρνηση λήψης τροφής, την αναστολή της ανάπτυξης και τη διατήρηση της παιδικής εμφάνισης ή διαφορετικά την παλινδρόμησης στο στοματικό στάδιο που ουσιαστικά εξυπηρετεί την ψυχική της οικονομία (αντιστικό στοιχείο).
- Άρνηση της να ταυτιστεί με το γυναικείο ρόλο και την άρνηση και απώθηση σεξουαλικών συγκρούσεων.

### 5.2.10 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Διαταραχή ύπνου, έντονο άγχος	Βελτίωση της ποιότητας του ύπνου καθώς και μείωση του άγχους μέσα στην εβδομάδα..	χορήγηση αγχολυτικών και ηρεμιστικών φαρμάκων Παρακολούθηση για παρενέργειες των φαρμάκων	Χορήγηση στην ασθενή αγχολυτικά και ηρεμιστικά φάρμακα, δηλ. serotran 1\2*1 Lexotanil 1*1. -Τοποθέτηση του ασθενή σε ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον.	Τα βράδια κοιμάται επαρκείς ώρες,- Συμπληρώνει τον Α και Β βιολογικής αξίας ύπνο.(Α βιολογικής αξίας ύπνος,κοιμάται μεταξύ 10-12, Β κοιμάται μεταξύ 12-2) -Δεν ξυπνά τα βράδια από άσχημα όνειρα. -Δεν έχει πλέον σημάδια άγχους.
Καταθλιπτική διάθεση	Βελτίωση καταθλιπτικής διάθεσης που σχετίζεται με την ασθένεια.	Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος για συζήτηση και κλίματος εμπιστοσύνης -Έλεγχος για τυχόν αυτοκτονικές τάσεις. -Προώθηση των κοινωνικών σχέσεων για να περιοριστεί το συναισθημα της απομόνωσης. -Ψυχολογική προσέγγιση -Βοήθεια του ασθενή να έλθει σε επαφή με ομάδες --Χορήγηση αντικαταθλιπτικών σε σταδιακά αυξανόμενες δόσεις υποστήριξης	Χορήγηση αντικαταθλιπτικού (τρικυκλικού) στην αρχή σε δόση 1\2mgf. -Τοποθέτηση του ασθενή κοντά σε μέρος που να μπορούμε να τον παρακολουθούμε (απέναντι από το δωμάτιο νοσηλείας.) -Απομάκρυνση αντικειμένων από το θάλαμο του, που θα μπορούσε να τραυματίσει ή να αυτοτραυματιστεί. -Με την βοήθεια της κοινωνικής λειτουργού ήλθε σε επαφή με ομάδες υποστήριξης και άτομα που αντιμετώπισαν στο παρελθόν το ίδιο πρόβλημα και το ξεπέρασαν.	Βελτίωση καταθλιπτικής διάθεσης η ασθενής μιλά σε άτομα του προσώπου που εμπιστεύεται. -Υστερα από την συνάντησή της με τις ομάδες υποστήριξης ενισχύθηκε ψυχικά και θέλει να συνεργαστεί για να βοηθήσει στην αντιμετώπιση του προβλήματός της..
Σημαντική απώλεια βάρους	Επανάκτηση του σωματικού της βάρους, να κερδίζει 1kg ανά μια	Παροχή εκπαίδευσης όσον αφορά την υγιή θρέψη και τις διατροφικές συνήθειες επίτευξη φυσιολογικών αντιλήψεων για	Η ασθενής παίρνει τα γεύματά της υπό την επίτηρηση της νοσηλεύτριας\νη.	Από 33.700kg σήμερα μια εβδομάδα μετά η ασθενής ζυγίζει 34.600kg.- Η ασθενής φαίνεται να συμφωνεί με τις

Αίσθημα τυμπανισμού «φουσκωμά»στη κοιλιακή χώρα. Δυσκοιλότητα	εβδομάδα	<p>πεινά και κορεσμό.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ενημερώση του ασθενή για το υγιές πρότυπο διατροφής και επικεντρώστε το ενδιαφέρον σας στη συμπεριφορά του και όχι στο βάρος</li> <li>-Επίβλεψη κατά τα γεύματα και μια ώρα μετά.</li> <li>-Ζύγιση σε ΜΠI τακτά χρονικά διαστήματα με ελαφρά ρούχα, να ερευνώνται οι τσέπες.</li> <li>-Κλήση διαιτολόγου για εφαρμογή δίαιτας κατάλληλη για σταδιακή αύξηση βάρους.</li> <li>-Συμπληρώματα διατροφής.</li> <li>-Συζήτηση με τον ασθενή για το τι θεωρείται υγιές πρότυπο. εξήγηση για το τι μπορεί να προκαλέσει η εμμονή για διαρκές αδυνάτισμα.</li> <li>-Παρακολούθηση για πιθανές μεταβολικές επιπλοκές κατά την επανασίτιση</li> </ul>	<p>-Η νοσηλεύτρια ζυγίζει την ασθενή απροειδοποίητα και ερευνάει η ίδια η ασθενής και ο χώρος μήπως έχει κρύψει κάπου τροφή.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ο διαιτολόγος έδωσε τροφή πλούσια σε βιταμίνες, μεταλλικά άλατα, πρωτεϊνούχες ουσίες.</li> <li>-Προσέγγιση της ασθενούς και συζήτηση για τα προβλήματα και τις ανάγκες του οργανισμού της.</li> <li>-Μέτρηση προσόνων και απόνοιον υγρών</li> <li>-Παρακολούθηση κενώσεων για γαστρεντερολογικά συμπτώματα.</li> </ul>	<p>διατροφικές συμβουλές που τις δίδονται.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Υπακούει στην υγιή διατροφική συμπεριφορά που της υποδεικνύεται.</li> </ul>
Αίσθημα τυμπανισμού «φουσκωμά»στη κοιλιακή χώρα. Δυσκοιλότητα	Να επιτευχθεί η φυσιολογική λειτουργία του εντέρου (αφόδευση). -Εξαφάνιση του τυμπανισμού	<p>Ευαισθητοποίηση της μητέρας για την μείωση κατανάλωσης υπερβολικών υγρών</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Χορήγηση φαρμάκου Duphalac ή υποκλισμός.</li> </ul>	<p>Η μητέρα ενημερώθηκε αναλυτικά για το πρόβλημα</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Χορηγήθηκε στην ασθενή Duphalac σιρόπι 10cc*2. Δεν έγινε προσπάθεια υποκλισμού.</li> </ul>	<p>Εξαλείφθηκε το πρήξιμο στην κοιλιακή χώρα και η ασθενής ενεργείται κανονικά χωρίς κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα.</p>
Άλγος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο (κυλικοειδούς χαρακτήρα από 24ωρο)	Να ανακουφισθεί ο άρρωστος από τον πόνο μέσα στο επόμενο 48ωρο	<p>Να δοθεί στην άρρωστη κατάλληλη θέση ώστε να ελαττωθεί ο πόνος.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με τις οδηγίες των γιατρών.</li> <li>-Εξετάσεις για την εξέταση της αιτίας</li> </ul>	<p>Δόθηκε στην άρρωστη ημικαθιστική θέση για χάλαση κοιλιακών μύων.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Του χορηγήθηκαν αναλγητικά-σπασμολυτικά φάρμακα για τον πόνο.</li> <li>-Έγινε εργαστηριακός έλεγχος και</li> </ul>	<p>Εντοπίστηκε η αιτία του πόνου μετά την Ιατρονοσηλεύτική παρέμβαση, ο πόνος μειώθηκε και η ασθενής ηρέμησε.</p>

