

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΣΚΙΑΝΝΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ (5963)

ΣΟΦΡΩΝΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ (5735)

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ

2008



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

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....σελ 7

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ 8

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟ ΒΙΟΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ.....σελ 11

1.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....σελ 12

1.3 ΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟ ΣΗΜΕΡΑ.....σελ 13

1.4 ΠΟΙΟΣ ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ;.....σελ 14

1.5 ΥΠΟΦΕΡΩ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΨΥΧΟΓΕΝΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.....σελ 14

1.6 ΡΥΘΜΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.....σελ 16

1.7 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΡΕΞΗΣ.....σελ 19

1.8 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΗΣ ΤΡΟΦΗΣ.....σελ 20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ

ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....σελ 21

2.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ

ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....σελ 22

2.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....σελ 23

2.4 ΘΕΩΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....σελ 25
2.5 Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....σελ 28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ.....σελ 30
3.2 ΕΛΛΑΔΑ.....σελ 32
3.3 Η.Π.Α.....σελ 33
3.4 ΙΑΠΩΝΙΑ.....σελ 34
3.5 ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ.....σελ 34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

4.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....σελ 35
4.2 ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....σελ 36
4.3 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ Κ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....σελ 38
4.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....σελ 39
4.5 ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ.....σελ 40
4.6 ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ.....σελ 42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....σελ 43
5.2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....σελ 44

5.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....σελ	44
5.4 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....σελ	49
5.5 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ.....σελ	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....σελ	51
6.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑ.....σελ	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

7.1 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ.....σελ	56
7.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ.....σελ	57
7.3 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ.....σελ	58
7.4 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....σελ	61
7.5 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....σελ	62
7.6 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....σελ	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....σελ	65
------------------	----

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΟΥ

ΘΕΜΑΤΟΣ.....σελ 69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....σελ 71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

11.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....σελ 75

11.2 ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.....σελ 77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

12.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ.....σελ 78

12.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ

ΣΧΕΔΙΟΥ.....σελ 79

12.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....σελ 80

12.4 ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ.....σελ 81

12.5 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ

ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....σελ 84

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....σελ 91

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ 93

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μπορεί να δυσκολεύεται κανείς να πιστέψει ή να καταλάβει γιατί ένα άτομο, που υποτίθεται ότι είναι έξυπνο και αρκετά ελκυστικό και με καλή οικογενειακή ανατροφή, θα τα πετάξει όλα για χάρη μιας έμμονης ανάγκης - η μάλλον επιθυμίας – να είναι λεπτό και να το επαινούν για τη δύναμη της θέλησης του που του επιτρέπει να κάνει δίαιτα τόσο καλά και εύκολα. Οι διάφορες διαταραχές της διατροφής συζητούνται ευκολότερα εάν ο αναγνώστης έχει μια σαφή ιδέα του τρόπου κατάταξης τους. Όπως συμβαίνει και στις περισσότερες άλλες ψυχοσωματικές καταστάσεις, οι διαφορετικές αυθεντίες έχουν κάπως διαφορετικές ταξινομήσεις. Ενώ οι επιδράσεις της παχυσαρκίας στην υγεία και στην ποιότητα ζωής των παχύσαρκων ατόμων έχουν μελετηθεί λεπτομερώς, η επίδραση της απώλειας του βάρους είναι πολύ λιγότερο τεκμηριωμένη. Οι κίνδυνοι από την απώλεια και τη διατήρηση του νέου μικρότερου βάρους για παρατεταμένο χρονικό διάστημα, συζητώνται σε αυτή την εργασία. Με ιδιαίτερη έμφαση στη θνησιμότητα, τη γενική κατάσταση υγείας και τις παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί μια αλματώδης αύξηση των διατροφικών διαταραχών. Οι ψυχογενείς διαταραχές της διατροφής αποτελούν απειλή τόσο για την ψυχική όσο και για τη σωματική υγεία και πολλές φορές μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο ακόμα και την ίδια τη ζωή. Μία από τις σημαντικότερες διατροφικές διαταραχές είναι η ψυχογενής ανορεξία, η οποία μας απασχολεί ιδιαίτερα τον τελευταίο καιρό. Βομβαρδιζόμαστε συνεχώς με εικόνες και συμβουλές για το πώς ν' αποκτήσουμε την «τέλεια γραμμή».²² Λέξεις όπως δίαιτα, θερμιδομετρητής, συμπλήρωμα διατροφής, προϊόντα αδυνατίσματος έχουν γίνει αναπόσπαστο κομμάτι του καθημερινού μας λεξιλογίου.

Παράλληλα, η νόσος αυξάνεται με γεωμετρική πρόοδο σε όλο τον κόσμο αλλά και στη χώρα μας. Σχεδόν καθημερινά τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αναφέρουν περιστατικά νευρικής ανορεξίας, τα οποία τις περισσότερες φορές συνδέονται με αστέρια του κινηματογράφου, τα πιο γνωστά μοντέλα ανά τον κόσμο, τραγουδιστές και άλλους διάσημους.

Στην πραγματικότητα όμως η ανορεξία δε βρίσκεται μόνο στον κόσμο των «αστεριών» αλλά υπάρχει παντού και είναι τόσο κοντά μας που μπορεί να τη συναντήσουμε και μέσα στο στενό οικογενειακό μας περιβάλλον.¹

Το σημαντικότερο ωστόσο είναι ότι η νόσος της ψυχογενούς ανορεξίας στις μέρες μας εξακολουθεί να αποτελεί ένα μεγάλο ερωτηματικό. Είναι ένα πολύπλοκο θέμα το οποίο αποτελεί το αντικείμενο μιας ευρείας διάστασης συζητήσεων. Οι συζητήσεις αυτές συχνά προκύπτουν από διαφορετικές κοινωνικές θέσεις και αφορούν μάχιμες συνομιλίες για το πώς θα μπορέσει να οριστεί η ανορεξία. Τα κορίτσια και οι γυναίκες που δεν τρώνε αρκετά ώστε να διατηρήσουν το βάρος τους, οι αναλυτές που ανησυχούν για τη σχέση μεταξύ σταθερής

κατάστασης και αλλαγής, όλοι τους υιοθετούν τον όρο «ανορεξία» από διαφορετική σκοπιά ο καθένας.

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία κρίθηκε σκόπιμο να μελετηθεί το συγκεκριμένο θέμα στην εργασία αυτή. Επιπροσθέτως, το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της έρευνας για τη συλλογή στοιχείων, βρέθηκαν πολλά άτομα, ειδικότερα στο διαδίκτυο, τα οποία αναζητούσαν περισσότερη πληροφόρηση επί του θέματος αυτού είτε για να βοηθήσουν άτομα του κοινωνικού και οικογενειακού τους περιβάλλοντος, είτε για να βοηθηθούν οι ίδιοι, ενίσχυσε ακόμη περισσότερο το ενδιαφέρον μας για την εργασία αυτή. Μέσα στις ιστοσελίδες του διαδικτύου η διατροφική διαταραχή «μεταμορφώνεται» σε εναλλακτικό και άκρως επικίνδυνο τρόπο ζωής, σε πρότυπο ομορφιάς, σε κοινό σημείο αναφοράς νέων απ'όλο τον κόσμο. Περίπου 6,5 χιλιάδες ιστοσελίδες απασχολούνται από άτομα κυρίως νεαρής ηλικίας που συζητούν για το πόσο μισούν το φαγητό, ανταλλάσσουν συμβουλές για να ξεγελούν την πείνα τους, γράφουν ποιήματα, χαζεύουν, παίρνουν κουράγιο.⁶

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟ ΒΙΟΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

Το κεντρικό σύμπτωμα της νευρογενούς ανορεξίας είναι η ακατανίκητη τάση για απίσχνανση μέσω προκλητής ασιτίας και ο έντονος φόβος ότι το άτομο θα γίνει παχύ, ακόμη κι όταν είναι κάτισχνο. Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από εκσεσημασμένη απώλεια βάρους που προκαλείται και διατηρείται συνειδητά από τον ίδιο τον πάσχοντα. Η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται μέσω πολλών τεχνικών όπως με τη δίαιτα, την αποφυγή <<παχυντικών>> τροφών, τους προκλητούς εμετούς μετά το γεύμα, τη χρήση καθαρτικών, την υπερβολική και εντατική γυμναστική, τη χρήση διουρητικών φαρμάκων καθώς και τη χρήση κατασταλτικών της όρεξης (ανορεξιογόνων).

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

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

Η νευρογενής ανορεξία σε καμία περίπτωση δεν αποτελεί μια ηλίθια εμμονή για αδυνάτισμα ή μια πλανημένη προσπάθεια για λεπτότητα και ομορφιά , αλλά αποτελεί μια απεγνωσμένη προσπάθεια του ατόμου για ψυχολογική επιβίωση.³²

1.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ;

Οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές αναπτύσσονται ως εξωτερικά σημάδια συναισθηματικών και ψυχολογικών προβλημάτων. Γίνονται ο τρόπος όπου τα άτομα αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην ζωή τους αλλά και το γενικότερο στυλ ζωής τους. Η υπερφαγία ή μη λήψη φαγητού χρησιμοποιείται να καταστείλει συναισθήματα και σκέψεις που πονούν. Χωρίς κατάλληλη βοήθεια και θεραπεία, οι διατροφικές διαταραχές πιθανόν να επιμείνουν σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου.

Οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές είναι πολύπλοκες διαταραχές όπου οι διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες μαζί με τις ψυχολογικές δυσκολίες χρειάζεται να θεραπευτούν. Αναπτύσσοντας μια ισορροπημένη σχέση με το φαγητό και παράλληλα έχοντας το άτομο μια ισορροπημένη δίαιτα βοηθώντας το να έρθει σε επαφή με τα καταπιεσμένα συναισθηματικά θέματα –πηγή των διατροφικών προβλημάτων- μπορεί να βοηθηθεί να αντεπεξέλθει και να διαχειριστεί τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει με ένα τρόπο που δεν είναι βλαβερός προς τον εαυτό του.^{6,15}

1.3 ΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟ ΣΗΜΕΡΑ

Ζούμε σε μια εποχή όπου η εικόνα μας και πώς μας βλέπουν οι φίλοι μας και οι συνάδελφοί μας φαίνεται να είναι κυρίαρχο στην καθημερινή ζωή μας. Παράλληλα με αυτό υπάρχει μια επίμονη εμμονή με το φαγητό και την δίαιτα. Βομβαρδιζόμαστε με χιλιάδες εικόνες και συμβουλές στο πώς να αποκτήσουμε μια 'τέλεια γραμμή'. Συνεπώς, οι διατροφικές διαταραχές απλώνονται σε τέτοια έκταση όπου θα ήταν αδιανόητο να συνέβαινε κάτι τέτοιο πριν 20 χρόνια. Έτσι, έχουν δημιουργηθεί αρκετοί μύθοι και παρανοήσεις. Πολλοί άνθρωποι έχουν μια λανθασμένη εντύπωση πως κάποιος με ψυχογενή διατροφική διαταραχή φαίνεται και συμπεριφέρεται.

Οι περιπτώσεις ψυχογενών διατροφικών διαταραχών αυξάνονται καθημερινά με όλο και περισσότερους ανθρώπους να αναζητούν εξειδικευμένη βοήθεια και υποστήριξη. Είναι πολύ σημαντικό να είμαστε ενήμεροι για την ύπαρξη τους, την σπουδαιότητά τους και τους κινδύνους που φέρνουν μαζί τους.

Πανεπιστημιακές έρευνες έχουν αποδείξει ότι αναγνωρίζοντας την ύπαρξη μιας τέτοιας διαταραχής σε ένα αρχικό στάδιο, όπου ακολουθείται από κατάλληλη ψυχολογική θεραπεία, έχει πολύ θετικά αποτελέσματα σε θέματα ανάρρωσης του ατόμου από την διαταραχή. Αυξάνοντας την γνώση μας και κατανοώντας τα ψυχογενή διατροφικά νοσήματα, μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης αυτών των πολύ επικίνδυνων για την υγεία νοσημάτων.¹³

1.4 ΠΟΙΟΣ ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ;

Οποιοσδήποτε μπορεί να αναπτύξει μια ψυχογενή διατροφική διαταραχή, άσχετα από τη ηλικία, το φύλο ή το εκπαιδευτικό του επίπεδο. Ωστόσο, νεαρές γυναίκες είναι περισσότερο ευπαθείς, ιδιαίτερα μεταξύ των ηλικιών 15-25 ετών.

Πανεπιστημιακές έρευνες φανερώουν πως τα γονίδια ενός ατόμου ίσως προδιαθέτουν το άτομο να αναπτύξει μια τέτοια διαταραχή που όταν ερεθιστούν από περιβαλλοντικούς παράγοντες -επίδραση από την στάση άλλων μελών της οικογενείας του προς το φαγητό- ευνοείται η ανάπτυξή τους. Επίσης σε καταστάσεις όπου υπάρχουν υψηλές ακαδημαϊκές προσδοκίες ή κοινωνικές πιέσεις, το άτομο μπορεί να εστιάσει σε θέματα γύρω από το φαγητό ως ένα τρόπο να διαχειριστεί τις αγχώδεις καταστάσεις.

Τραυματικά γεγονότα μπορεί να προκαλέσουν νευρική βουλιμία ή ανορεξία όπως- διαδικασία πένθους, κακομεταχείριση ή κακοποίηση, δυσκολίες μέσα στην οικογένεια (διαζύγιο) ή ανησυχίες γύρω από τον σεξουαλικό προσανατολισμό του ατόμου.¹⁶

1.5 ΥΠΟΦΕΡΩ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΨΥΧΟΓΕΝΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ;

Είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό πως τα ψυχογενή διατροφικά προβλήματα δεν είναι μια ασθένεια όπως για παράδειγμα η γρίπη. Δεν είναι δηλαδή μια ασθένεια που ή την έχεις ή όχι. Οι περισσότερες γυναίκες αλλά και άντρες ενδιαφέρονται/ ανησυχούν από το τι τρώνε και το πώς φαίνονται, αλλά κάποιοι επιλέγουν ασυνήθιστους χειρισμούς προκειμένου να ελέγξουν το βάρος τους. Υπάρχουν τρεις βασικοί

άξονες πάνω στους οποίους στηρίζεται η εκτίμηση για το εάν κάποιος υποφέρει από κάποιο ψυχογενές πρόβλημα διατροφής.¹⁶

Σκέφτομαι ...	Αισθάνομαι ...	Συμπεριφέρομαι ...
<p>Το πρώτο είναι το τι σκέφτεσαι γύρω από το φαγητό. Είναι οι σκέψεις αυτές αρνητικές; Μήπως σε είδαν οι άλλοι τι έφαγες; Ξεπέρασες τις θερμίδες που στόχευες; Δεν μπορείς να σταματήσεις να σκέφτεσαι τι έφαγες ή τι θα φας, ή τι θα έπρεπε να φας; Πάλι δεν έδειξες τη θέληση που έπρεπε;</p>	<p>Το δεύτερο είναι το πώς αισθάνεσαι για το φαγητό. Νιώθεις ένοχός, άγχος, φόβο; Νιώθεις βαριά ακόμη κι αν οι φίλοι σου λένε πως είσαι εντάξει; Νιώθεις εκτός ελέγχου, αβοήθητη; Πόσο έντονα είναι αυτά τα συναισθήματα;</p>	<p>Ο τρίτος άξονας είναι το πώς οι σκέψεις σου και τα συναισθήματά σου οδηγούν τη συμπεριφορά σου γύρω από το φαγητό και το βάρος σου. Μήπως τρως κρυφά; Αποφεύγεις να φοράς συγκεκριμένα ρούχα επειδή αισθάνεσαι κάπως για το σώμα σου; Ζυγίζεσαι συχνά; Είσαι συνεχώς μέσα ή έξω από δίαιτα;</p>

1.6 ΡΥΘΜΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

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

Μια ιδεώδης μάζα λίπους (που αντιστοιχεί στο ιδεώδες βάρος) θα σταθμιζόταν λοιπόν από αυτόν το μηχανισμό. Η υπερβολική διατροφή οδηγεί σε αύξηση της λιπώδους μάζας του σώματος και κατά συνέπεια σε αύξηση της έκκρισης της ινσουλίνης στο πάγκρεας. Η αύξηση της ινσουλίνης του αίματος επιδρά στη μεσοκοιλιακή χώρα του υποθαλάμου. Έτσι προκύπτει μείωση της επιθυμίας για φαγητό και μια παράλληλη αύξηση της χρήσης του λίπους που είχε αποθηκευτεί προηγουμένως. Αρχίζουμε λοιπόν να χάνουμε το πλεόνασμα λίπους που είχαμε αποκτήσει πρωτύτερα. Όταν η λιπώδης μάζα μειωθεί ξεπερνώντας κάποιο κατώτατο όριο, ενεργοποιείται η αντίστροφη αντίδραση: η όρεξη αυξάνεται, τα λίπη χρησιμοποιούνται λιγότερο, μέχρι την ανασύσταση του αποθέματος. Επισημαίνουμε ένα πολύ σημαντικό γεγονός όταν μεταβάλλεται το απόθεμα λίπους, ο λανθάνων χρόνος που απαιτείται για την ενεργοποίηση του ή για την ελάττωση της όρεξης διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο ιδιαίτερα στους ενήλικες. Κάποιοι θα διορθώσουν μια πλεονάζουσα εισφορά σε περίοδο είκοσι τεσσάρων ωρών, ενώ άλλοι θα χρειαστούν τρεις έως επτά ημέρες μέχρι να υπάρξει κάποια επιρροή στην όρεξη τους λόγω μεταβολής της λιπώδους μάζας. Έτσι, οι τελευταίοι δεν έχουν σταθερό βάρος αλλά κυμαίνονται γύρω από ένα μέσο βάρος.

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

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

Στην πραγματικότητα, το ωράριο του φαγητού δεν αφορά καθαρά βιολογικούς μηχανισμούς, αλλά εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις συνθήκες. Όλα συμβαίνουν σαν να προβλέπει ο οργανισμός μας – βασισμένος σε προηγούμενες εμπειρίες – την ενεργειακή εισφορά της τροφής την οποία πρόκειται να καταναλώσει και να ρυθμίζει την όρεξη μας σε συνάρτηση με αυτή την υποθετική αξία. Έτσι, αν δώσουμε σε τετράχρονα παιδιά, κατ'επανάληψη – είκοσι λεπτά πριν από ένα γεύμα που θα επιλέξουν ελεύθερα – ένα κομμάτι γλυκό, είτε πλούσιο σε θερμίδες και αρωματισμένο με βανίλια, είτε φτωχό σε θερμίδες με γεύση σοκολάτας, παρατηρούμε ότι πολύ γρήγορα, τα παιδιά τρώνε περισσότερο μετά το γλυκό που έχει άρωμα σοκολάτας. Αν τώρα αντιστρέψουμε τα αρώματα, τα παιδιά συνεχίζουν να τρώνε περισσότερο μετά το γλυκό με άρωμα σοκολάτας: έχουν λοιπόν κατά κύριο λόγο <<μάθει >> ότι το άρωμα σοκολάτας σηματοδοτεί χαμηλή θερμιδική εισφορά. Ωστόσο, αν η αντιστροφή παραταθεί, μετά από κάποιο διάστημα ο οργανισμός

διορθώνει το πόρισμα και τα παιδιά τρώνε λιγότερο μετά το σοκολατένιο γλυκό.

