

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**



**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΣΚΛΗΡΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ**

ΠΑΤΡΑ, 2009

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά τον εισηγητή μου κ. Γιαννούλη Νικόλαο για τη βοήθεια, συμβουλές και καθοδήγηση στη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας, με θέμα «Νευρογενής ανορεξία και νοσηλευτική παρέμβαση» .

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νευρογενής ανορεξία είναι πάθηση που επηρεάζει κυρίως κορίτσια και νεαρές γυναίκες και η πάθηση συνήθως αρχίζει κατά την εφηβική ηλικία. Είναι μια μορφή διαταραχής της διατροφής κατά την οποία αυτή που υποφέρει, διακατέχεται από ένα έντονο φόβο πρόσληψης βάρους.

Χαρακτηριστικά το κορίτσι ή η γυναίκα που υποφέρει έχει μικρό βάρος σώματος, δεν θέλει να έχει ένα κανονικό για το ύψος της βάρος, έχει μια εξαιρετικά μεγάλη φοβία προς το πάχος, πιστεύει ότι είναι παχιά ακόμη και όταν είναι πολύ λεπτή και δεν έχει παρουσιάσει έμμηνο ρύση για τρεις συνεχόμενες περιόδους στις περιπτώσεις που ήδη η περίοδος έχει αρχίσει. Αυτή που πάσχει μιλά συνεχώς για θέματα βάρους και φαγητού, δεν τρώει μπροστά σε άλλους, αποφεύγει τις κοινωνικές σχέσεις και συχνά η συμπεριφορά της χαρακτηρίζεται από αλλαγές της διάθεσης και κατάθλιψη.

Οι κίνδυνοι της διατροφικής αυτής διαταραχής είναι η απομόνωση, η τριχόπτωση, η διακοπή της περιόδου ή ασταθής κύκλος, η κατάθλιψη, οι διαταραχές του ύπνου, το χάσιμο της λίμπιντο, η μείωση της οστικής μάζας και τελικά οστεοπόρωση, η χαμηλή πίεση του αίματος, βλάβες στην καρδιά, στο συκώτι και στους νεφρούς και ο ρατσισμός (κοινωνικός, επαγγελματικός).

Στα αίτια της ψυχογενούς ανορεξίας συμπεριλαμβάνονται οι τάσεις τελειομανίας, τα πρότυπα της εποχής, η άρνηση για διατήρηση του ιδανικού βάρους, η καταθλιπτική διάθεση, ο έντονος φόβος παχυσαρκίας, η ρατσιστική συμπεριφορά από το κοινωνικό σύνολο, η έλλειψη αυτοπεποίθησης και η προσέγκυση του αντίθετου φύλου.

Η αιτία που προκαλεί τη νευρική ανορεξία δεν είναι γνωστή. Για το λόγο αυτό δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία που προσφέρει ίαση στην πάθηση. Όμως η νευρική ανορεξία προκαλεί το μεγαλύτερο αριθμό θανάτων από όλες τις ψυχιατρικές παθήσεις και χαρακτηρίζει τη σύγχρονη εποχή μας. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι επιβάλλεται προσπάθεια από όλους

Νευρογενής ανορεξία και νοσηλευτική παρέμβαση

τους φορείς για ενημέρωση, πρόληψη, φροντίδα και αποκατάσταση των ατόμων που μπορεί να πάσχουν ήδη από νευρική ανορεξία. Επίσης το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό κατέχει το σημαντικότερο ρόλο στη νοσηλευτική φροντίδα και αποκατάσταση των ασθενών με νευρογενή ανορεξία.



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<i>Σελίδα</i>
<i>Ευχαριστίες</i>	<i>ii</i>
<i>Περίληψη</i>	<i>iii</i>
<i>Περιεχόμενα</i>	<i>v</i>
<i>Σκοπός της εργασίας</i>	<i>x</i>
<i>Εισαγωγή</i>	<i>xi</i>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ: ΟΡΙΣΜΟΣ, ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1. Ορισμός	1
1.2. Ιστορική εξέλιξη	2
1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία	3
1.3.1. Οριακό σύνδρομο	5
1.3.2. Επιδημιολογία στους άνδρες	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΡΥΘΜΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ- ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ- ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

2.1. Ρύθμιση διατροφής	8
2.1.1. Μηχανισμός της όρεξης	10
2.2. Ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές	11
2.2.1. Ομάδες επικινδυνότητας	12
2.2.2. Άξονες εκτίμησης ύπαρξης διατροφικής διαταραχής	13
2.2.3. Σημασία των διατροφικών διαταραχών	14
2.3. Διάκριση της ψυχογενούς ανορεξίας	14
2.3.1. Κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας	14
2.3.2. Χαρακτηριστικά της νόσου	15
2.3.3. Έναρξη ψυχογενούς ανορεξίας	19
2.3.4. Σωματικά γνωρίσματα ψυχογενούς ανορεξίας	20
2.3.5. Διαταραχές της περιόδου στην ψυχογενή ανορεξία	23
2.3.6. Στάδια εγκατάστασης νόσου	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

3.1. Αίτια ψυχογενούς ανορεξίας	25
3.2.1. Ανορεξία στερητικού τύπου	28
3.2.2. Ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4.1. Διαγνωστικά στοιχεία	29
4.2. Η ψυχογενής ανορεξία στα παιδιά	32
4.2.1. Κλινικά χαρακτηριστικά	33
4.3. Νευρογενής ανορεξία στους άνδρες	35
4.4. Μεταεφηβικό ξεκίνημα της νευρογενούς ανορεξίας στις γυναίκες . . .	36
4.5. Νευρογενής ανορεξία και νευρο-ψυχιατρικές διαταραχές	37
4.6. Διαφορική διάγνωση	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ –ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ -ΠΡΟΓΝΩΣΗ

5.1. Συμπτώματα – Κλινικά σημεία	39
5.1.1. Συμπτώματα	39
5.1.2. Κλινικά σημεία	39
5.2. Φυσική εξέταση	41
5.3. Εργαστηριακά ευρήματα	42
5.3.1. Βιοχημικά	42
5.3.2. Ενδοκρινολογικά	42
5.3.3. Αιματολογικά	42
5.3.4. Διαφοροδιάγνωση	43
5.4. Πρόγνωση	43
5.4.1. Επιβαρυντικοί παράγοντες	45
5.4.2. Άλλα επιβαρυντικά προγνωστικά στοιχεία	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ – ΣΤΑΔΙΑ

6.1. Επιπτώσεις της νόσου	46
6.1.1. Στη συμπεριφορά	46
6.1.2. Στο σώμα	46
6.1.3. Η ψυχολογία του ατόμου	47
6.2. Συνέπειες νευρογενούς ανορεξίας	47
6.2.1. Μακροπρόθεσμες συνέπειες	48
6.2.2. Επιπτώσεις στην οικογένεια	48
6.3. Διαφοροποιήσεις συμπτωμάτων	48
6.4. Στάδια ψυχογενούς ανορεξίας	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΠΟΡΕΙΑ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

7.1. Πορεία νόσου – Επιπλοκές	56
7.1.1. Σοβαρές επιπλοκές που απειλούν τη ζωή	57
7.2. Θεραπεία	58
7.2.1. Νοσοκομειακή περίθαλψη	58
7.2.2. Τα φάρμακα	59
7.2.3. Ψυχοθεραπεία	60
7.2.4. Δυσκολίες θεραπείας	60
7.2.5. Η εξήγηση των φυσικών συμπτωμάτων	61
7.2.6. Η έκβαση της ψυχογενούς ανορεξίας	62
7.3 Ψυχοθεραπεία	64
7.3.1. Ατομική ψυχοθεραπεία	64
7.3.2. Φαρμακευτική θεραπεία	65
7.3.3. Αυτοβοήθεια	66
7.4. Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ –Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

8.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή	68
8.2. Στάδια θεραπείας	69
8.2.1 Διατροφική αποκατάσταση	69
8.2.2. Διαταραχές υγρών - ηλεκτρολυτών	72
8.2.3. Δερματολογικός έλεγχος	72
8.2.4. Διαδικασία σκέψης	73
8.2.5. Διαταραχή σωματικής εικόνας - αυτοπεποίθησης	73
8.2.6. Νοσηλευτής και οικογένεια	74
8.2.7. Ανικανότητα για εκπαίδευση	77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

9.1. Αγωγή Υγείας	79
9.1.1. Πρωτογενής πρόληψη	79
9.1.2. Δευτερογενής πρόληψη	80
9.1.3. Τριτογενής πρόληψη.	80
9.2. Προληπτική Νοσηλευτική στην οικογένεια	81
9.2.1. Αξιολόγηση της οικογένειας	81
9.3. Εφαρμογή προγράμματος φροντίδας	84
9.3.1. Ανάλυση πληροφοριών	84
9.3.2. Εφαρμογή του προγράμματος - Αξιολόγηση του αποτελέσματος	84
9.3.3. Η πρόληψη στο σχολείο	85
9.4. Αγωγή υγείας στους χώρους εργασίας	90
9.4.1. Προγράμματα εκπαίδευσης στους χώρους εργασίας	90
9.4.2. Πρόληψη στους χώρους εργασίας	91

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

10.1. Νοσηλευτική εκτίμηση	93
10.2. Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες	93
10.3. Νοσηλευτικό σκοπός - Αρχές και παρεμβάσεις	95
10.3.1. Νοσηλευτικός σκοπός	95
10.3.2. Αρχές και παρεμβάσεις	95
10.4. Τροποποίηση συμπεριφοράς	98

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

11.1. Νοσηλευτική διεργασία	101
11.2. Νοσηλευτικά ιστορικά	101
11.2.1. Περίπτωση 1 ^η ασθενούς	101
11.2.2. Περίπτωση 2 ^η ασθενούς	106
11.2.3. Περίπτωση 3 ^η ασθενούς	108
<i>Συμπεράσματα</i>	<i>111</i>
<i>Προτάσεις</i>	<i>113</i>
<i>Επίλογος</i>	<i>115</i>
<i>Παράρτημα</i>	<i>116</i>
<i>Βιβλιογραφία</i>	<i>123</i>

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο όρος νευρογενής ανορεξία χρησιμοποιείται για να δηλώσει μια ειδική μορφή υποσιτισμού που εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα κατά την εφηβεία.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση της πάθησης της νευρογενούς ανορεξίας και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται για τη θεραπεία της. Έτσι στην μελέτη μας αυτή θα επιχειρηθεί να:

1. Να προσδιοριστεί εννοιολογικά ο όρος ψυχογενής ανορεξία.
2. Να δοθεί η κλινική εικόνα που παρουσιάζει η νόσος καθώς και οι αιτιολογικές θεωρίες που κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί και ερμηνεύουν το πρόβλημα.
3. Να επισημανθεί η πρόληψη, η εξέλιξη και η πρόγνωση που παρουσιάζει η νόσος καθώς και η θεραπεία που ακολουθείται.
4. Να εξαχθούν συμπεράσματα από τα στοιχεία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.
5. Να δοθούν προτάσεις και λύσεις για ενημέρωση του πληθυσμού ή επικίνδυνων ομάδων όπως είναι τα κορίτσια στην εφηβεία.

Η νευρογενής ανορεξία είναι μια ασθένεια η οποία μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο και προσβάλλει κυρίως γυναίκες που βρίσκονται σε νεαρή ηλικία. Η προκατάληψη που δημιουργείται γύρω από αυτή λόγω του ότι είναι μια ψυχική νόσος, είναι μεγάλη και η πληροφόρηση αποτελεί σημαντικό κομμάτι για την πρόληψη της ασθένειας.



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εξασφάλιση και προετοιμασία της τροφής αποτελεί μια από τις κυριότερες καθημερινές ασχολίες του ανθρώπου. Μελετώντας την ιστορία του ανθρωπίνου είδους αντιλαμβανόμαστε ότι η φροντίδα για τη λήψη τροφής ισχύει τόσο για τον πρωτόγονο τροφοσυλλέκτη όσο και για το σύγχρονο πολίτη μιας προηγμένης χώρας που αγοράζει την τροφή του στο σούπερ μάρκετ πληρώνοντας με την πιστωτική του κάρτα.

Στην Ελλάδα, παρά τους διαρκώς αυξανόμενους σε ένταση ρυθμούς ζωής, η ώρα του φαγητού εξακολουθεί να αποτελεί ένα κάλεσμα προς τα μέλη της οικογένειας να συγκεντρωθούν και να επικοινωνήσουν και προς το οποίο συνεχίζουν στην πλειονότητά τους να ανταποκρίνονται. Όσο σημαντική όμως και αν είναι η τροφή το ίδιο σημαντική γίνεται κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες και η εκούσια στέρησή της.

Η εκούσια στέρηση της τροφής (μερική ή ολική) αποτελεί τόσο έναν διαδεδομένο τρόπο πολιτικής διαμαρτυρίας όσο και έναν από τους βασικούς κανόνες προετοιμασίας του πιστού για να επιτευχθεί η επαφή με το Θείο. Αντίθετα με τη στέρηση η ακατάσχετη κατανάλωση τροφής χαρακτηρίστηκε ως ένα από τα επτά θανάσιμα αμαρτήματα (λαιμαργία) και έχει συνδεθεί με την παρακμή των πολιτισμών όπως συνέβη, για παράδειγμα, με τη μετεξέλιξη των εκλεπτυσμένων ελληνικών συμποσίων στα γαστριμαργικά όργανα της περιόδου της ρωμαϊκής παρακμής (Βάρσου, 2006).

Η νευρογενής ανορεξία είναι μια διατροφική διαταραχή με ισχυρό ψυχολογικό υπόβαθρο. Οι επιπτώσεις της είναι πολύ βλαβερές όμως συχνά δεν διαγιγνώσκεται προτού το άτομο φτάσει σε πολύ σοβαρή κατάσταση. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που νοσούν είναι έφηβοι και ιδιαίτερα κορίτσια ηλικίας 11-20 ετών.

Η λέξη ανορεξία, σημαίνει απώλεια της όρεξης. Ωστόσο, η απουσία της πείνας ή της όρεξης δεν είναι το σημαντικό χαρακτηριστικό της νευρικής

ανορεξίας. Η νευρική ανορεξία αφορά περισσότερο το βάρος παρά το φαγητό. Ένα χαρακτηριστικό, είναι η άποψη που έχει το άτομο για το βάρος του. Οι γονείς δύσκολα μπορούν να βοηθήσουν γιατί οι έφηβοι με νευρική ανορεξία κρύβουν τα αισθήματά τους. Δεν μπορούν να ομολογήσουν ότι ντρέπονται και φοβούνται πολύ με τη σκέψη ότι μπορεί να πάρουν βάρος.

Η νευρογενής ανορεξία παραμένει σχεδόν ακόμη μυστήριο για τους ερευνητές. Πιθανόν το άτομο που πάσχει από νευρογενή ανορεξία να έχει εσφαλμένη αντίληψη της εμφάνισής του. Οι απόψεις του για το τι είναι αδύνατο και τι παχύ, ποιο είναι το φυσιολογικό βάρος για το ύψος και την ηλικία του ή ποια σιλουέτα είναι ελκυστική έρχονται σχεδόν σε πλήρη αντίθεση με τις απόψεις των περισσότερων ανθρώπων (Δημητριάδη, 2008).

Οι ψυχαναλυτές δίνουν μεγάλη έμφαση στη σχέση μεταξύ της τροφής και της ανάπτυξης της εικόνας του εαυτού και της αντίληψης των απόψεων και προσδοκιών των άλλων. Οι λειτουργίες του φαγητού και της νηστείας είναι φορτισμένες με σημασίες – προσωπικές, οικογενειακές, πολιτιστικές και θρησκευτικές.

Υπάρχουν αποδείξεις ότι οικογένειες με ανορεξικούς, δίνουν μεγαλύτερη σημασία από το συνηθισμένο στην τροφή και το φαγητό. Ίσως αυτό να ενισχύει, χωρίς να υπάρχει πρόθεση, την ιδιαίτερη σημασία που δίνει ο έφηβος σε θέματα διατροφής και φαγητού και στην εικόνα του σωματικού εαυτού του. Έτσι λοιπόν δεν υπάρχει ένας δρόμος που οδηγεί στη νευρική ανορεξία αλλά διαφορετικοί αιτιολογικοί συνδυασμοί.

Οι γονείς πρέπει να επαγρυπνούν ώστε να εντοπίσουν έγκαιρα σημάδια που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στη νευρική ανορεξία, όπως, για παράδειγμα, μια ενασχόληση ή πραγματική εμμονή στο μέτρημα των θερμίδων, μια επιθυμία του εφήβου να καθορίσει μόνος του το διαιτολόγιό του, η απώλεια βάρους, η διακοπή της περιόδου, το υπερβολικό ενδιαφέρον για την εμφάνιση, η κακοκεφιά κ.ά. θα ήταν ενδεδειγμένο να αναζητήσουν τη συμβουλή και την

παρέμβαση των ειδικών, πριν εμφανιστεί το πραγματικό πρόβλημα (Δημητριάδη, 2008 και Herbert, 1997).

Η αναζήτηση θεραπείας εξαιτίας της σοβαρότητας και επικινδυνότητας της διαταραχής, είναι επιτακτική. Στις περισσότερες περιπτώσεις απαιτείται εισαγωγή σε νοσοκομείο, με σκοπό την πρόσληψη βάρους, αλλά και την παρακολούθηση και αντιμετώπιση των θανατηφόρων συνεπειών που περιλαμβάνει η νόσος. Η θεραπεία δεν είναι εύκολη καθώς, μέχρι στιγμής, δεν υπάρχουν φάρμακα με τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα. Φαρμακευτική θεραπεία χρησιμοποιείται σχεδόν αποκλειστικά για την αντιμετώπιση τυχούσας συνυπάρχουσας κατάθλιψης. Απαιτείται εντατική ψυχοθεραπεία, που αποσκοπεί στην ριζική μεταβολή της στάσης και των συνηθειών της ασθενούς απέναντι στη λήψη τροφής. Τέλος, η στάση του κοινωνικού περιβάλλοντος απέναντι στην ασθενή, πρέπει να είναι ειλικρινής - χωρίς υπεκφυγές και εθελοτυφλισμό, να δίδεται όμως πάντα μέσα από κλίμα αγάπης, κατανόησης και ειλικρινούς στήριξης, και να έχει σαν σκοπό την καθοδήγηση της ασθενούς προς αναζήτηση σωστής και άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης.⁴

Εκτός όμως από αυτά, επειδή τα άτομα αυτά ξέρουν πώς ο τρόπος σκέψης και η συμπεριφορά τους δεν είναι κανονική, νιώθουν τύψεις, με αποτέλεσμα όχι μόνο να μην επανέρχονται πίσω σε φυσιολογική κατάσταση, αλλά να παθαίνουν κατάθλιψη και να απομακρύνονται από την οικογένεια και τους φίλους τους. Το πιο σημαντικό είναι ό,τι το 20% των ατόμων που πάσχουν από ανορεξία οδηγούνται στο θάνατο επειδή φτάνουν στο σημείο να έχουν αδυνατίσει τόσο πολύ το σώμα τους ώστε να μην μπορεί πια να λειτουργήσει. Όλη αυτή η κατάσταση είναι ιδιαίτερα επώδυνη και εξοντωτική. Τα άτομα προσκολλούνται στην εξωτερική τους εμφάνιση, με συνέπεια να έχουν πολλές οργανικές δυσλειτουργίες.

Οι ασθενείς που σχετίζονται με την πάθηση αυτή, διακατέχονται από συνεχείς σκέψεις για την σωματική τους εικόνα, για το βάρος τους, για το φαγητό και τις θερμίδες. Υποφέρουν από την κατάσταση και μάλιστα ο ύπνος

τους μπορεί να διαταράσσεται από όνειρα που έχουν σχέση με την διατροφή, την διαδικασία του φαγητού και την σωματική εξάσκηση. Εκτός από την ψυχοπνευματική κατάρευση του ατόμου πολλές είναι και οι σωματικές διαταραχές που παρουσιάζει.

Οι γυναίκες που πάσχουν από νευρική ανορεξία αισθάνονται ένα έντονο φόβο για να παχύνουν και συνεχώς ασχολούνται για το πώς θα χάσουν βάρος. Σημειώνεται δε ότι η νευρική ανορεξία έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας των ψυχικών νόσων (i170.photobucket.com/.../myblog/anorexia).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ: ΟΡΙΣΜΟΣ, ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1. Ορισμός

Η ψυχογενής ανορεξία (ή νευρογενής ανορεξία - anorexia nervosa) είναι ένα σύνδρομο αυτο-επιβαλλόμενης ασιτίας, στο οποίο το άτομο με τη θέλησή του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος, έντονος φόβος του ατόμου μήπως γίνει παχύ, διαταραχή στη σωματική εικόνα, σημαντική απώλεια βάρους, και αμηνόρροια στις γυναίκες. Άτομα με τη διαταραχή αυτή λένε ότι «νιώθουν παχιά» όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή ακόμα κι όταν έχουν απισχνανθεί κι αυτό γιατί ή απώλεια του βάρους δεν καθησυχάζει το φόβο τους που είναι η παχυσαρκία.

Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη του σώματός τους ολόκληρου και της εξωτερικής τους σωματικής εικόνας, δεν μπορούν να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις, συμπεριλαμβανομένου του αισθήματος της πείνας, πιστεύουν ότι το σώμα τους ή διάφορα μέρη του είναι «πολύ παχιά» ακόμα κι όταν είναι κάτω από το φυσιολογικό βάρος.

Η λέξη «ανορεξία» είναι αποπροσανατολιστική. Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης, γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνον αργά στην πορεία της νόσου. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στην ταυτότητα και στην αυτονομία, για λόγους που ακόμα δεν γνωρίζουμε (Μάνος, 1988). Έτσι, στις ψυχογενείς διαταραχές κατατάσσεται συχνά και η ψυχογενής ανορεξία (Χαρτοκόλλης, 1991).

Η απώλεια του βάρους συνήθως κατορθώνεται με μείωση της συνολικής ποσότητας τροφής με δυσανάλογη ελάττωση σε τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, με προκλητό εμετό, με χρήση καθαρικών ή διουρητικών και με εξαντλητική άσκηση (Μάνος, 1988).

1.2. Ιστορική εξέλιξη

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

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

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

Με τις εργασίες της Bruch (1966), που περιέγραψε τη χαρακτηριστική «ανυποχώρητη επιδίωξη της ισχύτητας», και του Crisp (1967), που απέδωσε βασικό ρόλο στη «φοβία του πάχους», και τέλος τις δημοσιεύσεις του Russell στη δεκαετία του '70, τα πράγματα ξεκαθάρισαν και τέθηκαν οι βάσεις για τη σύγχρονη κατανόηση και τα κριτήρια για τη διάγνωση της νοσολογικής οντότητας της «πρωτοπαθούς» ψυχογενούς ανορεξίας» (Χριστοδούλου, 2000).

1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία

Η συνηθέστερη ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας είναι το μέσο της εφηβείας, αλλά για ένα ποσοστό ανορεξικών ασθενών, το οποίο φτάνει μέχρι και το 5%, τοποθετείται στα πρώτα χρόνια της 3ης δεκαετίας (από τα 20 έως τα 25 έτη).

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

Η ψυχογενής ανορεξία ήταν ανέκαθεν πιο διαδεδομένη στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις παρά στις κατώτερες και μεταξύ εργατών. Σήμερα οι γνώμες δίστανται, κάποιες έρευνες επιβεβαιώνουν αυτήν την αντίληψη ενώ άλλες δε δείχνουν μια τέτοια διασπορά. Επίσης, η ανάπτυξη και η διάδοση των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι υψηλότερη στις αστικές περιοχές, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι στις αγροτικές περιοχές δεν εμφανίζεται το πρόβλημα. Μάλιστα, ο κίνδυνος για διαταραχές πρόσληψης τροφής στις αγροτικές περιοχές είναι αυξημένος συγκριτικά με ότι ίσχυε στο παρελθόν (Walcott και συν., 2003).

Τα περιστατικά ψυχογενούς ανορεξίας είναι συχνότερα στις ανεπτυγμένες χώρες ή αλλιώς αποκαλούμενες Δυτικές κοινωνίες, όπου επικρατεί η αντίληψη ότι η ισχύτητα συνεπάγεται υγεία φόρμα και ελκυστικότητα, ενώ η παχυσαρκία συνεπάγεται φτωχή υγεία, έλλειψη δύναμης της θέλησης και αυτοελέγχου και ασχήμια. Αντίθετα, στις μη Δυτικές κοινωνίες

η ψυχογενής ανορεξία και οι σχετικές με αυτήν διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι σπάνιες. Υπάρχουν δυο θεωρίες που ίσως να εξηγούν την χαμηλή συχνότητα διάδοσης αυτών των διαταραχών στις παραπάνω κοινωνίες. Η πρώτη υποστηρίζει ότι οι πληθυσμοί αυτοί όχι μόνο δείχνουν μεγαλύτερη αποδοχή σε μεγαλύτερα σωματικά βάρη, αλλά πολλές φορές συνδυάζουν τα υπέρβαρα σώματα με την καλή υγεία, ενώ η ισχνότητα θεωρείται πρόβλημα. Η άλλη θεωρία αφορά την εκπόνηση ερευνών στους πληθυσμούς αυτούς. Είναι λιγότερες οι μελέτες που πραγματοποιούνται σε αυτές τις περιοχές συγκριτικά με τις αντίστοιχες που λαμβάνουν χώρα στις Δυτικές Κοινωνίες (π.χ., Η.Π.Α.). Επιπλέον, είναι δυσκολότερη η διεξαγωγή μιας έρευνας σε μη Δυτικές κοινωνίες αφού όλα τα απαραίτητα μέσα-εργαλεία (π.χ., ερωτηματολόγια) είναι σχεδιασμένα για τις Δυτικές κοινωνίες και χρειάζονται ειδική προσαρμογή ώστε να χρησιμοποιηθούν στους πληθυσμούς αυτούς (Lee και συν, 2002 και Παπαγεωργίου, 2005).

Φυσικά δεν πρέπει να παραληφθεί το γεγονός ότι σε πολλούς μη Δυτικούς πολιτισμούς, οι υπεύθυνοι για την υγεία φορείς επικεντρώνουν την προσοχή τους στην πρόληψη και ίαση των ασθενειών. Συνεπώς οι διαταραχές πρόσληψης τροφής ίσως να μην αντιμετωπίζονται ως σοβαρές ασθένειες που χρήζουν ιατρική θεραπεία (εκτός κι αν ο ασθενής πεθαίνει). Επιπροσθέτως, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, όπως και άλλες ψυχιατρικές ασθένειες, ίσως να θεωρούνται οικογενειακά προβλήματα και όχι προβλήματα που αφορούν τους ειδικούς της υγείας.

Η ενασχόληση με συγκεκριμένα επαγγέλματα και δραστηριότητες, όπως χορός, μόντελινγκ και αθλήματα που απαιτούν ισχνότητα (π.χ., δρόμοι μεγάλων αποστάσεων, κολύμβηση, ρυθμική ή ενόργανη γυμναστική) συσχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά διάδοσης διαταραχών πρόσληψης τροφής και στα δύο φύλα. Επίσης, η ψυχογενής ανορεξία φαίνεται πως έχει μεγαλύτερη συχνότητα διάδοσης μεταξύ ατόμων της Καυκάσιας φυλής έναντι των Αφρικανών, των Ασιατών και των Ισπανοφώνων (Λατίνων) (Klei και συν., 2003).

Στην Ευρώπη, την Βόρειο Αμερική και την Αυστραλία η καταγραμμένη συχνότητα της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας είναι υψηλότερη μεταξύ των λευκών παρά μεταξύ των μαύρων και των άλλων φυλών. Οι διατροφικές διαταραχές στους μαύρους καταγράφονται σπάνια, πιθανόν εξαιτίας δισταγμού μεταξύ του ιατρικού προσωπικού να εφαρμόσει την διάγνωση ή εξαιτίας της μειωμένης χρηστικότητας ιατρικής φροντίδας από τους αναξιοπαθούντες πληθυσμούς. Οι αποδείξεις υποδεικνύουν ότι κλινικά χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών μεταξύ των μαύρων είναι παρόμοια με εκείνα που διακρίνονται μεταξύ των λευκών ασθενών (Παπαγεωργίου, 2005 και Al-Quadreh, 2005).

1.3.1. Οριακό σύνδρομο

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η ψυχογενής ανορεξία πιστεύεται ότι είναι μια ειδική εκδήλωση οριακής διαταραχής προσωπικότητας, που η ψυχοπαθολογία της ανάγεται στη φάση της επαναπροσεγγίσεως που περιέγραψε η Μάλερ ή στην πρώτη πρωκτική περίοδο της ψυχοσεξουαλικής εξελίξεως που περιέγραψε ο Φρόυντ. Η κατάσταση χαρακτηρίζεται από μian έμμομη απασχόληση με το φαΐ και το μαγείρεμα, περιόδους νηστείας που ακολουθούνται από βουλιμία και την πρόκληση εμετού. Συνοδεύεται από τη διακοπή της έμμηνης ρήσης, που μπορεί να συμβεί και πριν ακόμα ελαττωθεί σημαντικά το βάρος του ατόμου, και δυσκοιλότητα, που χρησιμεύει ως δικαιολογία για την κατάχρηση καθαρτικών, που πραγματικός σκοπός τους είναι η πιο γρήγορη απώλεια βάρους. Υπόταση, αναιμία, κρύο, ξερό δέρμα και βραδυκαρδία είναι συμπτώματα μιας προχωρημένης καχεξίας, που καταλήγει σε μια πραγματική ανορεξία.

Και όταν ακόμα η κατάστασή του φτάσει στο σημείο που δεν κρύβεται, ο άρρωστος -συνήθως κοπέλα- αρνείται ότι έχει κάποιο πρόβλημα και δε δέχεται καμιά βοήθεια. Η συγκεχυμένη ταυτότητά της αντανακλά στην παραμορφωμένη εικόνα που έχει για το σώμα της. Κάτω από ένα χαρούμενο ή

αδιάφορο προσωπείο, κρύβονται συναισθήματα επιθετικά, μοχθηρά ή ζηλόφθονα, τυπικά εναντίον της μητέρας, και τύψεις, από τις οποίες η άρρωστη προσπαθεί να εξιλεωθεί με μια τελειοκρατική επίδοση στη δουλειά της, με αυτοκατηγορίες και αυτοτιμωρητικές δραστηριότητες, όπως παρατεταμένες νηστείες, σκληραγωγία και επίπονες γυμναστικές ασκήσεις. Είναι ατίθαση και υπερκινητική, υπερευαίσθητη σε κάθε κριτική παρατήρηση ή απλώς υπόδειξη, στις οποίες αντιδρά με θυμό και πεισματικό αρνητισμό. Χωρίς να το δείχνει, αισθάνεται άγχος, ανία ή μεγάλη μοναξιά, αποτυχημένη και αβοήθητη. Όπως οι περισσότεροι οριακοί άρρωστοι, το άτομο που πάσχει από ψυχογενή ανορεξία κατατρύχεται από πολύμορφες σαδομαζοχιστικές φαντασίες, τις οποίες προσπαθεί να καταπνίξει, καθώς και κάθε ένδειξη σεξουαλικότητας. Η απόρριψη της τροφής συμβολίζει την άρνηση κάθε σεξουαλικής επιθυμίας, ενώ ο φόβος του πάχους συνδέεται με την ιδέα της εγκυμοσύνης (Χαρτοκόλλης, 1991).

1.3.2. Επιδημιολογία στους άνδρες

Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, ένας στους πενήντα χιλιάδες άντρες πάσχει από ανορεξία. Ο αριθμός αυτός, που αφορά σε ηλικίες από 18 έως 28 χρονών, δείχνει ότι το φαινόμενο βρίσκεται σε άνοδο. Έχει, μάλιστα, υπερδιπλασιαστεί τα τελευταία είκοσι χρόνια. Η νευρική ανορεξία οφείλεται στη νευρωτική εμμονή ν' αποκτήσει κάποιος ή να διατηρήσει μια λεπτή σιλουέτα. Η επιδίωξη αυτή οδηγεί στην παθολογική αποστροφή της τροφής που εξαντλεί τον οργανισμό, οδηγώντας ακόμα και στο θάνατο. Το γεγονός ότι αυτή η διαταραχή ήταν κυρίως γυναικεία υπόθεση οδήγησε σε καθυστερημένη διάγνωση στους άντρες. Τα άτομα αυτά πηγαίνουν σε ειδικά ιατρεία μόνο όταν διαπιστώσουν ότι έχουν γκρίζο δέρμα, υπόταση και ιλίγγους από την αδυναμία, καθώς και εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα.