Αίσθημα αδυναμίας και ζάλης	Επανάκτηση σωματικών και ψυχικών δυνάμεων	Έναρξη σωστής διατροφής -Ξεκούραση - Ηρεμία -Μέτρηση Ζωτικών Σημείων. -Συζήτηση με την ασθενή και ψυχολογική προσέγγιση.	αία κοιλίας. Η ασθενής να είναι σε ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον. -Εξηγήσαμε στην ασθενή ότι η καταβολή και η ζάλη οφείλεται στην όχι καλή διατροφή της ζητήσαμε την συνεργασία της στη θεραπεία, να μην σκέφτεται πράγματα που της δημιουργούν άγχος και να προσπαθεί να κοιμάται επαρκείς ώρες. -Η ασθενής τέθηκε σε 3ωρη μέτρηση ζωτικών ΑΠ:90\60,ΣΦ:50,Θ:35,8	Η ασθενής στην αρχή ήταν διστακτική αλλά στην συνέχεια συνεργάστηκε με το προσωπικό και νιώθει καλύτερα. -Μετά την επανάκτηση της λειτουργικότητας του εντέρου η ασθενής άρχισε να σιτίζεται κανονικά και έχει επανακτήσει τις δυνάμεις της σε αρκετά καλό βαθμό.
Προβλήματα έλλειψης αυτοεκτίμησης	Η ασθενής να προάγει τον αυτοσεβασμό του ανακαλύπτοντας δύο θετικά στοιχεία της προσωπικότητάς του.	Προσπάθεια να εδραιώσουμε μια σχέση εμπιστοσύνης, ακούστε τον με ηρεμία και αποφυγείτε τις επικρίσεις ή τις συγκρούσεις ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της θεραπείας. -Αρχίστε την διερεύνηση των οικογενειακών ζητημάτων με την ασθενή ή την οικογένεια	Συζήτηση με την ασθενή για ότι την απασχολεί με υπομονή και κατανόηση όχι λύπηση. -Έγινε συζήτηση με την νοσηλεύτρια.Στην αρχή η ασθενής ήταν αρνητική στην συνέχεια όμως άρχισε σταδιακά να μιλά για αυτά που νιώθει."Οι φίλες μου είναι ωραιότερες από εμένα και με αποφεύγουν....",ήταν το πρώτο που είπε. Η συζήτηση γίνεται καθημερινά για περίπου δύο ώρες.	Νιώθει καλύτερα και θέτει στόχους που θέλει να εκπληρώσει μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο.