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

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

ποσότητα και από τα δύο είδη – προτίμηση για την εμπλουτισμένη σούπα.^{2,3}

1.7 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΡΕΞΗΣ

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

Ο τρόπος που <<ανοίγει>> ή <<κλείνει>> η όρεξη είναι αρκετά περίπλοκος, ενώ οι περισσότερες έρευνες σε αυτόν τον τομέα έχουν γίνει σε πειραματόζωα. Είναι γνωστό ότι οι αισθήσεις της όσφρησης, που εδράζεται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου. Επίσης, το κέντρο αυτό ενεργοποιείται όταν έχουν περάσει πολλές ώρες (π.χ 12ώρες) από το τελευταίο σας γεύμα. Ο κεντρικός μηχανισμός της όρεξης, που εδράζεται στον εγκέφαλο, επικοινωνεί με τον περιφερειακό μηχανισμό της όρεξης, που βρίσκεται στο πεπτικό σύστημα. Καθώς τρώτε, ενεργοποιούνται ορισμένοι υποδοχείς που βρίσκονται στο στομάχι και το έντερο και μέσω του νευρικού συστήματος επικοινωνούν με το κέντρο της όρεξης.

Παράλληλα, παράγονται ορμόνες, (π.χ. γαστρίνη, σωματοστατίνη, βομβεσίνη) που με την κυκλοφορία του αίματος καταλήγουν στον εγκέφαλο. Μέσω των <<αγγελιαφόρων >> ο εγκέφαλος παίρνει το μήνυμα ότι ικανοποιήθηκε η όρεξη του ατόμου.³

1.8 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ

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

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

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

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

Αν, και η νευρογενής ανορεξία περιγράφεται σαν πρωτογενής – δεν είναι αποτέλεσμα σωματικής νόσου – πολλοί ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν παράλληλα με τη νόσο, νευρώσεις, ψυχώσεις και κυρίως διαταραχές προσωπικότητας. Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια αυτοεπιβαλλόμενη ασитία, μια ειδική μορφή υποσιτισμού.

Στα <<Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής >> ο Ι. Μαράτος αναφέρει, ότι παρουσιάζονται διαταραχές διατροφής και στα νεογνά γνωστή σαν νεογνική ανορεξία.¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η πρώτη περιγραφή της διαταραχής αυτής επιχειρήθηκε το 1689 στην Αγγλία από τον Richard Morton, ο οποίος την ονόμασε «νευρική φθίση». Μελετήθηκε επίσης και από τον Sir William Gull, ο οποίος το 1868 περιέγραψε τη νευρική ανορεξία στο βρετανικό περιοδικό Lancet, σαν «Υστερική Απεψία».

Στη συνέχεια τη μελέτησαν οι Charcot, Dojerine, Babinski, Gull. Μέχρι τα μέσα του 20^{ου} αιώνα ήταν σπάνια. Ο S. Freud τη θεώρησε ως υστερικό σύμπτωμα μετατροπής. Το 1951 ο Γερμανός Χένι πρότεινε για πρώτη φορά τον όρο «Ψυχογενής Ανορεξία» για το σύνδρομο αυτό, ενώ στην Αμερική επικρατεί κυρίως η ονομασία “Anorexia Nervosa”, στα ελληνικά «Νευρογενής Ανορεξία».²

Η νευρική ανορεξία σημειώνει σημαντική έξαρση μετά το 1960. Το 1973 ο καθηγητής στο Παρίσι Ernest Lasegue δημοσίευσε το άρθρο του «Περί της υστερικής ανορεξίας» στο οποίο περιέγραφε 8 ασθενείς, κυρίως νεαρές κοπέλες, στις οποίες η έναρξη της νόσου είχε προκληθεί από κάποιο συγκινησιακό ερέθισμα. Τα περιστατικά αυτά είχαν ως κύριο σημείο τους την ικανοποίηση των ίδιων των ασθενών με την κατάστασή τους μην μπορώντας να συνειδητοποιήσουν τη βαρύτητα της νόσου τους, παρά την ανησυχία και τις προειδοποιήσεις της οικογένειάς τους.

Η Bruch το 1962 έδωσε έμφαση στην παραμορφωμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος, η οποία καμιά φορά οδηγεί σε αυταπάτες και περιέγραψε τη νόσο ως «τη χαρακτηριστική ανυποχώρητη επιδίωξη της ισχνότητας».²⁸

Ο Russel το 1965 υπέθεσε ότι οφείλεται σε δυσλειτουργία του υποθαλάμου και ο Crisp το 1970 ότι υπάρχει «φοβία πάχους» .

Η ψυχογενής ανορεξία αλλά και οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής γενικότερα, είναι ένα θέμα το οποίο απασχολεί ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια και μελετάται πολύ διεξοδικά. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει και η κυκλοφορία του περιοδικού “Journal of eating disorders” το οποίο ασχολείται αποκλειστικά με τη μελέτη των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής.¹³

2.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Θέλοντας να προσεγγίσουμε εννοιολογικά τη διαταραχή της ψυχογενούς ανορεξίας θα ξεκινήσουμε από τη λέξη <<ανορεξία>> αρχικά. Η λέξη ανορεξία μας αποπροσανατολίζει γιατί δηλώνει ότι υπάρχει έλλειψη όρεξης, διαταραχή της όρεξης. Δε συμβαίνει όμως κάτι τέτοιο, τουλάχιστον στην αρχή, παρά μόνο με το πέρασμα του χρόνου, στην πορεία που παίρνει η νόσος, παρατηρείται μειωμένη ή και καθόλου όρεξη.³ Ο Ψυχίατρος και Ψυχαναλυτής Δ. Κουρέτας, απέδωσε το νόημα της εξαιρετικά με την ονομασία <<Ολιγοφαγία εξ ισχνοεφέσεως>>. Ένας ορισμός που συναντάμε ονομάζει τη Ψυχογενή Ανορεξία σαν ένα <<σύνδρομο αυτό – επιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ>>.¹⁷ Ο LASEGUE ορίζει τη ψυχογενή ανορεξία, δίνοντας μια τριάδα συμπτωμάτων, τα τρία <<A>>. Η ανορεξία, είναι το εναρκτήριο σήμα. Εκδηλώνεται με περιορισμό της τροφής, με μια διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στη διατροφή και με ελάττωση των θερμίδων, συχνά κάτω των 300 θερμίδων την ημέρα. Η αμηνόρροια μπορεί να είναι αρχικό σύμπτωμα της νόσου και να οφείλεται στις

ενδοκρινολογικές διαταραχές αλλά συνήθως εμφανίζεται λίγους μήνες μετά την εμφάνιση της ανορεξίας και της απίσχνανσης. Η απίσχνανση εμφανίζεται ύστερα από την τήρηση ενός ιδιόμορφου διαιτολογίου, κατά το οποίο λαμβάνουν μόνο πρωτεΐνες για πολύ καιρό. Αυτή η τακτική δίνει την εντύπωση αδυνατίσματος περισσότερο παρά εκούσια απώλεια βάρους.^{2,29} Ένας ψυχαναλυτικός ορισμός σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία στην εφηβεία, αναφέρει ότι οφείλεται σε διαταραχή της σεξουαλικής επένδυσης του κοριτσιού απέναντι στον πατέρα που εξακολουθεί να τον θεωρεί σεξουαλικό αντικείμενο την εποχή που θα 'πρεπε να 'χει αλλάξει η σχέση απέναντι του.²⁸

2.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια ψυχοσωματική διαταραχή. Αυτό σημαίνει πως η ψυχοσωματική πάθηση εκδηλώνεται σε ένα όργανο ή σε ένα σύστημα οργάνων που εξαρτάται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Στην ουσία είναι συναισθηματική διαταραχή που σωματοποιείται σε ένα όργανο ή σύστημα οργάνων. Έτσι λοιπόν η ψυχογενής ανορεξία είναι το σύνδρομο εκείνο, στο οποίο παρατηρείται συνεχής απώλεια βάρους σαν αποτέλεσμα ενός ψυχογενούς περιορισμού της τροφής. Η ασθενής αρνείται ή περιορίζει στο ελάχιστο τη λήψη τροφής ή πολλές φορές μόλις φάει προκαλεί εμετό και αποβάλλει ότι έχει φάει. Η παραπάνω διαδικασία συνοδεύεται από διαταραχές του κύκλου και γαστρεντερικές διαταραχές. Ακόμη χαρακτηρίζεται από καχεξία, εμμηνόπαυση και άρνηση της σεξουαλικότητας.²¹ Η άρνηση αυτή για λήψη τροφής, μπορεί να προέρχεται από πραγματική έλλειψη της επιθυμίας για λήψη τροφής δηλαδή από απουσία του αισθήματος της πείνας ή από εκούσιο αρνητισμό, από πόνο ψυχολογικό ή άλλα αίτια άσχετα από το αίσθημα της πείνας. Επιπλέον, ο πάσχων μπορεί να ασχολείται υπερβολικά με τη

δίαιτα και το αδυνάτισμα, με αποτέλεσμα τη μεγάλη απώλεια βάρους. Οι ανορεκτικοί φοβούνται μήπως παχύνουν, ενώ ακόμα και όταν είναι εξαιρετικά αδύνατοι δεν αντιλαμβάνονται το πραγματικό τους βάρος. Η νευρογενής ανορεξία κρύβει μεγάλα ψυχολογικά προβλήματα του πάσχοντος. Οι ασθενείς με αυτή τη διατροφική διαταραχή δεν παρουσιάζουν κάποιο προφανές σύμπτωμα και είναι σχετικά δύσκολο να αναγνωριστεί το πρόβλημά τους σε πρώιμα στάδια. Όσο το πρόβλημα συνεχίζει να υπάρχει, η κατάσταση διαιωνίζεται και οι ασθενείς εμφανίζουν μη φυσιολογικές λειτουργίες σχεδόν σε κάθε ζωτικό όργανο. Για το λόγο αυτό είναι απόλυτα αναγκαία η κατάλληλη παρέμβαση για την αποτελεσματικότερη θεραπεία.

Η Ψυχογενής ανορεξία εκδηλώνεται με δύο διαφορετικούς τύπους:

α) Ανορεξία στερητικού τύπου (restricting type)

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

β) Ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου (binge eating type)

Ο υπερκαταναλωτικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από σποραδικά επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθείται από τεχνητή πρόκληση εμετού. Οι ασθενείς με ανορεξία καταναλωτικού τύπου χαρακτηρίζονται από εξωστρέφεια, αναφέρουν συχνότερα άγχος κατάθλιψη και ενοχές, παραδέχονται πως έχουν έντονη όρεξη και τείνουν να είναι μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τους ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου.^{1,13}

2.4 ΘΕΩΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Τα αίτια εμφάνισης της νευρογενούς ανορεξίας φαίνεται πως είναι πολυπαραγοντικά, ένας συνδυασμός δηλαδή βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Στην προσπάθεια λοιπόν να αποσαφηνιστεί η αιτιολογία της νόσου, έχουν δοθεί τρεις ερμηνείες. Η βιολογική, η ψυχολογική- ψυχαναλυτική και η κοινωνική, οι οποίες εξετάζονται παρακάτω.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ

Την νευρογενή ανορεξία συνοδεύουν πολλές ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές. Συνέπεια αυτών είναι η απίσχνανση και η αμηνόρροια.

Η απίσχνανση, συνδέεται με την ελάττωση της λήψης τροφής και κατά συνέπεια θερμίδων. Ο περιορισμός των θερμίδων επιβάλλει να χρησιμοποιηθούν τα ενεργειακά αποθέματα του οργανισμού, με αποτέλεσμα να συντελείται μια κατάσταση καταβολισμού. Σ' αυτή την περίπτωση καταναλώνεται ο λιπώδης ιστός, γίνεται δηλαδή λιπόλυση, και όσο ο ανορεκτικός περιορίζει την τροφή του, τόσο εξασθενεί ο οργανισμός του. Πρόκειται για διαταραχή της έκκρισης των ορμονών από τα νησίδια του Langerhans στο πάγκρεας (ινσουλίνη, γλυκογόνο) με αποτέλεσμα οι ορμόνες αυτές να χάσουν την αναβολική τους δράση.²

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

υποθάλαμος. Μια σειρά εκκρίσεων διαφόρων ορμονών έχουν σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση της έμμηνης ρύσης. Αν όμως το βάρος του σώματος πέσει κάτω από ένα όριο, ο υποθάλαμος υπολειτουργεί με συνέπεια η υπόφυση να μην εκκρίνει αρκετή FSH ορμόνη κι έτσι να προκαλείται αμηνόρροια.

Ο RUSSEL υποστηρίζει ότι η νευρογενής ανορεξία οφείλεται σε δυσλειτουργία του υποθαλάμου διότι παίζει θεμελιακό ρόλο σε «ζωτικές συμπεριφορές» όπως η λήψη τροφής.⁶

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ-ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ

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

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

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

Επίσης θεωρητικοί ισχυρίζονται ότι ο φόβος της σεξουαλικότητας είναι ένας συντελεστικός παράγοντας στην εσωτερική παρότρυνση του ατόμου να γίνει κάτισχνο. Άλλοτε το δευτερογενές κέρδος, η προσοχή και η φροντίδα των άλλων, έρχεται να παγιώσει τη διαταραχή.¹⁷

Όταν η ψυχογενής ανορεξία ακολουθεί τη γέννηση ενός παιδιού, είναι συχνά ένδειξη του φόβου που νιώθει η γυναίκα εξαιτίας της αλλαγής του ρόλου της. Καλείται να αναλάβει νέους ρόλους, καθήκοντα

και υποχρεώσεις και να μοιραστεί τη φροντίδα και προστασία του άντρα της μαζί με το παιδί της.

Από ψυχαναλυτική άποψη η ανορεξία έχει συνδεθεί με τη σεξουαλικότητα. Η απόρριψη της τροφής ταυτίζεται με την αποστροφή προς το σεξ και με τον υποσυνείδητο φόβο στοματικής σύλληψης, κυρίως από τον πατέρα, ο οποίος έχει έντονες αιμομικτικές τάσεις προς την κόρη.

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

Πολλοί, ωστόσο, ειδικοί δεν παραδέχονται αυτή την ερμηνεία και πραγματικά είναι δύσκολο να αποδείξει κανείς τις υποσυνείδητες αυτές φαντασίες. Συχνά όμως κατά τη θεραπεία πολλές ανορεκτικές δηλώνουν «αισθάνομαι φουσκωμένη μετά το φαγητό» ή «αισθάνομαι σα να είμαι έγκυος».⁸

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ

Τα τελευταία είκοσι χρόνια στις δυτικές κοινωνίες, όλο και πιο πολύ προβάλλεται το αδύνατο σώμα όχι μόνο σαν πρότυπο ομορφιάς αλλά και σαν προϋπόθεση για αυτοεκτίμηση, επιτυχία και ευτυχία, με αποτέλεσμα να αυξάνονται συνεχώς τα ποσοστά της ανορεξίας κι έτσι τα άτομα αυτά αξιολογούν πάντα την εξωτερική τους εμφάνιση με τα κοινωνικά πρότυπα.³⁵

Ακόμη και στις μη δυτικές κοινωνίες, όπου δεν υπήρχε αυτό το πρότυπο, τώρα με την εισβολή των δυτικών προτύπων ομορφιάς και κομψότητας μέσω των διαφημίσεων, των περιοδικών και των σταρ του κινηματογράφου, τώρα σημειώνονται όλο και συχνότερα τέτοιου είδους περιστατικά. Η ομορφιά και η ελκυστικότητα έχουν γίνει συνάρτηση του ποσοστού του λίπους που έχει μια γυναίκα στο σώμα της.¹⁷

Οι κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες όπως και οι ψυχοκοινωνιολογικές εξηγήσεις επικεντρώνουν τις αιτίες στις διαφορετικές μορφές σεξουαλικής ωρίμανσης στην εφηβεία, στις ψυχολογικές ιδιαιτερότητες των δύο φύλων, στις διαφορές των σχέσεων με τους γονείς. Στους πρώτους παράγοντες περιλαμβάνεται η μόδα. Ένοχες είναι οι εμπορικές εταιρίες μόδας και ομορφιάς οι οποίες προκειμένου να μεγιστοποιήσουν το κέρδος τους προβάλλουν τον υποσιτισμό ως πρότυπο κομψότητας.

2.5 Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Οι «ανορεκτικές οικογένειες» είναι συνήθως οι «τέλειες οικογένειες» που ζουν φαινομενικά αρμονικά και δεν εκδηλώνουν φανερή ρήξη μεταξύ των μελών τους. Όμως απαγορεύουν κάθε εκδήλωση και προσπάθεια ατομικότητας και ανεξαρτησίας και δυσκολεύονται να παραδεχτούν ότι το παιδί τους μεγαλώνει, με φυσική συνέπεια την απομάκρυνσή του από την οικογένεια. Τότε για τον έφηβο, είτε αγόρι είναι είτε κορίτσι, η νόσος είναι ένας τρόπος να αποκτήσει ατομικά χαρακτηριστικά ή διαφοροποίηση από τα άλλα μέλη της οικογενείας του.³⁶

Πώς λοιπόν αντιδρά το παιδί μέσα σε μια φαινομενική οικογενειακή γαλήνη, με υπέρμετρη όμως καταπίεση; Βρίσκει σαν τρόπο αντίδρασης την έναρξη δίαιτας με σκοπό το χάσιμο βάρους για να κάνει γνωστό

στους γονείς του, ότι υπάρχει, ότι έχει ξεχωριστή υπόσταση, ότι δε θέλει να συμπεριφέρεται με τον τρόπο που του επιβάλλεται από τους γονείς του. Κατά την περίοδο αυτή ανεξαρτησίας, αντιδρά στην υπερβολική ενασχόληση των γονιών σχετικά με τη διατροφή του.

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

Ο φαύλος κύκλος συνεχίζεται, μιας και το παιδί αντιλαμβάνεται πολύ γρήγορα την αγωνία της μητέρας του έτσι ώστε αισθάνεται υποχρεωμένο να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις της, όχι μόνο τις διατροφικές, γιατί αλλιώς νομίζει ότι θα την χάσει .

Επίσης, πρέπει να αναφερθεί ότι πολλοί γονείς αν και συναισθάνονται την κατάσταση, εξακολουθούν να αντιστέκονται στις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού τους. Αρκετοί είναι αυτοί που διατηρούν την κατάσταση γιατί νομίζουν πως αν γίνει καλά το παιδί τους, θα χαλάσει η ηρεμία της οικογένειας.^{2,5}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Πρόκειται για νόσο η οποία έχει πλέον λάβει εκρηκτικές διαστάσεις στις πλούσιες και αναπτυγμένες χώρες. Μελέτες σε γενικούς και ειδικούς πληθυσμούς είχαν δείξει ότι το 95% των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία είναι γυναίκες. Η συχνότητα της νόσου κυμαίνεται από 1% έως 5% των εφήβων γυναικών. Αποτελεί την 3^η κατά σειρά ασθένεια που εμφανίζεται σε έφηβες γυναίκες μετά το άσθμα και την παχυσαρκία.

Πρόκειται για γυναίκες στο 95% των περιπτώσεων, ηλικίας 15-25 ετών. Υπολογίζεται δηλαδή ότι περίπου 1 στις 250 γυναίκες μεταξύ 15-25 ετών εμφανίζει ψυχογενή ανορεξία.