Σύμφωνα με μια έρευνα του πανεπιστημίου τού Μίσιγκαν, αυτή η παθολογική κατάσταση εμφανίζεται συνήθως σε άντρες με έντονη αθλητική

δραστηριότητα, που απαιτεί τον αυστηρό έλεγχο του σωματικού βάρους. Όμως η προσπάθειά τους ν' αποκτήσουν "τέλειο" σώμα γίνεται με τέτοια μανία, που ξεπερνά το αρχικό μυώδες και αθλητικό πρότυπο. Η περίοδος που οι έφηβοι, αγόρια και κορίτσια, εκδηλώνουν νευρική ανορεξία (ο σωστός όρος είναι νευρωτική ανορεξία) είναι συνήθως η εφηβική - περίοδος που το άτομο συγκροτεί την προσωπική του ταυτότητα και εικόνα (Walcott και συν., 2003 και Abraham και συν., 2000).

Συμπερασματικά η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται στους άνδρες δεκαπέντε φορές λιγότερο συχνά από όσο στις γυναίκες. Αρχίζει με τον ίδιο τρόπο και η πορεία της είναι παρόμοια. Οι άντρες που παθαίνουν ψυχογενή ανορεξία μπορεί επίσης να τρώνε με βουλιμία (Abraham και συν., 2000).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΡΥΘΜΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

2.1. Ρύθμιση διατροφής

Σ' αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε στα χαρακτηριστικά της νευρογενούς ανορεξίας. Πριν όμως αναφερθούμε στις λεπτομέρειες της παθολογίας μας εξετάσουμε πώς ρυθμίζεται φυσιολογικά η διατροφή μας. Περίπλοκοι νευροχημικοί μηχανισμοί των οποίων άξονας είναι ο υποθάλαμος - νευρικό κέντρο που βρίσκεται στην 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 τον μηχανισμό. Η υπερβολική διατροφή οδηγεί σε αύξηση της λιπώδους μάζας του σώματος και κατά συνέπεια σε αύξηση της έκκρισης της ινσουλίνης από το 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 όρεξή τους λόγω μεταβολής της λιπώδους μάζας. Έτσι, οι τελευταίοι δεν θα έχουν σταθερό βάρος αλλά θα κυμαίνονται γύρω από ένα μέσο βάρος. 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 ασιτίας: έτσι, πολύ σακχαρώδεις τροφές θα κριθούν καλές όταν κάποιος βρίσκεται σε κατάσταση ασιτίας, και έπειτα όλο και λιγότερο καλές όσο επέρχεται ο κορεσμός (Apfeldorfer, 1997).

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 συνεχίσουν 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 πλέον λιγότερο μετά το σοκολατένιο γλυκό (Apfeldorfer, 1997).

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' ότι στην αντίστροφη περίπτωση. Όμως, πολύ συχνά τρώμε σε σταθερές ώρες και δεν μπορούμε να υπολογίσουμε τις ορέξεις μας, αν αυτή η επιδόρπιο 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 βασικούς κανόνες της ρύθμισης των διατροφικών μας λήψεων. Στη πραγματικότητα, τα πράγματα είναι απείρως πιο περίπλοκα: 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 μίαν 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 δυο είδη- προτίμηση για την εμπλουτισμένη σούπα (Abraham και συν., 2000 και Apfeldorfer, 1997).

2.1.1. 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, της όρασης και της γεύσης

διεγείρουν το κέντρο της όρεξης, που εδράζεται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου. Επίσης, το κέντρο αυτό ενεργοποιείται όταν έχουν περάσει πολλές ώρες (π.χ. 12 ώρες) 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 αυτών των «αγγελιαφόρων» ο εγκέφαλος παίρνει το μήνυμα ότι ικανοποιήθηκε η όρεξη του ατόμου (Vita, 2001).

2.2. Ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές

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 ύπαρξή 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 (Μαράτος, 1988).

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 (Τσίτσικα, 2006).

2.2.1. Ομάδες επικινδυνότητας

Οποιοσδήποτε μπορεί να αναπτύξει μια ψυχογενή διατροφική διαταραχή, ωστόσο, νεαρές γυναίκες είναι περισσότερο ευπαθείς, ιδιαίτερα μεταξύ των ηλικιών 15-25 ετών.

Πανεπιστημιακές έρευνες φανερώνουν πως τα γονίδια ενός ατόμου ίσως προδιαθέτουν το άτομο να αναπτύξει μια τέτοια διαταραχή που όταν ερεθιστούν από περιβαλλοντικούς παράγοντες -επίδραση από την στάση άλλων μελών της 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. Επίσης 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 (Ι.Ψ.Ε., 2008 και tovima.dolnet.gr/data/D2007/D0121/1reh2b).

2.2.2 Άξονες εκτίμησης ύπαρξης διατροφικής διαταραχής

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. Υπάρχουν τρεις βασικοί άξονες πάνω στους οποίους στηρίζεται η εκτίμηση για το εάν κάποιος υποφέρει από κάποιο ψυχογενές πρόβλημα διατροφής:

Σκέφτομαι ...	Αισθάνομαι ...	Συμπεριφέρομαι ...
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;	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;	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;

(Ι.Ψ.Ε., 2008)



2.2.3. Σημασία των διατροφικών διαταραχών

- Ø Σημαντική επίπτωση που συνεχώς αυξάνεται
- Ø Σημαντική νοσηρότητα- οργανική και ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία πάσχοντος
- Ø Σοβαρές επιπλοκές
- Ø Δύσκολη αντιμετώπιση, συχνές υποτροπές
- Ø Επιφυλακτική πρόγνωση, υψηλή θνητότητα (Τσίτσικα, 2006).

2.3. Διάκριση της ψυχογενούς ανορεξίας

Το πρώτο βήμα για την γνωριμία της ανορεξίας θα πρέπει να είναι η διάκρισή της από άλλες καταστάσεις που βιώνουν οι άνθρωποι. Η ψυχογενής ανορεξία είναι κάτι διαφορετικό από την απώλεια της όρεξης. Απώλεια της όρεξης για φαγητό μπορεί να έχουμε και σε άλλες καταστάσεις χωρίς να έχουμε ψυχογενή ανορεξία (π.χ., σε καταστάσεις κατάθλιψης ή άγχους). Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα κριτήρια που θέτει το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας.

2.3.1. Κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας

Τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας είναι:

1. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό όριο σύμφωνα με την ηλικία του και το βάρος του, π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της ανάπτυξης που οδηγεί σε βάρος 15% κάτω από το αναμενόμενο.
2. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύσαρκο, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

3. Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το βάρος και το σχήμα του σώματός του, ή άρνηση της σοβαρότητας που έχει πάρει το υπερβολικά χαμηλό του βάρος.
4. Σε γυναίκες, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τριών τουλάχιστον διαδοχικών εμμηνορυσιών (Καναβιτσάς, 2002).

2.3.2. Χαρακτηριστικά της νόσου

Τα κύρια χαρακτηριστικά της νόσου είναι η διαταραγμένη εικόνα του σώματος και ένας καταναγκασμός των ασθενών στο να είναι αδύνατοι, πράγμα που τους κάνει να επιμένουν ότι είναι παχείς ακόμη και όταν είναι πολύ πιο κάτω από το κανονικό τους βάρος. Χάνουν βάρος αποφεύγοντας τροφές που παχαίνουν, έχουν συχνά παράξενες κρυφές διατροφικές συνήθειες και συνήθως χρησιμοποιούν επιπρόσθετα μέσα, όπως κατάχρηση υπακτικών, πρόκληση εμετών και έντονη άσκηση (Al-Quadreh, 2005).

Η νευρική ανορεξία παρουσιάζεται από τα μέσα ενημέρωσης ως η νέα λαίλαπα που μαστίζει τις νεαρές γυναίκες στην Ελλάδα. Η νευρική ανορεξία είναι πλέον της μόδας, όλες οι νεαρές τη φοβούνται, μα οι περισσότερες ανησυχούν για το βάρος τους, το σώμα τους, προσέχουν τι τρώνε, πως το τρώνε, πότε το τρώνε. Αναζητούν να είναι τέλειες μέσα σε ένα τέλειο σώμα, με ένα τέλειο μυαλό, με υψηλές επιδόσεις στο σχολείο, στο πανεπιστήμιο, στην επαγγελματική ζωή. Είναι τα τέλεια παιδιά που δεν δημιούργησαν ποτέ πρόβλημα, ήταν πάντα συνεπείς, τακτικές, προσεκτικές και ποτέ αντιδραστικές και αυθάδεις προς τους γονείς τους. Τώρα όμως απειλούνται από τις τραγικές και καταστροφικές συνέπειες της νευρικής ανορεξίας. Νομίζουν ότι είναι υπέρβαρες, ότι δεν είναι αρκετά τέλειες και εμφανίζουν τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας για να αντισταθούν και οι ίδιες στη τελειομανία τους (Τσιάκα, 2008).

Συμπεριφορές που **σηματοδοτούν την ύπαρξη της νόσου:**

- 1) Το παιδί σας αξιολογεί τον εαυτό του με βάση το πόσα κιλά είναι, στρεσάρεται υπερβολικά με το νούμερο της ζυγαριάς. Έχει έντονη ενασχόληση με το βάρος και την εικόνα σώματος. Βάζει συνεχώς στόχους για απώλεια βάρους και θεωρεί τον εαυτό της ανάξιο αν δεν καταφέρει να το χάσει. Ο περιορισμός τροφής έχει ήδη ξεκινήσει. Υπάρχουν ανωμαλίες στην περίοδο ή απώλεια περιόδου.
- 2) Χρησιμοποιεί τελετουργικό κατά τη διάρκεια των γευμάτων, αργεί πολύ να φάει, μασάει αργά, τεμαχίζει την τροφή σε πολύ μικρά κομμάτια. Κάνει μονοφαγία, επιλέγει συνεχώς τις ίδιες τροφές με τις οποίες νιώθει ασφαλής. Αντιδρά όταν της λέτε κάτι για την τροφή. Διαπιστώστε αν το παιδί σας έχει μια ρουτίνα καθημερινότητας από την οποία δεν παρεκκλίνει ποτέ. Δηλαδή, ποια ώρα θα ξυπνήσει, τι ώρα θα φάει, θα ασκηθεί, θα διαβάσει, θα κοιμηθεί, θα δει τηλεόραση. Να θυμάστε είναι όλα προγραμματισμένα, ο “απόλυτος έλεγχος”.
- 3) Αρνείται να τρώει μαζί σας για να μην την ελέγχετε. Βρίσκετε πεταμένες τροφές στον κάδο, ή στο δωμάτιο, ή στην αυλή. Βρίσκετε υπολείμματα τροφών στην τουαλέτα στην περίπτωση που κάνει εμετό, χάπια διαίτης ή καθαρτικά στην τσάντα ή στα συρτάρια.
- 4) Έντονη φυσική δραστηριότητα, αποφεύγει το ασανσέρ για να πάει με τις σκάλες, περπατά μεγάλες αποστάσεις χιλιομέτρων, αρνείται ότι κάνει υπεργυμναστική, ενώ αναζητά την άσκηση καθημερινά σχεδόν την ίδια ώρα της ημέρας για να νιώσει ασφαλής ότι δεν θα πάρει θερμίδες.
- 5) Έχει την τάση να μαγειρεύει γλυκίσματα ή λιπαρά για όλη την οικογένεια χωρίς η ίδια να τα δοκιμάζει ποτέ. Μαζεύει συνταγές και παρακολουθεί εκπομπές μαγειρικής. Δεν υπάρχει μεγαλύτερη απόλαυση από αυτό, να προετοιμάζει τη τροφή χωρίς τελικά να την αναζητά να την γευτεί. Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να τονίσουμε την «αλαζονεία» της νευρογενούς ανορεξίας: καταφέρνει και αντιστέκεται στο βασικό ένστικτο της πείνας, κάτι στο οποίο οι υπόλοιποι θνητοί αποτυγχάνουν!

- 6) Έντονη σωματική υπερδιέγερση, είναι συνεχώς όρθια, προτιμά να περπατά, είναι σε ένα συνεχές στρες, αγχώνεται με το παραμικρό. Δεν μπορεί να κοιμηθεί, αναζητά την παρέα κάποιου δίπλα στο κρεβάτι της.
- 7) Αρχίζει να αλλάζει τη σχέση της με τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους. Γίνεται ευερέθιστη, αγχώδης, αντιδραστική, απόλυτη. Αρχίζει να πιστεύει ότι οι φίλες της τη ζηλεύουν για τα κιλά της και τις υψηλές επιδόσεις στο σχολείο. Δεν έχει κανένα ενδιαφέρον για το άλλο φύλο ή αδυνατεί να συσχετιστεί μαζί τους. Νομίζει ότι όλοι θέλουν να την παχύνουν. Η μόνιμη ενασχόλησή της με το βάρος και την τροφή την κάνει να συγκρίνει εμμονικά το σώμα της με το σώμα των άλλων (γονιών, αδερφών, φίλων, καθηγητών) (Τσίτσικα, 2006 και Τσιάκα, 2008).

Αν ένα παιδί έχει τις παραπάνω συμπεριφορές, πρέπει αρχικά να αναζητήσουν βοήθεια οι γονείς ώστε να μάθουν τεχνικές και τρόπους για την αντιμετώπιση του συμπτώματος. Πρέπει να θυμάται κανείς ότι όλα αυτά τα έχει η νευρική ανορεξία και όχι το παιδί του, αφού το ίδιο έχει νικηθεί από το φάντασμά της. Άμεσα να ζητηθεί βοήθεια για να εκπαιδευτούν οι γονείς να μην ανταποκρίνονται και να μην συσχετίζονται με τη νευρική ανορεξία. Το παιδί είναι αδύνατο και ευάλωτο. Το 70% των περιπτώσεων θεραπεύεται αν το προλάβει κανείς στα πρώτα στάδια της νόσου και η ελπίδα θεραπείας είναι πιο ισχυρή όταν υπάρχει άμεση βοήθεια από εξειδικευμένους ειδικούς στις διατροφικές διαταραχές (Τσιάκα, 2008 και ing.pathfinder.gr, 2007).

Οι περισσότερες ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία έχουν μια επίμονη ενασχόληση με το φαγητό και τον έλεγχο του βάρους τους. Το φαγητό και η αποφυγή του γίνεται ένα χόμπι που τις απορροφά εξ ολοκλήρου αποκλείοντας τις περισσότερες άλλες δραστηριότητες που θα ταίριαζαν κανονικά στην ηλικία τους και ιδιαίτερα τις κοινωνικές εκδηλώσεις όπου υπάρχει συνήθως φαγητό και αναμένεται να φάνε. Η ενασχόληση με το βάρος είναι τέτοια ώστε οι περισσότερες ασθενείς μπορούν να δώσουν ένα λεπτομερές ιστορικό των

αλλαγών του βάρους τους, που περιλαμβάνουν ακόμη και διαφορές μισού κιλού σε διάστημα μιας εβδομάδας. Η ενασχόληση με το φαγητό και τον έλεγχο του βάρους και η υπερβολικά έντονη παρόρμηση να γίνουν λεπτές οδηγεί τις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία στη χρήση μιας ποικιλίας συμπεριφορών στο φαγητό για να πετύχουν αυτό που επιθυμούν (Abraham και συν., 2000).

Οι νέες γυναίκες που το βάρος τους ήταν συνήθως μέσα στα φυσιολογικά όρια πριν αρχίσει η διαταραχή τους, χάνουν γενικά βάρος με την απλή μέθοδο του να τρώνε λιγότερο και αποφεύγοντας καταστάσεις στις οποίες πρέπει να φάνε. Για να αποφύγουν να φάνε βρίσκουν δικαιολογίες όπως «δεν πεινάω αυτή τη στιγμή και θα φάω αργότερα» όταν οι γονείς τους τους λένε ότι το γεύμα είναι έτοιμο. Μπορεί να είναι ανταγωνιστικές και έχουν συχνά μανία με τη δουλειά τους, πράγμα που τους επιτρέπει να αποφεύγουν τις κοινωνικές εκδηλώσεις με φαγητό. Εκτός από την αυστηρή δίαιτα, μπορεί να χρησιμοποιούν τη γυμναστική ως μέθοδο για να χάνουν βάρος. Μπορεί να κάνουν τζόγκινγκ, να παίζουν σκουός, να πηγαίνουν σε «φάρμες υγείας» ή να «προπονοούνται» σ' ένα γυμναστήριο ατέλειωτες ώρες (Abraham, 2000).

Η δεύτερη ομάδα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία, που συνήθως ήταν υπέρβαρες πριν από την έναρξη της αρρώστιας και που το βάρος τους τείνει να εμφανίζει διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της αρρώστιας, χρησιμοποιούν μεθόδους που μπορεί να είναι επικίνδυνες για να χάσουν βάρος. Σ' αυτή τη συμπεριφορά μοιάζουν με τις βουλιμικές. Συνήθως αρνούνται ότι ενδιαφέρονται καθόλου για το βάρος τους. Όταν βρίσκονται με κόσμο ή με την οικογένειά τους φαίνεται να τρώνε κανονικές ποσότητες φαγητού. Αφού φάνε όμως, βρίσκουν δικαιολογίες για να φύγουν από την ομάδα και να προκαλέσουν εμετό συχνά σε συνδυασμό με υπερβολική χρήση καθαρτικών. Εξαιτίας των συνηθειών τους στο φαγητό, φάσεις σοβαρής μείωσης βάρους, που προκαλεί απίσχνανση, εναλλάσσονται με περιόδους αύξησης βάρους. Τείνουν να είναι αρκετά κοινωνικές και είναι λιγότερο ιδεοληπτικές από εκείνες που κάνουν δίαιτα. Σε μερικές περιπτώσεις η γυναίκα ήταν βουλιμική

για αρκετούς μήνες ή ακόμη και χρόνια πριν πάρει την απόφαση να χάσει βάρος που την οδηγεί ανελέητα στην ψυχογενή ανορεξία (Abraham, 2000).

2.3.3. Έναρξη ψυχογενούς ανορεξίας

Η απόφαση να κάνει κανείς δίαιτα για να αδυνατίσει πυροδοτείται με διάφορους τρόπους, ανάλογα με την προσωπικότητα της γυναίκας και τις ειδικές συνθήκες που αντιμετωπίζει. Συχνά η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας σε μια νέα κοπέλα ακολουθεί την επίγνωση του γεγονότος πως δεν της αρέσει το σχήμα ή το μέγεθος του σώματός της. Όπως έχουμε αναφέρει, το ενδιαφέρον για το σχήμα και το μέγεθος του σώματος είναι συνηθισμένο στις έφηβες αλλά στην περίπτωση εκείνων που έχουν ψυχογενή ανορεξία, γίνεται έμμονη ιδέα. Η ενασχόληση της νέας γυναίκας με το σώμα και το βάρος της ακολουθεί συχνά μια πρόκληση. Για παράδειγμα, οι συγγενείς ή οι φίλοι της μπορεί να την πειράζουν για το σώμα της και το βάρος της ή μπορεί να κάνει συναγωνισμό με μια φίλη της για να χάσει βάρος. Η οικογενειακή ένταση μπορεί να είναι ένας αρκετά σημαντικός παράγοντας στην πρόκληση της έναρξης της ανορεξίας.^{11,24}

Ο συνηθέστερος παράγοντας είναι ένας αγώνας ανεξαρτησίας/εξάρτησης ανάμεσα στη νέα γυναίκα και στον ένα ή και στους δυο γονείς της, που δίνουν μεικτά μηνύματα όπως π.χ. «πρέπει να είσαι ανεξάρτητη αλλά σε χρειαζόμαστε στο σπίτι». Σε άλλες περιπτώσεις η νέα γυναίκα έχει πάθει σύγχυση. Θέλει να είναι ανεξάρτητη αλλά και εξαρτημένη. Για παράδειγμα μπορεί να λέει «θέλω να κάνω τα πράγματα με το δικό μου τρόπο αλλά θέλω τη σιγουριά του σπιτιού». Σε άλλες περιπτώσεις η έναρξη της ανορεξίας σχετίζεται με μια σειρά γεγονότων που δημιουργούν από μόνα τους στρες, όπως ένας καβγάς μ' ένα φίλο, η πρώτη εμπειρία του σεξ, μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ο γάμος, μια σημαντική εξέταση ή με μια περίοδο επιδείνωσης ήδη εντασιογόνων συνθηκών όπως ο χωρισμός των γονιών ή η αυξανόμενη πίεση που δέχεται το κορίτσι για

να «πετύχει» στο σχολείο ή σε εξωσχολικές δραστηριότητες όπως ο αθλητισμός ή ο χορός (Δημητριάδη, 2008 και Abraham, 2000).

2.3.4. Σωματικά γνωρίσματα ψυχογενούς ανορεξίας

Τα σωματικά συμπτώματα της ασθένειας μπορεί να είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς που χρησιμοποίησε η κοπέλα για να χάσει βάρος ή του ίδιου του χαμηλού της βάρους. Όταν μια γυναίκα αδυνατίζει υπερβολικά, η μονωτική στοιβάδα λίπους της χάνεται σε μεγάλο βαθμό και έτσι γίνεται αναισθητη στην υψηλή και στη χαμηλή θερμοκρασία τα χέρια και τα πόδια της είναι κρύα και συχνά μελανά. Το δέρμα της μπορεί να στεγνώσει, τα μαλλιά της να γίνουν λεπτά και να εμφανιστεί στο πρόσωπο, στην πλάτη ή στα μπράτσα της ένα απαλό χνούδι. Ο καρδιακός ρυθμός επιβραδύνεται και η πίεση του αίματός της πέφτει, ίσως γιατί ο οργανισμός της προσπαθεί να προσαρμοστεί στη χαμηλή πρόσληψη ενέργειας καταναλίσκοντας λιγότερη ενέργεια (Abraham, 2000).

Παρ' όλα αυτά η αντίδραση των ασθενών που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία στη γυμναστική είναι φυσιολογική και ο καρδιακός ρυθμός τους αυξάνει στον ίδιο βαθμό με εκείνο των «φυσιολογικών» γυναικών. Η κινητικότητα του εντέρου πολλών ασθενών με ψυχογενή ανορεξία μειώνεται γιατί υπάρχει λιγότερη τροφή στα έντερα για να διεγείρει την περισταλτική δραστηριότητα και η δυσκοιλιότητα είναι συνηθισμένη. Αν η γυναίκα έκανε μια δίαιτα πείνας μπορεί να πάθει αβιταμίνωση που μπορεί να είναι πολύ σοβαρή.

Μπορεί να εμφανισθεί οίδημα σε μερικές γυναίκες, ιδίως μετά από μια προσπάθεια να κερδίσουν βάρος τρώγοντας περισσότερο. Αν η γυναίκα παρατηρήσει το πρήξιμο αυτό μπορεί να την αποθαρρύνει από το να προσπαθήσει να αυξήσει περισσότερο το βάρος της ή να την κάνει να χρησιμοποιήσει διουρητικά. Μπορεί επίσης να εμφανιστεί οίδημα όταν η γυναίκα σταματήσει να παίρνει διουρητικά ή καθαρτικά λόγω «αντανεκλαστικής» κατακράτησης υγρών στο σώμα της. Το οίδημα μπορεί να

την τρομοκρατήσει τόσο πολύ ώστε να αρχίσει και πάλι να εφαρμόζει επικίνδυνες μεθόδους ελέγχου του βάρους (Τσιάκα, 2008).

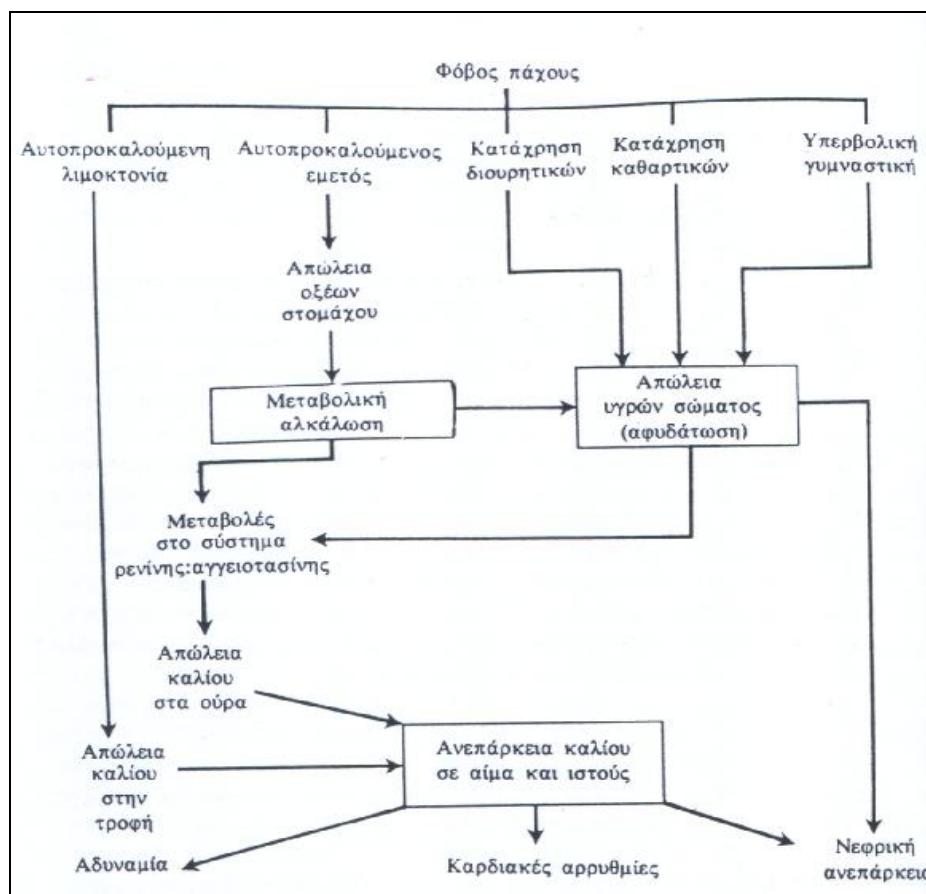
Η συμπεριφορά που στοχεύει στην απώλεια βάρους όπως η λιμοκτονία, η πρόκληση εμετού, η κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών και η υπερβολική γυμναστική μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικές, φυσιολογικές και βιοχημικές διαταραχές. Οι ψυχολογικές διαταραχές περιλαμβάνουν νωθρότητα και συγκινησιακή αστάθεια (βίαιες μεταβολές διάθεσης). Οι σωματικές διαταραχές περιλαμβάνουν διάταση των εντέρων που δίνει στη γυναίκα ένα αίσθημα υπερβολικού φουσκώματος και μπορεί να επιδεινώσει τη δυσκοιλιότητα που ήδη υπάρχει. Επίσης μερικές γυναίκες παθαίνουν εύκολα μώλωπες.

Οι βιοχημικές διαταραχές έχουν σοβαρότερες επιπτώσεις. Οι κύριες διαταραχές είναι η αφυδάτωση και οι μεταβολές των επιπέδων ορισμένων ηλεκτρολυτών στο αίμα. Τα επίπεδα καλίου και χλωρίου μειώνονται και το αίμα γίνεται αλκαλικό σε κάποιο βαθμό, προκαλώντας μεταβολική αλκάλωση (American Psychiatric Association, 1994).

Η αφυδάτωση και τα χαμηλά επίπεδα καλίου στον οργανισμό μπορεί να προκαλέσουν αδυναμία. Η μεταβολική αλκάλωση μπορεί να βλάψει τη νευρομυϊκή λειτουργία και η γυναίκα να εμφανίσει μουδιάσματα στα χέρια και στα πόδια και να σφίγγει χωρίς να το θέλει τις γροθιές της όπως συμβαίνει στην τετανία. Το χαμηλό κάλιο του οργανισμού και η αλκάλωση μπορεί να προκαλέσει ανωμαλίες στον καρδιακό ρυθμό και αλλοιώσεις στο ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Παρά τη σοβαρότητα της απώλειας βάρους, είναι εκπληκτικό πόσο λίγες ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία εμφανίζουν σοβαρή ανεπάρκεια καλίου. Αυτό οφείλεται ίσως στους φυσιολογικούς αντισταθμιστικούς μηχανισμούς που λειτουργούν και στο ότι η δίαιτα είναι σχετικά θρεπτική, αλλά έχει μεγάλη ανεπάρκεια ενέργειας. Οι ανορεκτικές γυναίκες καταλαβαίνουν ότι το να χάσουν βάρος μπορεί να προκαλέσει εξάντληση καλίου και διαλέγουν τροφές

που είναι φτωχές σε θερμίδες (ενέργεια) αλλά πλούσιες σε κάλιο (όπως οι ντομάτες, ο χυμός πορτοκαλιού και οι πιπεριές) (Abraham, 2000).



Προβλήματα ηλεκτρολυτών στην ψυχογενή ανορεξία¹⁴

Πολλές ασθενείς που πάσχουν από ανορεξία είναι υπερδραστήριες, πάντοτε απασχολημένες και δεν μπορούν να χαλαρώσουν. Η υπερδραστηριότητα μπορεί να προκαλέσει αϋπνία, ιδίως ξύπνημα νωρίς το πρωί, που είναι χαρακτηριστικό μερικών ασθενών με ψυχογενή ανορεξία.

Οδοντικά προβλήματα εμφανίζονται επίσης στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, ιδίως σε εκείνες που προκαλούν εμετό. Η απώλεια του οδοντικού σμάλτου, οφείλεται στις επιδράσεις του όξινου έμετου στα δόντια. Επίσης η αφυδάτωση, μεταβάλλοντας την ποσότητα και τη σύνθεση του σάλιου, αυξάνει την πιθανότητα χαλάσματος των δοντιών (Abraham και συν., 2000 και Apheldorfer, 1997).

2.3.5. Διαταραχές της περιόδου στην ψυχογενή ανορεξία

Ένα σοβαρό σωματικό πρόβλημα στις γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία είναι ότι δεν φτάνουν στην εμμηναρχή ή οι περίοδοί τους σταματούν, συχνά πολύ πριν να χάσουν πολύ βάρος. Πράγματι, η απουσία περιόδου είναι από τα χαρακτηριστικά που είναι απαραίτητα για να γίνει διάγνωση (Μαράτος, 1988).

Η εξήγηση των διαταραχών της περιόδου είναι μάλλον περίπλοκη γιατί συνεπάγεται την αλληλεπίδραση ενός αριθμού ορμονών. Ο έλεγχος αυτών των ορμονικών σχέσεων βρίσκεται στην περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται υποθάλαμος, που με τη σειρά του επηρεάζεται από μηνύματα από άλλα τμήματα του εγκεφάλου, και από εξωτερικούς παράγοντες, όπως το συγκινησιακό σοκ (Abraham και συν., 2000).

Στην παιδική ηλικία, πριν από την εφηβεία, σ' όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας και μέχρι το γήρας ο υποθάλαμος εκκρίνει και απελευθερώνει αρκετές ορμόνες σε μικρά αιμοφόρα αγγεία που τις μεταφέρουν στην υπόφυση όπου προκαλούν τη σύνθεση και την απελευθέρωση των ορμονών της υπόφυσης, που ασκούν βαθιές επιδράσεις στον οργανισμό. Επειδή προκαλούν την απελευθέρωση ορμονών από την υπόφυση, οι ορμόνες που κατασκευάζονται στον υποθάλαμο ονομάζονται εκλυτικές ορμόνες (Abraham και συν., 2000).

