

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία

**«ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ»**



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ
ΚΑΡΑΘΑΝΑΣΗ ΕΛΕΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΠΑΤΡΑ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	11
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	11
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ.....	12
1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	16
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	16
2.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	16
2.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	20
2.2.1 ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΜΙΜΗΣΗ ΠΡΟΤΥΠΟΥ.....	20
2.2.2 ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	22
2.2.2.2 Α ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ.....	22
2.2.2.Β ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	23
2.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	25
2.3.1 ΟΙ ΡΙΖΕΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΣΤΗ ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	25
2.3.2. Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΗΣ	26
2.3.2.Α ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	28

2.3.2.Β ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	29
2.3.2.Γ Η ΔΙΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ..	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	32
3.1 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΚΑΙ Η ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥΣ	32
3.2 Η ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	32
3.3 ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΤΡΕΣ	35
3.4 ΜΕΤΑ ΕΦΗΒΙΚΟ ΞΕΚΙΝΗΜΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	37
3.5 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΜΗ ΛΕΥΚΕΣ ΦΥΛΕΣ	38
3.6 Η ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΕ ΝΕΥΡΟ-ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	40
ΤΑ ΤΕΣΣΕΡΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	40
4.1 1 ^ο ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ (THE ACHIEVEMENT STAGE)	41
4.2 2 ^ο ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ – ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΜΟΥ (THE SECURITY – COMPULSIVE STAGE).....	42
4.3 3 ^ο ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΚΑΤΗΓΟΡΗΜΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ (THE ASSERTIVE STAGE).....	45
4.4 4 ^ο ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΨΕΥΔΟ - ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ (THE PSEUDO - IDENTITY STAGE)	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	51
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	51

5.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	51
5.2. ΒΑΣΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	52
5.2.1. ΆΡΝΗΣΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ.....	52
5.2.2. ΦΟΒΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΟΥΣ.....	54
5.2.3. ΕΣΦΑΛΜΕΝΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ	55
ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ.....	56
5.2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	57
5.3. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΩΜΑ	60
5.4 ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	61
5.5. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ	62
5.6. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΓΡΩΝ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ (ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΕΠΠΛΟΚΕΣ).	62
5.7 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	63
5.8 ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΠΠΛΟΚΕΣ.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	65
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	65
6.1 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ - ΣΤΟΧΟΙ	65
6.2 ΓΝΩΣΙΑΚΗ - ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	66
6.2.1 ΓΝΩΣΙΑΚΗ - ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ.	67
6.2.2 ΓΝΩΣΙΑΚΗ - ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	68

6.2.3. ΔΕΣΜΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	69
6.2.4. ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΦΑΓΗΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ.....	71
6.2.5. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΡΟΦΗ.....	72
6.2.6. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ	73
6.3 ΆΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	75
6.3.1 ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	75
6.3.2. ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΟΜΑΔΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ....	76
6.3.3 ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗ.....	78
6 3.3.Α. ΔΙΑΓΝΩΣΗ:	79
6.3.3.Β ΘΕΡΑΠΕΙΑ:.....	79
6.3.4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	80
6.3.5. ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	80
6.3.5Α ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	81
6.3.5.Β. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	83
6.4 ΠΡΟΓΝΩΣΗ	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7Ο	88
7.1 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	88
7.2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	90
7.2.1 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	90

7.2.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΓΡΩΝ! ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ.....	92
7.2.3. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	93
7.2.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΚΕΨΗΣ	93
7.2.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ - ΑΥΤΟΠΕΠΟΙΘΗΣΗΣ	94
7.2.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	94
7.2.7 ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	97
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8Ο	100
ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.	100
8.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	101
8.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	101
8.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	102
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	103
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	103
9.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	103
9.1.1 ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ	103
9.1.2. Η ΠΡΟ ΤΗΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΦΑΣΗ - ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ	103
9.1.3. ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	104
9.1.4. ΤΕΛΙΚΗ ΦΑΣΗ	106
9.1.5. ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΙΣΚΕΨΗ.....	106

9.2 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	107
9.2.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ.....	107
9.2.2. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.....	108
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10	109
Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	109
10.1 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.....	109
10.2. ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.....	109
10.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	110
10.4. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	112
10.5. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	114
10.6 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	115
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11	117
ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	117
11.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ	117
11.2. ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....	117
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	120

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι πιο γνωστές διατροφικές διαταραχές είναι η νευρογενής/ψυχογενής ανορεξία (anorexia nervosa) και η νευρογενής/ψυχογενής βουλιμία (bulimia nervosa). Τα άτομα που πάσχουν από ανορεξία και νευρογενή βουλιμία είναι επί το πλείστον γυναίκες σε αναλογία 20:1 με τούς άντρες.

Η νευρογενής ανορεξία μέχρι και τα μέσα τον 20ού αιώνα ήταν σπάνια. Σημείωσε σημαντική έξαρση μετά από το 1960, καθώς από τότε και μέχρι σήμερα, πρωταγωνιστεί στο κοινωνικό status η εικόνα τον αδύνατον - ακόμα και σκελετωμένου σώματος - των φύλων, αλλά ειδικότερα της γυναίκας. Η έναρξη της νευρογενούς ανορεξίας συνήθως παρουσιάζεται σε ηλικίες μεταξύ 10-30 ετών. Μετά από την ηλικία των 13 ετών η εμφάνιση της διαταραχής πληθαίνει απότομα, και παρουσιάζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις ηλικίες 17 — 18 ετών. Στο 85% των περιπτώσεων των ασθενών με νευρογενή ανορεξία, η νόσος εμφανίζεται μεταξύ 13 — 20 ετών. Τα άτομα με νευρογενή ανορεξία έχουν σημαντικά λιγότερο βάρος τον αναμενόμενου. Το διαγνωστικό σύστημα DSM — IV ορίζει ότι το βάρος πρέπει να είναι λιγότερο από το 85% τον αναμενόμενου. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν κανονικό σωματικό βάρος πριν από την έναρξη της ασθένειας, και χάνουν βάρος κάνοντας έναν συνδυασμό, αυστηρής δίαιτας, άσκησης, και κάνοντας χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή διαιτητικών χαπιών. Τυπική συμπεριφορά των ανθρώπων αυτών, είναι η παράλειψη γευμάτων, και όταν τρώνε αποφεύγουν τροφές πλούσιες σε λίπος. Παρά το γεγονός ότι τα άτομα με νευρογενή ανορεξία είναι λιπόβαρα, βλέπουν τον εαυτό τους ή, συχνότερα, κάποια μέρη του σώματος, σαν να είναι πολύ μεγάλα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, έχουν ακριβή αντίληψη του μεγέθους τους. Το πρόβλημα εστιάζεται συχνότερα στην κρίση που κάνουν για το μέγεθος που βλέπουν. Οι ανορεξικοί εμφανίζουν μια έμμονη ανησυχία

ότι θα καταλήξουν να γίνουν πραγματικά υπέρβαροι εάν σταματήσουν τις σθεναρές τους προσπάθειες να διατηρήσουν τον έλεγχο του φαγητού και της άσκησης. Ο φόβος ότι πραγματικά θα γίνουν υπέρβαροι δε βασίζεται σε κάποιο γεγονός. Οι περισσότεροι ποτέ δεν ήταν σημαντικά υπέρβαροι, και τέτοια άτομα είναι απίθανο να κατάγονται από οικογένειες με παχύσαρκα μέλη. Ωστόσο, για πολλούς «πάχος» δε σημαίνει πράγματι «παχύσαρκος», απλά πιο εύσωμος από ότι αισθάνονται ότι μπορούν να ανεχθούν. Αξίζει να σημειωθεί ότι όσο αυξάνεται η απώλεια βάρους, μεγαλώνει ο φόβος και ο πανικός τους για την εμφάνισή τους.

Σύμφωνα με ειδικούς με την άθλια εμφάνισή τους οι ανορεξικοί θέλουν συχνά να τραβήξουν την προσοχή που νιώθουν ότι δεν τους έχουν δώσει και να ζητήσουν βοήθεια.

Ασθενείς που πάσχουν με νευρογενή ανορεξία για μεγάλο χρονικό διάστημα, χάνουν την επιθυμία να χάσουν βάρος και την ικανοποίηση να είναι λεπτοί. Αυτά τα άτομα εξακολουθούν να αρνούνται ότι το χαμηλό σωματικό τους βάρος αξίζει κάποια σοβαρή ιατρική ή ψυχολογική επέμβαση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σώμα μας, κατά τους ανθρωπολόγους, το τι τρωμε ή τι δεν τρωμε, το πώς ντυνόμαστε, οι καθημερινές τελετουργίες μέσα από τις οποίες το υπηρετούμε, είναι ένα ισχυρό διάμεσο, μια παντοδύναμη συμβολική φόρμα πάνω στην οποία εγγράφονται οι ιεραρχήσεις, οι κανόνες, οι αξίες μας.

Η δυτική κοινωνία, ως γνωστό, προσδίδει ιδιαίτερη αξία στη λεπτότητα του σώματος και τη σωματική άσκηση. Οι εικόνες που βομβαρδίζουν καθημερινά τα μάτια των πολιτών - καταναλωτών μέσα από τα ΜΜΕ προβάλλουν συνήθως ιδανικά σώματα, πολλές φορές προκαλώντας, εκτός από φαινόμενα υπερκατανάλωσης, και απρόσμενα προβλήματα υγείας. Η διαταραχή της "Νευρογενούς Ανορεξίας" μπορεί να θεωρηθεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα. Η νευρογενής ανορεξία αποτελεί τη μια από τις κυριότερες διαταραχές πρόσληψης τροφής. Οι ασθενείς, σε συντριπτικό ποσοστό κορίτσια ή γυναίκες ηλικίας 10 ως 30 (χωρίς να αποκλείονται και οι ασθενείς του αντίθετου φύλου), αρνούνται πεισματικά να διατηρήσουν το σωματικό τους βάρος στο κατώτερο ή πάνω από το κατώτερο φυσιολογικό. Διακατέχονται από έντονο φόβο ότι θα γίνουν παχύσαρκες, αντιλαμβάνονται το βάρος ή το σχήμα του σώματος τους λανθασμένα, ενώ χαρακτηριστικό είναι ότι αρνούνται την σοβαρότητα του μειωμένου βάρους τους.¹

Τα ακριβή αίτια της νευρογενούς ανορεξίας δεν είναι ακόμη πλήρως εξακριβωμένα. Υπάρχουν ενδείξεις για κληρονομική προδιάθεση, ενώ έχουν βρεθεί συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου, αλλά και κάποιες βιοχημικές ουσίες, οι οποίες παρουσιάζονται διαταραγμένες στις ασθένειες αυτές. Πιθανότατα σχετίζονται περιοχές του εγκεφάλου που ευθύνονται για το πώς αντιλαμβάνεται ο ασθενής το σώμα του. από ψυχολογική άποψη, υποστηρίζεται ότι η νόσος συνιστά αντίδραση στις απαιτήσεις για ανεξαρτησία και για ενεργό Κοινωνική και σεξουαλική

ζωή Κατά την εφηβεία, ενώ η ψυχαναλυτική σχολή τη σχετίζει με αδυναμία των ασθενών να αποδεσμευτούν από τη μητέρα τους και με καταπιεσμένες σεξουαλικές ή επιθετικές ενορμήσεις.

Η αναζήτηση θεραπείας, δεδομένης της σοβαρότητας και επικινδυνότητας της διαταραχής, είναι επιτακτική. Στις περισσότερες, μάλιστα, περιπτώσεις απαιτείται εισαγωγή σε νοσοκομείο, με σκοπό την πρόσληψη βάρους, αλλά και την παρακολούθηση και αντιμετώπιση των δυνητικά θανατηφόρων συνεπειών που ανέφερα πιο πάνω. Η θεραπεία δεν είναι εύκολη καθώς, μέχρι στιγμής, δεν υπάρχουν φάρμακα με τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα. Φαρμακευτική θεραπεία χρησιμοποιείται σχεδόν αποκλειστικά για την αντιμετώπιση τυχούσας συνυπάρχουσας κατάθλιψης. Απαιτείται εντατική ψυχοθεραπεία, που αποσκοπεί στην ριζική μεταβολή της στάσης και των συνηθειών της ασθενούς απέναντι στη λήψη τροφής. Σημαντικότερη, τέλος είναι η στάση του κοινωνικού περιβάλλοντος απέναντι στην ασθενή, η οποία πρέπει να είναι ειλικρινής - χωρίς υπεκφυγές και εθελοτυφλισμό - δοσμένη όμως πάντα μέσα από κλίμα αγάπης, κατανόησης και ειλικρινούς στήριξης, έχοντας σκοπό την καθοδήγηση της προς αναζήτηση σωστής και άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης.¹

Στα κεφάλαια που ακολουθούν αναλύονται τα πιθανά αίτια που οδηγούν στην εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας, περιγράφονται τα συμπτώματα σε όλους τους τομείς και προτείνονται τρόποι θεραπευτικής αποκατάστασης, νοσηλευτικής παρέμβασης και πρόληψης.

ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1

1.1 Ορισμός

Η ψυχογενής Ανορεξία (ή νευρογενής ανορεξία – anorexia nervosa) είναι ένα σύνδρομο αυτο-επιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ. Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος, έντονος φόβος του ατόμου μήπως γίνει παχύ, διαταραχή στη σωματική εικόνα, σημαντική απώλεια βάρους, και αμηνόρροια στις γυναίκες.

Άτομα με τη διαταραχή αυτή λένε ότι «νιώθουν παχιά» όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή ακόμα κι όταν έχουν απισχνανθεί κι αυτό γιατί ή απώλεια του βάρους δεν καθησυχάζει το φόβο τους της παχυσαρκίας. Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη του σώματος τους ολόκληρου και της εξωτερικής τους σωματικής εικόνας δεν μπορούν να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις συμπεριλαμβανομένου του αισθήματος της πείνας, πιστεύουν ότι το σώμα τους ή διάφορα μέρη του είναι «πολύ παχιά» ακόμα κι όταν είναι κάτω από το φυσιολογικό βάρος.

Βέβαια η λέξη «ανορεξία» είναι αποπροσανατολιστική. Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης, γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνον αργά στην πορεία της νόσου. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στην ταυτότητα και στην αυτονομία, για λόγους που ακόμα δεν γνωρίζουμε. Η απώλεια του βάρους συνήθως κατορθώνεται με μείωση της συνολικής ποσότητας τροφής με δυσανάλογη ελάττωση σε τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, με προκλητό εμετό, με χρήση καθαρτικών ή διουρητικών και με εξαντλητική άσκηση.³

1.2 Ιστορική εξέλιξη

Η πρώτη περιγραφή της διαταραχής αυτής επιχειρήθηκε το 1689 στην Αγγλία από τον Richard Merton, ο οποίος την ονόμασε "Νευρική Φθίση". Το 1873, στη Γαλλία, ο καθηγητής της ιατρικής στο Παρίσι Ernest Laseque δημοσίευσε το άρθρο του «Περί της υστερικής ανορεξίας», όπου περιέγραψε 8 ασθενείς, κυρίως νεαρές κοπέλες, στις οποίες η έναρξη της νόσου είχε προκληθεί από κάποιο συγκινησιακό ερέθισμα.

Ο όρος "Anorexia nervosa" (νευρογενής ανορεξία), πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον Sir William Gull, ένα γιατρό στο νοσοκομείο Guy's του Λονδίνου, σε άρθρο που δημοσίευσε, το 1874, στο οποίο περιέγραφε τα ιστορικά τεσσάρων περιπτώσεων, από τις οποίες η μια είχε καταλήξει στο Θάνατο.

Μετά τις περιγραφές του 19ου αιώνα, η νοσολογική οντότητα της ψυχογενούς ανορεξίας στη συνέχεια συσκοτίστηκε και έγινε σύγχυση της με την πανυποφυσιακή καχεξία, που περιγράφηκε από τον Simmonds το 1914. Ο S. Freud, την θεώρησε ως υστερικό σύμπτωμα μετατροπής. Το 1951 ο Γερμανός Χένι πρότεινε το άνομα «Ψυχογενής Ανορεξία» για το σύνδρομο, ενώ στην Αμερική επικρατεί κυρίως η ονομασία Νευρογενής ανορεξία. Αν και η διαφοροποίηση γενικευμένη υπολειτουργία της υπόφυσης έγινε τελικά το από 1949 η υπεργενίκευση της αποφυγής λήψης τροφής, στην οποία παρέπεμπε ο όρος "ανορεξία", προκάλεσε παράταση της σύγχυσης μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '70.

Με τις εργασίες της Bruch (1966), που περιέγραψε τη χαρακτηριστική «ανυποχώρητη επιδίωξη της ισχύτητας», και των Crisp (1967), που απέδωσε βασικό ρόλο στη «φοβία του πάχους», και τέλος τις δημοσιεύσεις του Russell στη δεκαετία του '70, τα πράγματα ξεκαθάρισαν και τέθηκαν οι βάσεις για τη σύγχρονη κατανόηση και τα

κριτήρια για τη διάγνωση της νοσολογικής οντότητας της «πρωτοπαθούς» ψυχογενούς ανορεξίας.⁴

1.3 Επιδημιολογία Ψυχογενούς Ανορεξίας

Οι διαφόρου τύπου Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής που έχουν αναφερθεί αφορούν εφήβους και νεαρής ηλικίας σπουδαστές σε ποσοστό μέχρι 4%. Η Ψυχογενής Ανορεξία αναφέρεται πιο συχνά τις τελευταίες δεκαετίες απ' ό,τι στο παρελθόν, με αυξανόμενη διάδοση της διαταραχής σε κορίτσια και αγόρια προεφηβικής ηλικίας και κατέχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών.⁵ Η συνηθέστερη ηλικία έναρξης της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι το μέσο της εφηβείας, αλλά για ένα ποσοστό ανορεξικών ασθενών, το οποίο φτάνει μέχρι και το 5%, τοποθετείται στα πρώτα χρόνια της 3ης δεκαετίας (από τα 20 έως τα 25 έτη).

Υπολογίζεται ότι η Ψυχογενής Ανορεξία εμφανίζεται στο 0,5 με 1% των εφήβων κοριτσιών. Εμφανίζεται 10-20 φορές συχνότερα στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες. Ένα ποσοστό 90-95% των ασθενών με διαγνωσμένες Δ.Π.Τ. είναι γυναίκες. Το υπόλοιπο 5-10% πρόκειται για άνδρες στους οποίους έχει διαγνωσθεί είτε Ψυχογενής Ανορεξία ή Ψυχογενής Βουλιμία. Από αυτούς το 0,2% είναι έφηβοι και άνδρες στην πρώτη νεότητα. Δεδομένου ότι στους άνδρες απουσιάζει ένα από τα κυριότερα συμπτώματα της Ψυχογενούς Ανορεξίας, η αμηνόρροια, συχνά εξαιρούνται των ερευνών. Αυτή η εξαίρεση έχει ιδιαίτερα αρνητικό αντίκτυπο στο ποσοστό ανίχνευσης της Ψυχογενούς Ανορεξίας μεταξύ των ανδρών.

Η Ψυχογενής Ανορεξία ήταν ανέκαθεν πιο διαδεδομένη στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις παρά στις κατώτερες και μεταξύ εργατών. Σήμερα οι γνώμες δίστανται, κάποιες έρευνες επιβεβαιώνουν αυτήν την αντίληψη

ενώ άλλες δε δείχνουν μια τέτοια διασπορά. Επίσης, η ανάπτυξη και η διάδοση των Δ.Π.Τ. είναι υψηλότερη στις αστικές περιοχές, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι στις αγροτικές περιοχές δεν εμφανίζεται το πρόβλημα. Μάλιστα, ο κίνδυνος για Δ.Π.Τ. στις αγροτικές περιοχές είναι αυξημένος συγκριτικά με ότι ίσχυε στο παρελθόν.⁶

Τα περιστατικά Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι συχνότερα στις ανεπτυγμένες χώρες ή αλλιώς αποκαλούμενες Δυτικές κοινωνίες, όπου επικρατεί η αντίληψη ότι η ισχνότητα συνεπάγεται υγεία φόρμα και ελκυστικότητα, ενώ η παχυσαρκία συνεπάγεται φτωχή υγεία, έλλειψη δύναμης της θέλησης και αυτοελέγχου και ασχήμια. Αντίθετα, στις μη-Δυτικές κοινωνίες η Ψυχογενής Ανορεξία και οι σχετικές με αυτήν Δ.Π.Τ. είναι σπάνιες. Υπάρχουν δυο θεωρίες που ίσως να εξηγούν την χαμηλή συχνότητα διάδοσης αυτών των διαταραχών στις παραπάνω κοινωνίες. Η πρώτη υποστηρίζει ότι οι πληθυσμοί αυτοί όχι μόνο δείχνουν μεγαλύτερη αποδοχή σε μεγαλύτερα σωματικά βάρη, αλλά πολλές φορές συνδυάζουν τα υπέρβαρα σώματα με την καλή υγεία, ενώ η ισχνότητα θεωρείται πρόβλημα. Η άλλη θεωρία αφορά την εκπόνηση ερευνών στους πληθυσμούς αυτούς. Είναι λιγοστές οι μελέτες που πραγματοποιούνται σε αυτές τις περιοχές συγκριτικά με τις αντίστοιχες που λαμβάνουν χώρα στις Δυτικές Κοινωνίες (π.χ. Η.Π.Α.). Επιπλέον, είναι δυσκολότερη η διεξαγωγή μιας έρευνας σε μη Δυτικές κοινωνίες αφού όλα τα απαραίτητα μέσα-εργαλεία (π.χ. ερωτηματολόγια) είναι σχεδιασμένα για τις Δυτικές κοινωνίες και χρειάζονται ειδική προσαρμογή ώστε να χρησιμοποιηθούν στους πληθυσμούς αυτούς.⁷ Φυσικά δεν πρέπει να παραληφθεί το γεγονός ότι σε πολλούς μη-Δυτικούς πολιτισμούς, οι υπεύθυνοι για την υγεία φορείς επικεντρώνουν την προσοχή τους στην πρόληψη και ίαση των ασθενειών. Συνεπώς οι Δ.Π.Τ. ίσως να μην αντιμετωπίζονται ως σοβαρές ασθένειες που χρήζουν ιατρική θεραπεία (εκτός κι αν ο ασθενής πεθαίνει). Επιπροσθέτως, οι

Δ.Π.Τ., όπως και άλλες ψυχιατρικές ασθένειες, ίσως να θεωρούνται οικογενειακά προβλήματα και όχι προβλήματα που αφορούν τους ειδικούς της υγείας.

Η ενασχόληση με συγκεκριμένα επαγγέλματα και δραστηριότητες, όπως χορός, μόντελινγκ και αθλήματα που απαιτούν ισχύτητα (π.χ. δρόμοι μεγάλων αποστάσεων, κολύμβηση, ρυθμική ή ενόργανη γυμναστική) συσχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά διάδοσης Δ.Π.Τ. και στα δύο φύλα.⁸

Τέλος, η Ψυχογενής Ανορεξία φαίνεται πως έχει μεγαλύτερη συχνότητα διάδοσης μεταξύ ατόμων τις Καυκάσιας φυλής έναντι των Αφρικανών, των Ασιατών και των Ισπανοφώνων (Λατίνων).



Εικόνα 1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η έναρξη των Δ.Π.Τ. γενικά και ειδικότερα της Ψυχογενούς Ανορεξίας φαίνεται να είναι πολυπαραγοντική. Ενώ ορισμένοι εμφανείς παράγοντες κινδύνου έχουν προσδιοριστεί, δεν υπάρχει καμία γνωστή, άμεση αιτιότητα. Η χαμηλή διάδοση της Ψυχογενούς Ανορεξίας καθιστά δύσκολη την αναμενόμενη έρευνα και για κάθε δεδομένη αποκάλυψη ή ευαισθησία, πολύ περισσότερα άτομα διαθέτουν τους παράγοντες κινδύνου από αυτά που αναπτύσσουν τη διαταραχή. Μια πολύ πιθανή εξήγηση είναι η ύπαρξη μιας αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες κινδύνου. Φαίνεται ότι οι παράγοντες που σηματοδοτούν την έναρξη της διαταραγμένης διατροφής και της εφαρμογής δίαιτας, διαφέρουν από εκείνους που διατηρούν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά όταν καταντά προβληματική.⁸

2.1 Βιολογικοί παράγοντες

i) Η σεροτονίνη ενοχοποιείται για τη νευρογενή ανορεξία. Αμερικάνοι επιστήμονες δημοσίευσαν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η νευρογενής ανορεξία σχετίζεται με διαταραχές στην εγκεφαλική χημεία, σύμφωνα με δημοσίευμα του επιστημονικού εντύπου Archives of General Psychiatry. Ερευνητική ομάδα του πανεπιστημίου του Πιτσμπουργκ με επικεφαλής την Δρ. Ούρσουλα Μπάϊλερ απέδειξε ότι η νευρογενής ανορεξία, σχετίζεται με διαφοροποιήσεις στην δραστηριότητα της σεροτονίνης χημικής ουσίας που σχετίζεται με τη διάθεση και το άγχος.

Οι επιστήμονες συνέκριναν τη δραστηριότητα της σεροτονίνης σε γυναίκες με νευρογενή ανορεξία που είχαν αναρρώσει και σε άλλες που δεν είχαν ιστορικό διαταραχών διατροφής. Παρακολουθώντας την εγκεφαλική δραστηριότητα των γυναικών παρατήρησαν σημαντικά

υψηλότερη δραστηριότητα της σεροτονίνης σε αρκετά τμήματα του εγκεφάλου γυναικών που είχαν αναρρώσει. Ωστόσο, τα υψηλότερα επίπεδα εντοπίστηκαν μεταξύ των γυναικών που είχαν τα περισσότερα σημάδια άγχους.

Οι ερευνητές εικάζουν λοιπόν ότι η μόνιμη διαταραχή των επιπέδων της σεροτονίνης μπορεί να οδηγήσει σε άγχος, το οποίο ίσως προάγει την ανορεξία. Ωστόσο, δεν αποκλείουν την πιθανότητα τα επίπεδα της σεροτονίνης να τροποποιούνται από τον υποσιτισμό που σχετίζεται με την συγκεκριμένη διαταραχή.⁹

Τα στοιχεία που προέκυψαν θα μπορούσαν να αποτελέσουν την αρχή για την καλύτερη κατανόηση της αιτίας της νευρικής ανορεξίας. Στη συνέχεια θα μπορούσαν να αναπτυχθούν νέα φάρμακα που θα στοχεύουν επιλεκτικά στη διάρθρωση των βιοχημικών ανωμαλιών του φαίνεται ότι υπάρχουν και προκαλούν τη νευρική ανορεξία.⁶

ii) Γονίδια υπεύθυνα για την ανορεξία

Αμερικανοί επιστήμονες ίσως βρίσκονται πολύ κοντά στον εντοπισμό ορισμένων γονιδίων που αυξάνουν την επιρρέπεια του ατόμου στην ανορεξία — βουλιμία, σύμφωνα με δύο νέες μελέτες που δημοσιεύονται στο επιστημονικό έντυπο *American Journal of Medical Genetics*.

Αν και πολιτιστικοί παράγοντες που επιβάλλουν ένα συγκεκριμένο σωματικό μοντέλο συμβάλλουν στην βουλιμία και την ανορεξία, οι ερευνητές πιστεύουν από μελέτη που έγινε σε μέλη οικογενειών οι οποίες διατροφικές διαταραχές έχουν ισχυρές γενετικές επιρροές.

Ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου του Πίτσμπουργκ με επικεφαλής τον Δρ. Γουόλτερ Κάιγ χρησιμοποίησε στοιχεία που αφορούσαν περίπου 400 οικογένειες στις οποίες πολλά μέλη υπέφεραν από μια διατροφική διαταραχή. Από περισσότερα από 100 χαρακτηριστικά συμπεριφοράς και προσωπικότητας, που πιστεύεται ότι συμβάλλουν στη βουλιμία και την

ανορεξία, οι επιστήμονες επικεντρώθηκαν σε έξι «βασικά» χαρακτηριστικά που αποτελούσαν Το κλειδί στον κίνδυνο εκδήλωσης διατροφικής διαταραχής και Τα οποία μέχρι ενός σημείου είναι κληρονομικά.

Σε αυτά συμπεριλαμβάνονταν η τελειομανία, το άγχος και η ηλικία της πρώτης εμμηνου ρύσης και σε μικρότερο βαθμό, η ανησυχία για λάθη, η σχετιζόμενη με το φαγητό μανία και το ελάχιστο σωματικό βάρος κατά τη διάρκεια της ζωής.

Στη συνέχεια οι επιστήμονες διενήργησαν συνδυαστική ανάλυση για να δουν αν μπορούσαν να εντοπίσουν περιοχές στο γονιδίωμα που επηρεάζει τον κίνδυνο εκδήλωσης ανορεξίας και βουλιμίας.

Ανακάλυψαν ότι περιοχές σε αρκετά χρωμοσώματα έδειχναν σημαντικές συσχετίσεις με την βουλιμία και λιγότερο «ενδεικτικές» συσχετίσεις με την ανορεξία, γεγονός που σημαίνει ότι γονίδια που εντοπίζονται στις συγκεκριμένες χρωμοσωματικές περιοχές ίσως απονέμουν επιρρέπεια στις διατροφικές διαταραχές.

Παρατηρήθηκε μια σχετικά μικρή επικάλυψη στις χρωμοσωματικές περιοχές που συνδέονται με τις δυο διατροφικές διαταραχές. Αυτό σύμφωνα με τους επιστήμονες δείχνει ότι αν και η ανορεξία και η βουλιμία σχετίζονται ίσως διαφέρουν ουσιαστικά σε γενετικό επίπεδο.

Για παράδειγμα, μια περιοχή στο χρωμόσωμα 10 που συσχετίζεται με τη βουλιμία, αλλά όχι με την ανορεξία, επίσης επικαλύπτει μια περιοχή που σχετίζεται με την παχυσαρκία. Αυτό είναι αρκετά ενδιαφέρον, διότι οικογένειες που επηρεάζονται από τη βουλιμία επίσης τείνουν να έχουν, υψηλότερη του μέσου όρου συχνότητα παχυσαρκίας, ενώ δεν ισχύει το ίδιο για, τις οικογένειες που επηρεάζονται από την ανορεξία.

Απ' την άλλη προέκυψαν αποδεικτικά στοιχεία ότι συγκεκριμένα γονίδια, περιλαμβανομένων, και εκείνων σε μια χρωμοσωματική περιοχή που

σχετίζεται με την βασανιστική επιμονή για κάτι, ίσως απονέμουν επιρρέπεια τόσο στην ανορεξία όσο και στη βουλιμία.¹⁰

iii) Ο ρόλος της κληρονομικότητας στην ανορεξία

Σύμφωνα με μια νέα μελέτη τα γονίδια παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση νευρογενούς ανορεξίας. Η μελέτη, που έγινε σε διδύμους από τη Σουηδία, αποκάλυψε ότι το περίπου 56% του κινδύνου ανάπτυξης αυτής της διαταραχής της όρεξης εξαρτάται από το οικογενειακό ιστορικό της νόσου. Το υπόλοιπο 44% οφείλεται σε άλλους μη ειδικούς παράγοντες, έγραψαν οι ερευνητές από το Πανεπιστήμιο της Βορείου Καρολίνας στο Τσάπελ Χιλ στην επιθεώρηση «Αρχαία Γενικής Ψυχιατρικής».

