

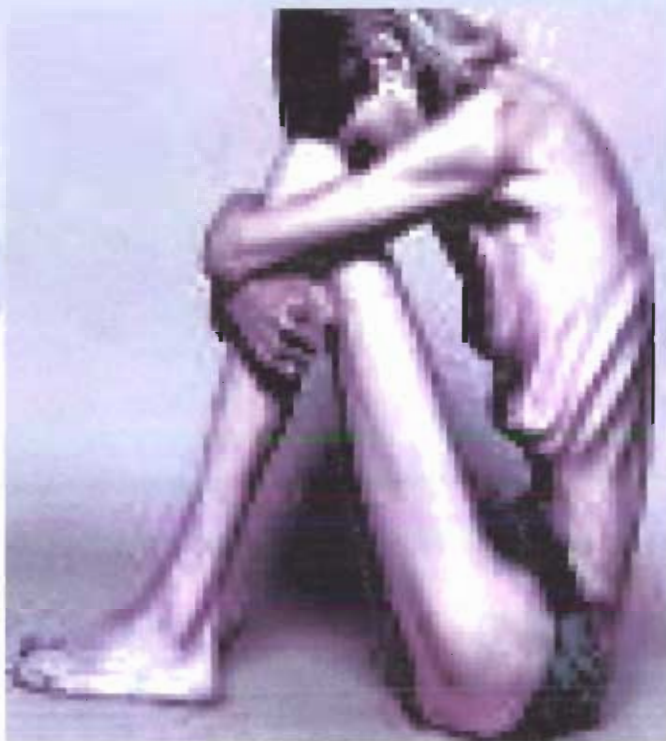
Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ:Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗ ΨΥΧΟΓΕΝΗ
ΑΝΟΡΕΞΙΑ***



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

Dr. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΔΗΜΑΡΙΣΤΗ

ΠΑΤΡΑ 2006



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
-----------------	----------

ΜΕΡΟΣ Α

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
----------	---

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	4
-------------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ^ο ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΧΟΛΕΙΑ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ	7
1.1.1. Σημασία των διατροφικών διαταραχών	8
1.2 Σημεία Κινδύνου	9
1.3 Προσδιαθεσικοί Παράγοντες	10
1.3.1 Ατομικοί Παράγοντες	10
1.3.2 Γενετικοί Παράγοντες	11
1.3.3 Οικογενειακοί Παράγοντες	14
1.3.4 Κοινωνικό-πολιτιστικοί	16
1.3.5 Εκλυτικοί Παράγοντες	18
1.4 Επιβαρυντικοί Παράγοντες	18
1.5 Θεωρίες γύρω από τα αίτια	19
1.5.1 Η Ψυχαναλυτική Θεωρία	19
1.5.2 Η Θεωρία της Hild Brunche	19
1.5.3 Συστημική Θεωρία	20
1.6 Αιτιολογία	20
1.6.1 Αιτιολογικό Μοντέλο της Ν.Α.	22
1.7. Τύποι της Νευρογενούς Ανορεξίας	23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

2.1	Επιδημιολογία	26
2.1.1	Γενικά επιδημιολογικά στοιχεία	26
2.1.2	Επιδημιολογική μελέτη	26
2.2	Επιδημιολογική Έρευνα Κύπρου	29
2.3	Ερευνητική μελέτη (β)	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

3.1	Διαταραχές στο βιοσύστημα του ανθρώπινου οργανισμού	33
3.2	Κλινικά σημεία και συμπτώματα ενός ανορεκτικού ατόμου	34
3.2.1	Φυσική εξέταση	34
3.3	Εργαστήρια Ευρήματα	35
3.4	Διαταραχές ανά σύστημα	37
3.4.1	Κεντρικό νευρικό σύστημα	37
3.4.2	Καρδιαγγειακό σύστημα και σύστημα περιφερικών αγγείων	37
3.4.3	Σκελετικό σύστημα	37
3.4.4	Μυϊκό σύστημα	38
3.4.5	Αναπαραγωγικό σύστημα	38
3.4.6	Ενδοκρινικό — Μεταβολικό σύστημα	39
3.4.7	Αιματολογικές επιλοκές	39
3.4.8	Γαστρεντερολογικό σύστημα	39
3.4.9	Ουροποιητικό σύστημα	39
3.4.10	Δέρμα	39
3.5	Σοβαρές διαταραχές που απειλούν τη ζωή	40
3.6	Κλινικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς	41
3.7	Συμπτώματα από την έλλειψη βασικών βιταμινών	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

4.1	Το πρόβλημα των διαγνωστικών κριτηρίων	48
4.1.1	Διαγνωστικά κριτήρια κατά τον Sours	49
4.1.2	Διαγνωστικά κριτήρια κατά την Katherine A. Halmi.	49
4.2.	Διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM-IV	50
4.2.1	Ειδικά το DSM-IV	51
4.3	Διαφορική διάγνωση	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

5.1	Θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας	55
5.1.1	Η νοσοκομειακή περίθαλψη	56
5.2	Οικογένεια και θεραπευτικός σχεδιασμός	57
5.2.1	Παρεμβατικές τεχνικές	58
5.3	Θρεπτική αποκατάσταση / ενδοноσοκομειακή	58
5.4	Ψυχοθεραπεία	59
5.5	Φαρμακοθεραπεία	60
5.6	Στόχοι θεραπείας	61
5.7	Πρόγνωση και πορεία της νόσου	62

ΜΕΡΟΣ Β

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

6.1	Νοσοκομειακή θεραπεία της νευρικής ανορεξίας	65
6.1.1	Στόχοι	66
6.2	Κλινική Ψυχοδιαγνωστική	66
6.3	Βασικά σημεία της νοσηλευτικής φροντίδας	67

6.3.1	Αξιολόγηση των προτύπων διατροφής	67
6.3.2	Εκτίμηση της οικογένειας	68
6.3.3	Γενικοί στόχοι	68
6.3.4	Παραδείγματα συγκεκριμένων στόχων	69
6.4.	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις διατροφικές διαταραχές	69
6.5	Βασικές δεξιότητες στη Νοσηλευτική Παρέμβαση	70
6.5.1	Συγκεκριμένες παρεμβάσεις σε ασθενείς με νευρική ανορεξία	71
6.5.2	Ενδεικτικά παραδείγματα θεραπείας εφήβων	71
6.5.3	Προτίμηση σε ευέλικτες γνωσιακές δεξιότητες	72
6. 6	Νοσηλευτική ετοιμότητα	72
6.6.1	Χειρισμός των προσωπικών αντιδράσεων του ασθενή	72
6.6.2	Νοσηλευτική αξιολόγηση	73
6.7	Καθημερινό σχέδιο περίθαλψης ασθενούς	73
6.7.1	Καθημερινές εκβάσεις	73
6.7.3	Αξιολόγηση	74
6.7.4	Σχεδιασμός	74
6.7.4	Δίαιτα	75
6.7.5	Ψυχοκοινωνικές δραστηριότητες του νοσηλευτή	75
6.7.6	Νοσηλευτικές δεξιότητες	76
6.7.7	Φάρμακα	76
6.8	Χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων	76
6.9	Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλεύτηκες ευθύνες	77
6.10	Σχέδιο Β καθημερινής φροντίδας ασθενούς με Ν.Α.	79
6.10.1	Δίαιτα	79
6.10.2	Πιθανές αντιδράσεις στη συνεργασία με τους ασθενεις	80
6.11.	Ολιστική Νοσηλευτική προσέγγιση ασθενών με Ν.Α	82
6.11.1	1 ^ο περιστατικό με Νευρογενή Ανορεξία	82
6.11.2	Ψυχιατρικό Ιστορικό	83
6.11.3	Περιγεννητική περίοδος	83
6.11.4	Σχολική περίοδος	83
6.11.5	Κλινική εκτίμηση	84
6.11.6	Περιεχόμενο σκέψης	84
611.7	Ψυχοδυναμική υπόθεση	85

6.11.8	Πορεία νόσου κατά τη νοσηλεία _____	85
6.11.9	Πορεία νόσου κατά την εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση _____	86
6.12	Περίπτωση 2 ^{ου} περιστατικού με Ν.Α _____	88
ΠΙΝΑΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΔΙΕΡΓΑΣΙΩΝ _____		90
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ _____		102
ΠΕΡΙΛΗΨΗ _____		103
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ _____		104
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ _____		110

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Όταν ακούμε τη λέξη υποσιτισμός, συνήθως το μυαλό μας τρέχει στις χώρες του τρίτου κόσμου, κυρίως σε παιδάκια αλλά και γονείς με βλέμμα πονεμένο, με κορμιά όπου διακρίνονται όλα τα οστά και με φουσκωμένες κοιλίτσες από την έλλειψη τροφής, κυρίως πρωτεΐνης και ενέργειας . Μόνο σε αυτές τις περιπτώσεις συνειδητοποιούμε ότι ο κυριότερος λόγος ρόλος της τροφής είναι η θρέψη αλλά και η διατήρηση του ανθρώπινου οργανισμού .**Υποσιτισμός και κακή διατροφή** είναι όμως έννοιες παράλληλες και το σίγουρο είναι ότι την κακή διατροφή μπορούμε να την βρούμε και σε χώρες ανεπτυγμένες, όπως για παράδειγμα είναι και η Γαλλία , Αμερική. ¹

Οι ανάγκες του ανθρώπινου οργανισμού σε καθημερινή βάση χωρίζονται στις θρεπτικές ουσίες που μας δίνουν ενέργεια όπως είναι οι **υδατάνθρακες, οι πρωτεΐνες και τα λιπαρά, και στις θρεπτικές ουσίες που δεν μας δίνουν ενέργεια όπως είναι οι βιταμίνες και τα ιχνοστοιχεία και το νερό**. Η κάθε θρεπτική ουσία συμβάλει με διαφορετικό τρόπο αλλά όλες είναι εξίσου απαραίτητες σε καθημερινή βάση. Από έρευνες που έχουν γίνει, έχουν καθοριστεί οι ποσότητες των θρεπτικών στοιχείων που πρέπει να λαμβάνει ένα άτομο σύμφωνα με το φύλο αλλά και την ηλικία, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η ανάπτυξη και η διατήρηση του ανθρώπινου οργανισμού.

Οι διατροφικές διαταραχές είναι σύνθετες ασθένειες που περιλαμβάνουν τον μόνος-λιμό, τη βουλιμία και binge την κατανάλωση ή καταναγκαστικός παρατρώγοντας. Οι πιο κοινοί όροι είναι **nervosa βουλιμία και Anorexia nervosa**. Το αμερικανικό στοιχείο δείχνει ότι μόνο 60% των ανθρώπων με το nervosa ανορεξίας θα ανακτήσει μόνιμα ενώ 15% των περιπτώσεων θα οδηγήσει στο θάνατο.

Οι μελέτες δείχνουν επίσης εντούτοις ότι η πρόωρη αναγνώριση μιας διατροφικής διαταραχής και οι επόμενες κατάλληλες προσεγγίσεις επεξεργασίας οδηγούν στα υψηλότερα ποσοστά αποκατάστασης. 2

Όλες οι διατροφικές διαταραχές προκαλούνται από τα προβλήματα που πρέπει να αναγνωριστούν, να εξεταστούν και να ενισχυθούν. Οι λόγοι μπορούν να περιλάβουν το χαμηλό αυτοσεβασμό, έλλειψη ελέγχου κατά τη διάρκεια της ζωής, οικογενειακή πίεση, οικογενειακά προβλήματα, έντονος φόβος το βάρος, διαστρεβλωμένες αντιλήψεις για το μέγεθος σωμάτων ή τη μορφή, την κατάθλιψη, το συναισθηματικό πόνο, τις κοινωνικές πιέσεις, τα συναισθήματα της μοναξιάς και της ανικανότητας, το φόβο της παχυσαρκίας, την ανησυχία, τις τελειομανείς προσωπικότητες, να επιθυμήσει να είναι λεπτότεροι, τους φόβους της ανεξαρτησίας ή μιας ωστικής προσωπικότητας. 1,2,3

Εισαγωγή

Η Ψυχογενής Ανορεξία, η Ψυχογενής Βουλιμία, οι άτυπες μορφές των και η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας αποτελούν τις ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής που κατατάσσονται στην κατηγορία του ICD-10 της APA και στην κατηγορία του DSM-IV της Προσβάλλουν σχεδόν αποκλειστικά γυναίκες εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας, έχουν πολυπαραγοντική αιτιολογία, κατά κανόνα χρόνια πορεία με υποτροπές, υψηλή θνησιμότητα και δύσκολη θεραπευτική αντιμετώπιση. Συμφωνά με τον παραπλανητική, καθόσον δεν πρόκειται για διαταραχές που αφορούν πρωταρχικά τη διατροφή δηλαδή διαταραχές του μεταβολισμού τροφών, που ούτε πρόκειται για ιδιοτροπίες των ανθρώπων που εκφράζουν δηλαδή ασυνείδητα, έναν τρόπο αντιμετώπισης της ζωής που υιοθετεί το άτομο όταν βρίσκεται μπροστά σε προβλήματα που φαίνονται δύσκολα και δυσεπίλυτα και για τα οποία δε διαθέτει επαρκή προετοιμασία¹. Η εστίαση στο φαγητό, η υπερφαγία ή η άρνηση πρόσληψης τροφής αποκλείουν την επεξεργασία επώδυνων συναισθημάτων, των οποίων η έκφραση και η διαχείριση με οποιοδήποτε άλλο τρόπο βιώνετε από το υποκείμενο ως ανέφικτη έτσι, οι διαταραχές διατροφής αναπαριστούν μια διαδικασία αποφυγής της εφηβείας, της ψυχολογικής ωρίμανσης και της σεξουαλικής απαρτίωσης, μια «φυγή» από τη διαδικασία της ανάπτυξης.

Στην αρχή φαίνεται ότι αποτελούν «λύση», μέσω του ελέγχου αυτών των αναπτυξιακών γεγονότων, αλλά σταδιακά, η διαταραχή επεκτείνεται, καλύπτει και σταματά ολόκληρη τη ζωή, την ίδια τη ζωή. Επειδή οι διαταραχές διατροφής επιδρούν καταστροφικά στη ζωή της οικογένειας και αντιμετωπίζονται δύσκολα, σημασία έχει η έγκαιρη ανίχνευση.²

Ιστορική αναδρομή

Είδαμε ότι η νηστεία είναι ένα προνομακό μέσο ρήξης με την ύλη, μία πρόσβαση στην υπέρβαση. Όποιοι επιδόθηκαν στη νηστεία και σε σοβαρούς διατροφικούς περιορισμούς περιέβαλαν συχνά την ενέργεια τους με θρησκευτικά ή φιλοσοφικά κίνητρα. Έτσι, στο τέλος του Μεσαίωνα στην Ευρώπη, πολλές γυναίκες, που ονομάστηκαν "αγίες ανορεκτικές", άσκησαν τη νηστεία ,κάποιες από αυτές ανακηρύχθηκαν άγιες .

Παραθέτουμε ενδεικτικά την Αγία Αικατερίνη της Σιένας, τον 19ο αιώνα, η οποία έχοντας σταματήσει να τρέφεται και επιβάλλοντας στον εαυτό της πολλαπλές στερήσεις και πράξεις μετάνοιας, πέθανε σε ηλικία τριάντα τριών χρόνων, την Αικατερίνη του Πάτζι, η οποία νηστεύοντας σχεδόν σε μόνιμη βάση και κάνοντας έμετο, πέθανε σε ηλικία σαράντα ενός ετών. ²

Η Μητέρα Ανίης του Ιησού τον 17ο αιώνα, η Λουίζα Λατώ τον 19ο αιώνα, η Τερέζα Νιούμαν και η Μάρθα Ρόμπιν τον 20ο αιώνα μπορούν να θεωρηθούν ως αγίες ή μάρτυρες από θρησκευτικής απόψεως, ή ως διανοητικά ανορεκτικές από μία ψυχοπαθολογική οπτική γωνία. Μολονότι ο Αβικέννας τον 11^ο αιώνα επίσης περιγράφηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία το 1689 και έγινε θέμα συστηματικής μελέτης στα μέσα του περασμένου αιώνα στην Ευρώπη ως μια μορφή υστερίας .

Όπως με την υστερία , η διαταραχή αποδόθηκε σε κάποια ανωμαλία του κεντρικού νευρικού συστήματος, που εμφανίζεται να σε νεαρές γυναίκες .

Ο Μπαμπίνσκι, τη ονόμασε παρθενοανορεξία και ο Ρίτσαρντ Μόρτον, τον 17ο αιώνα, περιγράφουν ήδη περιπτώσει διανοητικής ανορεξίας. μόνο με τις κλινικές περιγραφές του Γάλλου Κάρολου Ερνέστου Λαζεγκ, , το 1873, και του Άγγλου σερ Γουίλιαμ Γουίτλι Γκαλ .¹²

Αν, γι' αυτούς τους συγγραφείς, η διανοητική ανορεξία ήταν μία καθαρά ψυχοπαθολογική διαταραχή, η ιατρική στις αρχές του 20ού αι. την αντιλαμβάνεται ως ασθένεια φυσικής προέλευσης. ως ασθένεια φυσικής προέλευσης²

Ο Σίμοντς , αποκαλύπτει μία μορφή γενικευμένης εξασθένησης του οργανισμού από καχεξία, η οποία οφείλεται σε νέκρωση του αδένα της υπόφυσης. Μετά απ' αυτόν, οι ενδοκρινολόγοι θεωρούν ότι η διανοητική ανορεξία οφείλεται σε ολική ανεπάρκεια του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης, και επομένως απαιτείται ενδοκρινική θεραπεία. Μόνο από τη δεκαετία του '50 αρχίζει να επανέρχεται η ιδέα μίας καθαρά ψυχολογικής προέλευσης της ασθένειας. Σήμερα πλέον, αμφισβητείται το γεγονός ότι η διακοπή της διατροφής επιφέρει διάφορες ενδοκρινικές και νευροενδοκρινικές διαταραχές, και όχι το αντίστροφο.

Οι περιπτώσεις της διανοητικής ανορεξίας αυξάνονται . Αυτό επαληθεύεται σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, στις Ηνωμένες Πολιτείες και στον Καναδά, στην Ιαπωνία και στους λευκούς πληθυσμούς της Βόρειας Αφρικής. Για παράδειγμα, στη Σουηδία. η παθολογικότητα της διανοητικής ανορεξίας, που εκτιμάται σε 0,24 για εκατό χιλιάδες κατοίκους πριν το 1950, ανέρχεται σε 0,45 ανάμεσα στο 1950 και το 1960. Στη Νέα Υόρκη, έχει σχεδόν διπλασιαστεί ανάμεσα στο 1970 και το 1980, φτάνει 0,83 .

Περιγράφηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία το 1689 και έγινε θέμα συστηματικής μελέτης στα μέσα του περασμένου αιώνα στην Ευρώπη ως μια μορφή υστερίας . Όπως με την βουλμική υστερία , η διαταραχή αποδόθηκε σε κάποια ανωμαλία του κεντρικού νευρικού συστήματος, που εμφανίζεται να σε νεαρές γυναίκες . Το 1951, ο Γερμανός Χένι, πρότεινε τον όρο *ψυχογενή ανορεξία* , που επικράτησε στην Ευρώπη αλλά όχι στην Αμερική όπου αναφέρεται ακόμα ως ανορεξία *Νερβόζα* . Αργότερα τον όρο Νευρική Ανορεξία τον επιβεβαίωσε ο Gull στην Ευρώπη 1.2.4,

Α ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο απλός καθορισμός της Νευρικής Ανορεξίας είναι η νευρική απώλεια της όρεξης. Διάφοροι όροι που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι σύνδρομο λιμός-αμηνορροιών, εκλεκτικός ημι-λομός, εφηβική φορεία φάρους, μορφή διατροφικής διαταραχής, κ.τ.λ. Η ιστορία ποικίλλει από μια ήπια ασθένεια στους εφήβους έως μια ισόβια ή επίμονη διαταραχή.⁵ Η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από έντονη και σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος του ίδιου του ατόμου και από ανυποχώρητη επιδίωξη της λεπτότητάς του. Η βασική αυτή διαταραχή, που θα μπορούσε να γίνει κατανοητή ως «παράλογος φόβος του πάχους», οδηγεί το άτομο σε σκόπιμα αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό στην πρόσληψη τροφής και επιλογής των τροφών σε ποσότητα και ποιότητα, ώστε να οδηγείται σε απώλεια βάρους και απίσχνανση, η οποία προοδευτικά μπορεί να φθάσει σε κατάσταση λιμοκτονίας.

Η διαταραχή αυτή έχει αναγνωριστεί εδώ και πολλές δεκαετίες και έχει περιγράψει σε διάφορα πρόσωπα με μια εντυπωσιακή ομοιομορφία στην εμφάνισή της. Είναι πολύ περισσότερο συχνή στις γυναίκες παρά στους άνδρες και συνήθως η έναρξή της γίνεται στην εφηβεία. ⁵

1.1.1. Σημασία Διατροφικών Διαταραχών.

Διατροφικές διαταραχές ονομάζουμε τις οργανικές διαταραχές που οφίλονται σε κάποια διατροφική ανωμαλία. Οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές αναπτύσσονται ως εξωτερικά σημάδια συναισθηματικών και ψυχολογικών προβλημάτων

Σημαντική επίπτωση που συνεχώς αυξάνεται γίνονται ο τρόπος όπου τα άτομα αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην ζωή τους αλλά και το γενικότερο στυλ ζωής τους. Η υπερφαγία ή μη λήψη φαγητού χρησιμοποιείται να καταστείλει συναισθήματα και σκέψεις του πονούν. Χωρίς κατάλληλη βοήθεια και θεραπεία, οι διατροφικές διαταραχές πιθανόν να επιμείνουν σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου.

Οποιοσδήποτε μπορεί να αναπτύξει μια ψυχογενή διατροφική διαταραχή, άσχετα από τη ηλικία, το φύλο ή το εκπαιδευτικό του επίπεδο. Ωστόσο, νεαρές γυναίκες είναι περισσότερο ευπαθείς, ιδιαίτερα μεταξύ των ηλικιών 15-25 ετών. Πανεπιστημιακές έρευνες φανερώνουν πως τα γονίδια ενός ατόμου ίσως προδιαθέτουν το άτομο να αναπτύξει μια τέτοια διαταραχή που όταν ερεθιστούν από περιβαλλοντικούς παράγοντες -επίδραση από την στάση άλλων μελών της οικογένειας του προς το φαγητό- ευνοείται η ανάπτυξη τους. Επίσης σε καταστάσεις όπου υπάρχουν υψηλές ακαδημαϊκές προσδοκίες ή κοινωνικές πιέσεις, το άτομο μπορεί να εστιάσει σε θέματα γύρω από το φαγητό ως ένα τρόπο να διαχειριστεί τις αγχώδεις καταστάσεις. Τραυματικά γεγονότα μπορεί να προκαλέσουν νευρική βουλιμία ή ανορεξία όπως- διαδικασία πένθους, κακομεταχείριση ή κακοποίηση, δυσκολίες μέσα στην οικογένεια (διαζύγιο) ή ανησυχίες γύρω από τον σεξουαλικό προσανατολισμό του ατόμου.