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

περιπτώσεις η-διαταραχή της περιόδου συνδέεται σχεδόν με βεβαιότητα με τη συμπεριφορά απώλειας βάρους (Abraham και συν., 2000). Συμπερασματικά τα στάδια εγκατάστασης της νόσου είναι:

2.3.6. Στάδια εγκατάστασης νόσου

- Ø Υποθερμιδική διαίτα + πρόγραμμα γυμναστικής
- Ø Απώλεια βάρους
- Ø Αμηνόρροια
- Ø Απώλεια όρεξης, αίσθημα ικανοποίησης
- Ø Στόχοι για όλο και μεγαλύτερη απώλεια βάρους
- Ø Μεταβολή συμπεριφοράς: εμμονή, απομόνωση, απόλυτη αφοσίωση στο «στόχο»
- Ø Σημαντική απώλεια βάρους - απίσχναση
- Ø Επιπλοκές (Ι.Ψ.Ε., 2008).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

3.1. Αίτια ψυχογενούς ανορεξίας

Η αιτιολογία της νευρικής ανορεξίας είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη καθώς η ασθένεια αυτή επηρεάζεται από βιολογικούς, γενετικούς, ενδοπροσωπικούς, οικογενειακούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.

Τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει μια αλματώδη αύξηση των διαταραχών διατροφής. Το ποσοστό της νευρικής ανορεξίας κυμαίνεται από 0,4 σε 0,7% και κυρίως εκδηλώνεται σε γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών. 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. Ένα επίσης ανησυχητικό εύρημα είναι πως έχουν αρχίσει να αναφέρονται αυξανόμενα περιστατικά νευρικής ανορεξίας σε ηλικίες 8-13 ετών, γεγονός που ήδη είχε καταγραφεί από το 1992 από τους ερευνητές Lask και Bryant-Waugh. Τα αίτια της νευρικής ανορεξίας φαίνεται να είναι πολυπαραγοντικά. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κοινωνίας, του τρόπου σκέψης, του συναισθήματος αλλά και της οικογένειας στην οποία ζουν τα άτομα με ανορεξία έχουν ενοχοποιηθεί σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό για την εκδήλωση της διαταραχής αυτής. Οι παράγοντες αυτοί περισσότερο φαίνεται να συμπληρώνουν ο ένας τον άλλον κι όχι να αποκλείουν ο ένας τον άλλον (Σκαπινάκης, 2004).

Η σκέψη των ατόμων με νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση κι από μια διαρκή ανάγκη για έλεγχο των καταστάσεων και του εαυτού τους. Όσο πιο πολύ συνειδητοποιούν ότι είναι δύσκολο να ελέγξουν τις καταστάσεις γύρω τους τόσο πιο πολύ θέλουν να ελέγξουν το σώμα τους μέσα από τη δίαιτα και την άσκηση. Πέφτουν σε παγίδες του τύπου «άσπρο-μαύρο» δηλαδή θεωρούν ότι κάποιος είτε θα είναι αδύνατος και όμορφος, είτε χοντρός και άσχημος χωρίς κανένα ενδιάμεσο στάδιο. Επίσης τείνουν σε μεγάλο βαθμό

να θεωρούν πως η ελκυστικότητα και η ομορφιά κάποιου εξαρτάται αποκλειστικά από το ποσοστό λίπους που έχει επάνω του. Πέρα από τα παραπάνω στις πιο πολλές περιπτώσεις η σκέψη των ατόμων με νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από τη διαστρέβλωση της εικόνας του σώματός τους. Αυτό σημαίνει πως όταν κοιτούν τον εαυτό τους στον καθρέφτη βλέπουν το σώμα τους παχύτερο από ότι είναι στην πραγματικότητα (Σκαπινάκης, 2004).

Το συναίσθημα των ανορεξικών χαρακτηρίζεται από στενοχώρια και άγχος και μια διάγνωση κατάθλιψης συχνά συνοδεύει μια διάγνωση νευρικής ανορεξίας. Κάποιοι ερευνητές, όπως οι Blouin και συνεργάτες υποθέτουν πως η νευρική ανορεξία είναι μια παραλλαγή της κατάθλιψης ενώ άλλοι, π.χ. οι Vanderlinden, Norre και Vandereycken θεωρούν πως η κατάθλιψη μπορεί απλά να είναι το αποτέλεσμα της όλης ζωής και των προβλημάτων του ανορεξικού (Καναβιτσάς, 2002).

Στον τομέα της οικογένειας, υπάρχει η άποψη πως οι οικογένειες των ατόμων με νευρική ανορεξία δεν επιτρέπουν στα νεαρά μέλη τους να αποδεχτούν μέσα από την εφηβεία το νέο τους σώμα και δεν βοηθούνται να αποκτήσουν μια νέα ενήλικη ταυτότητα. Κατά αυτό τον τρόπο οι έφηβες κοπέλες νιώθουν αμηχανία και δυσκολία να δημιουργήσουν μια νέα ταυτότητα σώματος και να την περιλάβουν με αυτοεκτίμηση. Έτσι καταφεύγουν σε έναν ασκητικό τρόπο διατροφής «αρνούμενες να μεγαλώσουν». Σε όλα τα παραπάνω αν προσθέσουμε και την άποψη πως το φαγητό είναι ένας τρόπος επικοινωνίας της μητέρας με τα παιδιά της, θέματα διατροφής κι ανάπτυξης μπορεί να εμπεριέχουν και παιχνίδια εξουσίας στο χώρο της οικογένειας (Καναβιτσάς, 2002 και Σκαπινάκης, 2004).

Εξάλλου, ερευνητές από το πανεπιστήμιο του Pittsburgh των Ηνωμένων Πολιτειών, στην προσπάθειά τους να ανακαλύψουν τις αιτίες της νευρικής ανορεξίας, εξέτασαν τον εγκέφαλο γυναικών με νευρική ανορεξία και σύγκριναν τα ευρήματα με ανάλογα αποτελέσματα από γυναίκες χωρίς νευρική ανορεξία. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποίησαν την τομογραφία εκπομπής

ποζιτρονίων (PET scan). Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων δημιουργεί τρισδιάστατες εικόνες, οι οποίες απεικονίζουν μεταβολικές και χημικές λειτουργίες του εγκεφάλου. Εξέτασαν τον εγκέφαλο 13 γυναικών που είχαν περιοριστικού τύπου ανορεξία και οι οποίες είχαν ανακάμψει από την πάθησή τους. Το ίδιο έκαναν και για 12 γυναίκες με νευρική ανορεξία με βουλιμία. Τα αποτελέσματα από τις ανορεξικές γυναίκες συγκρίθηκαν με εκείνα από 18 υγιείς γυναίκες (Σκαπινάκης, 2004 και Ιατρική σελίδα, 2006).

Τα συμπεράσματα των ερευνητών ήταν ότι η νευρική ανορεξία σχετίζεται με διαταραχές στο μεταβολισμό της σεροτονίνης. Είναι πιθανόν ότι οι ανωμαλίες με χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης, οδηγούν σε αυξημένο άγχος που με τη σειρά του μπορεί να είναι αιτία έναρξης της νευρικής ανορεξίας. Η σεροτονίνη είναι σημαντικός νευροδιαβιβαστής στο εγκέφαλο. Η δράση της σχετίζεται με την ψυχική διάθεση, την κατάθλιψη και τις αγχώδεις καταστάσεις. Οι υποδοχείς των εγκεφαλικών κυττάρων για τη σεροτονίνη βρέθηκαν να έχουν ρόλο στη διατροφική συμπεριφορά και στο άγχος. Τα στοιχεία που προέκυψαν θα μπορούσαν να αποτελέσουν την αρχή για την καλύτερη κατανόηση της αιτίας της νευρικής ανορεξίας. Στη συνέχεια θα μπορούσαν να αναπτυχθούν νέα φάρμακα που θα στοχεύουν επιλεκτικά στη διόρθωση των βιοχημικών ανωμαλιών που φαίνεται ότι υπάρχουν και προκαλούν τη νευρική ανορεξία (Ιατρική σελίδα, 2005).

Συμπερασματικά, η ακριβής αιτία της νευρογενούς ανορεξίας δεν είναι γνωστή. Οι περισσότεροι συγγραφείς, το τελευταίο χρονικό διάστημα, αποδίδουν πολλά από τα σημεία και τα συμπτώματα στην κακή θρέψη. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ένας συνδυασμός από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες συμβάλλει στην εμφάνιση της νευρογενούς ανορεξίας. Γενετική προδιάθεση, οικογενειακά προβλήματα και συγκινησιακά προβλήματα σε συνδυασμό, σε ένα δεδομένο κοινωνικό περιβάλλον, μπορεί να ευθύνονται για την πρόκληση της τυπικής διαιτητικής συμπεριφοράς των ατόμων με νευρογενή ανορεξία (Al-Quadreh, 2005 και Σκαπινάκης, 2004).

3.2. Τύποι νευρογενούς ανορεξίας

Η νευρογενής ανορεξία εκδηλώνεται με δύο διαφορετικούς τύπους (**α**) ανορεξία στερητικού τύπου και (**β**) ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου:

3.2.1. Ανορεξία στερητικού τύπου

Ο στερητικός τύπος της νευρογενούς ανορεξίας χαρακτηρίζεται από μια παρατεταμένη και αυστηρή αποχή από το φαγητό. Οι ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου συνήθως χαρακτηρίζονται από περισσότερη εσωστρέφεια κι αρνούνται να παραδεχτούν πως νιώθουν πείνα και άγχος (Σταματάκη, 2004).

Συμπτώματα: Οι περιπτώσεις ανορεξίας του τύπου αυτού χαρακτηρίζονται από στέρηση φαγητού (ανορεξία περιοριστικού τύπου).

3.2.2. Ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου:

Ο υπερκαταναλωτικός τύπος της ανορεξίας (περισσότερο επικίνδυνος) χαρακτηρίζεται από σποραδικά επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούνται από τεχνητή πρόκληση εμετού ή χρήση διουρητικών και καθαρτικών φαρμάκων. Οι ασθενείς με ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου χαρακτηρίζονται από εξωστρέφεια, αναφέρουν συχνότερα άγχος, κατάθλιψη κι ενοχές, παραδέχονται πως έχουν έντονη όρεξη και τείνουν να είναι μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τους ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου (Καναβιτσάς, 2002 και Σταματάκη, 2004).

Συμπτώματα: Οι περιπτώσεις της ανορεξίας υπερκαταναλωτικού τύπου χαρακτηρίζονται από περιόδους στέρησης που εναλλάσσονται από επεισόδια βουλιμίας με υπερφαγία που ακολουθούνται όμως από προκλητούς εμετούς (ανορεξία περιοριστικού - βουλιμικού τύπου) (Τάκης, 2004).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4.1. Διαγνωστικά στοιχεία

Παρόλο που υπάρχουν βιολογικά τεστ τα οποία μπορούν να βοηθήσουν στη **διάγνωση** της ανορεξίας, η τελική διάγνωση βασίζεται στο συνδυασμό της συμπεριφοράς, των πεποιθήσεων και εμπειριών και των φυσικών χαρακτηριστικών του ασθενούς. Τυπικά, η ανορεξία μπορεί να διαγνωστεί από κλινικό ψυχολόγο, ψυχίατρο ή άλλο ειδικευμένο επιστήμονα (Νεοφύτου και συν., 2008).

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα διαγνωστικά κριτήρια σκοπό έχουν να βοηθήσουν τους γιατρούς και δεν είναι αντιπροσωπευτικά του πώς αισθάνεται ή βιώνει ο ασθενής τη διαταραχή.

Σύμφωνα με το *DSM-IV-TR*, για να διαγνωστεί ότι ένα άτομο πάσχει από νευρική ανορεξία πρέπει να εμφανίζει τα εξής συμπτώματα:

- 1.** Άρνηση να διατηρήσει το φυσιολογικό για την ηλικία και το φύλο του σωματικό βάρος (π.χ. σωματικό βάρος μικρότερο από 85% του φυσιολογικού).
- 2.** Έντονος φόβος ότι θα πάρει βάρος ή θα γίνει παχύσαρκο.
- 3.** Δυσαρέσκεια από το βάρος ή την εικόνα του σώματος, αρνητική επίδραση της αύξησης του βάρους, χαμηλή αυτοεκτίμηση, άρνηση να δεχθεί τη σοβαρότητα του υπερβολικά χαμηλού σωματικού βάρους.
- 4.** Απουσία τουλάχιστον τριών συνεχόμενων καταμήνιων κύκλων αμηνόρροια στις ενήλικες γυναίκες που δεν έχουν ακόμα μπει ακόμα στον κύκλο της εμμηνόπαυσης (Νεοφύτου και συν., 2008).

Επιπλέον, στο *DSM-IV-TR* διακρίνονται δύο ακόμα **δευτερεύοντες τύποι**:

- Κατά τη διάρκεια της νευρογενούς ανορεξίας, το άτομο δεν εμπλέκεται τακτικά σε μέσα όπως πρόκληση έμετων, ασιτία, υπερβολική φυσική άσκηση ή χρήση διουρητικών, καθαρτικών φαρμάκων ή υποκλυσμών.
- Κατά τη διάρκεια της νευρογενούς ανορεξίας, το άτομο χρησιμοποιεί τακτικά μέσα όπως πρόκληση έμετων, ασιτία, υπερβολική φυσική άσκηση, χρήση διουρητικών, καθαρτικών φαρμάκων ή υποκλυσμών (Νεοφύτου και συν., 2008).

Τα κριτήρια που αναφέρονται στο *ICD-10* είναι παρόμοια αλλά επιπλέον αναφέρει:

1. Τρόπους με τους οποίους τα άτομα μπορεί να προκαλούν την απώλεια βάρους ή να προσπαθούν να διατηρήσουν το ήδη χαμηλό τους βάρος (αποφυγή παχυντικών τροφών, πρόκληση έμετου, υπερβολική σωματική άσκηση, εκτεταμένη χρήση μέσων καταστολής της όρεξης ή διουρητικών).
2. Συγκεκριμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά μεταξύ των οποίων ενδοκρινικές διαταραχές του άξονα του υποθαλάμου-υπόφυσης-γονάδων που στις γυναίκες εκδηλώνεται ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απουσία του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και ανικανότητα. Μπορεί επίσης να είναι αυξημένα τα επίπεδα της κορτιζόλης, να παρατηρούνται αλλαγές στον περιφερικό μεταβολισμό της ορμόνης του θυρεοειδούς και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης.
3. Εάν το άτομο δεν έχει μπει ακόμα στην περίοδο της εφηβείας μπορεί να καθυστερήσει ή να ανασταλθεί τελείως η ανάπτυξή του (www.live-pedia.gr, 2008).

Από τις πρώτες **ενδείξεις** που παρατηρούνται και συνδέονται με την ανορεξία είναι η αλλαγή της δομής του εγκεφάλου, η οποία εν μέρει επανέρχεται μετά την ανάκτηση του φυσιολογικού βάρους.

Άλλες **επιδράσεις** μπορεί να είναι:

- Υπερβολική απώλεια βάρους.
- Δ.Μ.Σ χαμηλότερος από 18,5 στους ενήλικες ή βάρος κατά 85% χαμηλότερο από το φυσιολογικό στα παιδιά.
- Αναστολή της ανάπτυξης.
- Ενδοκρινολογικές διαταραχές που στα κορίτσια οδηγούν σε διακοπή του καταμήνιου κύκλου (αμηνόρροια).
- Μειωμένη γενετήσια ορμή (λίμπιντο), σεξουαλική ανικανότητα στους άνδρες.
- Συμπτώματα ασιτίας όπως πτώση του μεταβολισμού, αργό καρδιακό παλμό (βραδυκαρδία), υπόταση, υποθερμία και αναιμία.
- Διαταραχές στο επίπεδο των ανόργανων στοιχείων και ηλεκτρολυτών του σώματος.
- Αδυναμία και λέπτυνση των μαλλιών.
- Ανάπτυξη έντονης τριχοφυΐας σε ολόκληρο το σώμα.
- Συνεχές αίσθημα ψύχους.
- Έλλειψη ψευδαργύρου.
- Μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων.
- Αποδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος.
- Χλωμάδα του δέρματος και μάτια βυθισμένα στις κόγχες.
- Ευάλωτες αρθρώσεις και οστά.
- Συσσώρευση υγρών στους αστραγάλους κατά τη διάρκεια της ημέρας και γύρω από τα μάτια κατά τη διάρκεια της νύχτας.
- Φθορά και καταστροφή των δοντιών.
- Δυσκοιλιότητα.
- Ξηροδερμία.
- Ξηρά ή σκασμένα χείλη.
- Κακή κυκλοφορία του αίματος που εκδηλώνεται με μωδιάσματα και μελανιάσματα του δέρματος.

- Σε περιπτώσεις ακραίας απώλειας βάρους, μπορεί να παρατηρηθεί ατονία των νεύρων που οδηγεί σε δυσκολία κίνησης των ποδιών (Νεοφύτου και συν, 2008 και Live-Pedia, 2008).
- Πονοκέφαλοι.
- Εύθραυστα νύχια.
- Προκαλούνται εύκολα μώλωπες.
- Γενικά, ασθενική και εύθραυστη εικόνα του σώματος του ασθενούς.

Ψυχολογικά

- Διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος.
- Υπερεκτίμηση του βάρους και του σχήματος του σώματος.
- Αρνητικές σκέψεις και φόβος σχετικά με το φαγητό.
- Τελειομανία (Live-Pedia, 2008).

4.2. Η ψυχογενής ανορεξία στα παιδιά

Η συχνότητα της προεφηβικής ανορεξίας εκτιμάται να είναι το 3% του συνόλου των καταγεγραμμένων περιπτώσεων νευρικής ανορεξίας. Τα θηλυκά αποτελούν το 86% από όλες τις καταγεγραμμένες περιπτώσεις στην παιδική ηλικία. Η νευρική ανορεξία αναφέρεται να λαμβάνει χώρα τόσο νωρίς όσο το τέταρτο έτος της ηλικίας.

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

σχέση της παιδικής ανορεξίας με την επηρεαστική διαταραχή δεν είναι ξεκάθαρη (Vita, 2001).

Οι κλινικές εκδηλώσεις της παιδικής νευρικής ανορεξίας θα πρέπει να καλύπτουν τα περισσότερα από τα κριτήρια DSM-III-R για το ξεκίνημα της εφηβικής ανορεξίας. Παρ' όλο αυτά, μια μείωση της τάξης του 15% από το ιδανικό σωματικό βάρος αντί του 25% είναι αρκετή για να γίνει διάγνωση στα παιδιά. Η διαστρέβλωση της εικόνας του σώματός τους ίσως να τονιστεί λιγότερο από ότι σε ενήλικες ανορεκτικούς ασθενείς. Η αλεξιθυμία είναι συχνά παρούσα (Παπαγεωργίου, 2005 και Ι.Ψ.Ε., 2008).

4.2.1. Κλινικά χαρακτηριστικά

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

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

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

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

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

3. Τα σημάδια της ανορεξίας που παρατηρούνται σωματικά αλλά και σε εργαστηριακά ευρήματα, σχετίζονται με τον λιμό και τυπικά περιλαμβάνουν την υπερένταση, συγκοπή, υποθερμία, ξηροδερμία, ηλεκτρολυτική και υποθαλάμια δυσλειτουργία, υπογλυκαιμία, γαστρικό έλκος και αρρυθμία (Vita, 2001 και Τσίτσικα, 2006).

4. Προ της νόσου χαρακτηριστικά

- α. Εξάρτηση, φόβος και σχιζοειδή χαρακτηριστικά με στοιχεία κατάθλιψης.
- β. Διαταραχές στην ανάπτυξη του εγώ, προψυχωτικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας και ψυχωτικά επεισόδια.
- γ. Ένα ιστορικό με εξεζητημένο διατροφολόγιο.

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

- α. Γέννηση ενός νέου παιδιού στην οικογένεια. β. Στέρηση του ενός γονιού ή συγγενή.
- γ. Οικογενειακή ασυμφωνία.
- δ. Κριτική συνομηλίκων για το μέγεθος του σώματός τους.
- ε. Φόβος παχυσαρκίας.
- στ. Ξεκίνημα της ανάπτυξης στήθους.
- ζ. Φόβοι πνιγμού κατά την διάρκεια του φαγητού.
- η. Ξεκίνημα εντερικής φλεγμονής (Παπαγεωργίου, 2005).

Η θεραπεία θα πρέπει να επικεντρωθεί στο να σταθεροποιηθεί η διατροφή για να αποφύγουμε μόνιμη παρέμβαση στην ανάπτυξη του αναστήματος και στην καθυστέρηση της εφηβείας και των δευτερογενών σεξουαλικών χαρακτηριστικών. Μια πολύπλευρη προσέγγιση, που συμπεριλαμβάνει ατομική ψυχοθεραπεία, τροποποίηση της συμπεριφοράς, οικογενειακή θεραπεία και ιατρική διαχείριση, είναι απαραίτητη. Η από κοντά παρακολούθηση της σωματικής κατάστασης του ασθενούς με εργαστηριακή και σωματική εξέταση είναι σημαντική. Η ανάγκη για θεραπευτική εργασία με

τους γονείς είναι πιο ευθέως αναγνωρίσιμη σε περιπτώσεις ανορεξίας που ξεκίνησαν στην παιδική ηλικία παρά σε περιπτώσεις ανορεξίας που ξεκίνησαν στην εφηβεία. Τα αποτελέσματα των διαφορετικών μορφών θεραπείας είναι δύσκολο να τα προβλέψουμε επειδή ποικίλουν, εξαρτώμενα από τον βαθμό ψυχοπαθολογίας. Συνήθως, παρ' όλα, αυτά η πρόωπη διάγνωση και θεραπεία μειώνουν την θνησιμότητα (Τσίτσικα, 2006).

4.3. Νευρογενής ανορεξία στους άνδρες

Αποτελεί το 6% των υποθέσεων που παρουσιάζεται σε κλινικές διατροφικών διαταραχών. Ο μέσος όρος ηλικίας του ξεκινήματος των συμπτωμάτων στους άντρες με νευρική ανορεξία κυμαίνεται μεταξύ 17 και 24 ετών. Τυπικά ένας ανορεκτικός άντρας αναζητά θεραπεία 3,5 χρόνια αφού έχουν ξεκινήσει τα συμπτώματα. Στους περισσότερους άντρες ανορεκτικούς η ήπια παχυσαρκία ίσως προηγηθεί του ξεκινήματος της ανορεξίας. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση δεν φαίνεται να είναι παράγοντας στους άντρες με ανορεξία παγκοσμίως, στις Η.Π.Α. παρ' όλα αυτά, μια συσχέτιση με την υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση έχει καταγραφεί.

Η αιτιολογία της νευρικής ανορεξίας στους άντρες δεν έχει προσδιοριστεί. Η διαταραχή στην ταυτότητα του γένους έχει χαρακτηρίσει την πριν τη νόσο ανδρική ανορεξία (Τσίτσικα, 2006).

Τα **διαγνωστικά κριτήρια** για την νευρική ανορεξία στους άνδρες είναι παρόμοια με εκείνα των γυναικών ανορεκτικών, συμπεριλαμβάνοντας μια απώλεια του 25% ή και περισσότερο από το φυσιολογικό βάρος, επίμονη επιδίωξη του να είναι αδύνατοι και διαστρεβλωμένη σωματική εικόνα (Παπαγεωργίου, 2005 και www.focusmag.gr/articles/2002).

1. Ενδοκρινικές διαταραχές παρούσες στους άντρες με ανορεξία περιλαμβάνουν μειωμένα επίπεδα ορμονών, αναλογικά με την απώλεια βάρους. Οι ορμόνες που επηρεάζονται είναι η τεστοστερόνη και η γοναδοτροπίνη: luteinizing hormone (LH) και η ορμόνη που διεγείρει τους

θύλακες της τρίχας (FSH). Τα επίπεδα αυτών των ορμονών επιστρέφουν στο φυσιολογικό όταν αποκτάται το φυσιολογικό σωματικό βάρος.

2. Η μειωμένη λίμπιντο και η σεξουαλική απόδοση στους ανορεκτικούς άνδρες έχει βρεθεί να συσχετίζονται με τα μειωμένα επίπεδα των ορμονών LH και FSH.
3. Σχιζοειδή/ενδοσκοπικά χαρακτηριστικά, μανιώδη, παθητικά ή εξαρτημένα και αντικοινωνικά χαρακτηριστικά έχουν αναφερθεί ως εκδηλώσεις στους άντρες με νευρική ανορεξία.
4. Οι άντρες ανορεκτικοί, πάρα πολύ συχνά, εκδηλώνουν μη διαφοροποιημένη (ανώριμη) ψυχολογική δομή και υστερικά, υποκριτικά και αντικοινωνικά χαρακτηριστικά πολύ περισσότερο από ότι τα εκδηλώνουν οι ανορεκτικές γυναίκες.
5. Οι άντρες με νευρική ανορεξία ίσως βιώσουν σεξουαλική απομόνωση, σεξουαλική αδράνεια, έλλειψη της λίμπιντο και αντιμαχόμενη ομοφυλοφιλία (Παπαγεωργίου, 2005 και Τσίτσικα, 2006).

4.4. Μεταεφηβικό ξεκίνημα της νευρογενούς ανορεξίας στις γυναίκες

Η συχνότητα της νευρογενούς ανορεξίας στον γενικό πληθυσμό είναι 0.37 ανά 100,000. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις η νευρική ανορεξία αρχίζει στην εφηβεία. Λιγότεροι από 100 ασθενείς (άντρες και γυναίκες) με νευρική ανορεξία, η οποία ξεκινά όταν είναι ενήλικοι, έχουν καταγραφεί. Η συχνότητα της νευρικής ανορεξίας στην τρίτη ηλικία είναι άγνωστη (Παπαγεωργίου, 2005). Η αιτιολογία είναι αβέβαιη. Στους παράγοντες ρίσκου, για το ξεκίνημα της ανορεξίας στους ενήλικες, συμπεριλαμβάνονται η υψηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, πολλαπλές χειρουργικές διαδικασίες ή ασθένεια, ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία, δευτερογενές στρες της γέννησης ή του γάμου, θάνατος του ενός από τους δύο συζύγους. Το πιο συχνό μοτίβο είναι ένα γεγονός με τρομερό άγχος το οποίο προκαλεί το ξεκίνημα της ανορεξίας σε ενήλικες που έχουν ιστορικό στο να τρώνε παράξενα φαγητά. Η

εκ νέου εμφάνιση στην ανορεξία στους ενήλικες είναι ασυνήθιστη (Τσίτσικα, 2006). Τα διαγνωστικά κριτήρια για το μετά-εφηβικό ξεκίνημα της νευρικής ανορεξίας στις γυναίκες είναι τα ίδια με αυτά των κριτηρίων για το ξεκίνημα της ανορεξίας στην εφηβεία. Σοβαρή μείωση του συνόλου πρόσληψης τροφής, ταχεία απώλεια βάρους καθώς επίσης και άρνηση των σημαδιών ή των συμπτωμάτων της διαταραχής είναι τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά. Ενδοκρινικές και μεταβολικές ανωμαλίες μπορεί να λάβουν χώρα. Η πορεία της ανορεξίας στους ενήλικες είναι ευμετάβλητη και η ασθένεια έχει χαρακτηριστεί ως χρόνια κατάσταση με αυθόρμητες παροξύνσεις και ραθυμίες. Η πορεία της χρόνιας 'διαδικασίας' στους πιο ηλικιωμένους ανορεκτικούς πρέπει να διακρίνεται από την 'αντιδραστική' αυτό-περιορισμένη πορεία που χαρακτηρίζει ασθενείς που η ανορεξία ξεκίνησε στην εφηβεία τους (Παπαγεωργίου, 2005 και Ι.Ψ.Ε., 2008).

Η θεραπεία είναι απαραίτητως η ίδια με της ανορεξίας που ξεκινά στην εφηβεία. Η αποτυχία να διατηρήσουμε το κατάλληλο σωματικό βάρος από 4 έως 8 χρόνια μετά το ξεκίνημα και την θεραπεία, συσχετίζεται με την παρουσία της ασθένειας για μια ολόκληρη ζωή (Παπαγεωργίου, 2005).



4.5. Νευρογενής ανορεξία και νευρο-ψυχιατρικές διαταραχές

Η νευρογενής ανορεξία έχει σχετιστεί με την ασθένεια Tourette. Δεν είναι ξεκάθαρο εάν η ασθένεια Tourette και η ανορεξία μεσολαβούν από κοινό κεντρικό νευρικό σύστημα ή από νεύρο ορμονικούς μηχανισμούς. Η νευρογενής ανορεξία έχει περιγραφεί σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Ο

συσχετισμός της ανορεξίας με σχιζοεπιδραστική διαταραχή μπορεί να είναι ισχυρότερος από αυτών με σχιζοφρένεια. Συμπτώματα κατάθλιψης και τάσεις αυτοκτονίας πριν από την ψύχωση και την κύρια κατάθλιψη, σε οικογένειες με ασθενείς με σχιζοεπιδραστική ανωμαλία, δείχνουν να είναι οι κύριοι παράγοντες για την ανάπτυξη της ανορεξίας στην σχιζοφρένεια. Μερικοί ασθενείς με σοβαρή μανιοεξαναγκαστική διαταραχή που δεν πληρούν τα κριτήρια DSM-III-R μπορεί να περιορίσουν την πρόσληψη φαγητού σε συσχετισμό με το τελετουργικό μέτρημα, κόψιμο και φάγωμα του (Παπαγεωργίου, 2005, Ι.Ψ.Ε., 2008 και Σταματάκη, 2009).

4.6. Διαφορική διάγνωση

Περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας μπορεί να καλύπτουν μια σχιζοφρένεια ή μια ψυχωτική κατάθλιψη ή να είναι ακραίες εκδηλώσεις μιας ψυχαναγκαστικής νευρώσεως. Η διαφορική διάγνωση με περιπτώσεις καχεξίας που οφείλονται σε μολυσματικές, νεοπλαστικές ή άλλες οργανικές διαταραχές, δεν παρουσιάζει δυσκολίες, καθώς το ιστορικό της ψυχογενούς ανορεξίας και τα ψυχολογικά της συμπτώματα είναι παθογνωμονικά. Η νόσος του Σάιμοντς, συνοδεύεται από ορμονικές διαταραχές καθώς και από μιαν ανωμαλία στα δευτερεύοντα σεξουαλικά χαρακτηριστικά του αρρώστου, ενώ η μόνη σχετική ανωμαλία στην ψυχογενή ανορεξία είναι μια προσωρινή ελάττωση των γοναδοτροπινών, που συνοδεύεται από μείωση των οιστρογόνων στα ούρα (Χαρτοκόλλης, 1001 και Ι.Ψ.Ε., 2008).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ –ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ -ΠΡΟΓΝΩΣΗ

5.1. Συμπτώματα – Κλινικά σημεία

Τα κύρια συμπτώματα της νευρογενούς ανορεξίας είναι: απώλεια βάρους, αμηνόρροια, υπερδραστηριότητα, δυσκοιλιότητα (δευτεροπαθής σε διαιτητικούς παράγοντες και έλλειψη απάντησης στο εντερικό αντανακλαστικό αφόδευσης), τριχόπτωση, πόνος στο επιγάστριο, ναυτία, εμετοί, κόπωση, μυϊκή αδυναμία και κάματος (Νεοφύτου και συν., 2008 και Ζουμπανέας, 2007). Τα συμπτώματα και τα κλινικά σημεία της νευρογενούς ανορεξίας είναι:

5.1.1. Συμπτώματα

- § Απώλεια βάρους
- § Αμηνόρροια
- § Υπερδραστηριότητα
- § Δυσκοιλιότητα
- § Ζάλη
- § Κατάθλιψη
- § Τριχόπτωση
- § Ωχρο δέρματος
- § Απασχόληση με το φαγητό
- § Διάταση κοιλίας και άλγος (Al-Quadreh, 2005).