«Η ανορεξία είναι μια μετρίως κληρονομούμενη ψυχιατρική διαταραχή, η οποία ενδέχεται να προβλεφθεί από την ύπαρξη πρώιμου νευρωτισμού, που χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, συναισθηματική αστάθεια και αισθήματα κατάθλιψης, άγχους και ενοχών», γράφουν οι ερευνητές. Τα ευρήματα τους βασίστηκαν σε μια βάση δεδομένων από περισσότερους από 31.000 διδύμους οι οποίοι γεννήθηκαν στη Σουηδία μεταξύ του 1935 και του 1958 και των οποίων το ιατρικό ιστορικό καταγράφεται από τότε διαρκώς. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 1,2% των γυναικών και λιγότερο από το 1% των ανδρών έπασχαν από νευρογενή ανορεξία.¹¹

iv) Νέα στοιχεία για την προέλευση της Νευρογενούς ανορεξίας.

Σε ελαττωματική λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος οφείλονται η νευρογενής ανορεξία και η βουλιμία, σύμφωνα με Σουηδική μελέτη, που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο proceedings of the National Academy of Sciences

Οι Ερευνητές του Ινστιτούτου Καρολίνσκα της Σουηδίας, ανέλυσαν δείγματα αίματος που παρέλαβαν από αρκετές γυναίκες που έπασχαν από

τις εν λόγω διαταραχές, με σκοπό να εξετάσουν τη συμπεριφορά των αντισωμάτων του οργανισμού τους στις λοιμώξεις από τις οποίες είχαν προσβληθεί.

Αυτό που διαπίστωσαν ήταν ότι πολλοί ασθενείς παρήγαγαν αντισώματα τα οποία, αντί να καταπολεμούν τα εχθρικά κύτταρα' στρέφονταν εναντίων των κυττάρων του υποθαλάμου της υπόφυσης, δηλαδή δύο βασικών εγκεφαλικών δομών. Ως αποτέλεσμα και με δεδομένο ότι τα εν λόγω όργανα ρυθμίζουν το μεταβολισμό, η συγκεκριμένη ελαττωματική λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος προκάλούσε στα άτομα της έρευνας είτε το συμπτώματα της νευρογενούς ανορεξίας, είτε της βουλιμίας.

Αναλύοντας τα συμπεράσματα της έρευνας, οι επιστήμονες τονίζουν ότι δεν έχουν καταφέρει να αποσαφηνίσουν την αιτία για την οποία τα αντισώματα επιτίθενται στα υγιή κύτταρα του οργανισμού. Ωστόσο, υποθέτουν ότι αυτά πιθανότατα καταστρέφουν ή αλλοιώνουν τα νευρικά ερεθίσματα του εγκεφάλου που ελέγχουν την προσλαμβανόμενη ποσότητα φαγητού και, τελικά, το σωματικό βάρος.¹²

2.2 Κοινωνικοί παράγοντες

2.2.1 Σύγχρονη κοινωνία και μίμηση προτύπου.

Σε κοινωνίες που δεν εκτιμούν την λεπτόσωμη εμφάνιση, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι σπάνιες. Αντίθετα στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, όπου δίνεται έμφαση στο λεπτόσωμο ιδεώδες και τη σωματική άσκηση, η νευρογενής ανορεξία εξακολουθεί να βρίσκεται στις πρώτες θέσεις στον πίνακα των «Μοντέρνων» ασθενειών.

Γενικά σ' αυτές τις κοινωνίες η λεπτόσωμη εμφάνιση θεωρείται ωραία, η τηλεόραση, τα περιοδικά και οι εφημερίδες είναι γεμάτα με εικόνες, λεπτών ελκυστικών αγοριών και κοριτσιών. Τα Μ.Μ.Ε. διαφημίζουν

επίμονα «θαυματουργές» δίαιτες και μεθόδους εξάσκησης για να κάνουν τον Κόσμο να πλασάρει το σώμα του σύμφωνα με τα τεχνητά Πρότυπα, τις ιδανικές αναλογίες και έτσι να συμβαδίζει με τη μορφή σώματος που προωθούν. Στην υπηρεσία του «στόχου» της λεπτής σιλουέτας έχει στηθεί μια ολόκληρη βιομηχανία παραγωγής ειδώλων που συνεχώς μας βομβαρδίζει μεσω του καλά οργανωμένου "Star System" με ακαταμάχητες εικόνες ωραίων, δυναμικών και κυρίως λεπτών διάσημων προσωπικοτήτων.

Ως αποτέλεσμα σχεδόν όλοι κάποια στιγμή θα αναγκαστούν να προσπαθήσουν να κάνουν δίαιτα. Εύκολα λοιπόν διακρίνεται η κοινωνική πίεση που ασκείται, και που μπορεί να οδηγήσει νέες κυρίως κοπέλες σε εξαντλητικές δίαιτες και τελικά στην εκδήλωση κάποιας διαταραχής πρόσληψης τροφής.

Η ίδια η κοινωνική πίεση εξασκείται και μάλιστα με άμεσο τρόπο σε συγκεκριμένους επαγγελματικούς χώρους όπως του αθλητισμού, του μόντελινγκ, του χορού. . Τα επαγγέλματα αυτά δίνουν «εξορισμού» έμφαση στο λεπτό σώμα με αποτέλεσμα τα άτομα που ασχολούνται μ' αυτά να είναι πιο επιρρεπείς σε διατροφικές διαταραχές.¹³



Εικόνα 2

2.2.2 Ρόλος της οικογένειας

2.2.2.2 α Οι γονείς

Φαίνεται ότι η ενασχόληση με την τροφή και το σώμα αποτελεί κεντρικό θέμα για ένα σημαντικό ποσοστό των οικογενειών που ένα μέλος τους εμφανίζει νευρογενή ανορεξία. Επιλεγμένες τροφές και διαιτολόγια, τελετουργικά γεύματα, σχολαστική παρακολούθηση του σωματικού βάρους, έμφαση στη σωματική εμφάνιση και ομορφιά είναι μερικές από τις μορφές αυτής της ενασχόλησης. Είναι πιθανό ότι η στάση της οικογένειας προς το σωματικό βάρος, εμφάνιση, κ.λ.π. ευοδώνει το «λεπτόσωμο» ιδεώδες, που με τη σειρά του διευκολύνει τη δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος και τη μειωμένη αυτοεκτίμηση στο παιδί - έφηβο, δρώντας έτσι έμμεσα ως εκλυτικός παράγοντας στην εκδήλωση διαταραχής πρόσληψης τροφής.

Αρκετές έρευνες συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι η ψυχιατρική και ψυχοσωματική επιβάρυνση είναι συχνή στους γονείς παιδιών με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Επικρατούν οι αγχώδεις, φοβικές διαταραχές και οι κατάθλιψη ιδίως στις μητέρες, καθώς και οι κατάχρηση αλκοόλ, κυρίως στους πατεράδες. Τα ευρήματα αυτά είναι κοινά τόσο για την νευρογενή ανορεξία όσο και για τη βουλιμία. Έχει επίσης αναφερθεί υψηλή επικράτηση της ημικρανίας (30%) σε μητέρες παιδιών με νευρογενή ανορεξία. Συχνά, οι γονείς παιδιών με διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν εμφανίσει και οι ίδιοι διαταραχές, ενώ η παχυσαρκία φαίνεται ότι προσδιορίζει στις μητέρες βουλιμικών ασθενών. Τέλος, έχει υποστηριχτεί ότι περισσότερα προβλήματα υγείας συνοδεύουν τους γονείς ασθενών με ΔΠΤ και ιδίως των βουλιμικών.

Σύμφωνα με μια παλαιότερη αντίληψη, η προσωπικότητα των γονέων με παιδί που πάσχει από ΔΠΤ, και ιδιαίτερα νευρογενή ανορεξία, έχει ένα ειδικό προφίλ: Η μητέρα είναι δυναμική, κυριαρχική, παρεμβατική, αλλά όχι συναισθηματικά δοτική, ενώ ο πατέρας είναι αδύναμος, απόμακρος ή

παρορμητικός. Η αντίληψη αυτή όπως και εκείνη της «ανορεξιογόνου» μητέρας δεν δικαιώθηκε από την έρευνα. Τα δεδομένα συνηγορούν υπέρ της ποικιλίας τύπων γενετικής προσωπικότητας και η προσοχή βαθμιαία μετατοπίστηκε στην ποιότητα της σχέσης γονέα - παιδιού και στα δυναμικά της οικογένειας.^{13,14}

2.2.2.β Γεγονότα στη ζωή της οικογένειας

Αν και η απώλεια ενός γονέα δεν συσχετίζεται με την εκδήλωση ΔΠΤ, σε μία έρευνα έχει διαπιστωθεί αυξημένη συχνότητα παλαιότερων θανάτων στην οικογένεια των ανορεκτικών και μάλιστα αδελφών που είχαν αποβιώσει πριν καν γεννηθεί η (ο) ασθενής. Το αξιοπερίεργο αυτό σύστημα μπορεί να ερμηνευτεί μόνο σε συνδυασμό με δομικά — λειτουργικά χαρακτηριστικά του οικογενειακού συστήματος. Η ποικιλότητα γονεϊκή αποστέρηση ενδεχομένως συσχετίζεται με την βουλιμία.

Ο παράγοντας που οπωσδήποτε έχει συζητηθεί περισσότερο είναι η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία. Τα ευρήματα των σχετικών ερευνών συγκλίνουν στο ότι περίπου το 1/3 των ανορεκτικών έχουν υποστεί τη συγκεκριμένη εμπειρία. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι ασθενείς με ΔΠΤ έχει βρεθεί να έχουν κοινά χαρακτηριστικά με τα θύματα σεξουαλικής κακοποίησης: χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα ντροπής, αρνητική στάση προς το σώμα και τη σεξουαλικότητα. Η διαπίστωση αυτή τροφοδοτεί την υπόθεση ότι ο ΔΠΤ αποτελούν μια, ειδική για το φύλο αντίδραση μετατραυματικού stress. Η σεξουαλική κακοποίηση δεν συσχετίζεται στον ίδιο βαθμό με την βουλιμία. Για την τελευταία πιστεύεται ότι η σωματική κακοποίηση μέσα στην οικογένεια, καθώς και η παραμέληση κατά την παιδική ηλικία αποτελούν τους κύριους παράγοντες υψηλού κινδύνου.

Αξιοπρόσεκτο είναι και το εύρημα ότι τα άτομα με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν (υποκλινική) διατροφική συμπτωματολογία, συγκριτικά με εκείνα που δεν έχουν παρόμοιο αναμνηστικό. Αναμφίβολα, η αξιολόγηση της έρευνας στο πεδίο της σεξουαλικής κακοποίησης προσκρούει στους διαφορετικούς ορισμούς της κακοποίησης και στη μεθοδολογία συλλογής των σχετικών πληροφοριών.^{13,14}

2.2.2.γ. Η οικογένεια ως σύστημα

Η σχέση μητέρας — παιδιού υπήρξε η πρώτη μορφή διαπροσωπικής θεώρησης ψυχιατρικών και άλλων διαταραχών. Η θεωρία της συναισθηματικής πρόσδεσης (attachment theory) δίνει έμφαση στην πρώιμη προσκόλληση του παιδιού στη μητέρα ως δόση προστασίας και βιώματος ασφάλειας. Η Η. Bruch υποστήριξε ότι η ψυχοπαθολογία της νευρογενούς ανορεξίας έχει να κάνει με την αδυναμία της (του) ασθενούς να διαφοροποιηθεί από τη γονεϊκή, και ιδιαίτερα τη μητρική, εικόνα, εξ' αιτίας του γονεϊκού ελέγχου και παρεμβατικότητας. Το παιδί αναπτύσσει έναν κοινωνικό, συμμορφούμενο «ψευδοεαυτό», ευάλωτο στην πραγματικότητα. Η ευπάθεια του συνεργοποιείται κατά την εφηβεία, μια περίοδο αυξημένων απαιτήσεων για αυτοκατάφαση και αυτονομία. Κατά την Bruch η (ο) ανορεκτική (ος) ασθενής έχει αποδυθεί σε μια προσπάθεια ελέγχου του σώματος. Ο αγώνας λαμβάνει χώρα μέσα στην οικογένεια, στη σχέση με τη μητέρα και ενδοψυχικά. Κατά τη βρεφονηπιακή ηλικία το παιδί δεν τρέφεται όταν είναι πεινασμένο, αλλά όταν η μητέρα το θεωρεί απαραίτητο. Η μητέρα δηλαδή δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του, αλλά στη δική της ανάγκη για έλεγχο. Με τον καιρό αυτό οδηγεί σε αυτό - αμφισβήτηση, απώλεια του αισθήματος κυριαρχίας εαυτού και εξασθένιση των ορίων του εγώ. Το παιδί αισθάνεται ως ιδιοκτησία των άλλων και κατά την εφηβεία του οι

βιολογικές και ψυχολογικές ανάγκες του παραμένουν ασαφείς, με συνέπεια να αδυνατεί να προχωρήσει στη διαδικασία αυτονόμησης και αποχωρισμού από τους γονείς.

Αρκετές έρευνες, με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου PBI, επιχείρησαν να ελέγξουν τις υποθέσεις της Bruch, το γεγονός όμως ότι οι μελέτες αυτές ήταν αναδρομικές και όχι προοπτικές περιορίζει την ισχύ των ευρημάτων τους.

Η M. Selvini – Palaroli συνέδεσε το θεωρητικό μοντέλο της Bruch λειτουργία ολόκληρης της οικογένειας. Δουλεύοντας με οικογένειες ανορεκτικών παρατήρησε δυσλειτουργικά φαινόμενα, όπως: Απόρριψη των μηνυμάτων του ενός μέλους προς το άλλο επιθυμία των γονέων για ένα υποδειγματικό, «τέλειο» παιδί, υποτίμηση των προσωπικών επιθυμιών και επιδιώξεων και υπερεκτίμηση των αναγκών των άλλων (π.χ. οι γονείς δήλωσαν ότι το κίνητρο για οποιαδήποτε ενέργεια τους είναι το καλό των παιδιών), ροπή προς την αυτοθυσία και της αυτοενοχοποίηση, διχασμό μεταξύ σεβασμού στους κανόνες που έχουν θεσμοθετηθεί από τις οικογένειες καταγωγής, από τη μια, και τήρησης των κανόνων που υπαγορεύονται από τις ανάγκες της πυρηνικής οικογένειας, από την άλλη.^{6.13.14}

2.3 Ψυχολογικοί παράγοντες

2.3.1 Οι ρίζες της νευρογενούς ανορεξίας στη βρεφική ηλικία

Η ψυχαναλυτική θεωρία εντάσσει την νευρογενή ανορεξία στο πλαίσιο της μεθοριακής Οργάνωσης της προσωπικότητας (καθήλωση στη φάση αποχωρισμού — εξατομίκευσης).

Στην περίοδο του ειδικότερα περικλείεται από το 10^ο μήνα μέχρι το 16^ο μήνα, το βρέφος «δοκιμάζει» τη δυνατότητα του για αυτονομία από τη μητέρα. Η μητέρα πρέπει να ενισχύει την προσπάθεια αυτονόμησης του

παιδιού της και να ελέγχει τις δικές της ανάγκες για συμβιωτική σχέση και για αποφυγή του αποχωρισμού. Αν αυτό δεν γίνει, αλλά αντιθέτως η μητέρα απαιτεί την «εγγύτητα» διαταράσσεται η πορεία της εξατομίκευσης και διαμορφώνεται ο διχασμός (splitting) του Εγώ.

Ένα μέρος του Εγώ, κατά τη διάρκεια της καθήλωσης, στη φάση που προαναφέρθηκε, αποτυγχάνει να μετεξελιχθεί και να ωριμάσει αποδεχόμενο την πραγματικότητα του αποχωρισμού (αρχή της πραγματικότητας). Το Εγώ λοιπόν διχάζεται σε δύο μέρη έτσι ώστε το ένα, το παθολογικό Εγώ, (στηριγμένο την αρχή της ηδονής) να λειτουργεί με φαντασιώσεις επανένωσης με την μητέρα που αποτελούν άμυνα στον ψυχικό πόνο του αποχωρισμού, ενώ το άλλο μέρος, το ρεαλιστικό Εγώ, να διαμορφώνει μια στάση φαινομενικής ατομικότητας και απομάκρυνσης από τη μητέρα.

Αυτό το γεγονός στη συνέχεια, απειλεί τη σχέση της έφηβης με το πρόσωπο το οποίο εξαρτάται, την οδηγεί σε υπέρμετρο άγχος αποχωρισμού και κατάθλιψη εγκατάλειψης. Η ανορεκτική συμπεριφορά έρχεται τότε ως μια παλινδρόμηση που εξυπηρετεί την άρνηση της εξατομίκευσης. Ταυτόχρονα προβάλλει στη μητέρα (ή και σε άλλους) την επιθυμία της για μια διατροφική και συμβιωτική σχέση.

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποδεικνύεται η σημαντική επίδραση που έχουν οι διαταραγμένες σχέσεις των γονιών (της μητέρας κυρίως) με το παιδί στις ασυνείδητες ψυχικές λειτουργίες του ατόμου.¹³

2.3.2. Η νευρογενής ανορεξία της έφηβης

Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων νευρογενούς ανορεξίας παρουσιάζεται κατά την εφηβική ηλικία. Στην περίοδο αυτή η έκρηξη των ορμονών, οι ραγδαίες σωματικές αλλαγές, οι ασυνήθιστες και πρωτόγνωρες συναισθηματικές

μεταπτώσεις και οι νέες εμπειρίες (π.χ. σπουδές μακριά από το σπίτι) συνιστούν την περίφημη κρίση της εφηβείας και μπορούν να αποτελέσουν άριστους προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση της ασθένειας.

Το κύριο χαρακτηριστικό της εφηβικής περιόδου είναι η σχεδόν «ψυχαναγκαστική» απαίτηση για περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη Κοινωνική και σεξουαλική δραστηριότητα.

Όταν λοιπόν η έφηβη βρεθεί μπροστά σ' αυτό το «καθήκον» της εφηβείας για διαμόρφωση ταυτότητας, στην προσπάθεια της να διατηρήσει «πεδίο κυριαρχίας του εαυτού» ενεργοποιεί τον ψυχολογικό μηχανισμό του ολοκληρωτικού ελέγχου στο σώμα. Τότε η λύση είναι αντιφατική. Απ' την μια πλευρά κυριαρχεί στο σώμα αντιδρώντας σε οποιαδήποτε εξωτερική επέμβαση διακηρύσσοντας έτσι σε όλους την αυτονομία της, η επιτυχία να μειώσει το βάρος της χάνοντας μερικά κιλά, της προσφέρει μια όμορφη αίσθηση ότι μπορεί να ελέγχει τον εαυτό της μ' ένα πολύ ξεκάθαρο και εμφανή τρόπο. Αυτή και μόνο η αίσθηση, ότι το βάρος της είναι το μοναδικό κομμάτι της ζωής της που μπορεί να ελέγξει, της προσφέρει μια ιδιαίτερη ικανοποίηση. Συνεπώς η δίαιτα μπορεί να γίνει από μόνη της σκοπός αντί απλώς ένας τρόπος για να χάσει βάρος (γι αυτό και αρχικά η ανορεξία εγκαθίσταται, συχνά μέσα από μια δίαιτα που η έφηβη θεωρεί στοιχείο «απελευθέρωσης» και «αυτονομίας»).

Από την άλλη πλευρά και ιδιαίτερα σε περιβάλλον υπερπροστατευτικών ή πολύ αυστηρών οικογενειών, όπου η «εγγύτητα» προς τη μητέρα παίζει κυρίαρχο ρόλο, η ανορεκτική συμπεριφορά έρχεται, όπως προαναφέρθηκε, ως μια παλινδρόμηση στη βρεφική φάση του αποχωρισμού εξατομίκευσης. Έτσι λοιπόν η έφηβη πάνω στην απεγνωσμένη προσπάθεια της για ανεξαρτησία μέσω του ελέγχου του βάρους της, ασυνείδητα αρνείται στην πραγματικότητα το μέγλωμα της

και γίνεται πιο εξαρτημένη από τους γονείς. Γι' αυτό και συχνά η εμφάνιση της νόσου ανατρέπει τα οικογενειακά δεδομένα και η μητέρα, από μια στάση απόμακρη, μεταπίπτει σε μια συμβιωτική σχεδόν σχέση με την κόρη της. Συμπερασματικά η εσωτερική αυτή σύγκρουση της έφηβης μεταξύ εξάρτησης και αυτονομίας οδηγεί στο εξής παράδοξο: Η επιθυμία της ασθενούς να μην εισβάλλει τίποτα στο σώμα της (αντικείμενο ανάγκης δηλ. τροφή), που δεν είναι τίποτα άλλο παρά το αίτημα για υπεράσπιση της αυτονομίας της οδηγεί στο γεγονός ότι η ανορεξική ασθενής θα βρεθεί τελικά ακόμη πιο εξαρτημένη απ' το περιβάλλον από το οποίο ήθελε να απελευθερωθεί.¹⁴

2.3.2.a Αναπτυξιακή προσέγγιση

Σύμφωνα με την αναπτυξιακή προσέγγιση, η νευρογενής ανορεξία εκδηλώνεται την εποχή κατά την οποία το λίπος του σώματος αυξάνει, οι αλλαγές της σωματικής εμφάνισης, των σωματικών αισθήσεων και η εξέλιξη της αναπαραγωγικής ικανότητας απαιτούν αναδιοργάνωση και αλλαγή της εικόνας του σώματος. Στη φάση αυτή της ζωής, διαφορετικοί παράγοντες επηρεάζουν την έναρξη και την διατήρηση της δίαιτας, όπως η κοινωνική ενίσχυση για δίαιτα από τα μέλη της οικογένειας, από τους συνομήλικους και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Τα κορίτσια αντιδρούν με διαφορετικούς τρόπους στις επιδράσεις αυτές. Κεντρικό στοιχείο της επιμονής στη δίαιτα, κατά την εφηβεία, είναι το κίνητρο. Η δίαιτα συνεχίζεται όταν οι στόχοι είναι συγκεκριμένοι και δύσκολοι, όταν υπάρχει αφοσίωση στους στόχους αυτούς και όταν υπάρχουν ενδείξεις ότι το άτομο ελέγχει τα πράγματα που το αφορούν. Οι ικανότητες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας παρεμβαίνουν έμμεσα.¹³

2.3.2.β Συναισθηματικές διαταραχές

Μεταξύ των πιθανών παραγόντων κινδύνου περιλαμβάνονται οι διαταραχές της αντίληψης της εικόνας του σώματος και των εσωτερικών συναισθημάτων και οργανικών καταστάσεων. Σύμφωνα, με τον Nun (2001), η νευρογενής ανορεξία είναι διαταραχή συναισθηματικής επικοινωνίας. Παρά το φυσιολογικά ανεπτυγμένο λόγο, την ευερεθιστότητα και τη συναισθηματική αναστάτωση, το άτομο έχει δυσκολία να εκφράσει λεκτικά τα συναισθήματα του και να τα συνδέσει με τις σχέσεις. Πρόκειται για σοβαρή διαταραχή, που οφείλεται σε δυσλειτουργία του εγκεφάλου και επιδεινώνεται από οικογενειακούς παράγοντες και από τις σύγχρονες κοινωνικές τάσεις. Τα συστήματα του εγκεφάλου, που εμπλέκονται, σύμφωνα με τον Nun, είναι εκείνα που ρυθμίζουν την κοινωνική και συναισθηματική επικοινωνία. Κατά την άποψη του, διερεύνηση απαιτούν η αντίληψη των συναισθημάτων των άλλων, η έκφραση των προσωπικών συναισθημάτων και η επεξεργασία (ρύθμιση) των προσωπικών εμπειριών.

Εμπειρικές μαρτυρίες δείχνουν σημαντικό ποσοστό δυσλειτουργίας στην οικογένεια, η οποία, ωστόσο, δεν επιδρά άμεσα στην ανάπτυξη της διαταραχής, αλλά λειτουργεί έμμεσα, ως παράγοντας ευαλωτότητας. Οι μητέρες χαρακτηρίζονται από έντονα κριτική στάση απέναντι στην κόρη, ενώ το οικογενειακό περιβάλλον είναι υπερπροστατευτικό, με ανεπαρκή πρότυπα επικοινωνίας της συναισθηματικής έκφρασης. Εξ' αιτίας της φτωχής επικοινωνίας, το υπερπροστατευμένο κορίτσι δεν αντιδρά, δεν εκφράζεται και αδυνατεί να αποκτήσει την ατομικότητα και την αυτονομία του, ελέγχοντας, τουλάχιστον, τη διατροφή, αποκτά αυτονομία, παρά τις σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία και στις κοινωνικές σχέσεις.

2.3.2.γ Η διαστροφική ικανοποίηση από την ανορεξία

Η ανορεκτική έφηβη, μέσα από την απόρριψη του σώματος και των αναγκών του, εκφράζει την ανικατότητα απαρτίωσης και αποδοχής των σωματικών και συναισθηματικών μεταβολών της εφηβείας και την άρνηση της γενετικής σεξουαλικότητας. Ο ασκητισμός και η διανοητικοποίηση, κοινότυπα φαινόμενα της εφηβείας, εμφανίζονται στην ακραία τους μορφή. Το σώμα που η νέα κοπέλα φαντασιώνει και θα επιθυμούσε να έχει είναι σαν κορμί ισχνό, σαγηνευτικό και πάντοτε ευθύγραμμο και ευθυτενές, πάντα «εν στύσει» ενώ «η φαλλική σημασιολογική διάσταση του παραμένει ωστόσο σταθερά απτωθημένη», (E. και I. Kestemberg και S. Decobert).¹⁵ Το πραγματικό σώμα βιώνεται ως μη ικανοποιητικό και δεν γίνεται αντιληπτό έτσι, όπως αντικειμενικά είναι. Η ανορεκτική έφηβη απαρνείται την ισχύτητα της και παρ' όλη την καχεξία της συνεχίζει να θεωρεί τον εαυτό της πολύ χοντρό, πολύ βαρύ, παραβλέποντας ολότελα τον κίνδυνο για την επιβίωση της. Μ αυτό τον τρόπο μπορεί να χάσει ή να μην κατορθώσουν να ολοκληρώσουν εντελώς μερικά από τα σωματικά χαρακτηριστικά μιας ενήλικης γυναίκας, όπως τρίχωμα, της ήβης, στήθος και εμμηνόρροια. Ως αποτέλεσμα μπορεί να φαίνεται πολύ νέα για την ηλικία της. Άρα, η δίαιτα μπορεί να γίνει ένας τρόπος αναστολής των απαιτήσεων για ωρίμανση και ειδικότερα της σεξουαλικής.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η νευρογενής ανορεξία εκφράζει κυρίως ασυνείδητες ψυχικές συγκρούσεις με τη σεξουαλικότητα και ιδίως με την εγκυμοσύνη, η οποία στις πρώιμες φαντασιώσεις της παιδικής ηλικίας πραγματοποιείται μέσα από το στόμα (στοματική σεξουαλικότητα). Αυτά τα συγκρουσιακά στοιχεία εκφράζονται μέσα από τα συμπτώματα της διαταραχής. Η ασθενής αρνείται το θηλυκό της ρόλο τόσο όσο αφορά τη σεξουαλική λειτουργικότητα της όσο και σε κάθε τι που χαρακτηρίζει την ωρίμανση της σε γυναίκα, όπως η έμμηνος ροή και η γυναικεία

Κατασκευή του σώματος. Έτσι, τα σεξουαλικά ερεθίσματα απωθούνται και αντικαθίστανται από στοματικές ενορμήσεις. Οι στοματικές αυτές ενορμήσεις δεν εκφράζονται σαν ανάγκες εξάρτησης, αλλά σαν «στοματική αμφιθυμία». Απ' την μια μεριά η ασθενής αναζητά την εκπλήρωση ορισμένων ενορμήσεων στο φαί (όπως τρυφερότητας, αγάπης, φροντίδας), από την άλλη όμως είναι υποχρεωμένη να το απορρίψει λόγω της ασυνείδητης συμβολικής σημασίας που έχει γι αυτή. Παλεύοντας κατά της πείνας και αποτρέποντας την ικανοποίηση των βασικών της ορμών, η ανορεκτική βιώνει ένα αίσθημα ισχύος, το οποίο συνδυάζει ταυτόχρονα με την κυριαρχία πάνω στον ίδιο της τον εαυτό και τη χειραγώγηση των άλλων γύρω της, των οποίων αποδοκιμάζει τα ενδιαφέροντα, επειδή τα θεωρεί υλιστικά και χυδαία. Η έντονη ικανοποίηση την οποία προσπορίζεται με αυτό τον τρόπο ανήκει στην κατηγορία της διαστροφικής ηδονής. Αυτός ο καταστροφικός αυτοερωτισμός θα αποτελέσει αργότερα σημαντικό εμπόδιο στην θεραπευτική αγωγή.¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Διάφορες μορφές ανορεξίας και η αιτιολογία τους

Εκτός από την τυπική οργάνωση της νευρογενούς ανορεξίας υπάρχουν κι άλλες μορφές ανορεξίας που εμφανίζονται σε άτομα με ποικίλλες ψυχικές δομές και εκφράζουν άνιση βαρύτητας παλινδρομήσεις, στο πλαίσιο των οποίων η στοματοδιατροφική αποδιοργάνωση εμφανίζεται ως:

- Αντιδραστική ανορεξία μετά από κάποιο πένθος ή αποτυχία. Η έλλειψη όρεξης είναι σε αυτή την περίπτωση πρωτογενής (δεν πρόκειται για πάλη εναντίων της πείνας) και εντάσσεται σ' ένα σχετικά εμφανές πλαίσιο κατάθλιψης.
- Υστερική ανορεξία. Η αδιόδεια φαντασιωτική δραστηριότητα, είναι ιδιαίτερα έντονη. Η ασθενής επιδεικνύει την ισχύοτητα της και τη χρησιμοποιεί για να εγκαταστήσει σχέσεις σαγήνης και κυριάρχησης του περιβάλλοντος της, συμπεριλαμβανομένου και του γιατρού. Οι ανορεκτικές αρρώστιες χειρίζονται αυτές τις σχέσεις με εκπληκτική επιδεξιότητα (τεχνάσματα μυθομανία).
- Ιδεοψυχαναγκαστική ανορεξία με τελετουργίες διατροφής και θερμιδικούς ελέγχους, πολύ δυσπρόσιτη στην ανάμειξη άλλων ατόμων και στη θεραπευτική σχέση.
- Ανορεξία σε περιπτώσεις μεθοριακών καταστάσεων ή αρχόμενης σχιζοφρένειας .¹⁵

3.2 Η ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

I. **Επιδημιολογία.** Η συχνότητα της προεφηβικής ανορεξίας εκτιμάται να είναι το 3% του συνόλου των καταγεγραμμένων περιπτώσεων νευρικής ανορεξίας. Τα θηλυκά αποτελούν το 86% από όλες τις καταγεγραμμένες περιπτώσεις στην παιδική ηλικία. Η νευρική ανορεξία

αναφέρεται να λαμβάνει χώρα τόσο νωρίς όσο το τέταρτο έτος της ηλικίας.