Επίσης η σημαντικό είναι να επικεντρωθούμε στις επιπτώσεις οι οποίες είναι εξής:

- ☐ Σημαντική νοσηρότητα- οργανική και ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία του πάσχοντος.
- ☐ Σοβαρές επιπλοκές.
- ☐ Δύσκολη αντιμετώπιση, συχνές υποτροπές.
- ☐ Επιφυλακτική πρόγνωση, υψηλή θνητότητα. 6

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 ύπαρξη 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).1.16
- ☐ 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.
- ☞ Μιλιά συνεχώς για δίαιτες.
- ☞ Φορά φαρδιά ρούχα για να κρύβει το υποτιθέμενο βάρος του.
- ☞ Ζυγίζεται πολλές φορές την μέρα. 6,7

1.3 Προσδιαθεσικοί Παράγοντες

1.3.1. Ατομικοί (Βιολογικοί και Ψυχολογικοί)

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η προνοσηρά προσωπικότης των ανορεκτικών χαρακτηρίζεται από πυρηνική συναισθηματική αστάθεια και ιδιαίτερη γνωσιακή συγκρότηση (στερεότυπες παραμορφωτικέςπίστεις, λογικά σφάλματα, παθολογική αντίληψη της εικόνας του σώματος)^{7,8}. Στο ατομικό αναμνηστικό των ανορεκτικών καταγράφονται, ιστορικό ψυχολογικού τραύματος, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής κακοποίησης, μια ιδιοσυστασιακή φυσική ευαλωτότητα (η ευαλωσία) από την παιδική ηλικία (ιστορικό λοιμώξεων, σπασμών, χαμηλό βάρος γέννησης, γαστρεντερικές διαταραχές καθώς και μια

τάση για πρόωπη ωρίμανση (τάση για παχυσαρκία, υψηλό ανάστημα)^{9,10}. Ως προς τη γενετική προδιάθεση για νόσηση από ψυχογενή ανορεξία, οι ενδείξεις προέρχονται από μελέτες σε διδύμους όπου υπάρχει βαθμός συμφωνίας πάνω από 50% για τους μονοζυγωτικούς διδύμους και κάτω από 10% για τους διζυγωτικούς¹¹. Οι γενετιστές γνωρίζουν ότι όταν μια ασθένεια εμφανίζεται συχνότερα σε μερικές οικογένειες αυτό σημαίνει ότι ίσως έχει κληρονομική προέλευση.

Μελετώντας τους γνήσιους ή ομοζυγωτικούς διδύμους -οι οποίοι έχουν ακριβώς το ίδιο γενετικό υλικό, διαπίστωσαν ότι όταν ένας από τους δύο αρρωσταίνει, ο άλλος έχει περίπου 60% πιθανότητες να αρρωστήσει.^{8, 9,10}

1.3.2. Γενετικοί Παράγοντες

Το επόμενο βήμα ήταν η αναζήτηση του υπαίτιου γονιδίου. Όπως διευκρινίζει όμως ο Κέιλ, "δε φταίει ένα μόνο γονίδιο. Η μετάδοση της ασθένειας δεν ακολουθεί τους στοιχειώδεις νόμους της γενετικής όπως διατυπώθηκαν από τον Μέντελ. Εξάλλου σπάνια η δράση μεμονωμένων γονιδίων εξηγεί πλήρως τις σύνθετες παθολογικές καταστάσεις". Για την πιο σοβαρή μορφή ανορεξίας η προσοχή των ειδικών επικεντρώνεται στο χρωμόσωμα **1**. Τώρα γνωρίζουμε την ακριβή θέση στο γονιδίωμα -το σύνολο των γονιδίων που υπάρχουν στα χρωμοσώματά μας- πολλών γονιδίων που όταν δυσλειτουργούν αυξάνεται η πιθανότητα εκδήλωσης αυτής της πάθησης.

Στις πιο σοβαρές μορφές ανορεξίας οι ερευνητές εντόπισαν ένα γονίδιο που εμπλέκεται στη μεταφορά της νοραδρεναλίνης, ενός νευροδιαβιβαστή, ουσίας- "ταχυδρόμου" μηνυμάτων στο νευρικό σύστημα, που μεταφέρει σήματα στρες

ανάμεσα στους νευρώνες Η διατροφή είναι θεμελιώδης λειτουργία για την επιβίωσή μας και τα γονίδια που εμπλέκονται ή ρυθμίζουν το αίσθημα πείνας ή κορεσμού είναι πολυάριθμα. Πράγματι γέννιούνται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου μετά από ανταγωνιστικές αλληλεπιδράσεις ρυθμιστικών νευροπεπτιδίων με νευροδιαβιβαστές και ορμόνες που δημιουργούν, αυξάνουν ή καταστέλλουν την όρεξη. 11

Η πρώτη ουσία στην οποία οι ερευνητές επικέντρωσαν το ενδιαφέρον τους ήταν η σεροτονίνη, ένας ακόμα νευροδιαβιβαστής που μεταφέρει σήματα πείνας. 9'

Αν η σεροτονίνη ή η νοραδρεναλίνη παράγονται με ανισόρροπο τρόπο, τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων μοιάζουν μ' εκείνα όσων υποφέρουν από ανορεξία ή βουλιμία: είναι τελειομανείς, αυστηροί, απαισιόδοξοι, αγχώδεις και με μηδενική αυτοεκτίμηση. 12

Η Έβελιν Άττα, από το State Psychiatric Institute, εξηγεί ότι οι ανορεξικές γυναίκες σταματούν ενστικτωδώς να τρώνε για να περιορίσουν τα υψηλά επίπεδα σεροτονίνης. Παύοντας όμως να τρώνε, ο εγκέφαλός τους παράγει ακόμα περισσότερη σεροτονίνη. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος και η συμπεριφορά του ατόμου προσπαθεί ανεπιτυχώς να εξισορροπήσει τις βιοχημικές ανισορροπίες.

Αυτές οι έρευνες δείχνουν ότι μπορεί να υπάρχει κάποιος γενετικός παράγων που μπορεί να συνεισφέρει μέσω μιας ειδικής ευαλωτότητας, ή μπορεί να παρεμβαίνει έμμεσα μέσω μιας προδιάθεσης για παχυσαρκία ή για κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που επιφέρουν αυστηρή δίαιτα και πολύ πιθανόν επομένως, ψυχογενή ανορεξία. 9,10,13

Οι νευροενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές που ενοχοποιούνται είναι οι διαταραχές του άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης - γονάδων που είναι ,οι πλέον

σταθερές από τις ποικίλες ενδοκρινικές διαταραχές που σχετίζονται με την ψυχογενή ανορεξία

Οι διαταραχές που παρατηρούνται σε διάφορα συστήματα, στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι δευτεροπαθείς λόγω της ασιτίας .Παρ' όλα αυτά, η εγκατάλειψη της θεωρίας περί πρωτοπαθούς βιολογικής ευαλωτότητας για την ψυχογενή ανορεξία φαίνεται πρόωρη. Η αμηνόρροια αναπτύσσεται σε αρκετές ασθενείς πριν από την απώλεια σημαντικού βάρους καθώς και, ο μη συμβατός με την ηλικία τρόπος έκκρισης των γοναδοτροπινών επιμένει σε αρκετές ασθενείς παρ' ότι έχουν ανακτήσει το βάρος τους . Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι το σεροτονινεργικό σύστημα που εμπλέκεται στη ρύθμιση της πρόσληψης τροφής και της διάθεσης παρουσιάζει μια ιδιαίτερη διαταραχή στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία **14,15**

Ως προς τη συννοσηρότητα άλλων ψυχιατρικών διαταραχών αναφέρεται η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κατάθλιψης, προ της έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας, κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης αλλά και μετά την ύφεση, με δια βίου επικράτηση της Μείζονος Κατάθλιψης σε ποσοστό 68%. .Οι αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζονται συχνά με δια βίου επικράτηση 65%, η κοινωνική φοβία που είναι επίσης συχνή με δια βίου επικράτηση 34%, καθώς και η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, τόσο κατά την ενεργό φάση, όσο και μετά την αποκατάσταση του βάρους, με δια βίου επικράτηση 26%).**16**

Οι διαταραχές προσωπικότητας στους πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία, παρατηρούνται στο 23-80%, και οι μεν ασθενείς του **Αμιγούς ή Περιοριστικού**

Τύπου, παρουσιάζουν διαταραχές προσωπικότητας (Αποφευκτική, Εξαρτημένη, Ψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική, Παθητική - Επιθετική) με προεξάρχουσα την Αποφευκτική, (33%)οι δε ασθενείς που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία .

Βουλιμικού Τύπου παρουσιάζουν διαταραχές προσωπικότητας (Δραματική, Ναρκισσιστική, είναι Αντικοινωνική, Οριακή) με προεξάρχουσα την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (40%).

.Σχετικά με την φαινομενολογία της ΨΑ οι ανορεκτικές φαίνονται -από πρώτη ματιά και εκτίμηση, άτομα αποτελεσματικά, αποφασιστικά, γεμάτα σιγουριά.

Πιο προσεκτική προσέγγιση αποδεικνύει ότι είναι έντρομες με την ιδέα ότι, αυτό που κάνουν, δε θα είναι και αρκούτως καλό. Ανησυχούν για την επιτυχία και την επιδιώκουν, θέλουν να είναι άριστες σ' όλα όσα κάνουν.

Δυστυχώς , σύμφωνα με τη θεώρηση τους οποιοδήποτε και είναι το το γεγονός της ασυμπίεστης καθ' αυτή διακινείται και συντηρεί τη διαταραχή μέσω των βιολογικών και ψυχολογικών συνεπειών της.¹⁷

1.3.3. Οικογενειακοί Παράγοντες

Κάποιες από τις πλέον πρώιμες περιγραφές της ψυχογενούς ανορεξίας δίνουν έμφαση στον παθογενετικό ρόλο της οικογένειας. Οι μητέρες έχουν περιγραφεί ως κυριαρχικές, αδιάκριτες και αμφιθυμικές, ενώ οι πατέρες έχουν περιγραφεί ως παθητικοί και αναποτελεσματικοί.. Η διαταραχή, κάποιες φορές φαίνεται να υπηρετεί έναν ομοιοστατικό και σταθεροποιητικό ρόλο στην οικογένεια. Ειδικά πρότυπα συμπεριφοράς και αλληλοσυσχέτισης έχουν παρατηρηθεί στις οικογένειες αυτές, όπως παγιδευτική εμπλοκή, σύγχυση ρόλων, υπερπροστασία, ακαμψία, και αποφυγή επίλυσης των συγκρούσεων. ¹⁸

Η παθολογία της οικογένειας, μπορεί θαυμάσια να είναι αποτέλεσμα της διαταραχής, παρά αίτιο. Παρ' όλα αυτά, οι διαταραχές διατροφής έχουν μία οικογενειακή κατανομή ¹⁹. Μελέτες της δια βίου επίπτωσης διαταραχών διατροφής σε οικογένειες με ψυχογενή ανορεξία δείχνουν ότι οι γυναίκες πρώτου βαθμού συγγενείς των ασθενών - έχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχών διατροφής ²⁰

Παρ' ότι καταγράφονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά στις οικογένειες με ανορεκτικό μέλος, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι κάθε οικογένεια είναι διαφορετική και ότι κάθε οικογένεια, ακόμη και η πιο λειτουργική, έχει τα δικά της προβλήματα και περιόδους πολλών δυσκολιών. Αν και δεν είναι σωστό να θεωρούμε ένοχη την οικογένεια για την ψυχογενή ανορεξία ενός μέλους της, πολλοί συγγραφείς θεωρούν ότι κάποιοι παράγοντες που προέρχονται από την οικογένεια μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας.

«Όταν ήταν μικρή, ήταν ένα υπερβολικά ήσυχο παιδί, που δεν αντιμιλούσε, δεν έκανε φασαρία, που σπάνια θύμωνε, λιγότερο από τα αδέρφια της», λένε οι γονείς για το παιδί τους. Όταν θυμάται τα παιδικά του χρόνια, το ίδιο το παιδί, λέει ότι προσπαθούσε να κάνει, αυτό που οι άλλοι σκέπτονταν ότι ήθελε να κάνει. ²¹

Προσπαθούσε να είναι το «καλό» και το «χαρούμενο» παιδί. Έτσι προσπαθούσε να παρουσιάζεται, ανεξάρτητα αν αυτό ανταποκρινόταν στα πραγματικά του συναισθήματα.

Οι γονείς των ανορεκτικών περιγράφονται, ως εξαιρετικά απαιτητικοί από τα παιδιά τους. Έχουν μεγάλες προσδοκίες και θέλουν να είναι επιτυχημένα.

Παραβλέπουν όμως ότι οι μεγάλες προσδοκίες για να εκπληρωθούν, πρέπει να συνοδεύονται από επαρκή αγάπη και στήριξη για τα παιδιά ως άτομα.

Το ανορεκτικό παιδί δεν ξέρει, δεν έχει ακούσει και δεν έχει αισθανθεί ότι αγαπιέται ως άτομο, ως άνθρωπος .7,22

Νοιώθει ότι αποκτά αξία, μόνο μέσα από τα επιτεύγματα του αλλά δεν αισθάνεται την πραγματική και ουσιαστική φροντίδα των γονέων του. Κάποτε όλα αυτά κορυφώνονται και τότε το ανορεκτικό παιδί νοιώθει την ανάγκη να παρουσιάσει την πιο πειθαρχημένη πλευρά του εαυτού του: το ίδιο του το σώμα, γίνεται το σπουδαιότερο «επίτευγμα» του. 21

Άλλοι ερευνητές θεωρούν την ψυχογενή ανορεξία ως αποτέλεσμα συμβιβασμού μεταξύ ισχυρών αλλά αντίρροπων αναγκών τόσο για εξάρτηση όσο και για αυτονομία. Πολλοί ανορεκτικοί ανήκουν σε πολύ κλειστές οικογένειες, που επιδιώκουν να κρατούν τα παιδιά, ασφυκτικά κοντά τους .

Το παιδί που θα παρουσιάσει ψυχογενή ανορεξία, θέλει να χαράξει τη δική του πορεία και να αποδείξει ότι αξίζει έξω από την οικογένεια αλλά ταυτόχρονα νοιώθει απροετοίμαστο και ανέτοιμο για κάτι τέτοιο, γεγονός που το οδηγεί σε αναζήτηση προστασίας και φροντίδας πάλι από την οικογένεια. Ασυνείδητα, τη λύση αυτή του διλήμματος, αντιπροσωπεύουν τα συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας.

Με τον απόλυτο και άκαμπτο έλεγχο των αναγκών του σώματος, δίνει ένα σαφές μήνυμα ότι αυτό και μόνο είναι υπεύθυνο για τη ζωή του, ενώ ταυτόχρονα, ως άρρωστο παιδί, δηλαδή μέσω της αρρώστιας φανερώνει με έκδηλο τόπο τα αισθήματα της ένδειας και της εξάρτησης που νοιώθει . 7,22'

1.3.4. Κοινωνικό-πολιτιστικοί Παράγοντες

Η αναγνώριση ότι οι κοινωνικό-πολιτιστικές πιέσεις για δίαιτα στις γυναίκες συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας είναι μία εντελώς πρόσφατη διαπίστωση. Η δυσαρέσκεια για το σώμα, ενδημική στις νέες γυναίκες των δυτικών κοινωνιών επιφέρει αυστηρές περιοριστικού τύπου δίαιτες που αυξάνουν την

ευαλωτότητα για διαταραχές διατροφή Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται και στην Ελλάδα

Τα δεδομένα από την έρευνα της Θεσσαλονίκης²³ (26-02 1996), καθώς και αυτό που προέκυψε από την παρούσα έρευνα, δείχνουν ότι 25% των μαθητριών Λυκείου σε Ιωάννινα και Θεσσαλονίκη, έχουν παθολογικές τιμές στο ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής, EAT-26.^{24,25}

Μια έντονη ανησυχία περί την εξωτερική εμφάνιση φαίνεται να χρονολογείται πριν από την ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας. Η διαταραχή συμπεριφοράς διατροφής συσχετίζεται με την αφομοίωση μιας κουλτούρας πού εμπεριέχει την αξία της λεπτότητας ως συνείδηση.

Το στίγμα της παχυσαρκίας και οι δύσκολες θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της θεωρούνται ως παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχών διατροφής .

Υπάρχει ένδειξη ότι η ψυχογενής ανορεξία αυτή καθ' αυτή έχει αναπτύξει μία ιδιαίτερα θετική αποδοχή και ότι τα συμπτώματα της θεωρούνται από την κοινή γνώμη συνήθη, και καθόλου παθολογικά, γεγονός που σχετίζεται με την προεξάρχουσα και αυξανόμενη αξία που αποδίδεται στο λεπτό και αδύνατο σώμα των γυναικών, στις κοινωνίες των αναπτυγμένων χωρών.

Άλλοι κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες, όπως ο αμφιθυμικός και συγκρουσιακός ρόλος της γυναίκας στη σύγχρονη κοινωνία, η τελειοθηρία, η επίδραση των **M.M.E** στη διαμόρφωση της εικόνας του ιδανικού γυναικείου σώματος, η επιλογή του επαγγέλματος με έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση, εμπλέκονται επίσης στην παθογένεια των διαταραχών διατροφής.²⁶

1.3.5. Εκλυτικοί Παράγοντες

Όπως αναφέρθηκε ήδη, η περιοριστική διαίτα μπορεί να προκαλέσει ψυχογενή ανορεξία σ' αυτούς που έχουν ευαλωτότητα στα 25 χρόνια.

Η διαίτα υποκινείται είτε εξαιτίας του ότι μια έφηβοι αισθάνεται συνήθως «παχουλιά», είτε λόγω σχολίων από άλλους. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι ένα εκλυτικό αίτιο σε κάποιες περιπτώσεις . 8,26

1.4 Επιβαρυντικοί Παράγοντες (Παράγοντες που Συντηρούν και Διαιωνίζουν τη Διαταραχή)

Οι ψυχολογικές και φυσικές επιπτώσεις της ασιτίας έχουν σαφώς διακριβωθεί και από τα κλινικά ευρήματα αλλά και από πειραματικές συνθήκες.^{23,27,28} Είναι ενδιαφέρον για την κατανόηση της ψυχογενούς ανορεξίας να επισημανθεί ότι, πρώτον τα συμπτώματα που παλαιότερα θεωρούντο ότι αντανακλούν την πρωτοπαθή ψυχοπαθολογία, αναγνωρίζονται τώρα ως κοινά σε λιμοκτονούντες ασθενείς, ανεξάρτητος του αιτίου της ασιτίας και δεύτερον ότι η ασιτία αυτή κάθε αυτή οδηγεί σε δευτεροπαθή συμπτώματα που εν συνεχεία παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στη διαιώνιση της διαταραχής .²⁹ Έτσι, ενώ η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε διαίτα με σκοπό την ανάκτηση της αυτοεκτίμησης, η ασιτία προκαλεί περαιτέρω αποδιοργάνωση της διάθεσης. 30., 31, 32

Η ασιτία αυξάνει την υπερενασχόληση με τις τροφές καθιστώντας τον έλεγχο της πρόσληψης τους γαστρική κένωση και η μειωμένη γαστρική κινητικότητα ενισχύουν την αίσθηση πληρότητας του στομάχου και επομένως συμβάλλουν στην περαιτέρω μείωση της προσλαμβανόμενης τροφής .31

Υπάρχουν επίσης ψυχολογικοί, διαπροσωπικοί και πολιτιστικοί παράγοντες που συντηρούν τη διαταραχή. Τα συμπτώματα μπορεί να προκαλούν μέσω θετικής επανατροφοδότησης (feed-back) σταθεροποίηση στα οικογενειακά και ψυχολογικά συστήματα ή μπορεί να διασώζουν τις ισορροπίες εκτρέποντας την εστίαση μακριά από δυσάρεστες περιοχές.³²

1.5 Θεωρίες γύρω από τα αίτια.