5.1.2. Κλινικά σημεία

- § Καχεξία
- § Υποθερμία
- § Βραδυκαρδία
- § Υπόταση
- § Κυάνωση άκρων

- § Οίδημα
- § Ψυχρά άκρα
- § Αλλαγές στα νύχια
- § Υπερτρίχωση (Χνούδι)
- § Συστολικό καρδιακό φύσημα (Al-Quadreh, 2005 και Ζουμπανέας και συν., 2007).

Άλλα χαρακτηριστικά που μπορεί να συνδέονται άμεσα με την νευρογενή ανορεξία είναι τα εξής:

Στη συμπεριφορά

- Εμμονή με το σωματικό βάρος
- Εμμονή με τις θερμίδες, τα λίπη, τους υδατάνθρακες
- Απομόνωση και εσωστρέφεια
- Ευερεθιστότητα – Οξυθυμία
- Μεταβολές διάθεσης
- Τελειομανία
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Διαταραχές άγχους και κατάθλιψης (Ζουμπανέας και συν., 2007).

Διατροφικές συνήθειες

- Υπερβολικά αργή κατανάλωση φαγητού
- Κατακερματισμός της τροφής σε πολύ μικρά κομμάτια
- Κατανάλωση φαγητού με ακατάλληλα σκεύη
- Ασυνήθιστοι συνδυασμοί τροφίμων
- Υπερβολική χρήση μπαχαρικών, ξυδιού, λεμονιού
- Αποφυγή συγκεκριμένων τροφίμων και επιλογή «ασφαλών» τροφίμων
- Μικρή ποικιλία τροφίμων
- Πολύ χαμηλή ή υπερβολική κατανάλωση υγρών με σκοπό είτε να μην «βαρύνει» λόγω του νερού είτε να «φουσκώσει» με την κατανάλωσή του

- Προσπαθεί να κρύψει την τροφή που δεν έχει καταναλώσει (Ζουμπανέας και συν., 2007).

Σωματικά συμπτώματα

- Απώλεια βάρους
- Αμηνόρροια
- Απώλεια όρεξης
- Ναυτία
- Κοιλιακός πόνος
- Δυσκολία στην κατάποση
- Διαταραχές ύπνου
- Αφυδάτωση
- Απώλεια τριχών κεφαλής και εφηβαίου
- Δέρμα ξηρό με «βρώμικη» όψη
- Lanugo (χνούδι στο πρόσωπο, τους ώμους, την ράχη)
- Τρίχωση στέρνου και κοιλιακής χώρας
- Υποθερμία
- Βραδυκαρδία
- Υπόταση
- Οιδήματα κάτω άκρων
- Οδοντική διάβρωση
- Ζαλάδα και αδυναμία συγκέντρωσης
- Μείωση μυϊκής μάζας
- Καθυστερημένη γαστρική κένωση **à** κορεσμός και φούσκωμα
- Μειωμένη κινητικότητα λεπτού εντέρου **à** δυσκοιλιότητα
- Καθυστέρηση ήβης, Λιποθυμίες (Al-Quadreh, 2005 και Ζουμπανέας και συν., 2007).

5.2. Φυσική εξέταση

1. Απίσχυση, αφυδάτωση
2. Απώλεια τριχών κεφαλής και εφηβαίου

3. Δέρμα : ξηρότητα, «βρώμικη» όψη, χνούδι προσώπου, ώμων, ράχης, τρίχωση στέρνου, κοιλιακής χώρας
4. Υποθερμία (θερμοκρασία ορθού 36.20 C)
5. Βραδυκαρδία (60 παλμοί / λεπτό), υπόταση < 80/50 mmHg
6. Οιδήματα κάτω άκρων (<http://noght-flights.pblogs.gr>, 2007)
7. Σημεία οιστρογονικής ανεπάρκειας (ξηρότητα κόλπου, υποπλαστική μήτρα, οστεοπενία-οστεοπόρωση) (VITA, 2001 και tovima.dolnet.gr/data/D2007).

5.3. Εργαστηριακά ευρήματα

5.3.1. Βιοχημικά:

- Φυσιολογικές τιμές σε πρώϊμα στάδια
- Αυξημένη τιμή ουρίας πλάσματος
- Αυξημένη τιμή χοληστερόλης
- Αυξημένες τιμές τρανσαμινασών
- Χαμηλές τιμές ψευδαργύρου
- Υποφωσφαταιμία (όψιμο και δυσμενές εύρημα) (Τσίτσικα, 2006 και Καναβιτσάς, 2002).

5.3.2. Ενδοκρινολογικά:

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

5.3.3. Αιματολογικά:

- Πολύ χαμηλή ΤΚΕ (< 10mm/h)

Όψιμα

- Ø Λευκοπενία
- Ø Θρομβοπενία
- Ø Αναιμία (Τσίτσικα, 2006)

5.3.4. Διαφοροδιάγνωση

- § Ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου)¹
- § Ινοκυστική νόσος²
- § Κακοήθειες, νεοπλάσματα εγκεφάλου
- § Σύνδρομο απίσχνασης του AIDS
- § Σύνδρομο δυσαπορρόφησης
- § Ινσουλινοεξαρτώμενος ΣΔ³
- § Θυρεοτοξίκωση
- § Παρασιτώσεις πεπτικού
- § Κατάθλιψη
- § Σχιζοφρένεια
- § Νευρώσεις
- § Διαταραχή προσωπικότητας
- § Χρήση ουσιών (Τσίτσικα, 2006 και Τσιάκα, 2008)

5.4. Πρόγνωση

Εκείνο που είναι δύσκολο να προσδιοριστεί είναι η πρόγνωση της διαταραχής, που ενδεχομένως εξαρτάται από την υποδομή της προσωπικότητας. Μια οριακή ή ψυχωτική δομή συνεπάγεται μιαν αινιγματική και συχνά απαισιόδοξη πρόγνωση. Η πορεία της διαταραχής μπορεί να είναι επεισοδιακή ή χωρίς ύφεση ως το θάνατο από ασιτία (Χαρτοκόλλης, 1991).

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

¹ Νοσήματα με αυξημένη επίπτωση διατροφικών διαταραχών

² όπως παραπάνω

³ όπως παραπάνω

κοινωνική προσαρμογή κατά την παιδική ηλικία και οι κοινές σχέσεις με τους γονείς).

Η ασθένεια συνεπάγεται θανάσιμο κίνδυνο. Μελέτες που περιέλαβαν μεγάλο αριθμό ατόμων μιλούν για ποσότητα θανάτου της τάξης του 0 έως 8% στις σοβαρές μορφές. Όμως στην νευρογενή ανορεξία της εφηβείας υπάρχει μεγάλη ποικιλία έντασης και σοβαρότητας, που εξηγεί τις διαφορές της θεραπευτικής αντιμετώπισης ανάλογα με τη μέθοδο που ακολουθεί ο γιατρός. Πίσω από αυτή την ποικιλία υπάρχει ενότητα συμπτωμάτων και αναμφίβολα ψυχοπαθολογική ενότητα (Venice, 1987).

Η έκβαση της νευρογενούς ανορεξίας ακολουθεί γενικά τον κανόνα: 1/3 ίαση, 1/3 βελτίωση και 1/3 χρονικότητα. Σε μια ανασκόπηση ασθενών που νοσηλεύτηκαν για θεραπεία νευρογενούς ανορεξίας, μετά από τουλάχιστον 4 έτη, στο 44% η έκβαση εκτιμήθηκε ως «καλή», με φυσιολογική εμμηνορρησία και ικανοποιητική αύξηση βάρους, στο 27% ως «μέτρια», με διαταραχές της εμμηνορρησίας και μικρή αύξηση βάρους, στο 24% ως «κακή», με αμηνόρροια και μικρή απώλεια βάρους. Συγκριτικές μελέτες σε ασθενείς που βρισκόντουσαν κάτω από συστηματική και μη συστηματική θεραπεία δείχνουν σαφώς ότι οι συστηματικά αντιμετωπισμένες ασθενείς έχουν μια θνητότητα 5% έναντι 12% της ομάδας σύγκρισης. Οι έφηβες με νευρογενή ανορεξία έχουν καλύτερη πρόγνωση από τους ενήλικες, επειδή παρουσιάζουν συνήθως λιγότερα σοβαρές ψυχιατρικές επιπλοκές. Επίσης και το κατάλληλο υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον συντείνει στην επιτυχημένη αποθεραπεία και στην καλή πρόγνωση (Χριστοδούλου, 2000 και Τσιάκα, 2008).

Συμπερασματικά η πρόγνωση αποτυπώνεται στα πιο κάτω ποσοστά:

- Ø Πλήρης αποκατάσταση: 40%
- Ø Βελτίωση: 30%
- Ø Μη βελτίωση: 20%
- Ø Θνητότητα: 5-10%
- Ø Αίτια θανάτου: αυτοκτονία, καρδιακή αρρυθμία, επιπλοκές επανασίτισης,

ηλεκτρολυτικές διαταραχές, λοιμώξεις

5.4.1. Επιβαρυντικοί παράγοντες για την ασθένεια, είναι:

- Όψιμη διάγνωση
- Ανδρικό φύλο
- Μεγαλύτερη ηλικία εμφάνισης νόσου
- Βουλιμικός τύπος (tonima, 2007 και Σκαπινάκης, 2004)

5.4.2. Άλλα επιβαρυντικά προγνωστικά στοιχεία:

- Παθολογικές σχέσεις μεταξύ γονιών.
- Προβλήματα στο σχολείο πριν την έναρξη της ανορεξίας.
- Ψυχαναγκαστικά και καταθλιπτικά γνωρίσματα.
- Μεγάλο χάσιμο βάρους.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ – ΣΤΑΔΙΑ

6.1. Επιπτώσεις της νόσου

Η νευρογενής ανορεξία μας δίνει στοιχεία για την παρουσία της σε τρεις τομείς: στην συμπεριφορά, στο σώμα και στην ψυχολογία του ατόμου.

6.1.1. Στη συμπεριφορά παρατηρείται:

- Τελετουργική στάση προς το φαγητό, όπως κόβοντας το φαγητό σε πολύ μικρά κομμάτια
- Μυστικότητα
- Υπερκινητικότητα
- Φορώντας πολύ μεγάλο μέγεθος ρούχα
- Προκαλώντας εμετό/ χρήση καθαρτικών (Τσίτσικα, 2006)

6.1.2. Στο σώμα παρατηρούνται στοιχεία:

- Στους ενήλικες, ακραία απώλεια βάρους, στα παιδιά και εφήβους φτωχή ή
- Ανεπαρκής αύξηση βάρους σε σχέση με την ανάπτυξή τους
- Κοιλιακά άλγη
- Ζαλάδες και λιποθυμίες
- Πρηξίματα στο στομάχι, και πρόσωπο
- Προβλήματα στο κυκλοφορικό και μόνιμη αίσθηση κρύου
- Ξηρό, άγριο, δύσχρωμο δέρμα
- Διακοπές στο εμμηνοριακό κύκλο ή αμμηνόρροια
- Χάσιμο της λίμπιντο
- Μείωση της οστεϊκής μάζας και τελικά οστεοπόρωση (Τσίτσικα, 2006 και <http://panacea.med.uoa.gr>, 2007)

6.1.3. Η ψυχολογία του ατόμου χαρακτηρίζεται από:

- Έντονο φόβο να μην πάρει βάρος, ακόμα και αν κυμανθεί μέσα στα κανονικά πλαίσια βάρους σύμφωνα με το ύψος του ατόμου.
- Δυσλειτουργικές αντιλήψεις για το σχήμα του σώματος ή του βάρους
- Άρνηση για την ύπαρξη του προβλήματος
- Αλλαγές στην προσωπικότητα του ατόμου και μεταπτώσεις στην διάθεση (Τσίτσικα, 2006 και <http://panacea.med.uoa.gr>, 2007).

6.2. Συνέπειες νευρογενούς ανορεξίας (<http://panacea.med.uoa.gr>, 2007 και Royal College of Psychiatrists, 2007)

ΠΕΙΝΑ	ΕΜΕΤΟΣ	ΚΑΘΑΡΤΙΚΑ
<ul style="list-style-type: none">• Διακοπτόμενος ύπνος• Δυσκοιλιότητα• Δυσκολία στη συγκέντρωση ή στην προσοχή• Κατάθλιψη• Αίσθημα κρύου• Απώλεια οστικής μάζας• Μυϊκή Αδυναμία - χρειάζεται να καταβάλει προσπάθεια για να κάνει ο,τιδήποτε• Θάνατος	<ul style="list-style-type: none">• Το στομαχικό οξύ διαλύει το σμάλτο των δοντιών• Πρησμένο πρόσωπο (εξαιτίας των ερεθισμένων σιελογόνων αδένων)• Καρδιακή αρρυθμία• Μυϊκή αδυναμία• Βλάβη στα νεφρά• Επιληπτικές κρίσεις	<ul style="list-style-type: none">• Επίμονος στομαχικός πόνος• Πρησμένα δάχτυλα• Βλάβη στους μυς του εντέρου που μπορεί να οδηγήσει σε μακράς διάρκειας δυσκοιλιότητα

6.2.1. Μακροπρόθεσμες συνέπειες

Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της ανορεξίας επάνω στο σώμα και στο μυαλό μπορεί να είναι σοβαρές. Ευτυχώς πολλές από εκείνες τις συνέπειες είναι αναστρέψιμες – από την στιγμή που το σώμα πάρει τα απαραίτητα συστατικά και τα λαμβάνει σε συχνά διαστήματα.

Από την στιγμή που το άτομο βρίσκεται στο μονοπάτι της ανάρρωσης, παίρνει μερικές εβδομάδες ή μήνες στο σώμα και στο μυαλό να προσαρμοστεί στην νέα πραγματικότητα. Τρώγοντας και πίνοντας με συχνότητα μπορεί να προκαλέσει στο σώμα μια αίσθηση φουσκώματος όπου είναι παροδική. Η προσωπικότητα του ατόμου και οι αλλαγές στην διάθεσή του χρειάζονται επίσης λίγο χρόνο για να βελτιωθούν, εξαρτώμενα από τις συναισθηματικές δυσκολίες συσχετιζόμενα με την Νευρική ανορεξία όπου το άτομο αντιμετωπίζει (Karlan και συν., 2004).

6.2.2. Επιπτώσεις στην οικογένεια

Η ανορεξία δεν επηρεάζει μόνο το πρόσωπο το οποίο υποφέρει από τη διαταραχή – ολόκληρη η οικογένεια επηρεάζεται. Κάθε οικογένεια είναι διαφορετική αλλά μερικά κοινά στοιχεία έχουν βρεθεί. Τα άτομα τα οποία έχουν αναπτύξει ανορεξία συνήθως ως παιδιά συμμορφώνονταν με όλες τις οδηγίες και υπήρξαν υπάκουα. Ήταν πολύ λιγότερο πιθανόν να θυμώσουν και είχαν την τάση να ευχαριστούν τους άλλους. Έχουν μάθει να κρύβουν τα συναισθήματα τους και τις ανησυχίες τους (Karlan και συν., 2004).

6.3. Διαφοροποιήσεις συμπτωμάτων

Η συνολική εικόνα των συμπτωμάτων να διαφέρει από άτομο σε άτομο, π.χ. μια γυναίκα με νευρική ανορεξία πιθανόν να έχει ακανόνιστη περίοδο και άλλη να μην παρουσιάζει αυτό το σύμπτωμα. Όπως επίσης τα βουλιμικά επεισόδια διακρίνονται από πολύ μεγάλη συχνότητα μέσα στην ίδια μέρα και μέχρι δύο φορές μέσα στην εβδομάδα. Τέτοιες περιπτώσεις ταξινομούνται ως

«μερικώς σύνδρομο». Επίσης υπάρχουν περιπτώσεις που παρουσιάζουν μικτά συμπτώματα δύο διατροφικών διαταραχών. Συνήθης είναι η περίπτωση της «Βουλιμο-Ανορέξιας». Έτσι, η θεραπευτική παρέμβαση σε τέτοιες περιπτώσεις απαιτεί εξαιρετικά ειδικευμένους και έμπειρους ψυχολόγους λόγω της πολυπλοκότητας της διαταραχής.

6.4. Στάδια ψυχογενούς ανορεξίας

Μπορούμε να διαιρέσουμε την πρόοδο της διαταραχής σε τέσσερα στάδια. Αυτά τα στάδια καθορίζουν τη διαταραχή καθώς οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η προσωπικότητα του ασθενούς διαστρεβλώνονται.

Η εξέλιξη της ψυχογενούς ανορεξίας χαρακτηρίζεται ιατρικά από απώλεια βάρους, ακολουθούμενη από μείωση της θερμοκρασίας του σώματος, μείωση της αρτηριακής πίεσης, επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού, απώλεια της εμμηνορρυσίας, λέπτυνση της τρίχας, κόπωση και άλλα σημάδια υποσιτισμού. Καθώς ο ανορεξικός ασθενής συνεχίζει να χάνει βάρος, νέα συμπτώματα παρουσιάζονται και επιδεινώνονται συνεχώς. Το τελικό, θανάσιμο στάδιο για τους ανορεξικούς ασθενείς είναι η ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια και τελικά η καρδιακή ανεπάρκεια (Kaplan και συν., 2004).

Η αντίστοιχη εξέλιξη σε επίπεδο συμπεριφοράς του ασθενούς περιλαμβάνει συνεχή μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων, πιθανή αύξηση της έντασης της άσκησης και επιπρόσθετες προσπάθειες απώλειας βάρους όπως κατάχρηση καθαρτικών, προκειμένου να «ξεπλένεται» ο οργανισμός από την τροφή, και διουρητικών ώστε να αφυδατώνεται το σώμα, δημιουργώντας τη λανθασμένη αντίληψη μείωσης του σωματικού βάρους.

6.4.1. Στάδιο 1ο: στάδιο επίτευξης

Η ψυχογενής ανορεξία τυπικά ξεκινά με την επιθυμία του ατόμου να χάσει βάρος, να είναι λεπτό ώστε να είναι κοινωνικά αποδεκτό από τους τριγύρω του. Αυτό το στάδιο της ασθένειας δεν υποδεικνύει υπερβολική ή

αφύσικη συμπεριφορά. Αντιθέτως, το άτομο δείχνει να συμβαδίζει με τη σύγχρονη αντίληψη ότι είναι ανεπίτρεπτο να προσλαμβάνει κανείς βάρος με πιθανό αποτέλεσμα την παχυσαρκία.

Τα άτομα που είναι προδιατεθειμένα απέναντι στην ψυχογενή ανορεξία είναι τελειομανείς και διοχετεύουν όλες τις δυνάμεις τους στην προσπάθεια για την επίτευξη του στόχου τους, δηλαδή την απώλεια βάρους. Καθώς το τελειομανές άτομο συνεχίζει να χάνει βάρος τηρώντας αυστηρά τη δίαιτά του, επιβραβεύεται από το περιβάλλον του με επαίνους και εκδηλώσεις θαυμασμού ή ζήλιας. Το άτομο νιώθει ότι επιτυγχάνει το στόχο του και' το αίσθημα αυτό ενισχύει την επιμονή του στην περιοριστική διατροφική του συμπεριφορά. Οι κρίσεις πείνας μοιάζουν με φτηνά ανταλλάγματα που πρέπει να πληρώσει έναντι των συναισθημάτων αρετής και επιτυχίας και συχνά μεταφράζονται σαν αποδείξεις της επιτυχίας του (Royal College of Psychiatrists, 2007).

6.4.2. 2^ο Στάδιο: στάδιο ασφάλειας - καταναγκασμού

Το δεύτερο στάδιο ξεκινά με στόχο την απώλεια ενός κιλού την εβδομάδα. Η ιδέα του ιδανικού βάρους εξαφανίζεται και το άτομο όσο λεπτότερο γίνεται, τόσο παχύτερο νιώθει. Παράλληλα αρχίζει να μετράει την περιφέρειες των βραχιόνων, της μέσης, των μηρών του, δοκιμάζει ρούχα σε ολοένα και μικρότερα νούμερα, συγκρίνει τον εαυτό του με όσους ανθρώπους βλέπει και φαντάζεται ότι είναι παχύτερο από όλους. Αυτή η διαταραχή αντίληψης του σωματικού μεγέθους επινοείται από το ίδιο το άτομο, προκειμένου να έχει λόγο να εμμένει στην «αποστολή» απώλειας βάρους. Οπότε, το άτομο ενισχύει τις προσπάθειές του περπατώντας περισσότερο ή προσθέτοντας υπερβολικά παραπάνω άσκηση στο πρόγραμμά του γενικότερα, ενώ στόχος γίνεται πλέον η απώλεια περισσότερων από ένα κιλών την εβδομάδα. Ο ανορεξικός, αντίθετα με τα φυσιολογικά άτομα που κάνουν δίαιτα, θεωρεί κάθε κιλό που χάνει ένδειξη ότι πρέπει να χάσει περισσότερο (<http://panacea.med.uoa.gr>, 2007 και Kaplan και συν., 2004).

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

Ο ανορεξικός σ' αυτό το στάδιο έχει αρχίσει να αποσυνδέεται συναισθηματικά από τους άλλους καθώς στρέφεται προς τα ενδόμυχά του, στη μάχη του ενάντια στην πείνα. Αυτό το αίσθημα της πείνας είναι στην πραγματικότητα μήνυμα από τον εγκέφαλο του ανορεξικού ότι επιπλέον απώλεια βάρους θα οδηγήσει σε ανικανότητα του σώματος να διατηρεί ομοιόσταση, σταθερή θερμοκρασία, σταθερή αρτηριακή πίεση, σταθερό καρδιακό ρυθμό και να μη χάνει μυϊκή μάζα. Στη φάση αυτή της εξέλιξης της ψυχογενούς ανορεξίας σχηματίζονται πτυχές στο δέρμα των κλειδώσεων του αγκώνα, του γόνατου και της μασχάλης, διότι το σώμα του ασθενούς έχει συρρικνωθεί περισσότερο απ' όσο μπορεί να συσταλθεί το δέρμα του. Βέβαια, το άτομο θεωρεί ότι οι πτυχές στο δέρμα του προκλήθηκαν από το πάχος (<http://panacea.med.uoa.gr>, 2007). Καθώς ο ανορεξικός γίνεται λεπτότερος, είναι ανίκανος να σκεφτεί οτιδήποτε άλλο εκτός από το φαγητό. Ο εγκέφαλός του προσαρμόζεται στα ερεθίσματα που λαμβάνει, όπως το αίσθημα της έντονης πείνας, το οποίο πλέον είναι απαραίτητο να υπάρχει για τον ασθενή. Το άτομο σκέφτεται συνέχεια το φαγητό και το πώς θα απαλλαγεί απ' αυτό. Η εμμονή του αυτή συχνά εκφράζεται με ένα πάθος για τη συλλογή συνταγών και την παρασκευή περίπλοκων γευμάτων για τους άλλους. Προκειμένου ο ίδιος να αποφύγει την κατανάλωση θερμίδων, κρύβει στο σπίτι, στις τσάντες και στις τσέπες του τα προς κατανάλωση τρόφιμα, ώστε οι γύρω του να νομίζουν ότι έχουν καταναλωθεί. Τεμαχίζει το φαγητό του σε μικρά κομμάτια και διαθέτει πολύ χρόνο τακτοποιώντας τα κομμάτια στο πιάτο του. Όταν του γίνεται

παρατήρηση γι' αυτή του τη συμπεριφορά, ο ανορεξικός ασθενής την αρνείται ή τη χαρακτηρίζει φυσιολογική. Παράλληλα, το άτομο αναπτύσσει διαταραχή ύπνου, και το μυαλό του στοιχειώνεται από σκέψεις για φαγητό. Οι σκέψεις αυτές για το ίδιο το άτομο μεταφράζονται σε ανεπτυγμένη όρεξη στην οποία αν ενδώσει θα οδηγηθεί σταδιακά στην παχυσαρκία. Ο όρος «ανορεξία», που σημαίνει απώλεια της όρεξης, είναι παραπλανητικός. Η απώλεια της όρεξης είναι κατά κανόνα σπάνια, μέχρι τα προχωρημένα στάδια της διαταραχής. Το μυαλό και το σώμα του ανορεξικού στέλνουν μηνύματα για να σταματήσει τη λιμοκτονία και να σωθεί από το θάνατο. Το άτομο όμως που πάσχει από ψυχογενή ανορεξία βρίσκεται σε σύγχυση και διπλασιάζει τις προσπάθειές του να χαλιναγωγήσει την ήδη πενιχρή πρόσληψη τόσο τροφής όσο και ποτών. Οι περισσότεροι ανορεξικοί αναπτύσσουν φοβίες και για τις υγρές και για τις στερεές τροφές. Με τον καιρό οι φοβίες πολλαπλασιάζονται. Έτσι ο ανορεξικός μπορεί να παρουσιάσει φοβία πάχους, φοβία φαγητού, φοβία πρόσληψης βάρους, φοβία αύξησης όρεξης, φοβία αργού μεταβολισμού.

Το άτομο προσπαθεί με το να τρώει όσο το δυνατόν λιγότερο και να ασκείται παράλληλα, να νιώθει σιγουριά και ασφάλεια, και αυτός είναι ο μόνος τρόπος για να νιώσει ασφαλής ο ανορεξικός. Το στάδιο αυτό είναι μια διαρκώς αυξανόμενη, απελπισμένη προσπάθεια από πλευράς ασθενούς να αποφύγει την ανασφάλεια, η οποία είναι καταδικασμένη εξαρχής σε αποτυχία. Το άτομο καταλήγει με εμμονές, καταναγκασμούς, απομακρυσμένο από τον περίγυρό του, ντροπιασμένο, αποκαρδιωμένο και με μελαγχολικό (Kaplan και συν., 2004).

6.4.3. 3^ο Στάδιο: κατηγορηματικό στάδιο

Συχνά, τα άτομα που αναπτύσσουν ψυχογενή ανορεξία, είθισται να είναι ευγενικά, προστατευτικά, συγκαταβατικά, υπάκουα, ευχάριστα άτομα που αποφεύγουν τις διαμάχες και τις συγκρούσεις, και που δεν έτυχαν αρκετής προσοχής στα πλαίσια της οικογενείας τους, που συνήθως είναι καταπιεστική.

Το τρίτο στάδιο αναπτύσσεται όταν το άτομο που πάσχει από νευρογενή ανορεξία δέχεται κριτική για το πόσο αδύνατο έχει γίνει από πολλούς ανθρώπους γύρω του. Στο σημείο αυτό, το άτομο συνειδητοποιεί ότι είναι πιθανώς η πρώτη φορά που είναι ανυπάκουο σε όλο του το περιβάλλον. Δε φοβάται πλέον να συγκρουστεί και δεν ανησυχεί για το τι σκέφτεται ο οποιοσδήποτε για τις πράξεις του. Δεν νιώθει πια καμία υποχρέωση να ευχαριστεί τους άλλους. Ωστόσο, γνωρίζει ότι νιώθει ήρεμος και ασφαλής με την προσφάτως ευρεθείσα ανυπακοή μόνο γιατί τη χρησιμοποιεί για να αμυνθεί και να κρύψει την ανορεξία. Ο ανορεξικός φανερώνει στο περιβάλλον του ότι έχει φτάσει στο τρίτο στάδιο όταν αρχίζει να απαιτεί ιδιαίτερες προϋποθέσεις για να φάει (Karlan και συν., 2004).

Το ίδιο το άτομο πιστεύει ότι οι υπόλοιποι ζηλεύουν τη δύναμη της θέλησης και την ισχύότητά του και θέλουν να το ωθήσουν στην παχυσαρκία.

Βέβαια, η οικογένεια του ανορεξικού φοβάται να παραβεί τις εντολές του διότι κατά βάση φοβούνται την περαιτέρω απώλεια βάρους. Αυτή την απόλυτη και ακραία αντιδραστική συμπεριφορά, ο ανορεξικός τη χρησιμοποιεί μόνο σε ό,τι αφορά τη διατροφή και το βάρος του και κυρίως στο οικείο του περιβάλλον. Όταν βρίσκεται εκτός σπιτιού και ασχολείται με άλλα θέματα, συνεχίζει να είναι ο πράος, χαρούμενος, υποχωρητικός άνθρωπος που ήταν ανέκαθεν, παρόλο που η αίσθηση του χιούμορ και η φιλική του συμπεριφορά στο σχολείο ή τη δουλειά έχουν πλέον επισκιαστεί από τη μόνιμη επαγρύπνηση του φαγητού και του βάρους. Αυτό το κατηγορηματικό στάδιο προειδοποιεί την οικογένεια και το οικείο περιβάλλον του ασθενούς για την επιμονή της ασθένειας και είναι η κυριότερη ένδειξη ότι ο εφιάλτης της ανορεξίας έχει αρχίσει. Η ασθένεια παρέχει στον ανορεξικό μια αίσθηση δύναμης την οποία δεν προέβλεπε όταν ξεκίνησε να χάνει βάρος. Η ιδιαίτερη ισχύότητά του έχει γίνει η ιδιαίτερη επιβεβαίωσή του (Karlan και συν., 2004).

6.4.4. 4^ο Στάδιο: στάδιο της ψευδο-ταυτότητας

Αργά ή γρήγορα, η απώλεια βάρους του ανορεξικού γίνεται εμφανής στην οικογένεια και τον κοινωνικό του περίγυρο, οι οποίοι προσαρμόζονται μαθαίνοντας να το «δέχονται». Η ανορεξία δεν προσφέρει καμία μυστικότητα. Ορισμένα θύματα κρύβουν την ιδιαίτερη ισχνότητά τους κάτω από στρώσεις ενδυμάτων, ενώ άλλοι νιώθουν υπερήφανοι και επιδεικνύουν το σώμα τους όσο το δυνατόν περισσότερο φορώντας ρούχα όπως: κοντά παντελόνια και κοντά μπλουζάκια το καλοκαίρι και στενά κολλητά παντελόνια το χειμώνα. Αυτή η επιδειξιμανία γίνεται ένα όπλο - μια κήρυξη πολέμου ενάντια στους άλλους, ως δήλωση του ποιος έχει τη μεγαλύτερη δύναμη θέλησης, ποιος μπορεί να ελέγξει καλύτερα την όρεξή του. Ίσως αυτό εξηγεί την εχθρότητα που βιώνουν κάποιοι άνθρωποι με την επίδειξη της ισχνότητας. Ανεξάρτητα από το είδος της αντίδρασης, είτε είναι θυμός, είτε είναι ανησυχία ή απογοήτευση, όλος ο κοινωνικός περίγυρος αντιδρά. Ο ασθενής απ' τη δική του μεριά έχει πετύχει αυτό που νομίζει ότι είναι η ταυτότητά του, έναν τρόπο να είναι γνωστός ως ξεχωριστός, ως διαφορετικός. Αυτή η ψευδο-ταυτότητα γεμίζει την κενότητα που κρυφά ένιωθε για καιρό ο ασθενής (Karlan και συν., 2004).

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

προσήλωσης με τα άτομα που θα τον βοηθήσουν σε αυτή τη διαδικασία. Ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια ώστε να γνωρίσει τις ανάγκες του και τις παθολογικές δοκιμασίες στις οποίες έχει υποβάλλει τον εαυτό του, και τη βοήθεια αυτή μπορεί να του την προσφέρει μόνο η ψυχοθεραπεία. Η διαταραχή χειροτερεύει.

Τα θύματα δεν ξεπερνούν απλά την κατάσταση καθώς μεγαλώνουν. Αν και υπάρχει μια μειονότητα που αναρρώνει χωρίς τη βοήθεια άλλων, εκτιμάται ότι το 70% των ανορεξικών ποτέ δε συνέρχεται εντελώς και ότι το ποσοστό θνησιμότητας της ψυχογενούς ανορεξίας αγγίζει το 9% (Karlan και συν., 2004 και Levenkrons, 2002).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΠΟΡΕΙΑ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ



7.1. Πορεία νόσου – Επιπλοκές

Ø Περιοριστικός τύπος:

1. Καταστολή του μυελού των οστών
(αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία)
2. Ανοσοανεπάρκεια (διαταραχή της χυμικής και κυτταρικής ανοσίας)
3. Λοιμώξεις (όταν απώλεια βάρους < 40% του βάρους σώματος)
4. Κλινική εκδήλωση ανεπάρκειας ψευδαργύρου (αργή επούλωση των πληγών, ψυχικές διαταραχές)
5. Υποφωσφαταιμία: καρδιακή ανεπάρκεια, καταστολή ΚΝΣ, αιμολυτική αναιμία, ραβδομύλυση

Ø Βουλιμικός τύπος:

- Πρόκληση εμέτου και χρήση καθαρτικών: απώλεια υγρών – υποογκαιμία
- Παραγωγή αλδοστερόνης από τους νεφρούς (δευτεροπαθής υπεραλδοστερονισμός)
- Αποκατάσταση όγκου και μικρή κατακράτηση υγρών
- Πανικός ασθενούς, πρόκληση εμέτων και κατάχρηση καθαρτικού (έως

60 δόσεις ημερησίως !!!) (tovima.dolnet.gr, 2007).