Ωστόσο όμως, ανεξάρτητα από αυτό εκτιμάται ότι πλήττει το 0,5-3,7% των γυναικών σε κάποια στιγμή της ζωής τους και κατά κύριο λόγο γυναίκες που διανύουν τη νεαρή ενήλικη ζωή τους, μέχρι τα 30 δηλαδή, χωρίς αυτό να σημαίνει πως γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας δεν μπορούν να νοσήσουν.

Οι έφηβοι που πάσχουν από νευρική ανορεξία, διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης αγχωδών συμπεριφορών. Έρευνες στο Πανεπιστήμιο του Μίσιγκαν υπολογίζουν πως το 12-18% περίπου των ανορεξικών ατόμων κάνουν χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών.

Στο σημείο αυτό αξίζει ν' αναφερθεί ότι σε μια έρευνα που διεξήχθη στη Μινεσότα των ΗΠΑ το 64% των εφήβων κοριτσιών δήλωναν πως είχαν αρνητική εικόνα για το σώμα τους.

Πρόσθετα η συχνότητα εμφάνισης της νόσου στα κορίτσια είναι 10-20 φορές συχνότερη από ότι στα αγόρια. Μια μελέτη στη Μινεσότα

των ΗΠΑ, το 2000, ανέφερε ότι το 13% αυτών που πάσχουν είναι κορίτσια και το 7% αγόρια.^{5,43}

Η θεραπεία είναι δύσκολη διότι τα άτομα και η οικογένειά τους αρνούνται να παραδεχτούν ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα και δεν απευθύνονται σε κάποιον ειδικό. Δυστυχώς η διάγνωση γίνεται καθυστερημένα, όταν πλέον η απώλεια του βάρους είναι ήδη πολύ σημαντική (>25% του αρχικού βάρους), διότι τα συμπτώματα περνούν απαρατήρητα ή υποτιμώνται από τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον. Μόνο η έγκαιρη αντιμετώπιση επιτρέπει την αποφυγή της τεράστιας απώλειας βάρους (>50% του αρχικού βάρους) που είναι θανατηφόρα.¹¹

Το γεγονός ότι είναι η μοναδική ψυχιατρική διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει απ'ευθείας στο θάνατο, με ποσοστό θνησιμότητας γύρω στο 10%, σύμφωνα με τα στοιχεία της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας, την κάνει να ξεχωρίζει από τις άλλες.³

Η συχνότητα φαίνεται ότι αυξήθηκε τα τελευταία 10 χρόνια. Ο επιπολασμός ως διαταραχής σε γυναίκες της όψιμης εφηβικής και της πρώιμης ενήλικης ζωής είναι 0,5% έως 1%. Ο επιπολασμός είναι πολύ μεγαλύτερος για περιπτώσεις που δε συμπληρώνουν τα πλήρη κριτήρια της διαταραχής.¹⁷

Η νόσος τείνει να είναι συχνότερη στις αναπτυγμένες χώρες σε σύγκριση με τις χώρες του τρίτου κόσμου, όπου η πρόσβαση στην επαρκή τροφή είναι μια καθημερινή πάλη.²⁰

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Κολοράντο των ΗΠΑ αποκαλύπτει πως το 60% των ανορεξικών γυναικών είχαν βιώσει σεξουαλική κακομεταχείριση κάποια στιγμή στη ζωή τους.

Τέλος βέβαια, πρέπει να αναφερθεί ότι σε όλες τις περιπτώσεις είναι συχνότερη σε άτομα με επαγγέλματα όπως αυτό του μοντέλου, της αθλήτριας, της χορεύτριας μπαλέτου.⁴³

3.2 ΕΛΛΑΔΑ

Σε ποσοστό έως και 4% των νεαρών κοριτσιών παρατηρείται η νευρογενής ανορεξία. Και όπως αναφέρει ο καθηγητής Ψυχιατρικής και πρόεδρος της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας κ. Γιώργος Χριστοδούλου, είναι μια διαταραχή που παρουσιάζεται 10-20 φορές πιο συχνά στις γυναίκες και εκφράζει τον παράλογο φόβο του πάχους. Στο 85% των περιπτώσεων η νευρογενής ανορεξία εμφανίζεται στην ηλικία από 13-20 χρονών Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, σε δημοσίευση του περιοδικού Focus, 1 στους 50,000 άνδρες πάσχει από ανορεξία. Ο αριθμός αυτός που αφορά ηλικίες 18-28 χρονών δείχνει ότι το φαινόμενο βρίσκεται σε άνοδο. Έχει μάλιστα υπερδιπλασιαστεί τα τελευταία 20 χρόνια. Το γεγονός ότι αυτή η διαταραχή ήταν κυρίως γυναικεία υπόθεση οδήγησε σε καθυστερημένη διάγνωση στους άνδρες. Σύμφωνα μια έρευνα του Πανεπιστημίου του Μίσιγκαν, αυτή η παθολογική κατάσταση εμφανίζεται συνήθως σε άνδρες με έντονη αθλητική δραστηριότητα που απαιτεί τον αυστηρό έλεγχο του σωματικού βάρους. Όμως η προσπάθεια τους να αποκτήσουν τέλειο σώμα γίνεται με τέτοια μανία που ξεπερνά το αρχικό μύθος και αθλητικό πρότυπο. Η περίοδος που οι έφηβοι αγόρια και κορίτσια εκδηλώνουν νευρογενή ανορεξία είναι συνήθως η εφηβική περίοδος που το άτομο συγκροτεί την προσωπική του ταυτότητα και εικόνα.⁴³

Μια άλλη δημοσιευμένη έρευνα του οργανισμού Medlook Kids, τα κορίτσια εφηβικής ηλικίας και οι νεαρές γυναίκες κινδυνεύουν

περισσότερο από την νευρογενή ανορεξία. Για την νευρογενή ανορεξία το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 0,5%-3,7%.

Η καθηγήτρια Ελευθερία Βάρσου αναφέρει (ΒΗΜΑ 8/2/1998)ότι 90% των περιστατικών με νευρογενή ανορεξία που καταφεύγουν στο ειδικό ιατρείο αντιμετώπισης διαταραχών λήψης τροφής του αιγηνήτειου είναι γυναίκες με ιδιαίτερη έμφαση στις νεαρές ηλικίες 12-25 ετών.⁴⁵

3.3 Η.Π.Α

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

Επιπλέον, αξίζει να αναφέρουμε ότι τα άτομα που πάσχουν από αυτές τις ασθένειες έχουν και στην πλειοψηφία και κάποιο άλλο ψυχιατρικό πρόβλημα. Το 50-75% παρουσιάζουν κατάθλιψη, το 25% των ατόμων αυτών διατηρεί ψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά σε όλη την διάρκεια της ζωής τους όπως έχει διαπιστωθεί από άτομα τα οποία έχουν επανέλθει πλέον στο κανονικό τους βάρος, το 30-37% αυτών των ασθενών έχει κάνει κατάχρηση διαφόρων ουσιών, το 42-75% έχει διαταραχές της προσωπικότητας του. Το 20%-50% έχει αναφερθεί ότι έχει κακοποιηθεί σεξουαλικά με πιο μεγάλη συχνότητα στα άτομα με νευρογενής βουλιμία. Η σεξουαλική κακοποίηση σε γυναίκες κατά την παιδική ηλικία είναι επίσης πολύ συχνή και αυτές οι γυναίκες έχουν πολύ αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν σοβαρό ψυχιατρικό πρόβλημα.¹¹

3.4 ΙΑΠΩΝΙΑ

Η Ιαπωνία ίσως είναι η μοναδική μη δυτική χώρα η οποία παρουσιάζει αύξηση σε κρούσματα διατροφικών διαταραχών, με τα αποτελέσματα να είναι συγκρίσιμα ή μερικές φορές πιο αυξημένα από των Η.Π.Α., χώρα στην οποία τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια μεγάλη αύξηση της συχνότητας των διατροφικών διαταραχών, ενώ παρόμοια κατάσταση επικρατεί στις Κινέζες γυναίκες ιδιαίτερα αυτές που έχουν υψηλό βιοτικό επίπεδο και ζουν σε εκμοντερνισμένες χώρες όπως το Χονγκ Κονγκ. Άλλες μη αγγλόφωνες χώρες στις οποίες παρουσιάζεται αύξηση είναι οι χώρες όπως η Ισπανία, Αργεντινή και τα νησιά Φίτζι¹¹.

3.5 ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ

Στην Μεγάλη Βρετανία , μελέτη υποστηρίζει ότι περίπου 1 στους 100 νέους ηλικίας μεταξύ 12 και 25 ετών πάσχει από νευρική ανορεξία. Η επίπτωση της βουλιμίας είναι 4% του πληθυσμού, ενώ το σχεδιάγραμμα ηλικίας των πασχόντων ψυχογενούς ανορεξίας μειώνεται, με την νεότερη καταγεγραμμένη περίπτωση στη Μεγάλη Βρετανία ακριβώς οκτώ έτη πριν.³⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

4.1 Γενετικοί παράγοντες: Ξεκίνησε τις τελευταίες δεκαετίες μια προσπάθεια για συστηματική διερεύνηση του ρόλου των γενετικών συντελεστών στην αιτιοπαθογένεια της νευρικής ανορεξίας. Η προσπάθεια αυτή βασίζεται σε μελέτες που έγιναν και γίνονται σε οικογένειες ασθενών και μαρτύρων, αλλά και στην ανεύρεση συμφωνίας, ανάμεσα σε ζεύγη διδύμων και στον συνδυασμό τους, με τα νεότερα δεδομένα από τον χώρο της μοριακής βιολογίας.

Ωστόσο, οι περισσότεροι από τους συγγραφείς, ενώ δέχονται την ύπαρξη της γενετικής προδιάθεσης στην εμφάνιση της νόσου συμπληρώνουν πως για να εμφανιστεί αυτή, θα πρέπει να εμπλέκονται και άλλοι παράγοντες, που αθροιστικά θα πυροδοτήσουν την έναρξη της νόσου. Στους παράγοντες αυτούς συγκαταλέγονται ο τύπος προσωπικότητας του ασθενούς, η παρουσία ψυχιατρικής διαταραχής και κυρίως, συναισθηματικής διαταραχής και υποθαλαμική δυσλειτουργία. Σε μια από τις μεγαλύτερες οικογενειακές μελέτες που έγινε από τον Strober et al το 1990, όπου εξετάστηκαν 387 α΄ βαθμού συγγενείς ανορεκτικών, ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου βρέθηκε να είναι αυξημένος κατά 4%. Οι μελέτες όμως, που θεωρούνται ότι μπορούν να δείξουν πιο καλά την συσχέτιση ανάμεσα στην εμφάνιση μιας νόσου και την πιθανή κληρονομικότητα, είναι εκείνες που γίνονται σε ζευγάρια διδύμων, μονοζυγωτών (MZ) και διζυγωτικών (DZ). Εάν διαπιστωθεί πως η εκδήλωση μιας ψυχοπαθολογικής διαταραχής είναι πιο συχνή στους μονογενείς διδύμους, όπου το γενετικό υλικό είναι πανομοιότυπο, τότε υπάρχει ισχυρή συμμετοχή γενετικών παραγόντων.

Μια μεγάλη μελέτη που έγινε από τους Treasure και Holland το 1989, περιελάμβανε γυναίκες διδύμους (31 ζεύγη MZ και 28 ζεύγη DZ), από

τις οποίες το ένα μέλος να έχει διάγνωση με Δ.Λ.Τ. Διαπιστώθηκε πως για την ψυχογενή ανορεξία, υπήρχε υψηλότερος βαθμός συμφωνίας στην εκδήλωση της στους MZ διδύμους (66%), σε σχέση με τους διζυγωματικούς (0%).

Σχεδόν σε όλες τις έρευνες και με πολύ μικρές εξαιρέσεις, διαπιστώνεται πως η συμβολή των γενετικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια και στην εμφάνιση των διαταραχών λήψης τροφής είναι αδιαμφισβήτητη, καθώς οι MZ δίδυμοι εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας σε σχέση με τους ΔZ, στην ανορεξία. Ωστόσο, η μη συμμετοχή του γενετικού υλικού κατά 100% συνηγορεί στο ότι και άλλοι παράγοντες, περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί παίζουν πολύ μεγάλο ρόλο στην εκδήλωση των νόσων.⁴⁵

4.2 Βιοχημικοί παράγοντες: Με έρευνες διαπιστώθηκε, πως αρκετοί ανορεκτικοί ασθενείς με μειωμένο βάρος, εμφανίζουν επίσης, υψηλά επίπεδα του νευροπεπτιδίου Y (NPY). Υψηλά παραμένουν τα ποσοστά του NPY, ακόμα και μετά την ανάκτηση του φυσιολογικού σωματικού βάρους, ενώ γίνονται φυσιολογικά με την επανεμφάνιση της έμμηνου ρύσης, γεγονός που οδηγεί στην σκέψη ότι το συγκεκριμένο πεπτίδιο μπορεί να εμπλέκεται στην παθογένεση της αμηνόρροιας. Η μειωμένη λήψη της τροφής στους ανορεκτικούς οδηγεί στην αύξηση του NPY, που ομοιοστατικά προσπαθεί να επαναφέρει την συμπεριφορά λήψης τροφής, στα φυσιολογικά επίπεδα, χωρίς όμως να τα καταφέρνει. Στην έρευνα της Kaye (1992) , βρέθηκε πως χαμηλού βάρους ανορεκτικοί ασθενείς εμφάνιζαν στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, πολύ χαμηλά ποσοστά β-ενδορφίνης, ενώ η δυνοφρίνη βρισκόταν σε φυσιολογικά επίπεδα, σε όλα τα στάδια της ανορεξίας. Δύο ακόμα νευροπεπτίδια, που όπως φαίνεται η παρουσία τους έχει σημασία, είναι η αντιδιουρητική ορμόνη (ADH) ή βασοπρεσίνη και η ωκυτοκίνη (OXT). Η περιφερική δράση της

βασοπρεσίνης συνίσταται στην επαναρρόφηση του νερού, στους νεφρούς. Στην ψυχογενή ανορεξία έχει διαπιστωθεί εδώ και 20 χρόνια, πως υπάρχει διαταραχή στην ικανότητα συγκέντρωσης των ούρων, που υποδηλώνει πως υπάρχει κάποια ανωμαλία στην έκκριση της ADH, ενώ μεταγενέστερες μελέτες έδειξαν πως υπάρχουν αυξημένα επίπεδα της ορμόνης στο πλάσμα. Η απίσχνανση συνδέεται άμεσα με την ελάττωση της λήψης τροφής και των θερμίδων, που συνεπάγεται η ανορεξία. Ο περιορισμός των θερμίδων, ειδικά όταν αυξάνουν οι ενεργειακές ανάγκες (κινητική υπερδραστηριότητα), επιβάλλει να χρησιμοποιηθούν τα ενεργειακά αποθέματα του οργανισμού, δηλαδή εγκαθιστά μια κατάσταση καταβολισμού (ουσιαστικά πρόκειται για λιπόλυση, γι' αυτό παρατηρείται αύξηση των ελευθέρων λιπαρών οξέων (AGL) της γλυκερόλης και των κετονικών σωμάτων). Ο μεταβολισμός ρυθμίζεται από τις ορμόνες που εκκρίνει το πάγκρεας και πιο συγκεκριμένα τα νησίδια του Langerhans. Οι ορμόνες αυτές κατά την διάρκεια της κατάστασης του καταβολισμού, διαταράσσονται. Η ινσουλίνη ελαττώνεται στην ψυχογενή ανορεξία, ενώ το γλυκογόνο είναι μέτρια αυξημένο. Δευτερογενείς διαταραχές, λόγω της καταβολικής κατάστασης, στην οποία βρίσκεται ο ανορεκτικός, αποτελούν τα μειωμένα ποσοστά των ορμονών του θυρεοειδούς αδένου. Έρευνες έδειξαν πως σε ανορεκτικούς ασθενείς με μειωμένο σωματικό βάρος τα επίπεδα της T4 βρίσκονται στο κατώτατο φυσιολογικό όριο, ενώ της T3 είναι πολύ χαμηλά. Μειωμένη είναι η απάντηση της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης TSH. Όταν το βάρος επανέρχεται στο φυσιολογικό, οι ασθενείς εμφανίζουν σημαντική αύξηση των επιπέδων των T3, T4 και TSH. Υψηλά επίπεδα αυξητικής ορμόνης (GH) έχουν διαπιστωθεί στους μισούς περίπου από τους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, που βρίσκονται σε στάδιο απίσχνανσης, ενώ τα επίπεδα της φθάνουν στα φυσιολογικά όρια με την σταδιακή αύξηση της λήψης τροφής. Η

χολοκυστοκινίνη εκτός από την διεγερτική της δράση στα παγκρεατικά ένζυμα, μεταφέρει το μήνυμα του κορεσμού (μετά από τροφές πλούσιες σε λίπη και πρωτεΐνες) στον υποθάλαμο, για να διακοπεί η λήψη τροφής και έχει την δυνατότητα να παρατείνει το αίσθημα του κορεσμού, επιβραδύνοντας την γαστρική κένωση. Έρευνες έδειξαν πως οι ασθενείς με ανορεξία, εμφανίζουν πολύ υψηλά ποσοστά χολοκυστοκινίνης στο πλάσμα.²⁹

4.3 Προσωπικότητα και ψυχοδυναμικοί παράγοντες: Έχει διατυπωθεί η άποψη, ότι πολλά χαρακτηριστικά στοιχεία, που παρατηρούνται στην εξέλιξη της ψυχογενούς ανορεξίας είναι μάλλον το αποτέλεσμα της εμφάνισης της ασθένειας αυτής η οποία συμβαίνει κατά κύριο λόγο στην εφηβεία, κατά την οποία διαμορφώνεται η προσωπικότητα. Σύμφωνα με τον Venisse (1987), η υστερική είναι η πιο συχνή δομή υποκειμενικής προσωπικότητας που συναντάμε στους ανορεκτικούς ασθενείς, καθώς αυτή περιλαμβάνει στοιχεία, όπως αυτάρεσκη επίδειξη της ισχύος και έναν ιδιαίτερα αποτελεσματικό και προκλητικό χειρισμό του περιβάλλοντος, στοιχεία που συναντάμε πάντα στα ανορεκτικά άτομα. Άτομα με υστερική δομή προσωπικότητας εμφανίζουν εντονότερη συναισθηματική παλινδρόμηση και ανωριμότητα, αυξημένες ανάγκες περιποίησης και φροντίδας, εξάρτηση, σωματοποίηση του άγχους τους.

Η έκφραση, ωστόσο της προσωπικότητας εξαρτάται από την νοσηρότητα. Σύμφωνα με μελέτες, οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία εμφανίζουν μεγάλα ποσοστά μείζονος κατάθλιψης (68%), αγχωδών διαταραχών (65%), ψυχαναγκαστικής / καταναγκαστικής διαταραχής (26%) και κοινωνικής φοβίας (34%). Ένα από τα καίρια προβλήματα που αντιμετωπίζει ο έφηβος, είναι οι σημαντικές μεταβολές στο σώμα και η ανάγκη ενσωμάτωσης της καινούργιας εικόνας του σώματος στην αναπαράσταση του εαυτού του, διαδικασία, η οποία είναι δύσκολη και

μερικές φορές ανεπιτυχής. Η ανάγκη απαρτίωσης ενός σεξουαλικά ώριμου ατόμου στην αναπαράσταση του εαυτού αποτελεί τη βάση της αναπτυξιακής ψυχοσύγκρουσης της εφηβείας, σύμφωνα με τον Laufer.