1.5.1. Η ψυχαναλυτική θεωρία

Σύμφωνα με τη σύγχρονη ψυχαναλυτική θεωρία, η ψυχογενής ανορεξία εκφράζει κύριος ασυνείδητες ψυχικές συγκρούσεις κυρίως σε σχέση με την σεξουαλικότητα και ιδίως κατά την εγκυμοσύνη, η οποία στις πρώιμες φαντασιώσεις της παιδικής ηλικίας εμφανίζεται μέσα από το στόμα (στοματική σεξουαλικότητας). Αυτά τα συγκρουσιακά εκφράζονται μέσα από τα συμπτώματα της διαταραχής. Η ερωτική επιθυμία, καθώς αυτή της εγκυμοσύνης συνδέεται με την λήψη τροφής, κι έτσι το άτομο ασυνείδητα θεωρεί ότι η άρνηση της τροφής μπορεί να αναστείλει και οποιαδήποτε σεξουαλική ορμή.³³

Άλλοι ψυχαναλυτές θεωρούν ότι η διαταραχή αυτή είναι πιθανόν να εκφράζει ρήξεις στον ψυχικό δεσμό του ατόμου με την μητέρα. Το φαγητό συμβολίζει συνειδητά 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.^{31,33}

1.5.2. Θεωρία της Hild Brunche

Η θεωρία της προτείνει **Hild Brunche** μια νέα θεώρηση στην αιτιολογία της διαταραχής. Το άτομο υποφέρει από την αίσθηση ότι δεν μπορεί να ελέγξει το

περιβάλλον 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 την παιδική ηλικία.³⁴

1.5.3. 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», «δηλώνοντας 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.³⁴

1.6 Αιτιολογία

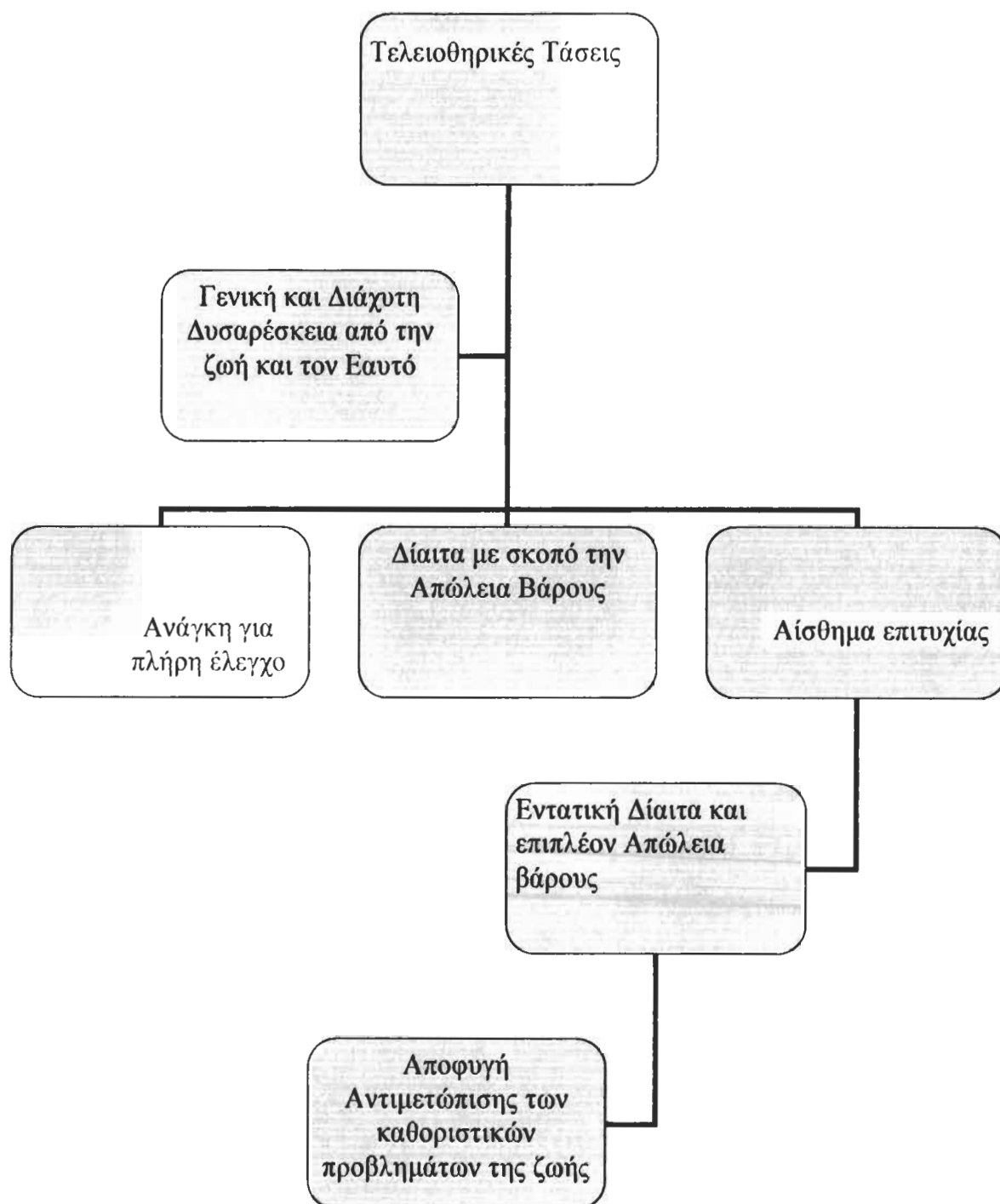
Η αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι πολυπαραγοντική *μοντέλο παθογένειας* και ο τρόπος εμφάνισης των συμπτωμάτων αναπαριστά έναν τελικό παθογενετικό δρόμο που είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης παραγόντων που ανήκουν σε 3 διαφορετικά επίπεδα και χαρακτηρίζονται ως **Προδιαθεσιακοί** (Ατομικοί, Οικογενειακοί, Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες), ως **Έκλυτικοι** (Δυσάρεσκα για το σχήμα και το βάρος του σώματος, Δίαιτα με σκοπό την

ενίσχυση του αυτοέλεγχου και της αυτοεκτίμησης) και ως Επιβαρυντικοί (Επιπλοκές της αστίας και άλλοι).³⁵ Από τους προδιαθεσικούς παράγοντες, ο ρόλος των Ατομικών (Βιολογικών και Ψυχολογικών) των Οικογενειακών και των Κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων, θεωρείται ότι κυμαίνεται στον ετερογενή πληθυσμό των ασθενών αυτών

Οι Εκλυτικοί παράγοντες της διαταραχής δεν έχουν κατανοηθεί σαφώς, εκτός της δίαιτας που είναι σταθερά, ένα πρώιμο γεγονός.³⁶ Ίσως η πλέον σημαντική πρόοδος τα τελευταία χρόνια γεγονός ότι η αστία αυτή καθ' αυτή διαιωνίζει και συντηρεί τη διαταραχή μέσω των βιολογικών και ψυχολογικών συνεπειών της,²⁹

Επιστημονικές μελέτες τονίζουν, ότι μεταξύ των σημαντικών παραγόντων που επιδρούν στην ψυχική υγεία του ατόμου είναι αυτοί που σχετίζονται με την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ ορισμένων προσώπων από το άμεσο περιβάλλον του. Αυτό έχει μεγάλη σπουδαιότητα στην παιδική ηλικία δηλαδή οι σχέσεις αυτές προσδιορίζουν την μετέπειτα ψυχική ισορροπία του ατόμου.³⁶

1.6.1 ΤΟ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ³⁷



1.7. Τύποι ψυχογενούς ανορεξίας

Διακρίνουμε δύο τύπους ψυχογενούς ανορεξίας.

1. Τύπος βουλιμίες /έμετοι η υπερφαγίας /καθαρτικός:

Συνήθως το άτομο ήταν υπέρβαρο πριν την έναρξη της αρρώστιας και το βάρος του παρουσιάζει διακυμάνσεις κατά την διάρκεια της ασθένειας .Τα άτομα αυτού του τύπου παρουσιάζουν ανεξέλεγκτες υπερφαγίες συνοδευόμενες από συμπεριφορές εξισορρόπησης για την πρόληψη αύξησης βάρους όπως πρόκληση εμετών, λήψη καθαρτικών και διουρητικών Ο τύπος αυτός είναι συχνός στους ανόρεκτους . Αφορά μέχρι και το 50% των περιστατικών.³⁸

2. «Περιοριστικός τύπος» : Δεν παρουσιάζει ούτε επεισόδια ανεξέλεγκτης υπερφαγίας, ούτε συμπεριφορές εξισορρόπησης για να προλάβει την αύξηση βάρους. Τα άτομα αυτού του τύπου έχουν επίμονη ενασχόληση με το φαγητό και βάρος τους , όπου η ιδέα του φαγητού τους απορροφά εξολοκλήρου και βρίσκονται διαρκώς σε μια πάλη ενάντια στις ορέξεις τους , τα άτομα περιορίζουν την επιλογή των τροφών τους , λαμβάνουν όσο το δυνατόν λιγότερες θερμίδες και χαρακτηρίζονται συχνά από ιδεοψυχαναγκαστικά φαινόμενα σχετικά με την τροφή και άλλα θέματα ³⁹

Εκτός από την τυπική οργάνωση της ψυχογενούς ανορεξίας υπάρχουν και άλλες μορφές ανορεξίας που εμφανίζονται σε άτομα με ποικίλες ψυχικές δομές και εκφράζουν άνιση βαρύτητα παλινδρόμησης .

Σ' αυτές η διατροφική οργάνωση εμφανίζεται ως : Αντιδραστική ανορεξία, Υστερική ανορεξία, Ιδεοψυχαναγκαστική

■ **Αντιδραστική ανορεξία** : Μετά από κάποιο πένθος ή αποτυχία . Εδώ η έλλειψη : είναι πρωτογενής , δεν πρόκειται για πάλη ενάντια της πείνας και εντάσσεται σε ένα πλαίσιο κατάθλιψης .Το άτομο μετά από κάποιο άσχημο συμβάν της ζωής του σαν πρώτη εκδήλωση παρουσιάζει ανορεξία καταθλιπτικού τύπου(δεν τρώει π.χ εξαιτίας της απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου.)Έχει αποδειχτεί ότι σε μερικές περιπτώσεις η κατάσταση μονιμοποιείται ,με αποτέλεσμα το άτομο να μην ελέγχει το πόσο ισχνό είναι.

■ **Υστερική ανορεξία** Η ασθενής επιδεικνύει την ισχύοτητα της και την ωραιοποιεί για να προσελκύσει το ενδιαφέρον του περιβάλλοντος της .Πιστεύει ότι μόνο με αυτό τον τρόπο μπορεί να ωραιοποιήσει τη κατάσταση της.

■ **Ιδεοψυχαναγκαστική:** Περιλαμβάνει τελετουργίες διατροφής , θερμιδικούς ελέγχους και η ασθενής είναι πολύ δυσπρόσιτη στην ανάμιξη άλλων ατόμων και στη θεραπευτική σχέση. Στη περίπτωση αυτή το άτομο υπέρ ενασχολήτε με τη διαδικασία του φαγητού τρώει συγκεκριμένες ποσότητες κόβοντας αυτές σε μικρά κομμάτια ώστε να αποφύγει την υπερβολική κατανάλωση φαγητού .Συνήθως η διαδικασία αυτή διαρκεί 30min .39,40



ΚΕΦΑΛΑΙΟ II
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 Επιδημιολογία

2.1.1. Γενικά επιδημιολογικά στοιχεία

Τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει μια αλματώδη αύξηση των διαταραχών διατροφής. Το ποσοστό της νευρικής ανορεξίας κυμαίνεται από 0,4 σε 0,7% και κυρίως εκδηλώνεται σε γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών. ⁴¹ Ένα επίσης ανησυχητικό εύρημα είναι πως έχουν αρχίσει να αναφέρονται αυξανόμενα περιστατικά νευρικής ανορεξίας σε ηλικίες 8-13 ετών, γεγονός που ήδη είχε καταγραφεί από το 1992 από τους ερευνητές Lask και Bryant-Waugh.

Το 70% των κανονικών γυναικών φυσιολογικού βάρους θέλουν να είναι λεπτότερα, ενώ 23% των Ανόρεκτων 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 25χρόνια. ⁴²

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 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 Ψυχανάλυση. 39,44

2.1.2 Επιδημιολογική Μελέτη

Υλικό και Μέθοδος: 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 νοσηλεύτηκαν στην Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική Πατρών, και οι μητέρες τους.

Ερευνήθηκαν ψυχοπιεστικοί παράγοντες στο παρελθόν και την παρούσα φάση. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία και προβλήματα σωματικής υγείας των ασθενών.⁴¹ Εστία προσοχής αποτέλεσαν η συννοσηρότητα, η θεραπευτική αγωγή, το επίπεδο λειτουργικότητας και η πορεία των ασθενών. Ασθενείς και μητέρες συγκρίθηκαν με μάρτυρες από το γενικό πληθυσμό στους οποίους έγινε πλήρης ψυχιατρική εκτίμηση.

Αποτελέσματα: Οι μητέρες των ασθενών παρουσίασαν σε ποσοστό 72% ψυχιατρική διαταραχή (καταθλιπτική / δυσθυμική 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. Έτσι παρατηρήθηκε ότι όλοι οι ασθενείς με μητέρες μη ασθενείς ψυχιατρικά είχαν λειτουργικότητα καλή κατά την εκτίμηση τους ($GAF \geq 50$), ενώ 43% των ασθενών με μητέρες ψυχικά πάσχουσες είχαν χαμηλή ($GAF \leq 50$). Επιπρόσθετα όλοι οι ασθενείς της πρώτης ομάδας απέκτησαν πολύ καλό επίπεδο λειτουργικότητας ένα έτος μετά ($GAF \geq 70$), ενώ μερικοί ασθενείς της δεύτερης ομάδας (12%) παρουσίασαν πτωχή πρόοδο.

Οι ασθενείς με μητέρες με ψυχιατρική διαταραχή φαίνεται ακόμα ότι παρουσιάζουν συχνότερα εναντιωματική προκλητική διαταραχή, ιδιαίτερα όταν η μητέρα τους πάσχει από διαταραχή της διάθεσης.

Σημαντική διαφορά και ως προς τον τύπο καταδεικνύεται από την παρατήρηση ότι ασθενής με μητέρες με ψυχιατρική διαταραχή παρουσιάζουν συχνότερα τον

καθαρτικό τύπο της νόσου (54%) έναντι 20% των ασθενών με μητέρες χωρίς ψυχιατρική διαταραχή. 77% των ασθενών αντιμετώπισαν έντονο στρες σε αντίθεση με 13,8% των μαρτύρων.

Στους ασθενείς με επιβάρυνση από την οικογένεια ή συννοσηρότητα, ο μέσος όρος ημερών νοσηλείας και η βαρύτητα βρέθηκαν υψηλά ενώ η ανταπόκριση στη θεραπεία και η λειτουργικότητα χαμηλά. Τέλος απαιτήθηκε εντατικότερη θεραπεία και η έκβαση ήταν πτωχότερη. 46

2.2 Επιδημιολογική έρευνα Κύπρου

Αποτελέσματα έρευνας με θέμα τις Διαταραχές Διατροφικής

Συμπεριφοράς με επικέντρωση στην Νευρογενή Ανορεξία και Βουλιμία σε παιδιά και έφηβους 10-18 χρονών στην Κύπρο. Επιδημιολογική μελέτη για τις διαταραχές στην διατροφική συμπεριφορά των παιδιών 10-18 χρονών με επίκεντρο στην Νευρογενή Ανορεξία και Βουλιμία.

Το πρωτόκολλο εφαρμόστηκε με τη συνεργασία του καθηγητή του πανεπιστημίου Κρήτης κυρίου Καφάτου Αντώνη.

Η μελέτη αυτή χρηματοδοτείται και από το Ι.Π.Ε. Τα Υπουργεία Παιδείας - Πολιτισμού και Υγείας μαζί με τον Πανκύπριο ιατρικό σύλλογο (ΠΙΣ) και την Παιδιατρική Εταιρεία Κύπρου (ΠΕΚ) είναι οι τελικοί χρήστες των αποτελεσμάτων της έρευνας. Με την διάσκεψη αυτή θέλουμε να σας ενημερώσουμε για τα αποτελέσματα του ερευνητικού αυτού έργου.

Έγινε η συλλογή του αρχικού δείγματος που περιλάμβανε 1900 παιδιά και εφήβους (αγόρια 47,6%, κορίτσια 52,4%) σε ολόκληρη την Κύπρο. Το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού αυτών των ηλικιών. Τα παιδιά και οι έφηβοι συμπλήρωναν ειδικά ερωτηματολόγια (EAT-26 και EDI-2) και μετά γίνονταν

σωματομετρήσεις (μέτρηση βάρους και ύψους σώματος και υπολογισμός του BMI = Βάρος/Υψος²).

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα κυπρίοπουλα έχουν υιοθετήσει τα δυτικά πρότυπα καθώς και τις συνέπειες που αυτές οι αλλαγές συνεπάγονται.⁴⁰

Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων του Eating Disorders Inventory -2 (EDI-2) του Dr Garner φαίνεται ότι:

Το 42% των κοριτσιών δεν είναι ικανοποιημένα με το σωματικό τους βάρος (drive for thinness) και θέλουν να χάσουν κιλά. Στα αγόρια το ποσοστό είναι 18%.

Επίσης ποσοστό 41% των κοριτσιών δηλώνουν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι με κάποιο μέρος του σώματος τους (body dissatisfaction), κυρίως την κοιλία τους, την περιφέρειά τους ή το μέγεθος και σχήμα των ποδιών τους. Στα αγόρια το αντίστοιχο ποσοστό είναι 18%

Πολύ ψηλά είναι τα ποσοστά των παιδιών τα οποία εκδηλώνουν προβλήματα και φοβίες που προκαλεί το πέρασμα από την παιδική στην εφηβική ηλικία (maturity fears) και (interpersonal distrust). Αυτό δείχνει την δυσκολία των νέων να ανταποκριθούν στις αυξημένες απαιτήσεις της εφηβείας.

Τα ποσοστά είναι 84% και 48% στα αγόρια και 80% και 45% στα κορίτσια αντίστοιχα.

Η τελειομανής συμπεριφορά (Perfectionism) είναι συχνή και στα δύο φύλα 68% στα αγόρια και 62% στα κορίτσια και είναι ενδεικτικό των πολύ υψηλών στόχων που βάζουν οι μαθητές. Αυτό τους προκαλεί έντονη πίεση και άγχος.^{41,}

2.3 Ερευνητική μελέτη (β)

Μια μελέτη 1000 εφήβων έδειξε ότι περίπου οι μισές θεωρούσαν τον εαυτό τους παχύσαρκο, αν και οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις έδειξαν ότι μόνο το 25% ήταν παχύσαρκες.

Λόγω αυτής της συνεχούς ενασχόλησης με το σχήμα του σώματός τους, φαίνεται ότι τουλάχιστο το 1/3 των εφήβων κάνουν δίαιτα και πολλές φορές έχουν περιστασιακές κρίσεις βουλιμίας, ενώ περίπου μια γυναίκα στις 10 προκαλεί περιοδικά εμετό για να ελέγξει το βάρος της και ένας μικρότερος αριθμός κάνει χρήση καθαρτικών για τον ίδιο σκοπό.

Η έναρξη των φαινομένων ψυχογενούς ανορεξίας παρουσιάζεται συνήθως στις ηλικίες μεταξύ 10 και 30 ετών. Μετά την ηλικία των 13 ετών, η εμφάνιση της διαταραχής πληθαίνει απότομα, με μεγαλύτερη συχνότητα στις ηλικίες 17 και 18 ετών. Στο 85% περίπου όλων των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία η ηλικία έναρξης της νόσου κυμαίνεται μεταξύ 13 και 20 ετών, ενώ οι γυναίκες προσβάλλονται 15 φορές συχνότερα από τους άντρες .

Οι διαταραχές αυτές πλήττουν κατά πλειοψηφία τις γυναίκες (σε ποσοστό που ξεπερνάει το 90%), χωρίς όμως να εξαιρούνται και οι περιπτώσεις στον ανδρικό πληθυσμό.

Η νευρική ανορεξία εκτιμάται ότι πλήττει το 0,5 - 3,7% των γυναικών, σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Πρόκειται για νόσο η οποία έχει πλέον λάβει εκρηκτικές διαστάσεις στις πλούσιες και αναπτυγμένες χώρες. Η συχνότητα της νόσου κυμαίνεται από 1% έως 5% των εφήβων γυναικών.

Πρόκειται για γυναίκες στο 95% των περιπτώσεων, συνήθως ηλικίας 15-25ετων.

Η ψυχογενής ανορεξία μπορεί να προκαλέσει τις σοβαρότερες διαταραχές και να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο , είτε εξαιτίας της υπερβολικής νηστείας είτε



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ
ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 Διαταραχές στο Βιοσύστημα του Ανθρώπου

Το κεντρικό σύμπτωμα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η ακατανίκητη τάση για απίσχναση μέσω προκλητής ασιτίας και ο έντονος φόβος ότι το άτομο θα γίνει παχύ, ακόμη κι όταν είναι κάτισχνο ^{9,10,1,48}

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από εκσεσημασμένη απώλεια βάρους που προκαλείται και διατηρείται συνειδητά από τον ίδιο τον πάσχοντα. Η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται μέσω πολλών τεχνικών όπως με τη δίαιτα, την αποφυγή «παχυντικών» τροφών, τους προκλητούς εμετούς μετά το γεύμα, τη χρήση καθαρτικών, την υπερβολική και εντατική γυμναστική, τη χρήση διουρητικών φαρμάκων καθώς και την χρήση κατασταλτικών της όρεξης (ανορεξιογόνων).

Κατά τον Οπερ η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί τρόπο αντιμετώπισης της ζωής δια της αποφυγής της ανάπτυξης και όχι (-μέσω της ασιτίας-)της πορείας προς τον θάνατο. Συμβολίζει τη λύση που υιοθετεί το υποκείμενο για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που συναντά και οι οποίες φαίνονται δισεπίλυτες. Αναπαριστά την έκφραση των συγκρούσεων ως προς την εξάρτηση, την αυτονομία και τον έλεγχο. Οι ορεκτικοί τρομοκρατούνται με την ιδέα ότι θα χάσουν τον έλεγχο, εξ αυτού δε του φόβου, το φαγητό και η απώλεια βάρους εκλαμβάνουν πολύ μεγάλη σημασία. . Αυτό δείχνει, ότι υπάρχει μια περιοχή της ζωής τους, την οποία νοιώθουν ικανοί να την ελέγχουν, έτσι ώστε με την επιτυχία τους να χάνουν βάρος, συγκαλύπτουν το βαθιά ριζωμένο φόβο τους για την αποτυχία .⁴⁹

Η στάση ζωής των ανορεκτικών περιλαμβάνει έλλειψη αυτοεκτίμησης σε συνδυασμό με υψηλές προσδοκίες και τελειοθηρία.

Η ψυχογενής ανορεξία σε καμιά περίπτωση δεν αποτελεί μια ηλίθια εμμονή για αδυνάτισμα ή μια πλανημένη προσπάθεια για λεπτότητα και ομορφιά, αλλά αποτελεί μια απεγνωσμένη προσπάθεια του ατόμου για ψυχολογική επιβίωση.^{49,50}

3.2 Κλινικά σημεία ενός ανόρεκτου ατόμου.

1. Απώλεια βάρους
2. Αμηνόρροια
3. Υπερδραστηριότητα
4. Διαταραχή συμπεριφοράς (απομόνωση, ευερεθιστότητα, διαταραχές ύπνου)^{49,51}

3.2.1. Φυσική Εξέταση

- ❖ Απίσχυση , αφυδάτωση
- ❖ Απώλεια τριχών κεφαλής και εφηβαίου³. Δέρμα : ξηρότητα, «βρώμικη» όψη, χνούδι προσώπου, ώμων, ράχης, τρίχωση στέρνου, κοιλιακής χώρας,
- ❖ Υποθερμία (θερμοκρασία ορθού 36.20 C)
- ❖ Βραδυκαρδία (60 παλμοί / λεπτό), υπόταση < 80/50 mmHg
- ❖ Οιδήματα κάτω άκρων.
- ❖ . Σημεία οιστρογονικής ανεπάρκειας (ξηρότητα κόλλπου, υποπλαστική μήτρα, οστεοπενία-οστεοπόρωση).

