

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:
«ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΜΟΥΡΑΤΙΔΟΥ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ
ΠΑΝΤΕΛΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
κ. ΣΠΥΡΑΤΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
1.Νευρική ανορεξία	6
1.1. Ιστορική αναδρομή	6
1.2. Η νευρογενής ανορεξία	8
2. Η σημασία της Ανορεκτικής Συμπεριφοράς	13
3. Ανορεκτική Συμπεριφορά	18
3.1. Ανορεξία της Ενήλικης Γυναίκας	18
3.2. Ανδρική Ανορεξία	19
4. Τύποι Νευρικής Ανορεξίας	20
4.1. Κλινικές Μορφές Ανορεξίας	21
4.2. Οικογενειακές Μορφές	25
5. Παράγοντες πρόκλησης της Νευρογενούς Ανορεξίας – Αιτιολογία	34
5.1. Βιολογικοί Παράγοντες	35
5.2. Γενετικοί Παράγοντες	36
5.3. Ψυχολογικοί και Ψυχοδυναμικοί Παράγοντες	37
5.4. Ο ρόλος της προσωπικότητας ως παράγοντας	39
5.5. Κοινωνικό – Πολιτιστικοί Παράγοντες	41
6. Επιδημιολογία	44
7. Διαφορική Διάγνωση	46
8. Νοσηλευτική Παρέμβαση	48
9. Θεραπεία	66
9.1. Ψυχοθεραπεία	67
9.2. Βιολογική θεραπεία	69
9.3. Διατροφική Αντιμετώπιση	70
10. Εκπαιδευτικές Συνοδοί	74

11.	Φαρμακολογική Αντιμετώπιση της Νευρικής Ανορεξίας.....	77
12.	Οστεοπόρωση στην Νευρική Ανορεξία.....	84
12.1.	Πρόληψη και Θεραπεία.....	84
12.2.	Η έκταση του προβλήματος.....	86
12.3.	Θεραπεία.....	88
13.	Το πρόβλημα της Αποθεραπείας.....	90
14.	Ιατρικές Επιπλοκές.....	92
14.1.	Έμμηνος Ρύση / Αναπαραγωγικές Επιπλοκές.....	93
14.2.	Νεφρικές και Μεταβολικές Επιπλοκές.....	94
14.3.	Αιματολογικές Επιπλοκές.....	95
14.4.	Δερματολογικές Επιπλοκές.....	95
14.5.	Νευρολογικές Επιπλοκές.....	96
14.6.	Θνησιμότητα.....	96
14.7.	Συμπεράσματα.....	97
15.	Οι ενδοκρινικές και οι μεταβολικές διαταραχές.....	98
15.1.	Η σημασία τους.....	98
15.2.	Η απίσχναση.....	99
15.3.	Η αμηνόρροια.....	104
16.	Άλλες διαταραχές.....	107
17.	Φύση και σημασία αυτών των διαταραχών.....	109
18.	Ύπνος στην Νευρική Ανορεξία.....	112
19.	Υπερδραστηριότητα στη Νευρική Ανορεξία: Μελέτη Περιπτώσεων με εμπειρική Μεθοδολογία Δειγματοληψίας.....	115
	ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	116
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	118

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να αναλύσουμε την ασθένεια της νευρικής ανορεξίας , που στις μέρες μας απευθύνεται όχι μόνο σε έφηβες κοπέλες και ανήλικες γυναίκες αλλά και σε άνδρες των οποίων ο αριθμός αυξάνεται ραγδαία . Είναι γνωστό η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου. Πολλές ασθένειες έχουν την βάση τους στις διατροφικές συνήθειες των ανθρώπων. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η ψυχική υγεία του ατόμου σχετίζεται άμεσα με την διατροφή . Για παράδειγμα, μια ευχάριστη ή μια δυσάρεστη κατάσταση μπορούν να οδηγήσουν το άτομο σε προσωρινή ανορεξία. Επίσης , η κακή διατροφή επιφέρει σοβαρές παθήσεις στον οργανισμό.

Στόχος μας λοιπόν είναι η παρουσίαση του ορισμού, της διάγνωσης, των αιτιών και των συμπτωμάτων της νόσου και ειδικότερα της νοσηλευτικής παρέμβασης την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς.

Συνοψίζοντας, θα πρέπει να ευχαριστήσουμε όσους μας καθοδήγησαν και μας βοήθησαν ώστε να συλλεχθούν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για να τυπωθεί αυτή η εργασία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φροντίδα για τη λήψη τροφής αποτελεί μια από τις κυριότερες καθημερινές ασχολίες στην ιστορία του ανθρώπου. Η ώρα του φαγητού αποτελεί πρόσκληση προς τα μέλη της οικογένειας να βρεθούν μαζί και να επικοινωνήσουν. Όσο σημαντική είναι για τον άνθρωπο η τροφή το ίδιο σημαντική είναι η έλλειψη μέτρου στην πρόσληψή της είτε με τη μορφή της ακατάσχετης κατανάλωσής της όπως συμβαίνει στην παχυσαρκία, στην επεισοδιακή υπερφαγία και την ψυχογενή βουλιμία είτε με τη μορφή της εκούσιας στέρησής της όπως συμβαίνει στην ψυχογενή ανορεξία.

Παρά τη μεγάλη πρόοδο που έχει σημειωθεί τα τελευταία χρόνια στην αντιμετώπιση διαφόρων σοβαρών ασθενειών, η σύγχρονη κοινωνία φαίνεται να έρχεται σε επαφή με μία δυσεπίλυτη επιδημία, αυτή των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Παρότι η ανορεξία και η βουλιμία είναι γένους θηλυκού και αφορούν ως επί το πλείστον έφηβες, τελευταία παρουσιάζεται αύξηση των περιπτώσεων αφενός μεν σε παιδιά και ενήλικες, αφετέρου δε και στους άρρενες. Γενετικοί, ψυχολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλουν στην εμφάνιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού ανορεξικών ή βουλιμικών ασθενών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν και οι ίδιοι διαταραχή στην πρόσληψη της τροφής. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι ορμονικοί και νευροβιολογικοί παράγοντες πιθανώς να συμβάλλουν στην εξέλιξη των διαταραχών αυτών. Η δομή της οικογένειας, στοιχεία της προσωπικότητας, το στρες, η εφηβεία και κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες επίσης ενοχοποιούνται.¹

1. ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι άνθρωποι επιδίδονται συχνά σε νηστεία και σε σοβαρούς διατροφικούς περιορισμούς τους οποίους περιβάλλουν συχνά με θρησκευτικά και φιλοσοφικά κίνητρα. Ως εκ τούτου θεωρούμε ότι η νηστεία είναι ένα προνομιακό μέσο ρήξης με την ύλη, μια πρόσβαση στην υπέρβαση. Έτσι, στο τέλος του Μεσαίωνα στην Ευρώπη, αρκετές γυναίκες, οι οποίες ονομάστηκαν «Άγιες ανορεκτικές» άσκησαν τη νηστεία και ορισμένες από αυτές ανακηρύχθηκαν άγιες.

Ενδεικτικές αναφορές θα μπορούσαν να γίνουν στις περιπτώσεις της Άγιας Αικατερίνης της Σιένας τον 19ο αιώνα η οποία απεβίωσε σε ηλικία τριάντα τριών ετών και είχε επιβάλλει στον εαυτό της πολλαπλές στερήσεις ως πράξεις μετανοίας. Η Μητέρα Ανιές του Ιησού τον 17ο αιώνα, η Μάρθα Ρομπιν, η Λουΐζα Λατώ και η Τερέζα Νιούμαν τον 20ο αιώνα μπορούν να θεωρηθούν ως διανοητικά ανορεκτικές από μια ψυχοπαθολογική οπτική γωνία ή ως άγιες ή μάρτυρες από μια θρησκευτική άποψη.²

Οι περιπτώσεις των ανορεκτικών συμπεριφορών εντάσσονται στην ιατρική επιστήμη με τις κλινικές περιγραφές του Γάλλου Καρόλου Ερνέστου Λέζεγκ, το 1873, και του Άγγλου σερ Γουίλιαμ Γουίτλι Γκαλ, το 1874, μολονότι ο Αβινέκας, τον 11ο αιώνα και ο Ριτσαρντ Μόρτον, τον 17ο αιώνα περιγράφουν ήδη περιπτώσεις διανοητικής ανορεξίας. Αν για αυτούς τους συγγραφείς η διανοητική ανορεξία ήταν μια καθαρά ψυχοπαθολογική διαταραχή, η ιατρική στις αρχές του 20ου αιώνα την αντιλαμβάνεται ως μια ασθένεια οργανικής προέλευσης. Η καχεξία, η οποία οφείλεται σε νέκρωση του αδένου της υπόφυσης είναι μια μορφή γενικευμένης εξασθένησης του οργανισμού την οποία ανακαλύπτει ο Σίμοντς, το 1914.

Μετά από αυτόν, οι ενδοκρινολόγοι θεωρούν ότι η διανοητική ανορεξία οφείλεται σε ολική ανεπάρκεια του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης (νόσος του Simonds) και επομένως απαιτείται ενδοκρινική θεραπεία. Μια καθαρά ψυχολογικής προέλευσης ιδέα της ασθένειας επανέρχεται μετά από τη δεκαετία του 50'. Σήμερα πλέον, αμφισβητείται το γεγονός ότι η διακοπή της διατροφής επιφέρει διάφορες ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές και όχι το αντίθετο.³

Η εμφάνιση της διανοητικής ανορεξίας στον Καναδά, στις Ηνωμένες Πολιτείες, σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, στην Ιαπωνία και σε όλους τους λευκούς πληθυσμούς της Βόρειας Αφρικής, επαληθεύει το γεγονός ότι οι περιπτώσεις διανοητικής ανορεξίας αυξάνονται στον δυτικό κόσμο. Για παράδειγμα, στη Σουηδία, η παθολογικότητα της διανοητικής ανορεξίας, η οποία κυμαίνεται σε 0,24 για εκατό χιλιάδες κατοίκους πριν το 1950, ανέρχεται σε 0,45 ανάμεσα στο 1950 και το 1960. Στη Νέα Υόρκη, έχει σχεδόν διπλασιαστεί ανάμεσα στο 1970 και το 1980, φτάνοντας από 0,35 σε 0,64. Σύμφωνα με τις μελέτες, η συχνότητα του φαινομένου της διανοητικής ανορεξίας πολλαπλασιάζεται: μια περίπτωση ανά πεντακόσιες πενήντα έφηβες το 1970, σε μια ανά εκατό έφηβες το 1980. Αντίθετα, δεν συναντάμε περιπτώσεις διανοητικής ανορεξίας σε χώρες έξω από το δυτικό ημισφαίριο, όπως μαρτυρούν διάφορες μελέτες στη Νέα Γουινέα, στην Αλάσκα, στους πολιτισμούς των Εσκιμώων, ή στην Ινδία οι οποίες καταγράφουν αμελητέο αριθμό περιπτώσεων.²

1.2 Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η ψυχογενής ή νευρογενής ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύσαρκο.