### 5.2.11 Πορεία νόσου κατά τη νοσηλεία

- Η ασθενής παρουσίασε σταθερή μερική βελτίωση
- Το σωματικό της βάρος τον πρώτο μήνα εμφάνισε σταθερή πτώση κατά 1 kg περίπου και μετά μικρή αύξηση.
- Κατά την έξοδο ζύγιζε 34.200 kg, ουσιαστικά έλαβε ½ kg συνολικά.
- Τα σωματικά συμπτώματα (δυσκοιλιότητα, κοιλιακά άλγη, υπόταση, βραδυκαρδία, καταβολή) βελτιώθηκαν. έπινε λιγότερες ποσότητες νερό.
- Εμφάνισε βελτίωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογία
- Συνέδεε την άρνηση λήψης τροφής με αισθήματα θυμού και πείσματος προς τους άλλους. Ακόμη εξηγούσε ως εξής τις συμπεριφορές της «πετάω τα φαγητά και νιώθω μεγάλη ευχαρίστηση, ικανοποίηση... μετά αισθάνομαι άσχημα... δεν ξέρω γιατί το κάνω και ξέρω ότι τους στεναχωρώ όλους...»
- Επεσήμανε η ίδια την παλινδρόμηση σε παιδικά πρότυπα την οποία απέδιδε στο ανώριμο της ηλικίας της.
- Παρουσίαζε αμφιθυμικά συναισθήματα για τη μητέρα, την οποία άλλοτε ήθελε κοντά της και άλλοτε έκρινε ως παρεμβατική και ότι δεν συναισθάνεται τις ανάγκες της. Παρόλα αυτά αισθανόταν άσχημα όταν κατηγορούσε τη μητέρα της.
- Τόνιζε την ανάγκη και επιθυμία για απόλυτο έλεγχο των πράξεών της και για αυτονομία και ανεξαρτοποίηση, ανεξάρτητα από τις επιθυμίες της μητέρας.
- Συχνά πρόβαλε στους άλλους ότι ασχολούνται κατά αποκλειστικότητα με το φαγητό κι αυτό την θύμωνε πολύ.
- Περιγράφει αρνητική εικόνα σωματικού εγώ από μικρή ηλικία που της προκαλούσε πάντα φόβους απόρριψης από τις φίλες της.
- Προβληματίζονταν γύρω από την ταύτιση της με το γυναικείο ρόλο που σχετιζόταν υποσυνείδητα με την άρνηση σεξουαλικότητας.
- Εξήλθε λόγω βελτίωσης σωματικής και συναισθηματικής κατάστασης, έλλειψης αυτοκτονικού ιδεασμού, καλής συνεργασίας με θεραπευτή.

Ημερομηνία Εξόδου: 5/05/00 (διάρκεια νοσηλείας 59 ημέρες)

Μετάπειτα η ασθενής παρακολουθείται στα Τακτικά Ιατρεία Παιδοψυχιατρικής Μονάδας του Νοσοκομείου μας.

### 5.2.12 Πορεία νόσου κατά την εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση

- Μια βδομάδα μετά το εξιτήριο, σε τακτική συνάντηση αναφέρει ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης από τον παππού (από την οικογένεια του πατέρα), που συνέβη, επανειλημμένως επί 3 έτη, από ηλικία 11-14 ετών.

- Αναφέρει από τρίμηνου επανερχόμενες ανακλήσεις του γεγονότος, εφιαλτικά όνειρα, διαταραχές ύπνου, αισθήματα ενοχής και απέχθειας εαυτού, αποφυγή του παππού καθώς και νύξεων που μπορεί να τις θυμίζουν το γεγονός – δε θέλει ούτε να την αγγίζουν.
- Κατά την παρακολούθηση η κλινική της εικόνα εμφάνιζε εξάρσεις και υφέσεις.
- το βάρος της διατηρείτο σταθερό στα 42 kg μέχρι το Δεκέμβριο του 2000, ενώ εξακολουθεί μέχρι σήμερα να έχει νοσηρές διαιτητικές συνήθειες και ενασχόληση με το βάρος.
- Έχει αρκετά καλή λειτουργικότητα, έχει φίλες, και ασχολείται με πολλές δραστηριότητες (γυμναστική, αρμόνιο, ζωγραφική, πηλοπλαστική).
- Ασχολείται στην καθημερινή της ζωή με την τάξη, τις λεπτομέρειες, την επίτευξη τελειότητας σε ότι αναλαμβάνει, δεν αναθέτει σε άλλους εργασίες γιατί λέει ότι δεν τα κάνουν όπως πρέπει, αγχώνεται εύκολα με την αλλαγή προγράμματος.
- Διέκοψε την παρακολούθηση και τη φαρμακευτική αγωγή για 3 μήνες και επανήλθε τον Μάρτιο 2001.
- Στο διάστημα αυτό είχε αυξηθεί το βάρος της κατά 12 Kg (54 Kg), είχε αποκατασταθεί ο εμμηνορρυσιακός κύκλος με την βοήθεια ορμονών και είχε ξεκινήσει συναισθηματική σχέση με αγόρι της ηλικίας της.
- Αναφέρει έντονο άγχος για την αύξηση βάρους και επεισόδια υπερφαγίας με αυτοπροκαλούμενος εμετός, ταυτόχρονα με την έναρξη πάλι αυστηρής διαίτας.
- ένα μήνα μετά το βάρος της ήταν 50 kg και η ίδια ήταν πιο ήρεμη. Συνεχίζει την παρακολούθηση σε αραιά διαστήματα όπως η ίδια επιθυμεί. Αρνείται την έναρξη ψυχοθεραπείας.<sup>42</sup>

### 5.3 Περίπτωση 2<sup>ου</sup> συγκεκριμένου περιστατικού με Νευρογενή Ανορεξία

Η Άλισον ήταν μια ψηλή, λεπτή κοπέλα που σε ηλικία 15 ετών είχε αρχίσει να κάνει δίαιτα με τις άλλες συμμαθήτριες της στο σχολείο. Το έκανε μάλλον για να νιώθει μέρος της ομάδας παρά ότι χρειαζόταν να χάσει βάρος. Κατάφερε να ακολουθήσει τη δίαιτα καλύτερα από τις περισσότερες συνομήλικές της και το βάρος της έπεσε από τα 52 κιλά (δείκτης Quetelet 20,4, 90 τοις εκατό του μέσου βάρους σώματος) στα 47 κιλά (δείκτης Quetelet 16,9, 80 τοις εκατό του ABW). «Μπόρεσα να ακολουθήσω τη δίαιτα γιατί η οικογένεια μου έχει μανία με την υγεία και άρχιζα να νιώθω ένοχη αν έτρωγα «κακές παχυντικές τροφές». Την ίδια εποχή τα άλλα κορίτσια άρχιζαν να την πειράζουν για το μικρό στήθος της και άρχισε να νιώθει δειλία γι' αυτό και για τους γλουτούς της που, όπως έλεγε «προεξείχαν πάρα πολύ».