II. Αιτιολογία. Η αιτιολογία της νευρικής ανορεξίας στην παιδική ηλικία είναι άγνωστη. Οι δυναμικές της νευρικής ανορεξίας στην παιδική ηλικία είναι παρόμοιες με τις δυναμικές της ανορεξίας στους εφήβους. Διάφορα γεγονότα της ζωής που επικεντρώνονται σε απώλειες, ψυχικά τραύματα ή σε χωρισμό γονέων ίσως να είναι παράγοντες που σχετίζονται με το ξεκίνημα της νευρικής ανορεξίας στην παιδική και στην προ-εφηβική ηλικία. Στην παιδική νευρική ανορεξία θα πρέπει να τονίζονται θέματα όπως χωρισμός-ατομικότητα παρά θέματα όπως φόβοι σεξουαλικότητας που βρίσκουμε στην εφηβική νευρική ανορεξία. Η σχέση της παιδικής ανορεξίας με την επηρεαστική διαταραχή δεν είναι ξεκάθαρη.

III. Διαγνωστικά κριτήρια. Οι κλινικές εκδηλώσεις της παιδικής νευρικής ανορεξίας θα πρέπει να καλύπτουν τα περισσότερα από τα κριτήρια DSM-III-R για το ξεκίνημα της εφηβικής ανορεξίας (πιν. 13-2). Παρ' όλο αυτά, μια μείωση της τάξης του 15% από το ιδανικό σωματικό βάρος αντί του 25% είναι αρκετή για να γίνει διάγνωση στα παιδιά. Η διαστρέβλωση της εικόνας του σώματός τους ίσως να τονιστεί λιγότερο από ότι σε ενήλικες ανορεκτικούς ασθενείς. Η αλεξιθυμία είναι συχνά παρούσα.

IV. Κλινικά χαρακτηριστικά.

1.Υποκατηγορίες. Τρεις υποκατηγορίες παιδιών προεφηβικής ηλικίας με νευρική ανορεξία έχουν περιγραφεί.

α. Μια υποκατηγορία νεαρών αρσενικών και θηλυκών (< 10 ετών) παρουσιάζεται με έντονους φόβους ότι θα γίνουν παχύσαρκοι, με σοβαρούς περιορισμούς στην πρόσληψη τροφής, ανεπαρκή πρόσληψη βάρους και με κοντό ανάστημα.

β. Μια υποκατηγορία που αποτελείται κυρίως από θηλυκά(10-12 ετών) τα οποία είναι ψυχολογικά ψευδοανώριμα και των οποίων οι γονείς ενθαρρύνουν μια ψευδοεφηβική συμπεριφορά .

γ. Μια υποκατηγορία που αποτελείται από θηλυκά και αρσενικά προεφηβικά παιδιά με ανορεξία, που παρουσιάζεται με μέγιστες ανεπάρκειες του εγώ τους και γενική ψυχολογική βλάβη.

2. Οι ψυχοδυναμικές του ξεκινήματος της ανορεξίας στην παιδική ηλικία είναι παρόμοιες με εκείνες του ξεκινήματος της ανορεξίας στην εφηβεία και περιλαμβάνουν διαταραχές ταυτότητας , φόβους ανάπτυξης, κακοπροσαρμοσμένες προσπάθειες ελέγχου και αποτυχία στον χωρισμό-ατομικότητα.

3. Σημάδια. Τα σημάδια της ανορεξίας που παρατηρούνται σωματικά αλλά και σε εργαστηριακά ευρήματα, σχετίζονται με τον λιμό και τυπικά περιλαμβάνουν την υπερένταση, συγκοπή, υποθερμία, ξηροδερμία, ηλεκτρολυτική και υποθαλάμια δυσλειτουργία, υπογλυκαιμία, γαστρικό έλκος και αρρυθμία.

4. Προ της νόσου χαρακτηριστικά.

α. Εξάρτηση, φόβος και σχιζοειδή χαρακτηριστικά με στοιχεία κατάθλιψης.

β. Διαταραχές στην ανάπτυξη του εγώ, προψυχωτικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας και ψυχωτικά επεισόδια.

γ. Ένα ιστορικό με εξεζητημένο διατροφολόγιο.

5. Γεγονότα που σχετίζονται με το ξεκίνημα της ανορεξίας στην παιδική ηλικία συμπεριλαμβάνουν τα ακόλουθα:

α. Γέννηση ενός νέου παιδιού στην οικογένεια.

β. Στέρηση του ενός γονιού ή συγγενή.

γ. Οικογενειακή ασυμφωνία.

δ. Κριτική συνομηλίκων για το μέγεθος του σώματός τους .

ε. Φόβος παχυσαρκίας.

στ. Ξεκίνημα της ανάπτυξης στήθους.

ζ. Φόβοι πνιγμού κατά την διάρκεια του φαγητού.

η. Ξεκίνημα εντερικής φλεγμονής.

V. Θεραπεία. Η θεραπεία θα πρέπει να επικεντρωθεί στο να σταθεροποιηθεί η διατροφή για να αποφύγουμε μόνιμη παρέμβαση στην ανάπτυξη του αναστήματος και στην καθυστέρηση της εφηβείας και των δευτερογενών σεξουαλικών χαρακτηριστικών. Μια πολύπλευρη προσέγγιση, που συμπεριλαμβάνει ατομική ψυχοθεραπεία, τροποποίηση της συμπεριφοράς, οικογενειακή θεραπεία και ιατρική διαχείριση, είναι απαραίτητη. Η από κοντά παρακολούθηση της σωματικής κατάστασης του ασθενούς με εργαστηριακή και σωματική εξέταση είναι σημαντική. Η ανάγκη για θεραπευτική εργασία με τους γονείς είναι πιο ευθέως αναγνωρίσιμη σε περιπτώσεις ανορεξίας που ξεκίνησαν στην παιδική ηλικία παρά σε περιπτώσεις ανορεξίας που ξεκίνησαν στην εφηβεία.

VI. Αποτέλεσμα. Τα αποτελέσματα των διαφορετικών μορφών θεραπείας είναι δύσκολο να τα προβλέψουμε επειδή ποικίλουν, εξαρτώμενα από τον βαθμό ψυχοπαθολογίας. Συνήθως ,παρ' όλα, αυτά η πρόωμη διάγνωση και θεραπεία μειώνουν την θνησιμότητα.¹⁶

3.3 ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΤΡΕΣ

I. Επιδημιολογία. Η νευρική ανορεξία στους άντρες, αποτελεί το 6% των υποθέσεων που παρουσιάζεται σε κλινικές διατροφικών διαταραχών. Ο μέσος όρος ηλικίας του ξεκινήματος των συμπτωμάτων στους άντρες με νευρική ανορεξία κυμαίνεται μεταξύ 17 και 24 ετών. Τυπικά ένας ανορεκτικός άντρας αναζητά θεραπεία 3,5 χρόνια αφού έχουν ξεκινήσει τα συμπτώματα. Στους περισσότερους άντρες ανορεκτικούς η ήπια παχυσαρκία ίσως προηγηθεί του ξεκινήματος της ανορεξίας. Η κοινωνικοοικονομική

κατάσταση δεν φαίνεται να είναι παράγοντας στους άντρες με ανορεξία παγκοσμίως, στις Η.Π.Α. παρ' όλα αυτά, μια συσχέτιση με την υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση έχει καταγραφεί.

II. Αιτιολογία. Η αιτιολογία της νευρικής ανορεξίας στους άντρες δεν έχει προσδιοριστεί. Η διαταραχή στην ταυτότητα του γένους έχει χαρακτηρίσει την πριν τη νόσο ανδρική ανορεξία.

III. Διαγνωστικά κριτήρια. Τα διαγνωστικά κριτήρια για την νευρική ανορεξία στους άνδρες είναι παρόμοια με εκείνα των γυναικών ανορεκτικών, συμπεριλαμβάνοντας μια απώλεια του 25% ή και περισσότερο από το φυσιολογικό βάρος, επίμονη επιδίωξη του να είναι αδύνατοι και διαστρεβλωμένη σωματική εικόνα.

1. Ενδοκρινικές διαταραχές παρούσες στους άντρες με ανορεξία περιλαμβάνουν μειωμένα επίπεδα ορμονών, αναλογικά με την απώλεια βάρους. Οι ορμόνες που επηρεάζονται είναι η τεστοστερόνη και η γοναδοτροπίνη : luteinizing hormone (LH) και η ορμόνη που διεγείρει τους θύλακες της τρίχας (FSH) . Τα επίπεδα αυτών των ορμονών επιστρέφουν στο φυσιολογικό όταν αποκτάται το φυσιολογικό σωματικό βάρος.
2. Η μειωμένη λίμπιντο και η σεξουαλική απόδοση στους ανορεκτικούς άνδρες έχει βρεθεί να συσχετίζονται με τα μειωμένα επίπεδα των ορμονών LH και FSH .
3. Σχιζοειδή/ενδοσκοπικά χαρακτηριστικά, μανιώδη, παθητικά ή εξαρτημένα και αντικοινωνικά χαρακτηριστικά έχουν αναφερθεί ως εκδηλώσεις στους άντρες με νευρική ανορεξία.
4. Οι άντρες ανορεκτικοί, πάρα πολύ συχνά, εκδηλώνουν μη διαφοροποιημένη(ανώριμη) ψυχολογική δομή και υστερικά, υποκριτικά και αντικοινωνικά χαρακτηριστικά πολύ περισσότερο από ότι τα εκδηλώνουν οι ανορεκτικές γυναίκες.

5. Οι άντρες με νευρική ανορεξία ίσως βιώσουν σεξουαλική απομόνωση, σεξουαλική αδράνεια , έλλειψη της λίμπιντο και αντιμαχόμενη ομοφυλοφιλία .¹⁶

3.4 ΜΕΤΑ ΕΦΗΒΙΚΟ ΞΕΚΙΝΗΜΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

I. Επιδημιολογία. Η συχνότητα της νευρικής ανορεξίας στον γενικό πληθυσμό είναι 0.37 ανα 100,000. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις η νευρική ανορεξία αρχίζει στην εφηβεία. Λιγότεροι από 100 ασθενείς(άντρες και γυναίκες) με νευρική ανορεξία, η οποία ξεκινά όταν είναι ενήλικοι, έχουν καταγραφεί. Η συχνότητα της νευρικής ανορεξίας στην τρίτη ηλικία είναι άγνωστη.

II. Αιτιολογία και συμβάντα. Η αιτιολογία είναι αβέβαιη. Στους παράγοντες ρίσκου, για το ξεκίνημα της ανορεξίας στους ενήλικες, συμπεριλαμβάνονται η υψηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, πολλαπλές χειρουργικές διαδικασίες ή ασθένεια, ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία, δευτερογενές στρες της γέννησης ή του γάμου, θάνατος του ενός από τους δύο συζύγους. Το πιο συχνό μοτίβο είναι ένα γεγονός με τρομερό άγχος το οποίο προκαλεί το ξεκίνημα της ανορεξίας σε ενήλικες που έχουν ιστορικό στο να τρώνε παράξενα φαγητά. Η εκ νέου εμφάνιση στην ανορεξία στους ενήλικες είναι ασυνήθιστη.

III. Διαγνωστικά κριτήρια. Τα διαγνωστικά κριτήρια για το μετά εφηβικό ξεκίνημα της νευρικής ανορεξίας στις γυναίκες είναι τα ίδια με αυτά των κριτηρίων για το ξεκίνημα της ανορεξίας στην εφηβεία.

IV. Κλινικά χαρακτηριστικά. Σοβαρή μείωση του συνόλου πρόσληψης τροφής, ταχεία απώλεια βάρους καθώς επίσης και άρνηση των σημαδιών ή των συμπτωμάτων της διαταραχής είναι τα κύρια κλινικά

χαρακτηριστικά. Ενδοκρινικές και μεταβολικές ανωμαλίες μπορεί να λάβουν χώρα.

V. Η πορεία της ασθένειας. Η πορεία της ανορεξίας στους ενήλικες είναι ευμετάβλητη και η ασθένεια έχει χαρακτηριστεί ως χρόνια κατάσταση με αυθόρμητες παροξύνσεις και ραθυμίες. Η πορεία της χρόνιας ‘διαδικασίας’ στους πιο ηλικιωμένους ανορεκτικούς πρέπει να διακρίνεται από την ‘αντιδραστική’ αυτό-περιορισμένη πορεία που χαρακτηρίζει ασθενείς που η ανορεξία ξεκίνησε στην εφηβεία τους.

VI. Θεραπεία και πρόγνωση. Η θεραπεία είναι απαραίτητως η ίδια με της ανορεξίας που ξεκινά στην εφηβεία. Η αποτυχία να διατηρήσουμε το κατάλληλο σωματικό βάρος από 4 έως 8 χρόνια μετά το ξεκίνημα και την θεραπεία, συσχετίζεται με την παρουσία της ασθένειας για μια ολόκληρη ζωή.¹⁶

3.5 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΜΗ ΛΕΥΚΕΣ ΦΥΛΕΣ

Στην Ευρώπη, την Βόρειο Αμερική και την Αυστραλία η καταγραμμένη συχνότητα της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας είναι υψηλότερη μεταξύ των λευκών παρά μεταξύ των μαύρων και των άλλων φυλών. Οι διατροφικές διαταραχές στους μαύρους καταγράφονται σπάνια, πιθανόν εξαιτίας δισταγμού μεταξύ του ιατρικού προσωπικού να εφαρμόσει την διάγνωση ή εξαιτίας της μειωμένης χρηστικότητας ιατρικής φροντίδας από τους αναξιοπαθούντες πληθυσμούς. Οι αποδείξεις υποδεικνύουν ότι κλινικά χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών μεταξύ των μαύρων είναι παρόμοια με εκείνα που διακρίνονται μεταξύ των λευκών ασθενών.¹⁶

3.6 Η ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΕ ΝΕΥΡΟ-ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

I. Η ασθένεια Tourette. Η νευρική ανορεξία έχει σχετιστεί με την ασθένεια Tourette. Δεν είναι ξεκάθαρο εάν η ασθένεια Tourette και η ανορεξία μεσολαβούν από κοινό κεντρικό νευρικό σύστημα ή από νεύρο ορμονικούς μηχανισμούς.

II. Σχιζοφρένεια. Η νευρική ανορεξία έχει περιγραφεί σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Ο συσχετισμός της ανορεξίας με σχιζοεπιδραστική διαταραχή μπορεί να είναι ισχυρότερος από αυτών με σχιζοφρένεια. Συμπτώματα κατάθλιψης και τάσεις αυτοκτονίας πριν από την ψύχωση και την κύρια κατάθλιψη, σε οικογένειες με ασθενείς με σχιζοεπιδραστική ανωμαλία, δείχνουν να είναι οι κύριοι παράγοντες για την ανάπτυξη της ανορεξίας στην σχιζοφρένεια.

III. Μανιοεξαναγκαστική διαταραχή. Μερικοί ασθενείς με σοβαρή μανιοεξαναγκαστική διαταραχή που δεν πληρούν τα κριτήρια DSM-III-R μπορεί να περιορίσουν την πρόσληψη φαγητού σε συσχετισμό με το τελετουργικό μέτρημα, κόψιμο και φάγωμα του.¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΤΑ ΤΕΣΣΕΡΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Προκειμένου να γίνει κατανοητή η Ψυχογενής Ανορεξία, μπορούμε να διαιρέσουμε την πρόοδο της διαταραχής σε τέσσερα στάδια. Αυτά τα στάδια καθορίζουν τη διαταραχή καθώς οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η προσωπικότητα του ασθενούς διαστρεβλώνονται.

Η εξέλιξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας χαρακτηρίζεται ιατρικά από απώλεια βάρους, ακολουθούμενη από μείωση της θερμοκρασίας του σώματος, μείωση της αρτηριακής πίεσης, επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού, απώλεια της εμμηνορρυσίας, λέπτυνση της τρίχας, κόπωση και άλλα σημάδια υποσιτισμού. Καθώς ο ανορεξικός ασθενής συνεχίζει να χάνει βάρος, νέα συμπτώματα παρουσιάζονται και επιδεινώνονται συνεχώς. Το τελικό, θανάσιμο στάδιο για τους ανορεξικούς ασθενείς είναι η ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια και τελικά η καρδιακή ανεπάρκεια.

Η αντίστοιχη εξέλιξη σε επίπεδο συμπεριφοράς του ασθενούς περιλαμβάνει συνεχή μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων, πιθανή αύξηση της έντασης της άσκησης και επιπρόσθετες προσπάθειες απώλειας βάρους όπως κατάχρηση καθαρτικών, προκειμένου να «ξεπλένεται» ο οργανισμός από την τροφή, και διουρητικών ώστε να αφυδατώνεται το σώμα, δημιουργώντας τη λανθασμένη αντίληψη μείωσης του σωματικού βάρους. Όλα αυτά συνδυάζονται με έναν παράλογο φόβο των πρωτεϊνούχων τροφίμων και με αντικατάσταση της ζάχαρης με τεχνητές γλυκαντικές ουσίες και καταλήγουν σε ένα σοβαρά υποσιτισμένο οργανισμό, με ανεπάρκεια πρωτεϊνών, υπερβολικά γυμνασμένο, άλλα με ανεπαρκή μυϊκή μάζα.^{17,18}

4.1 1^ο ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ (THE ACHIEVEMENT STAGE)

Η Ψυχογενής Ανορεξία τυπικά ξεκινά με την επιθυμία του ατόμου να χάσει βάρος, να είναι λεπτό ώστε να είναι κοινωνικά αποδεκτό από τους τριγύρω του. Αυτό το στάδιο της ασθένειας δεν υποδεικνύει υπερβολική ή αφύσικη συμπεριφορά. Αντιθέτως, το άτομο δείχνει να συμβαδίζει με τη σύγχρονη αντίληψη ότι είναι ανεπίτρεπτο να προσλαμβάνει κανείς βάρος με πιθανό αποτέλεσμα την παχυσαρκία.

Η πλειοψηφία των υπέρβαρων ατόμων βρίσκει τις δίαιτες βαρετές και καταθλιπτικές και θεωρεί ότι η διαίτα στερεί μία από τις απολαύσεις της ζωής που δεν είναι άλλη από το φαγητό. Έτσι, οι περισσότεροι είτε παραιτούνται της διαίτας πριν καν φτάσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα ή εφόσον φτάσουν στο επιθυμητό τους βάρος, υιοθετούν εξαρχής τις παλιές τους διατροφικές συνήθειες με αποτέλεσμα να προσλάβουν το βάρος που έχασαν. Όμως η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων αυτών δεν είναι συναισθηματικά προδιατεθειμένοι απέναντι στην ανορεξία. Τα άτομα που είναι προδιατεθειμένα απέναντι στην Ψυχογενή Ανορεξία είναι τελειομανείς και διοχετεύουν όλες τις δυνάμεις τους στην προσπάθεια για την επίτευξη του στόχου τους, δηλαδή την απώλεια βάρους. Καθώς το τελειομανές άτομο συνεχίζει να χάνει βάρος τηρώντας αυστηρά τη διαίτά του, επιβραβεύεται από το περιβάλλον του με επαίνους και εκδηλώσεις θαυμασμού ή ζήλιας. Το άτομο νιώθει ότι επιτυγχάνει το στόχο του και το αίσθημα αυτό ενισχύει την επιμονή του στην περιοριστική διατροφική του συμπεριφορά. Οι κρίσεις πείνας μοιάζουν με φτηνά ανταλλάγματα που πρέπει να πληρώσει έναντι των συναισθημάτων αρετής και επιτυχίας και συχνά μεταφράζονται σαν αποδείξεις της επιτυχίας του.¹⁸

4.2 2^ο ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ – ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΜΟΥ (THE SECURITY – COMPULSIVE STAGE)

Το δεύτερο στάδιο ξεκινά με στόχο την απώλεια ενός κιλού την εβδομάδα. Η ιδέα του ιδανικού βάρους εξαφανίζεται και το άτομο όσο λεπτότερο γίνεται, τόσο παχύτερο νιώθει. Παράλληλα αρχίζει να μετράει την περιφέρειες των βραχιόνων, της μέσης, των μηρών του, δοκιμάζει ρούχα σε ολόενα και μικρότερα νούμερα, συγκρίνει τον εαυτό του με όσους ανθρώπους βλέπει και φαντάζεται ότι είναι παχύτερο από όλους. Αυτή η διαταραχή αντίληψης του σωματικού μεγέθους επινοείται από το ίδιο το άτομο, προκειμένου να έχει λόγο να εμμένει στην «αποστολή» απώλειας βάρους. Οπότε, το άτομο ενισχύει τις προσπάθειές του περπατώντας περισσότερο ή προσθέτοντας υπερβολικά παραπάνω άσκηση στο πρόγραμμά του γενικότερα, ενώ στόχος γίνεται πλέον η απώλεια περισσότερων από ένα κιλών την εβδομάδα. Ο ανορεξικός, αντίθετα με τα φυσιολογικά άτομα που κάνουν δίαιτα, θεωρεί κάθε κιλό που χάνει ένδειξη ότι πρέπει να χάσει περισσότερο.

Το άτομο εστιάζει στον καταναγκασμό για απώλεια βάρους που νιώθει, σαν να έχουν εξαφανιστεί όλα τα υπόλοιπα προβλήματά του και το μόνο που υπάρχει ακόμα είναι το να χάσει βάρος. Η απώλεια βάρους γίνεται εμμονή στην οποία ο ανορεξικός βρίσκει καταφύγιο και μ' αυτόν τον τρόπο μειώνει το άγχος και τις ανησυχίες του. Αναγκάζεται να χρησιμοποιεί επανειλημμένα τις καταναγκαστικές συμπεριφορές απώλειας βάρους για να περιορίσει τους έμμοτους φόβους του που τον κατακλύζουν με άγχος.^{8,7,18}

Όλη αυτή η πνευματική δραστηριότητα αφήνει πολύ λίγο ελεύθερο χρόνο για φίλους και συγγενείς. Ο ανορεξικός σ' αυτό το στάδιο έχει αρχίσει να αποσυνδέεται συναισθηματικά από τους άλλους καθώς στρέφεται προς τα ενδόμυχά του, στη μάχη του ενάντια στην πείνα. Αυτό το αίσθημα της πείνας είναι στην πραγματικότητα μήνυμα από τον

εγκέφαλο του ανορεξικού ότι επιπλέον απώλεια βάρους θα οδηγήσει σε ανικανότητα του σώματος να διατηρεί ομοιόσταση, σταθερή θερμοκρασία, σταθερή αρτηριακή πίεση, σταθερό καρδιακό ρυθμό και να μη χάνει μυϊκή μάζα. Στη φάση αυτή της εξέλιξης της Ψυχογενούς Ανορεξίας σχηματίζονται πτυχές στο δέρμα των κλειδώσεων του αγκώνα, του γόνατου και της μασχάλης, διότι το σώμα του ασθενούς έχει συρρικνωθεί περισσότερο απ' όσο μπορεί να συσταλθεί το δέρμα του. Βέβαια, το άτομο θεωρεί ότι οι πτυχές στο δέρμα του προκλήθηκαν από το πάχος.

Καθώς ο ανορεξικός γίνεται λεπτότερος, είναι ανίκανος να σκεφτεί οτιδήποτε άλλο εκτός από το φαγητό. Ο εγκέφαλός του προσαρμόζεται στα ερεθίσματα που λαμβάνει, όπως το αίσθημα της έντονης πείνας, το οποίο πλέον είναι απαραίτητο να υπάρχει για τον ασθενή. Το άτομο σκέφτεται συνέχεια το φαγητό και το πώς θα απαλλαγεί απ' αυτό. Η εμμονή του αυτή συχνά εκφράζεται με ένα πάθος για τη συλλογή συνταγών και την παρασκευή περίπλοκων γευμάτων για τους άλλους. Προκειμένου ο ίδιος να αποφύγει την κατανάλωση θερμίδων, κρύβει στο σπίτι, στις τσάντες και στις τσέπες του τα προς κατανάλωση τρόφιμα, ώστε οι γύρω του να νομίζουν ότι έχουν καταναλωθεί. Τεμαχίζει το φαγητό του σε μικρά κομμάτια και διαθέτει πολύ χρόνο τακτοποιώντας τα κομμάτια στο πιάτο του. (Εικ.3) Όταν του γίνεται παρατήρηση γι' αυτή του τη συμπεριφορά, ο ανορεξικός ασθενής την αρνείται ή τη χαρακτηρίζει φυσιολογική. Παράλληλα, το άτομο αναπτύσσει διαταραχή ύπνου, και το μυαλό του στοιχειώνεται από σκέψεις για φαγητό. Οι σκέψεις αυτές για το ίδιο το άτομο μεταφράζονται σε ανεπτυγμένη όρεξη στην οποία αν ενδώσει θα οδηγηθεί σταδιακά στην παχυσαρκία. Ο όρος «ανορεξία», που σημαίνει απώλεια της όρεξης, είναι παραπλανητικός. Η απώλεια της όρεξης είναι κατά κανόνα σπάνια, μέχρι τα προχωρημένα στάδια της διαταραχής. Το μυαλό και το σώμα του ανορεξικού στέλνουν

μηνύματα για να σταματήσει τη λιμοκτονία και να σωθεί από το θάνατο. Το άτομο όμως που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία βρίσκεται σε σύγχυση και διπλασιάζει τις προσπάθειές του να χαλιναγωγήσει την ήδη πενιχρή πρόσληψη τόσο τροφής όσο και ποτών. Οι περισσότεροι ανορεξικοί αναπτύσσουν φοβίες και για τις υγρές και για τις στερεές τροφές.

Με τον καιρό οι φοβίες του ατόμου που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία πολλαπλασιάζονται. Έτσι ο ανορεξικός μπορεί να παρουσιάσει φοβία πάχους, φοβία φαγητού, φοβία πρόσληψης βάρους, φοβία αύξησης όρεξης, φοβία αργού μεταβολισμού. Το τελευταίο δεν είναι απλώς μια φοβία του ασθενούς. Πραγματικά καθώς το άτομο χάνει βάρος ή όταν φτάνει σε απίσχνανση, ο οργανισμός καταναλώνει λιγότερες θερμίδες ανά κιλό σωματικού βάρους στην προσπάθειά του να διατηρηθεί εν ζωή μέχρι η τροφή να γίνει διαθέσιμη ξανά. Το σώμα δηλαδή προβαίνει σε μια κάποιου είδους τακτική οικονομίας. Καθώς η πρόσληψη θερμίδων δεν επαρκεί, η θερμοκρασία του σώματος είναι αδύνατον να διατηρηθεί στους 37 °C, και το άτομο κρυώνει συνεχώς. Για τον ίδιο λόγο το άτομο παρουσιάζει υπόταση, η οποία είναι πιθανό να του προκαλεί ζαλάδα. Επίσης εξαιτίας της χαμηλής θερμιδικής πρόσληψης και ο καρδιακός ρυθμός είναι χαμηλότερος του φυσιολογικού, με αποτέλεσμα η καρδιά να συρρικνώνεται και ο αριθμός των παλμών ανά λεπτό να ελαττώνεται. Και οι αποθήκες πρωτεΐνης μειώνονται, έτσι ο οργανισμός δεν καταναλώνει πρωτεΐνες για λειτουργίες πέραν των βασικών όπως η ανάπτυξη των μαλλιών, που συχνά γίνονται λεπτότερα και αδύναμα. Ο έμμηνος κύκλος απαιτεί ικανές ποσότητες θερμίδων, πρωτεϊνών και σιδήρου προκειμένου να διατηρηθεί, αλλά ο οργανισμός διακόπτει αρκετές ζωτικές λειτουργίες για να διατηρηθεί ζωντανός.

Όλες αυτές τις σωματικές αλλαγές, δυστυχώς, ο ανορεξικός τις μεταφράζει λανθασμένα. Πιστεύει ότι χρειάζεται λιγότερες θερμίδες για

να τραφεί και νομίζει ότι απλώς έχει έντονη όρεξη την οποία πρέπει να καταπολεμά διότι αν υποκύψει σ' αυτήν θα προσλάβει βάρος και θα καταντήσει παχύσαρκος.

Το άτομο προσπαθεί με το να τρώει όσο το δυνατόν λιγότερο και να ασκείται παράλληλα, να νιώθει σιγουριά και ασφάλεια, και αυτός είναι ο μόνος τρόπος για να νιώσει ασφαλής ο ανορεξικός. Η εμμονή του αυτή να επιτυγχάνει την ασφάλεια δια των φόβων του, οδηγεί στην υιοθέτηση διαρκώς διευρυνόμενων προστατευτικών συμπεριφορών, τις οποίες όμως καταναγκάζεται να εφαρμόζει.

Το στάδιο αυτό είναι μια διαρκώς αυξανόμενη, απελπισμένη προσπάθεια από πλευράς ασθενούς να αποφύγει την ανασφάλεια, η οποία είναι καταδικασμένη εξ αρχής σε αποτυχία. Το άτομο καταλήγει με εμμονές, καταναγκασμούς, απομακρυσμένο από τον περίγυρό του, ντροπιασμένο, αποκαρδιωμένο και μελαγχολικό.^{7,17,18}

4.3 3^ο ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΚΑΤΗΓΟΡΗΜΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ (THE ASSERTIVE STAGE)

Συχνά, τα άτομα που αναπτύσσουν Ψυχογενή Ανορεξία, είθισται να είναι ευγενικά, προστατευτικά, συγκαταβατικά, υπάκουα, ευχάριστα άτομα που αποφεύγουν τις διαμάχες και τις συγκρούσεις, και που δεν έτυχαν αρκετής προσοχής στα πλαίσια της οικογενείας τους, που συνήθως είναι καταπιεστική. Το τρίτο στάδιο αναπτύσσεται όταν το άτομο που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία δέχεται κριτική για το πόσο αδύνατο έχει γίνει από πολλούς ανθρώπους γύρω του. Έχει παραβλέψει τις συμβουλές τους και τώρα οι απαιτήσεις τους να προσλάβει ο ανορεξικός βάρος ανανεώνονται. Στο σημείο αυτό, το άτομο συνειδητοποιεί ότι είναι πιθανώς η πρώτη φορά που είναι ανυπάκουο σε όλο του το περιβάλλον. Δε φοβάται πλέον να συγκρουστεί και δεν ανησυχεί για το τι σκέφτεται ο οποιοσδήποτε για τις πράξεις του. Δεν νιώθει πια καμία υποχρέωση να

ευχαριστεί τους άλλους. Ωστόσο, γνωρίζει ότι νιώθει ήρεμος και ασφαλής με την προσφάτως ευρεθείσα ανυπακοή μόνο γιατί τη χρησιμοποιεί για να αμυνθεί και να κρύψει την ανορεξία. Το άτομο νιώθει υποσυνείδητα νέο συναίσθημα ενδυνάμωσης, ακόμα κι αν περιορίζεται σ' αυτόν τον τομέα, ο οποίος πλέον έχει γίνει ο σημαντικότερος της ζωής του. Ο ανορεξικός φανερώνει στο περιβάλλον του ότι έχει φτάσει στο τρίτο στάδιο όταν αρχίζει να απαιτεί ιδιαίτερες προϋποθέσεις για να φάει. Επί παραδείγματι, μπορεί να πηγαίνει τους οικείους του από εστιατόριο σε εστιατόριο, ψάχνοντας για το τέλειο, εντελώς άπαχο μενού ή πιάτο. Στο σπίτι, μπορεί να στέκεται δίπλα σε όποιον παρασκευάζει το γεύμα, ώστε να σιγουρευτεί ότι δεν προστίθενται κρυφά επιπλέον θερμίδες στο γεύμα του. Ταυτόχρονα, γίνεται επιθετικός σε συζητήσεις που αφορούν στο σωματικό του βάρος και υποστηρίζει ότι πρέπει να ζυγίζει λιγότερο και ότι είναι παχύς και όχι αδύνατος όπως νομίζουν οι άλλοι.