Ο έφηβος που εμφανίζει ψυχογενή ανορεξία, ουσιαστικά αποπειράται, σε ένα συμβολικό επίπεδο, να επιτεθεί στο σεξουαλικό του σώμα για να το μετατρέψει σε σώμα ακίνδυνο. Το άγχος, δηλαδή, του σεξουαλικού σώματος αντιμετωπίζεται με την απάλειψη των στοιχείων του φύλλου, μέσω της απίσχνανσης.^{37,38}

4.4 Οικογενειακοί παράγοντες : Αρκετοί επιστήμονες έχουν δώσει μεγάλη βαρύτητα και στην διαδικασία μεγαλώματος του παιδιού από τους γονείς του. Σύμφωνα με έρευνες, η ψυχογενής ανορεξία μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της ελλιπούς ενθάρρυνσης, εκ μέρους των γονιών, της αυτονόμησης και της αυτοέκφρασης του παιδιού στην ηλικία που το έχουν ανάγκη, όπως επίσης και της παραμέλησης ή της διαστρέβλωσης, από τους γονείς και κυρίως από την μητέρα, των συναισθηματικών αναγκών του παιδιού. Η ανασφαλής συναισθηματική πρόσδεση είναι πολύ συχνή σε ανορεκτικά άτομα. Η Bruch λαμβάνοντας υπόψιν της την θεωρία της συναισθηματικής πρόσδεσης του Bowlby, υποστήριξε πως το ανορεκτικό άτομο από την νεογνική ηλικία, έχει ανατραφεί από μητέρα, η οποία όχι μόνο δεν αντιλαμβανόταν τη σημασία των μηνυμάτων του που της έστελνε με την έκφραση ή τη συμπεριφορά του, αλλά επέμενε στη δική της λανθασμένη ερμηνεία. Η προσωπικότητα των γονέων ανορεκτικών ατόμων έχει ένα ειδικό προφίλ: Η μητέρα είναι ψυχρή, άκαμπτη, δυναμική, υπερπροστατευτική, όχι ιδιαίτερα δοτική κυριαρχική και παρεμβατική. Ο πατέρας εμφανίζεται ως αδύναμος, απόμακρος, παρορμητικός και πολλές φορές απών. Γενικά ο πατέρας περιγράφεται ως υποταγμένος και παθητικός. Η πιο περιεκτική τυπολογία της

ψυχοσωματικής οικογένειας παρουσιάστηκε από τον Minuchin και τους συνεργάτες του. Τα τέσσερα χαρακτηριστικά αυτής είναι:

- Η **παγιδευτική εμπλοκή** κατά την οποία, τα όρια μεταξύ των υποσυστημάτων έχουν ασαφοποιηθεί.
- Η **υπερπροστατευτικά**
- Η **ακαμψία**, δηλαδή η αδυναμία προσαρμογής σε αλλαγές
- Η **αποφυγή σύγκρουσης**, ολοκλήρωσης μιας διαφωνίας ή επίλυσης μίας κρίσης.^{6,18}

4.5 Γεγονότα ζωής: Γεγονότα που σηματοδοτούν απώλειες ή αποχωρισμούς αγαπημένων προσώπων και που θεωρούνται ότι μπορούν να διαταράξουν σημαντικά την προσωπική και οικογενειακή ισορροπία και ομοιόσταση, έχουν αναφερθεί ότι προηγούνται της εμφάνισης της ψυχογενούς ανορεξίας και ειδικά της μορφής που παρουσιάζεται με όψιμη έναρξη, καθώς θεωρείται ότι δημιουργούν ένα υπόβαθρο χρόνιας εσωτερικής έντασης. Το στρεσογόνο γεγονός εκλαμβάνεται από την έφηβη ή την ενήλικη νεαρή γυναίκα ως απειλή για την οντότητα της, τον εσωτερικό, αλλά και τον εξωτερικό της κόσμο και αυτό την οδηγεί αφ' ενός μεν σε μια αυξημένη ενασχόληση με το σώμα της, αφ' ετέρου δε στην πεποίθηση ότι θα αισθάνεται καλύτερα να χάνει βάρος. Ο θάνατος, ενός αγαπημένου προσώπου είναι ένα γεγονός, που επηρεάζει τη δομή και την δυναμική της οικογένειας, αλλά και του κάθε μέλους της χωριστά. Τα μεγαλύτερα παιδιά και οι έφηβοι έχουν πολλές φαντασιώσεις και φοβίες για τον θάνατο και το χαμένο πρόσωπο, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν έντονες αντιδράσεις όπως, ενούρηση, αλλάζουν συνήθειες του ύπνου τους και αρνούνται την λήψη τροφής. Αναμφίβολα και το διαζύγιο ή ο χωρισμός αποτελεί σημαντικό στρεσογόνο γεγονός στη ζωή τόσο των παιδιών και των εφήβων. Παρά την έντονη ανάγκη για ανεξαρτησία οι έφηβοι χρειάζονται μια ασφαλή

οικογενειακή βάση, στην οποία μπορούν να στηριχτούν, διαφορετικά μπορεί να αναπτύξουν προβληματικές συμπεριφορές. Οι έφηβοι όταν ζουν μια τέτοια κατάσταση, μπορεί να κρατήσουν ουδέτερη στάση ή πιο συχνά , να συνάψουν συμμαχία με έναν από τους δύο γονείς ή να χρησιμοποιήσουν την διαταραχή λήψης τροφής, συνήθως την ψυχογενή ανορεξία ως ένα πολύ αποτελεσματικό εξισοροπιστικό ή εκβιαστικό μέσο για την συγκράτηση μιας επερχόμενης αλλαγής στην οικογενειακή και προσωπική τους ισορροπία. Από τα ψυχοπαισιτικά γεγονότα, εκείνα που έχουν μελετηθεί πιο πολύ και φαίνεται πως παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας, είναι η σεξουαλική και η σωματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία. Σχετικές έρευνες συγκλίνουν στο ότι περίπου το 1/3 των ανορεκτικών έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση. Έρευνες έχουν γίνει κατά καιρούς και για την σχέση που υπάρχει μεταξύ της μετανάστευσης και της νευρικής ανορεξίας, καθώς αυτή αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα γεγονότα ζωής. Η έκθεση των παιδιών των μεταναστών σε διαφορετικές κουλτούρες και η σύγκρουση που αυτή συνεπάγεται μεταξύ των συνηθειών και των προτύπων των δύο πολιτισμών φαίνεται πως έχει τεράστιο ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής. Τα παιδιά είναι αναγκασμένα να παίζουν το ρόλο του συντονιστή ανάμεσα στις δυο κουλτούρες. Τέλος , έχουν βρεθεί και άλλα γεγονότα ζωής που μπορεί να επηρεάσουν σε μικρότερο βαθμό, όπως η αρρώστια κάποιου μέλους της οικογένειας ή και του ίδιου του ασθενή, η εγκυμοσύνη της μητέρας ή της αδερφής, η απιστία ενός γονέα, μια ερωτική απογοήτευση, ένα οικογενειακό σκάνδαλο, η απόλυση από την εργασία και η ανεργία. Γενικά, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες θεωρούνται ότι εμπλέκονται σε ένα βαθμό, άλλοτε μικρότερο και άλλοτε μεγαλύτερο σε κάθε αρρώστια. Στις περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας φαίνεται παίζουν ένα συντελεστικό αιτιολογικό ρόλο και συμβάλλουν στην γένεση ή την εξέλιξη της νόσου.¹⁹

4.6 Κουλτούρα: Οι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και στην εξέλιξη της νευρικής ανορεξίας. Η επίδραση της Δυτικής κουλτούρας στον τρόπο ζωής των ανθρώπων και ειδικά των γυναικών, θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες εμφάνισης νευρικής ανορεξίας. Το σύγχρονο ιδεώδες γυναικείας ομορφιάς, που η Δυτική κουλτούρα καλλιεργεί και συντηρεί με την βοήθεια των μέσων μαζικής ενημέρωσης, απαιτεί μια λεπτή και απόλυτα γυμνασμένη σιλουέτα.^{3,12}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΚΑΤΑ ΤΟ DSM- III

Η διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας κατά το DSM-III βασίζεται στα εξής κριτήρια :

- α) έντονο φόβο παχυσαρκίας που δεν ελαττώνεται με τη μείωση του βάρους
- β) ισχυρισμό της ασθενούς ότι αισθάνεται παχιά ακόμα και όταν είναι κάτισχνη (διαταραχές της εικόνας του σώματος)
- γ) χαμηλότερο βάρος τουλάχιστον κατά 25 % από το κανονικό, σύμφωνα με τους πίνακες ανάπτυξης
- δ) εναντίωση στην αύξηση και διατήρηση βάρους
- ε) η απώλεια βάρους να μην οφείλεται σε άλλη ασθένεια.

Η έλλειψη έμμηνου ροής δεν αναφέρεται.

Όπως είναι γνωστό, η έμμηνος ροή είναι δυνατόν να διακοπεί για αρκετό χρονικό διάστημα άσχετα από την έλλειψη βάρους και ενώ η διακοπή είναι σχεδόν υποχρεωτική συνέπεια αδυνατίσματος, η επανάκτηση φυσιολογικού βάρους δεν ακολουθείται πάντα σύντομα από την εμφάνιση της ροής.

Η διάγνωση, λοιπόν, για τη διαπίστωση των αιτιών που δημιουργήσαν και συντηρούν τη νεύρωση είναι όχι μόνο το ζητούμενο αλλά η απαραίτητη προϋπόθεση που μας οδηγεί στη διαπίστωση της ύπαρξης της ψυχικής νόσου. Ποτέ όμως πως και γιατί. Οι γενεσιουργοί αιτίες πάντα υπάρχουν. Χρειάζεται να τις εντοπίσει κανείς, ώστε μέσα από την εξέλιξη των συμπτωμάτων να γίνεται η διάκριση της γενεσιουργού αιτίας. Γιατί στις νευρώσεις ιδιαίτερα, ο διαχωρισμός ψυχής και σώματος οδηγεί πάντα σε λανθασμένα συμπεράσματα.^{33,45}

5.2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Όσο πιο άτυπα είναι τα χαρακτηριστικά της απώλειας βάρους τόσο η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως πχ. γαστρεντερικές νόσους, όγκους εγκεφάλου, AIDS, ενδοκρινολογικές νόσους. Στις σωματικές βλάβες αυτές νόσους δεν υπάρχει διαταραχή της εικόνας του σώματος, ούτε επιθυμία για περαιτέρω απώλεια βάρους. Η διαφορική διάγνωση θα γίνει επίσης από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και από τη σχιζοφρένεια όπου μπορεί να υπάρχει σημαντική απώλεια βάρους όμως δεν υπάρχει φόβος του ατόμου να πάρει βάρος και δεν υπάρχει διαταραχή της σωματικής εικόνας. Καθώς τα ανορεκτικά άτομα μπορεί να έχουν συμπτώματα που θυμίζουν κοινωνική φοβία πχ. (φόβος να φάει δημόσια) ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή πχ. ψυχαναγκασμό και καταναγκασμοί συνδεδεμένοι με την τροφή, επιπρόσθετες διογκώσεις των διαταραχών θα μπουν μόνο όταν υπάρχουν συμπτώματα που δεν σχετίζονται με τη λήψη τροφής ή στο σχήμα, το μέγεθος του σώματος.⁴¹

5.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Παρακάτω θα αναφέρουμε 4 κλίμακες των διαγνωστικών κριτηρίων αρχίζοντας από τα διαγνωστικά κριτήρια 1) του Sour, 2) Katherine A. Halmi, 3) Feighner τα οποία είναι ίδια με τα διαγνωστικά κριτήρια DSM III και τέλος 4) με τα διαγνωστικά κριτήρια DSMIV.

A) Διαγνωστικά κριτήρια κατά τον Sour

Ο Sour διακρίνει πρωτογενή και δευτερογενή κριτήρια.

Στα πρωτογενή ανευρίσκουμε:

-τον εκλεκτικό και εκούσιο περιορισμό της τροφής ο οποίος δικαιολογείται ως απώλεια της όρεξης.

-την αναζήτηση της ισχύοντος σε μια ευχάριστη αυτή καθ' αυτόν η οποία ανάγεται στο αίσθημα κυριαρχία πάνω στο σώμα, στον έλεγχο της ενστικτώδους ζωής του.

-την υπερδραστηριότητα, συχνά πρώιμη και την αμηνόρροια.

-τέλος, την βουλιμία.

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

B) Διαγνωστικά κριτήρια κατά την Katherine A. Halmi

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

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

Γ) Διαγνωστικά κριτήρια του Feigher και συν της σχολής του Saint Louis είναι τα ίδια με τα κριτήρια της DSM III και είναι τα εξής:

- Ηλικία έναρξης από τα 25 έτη
- Ανορεξία με σύγχρονη απώλεια βάρους, τουλάχιστον του 25% του αρχικού βάρους
- Αδιάλλακτη και διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στην τροφή, φάρμακα ή το βάρος, η οποία κυριαρχεί στην πείνα, στις επιπλήξεις και στις απειλές, όπως για παράδειγμα:
 1. Άρνηση της αρρώστιας και παραγνώριση των αναγκών διατροφής.
 2. Καταφανής ικανοποίηση από την απώλεια βάρους, ενώ καθαρά φαίνεται πως η άρνηση τροφής είναι μια ευχάριστη υποχρέωση.
 3. Επιθυμία ν' αποκτήσει μια εικόνα οριακής ισχύτητας του σώματος...ενώ εκδηλώνεται καθαρά ότι είναι ευχάριστο για την άρρωστη να φτάσει ή να διατηρήσει τη κατάσταση αυτή.
 4. Συσσώρευση και ασυνήθιστη επεξεργασία των τροφών.
- Έλλειψη γνωστών ιατρικών ασθενειών που θα μπορούσαν να εξηγήσουν την ανορεξία και την απώλεια βάρους.
- Καμία άλλη γνώση ψυχιατρική διαταραχή, με ειδική αναφορά στις πρώιμες συναισθηματικές διαταραχές, στην σχιζοφρένεια, στην ψυχαναγκαστική και φοβική νεύρωση (δεχόμαστε ότι η άρνηση τροφής δεν αρκεί από μόνη της για να δικαιολογήσει την διάγνωση μιας ψυχαναγκαστικής ή φοβικής νεύρωσης).
- Τουλάχιστον, δυο απ' τις παρακάτω εκδηλώσεις: αμηνόρροια, αύξηση τριχοφυΐας, βραδυκαρδία (σταθερά σφυγμός σε ηρεμία είναι 60 σφ /λεπτό ή και λιγότερο), περίοδοι υπερδραστηριότητας, επεισόδια βουλιμίας, εμετοί (ενδεχόμενα αυτοπροκαλούμενοι).^{32,42}

Δ) Διαγνωστικά κριτήρια DSM- IV

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας κατά DSM-IV είναι:

1. Άρνηση της διατήρησης του κανονικού βάρους του σώματος ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του ατόμου (π.χ απώλεια βάρους που οδηγεί σε σωματικό βάρος κατώτερο του 85% του αναμενόμενου ή αδυναμία απόκτησης βάρους κατά την αναπτυξιακή περίοδο που οδηγεί σε σωματικό βάρος κάτω του 85% του αναμενόμενου).
2. Το άτομο έχει έντονο φόβο μήπως αποκτήσει βάρος ή μήπως παχύνει πολύ, παρά το γεγονός ότι τίποτα δεν παραπέμπει σε κάτι τέτοιο αφού είναι λιποβαρές.
3. Διαταραχή στον τρόπο βίωσης του σωματικού βάρους ή του σχήματος του σώματος, στοιχεία που έχουν άμεση σχέση με την αυτοεκτίμηση του ατόμου.
4. Στις γυναίκες παρατηρείται αμηνόρροια.

Άτομα με αυτή τη διαταραχή ισχυρίζονται ότι είναι εξαιρετικά παχιά ακόμη και όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή κάτω του φυσιολογικού και αυτό γίνεται γιατί η απώλεια του βάρους δεν καθησυχάζει τον φόβο της παχυσαρκίας. Δυστυχώς η λέξη <<ανορεξία>> αποπροσανατολίζει πολύ κόσμο. Η ψυχογενής ή νευρογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης (αυτό γίνεται πολύ αργά στην πορεία της νόσου). Πρόκειται για διαταραχές που ο καθένας έχει στην αίσθηση του εαυτού του, στην ταυτότητα στην αυτονομία του, για λόγους που ακόμη δυστυχώς δεν ξέρουμε. Τα ανορεκτικά άτομα, δηλαδή, υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη ολόκληρου του σώματος τους και της εξωτερικής σωματικής τους εικόνας (π.χ πιστεύουν

ότι διάφορα σημεία του σώματος τους είναι πολύ παχιά, ακόμη και όταν αυταπόδεικτα είναι κάτω του φυσιολογικού, ή δεν αναγνωρίζουν σημαντικές σωματικές αισθήσεις όπως το αίσθημα της πείνας).

Η απώλεια του βάρους επιτυγχάνεται με σημαντική μείωση της συνολικής ποσότητας τροφής, με ραγδαία ελάττωση τροφών πλούσιων σε υδατάνθρακες και λίπη, με έμετο που αυτοπροκαλείται αδιάκοπα, με χρήση καθαρτικών ή διουρητικών και με εξαντλητική άσκηση.