Η Άλισον ήταν φιλόδοξη και ήθελε να τα πηγαίνει καλά στο σχολείο. Τα δύο τελευταία χρόνια σπάνια πήγαινε σε κοινωνικές εκδηλώσεις γιατί ένιωθε πως πρέπει να

μελετάει, και μελετούσε συνειδητά. «Ίσως είχα μάλλον έμμομη ιδέα με τη μελέτη», είπε, «αλλά ήθελα να τα καταφέρω». Εκτός του ότι μελετούσε πολύ, μαγειρεύει για την οικογένεια της, φτιάχνοντας γλυκά και μπισκότα (που απόφευγε να τα τρώει) εκτός από τα κυρίως γεύματα. Εκείνη έβλεπε τα καθήκοντα της στο νοικοκυριό σαν προσπάθεια να βοηθήσει τη μητέρα της, που εργαζόταν, αλλά η αδελφή της τα έβλεπε σαν μια προσπάθεια να παραστήσει το καλό παιδί.

Πέρασε τις εξετάσεις της στο σχολείο και μπήκε σε μια σχολή catering γιατί της άρεσε η πρακτική πλευρά της μαγειρικής και της ετοιμασίας του φαγητού. Την ίδια περίπου εποχή άρχισε να ζυγίζεται κάθε μέρα και συνέχισε τη διαίτα και αδυνάτισε. Η αδελφή της έφυγε από το σπίτι και είπε στην Άλισον ότι κατά τη γνώμη της έχει χάσει βάρος μόνο για να έχει όλη την προσοχή της οικογένειας και για να μπει στη μύτη της αδελφής της. Η αδελφική αντιζηλία ήταν έντονη.

Τα επόμενα δυο χρόνια η Άλισον συνέχισε τα μαθήματά της και αποδείχθηκε εξαιρετική μαθήτρια. Σ' αυτό το διάστημα το βάρος του πατέρα της αυξήθηκε κατά περίπου 14 κιλά ενώ το βάρος της κόρης του εξακολούθησε να μειώνεται, έτσι που την μέρα της αποφοίτησης της η Άλισον ζύγιζε 32 κιλά (Δείκτης Quetelet, QI 12). Ο πατέρας της παρουσίασε υπέρταση και του είπαν να χάσει βάρος, πράγμα που εύρισκε δύσκολο. Η Άλισον προσπάθησε να τον βοηθήσει, πληροφορώντας τον τι έπρεπε να τρώει και ετοιμάζοντας του δίαιτες και «μετρώντας θερμίδες» των τροφών στις δίαιτες που επινοούσε.

Αναγνώριζε πως ήταν πολύ αδύνατη και πως δεν είχε πια περίοδο, αλλά πίστευε πως έτρωγε όσο και οι άλλοι και πως αν έτρωγε περισσότερο «θα έπαιρνε γρήγορα βάρος και θα γινόταν χοντρή». Ένιωθε ασφαλής όσο το βάρος της δεν αυξανόταν. Ένιωθε επίσης πως ήταν λάθος να τρώει περισσότερο από τους άλλους όταν «υπήρχαν τόσοι άνθρωποι που πεινούσαν στον κόσμο».

Στα 19 της χρόνια επισκέφθηκε ένα γιατρό για τη **δυσκοιλιότητα** που την ανησυχούσε και που δεν τη συσχέτισε με τη μικρή ποσότητα φαγητού που έτρωγε. Της έγινε διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας και **την έβαλαν στο νοσοκομείο για επανασίτιση**, κατά την διάρκεια της νοσηλείας της πήρε που κράτησε περίπου ένα μήνα πηρε περίπου 4 κιλά.

### 5.3.1 Νοσηλευτική προσέγγιση 2<sup>ου</sup> συγκεκριμένου περιστατικού ΝΑ με την μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Σοβαρή απώλεια βάρους	Η ασθενής να κερδίζει 1kg ανά μία εβδομάδα.	Κλίση της διατολογου για καθορισμό διατολογίου και έναρξη σίτησης ασθενούς. -Παροχή εκπαίδευσης όσον αφορά την υγιή θρέψη και τις σωστές διατροφικές συνήθειες. -Επίβλεψη της ασθενούς πριν τα γεύματα κατά τα γεύματα και περίπου και μία ώρα μετά. -Ζύγιση σε μη τακτά χρονικά διαστήματα με ελαφριά ρούχα και να ερευνάτε το δωμάτιο και οι τσέπες της ασθενούς. Εξήγηση στον ασθενή για το τι θεωρείται υγιές πρότυπο και για το τι μπορεί να προκαλέσει η υπερβολική διαίτα. -Εάν η λήψη βαρως με σίτηση per os την πρώτη εβδομάδα δεν είναι ικανοποιητική συνεχίζουμε τη σίτηση μέσω Levin.	Η ασθενής σιτίζεται με τροφή πλούσια σε βιταμίνες, μεταλλικά άλατα, πρωτεϊνούχες ουσίες σύμφωνα με τις οδηγίες του διατολόγου -Παίρνει τα γευμάτά της υπό τήν επίτηρηση του νοσηλευτικού προσωπικού. -Ζυγίζεται απροειδοποίητα και ελέγχεται ο θάλαμος της, τα ρούχα της και κάθε σημείο στο οποίο θα μπορούσε να έχει κρύψει τροφή. -Προσέγγισαμε την ασθενή με υπομονή και την εκπαίδευουμε στο να καθιερώσει υγιή διατροφική συμπεριφορά αφού προηγουμένως της εξήγησαμε τα προβλήματα που έχει προκαλέσει στον οργανισμό της η υπερβολική διαίτα.	Η ασθενής μέσα στην πρώτη εβδομάδα από 35 κιλά που ήταν τώρα είναι 36,50kg. Η σίτηση από το στόμα κρίθηκε ικανοποιητική και δεν χρειασμοποίηθηκε Levin. -Η ασθενής είναι συνεργάσιμη, έχει καταλάβει το πρόβλημά της και υπακούει στην υγιή διατροφική συμπεριφορά που της υποδεικνύεται..
Δυσκολιότητα, αίσθημα τυμπανισμού.	Να επιτευχθεί η φυσιολογική λειτουργικότητα του	Χορήγηση σιροπιού «γάλα μαγνησίας» και εάν δεν αποδώσει σε ένα 24ωρο κάνουμε υποκλισμό.	Χορηγήθηκε για ένα 24ωρο στον ασθενή σιρόπι «Γάλα Μαγνησίας» 10cc*2 το οποίο δεν	-Εξαλήφθηκε το αίσθημα του τυμπανισμού στην κοιλιακή χώρα.