Το ίδιο το άτομο πιστεύει ότι οι υπόλοιποι ζηλεύουν τη δύναμη της θέλησης και την ισχύότητά του και θέλουν να το ωθήσουν στην παχυσαρκία. Ο ανορεξικός νιώθει υπερβολικό και διαρκώς αυξανόμενο θυμό όταν παραβιάζονται οι επιθυμίες του που αφορούν στη διαδικασία της σίτισης. Ίσως να ζητάει να μη βρίσκεται κανείς στην κουζίνα όταν γευματίζει ή η κουζίνα να μη βρίσκεται στο βεληνεκές της όρασης ή της ακοής οποιουδήποτε βρίσκεται μες στο σπίτι όση ώρα ο ίδιος τρώει. Αν η οικογένεια ακολουθήσει αυτές τις τυραννικές διαταγές, μπορεί να καταλήξει εκτός σπιτιού προκειμένου να φάει το άτομο που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία.

Βέβαια, η οικογένεια του ανορεξικού φοβάται να παραβεί τις εντολές του διότι κατά βάση φοβούνται την περαιτέρω απώλεια βάρους. Δεν έχουν εμπειρία στην αντιμετώπιση του ανορεξικού, καθώς αυτός ήταν πάντα ευγενικό άτομο. Ο δε ανορεξικός, είναι ενθουσιασμένος με την προσφάτως ανακαλυφθείσα δύναμή του, άλλωστε από αυτή τη δύναμη

αντλεί την επιβεβαίωση που έψαχνε καιρό. Αυτή την απόλυτη και ακραία αντιδραστική συμπεριφορά, ο ανορεξικός τη χρησιμοποιεί μόνο σε ότι αφορά τη διατροφή και το βάρος του και κυρίως στο οικείο του περιβάλλον. Όταν βρίσκεται εκτός σπιτιού και ασχολείται με άλλα θέματα, συνεχίζει να είναι ο πράος, χαρούμενος, υποχωρητικός άνθρωπος που ήταν ανέκαθεν, παρόλο που η αίσθηση του χιούμορ και η φιλική του συμπεριφορά στο σχολείο ή τη δουλειά έχουν πλέον επισκιαστεί από τη μόνιμη επαγρύπνηση του φαγητού και του βάρους.

Αυτό το κατηγορηματικό (assertive) στάδιο προειδοποιεί την οικογένεια και το οικείο περιβάλλον του ασθενούς για την επιμονή της ασθένειας και είναι η κυριότερη ένδειξη ότι ο εφιάλτης της ανορεξίας έχει αρχίσει. Ο ανορεξικός από τη μεριά του είναι ευτυχής και ενθουσιασμένος με το νέο του εαυτό. Η ασθένεια του παρέχει μια αίσθηση δύναμης την οποία δεν προέβλεπε όταν ξεκίνησε να χάνει βάρος. Η ιδιαίτερη ισχύότητά του έχει γίνει η ιδιαίτερη επιβεβαίωσή του.^{7,18,19}

4.4 4^ο ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟΣΤΑΛΙΟΤΗΣ ΨΕΥΔΟ - ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ (THE PSEUDO - IDENTITY STAGE)

Αργά ή γρήγορα, η απώλεια βάρους του ανορεξικού γίνεται εμφανής στην οικογένεια και τον κοινωνικό του περίγυρο, οι οποίοι προσαρμόζονται μαθαίνοντας να το «δέχονται». Η ανορεξία δεν προσφέρει καμία μυστικότητα. Ορισμένα θύματα κρύβουν την ιδιαίτερη ισχύότητά τους κάτω από στρώσεις ενδυμάτων, ενώ άλλοι νιώθουν υπερήφανοι και επιδεικνύουν το σώμα τους όσο το δυνατόν περισσότερο φορώντας ρούχα όπως: κοντά παντελόνια και κοντά μπλουζάκια το καλοκαίρι και στενά κολλητά παντελόνια το χειμώνα. Αυτή η επιδειξιμανία γίνεται ένα όπλο – μια κήρυξη πολέμου ενάντια στους άλλους, ως δήλωση του ποιος έχει τη μεγαλύτερη δύναμη θέλησης, ποιος μπορεί αν ελέγξει καλύτερα την όρεξή του. Ίσως αυτό εξηγεί την

εχθρότητα που βιώνουν κάποιοι άνθρωποι με την επίδειξη της ισχύος. Και ενώ οι συγγενείς και οι φίλοι παρακολουθούν το «υπό εξαφάνιση» άτομο με απογοήτευση και ανησυχία (Εικ. 4), κάποιοι άλλοι ανταγωνίζονται την παθολογική κατάσταση συναγωνισμού του ασθενούς. Όμως όλοι – φίλοι, δάσκαλοι, γιατροί, σύμβουλοι και συγγενείς – αναφέρονται στον ασθενή ως «ο ανορεξικός». Ανεξάρτητα από το είδος της αντίδρασης, είτε είναι θυμός, είτε είναι ανησυχία ή απογοήτευση, όλοι αντιδρούν. Ο ασθενής απ' τη δική του σκοπιά έχει πετύχει αυτό που νομίζει ότι είναι η ταυτότητά του, έναν τρόπο να είναι γνωστός ως ξεχωριστός, ως διαφορετικός. Αυτή η ψευδο – ταυτότητα γεμίζει την κενότητα που κρυφά ένιωθε για καιρό ο ασθενής.

Αυτό το τέταρτο στάδιο δε χαρακτηρίζεται από νέες συμπεριφορές, αλλά μάλλον από την καινούρια αίσθηση δύναμης που νιώθει ο ανορεξικός, τη «φήμη» του, που έχει σηματοδοτήσει μια βαθιά πεποίθηση ότι βρίσκεται στο σωστό δρόμο. Τώρα νιώθει ότι η προσωπικότητά του έχει επίδραση και διακρίνεται καθαρά από τους άλλους. Εκτιμά το νέο του αυτο – προσδιορισμό, αλλά τα «επιτεύγματά» του σπανίως εκτιμώνται σε συνειδητό επίπεδο. Ο ανορεξικός, χωρίς αμφιβολία, δεν εναντιώνεται στις περιγραφές και τις γενικότητες που τον παρουσιάζουν πονηρό και παραπλανητικό. Άλλωστε ενδέχεται να μη γνωρίζει καν ότι οι άλλοι τον χαρακτηρίζουν έτσι.

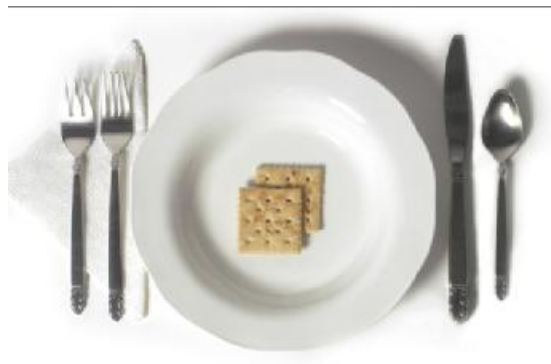
Ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια ώστε να γνωρίσει τις ανάγκες του και τις παθολογικές δοκιμασίες στις οποίες έχει υποβάλλει τον εαυτό του, και τη βοήθεια αυτή μπορεί να του την προσφέρει μόνο η ψυχοθεραπεία. Με τη βοήθεια ειδικών θα ανακαλύψει εναλλακτικούς, πιο υγιεινούς τρόπους να πετύχει τους στόχους του. Μέσα στις ανάγκες του ασθενούς συγκαταλέγονται και ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και προσήλωσης με τα άτομα που θα τον βοηθήσουν σε αυτή τη διαδικασία. Ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια ώστε να γνωρίσει τις ανάγκες του και τις παθολογικές

δοκιμασίες στις οποίες έχει υποβάλλει τον εαυτό του, και τη βοήθεια αυτή μπορεί να του την προσφέρει μόνο η ψυχοθεραπεία. Με τη βοήθεια ειδικών θα ανακαλύψει εναλλακτικούς, πιο υγιεινούς τρόπους να πετύχει τους στόχους του. Μέσα στις ανάγκες του ασθενούς συγκαταλέγονται και ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και προσήλωσης με τα άτομα που θα τον βοηθήσουν σε αυτή τη διαδικασία. Ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια ώστε να γνωρίσει τις ανάγκες του και τις παθολογικές δοκιμασίες στις οποίες έχει υποβάλλει τον εαυτό του, και τη βοήθεια αυτή μπορεί να του την προσφέρει μόνο η ψυχοθεραπεία. Με τη βοήθεια ειδικών θα ανακαλύψει εναλλακτικούς, πιο υγιεινούς τρόπους να πετύχει τους στόχους του. Μέσα στις ανάγκες του ασθενούς συγκαταλέγονται και ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και προσήλωσης με τα άτομα που θα τον βοηθήσουν σε αυτή τη διαδικασία.¹⁸

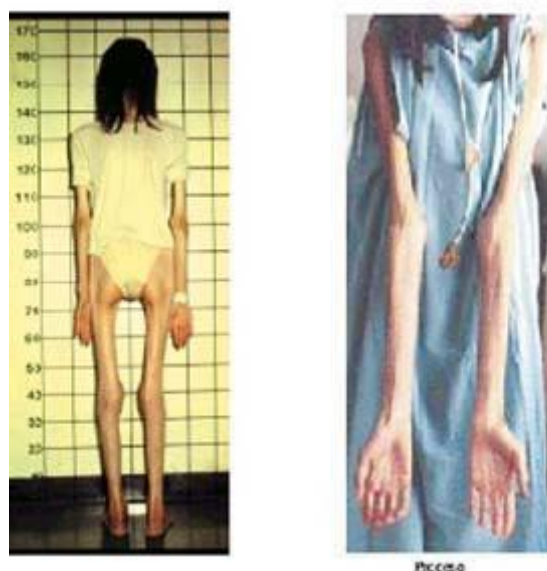
Η διαταραχή όμως χειροτερεύει. Τα θύματα δεν ξεπερνούν απλά την κατάσταση καθώς μεγαλώνουν. Αν και υπάρχει μια μειονότητα που αναρρώνει χωρίς τη βοήθεια άλλων, εκτιμάται ότι το 70% των ανορεξικών ποτέ δε συνέρχεται εντελώς και ότι το ποσοστό θνησιμότητας της Ψυχογενούς Ανορεξίας αγγίζει το 9%.

Η απάντηση ίσως να βρίσκεται στη φύση της ασθένειας. Καθώς η διαταραχή εξελίσσεται, γίνεται πιο πολύτιμη για την προσωπικότητα του ασθενούς, παρά τα όσα χάνονται σε επίπεδο σωματικής υγείας, σχέσεων και αληθινών επιτεύξεων. Η ανορεξία ξεκινά από την επιθυμία ενός αδύνατου σωματότυπου, την ανάγκη ενός αισθήματος ασφάλειας-σιγουριάς ώστε να περιοριστούν στο ελάχιστο οι ανασφάλειες, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και οι ανησυχίες για το μέλλον. Το αποτέλεσμα της ανορεξικής συμπεριφοράς παράγει μια αίσθηση επιβεβαίωσης και ταυτότητας. Το να αναρρώσει κανείς από την Ψυχογενή Ανορεξία σημαίνει το να χάσει προσωρινά τον εαυτό του και όσα έχει πετύχει δια μέσου της ασθένειας.

Κλείνοντας αυτό το κεφάλαιο πρέπει να διευκρινιστεί το εξής: η συμπεριφορά ενός ανορεξικού μπορεί έως ένα σημείο να ομοιάζει με τις συμπεριφορές ατόμων που υποκύπτουν στην τρέχουσα τάση προς την υγιεινή διατροφή και την άσκηση. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να αποτρέπονται τα άτομα από την υγιεινή διατροφή και σωματική δραστηριότητα, καθώς αυτές οι πρακτικές βελτιώνουν την ποιότητα ζωής και χαρίζουν καλή υγεία και μακροβιότητα. Αυτό που πρέπει να αποφεύγεται σε κάθε περίπτωση είναι η υπερβολή και η επιβολή περιορισμών αυστηρών και ανούσιων.^{17,18}



Εικόνα 3. Το πιάτο του ανορεξικού.



Εικόνα 4. Ανορεξικές ασθενείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

5.1 Ιστορικό - συμπτώματα στη συμπεριφορά

Πριν από την φυσική και κλινική εξέταση των συμπτωμάτων θα πρέπει να διερευνηθούν συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς που σχετίζονται με τις συνήθειες διατροφής και άσκησης της ασθενούς. Η χρήση διαιτητικών βοηθημάτων ή καθαρτικών μπορούν να θεωρηθούν ως συμπτωματικές ενδείξεις.



Εικόνα 5

Σημαντικές επίσης πληροφορίες μπορεί να μας δώσει η αντίληψη της ασθενούς για το σώμα και το βάρος της. ακόμα και όταν υπάρχουν συμπτώματα υποσιτισμού ή ασιτίας πολλές ασθενείς θα αρνηθούν την Παρουσία οποιουδήποτε προβλήματος. Στην ανορεκτική ασθενή υπάρχει

σημαντική διαστρέβλωση της εικόνας του σώματος, με άρνηση της νοσηρότητας της και συχνά ενοχή για τη διατροφική της συμπεριφορά.

Ως προς τα συμπτώματα συμπεριφοράς, αυτά χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, άκαμπτη σκέψη, σοβαρά περιορισμένα ενδιαφέροντα, που εστιάζονται αποκλειστικά σε θέματα φαγητού και βάρους, απώλεια των κοινωνικών επαφών και σχέσεων, ευερεθιστότητα, ασταθή συναισθηματική διάθεση και διαταραχές ύπνου.

Η σεξουαλική δραστηριότητα είναι περιορισμένη και βιώνεται ως δυσάρεστη. Πολλά άτομα εκδηλώνουν συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ άλλα εκδηλώνουν ψυχαναγκαστική συμπεριφορά, με καταναγκαστικές πράξεις και ψυχαναγκαστική σκέψη.

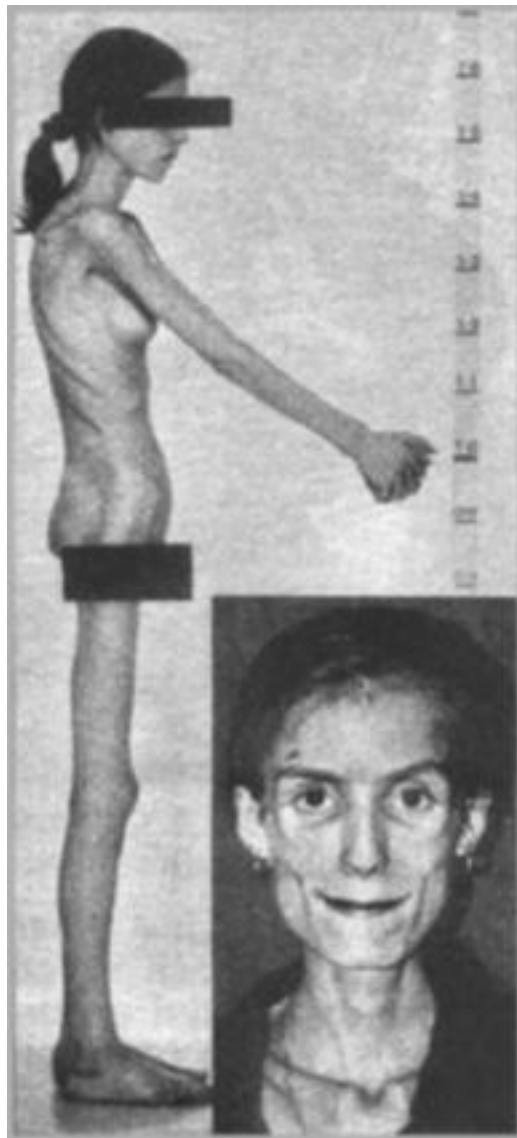
Βασικά χαρακτηριστικά της προ νοσηρής προσωπικότητας διαπιστώνεται ότι είναι η υπακοή και η τάση για τελειότητα και εξάρτηση. Τα άτομα χαρακτηρίζονται ως υπερβολικά «καλά», με άριστη συμπεριφορά και καλή απόδοση στο σχολείο. Προβλήματα διατροφής και πέψης μπορεί να προϋπήρχαν από πολύ νωρίς στη ζωή.¹

5.2. Βασικά συμπτώματα

5.2.1. Άρνηση διατήρησης του βάρους ή απώλεια βάρους. Κύριο χαρακτηριστικό της διαταραχής είναι η άρνηση της έφηβης να διατηρήσει το βάρος του σώματος της πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό, ανάλογα με το ύψος και την ηλικία της. Το ιδανικό βάρος σώματος για τις γυναίκες μπορεί εύκολα να υπολογιστεί προσθέτοντας στα 45 κιλά για τα πρώτα 150cm ύψους 2,3 κιλά για κάθε παραπάνω 2,5 cm ύψους. Τόσο το ιδανικό βάρος σώματος για τις γυναίκες (IBW) όσο και ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό του αν μια ασθενής είναι ελλιποβαρής ή όχι. Σε κάθε περίπτωση το βάρος της δεν θα πρέπει να είναι λιγότερο του 85% του ιδανικού σωματικού βάρους.

Στην ανορεκτική ασθενή όμως η απίσχναση που διαπιστώνεται είναι σημαντική. Μπορεί να φτάσει τα 15-20 κιλά μέσα σε μερικούς μήνες και προσδίδει στην έφηβη εντυπωσιακή όψη καχεκτικής και γερασμένης γυναίκας με σκαμμένα μάτια και κόκαλα που προεξέχουν κάτω από το ξηρό και τραχύ δέρμα.

Πρέπει πάντως να σημειωθεί ότι δεν έχουν όλοι οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία την κλασική λεπτή και υποσιτισμένη εμφάνιση, που πολλοί άνθρωποι φαντάζονται.²⁰



Εικόνα 6

5.2.2. Φόβος του πάχους

Η ανορεκτική ασθενής διακατέχεται από έντονο φόβο ότι θα γίνει παχύσαρκη. ο φόβος αυτός την οδηγεί στην τοποθέτηση κατώτατων ορίων βάρους σώματος και στην εσκεμμένη περιστολή της διατροφής που υποβάλλεται απ' την πολύ έντονη επιθυμία για αδυνάτισμα. Άλλοτε πρόκειται για αληθινή πάλη ενάντια στην πείνα, με την συστηματική αποφυγή φαγητών που «παχαίνουν» και άλλοτε για αδυναμία λήψης τροφής (αηδία έλλειψη όρεξης). Η περιστολή αυτή είναι και ποιοτική και ποσοτική και καταλήγει σε γελοίες δίαιτες, με τροφές που επιλέγονται επιμελώς και καταναλώνονται σε ελάχιστες ποσότητες. Στην αρχή η ασθενής συγκαλύπτει την ανορεκτική συμπεριφορά με πολυμήχανα τεχνάσματα. Προοδευτικά όμως, η ανορεκτική συμπεριφορά οργανώνεται σε σχέση με:



Εικόνα 7

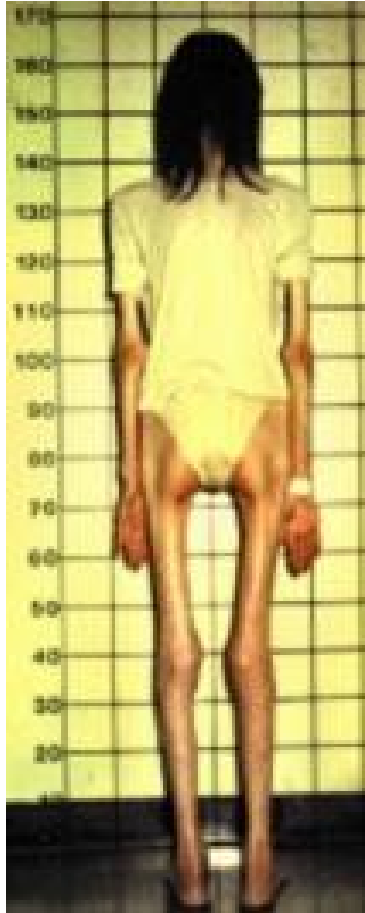
- το χρόνο των γευμάτων. Το ωράριο τους είναι άτακτο και η διάρκεια τους παρατείνεται ατελείωτα. Οι καυγάδες γίνονται καθημερινοί και η σύγκρουση με την οικογένεια αναπόφευκτη.
- Τη συμπεριφορά εκτός γευμάτων. Αποκρύπτονται τα κατάλοιπα της τροφής, προκαλούνται εμετοί, γίνεται κατάχρηση καθαρτικών κυλησμάτων και μερικές φορές χρήση διουρητικών. Δεν είναι σπάνιο το

φαινόμενο παρεμβολής παροξυσμικών επεισοδίων βουλιμίας που συνοδεύονται από εμέτους.¹

5.2.3. Εσφαλμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος

Το ανορεκτικό άτομο υποφέρει από μια διαταραγμένη αντίληψη του σώματος του ολόκληρου και της εξωτερικής Του σωματικής εικόνας, γεγονός που αδικαιολόγητα επιδρά αρνητικά στην αυτοεκτίμηση του. Δηλώνει συνεχώς ότι «νιώθει παχύ» ακόμα και όταν το βάρος του είναι φυσιολογικό. Η αντίληψη αυτή το οδηγεί σε περαιτέρω μείωση της τροφής, αλλά ακόμα και όταν η απώλεια του βάρους του φτάνει σε ανησυχητικά επίπεδα για το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον του, το ανορεκτικό άτομο εξακολουθεί να δηλώνει ότι «πρέπει να χάσει βάρος γιατί είναι παχύ».

Σε πολλές περιπτώσεις, μπορεί να μην είναι σε θέση να αναγνωρίσει εσωτερικές αισθήσεις, όπως η πείνα, ο κορεσμός και η συναισθηματική κατάσταση. Το άτομο, με έντονα αμυντική στάση προς τα συναισθήματα, καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια να μειώσει κι άλλο το βάρος του σώματος και τις σωματικές του λειτουργίες με εξαντλητική σωματική άσκηση, χρήση υπατικών ή διουρητικών και εμέτους



Εικόνα 8

Εξίσου χαρακτηριστική είναι και η επίμονη άρνηση του ανορεκτικού ατόμου να αναγνωρίσει τη σοβαρότητα του χαμηλού σωματικού του βάρους και τους κινδύνους που αυτό συνεπάγεται.¹⁶

Αμηνόρροια

Η αμηνόρροια αποτελεί ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια της νευρογενούς ανορεξίας. Ως αμηνόρροια ορίζεται η απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών.

Θεωρητικά η αμηνόρροια αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα υπογονιμότητας, ωστόσο στις ασθενείς με νευρογενή ανορεξία δεν εμφανίζεται πάντα μειωμένο ποσοστό σύλληψης και είναι περισσότερο

συνηθισμένες άλλες μαιευτικής επιπλοκές, όπως οι αποβολές και ο πρόωρος τοκετός.

Η αμηνόρροια είναι σταθερό εύρημα. Μπορεί να προηγηθεί των άλλων συμπτωμάτων (20% των περιπτώσεων) ή να εγκατασταθεί Κατά τους πρώτους μήνες της νόσου. Εξαφανίζεται σχετικά αργά, αρκετούς μήνες μετά την ειπάνοδο στο φυσιολογικό βάρος.

5.2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Στους πίνακες 1 και 2 παρατίθενται τα διαγνωστικά κριτήρια για την Ψυχογενή Ανορεξία σύμφωνα με την τέταρτη έκδοση του «Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών» (“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”/DSM-IV) και σύμφωνα με τη «Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών» (“International Classification of Diseases”/ICD-10).

Το DSM-IV αναγνωρίζει δύο τύπους Ψυχογενούς Ανορεξίας: τον περιοριστικό τύπο και τον τύπο με επεισόδια υπερφαγίας/καθαρτικό τύπο. Ο δεύτερος είναι συχνός στους ανορεξικούς, αφορά μέχρι και το 50% των περιστατικών. Κάθε ένας από τους δύο τύπους φαίνεται να έχει διακριτά χαρακτηριστικά ως προς το ιστορικό και την κλινική εικόνα. Ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία τύπου υπερφαγίας/καθαρτικών έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά με άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Βουλιμία. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι η ύπαρξη παχύσαρκων μελών στην οικογένεια του ασθενούς, το ιστορικό αυξημένου βάρους του ασθενούς, η χρήση υποκατάστατων ουσιών, η διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων και οι διαταραχές προσωπικότητας. Τα άτομα με περιοριστικού τύπου Ψυχογενή Ανορεξία περιορίζουν την επιλογή των τροφών τους, λαμβάνουν όσο το δυνατόν λιγότερες θερμίδες και χαρακτηρίζονται συχνά από ιδεοψυχαναγκαστικά φαινόμενα σχετικά με

την τροφή και άλλα θέματα. Οι ανορεξικοί, και των δύο τύπων, υπεραπασχολούνται με το βάρος και την εικόνα του σώματός τους, ενώ ασκούνται πολλές ώρες την ημέρα. Και οι δύο τύποι ασθενών μπορεί να είναι κοινωνικά απομονωμένοι και με μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον.¹⁹

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ
DSM-IV**

A. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το σωματικό του βάρος στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο, του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση του βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αποτυχία να έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης, οδηγώντας σε σωματικό βάρος λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου).

B. Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα γίνει παχύ, ακόμα και όταν αυτό είναι κάτω από το κανονικό.

Γ. Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα, υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτοαξιολόγηση ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού σωματικού βάρους.

Δ. Σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων (μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοί της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων).

Προσδιορίστε τον τύπο :

Περιοριστικός τύπος (Restricting type) : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια πολυφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή προκλητούς εμετούς ή κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών ή ενεμάτων)

Επεισόδια πολυφαγίας / καθαρτικός τύπος (Binge-Eating / Purging type) : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια πολυφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή προκλητούς εμετούς ή κατάχρηση υπακτικών ή ενεμάτων).

Πίνακας 1. Διαγνωστικά Κριτήρια Ψυχογενούς Ανορεξίας σύμφωνα με το DSMIV¹⁹

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ICD-
10**

A. Υπάρχει απώλεια βάρους ή, σε παιδιά, έλλειψη πρόσληψης βάρους, που οδηγεί σε σωματικό βάρος χαμηλότερο τουλάχιστον κατά 15% από το φυσιολογικό ή το αναμενόμενο βάρος για την ηλικία και το ύψος του ατόμου.

B. Η απώλεια βάρους αυτοπροκαλείται με την αποφυγή «παχυντικών τροφών».

Γ. Υπάρχει αυτοαντίληψη ότι είναι υπερβολικά παχείς, με έναν παρεισφρητικό τρόπο πάχυνσης, που οδηγεί σε ένα αυτο-επιβαλλόμενο όριο χαμηλού βάρους.

Δ. Μια εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή που περιλαμβάνει τον υποθαλαμικό-υποφυσικό-γοναδικό άξονα, εκδηλώνεται στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της δραστηριότητας. (Μια φαινομενική εξαίρεση είναι η σταθερή εμφάνιση κολπικών υγρών σε ανορεξικές γυναίκες που βρίσκονται σε ορμονική θεραπεία αναπλήρωσης, πιο συχνά λαμβανόμενης υπό μορφή αντισυλληπτικού χαπιού).

E. Η διαταραχή δεν ικανοποιεί τα κριτήρια A και B για την Ψυχογενή Βουλιμία.

Πίνακας 2. Διαγνωστικά Κριτήρια Ψυχογενούς Ανορεξίας σύμφωνα με το ICD-10¹⁸

5.3. Συμπτώματα στο σώμα

Η νευρογενής ανορεξία προσβάλλει σχεδόν κάθε όργανο του σώματος. Αρχίζοντας απ' τον εγκέφαλο, προκαλεί απώλεια μνήμης, κατάθλιψη, οξυθυμία, διαταραχές της σκέψης κ.α.

Είναι πιθανό επίσης να παρατηρηθεί διάβρωση του οδοντικού σμάλτου ή και διόγκωση της παρωτίδας, δύο στοιχεία που υποδηλώνουν αυτοπροκαλούμενο εμετό. Η διόγκωση του θυροειδούς αδένου είναι εξίσου πιθανή. Η καρδιολογική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει ακανόνιστο, αδύναμο, βραδύ σφυγμό και ορθοστατική υπόταση.

Η εξέταση της κοιλιακής χώρας μπορεί να αναδείξει κοιλιακή διάταση ή μη φυσιολογικούς εντερικούς ήχους.

Στους νεφρούς μπορεί να εμφανιστούν λίθοι, ενώ σε σοβαρές καταστάσεις σημειώνεται μέχρι και νεφρική ανεπάρκεια.

Το μυοσκελετικό σύστημα μπορεί να παρουσιάσει σημεία μυϊκής ατροφίας ή πόνου κατά την πίεση σε συγκεκριμένες περιοχές, ένδειξη οστεοπόρωσης που συνδέεται με συχνά κατάγματα.

Το δέρμα αποκαλύπτει σημεία αφυδάτωσης, είναι χλωμό και ξηρό, και «μελανιάζει εύκολα».

Συχνή είναι η εμφάνιση τριχοφυΐας σε ολόκληρο το σώμα (υπερτρίχωση). Τα μαλλιά αδυνατίζουν και δείχνουν «άρρωστα» ενώ συχνή είναι η εμφάνιση αναιμίας και άλλων αιματολογικών προβλημάτων.

Οι ωοθήκες, στην υπερηχογραφική απεικόνιση τους, παρουσιάζονται μικρότερες του φυσιολογικού για την ηλικία της ασθενούς και συνήθως χωρίς ωοθυλάκια.²⁰



Εικόνα 9

5.4 Ενδοκρινικές Διαταραχές

Οι διαταραχές της ενδοκρινικής λειτουργίας είναι πράγματι παρούσες. Στις γυναίκες αναπτύσσεται αμηνόρροια και παρατηρείται υπολειτουργία του άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης (μειωμένα επίπεδα της ορμόνης διέγερσης των ωοθυλακίων και της λουτεϊνης). Η δευτεροπαθής αμηνόρροια είναι πιο συχνή, παρόλο που μπορεί να εμφανιστεί και ως πρωτοπαθής. Η αμηνόρροια μπορεί να προηγηθεί της απώλειας βάρους και να επιμείνει και μετά την αποκατάστασή του. Ο μεταβολισμός οιστρογόνων μπορεί επίσης να διαταραχθεί (χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων στο πλάσμα και στα ούρα που επανακάμπουν με αύξηση

του βάρους) και μπορεί να συνδυαστεί με μη αναστρέψιμη οστεοπενία και παθολογικά κατάγματα. Οι ανορεκτικοί άνδρες έχουν μειωμένα επίπεδα τεστοστερόνης και απώλεια της libido ενώ στερούνται γονιμότητας. Στους ασθενείς πριν από την ήβη μπορεί να ανακοπεί η σεξουαλική ωρίμανση και να μειωθεί η ολική σωματική ανάπτυξη. Η παρουσία ανωμαλιών στις δοκιμασίες του θυρεοειδή είναι συχνές. Τα επίπεδα τριϊωδοθυρονίνης είναι χαμηλά, και συνοδεύονται από φυσιολογικές ή χαμηλές συγκεντρώσεις θυροξίνης, που πιθανόν αντανακλούν προσαρμογή στην ασιτία. Οι θυρεοειδείς ανωμαλίες συνήθως αναστρέφονται με την επαναφορά του βάρους, και η εξωγενής θεραπεία αντικατάστασης θυρεοειδών ορμονών δεν ενδείκνυται.²¹

5.5. Καρδιαγγειακές Ανωμαλίες

Η διαταραγμένη καρδιαγγειακή λειτουργία είναι συχνό φαινόμενο και αντιπροσωπεύει μια προσαρμογή στην ασιτία, ενώ συχνά παρατηρείται ορθοστατική υπόταση. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα συχνά αποκαλύπτει βραδυκαρδία, καταστολή του Τμήματος St ή μορφολογικές αλλαγές με T- κύματα. Μπορούν επίσης να αναπτυχθούν αρρυθμίες, ακόμα και απουσία ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Η χρήση ορισμένων εμετικών μπορεί να προκαλέσει μυσπάθεια, συμπεριλαμβανομένης και της καρδιομυοπάθειας. Ο ξαφνικός θάνατος από καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί μεν υπαρκτό κίνδυνο, αλλά όχι τόσο συχνό.