Χαρακτηριστικό είναι ότι η αμηνόρροια μπορεί να παρουσιαστεί πριν να έχουμε σημαντική ελάττωση του σωματικού βάρους. Στο ξεκίνημα της διαταραχής το περιβάλλον δεν είναι ικανό να αντιληφθεί οτιδήποτε. Το ανορεκτικό άτομο ξεκινάει κάποια δίαιτα, αρχίζει να χάνει σταδιακά τα κιλά και να είναι ιδιαίτερα χαρούμενο γι' αυτό. Προοδευτικά όμως η απώλεια του βάρους προχωρά, η πρόσληψη τροφής συνεχώς ελαττώνεται και, παρ' όλη την εμφανή διαφορά, το άτομο εξακολουθεί να δηλώνει ότι πρέπει να χάσει περισσότερο βάρος γιατί είναι ακόμη πολύ παχύ. Οι συγγενείς και οι φίλοι παρατηρούν την διαφορά, στην αρχή είναι κάπως επιφυλακτικοί αλλά μετά αρχίζουν να φοβούνται και να τρομάζουν, γιατί η εικόνα του ατόμου δεν έχει καμία σχέση με τα λεγόμενα του και τις πεποιθήσεις του. Ο τρόμος και ο φόβος μετατρέπονται σε αγωνία, αρχίζει να μπαίνει στη ιστορία η ύπαρξη κάποιας ιατρικής αντιμετώπισης, αλλά δυστυχώς, όταν το άτομο θα φτάσει στο γραφείο του ειδικού ή κάποιου γιατρού, η απώλεια βάρους θα είναι πολύ μεγάλη και ίσως να έχουν εμφανιστεί και τα πρώτα νοσηρά συμπτώματα, όπως οιδήματα στους αστραγάλους, υπόταση, βραδυκαρδία, υποθερμία, σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές, lanugo (οι τρίχες γίνονται λεπτές και μαλακές όπως του νεογέννητου), πτώση του τριχωτού της κεφαλής και ακόμη πιο σοβαρά συμπτώματα που μπορούν να οδηγήσουν σε κώμα και θάνατο.³²

5.4 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΝΟΣ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

Τα σημεία και συμπτώματα ενός ανορεκτικού ατόμου είναι: απώλεια βάρους, απίσχνανση, διακοπές στο εμμηνοιακό κύκλο ή αμηνόρροια, διαταραχή συμπεριφοράς (απομόνωση, ευερεθιστότητα, διαταραχές ύπνου), κοιλιακά άλγη, προβλήματα στο κυκλοφορικό και μόνιμη αίσθηση κρύου, ζαλάδα, αδυναμία, πονοκέφαλος, λιποθυμία, ξηρό-κιτρινωπό δέρμα, απώλεια μαλλιών, ρυτίδες, οδοντιατρικά προβλήματα, γαστρεντερικές ενοχλήσεις, υπόταση, βραδυκαρδία, υποθερμία, μειωμένη αντοχή στον πόνο, δυσκολία στην κατάποση, αφυδάτωση, οιδήματα κάτω άκρων, απίσχνανση, πρηξίματα στο στομάχι και πρόσωπο, χάσιμο λίμπιντο, μείωση της οστικής πυκνότητας και τελικά οστεοπόρωση, χρόνια αϋπνία^{33,41}

5.5 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

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

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

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

Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα αγόρια, είναι αντίστοιχα αυτών των κοριτσιών. Η καθυστερημένη ανάπτυξη είναι αντίστοιχη της

κατάστασης της αμηνόρροιας στα κορίτσια. Επίσης και τα συμπτώματα που αφορούν τη στάση που κρατούν απέναντι στη νόσο είναι παρόμοια. Υπάρχει έντονη σωματική άσκηση, ναυτία, εμετοί, άρνηση της κατάστασης τους, επίμονη άρνηση για λήψη τροφής, καχεξία. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση ενός 12χρονου αγοριού που ενώ έτρωγε, κρατούσε την κοιλιά του για να βεβαιωθεί ότι δεν θα πάχαινε. Ακόμη παρατηρείται στους έφηβους μια υπεροπτική άρνηση να συναναστραφούν με συνομήλικους, ισχυρίζονται ότι είναι ανεξάρτητοι και ότι δεν χρειάζονται συμπαράσταση ή συμβουλές από τους γονείς, δασκάλους, φίλους.¹¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Αιματολογικά:

- Λευκοπενία , θρομβοκυτοπενία.
- Πολύ χαμηλή T K E(<10mm/h).

Μεταβολικά:

Μεταβολική αλκάλωση

- υποκαλιαιμία,
- υποχλωραιμία,
- αύξηση αμυλάσης ορού,
- υπογλυκαιμία, μείωση Ζη πλάσματος ,
- υπερχοληστεριναιμία, και φυσιολογικά επίπεδα πρωτεϊνών και αλβουμίνης πλάσματος.

Ορμόνες:

- αύξηση της T3,
- αύξηση της αυξητικής ορμόνης
- αύξηση κορτιζόλης
- μείωση γοναδοτροπινών
- μείωση τεστοστερόνης ,ανωμαλίες στην έκκριση της ινσουλίνης,

Ούρα :

- Σημεία αφυδάτωσης,
- Μείωση ρυθμού σπειραματικής διήθησης.

Βιοχημικά:

- Φυσιολογικές τιμές σε πρώιμα στάδια
- Αυξημένη τιμή ουρίας πλάσματος

- Αυξημένη τιμή χοληστερόλης
- Αυξημένες τιμές τρανσαμινασών
- Χαμηλές τιμές ψευδαργύρου
- Υποφωσφαταιμία (όψιμο και δυσμενές εύρημα.)

Ενδοκρινολογικά:

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

Η .Κ. Γ. :

- Βραδυκαρδία ,
- αρρυθμίες
- παράταση Ο-Τα διαστήματος,
- πτώση του 3Τ διαστήματος, επιπέδωση ή αντιστροφή των Τ-κυμάτων ,II κύμα.

Όψιμα

- Λευκοπενία.
- Θρομβοπενία
- Αναιμία ^{1,4,27}

6.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑ

6.2.1 Κεντρικό νευρικό σύστημα.

Εργαστηριακά ευρήματα: Στο CT ανιχνεύεται διεύρυνση κοιλιών , ΜΚ 1 εγκεφάλου μειωμένη λευκή και φαιά ουσία.

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

6.2.2 Καρδιαγγειακό σύστημα και σύστημα περιφερικών αγγείων

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

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

Ακροκυάνωση.

Εργαστηριακά ευρήματα: Στο Η Κ Γ μπορούν να εμφανιστούν απειλητικές για τη ζωή αρρυθμίες, βραδυκαρδίες, παράταση P-Τα διαστήματος .

6.2.3 Σκελετικό σύστημα

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

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

Εργαστηριακά ευρήματα: Τα οστά έχουν πλέον μειωμένο ασβέστιο , μειωμένο φώσφορο και μαγνήσιο , με αποτέλεσμα το 92% των γυναικών με νευρική ανορεξία να πάσχουν από οστεοπενία (μείωση της οστικής πυκνότητας) και το 38% να πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της οστεοπόρωσης. Επίσης στην α/α μπορεί να δούμε παθολογικά κατάγματα . Η χορήγηση ασβεστίου (που είναι κύριο συστατικό των οστών) δεν κατάφερε να αντιστρέψει τις βλάβες στα οστά σύμφωνα με το BBO36, επίσης οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν βλάβες και στα δόντια (διάβρωση αδαμαντίνης ιδιαίτερα των κοπτήρων που έχει σαν αποτέλεσμα την τερηδόνα) εξαιτίας του συχνού όξινου περιεχομένου στο στόμα εξαιτίας των εμετών.

6.2.4 Μυϊκό σύστημα

Συμπτώματα: Ο ασθενείς νιώθει αδυναμία και μυϊκούς πόνους.

Σημεία: Η μυϊκή μάζα ελαττώνεται, μυϊκή ατροφία

Εργαστηριακά ευρήματα: Παρουσιάζονται σε σοβαρό υποσιτισμό ενζυμικές ανωμαλίες στους μύες.

6.2.5 Αναπαραγωγικό σύστημα

Συμπτώματα: Η ασθενής έχει αμηνόρροια και αναστέλλεται η ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη, ανηδονία

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

Εργαστηριακά ευρήματα: Υποοιστρογονιαμία προεφηβικά πρότυπα έκκρισης.

6.2.6 Ενδοκρινικό-Μεταβολικό σύστημα:

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

Σημεία: με αποτέλεσμα την χαμηλή θερμοκρασία του σώματος/ υποθερμία.

Εργαστηριακά ευρήματα : Ηλεκτρολυτικές διαταραχές, υποσφωσφαταιμία, υπογλυκαιμία, αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης αυξημένη καροτίνη ,ανεπάρκεια πρωτεϊνών ,χαμηλά επίπεδα θυροξίνης και θυροειδορμόνης αυξημένη έκκριση κορτιζόλης.

6.2.7 Αιματολογικές επιπλοκές:

Συμπτώματα: Αίσθημα κόπωσης, ευαισθησία στο κρύο.

Σημεία: Σπάνια μώλωπες, ανωμαλίες πήξης.

Εργαστηριακά ευρήματα: αναιμία, λευκοπενία με σχετική λευκοκυτάρωση, Θρομβοπενία, χαμηλή ΤΚΕ.

6.2.8 Γαστρεντερολογικό σύστημα

Συμπτώματα: Έμετοι, κοιλιακοί πόνοι, τυμπανισμό, δυσκοιλιότητα.

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

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

6.2.9 Ουροποιητικό σύστημα:

Συμπτώματα: Η ασθενής πάσχει από αφυδάτωση

Σημεία: Οίδημα που αφήνει εντύπομα

Εργαστηριακά ευρήματα: Θυσιάζονται διαταραχές στην έκκριση της αντιδιουρητικής ορμόνης, νεφροπάθειες, πέτρες στα νεφρά.

6.2.10 Δέρμα: Είναι ξηρό και έχει κιτρινωπή χροιά, λόγω μειωμένης καρωτίνης. Τα μαλλιά γίνονται τραχιά ενώ ταυτόχρονα έχει και τριχόπτωση. Στο δέρμα αναπτύσσεται το λεγόμενο LAGUNO (χνούδι που μοιάζει με το νεογνικό)^{27,38}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

7.1 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ

Το άτομο με νευρογενή ανορεξία καθίσταται ανίκανο να αντιληφθεί τη σοβαρότητα της κατάστασης της και ο νοσηλευτής έχει ως στόχο του να βοηθήσει τον ασθενή να συνειδητοποιήσει τις επιδράσεις στη υγεία της μέσα από ένα ατομικό και ομαδικό πρόγραμμα θεραπείας. Το άτομο πρέπει να αποκτήσει τον έλεγχο του εαυτού της και του περιβάλλοντος μαζί με τις κακώς υιοθετημένες διατροφικές της συνήθειες. Είναι επίσης αναγκαίο να μάθει να καταπολεμά τους φόβους της σχετικά με την αύξηση βάρους, η απώλεια ελέγχου, η σεξουαλική ωριμότητα, η αποτυχία, η ανεξαρτητοποίηση από την οικογένεια της και η αποδοχή των ευθυνών της. Ο νοσηλευτής βοηθά την ασθενή να ανακαλύψει αυτά τα συναισθήματα και να συνειδητοποιήσει το ρόλο της ως εφήβου.

Ο νοσηλευτής σε αυτό το σημείο θα πρέπει να βοηθήσει το άτομο να αντικαταστήσει την ιδέα του <<τέλειου σώματος>> με μια ρεαλιστική αντίληψη του εαυτού της. Αναφέρει πως η ασθενής είναι άνθρωπος και οι άνθρωποι κάνουν λάθη και πρέπει να αναλαμβάνουν τις ευθύνες τους. Ο ρόλος του νοσηλευτή βέβαια δυσκολεύει όταν το άτομο πλέον δεν αποδέχεται το πρόβλημα του. Σε αυτή την περίπτωση ο νοσηλευτής γνωρίζει τις άμυνες και την άρνηση της άρρωστης και την βοηθά να μειώσει το άγχος της μέσω της συζήτησης και της ανακάλυψης πιθανών αιτιών του άγχους.⁷

7.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Τα περισσότερα προγράμματα διατροφικών διαταραχών περιλαμβάνουν την οικογενειακή θεραπεία. Ο νοσηλευτής πρέπει να τονίσει τη σπουδαιότητα της ανάμιξης της οικογένειας στην όλη θεραπεία. Κάποιες φορές τα μέλη της οικογένειας απέχουν από τα προγράμματα θεραπείας. Το άτομο που πάσχει και που συνήθως αποζητά την αποδοχή από την οικογένεια του και τους φίλους του πρέπει να μειώσει την εξάρτηση του από τους άλλους. Το νοσηλευτικό προσωπικό βοηθά το άτομο να αναπτύξει μηχανισμούς ωριμότητας και ανεξαρτησίας. Η οικογένεια από την άλλη μεριά πρέπει να κατανοήσει τις αλλαγές στην συμπεριφορά του πάσχοντος ατόμου και την απομόνωση του.

Κάποιοι ασθενείς έχουν την τάση να αποσύρονται σε δικούς τους χώρους. Ο νοσηλευτής εγκαθιστά μια σχέση ενός προς ένα με την ασθενή και βαθμιαία αυξάνεται η ανοχή της στο να επιτρέπει άλλα πρόσωπα να είναι παρόντα κατά την διάρκεια των γευμάτων. Ενθαρρύνεται η ασθενής να συμμετάσχει πλήρως στις δραστηριότητες.

- ◆ Συνεχίζοντας η οικογένεια θα πρέπει να βοηθεί να μειώσει το φόβο της και να αυξήσει την αίσθηση ελέγχου με την παροχή περιγραφών και εξηγήσεων όταν απαιτείται.
- ◆ Ο νοσηλευτής παρέχει γενικές πληροφορίες για την περίοδο της νοσοκομειακής περίθαλψης και ποιες είναι οι αναμενόμενες προσδοκίες.
- ◆ Όταν το δυναμικό της οικογένειας έχει διάθεση για σύγκρουση και καταστροφή ένας κατάλληλος σύμβουλος θα βοηθούσε πολύ.
- ◆ Να αναγνωρίζεται η ικανότητα της οικογένειας να εξαλείφει το άγχος της όταν περιλαμβάνεται στο σχέδιο φροντίδας του ασθενούς.

- ◆ Η οικογένεια έχει ανάγκη από ώρες ηρεμίας και χαλάρωσης. Πρέπει να δίνεται η άδεια για προσωπική ηρεμία εκτός νοσοκομείου.
 - ◆ Ο νοσηλευτής συνεχίζει την παρατήρηση και την αξιολόγηση των μελών της οικογένειας κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης .
- Τα αναμενόμενα αποτελέσματα για την οικογένεια είναι:
- ◆ Να μπορεί να εκφράσει τις σκέψεις, τους φόβους, και τα αισθήματα της.
 - ◆ Να μπορεί να κατανοήσει το νοσηλευτικό σχέδιο φροντίδας για τον ασθενή.
 - ◆ Να υπάρχει επικοινωνία των μελών της οικογένειας καθώς και με την ασθενή.
 - ◆ Η οικογένεια να μην διακυβεύει την σωματική και την ψυχική της υγεία μόνο και μόνο από συναισθήματα υποχρέωσης προς το νοσηλευόμενο μέλος της .

7.3 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Το διατροφικό πρόγραμμα αποτελεί μια σημαντική παράμετρο της θεραπείας που άλλωστε είναι και το ζητούμενο, και αποτελεί το μέσον που επιτρέπει την αύξηση του βάρους.

Πρώτος στόχος της διατροφικής θεραπείας είναι η απόκτηση και η διατήρηση του φυσιολογικού βάρους. Χορηγείται εξισορροπημένη διαίτα έτσι ώστε να προκαλείται αύξηση βάρους κατά 1 – 2 κιλά την εβδομάδα. Αποφεύγεται η γρήγορη αύξηση του βάρους γιατί προκαλεί στην ασθενή φόβο και αίσθημα απώλειας του ελέγχου. Επίσης μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή ανεπάρκεια και αυτό βέβαια πρέπει να αποφευχθεί!

Θεωρείται σωστή η τακτική να αρχίζει η θεραπεία με ήπιο σχήμα (1000 – 1500 θερμίδες), έτσι ώστε να αποφεύγονται οι επιπλοκές της ταχείας επανασίτισης σε ένα αδύναμο οργανισμό, όπως η οξεία γαστρική διάταση, το περιφερικό οίδημα και η επιβάρυνση της καρδιακής λειτουργίας, επιπλοκές που εμφανίζονται σε ασθενείς με απώλεια βάρους άνω των 30 – 40%. Έτσι η ασθενής μπορεί να αρχίσει με 3 γεύματα και δύο σνακ κάθε μέρα με 3 ώρες διαφορά τουλάχιστον το ένα γεύμα από το άλλο. Το ποσό των θερμίδων μπορεί να αυξηθεί ύστερα από τις πρώτες μέρες. Μικρά αλλά συχνά γεύματα π.χ. 6 γεύματα 400 – 600 θερμίδων, θα βοηθήσουν στην αποφυγή του συναισθήματος φουσκώματος και έτσι προκαλείται λιγότερος φόβος στην ασθενή.

Από την άλλη μεριά το σερβίρισμα μεγάλου γεύματος θα προκαλέσει φόβο και απώλεια ελέγχου. Η ασθενής αισθάνεται πιο ήρεμη όταν τελειώνει όλο το γεύμα της και κερδίζει βάρος με τον ίδιο ρυθμό.⁷

Ο ρόλος του διαιτολόγου είναι πολύ χρήσιμος γιατί προσφέρει στην ασθενή τη σιγουριά ενός υπεύθυνου και συνάμα γνώστη των θεμάτων διατροφής που τόσο την απασχολούν. Ο διαιτολόγος θα την βοηθήσει να επιλέγει τροφές που καλύπτουν τις ανάγκες του οργανισμού αλλά και γενικότερες γνώσεις. Αναφέρεται πως η ειδική δίαιτα που εφαρμόζεται στην ψυχογενή ανορεξία πρέπει να είναι υπερθερμιδική, υπερπρωτεϊνική, και να περιέχει επαρκείς ποσότητες θρεπτικών και συμπληρωματικών ουσιών. Μια τέτοια δίαιτα αποτελείται από αυξημένη ποσότητα γάλακτος (2 – 3 ποτήρια), δημητριακών (3 μερίδες), κρέατος (3 μερίδες), γλυκισμάτων (1 -2 μερίδες) και φρούτων (3 μερίδες). Αυτή ποσότητα τροφής πρέπει να κατανέμεται σε μεγάλο βαθμό (6) γευμάτων την ημέρα. Καλό είναι να αποφεύγονται τα υποκατάστατα διατροφής γιατί οδηγούν στην υιοθέτηση μη φυσιολογικών τρόπων θρέψης .

Ο νοσηλευτής άρτια οπλισμένος με γνώση και ετοιμότητα για κάθε στιγμή παρακολουθεί την ασθενή καθώς και την επιβλέπει κατά τη διάρκεια του γεύματος της ώστε να αποφεύγονται περιπτώσεις μη λήψης του φαγητού ή προσπάθειας της να το πετάξει στα σκουπίδια όπως συνήθιζε να κάνει ή να προσφύγει σε μεθόδους πρόκλησης εμέτου. Ο νοσηλευτής πρέπει να συζητάει με το πάσχον άτομο να την βοηθά να εκφράζει τα άγχη της και δια μέσου της συζήτησης να την πείθει να ολοκληρώνει το γεύμα της.

Είναι επίσης σημαντικό να ενθαρρύνεται η ασθενής από το νοσηλευτικό προσωπικό να ζυγίζεται καθημερινά και να θέσει ένα στόχο για την αύξηση και διατήρηση του βάρους της. Σε περίπτωση που το άτομο αισθανθεί φούσκωμα καλό είναι ο νοσηλευτής να της γνωστοποιήσει πως αυτό το συναίσθημα θα υπάρχει στην αρχή λόγω καθυστέρησης του περιεχομένου του στομάχου.

Σε περίπτωση υποψίας καθαρτικής συμπεριφοράς ο νοσηλευτής μπορεί να ψάξει το δωμάτιο της παρουσία της ίδιας. Είναι απαραίτητο να εγκατασταθεί ένα κλίμα ειλικρίνειας και εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο προσώπων. Πρέπει να αναπτυχθεί μια φιλική ατμόσφαιρα μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς με συνεχή παρατήρηση και υποστήριξη. Αν ασθενής χρησιμοποιούσε τις καθαρτικές συμπεριφορές, είναι πιθανό με την εισαγωγή της στο νοσοκομείο να πάρει βάρος τις πρώτες μέρες. Αυτό συμβαίνει λόγω αποκατάστασης των ηλεκτρολυτικών διαταραχών και υπάρχει κατακράτηση υγρών, μέχρις ότου ισορροπηθεί η κατάσταση. Ο νοσηλευτής μπορεί ακόμα να προσφέρει υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Θα πρέπει να της βελτιώνει την αυτοπεποίθηση και να την καθησυχάζει. Η εκπαίδευση της ασθενούς θα την βοηθήσει να καταλάβει πως τα μέρη που πρωτίστως συγκεντρώνεται το βάρος είναι η περιφέρεια η κοιλιά και

αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχει σε αυτά τα σημεία αλλά με την πάροδο του χρόνου η κατανομή σε όλο το σώμα θα είναι κανονική.