	εντέρου.		απέδωσε, στη συνέχεια προχωρήσαμε σε υποκλίσιμό ο οποίος απέδωσε.	-Η ασθενής ενεργείται κανονικά χωρίς κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα.
Καταθλιπτική εικόνα.	Βελτίωση της καταθλιπτικής εικόνας του ασθενή	Έλεγχος για τυχόν καταθλιπτικές τάσεις. Προσεγγιση της ασθενούς με υπομονή και κατανοηση και δημιουργία κατάλληλου κλίματος περιβάλλοντος και δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης	χορήγηση αντικαθλιπτικού(serotian tab ½ μια ημερησίως)Συζήτηση και προσπάθεια δημιουργίας ευχαρίστου περιβάλλοντος για την αποφυγή αυτοκαταστροφικών τάσεων της ασθενούς.	Βελτίωση της καταθλιπτικής τάσεως της ασθενούς, αύξηση των ενδιαφερόντων της .Η ασθενής έχει εμφανή σημεία συνεργασίας με το Νοσηλευτικό προσωπικό, και υπάρχουν ενδείξεις από την γενικότερη συμπεριφορά της ότι έχει αρχίσει η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης, που είναι και το βασικό ζητούμενο για την περαιτέρω πορεία της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.
Διαταραχή ύπνου.	Βελτίωση της ποιότητας του ύπνου.	Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων σε μικρές δόσεις και παρακολούθηση για παρενέργειες.	Χορηγήθηκε το φάρμακο Valium 1*2 στο οποίο η αναφερόμενη ασθενής παρουσίασε έντονη υπνηλία, και εξανθήματα, έγινε διακοπή του αναφερομένου φαρμάκου και χορηγήθηκε πιο ύπιο φαρμακο: lexotanil tab 1Χ2 .η ασθενής δεν παρουσίασε άλλες παρενέργειες στο νέο φάρμακο.	Συμπλήρωση του Ακαί Β βιολογικής αξίας ύπνου(10-12μμ Α βιολογικής αξίας ύπνος-καί 12-2μμ Β βιολογικής αξίας ύπνος) ,όποτε η ασθενής κοιμάται επαρκείς ώρες ήρεμη, δεν έχει εφιάλτες και δεν ξυπνά τα βράδια..

### 5.3.2 Η συμβολή της Νοσηλευτικής στην αποκατάσταση συγκεκριμένης περίπτωσης με Νευρογενή Ανορεξία

Η ασθενής ανταποκρίθηκε περισσότερο στην εξωνοσοκομειακή θεραπεία και σε επτά μήνες το βάρος της αυξήθηκε σε 44 κιλά. Ήθελε να πάρει περισσότερο βάρος αλλά ανησυχούσε πως αν το έκανε θα «έχανε τον έλεγχο και θα γινόταν χοντρή». Με την πειθώ και την επιμονή την έπεισαν να πάρει βάρος και στα 20 είχε σταθεροποιηθεί στα 49 κιλά. Πίστευε τώρα πως αν το βάρος της αυξανόταν στα 50 κιλά θα «έχανε τον έλεγχο», αλλά ήταν ευτυχισμένη διατηρώντας το γύρω στα 49 κιλά.

Εκείνη την εποχή μετακόμισε σε μια πόλη 125 μίλια μακριά για να διευθύνει ένα εστιατόριο και άρχισε να γράφει γράμματα. Δύο μήνες μετά τη μετακόμιση έγραφε:

«Ζυγίστηκα πρόσφατα και είμαι ακριβώς 47 κιλά. Δεν προσπαθώ συνειδητά να χάσω βάρος αλλά είναι φανερό πως δεν τρώω αρκετά. Δεν παραλείπω γεύματα και τρώω διάφορες τροφές – ανάμεσά τους και τροφές που υποτίθεται πως παχαίνουν. Αλλά ο εγκέφαλος μου εξακολουθεί να λειτουργεί όπως πριν – ότι δεν πρέπει να παχύνω. Τι φταίει; Δεν μπορώ να περάσω τη ζωή μου νιώθοντας την ανάγκη κάποιου για να με πείθει ότι πρέπει να έχω μεγαλύτερο βάρος για να αρχίσουν να λειτουργούν οι ορμόνες μου. Αισθάνομαι ακόμη την ανάγκη να με διαβεβαιώσουν πως είναι εντάξει να είμαι 52 ή 54 – όποιο βάρος υποτίθεται πως πρέπει να έχω. Τώρα έχω μόνο τον εαυτό μου που μου λέει πως δεν πρέπει να παχύνω. Δεν μπορώ να πιστέψω πως είμαι τόσο ξεροκέφαλη!»

Δύο μήνες αργότερα.