3.3. Εργαστηριακά ευρήματα

Βιοχημικά :

- Φυσιολογικές τιμές σε πρώιμα στάδια
- Αυξημένη τιμή ουρίας πλάσματος
- Αυξημένη τιμή χοληστερόλης
- Αυξημένες τιμές τρανσαμινασών
- Χαμηλές τιμές ψευδαργύρου
- Υποφωσφαταιμία (όψιμο και δυσμενές εύρημα) 49,51

Ενδοκρινολογικά :

- Χαμηλές (προεφηβικές τιμές) γοναδοτροπινών .
- Χαμηλές τιμές των ορμονών του φύλου (οιστρογόνων, ανδρογόνων).
- Υπερκορτιζολαιμία.
- Ελάττωση της θυρεοειδικής λειτουργίας (T3, T4) 49,51

Αιματολογικά :

- Λευκοπενία, θρομβοκυτοπενία.
- Πολύ χαμηλή ΤΚΕ (< 10mm/h) .49,47,54

Μεταβολικά:

Μεταβολική αλκάλωση

- υποκαλιαίμια,
- υποχλωραιμία,
- αύξηση αμυλάσης ορού,
- υπογλυκαιμία, μείωση Ζη πλάσματος,-

υπερχοληστεριναιμία, και φυσιολογικά επίπεδα πρωτεϊνών και αλβουμίνης
πλάσματος . 49,50, .54

Ορμόνες:

- αύξηση αυξητικής ορμόνη.
- αύξηση της T3,
- αύξηση κορτιζόλης,
- μείωση γοναδοτροπινών,

μείωση τεστοστερόνης , ανωμαλίες στην έκκριση της ινσουλίνης, ^{49.54}

Ουρα:

- Σημεία αφυδάτωσης,
- μείωση ρυθμού σπειραματικής διήθησης, 49.54

Η.Κ.Γ. :

- Βραδυκαρδία,
- αρρυθμίες,
- παράταση Ο-Τ διαστήματος,
- πτώση του 3Τ διαστήματος, επιπέδωση ή αντιστροφή των Τ-κυμάτων, II κύμα. ^{.54}

Όψιμα: -

Λευκοπενία.

- Θρομβοπενία.
- Αναιμία. 47,49,54

3.4. Διαταραχές ανά Σύστημα

3.4.1. Κεντρικό νευρικό σύστημα

Εργαστηριακά ευρήματα: Στο CT ανιχνεύεται διεύρυνση κοιλιών , ΜΚΙ εγκεφάλου μειωμένη λευκή και φαιά ουσία..

Συμπτώματα: Το Κ.Ν.Σ. απάθεια - φτωχή συγκέντρωση.

3.4.2. Καρδιαγγειακό σύστημα και σύστημα περιφερικών αγγείων

Συμπτώματα: Ασθενής παρουσιάζει μειωμένο αίσθημα παλμών, αδυναμία, ζάλη, δύσπνοια, θωρακικό πόνο, ψυχρότητα στα άκρα.

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

Εργαστηριακά ευρήματα: Στο ΗΚΓ μπορούν να εμφανιστούν απειλητικές για τη ζωή αρρυθμίες, βραδυκαρδίες, παράταση P-T διαστήματος 54

3.4.3. Σκελετικό σύστημα

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

Σημεία: Οριακή ευαισθησία, κοντό ανάστημα, διακοπή σκελετικής ανάπτυξης..

Εργαστηριακά ευρήματα : Τα οστά έχουν πλέον μειωμένο ασβέστιο, μειωμένο φώσφορο και μαγνήσιο¹, 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 BBO₃₆. επίσης οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν βλάβες

και στα δόντια (διάβρωση αδαμαντίνης ιδιαίτερα των κοπτήρων που έχει σαν αποτέλεσμα την τερηδόνα) εξαιτίας του συχνού όξινου περιεχομένου στο στόμα εξαιτίας των εμετών.

3.4.4. Μυϊκό σύστημα:

Συμπτώματα: Ο ασθενής νιώθει αδυναμία και μυϊκούς πόνους.

Σημεία: Η μυϊκή μάζα ελαττώνεται , μυϊκή ατροφία.

Εργαστηριακά ευρήματα: Παρουσιάζονται σε σοβαρό υποσιτισμό ενζυμικές ανωμαλίες στους μύες .45,46,47

3.4.5. Αναπαραγωγικό σύστημα:

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

Σημεία: Η μη ανάπτυξη δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου, προβλήματα γονιμότητας, υψηλή αναλογία επιπλοκών εγκυμοσύνης η περιγεννητικής περιόδου.

Εργαστηριακά ευρήματα: Υποοιστρογονιαμία, προεφηβικά πρότυπα έκκρισης 45,46,47

3. 4. 6. Ενδοκρινικό — Μεταβολικό σύστημα:

Συμπτώματα: Η ασθενής έχει έντονο το αίσθημα κόπωσης, ευαισθησία στο κρύο, διούρηση, εμετούς.4,38

Σημεία : με αποτέλεσμα την χαμηλή θερμοκρασία του σώματος\υποθερμία

Εργαστηριακά ευρήματα: Ηλεκτρολυτικές διαταραχές, υποσφωσφαταιμία, υπογλυκαιμία,

Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης, αυξημένη καροτίνη, ανεπάρκεια πρωτεϊνών, χαμηλά επίπεδα θυροξίνης και θυραειδομόνης, αυξημένη έκκριση κορτιζόλης.·39,50,52

3.4.7. Αιματολογικές επιπλοκές:

Συμπτώματα: Αίσθημα κόπωσης, ευαισθησία στο κρύο.

Σημεία: Σπάνια μώλωπες, ανωμαλίες πήξης.

Εργαστηριακά ευρήματα: αναιμία, λευκοπενία με σχετική λευκοκυτάρωση, θρομβοπενία, χαμηλή ΤΚΕ .39,50,52

3.4.8 Γαστρεντερολογικό σύστημα

Συμπτώματα: Έμετοι, κοιλιακοί πόνοι, τυμπανισμό, δυσκοιλιότητα

Σημεία: παρατηρείτε να έχει ανώμαλους εντερικούς ήχους, κοιλιακή διάταση με τα γεύματα.

Εργαστηριακά ευρήματα : στερημένες γαστρικές κενώσεις, μη καλή λειτουργία του ήπατος. Κίνδυνος το άτομο που πάσχει από διατροφικές διαταραχές να προσβληθεί από παγκρεατίτιδα, ηπατίτιδα, και έλκη. 45,46,47

3.4.9. Ουροποιητικό σύστημα:

Συμπτώματα: Η ασθενής πάσχει από αφυδάτωση

Σημεία: Οίδημα που αφήνει εντύπομα

Εργαστηριακά ευρήματα : Θυσιάζονται διαταραχές στην έκκριση της αντιδιουρητικής ορμόνης, νεφροπάθειες, στάσεως και πέτρες στα νεφρά, 48

3.4.10. Δέρμα :

Είναι ξηρό και έχει κιτρινωπή χροιά, λόγω μειωμένης καροτίνης .

Τα μαλλιά της ασθενούς γίνονται τραχιά ενώ ταυτόχρονα έχει και τριχόπτωση. Στο δέρμα αναπτύσσεται το λεγόμενο LAGUNO 45,46,47 (Χνούδι το οποίο μοιάζει με το νεογνικό).

3.5. Σοβαρές Διαταραχές που απειλούν τη ζωή

Βουλιμικός τύπος :

A. Πρόκληση εμέτων

- Υποογκαιμία.
- Υπονατρίαμια, υποκαλιαιμία⁴⁸
- Υποχλωραιμική μεταβολική αλκάλωση.
- Κατάχρηση ιπεκακουάνας – μυοκαρδιοπάθεια .39, 50,52,53

B. Κατάχρηση καθαρτικών

- Υποογκαιμία
- Μεταβολική οξέωση
- Υποκαλιαιμία (< 15 mEq/Lit σε τυχαίο δείγμα ούρων) 39, 50,52,53

Γ . Κατάχρηση διουρητικών

- Υπερχλωραιμική οξέωση.
- Υπονατρίαμια, υποκαλιαιμία (> 30 mEq/Lit σε τυχαίο δείγμα ούρων). 39,50,52,53

Δ. Περιοριστικός τύπος :

- Υποογκαιμικό shock.
- Καρδιακή αρρυθμία.39. 50,52,53
- Μεταβολική οξέωση, μεταβολική αλκάλωση.
- Σοβαρή υπερνατρίαμια . 50,52,53

3.6. Κλινικά Χαρακτηριστικά Συμπεριφοράς

Στην προσπάθεια τους να αποκτήσουν μια αδύνατη σιλουέτα αρχίζουν να υιοθετούν παθολογικές μορφές συμπεριφοράς :

- Αποκτούν έμμονες ιδέες σε σχέση με το φαγητό και την διατροφή. Οι ιδέες τους βασανίζουν τόσο πολύ που δεν μπορούν να σκεφτούν και να ασχοληθούν με τίποτα άλλο.
- Συνέχεια μετρούν τις θερμίδες που καταναλώνουν, υπολογίζουν τι έχουν φάει και το ζύγισμα αποκτά για αυτές μεγάλη σημασία .
- βλέπουν την τροφή ως ρύπανση του εσωτερικού του σώματος και αποφεύγουν τρφές που θεωρούν παχυντικές , προτιμάνε να φάνε χωρίς περιττά στοιχεία όπως ποσότητες γαλακτοκομικών, φρούτα, λαχανικά, άπαχο κρέας .
- φυσιολογικά γεύματα για αυτές είναι απαγορευμένα και αρνούνται να φάνε με τις οικογένειες τους σε δημόσιους χώρους .

➤ Άλλες φορές εκτός από την αυστηρή διαίτα ή νηστεία , ακολουθούν και άλλα στοιχεία ελέγχου βάρους , όπως εντατική γυμναστική, λήψη διουρητικών ή καθαρτικών , πρόκληση εμετού 54

Το ιδανικό σώμα για αυτές είναι το χωρίς υπόσταση, χωρίς όγκο, χωρίς λίπος .

Οι γυναικείες καμπύλες , στήθος , γοφοί γίνονται αντικείμενο απέχθειας σεξουαλικότητα απορρίπτεται στο σύνολο της .

- Στην εφηβεία, εμφανίζουν καθυστέρηση της σεξουαλικής ανάπτυξης και στην ενήλικη ζωή μειώνεται το ενδιαφέρον για το σεξ .

- Το πάθος τους για συλλογή συνταγών είναι μεγάλο και η παρασκευή περίπλοκων γευμάτων για άλλους είναι πολύ συχνή.
- Έχουν επεισόδια υπερφαγίας . Αυτά τα επεισόδια λαμβάνουν χώρα κρυφά και συνήθως την νύχτα . Προκλητοί εμετοί συχνά ακολουθούν τα επεισόδια υπερφαγίας .
- Κρύβουν παντού στο σπίτι φαγώσιμα και κουβαλάνε πολλές καραμέλες στις και τσέπες στις τσάντες τους .Ενώ τρώνε προσπαθούν να βάλουν το φαγητό στις πετσέτες τους ή να το ν στην τσέπη τους.
- Τεμαχίζουν το κρέας τους σε μικρά κομμάτια και διαθέτουν πολύ χρόνο τακτοποιώντας τα κομμάτια του φαγητού τους στο πιάτο τους . Εάν τους ρωτήσεις για αυτή η περίεργη συμπεριφορά , οι άρρωστοι συχνά απορρίπτουν ότι είναι ή αρνούνται κατηγορηματικά να το συζητήσουν
- Οι συχνές οι ψυχαναγκαστικές κλοπές , συνήθως καραμελών και άλλων, αλλά σποραδικά ρούχων και άλλων αντικειμένων. .
- Να τονίσουμε ότι τα περισσότερα άτομα που πάσχουν , αρνούνται τα συμπτώματα της ασθένειας και ο φόβος να παχύνουν συμβάλλει στο να παύουν να ενδιαφέρονται και να αντιστέκονται στην θεραπεία τους .55

3.7. Συμπτώματα από την έλλειψη βασικών διατροφικών

στοιχείων

Τι γίνεται λοιπόν στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν ελλείψεις και ποια τα συμπτώματα.

Υδατάνθρακες : συνιστούμε όπως το 55-60% της ημερήσιας ενέργειας, προέρχεται από υδατάνθρακες. Οι υδατάνθρακες για τον οργανισμό είναι πηγή ενέργειας, άρα η έλλειψη τους, μπορεί να επηρεάσει τις καθημερινές μας δραστηριότητες, την αντοχή μας, την επίδοση μας στον αθλητισμό ή την απλή άσκηση, αλλά το σημαντικότερο είναι ότι ο εγκέφαλος κυρίως τρέφεται με υδατάνθρακες, και η έλλειψη τους μπορεί να γίνει αισθητή με την αρχή ενός πονοκεφάλου. Η μακροχρόνια έλλειψη σε υδατάνθρακες, προκαλεί την δημιουργία κάποιων ουσιών στον οργανισμό, τις λεγόμενες κετόνες, οι οποίες είναι πολύ βλαβερές για τα νεφρά αλλά και γενικά στον οργανισμό .

Πρωτεΐνες : συνιστούμε όπως το 10-15% της ημερήσιας ενέργειας να προέρχεται από πρωτεΐνες.

Οι πρωτεΐνες για τον οργανισμό συμβάλουν στη δημιουργία, στη διόρθωση αλλά και διατήρηση των κυττάρων. Σημαντικό στοιχείο για το κτίσιμο μυϊκής μάζας.

Δρουν επίσης ως μεταφορικό μέσο πολλών βιταμινών στα διάφορα μέρη του σώματος, βοηθούν στην ισορροπία υγρών στο σώμα, στη παραγωγή ενζύμων όπως επίσης χρησιμοποιούνται ως πηγή ενέργειας όταν υπάρχει έλλειψη από υδατάνθρακες. Η έλλειψη σε πρωτεΐνες προκαλεί την αποδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος με αποτέλεσμα να γινόμαστε πιο επιρρεπείς στις διάφορες μολύνσεις τις οποίες ο οργανισμός μας δεν μπορεί να καταπολεμήσει.

Λίπος : συνιστούμε όπως το 30% της ημερήσιας διατροφής να προέρχεται από λίπος. Το λίπος είναι η **αποθηκευόμενη πηγή ενέργειας** στον οργανισμό, προστατεύει όλα μας τα όργανα, και μας βοηθά στη **διατήρηση της θερμοκρασίας** ιδιαίτερα τους χειμερινούς μήνες. Γύρω στο 15-18% του ανδρικού σώματος και γύρω στο 18-24% του γυναικείου σώματος αποτελείται από λίπος.

Εκτός από τις πολλές του λειτουργίες, το λίπος *είναι το μέσο όπου διακινούνται οι λιποδιαλυτές βιταμίνες*, άρα μια επίπτωση στην έλλειψη λίπους στον οργανισμό επηρεάζει και αυτές. Στις γυναίκες η μείωση του σωματικού λίπους κάτω από τα επιτρεπτά όρια επηρεάζει την παραγωγή ορμονών κυρίως οιστρογόνων με αποτέλεσμα τη διαταραχή ή και την διακοπή του κύκλου της εμμηνόρρησης.

Νερό : Το νερό είναι ίσως το πιο σημαντικό στοιχείο του ανθρώπινου οργανισμού. *Το 55-70%* του σώματος αποτελείται από νερό και σχεδόν όλες οι λειτουργίες που γίνονται στον οργανισμό μας χρειάζονται νερό. Σχετικά με την έλλειψη σε νερό να αναφέρουμε μόνο ότι μπορούμε να επιβιώσουμε εβδομάδες ή και μήνες χωρίς φαγητό αλλά μόνο λίγες μέρες χωρίς νερό.

Βιταμίνη A: Η έλλειψη αυτής της βιταμίνης προκαλεί δυσκολία στη *όραση το βράδυ, ξηροδερμία, προβλήματα* στην αναπαραγωγή και σε μεγάλο βαθμό έλλειψης, τότε υπάρχουν και προβλήματα ανάπτυξης.

Βιταμίνη B1: Η έλλειψη αυτής της βιταμίνης, κυρίως συμβαίνει στον χρόνιο αλκοολισμό, και τα συμπτώματα συμπεριλαμβάνουν το *αίσθημα της κούρασης, αδυνατισμένη μυϊκή μάζα και προβλήματα στο νευρικό σύστημα*

Βιταμίνη B2: Η έλλειψη της μπορεί να προκαλέσει *προβλήματα* στην *όραση*, συμπεριλαμβανόμενου και του *καταρράκτη, ξηροδερμία*, και πρήξιμο αλλά και κοκκίνισμα της γλώσσας.

Βιταμίνη B6: Η έλλειψη της μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη, αναγούλα και ξηροδερμία. Στα βρέφη μπορεί να προκαλέσει νοητικές διαταραχές.

Βιταμίνη B12: Η έλλειψη της μπορεί να προκαλέσει αναιμία, κόπωση και βλάβες του νευρικού συστήματος που μπορεί να είναι και ανεπανόρθωτες.

Βιοτίνη : Η έλλειψη, αν και σπάνια, μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στη καρδιά, ανορεξία, κατάθλιψη, αδυναμία και ξηροδερμία. Αν και σπάνια, η έλλειψη μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην καρδιά, ανορεξία, κούραση και κατάθλιψη.

Νιασίνη : Η έλλειψη της μπορεί να προκαλέσει πελάγρα , διάρροια, νοητικές διαταραχές και δερματικά προβλήματα

Φολικό οξύ : Η έλλειψη μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στη σύνθεση των κυττάρων, με προβλήματα ανάπτυξης, και αναιμία. Σημαντικότερη βιταμίνη για τις εγκυμονούσες κυρίως το πρώτο τρίμηνο.

Βιταμίνη Γ: Η έλλειψη μπορεί να προκαλέσει σκορβούτο, που είναι μία πάθησης των ούλων.

Βιταμίνη Δ: Η έλλειψη μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στα οστά, σε μικρές ηλικίες επηρεάζει την σωστή ανάπτυξη των οστών και σε μεγάλες μπορεί να προκαλέσει οστεοπόρωση ή οστεομαλακία.

Βιταμίνη Ε: Η έλλειψη μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στο νευρικό σύστημα.

Βιταμίνη Κ: Η έλλειψη της μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην πήξη του αίματος.

Ασβέστιο : Η έλλειψη ασβεστίου στα παιδιά επηρεάζει στη σωστή ανάπτυξη των οστών, και σε μεγάλες ηλικίες μπορεί να προκαλέσει οστεοπόρωση.

Φώσφορο: Η έλλειψη του μπορεί να προκαλέσει απώλεια της οστικής μάζας, πόνο, ανορεξία και κούραση.

Μαγνήσιο : Η έλλειψη μπορεί να προκαλέσει αρρυθμίες, αναγούλα, αδυναμία και νοητικά προβλήματα.

Κάλιο : Η έλλειψη μπορεί να προκληθεί μετά από συνεχιζόμενες διάρροιες ή εμετούς και προκαλεί κούραση, ανορεξία, και αδυναμία.

Νάτριο : Η έλλειψη μπορεί να προκαλέσει ζαλάδες, αναγούλα και κράμπες στη μυϊκή μάζα.

Φθόριο : Η έλλειψη μπορεί να αποδυναμώσει την αδαμαντίνη με αποτέλεσμα να χαλούν τα δόντια πιο εύκολα.

Ιώδιο : Με την έλλειψη ιωδίου, ο οργανισμός δεν παράγει αρκετή θυροξίνη με αποτέλεσμα την *μείωση στον μεταβολισμό* ή μπορεί να προκαλέσει *διόγκωση του θυροειδή* αδένα .

Σίδηρος : Ίσως η πιο συχνή έλλειψη, κυρίως στις γυναίκες, και οδηγεί στην **αναιμία** , στην *αδυναμία και μεγαλύτερη ευπάθεια στις μολύνσεις*.

Ψευδάργυρος : Η έλλειψη σε παιδική ηλικία μπορεί να καθυστερήσει την ανάπτυξη, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στο έμβryo, άλλα συμπτώματα συμπεριλαμβάνουν ανορεξία, και πιο επιρρεπής σε μολύνσεις. 56



ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1 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 HALI εκφράζει λέγοντας ότι «**αρχικά, η απόφασή τους δεν διαφέρει από εκείνες που παίρνουν όλοι οι έφηβοι μέσα σ' αυτή την κοινωνία όπου τόσο μετράει το να είναι κανείς αδύνατος**».

Υποστηρίζεται ότι ο κίνδυνος να παρουσιασθεί μια αυθεντική ψυχογενής ανορεξία θα ήταν 4% πάνω σε 30 εφήβους που θα άρχιζαν μια δίαιτα, και υπενθυμίζουμε ότι ο GARNER 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 - 3kg 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 Feigher,

2) της A. Halmi.

3) του Sour τα οποία είναι ίδια με τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-III, και τέλος 4) με τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV. Τα κριτήρια DSM-VI και DSM-III αυτά που χρησιμοποιούνται πιο συχνά και συναντήσαμε στις περισσότερες βιβλιογραφίες.^{1,2,57}

4.1.1. 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 ισχύοντος σε μια ευχάριστη αυτή καθ' εαυτό η οποία ανάγεται στο αίσθημα κυριαρχία; πάνω στο σώμα, στον έλεγχο της ενστικτώδους ζωής το

☞ Την υπερδραστηριότητα ,συχνά, την πρόιμη αμηνόρροια.

☞ Τέλος τη βουλιμία. ^{1,2,41, 57}

4.1.2. Αναγνωστικά κριτήρια κατά την Katherine A. Halmi

Katherine A. Halmi προτείνει έξι «λειτουργικά κριτήρια»:

→ Άρνηση να διατηρηθεί το βάρος του σώματος πάνω από το ελάχιστο βάρος που αντιστοιχεί στο ανάστημα και στην ηλικία.

- Απώλεια βάρους τουλάχιστον 25% του προηγούμενου βάρους και όταν πρόκειται για εφήβους 18ετών, παρεκκλιση από το ποσοστό αυτό και στην αναμενόμενη λήψη βάρους όπως υπολογίζεται σύμφωνα με τους παιδιατρικούς πίνακες βάρους.
- Διαταραχή της εικόνας του σώματος με ανικανότητα να αντιληφθεί κανείς σωστά τις σωματικές ανάγκες.
- Έντονος φόβος να μη γίνει παχύσαρκη, ο οποίος δεν μετριάζεται παρά μόνο με προοδευτική απώλεια βάρους.
- Έλλειψη οργανικής νόσου που θα εξηγούσε την απώλεια βάρους.
- Τέλος, στη γυναικεία αμηνόρροια ⁵⁸

4.2. Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας, σύμφωνα με το DSM-IV, είναι τα κάτωθι (APA, 1994):

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

➤ Το άτομο αρνείται τη σοβαρότητα της κατάστασης εξαιτίας του εξαιρετικά χαμηλού του βάρους.

➤ Υπεραξιολογεί αδικαιολόγητα το βάρος και το σχήμα του σώματος του, όταν αξιολογεί τον εαυτό του.

➤ Δ. Σε γυναίκες εμμηνορρυσιακής ηλικίας, απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων (μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοι της έρχονται μόνο μετά χορήγηση ορμονών (π.χ οιστρογόνων) ή λιγότερο.⁴⁷

4.2.1. Ειδικά το DSM-IV περιγράφονται δυο υποκατηγορίες της Ψυχογενούς Ανορεξίας:

Περιοριστικός Τύπος (Αμιγής Ψυχογενής Ανορεξία):

Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου της Διαταραχής το άτομο δεν παρουσιάζει επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορές αποβολής των τροφών (προκλητοί εμετοί, χρήση καθαρτικών ή διουρητικών)

Βουλιμικός Τύπος ή Υπερφαγικός-Καθαρτικός Τύπος (Βουλιμική Ψυχογενής Ανορεξία):

Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου της Διαταραχής το άτομο παρουσιάζει επεισόδια υπερφαγίας και χρήσης καθαρτικών ή διουρητικών.