Επίσης, στο νοσοκομείο σταματώνται οι χειρισμοί των γονέων, μειώνεται το άγχος του ασθενούς και γίνεται έτσι μια προσπάθεια να ξαναβρεί την αυτονομία του. Αυτό ουσιαστικά σημαίνει ότι στο νοσοκομείο δεν επαναλαμβάνονται οι χειρισμοί των γονέων στο θέμα του φαγητού διότι μπορεί να ήταν λανθασμένοι.

Στο νοσοκομείο συντάσσεται ένα συμβόλαιο μεταξύ ασθενούς και θεραπευτικής ομάδας, το οποίο περιλαμβάνει μια κλίμακα ανάληψης βάρους, κατανεμημένη σε στάδια. Κάθε φορά που επιτυγχάνεται η συγκεκριμένη ανάληψη βάρους, ο ασθενής επιβραβεύεται με διάφορους τρόπους όπως η δυνατότητα αλληλογραφίας, τηλεφωνημάτων, επισκέψεων ακόμα και άδειας εξόδου από το νοσοκομείο.¹⁰

7.4 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Παρά το ότι οι περισσότερες ομάδες ψυχοφαρμάκων και οι υπόλοιπες βιολογικές θεραπείες έχουν σχεδόν όλες δοκιμαστεί στη θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας, οι μελέτες σύγκρισης της αποτελεσματικότητας δεν έχουν αποδείξει να υπάρχει βέβαιη θεραπευτική δράση, τουλάχιστον ως προς τον πυρήνα της ψυχοπαθολογίας της νόσου. Για αυτό και η χορήγηση ψυχοφαρμάκων περιορίζεται σε εμπειρική συμπτωματική χρήση, ανάλογα με τα επιφανειακά συμπτώματα – στόχους. Στην πράξη, συχνά καταφεύγουμε στην χορήγηση αγχολυτικών και αντικαταθλιπτικών για την αντιμετώπιση συνοδών ψυχοπαθολογικών, σε ασθενείς υποσιτισμένους ή με επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα πρέπει να γίνεται προσεκτικά και με σταδιακά αυξανόμενες δόσεις. Σε περίπτωση διαπίστωσης νοσηρότητας με μείζονα κατάθλιψη, μπορεί να έχει ένδειξη η εφαρμογή της ηλεκτροσπασμοθεραπείας.³³

7.5 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η καλύτερη αντιμετώπιση για την διατροφική διαταραχή της νευρικής ανορεξίας γίνεται από μια ομάδα θεραπείας. Κλινικοί νοσηλευτές, σχολικοί νοσηλευτές ιατροί, διατροφολόγοι, ψυχολόγοι, συνεργάζονται για την επαναφορά της ασθενούς στη φυσιολογική κατάσταση. Άρα λοιπόν λόγω των σύνθετων ιατρικών, νοσηλευτικών, ψυχολογικών προβλημάτων που συνοδεύουν τη φύση της νευρογενούς ανορεξίας απαιτείται ένα σύνθετο πρόγραμμα που περιλαμβάνει ενδονοσοκομειακή νοσηλεία σε συνδυασμό με ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Όσον αφορά την ψυχαναλυτική θεραπεία και την ψυχανάλυση οι απόψεις δίστανται. Κάποιοι πιστεύουν ότι η ψυχανάλυση δεν επαρκεί ως θεραπευτική μέθοδος, ενώ άλλοι ότι συμβάλλει στην ερμηνεία της νευρογενούς ανορεξίας και άρα είναι η λύση στο πρόβλημα.²⁴

7.6 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι περισσότερες μορφές ψυχοθεραπείας δίνουν έμφαση στο χτίσιμο μιας καλής σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και τον θεραπευτή. Εστιάζει στα τρέχοντα προβλήματα του ασθενούς αλλά και σε πλευρές της προσωπικής του ιστορίας. Οι περισσότεροι θεραπευτές προσπαθούν να ενθαρρύνουν υγιείς διατροφικές συνήθειες, να ενισχύσουν την επανάκτηση βάρους και κάποιες συνεδρίες περιστρέφονται σχεδόν αποκλειστικά σε θέματα αυτοεικόνας και εικόνας σώματος. Επίσης ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται να διερευνήσει και να εκφράσει τα συναισθήματα του γύρω από μια ευρεία γκάμα θεμάτων όπως είναι η επιτυχία, η αποτυχία, τα σεξουαλικά ζητήματα και ο αυτοέλεγχος.

Αν και έχουν αναφερθεί πάνω από 200 διαφορετικές μορφές ψυχοθεραπείας αναφέρονται ενδεικτικά μερικές:

A. ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Πρόκειται για θεραπευτικό πρόγραμμα που περιλαμβάνει ημερολόγια σίτισης και εκτενής εκπαίδευση σε θέματα διατροφής όπου υπογραμμίζονται οι κίνδυνοι του υποσιτισμού και ενθαρρύνεται η συζήτηση για θέματα υγείας και αντιλήψεων σε σχέση με το φαγητό. Η ανάπτυξη αυτοελέγχου είναι από τους βασικούς στόχους της γνωσιακής θεραπείας. Αντίθετα όταν η απώλεια του βάρους είναι αποτέλεσμα υπερβολικού αυτοελέγχου, βαρύτητα δίνεται στην υιοθέτηση πιο ελαστικών σχημάτων ελέγχου της συμπεριφοράς.

B. ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΠΝΩΣΗ:

Η κλινική ύπνωση είναι ένα ακόμη εργαλείο στα χέρια του θεραπευτή. Το άτομο πείθεται να δοκιμάσει μια <<χαλαρωτική και ευχάριστη>> τεχνική αντιμετώπιση του προβλήματος. Παρά το γεγονός ότι συχνά βιώνονται αντιστάσεις, η ύπνωση είναι αποτελεσματική στην αλλαγή διαιτητικών συμπεριφορών όπως στην περίπτωση της νευρικής ανορεξίας .

Γ. ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΩΝ:

Στην συμπεριφορική αυτή μορφή θεραπείας τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος ελέγχονται ώστε να βοηθήσουν στην θεραπεία. Ο θεραπευτής φροντίζει ώστε να υπάρχουν τα αγαπημένα φαγητά στο ψυγείο κατά τη διάρκεια της ημέρας και να τονίζεται η σπουδαιότητα των καθημερινών γευμάτων από τα μέλη της οικογένειας. Μερικές φορές

επιτηδευμένα καλλιεργείται μια ατμόσφαιρα θαλπωρής και ζεστασιάς στο οικογενειακό τραπέζι έτσι ώστε το άτομο να αναγκαστεί να συμμετάσχει. Κάποιος από την οικογένεια μπορεί να αναλάβει το ρόλο να τονίζει συνέχεια τη σπουδαιότητα του φυσιολογικά αδύνατου σώματος και να απαγορεύσει τα περιοδικά μόδας ή τηλεόραση.

Δηλαδή στην γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία αναπροσαρμόζεται η <<πραγματικότητα>> για το άτομο με συνέπεια να αποδεικνύεται πολύ εύχρηστη σε ασθενείς με νευρική ανορεξία.³²

Δ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Οι συγγενείς των ανορεξικών σπάνια μένουν απλοί θεατές της θεραπείας του. Οι πιο πολλοί, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, εμπλέκονται ενεργά σε προσπάθειες να εξαπατήσουν, να απειλήσουν ή να ικετέψουν τον άνθρωπο τους να φάνε. Κάποιες φορές αυτές οι απόπειρες μπορεί να φέρουν αποτέλεσμα αλλά συνήθως δυσκολεύουν την κατάσταση του ανορεκτικού ατόμου. Οι οικογενειακοί θεραπευτές βλέπουν την ανορεξία σαν μια κατάσταση που γεννιέται και συντηρείται από το οικογενειακό σύστημα. Υπογραμμίζουν την υπερπροστατευτικότητα, την υπερεμπλοκή και την αποφυγή της σύγκρουσης σαν χαρακτηριστικά των οικογενειών των ανορεξικών.³⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΕΞΕΛΙΞΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Σχετικά με την πορεία της ψυχογενούς ανορεξίας έχουν αναφερθεί διάφορες απόψεις οι οποίες υπογραμμίζουν το πλατύ φάσμα της εξέλιξής της. «Το τελικό αποτέλεσμα μπορεί να ποικίλει από την αυτόματη ανάρρωση μέχρι το θάνατο ενώ η ασθένεια μπορεί να διαρκέσει από μερικούς μήνες μέχρι και ολόκληρη ζωή». Γενικά η πρόγνωση δεν είναι και τόσο καλή.

Η νόσος ακολουθεί μια μεταβλητή και συχνά απρόβλεπτη πορεία. Στις ευνοϊκές περιπτώσεις διαρκεί συνήθως 2-3 χρόνια. Γενικά από τα αποτελέσματα επανεξετάσεων παρατηρείται ότι το 50% των ασθενών αναρρώνει τελείως, με επιστροφή στο φυσιολογικό βάρος και στον έμμηνο κύκλο. Αν και οι ακανόνιστες διατροφικές συνήθειες και το ενδιαφέρον για το βάρος του σώματος μπορεί να επιμείνουν για λίγο καιρό, η ανάρρωση σε αυτούς τους ασθενείς μπορεί να ολοκληρωθεί. Ωστόσο, η κοινωνικότητά τους παραμένει περιορισμένη και συχνά συνυπάρχει καταθλιπτικό συναίσθημα.

Για παράδειγμα η σεξουαλική προσαρμογή μπορεί να είναι τελικά καλή κι έχει βρεθεί ότι ανάμεσα σε ασθενείς που έχουν αναρρώσει το ποσοστό γάμων είναι τόσο υψηλό όσο στον κανονικό πληθυσμό. Υπάρχουν όμως κι ασθενείς που τα πηγαίνουν λιγότερο καλά. Το 1/4 ή λίγο περισσότερο βελτιώνονται σημαντικά, αλλά παραμένουν υπολείπουσες διαταραχές στην πρόσληψη τροφής ή στον εμμηνορυσιακό κύκλο.

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

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

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

Οι πιθανές εξελίξεις της νόσου είναι:

A) Ύαση, σαν κατάληξη μιας απόλυτα ευνοϊκής εξέλιξης τόσο στο φυσιολογικό επίπεδο (βάρους, σωματική λειτουργία) όσο και στο κοινωνικο-επαγγελματικό επίπεδο (γάμος, επαγγελματική απασχόληση) όσο και στο προσωπικό βίωμα (θυμικό, ικανότητα να αντιμετωπίζει κανείς τις δυσκολίες της ζωής)

B) Μέτρια εξέλιξη χαρακτηρίζεται από μια κάποια βελτίωση, ωστόσο σοβαρές δυσχέρειες παραμένουν και στα τρία επίπεδα.

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

Συμπερασματικά καλοί προγνωστικοί παράγοντες θεωρούνται η έναρξη της νόσου πριν το 15^ο,η γρήγορη, ολοκληρωμένη και αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση, απόκτηση βάρους μέσα σε 2 χρόνια από την έναρξη θεραπείας, όπως επίσης και το κατάλληλο υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον συντείνουν στην επιτυχή αποθεραπεία και στην καλή πρόγνωση.⁴³

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

Έχει υπάρξει ένα σημαντικό ποσοστό εργασίας στους ψυχολογικούς παράγοντες που προτείνει πως οι προκαταλήψεις στη σκέψη και αντίληψη διατηρούν ή συμβάλουν στον κίνδυνο της ανορεξίας. Η συμπεριφορά κατανάλωσης του ανορεκτικού θεωρείται ότι προέρχεται από τα συναισθήματά του για το πάχος του και διατηρείται από διάφορες γνωστικές προκαταλήψεις που αλλάζουν το πώς το επηρεασθέν άτομο αξιολογεί και σκέφτεται για το σώμα, τα τρόφιμα και την κατανάλωση τους. Ένα από τα πιο γνωστά συμπεράσματα είναι ότι οι άνθρωποι με την ανορεξία τείνουν να υπερεκτιμήσουν το μέγεθος του πάχους στον οργανισμό τους. Μια πρόσφατη αναθεώρηση της έρευνας σε αυτή την περιοχή προτείνει ότι αυτό δεν είναι ένα αντιληπτό πρόβλημα, αλλά οι αντιληπτικές πληροφορίες αξιολογούνται από το επηρεασθέν πρόσωπο. Η πρόσφατη έρευνα προτείνει ότι οι άνθρωποι με νευρική ανορεξία μπορούν να στερηθούν ένα τύπο προκατάληψης της υπερβολικής αυτοεκτίμησης στην οποία η πλειοψηφία των ανθρώπων γίνεται αισθητά ελκυστικότερη από άλλες που θα εκτιμούσε. Αντίθετα, οι άνθρωποι με νευρική ανορεξία φαίνονται να κρίνουν ακριβέστερα την ελκυστικότητα τους έναντι των απρόσβλητων

ανθρώπων, που σημαίνει ότι στερούνται ενδεχομένως αυτών των αυτοσεβασμό που ωθεί. Οι άνθρωποι με την ανορεξία έχουν βρεθεί να έχουν ορισμένα γνωρίσματα προσωπικότητας που θεωρούνται να τους προδιαθέτουν για να αναπτύξουν τις λανθασμένες αυτές διατροφικές διαταραχές: Υψηλά επίπεδα έμμονων ιδεών, περιορισμού, και σε κλινικό επίπεδο ή τελειοθηρία έχει αναφερθεί στους συνήθως αναφερόμενους παράγοντες στις ερευνητικές μελέτες. Είναι συχνή περίπτωση ότι άλλες

ψυχολογικές δυσκολίες και διανοητικές ασθένειες υπάρχουν παράλληλα με την νευρική ανορεξία στον πάσχοντα: κλινική κατάθλιψη, ψυχαναγκαστική αναταραχή, κατάχρηση ουσιών και μια η' περισσότερες διαταραχές προσωπικότητας είναι οι πλέον πιθανοί όροι για να συνυπάρχουν με την ανορεξία, και τα υψηλά επίπεδα της ανησυχίας και της κατάθλιψης είναι πιθανόν να είναι παρόντα ανεξάρτητα από το εάν εκπληρώνουν τα διαγνωστικά κριτήρια για ένα συγκεκριμένο σύνδρομο. Σε έρευνα η νευροψυχολογία της ανορεξίας έχει δείξει ότι πολλά από τα συμπεράσματα είναι ασυμβίβαστα στις μελέτες και ότι είναι δύσκολο να διαφοροποιηθούν τα αποτελέσματα του λιμού στον εγκέφαλο από οποιαδήποτε από υφιστάμενα χαρακτηριστικά. Εντούτοις, η μια, εύλογα, αξιόπιστη εύρεση είναι ότι εκείνοι με την ανορεξία έχουν φτωχή γνωστική ικανότητα(η δυνατότητα να αλλάξει μετά από τα σχέδια της σκέψης, που συνδέεται ιδιαίτερα με την λειτουργία των μετωπιαίων λοβών και του συστήματος.^{15,25}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Στην ψυχιατρική όπως και σε άλλες ειδικότητες η πρόληψη μελετάται και επιδιώκεται σε τρία στάδια. Αυτά είναι: η πρωτογενής, η δευτερογενής και η τριτογενής πρόληψη.

A) Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει όλες εκείνες τις ενέργειες και διαδικασίες, που αποβλέπουν στην μείωση του δείκτη ψυχικής νοσηρότητας, δηλαδή μείωση του αριθμού νέων περιπτώσεων ψυχικά άρρωστων σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Αυτό μπορεί να επιδιωχθεί με δύο τρόπους:

1. Μελέτη και εξακρίβωση των στρεσογόνων παραγόντων και συνθηκών ζωής, που προκαλούν απώλεια της ψυχικής ισορροπίας και διαταραχές στις προσωπικές σχέσεις, με κίνδυνο αύξησης της επικινδυνότητας για ψυχική νόσο.
2. Εφαρμογή μέσων και μέτρων βοήθειας των ατόμων, ώστε να γίνουν πιο ανθεκτικά στις ψυχοβλαπτικές επιδράσεις.

Η νοσηλευτική βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της μάχης για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Συναντά άτομα με κρίσιμες καταστάσεις, όπως είναι η σωματική ασθένεια, ατύχημα, αναπηρία, θάνατος αγαπημένου προσώπου, τάση αυτοκτονίας, απώλεια εργασίας, διαζύγιο, κακοποίηση παιδιού, οξύμενο ένστικτο του ανταγωνισμού και άλλα. Έχει την δυνατότητα η νοσηλευτική να παρέμβει στην ψυχολογική κρίση της ανορεκτικής με προσωπική παρουσία και φροντίδα. Η φροντίδα γίνεται με θεραπευτικό-υποστηρικτικό διάλογο, με καθοδήγηση στην επίλυση του υποκείμενου προβλήματος και με εκπαίδευση πώς να

βγει το άτομο από την κρίσιμη κατάσταση με αυξημένο δυναμικό για ψυχική υγεία. Νοσηλευτικές αρμοδιότητες με ευρύτατες προοπτικές είναι η αγωγή ψυχικής υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών, η πληροφόρηση του κοινού για την φύση της ψυχικής ασθένειας, τις ψυχιατρικές θεραπείες, τις τεχνικές πρόληψης, παράκαμψης και υπερνίκησης των παραγόντων που οδηγούν στην νευρική ανορεξία και τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

B) Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη, επιδιώκει την ανίχνευση των ψυχικά νοσούντων, την έγκυρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία της νευρικής ανορεξίας ώστε να ελαχιστοποιηθεί η διάρκεια της, να προληφθούν οι παθολογικές επιπτώσεις στα μέλη της κοινωνίας και η εγκατάσταση της ψυχικής υγείας στους ασθενείς. Στη δευτερογενή πρόληψη, η νοσηλευτική μπορεί να συντελέσει με την ανίχνευση και αναγνώριση των αρχικών σημείων της ψυχικής διαταραχής τόσο στους σωματικά άρρωστους όσο και στους συνοδούς και τις οικογένειες τους.