«Ένα θετικό γεγονός είναι ότι δεν έχω χάσει καθόλου βάρος. Αλλά είναι αλήθεια πως όταν το βάρος σου είναι χαμηλό, η διάθεση σου μεταβάλλεται και νιώθεις κατάθλιψη και η διανοητική σου λειτουργία είναι ελαττωματική. Δεν μπορώ να το πιστέψω – οι άλλοι μου λένε συνεχώς πως δεν τρώω αρκετά αλλά ολόκληρη η μέρα μου είναι ένα «γεύμα». Δεν μπορώ να χωρέσω περισσότερο φαγητό μέσα μου. Αν τα έντερα μου λειτουργούσαν κανονικά, ίσως να είχα περισσότερο όρεξη. Τις τελευταίες 3 ή 4 εβδομάδες τα νεύρα μου είναι τόσο τεντωμένα, με αναστατώνει φοβερά. Όσο μεγαλύτερη είναι η κατάθλιψη μου τόσο αποφεύγω να βρίσκομαι με κόσμο. Θα ήμουν πολύ ευτυχισμένη να είμαι μόνη μου – συνεχώς κατηγορώ τον εαυτό μου για διάφορα πράγματα και ζητάω συγγνώμη από τους άλλους. Μιλώ με τους άλλους αλλά δεν ακούω τι λένε. Ξέρω πως πρέπει να είμαι δύσκολη, αλλά δεν μπορώ να κάνω τίποτα γι' αυτό. Δεν θέλω να γυρίσω γιατί ξέρω πως θα έτρεχα σπίτι στην οικογένεια μου για προστασία – θα με διαβεβαίωναν πως όλα είναι εντάξει ενώ ξέρω πολύ καλά πως δεν είναι. Χαραμίζω τη ζωή μου – είναι αγγαρεία απλώς να περάσω την ημέρα. Θέλω να γυρίσω και να σας μιλήσω όταν πάρω άδεια αργότερα φέτος.»

Τρεις μήνες μετά το τελευταίο της γράμμα, η Άλισον γύρισε στην κλινική. Ήταν όμορφα, κομψά ντυμένη αλλά φαινόταν αδύνατη. Ζύγιζε 46 κιλά. Τους τελευταίους λίγους μήνες αύξανε το βάρος της με ρυθμό 1 κιλό το μήνα και τώρα έχει διατηρήσει βάρος 50 κιλών τα τελευταία δυο χρόνια. Έχει δημιουργήσει σχέσεις και έχει ένα μόνιμο φίλο. Εξακολουθεί να διακρίνεται στη δουλειά της ως διευθύντρια εστιατορίου<sup>26</sup>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια ασθένεια που παρουσιάζει στην εποχή μας μεγάλη αύξηση. Μάλιστα δεν είναι τυχαίο το ότι η Νευρογενής Ανορεξία είναι αρκετά συχνή στις δυτικές, ανεπτυγμένες χώρες και πολύ σπάνια σε χώρες του 3<sup>ου</sup> κόσμου. Αυτή η πραγματικότητα όπως μπορούμε να συμπεράνουμε οφείλεται στα λάθος πρότυπα που προβάλλονται από την κοινωνία μας γενικά, τα οποία δίνουν σημασία μόνο στην εξωτερική εμφάνιση του ανθρώπου και όχι στην προσωπικότητα και στα εσωτερικά του χαρίσματα. Γεγονός που έχει ως συνεπεία μερικοί άνθρωποι να βλαπτουν το πολυτιμότερο αγαθό που τους έχει δώσει ο Θεός, την υγεία τους μόνο και μόνο για να καταφέρουν να είναι αρεστοί.

Για να αντιμετωπιστεί αυτή η ασθένεια σε όσο τον δυνατό μεγαλύτερο βάθος θα πρέπει πρώτα από όλα αναθερμανθούν οι οικογενειακές σχέσεις οι οποίες στην εποχή μας περνούν κρίση, να παρέχεται ενημέρωση στα γυμνάσια και λύκεια όπου οι μαθητές βρίσκονται στην ευαίσθητη ηλικία της εφηβείας για το ποιά είναι η σωστή διατροφή και για τον κίνδυνο της Νευρογενής Ανορεξίας και των Διατροφικών Διαταραχών γενικότερα, και τέλος να γίνει σαφές ότι αυτές οι ασθένειες είναι συχνές και αρκετά σοβαρές ώστε να παρέχεται πιο οργανωμένη νοσοκομειακή υποστήριξη στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, όπως είναι η Νευρογενής Ανορεξία.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το θέμα της διαίτας είναι ιδιαίτερο και η αντιμετώπιση του διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο. Το ζήτημα δεν είναι να παχύνει ή να μείνει αδύνατος ένας άνθρωπος, αλλά οι λόγοι για τους οποίους επιλέγει το πώς θα φερθεί στο σώμα του και το αν κάνει υπερβολές ή όχι.

**Σκοπός** αυτής της εργασίας ήταν να δείξει τους κινδύνους που κρύβει αυτή η υπερβολική προσπάθεια να αποκτήσει κάποιος ένα γυμνασμένο και επιθυμητό σώμα και να αποδείξει ότι οι υπερβολές αυτές δεν βοηθούν ούτε στην σωματική ούτε στην ψυχική υγεία του ατόμου.

Τα αίτια για την ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι αρκετά, όπως: οικογενειακά: η Katleen Pike βρήκε ότι οι μητέρες των ανορεξικών και βουλιμικών κορών είχαν εμμονη με τις δίαιτες και έδιναν πολύ μεγάλη προσοχή στην κόρη τους όταν έκανε διαίτα, ψυχολογικά- ψυχιατρικά: Το 59% των ασθενών αυτών παρουσίαζαν ψυχαναγκαστικά προβλήματα, γενετικά: ο Walter Keil στο πανεπιστήμιο του Pitsburg ανακάλυψε ότι το 10% των ατόμων που πάσχουν από Ανορεξία η Βουλιμία έχουν συγγενή που πάσχει από διατροφική διαταραχή.