Γεγονότος ότι η ασιτία αυτή καθ' αυτή δαιμονίζει και συντηρεί τη διαταραχή μέσω των βιολογικών και ψυχολογικών συνεπειών τη¹ „57

4.3. Διαφορική Διάγνωση

Τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας καθιστά ιδιαίτερα δυσχερή τη θέση της ασθενούς να συζητήσει για τα συμπτώματα , ή μυστικότητα της γύρω από της τελετουργίες στη συμπεριφορά φαγητού και η γενικότερη αντίσταση της. Μπορεί επόμενος να αποδειχθεί δύσκολος ο προσδιορισμός του μηχανισμού απώλεια βάρους και η εκμείευση από την ασθενή των σκέψεων που αφορούν τις διαταραχές στην εικόνα του σώματος.

Εκτός της διαφορικής διάγνωσης από άλλες ψυχιατρικές νόσους που είναι σχετικά εύκολη, πρέπει να αποκλείονται επίσης. Ο κλινικός πρέπει να αποκλείσει με ασφάλεια την ύπαρξη σωματικής νόσου που μπορεί να είναι υπεύθυνη για την απώλεια βάρους , πρέπει να αποκλείονται επίσης :

τα οργανικά νοσήματα που προκαλούν απώλεια βάρους, όπως τα κακοήθη νοσήματα

οι όγκοι του εγκεφάλου,

☐ οι παθήσεις του γαστρεντερικού, (Νόσος του Crohn, σύνδρομο δυσαπορρόφησης, σύνδρομο άνω μεσεντερίων αγγείων),

☐ το AIDS,

ο υποθυρεοδισμός και η κροταφική επιληψία

Η Απώλεια βάρους και ασυνήθιστες συμπεριφορές φαγητού καθώς και έμετοι μπορεί να συμβαίνουν και στα πλαίσια άλλων ψυχικών διαταραχών. Οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν ορισμένα συμπτώματα κοινά με την ψυχογενή ανορεξία ,όπως διαταραχές ύπνου ,σκέψεις αυτοκτονίας.

Ωστόσο στην κατάθλιψη ,ενώ η ορεκτική ασθένεια ισχυρίζεται ότι έχει απώλεια βάρους ,συνυπάρχει σοβαρή διαταραχή της όρεξης ,ενώ η ορεκτική ασθενής ισχυρίζεται ότι έχει φυσιολογική όρεξη και ότι αισθάνεται την πείνα. Η ανησυχία που συνοδεύει την κατάθλιψη είναι διαφορετική από την υπερκινητικότητα της ανόρεκτης ασθενούς ,η οποία είναι σκόπιμη και έχει τελετουργικό χαρακτήρα 58

Η ενασχόληση με τις θερμίδες ,τη σύνθεση των τροφών ,τις συνταγές και την Παρασκευή γευμάτων, δεν παρουσιάζονται στην κατάθλιψη ούτε βέβαια ο φόβος του πάχους καθώς και δεν υπάρχει άρνηση της τροφής και απώλειας βάρους. Οι παραλυτικές ιδέες που ισχυρίζονται με το φαγητό , στη σχιζοφρένια σπάνια αφορούν τη σύσταση των τροφών .

Μια σχιζοφρενής ασθενής σπάνια υπεραπασχολείτε με το φόβο του πάχους και δεν εμφανίζει τη χαρακτηριστική υπερκινητικότητα της ανεκτικής ασθενούς . Τέλος ,η ψυχογενής ανορεξία πρέπει να διακρίνεται από την ψυχογενή βουλιμία. Εδώ τα επεισόδια υπερφαγίας συνοδεύονται από καταθλιπτικό συναίσθημα ,σκέψεις αυτοϋποτιμησης και συναισθήματα ντροπής ,ενώ συνήθως το βάρος παραμένει φυσιολογικό ή λίγο χαμηλότερο .58,59.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1 Θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Η διαταραχή, με τα συμπτώματα και τα σημεία της νόσου, καθώς και η πορεία και η σοβαρότητα της πρέπει να εξηγηθεί στην πάσχουσα και στην οικογένεια της. Προϋπόθεση αποτελεί η εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Σ' αυτό το πλαίσιο θα συμφωνηθεί η αποκατάσταση του βάρους.

Η ψυχογενής ανορεξία, σύμφωνα με τα όσα έχουν καταγραφεί μέχρι τώρα, είναι τόσο από την ιατρική πλευρά, ⁶⁰ όσο και από την πλευρά της ψυχοπαθολογίας σύνθετη, σοβαρή και συχνά χρόνια κατάσταση που η θεραπεία της απαιτεί συνεχή προσπάθεια και προσοχή και ένα πλήρες θεραπευτικό πλάνο που να περιλαμβάνει α) ιατρική και ψυχιατρική αντιμετώπιση, β) ατομική ψυχοθεραπεία και γ) οικογενειακή θεραπεία.

Η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει πρώτιστα στην αποκατάσταση του φυσιολογικού βάρους και στην επαναφορά φυσιολογικών διατροφικών συνηθειών προκειμένου να διορθωθούν οι βιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της ασιτίας που συντηρούν και διαιωνίζουν την παθολογική συμπεριφορά διατροφής. Οι συνοδοί στόχοι αφορούν την επισήμανση και την αντιμετώπιση των υποκείμενων ψυχολογικών, γνωσιακών, συμπεριφορικών, οικογενειακών και κοινωνικών προβλημάτων έτσι ώστε να διατηρηθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα και να αποφευχθεί η υποτροπή., ^{60,61,62,}

5.1.1. Η νοσοκομειακή περίθαλψη

Η νοσοκομειακή περίθαλψη δεν είναι αναγκαία όταν οι ασθενείς πάσχουν λιγότερο από έξι μήνες , δεν κάνουν κρεπάλες στο φαγητό, δεν κάνουν εμετό και έχουν οικογένειες που θα συνεργαστεί και θα συμμετέχει αποτελεσματικά στην οικογενειακή θεραπεία .

Αντίθετα , η είσοδος στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη στις περιπτώσεις προχωρημένης καχεξίας με σοβαρές μεταβολικές διαταραχές , σοβαρή απώλεια βάρους (πάνω από 30 %) και απίσχναση , η παρουσία υπότασης , υποθερμίας ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών, παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού ή ψύχωσης ή ακόμα όταν υπάρχει εμφανής κατάθλιψη, οικογενειακές διαμάχες ή αποτυχία της εξωνοσοκομειακής θεραπείας .

Η εισαγωγή γίνεται για να πάρει ο ασθενής βάρος, να προσδιοριστεί μια αυθεντική καταθλιπτική κίνηση στην οποία η ψυχοθεραπεία θα βρει τις πρώτες βάσεις της ,και θα διακόψει την επιδείνωση των αντιδραστικών οικογενειακών συμπεριφορών, θα γίνει μια προοδευτική επανεκπαίδευση στη διατροφή , με ελεγχόμενες καθημερινές ζυγίσεις και καθημερινή επίβλεψη , μιας και οι περισσότεροι ανόρεκτοι χρησιμοποιούν διάφορα truc για να μην φάνε.^{63, 64}

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. ^{63, 64}

5.2. Οικογένεια και θεραπευτικός σχεδιασμός

Η οικογένεια πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στο θεραπευτικό σχεδιασμό από την αρχή και να συμμετέχει στη θεραπευτική προσπάθεια. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία (εάν είναι δυνατόν με τους δυο γονείς «τουλάχιστον εάν όχι με όλα τα μέλη της οικογένειας») θα πρέπει να αρχίσει όταν τα μέλη της οικογένειας μπορούν να συμμετάσχουν χωρίς να κρατούν κριτική στάση, απέναντι στον ασθενή και όταν κανένα μέλος της οικογένειας δεν είναι τόσο χαοτικό ώστε να αποκλείει την παραγωγική εργασία. Υπερβολικά αυστηροί γονείς θα πρέπει πρώτα να αντιμετωπίζονται χωρίς την παρουσία του ασθενούς ώστε να γίνει η σχετική προετοιμασία για να συμμετάσχουν στην οικογενειακή θεραπεία που περιλαμβάνει και τον ασθενή. 60

Η οικογενειακή θεραπεία είναι περισσότερο χρήσιμη για νεότερους ασθενείς και πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι η οικογενειακή θεραπεία πρέπει να είναι υποχρεωτική για παιδιά και νεαρούς εφήβους. Η θεραπεία ζεύγους μπορεί να είναι χρήσιμη σε παντρεμένους ασθενείς.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επισημανθεί στην οικογένεια ότι οι θεραπευτικοί χειρισμοί θα πρέπει να αποφασίζονται από τη θεραπευτική ομάδα. Συχνά οι ασθενείς προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν την οικογένεια ώστε να διακοπεί η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία πριν το βάρος-στόχος επιτευχθεί έτσι χρησιμοποιούν διάφορα τεχνάσματα.

Η στήριξη της θεραπευτικής ομάδας από την οικογένεια κατά τη διάρκεια της φάσης ανάκτησης φυσιολογικού βάρους, είναι απαραίτητη προϋπόθεση της θεραπείας. 60

5.2.1 Παρεμβατικές τεχνικές της Γνωσικής-Συμπεριφοριστικής Θεραπείας της Οικογένειας

Παραδείγματα τεχνικών:

- α) Αυτοπαρατήρηση γνωσιών.
- β) Αλλαγή επιλεκτικών αντιλήψεων
- γ) Τροποποίηση μη ρεαλιστικών αποδόσεων αιτιών και προσδοκιών
- δ) Τροποποίηση μη ρεαλιστικών υποθέσεων και αξιών κ.α.⁶¹

B. Συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις

Παραδείγματα τεχνικών:

- α) Ασκήσεις επικοινωνίας
- β) Ασκήσεις επίλυσης προβλημάτων
- γ) Τεχνικές και μέθοδοι θεραπείας της συμπεριφοράς ανάλογα με το πρόβλημα. ⁶¹

5.3. 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.

Στο νοσοκομείο η αποκατάσταση του υποσιτισμού σημαίνει την εφαρμογή **αυστηρού πρωτοκόλλου**⁴¹, 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 στη περίπτωση πρόκλησης εμετών.

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

Σε άτομα με μεγάλη απώλεια βάρους μπορεί να χρειαστεί σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα. 47

5.4. Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία θα πρέπει να προσαρμόζεται σύμφωνα με το επίπεδο γνωσιακής συγκρότησης, το στυλ και την πολυπλοκότητα του συγκεκριμένου ασθενή και της οικογένειας του.

Συναισθηματική δοτικότητα και υποστήριξη, ενίσχυση της ευαισθησίας, εκπαίδευση και εκμάθηση τεχνικών επίλυσης προβλημάτων αποτελούν βασικές περιοχές εργασίας και μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν ο ασθενής είναι επιδεκτικός σε τέτοιες παρεμβάσεις ψυχοθεραπείας, ατομική ή ομαδική θεραπεία χρειάζεται να συνεχιστεί για πολλά χρόνια, ίσως με διαλείμματα που εξαρτώνται από την ψυχοπαθολογία του ασθενούς και την ιατρική του κατάσταση.

Η επίμονη και συχνά χρόνια φύση της ψυχοπαθολογίας αλλά και των διαταραχών της προσωπικότητας στην ψυχογενή ανορεξία, και η ανάγκη για

ουσιαστική αλλαγή κατά τη διάρκεια της ανάκαμψης, απαιτούν μακροχρόνια ψυχολογική αντιμετώπιση τουλάχιστον για ένα χρόνο ή ίσο χρόνο ψυχοθεραπείας με τον χρόνο από την έναρξη της διαταραχής. Η ερμηνεία των ψυχολογικών διαταραχών που απαντώνται σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία βασίζεται σε ψυχοδυναμικές ψυχαναλυτικές, γνωσιακές, συστημικές και κοινωνικοπολιτισμικές και φεμινιστικές θεωρίες, από τις οποίες απορρέουν και οι αντίστοιχες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, που όλες έχουν εφαρμοσθεί, με άλλοτε, κάλη επιτυχία.^{62,63}

5.5. 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 αγχολυτικών² όπως οι βενζοδιαλεπίνες. Αντικαταθλιπτικών φαρμάκων όπως: **τρικυκλικά, αναστολείς MAO, τραλοδόνη, φλουοξετίνη**⁶⁴ τα οποία έχουν αποδειχτεί ότι μπορεί να ελαττώσουν τη συμπεριφορά και της υπερφαγίας και της πρόκλησης εμετού τόσο σε ανορεκτικά όσο και σε βουλιμικά άτομα.

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 ηλεκτροσπασμωθεραπείας .61

5.6. Στόχοι Θεραπείας

Υπάρχουν δύο βασικοί στόχοι στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας.⁶² Ο πρώτος είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση θρέψης του ατόμου. Στα ανορεκτικά άτομα αυτό σημαίνει ότι το βάρος μπορεί να επανέλθει στα φυσιολογικά όρια, στα βουλιμικά άτομα, μπορεί να επιτευχθεί με μεταβολική ισορροπία.

Ο δεύτερος στόχος είναι να ισοροπηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου, ούτως ώστε να κρατηθεί το βάρος σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό τα επεισόδια υπέργεια, οι προκλητοί εμετοί, η λήψη καθαρτικών και όλες οι άλλες παθολογικές συμπεριφορές.

Συνήθως, η θεραπεία θα γίνει και σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο. Πολλοί ασθενείς, όμως, μπορεί να χρειασθούν νοσηλεία. Ενδείξεις για νοσηλεία είναι σοβαρή απώλεια βάρους (π.χ. κάτω 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 και με ψυχοθεραπεία.⁶⁴

Στην τρίτη ομάδα έκαναν μόνο ψυχοθεραπεία, ενώ στην τέταρτη μόνο διατροφική θεραπεία. Τα καλύτερα αποτελέσματα έδωσε ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμάκων.⁶⁵

5.7. Πορεία και πρόγνωση της νόσου.

« Το τελικό αποτέλεσμα μπορεί να ποικίλει από την αυτόματη ανάρρωση μέχρι τον θάνατο, ενώ η ασθένεια μπορεί να διαρκέσει από μερικούς μήνες μέχρι και ολόκληρη την ζωή». ⁶⁶

Η πορεία της ψυχογενούς ανορεξίας παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία - αυτόματη ίαση χωρίς θεραπεία , ίαση μετά από ποικιλία θεραπειών, διακυμαινόμενη πορεία με αυξησεις βάρους που ακολουθούνται από υποτροπές , πορεία σταδιακής επιδείνωσης που προκαλεί τον θάνατο από τις επιπλοκές της λιμοκτονίας .

Γενικά, η πρόγνωση δεν είναι καλή. Όσοι έχουν επανακτήσει επαρκές βάρος, η συνεχής απασχόληση με το φαγητό και το βάρος του σώματος συχνά συνεχίζονται, οι κοινωνικές σχέσεις είναι συχνά φτωχές και πολλοί ασθενείς είναι μελαγχολικοί.

Η βραχύχρονη ανταπόκριση σε όλα σχεδόν τα προγράμματα ενδονοσοκομειακή θεραπείας είναι καλή. Σε ορισμένες μελέτες το εύρος του δείκτη θνησιμότητας κυμαίνεται από 5-15 %. ⁶⁷

Β ΜΕΡΟΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

6.1. 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 βδομάδα.
- ▣ 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 καταφέρει να επιδείξει ικανοποιητική λήψη τροφής και βάρους. Κάνοντας προσπάθειες επίτευξης φυσιολογικών προτύπων διατροφής και όχι απλής επανάκτησης του φυσιολογικού σωματικού βάρους.
- ▣ Προσφέρει τροποήσεις στη συμπεριφορά: αυτές οι τεχνικές είναι σημαντικές στα πρώτα στάδια της θεραπείας, όταν οι οργανικές και ψυχολογικές επιδράσεις παρεμβάλλονται στη θεραπεία

που παρεμβάλλονται στη θεραπεία βάρους.

■ Προσφορά ψυχοθεραπείας, για να αποκαλυφθούν τα λανθάνοντα αίτια.63

6.1.1 Στόχοι

I. **Βραχυπρόθεσμοι:** αποκατάσταση της βιολογικής λειτουργίας μέσω τροποποίησης της συμπεριφοράς ελέγχου του βάρους .

II. **Μακροπρόθεσμοι:** συνειδητοποίηση και τροποποίηση των ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών που βρίσκονται σε λειτουργική σχέση με τη διαταραγμένη συμπεριφορά διατροφής μέσω κυρίως:

■ τροποποίησης των αντιλήψεων γύρω από το σωματικό βάρος και την τροφή.

■ τροποποίησης αντιλήψεων γύρω από τον εαυτό του .

■ τροποποίησης των "προδιαθεσιακών" παραγόντων .64

6.2. Κλινική Ψυχοδιαγνωστική γνωσιακού - συμπεριφοριστικού

τύπου – Αξιολόγηση

Απάντηση σε 3 βασικά ερωτήματα

■ Ποια ειδικά σχήματα συμπεριφοράς χρειάζονται αλλαγή (συχνότητα - ένταση - διάρκεια - συνθήκες)

■ Πώς αποκτήθηκε αυτή η συμπεριφορά και πως διατηρείται;

■ Ποια είναι τα καλύτερα μέσα που θα επιφέρουν ψυχομετρικές δοκιμασίες - Παρατηρήσεις κ.α.

ΠΩΣ: Συνεντεύξεις - Ειδικά Ερωτηματολόγια - Άλλες ψυχομετρικές δοκιμασίες - Παρατηρήσεις κ.α.

Ανάλυση συμπεριφοράς σύμφωνα με το μοντέλο των Kafner και Phillips.

S - O - R - K - C

S = ερέθισμα

O = βιολογικοί - οργανικοί παράγοντες

R = αντιδράσεις

K = σχήματα ενίσχυσης

C = συνέπειες ⁶⁴

6.3. Βασικά σημεία της νοσηλευτικής φροντίδας

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.^{65,66,67}

6.3.1. Κάνουμε αξιολόγηση των προτύπων διατροφής.

- Πόσο πολύ και πόσο συχνά τρώει ο ασθενής
- Ποιες τροφές καταναλώνει
- Ύπαρξη κύκλων παχυσαρκίας
- Συναισθήματα γύρω από τις διατροφικές του συνήθειες

- ▣ Επίπτωση των διατροφικών του συνηθειών στις καθημερινές του δραστηριότητες
- ▣ επίπεδο ελέγχου σε άλλες περιοχές, όπως χρήση φαρμάκων, ναρκωτικών, ψευδολογίας, κλοπής.⁶³

Εκτίμηση του επιπέδου δραστηριότητας για την ύπαρξη έντονης άσκησης.

6.3.2. Εκτίμηση της οικογένειας.

- ▣ Λειτουργικές ικανότητες και ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων.
- ▣ Περιοχές προβλημάτων, είδη και ζητήματα..
- ▣ Ικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων
- ▣ Οικογενειακό ιστορικό διατροφικών διαταραχών.
- ▣ Συγκρούσεις των γονέων στο γάμο.
- ▣ Αντιδράσεις στη διατροφική συμπεριφορά και το βάρος του ασθενούς.
- ▣ Οικογενειακά πρότυπα γύρω από τις διατροφικές συνήθειες.⁶³

6.3.3. Στοχοθεσία νοσηλευτικής φροντίδας γενικοί στόχοι.

- ▣ Πρόληψη των τάσεων αυτοκαταστροφής
- ▣ Προώθηση της αντίληψης των υποκείμενων αιτιών
- ▣ Μεταβολή των καταστροφικών διατροφικών συνηθειών
- ▣ Ανάπτυξη υγιών μηχανισμών άμυνας.⁶³

6.3.4. Παραδείγματα συγκεκριμένων στόχων.

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

6.4. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις διατροφικές διαταραχές και τη Νευρογενή Ανορεξία ειδικότερα.

Παρέμβαση

Κατά τα γνωσιακά-συμπεριφοριστικά ερμηνευτικά πρότυπα οι διαταραχές σίτισης είναι μια προσωπική απάντηση στις ατομικές συνθήκες ζωής, μια κραυγή διαμαρτυρίας.

Η βασική λοιπόν υπόθεση είναι ότι υπάρχει αλληλεπίδραση κοινωνικών, οικογενειακών και προσωπικών παραγόντων οι οποίοι αποτελούν ένα είδος προδιαθεσιακού πλαισίου. Στην παρέμβαση λοιπόν παίρνουμε υπόψη την πολυπαραγοντική αιτιολογία και παρεμβαίνουμε ανάλογα. 64

Ως βασική γενική αρχή ισχύει ότι η παρέμβαση πρέπει να ακολουθεί δύο δρόμους, ο ένας μεν οδηγεί σε άμεσα αποτελέσματα, ο άλλος δε έχει μακροχρόνιες επιδράσεις. Οι μέθοδοι που ακολουθούνται χρησιμοποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν από την ανάλυση της συμπεριφοράς. Για μια πληρέστερη διαφώτιση της χρησιμοποίησης των γνωσιακών μεθόδων στις διαταραχές σίτισης ακολουθούν μερικά παραδείγματα τεχνικών.

Μετατροπή ακλόνητου «πιστεύω» σε υποθέσεις π.χ. «αν πάρω βάρος δεν θα μπορέσω ποτέ να αρέσω σε έναν άνδρα» μετατρέπεται σε υπόθεση που μπορεί να υποστεί έλεγχο «είναι πιθανόν;» παραδείγματα από τη ζωή.

Αποκέντρωση: Επέμβαση στο διεργασιακό λάθος της αυτό-αναφοράς / προσωποποίησης

Π. «Εάν πάρω 2 κιλά δεν θα με κοιτούν καθόλου και δεν θα με αγαπούν».

Θ. «Εάν ζυγίζει ο/η 2 κιλά παραπάνω θα τον κοιτάς ή θα πάψεις να τον /την αγαπάς.»

Αυτοκαταστροφολογία: Π. «Μόλις πάρω ένα κιλό καταστράφηκα» Θ. «Γιατί αυτό;», Π. «Δεν θα μπορώ να βάζω το μαγικό μου», Θ. «Αν βάλεις το μαγικό στην πλάζ, τι θα συμβεί;», Π. «Όλοι θα με κοιτάζουν», Θ. «Τι χειρότερο περιμένεις να συμβεί αν σε κοιτάζουν;.....»

Πενταπτή στήλη

Γεγονός – Σκέψεις – Αποτέλεσμα – Αμφισβήτηση - Νέα αποτελέσματα σκέψεων. Εδώ εφαρμόζεται ο τριπλός κανόνας: Ποιες είναι οι ενδείξεις, ποιες είναι οι εναλλακτικές και τι θα γίνει αν μια δήλωση αληθεύει;

6.5. Βασικές Δεξιότητες στη Νοσηλευτική Παρέμβαση.