5.6. Διαταραχές Υγρών και Ηλεκτρολυτών (Νεφρικές Επιπλοκές).

Η αφυδάτωση αποτελεί μια Κοινή επιπλοκή, ιδιαίτερα όταν γίνεται παρατεταμένη κάθαρση (αυτοπροκαλούμενος εμετός, κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών). Η πιο συχνά παρατηρούμενη ηλεκτρολυτική ανωμαλία είναι η υποκαλιαϊμική υποχλωραιοϊμική

αλκάλωση. Τα επίπεδα αζώτου συρίας αίματος είναι συχνά αυξημένα, παρόλο που η συγκέντρωση κρεατίνης στον ορό είναι συνήθως φυσιολογική. Η χρόνια υποκαλιαιμία μπορεί να προκαλέσει πρωτεϊνουρία και νεφρική βλάβη. Για το λόγο αυτό, η νεφρική λειτουργία πρέπει να αξιολογείται τακτικά σε όλους τους ασθενείς με σημαντική απίσχυανση.²¹

5.7 Ψυχιατρικά Χαρακτηριστικά

Εκτός από την παθολογική συμπεριφορά σε σχέση με το φαγητό και το βάρος, που είναι παθογνωμονικές, οι ασθένειες με ΝΑ ενδέχεται να επιδειξουν ψυχιατρικά συμπτώματα δευτερογενώς του σοβαρού υποσιτισμού, όπως ευερεθιστότητα, μεταβολή της διάθεσης, κοινωνική αποξένωση, αγωνία, κατάθλιψη, αδυναμία συγκέντρωσης, προενασχόληση με το φαγητό μανιοκαταθληπτικά και ψυχαναγκαστικά συμπτώματα σε σχέση με το φαγητό, ή και περίεργες προτιμήσεις ως προς την τροφή. Η διατροφική αποκατάσταση συχνά οδηγεί σε ύφεση των συμπτωμάτων αυτών. Ωστόσο, μια μειοψηφία ασθενών μπορεί να εμφανίσει νοσογόνες ψυχιατρικές διαταραχές (κυρίως κατάθλιψη και σ'ένα μικρό αριθμό ασθενών με μανιοκατάθλιψη) που δεν είναι δευτεροπαθείς της ασιτίας και απαιτούν ειδική αξιολόγηση και θεραπεία.



Εικόνα 10

5.8 Γαστρεντερικές επιπλοκές

Οι ασθενείς μπορεί να υποφέρουν από προβλήματα γαστρεντερικής κινητικότητας. Συμπτώματα όπως κοιλιακοί πόνοι, ιτρήξιμο, μεταγευματική δυσφορία και δυσκοιλιότητα εμφανίζονται πολύ συχνά. Αυτά τα προβλήματα, μπορεί να δυσκολέψουν τον ασθενή, ο οποίος πρέπει να τρώει περισσότερο για να ανακτήσει το βάρος του. η οξεία γαστρική διάταση ή και ρήξη είναι πιθανό να συμβούν κατά την πολύ επιθετική επανασίτιση, ή σε περίπτωση σοβαρών επεισοδίων κατανάλωσης υπερβολικής ποσότητας τροφής.²¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

6.1 Δυσκολίες Θεραπείας - Στόχοι

Τα αρχικά στάδια της θεραπείας της νευρογενούς ανορεξίας είναι συχνά δύσκολα. Η ανορεκτική συμπεριφορά έχει τάσεις μονιμοποίησης της και η αυτόματη ύφεση δεν αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο. Η θεραπευτική αγωγή συχνά αποφασίζεται αργότερα από ότι πρέπει επειδή η ασθενής αρνείται πεισματικά να παραδεχθεί ότι είναι άρρωστη και η οικογένεια αργεί να αποδεχθεί την εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων. Η θεραπευτική αγωγή, που αφορά τόσο το σωματικό όσο και το ψυχολογικό επίπεδο, είναι μακροχρόνια και δύσκολη.

Συνήθως θα πρέπει να αποφεύγουμε μια μερική προσέγγιση, περιορισμένη αποκλειστικά στο πρόβλημα του βάρους. Η συχνότητα των υποτροπών πιστοποιεί την ανεπάρκεια αυτού του είδους της αντιμετώπισης. Επίσης, ο κίνδυνος θανάτου είναι υπαρκτός (5 έως 10% των περιπτώσεων καταλήγουν στο Θάνατο σύμφωνα με διάφορες αναδρομικές έρευνες) και μπορεί να οφείλεται σε ασιτία μεταβολικές διαταραχές που επιβαρύνονται από την άτακτη λήψη καθαρτικών και διουρητικών ουσιών, αιφνίδια καταπληξία κατά τη διάρκεια περιόδου υπέρδραστηριότητας ή δευτερογενή επιμόλυνση. Η ψυχοθεραπευτική αγωγή πρέπει να συνοδεύεται από παράλληλη προσεκτική παρακολούθηση της σωματικής α κατάστασης. Είναι απαραίτητη μια πολυδιάστατη προσέγγιση η οποία θα εμπεριέχει, ατομική και οικογενειακή θεραπεία, διαιτητικές συμβουλές, και όταν είναι απαραίτητο φαρμακοθεραπεία.

Συνοπτικά οι στόχοι της θεραπείας είναι:

- Η αποκατάσταση του βάρους και η αναστροφή του αυτοεπιβαλλόμενου υποσιτισμού, ο οποίος είναι υπεύθυνος για πολλά από τα συμπτώματα της ασθένειας. Η αποκατάσταση του βάρους δεν

αποτελεί απλά και μόνο μέτρο που γλιτώνει τη ζωή, αλλά μπορεί και να βελτιώσει και τις νοσηρές στάσεις και αντιλήψεις της ασθενούς.

- Η εγκατάσταση υγιεινών συνηθειών διατροφής αποκαθιστώντας τη διατροφική κατάσταση της ασθενούς με τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς πρόσληψης τροφής έτσι ώστε να κρατηθεί το βάρος σε φυσιολογικά όρια.

- Η αλλαγή στάσης της ασθενούς ως προς την επιδίωξη της ισχύτητας και της αυτοεπιβεβαίωσης, που αντλεί από αυτήν και η αποκατάσταση των προβλημάτων ρύθμισης του συναισθήματος και της συμπεριφοράς, ώστε να τα αναγνωρίζει, να τα εκφράζει και να τα ικανοποιεί με υγιείς τρόπους επικοινωνίας.

- Η θεραπεία των σωματικών επιπλοκών και των συνοδών ψυχιατρικών συμπτωμάτων που είναι υπαρκτά.

- Η πρόληψη των υποτροπών εφ' όσον το 50% των ασθενειών υποτροπιάζουν μέσα σ' ένα χρόνο μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.¹⁴

6.2 Γνωσιακή - συμπεριφορική αντιμετώπιση

Συμπληρώθηκαν ήδη αρκετά χρόνια από τότε που εμφανίστηκαν στη βιβλιογραφία οι πρώτες εφαρμογές της γνωσιακής -- συμπεριφορικής προσέγγισης για την κατανόηση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Το 1982 δημοσιεύτηκε η πρώτη λεπτομερής περιγραφή της προσέγγισης -που αφορούσε στην ψυχογενή ανορεξία. _ Στα χρόνια που μεσολάβησαν από τότε, ορισμένα από τα στοιχεία του θεωρητικού μοντέλου δοκιμάστηκαν εμπειρικά και βρήκαν υποστήριξη στην εμπειρική εφαρμογή, με αποτέλεσμα οι θεραπευτικές πρακτικές να υποστούν λεπτομερέστερη επεξεργασία και να υιοθετηθούν στην κλινική πράξη. Οι περισσότεροι από τους ειδικούς στις διαταραχές

πρόσληψης τροφής χρησιμοποιούν τη γνωσιακή συμπεριφορική προσέγγιση για την αντιμετώπιση ανορεξικών ασθενών, είτε σαν κυρίαρχη ψυχοθεραπευτική πρακτική είτε σε συνδυασμό με ψυχοδυναμικές τεχνικές.

6.2.1 Γνωσιακή - Συμπεριφορική Θεωρία για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Το γνωσιακό μοντέλο υποστηρίζει ότι τα ανορεξικά συμπτώματα διαιώνίζονται και διατηρούνται μέσα από το χαρακτηριστικό σύνολο των πεποιθήσεων που αφορούν στο βάρος του σώματος και το φαγητό. Η κεντρική ιδέα - πεποίθηση στην ψυχογενή ανορεξία είναι ότι η αξία του εαυτού αναπαρίσταται στο βάρος και το σχήμα του σώματος.

Η πεποίθηση αυτή προκύπτει από την αλληλεξάρτηση των βασικών απόψεων για τον εαυτό με το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο που περιβάλλει το άτομο και το οποίο ευνοεί τη σύνδεση μεταξύ προσωπικών αξιών και βάρους ή εμφάνισης του σώματος. Από τη στιγμή που θα σχηματισθεί η κυρίαρχη ανορεξική ιδέα, επηρεάζει το άτομο ώστε να εγκαθιστά διαταραγμένες συμπεριφορές φαγητού, του ενισχύει συμπληρωματικές πεποιθήσεις που δεν στηρίζονται στη λογική, το καθιστά ευάλωτο σε εκκεντρικές εξαρτήσεις και σε επεξεργασία πληροφοριών σύμφωνα με γνωσιάκες προκαταλήψεις και όλα τα προηγούμενα τελικά χρησιμεύουν στην ενδυνάμωση της αρχικής κεντρικής ιδέας. Το γνωσιακό μοντέλο υποθέτει πως τα κεντρικά χαρακτηριστικά της νευρογενούς ανορεξίας αποκτούν τις ενισχυτικές τους ιδιότητες επειδή συμπληρώνουν επι μέρους όψεις του γενικότερου συστήματος πεποιθήσεων του ευάλωτου ατόμου, ερμηνεύοντας έτσι τον «σύντονο με το εγώ» χαρακτήρα των ανορεκτικών συμπτωμάτων.

Τα αυτοσυμμιτληρούμενα ερωτηματολόγια, οι ημιδομημένες συνεντεύξεις και άλλα εργαλεία, έχουν καταδείξει ότι τα άτομα με διαταραχές

πρόσληψης τροφής διαφέρουν από υγιείς μάρτυρες ως προς τη συχνότητα, την ένταση και τη φύση των ανησυχιών τους όσον αφορά στο βάρος, στο σχήμα του σώματος και στην τροφή. Οι βαθμολογίες σε κλίμακες γνωσιακών εκτιμήσεων μειώνονται κατά τη διάρκεια θεραπευτικών παρεμβάσεων, είναι σε θέση να προβλέψουν την απάντηση στη θεραπεία και συσχετίζονται με άλλους δείκτες της συμπτωματολογίας των διαταραχών συμπεριφοράς φαγητού.

Πρόσφατα η εφαρμογή των μεθόδων της γνωσιακής επιστήμης στις μελέτες των διαταραχών λήψης τροφής έχει προχωρήσει και στη διερεύνηση πέρα από το περιεχόμενο των γνωσιών, όπως για παράδειγμα στη διερεύνηση των διαδικασιών μέσα από τις οποίες αναπτύσσονται οι πεποιθήσεις των διαταραχών, επεκτείνονται περαιτέρω και τελικά καθίστανται αυτόνομες. Τα αποτελέσματα από πρόσφατες μελέτες είναι συμβατά με τις διαφορές που έχει υποτεθεί ότι υπάρχουν στη διαδικασία επεξεργασίας των πληροφοριών. Οι ανορεξικοί και οι βουλιμικοί βρέθηκε ότι θυμούνται εκλεκτικοί περισσότερες πληροφορίες οι οποίες σχετίζονται με φαγητό και σωματικό βάρος μετά από διάβασμα κάποιου περιγραφικού κειμένου και ότι συγκρατούν από αμφίσημες λέξεις εκλεκτικοί σημασίες σχετικές με τροφή και βάρος.

6.2.2 Γνωσιακή - Συμπεριφορική Παρέμβαση Στην Νευρογενή Ανορεξία

Οι αρχές για τη θεραπεία αυτού του τύπου στην νευρογενή ανορεξία στηρίζονται βασικά στην προσέγγιση που έχει αναπτυχθεί από τον Beck και τους συνεργάτες για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Οι παραδοσιακές γνωσιακές στρατηγικές ωστόσο, τροποποιήθηκαν ώστε να προσαρμοστούν στις ειδικές εκδηλώσεις που παρουσιάζει η ανορεκτική ασθενής. Σε αυτές τις εκδηλώσεις περιλαμβάνονται:

1. Η «σύντονη με το εγώ» φύση των συμπτωμάτων.

2. Η αλληλεπίδραση των φυσιολογικών με τα ψυχολογικά στοιχεία.
3. Οι ιδιοσυγκρασιακές πεποιθήσεις που είναι σχετικές με την τροφή και το βάρος του σώματος.
4. Τα ελλείμματα στην έννοια του εαυτού και η συγκρότηση της ταυτότητας.

6.2.3. Δέσμευση του ανορεκτικού ασθενή στη θεραπεία

Είναι το προαπαιτούμενο για οποιαδήποτε ψυχοθεραπευτική προσέγγιση και φυσικά και για τη δουλειά με το γνωσιακό - συμπεριφορικό μοντέλο. Οι πρώτες συναντήσεις με την ασθενή είναι πολύ σημαντικές ώστε να δεσμευθεί η ασθενής ως ενεργητική και συμμετοχική θεραπευόμενη. Ο «συμμετοχικός εμπειρισμός» όπως λέγεται αυτή η αρχή, μπορεί να κάνει τη γνωσιακή προσέγγιση κατεξοχήν κατάλληλη γι' αυτή τη δύσκολη και με πολλές αντιστάσεις ασθενή. Δεν καλείται να παραδώσει τον έλεγχο στην κρίση ενός ειδικού, αλλά περισσότερο ενθαρρύνεται να συμμετέχει σε μια πειραματική διαδικασία ανακάλυψης του τρόπου με τον οποίο οι γνώμες και οι συμπεριφορές της επηρεάζουν την ίδια της την εμπειρία. Δεν ζητείται να παραδεχθεί την παραδοξότητα ή το παράλογο των αξιωμάτων της, αλλά απλά να εξετάσει πιο προσεκτικά τα μέσα που έχει επιλέξει για να τα επιβεβαιώσει, καθώς και τις συνέπειες που αυτό συνεπάγεται. Η εγκατάσταση σταθερής και υποστηρικτικής θεραπευτικής σχέσης θεωρείται πολύ σημαντική για την επιτυχία αυτής της προσπάθειας, γιατί επηρεάζει καθοριστικά τη θέληση της ασθενούς να αντιμετωπίσει την τρομακτική γι' αυτήν προοπτική της αύξησης βάρους. Στις πρώτες συνεδρίες η εμφάνιση είναι στη βοήθεια που πρέπει να δίνεται στην ασθενή ώστε να αναπτύξει εκφρασμένο με τα δικά της λόγια ένα λεπτομερή και εξαντλητικό κατάλογο των «υπέρ» και «κατά» για τη διαταραγμένη συμπεριφορά της σε σχέση με το φαγητό. Η συγκρότηση

του καταλόγου αυτού εξυπηρετεί πολλούς σκοπούς. Κατ' αρχήν το να συμπεριλάβει σε αυτόν τα πλεονεκτήματα της συμπτωματολογίας, συχνά λειτουργεί αφοπλιστικά στην ασθενή, η οποία έχει συνηθίσει να ακούει προειδοποιήσεις για τους κινδύνους της συμπεριφοράς της από την οικογένεια και τους γιατρούς. Ο θεραπευτής εδώ αναγνωρίζει ότι η απώλεια βάρους επιφέρει κάποια σημαντικά ψυχολογικά οφέλη στην ασθενή, τα οποία με τη θεραπεία θα χαθούν και τονίζει πως η θεραπεία δεν θα είναι επιτυχημένη αν η ασθενής δεν αποζημιωθεί με κάποιο τρόπο γι' αυτές τις απώλειες.

Επιπλέον, η άσκηση αυτή δίνει την ευκαιρία να προσφερθεί υλικό με ψυχοεκπαιδευτικές ιδιότητες γύρω από τα συμπτώματα, τα οποία η ασθενής θεωρεί δυσάρεστα. Βιώματα κατάθλιψης, ευερεθιστότητας, δυσχέρειας στη συγκέντρωση και ενασχόλησης με την τροφή, συνδέονται με την παθολογία του υποσιτισμού. Ο θεραπευτής εξηγεί ότι αυτά τα συμπτώματα είναι άρρητα συνδεδεμένα με τον περιορισμό της τροφής και το υπολειπόμενο βάρος και ότι δεν είναι στο χέρι της ασθενούς να τα απομακρύνει επιλεκτικά, εφ' όσον διατηρεί τα πλεονεκτήματα που συνδέονται με τη διατήρηση του ισχνού ιδεώδους.

ο καθορισμός των υπέρ και κατά χρησιμοποιείται σαν σημαντική λειτουργία αξιολόγησης η οποία δίνει πληροφορίες για το σύστημα των κινήτρων της ασθενούς και για την εμπειρία της από τη διαταραχή της. Τέλος, η τεχνική επιτρέπει στο θεραπευτή να αρχίσει την εισαγωγή πρακτικών για την τροποποίηση, που αποτελούν βασική τακτική στα πλαίσια της γνωσιακής θεραπείας.

Κάθε πλεονέκτημα ή μειονέκτημα που καταγράφεται, θεωρείται σαν μια υπόθεση που προσφέρεται να χρησιμοποιηθεί για να εξεταστεί η εγκυρότητα του και η προσαρμοστική του ιδιότητα ή μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν βάση για συλλογή δεδομένων.

6.2.4. Χειρισμός της συμπεριφοράς φαγητού και του βάρους

Η ασθενής που είναι στα πρόθυρα λιμοκτονίας ή έχει χαοτική συμπεριφορά φαγητού, είναι σε αδυναμία να συμμετέχει ενεργητικά στη θεραπευτική διαδικασία. Επομένως, οι προσπάθειες για βελτίωση της διατροφικής κατάστασης και του βάρους αποτελούν βασικό στοιχείο της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Οι προσπάθειες αυτές δεν πραγματοποιούνται αποκομμένα από την υπόλοιπη εργασία, αλλά ενσωματώνονται στην εξέταση των πεποιθήσεων της ασθενούς και συντονίζεται με αυτή.

Στην αρχική φάση της θεραπείας για κάθε ασθενή προσδιορίζεται ένα εύρος βάρους - στόχου πχ. 45-48 kg, το οποίο πρέπει να βρίσκεται πάνω από το οριακό βάρος για τη λειτουργία της εμμήνου ρύσεως και επιπλέον προσδιορίζεται και ο ρυθμός με τον οποίο πρέπει να επιτυγχάνεται η αύξηση του βάρους. Οι στόχοι αυτοί, αν και όχι δύσκαμπτα καθορισμένοι, δεν είναι διαπραγματεύσιμοι στη βάση των παθολογικών φόβων της ασθενούς για το φυσιολογικό βάρος. Η πρόοδος προς αυτούς τους αντικειμενικούς στόχους καταγράφεται συστηματικά από τον θεραπευτή και μπορεί να ενισχύεται με συντελεστικές συνιστώσες. Αυτό είναι εφικτό ιδιαίτερα για τις ασθενείς που νοσηλεύονται.

Στην αρχική φάση της θεραπείας η ασθενής ενισχύεται να τρωει «μηχανικά» σύμφωνα με τις συνιστώμενες οδηγίες, όσον αφορά στη σύσταση, στην ποσότητα και στα διαστήματα των γευμάτων και όχι να προσπαθεί να χρησιμοποιεί σαν οδηγός για το φαγητό της αισθήματα πείνας ή χορτασμού, τα οποία έχουν συνήθως υποστεί σύγχυση και αλλοίωση από τις γνωσιακές διαστρεβλώσεις, αλλά και από την κατάσταση υποσιτισμού. Οι τροφές που θεωρεί απαγορευμένες, δηλαδή που αποφεύγονται λόγω των φόβων της ότι θα Προκαλέσουν αύξηση του βάρους ή θα Προκαλέσουν επεισόδιο υπερφαγίας, προστίθεται σταδιακά στο σχήμα διατροφής.

6.2.5. Τροποποίηση των πεποιθήσεων γύρω από το βάρος και την τροφή

Η ουσία της γνωσιακής - συμπεριφορικής θεραπείας έγκειται στο να διδαχθεί η ασθενής, πώς να ελέγχει την εγκυρότητα των σκέψεων, των παραμέτρων ενίσχυσης και των τρόπων επεξεργασίας των Πληροφοριών που θα χρησιμοποιηθεί και που επηρεάζουν τις σκέψεις. Στις θεραπευτικές συνεδρίες, η τακτική αξιολόγησης των σκέψεων εξηγείται με παραδείγματα και η ασθενής εξασκείται στην πρακτική με ασκήσεις που κάνει μόνη της ανάμεσα στις συνεδρίες.

Το πρώτο βήμα περιλαμβάνει την εξέταση της επιχειρηματικής σύνδεσης των ειδικών πεποιθήσεων. Η ασθενής καλείται να καταγράψει και να σχηματίσει το πλέγμα όλων των συνδέσεων που σχετίζεται με τις ανησυχίες της για το βάρος και την τροφή και να εκφράσει τις προβλέψεις της για το τι θα προκύψει αν τις παραβιάσει ή αν υποταχθεί στις υποθέσεις που προκύπτουν από αυτές.

Τα λάθη συλλογιστικής που διαπιστώνονται στις καταγραφές επεξεργασίας των πληροφοριών, προσδιορίζονται και συζητούνται και η ασθενής εκπαιδεύεται, πώς να είναι σε θέση να διαπιστώνει τις περιπτώσεις όπου τέτοια λάθη συλλογιστικής την επηρεάζουν στην ικανότητα της να ερμηνεύει τα δεδομένα.

Τέτοια λάθη που εμφανίζονται συχνά στη συλλογιστική των ανορεκτικών είναι:

- Η εκλεκτική προσοχή
- Η διχοτομική σκέψη
- Η υπεργενίκευση
- Η ταμπελοποίηση
- Η καταστροφοποίηση
- Η προκατελημμένη επιβεβαίωση

- Η χρήση «δύο μέτρων - δυο σταθμών»

Η ασθενής εκπαιδεύεται πώς να εφαρμόζει τις ερωτήσεις για τις υπερτιμημένες ιδέες που της προκαλούν δυσφορία, ακολουθώντας την εξής διαδοχή:

1. Ποιες είναι οι ενδείξεις για την πεποίθησή μου αυτή;
2. Υπάρχουν άλλες διαφορετικές εξηγήσεις;
3. Ποια είναι τα επακόλουθα αν αυτή η πεποίθηση είναι σωστή;
4. Ποια είναι τα επακόλουθα αν αυτή η πεποίθηση είναι λάθος;
5. Είναι προσαρμοστικό για μένα να πράξω σύμφωνα με την πεποίθησή μου αυτή;
6. Ποια μπορεί να είναι η εναλλακτική λύση;

Μερικές από τις προβλέψεις που κάνουν οι ασθενείς μπορούν να τροποποιηθούν σε υποθέσεις και να αξιολογηθούν με συλλογή στοιχείων. Ο θεραπευτής και η ασθενής μπορούν συνεργαζόμενοι να σκεφθούν συγκεκριμένα πειράματα που στηρίζονται σε ειδικές υπερτιμημένες ιδέες ή πεποιθήσεις π.χ. μια ανορεκτική που πιστεύει ότι οι άλλοι την αντιμετωπίζουν πιο θετικά όταν χάσει ένα (1) κιλό, μπορεί να μαζέψει πληροφορίες αν οι άλλοι είναι ικανοί να ανακαλύψουν τέτοιες μικρές διακυμάνσεις και στη συνέχεια μπορεί να αλλάξει τη συμπεριφορά της για να αξιολογήσει αν το περιβάλλον αντιδρά περισσότερο στις μεταβολές του βάρους της ή σε άλλες όψεις της συμπεριφοράς της ή των εκφραζόμενων συναισθημάτων της.

6.2.6. Τροποποίηση των απόψεων για τον εαυτό

Καθώς η θεραπεία προχωρεί, η προσοχή μετατοπίζεται από τα εστιακά συμπτώματα της ανορεξίας σε άλλες πιο γενικές πλευρές του εαυτού που σχετίζονται με την προδιάθεση του ατόμου να αναπτύξει τη διαταραχή. Χαρακτηριστικά θέματα που προκύπτουν είναι αυτά που αναφέρονται σε

ελλείμματα της έννοιας του εαυτού και της αυτοεπίγνωσης και αφορούν σε πεποιθήσεις της για επιτεύξεις και ικανότητες, ηθικές αρχές και θέματα ωρίμανσης. Αυτά τα θέματα μπορούν επίσης να αντιμετωπισθούν με γνωσιακές τεχνικές όπως η εξερεύνηση των λογικών ανακολουθιών μεταξύ των αρχών, η εξέταση των λειτουργικών επακολούθων της τοποθέτησης απλησίαστων στόχων, ο σχεδιασμός πειραματικών συμπεριφορών κλπ. Σε μεταγενέστερα στάδια της θεραπείας οι ασθενείς ενθαρρύνονται να πειραματίζονται με νέες πρακτικές για επίτευξη στόχων, όπως νέες πηγές ενισχύσεων με τη δοκιμή ευχάριστων δραστηριοτήτων και υιοθέτηση νέων μέτρων για αξιολόγηση της αξίας του εαυτού.

Η χρονική διάρκεια που συνίσταται για τη γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία των ανορεκτικών είναι μεγαλύτερη σε σχέση με άλλες διαταραχές, συχνά φθάνει τα 2 χρόνια σε εβδομαδιαίες συνεδρίες, ενώ η συχνότητα για τους πρώτους μήνες θεραπείας είναι πυκνότερη. Ο λόγος είναι ότι για τους ανορεξικούς χρειάζεται περισσότερος χρόνος για προσαρμογή των μεγαλύτερων αντιστάσεων που διαθέτουν σε διαδικασίες αλλαγών, καθώς και γιατί απαιτούνται περισσότερες τεχνικές γνωσιακής αναδόμησης για την τροποποίηση των δυσπροσαρμοστικών σχημάτων.¹⁴



Εικόνα 11

6.3 Άλλες μορφές θεραπείας

6.3.1 Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία (που βασίζεται στη λεκτική επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και τον ιατρό, και στη σχέση μεταξύ τους) αποσκοπεί στο VU βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του, να προσαρμοστεί στη ζωή, να ανακουφιστεί από τα δυσάρεστα ψυχολογικά συμπτώματα του, να βελτιώσει τη νοητική του κατάσταση ή και να συμβάλλει στην κοινωνική του επανένταξη, επιτρέποντας του να ζήσει μια όσο το δυνατόν πιο ικανοποιητική ζωή. Μέσα από την ατομική ψυχοθεραπεία, ο ασθενής βρίσκει ανακούφιση μιλώντας για τις καταστάσεις που τον πιέζουν, εκφράζοντας συναισθήματα και σκέψεις που ίσως δεν μπορεί να μοιραστεί ικανοποιητικά αλλού. Με την υποστήριξη του θεραπευτή διευρύνει σταδιακά την αντίληψη του για τον

εαυτό του και έτσι βρίσκει τη δύναμη να κάνει αλλαγές ανάλογες με τις ανάγκες και τους στόχους που έχει βάλει.

την απλούστερη μορφή.

Στην υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, την απλούστερη μορφή ψυχοθεραπείας, ο θεραπευτής διευκολύνει τον ασθενή να προβεί στις αλλαγές που θα του επιτρέψουν να γίνει πιο λειτουργικός, με λιγότερο άγχος, και να επανέλθει στην ομαλότητα ή να παραμείνει σε σταθερή κατάσταση. Οι συναρτήσεις γίνονται μια φορά την εβδομάδα για αρκετές εβδομάδες ή μήνες. Ο θεραπευτής ασχολείται περισσότερο με τα τωρινά συμπτώματα του ασθενούς παρά με τις ασυνείδητες διεργασίες του και δεν στοχεύει σε μείζονες μεταβολές της τρωσσοιτικότητάς του. ο θεραπευτής ακούει τον ασθενή, κατανοεί τα προβλήματα Του και ενισχύει τους φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας.²²

6.3.2. Ομαδική ψυχοθεραπεία - Ομάδες υποστήριξης

Στην ομαδική ψυχοθεραπεία η έμφαση δίνεται στις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στα άτομα μιας ομάδας, τα οποία μοιράζονται τα προβλήματα τους. Η θεραπευτική ομάδα είναι μια μικρογραφία της κοινωνίας, όπου ο καθένας έχει μάθει να παίζει κάποιους ρόλους. Συγχρόνως είναι ένα περιβάλλον πολύ διαφορετικό από μια «τυχαία» ομάδα που συναντάμε στη ζωή. Είναι ασφαλές, με κανόνες και όρια που προστατεύουν τα μέλη της ομάδας, και δίνει τη δυνατότητα με τη βοήθεια τόσο των θεραπευτών - συντονιστών, όσο και των άλλων μελών της ομάδας, να παρατηρήσουν και να εξελίξουν τον εαυτό τους με τρόπους που δεν μπορούν να κάνουν στην καθημερινή ζωή.²³

Οι ομάδες (γύρω στα 12 άτομα) συναντιόνται μια φορά την εβδομάδα για μήνες έως χρόνια. Ο θεραπευτής υιοθετεί ένα μη κατευθυντικό ρόλο, αλλά αποτρέπει τους ασθενείς του από το να κάθονται σιωπηλοί ή να

μιλούν για άσχετα ζητήματα. Έτσι τα μέλη της ομάδας μαθαίνουν να μιλούν ανοιχτά για τον εαυτό τους, να εκφράζουν ελεύθερα και ειλικρινά τα συναισθήματα, τις σκέψεις, και τις ανάγκες τους μπροστά σε άλλους και συγχρόνως να βλέπουν και να αξιοποιούν τις αντιδράσεις που προκαλεί η όποια συμπεριφορά τους στα μέλη της ομάδας.