7.1.1. Σοβαρές επιπλοκές που απειλούν τη ζωή

Ø Βουλιμικός τύπος:

A. Πρόκληση εμέτων

- Υποογκαιμία
- Υπονατρίαμια, υποκαλιαιμία
- Υπογλωραιμική μεταβολική αλκάλωση
- Κατάχρηση ιπεκακουάνας – μυοκαρδιοπάθεια

B. Κατάχρηση καθαρτικών

- Υποογκαιμία
- Μεταβολική οξέωση
- Υποκαλιαιμία (< 15 mEq/Lit σε τυχαίο δείγμα ούρων)

Γ. Κατάχρηση διουρητικών

- Υπεργλωραιμική οξέωση
- Υπονατρίαμια, υποκαλιαιμία (> 30 mEq/Lit σε τυχαίο δείγμα ούρων)

Ø Βουλιμικός τύπος:

- Υποογκαιμικό shock
- Καρδιακή αρρυθμία
- Οξεία νεφρική ανεπάρκεια
- Υπογλωραιμική μεταβολική αλκάλωση
- Μεταβολική οξέωση
- Σοβαρή υπερνατρίαμια (tovima.dolnet.gr, 2007).

7.2. Θεραπεία



Οι κύριοι σκοποί της θεραπείας της νόσου είναι οι εξής:

- Ø να εξασφαλίσει τη συνεργασία του ασθενή
- Ø να επαναφέρει το βάρος στο φυσιολογικό,
- Ø να ενθαρρύνει μια ευχάριστη έκβαση,
- Ø να βελτιώσει την κακή διατροφή και
- Ø να λύσει τα ψυχολογικά του προβλήματα (Χαρτοκόλλης, 1991 και Μάνου, 1988).

Η θεραπεία εξαιτίας της πολυπλοκότητας των συμπτωμάτων και των παραγόντων που την προκαλούν διαφέρει στον τρόπο, στην ένταση και έκταση που δίνεται κάθε φορά. Όπως και να' ναι, πρέπει να είναι **εξατομικευμένη** και να υποβάλλεται ύστερα από επιβεβαίωση των γιατρών ότι δεν οφείλεται σε σωματικές αρρώστιες η συγκεκριμένη νόσος (Χαρτοκόλλης, 1991 και Ζουμπανέας και συν., 2006).

7.2.1. Νοσοκομειακή περίθαλψη

Στις βαρείες περιπτώσεις της νόσου υποεκτιμάται από τη συνεχιζόμενη αμηνόρροια, απίσχνανση, μεγάλη απώλεια βάρους οι ειδικοί καταφεύγουν στη νοσοκομειακή περίθαλψη που συχνά εφαρμόζεται με καθυστέρηση, συνιστάται επανασίτιση στο νοσοκομείο να επιδιώκει αρχικά μικρή αλλά σταθερή

ημερήσια αύξηση βάρους 200 - 400 γραμμαρίων. Η νοσηλεία χρησιμοποιείται αφενός για να τραφεί ο ασθενής - είτε ενδοφλεβίως είτε με ποσότητες πρωτεϊνών - για να ακολουθήσει θεραπεία με ορμόνες ώστε να επανέλθει η έμμηνος ρύση και αφετέρου για να απομονωθεί από τη οικογένεια του η οποία μπορεί να αποτελεί παθογόνο παράγοντα. Η απομόνωση σύμφωνα με τον C. GIRAND σημαίνει «προσπάθεια επέμβασης στις υπάρχουσες συνήθειες ώστε να διακοπούν οι συγκρούσεις με το περιβάλλον σχετικά με τη διατροφή και γεύματα. Επίσης σταματά τους χειρισμούς των γονιών μειώνει το άγχος τους και επιτρέπει στον καθένα να ξαναβρεί την αυτονομία του». Αυτό σημαίνει ότι η **θεραπευτική ομάδα** που συνίσταται δεν επαναλαμβάνει τη στάση των γονιών στο θέμα του φαγητού και ότι η προσφορά και φροντίδα δεν παρουσιάζει κενά (Χαρτοκόλλης, 1991).

Στο νοσοκομείο συντάσσεται ένα συμβόλαιο μεταξύ ασθενούς και θεραπευτικής ομάδας, όπου αυτό περιλαμβάνει μια «κλίμακα ανάληψης βάρους» κατανεμημένη σε στάδια. Κάθε φορά που επιτυγχάνεται η συγκεκριμένη ανάληψη βάρους, ο ασθενής επιβραβεύεται με δυνατότητα αλληλογραφίας, τηλεφωνημάτων, επισκέψεων ακόμα και άδειας εξόδου από το νοσοκομείο (Ζουμπανέας και συν., 2006 και Ιεροδιακόνου, 1991).

7.2.2. Τα φάρμακα

Τα φάρμακα που διεγείρουν την όρεξη, τα οποία συχνά προτείνονται από τον γιατρό όταν αντιμετωπίζει έναν άνθρωπο που αδυνατίζει συνεχώς, δεν έχουν καμία χρησιμότητα για τη διανοητικά ανορεκτική, αφού η όρεξη, όχι μόνο δεν έχει εξαφανιστεί, αλλά είναι έντονη, και η ανορεκτική δεν σταματά να μάχεται της επιθυμίας της για φαγητό. Σε γενικές γραμμές, χορηγούνται ποικίλα διατροφικά συμπληρώματα, που έχουν στόχο να καλύψουν τις ανεπάρκειες: βιταμίνες, μεταλλικά άλατα, πρωτεϊνούχες ουσίες. Στις περισσότερες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται επίσης ψυχοτρόπα φάρμακα (νευροληπτικά, αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά). Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε

κατάσταση που δε χρειάζεται νοσηλεία ακολουθεί κάποιας μορφής ψυχοθεραπεία, όπως θα δούμε πιο κάτω (Ιεροδιακόνου, 1991 και Venisse, 1987).

7.2.3. Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία διαφέρει ανάλογα με τη προσωπικότητα, τις συνθήκες και την ηλικία.

Όσον αφορά την **ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία** και τη **ψυχανάλυση** οι περιγραφές δίστανται. Μερικοί **πιστεύουν** ότι η **κλασική** της μορφή **δεν** έχει αποδειχτεί επαρκής ως θεραπευτική μέθοδος γιατί «οι ασθενείς αντιστέκονται στη μεταβίβαση» και ότι «τα λόγια δεν γιατρεύουν». Άλλοι **πάλι πιστεύουν** ότι η ψυχανάλυση έχει συμβάλλει στην ερμηνεία της ψυχογενούς ανορεξίας και άρα είναι η λύση στο πρόβλημα (Ιεροδιακόνου, 1991 και Venisse, 1987).

7.2.4. Δυσκολίες θεραπείας

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

Συνήθως θα πρέπει να αποφεύγουμε μια μερική προσέγγιση, περιορισμένη αποκλειστικά στο πρόβλημα του βάρους. Η συχνότητα των υποτροπών πιστοποιεί την ανεπάρκεια αυτού του είδους της αντιμετώπισης. Επίσης, ο κίνδυνος θανάτου είναι υπαρκτός (5 έως 10% των περιπτώσεων καταλήγουν στο θάνατο σύμφωνα με διάφορες αναδρομικές έρευνες) και μπορεί να οφείλεται σε ασιτία, μεταβολικές διαταραχές που επιβαρύνονται από

την άτακτη λήψη καθαρτικών και διουρητικών ουσιών, αιφνίδια καταπληξία κατά τη διάρκεια περιόδου υπερδραστηριότητας ή δευτερογενή επιμόλυνση.

Η ψυχοθεραπευτική αγωγή πρέπει να συνοδεύεται από παράλληλη προσεκτική παρακολούθηση της σωματικής κατάστασης. Είναι απαραίτητη μια πολυδιάστατη προσέγγιση, η οποία θα εμπεριέχει ατομική και οικογενειακή θεραπεία, διαιτητικές συμβουλές, και όταν είναι απαραίτητο, φαρμακοθεραπεία (Abraham και συν., 2000).

7.2.5. Η εξήγηση των φυσικών συμπτωμάτων

Μερικές γυναίκες είναι ευχαριστημένες που δεν έχουν πια περίοδο, αλλά αν είναι στα τέλη της εφηβείας ή γύρω στα είκοσι μπορεί να χρειάζονται διαβεβαίωση ότι η περίοδος θα ξαναρχίσει αν διατηρήσουν το μεγαλύτερο βάρος τους, έστω και αν μπορεί να καθυστερήσει μερικούς μήνες. Καθώς η ασθενής παίρνει βάρος μπορεί να θέλει να ξαναρχίσει η περιόδός της γιατί το βλέπει σαν μια απόδειξη ότι καλυτερεύει.

Άλλες γυναίκες χρειάζονται συζήτηση και διαβεβαιώσεις ότι το ξερό τους δέρμα, οι σπασμένες τρίχες των μαλλιών και το χνούδι θα εξαφανιστούν καθώς βελτιώνεται η θρέψη τους. Η εγκυμοσύνη, που μπορεί να συμβεί κατά την περίοδο ανάρρωσης, μπορεί να δημιουργήσει σημαντικά προβλήματα, ιδίως εάν η γυναίκα εξακολουθεί να χρησιμοποιεί τις δυνητικά επικίνδυνες συμπεριφορές της αυτοπρόκλησης εμετού ή της κατάχρησης καθαρτικών ή διουρητικών.

Εάν επιμείνει σ' αυτή τη συμπεριφορά κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να γεννήσει ένα μωρό που θα έχει μικρότερο βάρος από το κανονικό, γιατί η ανάπτυξή του μέσα στη μήτρα έχει καθυστερήσει. Τα προβλήματα μπορεί να περιοριστούν στο ελάχιστο με καλή προγεννητική φροντίδα (Abraham και συν., 2000).

7.2.6. Η έκβαση τη ψυχογενούς ανορεξίας

Οι στόχοι της θεραπείας είναι:

1. να πειστεί η γυναίκα να πετύχει και να διατηρήσει ένα βάρος μέσα στα φυσιολογικά όρια, δηλαδή ένα δείκτη Quetelet 19 ή περισσότερο ή μεταξύ 90 και 110% του Μέσου Βάρους Σώματος
2. να μπορέσει να αποφύγει τη δυνητικά επικίνδυνη συμπεριφορά στο φαγητό
3. να καταλάβει πως δεν χρειάζεται να φοβάται μήπως γίνει παχύσαρκη, με την προϋπόθεση ότι θα προσέξει τις συνήθειές της στο φαγητό (Lee και συν., 2002 και Abraham και συν., 2000).

<i>Ηλικία: 18 ετών και άνω</i>	<i>Ηλικία: κάτω των 18 ετών</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Όχι σοβαρά άρρωστη κλινικώς 	<ul style="list-style-type: none"> • Σοβαρά άρρωστη κατά την κλινική εξέταση
<ul style="list-style-type: none"> • Αποτυχία προηγούμενης νοσοκομειακής 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποτυχία εξωνοσοκομειακής θεραπείας
	<ul style="list-style-type: none"> • Η γυναίκα εκφράζει κάποια προτίμηση
↓	↓
Αξιολόγηση βιοχημικής κατάστασης	
↓	↓
Συνήθως εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση	Συνήθως εισαγωγή σε νοσοκομείο
Άλλες υποδείξεις και υποστήριξη για να βοηθηθεί η ασθενής:	Εξασφάλιση προγράμματος για να βοηθηθεί η ασθενής:
<ul style="list-style-type: none"> • Να αυξήσει αργά το βάρος της 	<ul style="list-style-type: none"> • Να αυξάνει το βάρος της κατά 1 κιλό την εβδομάδα
<ul style="list-style-type: none"> • Να σταματήσει να χρησιμοποιεί συμπεριφορά απώλειας βάρους 	<ul style="list-style-type: none"> • Να σταματήσει τη συμπεριφορά απώλειας βάρους
<ul style="list-style-type: none"> • Να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού 	<ul style="list-style-type: none"> • Να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού
↓	<ul style="list-style-type: none"> • Να γυμνάζεται σωστά για το βάρος του σώματός της
Εάν οι παραπάνω στόχοι δεν επιτευχθούν συνήθως γίνεται εισαγωγή στο νοσοκομείο ¹⁴	

Σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος πρέπει να εξασφαλιστεί:

- Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία
- Βοήθεια για άλλα προβλήματα (συζυγικά, οικογενειακά, ιατρικά)
- Βοήθεια για να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού κατάλληλους για τον τρόπο ζωής της
- Βοήθεια για να αναπτύξει λογικούς τρόπους γυμναστικής



Αργότερα παροχή βοήθειας στην ασθενή για:

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



Γενικός στόχος είναι της δώσουμε βοήθεια για:

- Να ζήσει μια φυσιολογική ζωή
- Να μπορέσει να αντιμετωπίσει τη ζωή (Abraham και συν., 2000).



7.3. Ψυχοθεραπεία

7.3.1. Ατομική ψυχοθεραπεία

Οι περισσότερες μορφές ψυχοθεραπείας δίνουν έμφαση στο χτίσιμο μιας καλής σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και στον θεραπευτή. Η ψυχοθεραπεία εστιάζει στα τρέχοντα προβλήματα του ασθενή 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. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις, η θεραπεία εστιάζεται σε άλλα θέματα και ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται να διερευνήσει και να εκφράσει τα συναισθήματά του γύρω από μια ευρεία γκάμα θεμάτων όπως είναι η επιτυχία και η αποτυχία, τα σεξουαλικά ζητήματα και ο αυτοέλεγχος. Αν κι έχουν αναφερθεί πάνω από 200 διαφορετικές μορφές ψυχοθεραπείας αναφέρουμε ενδεικτικά δυο από τις δημοφιλέστερες αναφορικά με τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας (Καναβιτσάς, 2002):

α) Γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία

Πρόκειται για θεραπευτικά προγράμματα που περιλαμβάνουν ημερολόγια σίτισης κι εκτενή εκπαίδευση σχετικά με θέματα διατροφής στα οποία υπογραμμίζονται οι κίνδυνοι του υποσιτισμού κι ενθαρρύνεται η συζήτηση για θέματα υγείας και αντιλήψεων σε σχέση με το φαγητό. Πολλά γνωσιακά προγράμματα θεραπείας έχουν αναπτυχθεί με στόχο την αλλαγή των μη ρεαλιστικών αντιλήψεων των ασθενών σε θέματα εικόνας του σώματος και διατροφής. Συχνά οι διαταραχές διατροφής χαρακτηρίζονται από την απουσία ελέγχου στη σίτιση και 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 (Σκαπινάκης, 2004 και Τάκης, 2004).

β) Συστημική θεραπεία οικογένειας

Οι συγγενείς των ανορεξικών σπάνια μένουν απλοί θεατές της θεραπείας του. Οι πιο πολλοί εμπλέκονται ενεργά σε προσπάθειες να πείσουν, να εξαπατήσουν, να απειλήσουν ή και να ικετέψουν τον άνθρωπό τους να φάει. Κάποιες φορές αυτές οι απόπειρες μπορεί να φέρουν αποτέλεσμα αλλά συνήθως δυσκολεύουν την κατάσταση του ανορεξικού. 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.

7.3.2. Φαρμακευτική θεραπεία

Δεν υπάρχει ολοκληρωμένη φαρμακευτική θεραπεία της ανορεξίας αλλά διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα έχουν θέση στην αντιμετώπιση της ανορεξίας. Σε συνδυασμό με αυστηρά προγράμματα σίτισης και ψυχοθεραπείας τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα συχνά αποδεικνύονται χρήσιμα. Επίσης, όταν η ανορεξία συνοδεύεται από υψηλά επίπεδα άγχους τα ηρεμιστικά φάρμακα ενδέχεται να βοηθήσουν (Καναβιτσάς, 2002 και Σκαπινάκης, 2004).

Κάθε είδους θεραπεία, από ψυχανάλυση και ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ως οικογενειακή θεραπεία και θεραπεία συμπεριφοράς, από φαρμακοθεραπεία με νευροληπτικά ή αντικαταθλιπτικά ως την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, έχει εφαρμοστεί με αποτελέσματα που διαφέρουν από περίπτωση σε περίπτωση, από εντελώς ικανοποιητικά ως εντελώς αρνητικά. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας εξαρτάται από το είδος της υποδομής της προσωπικότητας, που μπορεί να ποικίλλει από νευρωτική, στις ελαφρύτερες περιπτώσεις, ως ψυχωτική, με κυριαρχούσα την οριακή (Χαρτοκόλλης, 1991).

Νοσηλεία με υποχρεωτική ή καταναγκαστική σίτιση είναι απαραίτητη όταν η απώλεια βάρους δημιουργεί κινδύνους για την επιβίωση του αρρώστου.

Η θνησιμότητα, σε τέτοιες περιπτώσεις, φτάνει το 40%. Ένα ενθαρρυντικό σημάδι είναι η επανεμφάνιση της εμμηνόρροιας, αν και σε πολλές περιπτώσεις καθυστερεί ως και τρία χρόνια ύστερα από την επιστροφή σε ομαλές συνθήκες διατροφής (Χριστοδούλου και συν., 2000 και Nihart Boyd, 2005).

7.3.3. Αυτοβοήθεια

Έχοντας επισκεφτεί το γιατρό ή τον ειδικό ο ανορεξικός, μπορεί να φανεί χρήσιμο να συμμετάσχει σε μια ομάδα αυτοβοήθειας στην οποία άλλοι άνθρωποι μοιράζονται παρόμοια με τα δικά του προβλήματα. Αυτές οι ομάδες μπορούν να παρέχουν πληροφορίες και υποστήριξη στις δύσκολες στιγμές τις οποίες περνάει ο καθένας που αντιμετωπίζει τέτοιου είδους προβλήματα. Τέτοιες ομάδες μπορεί να βοηθήσει τον ανορεξικό να βρει ο θεραπευτής του.

Το διάβασμα μπορεί να βοηθήσει τον ανορεξικό να πάρει αυτές τις πληροφορίες που του χρειάζονται για να μπορεί να τρώει σε λογικά πλαίσια και να μάθει ποιο είναι το κατάλληλο βάρος για αυτόν (Royal College of Psychiatrists, 2007).

7.4. Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση

Οι διατροφικές διαταραχές είναι σοβαρές ασθένειες και χρειάζεται εξειδικευμένη ψυχολογική φροντίδα, για τις ψυχολογικές δυσκολίες που προκαλούν τραύμα και βαθιά θλίψη αλλά και για τα σωματικά προβλήματα που το άτομο αντιμετωπίζει.

Μια αποτελεσματική ψυχο-διατροφική θεραπευτική παρέμβαση χρειάζεται να προετοιμάζει σταδιακά το άτομο να διαμορφώσει τη σχέση του με το φαγητό, να τροποποιήσει αντιλήψεις, πεποιθήσεις, μύθους που έχει διαμορφώσει σε σχέση με το φαγητό, τροφές και να δώσει όλα τα απαραίτητα εφόδια-γνώσεις, ψυχολογικές τεχνικές, διατροφικές συμβουλές, απαραίτητους ελιγμούς και άλλα πολλά – για να απαλλαχτεί από τις στερήσεις και τις δίαιτες

απελπισίας που το οδηγούν σε ένα ατέλειωτο φαύλο κύκλο και σε παραπανίσια κιλά (Τσίτσικα, 2006).

Η νευρογενής ανορεξία αντιδρά γενικά πολύ θετικά σε ψυχολογική θεραπευτική παρέμβαση, όμως στα χέρια ειδικά εκπαιδευμένων ψυχοθεραπευτών οι οποίοι κατανοούν τις αιτίες και συμπεριφορές των ψυχογενών διατροφικών διαταραχών και του στυλ ζωής που αυτά προκαλούν. Έτσι η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση δεν θα εφοδιάσει απλά το άτομο με αυτογνωσία. Θα έχει επίσης τις γνώσεις να ενδυναμώσει το άτομο που υποφέρει με ειδικές, σημαντικές πληροφορίες και καθοδήγηση.

Αποκτώντας τον έλεγχο σε άλλες περιοχές της ζωής οι οποίες είναι «εκτός ελέγχου» μπορούμε ξανά να αξιώσουμε τη «φυσική πείνα» και το φαγητό να γίνει πάλι πηγή ευχαρίστησης (Ι.Ψ.Ε., 2008, Τσίτσικα, 2006 και American Psychiatric Association, 1994).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ –Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

8.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή

Οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές δεν χαρακτηρίζονται από ομοιογένεια. Τα συμπτώματα μπορεί να διαφέρουν ως προς τη δριμύτητα, συχνότητα και μορφή και μπορεί να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, καθώς και ομοιότητες με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Μια αρχική συνέντευξη είναι απαραίτητη και αποφασιστική για την εγκαθίδρυση μια σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Το κλίμα αποδοχής, που θα πρέπει να δημιουργήσει ο νοσηλευτής, θα επιτρέψει στον ασθενή να εκφραστεί με ειλικρίνεια για την κατάσταση του. Ταυτόχρονα μέσα από τη συζήτηση ο νοσηλευτής προσδιορίζει τη δύναμη των εσωτερικών κινήτρων και τις ψυχικές αντοχές του ασθενή. Για το σκοπό αυτό συλλέγονται πληροφορίες που αφορούν στη διάρκεια των διατροφικών διαταραχών, στο βαθμό σοβαρότητας των συμπτωμάτων, στην ψυχολογική πίεση που προκαλείται από αυτά τα συμπτώματα, καθώς και σε προηγούμενες προσπάθειες θεραπείας (Nihart Boyd, 2005).

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

βιολογικό πορτρέτο του ασθενούς. Ως προς τα ψυχολογικά συμπτώματα της νόσου, αυτά θα πρέπει να ελέγχουν λεπτομερώς, ακόμα και αν ο ασθενής τα αρνείται ή προσπαθεί να τα ελαχιστοποιήσει. Συμπτώματα, όπως κατάθλιψη ή άλλες ψυχικές διαταραχές, καθώς και οριακές διαταραχές προσωπικότητας απαιτούν μεγαλύτερη προσοχή γιατί συμπεριφορές που σχετίζονται με τέτοιες διαταραχές μπορούν να οδηγήσουν μέχρι και σε αυτοκτονία. Σημαντικό είναι επίσης να ερευνηθεί οποιοδήποτε ιστορικό σεξουαλικής ή ψυχολογικής βίας, αφού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αναφέρονται τέτοια περιστατικά (Κυριακίδου, 2000).

Συμπτώματα όπως μελαγχολία, άγχος, έμμονες ιδέες, παρορμητικότητα πρέπει να προσδιοριστούν μετά από εξέταση του διανοητικού επιπέδου του ασθενούς. Πληροφορίες σχετικές με το πώς αντιλαμβάνεται ο ασθενής το «φαγητό και το βάρος» με το πόσο έντονα αυτά τον απασχολούν, καθώς και με τα φαγητά τα οποία ο ασθενής θεωρεί «απαγορευμένα» αποδεικνύονται πολύ χρήσιμες κατά τη μετέπειτα θεραπευτική διαδικασία. Επίσης πολύτιμες θεωρούνται οι προσδοκίες του ίδιου του ασθενή για το αποτέλεσμα της θεραπείας του καθώς και οποιεσδήποτε δικές του προτάσεις για τη διεξαγωγή αυτής της θεραπείας. Εξίσου σημαντική είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ των συμπτωμάτων της νόσου και της κοινωνικής ζωής του ασθενούς. Η επαγγελματική ή η σχολική του επίδοση, τα κάθε είδους ενδιαφέροντα του, οι σχέσεις του εκτός της οικογένειας, καθώς και η δυναμική των οικογενειακών σχέσεων πολύ συχνά συντηρούν ή επιδεινώνουν τη διαταραχή (Nihart Boyd, 2005 και Κυριακίδου, 2002).

8.2. Στάδια θεραπείας

8.2.1 Διατροφική αποκατάσταση

Βασική προϋπόθεση είναι ο καθορισμός του κατώτατου ορίου βάρους του ασθενούς και των απαιτούμενων καθημερινών ποσοτήτων τροφής. Οι στόχοι αυτοί μπορούν να επιτευχθούν ατομικά ή σε ομάδες θεραπείας. Σε

οποιαδήποτε περίπτωση ο νοσηλευτής επαινεί την αύξηση του βάρους ως αποτέλεσμα της προσπάθειας του ασθενή και διακριτικά αγνοεί την πιθανή μείωσή του. Η επαφή μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή είναι συνεχής. Ο νοσηλευτής κάθεται στο ίδιο τραπέζι κατά τη διάρκεια του φαγητού και μαζεύει τα πιάτα χωρίς σχόλια και ίχνος πίεσης. Δημιουργεί όσο το δυνατόν ευχάριστο περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα καταγράφει την καθημερινή κατανάλωση τροφής.

Ανάλογα με την περίπτωση, μπορεί να μειωθεί η προγραμματισμένη ποσότητα τροφής που πρέπει να καταναλωθεί, αλλά να συμπληρώνεται με ενδιάμεσα μικρογεύματα. Με την πάροδο του χρόνου και αφού το επίπεδο αυτοπεποίθησης του ασθενή κρίνεται ικανοποιητικό, μπορεί να του δοθεί, όσο πιο συχνά γίνεται το δικαίωμα της επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικά προγράμματα διατροφής. Στην περίπτωση αυτή όμως θα πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια από τον ασθενή το χαμηλότερο σε θερμιδική αξία διαιτολόγιο. Ποσότητες φαγητού «κρυμμένες» σε τσέπες ή πεταμένες στα σκουπίδια δεν θα πρέπει να ξεφεύγουν από την προσοχή του νοσηλευτή.

Πολύ σημαντική είναι η τήρηση αυστηρού προγράμματος μέτρησης του βάρους κατά τον ίδιο πάντα τρόπο (π.χ. κάθε Δευτέρα και Παρασκευή πριν απ' το πρωινό), στην ίδια πάντα ζυγαριά και με γραφική αναπαράσταση των δεδομένων. Ο τρόπος αυτός προσφέρει ακριβείς πληροφορίες για οποιαδήποτε αυξομείωση του βάρους του ασθενούς προστατεύοντας τον όμως ταυτόχρονα από πιθανές βασανιστικές αντιδράσεις που θα προκαλούσε η καθαρή αριθμητική έκφραση αυτής της αυξομείωσης. Μερικά προγράμματα μάλιστα, προτείνουν να ζυγίζεται ο ασθενής με την πλάτη στη ζυγαριά, αναπτύσσοντας έτσι ταυτόχρονα και μια σχέση εμπιστοσύνης με το νοσηλευτή του.

Ο έλεγχος του προσωπικού χώρου του ασθενούς και η χρήση συσκευών παρακολούθησης θα πρέπει, όταν αυτό είναι δυνατό, να αποφεύγονται. Σε περίπτωση που ο ασθενής παραβιάζει βασικούς κανόνες του διαιτητικού του προγράμματος, ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να βρίσκεται συνεχώς μαζί

του, ειδικά κατά τη διάρκεια των γευμάτων, και εάν κρίνει απαραίτητο, να του στερεί το δικαίωμα χρήσης του μπάνιου για τουλάχιστον δύο ώρες μετά το φαγητό. Έτσι θα ελαχιστοποιηθούν οι προσπάθειες του ασθενούς να διατηρήσει το χαμηλό βάρος του προκαλώντας μετά το φαγητό κρυφούς τεχνητούς εμετούς. Ως προς τη σωματική άσκηση θα πρέπει να τηρούνται μέτρια προγράμματα που καταπολεμούν την κατάθλιψη και διατηρούν τη μυική μάζα/βάρος του ασθενούς. Ο καθορισμός ορίων άσκησης προλαμβάνει τη ροπή πολλών ασθενών προς ακραίες σωματικές δραστηριότητες.

Σε περίπτωση παρεντερικής σίτισης του ασθενούς θα πρέπει να αποφεύγεται οποιαδήποτε επικριτική συμπεριφορά ή ποινή εκ μέρους του νοσηλευτή, έτσι ώστε ο ασθενής να αναπτύξει σταδιακά την αυτοεκτίμηση του και να νιώσει κάποτε πως είναι ικανός να «πάρει την τύχη στα χέρια του». Επίσης θα πρέπει να γίνονται τακτικές μετρήσεις των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών του ασθενούς και συχνοί έλεγχοι της σωστής λειτουργίας του παρεντερικού σωλήνα, που πολλές φορές εσκεμμένα καταστρέφεται από αυτόν (Κυριακίδου, 2000).

Εκτός από τις ατομικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ο νοσηλευτής πρέπει να βρίσκεται σε στενή συνεργασία με την ευρύτερη θεραπευτική ομάδα θεραπευτικής αποκατάστασης, να αναφέρει οποιοσδήποτε αλλοιώσεις που θα παρατηρηθούν στη στοματική κοιλότητα του ασθενούς ανάλογα με την περίπτωση, να προτείνει εναλλακτικές μεθόδους διατροφής όπως δίαιτα υγρής τροφής ή παρεντερική σίτιση.

Τέλος, στα βασικά νοσηλευτικά καθήκοντα συμπεριλαμβάνεται και η χορήγηση φαρμάκων. Στο πλαίσιο της νοσηλείας ο νοσηλευτής πρέπει να επαγρυπνεί σε περίπτωση παρενέργειας κάποιου φαρμάκου ή αλληλεπίδρασης του με κάποιο άλλο. Είναι αυτονόητο πως θα πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση καθαρικών (Κυριακίδου, 2000).

8.2.2. Διαταραχές υγρών - ηλεκτρολυτών

Καταρχάς ο νοσηλευτής/τρια καταγράφει τα ζωτικά σημεία του ασθενή. Στη συνέχεια ελέγχει την ποσότητα και το είδος των προσλαμβανόμενων υγρών καθώς και την ποσότητα των σύρων. Συζητά με τον ασθενή τρόπους αποφυγής και διακοπής των τεχνητών εμετών και της χρήσης καθαρτικών και διουρητικών. Καθορίζει δραστηριότητες (όπως συγκεκριμένο πρόγραμμα για πρόσληψη υγρών) που θα βοηθήσουν τον ασθενή να επαναφέρει και να διατηρήσει το ισοζύγιο των σωματικών του υγρών. Επιπλέον ενημερώνεται για τα αποτελέσματα των εξετάσεων ηλεκτρολυτών/νεφρικής λειτουργίας, αφού πιθανές μεταβολές τους μπορούν να επηρεάσουν την ανάρρωση του ασθενούς απαιτώντας έτσι πρόσθετες παρεμβάσεις. Σε επείγουσες περιπτώσεις διατάραξης της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας απαιτείται συμπληρωματική χορήγηση καλίου, για να αποφευχθούν επεισόδια καρδιακής δυσρυθμίας (Οικονομοπούλου, 2002).

8.2.3. Δερματολογικός έλεγχος

Ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει προσοχή σε οποιεσδήποτε δερματικές αλλοιώσεις παρατηρεί (π.χ. ξηρότητα, ευερεθιστότητα). Πείθει τον ασθενή να αποφεύγει το καθημερινό μπάνιο καταπολεμώντας έτσι την ξηρότητα του δέρματος. Η χρήση ενυδατικών προϊόντων δύο φορές τη μέρα και πάντα μετά το μπάνιο μειώνει τον κνησμό και ενισχύει την ελαστικότητα της επιδερμίδας. Όπου απαιτείται, ο νοσηλευτής εφαρμόζει ελαφρές μαλάξεις, ειδικά σε περιοχές που πιέζονται από οστικές προεξοχές, ενισχύοντας έτσι την καλή κυκλοφορία του αίματος. Η τακτική αυτή θα πρέπει να χρησιμοποιείται με φειδώ, όπου υπάρχει ιστορικό σεξουαλικής ή φυσικής βίας. Εάν ο ασθενής σιτίζεται παρεντερικώς, πρέπει να πειστεί, πως για την καλή κυκλοφορία του αίματος και την αποφυγή συμπτωμάτων κατάκλισης, είναι απαραίτητη η συχνή αλλαγή θέσης στο κρεβάτι του (Karlan και συν., 2004 και Κυριακίδου, 2000).