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.⁴

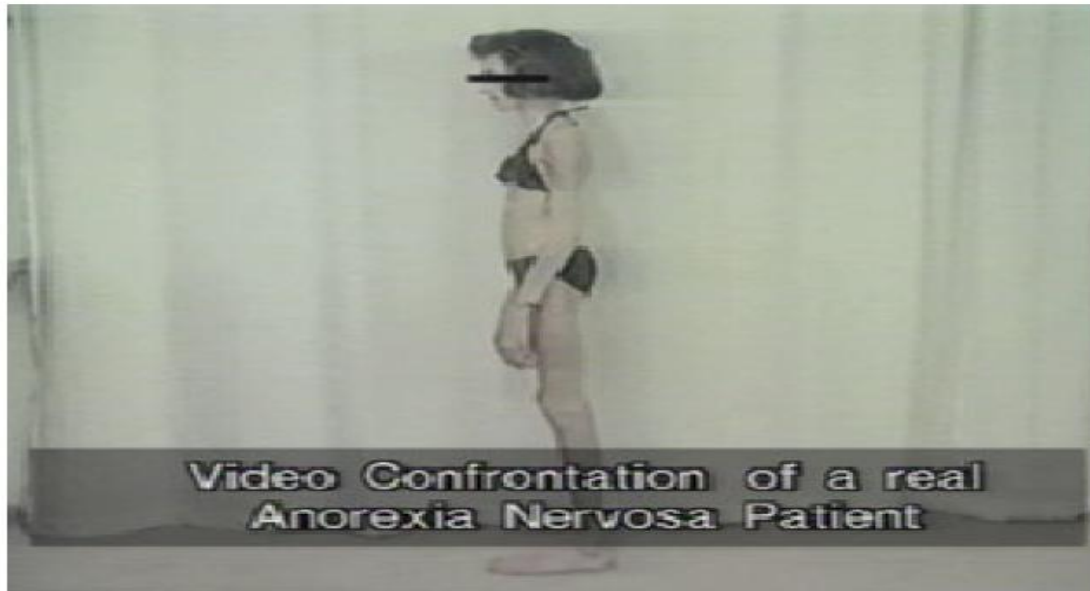
Άτομα με τη διαταραχή αυτή μαρτυρούν ότι «νιώθουν παχιά» όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ακόμα και όταν έχουν απισχανθεί και αυτό γιατί η απώλεια του βάρους δεν τα καθησυχάζει και διατηρείται ο φόβος της παχυσαρκίας.

Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη για όλο τους το σώμα και την εξωτερική τους εικόνα – δεν μπορούν να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις συμπεριλαμβανόμενου του αισθήματος της πείνας, πιστεύουν ότι το σώμα τους ή τα διάφορα μέλη είναι πολύ παχιά ακόμα και όταν είναι κάτω από το φυσιολογικό βάρος.⁵

Βέβαια η λέξη «ανορεξία» είναι αποπροσανατολιστική. Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης, γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνο αργά στη πορεία της νόσου. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στη ταυτότητα και την αυτονομία, για λόγους που ακόμα δεν γνωρίζουμε. Η μείωση του βάρους συνήθως κατορθώνεται με μείωση της συνολικής ποσότητας της τροφής, με δυσανάλογη ελάττωση σε τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, με προκλητό εμετό, με χρήση καθαρικών ή διουρητικών μαζί με εξαντλητική άσκηση.²

Κατά κανόνα πρωτοεμφανίζεται μεταξύ δεκατριών και είκοσι ετών, είτε χωρίς εμφανή αιτία είτε μετά από κάποιο συναισθηματικό τραύμα, σε μια

έφηβη χωρίς προβλήματα μέχρι εκείνη τη στιγμή. Μερικές φορές προηγείται περίοδος βουλιμίας γαστραλγιών και διαταραχών της εμμηνορρυσίας.²



Η συμπτωματική τριάδα του Lasague παραμένει μια αναμφισβήτητη κλινική πραγματικότητα και ένα σημαντικό διαγνωστικό σημείο αναφοράς αλλά είναι πια φανερό ότι δεν μπορεί, σε καμία περίπτωση, να επαρκέσει για την απόλυτη διάγνωση της πάθησης. Η τριάδα άλλωστε δεν είναι αρκετά εξειδικευμένη και τη συναντούμε σε πολλές παθολογικές καταστάσεις, τόσο οργανικές όσο και ψυχιατρικές, που αποτελούν ισάριθμες διαφορετικές διαγνώσεις.⁶

Η χαρακτηριστική κλινική τριάδα συμπτωμάτων εγκαθίσταται με ύπουλο τρόπο σε διάστημα μερικών μηνών: πρόκειται για την τριάδα των τριών «Α»:

Η ανορεξία. Είναι μια συμπεριφορά, συχνά εναρκτήρια της νόσου, που εκδηλώνεται με περιορισμό της τροφής και που έχει λίγο πολύ ταχεία και σφαιρική εξέλιξη. Πρόκειται περισσότερο για μια διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στη τροφή και τη διατροφή, παρά για ανορεξία με τη στενή έννοια

της λέξης, αφού είναι εκούσια και θεληματική. Η σημαντική αυτή τροφική αποδιοργάνωση, αντικείμενο πολλαπλών εκλογικεύσεων και προσποιήσεων, εκδηλώνεται με μια ελάττωση των θερμίδων που λαμβάνονται, γεγονός που αποτελεί το χαρακτηριστικό κλινικό σύμπτωμα της ψυχογενούς ανορεξίας (η ημερήσια ποσότητα θερμίδων για τις γυναίκες κυμαίνεται κανονικά ανάμεσα σε 1800–2500 θερμίδες, ενώ, συχνά, είναι χαμηλότερη από 300 θερμίδες στις ανόρεκτες). Ο περιορισμός αυτός αφορά κυρίως τα γλυκίδια και τα λίπη παρά τις πρωτεΐνες.⁶

Η αμηνόρροια, μπορεί και αυτή να είναι εναρκτήριο σύμπτωμα της κλινικής εικόνας, με μια συχνότητα που ποικίλει σημαντικά, ανάλογα με τους συγγραφείς.

Όταν είναι αρχικό σύμπτωμα, εντάσσεται πολύ καλά στο φάσμα των ενδοκρινολογικών διαταραχών της ωοθήκης (δυσωορηξία), που είναι γενετικής προέλευσης: δυσμηνόρροιες, σπανιομηνόρροιες, αμηνόρροιες που σίγουρα στο ψυχοπαθολογικό επίπεδο αντιπροσωπεύουν ένα από τα οριακά σημεία των ψυχογενών ανορεξιών. Στη αντίθετη περίπτωση, εκδηλώνεται συνήθως μερικούς μήνες μετά την εμφάνιση των άλλων δυο στοιχείων της τριάδας. Ανάλογα με το πόσο προχωρημένη είναι η εφηβική ανάπτυξη (και η ηλικία της άρρωστης), πρόκειται για πρωτογενή ή δευτερογενή αμηνόρροια (που είναι και η συχνότερη περίπτωση).⁷

Η απίσχνανση. Εμφανίζεται πάντα ως δευτερογενές αποτέλεσμα της ανορεξίας. Εξελίσσεται εξαρτημένη ως προς την κλινική της έκφραση από της συνηθισμένες ιδιομορφίες του διαιτολογίου αυτών των άρρωστων που διατηρούν για παρά πολύ καιρό τη λήψη πρωτεϊνών, δικαιολογώντας έτσι την τάση να μιλάμε για αδυνάτισμα παρά για απώλεια βάρους.

Ο υποσιτισμός και η απίσχνανση συνοδεύονται από ένα σύνολο σωματικών, βιολογικών και ενδοκρινολογικών συμπτωμάτων, που, όμως, δεν είναι απόλυτα ειδικά.⁴

Ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η βαριά διαταραχή της εικόνας που σχηματίζει ο ασθενής για το σώμα του από αδιάκοπη αναζήτηση της ισχύτητας, μέχρι σημείου λιμοκτονίας. Η διαταραχή αναγνωρίζεται εδώ και πολλές δεκαετίες και μάλιστα είναι αξιοσημείωτη η ομοιότητα που παρουσιάζει η περιγραφή της από διαφορετικά άτομα. Η διαταραχή εμφανίζεται πολύ συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες και συνήθως κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Οι υποθέσεις για την υποκείμενη ψυχολογική ανωμαλία στις νέες γυναίκες που παρουσιάζουν αυτή τη διαταραχή σχετίζονται με τις συγκρούσεις που συνοδεύουν τη μετάβαση του κοριτσιού στη κατάσταση της γυναίκας.

Σύμφωνα με άλλες επιστημονικές θεωρίες, στην ανάπτυξη της διαταραχής παίζουν ρόλο και κάποιοι ακόμη ψυχολογικοί παράγοντες, που αφορούν την αίσθηση ενός ατόμου ότι είναι αβοήθητο και ανίκανο να αυτονομηθεί.⁷



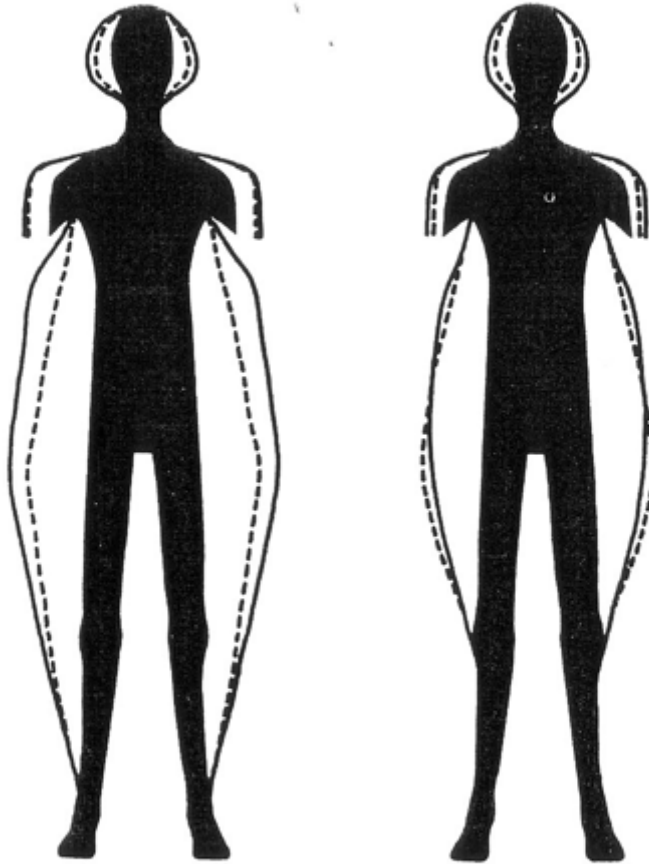
2. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ




Μέσα από την απόρριψη του σώματος και των αναγκών του, εκφράζονται η ανικανότητα απαρτίωσης και αποδοχής των σωματικών και συναισθηματικών μεταβολών της εφηβείας και η άρνηση της γενετικής σεξουαλικότητας.