Όταν μια γυναίκα, ή ο περίγυρός της, διαπιστώσει ότι έχει φτάσει σε υπερβολές σχετικά με το σώμα της, θα πρέπει να ζητήσει τη βοήθεια ειδικευμένου ψυχολόγου για να διερευνήσει τα αίτια που την ωθούν σε αυτή τη συμπεριφορά και να μάθει να διαχειρίζεται όχι μόνο τα κιλά της αλλά και την ψυχική της υγεία.<sup>9</sup>

Η πορεία της Νευρογενούς Ανορεξίας ποικίλει από την αυτόματη ίαση χωρίς θεραπεία μέχρι την συνεχή σταδιακή επιδείνωση της πορείας της ασθένειας που οδηγεί στον θάνατο, ο οποίος προκύπτει από επιπλοκές του υποσιτισμού. Μελέτες που έγιναν σε άτομα με βαριά μορφή Ψυχογενούς Ανορεξίας για την οποία χρειάστηκε νοσηλεία έδειξαν ότι η θνησιμότητα φτάνει το 10%

Τέλος να αναφέρουμε τα αισιόδοξα αποτελέσματα μιας έρευνας που διεξήχθη στην Νορβηγία. Δείγμα 55 κοριτσιών, τα οποία υποβλήθηκαν σε συστηματική θεραπεία κατά το 1986-1998 και τα οποία εξετάστηκαν μετά από 13,5-14,5 έτη από τη λήξη της θεραπείας τους βρέθηκαν ότι οι 42 (82%) δεν είχαν καμία μορφή διατροφικής διαταραχής στην συνέχεια.<sup>43</sup>

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βαρβόγλη Λίζα. *Νευρογενής Ανορεξία: Ένα σκοτεινό γυναικείο μυστικό*. [WWW.in.gr/health/News/Article](http://WWW.in.gr/health/News/Article). 9\2\2001
2. Χριστοδούλου Γ.Ν., *Σύνδρομα συνδεδεμένα με διαταραχές των φυσιολογικών λειτουργιών: ψυχογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία*. Ψυχιατρική, τόμος Α. Έκδοση Β'. Εκδόσεις «ΒΗΤΑ», Αθήνα 2002. σ: 486-491
3. [WWW.in.gr/health](http://WWW.in.gr/health), Οδηγός γονικής συμπεριφοράς *Διαταραχές της διατροφής στην εφηβεία.*, 30\7\2005.
4. Στρατουδάκης Γ., Τζανάκης Ε., Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής *Η νευρογενής ανορεξία στην γυναίκα ασθενή*. [WWW.iatrotec.itm](http://WWW.iatrotec.itm). 2004.
5. Groholl J., John. *Anorexia Nervosa symptoms*. [WWW.health.in.gr](http://WWW.health.in.gr) , 19\6\2005.
6. Δαϊρανλής Νικόλαος, *Ψυχογενής Ανορεξία: Περιγραφή και ταξινόμηση*. [WWW.in.gr/health](http://WWW.in.gr/health), 5\6\2005
7. Μπεράτη Σ. *Ψυχογενής Ανορεξία*. [WWW.Childmental.gr](http://WWW.Childmental.gr), Copyright 2003.
8. *Anorexia Nervosa*. American Academy of child and adolescent Psychiatry. [WWW.acap.org/jobsource/index](http://WWW.acap.org/jobsource/index). Copyright 2001.
9. Βαρβόγλη Λίζα. *Άρθρο της εβδομάδας: η δικτατορία του αδυνατίσματος*. [WWW.in.gr.health.ειδήσεις](http://WWW.in.gr.health.ειδήσεις), 3\5\2004.
10. *Διαταραχές στη πρόσληψη τροφής*. [WWW.psychologia.gr.disorders.diator-trof](http://WWW.psychologia.gr.disorders.diator-trof) 5\8\200.
11. Πόγκα Μαρίνα. *Διαταραχές λήψης τροφής: το ανελέητο κινήρι του λεπτού σώματος*. [WWW.hda.gr/articles](http://WWW.hda.gr/articles). Copyright 2004
12. Garfinker E Paul, MD. CHAPTER 22 *Eating disorders* . America Washington 1995. Σ:1361-1370.
13. *Anorexia Nervosa index System Saint Vincent hospital. Worcester Massachussets*. [WWW.in.gr/Anorexia](http://WWW.in.gr/Anorexia) Ιανουάριος 1980.
14. Barbarich C. Nicole, Claire Cohada, Jill Gaskill, Maria La Via. *An open Trial of olanzapine in anorexia Nervosa. From the department of psychiatry, university of Pitshurg Medical School, J. Clin. Psychiatry. No 65, 11\11\2004, σ: 1480-1482.*
15. Παναγίδου Αλεξία. *Νευρογενής Ψυχογενής Ανορεξία, για τον σύνδεσμο διατροφολόγων Ελλάδος* , [WWW.announcements27.htm](http://WWW.announcements27.htm) , 2005
16. Stork Charlotte , *All about Anorexia Nervosa: a booklet for those wanting to know more about Anorexia Nervosa*. [WWW.mentalhealth.org](http://WWW.mentalhealth.org). Copyright 1997-2000
17. [WWW.en.wikipedia.org/wiki/anorexia](http://WWW.en.wikipedia.org/wiki/anorexia), *Anorexia Nervosa from wikipedia the free encyclopedia*. 30\7\2005.
18. Gowrs Simon and North Clive. *Difficulties in family functioning and adolescent anorexia nervosa*. *British journal of psychiatry* No:174, 1999 .σ: 63-66.
19. Jean-Zuc Venisse. *L'anorexie Nervose Presse Universitaires de France* 1983. *Μετάφραση Ιουλιέτα και Ροδόλφος Ράλλης*. Επιμέλεια Αθανάσιος Αλεξανδρίτης. Εκδόσεις Χατζηνικολή. Αθήνα 1980, σ: 7-60.
20. Κατριβάνου Α., Σταθοπούλου Α., Μπεράτη Α., *Έρευνα ψυχοπαθολογίας μητέρων με παιδιά με Νευρογενή Ανορεξία*. [WWW.hda.g.r](http://WWW.hda.g.r), 9\6\2005
21. Jacobi Corrina, Agras W. Stewart and Hammer Lawrence: *Predicting Childrens Reported Eating Disturbances at 8 years of Age*. *J. American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, March 20001, σ:364-372.
22. Albert Umberto, Venturello Sara, Maina Gluseppe, Ravizza Luigi and Bogeto Filippo. *Bulimia with and without obsessive-compulsive Syndromes*, *Comprehensive Psychiatry*, Vol 42, No 6, Italy 2001. σ:456-450.
23. Holmi A Katherine., Crow Scott. *Relapse prediction of patients with Bulimia Nervosa who achieved Abstinence through Cognitive Behavioral therapy*. *Arch Gen. Psychiatry* Vol 59, Minessota 2002 σ:1105-1108.
24. [WWW.anorexia.htm](http://WWW.anorexia.htm) *ενηλίκες, Ψυχογενής Ανορεξία*. Αύγουστος 2004.