■ 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 **συναίσθηση** 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.

6.5.1. Συγκεκριμένες παρεμβάσεις σε ασθενείς με νευρική ανορεξία.

Χορηγήστε παρεντερική διατροφή ή σίτιση με σωλήνα, 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 υποασβεσταιμία.

6.5.2. Ενδεικτικά παραδείγματα για την γνωσιακή /

Συμπεριφοριστική θεραπείας ανορεκτικών εφήβων

Θεραπευτική σχέση:

Ενεργητική, κατευθυνόμενη στάση, εστιασμός στο εδώ και τώρα δομημένος ρόλος.
υποστηρικτική με γνώμονα «η συνεργασία μας έχει ως στόχο την αυτονόμηση σου και όχι το να πάρεις βάρος»

▣ «συνεργατικός εμπειρισμός»

Ο έφηβος μαθαίνει να αναλύει τις δικές του σκέψεις με κριτικό τρόπο ώστε να συνειδητοποιήσει περισσότερο αντιλήψεις συγκεκριμένων γεγονότων (βελτίωση της επιλεκτικής προσοχής)

6.5.3. Προτίμηση σε ευέλικτες γνωσιακές δεξιότητες

Όπως επίλυση προβλημάτων και συγκεκριμένες στρατηγικές σε συγκρουσιακές καταστάσεις (με παίξιμο ρόλων π.χ.) Εξωτερίκευση, καταγραφή και τροποποίηση σκέψεων και συναισθημάτων παρά εντοπισμός και αναδόμηση γνωσιακών λαθών.

▣ Όσο μικρότερη ηλικία τόσο πιο μεγάλη χρήση συμπεριφοριστικών μεθόδων

▣ Συνομήλικοι ως συν-θεραπευτές

▣ Γνωσιακή / Συμπεριφοριστική θεραπεία Οικογένειας

6.6. Νοσηλευτική ετοιμότητα.

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

1. Ερευνήστε τα προσωπικά σας συναισθήματα και τη στάση σας απέναντι στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές
2. Τα προσωπικά σας προβλήματα γύρω από την εικόνα του σώματος σας δεν πρέπει να σας κάνουν να ταυτιστείτε με τον ασθενή.
3. Η κατάθλιψη του ασθενούς μπορεί να σας προκαλέσει αισθήματα μελαγχολίας.
4. Κάντε γνωστά τα συναισθήματα σας στους συναδέλφους σας.

5. Ζητήστε υποστήριξη και συμβουλευτείτε τους συναδέλφους σας.

6.6.2. Νοσηλευτική αξιολόγηση

Επανεξετάστε τους στόχους και εκτιμήστε την πρόοδο.

Ο ανόρεκτος ή παχύσαρκος ασθενής φτάνει το βάρος στόχο,

Ο ασθενής με βουλιμία μειώνει ή διακόπτει τις τακτικές πολυφαγίας και εκκενώσεων.

Ο ασθενής αποκτά πλήρη επίγνωση της διαταραχής του,

Αναπτύσσει ικανοποιητικούς μηχανισμούς άμυνας,

Καθιερώνει υγιή διατροφική συμπεριφορά.,

Συμμετέχει στην αγωγή και μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο.

Σημειώθηκε πρόοδος σε οικογενειακά ζητήματα.

Τα ιατρικά προβλήματα ελέγχονται.

Καθορίζονται στόχοι και για μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Επανεξετάστε το θεραπευτικό πρόγραμμα και τους στόχους, ανάλογα με τις ανάγκες 66

6.7. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟ ΣΧΕΔΙΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ

ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΗΜΕΡΕΣ 1-14

6.7.1. Καθημερινές Εκβάσεις

Θα παραμείνει χωρίς παρεντερικό σωλήνα , ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες.

Θα προσπαθήσει να αποβάλει τα παροδικά συναισθήματα που το διακατέχουν μιλώντας για αυτά στην ομάδα του.

Θα προσδιοριστεί η μέθοδος η οποία θα χρησιμοποιηθεί ώστε να βελτιώσει τις δεξιότητες του.

Θα συμμετάσχει στο διεπιστημονικό μας σχέδιο.

Θα αρχίσει να έρευνα τα ζητήματα περί της εικόνας του σώματος του.

Θα διατηρήσει την προφορική εισαγωγή 1200 cc/ την ημέρα.

Τα τρόφιμα που του παρέχονται θα είναι κατά την δική του συγκατάθεση.

Εκφράζει με λόγια την ακριβή αξιολόγηση του μεγέθους.67.68

6.7.2. Αξιολόγηση

Καθημερινή ψυχοκοινωνική αξιολόγηση.

Παρατήρηση για την ασφάλεια .

Ελέγξτε τη διαίτα, το σχέδιο ύπνου και τις κενώσεις.

Ελέγξτε τα αποτελέσματα και το κουτί χορήγησης φαρμάκων στον ασθενή.

Ελέγξτε στερεότυπα ζωτικής σημασία.

6.7.3. Σχεδιασμός

Σχέδιο αναθεώρησης της προσοχής .

Περιλάβεται την οικογένεια στη διδασκαλία.

Αρχίστε τη διδασκαλία με σχετικές στρατηγικές στις οποίες ο ασθενείς

μπορεί να χρησιμοποιήσει τις δεξιότητες του.

Αναθεωρήστε το τρέχον επίπεδο χορήγησης φαρμάκων περιποίησης, αντιμετώπιση των επιπλοκών καθώς και την περίθαλψη.

Αξιολογήστε αν ο ασθενής αντιλαμβάνεται τη διδασκαλία

6.7.4. Δίαιτα.

Θρεπτική Αξιολόγηση.

Διαιτητικές συμβουλές.

Δίαιτα και μέτρηση με ειδικά όργανα λιπομέτρησης κ.τ.λ.

Διατροφή όπως ανέρχεται ,ενθαρρύνεται τον ασθενή για μικρά συχνά γεύματα από όλες τις ομάδες τροφίμων

Παρέχετε ακόμα και μικρές ποσότητες τυποποιημένων γευμάτων.

Παροτρύνεται το ασθενή για την πόση ρευστών ,νερό, χυμό κ.τ.λ

Εξασφαλίστε ένα φιλικό και οικείο περιβάλλον στον ασθενή.⁶⁸

6.7.5. Ψυχοκοινωνικές Δραστηριότητες του Νοσηλευτή.

Παρατηρήστε τη συμπεριφορά.

Αξιολογήστε το επίπεδο ανησυχίας του ασθενή.

Ενθαρρύνετε τη διατύπωση των συνθημάτων του και των σκέψεων του.

Ακουστέ τον προσεκτικά ,δίνοντάς του τον απαραίτητο χρόνο να ανταποκριθεί.

Διατυπώστε το πρώτο σχέδιο προσοχής με τον ασθενή και την οικογένεια του.

Προσδιορίστε την τρέχουσα υποστήριξη του συστήματος της κλινικής.

Παροχή υποστήριξης στον ασθενή καθώς και στην οικογένεια του.

Συναντήστε τον ασθενή 4 φορές την ημέρα ώστε να δημιουργηθεί περιβάλλον εξοικείωσης. 69

6.7.6. Νοσηλευτικές Δεξιότητες.

Αξιολογήστε τις ανάγκες ασφαλείας και λάβετε τις απαραίτητες προφυλάξεις σε περίπτωση έξαρσης των επιλοκών.

Ενθαρρύνετε τις συνοπτικές περιόδους δραστηριότητας

Οργανώστε μαζί με τον ασθενή το πρόγραμμα με τις δραστηριότητες της επόμενης μέρας⁷⁰.

6.7.7. Φάρμακα.

Παραπέμπουμε και απαλάσσουμε τον ασθενή από το πρόγραμμα ρουτίνας όπως διατάσσεται.

Χορηγούμε αντικαταθλιπτικά.

6.8. Χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για να ανυψώσουν τη διάθεση και να ανακουφίσουν άλλα συμπτώματα της Ανορεξίας .


Δρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν αύξηση της συγκέντρωσης νορεπινεφρίνης και σερετονίνης στον οργανισμό. Δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης, αλλά καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής .

Χορηγούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές θεραπείες.


Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι καθώς δρουν τα φάρμακα αυτά και αρχίζει να ανυψώνεται / βελτιώνεται η διάθεση, το άτομο έχει αυξημένη ενεργητικότητα.


Τότε ακριβώς υπάρχει κίνδυνος να πραγματοποιήσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας. Η πιθανότητα αυτοκτονίας αυξάνει καθώς ελαττώνεται το επίπεδο της ψύχωσης.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για την κατάθλιψη είναι :

 **Τρικυκλικά – Amitriptyline ,**

 **Αναστολείς τα ησμονοαμινοξειδάση *AMAO* – Phenelzine**

 **Τετρακυκλικά – Maprotiline**

 **Άλλα – Tragodon ⁷¹**

6.9. Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες

- ❖ Αντιχολινεργικές αντιδράσεις.
- ❖ Ξηροστομία. Αντιμετωπίζεται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, μάσημα τσίχλας, συχνές μικρές λήψεις υγρών και αυστηρή υγιεινή στόματος.
- ❖ Θαμπή όραση. Το άτομο καθησυχάζεται ότι η παρενέργεια αυτή θα υποχωρήσει σε λίγες εβδομάδες.
- ❖ Δυσκοιλιότητα. Λήψη τροφών με άφθονες ίνες. Αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών.
- ❖ Κατακράτηση ούρων. Διδασκαλία του αρρώστου να μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του και να τα αναφέρουμε στον νοσηλευτή.
- ❖ Καταστολή. Ρύθμιση της λήψης των φαρμάκων πριν από την κατάκλιση για ύπνο.
- ❖ Συνεργασία με τον γιατρό για ελάττωση δοσολογίας ή την αντικατάσταση του φαρμάκου με άλλο καλύτερο,⁷¹

- ❖ Διδασκαλία του αρρώστου να μη οδηγεί αυτοκίνητο και να μη χειρίζεται επικίνδυνα μηχανήματα ή εργαλεία όταν έχει πάρει ηρεμιστικά φάρμακα.
- ❖ Ορθοστατική υπόταση. Ενημέρωση του αρρώστου να σηκώνεται αργά από το κρεβάτι ή την πολυθρόνα. Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ξαπλωμένη και όρθια στάση για έγκαιρη επισήμανση μεγάλων διαφορών στις τιμές.
- ❖ Αύξηση ευαισθησίας για εμφάνιση επιληπτικών σπασμών. Ιδιαίτερη παρακολούθηση του αρρώστου με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου. Ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση σε περίπτωση σπασμών.
- ❖ Ταχυκαρδία, αρρυθμίες. Συστηματική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σφίξεων. Συζήτηση τυχόν σημαντικών αλλαγών με τον γιατρό.
- ❖ Υπερτασική κρίση (παρενέργεια των αναστολέων της MAO). Συμβαίνει αν το άτομο που κάνει θεραπεία με AMA χρησιμοποιεί τροφές που περιέχουν τυραμίνη. Τέτοιες τροφές είναι τα οиноπνευματώδη ποτά, τυρί, γιαούρτι, μπανάνες, σοκολάτες, αβοκάντο, λικορίς, σταφίδες, παστή ρέγκα κ.ά.
- ❖ Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονη κεφαλαλγία, ταχυπαλμία, ναυτία / εμετούς, αυχενική δυσκαμψία, σημαντική αύξηση της Α.Π., στήθαγχικό πόνο, εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο ή και κόμα.
- ❖ Η θεραπεία της υπερτασικής κρίσης συνίσταται στη διακοπή του φαρμάκου και χορήγηση αντιυπερτασικού φαρμάκου που δρα άμεσα, κατά την ιατρική οδηγία.
- ❖ Διδασκαλία του αρρώστου ποιες τροφές να αποφεύγει κατά το διάστημα θεραπείας με αναστολείς της MAO >. ⁷¹

6.10. Σχέδιο Β Καθημερινής Φροντίδας Ασθενούς με Νευρική

Ανορεξία

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΕΒΔΟΜΑΔΑ 15-21

6.10.1. Δίαιτα

- ☐ Διατροφή όπως ανέχεται ενθαρρύνετε μικρές, συχνές τροφοδοτήσεις από όλες οι ομάδες τροφίμων.
- ☐ Ενθαρρύνετε την πόση των ρευστών.
- ☐ Παρέχετε τα προτιμητέα πρόχειρα φαγητά και τρόφιμα.
- ☐ Παρέχετε τον επαρκή χρόνο για γεύματα και πρόχειρα φαγητά
- ☐ Παρέχετε το ευχάριστο περιβάλλον
- ☐ Ενθαρρύνετε τη συμμετοχή σε 75-100% των δραστηριοτήτων.
- ☐ Συμμετέχετε τον πελάτη και την οικογένεια στον προσδιορισμό του λογικού σχεδίου δραστηριότητας μετά από την απαλλαγή.
- ☐ Ο ασθενής θα συμμετάσχει στο πρόγραμμα άσκησης.
- ☐ Αξιολογήστε το επίπεδο ανησυχίας.
- ☐ Υποστηρίξτε τον πελάτη όταν αισθάνεται πίεση άγχος
- ☐ Παρέχετε τις πληροφορίες και την τρέχουσα υποστήριξη και ενθαρρύνετε τον ασθενή και την οικογένεια.
- ☐ Ενισχύστε τις δεξιότητες που μαθαίνονται στη θεραπεία ομάδας.
- ☐ Προσδιορίστε την πρόοδο και ενισχύστε την εκμάθηση.

- ▣ Ενθαρρύνετε τη διατύπωση των συναισθημάτων και των ανησυχιών.
- ▣ Συναντηθείτε με τον πελάτη ανά 15 λ. σε κάθε μετατόπιση κατά τη διάρκεια των πρωινών ωρών για να συζητήσετε την πρόοδο από την άποψη των θεραπευτικών στόχων.
- ▣ Ενθαρρύνετε τον πελάτη για να συζητήσετε την εικόνα του σώματος και τον αυτοσεβασμό σε αυτό καθώς επίσης και το ρόλο του ασθενή στην οικογένεια
- ▣ Ενθαρρύνετε τον ασθενή στις ολοκληρώσεις των προγραμμάτων του. 5,7,26,41,72

6.10.2. Πιθανές αντιδράσεις στη συνεργασία με τους πελάτες με τις διατροφικές διαταραχές

- ▣ Αισθάνεστε εξαντλημένοι και νικημένοι από τις δομημένες απαιτήσεις του σχεδίου περίθαλψης του ασθενή.
- ▣ Αισθάνεστε τη δυσαρέσκεια στις προσπάθειες του ασθενή που αποβαίνουν στο "διαχωρισμό προσωπικού."⁷²
- ▣ Προσδιορίζετε με τον πελάτη λόγω των προσωπικών ανησυχιών εικόνας σωμάτων σας.
- ▣ Αισθάνεστε υπερπροστατευτικοί και επιτρέπετε έναν συνασπισμό μεταξύ σας και του ασθενή στη μορφή.
- ▣ Αισθάνεστε την ενόχληση και το θυμό προς τον πελάτη και είστε όχι απαραίτητα τραχιά κατά τη διάρκεια της φυσικής προσοχής.
- ▣ Έχετε τη δυσκολία στο να αναγνωρίζετε τα συμπτώματα του ασθενή καθώς και ποσό σοβαρά είναι.

Μέσα στο 3χρονια πού βρίσκεται στην Πάτρα επισημαίνεται απώλεια βάρους 26 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 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. Ζυγίζόταν πολλές φορές τη μέρα.

Αρνητικά σχόλια για το σώμα της και την εξωτερική της εμφάνιση (οι συμμαθητές της την «χοντρή!») 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. Αποφυγή κοινωνικών επαφών, έντονο άγχος για τις επιδόσεις της, διάσπαση προσοχής και συγκέντρωσης, συχνές συγκρούσεις με τους γονείς για θέματα διατροφής.⁷⁴

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.⁷⁴

- ▣ Αποτυγχάνετε να παρακολουθήσετε συμπεριφορές του ασθενή και τις ενέργειες του μετά από το τέλος του γεύματος,
- ▣ θεωρείτε ότι ο ασθενής σκόπιμα δεν συμμετέχει στις δραστηριότητες και έχει , συμπεριφορές οι οποίες στοχεύουν στο να ανατρέψει το προσωπικό και την οικογένεια
- ▣ Αισθάνεστε αποκρουόμενοι από τις συνήθειες κατανάλωσης ή την εμφάνιση του σώματος . του ασθενή
- ▣ Αισθάνεστε μάταιοι και επηρεάζεστε από το "ίου του ασθενή 72.73

6.11. Ολιστική και εξατομικευμένη Νοσηλευτική Προσέγγιση συγκεκριμένων περιστατικών.

6.11.1. 1^η περίπτωση συγκεκριμένου περιστατικού με νευρογενή Ανορεξία.

Η Α.Π είναι 22 ετών και μένει σε μεγάλη επαρχιακή πόλη. Είναι φοιτήτρια στον κλάδο της λογοθεραπείας. Ο πατέρας της είναι 67 ετών συνταξιούχος και η μητέρα της 55 και ασχολείται με τα οικιακά. Έχει μια μεγαλύτερη αδελφή 24 ετών και μία μικρή.

Ο πατέρας της προέρχεται από πατρική οικογένεια: οι δύο γονείς και αδέρφια του, ζουν και μένουν στην Αθήνα .Ο πατέρας του (παππούς της ασθενούς) αποθνήσκων ήταν ιδιαίτερα αυστηρός και κυριαρχικός, .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 , παρέχει όλα τα υλικά αγαθά αλλά είναι απών ως προς την ικανοποίηση συναισθηματικών αναγκών των παιδιών .Η ασθενής έχει με τον πατέρα της καλή σχέση.

6.11.2 Κληρονομικό ψυχιατρικό ιστορικό και προηγούμενο ιατρικό ιστορικό

Η ασθενής έχει ιστορικό Κατάθλιψης, Νεύρωση και Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή.

- ▣ Υγεία γενικά ικανοποιητική.
- ▣ Δεν αναφέρονται ατυχήματα, χειρουργεία.
- ▣ Ύψος και βάρος εντός φυσιολογικών ορίων μέχρι 12 ετών.

6.11.3 . Περιγεννητική περίοδος

Η ασθενής γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό. Η εγκυμοσύνη δεν είχε επιπλοκές
Νευρογενής Ανορεξία Νοσηλευτική Προσέγγιση:

Η μαμά χάρηκε ιδιαίτερα όταν έμαθε ότι ήταν κορίτσι. Ήταν ένα «όμορφο», «υγιέστατο», «πολύ εύκολο μωρό» Ο θηλασμός διήρκεσε 18μήνες. Η μητέρα υποστηρίζει ότι ήταν οι «καλύτερες» στιγμές μεταξύ τους.

Προέβλεπε 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. 74

Συχνά μας αφηγείται πως όταν ήθελε να τραβήξει το ενδιαφέρον έκανε ανεξήγητους εμέτους. Αναφέρει επίσκεψη σε παιδίατρο.

6.11.4 . Σχολική Περίοδος

Τελειοθηρική και αναφέρεται ενασχόληση με την τάξη, τους κανόνες και την καθαριότητα.. Αφοσιωνόταν στο διάβασμα. Δεν στεναχωρούσε τους γονείς της ποτέ ήταν υπεραισθητή.

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 20 έως 22ετών, που αρχίζει δίαιτα.. Αυτό που θυμάται είναι ότι σε ηλικία 16 ετών εμφάνισε καταθλιπτικά στοιχεία και τάσεις αυτοκτονίας.

Έναρξη ήβης σε ηλικία 12 ετών. Η ασθενής περιγράφει αρνητικές σκέψεις για την αλλαγή τους σώματος της. Ήθελε να αποκτήσει στήθος και διάπλαση γυναικείου σώματος⁷⁴

6.11.5. Κλινική Εκτίμηση

- ▣ Ωχρότητα, απίσχναση.
- ▣ Δέρμα τραχύ και ξηρό, Στον κορμό λεπτή τρίχωση, σαν
- ▣ Εμβρυϊκό χνούδι (Lagouno).
- ▣ $\theta=35,8$, $ΑΠ=90/50$ MMHG, $Σφύξεις= 50/MIN$ $Σ.Β.= 39.880$ kil , $Υψος= 151$ METR
- ▣ Χαμηλός Δείκτης σωματικής μάζας **Quetelet= 14,05**
- ▣ Κενώσεις ανά 4ήμερο με αναφερόμενη πρόσμιξη αίματος.

6.11.6. 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 ότιλάχυνα 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 χαμηλό αίσθημα αυτοεκτίμησης, αισθήματα κατωτερότητας και απόρριψης κυρίως για τις φίλες της, 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 «Με νευριάζει όταν επιμένουν να φάω...»

Περιγράφονται από το ιστορικό ιδεοληψίες που αφορούν την τάξη και την καθαριότητα που δεν προκαλούν όμως ενόχληση και δυσφορία.⁷⁴

6.11.7 Ψυχοδυναμική Υπόθεση

▣ Η ασθενής αισθανόταν 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 της.

▣ Η Ασθενής δεν απέρριψε τα συναισθήματα ζήλιας που έτρεφε για την αδελφή της στην παιδική ηλικία.⁷⁴

6.11.8. Πορεία νόσου κατά τη νοσηλεία

6.11.9.

▣ 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 48.200 kg, ουσιαστικά έλαβε 4kg 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...»⁶⁷,

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 πράξεων της και για αυτονομία

Και εξαρτοποίηση, 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 ταύτισή 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.⁷⁴

6.11.9 . 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 χρόνια.

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.

1 Διέκοψε την παρακολούθηση και τη φαρμακευτική αγωγή για 3 μήνες και επανήλθε τον Μάρτιο 2002

2 Στο διάστημα αυτό είχε αυξηθεί το βάρος της κατά 12 Kg (54 Kg), είχε αποκατασταθεί ο εμμηνορρυσιακός κύκλος και 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 εμέτους, 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 ψυχοθεραπεία 74

6.12. Περίπτωση 2^{ου} συγκεκριμένου περιστατικού με Νευρογενή

Ανορεξία

Η Νίκη ήταν μια ψηλή, λεπτή κοπέλα που σε ηλικία 17 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 συνομήλικες της και το βάρος της έπεσε από τα 52 κιλά στα 47 κιλά (Σωματικός δείκτης 16,9. 80 τοις εκατό του ΑΒ\ν). «Μπόρεσα να ακολουθήσω τη δίαιτα γιατί η οικογένεια μου έχει μανία με την υγεία και άρχιζα να νιώθω ένοχη αν έτρωγα «σκουπιδο- 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 νομίζω ότι έχω κάποια ανωμαλία στο σώμα».