Ο ασηκητισμός και η διανοητικοποίηση, κοινότυπα φαινόμενα της εφηβείας, εμφανίζονται στην ακραία τους μορφή. Το σώμα που η νέα κοπέλα φαντασιώνει και θα επιθυμούσε να έχει, είναι ένα κορμί ισχνό, σαηηνευτικό και πάντοτε ευθύγραμμο και ευθυτενές, πάντα «εν στύση» ενώ η «φαλλική διάστασή του, παραμένει, ωστόσο, φανερά απωθημένη»⁸

NORMAL
CARBOHYDRATE

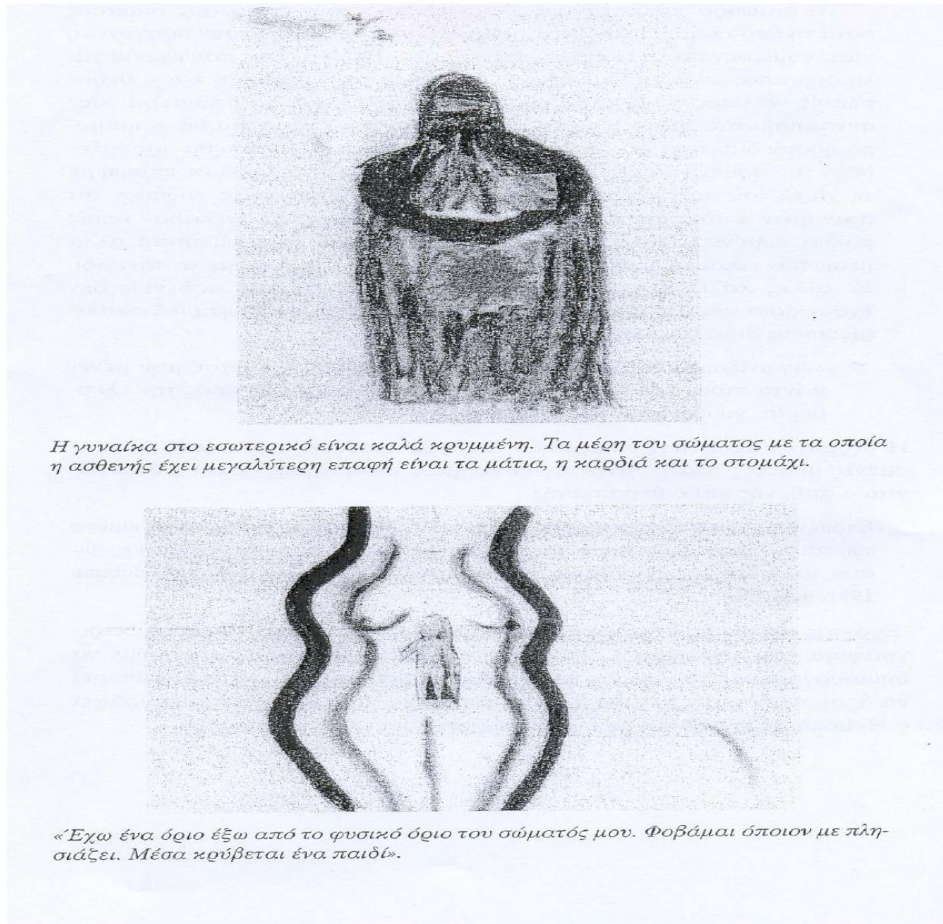
LOW
CARBOHYDRATE



ACTUAL BODY OUTLINE 
BEFORE MEAL OUTLINE 
AFTER MEAL OUTLINE 

Το πραγματικό σώμα βιώνεται ως μη ικανοποιητικό και δεν γίνεται αντιληπτό έτσι όπως αντικειμενικά είναι. Η ανορεκτική άρρωστη απαρνείται την ισχνότητα της και παρόλη την καχεξία της συνεχίζει να θεωρεί τον εαυτό της πολύ χοντρό, πολύ βαρύ, παραβλέποντας ολότελα τον κίνδυνο για τη επιβίωση της. Παλεύοντας κατά της πεινάς και αποτρέποντας την ικανοποίηση των βασικών της ορμών, η ανορεκτική βιώνει ένα αίσθημα ισχύος, το οποίο συνδυάζει ταυτόχρονα την κυριαρχία πάνω στον ίδιο της τον

εαυτό και τη χειραγωγή των άλλων γύρω της, των οποίων αποδοκιμάζει τα ενδιαφέροντα, επειδή τα θεωρεί υλιστικά και χυδαία. Η έντονη ικανοποίηση την οποία προσπορίζεται με αυτόν τον τρόπο ανήκει στη κατηγορία της διατροφικής ηδονής. Αυτός ο καταστρεπτικός αυτοερωτισμός θα αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στη θεραπευτική αγωγή.⁹



Τα γονικά μορφοείδωλα παραμένουν στην ανορεκτική ασθενή ασαφή και αδιαφοροποίητα, αν και υπερισχύει μια παντοδύναμη και χωρίς φύλο μητρική εικόνα. Η επαναδραστηριοποίηση του άγχους ευνουχισμού κατά την εφηβεία προκαλεί, μέσα από μια γενική παλινδρόμηση, την απόσυρση των αντικειμενοτρόπων επενδύσεων (λιβιδινική συρρίκνωση και υπερεπένδυση σε διανοητικές και κινητικές, βιούμενες ως επανασαρκώμενες, δραστηριότητες) και την επάνοδο σε αρχαϊκές στάσεις, όπου τα πάντα

αντιμετωπίζονται ως σχέσεις εξάρτησης και ανεξαρτησίας, στα πλαίσια ενός μεγαλομανιακού ναρκισσιστικού πληθωρισμού. Για την ανορεκτική, το να μπορεί να αρνείται τη διατροφή, σημαίνει ότι αισθάνεται αυτόνομη και ότι μπορεί να λειτουργεί, χωρίς καμία εξωτερική βοήθεια (η φαντασίωση του ο,τιδήποτε ενσωματώνει, της είναι ανυπόφορη), σύμφωνα με μια ιδανική άποψη για τον εαυτό της. Το σώμα διαχωρισμένο από την επονείδιστη υλικότητα του, φαντασιωμένου ως άψυχο και αθάνατο, βρίσκεται σε συνεχή έλεγχο. Με τη συμπεριφορά της η ανορεκτική ελέγχει και προκαλεί μόνιμα το περιβάλλον της και ιδιαίτερα τη μητέρα. Ωστόσο, αν και η πραγματικότητα του σώματος αυτού καθεαυτού απορρίπτεται, η σχάση του Εγώ επιτρέπει τη διατήρηση της επαφής με την εξωτερική πραγματικότητα. Έτσι δεν εμφανίζεται παραλήρημα.¹⁰

Εκτός από αυτή τη τυπική οργάνωση της ψυχογενούς ανορεξίας, υπάρχουν και άλλες μορφές ανορεξίας που εμφανίζονται σε άτομα με ποικίλες ψυχικές δομές και εκφράζουν άνιση βαρύτητας παλινδρομήσεις, στα πλαίσια των οποίων η στόματο – διατροφική αποδιοργάνωση εμφανίζεται ως :

1. Αντιδραστική ανορεξία μετά από κάποιο πένθος ή αποτυχία.

Η έλλειψη όρεξης είναι σε αυτή τη περίπτωση πρωτογενής (δεν πρόκειται για πάλη εναντίον της πείνας) και εντάσσεται σε ένα εμφανές πλαίσιο κατάθλιψης.

2. Υστερική ανορεξία. Η οιδιπόδεια φαντασιωσική δραστηριότητα είναι ιδιαίτερα έντονη. Η ασθενής επιδεικνύει την ισχύ της και τη χρησιμοποιεί, για να εγκαταστήσει σχέσεις σαγήνης και κυριάρχησης του περιβάλλοντος της, συμπεριλαμβανόμενου και του ιατρού.

3. Οι ανορεκτικές άρρωστες χειρίζονται αυτές τις σχέσεις με εκπληκτική επιδεξιότητα (τεχνάσματα, μυθομανία).

4. **Ιδεοψυχαναγκαστική ανορεξία** με τελετουργίες διατροφής και θερμιδικούς έλεγχους, πολύ δυσπρόσιτη στην ανάμιξη άλλων ατόμων και στη θεραπευτική σχέση.

5. **Ανορεξία σε περιπτώσεις μεθοριακών καταστάσεων ή ανερχόμενης σχιζοφρένειας.**¹²

3. ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

3.1. ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΤΗΣ ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Η ανορεκτική συμπεριφορά αποτελεί συχνά αναζωπύρωση ή χρόνια έκφραση της ανορεξίας της εφηβείας. Όταν εμφανίζεται για πρώτη φορά κατά την ενήλικη ζωή, εμφανίζεται συνήθως σε υστερικές δομές και σε συγκρουσιακές συνθήκες. Μερικές φορές πρόκειται για καταθλιπτικό ισοδύναμο. Μπορεί επίσης να τεθεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα από το σύνδρομο Sheehan (επιλόχεια υποφυσιογενής καχεξία) ¹²



Άρρωστος με ψυχογενή ανορεξία (ευγενής προσφορά της Katherine Halmi, M.D.).