8.2.4. Διαδικασία σκέψης

Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να γνωρίζει αν υπάρχουν διαταραχές στην διανοητική ικανότητα του ασθενή, έτσι ώστε να διαμορφώνει κατάλληλα τις προσδοκίες που έχει από αυτόν και ταυτόχρονα να επιλέγει τον κατάλληλο τρόπο για την ψυχολογική του υποστήριξη. Ο ρόλος του «καλού ακροατή» και η ειλικρίνεια στις συζητήσεις δημιουργούν το κατάλληλο κλίμα εμπιστοσύνης. Το ακριβώς αντίθετο προκαλεί η υπερβολική και επιπόλαια αντίδραση σε τυχόν παράλογη συμπεριφορά του ασθενούς. Παράλληλα η αυστηρή τήρηση της διαιτητικής αγωγής συμβάλλει στη βελτίωση της εγκεφαλικής λειτουργίας (Κυριακίδου, 2000 και Οικονομοπούλου, 2002).

8.2.5. Διαταραχή σωματικής εικόνας - αυτοπεποίθησης

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

Ο νοσηλευτής, σε όλη την διάρκεια της θεραπείας, απαντά με ειλικρίνεια ακόμα και σε παράλογες διατυπώσεις του ασθενούς σχετικά με το σώμα ή το βάρος του, αποφεύγοντας όμως οποιαδήποτε επικριτικά σχόλια ή ακραίες αντιδράσεις. Προβλήματα προσωπικά ή οικογενειακά θα πρέπει «να αφήνονται στο σπίτι», έτσι ώστε να μπορεί ο νοσηλευτής να ελέγχει τη συμπεριφορά του προς τον ασθενή και να μην συγκρούεται αδικαιολόγητα μαζί του διατηρώντας μ' αυτόν τον τρόπο ψυχολογική σταθερότητα στη μεταξύ τους σχέση (Κυριακίδου, 2000).

8.2.6. Νοσηλευτής και οικογένεια

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

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

Σε πολλές οικογένειες ανορεκτικών η έκφραση των συναισθημάτων και της διαφορετικότητας των μελών θεωρείται ταμπού, το οποίο κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας πρέπει να σπάσει. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει κάθε αυθόρμητη έκφραση συναισθημάτων (π.χ. θυμό, κλάμα), δείχνοντας πως όλοι έχουν το δικαίωμα να αντιδρούν διαφορετικά και αυτόνομα. Για να είναι δυνατή όμως η αυθόρμητη έκφραση των συναισθημάτων θα πρέπει να δημιουργηθεί το κατάλληλο περιβάλλον.

Για το σκοπό αυτό ο νοσηλευτής βοηθά τους γονείς να προσδιορίσουν και να λύσουν πρώτα τις δικές τους συζυγικές διαφορές, αν υπάρχουν, ενώ

ταυτόχρονα εμποδίζει τον ασθενή να μεσολαβήσει σε τυχόν συγκρούσεις ανάμεσα στους γονείς του, αφού πολλές φορές η ρίζα των διατροφικών διαταραχών βρίσκεται στην ψυχολογική πίεση που ασκείται στο παιδί για να πάρει το μέρος του ενός από τους δύο γονείς.

Τέλος, επισημαίνει και αντιμετωπίζει άμεσα συμπεριφορές εκ μέρους των μελών της οικογένειας που μπορεί να υπονομεύσουν τη θεραπευτική διαδικασία όπως έκρηξη συναισθημάτων ενοχής, ντροπής ή απελπισίας. Αν χρειαστεί προτείνει τη συμμετοχή σε ευρύτερες ομάδες θεραπείας ή σχολές επιμόρφωσης γονέων (Οικονομοπούλου, 2002).

Ο νοσηλευτής βοηθά τον ασθενή να αναλάβει τον έλεγχο σε τομείς που δεν έχουν σχέση με την αύξηση του βάρους του, όπως το να καθορίζει τις καθημερινές δραστηριότητές του, να διαλέγει τα χόμπι του κ.ά. Ο ασθενής μαθαίνει να θέτει συγκεκριμένους, ρεαλιστικούς στόχους για τον εαυτό του και να καταστρώνει σχέδια για την επίτευξή τους, την οποία ακολουθούν νέοι δυσκολότεροι στόχοι.

Μ' αυτόν τον τρόπο μετατοπίζεται σιγά-σιγά το κέντρο βάρους της προσοχής του σε άλλες ευχάριστες δραστηριότητες, αυξάνοντας έτσι τη δυνατότητα του να ελέγχει καταστάσεις βελτιώνοντας σημαντικά την αυτοεκτίμησή του.

Ο έλεγχος απ' τη μια, αλλά ταυτόχρονα και η αποδοχή του εαυτού όπως είναι από την άλλη, αποτελούν βασικούς στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι ασθενείς ενώ αισθάνονται υπεύθυνοι για την εικόνα τους, που πρέπει να είναι πάντα τέλεια, πολλές φορές δεν ξέρουν καν τι θέλουν και τι είναι καλό γι' αυτούς. Αν όμως υποστηριχθούν για να παίρνουν δικές τους αποφάσεις νοιώθοντας εμπιστοσύνη στον εαυτό τους χωρίς συναισθήματα ανεπάρκειας και αδυναμίας, τότε "μαθαίνουν" να αισθάνονται αποδεκτοί και να αποκτούν βαθμιαία τη δική τους "ταυτότητα", ανεξάρτητα από τα πρότυπα που τους έχουν ενδεχομένως επιβληθεί απ' την οικογένεια.

Η συμμετοχή σε ομάδες θεραπείας με μέλη που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα βοηθάει πολύ προς αυτή την κατεύθυνση. Μέσα από την έκφραση και το μοίρασμα των εμπειριών τους και των φόβων τους με τους άλλους, διαμορφώνουν καθαρότερη αντικειμενική εικόνα του εαυτού τους δοκιμάζουν ευχάριστα και παρωθητικά συναισθήματα αποδοχής, ενθάρρυνσης και θετικής αντίληψης.

Για να τονιστεί η σημασία των παραπάνω συναισθημάτων, αξίζει να αναφερθεί πως ένα μεγάλο ποσοστό ανορεξικών ατόμων, μέσα από καταστάσεις κοινωνικής απόρριψης και απομόνωσης που προκαλούν συναισθήματα απαξίωσης του εαυτού τους, οδηγείται απελπιστικά τελικά σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.

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

Τέλος, στρατηγικές όπως, το ημερολόγιο συναισθημάτων που ανασύρονται με τη σκέψη και μόνο του φαγητού και η κατ' επέκταση αντιμετώπισή τους, η άμεση αλλαγή ρούχων μετά από αύξηση βάρους, ή εκμάθηση κατάλληλων τεχνικών περιποίησης προσώπου-σώματος ώστε να μεταβληθεί η προηγούμενη παγωμένη εικόνα ως "λεπτής σιλουέτας" και η ενασχόληση με διάφορες ελεγχόμενες αθλητικές δραστηριότητες ατομικές ή ομαδικές, συμβάλλουν, (σε μεγάλο βαθμό) στην προσπάθεια "ανάπλασης" της εικόνας του εαυτού, στην επανάκτηση ελέγχου, την ανάπτυξη θετικής αυτοαντίληψης και την τελική αποκατάσταση ψυχικής ισορροπίας (Karlan και συν., 2004, Κυριακίδου, 2000 και Οικονομοπούλου, 2002).

8.2.7. Ανικανότητα για εκπαίδευση

Ο ασθενής μέσα από τη σχέση του με το νοσηλευτή, εκπαιδεύεται κατάλληλα ώστε να αναγνωρίζει τις συνθήκες της ανάρρωσής του και τις πιθανές θεραπευτικές του ανάγκες. Για να γίνει αυτό δεν θα πρέπει να καθοριστεί μόνο το επίπεδο των γνώσεων που ήδη διαθέτει αλλά και η ετοιμότητα του να μάθει περισσότερα, αφού η οποιαδήποτε μάθηση είναι πιο εύκολη όταν «ο μαθητής» είναι πρόθυμος (Nihart Boyd, 2005).

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

Η ανορεξική συμπεριφορά και οι πιθανές μη αναστρέψιμες συνέπειές της (γαστρορραγίες, βλάβες στο συκώτι από έλλειψη πρωτεϊνών, υπολειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, ακόμα και ξαφνικός θάνατος), πρέπει να αποτελούν συνεχώς αντικείμενο συζήτησης μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή.

Στην προσπάθεια αλλαγής αυτής της καταστροφικής συμπεριφοράς μπορούν να προταθούν διάφορες αντιστρεσσιογόνες και χαλαρωτικές τεχνικές, που θα βοηθήσουν τον ασθενή να αντιμετωπίσει θετικά τα συναισθήματα άγχους και φόβου που συνήθως τον βασανίζουν.

Βοηθός στην καταπολέμηση των παραπάνω συναισθημάτων είναι και οι ενδορφίνες, τα φυσικά «χάπια ευτυχίας» του μυαλού, που παράγονται κατά τη

διάρκεια σωματικής άσκησης, η οποία δεν πρέπει να λείπει από καμία θεραπευτική διαδικασία, με την προϋπόθεση πως ο ασθενής δεν θα οδηγηθεί σε ακρότητες.

Στο πλαίσιο της γενικότερης ενημέρωσης-εκπαίδευσής του ο νοσηλευτής παρέχει στον ασθενή πληροφορίες για οποιοδήποτε θέμα τον ενδιαφέρει ή τον βοηθά στην εξέλιξη της θεραπευτικής του αγωγής. Εάν χρειαστεί μεγαλύτερη υποστήριξη, τόν παραπέμπει σε ευρύτερους εθνικούς ή διεθνείς οργανισμούς που ασχολούνται με το πρόβλημά του (Κυριακίδου, 2000 και Οικονομοπούλου, 2002).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

9.1. Αγωγή Υγείας

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

Η πρόληψη αποτελεί τον πρωταρχικό σκοπό της κοινοτικής νοσηλευτικής γενικά. Η προληπτική παρέμβαση ακολουθεί την φυσική εξέλιξη της αρρώστιας, η οποία αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία στηρίζεται. Η αρρώστια προχωρεί και οι παθολογικές μεταβολές όσο αυτή προχωρεί, γίνονται λιγότερο αναστρέψιμες. Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων είναι να αναχαιτίσουν ή να αναστρέψουν την παθολογική διεργασία, προλαβαίνοντας μεγαλύτερη βλάβη. Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της αρρώστιας διακρίνονται τρία επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων: η Πρωτογενής, η Δευτερογενής και η Τριτογενής Προληπτική Παρέμβαση (Χριστοδούλου και συν., 2000 και Kaplan και συν., 2004).

9.1.1. Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την παρέμβαση που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες, και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της

γενικής κατάστασης υγείας όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα.

Στις παρεμβάσεις για την προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας περιλαμβάνονται όλες οι δραστηριότητες που βελτιώνουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος και ενισχύουν τον υγιεινό τρόπο ζωής. Η αγωγή υγείας στο επίπεδο αυτό σκοπεύει να μεταδώσει στον πληθυσμό γνώσεις σχετικά με την υγιεινή διατροφή, ανάπαυση, ψυχαγωγία και γενικά την απόκτηση υγιεινών συνηθειών. Ακόμη ενημερώνει σχετικά με τους δυσμενείς για την υγεία παράγοντες όπως την κακή διατροφή, τις διάφορες καταχρήσεις, το άγχος και ό,τι άλλο επιδρά αρνητικά στην υγεία (Κυριακίδου, 2000).

9.1.2. Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Ο σκοπός της είναι να θεραπευθεί η αρρώστια κατά το δυνατό στα πρώτα στάδιά της, σε περίπτωση δε που τούτο δεν είναι δυνατόν, να περιοριστεί η εξέλιξη της και να προληφθούν επιπλοκές και αναπηρίες. Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για τη δευτερογενή πρόληψη. Ο έλεγχος αυτός μπορεί έγκαιρα να διαπιστώσει σημεία και ενδείξεις μιας νόσου, πριν ακόμη το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα. Τμήμα της δευτερογενούς πρόληψης, αποτελεί και η διδασκαλία του πληθυσμού σχετικά με τη σπουδαιότητα του περιοδικού ελέγχου της υγείας τους (Kaplan και συν., 2004 και Κυριακίδου, 2000).

9.1.3. Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η αρρώστια και στην αποκατάσταση των ατόμων, παρεμβαίνει δε όταν παθολογικές βλάβες έχουν ήδη εμφανιστεί ή το άτομο παρουσιάζει βαθμό αναπηρίας (Οικονομοπούλου, 2002).

Συμπερασματικά η πρωτογενής προληπτική παρεμβατική ενέργεια μπορεί να θεωρηθεί η ανάπτυξη και η εφαρμογή ενός προγράμματος ενημέρωσης σχετικά με τις διατροφικές ανάγκες του οργανισμού.

Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στη φροντίδα των ατόμων που παρουσιάζουν και διατροφικά προβλήματα.

Η τριτογενής πρόληψη σκοπεύει στην ενεργοποίηση των ατόμων για την αποκατάσταση αυτών που βρίσκονται στο στάδιο της αυτοθεραπείας μετά από διατροφικά προβλήματα και ανάπτυξη μακροπρόθεσμων στρατηγικών για εξασφάλιση της απαραίτητης διατροφής (Γιαννόπουλος, 1996).

9.2. Προληπτική Νοσηλευτική στην οικογένεια

9.2.1. Αξιολόγηση της οικογένειας

Οι περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την οικογένεια συγκεντρώνονται στην επίσκεψη του νοσηλευτή στο σπίτι. Η αξιολόγηση στο σπίτι έχει πολλά πλεονεκτήματα σε σύγκριση με την επικοινωνία νοσηλευτή-ατόμου.

α) Η προ της επίσκεψης φάση - Προετοιμασία επίσκεψης

Η τηλεφωνική επικοινωνία του νοσηλευτή με την οικογένεια στην οποία εξηγεί ποιος είναι, τον σκοπό της επίσκεψης στο σπίτι και πως έγινε η παραπομπή της οικογένειας (από το σχολείο, το νοσοκομείο, ή οποιαδήποτε άλλο άτομο ή υπηρεσία). Βοηθάει να διευκρινισθούν ορισμένα θέματα και ενθαρρύνει την οικογένεια στην συμμετοχή της. Προγραμματίζεται τόσο ο χρόνος όσο και η σχετική διάρκεια της επίσκεψης, έτσι ώστε να διευκολύνονται και η οικογένεια και ο νοσηλευτής. Μετά ο νοσηλευτής θα πρέπει να μελετήσει όλες τις πληροφορίες που υπάρχουν σχετικά με την οικογένεια προφορικές ή γραπτές και από όλες τις πηγές όπως: έκθεση, ιατρική, πληροφορίες συναδέλφων, σχετική έκθεση από το σχολείο ή τον εργασιακό χώρο κάποιου μέλους της οικογένειας και κάθε άλλη σχετική πληροφορία.

β) Επίσκεψη στο σπίτι

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

Η επικοινωνία αυτή είναι μια διεργασία, η οποία ενισχύει τα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν μόνα τους τις σκέψεις ή τα προβλήματα τους χωρίς να είναι αναγκασμένα να απαντούν σε συγκεκριμένες κατευθυνόμενες ερωτήσεις. Έτσι τα μέλη της οικογένειας με το δικό τους τρόπο εκφράζουν αυτά που θέλουν, δίνοντας την ευκαιρία στο νοσηλευτή να αντιληφθεί τις απόψεις και θέσεις τους σε διάφορα θέματα. Σε αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής απλά ακούει ενεργητικά και προσεκτικά, χωρίς να σημειώνει τίποτε με χαρτί και μολύβι για να μη παρεμποδίσει την άνεση της επικοινωνίας. Ένας χρήσιμος οδηγός αξιολόγησης πρέπει να περιλαμβάνει της αρχιτεκτονική και λειτουργική δομή της οικογένειας καθώς και το αναπτυξιακό της στάδιο. Η χρησιμοποίηση ενός γονογράμματος της οικογένειας είναι πολύ βοηθητική, διότι δίνει τη γραπτή, οπτική εικόνα της οικογένειας (Γιαννόπουλος, 1996).

Η αρχιτεκτονική δομή της οικογένειας σημειώνεται πρώτα, ακολουθεί το αναπτυξιακό στάδιο και το ιστορικό της οικογένειας. Στη συνέχεια συγκεντρώνονται πληροφορίες σχετικά με τις δραστηριότητες της οικογένειας, τις πιέσεις που ασκούνται σ' αυτήν και τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιεί. Στο τέλος, τα μέλη της οικογένειας συνεργάζονται με το νοσηλευτή στον καταρτισμό ενός πίνακα στον οποίον απαριθμούνται τόσο οι

δυνατότητες της οικογένειας όσα και τα σημεία αδυναμίας που επισημάνθηκαν και χρειάζονται βελτίωση. Ο πίνακας αυτός θα χρησιμοποιηθεί σαν αρχική βάση για τον προγραμματισμό της φροντίδας της οικογένειας.

Όλες οι πληροφορίες είναι αδύνατο να συγκεντρωθούν σε μια ή δύο μόνο επισκέψεις. Μετά τη δεύτερη επίσκεψη ο νοσηλευτής ίσως είναι σε θέση να διαπιστώσει τα γενικά προβλήματα και να αποφασίσει πόσο λεπτομερειακή αξιολόγηση χρειάζεται για τη διερεύνηση τους. Οι επόμενες επισκέψεις θα προγραμματιστούν με τη σύμφωνη γνώμη της οικογένειας, ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν και τα μέσα που διατίθενται για την αντιμετώπιση τους. μόλις καταρτίζεται το πρόγραμμα για επόμενη επίσκεψη αρχίζει η τελική φάση (Karlan και συν., 2004 και Κυριακίδου, 2000).

γ) Τελική φάση: Ο νοσηλευτής ανακεφαλαιώνει την επίσκεψη με την οικογένεια, επανατοποθετεί το σκοπό της επίσκεψης και κρίνει κατά πόσον οι σκοποί που ετέθησαν έχουν επιτευχθεί και εάν η επίσκεψη ήταν ή όχι αποτελεσματική. Καταλήγει προγραμματίζοντας την επόμενη επικοινωνία, η οποία μπορεί να συμπεριλαμβάνει και κάποια παραπομπή ή επίσκεψη σε άλλη υπηρεσία. Τελειώνοντας την επίσκεψη πρέπει να είναι σαφείς και κατανοητές οι ενέργειες ή δραστηριότητες τις οποίες θα αναλάβει ο νοσηλευτής και η οικογένεια μέχρι την επόμενη επικοινωνία τους (Κυριακίδου, 2000).

δ) Μετά την επίσκεψη: Η ευθύνη του νοσηλευτή για την επίσκεψη δεν ολοκληρώνεται εάν δεν κατατεθούν γραπτά όλες οι πληροφορίες και ότι προέκυψε από την επικοινωνία με την οικογένεια. Η καταγραφή με βάση τα προβλήματα που διαπιστώθηκαν βοηθούν να διατηρηθεί το κέντρο της φροντίδας στην οικογένεια και να προγραμματιστούν οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις για επίλυση και αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.⁴⁶

9.3. Εφαρμογή προγράμματος φροντίδας

9.3.1. Ανάλυση πληροφοριών

Η ανάλυση των πληροφοριών ολοκληρώνεται από το νοσηλευτή λαμβάνοντας υπόψη τον οδηγό για την ανάλυση της οικογένειας που περιλαμβάνει κατά τους Wright και Leachey τα πιο κάτω:

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

Στο τέλος της ανάλυσης καταγράφεται η Νοσηλευτική διάγνωση (πρόβλημα ή ανάγκη που διαπιστώθηκε και καθορίζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή του) (Κυριακίδου, 2000 και Klein και συν., 2003).

9.3.2. Εφαρμογή του προγράμματος - Αξιολόγηση του αποτελέσματος

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

Μετά το τέλος του προγράμματος ο νοσηλευτής καταγράφει λεπτομερώς τα αποτελέσματα αξιολογώντας ξεχωριστά κάθε μια από τις φάσεις του. Ως προς την αξιολόγηση της οικογένειας βεβαιώνεται ότι ήταν λεπτομερής, πλήρης

και βασισμένη σε ακριβείς πληροφορίες. Εκτιμάται ακόμη το ποσοστό συμμετοχής των μελών της οικογένειας κατά τη διάρκεια της κατάρτισης αλλά και της εφαρμογής του προγράμματος, καθώς και το χρονικό πλαίσιο της εφαρμογής, που αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την αποτελεσματικότητα και την εφαρμοσιμότητα του προγράμματος.

Η αρρώστια ενός μέλους της οικογένειας έχει άμεση επίπτωση σε όλη την οικογένεια και ο τρόπος που η οικογένεια ως σύστημα αντιδρά έχει άμεση επίδραση στο μέλος της που πάσχει. Όσο πιο σωστά και αποτελεσματικά λειτουργεί η οικογένεια ως σύστημα, τόσο πιο καλά θα προσαρμόζονται τα μέλη. Η νοσηλευτική λοιπόν, χρειάζεται να επικεντρωθεί περισσότερο στη μελέτη και τη φροντίδα ολόκληρης της οικογένειας για να εξασφαλιστεί και σωστή φροντίδα στο κάθε μέλος ξεχωριστά, πάντοτε σε στενή συνεργασία με όλη την οικογένεια (Κυριακίδου, 2000 και Οικονομοπούλου, 2002).

9.3.3. Η πρόληψη στο σχολείο

Σπουδαιότατο παράγοντα για την υγεία του παιδιού αποτελεί το ψυχολογικό και κοινωνικό περιβάλλον του σχολείου, στην δημιουργία του οποίου συμβάλλουν όλοι οι εργαζόμενοι σ' αυτό αλλά και οι ίδιοι οι μαθητές και οι οικογένειές τους. Συνθήκες που οδηγούν το παιδί σε απογοήτευση και κόπωση ή το κάνουν να χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό του και να αισθανθεί ανίκανο και μειονεκτικό ή ακόμη και ομαδικές συγκρούσεις και διαφορές μεταξύ των μαθητών προκαλούν δυσάρεστες καταστάσεις. Οι καταστάσεις αυτές μπορούν να δημιουργήσουν ψυχολογικό, συναισθηματικό ή και κοινωνικά προβλήματα.

Όλα αυτά έχει υποχρέωση και καθήκον η νοσηλευτική υπηρεσία να τα παρακολουθεί και να τα ελέγχει, με σκοπό να διαπιστώσει έγκαιρα διάφορες δυσκολίες, προβλήματα και ελλείψεις και να κάνει τις ανάλογες προτάσεις για την αντιμετώπισή τους. Δεν έχει βέβαια την εξουσία να ρυθμίσει όλα αυτά τα θέματα μόνη της. Εάν, όμως, η συνεργασία της με όλους τους εργαζόμενους

στο σχολείο είναι τέτοια, ώστε η γνώμη της να γίνει σεβαστή και υπολογίσιμη, ασφαλώς θα μπορέσει να επιτύχει πολλά (Nihart Boyd, 2005, www.stress.gr και Γιαννόπουλος, 1996).

Απαραίτητη προϋπόθεση για την διατήρηση και προαγωγή της υγείας του παιδιού είναι η απόκτηση γνώσεων και υγιεινών συνηθειών που θα διδάσκονται βέβαια αρχικά μέσα στην οικογένεια, συστηματοποιούνται όμως και εμπεδώνονται στο σχολείο. Πρωταρχικός σ' αυτό είναι ο ρόλος του νοσηλευτή που εργάζεται στο σχολείο. Η διδασκαλία η αγωγή υγείας που κάνει ο νοσηλευτής στο σχολείο μπορεί να περιλαμβάνεται στο ωρολόγιο πρόγραμμα των μαθημάτων και να γίνεται σε τακτικές ημέρες και ώρες μετά από συνεννόηση με το διδακτικό προσωπικό του σχολείου. Στο πρόγραμμα αυτό διδασκαλίας περιλαμβάνονται θέματα που ενδιαφέρουν και αφορούν το σχολικό πληθυσμό και έχουν κυρίως προληπτικό χαρακτήρα. Μερικά από τα θέματα που διδάσκονται είναι επίσης η ατομική υγιεινή και καθαριότητα, οι κανόνες σωστής υγιεινής διατροφής, η υγιεινή άσκηση / ψυχαγωγία/ανάλυση και πρόληψη ατυχημάτων. Τα θέματα που διδάσκονται εξαρτώνται βέβαια και από την ηλικία των μαθητών. Γενικά σε όλες τις ευκαιρίες επικοινωνίας με τα παιδιά και το προσωπικό, ατομικά ή και συνολικά, διδάσκει και κατευθύνει σε θέματα υγείας και τονίζει πάντοτε τη σημασία της πρόληψης (Χριστοδούλου και συν., 2000).

Η Withrow αναφέρει επτά τομείς δραστηριότητας του σχολικού νοσηλευτή και επομένως, ανάλογους ρόλους και υποχρεώσεις, που είναι:

- § Ο *λειτουργικός ρόλος* ο οποίος περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως: περιοδική εξέταση μαθητών (αρχική και συνεχιζόμενη), μέρα περιορισμού των λοιμωδών νοσημάτων, διενέργεια εμβολιασμών κ.λπ.
- § *Πρωτοβάθμια φροντίδα*. Παροχή άμεσης φροντίδας σε περίπτωση ασθένειας ή ατυχήματος (πρώτες βοήθειες), προγραμματισμός επιδημιολογικών προγραμμάτων, αγωγή υγείας.

- § *Μέλος ομάδας υγείας* στην οποία συμμετέχει συνήθως ως συντονιστής. Η ομάδα αποτελείται από τον γιατρό, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, τον καθηγητή φυσικής αγωγής και τον καθηγητή ή τον δάσκαλο της τάξης.
- § *Θεραπευτικός ρόλος*. Ο νοσηλευτής ανακαλύπτει τους μαθητές που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για συγκεκριμένα προβλήματα υγείας, συντονίζει και προσφέρει φροντίδα σε παιδιά με χρόνια νοσήματα, ή σε οποιοδήποτε οξύ πρόβλημα προκύψει, και προγραμματίζει συνεχιζόμενη φροντίδα για τα παιδιά αυτά και σε χώρους εκτός σχολείου όπως το σπίτι ή το νοσοκομείο.
- § *Διδακτικός - εκπαιδευτικός ρόλος*. Εκπαιδεύει και ενημερώνει τον σχολικό πληθυσμό σχετικά με όλα τα θέματα υγείας γενικά και ειδικά:
- § *Σύμβουλος και συνήγορος των μαθητών*. Κατά την Withrow οι δύο αυτοί ρόλοι είναι δευτερεύοντες ή μάλλον εμπεριέχονται στους προηγούμενους. Ο νοσηλευτής προσφέρει την γνώμη και την άποψη του και κάνει προτάσεις για θέματα που αφορούν ένα συγκεκριμένο παιδί ή περισσότερα παιδιά για κάποιο θέμα που τα αφορά και είναι σχετικό με την υγεία. Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να απευθύνεται προς το γιατρό, τον κοινωνικό λειτουργό, τον διευθυντή του σχολείου, τον δάσκαλο ή τους γονείς ή ακόμη και προς τους άλλους νοσηλευτές με τους οποίους συνεργάζεται στο χώρο του σχολείου ή σε άλλους τομείς της κοινότητας (Χριστοδούλου και συν., 2000 και Nihart Boyd, 2005).

i. Πρωτογενής πρόληψη στο σχολείο

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

εαυτό και να περιορίσει την εμμονή για το τέλειο σώμα (Κυριακίδου, 2000 και Lee και συν., 2002).

Η θετική επίδραση του σχολείου με σαφείς τεχνικές, εξειδικευμένες και εστιασμένες ενάντια στην εμμονή αυτή, μπορεί να μειώσει τα καταστροφικά αποτελέσματα της παθολογικής ενασχόλησης με τα σχήμα και το βάρος σώματος. Επίσης μαθήματα που ενθαρρύνουν την ανάλυση του ρόλου των μέσων μαζικής ενημέρωσης, μπορούν να παραποιήσουν εικόνες, ιδέες και έννοιες προς το δικό τους όφελος και όχι προς όφελος των ίδιων των νέων. Επιπλέον στο σύστημα αξιών του σχολείου θα πρέπει να ενταχθεί κάποιο πρόγραμμα που θα συμβάλλει στη βελτίωση του αισθήματος της αυτοπεποίθησης των μαθητών.

Αυτό θα βοηθήσει γενικότερα, στην πρόληψη της αντιμετώπισης και άλλων επικίνδυνων συμπεριφορών όπως της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, της επιθετικότητας, της κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών και των αυτοκαταστροφικών τάσεων.

Παράλληλα, θα πρέπει να δίνεται συστηματικά κάποια βοήθεια και στήριξη στον ψυχολογικό- συναισθηματικό τομέα, επομένως χρειάζεται να έχουμε για τα παιδιά διαθέσιμες τις κατάλληλες λέξεις προκειμένου να εξηγήσουμε πως αισθανόμαστε ώστε το ίδιο να μάθουν να κάνουν και τα παιδιά.

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

Θα πρέπει να σημειωθεί η ανάγκη της κατανόησης και πλήρους ενημέρωσης, σε ότι αφορά το πρόβλημα από το προσωπικό του σχολείου, από

τους ειδικούς στο χώρο της υγείας και από τους κοινωνικούς λειτουργούς έτσι ώστε να διασφαλιστεί ότι τα σοβαρά προβλήματα αυτού του είδους επιβάλλεται να αναγνωρίζονται ώστε να προληφθούν και να αντιμετωπιστούν πριν οδηγήσουν στην έναρξη μιας σοβαρής και δυνητικά θανατηφόρας ασθένειας. Η προληπτική παρέμβαση από ειδικούς των υπηρεσιών υγείας (σχολικούς ψυχολόγους, γιατρούς, εξειδικευμένους νοσηλευτές) αλλά και η κατάλληλη υποστήριξη όσων βρίσκονται στα πρώιμα στάδια της διαταραχής θα βοηθήσει στην αποτροπή της έναρξης μιας σοβαρής και μακρόχρονης ασθένειας όπως είναι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Η βοήθεια μπορεί να είναι ευρεία και να περιλαμβάνει: ομάδες υποστήριξης των ευπαθών ατόμων, υπηρεσίες εικοσιτετράωρης υποστήριξης του ασθενούς, παραπομπή σε υπηρεσίες εξωνοσοκομιακής ψυχολογικής φροντίδας, ειδικά όταν οι ειδικές δομές για θεραπεία δεν είναι διαθέσιμες. Οι κρατικές υπηρεσίες υγείας- επίσης θα βοηθήσουν με την επίδοση οδηγιών που αφορούν τον τρόπο θεραπείας των διαταραχών πρόσληψης τροφής, γιατί είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε που υπάρχουν διαθέσιμες ειδικές υπηρεσίες για τη θεραπεία και από ποιους θα προσφερθεί μια ικανοποιητική θεραπευτική αντιμετώπιση σε άσους έχουν ανάγκη. (Nihart, 2005 και Κυριακίδου, 2000).

ii. Δευτερογενής πρόληψη στο σχολείο

Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει παρεμβάσεις και δραστηριότητες, που σχετίζονται με έκτακτα περιστατικά σε περίπτωση ατυχήματος ή ξαφνικής αρρώστιας και παροχή άμεσης νοσηλευτικής βοήθειας. Ανίχνευση περιστατικών, παραπομπή μαθητών με ειδικά προβλήματα σε ανάλογες υπηρεσίες, καθώς και συμβουλευτική φροντίδα και παρακολούθηση των μαθητών που έχουν οποιοδήποτε πρόβλημα, επίσης αποτελούν δευτερογενείς προληπτικές παρεμβάσεις. Οι δύο σπουδαίες νοσηλευτικές δραστηριότητες είναι: η ανίχνευση περιστατικών και ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή (Οικονομοπούλου, 2002).

iii. Τριτογενής πρόληψη στο σχολείο

Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει δραστηριότητες που αποσκοπούν στην αποκατάσταση της υγείας των μαθητών μετά από αρρώστια ή ατύχημα καθώς και τη φροντίδα σε παιδιά με χρόνια προβλήματα. Στις δραστηριότητες αυτές μπορεί να περιλαμβάνονται επισκέψεις στο σπίτι του παιδιού που αναρρώνει, περιοδικός έλεγχος και παρακολούθηση της διεργασίας ανάρρωσης και αποκατάστασης και σχετική ενημέρωση των δελτίων υγείας ή ακόμη επικοινωνία και επίσκεψη στο γιατρό που το παρακολουθεί (Κυριακίδου, 2000 και Οικονομοπούλου, 2002).