Επίσης με την κατάλληλη αντιμετώπιση, καθοδήγηση και παραπομπή για θεραπεία, όταν χρειάζεται, υποστηρίζει ψυχοθεραπευτικά το άτομο και προλαμβάνει τη μεγαλύτερη του ψυχική αποδιοργάνωση. Η ανάγκη αυτή φαίνεται και από μια ενδιαφέρουσα επιδημιολογική, πανελλήνια έρευνα που έκαναν οι Μαδιανός, Βλαχονικολής και Στεφάνης ανιχνεύοντας περιπτώσεις ψυχικών διαταραχών σε ένα δείγμα 4292 ατόμων και βρήκαν ότι ένα ποσοστό 29% είχαν κάποιο βαθμό ψυχικής διαταραχής και το 8% χρειαζόταν ψυχιατρική νοσηλεία.^{15,30}

Γ) Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη, τέλος, περιλαμβάνει τα προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής, οικογενειακής και επαγγελματικής αποκατάστασης, που διατηρούν και καλλιεργούν τις θετικές ψυχοκινητικές και κοινωνικές

ικανότητες των ψυχικά ασθενών και τους βοηθούν να επανενταχθούν στην κοινωνία τον συντομότερο δυνατό χρόνο. Έτσι προλαμβάνονται η εγκατάσταση μόνιμης ψυχικής ανικανότητας και αναπηρίας στους αρρώστους, η καταστροφική ιδρυματοποίηση τους και η μακροχρόνια ή ισόβια αποκοπή τους από την οικογένεια και τους κοινωνικούς δεσμούς. Προς το σκοπό αυτό δημιουργούνται ενδιάμεσες δομές υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ημέρας-νύχτας, οι ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία, τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ξενώνες, οι σταθμοί ψυχιατρικών πρώτων βοηθειών με ανοιχτή τηλεφωνική γραμμή 24 ώρες το 24ωρο.

Η νοσηλευτική, όχι μόνο είναι παρούσα με τα στελέχη της σε όλα αυτά τα προγράμματα αλλά και πρωτοπορεί σε πρότυπους σχεδιασμούς - τοπικούς, εθνικούς και διεθνείς- στο συντονισμό, την εκτέλεση και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της.

Πάνω από όλα η νοσηλευτική είναι καθημερινά κοντά στον άνθρωπο και γίνεται φρουρός, σύμβουλος και δάσκαλος της ψυχικής υγείας.

Οι προληπτικές νοσηλευτικές δραστηριότητες είναι:

1. Ανίχνευση περιπτώσεων ψυχικά διαταραγμένων έφηβων και ενήλικων ή καταστάσεων επικίνδυνων να διαταράξουν τις διαπροσωπικές σχέσεις της νοσηλευόμενης και της οικογένειάς της.
2. Παρακίνηση των ανορεκτικών να αναζητήσουν ψυχιατρική βοήθεια ή ψυχολογική υποστήριξη.
3. Αναφορά και ερμηνεία των ψυχολογικών προβλημάτων της ασθενούς και του περιβάλλοντος της στους ειδικούς.
4. Ερμηνεία του ρόλου και των συστάσεων των ειδικών επιστημόνων στην ανορεκτική και στην οικογένεια της.

5. Ψυχολογική υποστήριξη περιστασιακά όταν συμβαίνει μια ψυχολογική κρίση με τρόπο που αυξάνει την αυτοεκτίμηση της ασθενούς.
6. Αγωγή ψυχοσωματικής υγείας με οργανωμένες αλλά και άτυπες διδακτικές τεχνικές, ώστε να μαθαίνει ενεργητικά και όχι παθητικά η ασθενής τις αρχές της ψυχικής υγείας.
7. Ενεργοποίηση του περιβάλλοντος για να υποστηρίζει την ψυχική υγεία της ασθενούς και να εξουδετερώνει τις βλαπτικές συνθήκες που ευαισθητοποιούν την ψυχική υγεία των υπόλοιπων μελών της οικογένειας.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

11.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ:

A) Τρόποι αποκατάστασης ψυχικής υγείας:

1. Ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και επιστημονικού συμβούλου υγείας, ειδικού για την περίπτωση.
2. Ο ασθενής μαθαίνει να παραδέχεται ότι η αύξηση βάρους και η αλλαγή του περιγράμματος του σώματος κατά την εφηβεία ή την εγκυμοσύνη είναι φυσική!
3. Ο ασθενής μαθαίνει να αντιλαμβάνεται τις ανάγκες του για τα θρεπτικά συστατικά και τις θερμίδες και να μαθαίνει τον τρόπο να τα λαμβάνει.
4. Πρέπει να ενημερώνεται ο ασθενής και όλη η οικογένεια του ώστε το πρόβλημα να γίνει γνωστό σε όλους.
5. Χρειάζεται στενή παρακολούθηση του ασθενούς από τον σύμβουλο της υγείας.
6. Χρειάζεται χρόνος και υπομονή από όλους τους ενδιαφερόμενους.⁹

B) Αρχές μιας θρεπτικής δίαιτας:

Το διαιτολόγιο που εφαρμόζεται στη νευρική ανορεξία είναι υπερθερμιδικό, υπερπρωτεϊνικό και επαρκές στις λοιπές θρεπτικές ουσίες κύριες και συμπληρωματικές. Για την αποκατάσταση του ισοζυγίου και την επίτευξη θετικού ισολογισμού ενέργειας και αζώτου είναι απαραίτητη η πρόσληψη άνω των 3000 θερμίδων και άνω των 100 γραμμαρίων πρωτεϊνών ανά 24ωρο. Η επαρκής πρόσληψη νερού και ινωδών στοιχείων συμβάλει στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας που χαρακτηρίζει την πάθηση. Το υπερθερμιδικό διαιτολόγιο εξυπηρετεί καλύτερα όταν η πάσχουσα πείθεται να χρησιμοποιήσει συμπυκνωμένες

ή συνδυασμένες τροφές όπως το ζαχαρούχο γάλα, τοστ, γλυκίσματα με ξηρούς καρπούς. Οι ιδιαίτερες προτιμήσεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι το διαιτολόγιο πρέπει να προσαρμόζεται απόλυτα σε αυτές.⁸

Γ) Αύξηση της αυτοπεποίθησης και των ικανοτήτων αντιμετώπισης των προβλημάτων:

1. Το άτομο μπορεί να βοηθηθεί να αναπτύξει μια καλύτερη εικόνα για τον εαυτό του, μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και καλύτερες τεχνικές επίλυσης προβλημάτων μέσω ομαδικής ή ατομικής θεραπείας.
2. Ο ασθενής και η ομάδα παροχής υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν ότι τα πισωγυρίσματα είναι φυσιολογικά και θα πρέπει να γίνονται αποδεκτά με ηρεμία.
3. Οι κοινωνικές συνθήκες είναι συνήθως πολύ αγχωτικές για το άτομο με διατροφική διαταραχή. Πρέπει να μάθει σωστούς τρόπους αντιμετώπισης των διαπροσωπικών σχέσεων παρά να επικεντρώνεται στο φαγητό.

Δ) Εκπαίδευση:

Η ασθενής μπορεί να εκπαιδευτεί στο να ελέγχει τους τρόπους διατροφής της εφαρμόζοντας σωστές συνήθειες.^{10,37}

11.2 ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Είναι για το άτομο να αλλάξει το βάρος του σιγά σιγά, να μεταβάλλει με τέτοιο τρόπο τις συνήθειες της διατροφής του ώστε με μια σταδιακή αύξηση της πρόσληψης της τροφής μπορεί να γίνει φυσιολογικό, να διαχωρίζει τις διατροφικές συνήθειες από τα συναισθήματα και τα ψυχολογικά θέματα, να μάθει να διατηρεί ένα υγιές επίπεδο βάρους χωρίς να χρησιμοποιεί λανθασμένες διατροφικές και συμπεριφορικές συνήθειες, καθώς και να αναπτύξει αποτελεσματικότερες ικανότητες αντιμετώπισης του στρες και άλλων προβλημάτων.³⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

12.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

- α Εκτίμηση διατροφικής κατάστασης
- α Εκτίμηση χρονιότητας εμμήνου ρύσεως
- α Εκτίμηση σεξουαλικής δραστηριότητας
- α Προσδιορισμός εμετών
- α Προσδιορισμός καθαρτικών-διουρητικών
- α Ερωτήσεις για χρήση άλλων ουσιών
- α Ερωτήσεις για συνήθειες σωματικής άσκησης
- α Ιστορικό ύπνου
- α Αξιολόγηση για κατάθλιψη
- α Αξιολόγηση κοινωνικότητας
- α Λήψη οικογενειακού ιστορικού^{13,39}

12.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ

Ο ασθενής θα πρέπει:

- Να τρώει χωρίς επίβλεψη
- Να γνωρίζει για τη διατροφική διαταραχή την οποία πάσχει
- Να γνωρίζει τους κίνδυνους του υποσιτισμού
- Να γνωρίζει τις ανάγκες του οργανισμού του
- Να αυξήσει και να σταθεροποιήσει το βάρος του
- Να κοινωνικοποιηθεί και να βελτιώσει τις σχέσεις με τον κοινωνικό και οικογενειακό περίγυρο

Οι γονείς πως μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά τους:

- Επαναπροσδιορίστε τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις που έχετε από τα παιδιά σας
- Μη τα συγκρίνετε με εσφαλμένα πρότυπα ομορφιάς
- Μην τα πιέζετε να κάνουν δίαιτα με αντάλλαγμα την αγάπη σας
- Ενημερώστε τα για τους κίνδυνους από τις δίαιτες και την υπεραπασχόληση με το σωματικό βάρος τους και την εικόνα του εαυτού τους
- Επιλέξτε τα οφέλη της υγιεινής και ισορροπημένης διατροφής
- Διδάξτε τα να αποφεύγουν διακρίσεις και στερεότυπα όσων αφορά την ομορφιά, το βάρος, την αναπηρία, την ασθένεια
- Αποτρέψτε τα από το να πειράζουν και να κριτικάρουν άτομα με διατροφικές διαταραχές
- Εμπνεύστε τα να αθλούνται για την χαρά της άσκησης και της κοινωνικοποίησης και την προαγωγή της υγείας τους

- Εμπνεύστε στα παιδιά την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθηση με πνευματικές, κοινωνικές και αθλητικές δραστηριότητες
- Δώστε την ενθάρρυνση και την ισότητα που χρειάζονται για να νιώσουν όμορφα με το σώμα, την προσωπικότητα τους, τα προτερήματα και τα ελαττώματα τους
- Με ήπιο αλλά αποφασιστικό τρόπο προτρέψτε το παιδί να αναζητήσει την βοήθεια ενός ειδικού.^{40,44}

12.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Είναι μια συστηματική, επιστημονική αντιμετώπιση των αναγκών για την επίλυση των προβλημάτων που προσαρμόζονται στις εκάστοτε καταστάσεις της ανθρώπινης ζωής και εφαρμόζεται σε άτομα που έχουν ανάγκη από νοσηλευτική φροντίδα.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου
2. προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας
3. εφαρμογή προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας
4. αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας

Σύμφωνα με αυτά τα στάδια θα προσπαθήσουμε να δώσουμε μια ολοκληρωμένη και οργανωμένη νοσηλευτική φροντίδα.¹

12.4 ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ

Περίπτωση 1^η

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ:13-12-2007

ΎΨΟΣ: 1,70 m

ΒΑΡΟΣ: 42 Kg

ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ: 60 Kg

ΗΛΙΚΙΑ: 25 Ετών

ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΝΟΣΟΥ: 22 Ετών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Δημόσιος Υπάλληλος

Κλινική εικόνα:

Τα τελευταία χρόνια η Α.Μ ζει το πρόβλημα της νευρογενούς ανορεξίας από κοντά, καθώς πάσχει από αυτήν η 25χρονη αδερφή της. Μας είπε χαρακτηριστικά για την εμπειρία της :

« Ήταν πριν από 3 χρόνια όταν παρατήρησα για πρώτη φορά τις αλλαγές στη συμπεριφορά της αδερφής μου. Έχανε συνέχεια βάρος, απέφευγε γεύματα με διάφορες προφάσεις, ενώ τα βράδια έμενε πολλή ώρα στο μπάνιο, όπου έκανε εμετούς. Μέσα μου το ήξερα ότι συμβαίνει κάτι σοβαρό, αλλά η ίδια δεν ήθελε να παραδεχτεί ότι έχει πρόβλημα. Ύστερα από δικές μου πιέσεις, που κράτησαν αρκετές ημέρες παραδέχτηκε ότι κάνει εμετούς για να μην πάρει βάρος. Σ' εκείνη τη φάση ανακουφίστηκα γιατί σκέφτηκα πως αφού το παραδέχτηκε θα ήταν έτοιμη να δεχτεί βοήθεια. Όμως στη συνέχεια ξεκίνησε μια μεγάλη περίοδος όπου προσπαθούσε να με πείσει να μην το αποκαλύψω στους γονείς μας, με την πρόφαση ότι θα προσπαθήσει μόνη της να βοηθήσει τον εαυτό της και να το ξεπεράσει. Αποφάσισα να το πω στους γονείς μας καθώς φοβόμουν για την κατάσταση της υγείας της, με αποτέλεσμα να έρθουμε σε σύγκρουση. Η μητέρα μου είχε ήδη υποψιαστεί κάτι, καθώς είχε

προβληματιστεί για τη μεγάλη απώλεια βάρους που παρουσίαζε η αδερφή μου. Η αποκάλυψη έκανε τους γονείς μας να αισθανθούν ενοχές, καθώς γνώριζαν ότι πρόκειται για μια νευρογενή ασθένεια, και θεωρούσαν ότι δεν έκαναν κάτι σωστά στον τρόπο που τη μεγάλωσαν. Πέρασε άλλη μια περίοδος, κατά την οποία η αδερφή μου υποσχέθηκε ότι με την βοήθεια της μητέρας μας, θα ξανάρχιζε να τρώει κανονικά. Όμως πολύ γρήγορα καταλάβαμε ότι κι αυτό ήταν άλλο ένα κόλπο για να καθυστερήσει την επίσκεψη στον ειδικό. Η κατάσταση άρχισε να χειροτερεύει, είχε ξηροδερμία στόματος από τους εμετούς, τριχόπτωση, δυσκοιλιότητα και διαταραχή του ύπνου και έτσι ουσιαστικά εξαναγκάστηκε να δει ειδικό και να παρακολουθηθεί στη συνέχεια από ψυχίατρο και διαιτολόγο. Άργησαν πολύ να φανούν αποτελέσματα γιατί η ίδια συνέχιζε να πιστεύει ότι είναι υπέρβαρη , αν και ζύγιζε μόλις 42 κιλά.

Σήμερα η αδερφή μου ύστερα από 3 χρόνια θεραπείας, έχει πάρει 4 κιλά, έχει περίοδο που της είχε διακοπεί για 1,5 χρόνο, έχει βελτιώσει, σε μικρό βαθμό, τη σχέση της με το φαγητό, συνεχίζει όμως να θεωρεί ότι είναι παχιά. Κατά περιόδους αποφεύγει το φαγητό, ενώ στη συνέχεια έχει έντονες βουλιμικές κρίσεις. Όλη μου η οικογένεια έχει αποδεχτεί πλέον το γεγονός ότι δεν πρόκειται να γίνει εντελώς καλά σε σύντομο χρονικό διάστημα και προσπαθούμε, όσο γίνεται να τρώει ισορροπημένα και να αποφεύγουμε αναφορές για θέματα κιλών, φαγητού κ.λ.π

Με τις πρώτες υποψίες ότι συμβαίνει κάτι τέτοιο σε άτομο του περιβάλλοντος σας θα πρέπει να προσπαθήσετε να δει όσο πιο γρήγορα ειδικό και να αρχίσει τη θεραπεία. Τα άτομα αυτά ξέρουν να κρύβονται πολύ καλά, αλλά κάθε μέρα χωρίς βοήθεια είναι μια χαμένη μέρα...»

Περίπτωση 2^η

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: 18-12-2007

ΎΨΟΣ: 1,73 m

ΒΑΡΟΣ: 33 Kg

ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ: 63Kg

ΗΛΙΚΙΑ: 19 Ετών

ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΝΟΣΟΥ: 15 Ετών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Μαθήτρια

Κλινική εικόνα:

Όταν ήταν 15 χρονών είχε βάρος 51 Kg και ήθελε να καλυτερεύσει τον εαυτό της κάνοντας δίαιτα. Περιορίσε το φαγητό της ώσπου έφτασε 45 Kg και θέλησε να παραμείνει εκεί. Ξεκίνησε η ασитία όταν χώρισαν οι γονείς της και έμεινε με τον πατέρα της μας περιγράφει η κολλητή της φίλη. Δεν αποδέχεται τη διάγνωση, δεν έχει σαφή εικόνα του εαυτού της, είναι όμως ευχαριστημένη με το σώμα της. Τρώει μια κρέμα την ημέρα, προκαλεί εμετό ύστερα από σύγχυση, έχει κάνει άπειρες απόπειρες αυτοκτονίας με χάπια, έχει εφιάλτες, νιώθει ενοχές που δεν τρώει και το αποκρύπτει από την οικογένεια της. Με άδειο στομάχι έχει ενεργητικότητα και όταν τρώει την πονά το στομάχι, φοβάται να ζυγιστεί μήπως έχει πάρει βάρος, θέλει όσα κάνει να είναι τέλεια έχει αμηνόρροια, υπογλυκαιμία, υπερευαισθησία στο κρύο, αδυναμία και ζαλάδες, επίσης γυμνάζεται πάρα πολύ σκληρά κάθε μέρα .