3.2 ΑΝΔΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Πολύ πιο σπάνια από ότι στις γυναίκες (περίπου σε αναλογία ένα προς δέκα) παρουσιάζεται συνήθως στη εφηβεία και χαρακτηρίζεται από καθυστέρηση του αναστήματος και της ενήβωσης. Πολύ συχνά εμφανίζεται μετά από περίοδο παχυσαρκίας. Το ποσοστό πρωίμων μορφών, μεταξύ 10 και 14 ετών, είναι αρκετά σημαντικό. Οι γονείς του ασθενούς παρουσιάζουν ψυχοπαθολογικές διαταραχές συχνότερα από ότι στη γυναικεία ψυχογενή ανορεξία. Η ανδρική ανορεκτική συμπεριφορά συνδέεται με ποικίλες ψυχολογικές δομές.

Παράλληλα, με τις τυπικές μορφές οι οποίες εξελίσσονται προς τη σχιζοφρενική διάσχιση, μερικές φορές, η ανορεκτική συμπεριφορά συνοδεύεται από διάφορους άλλους τύπους παθολογικής συμπεριφοράς (βουλιμία, αλκοολισμός, τοξικομανία, παραπρωματικότητα).¹²

4. ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Στο DSM-IV έχουν προστεθεί δυο τύποι νευρικής ανορεξίας που δεν υπάρχουν στο DSM-II-R:

- Ο περιοριστικός τύπος χαρακτηρίζει τη διαταραχή όπου το άτομο επιτυγχάνει την απώλεια βάρους κυρίως με δίαιτα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση.

- Ο τύπος υπερφαγίας /κάθαρσης χαρακτηρίζει τη διαταραχή όπου η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με προκλητό εμετό, καθαρτικά, διουρητικά ή ενέματα ύστερα από υπερφαγία ή και λήψη μικρών ποσοτήτων τροφής.

Στην αρχή το περιβάλλον του ανορεκτικού δεν αντιλαμβάνεται τίποτα. Απλώς το ανορεκτικό άτομο αρχίζει να αδυνατίζει με κάποια δίαιτα. Προοδευτικά, όμως, καθώς η απώλεια του βάρους προχωρά και η πρόσληψη τροφής ελαττώνεται, συγγενείς και φίλοι αρχίζουν να τρομάζουν καθώς το ανορεκτικό άτομο δηλώνει ότι «πρέπει να χάσει βάρος γιατί είναι παχύ». Όταν τελικά το άτομο βρεθεί στον ιατρό (συνήθως με πίεση από την οικογένεια του) η απώλεια βάρους είναι μεγάλη.⁷

4.1. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

1. Ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων.

α. Οι ελάχιστες μορφές. Είναι σίγουρα πολυάριθμες και ξεφεύγουν συχνότατα από τις στατιστικές, αφού σπάνια αποτελούν αντικείμενο εξειδικευμένων εξετάσεων και ακόμα λιγότερο νοσοκομειακών νοσηλειών. Στην πραγματικότητα θέτουν το ερώτημα των ορίων της παθολογίας σε αυτόν τον τομέα, ιδίως αν λάβει κανείς υπόψη την κοινωνικοπολιτιστική πίεση που ευνοεί τη διατήρηση ενός λεπτού σώματος στις δυτικές κοινωνίες. Σε διάφορες πρόσφατες μελέτες καταβάλλεται προσπάθεια να διευκρινισθούν τα δεδομένα αυτά, που ορισμένοι συγγραφείς τα έχουν επισημάνει εδώ και παραπάνω από είκοσι χρόνια (ιδιαίτερα ο Russell 1972). Διάφοροι ερευνητές εφαρμόζοντας ένα τεστ διατροφικών συμπεριφορών (EAT) συμπέραναν ότι η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και σημαντικές ανησυχίες σχετικά με το βάρος αποτελούν συχνότατα έναν τρόπο αντίδρασης απέναντι στις υπαρξιακές ανησυχίες της εφηβείας. Αυτές οι ελάχιστες μορφές χαρακτηρίζονται συνήθως, κλινικά, από την περιορισμένη ανορεκτική αποφασιστικότητα των ασθενών, από κάποια απόχρωση δυσθυμίας, ακόμα και από μια έκδηλη καταθλιπτική τάση, η οποία δεν εμφανίζεται σαν κλινική μορφή.¹³

β. Οι βαριές μορφές εκδηλώνονται, αντίθετα, με τον δραματικό και ανυποχώρητο χαρακτήρα μιας ανορεκτικής συμπεριφοράς, η οποία οδηγείται από μια βίαια αποφασιστικότητα, παρά τις καταστροφικές συνέπειες της σε ένα σώμα του οποίου η καχεξία ανακαλεί αναμφίβολα τον θάνατο.

Οι βαριές αυτές μορφές -που θεωρούμε ότι εμφανίζονται όλο και πιο συχνά- θέτουν το πρόβλημα ανοχής από το περιβάλλον, ακόμα και το

ιατρικό, που δεν επεμβαίνει παρά μόνο όταν δεν είναι πια δυνατό να γίνει διαφορετικά. Δεν είναι λοιπόν σπάνιο να γίνεται η εισαγωγή στο νοσοκομείο, με την ευκαιρία απώλειας των αισθήσεων ή κώματος, μιας κοπέλας που ζυγίζει λιγότερο από 30 κιλά και που ενδεχόμενα φέρει εσχαρές, και, συχνά, οιδήματα από την στέρηση βασικών ουσιών. Εκτός από την κωματώδη κατάσταση παρατηρούνται και άλλες διαταραχές της συνείδησης μέσα στα πλαίσια του τύπου υποξείας αποδιοργάνωσης, η οποία βιώνεται μέσα σε μιαν ατμόσφαιρα λίγο-πολύ διεγερτική. Και θυμίζει πολύ ορισμένες τοξικομανιακές μέθες. Αυτές οι βαριές μορφές δικαιολογούν μιαν αυστηρή παρακολούθηση από ειδικούς γιατί ο κίνδυνος του θανάτου είναι αναμφισβήτητος.¹⁴

γ. Στην κλασική μορφή της εφηβείας η έναρξη των διαταραχών τοποθετείται κλασικά ανάμεσα στο δωδέκατο και το εικοστό έτος της ηλικίας. Ορισμένοι προσπαθούν να εντοπίσουν, μέσα στο μεγάλο αυτό διάστημα, κλινικές μορφές. Μια πρόσφατη εργασία των Halmi Casper Goldberg και των συνεργατών του, εντόπισε σε μια ομάδα περισσότερων από 100 ασθενών, δυο αιχμές της νόσου που παρουσιάζονται στη ηλικία των 14½ και 18 ετών. Το γεγονός αυτό, σύμφωνα με τους συγγραφείς, μάλλον αντιστοιχεί σε δυο περιόδους της εφηβείας κατά τις οποίες η εξάρτιση από την οικογένεια αλλάζει βαθύτατα. Από τη μελέτη των δυο υποομάδων προκύπτει ότι οι νεότερες ανόρεκτες παρουσιάζουν τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου και υποβάλλονται γρήγορα σε παρακολούθηση και θεραπεία, ενώ οι μεγαλύτερες, που εισάγονται στο νοσοκομείο αργότερα, παρουσιάζουν συνήθως συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία χρονολογούνται από παλιά, αλλά σε μικρό βαθμό.

Οι ιδιαιτερότητες όμως αυτές δεν επιτρέπουν τους παραπάνω συγγραφείς, να μιλούν για ιδιαίτερες κλινικές μορφές, όπως γίνεται για το παιδί ή την ενήλικη γυναίκα.¹⁴



δ. Στην περίπτωση του παιδιού περιγράφεται συνήθως με τη προεφηβική μορφή που διαφέρει ελάχιστα από την κλασική μορφή.

Με φοβική μορφή για ορισμένους συγγραφείς, με ψυχαναγκαστική μορφή για άλλους, η πρόγνωση της παιδικής ηλικίας είναι μάλλον απαισιόδοξη, κυρίως λόγω της ανάρθρωσης της εφηβικής ανάπτυξης.¹⁵

ε. Η ανορεξία του βρέφους: είναι η ενεργητική άρνηση του παιδιού να δεχθεί την τροφή που του προσφέρει η μητέρα του. Συχνότατα η άρνηση είναι επιλεκτική και αφορά αποκλειστικά στο πρόσωπο της μητέρας του. Διακρίνεται στην σπανιότατη πρώιμη βασική ανορεξία, που εκδηλώνεται από τις πρώτες εβδομάδες της ζωής, μερικές φορές και από την πρώτη μέρα, και στη συνήθη μορφή που είναι η ανορεξία του δεύτερου εξάμηνου ¹⁵

στ. Η ανορεξία στον ηλικιωμένο: οι ανορεκτικές συμπεριφορές δεν είναι σπάνιες. Συχνά μαρτυρούν μια υπονοούμενη επιθυμία «για να ξεφλήσουν», σε άτομα που χωρίς να εμφανίσουν κατάθλιψη, με τη στενή έννοια του όρου, εξαιτίας της απομόνωσής τους, της απώλειας της ταυτότητας τους και μερικές φορές λόγω πολλών σωματικών κακουχιών, χάνουν κάθε ελπίδα για το μέλλον τους. ¹⁴

ζ. Η ψυχογενής ανορεξία της ενήλικης γυναίκας αξίζει να αποτελέσει ξεχωριστή κατηγορία. Πρέπει να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στις εφηβικές μορφές που παρατείνονται, με την ενηλικίωση, και στις πραγματικές μορφές ανορεξίας της ενήλικης γυναίκας που εμφανίζονται σε γυναίκες χωρίς προηγούμενο ιστορικό ανορεξίας, παντρεμένες με παιδιά. Η ανορεξία της ενήλικης παντρεμένης γυναίκας αντιστοιχεί σε μια στιγμή ιδιαίτερα έντονης παλινδρόμησης συχνά σαν αντίδραση σε ένα συναισθηματικό ή υπαρξιακό κλονισμό (θάνατος κάποιου συγγενή, εγκυμοσύνη). Η ανορεξία αυτή επισημαίνει τη βίαιη αποδιοργάνωση μιας προσαρμοσμένης, μέχρι τότε, προσωπικότητας, έστω και αν αυτή ήταν εύθραυστη και ελαττωματικά δομημένη. ¹⁶

η. Διαχωρισμός ανάλογα με τη δομή της υποκείμενης προσωπικότητας. Συνήθως οι κλινικές μορφές περιγράφονται ανάλογα με την υποκείμενη