25. Τάκης Νικόλαος. Ψυχογενής Ανορεξία:γενικά θέματα. [WWW.iatronet.gr](http://WWW.iatronet.gr). Ιούλιος 2005
26. Gerard Ap. Feldorfer. Ανορεξία βολιμία παχυσαρκία, Μετάφραση Παιολή Βιδάλη. Εκδόσεις Π Τραβλός-Ε.Κωσταρά. Αθήνα 1997. σ: 29-79.
27. [WWW.focusmag.gr/articles](http://WWW.focusmag.gr/articles) , Ιατρική: Αδύνατη μέχρι Θανάτου,5\5\2003.
28. Sohlberg. S., Strober M. , *Acta Psychiatrica Scandinavica Personality in Anorexia Nervosa: An update and a theoretical integration*, No 378, Vol. 89, Copyright Mungaard, Copenhagen 1994, σ:1-12.
29. [WWW.the20merck](http://WWW.the20merck), *Manual Anorexia nervosa: The merck manual of diagnosis and therapy*. Copyright 2005,
30. Abraham-derek Sussan, Lewellyn Jones. Οι αλήθειες για τις διαταραχές της διατροφής. Μετάφραση Ελένη Ταμβάκη. Εκδόσεις: ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΗ, ΑΘΗΝΑ 1990. σ:20-164.
31. Woodside D. Blake and Kaplan S. Allan. Dayhospital treatment in males with eating disorders. Response and comparison with females. *Journal of psychosomatic research*, Vol 38, No 55, G.Britain 17-1-1994, σ:471-475.
32. Austin S. Bryan, Zityadeh Najat, Kahn A. Jessica, Camargo A. Carlos. Sexual orientation, weight concerns and eating disordered behaviors in adolescent girls and boys. *J.American Academy Child. Adolesc Psychiatry*,No 43, America 30\3\ 2004, σ:1115-1120.
33. Shiltz Tom. *Anorexia Nervosa in males* National eating disorders Association, [WWW.nationaleatingdisorders.org](http://WWW.nationaleatingdisorders.org), 2002.
34. Davis Seigle Lesl , Thaler M. Rebecca *Practice Guideline fot the treatment of Patients With Eating Disorders (Revision)*, *Am. J. Psychiatry*: 157, America 1\1\2000, σ: 3-30.
35. Levey Th. Robert, Williams-Wilson Brenda, Curfman Cobert. *Anorexia Nervosa*, [WWW.hda.gr](http://WWW.hda.gr), 23\5\ 2005.
36. Uher Rudof, Murphy Tara, Brammer J. Michael, Dalgeish Tim, Phillips L. Mary, W. Virginia *Medial Prefrontal Cortex Activity Associated with symptom Provocation in Eating Disorders*, Article, *Am. J. Psychiatry*, No 161,G.Britain 2004, σ: 1238-1241.
37. Σκαπινάκης Πέτρος, Ψυχογενής Ανορεξία. Διαγνωστικά κριτήρια, [WWW.ed-dia-crit-anorexia.htm](http://WWW.ed-dia-crit-anorexia.htm), 14\11\20003
38. Βούρτση Ροζάννα. Σοβαρές και μη αναστρέψιμες βλάβες προκαλεί στα οστά η Νευρογενής Ανορεξία, [WWW.in.gr.healthnews](http://WWW.in.gr.healthnews), 22 Νοεμβρίου 2005.
39. Rowan Peter. *Introducing Anorexia Nervosa* , [WWW.in.gr.health-news](http://WWW.in.gr.health-news) , 6\7\2004.
40. [WWW.amorex.htm](http://WWW.amorex.htm), *Anorexia Nervosa: from the health encyclopedia by Dr. Joseph F. Smith*, Copyright 1999-2003.
41. Κοτρώτσου Εβαγγελία. Ψυχιατρική Νοσηλευτική: Σειρά εκπαιδευτική πιστοποίηση στην Νοσηλευτική. Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», Αθήνα 1999. σ:50-56.
42. Κατριβάνου Α., Ψυχιατρική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, Ιστορικό Νευρογενούς Ανορεξίας.
43. Halvorsen Inger, Anderse Anne, Heyerdanl Sonja. *Good outcome of adolescent onset Anorexia Nervosa after systematic treatment.*Jr *Child and adolescent Psychiatry*, No: 13, Norway 5\5\2004, σ:295-306.