12.5 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1^η

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Εμετοί (αυτοπροκαλούμενοι)	Καταστολή του εμετού	Παρακολούθηση του ασθενούς και ψυχολογική υποστήριξη	Παρακολούθηση του ασθενούς κατά τη διάρκεια και μετά του φαγητού, ψυχολογική υποστήριξη και σωστή διαπροσωπική επικοινωνία μαζί μας ώστε να δημιουργηθεί ένα αίσθημα εμπιστοσύνης	Ο άρρωστος κατανόησε τις οδηγίες που του δώσαμε και μείωσε τους εμετούς
Αμηνόρροια	Διερεύνηση του αιτίου αμηνόρροιας και θεραπεία του	Προγραμματισμός κλινικής γυναικολογικής εξέτασης και άλλων ορμονολογικών εξετάσεων	Παρακολούθηση του ατόμου καθ' όλη τη διάρκεια της διατροφής, θεραπεία με ορμόνες για να επανέλθει η έμμηνος ρύση	Επαναφορά της έμμηνος ρύσης μετά από θεραπεία 8 μηνών

<p>Ξηρότητα στόματος και χειλιών που οφείλονται στην αφυδάτωση</p>	<p>Αποκατάστασ η υγιεινής της στοματικής κοιλότητας.</p>	<p>Χορήγηση υγρών, φροντίδα και διδασκαλία για φροντίδα της στοματικής κοιλότητας</p>	<p>Λήψη 1 λίτρου νερού εντός 24ώρου, φροντίδα στοματικής κοιλότητας και επάλειψη χειλιών με γλυκερίνη. διδασκαλία για φροντίδα της στόματος και χειλιών</p>	<p>Μείωση της αφυδάτωσης και καλύτερη ενυδάτωση της στοματικής κοιλότητας</p>
<p>Τριχόπτωση που οφείλεται στην αβιταμίνωση</p>	<p>Μείωση της τριχόπτωσης.</p>	<p>Χορήγηση τροφών πλούσιων σε σίδηρο και βιταμίνες που θα εμπλουτίσουν τις ανάγκες του οργανισμού και θα μειώσουν την τριχόπτωση</p>	<p>Λούσιμο του τριχωτού της κεφαλής του ασθενούς με κατάλληλο σαμπουάν κατά της τριχόπτωσης, λήψη τροφών πλούσιων σε βιταμίνες και σίδηρο, λήψη κατάλληλου συμπληρώματος διατροφής εάν αυτό κριθεί απαραίτητο ενισχυμένου με βιταμίνες και σίδηρο</p>	<p>Μείωση της τριχόπτωσης</p>

<p>Δυσκοιλιότητα που οφείλεται στην φτωχή διαίτα και στην έλλειψη της όρεξης</p>	<p>Ενυδάτωση του οργανισμού του ατόμου</p>	<p>Ενυδάτωση του ατόμου για την καλή λειτουργία του εντέρου, χορήγηση υγρών</p>	<p>Χορήγηση τροφών πλούσιων σε βιταμίνες, υδατάνθρακες και πρωτεΐνες, χορήγηση 1 λίτρου νερού εντός 24ώρου, μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών</p>	<p>Υποχώρηση δυσκοιλιότητας και καλύτερη λειτουργία του εντέρου</p>
<p>Διαταραχή ύπνου που οφείλεται κυρίως σε άγχος, φόβους.</p>	<p>Διασφάλιση ήσυχου και ήρεμου ύπνου και εξάλειψη φόβων και άγχους.</p>	<p>Μείωση άγχους και εξασφάλιση ήσυχου ύπνου</p>	<p>Εξασφάλιση ήσυχου ύπνου με χαμηλό φωτισμό και χωρίς περισπασμούς, συζήτηση με τον ασθενή ώστε να εκφραστούν και να εξαλειφθούν οι φόβοι του, διδασκαλία χαλαρωτικών κινήσεων, βαθιών, αργών αναπνοών, αποφυγή καφεΐνης, χορήγηση πριν τον ύπνο 1 ποτηριού γάλακτος ή 1 μικρού κομματιού τυριού.</p>	<p>Το άτομο κοιμάται καλύτερα, χωρίς άγχος και φόβους</p>

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2^η

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Διατροφική διαταραχή που οφείλεται στη νευρική ανορεξία.	Ρύθμιση της κατάστασης με το κατάλληλο διατροφικό πρόγραμμα, ο ασθενής να εκφράζει τους φόβους και τις ανησυχίες του	Διαμόρφωση ενός υγιεινού τρόπου διατροφής	Ενθάρρυνση του ασθενούς να τρώει θρεπτικές τροφές, διαμόρφωση διατροφικού προγράμματος με τροφές πλούσιες σε θερμίδες, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, έλεγχος διατροφικής συμπεριφοράς μέσω της παρατήρησης, εκδήλωση κατανόησης και συμπαράστασης.	Το άτομο δείχνει να αντιλαμβάνεται την διαταραχή αυτή αλλά αρνείται να το αντιμετωπίσει
Μείωση του βάρους πάνω από το 25-30% που οφείλεται στην εξαντλητική δίαιτα.	Σταθεροποίηση του βάρους, βαθμιαία αύξησή του πάνω από το 10% του ιδανικού βάρους	Λήψη μέτρων για σταδιακή αύξηση βάρους	Ζύγισμα του ασθενούς κάθε πρωί πριν από τη λήψη πρωινού αλλά και μετά την ούρηση, καταγραφή προσλαμβανόμενων τροφών και κενώσεων, χορήγηση μικρών και τακτικών γευμάτων, όπως για παράδειγμα 6 γευμάτων που θα δίνουν	Σταδιακή αύξηση βάρους

			400-600 θερμίδες ημερησίως, ορισμός ρεαλιστικών και πραγματοποιήσιμων στόχων για την αύξηση του βάρους, επίβλεψη και παρατήρηση από την πλευρά του νοσηλευτή, τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα εάν αυτό κριθεί απαραίτητο, παρεντερική σίτιση εάν η απώλεια είναι μεγαλύτερη του 50%.	
Εμετοί (αυτοπροκαλούμενοι)	Καταστολή του εμετού	Παρακολούθηση του ασθενούς και ψυχολογική υποστήριξη	Παρακολούθηση του ασθενούς κατά τη διάρκεια και μετά του φαγητού, ψυχολογική υποστήριξη και σωστή διαπροσωπική επικοινωνία μαζί μας ώστε να δημιουργηθεί ένα αίσθημα εμπιστοσύνης	Ο άρρωστος κατανόησε τις οδηγίες που του δώσαμε και μείωσε τους εμετούς
Πόνος στο στομάχι λόγω του προβλήματος του	Μείωση του πόνου	Επικοινωνία με το άτομο για την μείωση του προβλήματος, ψυχολογική υποστήριξη	Καταμερισμός του φαγητού σε μικρότερα και περισσότερα γεύματα, εφαρμογή ψυχολογικής υποστήριξης	Επιτυχία της επικοινωνίας με το άτομο και μείωση του άγχους του

Αμηνόρροια	Διερεύνηση του αιτίου αμηνόρροιας και θεραπεία του	Προγραμματισμός κλινικής γυναικολογικής εξέτασης και άλλων ορμονολογικών εξετάσεων	Παρακολούθηση του ατόμου καθ'όλη τη διάρκεια της διατροφής, θεραπεία με ορμόνες για να επανέλθει η έμμηνος ρύση	Επαναφορά της έμμηνου ρύσης μετά από θεραπεία 8 μηνών
Υπογλυκαιμία λόγω ανεπαρκούς θρέψης. Φυσιολογικές τιμές Σακχάρου 80-120 mg/dl	Ρύθμιση τιμής σακχάρου	Έλεγχος τιμής σακχάρου αίματος και ούρων.	Λήψη τιμών σακχάρου αίματος και ούρων	Αύξηση τιμών σακχάρου

Αυτοκτονικός ιδεασμός λόγω διαταραχής του συναισθήματος	Εξάλειψη των αυτοκαταστροφικών ιδεών, εκδήλωση ελπίδας, αισιοδοξίας, σχεδίων για το μέλλον	Ψυχολογική υποστήριξη ατόμου και στενή παρακολούθηση από ειδικούς	Βοήθεια ώστε να εκφράσει ο ασθενής τις σκέψεις του, ενίσχυση για τη διατύπωση ρεαλιστικών και πραγματοποιήσιμων στόχων, δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος, απομάκρυνση επικίνδυνων και αιχμηρών αντικειμένων όπως ξυράφια, μαντήλια,	Το άτομο φαίνεται να έχει αποβάλει τις αυτοκτονικές ιδέες που είχε πρώτα
---	--	---	--	--

			εκτίμηση αυτοκτονικής διάθεσης του ατόμου, χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικής εντολής.	
Υπερβολική και επίπονη σωματική άσκηση.	Μείωση του σκληρού αυτού ρυθμού ασκήσεων	Διδασκαλία του ατόμου σχετικά με τη σωστή σωματική άσκηση	Διευκρίνηση του σκοπού της άσκησης, διδασκαλία του ασθενούς δηλαδή ότι η άσκηση γίνεται για την εκγύμναση και σύσφιξη του σώματος και όχι για την απώλεια βάρους, περιορισμός της σωματικής άσκησης, διαμόρφωση ενός προγράμματος άσκησης ηπιότερου ρυθμού, επιβράβευση του ασθενούς όταν ακολουθεί το πρόγραμμα αυτό.	Το άτομο δείχνει να καταλαβαίνει πως η υπερβολική και επίπονη σωματική άσκηση δεν είναι η σωστή

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ακόμη από την επεξεργασία του θέματος προκύπτει ότι κατά την εφηβική ηλικία συμβαίνουν διάφορες ανωμαλίες στη διατροφή. Συναντάμε έφηβους ανορεκτικούς, βουλμικούς παχύσαρκους, έφηβους που τρέφονται χωρίς να παίρνουν τα απαραίτητα συστατικά στην τροφή τους.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της νόσου είναι ιδιαίτερα καθοριστικός, δεδομένου ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι μια τόσο πολυσύνθετη διαταραχή με παθοφυσιολογικές, ψυχοκοινωνικές, οικογενειακές και πολιτιστικές όψεις. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσει έγκαιρα τα σημάδια και τα συμπτώματα της νόσου αυτής και να παρεμβαίνουν κατάλληλα. Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι ικανός να ενημερώσει κατάλληλα και το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, ώστε η οικογένεια του ασθενούς να είναι σε θέση με την παρατήρηση της ψυχολογικής διάθεσης του ασθενούς, των διατροφικών του συνηθειών αλλά και της κοινωνικότητάς του να αναγνωρίσει τα συμπτώματα της νόσου.

Τέλος, ο νοσηλευτής έχει να διαδραματίσει ίσως τον πιο σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση του ατόμου αλλά και στην προσπάθεια για επάνοδο στη φυσιολογική και ενεργό ζωή. Η ηδονιστική αξία της τροφής, δηλαδή η απόλαυση του φαγητού καταντά εφιάλτης. Η ακραία επιβεβαίωση των ατομικών αξιών καταλήγει σε μια αλλοτριωμένη σχέση με το σώμα το οποίο παύει να αποτελεί πηγή απόλαυσης και μετατρέπεται σε ένα μέσο ισχύος. Από αυτή την οπτική γωνία το σώμα οφείλει να είναι γραμμωμένο, πειθαρχημένο, ελεγχόμενο.

Μια ομάδα πληθυσμού που αποτελεί το σημαντικότερο στόχο είναι αυτή των παιδιών και των εφήβων. Η ανάγκη ενημέρωσής τους στα

πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος, ιδιαίτερα στα γυμνάσια και τα λύκεια αλλά και στα Πανεπιστήμια, σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες που πρέπει να αποκτήσουν, μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Και εδώ ο νοσηλευτής μπορεί να διαδραματίσει ένα σημαντικό ρόλο τόσο στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας όσο και στα πλαίσια της Σχολικής Νοσηλευτικής.

Στον Ελλαδικό χώρο δεν έχουν γίνει έρευνες που να καταγράφουν τις διαστάσεις του προβλήματος. Για το λόγο αυτό θεωρείται πως είναι απαραίτητη η διεξαγωγή επιδημιολογικής έρευνας σε Πανελλήνια κλίμακα για τον εντοπισμό των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία.

Τέλος για την καλύτερη προσέγγιση του προβλήματος θεωρείται σκόπιμη η ίδρυση κέντρων για τις διαταραχές στην πρόσληψη τροφής τα οποία θα ασχολούνται τόσο με την ενημέρωση, την πρόληψη, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση όσο και με την έρευνα σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αθανάτου Ε. Κλινική Νοσηλευτική- Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες. Έκδοση ΙΓ Αναθεωρημένη Αθήνα 2003
2. Abrahain S., Lewelly J. D. Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής. Εκδόσεις Χατζηνικολή Αθήνα 1990
3. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders 4th ed. Washington 1994
4. Apfeldorfer G., Ανορεξία-Παχυσαρκία-Βουλιμία. Εκδόσεις Τραυλός-Καστοράκη Αθήνα 1997
5. Austin S. B. Prevention Research and the Eating Disorders: Theory and new Directions. Psychological Medicine, 30, 1249-1262 2000
6. Barlow D. Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά-Μια Συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση. Εκδόσεις Έλλην Αθήνα 2002
7. Γιαννοπούλου Α. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Ταβίθα 2004
8. Carolyn E. Townsend, Υγιεινή διατροφή και Θεραπευτικές Δίαιτες. Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, 6^η έκδοση 2000
9. Cassin S., Ranson K., Personality and eating disorders : A Decade in review. Clinical Psychology Review 25, 895-916 2005
10. Courtney Mary Moore, Διαιτολόγια. Εκδόσεις ΒΗΤΑ 3^η Έκδοση 2003
11. Davis Seigle Lesl. Thaler M. Rebecca Practice Guideline for the treatment of patients with Eating Disorders (Revision) Am.J.Psychiatry:157.America 1/1/2000 σελ 3-30

12. Δρ Ξενοφών Π. Οικονόμου, Ειδική Διαιτητική, Προληπτική και Θεραπευτική. Εκδόσεις Αθήνα 2002
13. Goldman S., Eating Disorders, Cecil Textbook of Medicine 22nd ed 2005
14. Hardin P. K., Shape-Shifting discourses of Anorexia Nervosa reconstituting Psychopathology Inquiry, 10 (4), 209-217 2003
15. Harris M., Helping teenagers with eating disorders. Nursing 34 (10) 2004
16. Harvey S., Symptoms Specific to eating disorders. Anorexia and Boulimia Nervosa, 13(3), 44-47 2003
17. Ιατρικός οδηγός, ο πλήρης οδηγός για συμβατικές και εναλλακτικές θεραπείες, σελ:164-165, 201-202, Έκδοση 2003
18. Καππάτου Α. Γνωρίστε το παιδί σας. Εκδόσεις Μοντέρνοι Καιροί Αθήνα 1999
19. Κυριακίδου Ε. Κοινωνική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Ταβίθα Αθήνα 2000
20. Kaplan, H, Sadock, B. Ψυχιατρική. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 2000
21. Μαράτος Ιάσωνας, 'Διαταραχές της διατροφής. Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής', β' τόμος- β' μέρος, επιμέλεια Τσιάντης-Μανολόπουλος, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα 1998
22. Mehler P.S. Boulimia Nervosa. N. Engl. Journal of Medicine 349(9), 875-881 2003
23. Mitchell J.E The Outpatient Treatment of Eating Disorders: A Guide for Therapists, Dietitians and Physicians. Minneapolis: University of Minnesota Press. 2001

24. Morisson T., Waller G., Lawson R., Attributional Style in the Eating Disorders, the Journal of Nervous and Mental Disease, 194 (4), 303-305 2006
25. Olson A.F. Outpatient Management of Electrolyte Imbalances Associated with Anorexia and Bulimia, Journal of Infusion Nursing, 28 (2), 118-122 2005
26. Παπαγεωργίου Ε. Γ. Ψυχιατρική. Εκδόσεις Παρισιάνος Αθήνα 2004
27. Περτσεμλίδης Σ.. Ακρότητες της Διατροφής με ψυχολογικό υπόβαθρο, 30 ημέρες υγείας, 21, 26-30 2004
28. Ραγιά Α. Χ. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Εκδόσεις Παπανικολάου 5^η Έκδοση Αθήνα 2005
29. Ραδισάκη Ν. Κ. Στοιχεία Ψυχιατρικής. Εκδόσεις Βασιλόπουλος Αθήνα 1976
30. Ramjan W. B. Nurses and the “therapeutic relationship” caring for adolescents with anorexia nervosa, University of Western Sydney. Australia: Blackwell Pub 2004
31. Σαββοπούλου Γ. Βασική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Η Ταβίθα 3^η Έκδοση Αθήνα 2002
32. Σαπουντζή-Κρέπια Δ. Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα, Μια Ολιστική Προσέγγιση.: Εκδόσεις Έλλην Αθήνα 2004
33. ΣΟΥΡΑΣ Δ. ‘ΠΕΡΙ ΟΡΕΞΕΩΣ’. Εκδόσεις ΚΑΚΤΟΣ Αθήνα 2007
34. Simpson K. J. Anorexia Nervosa and Culture, Journal of Psychiatric and Mental Nursing. 9, 65-71 2002
35. Τασούλας Σ. Σύγχρονη Ψυχολογία Ψυχικές Ασθένειες και Θεραπεία, Νευρική Ανορεξία. Εκδόσεις Αλέξανδρος 2000
36. Τσιάντης Γ. Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής. Εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ Αθήνα 2001.

37. The Scotsman: Tanya Thompson Social Affairs Correspondent,
“Six-stone anorexia victim can’t get a hospital bed” Wed 14 2007
38. Turell S. L., Ron D., Heather G. Adolescents with Anorexia Nervosa, Multiple Perceptions of Discharge Readiness. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 18 (3), 116-126 2005
39. Χαρτοκόλης Π. Εισαγωγή στην Ψυχιατρική. Εκδόσεις Θεμέλιο Αθήνα 1991
40. Χριστοδούλου Ν., Γ. ψυχιατρική σελ 7-8, 28, 36-38 ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις Αθήνα 2004
41. http://www.eating10_disorders.gr, 14/12/07 συγγράφηκε στις 5/7/02, Ψυχολόγος Καναβίτσας Ευάγγελος
42. <http://www.e.phsycology.gr>, 19/9/07, συγγράφηκε στις 13/1/07, Δοιρανλής Νικόλαος
43. http://www.focus_mag.gr, 14/3/06, συγγράφηκε στις 20/1/05, περιοδικό focus
44. <http://www.ipse.gr>, 23/9/07 συγγράφηκε στις 18/3/05, Ινστιτούτο Ψυχοθεραπευτικών Εφαρμογών
45. http://www.med_look.net, 15/12/2007 συγγράφηκε στις 20/11/06, Οργανισμοί Med look Kids
46. <http://www.TaNea.dolnet.gr>, 19/10/07 συγγράφηκε στις 4/2/03, εφημερίδα ‘Τα νέα’, Κυρούσης Γεώργιος
47. <http://www.vitaequalis.gr>, 14/12/07, συγγράφηκε στις 3/2/07, Ζαφείρης Νικόλαος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Νευρική Ανορεξία

Πάνω από το 50% των ατόμων που προσβάλλονται από νευρική ανορεξία δεν αναρρώνουν ποτέ και το 18% υποκύπτουν, σύμφωνα με τη Βρετανική Ιατρική Επιθεώρηση.

Το ιστορικό της πάθησης Συμπτώματα

■ **1689** - Για πρώτη φορά, ο Βρετανός γιατρός Ρίτσαρντ Μόρτον κάνει λόγο για «νευρική κατανάλωση», που προκαλείται από κατάθλιψη και άγχος.

■ **1873** - Αποκτά τη σημερινή της ορολογία και θεωρείται για πρώτη φορά ψυχολογική διαταραχή.



■ **1983** - Ο θάνατος της Αμερικανίδας τραγουδίστριας Κάρεν Καρπέντερ βάζει στο μικροσκόπιο την πάθηση. Όταν πέθανε η Κάρεν, ζύγιζε μόλις 50 κιλά.

▶ Αλλαγές στη συμπεριφορά, κοινωνική απομόνωση και υπερβολική άσκηση.

▶ Υπερβολικό άγχος για πρόσληψη βάρους.

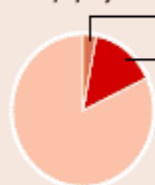
▶ Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (εκφράζει το πηλίκο βάρους/ύψους επί δύο) κατώτερος του 17,5.

▶ Αμηνόρροια - απουσία εμμήνου ρύσης στις γυναίκες

▶ Κίτρινη χροιά δέρματος, ξηρο-δερμία, απώλεια μαλλιών λόγω της κακής διατροφής.

Κίνδυνοι

■ Διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κυρίως νεαρές γυναίκες και έφηβες.



3% με διατροφικές διαταραχές

5-15% με ανορεξία ή βουλιμία

Θεραπεία

■ Απαιτείται νοσηλεία σε περίπτωση που το βάρος μειωθεί δραματικά.

■ Χορηγούνται υποκατάστατα οιστρογόνων και αντικαταθλιπτικά για να μειωθεί ο κίνδυνος οστεοπόρωσης και κατάθλιψης.

Αρνητικές επιπτώσεις

■ Η μειωμένη πρόσληψη ασβεστίου και βιταμινών έχει ως αποτέλεσμα την υπόταση, την κατάθλιψη, την καρδιοαθροσία και την πρόωρη οστεοπόρωση.

■ Κίνδυνος θανάτου εξαιτίας δυσλειτουργίας ζωτικών οργάνων ή και αυτοκτονία σε ακραίες περιπτώσεις.

ΠΗΓΕΣ: British Medical Journal, New England Medical Journal

REUTERS