9.4. Αγωγή υγείας στους χώρους εργασίας

9.4.1. Προγράμματα εκπαίδευσης στους χώρους εργασίας

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

- § Να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας βοηθώντας τους εργαζόμενους να καταλάβουν γιατί τα μέτρα πρόληψης είναι απαραίτητα για την προστασία τους, καθώς και ποια πρέπει να είναι η δική τους συμμετοχή στην προσπάθεια αυτή.
- § Να βοηθήσουν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των εργαζομένων. Η αγωγή υγείας συντελεί στην επίτευξη του σκοπού αυτού βοηθώντας τους εργαζόμενους να καταλάβουν τους μηχανισμούς του stress καθώς και πώς πρέπει να το αντιμετωπίζουν (Venisse, 1987).

9.4.2. Πρόληψη στους χώρους εργασίας

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

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

Για την αποτελεσματική φροντίδα του ατόμου που παρουσιάζει προβλήματα υγείας, ο νοσηλευτής επιβάλλεται να κάνει πρώτα μια προσεκτική αξιολόγηση του ατόμου. Η θεραπεία και η αντιμετώπιση που θα προσφερθεί θα εξαρτηθεί από τις δυνατότητες και τα μέσα που παρέχει η υπηρεσία αλλά και από τη βαρύτητα της κατάστασης του ατόμου. Δηλαδή ή θα μεταφερθεί σε νοσοκομείο ή θα του δοθούν πρώτες βοήθειες και ανάλογες οδηγίες και θα φύγει για το σπίτι του. Εάν το πρόβλημα είχε ευρύτερες διαστάσεις και σχετίζεται με άλλα θέματα, προσωπικά, οικογενειακά, έντονου stress ή διαπροσωπικών σχέσεων τότε ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει και άλλες ειδικότητες που διατίθενται στην κοινότητα. Πάντα σε συνεργασία με τον εργαζόμενο και την οικογένειά του (Οικονομοπούλου 2002 και Levenkrons, 2002).

Η **τριτογενής πρόληψη** περιλαμβάνει το πρόγραμμα αποκατάστασης του εργαζομένου μετά από την αρρώστια ή το ατύχημα. Η επίσκεψη στο σπίτι του εργαζομένου θα βοηθήσει τον νοσηλευτή να αξιολογήσει την κατάσταση

του και να μελετήσει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει την αρρώστια του. Θα του δώσει ακόμη την ευκαιρία να προσφέρει στο άτομο και στην οικογένεια της ανάλογες εξηγήσεις και να τους διαβεβαιώσει για τη μελλοντική φροντίδα της υπηρεσίας στην πλήρη αποκατάσταση του. Η στενή συνεργασία της νοσηλευτικής υπηρεσίας εργασίας με τα νοσοκομείο ή τον ιδιωτικό γιατρό του εργαζομένου θα βοηθήσει στην καλύτερη οργάνωση της φροντίδας για αποκατάσταση της υγείας του ατόμου. Ο τομέας της επαγγελματικής Νοσηλευτικής αναπτύσσεται ταχύτατα με την έμφαση, που δίδεται τα τελευταία χρόνια στην πρόληψη και τη διατήρηση της υγείας. Ο εργασιακός χώρος αποτελεί επομένως για τη νοσηλευτική μια ουσιαστική πρόκληση και ένα μεγάλο τομέα δράσης και προσφοράς (Kaplan και συν., 2004 και).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

10.1. Νοσηλευτική εκτίμηση

Ο ασθενής:

- i.** Έχει μειωμένο βάρος σε σχέση με το φυσιολογικό.
- ii.** Οι μύες είναι λεπτοί και μη ανεπτυγμένοι.
- iii.** Το τριχωτό της κεφαλής είναι άτονο, ξηρό και εύθραυστο.
- iv.** Το δέρμα του προσώπου και του λαιμού παρατηρείται αφυδατωμένο και αποχρωματισμένο, ξηρά λέπια.
- v.** Τα χείλη είναι ξηρά και διαρρηγμένα.
- vi.** Τα δόντια παρουσιάζουν τερηδόνα και τα ούλα εφθαρμένες επιφάνειες.
- vii.** Το δέρμα παρατηρείται τραχύ, ξηρό λεπιοειδές και ωχρό. Τα άκρα είναι αδύνατα και ισχνή.
- viii.** Επίσης παρουσιάζει δυσπεψία, δυσκοιλιότητα, διάρροια.
- ix.** Το άτομο παρουσιάζει εύκολη κόπωση, απάθεια, και έλλειψη ενεργητικότητας (Πλατή, 2000).

10.2. Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες

- Αντιχολινεργικές αντιδράσεις.
- Ξηροστομία. Αντιμετωπίζεται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, μάσημα τσίχλας, συχνές μικρές λήψεις υγρών και αυστηρή υγιεινή στόματος.
- Θαμπή όραση. Το άτομο καθησυχάζεται ότι η παρενέργεια αυτή θα υποχωρήσει σε λίγες εβδομάδες.
- Δυσκοιλιότητα. Λήψη τροφών με άφθονες ίνες. Αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών.

- Κατακράτηση ούρων. Διδασκαλία του αρρώστου να μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του και να τα αναφέρουμε στον νοσηλευτή.
- Καταστολή. Ρύθμιση της λήψης των φαρμάκων πριν από την κατάκλιση για ύπνο.
- Συνεργασία με τον γιατρό για ελάττωση δοσολογίας ή την αντικατάσταση του φαρμάκου με άλλο καλύτερο.
- Διδασκαλία του αρρώστου να μην οδηγεί αυτοκίνητο και να μη χειρίζεται επικίνδυνα μηχανήματα ή εργαλεία όταν έχει πάρει ηρεμιστικά φάρμακα.
- Ορθοστατική υπόταση. Ενημέρωση του αρρώστου να σηκώνεται αργά από το κρεβάτι ή την πολυθρόνα. Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ξαπλωμένη και όρθια στάση για έγκαιρη επισήμανση μεγάλων διαφορών στις τιμές.
- Αύξηση ευαισθησίας για εμφάνιση επιληπτικών σπασμών. Ιδιαίτερη παρακολούθηση του αρρώστου με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου. Ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση σε περίπτωση σπασμών.
- Ταχυκαρδία, αρρυθμίες. Συστηματική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σφίξεων. Συζήτηση τυχόν σημαντικών αλλαγών με τον γιατρό.
- Υπερτασική κρίση (παρενέργεια των αναστολέων της MAO). Συμβαίνει αν το άτομο που κάνει θεραπεία με AMA χρησιμοποιεί τροφές που περιέχουν τυραμίνη. Τέτοιες τροφές είναι τα οينوπνευματώδη ποτά, τυρί, γιαούρτι, μπανάνες, σοκολάτες, αβοκάντο, λικορίς, σταφίδες, παστή ρέγγα κ.ά.
- Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονη κεφαλαλγία, ταχυπαλμία, ναυτία, εμετούς, αυχενική δυσκαμψία, σημαντική αύξηση της αρτηριακής πίεσης, στήθαγχικό πόνο, εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο ή και κώμα.
- Η θεραπεία της υπερτασικής κρίσης συνίσταται στη διακοπή του φαρμάκου και χορήγηση αντιυπερτασικού φαρμάκου που δρα άμεσα, κατά την ιατρική οδηγία.

- Διδασκαλία του αρρώστου ποιες τροφές να αποφεύγει κατά το διάστημα θεραπείας με αναστολείς της ΜΑΟ (Πλατής, 2000 και Χαρίλα, 2000).

10.3. Νοσηλευτικό σκοπός - Αρχές και παρεμβάσεις

10.3.1. Νοσηλευτικός σκοπός

Βοήθεια του ασθενούς να τρώει φυσιολογικά, ώστε να αυξήσει το βάρος του στο κανονικό για την ηλικία και το ύψος του επίπεδο (Γιαννόπουλος, 1996).

10.3.2. Αρχές και παρεμβάσεις

- Û Ελάττωση των στρεσογόνων ερεθισμάτων όσο είναι δυνατό και ελάττωση του άγχους του αρρώστου με υποστηρικτική στάση και διαθέσιμο χρόνο κοντά του.
- Û Βοήθεια του ασθενούς να κατανοήσει τις διατροφικές ανάγκες για τη λειτουργία των ιστών και του οργανισμού της και πως οι ανάγκες αυτές καλύπτονται με την τροφή.
- Û Ανάπτυξη και διατήρηση ψυχοθεραπευτικού διαλόγου με τον ,άρρωστο και την οικογένεια του.
- Û Για κάθε ασθενή αναπτύσσουμε ένα προσωπικό πρόγραμμα από συνεπή, λογικά και σταθερά βήματα προοδευτικής αύξησης επιτρεπόμενων δραστηριοτήτων, ανάλογα με την πρόοδο της απάντησης στο θεραπευτικό πρόγραμμα.
- Û Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει εμπειρία ικανότητα και υπομονή καθώς και την ευθύνη να ενθαρρύνει τον ασθενή να ολοκληρώσει το γεύμα του αλλά και να τον επιβλέπει ώστε να μην διευκολύνεται ο ασθενής στο να απομακρύνει κρυφά τρόφιμα ή να καταφεύγει σε άλλες μεθόδους (εμετούς, καθαρτικές συμπεριφορές κ.τ.λ.).
- Û Ο ασθενής συχνά παραπονείται ότι νιώθει φούσκωμα κι ότι έχει ναυτία μετά το φαγητό και ο νοσηλευτής μπορεί να τον καθησυχάσει,

ενημερώνοντάς τον ότι αυτά τα αισθήματα σχετίζονται με την επιβράδυνση στη προώθηση του περιεχόμενου του στομάχου που παρατηρείται στη ψυχογενή ανορεξία και ότι αυτά τα δυσάρεστα αισθήματα θα υποχωρήσουν με το χρόνο.

- Û Ένας νοσηλευτής που υποψιάζεται ότι ο ασθενής πετά κρυφά ή κρύβει τρόφιμα ή έχει άλλες καθαρτικές συμπεριφορές (κρύβει υπακτικά ή διουρητικά χάπια ή κάνει εμετούς) μπορεί και πρέπει να τον αντιμετωπίσει ευγενικά αλλά ανοιχτά και σταθερά.
- Û Ο νοσηλευτής μπορεί να κάνει έρευνα στο δωμάτιο και στα πράγματα της ασθενούς ή να είναι μαζί της στην τουαλέτα της, πάντα ωστόσο η έρευνα πρέπει να γίνει παρουσία του ασθενούς.
- Û Ένα σημαντικό στοιχείο στην επικοινωνία με τον ασθενή είναι η αμεσότητα, η ειλικρίνεια και η εμπιστοσύνη.
- Û Ο νοσηλευτής μπορεί ακόμη να προσφέρει υποστηρικτική και εκπαιδευτική ψυχοθεραπεία όπου αυτό είναι απαραίτητο και δυνατό, θα χρειασθεί επανειλημμένα να καθησυχάσει τον ασθενή ότι δεν θα αφηθεί να πάρει βάρος.
- Û Θα πρέπει να μένει κοντά στον ασθενή όσο τρώει να τον συζητάει και να τον πείθει και να τον καλοπιάνει να τελειώσει το γεύμα του.
- Û Ενισχύουμε τον όρο να αυξήσει αργά και σταθερά το βάρος του και να σταματήσει να χρησιμοποιεί «συμπεριφορά απώλειας βάρους».
- Û Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού για να αυξήσει το βάρος.
- Û Επαινούμε τον άρρωστο για κάθε θετική προσπάθεια ανάκτηση του βάρους του.
- Û Διερεύνηση για το ποια φαγητά προτιμάει και ποια αρνείται να δεχθεί.
- Û Το φαγητό σερβίρεται κατά τρόπο ελκυστικό ώστε να τραβήξει την προσοχή του και να αλλάξει τη διάθεση.

- Û Λαμβάνονται υπ' όψιν οι προτιμήσεις του αρρώστου εφόσον δεν είναι αντίθετες με τις ανάγκες του.
- Û Αποφυγή σερβιρίσματος μεγάλου γεύματος φαγητού, γιατί προκαλεί φόβο και αίσθημα απώλειας του ελέγχου.
- Û Καθημερινή λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων και διαπίστωση μεταβολών.
- Û Λήψη σωματικού βάρους κάθε μέρα την ίδια ώρα και με την ίδια ζυγαριά.
- Û Πριν το ζύγισμα αφαιρούμε τυχόν κοσμήματα, βαριά ρούχα και άλλα αντικείμενα που μπορεί να έχουν πάνω τους έτσι ώστε να μην αλλοιωθεί το αποτέλεσμα.
- Û Συνεργασία με το θεράποντα ιατρό για ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών όταν ο άρρωστος αδυνατεί να πάρει το απαιτούμενο ποσό υγρών από το στόμα και παρουσιάζει εμετούς.
- Û Φροντίδα και παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής, παρατηρήσεις της θεραπευτικής δράσης και των τυχόν παρενεργειών όπως είναι ξηροστομία, φωτοευαισθησία, ταχυκαρδία, ορθοστατική υπόταση.
- Û Πρόληψη των υποτροπών εφόσον το 50% των ασθενών υποτροπιάζουν μέσα σε 1 χρόνο μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.
- Û Ενημέρωση της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων που ενδιαφέρονται για τον άρρωστο, σχετικά με τη νόσο και τα ευρήματα. Η γνώση των ικανοτήτων και ορίων του αρρώστου βοηθά τις οικογένειες να έχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες και ελαττώνει την ψυχική τους ένταση.
- Û Διδασκαλία στην οικογένεια αποτελεσματικών στρατηγικών.
- Û Να εφησυχάσει η μητέρα και να αλλάξει τη νοοτροπία και τη στάση της.
- Û Να τρώνε όλοι μαζί γιατί το φαγητό εκτός από την ικανοποίηση της πείνας προϋποθέτει και συναισθηματική συναλλαγή.
- Û Αποφεύγονται οι εντάσεις και οι κριτικές κατά τη διάρκεια του φαγητού.
- Û Να του δίνουν μικρότερες ποσότητες ώστε να μην βρεθούν αντιμέτωποι με την άρνησή του.

Ü Δεν το πιέζουν να τρώει και ούτε το κυνηγούν με το κουτάλι (Καππάτου, 1999).

10.4. Τροποποίηση συμπεριφοράς

Ήδη από το 1960 δημοσιεύσεις που αποδείκνυαν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας συμπεριφοράς στο να βοηθηθούν ανορεκτικοί ασθενείς να κερδίσουν βάρος, και μελέτες περισσότερες στην δεκαετία του '70 ενίσχυσαν την αξία αυτής της προσέγγισης.

Οι περισσότεροι κλινικοί σήμερα ενσωματώνουν κάποια μορφή τροποποίησης της συμπεριφοράς στο πρόγραμμα για απισχνασμένες ανορεκτικές ασθενείς.

Η ανατροφοδότηση με πληροφορίες συνίσταται στο να κρατά η ασθενής διάγραμμα βάρους εφόσον θεωρείται ότι οι τεχνικές που επικεντρώνονται στην αύξηση βάρους είναι πιο αποτελεσματικές από αυτές που επικεντρώνονται στις συνήθειες διατροφής καθ' εαυτές. Οι ασθενείς ζυγίζονται είτε κάθε μέρα, είτε 1-2 φορές την εβδομάδα. Επειδή το σωματικό βάρος κυμαίνεται κατά το διαστήματα της ημέρας, το ζύγισμα πρέπει να γίνεται το πρωί, αμέσως μετά την χρήση της τουαλέτας και πριν από την λήψη του πρωινού.

Συνήθως χρησιμοποιούνται θετικές ενισχύσεις στην αύξηση του βάρους και περιλαμβάνουν αύξηση των φυσικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων και των δικαιωμάτων σε επισκεπτήριο. Μπορούν ακόμα να χρησιμοποιηθούν αρνητικές ενισχύσεις, όπως παραμονή στο κρεβάτι και απομόνωση στο δωμάτιο. Η χρήση μέτρων, όπως σίτιση με σωλήνα και υπερσιτισμός, μπορούν επίσης να θεωρηθούν αρνητικοί ενισχυτές αλλά σπάνια είναι χρήσιμοι. Πιθανόν να είναι απαραίτητο να υπάρξει εξατομικευμένη τακτική με λεπτομερή συμπεριφερολογική ανάλυση, επειδή οι ασθενείς διαφέρουν στις προτιμήσεις και τις απαντήσεις τους. Ωστόσο αυτό μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες πρακτικές στη θεραπευτική ομάδα, ιδίως αν βρίσκονται σε θεραπευτικό

πρόγραμμα περισσότερες από 1-2 ασθενείς ταυτόχρονα (Σαββοπούλου, 1999 και www.wphebiatrics.gr).

Υπάρχει μια μελέτη σύγκρισης των διαφορών του αποτελέσματος μεταξύ αυστηρού και επιεικούς προγράμματος συντελεστικής εξάρτησης, που έδειξε ότι δεν υπήρχε διαφορά στο μέσο ρυθμό αύξησης βάρους ανά εβδομάδα. Το αυστηρό πρόγραμμα ήταν κατάκλιση και εξατομικευμένο σχέδιο ενισχυτών. Για κάθε 0,5 κιλό/ εβδομάδα θα της επιτρεπόταν να κινείται ελεύθερα στην μονάδα, αλλιώς θα έπρεπε να περάσει την επόμενη εβδομάδα σε κατάκλιση. Πιο εύκολο στην εφαρμογή και επομένως προτιμότερο είναι το επιεικές πρόγραμμα.

Το μέγεθος του γεύματος, αν είναι μεγάλο, ευοδώνει την μεγαλύτερη κατανάλωση και συνήθως προκαλεί μεγαλύτερη αύξηση βάρους, αλλά μπορεί να μην διευκολύνει την ανάπτυξη φυσιολογικών συνηθειών διατροφής και να αυξήσει τους φόβους και τα αισθήματα απώλειας του ελέγχου στην ασθενή. Επιπλέον, η ταχεία επανασίτιση της απισχνασμένης ασθενούς μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές και γι' αυτό τα μεγάλα γεύματα πρέπει να αποφεύγονται, ιδίως στην αρχή του θεραπευτικού προγράμματος. Τέτοιες επιπλοκές μπορεί να είναι οξεία γαστρική διάταση το μαζικό περιφερικό οίδημα, η επιβάρυνση της καρδιάς της λειτουργίας.

Πολλοί ανορεκτικοί παραπονούνται για κοινωνικό άγχος και δυσκολίες στην επικοινωνία σε κοινωνικές ομάδες. Έτσι έχουν χρησιμοποιηθεί τεχνικές εκπαίδευσης στις κοινωνικές δεξιότητες, με καλά αποτελέσματα, αλλά μάλλον βραχυχρόνιας διάρκειας (Σιμάτος, 2006).

Τέλος, η συστηματική απευαισθητοποίηση έχει χρησιμοποιηθεί σε μικρή ομάδα ασθενών, για προαγωγή της αύξησης βάρους και απευαισθητοποίηση στο φόβο του πάχους και τον φόβο που προκαλούν τα σχόλια για το βάρος τους. Τα αποτελέσματα που υπάρχουν είναι ενθαρρυντικά, τουλάχιστον βραχυχρόνια.

Πάντως, παρά το ότι η τροποποίηση συμπεριφοράς είναι αποτελεσματική στην ευόδωση της βραχυχρόνιας αύξησης βάρους, πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι ο ρυθμός αύξησης του βάρους είναι χωρίς συνάρτηση με τη μακροχρόνια πρόγνωση και αδύναμος προγνωστικός δείκτης.

Παράλληλα με την επανασίτιση και την τροποποίηση συμπεριφοράς, χρησιμοποιούνται αντιψυχωτικά ή αντικαταθλιπτικά σκευάσματα, ενώ σε επίπεδο ψυχοθεραπειών χρησιμοποιείται η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, η θεραπεία συμπεριφοράς και πρόσφατα η γνωσιακή ψυχοθεραπεία (Χαρίλα, 2000 και Καππάτου, 1999).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

11.1. Νοσηλευτική διεργασία

Η νοσηλευτική διεργασία 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.** Η αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου.
- 2.** Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.
- 3.** Εφαρμογή προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας και
- 4.** Η αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας (Σαββοπούλου, 1999).

Παραθέτουμε τρεις κλινικές περιπτώσεις ασθενών με νευρογενή ανορεξία και τη νοσηλευτική αντιμετώπιση.

11.2. Νοσηλευτικά ιστορικά

11.2.1. Περίπτωση 1^η ασθενούς

Η Τζένη ήταν 15 χρονών όταν πήγε διακοπές μόνη της. Στο παραλιακό θέρετρο πήρε μέρος σ' ένα διαγωνισμό ομορφιάς και ήρθε δεύτερη. Εκείνη τη νύχτα μέθυσε για πρώτη φορά και είχε την πρώτη της σεξουαλική εμπειρία. Ένωθε ένοχη που ήταν μεθυσμένη και γιατί έκανε έρωτα. Στο σχολείο ήταν καλή μαθήτρια, εργαζόταν σκληρά και διακρινόταν στα σπορ, συμμετέχοντας στις ομάδες κολύμβησης, χόκεϊ και μπάσκετ του σχολείου. Όταν γύρισε από τις διακοπές πίστευε πως θα είχε έρθει πρώτη στο διαγωνισμό αν ήταν πιο λεπτή και αν οι μηροί και οι γλουτοί της ήταν μικρότεροι. Αποφάσισε να κάνει δίαιτα για να χάσει βάρος Και αυτό είχε σαν αποτέλεσμα έναν καυγά με τη μητέρα της, που πίστευε πως η Τζένη ήταν ήδη πολύ αδύνατη.

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

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

Περίπου την ίδια εποχή την διάλεξαν να εκπροσωπήσει την πολιτεία σε ένα διαγωνισμό λαϊκών χορών και αύξησε την καθημερινή της γυμναστική, λέγοντας στους γονείς της πως «έπρεπε να είναι σε σούπερ φόρμα για να βοηθήσει την ομάδα της να νικήσει». Με την αύξηση της γυμναστικής και τον περιορισμό του φαγητού, το βάρος της έπεσε από τα 53 κιλά στα 45. Φορούσε φαρδιά ρούχα για να κρύβει την αδυναμία της από τους γονείς της. Ένα πρωί όμως η μητέρα της την είδε γυμνή και τρόμαξε. Η Τζένη υποσχέθηκε να τρώει περισσότερο, αλλά και πάλι κατάφερνε να κρύβει πόσο έτρωγε και όποτε μπορούσε έδινε κρυφά φαγητό από το πιάτο της στο σκύλο της οικογένειας.

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

γονέων της βγήκε από το νοσοκομείο. Στο σπίτι εξακολουθούσε να γυμνάζεται υπερβολικά και κατέρρευσε πάλι.

Ξαναμπήκε στο νοσοκομείο και έμεινε εκεί ώσπου το βάρος αυξήθηκε στα 51 κιλά (Q1 19,3, 90% του ABW). Κατά την διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο συμφώνησε και ετοίμασε μία δίαιτα με το διαιτολόγο.

Μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο έχει διατηρήσει το βάρος της περίπου στα 46 κιλά (Q1 18,7, 85% του ABW). Στην αρχή φοβόταν πως θα έπαιρνε βάρος και ξανάρχισε να γυμνάζεται. Αυτό της έχει γίνει έμμονη ιδέα, σε βαθμό που να κάνει τζόκινγκ στους δρόμους αν και ο γιατρός της αργεί στα ραντεβού του. Όμως παρά το κοπιαστικό πρόγραμμα γυμναστικής της, τρώει αρκετά για να διατηρεί το σωματικό της βάρος (Abraham και συν., 2000).



ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
<ul style="list-style-type: none"> • Αίσθηση του ατόμου ότι είναι παχύ ενώ είναι υπερβολικά αδύνατο. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να μάθει να σέβεται τον εαυτό της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να εφαρμοστεί ψυχοθεραπεία και να χορηγηθούν αντικαταθλιπτικά. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμόστηκε ψυχοθεραπεία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αισθάνεται ικανοποιημένη με την εμφάνισή της.
<ul style="list-style-type: none"> • Απίσχυση του ατόμου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να διδαχθεί λογικούς τρόπους σίτισης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ρύθμιση θερμίδων. Να δίνονται 6 ισόποσα γεύματα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ρυθμίστηκαν οι θερμίδες. Δόθηκαν 6 ισόποσα γεύματα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Βελτιώθηκε και προγραμματίστηκε η διατροφή του.
<ul style="list-style-type: none"> • Αφυδάτωση – διαταραχή ηλεκτρολυτών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να μάθει σωστούς τρόπους πρόσληψης και αποβολής υγρών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να χορηγηθούν ισότονα διαλύματα και να καταγράφονται καθημερινά η πρόσληψη και η αποβολή υγρών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκαν ισότονα διαλύματα. Καταγράφηκαν τα υγρά. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενυδατώθηκε η ασθενής και ρυθμίστηκαν οι ηλεκτρολύτες του.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
<ul style="list-style-type: none"> • Έντονη εξάντληση, αδυναμία, λιποθυμία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να μάθει να γυμνάζεται σωστά. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να διδαχθεί ελαφριές και ξεκούραστες ασκήσεις μικρής διάρκειας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Διδάχθηκε απλές ασκήσεις μικρής διάρκειας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Γυμνάζεται σωστά χωρίς να καταβάλλεται ο οργανισμός της.
<ul style="list-style-type: none"> • Άρνηση φαγητού • Απώλεια βάρους. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αύξηση βάρους αργά και σταθερά. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να αυξηθεί το βάρος κατά ένα κιλό την εβδομάδα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αυξήθηκε το βάρος κατά ένα κιλό την εβδομάδα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έμαθε λογικούς τρόπους σίτισης.
<ul style="list-style-type: none"> • Λευκοπενία Υποκαλιαιμία • Υπομαγνησισαιμία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αύξηση K, Mg 	<ul style="list-style-type: none"> • Να χορηγηθεί K και Mg 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε κάλιο και μαγνήσιο 	<ul style="list-style-type: none"> • Αυξήθηκαν οι τιμές καλίου και μαγνησίου

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

11.2.2. Περίπτωση 2^η ασθενούς

Ημερομηνία λήψης ιστορικού: 21-11-2005, ύψος: 1,64 μ., βάρος: 44 Kg, ιδανικό βάρος: 53 Kg, ηλικία: 21 ετών, Φύλο: θήλυ, ηλικία έναρξης νόσου: 19, επάγγελμα: σπουδάστρια.

Κλινική εικόνα: Όταν τρώει και παίρνει 1 Kg αγχώνεται, κλαίει, έχει ταχυπαλμίες, έντονο φόβο ότι θα παχύνει, διακατέχεται από μελαγχολική διάθεση και παρουσιάζει δύσπνοια. Στην αρχή της νόσου έκλαιγε, κτυπούσε το χέρι στον τοίχο, ήταν επιθετική, παρουσίαζε μελαγχολία και στεναχώρια. Διανύει μεγάλες αποστάσεις με τα πόδια για να κάνει γυμναστική.

Τρώει μία φορά την ημέρα και πάντα την ίδια ώρα. Το φαγητό της είναι φρούτα, σαλάτες και ποτέ δεν τρώει γλυκά. Χρησιμοποιεί ελάχιστο λίπος και λάδι και αποφεύγει να μαγειρέψει. Το βράδυ τρώει γιαούρτι, πίνει σόδα αντί για νερό. Αν πρόκειται να βγει για φαγητό το βράδυ, πρέπει να μη έχει φάει τίποτα όλη την ημέρα. Το χτένισμα και το ντύσιμο δεν τονίζουν τα χαρακτηριστικά του φύλου της. Στο τέλος του Λυκείου με δίαιτα χάνει 20Kg και αρχίζει αμηνόρροια. Έγινε ορμονοθεραπεία χωρίς αποτέλεσμα. Όταν φάει παραπάνω νιώθει να τιμωρεί τον εαυτό της. Δεν θέλει να δει κανέναν. Δεν μιλάει σε κανέναν. Νομίζει ότι την κοροϊδεύουν για το βάρος της. Αποφεύγει τη ζυγαριά. Δεν νιώθει συμφιλιωμένη με τον εαυτό της. Κοιμάται 6 ώρες το 24ωρο. Ζει μόνη της.

Προσωπικότητα της ασθενούς: Πεισματάρα, υλοποιεί στόχους, συνεπής, φιλότιμη, υπερευαίσθητη, κλαίει συχνά, νιώθει μόνη, πληγώνεται εύκολα, δίνεται στους άλλους, οι άλλοι δεν ανταποκρίνονται. Λέει ψέματα στους γονείς για το φαγητό και το βάρος της. Της αρέσει αυτό που σπουδάζει. Αποφεύγει δημιουργία σχέσης για λόγους υπαρξιακούς. Άρχισε δίαιτα όταν της είπε μια φίλη «είσαι χοντρή». Είναι διστακτική στις φιλίες με τα αγόρια. Δεν είχε σεξουαλική επαφή μέχρι τώρα. Δεν είχε δεσμό που να διήρκεσε πολύ καιρό.

Εξέλιξη της θεραπείας: Συνεχίζει να παρακολουθείται από τον ειδικό μέχρι σήμερα σε πιο αραιά διαστήματα.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
<ul style="list-style-type: none"> • Αμηνόρροια της ασθενούς λόγω μεγάλης απώλειας βάρους. • Εμετός (αυτοπροκαλούμενος) • Πόνος στο στομάχι, stress της ασθενούς λόγω της εξέλιξης του προβλήματός της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Διερεύνηση του αιτίου της αμηνόρροιας και θεραπείας του. • Καταστολή του εμετού. • Μείωση του πόνου. • Επικοινωνία με την ασθενή και συζήτηση του προβλήματός της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Προγραμματισμός κλινικής γυναικολογικής εξέτασης και άλλων ορμονολογικών εξετάσεων. • Έλεγχος ζωτικών σημείων. • Παρακολούθηση ασθενούς. • Μέτρηση ζωτικών σημείων ΣΦ 75, θερμοκρασία 36,6° C, αναπνοή 15. • Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Θεραπεία με ορμόνες για να επανέλθει η έμμηνος ρύση. • Ψυχολογική υποστήριξη. • Παρακολούθησή της κατά τη διάρκεια και μετά το φαγητό. Ψυχολογική υποστήριξη και σωστή διαπροσωπική επικοινωνία, για δημιουργία αισθήματος εμπιστοσύνης. • Χορήγηση Zantac 1×3 μετά από την ιατρική οδηγία. • Καταμερισμός του φαγητού σε περισσότερα γεύματα - μικρές ποσότητες. Εφαρμογή ψυχολογικής υποστήριξης και προσέγγισή της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Κατανόησε τις οδηγίες που της δώσαμε και μείωσε τους εμετούς. • Μείωση του πόνου και διατήρηση των ζωτικών σημείων στα φυσιολογικά επίπεδα. • Επιτυχία της επικοινωνίας του νοσηλευτή με την ασθενή και μείωση του άγχους της.