προσωπικότητα, σύμφωνα με την γενικά αποδεκτή αντίληψη ότι η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι παρά ένα σύνδρομο που δεν προδικάζει τη δομή της προσωπικότητας στην οποία ριζώνει. Έτσι, η υστερική προσωπικότητα θεωρείται ως η συχνότερη και χαρακτηρίζεται, από κλινική άποψη, από την τάση για αυτάρεσκη επίδειξη της ισχύος. Αντίθετα, οι ψυχαναγκαστικές μορφές θα χαρακτηρίζονταν από τη τάση προς την αμφιβολία, προς την αγχώδη ανάκληση των ίδιων σκέψεων και προς την ένοχη, ιδιαίτερα όσον αφορά τις βουλιμικές κρίσεις. Οι φοβικές μορφές που συναντώνται συχνά σε οριακές ηλικίες, οδηγούν σε μια μάλλον απαισιόδοξη πρόγνωση. Τέλος, ορισμένες εξαιρετικά βαριές μορφές που θα μπορούσαν να εξελιχθούν σε αυθεντικές σχιζοφρένιες, θα ονομάζονταν ψυχωσικές ή προ-ψυχωσικές.⁸

4.2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Τίθεται το ερώτημα μιας πραγματικής ανορεκτικής γραμμής συγγένειας, το οποίο στηρίζεται σε ορισμένες οικογενειακές παρατηρήσεις που μαρτυρούν περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας σε πολλές γενιές. Η G Rankow ισχυρίζεται ότι «ορισμένες καταστρεμμένες ζώνες της εικόνας του σώματος των ψυχωσικών και κάποιων ψυχοσωματικών ασθενών, αντιστοιχούν σε καταστρεμμένες ζώνες μέσα στην οικογενειακή δομή αυτών των ασθενών».¹⁷



Photograph taken in 1935 of the grandmother of a patient attending our clinic in 1990. The photograph was taken when the grandmother was aged 15 and her weight had fallen to 5st 12lb (37kg). The current patient's family recognised the similarities between the grandmother's teenage illness and her granddaughter's current symptoms.

Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΡΕΚΤΗΣ

Το να προτάσσουμε την προγενέστερη προσωπικότητα των ανόρεκτων αντιστοιχεί στο να υπογραμμίζουμε την ύπαρξη ενός ιδιαίτερου οικογενειακού περιβάλλοντος. Πράγματι, αν και οι οικογένειες αυτές χαρακτηρίζονται συχνά σαν φυσιολογικές, φαινομενικά κοινότοπες, πολλές μελέτες απέδειξαν, εδώ και δέκα χρόνια περίπου, ότι πίσω από αυτό το προσωπείο φυσιολογικότητας κρύβεται μια αρκετά παθολογική οικογενειακή οργάνωση. Κατά τις πρώτες συνεντεύξεις με τον γιατρό, η οικογένεια αυτοπεριγράφεται, με ευαρέσκεια, σαν σχεδόν ιδανική, οικογένεια που δεν γνώρισε ποτέ το παραμικρό πρόβλημα, με τέλεια συνεννόηση ανάμεσα σε όλα τα μέλη της.

Η ανόρεκτη κόρη ήταν συχνά το παιδί παράδειγμα που δεν προκάλεσε ποτέ το παραμικρό πρόβλημα στους γονείς του όσον αφορά την εκπαίδευση, την υγεία, τη συμπεριφορά και τη διατροφή, (ειδικά στην νηπιακή ηλικία). Με λίγα λόγια, τίποτα δεν άφηνε να προβλεφθεί μια τέτοια συμπεριφορά, φαίνεται να λένε οι γονείς που δε δέχονται να θεωρηθούν μέτοχοι αυτού που συμβαίνει. Πρέπει να πούμε πως οι οικογένειες αυτές, συνήθως αναδιπλωμένες μέσα στον εαυτό τους (η Bruch μιλάει για «εγωκεντρική ατμόσφαιρα του σπιτιού»), προσπαθούν πάντοτε να παρουσιάσουν μια ανεπίληπτη εικόνα. Αυτή η έγνοια της εμφάνισης, της τέλει εικόνας που παρουσιάζουν στους άλλους, συμβαδίζει με μια έλλειψη της εκφραστικότητας, της αυθεντικότητας στην έκφραση των αισθημάτων και, γενικά, των σχέσεων τους με τους άλλους. Η επιθετικότητα, η οργή, ακόμα και η σεξουαλικότητα, δεν συμπεριλαμβάνονται καθόλου ή ελάχιστα μόνο, στο φάσμα της έκφρασης και των σχέσεων των οικογενειών αυτών πράγμα που ισχύει και για τις εκδηλώσεις στοργής και τρυφερότητας (τόσο ανάμεσα στο ανδρόγυνο όσο και με τα παιδιά). Η θέση της ανόρεκτης ανάμεσα στα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας εκτιμάται κατά διαφόρους τρόπους, ορισμένοι συγγραφείς ανακαλύπτουν ένα σημαντικό αριθμό από μοναχοκόρες, άλλοι, από πρωτότοκες κόρες, ενώ για τους Jeanmet και συν., η θέση της δεύτερης ανάμεσα στις αδελφές εμφανίζεται ως η πιο εκτεθειμένη (37% στο δείγμα τους). Συμμεριζόμαστε την άποψη αυτή καθώς και τις υποθέσεις που αφορούν την αντιζηλία με μια αδελφή, κατά μερικά χρόνια μεγαλύτερη (αντιζηλία που ενδεχόμενα την συντηρεί και η μητέρα), αυτόν τον αδύνατο συναγωνισμό στο επίπεδο της θηλυκότητας, που συχνά συναντούμε στην καθημερινή μας πρακτική. Το γεγονός ότι οι οικογένειες αυτές βρίσκονται κάτω από την κυριαρχία των γυναικών υπογραμμίζεται από τους περισσότερους συγγραφείς. Η Bruch συσχετίζει τη διαπίστωση αυτή με την απουσία κοριτσιών στις οικογένειες όπου υπάρχουν παχύσαρκα αγόρια.¹⁷

Μια κατάσταση που παρουσιάζεται συχνά είναι δύο ή τρία κορίτσια που ζουν με τη μητέρα τους και μερικές φορές με τη μητέρα της μητέρας τους, δίπλα σ' έναν πατέρα, που είναι ο μόνος αρσενικός εκπρόσωπος. Οι μητέρες, που συχνά περιγράφονται σαν ψυχρές, άκαμπτες, υπερπροστατευτικές, αποκαλύπτονται, σε βαθύτερη ανάλυση, πολύ καταθλιπτικές. Οι συγγραφείς επιμένουν από τη μια μεριά στη σχέση των μητέρων αυτών με την ίδια τους τη μητέρα, κι από την άλλη, στη θέση τους μέσα στο γονικό ζευγάρι. Ο Jeammet αναφέρει «διαταραχές ταύτισης ως προς την ίδια τους τη μητέρα» με την οποία η σχέση είναι πολύ αμφιθυμική «με μια προσπάθεια εξιδανίκευσης που δύσκολα κρύβει αυτό που βαθύτερα της προσάπτουν: μητέρα απρόσεκτη, χωρίς τρυφερότητα. Αυτή η διαταραχή ταύτισης με την ίδια την μητέρα τους, προκαλεί στις μητέρες των ανόρεκτων την αδυναμία να θεωρήσουν τον εαυτό τους σαν καλή μητέρα και, κατά συνέπεια, οδηγεί στην απάρνηση του παιδιού και στην ενοχή». Κατά τον Jeammet είναι η ενοχή αυτή, πηγή αγωνίας που γεννά φοβικούς και ψυχαναγκαστικούς μηχανισμούς, λόγω της ταύτισης με αυτόν που ασκεί βία, δηλαδή με το μητρικό Υπερεγώ. Έτσι, οι μητέρες αυτές προσπαθούν ασταμάτητα να αποδείξουν στον εαυτό τους πως η σχέση με το παιδί είναι καλή, ανταποκρινόμενες ή καλύτερα προλαμβάνοντας την παραμικρότερη εκδήλωση ανικανοποίησης από τη μεριά του παιδιού. Η διατροφή κατέχει την πρώτη θέση, σε αυτήν την προσπάθεια πρόκειται για μια αυτοματοποιημένη διατροφή που αποκλείει κάθε ευχαρίστηση, όπου «η υπέρμετρη χορήγηση τροφής επιτρέπει την παραγνώριση του αιτήματος του παιδιού για αγάπη». Έτσι αποκαθίσταται μια σχέση του τύπου της στοματικής ενσωμάτωσης όπου υπερεκτιμάται η τροφή. Αργότερα, το πολύ τελετουργικό οικογενειακό γεύμα θα παίξει σημαντικό ρόλο και ιδιαίτερα μέσα από κάποια πειστική τυπικότητα, που λειτουργεί και γενικότερα για τους γονείς ως εγγύηση της οικογενειακής σταθερότητας και της εκπαίδευσης που χορηγήθηκε στο παιδί.¹⁸

Εντύπωση προκαλεί η συχνότητα της παρουσίας της μητρικής γιαγιάς κάτω από την οικογενειακή στέγη ή τουλάχιστο στην άμεση γειτονία· συχνά επιβάλλει ολοφάνερα την βούληση της. Άλλες φορές, μπορεί να δίνει αρχικά την εντύπωση ότι βρίσκεται σε δεύτερη μοίρα, αν η κόρη της εμφανίζεται ως αρκετά αυταρχική, αλλά η γιαγιά πρόθυμα την υποτιμά σαν ακατάλληλη (στο μητρικό της ρόλο) απέναντι στην ανόρεκτη.

Το παιδί αντιλαμβάνεται πολύ γρήγορα την αγωνία της μητέρας του, έτσι ώστε να αισθάνεται υποχρεωμένο να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις της, όχι μόνο τις διατροφικές, γιατί αλλιώς νομίζει ότι κινδυνεύει να την «χάσει». Η Η. Bruch μιλά για την «εύκολη αποδοχή που έγινε τρόπος ζωής τους» που την συνδέει με το γεγονός ότι «η ενθάρρυνση και ενίσχυση της προσωπικής έκφρασης ήταν ανεπαρκείς». Ορισμένοι συγγραφείς αναφέρονται στην επίδραση που έχουν οι δυσχέρειες που οι μητέρες των ανόρεκτων έχουν με το ίδιο τους το σώμα είτε είναι λίγο παχύσαρκες, είτε αντίθετα «υπερθηλυκές», προσέχουν πολύ και ελέγχουν τη διατροφή τους και το βάρος τους και δεν αποτελούν ικανοποιητικό και/ή προσιτό μοντέλο ταύτισης.