Η Νίκη ήταν φιλόδοξη και ήθελε να τα πηγαίνει καλά στο σχολείο. Τα δύο τελευταία χρόνια σπάνια πήγαινε σε κοινωνικές εκδηλώσεις γιατί ένιωθε πως πρέπει να γίνει το ιδανικό και ύστερα. Δεν έτρωγε πολύ ,και όσο έτρωγε τα τεμάχιζε σε μικρά κομματάκια και έκανε σχεδόν μια ώρα να το φάει .

Η δίαιτα της είχε γίνει εμμονή έπρεπε να τα καταφέρει . Μελετούσε συνειδητά, «Ίσως είχα μάλλον έμμονη ιδέα με τη μελέτη», είπε, «αλλά ήθελα να τα καταφέρω». Εκτός του ότι μελετούσε πολύ, μαγείρευε για την οικογένεια της, φτιάχνοντας γλυκά και μπισκότα (που απόφευγε να τα τρώει) εκτός από τα κυρίως γεύματα.

Εκείνη έβλεπε τα καθήκοντά της στο νοικοκυριό σαν προσπάθεια να βοηθήσει τη μητέρα της, που εργαζόταν, αλλά η αδελφή της τα έβλεπε σαν μια προσπάθεια να παρασιτήσει το καλό παιδί..

Πέρασε τις εξετάσεις της στο σχολείο και μπήκε σε μια σχολή νοσηλευτικής γιατί της άρεσε. 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 Νίκη 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 Νίκη συνέχισε τα μαθήματα 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 αποφοίτησής της η Νίκη ζύγιζε 32 κιλά.

Ο πατέρας της παρουσίασε υπέρταση και του είπαν να χάσει βάρος, πράγμα που εύρισκε δύσκολο. Η Νίκη 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 τόσο άνθρωποι που πεινούσαν στον κόσμο».

Στα 19 της χρόνια επισκέφθηκε ένα γιατρό για την **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 πήρε περίπου 6 κιλά. 74

6.10.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΤΙΓΣΗ 1^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ Ν.Α. ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

<p>ΔΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>Αίσθημα κόπωσης ζάλη, καθώς και ανάγκη κατανάλωσης ζαχαρής.</p>	<p>Επανάκτηση δυναμικών ,σωματικών και ψυχολογικών</p>	<p>1.Κατά την πρωινή ώρα να γίνει λήψη αίματος για τον έλεγχο τυχόν επιπλοκές της νόσου</p> <p>2.Να γίνει μέτρηση σακχάρου αίματος,</p> <p>3.μέτρηση ζωπτικών σημείων ανά 3/ ορό και η αναγραφή τους στο νοσηλευτικό Διάγραμμα.</p> <p>4.Παρακολούθηση της αρρώστου για τυχόν λυποθημικό επεισόδιο.</p>	<p>1. Εξηγήσαμε στην άρρωστη ότι τα προαναφερθέντα συμπτώματα οφείλονται στη αδυναμία του οργανισμού λόγω έλλειψης βασικών στοιχείων διατροφής.</p> <p>2. Έγινε λήψη αίματος για εργαστηριακό έλεγχο</p> <p>3. Η ασθενής τέθηκε σε 3ωρα ζωτικά σημεία</p> <p>4. Α.Π. 90/80, ΣΦ.60, ΘΕΡ.36</p>	<p>Η Ασθενής δεν παραπονιέται για Αίσθημα κόπωσης ζάλη</p> <p>Δεν σημειώθηκαν παρακλίσεις στις φυσιολογικές τιμές.</p>

6.11.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ 1 ου ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ Ν.Α. ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

<p><u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u> <u>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</u> Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση</p>	<p><u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</u> <u>ΣΚΟΠΟΣ</u></p>	<p><u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u></p>	<p><u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u></p>	<p><u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u></p>
		<p>5. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.</p> <p>6. ενημέρωση του θεράποντα ιατρού.</p>	<p>5. Τέθηκε ορός Normal 0,9% 500 ml για την ενυδάτωση της ασθενούς.</p> <p>6. Ενημερώθηκε θεράπων ιατρός και κατόπιν εντολής του η ασθενής τέθηκε σε τήρωρη θερμιομέτρηση.</p>	

6.11.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ 1 ου ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕΝ.Α. ΜΕΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

<p><u>ΔΕΙΟΔΟΤΗΣΗ</u> <u>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</u> Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p><u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u></p>	<p><u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΣ</u></p>	<p><u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΣ</u></p>	<p><u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u></p>
<p>Ανησυχητική απώλεια βάρους(καχεξία)</p>	<p>Επανάκτηση του φυσιολογικού Βάρους,(1kg ανά βδομάδα.)</p>	<p>1. Διδασκαλία της ασθενούς 2. Για το ποσό σημαντική είναι η τροφή στον οργανισμό μας καθώς και τα θρεπτικά της στοιχεία. 3. Ζύγισμα της ασθενούς δυο φορές την ημέρα αυτονόηστα . 4.Επανελέγχος του διατροφολογίου της ασθενούς καθώς και σταδιακή</p>	<p>1. Δώσαμε στη ασθενή να καταλάβει ποσό σημαντική είναι η τροφή. 2. Ζυγίζουμε την ασθενή απροειδοποίητα ώστε να μην υπάρξει πιθανότητα αλλοίωση του βάρους από διαφορά τεχνάσματα της ασθενούς. Θερμ. 35,6 Σφν. 73mm Α.π 90mmhg</p>	<p>Επτεύχθηκε αύξηση βάρους 900 gr. τις πρώτες τρεις εβδομάδες. Το βάρος σώματος της παραμένει σταθερό.</p>

<u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u> <u>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</u> Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική διδγνωση	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΠΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
		5. Πρόσθεση βιταμινών και στοιχείων . 6. Συζήτηση με την ασθενή για το υγιείς πρότυπο μιας γυναίκας 7. Παρακολουθούμε την ασθενή μετά το γεύμα της για τυχόν δραστηριότητες αποβολής της τροφής(πρόκληση έμετων)	3. Μέτρηση ζωτικών σημείων καθώς και εισερχομένων και αποβαλλομένων 4. Ούρα 500ml Προσάμβανόμενα από το στόμα 250ml 5.Προσεγγίσαμε την άρρωστη και αξιολογήσαμε το επίπεδο κατανόησης καθώς και προσδιορίσαμε με ακρίβεια τις φοβίες της	

6.12.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΥΤΙΣΗ 2^οΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ Ν.Α. ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΧΑΣΙΑΣ

<p><u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u> <u>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</u> Ανύγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική Διέργωση</p>	<p><u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u></p>	<p><u>ΠΡΟΤΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΣ</u></p>	<p><u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΣ</u></p>	<p><u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΙΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u></p>
<p>Η Ασθενή κατά την 2^η μέρα παραμονής της μετά τη οριστή εμφάνισε σημάδια κρίσης πανικού</p>	<p>Να τεθεί υπό έλεγχο η κρίση</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Εκτίμηση της κατάστασης 2. Ενθαρρίνεται την άρρωστη να μιλήσει και να εξωτερικευτεί 3. Βοήθεια της ασθενούς με ψυχοανακουφιστικές 4. Μεθόδους. 5. Χορήγηση κατασταλτικών (solian 1 επι 2) και επι έντονης κρίσης ½ lexotamil 4mg. 6.Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Εκτιμήθηκε η κατάσταση της ασθενούς 2. Ενθαρρυνάμε την άρρωστη με ανοιχτές ερωτήσεις και προσεγγίσαμε με θερμό ενδιαφέρον για την κατάσταση της. 3. Χορηγήθηκε solian 15 μονάδων. 4. Εκκενώθηκε ο θάλαμος για την εξασφάλιση ηρεμίας. 	<p>Η ασθενής ηρέμησε και η κρίση τέθηκε υπό έλεγχο</p>

<u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u> <u>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</u> Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική διδραση	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΤΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
		7. Να ενημερωθεί ο θεράπων ιατρός .	5. Ενημερώθηκε η οικογένεια για την κατάσταση της ασθενούς. 6. Η οικογένεια αδιαφόρησε για την κατάσταση και αρνήθηκε να δώσει τη συγκατάθεση της για τη συμμετοχή της ασθενούς σε ομαδική ψυχοθεραπεία.	

6.12.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΛΤΙΣΗ 2 ου ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ Ν.Α. ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

<p><u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u> <u>ΑΤΟΜΟΥ/ΠΡΩΣΤΟΥ</u> <u>Ανύγκες-Προβλήματα</u> <u>Νοσηλευτική Διάγνωση</u></p>	<p><u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</u> <u>ΣΚΟΠΟΣ</u></p>	<p><u>ΠΡΟΤΠΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΣ</u></p>	<p><u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΣ</u></p>	<p><u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u></p>
<p>Καταθλιπτική εικόνα</p>	<p>Βελτίωση της καταθλιπτικής εικόνας του ασθενή.</p>	<p>Έλεγχος για τυχόν καταθλιπτικές τάσεις. Ελέγχουμε τα στοιμικά είδη για τυχόν βλαπτικά αντικείμενα. Να γίνει ενημέρωση της οικογένειας να μην της φέρνουν βλαπτικά αντικείμενα.</p>	<p>Χρήρηση αντικαταθλιπτικού (seroprin μια φορά ημερησίως) Σιγήητήσαμε με την ασθενή και προσπαθήσαμε να εξαμελούσουμε στοιχεία από τις προσωπικές της σκέψεις.</p>	<p>Η Ασθενή έκανε το πρώτο βήμα επικοινωνίας με το περιβάλλον εξωτερικεύοντας το θυμό της προς την οικογένεια . Η ασθενής έχει εμφανή σημεία συνεργασίας με το Νοσηλευτικό</p>
<p>Στις 10 να επιστρέψουμε τη ασθενή για την καθιερωμένη</p>			<p>Έγινε η στοιμίκρυση της οικογένειας προσπαθώντας</p>	

6.12.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ 2 ου ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ Ν.Α. ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΧΑΣΙΑΣ

		<p>Συννομιά μας.</p> <p>Να τρεθεί η φορημασεντική σκωπή κατόπιν εντολή ιατρού.</p> <p>Προεγγιση της ασθενούς με υπομονή και κατανόηση και δημιοσργία καρτώνλγλωσ περιβόλλωντος και δημιοσργία κλίματος εμπιστοσύνης</p>	<p>τη δημιοσργία ευχάριστου περιβόλλωντος για την</p> <p>σπορνγή δισάρεστων συννοσδημάτων και σοντοκατιστροφικών ιδείσμων.</p> <p>Δόθηκε στην ασθενή 1½l. uidionil.</p> <p>Ενημερώθηκε ο θεράπων ιατρός για την κατίστωση της</p>	<p>προσσωτικό, και υπάρχουν ενδείξεις από την γενικότερη συμπεριφορά της ότι έχει αρχίσει η δημιοσργία κλίματος εμπιστοσύνης, που είναι και το βασικό ζητούμενο για την περαιτέρω πορεία της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.</p>
--	--	---	---	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΛΥΣΗ 2 ου ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ.Ν.Α. ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

<p><u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</u> <u>Ανέγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική</u> <u>διόγνωση</u></p>	<p><u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</u> <u>ΣΚΟΠΟΣ</u></p>	<p><u>ΠΡΟΤΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u></p>	<p><u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u></p>	<p><u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u></p>
<p>Διαταραχή ύπνου</p>	<p><u>Μείωση των σπρεσογόνων</u> <u>παραγόντων</u></p>	<p>Συνεργασία με την ασθενή Για την επισημάνση εκείνων των περιστάσεων που αυξάνουν το σπρεές, Χορήγηση Ηρεμιστικών σε μικρές δόσεις, Αναφορά και διδασκαλία Στην άρρωστο ενώλακτικών μεθόδων χαλάρωσης.</p>	<p>Έγινε συζήτηση με την ασθενή και εκτιμήθηκε η υποκειμενική της εμπειρία του άγχους, Χορηγήθηκε 1½ lexotanil. Διδόχθηκε στην ασθενή η στρατηγική της προοδευτικής χαλάρωσης και της νωστής αναπνοής ήρεμου τοπιού.</p>	<p>Ασθενής κοιμήθηκε μετά από μια ώρα.</p>

6.12.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ 2ου ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ Ν.Α. ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

<p><u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u> <u>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</u> Ανύγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p><u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</u> <u>ΣΚΟΠΟΣ</u></p>	<p><u>ΠΡΟΤΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΣ</u></p>	<p><u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΣ</u></p>	<p><u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u></p>
<p>Αυτοκοιλότητα .</p>	<p>Επανάκτηση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου.(αφόδευση).</p>	<p>Διδασκαλία της ασθενούς Για τόπος σημειωτική είναι η εκκένωση του εντέρου</p> <p>Επανελέγχος του διαιτολογίου της ασθενούς</p> <p>Ενημέρωση του παθολόγου ιατρού.</p> <p>Χορήγηση 10cc Duphalac</p> <p>Έλεγχος για την απόδοση του φαριμάκου</p>	<p>Δώσαμε στη ασθενή να καταλάβει ποσό σημαντικό είναι η εκκένωση του εντέρου ,καθώς.</p> <p>Ενημερώσαμε την ασθενή για την προσωρινή αλλαγή της διατροφής της.</p> <p>Ενημερώθηκε ο θεράπον ιατρός.</p> <p>Κατόπιν εντολής του χορηγήθηκαν 10cc Duphalac</p>	<p>Η ασθενής ενεργήθηκε φυσιολογικά το φάρμακο απέδωσε.</p>

<p><u>ΔΕΙΟΛΟΓΗΣΗ</u> <u>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</u> Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p><u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u></p>	<p><u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u></p>	<p><u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u></p>	<p><u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u></p>
<p>Καταθλιπτική Διάθεση</p>	<p>Βελτίωση της κατάθλιψης Που σχετίζεται με την ασθένεια</p>	<p>Συγγές επισκέψεις (5- 10' min) Προειδοποίηση του αρρώστου ποτέ θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Διάθεση χρόνου για ακρόαση και ευζήτηση με τον ασθενή Έλεγχος για τυχόν αυτοκτονικές τάσεις Χορήγηση αντικαταθλιπτικών</p>	<p>9ημ Επισκεψη υπευθύνου νοσηλευτή Ενημερώθηκε η ασθενής για της νοσηλευτικές επισκέψεις Ενθαρρύνουμε την ασθενή μετά από προσεκτική ακρόαση των προβληματισμών της όσο αφορά το σώμα της. Χορηγήθηκε αντικαταθλιπτικό (seroxat 1/2 επί 2) Τοποθετήθηκε σε θέλαμο προστό για παρατήρηση.</p>	<p>Μείωση των επιπέδων άγχους. Η ασθενής έχει φτάσει στο σημείο να συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό. Αρχίζει να εξωτερικεύεται και να τη διακατέχει αίσθημα ασφάλειας.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ 1 ου ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ Ν.Α. ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

		<p>Παρατήρηση παρανεργειών από τη χρησιμοση αντικαταθλιπτικών.</p>	<p>Με τη βοήθεια κοινωνικής υπηρεσίας , έγινε η έναρξη της ασθενούς σε ομάδα</p>	
--	--	--	--	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια ασθένεια που παρουσιάζει ραγδαία αύξηση στην εποχή μας . Μάλιστα δεν είναι τυχαίο το ότι η Νευρογενής Ανορεξία είναι αρκετά συχνή στις δυτικές, ανεπτυγμένες χώρες όπου προβάλλεται το καχεκτικό πρότυπο γυναίκας και πολύ σπάνια σε χώρες του 3^{ου} κόσμου. Αυτή η πραγματικότητα όπως μπορούμε να συμπεράνουμε οφείλεται στα λανθασμένα κριτήρια που έχει θέσει ο άνθρωπος , όπου βασικό στόχο έχουν την έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση του ανθρώπου και όχι στην προσωπικότητα και στα εσωτερικά του χαρίσματα. Γεγονός που έχει ως συνέπεια μερικοί άνθρωποι να βλάπτουν 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 βαθμό θα πρέπει πρώτα από όλα να 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 . Η ενημέρωση πρέπει να έχει εκπαιδευτικό χαρακτήρα και να στοχεύει Α) Στην προβολή υγιών προτύπων και όχι καχεκτικών η αντίστοιχα παχύσαρκων Β) Στη σπουδαιότητα του ρόλου της σωστής διατροφής , Γ) Στην προαγωγή της επαφής του παιδιού με την πραγματικότητα και την ανάπτυξη ρεαλιστικής ιδέας για τον εαυτό του, δίνοντας έμφαση στο ρολό του μηχανισμού της εκτίμησης του ,και τέλος στον κίνδυνο της Νευρογενής Ανορεξίας και των Διατροφικών Διαταραχών γενικότερα, καθώς να γίνει σαφές ότι αυτές οι ασθένειες είναι συχνές και αρκετά σοβαρές.

Όσο αφορά τη Νοσοκομειακή περίθαλψη και το ρολό του νοσηλευτή στην αποτελεσματική αντιμετώπιση τη Νευρικής Ανορεξίας πρέπει να τονίσουμε και να επικεντρώσουμε την προσοχή μας στην ολιστική προσέγγιση του ασθενή όπου στόχο έχει τον σεβασμό ,την παιδαγωγική, θεραπευτική διαπροσωπική διεργασία που προωθεί την ωρίμανση της προσωπικότητας προς την κατεύθυνση μιας πιο οργανωμένης και ποιοτικής νοσηλευτικής και νοσοκομειακή υποστήριξη στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, όπως είναι η Νευρογενής Ανορεξία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι διατροφικές διαταραχές είναι ένα ιδιαίτερο θέμα και η αντιμετώπιση τους 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 καθώς επίσης και αν έχει τη γνώση των επιπτώσεων αυτού.

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: έλλειψη επικοινωνίας αποστασιοποίηση από αυτή, ψυχολογικά: αποθυμμένα και τελειοθηρικές τάσεις, ψυχιατρικά: άγχος κατάθλιψη, Γενετικά: ευθιγή αποδόθηκε στο χρωμόσωμα: I,

Όταν μια γυναίκα, ή ο περίγυρος 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.

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%

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.⁴³

Συμπερασματικά στην εργασία αυτή επικεντρώναστε στη ολιστική νοσηλευτική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα όπου ο ρόλος είναι πολυδιάστατος, έχει εύρος αρμοδιοτήτων και απαιτούνται σύγχρονες γνώσεις και δεξιότητες καθώς και θετικές στάσεις έναντι των ψυχικά πάσχοντα, καθώς αυτό προϋποθέτει προσωπική καλλιέργεια και ακεραιότητα χαρακτήρα του νοσηλευτή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Στεφανής Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β,(1993).Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς .Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση. σελ 218-225, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
2. American Psychiatric Association (1993) ,Practice Guideline for Eating Disorders. *Am. Journal of Psychiatry* 150: 2p. 207-228.
3. Crisp AH, McClelland Lisa (1994) *Anorexia Nervosa on the Model.* in Garner D, Garfinkel P.*Handbook of treatment to Eating Disorders*, p.p. 248-277, The Guilford press New York, London.
4. Hoek H.W (1993) *Review of the epidemiological studies of eating* *International Review of Psychiatry* p. 5, 61-74.
5. Eckrt D,Elke, Halmi A. Ketheriine, Marchi Peggy, Cohen Jacob(1987) *Comparison of Bulimic and not bulimic Anorexia Nervosa .Patients during treatment .Psychological Medicine* 1987, page 17,891-898
6. Βαρβογλή Λίζα ,*Νευρογενή ανορεξία Ένα σκοτεινό γυναικείο μυστικό* , www.in.gr/health/Article_9/2/2001_σ.1-2
7. Bruch Hilde (1982) *Anorexia Nervosa : Therapy and Theory Am. Journal of Psychiatry* p.139, 12, 1531-15388
8. Garner M. David, Garfinkel E. Paul (1984) (Ed:) *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, The Guilford Press, 1984
9. Crisp A.H. (1995) *Anorexia Nervosa: Let me be* I.E.A. London p.103-125.
10. Halmi Katherine (1993) *Psychological Mechanisms of Micronutrient Intake in Eating Disorders.* 9th World Congress of Psychiatry Abstract p. 211
11. Treasure J and Holland A (1995) *Genetic factors in F. eating Disorders* In Szmukler G Hare C Treasure J (Fds) *Handbook of Eating Disorder-Theory Treatment and Research* p.p 65- 81
12. Garfinkel Paul (1995A) *Eating Disorders.* In Kaplan H., Sadock K. (Eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 6th Ed. Vol. 2,Boston p.p 743-749

13. Eveline Atta *Ιατρική Αδύνατη μέχρι θανάτου* , Άρθρο ,www.iatriki.gr
 .Δευτέρα 5 Μαΐου 2003
14. Slacher .G. Bergmann H., Wiesnagrotzki S., Steiner-Mittelbach G., Kiss A, Abatzi Th.-A. (1992).j. *Primary Anorexia Nervosa: Gastric*
15. *Emptying and" Antral Motor Activity in 53 Patients.*
International Journal of Eating Disorders, Vol. 11, No.2, 163-172
16. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA(1994) *Synopsis of psychiatry 7 eds.*
Ch 22 Eating Disorders pp. 689-698 Williams and Wilkins
17. www.Αδύνατη Focusmag.gr/arycles,Ιατρική ,Αδύνατη μέχρι
 θανάτου,5/5/03
18. 'Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW (1992)
Psychiatric Touyz.WS, Beumont PJV (1997) Behavioural Treatment to
Promote Weight Gain in AN, in Garner D, Garfinkel P ,(Eds)
Handbook of Eating Disorders p. 361 -371 .The Guilford press.
19. Munuchin .S. Rosi'nan BJ: Bake M, (1978) *Psychosomatic Families:*
Anorexia Nervosa in context .Cambridge Mass, Harvard University
Press p.345.123.
20. Herzog W, Deter C., Vandereyken W. (1991) *Editors The Course of*
Eating Disorders : Long - term Follow - up Studies of Anorexia
Nervosa and Bulimia Springer - Verlag New York 1991.
21. Buchnell A, John, Wells J. Elisabeth, Hornblow R. Andrew, Oakley -
Brown A. Joyce Peter(1990). *Prevalence of three Bulimia Syndromes*
in the general Population Psychological Medicine, 20, 671-680
22. Dare C,(1997) *Family Therapy for Anorexia Nervosa .In Garner D,*
Garnfinkel P (Eds) Handbook of treatment for Eating Disorders, p.p.
307-324. The Guilford Press.
23. Yanger. J.(1982) *Family issues in the Pathogenesis of Anorexia*
Nervosa. Psychosomatics Medicine, p.44,43-60.
24. Σίμος Γ, (1996) *Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην*
πρόσληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόσληψης. Διδακτορική
Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκης.
25. Halmi K A, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J
(1991.): *Co morbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa*
Arch Gen Psychiatry 48:712-718