11.2.3. Περίπτωση 3^η ασθενούς

Ημερομηνία λήψης ιστορικού: 27-7-2007, ύψος: 1,75 μ, βάρος: 37 kg, φύλο: θήλυ, ιδανικό βάρος: 60kg, ηλικία: 18 ετών, επάγγελμα: μαθήτρια, έναρξη νόσου: 14 ετών.

Κλινική εικόνα: Όταν ήταν 15 χρόνων είχε βάρος 51 kg και ήθελε να γίνει πιο όμορφη και μοντέρνα, κάνοντας δίαιτα. Έτσι περιορίσε το φαγητό ώσπου έφτασε 35 kg και θέλησε να παραμείνει εκεί. Ξεκίνησε να μην τρώει όταν χώρισαν οι γονείς της και έμεινε με τον πατέρα της. Δεν αποδέχεται την διάγνωση του γιατρού. Δεν έχει σαφή εικόνα του εαυτού της, είναι όμως ευχαριστημένη με το σώμα της. Τρώει μια κρέμα την ημέρα και προκαλεί εμετό ύστερα από σύγχυση. Έκανε πολλές απόπειρες αυτοκτονίας με διάφορα χάπια, είχε εφιάλτες, νιώθει ενοχές ότι δεν τρώει και προσπαθεί να το αποκρύψει από την οικογένειά της. Με άδειο στομάχι έχει ενεργητικότητα και όταν τρώει τότε έχει πόνους στο στομάχι. Ήθελε όσα έκανε να είναι τέλεια και φοβάται να ζυγιστεί μήπως δει ότι έχει πάρει βάρος. Παρουσιάζει αμηνόρροια. Ζηλεύει τα ωραία σώματα, είναι επιθετική και δεν θέλει να νοσηλευτεί σε νοσοκομείο.

Προσωπικότητα της ασθενούς: Η ασθενής είναι τελειομανής, της αρέσουν τα ωραία πράγματα δεν δέχεται την αποτυχία, δεν έχει φίλιες, μένει μόνη για πολλές ώρες στο σπίτι και δεν έχει κάνει ακόμα δεσμό.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
<ul style="list-style-type: none"> • Άγχος της ασθένειας για πιθανή αύξηση του βάρους. • Δυσπεψία και δυσκοιλιότητα, που οφείλεται σε φτωχή δίαιτα και έλλειψη όρεξης. • Αφυδατωμένο δέρμα λαιμού και προσώπου λόγω μειωμένης πρόσληψης προσλαμβανόμενων υγρών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφάλιση της ηρεμίας της ασθενούς. • Μείωση της δυσπεψίας και της δυσκοιλιότητας. • Ενυδάτωση του οργανισμού της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Υποστηρικτική στάση και διαθέσιμος χρόνος με την άρρωστη για μείωση του άγχους. • Ενυδάτωση της ασθενούς για καλή λειτουργία του εντέρου. • Χορήγηση υγρών και παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. • Παρακολούθηση χρώματος του δέρματός της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάπτυξη και διατήρηση ψυχοθεραπευτικού διαλόγου με την οικογένειά της. • Εκπαιδευτική ψυχοθεραπεία όπου αυτό είναι απαραίτητο και δυνατό. • Χορήγηση τροφών πλούσιες σε βιταμίνες και υδατάνθρακες και πρωτεΐνες. • Χορήγηση 4 λίτρα 0,9% εντός 24% και μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. • Ενίσχυση όρου «να αυξηθεί αργά και σταθερά το βάρος της» και να σταματήσει να χρησιμοποιεί «συμπεριφορά» απώλεια βάρους. 	<ul style="list-style-type: none"> • Υποχώρηση του άγχους, νιώθει ήρεμη. • Υποχώρηση της δυσκοιλιότητας και καλύτερη λειτουργία του εντέρου. • Μείωση της αφυδάτωσης. Καλύτερη ενυδάτωσή της. • Αύξηση βάρους 200-300 γραμ./ημέρα και μείωση των αυτοπροκαλούμενων εμετών.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλ. φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσ. φροντίδας
<ul style="list-style-type: none"> • Μεγάλη απώλεια βάρους λόγω πρόκλησης εμετού και κακής διατροφής. • Αμηνόρροια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αύξηση του βάρους και μείωση των εμετών. • Διερεύνηση του αιτίου αμηνόρροιας και θεραπεία του. 	<ul style="list-style-type: none"> • Σίτιση της ασθενούς με μικρά γεύματα την ημέρα καθώς και παρακολούθησή της. • Προγραμματισμός κλινικής γυναικολογικής εξέτασης και άλλων ορμονολογικών εξετάσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση για να μάθει λογικούς τρόπους πρόσληψης φαγητού για να αυξήσει το βάρος της, επαινούμε την άρρωστη για κάθε θετική προσπάθεια ανάκτησης βάρους της. • Γίνεται διερεύνηση για ποια φαγητά προτιμά η ασθενής και ποια πρέπει να δεχθεί. • Λαμβάνονται υπόψιν οι προτιμήσεις της, εφόσον δεν είναι αντίθετες με τις ανάγκες της. • Το φαγητό σερβίρεται με ελκυστικό τρόπο, έτσι ώστε να τραβήξει την προσοχή της και να αλλάξει την διάθεσή της. • Παρακολούθηση καθ' όλη τη διάρκεια της διατροφής. Θεραπεία με ορμόνες για επαναφορά έμμηνης ρύσης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Επαναφορά της έμμηνης ρύσης μετά από θεραπεία διάρκειας 8 μηνών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νευρογενής ανορεξία είναι μια ασθένεια που παρουσιάζει μια αύξηση στην εποχή μας. Δεν είναι τυχαίο το ότι η νευρογενής ανορεξία είναι αρκετά συχνή στις δυτικές, ανεπτυγμένες χώρες όπου προβάλλεται το καχεκτικό πρότυπο γυναίκας και πολύ σπάνια σε χώρες του Τρίτου Κόσμου. Αυτή η πραγματικότητα όπως μπορούμε να συμπεράνουμε οφείλεται στα λανθασμένα κριτήρια που έχει θέσει ο άνθρωπος, όπου βασικό στόχο έχουν την έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση και όχι στην προσωπικότητα και στα εσωτερικά του χαρίσματα. Γεγονός που έχει ως συνέπεια μερικοί άνθρωποι να βλάπτουν το πολυτιμότερο αγαθό που τους έχει δώσει ο Θεός, το οποίο είναι η υγεία τους, μόνο και μόνο για να καταφέρουν να είναι αρεστοί.

Για να αντιμετωπιστεί αυτή η ασθένεια σε όσο τον δυνατό μεγαλύτερο βαθμό θα πρέπει πρώτα από όλα να αναθερμανθούν οι οικογενειακές σχέσεις, οι οποίες στην εποχή μας περνούν κρίση, να παρέχεται ενημέρωση στα Γυμνάσια και Λύκεια όπου οι μαθητές βρίσκονται στην ευαίσθητη ηλικία της εφηβείας. Η ενημέρωση πρέπει να έχει εκπαιδευτικό χαρακτήρα και να στοχεύει:

α) Στην προβολή υγιών προτύπων και όχι καχεκτικών ή αντίστοιχα παχύσαρκων

β) Στη σπουδαιότητα του ρόλου της σωστής διατροφής,

γ) Στην προαγωγή της επαφής του παιδιού με την πραγματικότητα και την ανάπτυξη ρεαλιστικής ιδέας για τον εαυτό του, δίνοντας έμφαση στο ρόλο του μηχανισμού της εκτίμησής του, και τέλος

δ) στον κίνδυνο της νευρογενούς ανορεξίας και των διατροφικών διαταραχών γενικότερα, καθώς να γίνει σαφές ότι αυτές οι ασθένειες είναι συχνές και αρκετά σοβαρές.

Όσο αφορά στη νοσοκομειακή περίθαλψη και το ρόλο του νοσηλευτή στην αποτελεσματική αντιμετώπιση τη νευρογενούς ανορεξίας πρέπει να τονίσουμε και να επικεντρώσουμε την προσοχή μας στην ολιστική προσέγγιση

του ασθενή όπου στόχο έχει τον σεβασμό, την παιδαγωγική, θεραπευτική διαπροσωπική διεργασία που προωθεί την ωρίμανση της προσωπικότητας προς την κατεύθυνση μιας πιο οργανωμένης και ποιοτικής νοσηλευτικής και νοσοκομειακής υποστήριξη στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, όπως είναι η νευρογενής ανορεξία.

ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

- Ø Η κάθε γυναίκα κρύβει την δική της λάμψη και γοητεία.
- Ø Υπάρχουν διάφορα και διαφορετικά είδη προσωπικοτήτων από τις οποίες η κάθε μια είναι ξεχωριστή και μοναδική.
- Ø Φροντίστε να νιώθετε άνετα με το σώμα σας, ώστε να μπορείτε να τραβήξετε τα βλέμματα των άλλων και να αξιοποιήσετε τα χαρίσματα που σας έδωσε ο Θεός.
- Ø Αν βγείτε έξω στον κόσμο με αυτοπεποίθηση, αυτοσεβασμό και επιμονή, τότε σίγουρα θα εισπράξετε το θαυμασμό και το σεβασμό των γύρω σας.
- Ø Δεν πρέπει να υπολογίζουμε σε μεγάλο βαθμό την γνώμη των άλλων και προπαντός δεν πρέπει να αλλάξουμε για κανένα (Ιατρική σελίδα, 2006).



ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- § Προτείνεται τα παιδιά της εφηβικής ηλικίας -στα Γυμνάσια και Λύκεια- να ενημερώνονται με σχετικά μαθήματα για τις διατροφικές συνήθειες που πρέπει να αποκτήσουν. Προτείνεται επίσης κατά την εφηβική και νεανική ηλικία να γίνονται σεμινάρια στα σχολεία, Πανεπιστήμια, ΑΤΕΙ, πάνω σε θέματα Σωστής Διατροφής.
- § Πρωταρχικός σ' αυτό είναι ο ρόλος του νοσηλευτή που εργάζεται στο σχολείο. Η διδασκαλία η αγωγή υγείας που κάνει ο νοσηλευτής στο σχολείο μπορεί να περιλαμβάνεται στο ωρολόγιο πρόγραμμα των μαθημάτων και να γίνεται σε τακτικές ημέρες και ώρες μετά από συνεννόηση με το διδακτικό προσωπικό του σχολείου.
- § Για την καλύτερη προσέγγιση του προβλήματος προτείνεται η ίδρυση ιατρικών κέντρων, επανδρωμένα από ειδικούς ψυχολόγους και ψυχοθεραπευτές, για τις διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, τα οποία θα ασχολούνται τόσο με την ενημέρωση, πρόληψη, διάγνωση, αντιμετώπιση όσο και την έρευνα των αιτίων της ψυχογενούς ανορεξίας.
- § Διοργάνωση συνεδρίων, ημερίδων και σεμιναρίων σχετικά με την πρόληψη και θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας
- § Επίσης η νοσηλευτική χρειάζεται να επικεντρωθεί περισσότερο στη μελέτη και τη φροντίδα ολόκληρης της οικογένειας για να εξασφαλιστεί και σωστή φροντίδα στο κάθε μέλος ξεχωριστά, πάντοτε σε στενή συνεργασία με όλη την οικογένεια.
- § Δημιουργία εξειδικευμένων Μονάδων Θεραπείας για άτομα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία για ολοκληρωμένη και αποτελεσματική θεραπεία. Οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν ενεργό ρόλο στην αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ατόμων που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία.
- § Υλοποίηση ειδικού κρατικού προγράμματος, στο οποίο σχολεία, γυμναστήρια, κέντρα αδυνατίσματος, οίκοι μόδας και Μ.Μ.Ε. θα

καλούνται να ακολουθήσουν νέους κανόνες, προβάλλοντας μόνο την πιο υγιή εικόνα του γυναικείου σώματος και αποβάλλοντας τα μέχρι προ τινος καθιερωμένα αδύνατα πρότυπα ομορφιάς.

§ Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης θα πρέπει να παρουσιάζουν τα γεγονότα σχετικά με διάσημα μοντέλα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία με φειδώ, καθ' όσον και το γεγονός ότι γίνονται διάσημες οι «ανορεκτικές», μπορεί να επηρεάσει μια μερίδα πληθυσμού να τις μιμηθεί.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια πολύπλοκη, επικίνδυνη ασθένεια που επηρεάζει έντονα τη ζωή όλων, που έχουν να την αντιμετωπίσουν.

Δεν είναι σίγουρα κάτι που κάποιος, έστω κι αν αυτός είναι ειδικός, μπορεί να το αντιμετωπίσει μόνος.

Η συνεργασία όλων είναι βασική προϋπόθεση για θετικά αποτελέσματα του προβλήματος.

Αν δεν τα καταφέρουν να βρουν μια κοινή γλώσσα, ειδικοί και οικογένεια, ασθενής και ψυχοθεραπευτής/τρια, διατηρούμε τη γνώμη ότι υπάρχει ένας έντονος φόβος για τα κορίτσια και τα αγόρια που διαλέγουν αυτή την "κραυγή". Θα είναι τα θύματα ενός ατέλειωτου δρόμου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πόλεμος στη νευρική ανορεξία

Πρόταση νόμου προβλέπει βαριά χρηματικά πρόστιμα και ποινές φυλάκισης σε όποιον προωθεί το ακραίο αδυνάτισμα και την παρατεταμένη αποχή από την τροφή. Αντιδράσεις στον κόσμο της μόδας

Με στόχο την καταπολέμηση της νευρικής ανορεξίας, που πλήττει όλο και περισσότερο εφήβους και νεαρά άτομα, η Γαλλία θα γίνει η πρώτη χώρα στον κόσμο που θα θεωρεί ποινικό αδίκημα την υπό οιαδήποτε μορφή προώθηση και επικρότηση του ακραίου αδυνατίσματος, βάσει πρότασης νόμου που κατέθεσε χθες στη Βουλή η κυβέρνηση Φιγιόν - νομοθέτημα που τιμωρεί το εν λόγω αδίκημα με ποινές φυλάκισης άνω των τριών χρόνων και επιπλέον πρόστιμο 45.000 ευρώ.



Η παγκόσμια νομική πρωτιά που θα «κατοχυρώσει» μέσα σε λίγους μήνες η Γαλλία -οπότε αναμένεται να ψηφιστεί το νομοσχέδιο- θα βάλει στο στόχαστρο τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τον κόσμο της μόδας. Ιδιαίτερα,

δε, θα γίνεται μέριμνα όσον αφορά συγκεκριμένες ιστοσελίδες και μπλογκ που προάγουν τη λιμοκτονία ως «επιλογή τρόπου ζωής».

Πρόστιμα άνω των 30.000 ευρώ και ποινές διетуός φυλάκισης θα επιβάλλονται σε παραβάτες που «προκαλούν ένα άτομο να επιδιώξει το ακραίο αδυνάτισμα, ενθαρρύνοντας την παρατεταμένη αποχή από την τροφή», σε σημείο τέτοιο που να κινδυνεύει με θάνατο ή με σοβαρές βλάβες στην υγεία του.

Η ποινή φυλάκισης αυξάνεται σε τρία χρόνια και το πρόστιμο σε 45.000 ευρώ εάν το άτομο πεθάνει.

Ορισμένοι αναλυτές, αλλά και εκπρόσωποι του κόσμου της μόδας αντιτίθενται στο νομοσχέδιο, όπως ο σχεδιαστής Ζαν Πολ Γκοτιέ ή ο πρόεδρος της Ομοσπονδίας Γαλλικής Ραπτικής, Ντιντιέ Γκριμπάχ. «Δεν λύνονται τέτοιου είδους ζητήματα με νόμους, αλλά με κατανόηση», είπε ο Γκοτιέ.

Περισσότερα από 40.000 άτομα στη Γαλλία πάσχουν από νευρική ανορεξία, στη συντριπτική τους πλειονότητα κορίτσια και νεαρές κοπέλες.

Όπως δήλωσε η εισηγήτρια του νομοσχεδίου, Βαλερί Μπογιέ, θα αφευθεί στους δικαστές να προσδιορίσουν τον όρο «ακραίο αδυνάτισμα», αλλά μάλλον αυτό θα οριστεί βάσει του γνωστού Δείκτη Μάζας Σώματος.

Ο ΔΜΣ έχει υιοθετηθεί από ορισμένα πρακτορεία μοντέλων ήδη από το 2006, ενώ πρώτος ο κόσμος της μόδας στην Ισπανία επέβαλε ως απαραίτητο μίνιμουμ δείκτη το 18, που σημαίνει ελάχιστο βάρος 56 κιλά για ύψος 1,75 μ.

Μόλις πέρυσι η Γαλλία απαγόρευσε την αμφιλεγόμενη διαφήμιση της εταιρείας «Μπένετον», που παρουσίαζε γυμνή την Ιζαμπέλ Καρό, Γαλλίδα ηθοποιό και μοντέλο, η οποία έχει γράψει βιβλίο για τη διαρκή της μάχη με τη νευρική ανορεξία (www.ethnos.gr, 2009).

Μετρήστε τον δικό σας δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ)



- Ο ΔΜΣ είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται για να διαγνωστεί το υγιές βάρος των ενηλίκων. Συνυπολογίζεται το ύψος και το βάρος του ατόμου.
- Διαιρούμε το βάρος μας σε κιλά δια του ύψους μας σε μέτρα και έπειτα διαιρούμε το πηλίκο δια του ύψους μας για άλλη μία φορά.
- Ο ΔΜΣ κάτω του 18,5 δείχνει ελλιποβαρές άτομο, ο ΔΜΣ από 18,5 έως 25 δείχνει υγιές βάρος, ενώ άνω του 25 πρέπει να αρχίσουμε να σκεφτόμαστε να χάσουμε βάρος.
- Άτομα με ΔΜΣ άνω του 40 διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο για καρδιοπάθειες και διαβήτη.
- ΔΜΣ κάτω του 17,5 γενικά δείχνει ασθενή οργανισμό με πρόβλημα ανορεξίας, ενώ το 15 είναι το επίπεδο λιμοκτονίας.
- Η μέθοδος αυτή δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για παιδιά και άτομα άνω των 60 ετών - που τα οστά τους ζυγίζουν λιγότερο. Επίσης, είναι ανακριβής για αθλητές, μπόντι μπίλντερ και μητέρες που θηλάζουν (www.ethnos.gr, 2009).

Το μέγεθος «0» περνάει στην «παρανομία», καθώς τα ανορεξικά μοντέλα αποτελούν πρότυπα για πολλές νεαρές Λονδίνο

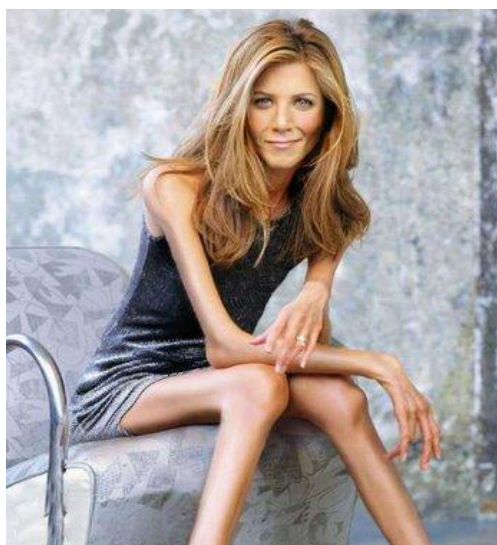
Την αναπροσαρμογή των μεγεθών των γυναικείων ρούχων αποφάσισε η ισπανική κυβέρνηση, σε μία προσπάθεια να περιορίσει τα κρούσματα νευρικής ανορεξίας που κυριεύει πολλά κορίτσια στη χώρα.

Πολλές Ισπανίδες βάζουν τη ζωή τους σε κίνδυνο, αφού στην προσπάθειά τους να αποκτήσουν το «τέλειο σώμα», ακολουθούν εξαντλητικές δίαιτες και αγγίζουν τα όρια της ανορεξίας.

Σύμφωνα με το BBC, η αναπροσαρμογή στα μεγέθη των ρούχων θα γίνει με ευθύνη του Εθνικού Ινστιτούτου Καταναλωτή και είναι το δεύτερο κατά σειρά μέτρο που λαμβάνει η κυβέρνηση της χώρας, με στόχο να πείσει τα νεαρά κορίτσια να μην θέτουν σε κίνδυνο την υγεία τους.

Η πρώτη κίνηση που είχε γίνει ήταν τον περασμένο Σεπτέμβριο, όταν απαγορεύθηκε σε μοντέλα με Δείκτη Μάζας Σώματος μικρότερο του 18 να συμμετάσχουν στην καθιερωμένη Εβδομάδα Μόδας της Μαδρίτης.

Το θέμα πήρε μεγάλες διαστάσεις ειδικά μετά το θάνατο γνωστού μοντέλου από τη Βραζιλία, της 21χρονης Άννα Καρολίνα Ρέστον, που πέθανε από επιπλοκές που σχετίζονται με τη νευρική ανορεξία (www.in.gr, 2007).



Ανεξαρτησία από έναν κόσμο με εμμονή στο βάρος

Μια «Διακήρυξη Ανεξαρτησίας από έναν Κόσμο με Εμμονή στο Βάρος» έχει αναρτήσει στις σελίδες της η NEDA (National Eating Disorders Association). Διακήρυξη που μπορεί να τυπώσει και να υπογράψει όποιος είναι έτοιμος να παραδεχτεί ότι αντιμετωπίζει διατροφική διαταραχή. Είναι ένα ιδιωτικό συμφωνητικό, ένα πλάνο, επιβοηθητικό για μια νέα αρχή. Κάτι που «μπορεί να βοηθήσει το άτομο να αποδεχτεί τη φυσική μορφή και το μέγεθος του σώματός του», όπως αναφέρει η οργάνωση.

Εγώ, ο υπογράφων, δηλώνω ότι από σήμερα και στο εξής θα επιλέγω να ζω τη ζωή μου ακολουθώντας τους παρακάτω όρους. Με αυτό κηρύσσω τον εαυτό μου ελεύθερο και ανεξάρτητο των πιέσεων και των περιορισμών ενός κόσμου που έχει εμμονή στο βάρος (Ελευθεροτυπία, 2007):

- Ε Θα αποδεχτώ το σώμα μου στη φυσική του μορφή και μέγεθος.
- Ε Θα γιορτάζω καθημερινά όλα όσα μπορεί να κάνει το σώμα μου για μένα.
- Ε Θα συμπεριφέρομαι με σεβασμό στο σώμα μου: Θα το ξεκουράζω επαρκώς, θα το τροφοδοτώ με μια ποικιλία φαγητών, θα το ασκώ με μέτρο, θα ακούω τις ανάγκες του.
- Ε Θα επιλέγω να αντιστέκομαι στις κοινωνικές πιέσεις που επιβάλλουν να κρίνουμε τον εαυτό μας και τους άλλους με βάση φυσικά χαρακτηριστικά όπως είναι το βάρος, η μορφή και το μέγεθος. Θα σέβομαι τους ανθρώπους με βάση τις ιδιότητες του χαρακτήρα τους και την επιρροή των επιτευγμάτων τους.

- Ε Θα αρνηθώ να στερώ το σώμα μου από απαραίτητα θρεπτικά συστατικά κάνοντας δίαιτα ή χρησιμοποιώντας προϊόντα δίαιτας.
- Ε Θα αποφεύγω να βάζω τα τρόφιμα στις κατηγορίες "καλά" και "κακά". Δεν θα σχετίζω την κατανάλωση συγκεκριμένων φαγητών με ενοχή ή ντροπή. Αντ' αυτού θα προσφέρω στο σώμα μου μια ισορροπημένη διατροφή, ακούγοντας και ανταποκρινόμενος/η στις ανάγκες του.
- Ε Δεν θα χρησιμοποιώ το φαγητό για να καλύψω τις συναισθηματικές μου ανάγκες.
- Ε Δεν θα αποφεύγω να συμμετέχω σε δραστηριότητες που μου αρέσουν (π.χ. κολύμπι, χορός, απόλαυση ενός γεύματος) απλώς γιατί δεν αισθάνομαι καλά με την εικόνα του σώματός μου. Θα αναγνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα να απολαμβάνω την όποια δραστηριότητα, ασχέτως της μορφής ή του μεγέθους του σώματός μου (Ελευθεροτυπία, 2007).



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abraham S. and Llewellyn-Jones D. (2000), Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής, Μτφ.: Ταμβάκη Ε., Τμήμα Μαιευτικής και Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Σίντνεϋ, Χατζηνικολή. Σίντνεϋ.
2. Al-Qadreh Ab. (29-11-2005), Οι διαταραχές της όρεξης στην εφηβεία, http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=821.
3. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)
4. Apfeldorfer G. (1997), Ανορεξία - Βουλιμία - Παχυσαρκία», Τραυλός-Καστοράκη, Αθήνα.
5. Βάρσου Ε. (2006) Διαταραχές πρόσληψης τροφής
http://www.mentalhealthpromotion.co.uk/umsprk11ds0npk12id19tsmtrs3mkn8mprs4nkn7lsthl5knrvtn6tsxrn/urpnmhpedctnlprgrmsdnldedctnlmtrl/varso_u_2006_01_25.pdf.
6. Γιαννόπουλου Αθ. Χρ. (1996) Ψυχιατρική νοσηλευτική, Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα.
7. Δημητριάδη Γ. (2008), Νευρική ανορεξία, Κέντρο Στήριξης Οικογένειας Κορίνθου, <http://www.alkistis-equal.gr>.
8. Ελευθεροτυπία, Ανεξαρτησία από έναν κόσμο με εμμονή στο βάρος, http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=06.10.2007,id=68943344,82985840,90876144,2412720,10430000,24612784,32380208,37845680
9. Herbert M. (1997), Ψυχολογική φροντίδα του παιδιού και της οικογένειάς του, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
10. <http://img.pathfinder.gr/Pathfinder/News/articles,2007>
11. <http://night-flights.pblogs.gr/files/16290-bulimia2httpvirtualpsy.locaweb.com>, 2007
12. <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=740>. Ψυχογενής ανορεξία και βουλιμία, 2007.

- 13.<http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=11381&subid=2&tag=8334&pubid=820419> 11-4-2009.
- 14.<http://www.in.gr/NEWS/article.asp?lngEntityID=773464>, Newsroom ΔΟΛ, 26/01/07 14:18, Το μέγεθος μετράει... Η Ισπανία αναπροσαρμόζει τα νούμερα στα ρούχα ως μέτρο κατά της ανορεξίας
- 15.i170.photobucket.com/.../myblog/anorexia
- 16.Ζουμπανέας Ε., Κοντελέ Ι. (2007), Νευρική ανορεξία, <http://www.diatrofi.gr/docs/articles/382a5d9d30f206c202d1d1b6e4b9b8f1.htm>
- 17.Ιατρική Σελίδα - Νευρική Ανορεξία, 11-09-2005, <http://night-flights.pblogs.gr/2006/11/iatrikh-selida-20-nefrikh-anorexia.html>.
- 18.Ιεροδιακόνου Χ. (1991), Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία, Τόμ. 2^{ος}. Μαστορίδης. Αθήνα.
- 19.Ινστιτούτο Ψυχοθεραπευτικών Εφαρμογών (Ι.Ψ.Ε.), Ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές στο σήμερα, <http://www.ipse.gr/psyfood.html> 28-03-2008.
- 20.Karlan & Sadock's (2004), Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής, Ψυχιατρική, Παρισιάνου, Αθήνα.
- 21.Καναβιτσάς Ε., http://www.eatingdisorders.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=26, 02-07-2002.
- 22.Καππάτου Αλ. (1999) Γνωρίστε το παιδί σας, Μοντέρνοι Καιροί, Νοέμβριος, Αθήνα.
- 23.Klein DA. Walsh BT. (2003) Eating disorters, Int Rev Psychiatr.
- 24.Κυριακίδου Ε. (2000), Κοινωνική Νοσηλευτική, Η ΤΑΒΗΘΑ, Αθήνα.
- 25.Lee S, Katzman MA (2002), Gross-Cultural Perspectives on Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD editors Eating Disorders and Obesity.
- 26.Levenkrons (2002), Anatomy of Anorexia, New York-London: www.Nortonand Company
- 27.Μάνου Ν. (1988), Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Επιστημονικά βιβλία και περιοδικά, Θεσσαλονίκη.

- 28.Μαράτος Ι., (1988) Διαταραχές της διατροφής. Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, Β' τόμ.- Β' μέρ., Επιμ. Τσιάντης-Μανωλόπουλος, Καστανιώτης, Αθήνα.
- 29.Νεοφύτου Ν. και Φασουλίδου Μ. (2008), επίβλεψη Κουρή Α., Νευρογενής ανορεξία, http://www.schools.ac.cy/lyc-lin-lim/EREYNES/%CE%9DEYRIKI_%CE%91NOREXIA.pdf.
- 30.Νευρογενής ανορεξία, <http://www.live-pedia.gr/index.php>, τ. 322, Live-Pedia.gr, Nov. 18, 2008.
- 31.Nihart Boyd (2005), Psychiatric - Nursing, Contemporary Practise.
- 32.Οικονομοπούλου Μ. (2002) Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής και ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπευτική του προσέγγιση, Νοσηλευτική, Αθήνα.
- 33.Παπαγεωργίου, Β.Α. (2005) Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων, Αθήνα.
- 34.Περιοδικό, «VITA», τεύχ. 52, Αύγ. 2001.
- 35.Πλατή Χρ. (2000) Γεροντολογική Νοσηλευτική, Αθήνα.
- 36.Royal College of Psychiatrists, UK (2007), Μτφ.: Γρηγόρης Μ., Msc, Επιμ. Μτφ.: Σκαπινάκης Π., Λέκτορας Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
- 37.Σαββοπούλου Γ. (1999), «Βασική Νοσηλευτική», Έκδ. 2^η βελτ., Η Ταβιθά, Αθήνα.
- 38.Σιμάτος Ι. (2006), Σωστή διατροφή και υγεία. Διαταραχές Διατροφής (Eating Disorders), <http://www.jeremy-nutrifit.gr/eating-desorders.htm>
- 39.Σκαπινάκης Π. (2004) Αίτια της ψυχογενούς ανορεξίας, <http://web4health.info/el/answers/ed-cau-anorexia.htm>
- 40.Σταματάκη Αστ. (2009), Νευρογενής ανορεξία, <http://www.mednutrition.gr/content/view/1363/160/>
- 41.Τάκης Ν. (30-06-2004) Ψυχογενής Ανορεξία, Πηγή: <http://www.iatronet.gr/>
- 42.tovima.dolnet.gr/data/D2007/D0121/1reh2b

43. Τσιάκα Μ., 06-03-2008, http://hcfed.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=147&Itemid=63, Ελληνικό Κέντρο Διατροφικών Διαταραχών.
44. Τσίτσικα Α. (2006), Ψυχογενής ανορεξία –Ψυχογενής βουλιμία, Κέντρο Πρόληψης και Υγείας των Εφήβων, www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc_id=16
45. Χαρίλα Ντ. (2000) Κλινική ψυχολόγος, Ψυχοθεραπεύτρια, Ι.Ε.Θ., σε πακέτο σημειώσεων www.IBRS.gr
46. Χαρτοκόλλης, Π. (1991), Εισαγωγή στην ψυχιατρική, β' έκδ. αναθεωρ., Θεμέλιο, Αθήνα.
47. Χριστοδούλου Γ.Ν. και συν. (2000), Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ψυχιατρική, τόμ. 1^{ος}, Βήτα. Αθήνα.
48. Venisse Jean Luc. (1987), Η ψυχογενής Ανορεξία, Χατζηνικολή, Αθήνα.
49. Walcott DD, Pratt HD, Patel DR (2003) Adolescents and eating disorders, Gender racial ethnic sociocultural and socioeconomic Issues, I. Adolescent Res.
50. www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc_id
51. www.focusmag.gr/articles/view-article.rx?oid=1443-20k, Η νευρική ανορεξία πλήττει και τους άντρες; Δευτέρα 18 Φεβρουαρίου 2002.
52. www.stress.gr