Στο συζυγικό επίπεδο, οι μητέρες αυτές παρουσιάζονται συχνά σαν ανικανοποίητες, ανασταλμένες στην σεξουαλική συμπεριφορά τους, απογοητευμένες ως προς τις διανοητικές προσδοκίες και δυνατότητες τους. Συνεπώς ανατίθεται στο ανόρεκτο παιδί η φροντίδα να τις αποζημιώσει για τις απογοητεύσεις τους. Στοιχείο ναρκισσικής πληρότητας η κόρη αυτή χάνει κάθε δυνατότητα να έχει αυτόνομες επιθυμίες. Αν οι μητέρες των ανόρεκτων δεν εκφράζουν αυτό το αίσθημα προσωπικής θυσίας, το συναίσθημα αναφέρεται συχνά από τις άρρωστες, ιδίως, όταν προέρχονται από φτωχές οικογένειες, μιλούν για μια θυσία διατροφής: «Η μητέρα μας στερούνταν συχνά για να μπορούμε εμείς να τρώμε κανονικά» λέει η S.¹⁹

Σχετικά με το θέμα αυτό, σε μια πρόσφατη ερευνά τους, οι Buvat και Buvat- Herbaut, δεν βρίσκουν να υπάρχει στη Γαλλία μια σαφής υπεροχή της ψυχογενούς ανορεξίας, όπως γενικά είναι παραδεκτό, στις κοινωνικά και πολιτιστικά εύπορες τάξεις.

Οι συγγραφείς της μελέτης «*Η πείνα και το σώμα*» επιμένουν στο βίωμα του ευνουχισμού που έχουν οι μητέρες κατά τη διάρκεια της ασθένειας του παιδιού τους, βίωμα που αντανακλά τη λειτουργία που εκπλήρωνε, προηγουμένως, το παιδί αυτό απέναντι τους.

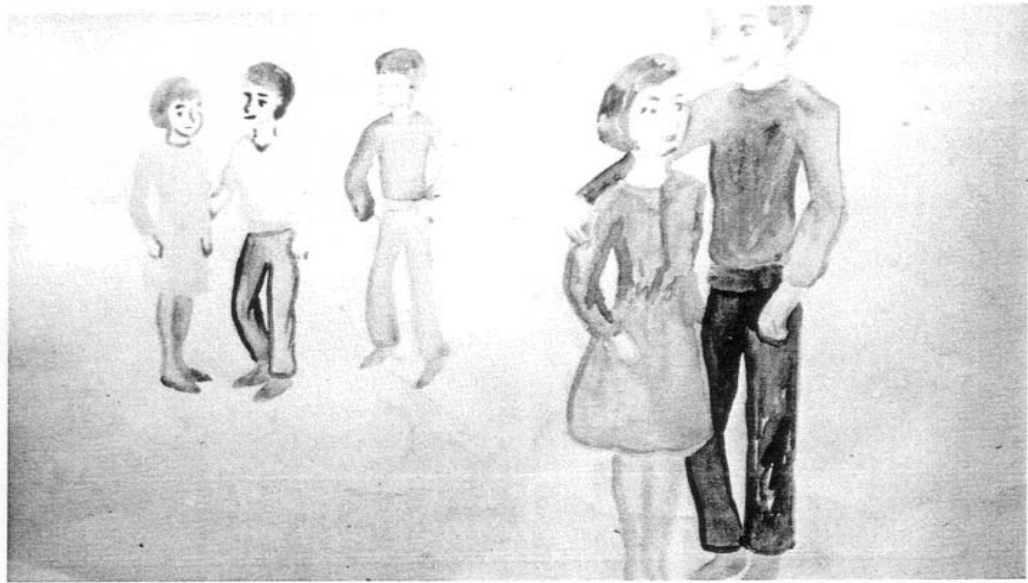
Ο πατέρας των ανόρεκτων περιγράφεται, μερικές φορές, σαν απών, σαν ανύπαρκτος. Στην πραγματικότητα φαίνεται ότι, ακόμη και αν είναι παρών στον οικογενειακό σχηματισμό (δεν μπορεί να μιλήσει κανείς εδώ για αποκλεισμό), τον παραμερίζουν ή θέτει ο ίδιος τον εαυτό του στο περιθώριο και θεωρείται από τη μητέρα ανάξιος σε ό,τι αφορά τους ρόλους του πατέρα και του συζύγου. Όσο πετυχημένος και αν είναι κοινωνικά και επαγγελματικά περιγράφεται συνήθως σαν υποταγμένος και παθητικός μέσα στον οικογενειακό κύκλο. Οι E.J. Kestemberg και S. Decobert μιλούν για «μητράζοντες» («maternises») πατέρες που «επενδύονται τον ρόλο της «καλής μητέρας» σε περίπτωση ανοικτής ή υπολανθάνουσας ρήξης» πατέρες που, σε τελευταία ανάλυση, παρουσιάζονται περισσότερο σαν «τμήμα ή συμπλήρωμα της μητέρας παρά σαν αντικείμενο μιας γενετήσιας οιδιπόδειας επένδυσης». Συχνά, γοητευμένοι από το σύνδρομο της ανορεξίας, προσπαθούν ασυνείδητα να αγνοήσουν την αξία του θέλγητρου αυτής της γοητείας.¹⁵

Οι απόψεις αυτές πρέπει να ερμηνευθούν με την μεγαλύτερη δυνατή προσοχή κυρίως διότι θέλουν να δείξουν πόσο η παθολογική συμπεριφορά του ανόρεκτου παιδιού ενσωματώνεται σε ολόκληρη τη δυναμική των σχέσεων της οικογένειας, η οποία και πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στο θεραπευτικό επίπεδο.⁸

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε, «Ο ρόλος και η επιρροή της οικογένειας στην νευρική ανορεξία :η αντίληψη των Βρετανίδων και Ιταλίδων μανάδων») παρουσιάζεται η υπόθεση ότι οι διαφορετικές πολιτιστικές επιρροές και το διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο μπορεί να επηρεάσει την λειτουργία της οικογένειας στην νευρική ανορεξία. Οι μητέρες των Βρετανίδων και Ιταλίδων παιδιών και ενήλικων με νευρική ανορεξία συμπλήρωσαν το FAD (Οικογενειακή συμβουλή διατροφής).

Οι Βρετανίδες μητέρες αντιλαμβάνονται και θεωρούν την οικογενειακή τους επικοινωνία λιγότερο υψηλή από ότι οι Ιταλίδες μητέρες. Αντιθέτως, οι Ιταλίδες μητέρες θεωρούν τις οικογενειακές συμπεριφορές και μεθόδους ελέγχου λιγότερο υψηλές από ότι οι Βρετανίδες μητέρες.

Τα αποτελέσματα αυτά μπορούν να ερμηνευτούν αν αναλογιστούμε τις διαφορές μεταξύ Ιταλίδων και Βρετανίδων μητέρων όσον αφορά τη διαφορετική αντίληψη και τη διαφορετική ερμηνεία της έννοιας του «ρόλου» της οικογένειας δίνοντας ξεκάθαρα την βρετανική έμφαση στην ανεξαρτησία και την ιταλική έμφαση στην δεμένη οικογενειακή ζωή. Έχει προταθεί ότι αυτές οι διαφορετικές κουλτούρες (πολιτισμικές διάφορες) μπορεί να έχουν διαφορετική επίδραση στην ψυχογενή ανορεξία.



(b) This newly admitted patient painted her family. She showed herself allied with her husband and distanced from her parents. As she regained weight she began to paint herself moving towards her parents and away from her husband — a process that mirrored her changing needs at this time.

Αυτή η έρευνα εξέτασε όπως προαναφέρθηκε διαφορές πολιτιστικού, μορφωτικού επιπέδου όσον αφορά την επιρροή και τον ρόλο της οικογένειας όταν υπάρχει ένα παιδί ή ενήλικας με νευρική ανορεξία, συγκρίνοντας τις αλληλεπιδράσεις Βρετανίδων και Ιταλίδων μονάδων.

Οι Βρετανίδες μητέρες ανέφεραν ότι είχαν λιγότερο ουσιαστική συμμετοχή στην επικοινωνία και λιγότερο ξεκάθαρο ρόλο στην οικογένεια, ενώ οι Ιταλίδες μητέρες θεωρούν τις οικογένειες τους ότι είναι λιγότερο ικανές να εγκαθιδρύσουν κανόνες συμπεριφοράς ακόμα και όταν ελέγχθηκαν για άλλες διαφορές μεταξύ ομάδων της ίδιας τους της κοινωνίας (π.χ. ηλικία, βάρος, ύψος).

Το συμπέρασμα ότι οι Βρετανίδες μητέρες αντιλαμβάνονται την οικογενειακή τους επικοινωνία ως λιγότερο υγιή επιβεβαιώνει την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία η οποία ανέφερε τις διαφορές μεταξύ αυτών των δυο πολιτισμικών, μορφωτικών ομάδων (π.χ. Οι McGill και McGill είχε παρατηρήσει ότι οι Αγγλόφωνοι είναι λιγότερο ικανοί να επικοινωνήσουν, ειδικά σε συναισθηματικό επίπεδο από τους Ιταλούς για τους οποίους αυτό δεν είναι καθόλου δύσκολο.¹⁹

Η βρετανική έμφαση στην ανεξαρτησία (McGill και McGill) μπορεί να εμποδίσει την μεταβίβαση των ξεκάθαρων ρόλων, με σκοπό να δώσουν στα μέλη της οικογένειας τους περισσότερη ελευθερία να αποφασίσουν για τη ζωή τους.¹⁹

Άλλες κλινικές θεωρίες που αφορούν το ρόλο της οικογένειας και την επιρροή της σε καταστάσεις διατροφικών διαταραχών έχουν εστιάσει σε όλη την οικογένεια, τη σημαντικότητα και τις αλληλεπιδράσεις της.