26. Hsu L.K.G. (1990) *Eating Disorders*, Guilford Press Hsu GLK (1995) *Outcome of Bulimia Nervosa* In: Brownell K, Fairburn C (Eds) *Eating Disorders and Obesity* pp. 238-244 The Guilford Press
27. Kazman.M. *Getting the differences Right >It's Power not Gender that Matter* .*Eur.J.of eating disorders*,vol,5 No2,
28. Rastam M. (1992) *Anorexia Nervosa in 51 Swedish Adolescents: Premorbid problems and comorbidity*. *J. of the Acad. Of child and adolescent Psychiatry*, 31, 819-82971-74
29. Keys A.Brozek J.Henschel A, Mickelsen O.Taylor HL(1950).*The biology Human starvation*.(2 Vols). University of Minnesota Press.Minneapolis
30. Garner D., Vituse K., Pirke K., (1997) *Cognitive behavioral Therapy for Anorexia Nervosa* In: Garner D, Garfinkel P (Eds) *Handbook of treatment for Eating Disorders* Guilford Press< (p.p. 94-144
31. Stacher G., Bergmann H., Wiesnagrotzki S., Steiner-Mittelbach G, Kiss A, Aozzi Th.-A (1992);. *Primary Anorexia Nervosa: Gastric Emptying and Antral Motor Activity in 68 Patients* *International Journal of Eating Disorders*, Vol 11, No.2, p.163-172
32. Vanderycken W (1990) *The addiction model in eating disorders: Some critical remarks and a selected bibliography*. *Int. J. of Eat. Dis* .p. 9, 95-101.
33. Λιάκος Α (1973) *Ψυχογενής Ανορεξία* , Στο Στεφάνης και συνεργάτες (Eds) *θέματα Ψυχιατρικής* (σ σ. 313-336)Αθήνα
34. Lacey H. J (1993) *Self-damaging and Addictive behaviour in Bulimia Nervosa A Catchment Area Study* *British Journal of Psychiatry*,p. 163, 190-194
35. Τάκης Νικόλαος, *Ψυχογενή Ανορεξία*, Γενικά θέματα, www.iatronet.gr Ιούλιος 2005.
36. Garner D.M., Olmsted M.P., Davis R., Rockert W., Goldbloom D Eagle M(1990) *The association between bulimic symptoms and reported psychopathology*. *International Journal of Eating Disorders*, p. 9, 115
37. Hsu L.K.G. (1990) *Eating Disorders*, Guilford Press Hsu GLK (1995) *Outcome of Bulimia Nervosa* In: Brownell K, Fairburn C (Eds) *Eating Disorders and Obesity* The Guilford Press pp. 238-244

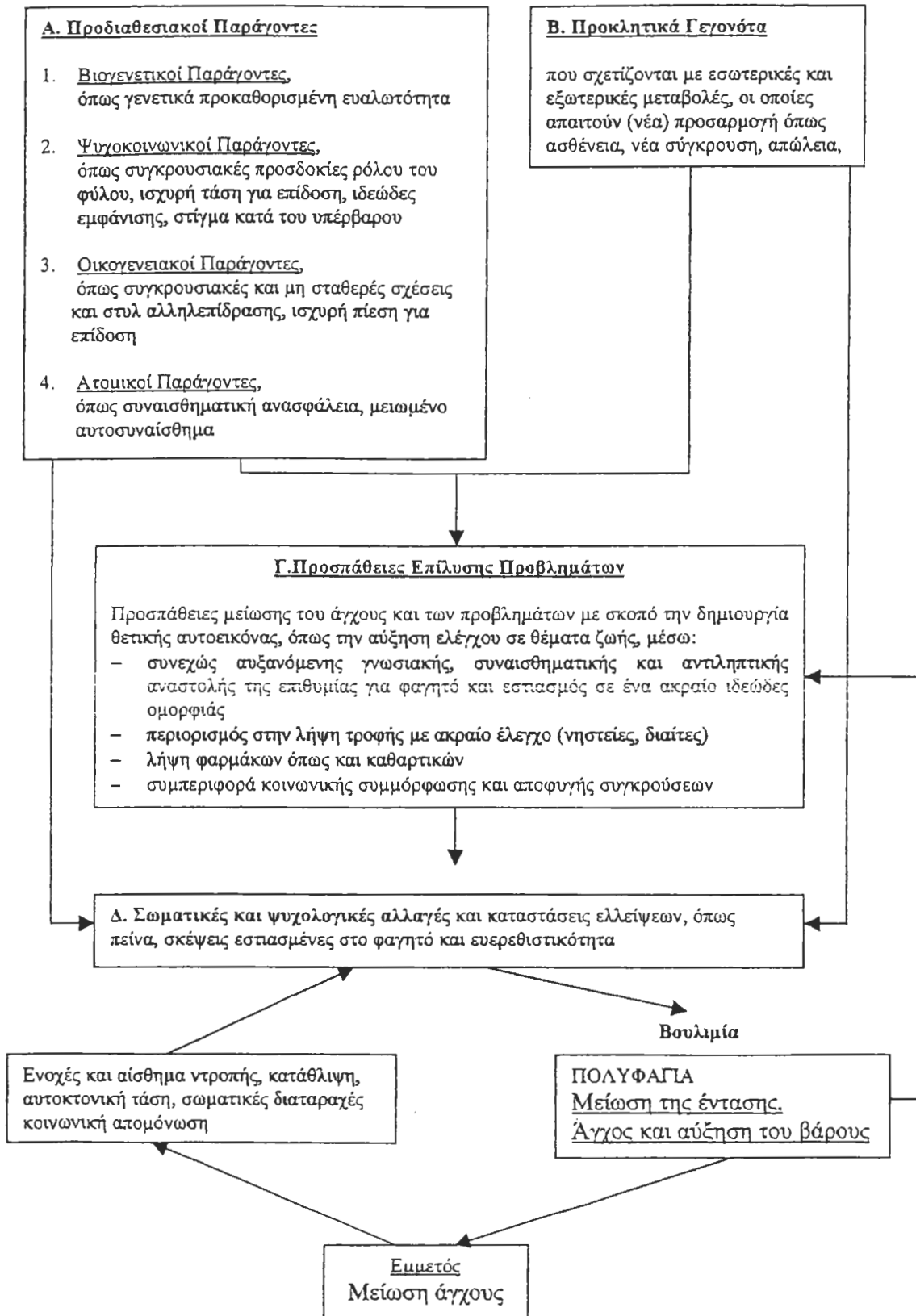
38. Nemiah J. and Sifneos P (1999), *Affect in Patients with Psychosomatic Disorders*. In Hill O. (Eds) *Modern Trends in Psychosomatic Medicine* II London-Worth p. 26-34
39. Barbarich C. Nicole, Claire Cohada, Jill Gaskill, Maria La Via 11/11/2004, . *An open Trial of olanzapine in anorexia Nervosa.*
40. *From the department of psychiatry, university of Pittsburg Medical School, J. Clin. Psychiatry, No 65, σ 1480-1482.*
41. Halmi. A., Katherine, Sunday R., Suzanne (1993) *Anorexia Nervosa in Adolescence: Effects of age and primary amenorrhea Abstract from Meeting: Mental Disorders in Children and Adole.*
42. Ντώνιας Σ, Καραστεργίου Α., Μάνος Ν (1991) *Στάθμιση της κλίμακας Ψυχοπαθολογίας DSM-VI σε Ελληνικό πληθυσμό Ψυχιατρική, 2, 42-48. scents, Biological Psychiatry, Vol 33, No 6A 1993 p. 55A*
43. Grarfinger Paul,, Garner D, Walsh TB. (1997) *Drug treatment In , Garner D, and Garfinkel P (Eds) Handbook of treatment for Eat. Dis. p. 372-380.*
44. Davies M (1982). *Epidemiology of depressive mood in adolescents Archives of General Psychiatry. 39, 1205 1212*
45. www.en.wikipedia.org/wiki/uprexia. *Anorexia Nervosa from wikipedia free encyclopedia. 30/7/2005.*
46. Παπαιωάννου και Παπαχρήστος (1990) *Η δειγματοληψία, Τομέας Στατιστικής Παν Ιωαννίνων*
47. Μ. Τορναρίτη, Προέδρου ΔΣ Ερευνητικού και Εκπαιδευτικού
48. *Ιδρύματος Υγεία του Παιδιού Δ.ρ Σ. Νικολάου, Εκπροσώπου της Παιδιατρικής Εταιρείας Κύπρου, τελικού χρήστη των αποτελεσμάτων Κ. Κατσώνη Προέδρου Παγκύπριου συνδέσμου στήριξης Ατόμων με Διατροφικές Διαταραχές. Δ.ρ Χ. Χατζηγεωργίου, Επιστημονικού Υπεύθυνου και Συντονιστή του Έργου*
49. P. Ro Treasure J and Ward A (1997) *A practical guide to the use of motivational interviewing in Anorexia nervosa F European eating Disorders Review p.p 102- 1212004*
50. Polivy and Herman PC (1993) *Etiologic of Binge Eating: Psychological mechanisms In: Fairburn C, Wilson GT (Eds) Binge Eating, Nature Assessment and Treatment pp. 173-205 The Guilford Press,*

51. Crisp j A.H (1997) *Anorexia Nervosa as Flight from Growth: Assessment and Au Treatment to Eating Disorders*, . The Guiford Press, New York, London Treatment based on the Model, in Garner D, Garfinkel P. Handbook p.p. 248-277
52. Russell G (1979) *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa* Psycho Med. p :429-448
53. Bassoe H. Hans (1990) *Anorexia | Bulimia Nervosa: The development of Anorexia Nervosa and of Mental Symptoms. Treatment and Outcome of the disease. Acta Psych. Scand. Suppl. 361, Vol 82, 1990 p. 7-13*
54. Fichter MM, Elton M, Sourdi L, Wever ,S, Koptagell-llal G (1988) *Anorexia nervosa in Greek and Turkish edition .European Archive of Psychiatry and Neurological Sciences. 237, 200-208.*
55. . www.cydadiet.org/amouncuents27.htm Αλεξία Παναγίδου , κλινική διαιτολόγος. p. 1,34
56. Worcester M. *Anorexia Nervosa System saint vin ent hospital .www.in.gr/anorexia/com. Ιανουάριος 1990*
57. Beumont PJV (1995) *The clinical presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia nervosa In: Brownell KD, Fairburn GC (Eds) Eating Disorders and Obesity (p.p. 151-158)*
58. Jan-zuc venisse la anorexe narvose Presse universita taverre de france (1983) *Μετάφραση Αθανάσιος Αλεξανδρίτης , Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα 1980. p 6, 7,60.*
59. American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (Washington pp. 544-545)*
60. ICD-10 (1993) *Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών . Συμπεριφοράς Απόδοση Επιμέλεια Στεφάνης Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β Εκδόσεις βήτα Αθήνα*
61. . Gowrs Simond and North Clive. *Difficulties 1999 in family functioning and adolescent anorexia nervosa. British journal of psychiatry No174, p.63-66.*
62. Dare .C. Eisler I (1995) *Psychodynami models of eating disorders .In Szmukler .G. Dare C, Treasure J (Eds) Hadbook of eatig disorders p.p.125-139*

63. Fairburn C (1997 C) *Interpersonal Psychotherapy for bulimia nervosa*
In Garner D, Garfinkel P (Eds) *Handbook of Treatment for Eat Dis*
The Guilford Press Fallen P, pp 278-293
64. Mitchell JE, Seim HC, Colon E, Pomeroy C (1987) *Medical complications and medical management of bulimia. Ann Intern Med* 107 71-77
65. Abraham Suzanne F, P.J.Y. Beumont, Deirdre M. Cobbin (1981)
Catecholamine Metabolism and Body Weight in Anorexia Nervosa
British Journal of Psychiatry (1981), 138, 244-247
66. Κοτρότσου Ε. Ψυχιατρική, Νοσηλευτική ,Σειρά εκπαιδευτική πιστοποίηση στη Νοσηλευτική. Εκδόσεις <<Ελλην>> .Αθήνα 1999.Σελ.50-56.
67. Sttrobber M, Lambert C, Morrell W, Burroughs J, Jacobs C (1997): *A controlled mily study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and of shared transmission with affective disorders. Int J Eating Disorders* 9:239-253.
68. Kaye W(1999).*The new biology of Anorexia and Bulimia Nervosa .Implications for Advances in treatment .European Eating Disorders Review, p 7.3,157-161*
69. Russell J, Beumont PJV (1970). *The endocrinology of anorexia nervosa* In Beumont PJV, Burrows GD, Casper RC, eds. *The handbook of eating disorders, part I: anorexia and bulimia nervosa.* Amsterdam: Elsevier, 201 34
70. Treasure J and Ward A (1997) *A practical guide to the use of motivational interviewing in Anorexia nervosa* F *European eating Disorders Review* p.p 102- 121
71. Ντιάνα Χαρίλα Κλινική Ψυχολόγος, Ψυχοθεραπεύτρια. (2000). *Ι.Ε.Θ.Σε Πακέτο σημειώσεων* [11www.IBRS.gr](http://www.IBRS.gr).
72. P.S.,willson. (1996) *Psychiatrics nursing Lippincott. .p. 421,424, 427,436*
73. Κατριβάνου,Α. *Ιστορικό Νευρογενούς Ανορεξίας .Εκδόσεις Ψυχιατρική Πανεπιστημίου Πατρών, 2002*
74. Κατριβάνου,Α. *Ιστορικό Νευρογενούς Ανορεξίας. Εκδόσεις Ψυχιατρική Πανεπιστημίου Πατρών, 2000*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πιν. 1α. Ένα περιεκτικό μοντέλο γένεσης διατήρησης της Νευρογενούς Βουλιμίας



Πιν. . Ιδιαιτερότητες στη (γνωσιακή - συμπεριφοριστική) θεραπεία εφήβων

Επιβάλλονται

- Ειδικοί χειρισμοί για την εγκαθίδρυση καλής θεραπευτικής σχέσης
 - ← συναισθηματική ευαλωτότητα εφήβων
 - ← αντιστάσεις προς κανόνες και συμβουλές

Ειδικοί χειρισμοί ως προς την απόκτηση (θετικής) αυτοεικόνας και ταυτότητας ← έφηβοι έχουν ρευστή αυτοεικόνα

- ← έφηβοι βρίσκονται στη διαδικασία απόκτησης ταυτότητας
- ← παρουσιάζουν ανόμοιο ατομικό προφίλ ωριμότητας

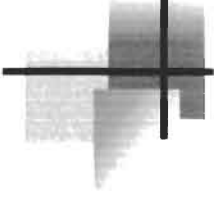
- Δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν αυτούσια οι περισσότερες γνωσιακές μέθοδοι που εφαρμόζονται σε ενήλικες

- ← δυσκολίες ενδοσκόπησης
- ← νοητικές λειτουργίες π.χ. η υποθετική - επαγωγική σκέψη είναι σε πλήρη ανάπτυξη (μεγάλες ατομικές διαφορές) κα.

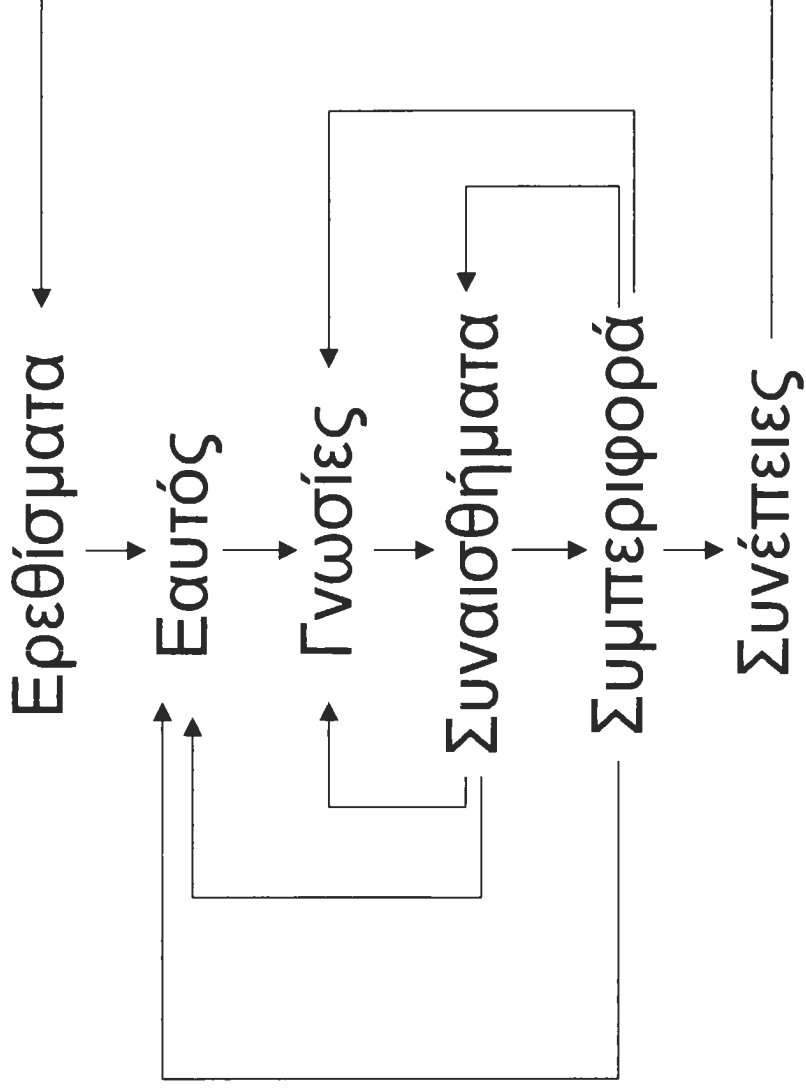


«Εξελικτική / γνωσιακή θεραπεία για παιδιά και εφήβους»
(Ronen, 1997)

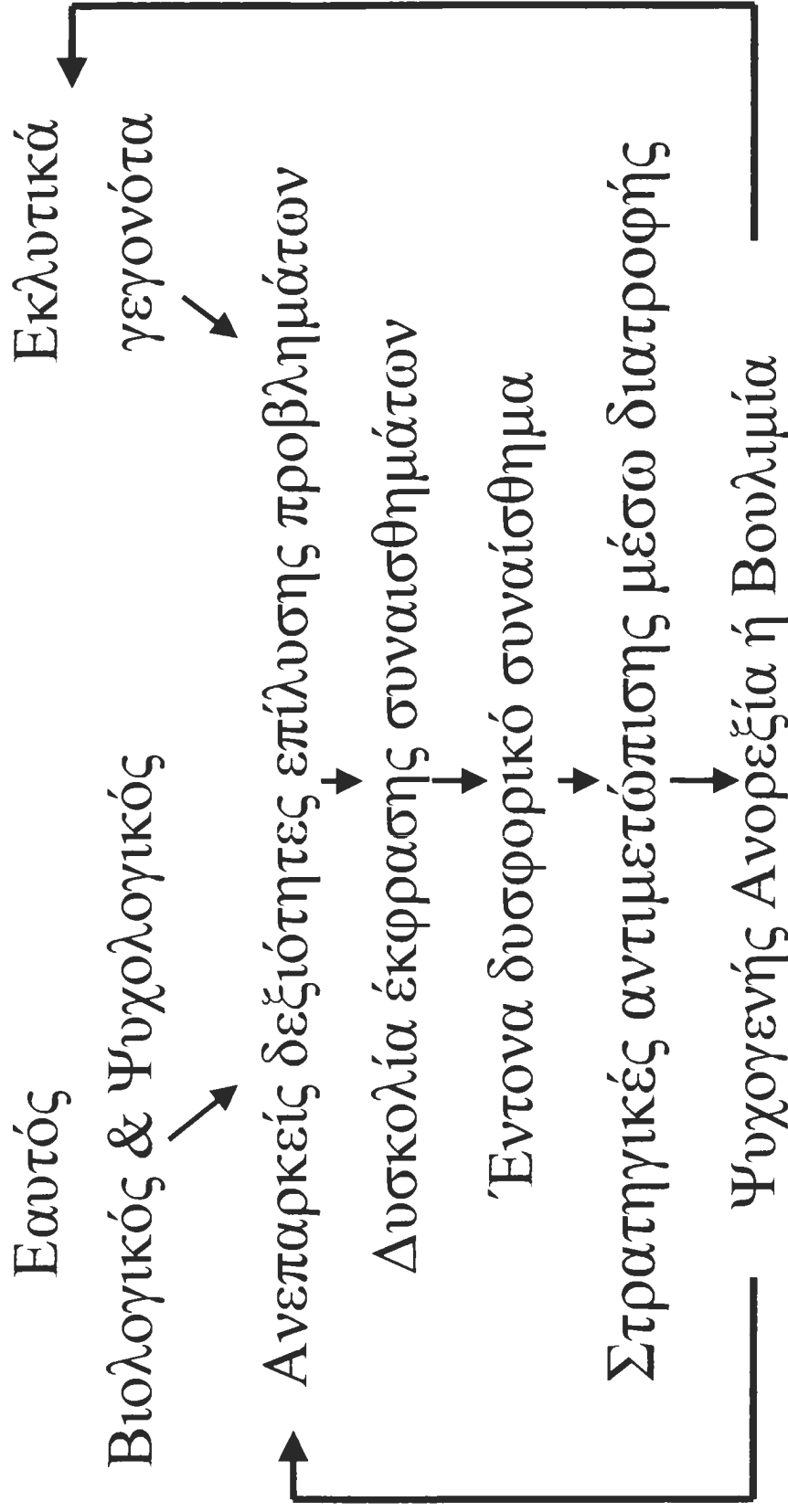
- Συμμετοχή «σημαντικών άλλων» (κυρίως γονέων) απαραίτητη
 - ← ο έφηβος είναι πολύ ευάλωτος στις απόψεις, στάσεις κ.α., όπως και στις συμπεριφορές τρίτων



Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ανάλυση



Μοντέλο αιτιογένεσης – διατήρησης ψυχογενούς βουλιμίας & ανορεξίας



Θεραπευτική παρέμβαση στη Ψυχογενή Ανορεξία (Garner & Isaak, 1985) (1)

1η Φάση

- Εγκατάσταση καλής θεραπευτικής σχέσης
- Εμπλοκή της πελάτισσας στη θεραπεία
- Επικέντρωση στις συμπεριφορές ελέγχου του βάρους

Θεραπευτική παρέμβαση στη Ψυχογενή Ανορεξία

(2)

2η Φάση

- Διερεύνηση των σκέψεων και των συναισθημάτων
- Συνειδητοποίηση της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στις σκέψεις, τα συναισθήματα και την δυσλειτουργική συμπεριφορά
- Τροποποίηση αντιλήψεων γύρω από το βάρος και την τροφή

Θεραπευτική παρέμβαση στη Ψυχογενή Ανορεξία

(3)

- Τροποποίηση αντιλήψεων γύρω από τον εαυτό
- Αποδοχή πιο ρεαλιστικών ερμηνειών των γεγονότων
- Υιοθέτηση πιο υγιών διατροφικών συμπεριφορών
- Συνεργασία με οικογενειακό περιβάλλον