Μια ομάδα υποστήριξης για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής παρέχει:

- Εκπαίδευση των συμμετεχόντων για τις φυσικές και συναισθηματικές συνέπειες των διαταραχών πρόσληψης τροφής, τους κινδύνους, τις σωματικές και ψυχικές επιπλοκές.
- Εκμάθηση εναλλακτικών και μη δυσλειτουργικών - τρόπων συμπεριφοράς.
- Εκμάθηση στρατηγικών αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων. Υποστήριξη σ' ένα ασφαλές περιβάλλον εμπιστοσύνης.
- Μοίρασμα εμπειριών και συναισθημάτων με άλλους ανθρώπους που υποφέρουν από παρόμοια προβλήματα.
- Υποστήριξη, ιδέες και στρατηγικές από άλλους συμμετέχοντες που βρίσκονται σε πιο προχωρημένο στάδιο αντιμετώπισης.
- Επεξεργασία θεμάτων όπως ο κοινωνικός αποκλεισμός, η αυτοεκτίμηση, η εικόνα του σώματος κ.α.

Τα οφέλη μιας ομάδας υποστήριξης, ειλικρινά είναι δύσκολο να περιγράψουν λεκτικά. Οι (ψυχο) δυναμικές που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών, αποτελούν ίσως το πιο ισχυρό εργαλείο αντιμετώπισης και η στείρα μηχανιστική καταγραφή τους, δεν επιτρέπει να φανούν οι συναισθηματικές αποχρώσεις με τις οποίες βιώνονται. Σε κάθε περίπτωση, οι ομάδες υποστήριξης,

αποτελούν ένα χρήσιμο, σχεδόν απαραίτητο συστατικά στην αντιμετώπιση της ανορεξίας.

Πρώτιστα στην Αμερική και ακολούθως στην Ευρώπη, η ψυχοθεραπεία, ατομική και ομαδική, τα τελευταία χρόνια, φαίνεται να κερδίζει έδαφος στην θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής, είτε ως συμπληρωματική είτε ως μοναδική θεραπεία επιλογής. Ακούγεται (και είναι) λογικό, μιας και η ψυχοθεραπεία αποτελεί την «τέχνη» του λόγου που προσεγγίζει τον άνθρωπο ως ψυχή, δουλεύοντας με εσώτερα, ενδεχομένως και σκοτεινά κομμάτια του εαυτού.

6.3.3 Ψυχανάλυση

Η ψυχανάλυση είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας, που θεμελίωσε ο Sigmund Freud. Πολλές φορές θεωρείται συνώνυμη με την ψυχοθεραπεία αλλά αυτό δεν είναι σωστό. Η ψυχανάλυση τονίζει τη σημασία των παιδικών εμπειριών στο σχηματισμό της προσωπικότητας. Η κλασική Φροϊδική θεωρία έχει τροποποιηθεί από τους επίγονους του Freud, ωστόσο παραμένει αμετάβλητη η κεντρική άποψη ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά καθορίζεται κατά κύριο λόγο από ασυνείδητες δυνάμεις που πηγάζουν από πρωτόγονες συναισθηματικές ανάγκες, παρά από τη λογική. Ο ψυχαναλυτής προσπαθεί να δώσει λύση σε χρονίζουσες λανθάνουσες συγκρούσεις (και ασυνείδητους μηχανισμούς άμυνας όπως η άρνηση και η καταπίεση), να προάγει την προσωπική ανάπτυξη του ασθενούς και να μεταβάλλει την προσωπικότητα του, βασιζόμενος στην εκτεταμένη διερεύνηση του ασυνείδητου με την τεχνική του ελεύθερου συνειρμού (επιτρέποντας στον ασθενή να λει οτι του έρχεται στο μυαλό) και την ερμηνεία. Ο αναλυτής συναντάται με τον ασθενή (4-5 φορές την εβδομάδα, διάρκεια συνεδρίας 50-60 λεπτά) για 2-5 χρόνια.

θα πρέπει να τονιστεί ότι αντίθετα με ότι πιστεύεται από το κοινό, η ψυχαναλυτική θεωρία έχει δεχθεί πάρα πολλές επικρίσεις και σήμερα δεν είναι πολύ δημοφιλής ιδιαίτερα μεταξύ των νεότερων ψυχιάτρων. Οι επικρίσεις αφορούν τους εξής τομείς:

6.3.3.α. Διάγνωση:

Η Ψυχανάλυση δεν δέχεται το διαγνωστικό μοντέλο που έχει υιοθετηθεί από την σύγχρονη ψυχιατρική (με τη μορφή των διαγνωστικών εγχειριδίων DSM - N και 'Co - 10), αλλά χρησιμοποιεί μια δικά της περιγραφή των συμπτωμάτων και κλινικών καταστάσεων που στηρίζεται στην ψυχοδυναμική ψυχοπαθολογία. Βεβαίως, πολλοί ψυχίατροι με αναλυτική εκπαίδευση χρησιμοποιούν και τα δύο μοντέλα αφού αυτά δεν αποκλείουν αμοιβαία το ένα από το άλλα, αλλά αποτελούν δύο διαφορετικούς τρόπους να δει κανείς τα προβλήματα που απασχολούν τους ασθενείς.

6.3.3.β Θεραπεία:

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας δεν έχει σε γενικές γραμμές τεκμηριωθεί με τον τρόπο που συνήθως τεκμηριώνονται οι θεραπείες (δηλαδή με τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες με χρήση ομάδας ελέγχου και κατά προτίμηση με τυφλό τρόπο). Αυτό οφείλεται εν μέρει στους ίδιους τους αναλυτές οι οποίοι μερικές φορές υποστήριζαν ότι η θεωρία δεν χρειάζεται να αποδείξει την αποτελεσματικότητά της, διότι αυτό δεν είναι δυνατό να γίνει στις ψυχοθεραπείες. Οι νεότερες ψυχοθεραπείες ωστόσο έδειξαν ότι η λογική αυτή δεν μπορεί να ευσταθεί. Να σημειωθεί πάντως, ότι κάποιοι ερευνητές με αναλυτική εκπαίδευση έχουν προσπαθήσει να ερευνήσουν την αποτελεσματικότητά της.

Θα πρέπει πάντως να τονιστεί ότι παρόμοια επιχειρηματολογία θα μπορούσε να αναπτυχθεί και για άλλες ψυχοθεραπείες, και εν πάσει περιπτώσει, έχει γίνει σαφές από τη σχετική έρευνα ότι αυτό που πιθανότατα μετρά πιο πολύ για την αποτελεσματικότητα είναι η ανάπτυξη καλής ψυχοθεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου και αυτό αποτελεί μέρος οποιουδήποτε τύπου ψυχοθεραπείας.²²

6.3.4. Οικογενειακή θεραπεία

Η Οικογενειακή θεραπεία μπορεί να αποβεί πολύ σημαντική, γιατί μπορεί ν' απευθυνθεί στις ενδοοικογενειακές αντιδράσεις, οι οποίες είναι δυνατό να συμβάλλουν στην προβληματική συμπεριφορά του ασθενή όσον αφορά την πρόσληψη τροφής, στις ενδοοικογενειακές εντάσεις που δημιουργούνται από τη συμπεριφορά αυτή και στις αλληλεπιδράσεις τους.

Στην οικογενειακή θεραπεία αξιοποιείται όλη η οικογένεια για να βοηθηθεί ένα μέλος, παιδί ή ενήλικας, που στη συγκεκριμένη φάση παρουσιάζει ιδιαίτερα σοβαρό σύμπτωμα ή δυσκολία στην προσωπική του εξέλιξη. Συνήθως αυτή η δυσκολία του ατόμου αντανακλά και εκφράζει μια γενικότερη κρίση ή δυσκολία ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος να προβεί σε αναγκαίες αλλαγές. Η κινητοποίηση ολόκληρου του συστήματος οικογενειακής θεραπείας μπορεί να απελευθερώσει το άτομο από τις δυσκολίες του και να οδηγήσει στην εξέλιξη και την ωριμότητα όλα τα μέλη της οικογένειας. Συνήθως γίνονται 1-2 συναντήσεις το μήνα για όσο χρόνο απαιτείται, έως ότου να μπορέσει η οικογένεια να κατανοήσει τον ρόλο της σε σχέση με το ατομικό σύμπτωμα και να μπορέσει να αξιοποιήσει την κρίση προς όφελος όλων.²³

6.3.5. Ενδονοσοκομειακή θεραπεία

Όπως προαναφέρθηκε η θεραπεία μπορεί να γίνει συνήθως σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο. Σε πολλές περιπτώσεις όμως η ασθενής μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία. Ενδείξεις για νοσηλεία είναι σοβαρή απώλεια βάρους (πάνω από 30%) και απίσχναση, η παρουσία υπότασης, υποθερμίας ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών, παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού ή ψύχωσης, αποτυχία της εξωνοσοκομειακής θεραπείας.

Τα ενδονοσοκομειακά ψυχιατρικά προγράμματα για ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία περιλαμβάνουν συνδυασμό συμπεριφερολογικών πρακτικών, ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας. Η επιτυχία τους εξαρτάται από τις δεξιότητες του νοσηλευτικού Κυρίως προσωπικού, αλλά και γενικότερα από τον υψηλό βαθμό συνεργασίας της ψυχιατρικής ομάδας, ώστε να καλλιεργηθεί η απαραίτητη θεραπευτική συμμαχία με την εξαιρετικά δύσκολη αυτή ασθενή. Απαραίτητο στοιχείο της θεραπευτικής προσπάθειας είναι η συνεργασία, η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των μελών της οικογένειας.⁴



Εικόνα 12

6.3.5α Διατροφική αποκατάσταση

Η αποκατάσταση του βάρους είναι ο κυριότερος στόχος κατά την έναρξη της θεραπείας ενός σοβαρά ελλιποβαρούς ασθενούς. Τα προγράμματα

αύξησης του βάρους που περιλαμβάνουν και στρατηγικές, αλλαγής της συμπεριφοράς φαίνεται να είναι τα πιο αποτελεσματικά. Τίθενται ξεκάθαροι στόχοι (π.χ. ημερήσια πρόσληψη θερμίδων, εβδομαδιαία αύξηση βάρους, αποχή από πρακτικές κάθαρσης) και οι ασθενείς ανταμείβονται για την επίτευξη τους με επιβράβευση και παροχή προνομίων (π.χ. χρόνος εκτός Του κρεβατιού, χρόνος έξω από τη νοσοκομειακή μονάδα, επισκέψεις, δυνατότητα άσκησης). Η σταθερή και σταδιακή απόκτηση βάρους είναι προτιμότερη εξ' αιτίας του φόβου σχετικά με το βάρος. Οι ατομικές ανάγκες σε θερμίδες καθορίζονται ανάλογα με το σκοπό αύξηση ή διατήρηση βάρους. Ο στόχος για την αποκατάσταση του βάρους συνήθως δεν ξεπερνά τα 2 kg την εβδομάδα, με τον τελικό στόχο - βάρους να προσδιορίζεται ατομικά για κάθε ασθενή. Οι ασθενείς ζυγίζονται καθημερινά, η πρόσληψη και η απέκκριση των υγρών μετριέται, υπάρχει στενή παρατήρηση (ακόμη και στην τουαλέτα) μέχρι και 2 ώρες μετά τα γεύματα για να αποτραπεί ο προκλητός εμετός. Γενικά, αρχίζουμε με δίαιτα που παρέχει περίπου 500 θερμίδες περισσότερες από αυτές που απαιτούνται για να διατηρηθεί το τωρινό βάρος των ασθενών και αυξάνουμε τις θερμίδες σιγά - σιγά, μοιράζοντας την τροφή σε πολλά μικρά γεύματα (π.χ. έξι την ημέρα). Σε κάθε περίπτωση, επιλέγεται ένα υγιεινό σχήμα διατροφής (δηλαδή αυτό στο οποίο επανέρχεται η αναπαραγωγική λειτουργία και σταματά η απομεταλλοποίηση των οστών). Επίσης, το βάρος, το οποίο θα έχει ο ασθενής όταν πάρει εξιτήριο από τη μονάδα, σε σχέση με το βάρος - στόχο, θα πρέπει να έχει καθοριστεί εξατομικευμένα, με βάση την πιθανότητα συνέχισης από μέρους του της ανάκτησης βάρους.

Η επαναφορά του βάρους μπορεί να επιτευχθεί με διατροφική υπερτροφοδότηση (υπερθρεψία). Η ημερήσια πρόσληψη θερμίδων θα εξαρτηθεί από το βαθμό υποσιτισμού του ασθενή, και οι μέθοδοι της επανασίτισης θα εξαρτηθούν από την κατάσταση και τη συγκατάθεση

του. η συμπληρωματική χορήγηση τροφής από το στόμα μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη για ασθενείς με μέτριου βαθμού υποσιτισμό. Η σίτιση με ρινογαστικό καθετήρα δεν ενδείκνυται για συχνή εφαρμογή ωστόσο, μπορεί να είναι καλύτερα εφαρμόσιμη για την επανασίτιση των σοβαρά υποσιτισμένων ασθενών. Η παρεντερική διατροφή μπορεί να εφαρμοστεί σε όσους ασθενείς δεν ανέχονται τους επισιτιστικούς καθετήρες. Εντούτοις, αυτή η μέθοδος σίτισης πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο σε καταστάσεις που αιτιολούν τη ζωή, και λαμβάνοντας Πάντα υπόψη τους σημαντικούς κινδύνους που σχετίζονται με την παρεντερική διατροφή σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών (π.χ. σοβαρό οίδημα και πιθανή καρδιακή ανεπάρκεια). Σε γενικές γραμμές, η εξαναγκαστική διατροφική υπερθεραπεία συστήνεται μόνο μέχρις ότου ο ασθενής δε διατρέχει πια σοβαρό κίνδυνο. Στο σημείο αυτό, έστω και αν ακόμα δεν βρίσκεται σε φυσιολογικό σωματικό βάρος, θα πρέπει να αρχίσει να λαμβάνει όλες τις θερμίδες από το στόμα, μέσω φυσικής τροφής. Η προσέγγιση αυτή διευκολύνει την επαναδιοθέτηση των φυσιολογικών διατροφικών συνηθειών και επιτρέπει στα αισθήματα πείνας και κορεσμού να επανέλθουν στα φυσιολογικά, γεγονός που αποτελεί έναν ακόμα σημαντικό στόχο της θεραπείας.²¹

6.3.5.β. Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία εμφανίζουν ποικίλες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις μερικές από τις οποίες προσομοιάζουν με συμπτώματα ή σύνδρομα που ανταποκρίνονται στη φαρμακοθεραπεία. Η παρουσία κλινικών εκδηλώσεων αυτού του τύπου σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η νευρογενής ανορεξία σχετικά συχνά υποτροπιάζει, οδήγησε στη μελέτη αρκετών φαρμακευτικών παραγόντων για την αντιμετώπιση της. Για παράδειγμα η διαταραχή της σκέψης για το σχήμα και το βάρος

του σώματος μπορεί να γίνει τόσο έντονη που παίρνει το χαρακτήρα παραληρητικής ιδέας. Σ αυτή την περίπτωση τα αντιψυχωτικά φάρμακα θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην υποχώρηση παρόμοιων ιδεών. Τη δεκαετία μετά την εισαγωγή του πρώτου αντιψυχωτικού φαρμάκου, της χλωροπρομαζίνης, υπήρξε ένα κλίμα αισιοδοξίας για τις θεραπευτικές δυνατότητες των αντιψυχωτικών φαρμάκων και στην περίπτωση της νευρογενούς ανορεξίας. Ωστόσο ο ενθουσιασμός αυτός δεν διήρκησε για πολύ. Σε δύο διπλές - τυφλές μελέτες με σουλπριρίδη και πιμοξίδη δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές στην αύξηση του σωματικού βάρους αλλά και σε άλλες ψυχοπαθολογικές συνιστώσες της νευρογενούς ανορεξίας. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων τα οδήγησε στον εξοστρακισμό τους από τη θεραπευτική φαρέτρα της νευρογενούς ανορεξίας. Στη δεκαετία του 1970 το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στην παρουσία διαταραχών του συναισθήματος σε ασθενείς με νευρογενή ανορεξία. Το ενδιαφέρον αυτό ήταν εν μέρει σχετικό με τη θεραπευτική ωφελιμότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Επιπρόσθετα, σε αρκετά άτομα υπό θεραπεία με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά η όρεξη τους αυξανόταν και κέρδιζαν βάρος.

Η χορήγηση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, και ιδιαίτερα της αμιτρυπτιλίνης σε ανοιχτές μελέτες είχε ενθαρρυντικά αποτελέσματα, εύρημα που δεν επιβεβαιώθηκε όμως από δύο διπλές - τυφλές μελέτες με εικονικό φάρμακο ως ομάδα μελέτης. Η μικρή αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων δημιουργεί απορίες ακριβώς από το γεγονός ότι καταθλιπτική συμπτωματολογία υπάρχει πολύ συχνά στους ασθενείς με νευρογενή ανορεξία και ακόμη από το ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν υψηλή συχνότητα συγγενών με συναισθηματικές διαταραχές. Τα άλατα λιθίου δεν αποδείχθηκαν αποτελεσματικά εκτός από την αύξηση του βάρους που επέφεραν κατά το αρχικό στάδιο χορήγησης τους.

Η κυπροεπταδίνη, είναι ένας αναστολέας των υποδοχέων της σεροτονίνης και με αντισταμινικές Ιδιότητες που χορηγείται σε αλλεργικές καταστάσεις και προκαλεί αύξηση του βάρους αλλά χωρίς κάποια, αποδεδειγμένα, θεραπευτική χρησιμότητα στις ψυχικές διαταραχές. Το φάρμακο αυτό έχει δοκιμαστεί σε τρεις συγκριτικές μελέτες σε ασθενείς με νευρογενή ανορεξία. Διαπιστώθηκε ότι σε υψηλές δόσεις (32mg την ημέρα) επιφέρει μικρή αλλά στατιστικά σημαντική αύξηση του βάρους και ύφεση της κατάθλιψης σε νοσηλευόμενους ανορεκτικούς ασθενείς και σχετικά χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες.

Όσα αναφέρθηκαν, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η χορήγηση φαρμάκων στην νευρογενή ανορεξία υπαγορεύεται όχι από αυτή καθαυτή τη διάγνωση αλλά και από άλλα κλινικά χαρακτηριστικά και από την κρίση του υπεύθυνου γιατρού. Σε κάθε περίπτωση η χορήγηση ψυχοφαρμάκων θα πρέπει να αποφεύγεται μέχρι να αποκατασταθούν οι επιπλοκές της νόσου όπως π.χ. οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών ή όταν έχει αποκατασταθεί σε σημαντικό ποσοστό η απώλεια βάρους. Η παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αποτελεί στοιχείο για να εξετασθεί η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI), φάρμακα με ηπιότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, είναι σκόπιμο να προτιμώνται. Η χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων (βραχείας διάρκειας) μια ώρα πριν από τα γεύματα ανακουφίζει από το άγχος αναμονής αρκετούς ασθενείς. Η αντιψυχωτική φαρμακευτική θεραπεία δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται παρά μόνο σε εξαιρετικά δύσκολες περιπτώσεις και σε χαμηλές δόσεις.

Επειδή ότι γνωρίζουμε για τη χρησιμότητα της φαρμακευτικής θεραπείας προέρχεται από λιγότερες από δέκα διπλές - τυφλές μελέτες, είναι προφανές ότι το θέμα παραμένει ανοικτό ερευνητικά, με σκοπό την ανεύρεση αξιόπιστων φαρμακευτικών παρεμβάσεων στην νευρογενή ανορεξία. Η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία στις οδηγίες για τη

φαρμακευτική αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας αναφέρει ορισμένα στοιχεία που προέκυψαν από την κλινική εμπειρία. Καταθλιπτικοί ασθενείς με κακή θρέψη ανταποκρίνονται λιγότερο και είναι πιο επιρρεπείς σε ανεπιθύμητες ενέργειες ανικαταθλιπτικών φαρμάκων από άλλους καταθλιπτικούς ασθενείς. Ιδιαίτερα αυξημένος είναι ο κίνδυνος υπότασης και σε αρρυθμίες σε ανορεκτικούς ασθενείς με εμετούς στους οποίους η ενυδάτωση είναι ανεπαρκής. Διαπιστώθηκε ότι μερικά τουλάχιστον από τα καταθλιπτικά συμπτώματα υποχωρούν με την αποκατάσταση του σωματικού βάρους. Κατά την διάρκεια της Θεραπείας μπορεί να υπάρξουν ενδείξεις για τη χορήγηση τρικυκλικών αντι καταθλιπτικών, εκλεκτικών αναστολέων της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και αγχολυτικών φαρμάκων. Ορισμένοι συνιστούν θεραπεία με οιστρογόνα για τη μείωση της απώλειας ασβεστίου και συνεπώς και τις πιθανότητες εμφάνισης οστεοπόρωσης σε ανερεκτικές ασθενείς με χρόνια αμηνόρροια. Αυτό ωστόσο δεν ισχύει για εφήβους ανορεκτικές ασθενείς στις οποίες πρώτος στόχος είναι η αποκατάσταση του βάρους και του κανονικού κύκλου, η δε χορήγηση οιστρογόνων θα πρέπει να καθυστερήσει τουλάχιστο ένα χρόνο.¹⁴

6.4 Πρόγνωση

Η πρόγνωση για τους ασθενείς με νευρογενή ανορεξία χωρίς θεραπεία είναι πολύ πτωχή. Παράγοντες που σχετίζονται με κακή πρόγνωση είναι η έναρξη σε μεγάλη ηλικία (όσο μικρότερης ηλικίας είναι ο ασθενής, τόσο λιγότερες και ευκολότερα αντιμετωπίσιμες είναι οι ψυχιατρικές δυσκολίες), η μακρά ασθένεια, οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, η χρήση καθαρτικών, η άρνηση του ασθενή να τρωει παρουσία άλλων, η πτωχή Κοινωνική προσαρμογή κατά την παιδική ηλικία και οι κοινές σχέσεις με τους γονείς).

Η ασθένεια συνεπάγεται θανάσιμο κίνδυνο. Μελέτες που περιέλαβαν μεγάλο αριθμό ατόμων μιλούν για ποσότητα θανάτου της τάξης του 0 έως 8% στις σοβαρές μορφές. Όμως στην νευρογενή ανορεξία της εφηβείας υπάρχει μεγάλη ποικιλία έντασης και σοβαρότητας, που εξηγεί τις διαφορές της θεραπευτικής αντιμετώπισης ανάλογα με τη μέθοδο που ακολουθεί ο γιατρός. Πίσω από αυτή την ποικιλία υπάρχει ενότητα συμπτωμάτων και αναμφίβολα ψυχοπαθολογική ενότητα.

Η έκβαση της νευρογενούς ανορεξίας ακολουθεί γενικά τον κανόνα: 1/3 ίαση, 1/3 βελτίωση και 1/3 χρονικότητα. Σε μια ανασκόπηση ασθενών που νοσηλεύτηκαν για θεραπεία νευρογενούς ανορεξίας, μετά από τουλάχιστον 4 έτη, στο 44% η έκβαση εκτιμήθηκε ως «καλή», με φυσιολογική εμμηνορρυσία και ικανοποιητική αύξηση βάρους, στο 27% ως «μέτρια», με διαταραχές της εμμηνορρυσίας και μικρή αύξηση βάρους, στο 24% ως «κακή», με αμηνόρροια και μικρή απώλεια βάρους. Συγκριτικές μελέτες σε ασθενείς που βρισκόντουσαν κάτω από συστηματική και μη συστηματική θεραπεία δείχνουν σαφώς ότι οι συστηματικά αντιμετωπισμένες ασθενείς έχουν μια θνητότητα 5% έναντι 12% της ομάδας σύγκρισης. Οι έφηβες με νευρογενή ανορεξία έχουν καλύτερη πρόγνωση από τους ενήλικες, επειδή παρουσιάζουν συνήθως λιγότερα σοβαρές ψυχιατρικές επιπλοκές.

Επίσης και το κατάλληλο υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον συντείνει στην επιτυχημένη αποθεραπεία και στην καλή πρόγνωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

7.1 Διαπροσωπική σχέση ασθενούς - νοσηλευτή

Οι ομάδες των ασθενών με διατροφικές διαταραχές δεν χαρακτηρίζονται από ομοιογένεια. Τα συμπτώματα μπορεί να διαφέρουν ως προς τη δριμύτητα, συχνότητα και μορφή και μπορεί να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, καθώς και ομοιότητες με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Μια αρχική συνέντευξη είναι απαραίτητη και αποφασιστική για την εγκαθίδρυση μια σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Το κλίμα αποδοχής, που ία πρέπει να δημιουργήσει ο νοσηλευτής, θα επιτρέψει στον ασθενή να εκφραστεί με ειλικρίνεια για την κατάσταση του. Ταυτόχρονα μέσα από τη συζήτηση ο νοσηλευτής προσδιορίζει τη δύναμη των εσωτερικών κινήτρων και τις ψυχικές αντοχές του ασθενή. Για το σκοπό αυτό συλλέγονται πληροφορίες που αφορούν στη διάρκεια των διατροφικών διαταραχών, στο βαθμό σοβαρότητας των συμπτωμάτων, στην ψυχολογική πίεση που προκαλείται από αυτά τα συμπτώματα, καθώς και σε προηγούμενες προσπάθειες θεραπείας.

Ως προς το βιολογικό τομέα, η συνέντευξη θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα λεπτομερές ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό καθώς και προσεκτική παρατήρηση των βασικών συμπτωμάτων της ασθένειας (π.χ. απίσχναση, βραδυκαρδία κ.τ.λ.) των οποίων η διάρκεια και η δριμύτητα επηρεάζουν τη θεραπευτική διαδικασία. Για την μετέπειτα διατροφική αποκατάσταση είναι πολύτιμη κάθε πληροφορία για το βάρος και τη διατροφική συμπεριφορά του ασθενούς. Ερωτήσεις σχετικές με το μέγιστο ή ελάχιστο βάρος που έχει φτάσει ο ασθενής, με δίαιτες που πιθανόν έχει ακολουθήσει και χρήση καθαρτικών είναι απαραίτητο να γίνουν ακόμα και αν ο ασθενής δυσανασχετεί

αυτές. Τέλος, πληροφορίες για τις συνήθειες ύπνου του ασθενούς, καθώς και για τη συχνότητα και την ένταση που αυτός ασκείται σωματικά, συμπληρώνουν το βιολογικό πορτρέτο του ασθενούς.

Ως προς τα ψυχολογικά συμπτώματα της νόσου, αυτά θα πρέπει να ελέγχουν λεπτομερώς, ακόμα και αν ο ασθενής τα αρνείται ή προσπαθεί να τα ελαχιστοποιήσει. Συμπτώματα όπως κατάθλιψη ή άλλες ψυχικές διαταραχές, καθώς και οριακές διαταραχές προσωπικότητας απαιτούν μεγαλύτερη προσοχή γιατί συμπεριφορές που σχετίζονται με τέτοιες διαταραχές μπορούν να οδηγήσουν μέχρι και σε αυτοκτονία. Σημαντικό είναι επίσης να ερευνηθεί οποιοδήποτε ιστορικό σεξουαλικής ή ψυχολογικής βίας, αφού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αναφέρονται τέτοια περιστατικά.

Συμπτώματα όπως μελαγχολία, άγχος, έμμονες ιδέες, παρορμητικότητα πρέπει να προσδιοριστούν μετά από εξέταση του διανοητικού επιπέδου του ασθενούς. Πληροφορίες σχετικές με το πώς αντιλαμβάνεται ο ασθενής το «φαγητό και το βάρος» με το πόσο έντονα αυτά τον απασχολούν, καθώς και με τα φαγητά τα οποία ο ασθενής θεωρεί «απαγορευμένα» αποδεικνύονται πολύ χρήσιμες κατά τη μετέπειτα θεραπευτική διαδικασία. Επίσης πολύτιμες θεωρούνται οι προσδοκίες του ίδιου του ασθενή για το αποτέλεσμα της Θεραπείας του καθώς και οποιεσδήποτε δικές του προτάσεις για τη διεξαγωγή αυτής της θεραπείας. Εξίσου σημαντική είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ των συμπτωμάτων της νόσου και της κοινωνικής ζωής του ασθενούς. Η επαγγελματική ή η σχολική του επίδοση, τα κάθε είδους ενδιαφέροντα του, οι σχέσεις του εκτός της οικογένειας, καθώς και η δυναμική των οικογενειακών σχέσεων πολύ συχνά συντηρούν ή επιδεινώνουν τη διαταραχή.²⁴

7.2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

7.2.1 Διατροφική αποκατάσταση

Βασική προϋπόθεση είναι ο καθορισμός του κατώτατου ορίου βάρους του ασθενούς και των απαιτούμενων καθημερινών ποσοτήτων τροφής. Οι στόχοι αυτοί μπορούν να επιτευχθούν ατομικά ή σε ομάδες θεραπείας. Σε οποιαδήποτε περίπτωση ο νοσηλευτής επαινεί την αύξηση του βάρους ως αποτέλεσμα της προσπάθειας του ασθενή και διακριτικά αγνοεί την πιθανή μείωση του.

Η επαφή μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή είναι συνεχής. Ο νοσηλευτής κάθεται στο ίδιο τραπέζι κατά τη διάρκεια του φαγητού και μαζεύει τα πιάτα χωρίς σχόλια και ίχνος πίεσης. Δημιουργεί όσο το δυνατόν ευχάριστο περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα καταγράφει την καθημερινή κατανάλωση τροφής. Ανάλογα με την περίπτωση, μπορεί να μειωθεί η προγραμματισμένη ποσότητα τροφής που πρέπει να καταναλωθεί, αλλά να συμπληρώνεται με ενδιάμεσα μικρογεύματα. Με την πάροδο του χρόνου και αφού το επίπεδο αυτοπεποίθησης του ασθενή κρίνεται ικανοποιητικό, μπορεί να του δοθεί, όσο πιο συχνά γίνεται το δικαίωμα της επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικά προγράμματα διατροφής. Στην περίπτωση αυτή όμως θα πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια από τον ασθενή το χαμηλότερο σε θερμιδική αξία διαιτολόγιο. Ποσότητες φαγητού «κρυμμένες» σε τσέπες ή πεταμένες στα σκουπίδια δεν θα πρέπει να ξεφεύγουν από την προσοχή του νοσηλευτή.

Πολύ σημαντική είναι η τήρηση αυστηρού προγράμματος μέτρησης του βάρους κατά τον ίδιο πάντα τρόπο" (π.χ. κάβε Δευτέρα και Παρασκευή πριν απ' το πρωινό), στην ίδια πάντα ζυγαριά και με γραφική αναπαράσταση των δεδομένων. Ο τρόπος αυτός προσφέρει ακριβείς πληροφορίες για οποιαδήποτε αυξομείωση του βάρους του ασθενούς προστατεύοντας τον όμως ταυτόχρονα από πιθανές βασανιστικές αντιδράσεις που θα προκαλούσε η καθαρή αριθμητική έκφραση αυτής

της αυξομείωσης. Μερικά προγράμματα μάλιστα, προτείνουν να ζυγίζεται ο ασθενής με την πλάτη στη ζυγαριά, αναπτύσσοντας έτσι ταυτόχρονα και μια σχέση εμπιστοσύνης με το νοσηλευτή του.