Η αλληλεπίδραση οικογενειακών σχεδίων περιλαμβάνει φτωχό, κακό καταμερισμό μεταξύ των γονέων όσον αφορά τις ευθύνες και τις λύσεις των προβλημάτων καταπίνοντας και απαλείφοντας το δικαίωμα της επικοινωνίας, τον σχηματισμό συνασπισμού έναντι τρίτου μέλους της οικογένειας. Οι μητέρες φαίνονται τόσο επιθετικές όσο και υπερπροστατευτικές, ενώ οι πατέρες φαίνονται συναισθηματικά απόντες. Σύμφωνα με τους Minuchin, Rosman και Baker 1978 οι ανορεκτικές οικογένειες χαρακτηρίζονται από συγκρουσιακή αποφυγή και έλλειψη λύσεων που αφορούν προβλήματα τα οποία έχουν αποδειχθεί ως άλυτα.²⁰

Πρόσφατα έχει γίνει παραδεκτό ότι τα οικογενειακά χαρακτηριστικά πρέπει να περιλαμβάνονται σαν ένας από τους παράγοντες σε ένα σύστημα πολυγεγονότων (πολυπαραγόντων) τα οποία ευθύνονται για την ανάπτυξη και διατήρηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Η οικογενειακή θεραπεία γίνεται γενικά αποδεκτή ως εργαλείο της θεραπείας των άρρωστων με νευρική ανορεξία.¹⁹

5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ

ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Το να ψάχνει κανείς μια και μοναδική αιτία για την πρόκληση της νευρικής ανορεξίας είναι ανούσια διαδικασία.

Αν εξετάζαμε το φαινόμενο της νευρικής ανορεξίας μόνο σε σχέση με την έφηβη, η οποία δοκιμάζεται για εναπόθεση παραπανίσιου βάρους, τότε γιατί οι υπόλοιπες έφηβες οι οποίες εμφανίζουν επίσης τάση (υποθετική ή πραγματική) για εναπόθεση βάρους δεν βρίσκονται στην ίδια κατάσταση που οδηγεί στα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας. Και γιατί πολλά αγόρια ή ενήλικες εμφανίζουν ψυχογενή ανορεξία; Για παράδειγμα πιστεύεται ότι οι έφηβες κοπέλες οι οποίες προέρχονται από εγωκεντρικές, παθολογικής δομής, οικογένειες, βιώνουν την ψυχογενή ανορεξία ως αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης. Παρόλα αυτά όμως πολλοί νέοι που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία δεν προέρχονται από οικογένειες που χαρακτηρίζονται από τις διαταραχές που προαναφέρθηκαν και οι οποίες θεωρούνται αιτία πρόκλησης της πάθησης. Είναι φανερό πως οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι πολυπαραγοντικές με ένα πλούσιο εύρος αιτιών πρόκλησης. Γενετικοί, βιολογικοί, τύποι προσωπικότητας, ψυχολογικοί, οικογενειακοί, κοινωνικό-πολιτισμικοί παράγοντες είναι όλοι πιθανά αίτια πρόκλησης της ψυχογενούς ανορεξίας.

Εκτενέστερα, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε το γεγονός ότι μια διατροφική διαταραχή δεν αφορά μόνο μια συγκεκριμένη στιγμή αλλά και μια κατάσταση η οποία θα μπορούσε να είναι εξαιρετικά επείγουσα. Οι διατροφικές διαταραχές οι οποίες εξελίσσονται στο χρόνο θα μπορούσαν να έχουν τις ρίζες τους στην γέννηση του ατόμου ενώ κάποιες άλλες είναι επίκτητες στη διάρκεια της ζωής και κάποιες μπορεί να εμφανιστούν σε προχωρημένη ηλικία.²¹

Ως εκ τούτου, είναι φανερό ότι θα πρέπει να διαχωρίσουμε τα αίτια

- α) σε εκείνα τα οποία προηγούνται του γεγονότος και αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την εμφάνιση της νόσου (predisposing factors),
- β) σε εκείνα που είναι πιο επείγοντα (precipitating factors) καθώς πυροδοτούν την εμφάνιση της νόσου και,
- γ) σε αυτά τα οποία εξυπηρετούν τη διατήρηση της νόσου (perpetuating factors).¹⁵

5.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα ενδογενή οπιούχα μπορεί να συμβάλουν σε άρνηση της πείνας εκ μέρους ασθενών με ψυχογενή ανορεξία. Προκαταρτικές μελέτες δείχνουν ότι η χορήγηση ουσιών ανταγωνιστικών προς τα οπιούχα επιφέρει δραματική αύξηση στο βάρος ορισμένων ασθενών. Η λιμοκτονία προκαλεί πολλές βιοχημικές μεταβολές, μερικές από τις οποίες είναι επίσης παρούσες στη κατάθλιψη, όπως η υπερκορτιζολαιμία και η μη καταστολή με φεξαμεθαζονη. Η θυρεοειδική λειτουργία επίσης καταστέλλεται. Οι ανωμαλίες αυτές αναστρέφονται με την επαναδιατροφή. Η λιμοκτονία προκαλεί επίσης αμηνόρροια που αντανακλά χαμηλά επίπεδα ορμονών (προγεστερονικών, θυλακιοτρόπων και γοναδοτρόπων). Ωστόσο, μερικές γυναίκες οι οποίες πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία παρουσιάζουν αμηνόρροια πριν ακόμη σημειωθεί σημαντική απώλεια βάρους. Μερικές μελέτες με αξονική τομογραφία (CT) δείχνουν αυξημένους χώρους ENY (διογκωμένοι αύλακες και κοιλίες) κατά τη διάρκεια της λιμοκτονίας, ένα εύρημα που αναστρέφεται με την αύξηση του βάρους. Σε μια τομογραφική μελέτη εκπομπής ποζιτρονίων (PET), ο μεταβολισμός στον ουραίο πυρήνα ήταν υψηλότερος κατά την ανορεκτική φάση από ότι κατά τη φάση της επαναδιατροφής.²²

5.2. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στις μέρες μας αποτελεί ένα ατράνταχτο στοιχείο το γεγονός ότι οι γενετικοί παράγοντες συνδέονται στενά με τις διατροφικές διαταραχές. Αυτά τα στοιχεία προέρχονται από μελέτες σε οικογένειες και από μελέτες σε δίδυμους.

Μια σειρά από πολύ καλά σχεδιασμένες μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σημαντικός συσχετισμός του γενεαλογικού δένδρου με τις διατροφικές διαταραχές. Η ανορεξία και η βουλιμία διαφαίνεται να συμβαίνουν πολύ πιο συχνά σε συγγενείς πρώτου βαθμού εκείνων που πάσχουν από τέτοιου είδους διαταραχές συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Η εμφάνιση είναι μέχρι και 8 φορές μεγαλύτερη σε σύγκριση με τον μεγαλύτερο αριθμό εμφάνισης τέτοιων περιστατικών σε πληθυσμιακές μελέτες. Μελέτες που αφορούν δίδυμα έχουν μεγαλύτερη σημασία από ότι μελέτες που αφορούν οικογένειες καθώς εστιάζουν αποκλειστικά στο γενετικό στοιχείο ενώ μελέτες που αφορούν το γενεαλογικό δέντρο δεν μπορούν να διαχωρίσουν τόσο καλά το περιβαλλοντικό στοιχείο. Μελέτες που αφορούν δίδυμα εστιάζουν στη διαφορά σε συσχετισμό μεταξύ των μονοζυγωτικών και δυζυγωτικών δίδυμων. Ο συσχετισμός για την νευρική ανορεξία στα μονοζυγωτικά δίδυμα είναι περί τις 10 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με τα δυζυγωτικά δίδυμα.²³



5.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η ψυχογενής ανορεξία δείχνει να αποτελεί αντίδραση κάποιων έφηβων στις απαιτήσεις που προβάλλει επάνω τους η κοινωνία, απαιτήσεις που αφορούν περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα οι ασθενείς με τη διαταραχή υποκαθιστούν τις άλλες φυσιολογικές εφηβικές επιδιώξεις με την ενασχόληση με θέματα διατροφής και βάρους. Η ενασχόληση τους αυτή παίρνει τη μορφή ιδεοληψίας.

Τυπικά στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία λείπει η αίσθηση αυτονομίας και ατομικότητας. Πολλοί από αυτούς αισθάνονται ότι κατά κάποιον τρόπο τα σώματά τους ελέγχονται από τους γονείς τους. Η «αυτό – λιμοκτονία» τους ίσως αποτελεί μια προσπάθεια να αποκτήσουν αναγνώριση ως μοναδικά και ιδιαίτερα

άτομα. Μόνο μέσα από πράξεις υπερβολικής αυτοπειθαρχίας μπορεί ένας ανορεκτικός άρρωστος να αναπτύξει την αίσθηση της αυτονομίας και της ατομικότητας.²⁴

Ψυχαναλυτικοί κλινικοί που θεραπεύουν ανορεκτικούς συμφωνούν γενικά ότι αυτοί οι νεαροί άρρωστοι δεν έχουν καταφέρει να χωριστούν ψυχολογικά από τις μητέρες τους. Το σώμα μπορεί να εκλαμβάνεται ως το κατοικούμενο από το ενδοβλημένο «αντικείμενο» μιας διεισδυτικής μητέρας. Η λιμοκτονία, λοιπόν, μπορεί να αποσκοπεί ασυνείδητα στην αναστολή της ανάπτυξης ενός εσωτερικού «αντικειμένου» το οποίο έχει διεισδύσει μέσα τους και το οποίο με αυτό τον τρόπο καταστρέφουν. Συχνά, στην αλληλεπίδραση του ασθενούς και της οικογένειας του παρεμβαίνει η διεργασία της προβολικής ταυτοποίησης. Πολλοί ανορεκτικοί ασθενείς αισθάνονται ότι οι στοματικές τους επιθυμίες είναι άπληστες και απαράδεκτες. Για αυτό οι επιθυμίες αυτές αποδοκιμάζονται. Οι γονείς αντιδρούν στην άρνηση διατροφής με το να γίνονται μανιώδεις ως προς το εάν ο άρρωστος τρώει. Ο άρρωστος τότε θεωρεί είναι οι γονείς του αυτοί που τρέφουν τις απαράδεκτες επιθυμίες, όποτε μπορεί προβολικά να τους αποδοκιμάζει: Άλλοι είναι αδηφάγοι και κυβερνώνται από την επιθυμία, όχι ο ίδιος.⁹



5.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

Κάποια καλύτερη κατανόηση των διατροφικών διαταραχών προκύπτει αν μελετήσουμε το ταμπεραμέντο, την προσωπικότητα καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αυτά κάνουν ένα νεαρό άτομο προσεγγίσιμο σε εν δυνάμει πιέσεις. Αυτή η φιλολογία είναι γεμάτη από αναφορές στο γεγονός ότι η νευρική ανορεξία είναι γεμάτη από ασυνήθιστες ευαισθησίες και ακραίες προσωπικότητες.