Ο έλεγχος του προσωπικού χώρου του ασθενούς και η χρήση συσκευών παρακολούθησης θα πρέπει, όταν αυτό είναι δυνατό, να αποφεύγονται. Σε περίπτωση που ο ασθενής παραβιάζει βασικούς κανόνες του διαιτητικού του προγράμματος, ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να βρίσκεται συνεχώς μαζί του, ειδικά κατά τη διάρκεια των γευμάτων, και εάν κρίνει απαραίτητο, να του στερεί το δικαίωμα χρήσης του μπάνιου για τουλάχιστον 2 ώρες μετά το φαγητό. Έτσι θα ελαχιστοποιηθούν οι προσπάθειες του ασθενούς να διατηρήσει το χαμηλό βάρος του προκαλώντας μετά το φαγητό κρυφούς τεχνητούς εμετούς. Ως προς τη σωματική άσκηση θα πρέπει να τηρούνται μέτρια προγράμματα που καταπολεμούν την κατάθλιψη και διατηρούν τη μυική μάζα/ βάρος του ασθενούς. Ο καθορισμός ορίων άσκησης προλαμβάνει τη ροπή πολλών ασθενών προς ακραίες σωματικές δραστηριότητες.

Σε περίπτωση παρεντερικής σίτισης του ασθενούς θα πρέπει να αποφεύγεται οποιαδήποτε επικριτική συμπεριφορά ή ποινή εκ μέρους του νοσηλευτή, έτσι ώστε ο ασθενής να αναπτύξει σταδιακά την αυτοεκτίμηση του και να νιώσει κάποτε πως είναι ικανός να «πάρει την τύχη στα χέρια του». Επίσης θα πρέπει να γίνονται τακτικές μετρήσεις των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών του ασθενούς και συχνοί έλεγχοι της σωστής λειτουργίας του παρεντερικού σωλήνα, που πολλές φορές εσκεμμένα καταστρέφεται από αυτόν.

Εκτός από τις ατομικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ο νοσηλευτής πρέπει να βρίσκεται σε στενή συνεργασία με την ευρύτερη θεραπευτική ομάδα θεραπευτικής αποκατάστασης, να αναφέρει οποιοσδήποτε αλλοιώσεις που θα παρατηρηθούν στη στοματική κοιλότητα του ασθενούς ανάλογα

με την περίπτωση, να προτείνει εναλλακτικές μεθόδους διατροφής όπως δίαιτα υγρής τροφής ή παρεντερική σίτιση.

Τέλος, στα βασικά νοσηλευτικά καθήκοντα συμπεριλαμβάνεται και η χορήγηση φαρμάκων. Στο πλαίσιο της νοσηλείας ο νοσηλευτής πρέπει να επαγρυπνεί σε περίπτωση παρενέργειας κάποιου φαρμάκου ή αλληλεπίδρασης του με κάποιο άλλο. Είναι αυτονόητο πως θα πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση καθαρτικών. Εκτός από τις ατομικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ο νοσηλευτής πρέπει να βρίσκεται σε στενή συνεργασία με την ευρύτερη θεραπευτική ομάδα θεραπευτικής αποκατάστασης, να αναφέρει οποιεσδήποτε αλλοιώσεις που θα παρατηρηθούν στη στοματική κοιλότητα του ασθενούς ανάλογα με την περίπτωση, να προτείνει εναλλακτικές μεθόδους διατροφής όπως δίαιτα υγρής τροφής ή παρεντερική σίτιση.

7.2.2 Διαταραχές Υγρών! Ηλεκτρολυτών

Καταρχάς ο νοσηλευτής καταγράφει τα ζωτικά σημεία του ασθενή.

Στη συνέχεια ελέγχει την ποσότητα και το είδος των προσλαμβανόμενων υγρών καθώς και την ποσότητα των σύρων. Συζητά με τον ασθενή τρόπους αποφυγής και διακοπής των τεχνητών εμετών και της χρήσης καθαρτικών και διουρητικών. Καθορίζει δραστηριότητες (όπως συγκεκριμένο πρόγραμμα για πρόσληψη υγρών) που θα βοηθήσουν τον ασθενή να επαναφέρει και να διατηρήσει το ισοζύγιο των σωματικών του υγρών. Επιπλέον ενημερώνεται για τα αποτελέσματα των εξετάσεων ηλεκτρολυτών / νεφρικής λειτουργίας, αφού πιθανές μεταβολές τους μπορούν να επηρεάσουν την ανάρρωση του ασθενούς απαιτώντας έτσι πρόσθετες παρεμβάσεις. Σε επείγουσες περιπτώσεις διατάραξης της

ηλεκτρολυτικής ισορροπίας απαιτείται συμπληρωματική χορήγηση καλίου, για να αποφευχθούν επεισόδια καρδιακής δυσρυθμίας.²⁴

7.2.3. Δερματολογικός έλεγχος

ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει προσοχή σε οποιεσδήποτε δερματικές αλλοιώσεις παρατηρεί (π.χ. ξηρότητα, ευερεθιστότητα). Πείθει τον ασθενή να αποφεύγει το καθημερινό μπάνιο καταπολεμώντας έτσι την ξηρότητα του δέρματος. Η χρήση ενυδατικών προϊόντων δύο φορές τη μέρα και πάντα μετά το μπάνιο μειώνει τον κνησμό και ενισχύει την ελαστικότητα της επιδερμίδας. Όπου απαιτείται, ο νοσηλευτής εφαρμόζει ελαφρές μαλάξεις, ειδικά σε περιοχές που πιέζονται από οστικές προεξοχές, ενισχύοντας έτσι την καλή κυκλοφορία του αίματος. Η Τακτική αυτή θα πρέπει να χρησιμοποιείται με φειδώ, όπου υπάρχει ιστορικό σεξουαλικής ή φυσικής βίας. Εάν ο ασθενής σιτίζεται παρεντερικός, πρέπει να πειστεί, πως για την καλή κυκλοφορία του αίματος και την αποφυγή συμπτωμάτων κατάκλισης, είναι απαραίτητη η συχνή αλλαγή θέσης στο κρεβάτι του.

7.2.4 Διαδικασία σκέψης

Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει αν υπάρχουν διαταραχές στην διανοητική ικανότητα του ασθενή, έτσι ώστε να διαμορφώνει κατάλληλα τις προσδοκίες που έχει από αυτόν και ταυτόχρονα να επιλέγει τον κατάλληλο τρόπο για την ψυχολογική του υποστήριξη. Ο ρόλος του «καλού ακροατή» και η ειλικρίνεια στις συζητήσεις δημιουργούν το κατάλληλο κλίμα εμπιστοσύνης. Το ακριβώς αντίθετο προκαλεί η υπερβολική και επιπόλαια αντίδραση σε τυχόν παράλογη συμπεριφορά του ασθενούς. Παράλληλα η αυστηρή τήρηση της διαιτητικής αγωγής συμβάλλει στη βελτίωση της εγκεφαλικής λειτουργίας.²⁴

7.2.5 Διαταραχή σωματικής εικόνας - Αυτοπεποίθησης

Όπως προαναφέρθηκε, βασική προϋπόθεση της θεραπευτικής διαδικασίας είναι η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του ασθενούς και του νοσηλευτή, καθώς και η ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης του ασθενούς χωρίς ίχνος επικριτικής συμπεριφοράς. Για τη δημιουργία αυτού του κλίματος εμπιστοσύνης θα πρέπει από την αρχή να καθοριστούν και να συμφωνηθούν οι βασικοί κανόνες που αφορούν στο πρόγραμμα μέτρησης του βάρους, στη χορήγηση φαρμάκων και στην διαιτητική αγωγή. Είναι αυτονόητο πως ταυτόχρονα θα πρέπει να καθοριστούν και οι συνέπειες από την μη τήρηση αυτών των κανόνων.

Ο νοσηλευτής, σε όλη την διάρκεια της θεραπείας, απαντά με ειλικρίνεια ακόμα και σε παράλογες διατυπώσεις του ασθενούς σχετικά με το σώμα ή το βάρος του, αποφεύγοντας όμως οποιαδήποτε επικριτικά σχόλια ή ακραίες αντιδράσεις. Προβλήματα προσωπικά ή οικογενειακά θα πρέπει «να αφήνονται στο σπίτι», έτσι ώστε να μπορεί ο νοσηλευτής να ελέγχει τη συμπεριφορά του προς τον ασθενή και να μην συγκρούεται αδικαιολόγητα μαζί του διατηρώντας μ' αυτόν τον τρόπο ψυχολογική σταθερότητα στη μεταξύ τους σχέση.²⁴

7.2.6 Νοσηλευτής - Οικογένεια

Η συνεργασία της οικογένειας με το νοσηλευτή πρέπει καταρχάς να στηριχθεί σε καθορισμένους τρόπους αλληλεπικοινωνίας και αλληλεπίδρασης. Σε πολλές περιπτώσεις τα μέλη της οικογένειας που εμπλέκονται συχνά μιλούν για λογαριασμό των άλλων. Γι' αυτό θα πρέπει να ενθαρρυνθούν να μιλούν μόνο για τον εαυτό τους και να είναι υπεύθυνα για τα λόγια και τις πράξεις τους. Μια καλή τακτική προς αυτή την κατεύθυνση είναι να μην επιτρέπεται σε δύο μέλη που συζητούν μεταξύ τους να αναφερθούν σε κάποιον τρίτο χωρίς αυτός να παρευρίσκεται.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποθαρρύνει τα μέλη απ' το να επιδιώκουν την επιδοκιμασία των άλλων. Κατά τη διάρκεια της συζήτησης προσέχει οποιαδήποτε σημάδια της παραπάνω συμπεριφοράς και δεν χάνει την ευκαιρία να αναγνωρίζει αυτεξούσιες πράξεις ή λόγια του ασθενή. Δίνει πάντα σημασία σ' αυτά που λει, ενώ ταυτόχρονα σέβεται τον «ιδιωτικό χώρο» του καθενός και αναγνωρίζει το δικαίωμα του κάθε μέλους να μην συζητήσει δεδομένα που αυτό θεωρεί πολύ προσωπικά. Έτσι κάθε μέλος κατορθώνει να διατηρεί ανέπαφη την προσωπική του σφαίρα, ενώ ταυτόχρονα μαθαίνει να εκφράζει χωρίς τον φόβο της αποδοκιμασίας τις προσωπικές του απόψεις σε όλα τα υπόλοιπα μέλη, αυξάνοντας μ' αυτό τον τρόπο την θετική αυτοαντίληψη του και το βαθμό της αυτονομίας του.

Σε πολλές οικογένειες ανορεκτικών η έκφραση των συναισθημάτων και της διαφορετικότητας των μελών θεωρείται ταμπού, το οποίο κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας πρέπει να σπάσει. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει κάθε αυθόρμητη έκφραση συναισθημάτων (π.χ. θυμό, κλάμα...) δείχνοντας πως όλοι έχουν το δικαίωμα να αντιδρούν διαφορετικά και αυτόνομα. Για να είναι δυνατή όμως η αυθόρμητη έκφραση των συναισθημάτων θα πρέπει να δημιουργηθεί το κατάλληλο περιβάλλον. Για το σκοπό αυτό ο νοσηλευτής βοηθά τους γονείς να προσδιορίσουν και να λύσουν πρώτα τις δικές τους συζυγικές διαφορές, αν υπάρχουν, ενώ ταυτόχρονα εμποδίζει τον ασθενή να μεσολαβήσει σε τυχόν συγκρούσεις ανάμεσα στους γονείς του, αφού πολλές φορές η ρίζα των διατροφικών διαταραχών βρίσκεται στην ψυχολογική πίεση που ασκείται στο παιδί για να πάρει το μέρος του ενός από τους δύο γονείς. Τέλος επισημαίνει και αντιμετωπίζει άμεσα συμπεριφορές εκ μέρους των μελών της οικογένειας που μπορεί να υπονομεύσουν τη θεραπευτική διαδικασία όπως έκρηξη συναισθημάτων ενοχής, ντροπής ή απελπισίας

αν χρειαστεί προτείνει τη συμμετοχή σε ευρύτερες ομάδες θεραπείας ή σχολές επιμόρφωσης γονέων.

Ο νοσηλευτής βοηθά τον ασθενή να αναλάβει έλεγχο σε τομείς που δεν έχουν σχέση με την αύξηση του βάρους του; όπως το να καθορίζει τις καθημερινές δραστηριότητες του, να διαλέγει τα χόμπι του κ.α. Ο ασθενής μαθαίνει να θέτει συγκεκριμένους, ρεαλιστικούς στόχους για τον εαυτό του και να καταστρώνει σχέδια για την επίτευξή τους, την οποία ακολουθούν νέοι δυσκολότεροι στόχοι. Μ' αυτόν τον τρόπο μετατοπίζεται σιγά σιγά το κέντρο βάρους της προσοχής του σε άλλες ευχάριστε δραστηριότητες, αυξάνοντας έτσι τη δυνατότητα του να ελέγχει καταστάσεις βελτιώνοντας σημαντικά την αυτοεκτίμησή του.

Ο έλεγχος απ' τη μια, αλλά ταυτόχρονα και η αποδοχή του εαυτού όπως είναι από την άλλη, αποτελούν βασικούς στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι ασθενείς ενώ αισθάνονται υπεύθυνοι για την εικόνα τους, που πρέπει να είναι πάντα τέλεια, πολλές φορές δεν ξέρουν καν τι θέλουν και τι είναι καλό γι' αυτούς. Αν όμως υποστηριχθούν για να παίρνουν δικές τους αποφάσεις νοιώθοντας εμπιστοσύνη στον εαυτό τους χωρίς συναισθήματα ανεπάρκειας και αδυναμίας, τότε "μαθαίνουν" να αισθάνονται αποδεκτοί και να αποκτούν βαθμιαία τη δική τους "ταυτότητα", ανεξάρτητα από τα πρότυπα που τους έχουν ενδεχομένως επιβληθεί απ' την οικογένεια. Η συμμετοχή σε ομάδες Θεραπείας με μέλη που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα βοηθάει πολύ προς αυτή την κατεύθυνση. Μέσα από την έκφραση και το μοίρασμα των εμπειριών τους και των φόβων τους με τους άλλους, διαμορφώνουν καθαρότερη αντικειμενική εικόνα του εαυτού τους δοκιμάζουν ευχάριστα και παρωθητικά συναισθήματα αποδοχής, ενθάρρυνσης και θετικής αντίληψης. Για να τονιστεί η σημασία των παραπάνω συναισθημάτων, αξίζει να αναφερθεί πως ένα μεγάλο ποσοστό ανορεξικών ατόμων, μέσα από καταστάσεις κοινωνικής απόρριψης και απομόνωσης που προκαλούν

συναισθήματα απαξίωσης του εαυτού τους, οδηγεί απελπιστικά τα τελικά σε αυτό καταστροφικές συμπεριφορές.

Μέσα στο κατάλληλο κλίμα εμπιστοσύνης με το νοσηλευτή του, ο ασθενής μαθαίνει πώς να σπάει την απομόνωση του, να μιλάει ανοιχτά για τις ιδέες, τις απόψεις και τα συναισθήματα του, ακόμη κι αυτά που αφορούν στη σεξουαλική του ζωή, αν δεν υπάρχει ήδη γι' αυτό ειδικευμένος θεραπευτής, και να εκφράσει λεκτικά ακόμη και το θυμό του, πράγμα που μπορεί να ήταν εντελώς απαγορευμένο στο οικογενειακό του περιβάλλον.

Τέλος, στρατηγικές όπως, το ημερολόγιο συναισθημάτων που ανασύρονται με τη σκέψη και μόνο του φαγητού και η κατ επέκταση αντιμετώπιση τους, η άμεση αλλαγή ρούχων μετά από αύξηση βάρους, ή εκμάθηση κατάλληλων τεχνικών περιποίησης προσώπου - σώματος ώστε να μεταβληθεί η προηγούμενη παγωμένη εικόνα ως "λειπτής σιλουέτας" και η ενασχόληση με διάφορες ελεγχόμενες αθλητικές δραστηριότητες ατομικές ή ομαδικές, συμβάλλουν, (σε μεγάλο βαθμό) στην Προσπάθεια "ανάπλασης" της εικόνας του εαυτού, στην επανάκτηση ελέγχου, την ανάπτυξη θετικής αυτοαντίληψης και την τελική αποκατάσταση ψυχικής ισορροπίας.²⁴

7.2.7 Ανικανότητα εκπαίδευσης

Ο ασθενής μέσα από τη σχέση του με το νοσηλευτή, εκπαιδεύεται κατάλληλα ώστε να αναγνωρίζει τις συνθήκες της ανάρρωσης του και τις πιθανές θεραπευτικές του ανάγκες. Για να γίνει αυτό δεν θα πρέπει να καθοριστεί μόνο το επίπεδο των γνώσεων που ήδη διαθέτει αλλά και η ετοιμότητα του να μάθει περισσότερα, αφού η οποιαδήποτε μάθηση είναι πιο εύκολη όταν «ο μαθητής» είναι πρόθυμος.

Ο νοσηλευτής επισημαίνει αρχικά καθετί που στέκεται εμπόδιο στη μάθηση, ανεξάρτητα αν αυτό έχει βιολογικό, διανοητικό ή συναισθηματικό χαρακτήρα. Κακή διατροφή, οικογενειακά προβλήματα ή κατάχρηση ουσιών είναι προβλήματα που θα πρέπει πρώτα να αντιμετωπιστούν, διαφορετικά η οποιαδήποτε εκπαίδευση δεν θα έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Στο πλαίσιο της εκπαίδευσης του ο νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή στην καταγραφή των διαιτητικών του αναγκών, του λύνει τυχόν απορίες και σχεδιάζει μαζί του νέους τρόπους διατροφής. Οι νέες διαιτητικές προτάσεις, που μπορεί να προκύψουν ως αναγκαία λύση για τη δυσκοιλιότητα που πιθανώς θα παρουσιαστεί μετά την περικοπή των καθαρτικών, μπορούν να εμποδίσουν την αναπόφευκτη επιλογή μιας πιο δραστικής θεραπείας.

Η ανορεξική συμπεριφορά και οι πιθανές μη αναστρέψιμες συνέπειες της (γαστρορραγίες, βλάβες στο συκώτι από έλλειψη πρωτεϊνών, υπολειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, ακόμα και ξαφνικός θάνατος), πρέπει να αποτελούν συνεχώς αντικείμενο συζήτησης μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή. Στην προσπάθεια αλλαγής αυτής της καταστροφικής συμπεριφοράς μπορούν να προταθούν διάφορες αντιστρεσσιογόνες και χαλαρωτικές τεχνικές, που θα βοηθήσουν τον ασθενή να αντιμετωπίσει θετικά τα συναισθήματα άγχους και φόβου που συνήθως τον βασανίζουν. Βοηθός στην καταπολέμηση των παραπάνω συναισθημάτων είναι και οι ενδορφίνες, τα φυσικά "χάπια ευτυχίας" του μυαλού, που παράγονται κατά τη διάρκεια σωματικής άσκησης, η οποία δεν πρέπει να λείπει από καμία θεραπευτική διαδικασία, με την προϋπόθεση πως ο ασθενής δεν θα οδηγηθεί σε ακρότητες.

Στο πλαίσιο της γενικότερης ενημέρωσης - εκπαίδευσης του ο νοσηλευτής παρέχει στον ασθενή πληροφορίες, για οποιοδήποτε θέμα τον ενδιαφέρει ή τον βοηθά στην εξέλιξη της θεραπευτικής του αγωγής.

Εάν χρειαστεί μεγαλύτερη υποστήριξη τον παραπέμπει σε ευρύτερους εθνικούς ή διεθνείς οργανισμούς που ασχολούνται με το πρόβλημα του.²⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

Αγωγή υγείας - Προληπτική νοσηλευτική παρέμβαση.

Τα τελευταία χρόνια ο τομέας και το περιεχόμενο της Αγωγής υγείας έχει μεταστραφεί από τη διδασκαλία της σωματικής υγείας και της πρόληψης της αρρώστιας στην ενημέρωση, σχετικά με την προαγωγή της σωματικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και οικολογικής ευεξίας του ατόμου, και επομένως η Αγωγή υγείας πρέπει να επικεντρωθεί στο να βοηθήσει τα άτομα να αποκτήσουν ευθύνη για τη δική τους υγεία. Όπως δε πολλοί από τους μελετητές της Αγωγής υγείας τονίζουν, παρόλο που οι κοινωνικές και πολιτιστικές αξίες επηρεάζουν την άποψη της κοινωνίας για την υγεία δεν αποτελούν ουσιαστικά τομέα της Αγωγής υγείας.

Βασικός σκοπός της Αγωγής υγείας είναι η παροχή πληροφοριών. Η αύξηση των γνώσεων αποτελεί τον αρχικό σκοπό με τη σκέψη ότι το άτομο με βάση τις γνώσεις αυτές θα μπορέσει να οδηγηθεί στην αλλαγή του τρόπου ζωής του. Η αλλαγή αυτή της συμπεριφοράς είναι και ο δεύτερος βασικός σκοπός της Αγωγής υγείας. Αυτός μπορεί να είναι τόσο απλός όσο και η διδασκαλία μιας απλής δεξιότητας και τόσο σύνθετος όσο η σχεδόν ριζική αλλαγή του τρόπου ζωής του ατόμου, για την προαγωγή της υγείας του. Τελικός σκοπός της Αγωγής υγείας είναι να καταστήσει το άτομο υπεύθυνο και ικανό για τη δική του φροντίδα υγείας.

Η πρόληψη αποτελεί τον πρωταρχικό σκοπό της κοινοτικής νοσηλευτικής γενικά. Η προληπτική παρέμβαση ακολουθεί την φυσική εξέλιξη της αρρώστιας, η οποία αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία στηρίζεται. Η αρρώστια προχωρεί με την πάροδο του χρόνου και οι παθολογικές μεταβολές όσο αυτή προχωρεί, γίνονται λιγότερο αναστρέψιμες,

Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων είναι να αναχαιτίσουν ή να αναστρέψουν την παθολογική διεργασία, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, προλαβαίνοντας μεγαλύτερη βλάβη. Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της αρρώστιας διακρίνονται 3 επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων. Η Πρωτογενής, η Δευτερογενής και η Τριτογενής Προληπτική Παρέμβαση.²⁵

8.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η Πρωτογενής πρόληψη αφορά την παρέμβαση που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες, και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα.

Στις παρεμβάσεις για την προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας περιλαμβάνονται όλες οι δραστηριότητες που βελτιώνουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος και ενισχύουν τον υγιεινό τρόπο ζωής. Η αγωγή υγείας στο επίπεδο αυτό σκοπεύει να μεταδώσει στον πληθυσμό γνώσεις σχετικά με την υγιεινή διατροφή, ανάπαυση, ψυχαγωγία και γενικά την απόκτηση υγιεινών συνηθειών. Ακόμη ενημερώνει σχετικά με τους δυσμενείς για την υγεία παράγοντες όπως την κακή διατροφή, τις διάφορες καταχρήσεις, το άγχος και ότι άλλο επιδρά αρνητικά στην υγεία.²⁵

8.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η δευτερογενής πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Ο σκοπός της είναι να θεραπευθεί η αρρώστια κατά το δυνατό στα Πρώτα στάδια της, σε

περίπτωση δε που τούτο δεν είναι δυνατόν, να περιοριστεί η εξέλιξη της και να προληφθούν επιπλοκές και αναπηρίες. Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για τη δευτερογενή πρόληψη. Ο έλεγχος αυτός μπορεί έγκαιρα να διαπιστώσει σημεία και ενδείξεις μιας νόσου, πριν ακόμη το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα. Παράδειγμα μπορεί να είναι: Οι αναλύσεις δειγμάτων ομάδας πληθυσμού που εμφανίζει συμπτώματα διαταραχών στην πρόσληψη τροφής, όπως η πρώιμη ανησυχία για την αύξηση του βάρους. Τμήμα της δευτερογενούς πρόληψης, πρέπει να αποτελεί και η διδασκαλία του πληθυσμού σχετικά με τη σπουδαιότητα του περιοδικού ελέγχου της υγείας τους.²⁵

8.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η Τριτογενής πρόληψη σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η αρρώστια και στην αποκατάσταση των ατόμων, παρεμβαίνει δε όταν παθολογικές βλάβες έχουν ήδη εμφανιστεί ή το άτομο παρουσιάζει κάποιο βαθμό αναπηρίας. Εδώ συμπεριλαμβάνονται και πολλές από τις θεραπευτικές μεθόδους που αναλύθηκαν σε προηγούμενα κεφάλαια.²⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Προληπτική Νοσηλευτική στην οικογένεια

9.1 Αξιολόγηση της οικογένειας.

9.1.1 Συλλογή πληροφοριών

Οι Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την οικογένεια συγκεντρώνονται στην επίσκεψη του νοσηλευτή στο σπίτι. Η αξιολόγηση στο σπίτι έχει πολλά πλεονεκτήματα σε σύγκριση με την επικοινωνία νοσηλευτή - ατόμου: α) Οι πληροφορίες τόσο για τη σύνθεση όσο και για τις σχέσεις της οικογένειας είναι πιο εξακριβωμένες. β) Η παρατήρηση του οικογενειακού περιβάλλοντος βοηθάει τον νοσηλευτή να διαπιστώσει τόσο τα εμπόδια και τις δυσκολίες όσο και τις δυνατότητες της οικογένειας να συμβάλλει στην επίτευξη μεγαλύτερης οικογενειακής συνοχής και προαγωγή του επιπέδου της υγείας της γ) Τα μέλη της οικογένειας αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια και ανεξαρτησία στο δικό τους περιβάλλον και γίνονται έτσι πιο επιδεκτικοί στις προτάσεις για αντιμετώπιση των αναγκών της υγείας τους.

9.1.2. Η προ της επίσκεψης φάση - Προετοιμασία επίσκεψης

Η τηλεφωνική επικοινωνία του νοσηλευτή με την οικογένεια πριν από την επίσκεψη είναι πολύ καλή ευκαιρία για πρώτη επαφή και συνεννόηση. Στην επικοινωνία αυτή εξηγεί ποιος είναι τον σκοπό της επίσκεψης στο σπίτι και πως έγινε η παραπομπή της οικογένειας (από το σχολείο, το νοσοκομείο, ή οποιαδήποτε άλλο άτομο ή υπηρεσία). Η σύντομη αυτή τηλεφωνική συζήτηση βοηθάει να διευκρινισθούν ορισμένα θέματα και ενθαρρύνει την οικογένεια στην συμμετοχή της. Προγραμματίζεται τόσο ο χρόνος όσο και η σχετική διάρκεια της επίσκεψης, έτσι ώστε να διευκολύνονται και η οικογένεια και ο νοσηλευτής.

Μετά από τη συνεννόηση αυτή ο νοσηλευτής θα πρέπει να μελετήσει όλες τις πληροφορίες που υπάρχουν σχετικά με την οικογένεια προφορικές ή γραπτές και από όλες τις πηγές όπως: έκθεση, ιατρική, πληροφορίες συναδέλφων, σχετική έκθεση από το σχολείο ή τον εργασιακό χώρο κάποιου μέλους της οικογένειας και κάθε άλλη σχετική πληροφορία.

9.1.3. Επίσκεψη στο σπίτι

Ο νοσηλευτής που επισκέπτεται την οικογένεια στο σπίτι, χρειάζεται να είναι προετοιμασμένος για μια τυχόν ψυχρή ή και αρνητική υποδοχή του. μερικές οικογένειες θεωρούν την επίσκεψη σαν παραβίαση τον οικογενειακού του ασύλου από κάποιον που "έρχεται να ελέγχει" το σπίτι τους και τον τρόπο ζωής τους. Το μεγαλύτερο τμήμα της πρώτης αυτής επίσκεψης θα πρέπει να διατεθεί για γνωριμία και απλή φιλική επικοινωνία ώστε να δοθεί η διαβεβαίωση στην οικογένεια ότι η επίσκεψη γίνεται από πραγματικό ενδιαφέρον και με σεβασμό προς τα μέλη της με τα οποία θέλει ειλικρινά να συνεργαστεί για την προαγωγή της δικής τους υγείας. Η συζήτηση αυτή θα βοηθήσει να μετριαστεί το άγχος και να περιοριστούν οι φραγμοί που είναι φυσικό να υπάρχουν στην πρώτη επικοινωνία.

Η επικοινωνία αυτή πρέπει να είναι μια κυκλική διεργασία, η οποία ενισχύει τα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν μόνα τους τις σκέψεις ή τα προβλήματα τους χωρίς να είναι αναγκασμένα να απαντούν σε συγκεκριμένες κατευθυνόμενες ερωτήσεις. Έτσι τα μέλη της οικογένειας με του δικό τους τρόπο εκφράζουν αυτά που θέλουν δίνοντας την ευκαιρία στο νοσηλευτή να αντιληφθεί τις απόψεις και θέσεις τους σε διάφορα θέματα. Σε αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής απλά ακούει

ενεργητικά και προσεκτικά, χωρίς να σημειώνει τίποτε με χαρτί και μολύβι για να μη παρεμποδίσει την άνεση της επικοινωνίας.

Στο τέλος της συζήτησης, ο νοσηλευτής προτείνει να επαναλάβουν περιληπτικά μαζί με την οικογένεια ότι συζητήθηκε και να προσθέτει ότι τυχόν προκύψει. Στο σημείο αυτό και αφού εξασφαλιστεί κάποια απαραίτητη σχέση επικοινωνίας, συζητείται με την οικογένεια και η χρησιμοποίηση κάποιου σκελετικού ή οδηγού αξιολόγησης, ο οποίος θα καταρτιστεί και συμπληρωθεί μαζί με τα μέλη της οικογένειας.

Ένας χρήσιμος οδηγός αξιολόγησης πρέπει να περιλαμβάνει της αρχιτεκτονική και λειτουργική δομή της οικογένειας καθώς και το αναπτυξιακό της στάδιο. Η χρησιμοποίηση ενός γονογράμματος της οικογένειας είναι πολύ βοηθητική, διότι δίνει τη γραπτή, οπτική εικόνα της οικογένειας.

Η αρχιτεκτονική δομή της οικογένειας σημειώνεται πρώτα, ακολουθεί το αναπτυξιακό στάδιο και το ιστορικό της οικογένειας. Στη συνέχεια συγκεντρώνονται πληροφορίες σχετικά με τις δραστηριότητες της οικογένειας, τις πιέσεις που ασκούνται σ' αυτήν και τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιεί. Στο τέλος, τα μέλη της οικογένειας συνεργάζονται με του νοσηλευτή στον καταρτισμό ενός πίνακα στον οποίον απαριθμούνται τόσο οι δυνατότητες της οικογένειας όσα και τα σημεία αδυναμίας που επισημάνθηκαν και χρειάζονται βελτίωση. Ο πίνακας αυτός θα χρησιμοποιηθεί σαν αρχική βάση για τον προγραμματισμό της φροντίδας της οικογένειας.

Σε όλη τη διάρκεια της αξιολόγησης λαμβάνεται υπόψη η επίδραση του συστήματος των αξιών και πεποιθήσεων στην οικογένεια. Παρόλο που τόσο οι ρόλοι όσο και οι αξίες και πεποιθήσεις στην οικογένεια μεταβάλλονται ή τροποποιούνται με την πάροδο του χρόνου ενώ μέλη της οικογένειας προστίθενται ή αποχωρούν από αυτήν, κατά πολύ μεγάλο ποσοστό, οι ρόλοι προσδιορίζονται από το ίδιο το σύστημα αξιών, τις

πεποιθήσεις και τις συνήθειες της οικογένειας. Όλα αυτά τα συστήματα αξιών είναι εμφανή στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών, τον τρόπο επικοινωνίας των μελών μεταξύ τους καθώς και σε πολιτικές, οικονομικές, θρησκευτικές εκδηλώσεις και τοποθετήσεις σχετικά με θέματα υγείας.

Όλες οι πληροφορίες είναι αδύνατο βέβαια να συγκεντρωθούν σε μια ή δύο μόνο επισκέψεις. Μετά τη δεύτερη επίσκεψη ο νοσηλευτής ίσως είναι σε θέση να διαπιστώσει τα γενικά προβλήματα και να αποφασίσει πόσο λεπτομερειακή αξιολόγηση χρειάζεται για τη διερεύνηση τους. Όλες οι επόμενες επισκέψεις θα προγραμματιστούν με τη σύμφωνη γνώμη της οικογένειας, ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν και τα μέσα που διατίθενται για την αντιμετώπιση τους. μόλις καταρτίζεται το πρόγραμμα για επόμενη επίσκεψη αρχίζει η τελική φάση.²⁵

9.1.4. Τελική φάση

Στην φάση αυτή ο νοσηλευτής ανακεφαλαιώνει την επίσκεψη με την οικογένεια, επανατοποθετεί το σκοπό της επίσκεψης και κρίνει κατά πόσον οι σκοποί που ετέθησαν έχουν επιτευχθεί και εάν η επίσκεψη ήταν ή όχι αποτελεσματική. Καταλήγει προγραμματίζοντας την επόμενη επικοινωνία, η οποία μπορεί να συμπεριλαμβάνει και κάποια παραπομπή ή επίσκεψη σε άλλη υπηρεσία.

Τελειώνοντας την επίσκεψη πρέπει να είναι σαφείς και κατανοητές και ενέργειες ή δραστηριότητες τις οποίες θα αναλάβει ο νοσηλευτής και η οικογένεια μέχρι την επόμενη επικοινωνία τους.

9.1.5. Μετά την επίσκεψη

Η ευθύνη του νοσηλευτή για την επίσκεψη δεν ολοκληρώνεται εάν δεν κατατεθούν γραπτά όλες τις πληροφορίες και ότι προέκυψε από την

επικοινωνία με την οικογένεια. Η καταγραφή με βάση τα προβλήματα που διαπιστώθηκαν βοηθούν να διατηρηθεί το κέντρο της φροντίδας στην οικογένεια και να προγραμματιστούν οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις για επίλυση και αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.

9.2 Εφαρμογή Προγράμματος φροντίδας

9.2.1 Ανάλυση πληροφοριών

Οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν από την επίσκεψη στο σπίτι αλλά και από όλες τις άλλες πιθανές πηγές, προφορικές ή γραπτές, πρέπει να οργανωθούν και να αναλυθούν για να οδηγηθούμε στα συγκεκριμένα προβλήματα. Εάν μεν η επίσκεψη στο σπίτι ήταν αρκετά αποτελεσματική ώστε να οδηγήσει σε ένα γενικό κατάλογο προβλημάτων και αναγκών ο οποίος καταρτίστηκε με την συνεργασία της οικογένειας, ένα μεγάλο μέρος της ανάλυσης έχει συμπληρωθεί. Επειδή όμως αυτό δεν είναι πάντοτε δυνατόν, ούτε και απόλυτα πλήρες, η ανάλυση ολοκληρώνεται από το νοσηλευτή λαμβάνοντας υπόψη τον οδηγό για την ανάλυση της οικογένειας που περιλαμβάνει κατά τους Wright και Leachey τα πιο κάτω:

- Τι διαδραματίζεται μέσα στη συγκεκριμένη οικογένεια, αναπτυξιακά ή λειτουργικά και πως αυτό εκδηλώνεται.
- Ποια ήταν τα αισθήματα, οι εντυπώσεις και οι διαθέσεις που εκφράστηκαν από τα μέλη της οικογένειας και ποιες οι προσωπικές εμπειρίες και εντυπώσεις του νοσηλευτή.
- Τι παρουσιάστηκε που φαίνεται σαν ασύνηθες, μη αναμενόμενο, καθώς παράξενο ή μη φυσιολογικό (π.χ. η μη φυσιολογική απώλεια βάρους ενός μέλους).
- Ποια μεταβολή επήλθε; Πως η οικογένεια προσαρμόζεται σ' αυτή την μεταβολή; Ποιοι οι μηχανισμοί προσαρμογής της;

Στο τέλος της ανάλυσης καταγράφεται η Νοσηλευτική διάγνωση (πρόβλημα ή ανάγκη που διαπιστώθηκε και καθορίζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του).

9.2.2. Εφαρμογή του προγράμματος - Αξιολόγηση του αποτελέσματος

Το πρόγραμμα φροντίδας της οικογένειας θα είναι αποτελεσματικό εάν έχει προηγηθεί συστηματική, λεπτομερής και προσεκτική αξιολόγηση, εάν εκτέθησαν αντικειμενικοί σκοποί μετά από κοινή συμφωνία νοσηλεύτη και όλων των μελών της οικογένειας, εάν έγινε επιλογή σωστών στρατηγικών και παρεμβάσεων, οι οποίες βέβαια διεκπαιρώνονται στην εφαρμογή.

Μετά το τέλος του προγράμματος ο νοσηλευτής καταγράφει λεπτομερώς τα αποτελέσματα αξιολογώντας ξεχωριστά κάθε μια από τις φάσεις του. Ως προς την αξιολόγηση της οικογένειας βεβαιώνεται ότι ήταν λεπτομερής, πλήρης και βασισμένη σε ακριβείς πληροφορίες. Θα πρέπει ακόμη να εκτιμηθούν το ποσοστό συμμετοχής των μελών της οικογένειας κατά τη διάρκεια της κατάρτισης αλλά και της εφαρμογής του προγράμματος, καθώς και Το χρονικό πλαίσιο της εφαρμογής, που αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την αποτελεσματικότητα και την εφαρμοσιμότητα του προγράμματος.

Αφού η οικογένεια αποτελεί σύνολο και σύστημα, η αρρώστια ενός μέλους του συστήματος, έχει άμεση επίπτωση σε όλο το σύστημα και ο τρόπος που το σύστημα αντιδρά έχει άμεση επίδραση στο μέλος που πάσχει. Όσο πιο σωστά και αποτελεσματικά λειτουργεί το σύστημα, τόσο πιο καλά θα προσαρμόζονται τα μέλη.

Η νοσηλευτική λοιπόν, χρειάζεται να επικεντρωθεί περισσότερο στη μελέτη και τη φροντίδα ολόκληρης της οικογένειας για να εξασφαλιστεί και σωστή φροντίδα στο κάθε μέλος ξεχωριστά, πάντοτε σε στενή συνεργασία με όλη την οικογένεια.

Κεφάλαιο 10

Η πρόληψη στο σχολείο

10.1 Ψυχοκοινωνικό περιβάλλον

Σπουδαιότατο παράγοντα για την υγεία του παιδιού αποτελεί το ψυχολογικό και κοινωνικό περιβάλλον του σχολείου, στην δημιουργία του οποίου συμβάλλουν όλοι οι εργαζόμενοι σ' αυτό αλλά και οι ίδιοι οι μαθητές και οι οικογένειές τους.

Συνθήκες που οδηγούν το παιδί σε απογοήτευση και κόπωση ή το κάνουν να χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό του και να αισθανθεί ανίκανο και μειονεκτικό ή ακόμη και ομαδικές συγκρούσεις και διαφορές μεταξύ των μαθητών προκαλούν δυσάρεστες καταστάσεις. Οι καταστάσεις αυτές μπορούν να δημιουργήσουν ψυχολογικό, συναισθηματικό ή και κοινωνικά προβλήματα.

Όλα αυτά έχει υποχρέωση και καθήκον η νοσηλευτική υπηρεσία να τα παρακολουθεί και να τα ελέγχει με σκοπό να διαπιστώσει έγκαιρα διάφορες δυσκολίες, προβλήματα και ελλείψεις και να κάνει τις ανάλογες προτάσεις για την αντιμετώπισή τους. Δεν έχει βέβαια την εξουσία να ρυθμίσει όλα αυτά τα θέματα μόνη της. Εάν όμως η συνεργασία της με όλους τους εργαζόμενους στο σχολείο είναι τέτοια ώστε η γνώμη της να γίνει σεβαστή και υπολογίσιμη, ασφαλώς θα μπορέσει να επιτύχει πολλά.

10.2. Αγωγή υγείας στον σχολικό πληθυσμό

Απαραίτητη προϋπόθεση για την διατήρηση και προαγωγή της υγείας του παιδιού είναι η απόκτηση γνώσεων και υγιεινών έξεων που θα διδάσκονται βέβαια αρχικά μέσα στην οικογένεια, συστηματοποιούνται όμως και εμπεδώνονται στο σχολείο. Πρωταρχικός σ' αυτό είναι ο ρόλος του νοσηλευτή που εργάζεται στο σχολείο. Η διδασκαλία η αγωγή υγείας που κάνει ο νοσηλευτής στο σχολείο μπορεί να περιλαμβάνεται στο

ωρολόγιο πρόγραμμα των μαθημάτων και να γίνεται σε τακτικές ημέρες και ώρες μετά από συνεννόηση με το διδακτικό προσωπικό του σχολείου. Στο πρόγραμμα αυτό διδασκαλίας περιλαμβάνονται θέματα που ενδιαφέρουν και αφορούν το σχολικό πληθυσμό και έχουν κυρίως προληπτικό χαρακτήρα. Μερικά από τα θέματα που διδάσκονται είναι επίσης η ατομική υγιεινή και καθαριότητα, οι κανόνες σωστής υγιεινής διατροφής, η υγιεινή άσκηση / ψυχαγωγία / ανάλυση και πρόληψη ατυχημάτων. Τα θέματα που διδάσκονται εξαρτώνται βέβαια και από την ηλικία των μαθητών. Γενικά σε όλες τις ευκαιρίες επικοινωνίας με τα παιδιά και το προσωπικό, ατομικά ή και συνολικά, διδάσκει και κατευθύνει σε θέματα υγείας και τονίζει πάντοτε τη σημασία της πρόληψης.²⁵

10.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στο σχολικό περιβάλλον

Ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες σε μεγάλη ποικιλία συνθηκών και ιδρυμάτων. Είναι δυνατόν να προσληφθεί για να υπηρετήσει σε ένα συγκεκριμένο σχολείο η συγκρότημα σχολείων ή ακόμη να υπηρετήσει τις ανάγκες των σχολείων μια συγκεκριμένης περιοχής. Τα μεγάλα ιδιωτικά σχολεία συνήθως έχουν τη δική τους νοσηλευτική υπηρεσία.

Σε σχολεία που διαθέτουν οικοτροφεία, οι νοσηλευτές είναι δυνατόν να καλύπτουν τις ανάγκες των παιδιών όλο το 24ωρο. Παρά την ποικιλία των υπηρεσιών και ιδρυμάτων στα οποία μπορούν να εργαστούν οι νοσηλευτές σχολικής υγιεινής έχουν ορισμένες κοινές δραστηριότητες.

Η Withrow αναφέρει επτά Τομείς δραστηριότητας του σχολικού νοσηλευτή και επομένως, ενάλογους ρόλους και υποχρεώσεις.

- Ο λειτουργικός ρόλος ο οποίος περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως: περιοδική εξέταση μαθητών (αρχική και συνεχιζόμενη), μέρα περιορισμού των λοιμωδών νοσημάτων, διενέργεια εμβολιασμών κ.λ.π.),
- Πρωτοβάθμια φροντίδα. Παροχή άμεσης φροντίδας σε περίπτωση ασθένειας ή ατυχήματος (πρώτες βοήθειες), προγραμματισμός επιδημιολογικών προγραμμάτων, αγωγή υγείας.
- Μέλος ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει συνήθως ως συντονιστής. Η ομάδα αποτελείται από τον γιατρό, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, τον καθηγητή φυσικής αγωγής και τον καθηγητή ή τον δάσκαλο της τάξης.
- Θεραπευτικός ρόλος. Ο νοσηλευτής ανακαλύπτει τους μαθητές που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για συγκεκριμένα προβλήματα υγείας, συντονίζει και προσφέρει φροντίδα σε παιδιά με χρόνια νοσήματα, ή σε οποιοδήποτε οξύ πρόβλημα προκύψει, και προγραμματίζει συνεχιζόμενη φροντίδα για τα παιδιά αυτά και σε χώρους εκτός σχολείου όπως το σπίτι ή το νοσοκομείο.
- Διδακτικός - εκπαιδευτικός ρόλος. Εκπαιδεύει και ενημερώνει τον σχολικό πληθυσμό σχετικά με όλα τα θέματα υγείας γενικά και ειδικά,
- Σύμβουλος και συνήγορος των μαθητών. Κατά την Winthiow οι δύο αυτοί ρόλοι είναι δευτερεύοντες ή μάλλον εμπεριέχονται στους προηγούμενους. ο νοσηλευτής προσφέρει την γνώμη και την άποψη του και κάνει προτάσεις για θέματα που αφορούν ένα συγκεκριμένο παιδί ή περισσότερα παιδιά για κάποιο θέμα που τα αφορά και είναι σχετικό με την υγεία. Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να απευθύνεται προς το γιατρό, τον κοινωνικό λειτουργό, τον διευθυντή του σχολείου, τον δάσκαλο ή τους γονείς ή ακόμη και προς τους άλλους νοσηλευτές με τους οποίους συνεργάζεται στο χώρο του σχολείου ή σε άλλους τομείς της κοινότητας.

10.4. Πρωτογενής πρόληψη

Θα πρέπει με έμφαση να τονιστεί ότι πολλά από τα αίτια για νόσηση από διαταραχές Πρόσληψης τροφής μπορεί να προληφθούν. Η σημαντικότερη κοινωνική παράμετρος που σχετίζεται με τις διαταραχές Πρόσληψης τροφής είναι η επίμονη ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος. Ως προς την πρόληψη τέτοιων πεποιθήσεων το σχολείο μπορεί να παίζει πολύ σημαντικό ρόλο.

Η χρησιμοποίηση μαθημάτων από την πρώιμη κιόλας ηλικία στο νηπιαγωγείο και στο σχολείο, που ενθαρρύνουν την έκφραση των προσωπικών συναισθημάτων, αλλά και η εμπέδωση της άποψης πως ο καθένας παίζει ένα σημαντικό ρόλο στο χτίσιμο ενός δίκαιου και ασφαλούς κόσμου, μπορεί να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη δημιουργία μιας θετικής αντίληψης για τον εαυτό και να περιορίσει την εμμονή για το τέλειο σώμα.

Η θετική επίδραση του σχολείου με σαφείς τεχνικές, εξειδικευμένες και εστιασμένες ενάντια στην εμμονή αυτή, μπορεί να μειώσει τα καταστροφικά αποτελέσματα της παθολογικής ενασχόλησης με το σχήμα και το βάρος σώματος.

Επίσης μαθήματα που ενθαρρύνουν την ανάλυση του ρόλου των μέσων μαζικής ενημέρωσης, μπορούν να παραποιήσουν εικόνες, ιδέες και έννοιες προς το δικό τους όφελος και όχι προς όφελος των ίδιων των νέων. Επιπλέον στο σύστημα αξιών του σχολείου θα πρέπει να ενταχθεί κάποιο πρόγραμμα που θα συμβάλλει στη βελτίωση του αισθήματος της αυτοπεποίθησης των μαθητών. Αυτό θα βοηθήσει γενικότερα, στην πρόληψη της αντιμετώπισης και άλλων επικίνδυνων συμπεριφορών όπως της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, της επιθετικότητας, της κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών και των αυτοκαταστροφικών τάσεων.

Παράλληλα, θα πρέπει να δίνεται συστηματικά κάποια βοήθεια και στήριξη στον ψυχολογικό - συναισθηματικό τομέα, επομένως χρειάζεται

να έχουμε για τα παιδιά διαθέσιμες τις κατάλληλες λέξεις προκειμένου να εξηγήσουμε πως αισθανόμαστε ώστε το ίδιο να μάθουν να κάνουν και τα παιδιά.

Είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντικό, να εξηγήσουμε αναλυτικά και χωρίς ντροπές ή ενοχές τις φυσικές αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα κατά τη διάρκεια της εφηβείας και να εξετάσουμε τα συναισθήματα που αναδύονται εξαιτίας αυτών των αλλαγών σε σχέση πάντα με τη σύγχρονη βάση των γυναικών για λεπτότητα. Η αποδοχή της ποικιλίας των ανθρώπων σε όλους τους τομείς, περιλαμβανομένου και του σχήματος του σώματος θα πρέπει να αποτελεί αντικείμενο εστίασης.

θα πρέπει να σημειωθεί η ανάγκη της κατανόησης και πλήρους ενημέρωσης, σε ότι αφορά το πρόβλημα από το προσωπικό του σχολείου, από τους ειδικούς στο χώρο της υγείας και από τους κοινωνικούς λειτουργούς έτσι ώστε να διασφαλιστεί ότι τα σοβαρά προβλήματα αυτού του είδους επιβάλλεται να αναγνωρίζονται ώστε να προληφθούν και να αντιμετωπιστούν πριν οδηγήσουν στην έναρξη μιας σοβαρής και δυνητικά θανατηφόρας ασθένειας. Η προληπτική παρέμβαση από ειδικούς των υπηρεσιών υγείας (σχολικούς ψυχολόγους, γιατρούς, εξειδικευμένους νοσηλευτές) αλλά και η κατάλληλη υποστήριξη όσων βρίσκονται στα πρώιμα στάδια της διαταραχής θα βοηθήσει στην αποτροπή της έναρξης μιας σοβαρής και μακρόχρονης ασθένειας όπως είναι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής. Η βοήθεια μπορεί να είναι ευρεία και να περιλαμβάνει: ομάδες υποστήριξης των ευπαθών ατόμων, υπηρεσίες εικοσιτετράωρης υποστήριξης του ασθενούς, παραπομπή σε υπηρεσίες εξωνοσοκομιακής ψυχολογικής φροντίδας, ειδικά όταν οι ειδικές δομές για θεραπεία δεν είναι διαθέσιμες. Οι κρατικές υπηρεσίες υγείας- επίσης θα βοηθήσουν με την επίδοση οδηγιών που αφορούν τον τρόπο θεραπείας των διαταραχών πρόσληψης τροφής, γιατί είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε που υπάρχουν διαθέσιμες ειδικές υπηρεσίες

για τη θεραπεία και από ποιους θα προσφερθεί μια ικανοποιητική θεραπευτική αντιμετώπιση σε άσους έχουν ανάγκη. Οι κρατικές υπηρεσίες υγείας- επίσης θα βοηθήσουν με την επίδοση οδηγιών που αφορούν τον τρόπο θεραπείας των διαταραχών πρόσληψης τροφής, γιατί είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε που υπάρχουν διαθέσιμες ειδικές υπηρεσίες για τη θεραπεία και από ποιους θα προσφερθεί μια ικανοποιητική θεραπευτική αντιμετώπιση σε άσους έχουν ανάγκη. Οι κρατικές υπηρεσίες υγείας- επίσης θα βοηθήσουν με την επίδοση οδηγιών που αφορούν τον τρόπο θεραπείας των διαταραχών πρόσληψης τροφής, γιατί είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε που υπάρχουν διαθέσιμες ειδικές υπηρεσίες για τη θεραπεία και από ποιους θα προσφερθεί μια ικανοποιητική θεραπευτική αντιμετώπιση σε άσους έχουν ανάγκη.²⁵

10.5. Δευτερογενής Πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει παρεμβάσεις και δραστηριότητες, που σχετίζονται με έκτακτα περιστατικά σε περίπτωση ατυχήματος ή ξαφνικής αρρώστιας και παροχή άμεσης νοσηλευτικής βοήθειας. Ανίχνευση περιστατικών, παραπομπή μαθητών με ειδικά προβλήματα σε ανάλογες υπηρεσίες, καθώς και συμβουλευτική φροντίδα και παρακολούθηση των μαθητών που έχουν οποιοδήποτε πρόβλημα, επίσης αποτελούν δευτερογενείς προληπτικές παρεμβάσεις.

Οι δύο σπουδαίες νοσηλευτικές δραστηριότητες είναι: η ανίχνευση περιστατικών και ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Για την ανίχνευση περιστατικών ο νοσηλευτής πρέπει να ακολουθήσει συγκεκριμένη διαδικασία. Τα δελτία μαθητικών απουσιών είναι χρήσιμο να ελέγχονται περιοδικά, διότι είναι δυνατόν να δώσουν πολύτιμα στοιχεία σχετικά με κάποιο λανθάνον πρόβλημα υγείας. Οι πληροφορίες

του δασκάλου σχετικά με τα παιδιά που "φαίνονται άρρωστα" είναι επίσης αξιοσημείωτες και καθοδηγούν τον νοσηλευτή για περισσότερη παρακολούθηση και έλεγχο.

Ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή περιλαμβάνει δραστηριότητες, όπως επικοινωνία και συζήτηση με κάθε μαθητή, ενημέρωση, επεξήγηση πληροφοριών και οδηγιών, υποστήριξη και ενθάρρυνση σε κάθε δυσκολία και άμεση νοσηλευτική φροντίδα, όπου χρειάζεται. Για να γίνει ο νοσηλευτής του σχολείου ένας ολοκληρωμένος και αποτελεσματικός σύμβουλος του μαθητή, χρειάζεται να διαθέτει πολλή υπομονή και αγάπη για τα παιδιά, εμπιστοσύνη στον εαυτό του, κριτική και αναλυτική σκέψη καθώς και μέσα και υποστηρικτικές πηγές ανάλογες με τις ανάγκες που παρουσιάζονται.

Συχνά οι ίδιοι οι μαθητές μπορεί να ζητήσουν τη γνώμη ή την συμβουλή του νοσηλευτή απευθείας, ή η επικοινωνία να ξεκινήσει με πρωτοβουλία των γονέων ή του δασκάλου. Συνήθως τα νέα παιδιά εμπιστεύονται το πρόβλημα ή τη δυσκολία τους στον άνθρωπο με τον οποίο συνδέονται και έχουν εμπιστοσύνη. Αυτή την εμπιστοσύνη πρέπει να εμπνεύσει ο νοσηλευτής προκειμένου να κερδίσει τους μαθητές. Υπάρχουν βέβαια περιπτώσεις που ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημα και είναι ανάγκη να ζητηθεί η γνώμη και να παραπεμφθεί ο μαθητής σε κάποιο άλλο ειδικό εντός ή εκτός του σχολείου. Η παρέμβαση και διαμεσολάβηση του νοσηλευτή με τη σύμφωνη γνώμη του ίδιου του παιδιού διευκολύνει την επικοινωνία αυτή.

10.6 Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει δραστηριότητες που αποσκοπούν στην αποκατάσταση της υγείας των μαθητών μετά από αρρώστια ή ατύχημα καθώς και τη φροντίδα σε παιδιά με χρόνια προβλήματα. Στις

δραστηριότητες αυτές μπορεί να περιλαμβάνονται επισκέψεις στο σπίτι του αναρρώνοντος παιδιού, περιοδικός έλεγχος και παρακολούθηση της διεργασίας ανάρρωσης και αποκατάστασης και σχετική ενημέρωση των δελτίων υγείας ή ακόμη επικοινωνία και επίσκεψη στο γιατρό που το παρακολουθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

Αγωγή υγείας στους χώρους εργασίας

11.1 Εκπαιδευτικά προγράμματα

Η ενημέρωση του νοσηλευτή σχετικά με τα προβλήματα υγείας που υπάρχουν στον εργασιακό χώρο αλλά και στα προβλήματα γενικότερα τα οποία είναι δυνατόν να εμφανιστούν στην ομάδα των εργαζομένων ανάλογα με την ηλικία τους, θα τον βοηθήσει να οργανώσει το πρόγραμμα εκπαίδευσης στους χώρους εργασίας. Τα νοσηλευτικά εκπαιδευτικά προγράμματα σκοπεύουν:

- Να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας βοηθώντας τους εργαζόμενους να καταλάβουν γιατί τα μέτρα πρόληψης είναι απαραίτητα για την προστασία τους, καθώς και ποια πρέπει να είναι η δική τους συμμετοχή στην προσπάθεια αυτή.
- Να βοηθήσουν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των εργαζομένων. Η αγωγή υγείας συντελεί στην επίτευξη του σκοπού αυτού βοηθώντας τους εργαζόμενους να καταλάβουν τους μηχανισμούς του stress καθώς και πώς πρέπει να το αντιμετωπίζουν.

11.2. Επίπεδα πρόληψης

Στην Πρωτογενή πρόληψη ο νοσηλευτής εργασίας συντονίζει τα εκπαιδευτικά προγράμματα, διενεργεί περιοδικό έλεγχο της υγείας των εργαζομένων, μελετά τις μορφές και τα χαρακτηριστικά εμφάνισης νόσων και ατυχημάτων και φροντίζει για την εξασφάλιση περιβάλλοντος υγείας και σταθερότητας στο χώρο εργασίας. Τα προγράμματα προαγωγής της υγείας μπορούν να καλύψουν ένα ευρύτατο τομέα θεμάτων, τα οποία σχετίζονται με την υγεία στη γενικότερη έννοια της, όπως θέματα σχετικά με τη διατροφή, το οινόπνευμα, το κάπνισμα, την άσκηση κ.λ.π. Στην Πρωτογενή πρόληψη επίσης ανήκουν η περιοδική

εξέταση των εργαζομένων και η φροντίδα για την εξασφάλιση ασφαλούς και υγιεινού περιβάλλοντος εργασίας.

Η Δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει τη βοήθεια που δίδεται στο χώρο εργασίας σε εργαζόμενο που ασθενεί ξαφνικά ή παθαίνει κάποιο ατύχημα.

Για την αποτελεσματική φροντίδα του ατόμου που παρουσιάζει προβλήματα υγείας, ο νοσηλευτής επιβάλλεται να κάνει πρώτα μια προσεκτική αξιολόγηση του ατόμου. Η θεραπεία και η αντιμετώπιση που θα προσφερθεί θα εξαρτηθεί από τις δυνατότητες και τα μέσα που παρέχει η υπηρεσία αλλά και από τη βαρύτητα της κατάστασης του ατόμου. Δηλαδή ή θα μεταφερθεί σε νοσοκομείο ή θα του δοθούν πρώτες βοήθειες και ανάλογες οδηγίες και θα φύγει για το σπίτι του. Εάν το πρόβλημα είχε ευρύτερες διαστάσεις και σχετίζεται με άλλα θέματα, προσωπικά, οικογενειακά, έντονου stress ή διαπροσωπικών σχέσεων τότε ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει και άλλες ειδικότητες που διατίθενται στην κοινότητα. Πάντα σε συνεργασία με τον εργαζόμενο και την οικογένειά του.

Η Τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει το πρόγραμμα αποκατάστασης του εργαζομένου μετά από την αρρώστιά ή το ατύχημα. Η επίσκεψη στο σπίτι του εργαζομένου θα βοηθήσει τον νοσηλευτή να αξιολογήσει την κατάσταση του και να μελετήσει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει την αρρώστια του. Θα του δώσει ακόμη την ευκαιρία να προσφέρει στο άτομο και στην οικογένεια της ανάλογες εξηγήσεις και να τους διαβεβαιώσει για τη μελλοντική φροντίδα της υπηρεσίας στην πλήρη αποκατάσταση του. Η στενή συνεργασία της νοσηλευτικής υπηρεσίας εργασίας με τα νοσοκομείο ή τον ιδιωτικό γιατρό του εργαζομένου θα βοηθήσει στην καλύτερη οργάνωση της φροντίδας για αποκατάσταση της υγείας του ατόμου. Ο τομέας της επαγγελματικής Νοσηλευτικής αναπτύσσεται ταχύτατα με την έμφαση, που δίδεται τα τελευταία χρόνια

στην πρόληψη και τη διατήρηση της υγείας. Ο εργασιακός χώρος αποτελεί επομένως για τη νοσηλευτική μια ουσιαστική προκλήση και ένα μεγάλο τομέα δράσης και προσφοράς. Οι κρατικές υπηρεσίες υγείας-επίσης θα βοηθήσουν με την επίδοση οδηγιών που αφορούν τον τρόπο θεραπείας των διαταραχών πρόσληψης τροφής, γιατί είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε που υπάρχουν διαθέσιμες ειδικές υπηρεσίες για τη θεραπεία και από ποιους θα προσφερθεί μια ικανοποιητική θεραπευτική αντιμετώπιση σε άσους έχουν ανάγκη.²⁶

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΓΝΑ Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, Τμήμα Ενδοκρινολογίας, www.iatronet.gr
2. Παντλιράς Γ. Ιωάννης, www.politis-news.com
3. Μάνου Νίκος, Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και περιοδικών Θεσσαλονίκη 1988.
4. Χριστοδούλου Γ.Ν και συνεργάτες, Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ψυχιατρική, τόμος 1ος, εκδόσεις Βήτα.
5. Keelrk, Dorer DI, Edody KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB, Predictors of morality in eating disorders Arch Gen Psychiat 2003.
6. Walcott DD, Pratt HD, Patel DR, Adolescents and eating disorders, Gender racial ethnic sociocultural and socioeconomic issues, I.Adolescent Res 2003.
7. Lee S, Katzman MA, Gross-Cultural Perspectives on Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD editors Eating Disorders and Obesity. 2002.
8. Klein DA. Walsh BT. Eating disorters, Int Rev Psychiatr 2003.
9. Χημική ουσία του εγκεφάλου ενοχοποιείται για τη νευρική ανορεξία, <http://health.in.gr/news.gr>
- 10.Εντοπίστηκαν γονίδια υπεύθυνα για την ανορεξία και βουλιμία, <http://health.in.gr/news.gr>
- 11.Reuters, Archives of General Psychiatry, March 2006 www.health.ana.gr
- 12.Νέα στοιχεία για την προέλευση βουλιμίας και νευρογενούς ανορεξίας, <http://health.in.gr/news.gr>
- 13.International edition, 2nd edition, Psychiatry diagnosis and therapy, a large clinical manual, edited by Joseph A Flaherty, John

- M. Davis, Philips Janicak June 1992 copyright 1993 by Appleton and Large
- 14.Χριστοδούλου Γ.Ν. Διαταραχές πρόσληψης τροφής, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 1997.
 - 15.Σακελλορόπουλος. Π, Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων, Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα τόμος Α', εκδόσεις Παπαζήση.
 - 16.Παπαγεωργίου Β.Α, Ψυχιατρική παιδων και εφήβων
 - 17.Beumont PJV Clinical Presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. The Guilford Press 2002
 - 18.Levenkrons, Anatomy of Anorexia, New York-London: www.NortonandCompany.2002
 - 19.Kaplan HI, Sadock BI, Ψυχιατρική, έκδοση 7η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτρας.
 - 20.Στρατουδάκη Γ. Τλανάκης Ε. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2004
 - 21.GoldmanLee – Bennett Claude, Νοσολογία – Διαταραχές στη λήψη τροφής, εκδόσεις
 - 22.Εισαγωγή στις ψυχοθεραπείες, www.stress.gr/news/therapy
 - 23.Παπατζανάκη Ε. Εξέλιξη – Ψυχοθεραπεία, www.exeliksi-psychotherapy.gr
 - 24.Nihart Boyd, Psychiatric – Nursing, Contemporary Practise.
 - 25.Κυριακίδου Ε. Κοινωνική Νοσηλευτική, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΗΘΑ», Αθήνα 2000
 - 26.Harold I Kaplan, Benjamin J. Sadock, Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry, edition sixth, copyright 1991