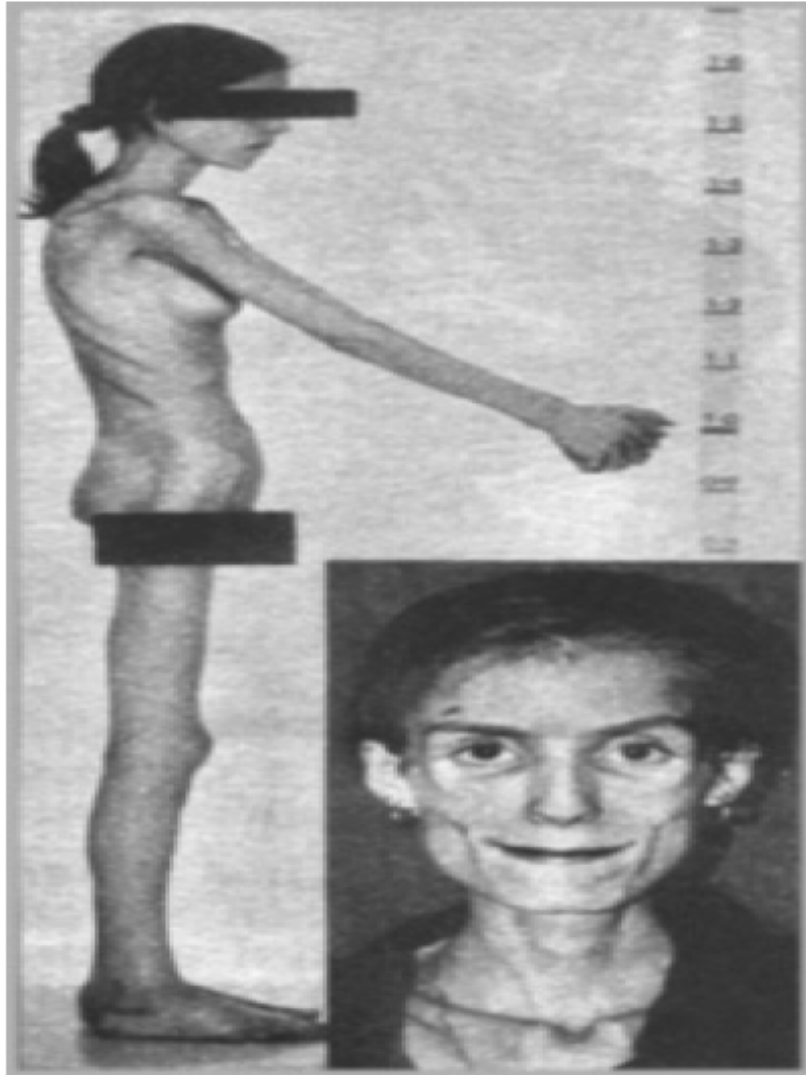
Οι γονείς των ανορεξικών παιδιών και έφηβων τείνουν να περιγράψουν αυτά τα παιδιά ως παιδιά με «τέλεια» προηγούμενη συμπεριφορά. Αναφέρεται ότι αυτά τα παιδιά πάντα είχαν καλή συμπεριφορά, ήταν δημοφιλή και πολύ επιτυχημένα. Ο Silverman, ένας Αμερικανός παιδίατρος, περιέγραψε αυτά τα παιδιά ως «παθολογικά συμβατά». Υπάρχει μια υπολογίσιμη λεπτομέρεια σε αυτά τα παιδιά η οποία περιγράφεται ως «high achieving» το οποίο αναπτύσσει ανεξήγητα φυσικά συμπτώματα σε στρεσογόνο περίοδο. Αυτό που αυτές οι δυο ομάδες έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό είναι η ικανότητα να εκφράζουν αρνητικά συναισθήματα όπως θυμό, μελαγχολία ή άγχος. Είναι σαν να μην πρέπει να δείξουν αδυναμία ή ότι δεν είναι τέλειοι και ότι σε στρεσογόνες καταστάσεις δεν νιώθουν καλά. Πάντως αυτή η τελειομανής προσωπικότητα των ανθρώπων με νευρική ανορεξία θα μπορούσε να θεωρηθεί ένας σημαντικός παράγοντας επεξήγησης της μανίας τους με το να διατηρούν πολύ χαμηλό το σωματικό τους βάρος.²⁵

Ένα αρκετά κοινό χαρακτηριστικό είναι εκείνο του χαμηλού επιπέδου αυτοσεβασμού. Πραγματικά τα παιδιά με νευρική ανορεξία τα οποία έχουμε παρατηρήσει ότι εμφανίζονται έχοντας μια πολύ φτωχή αυτοεκτίμηση, θεωρούν τον εαυτό τους αποτυχημένο, κακό, και ανάξιο. Μια τέτοια αντίληψη μπορεί εν μέρει να εκβιάζεται από την τάση τελειομανίας που έχουν, το οποίο θέτει τόσα υψηλά στάνταρ όπου η αποτυχία να είναι απαγορευτική. Τα χαρακτηριστικά αυτά στην νευρική βουλιμία είναι τελείως διαφορετικά.²⁶

5.5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κάθε μοντέλο που θα χρησιμοποιούνταν για την αιτιολόγηση της νευρικής ανορεξίας θα ήταν ανολοκλήρωτο αν δεν μπορούσε να δώσει την κατάλληλη απάντηση στο ερώτημα γιατί αυτή εμφανίζεται έντονα σε γυναίκες των αναπτυγμένων δυτικών κοινωνιών. Είναι πλέον αρκετά αναγνωρισμένο ότι η πολιτιστική πίεση σε μια γυναίκα να είναι λεπτή είναι ένας σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη της διατροφικής διαταραχής. Το να είσαι λεπτή έχει γίνει πλέον συνώνυμο με το να είσαι καλή σε μια κοινωνία και τα νέα παιδιά δεν εξαιρούνται πια από αυτή την ενασχόληση. Οι Hill, Oliver, και Rogers (1982) έχουν δείξει ότι ακόμη και 8χρονα και 9χρονα δείχνουν έντονο ενδιαφέρον για το βάρος τους και το σχήμα του σώματος τους. Διάφοροι θεωρητικοί «ριζοσπαστικοί» ψυχίατροι έχουν τοποθετήσει αυτό το γεγονός στην κορυφή των αναλύσεων τους και έχουν παρατηρήσει τις διατροφικές διαταραχές σε σχέση με την γενικότερη πολιτιστική ενασχόληση, με την λεπτότητα και με τη θέση της γυναίκας ως έκθεμα. Ο πολιτιστικός ιστορικός Brumberg (1988) έχει σημειώσει παράλληλα με την παραπάνω ερμηνεία: «η δίαιτα της γυναίκας και η ενασχόληση της με το βάρος ήταν κάποτε άνευ σημασίας ή λειτουργούσε ως μάσκα για να κρύψει ένα άλλο πολύ σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα και άρα αποτελούσε επικάλυψη μιας άλλης προβληματικής συμπεριφοράς». Οι περισσότερες έφηβες κοπέλες και οι περισσότερες γυναίκες ζουν με μια αίσθηση ανασφάλειας για το σώμα τους, αλλά χωρίς αυτό να σημαίνει ότι φτάνουν πάντα σε καταστροφικές λιμοκτονίες. Το γεγονός ότι οι διατροφικές διαταραχές παρατηρούνται σε κοινωνίες στις οποίες η λεπτότητα αποτελεί αξία ενώ είναι πολύ αραιό φαινόμενο στις κοινωνίες όπου η παχυσαρκία αποτελεί αξία, προσθέτει την παρατήρηση ότι η κοινωνία παίζει έναν σημαντικό ρόλο στην γένεση της διαταραχής. Αυτή η παρατήρηση ενισχύεται από την παρατήρηση ότι οι μετανάστες σε δυτικές κοινωνίες δεν

αναπτύσσουν οι ίδιοι διατροφικές διαταραχές, οι κόρες τους όμως φαίνεται να εμφανίζουν τα ίδια συμπτώματα και στην ίδια ένταση που τα εμφανίζουν άτομα του ενδογενή πληθυσμού. Εν κατακλείδι, αναφέρεται η πραγματικότητα ότι «στο πέραςμα της ιστορίας οι γυναίκες ασχολούνταν με το να ταΐζουν τους άλλους ενώ παράλληλα απαρνιόντουσαν τον εαυτό τους». Κάποτε ήταν μια οικονομική αναγκαιότητα, τώρα αποτελεί κοινωνική απαίτηση. Το φαινόμενο των διατροφικών διαταραχών σταδιακά αυξάνεται. Η υπόθεση είναι ότι η γυναίκα η οποία υποβάλλεται σε αυστηρές δίαιτες στην πραγματικότητα επιδιώκει σκληρά να μετατρέψει το σώμα της σε μια προσπάθεια να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του ρόλου της όπως αυτός διαμορφώνεται τον 20 αιώνα.¹⁵



6. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι διαφόρων τύπων διαταραχές πρόσληψης τροφής που έχουν αναφερθεί αφορούν έφηβους και νεαρής ηλικίας σπουδαστές σε ποσοστό μέχρι 4 %. Η ψυχογενής ανορεξία αναφέρεται πιο συχνά τις τελευταίες δεκαετίες από ότι στο παρελθόν, με αυξανόμενες διαφορές της διαταραχής σε κορίτσια και σε άνδρες ευρισκόμενα σε πριν την ήβη ηλικία.

Η συχνότερα εμφανιζόμενη ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας είναι το μέσο της εφηβείας, αλλά για ένα ποσοστό ανορεκτικών ασθενών που (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 θηλέων. Εμφανίζεται 10–20 φορές συχνότερα στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες. Εκτιμήσεις αναφέρουν ότι η συχνότητα νεαρών γυναικών με κάποια συμπτώματα ψυχογενούς ανορεξίας τα οποία όμως δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια προσεγγίζει το 5%. Αν και αρχικά είχε αναφερθεί ότι η διαταραχή είναι συχνότερη στις ανώτερες τάξεις, πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες δεν δείχνουν μια τέτοια διασπορά. Φαίνεται ότι είναι πιο συχνή στις αναπτυγμένες χώρες και μπορεί να απαντά πιο συχνά μεταξύ νέων γυναικών οι οποίες ασκούν επαγγέλματα που απαιτούν ισχύτητα, όπως, για παράδειγμα, μόντελινγκ και μπαλέτο.²⁷



7. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας επιπλέκεται λόγω της άρνησης των συμπτωμάτων από τον άρρωστο, τη μυστικοπάθεια με την οποία περιβάλλει τις παράξενες «τελετουργίες» πρόσληψης τροφής και της αντίστασης του στην αναζήτηση βοήθειας. Έτσι ίσως αποδειχθεί δύσκολο να σημανθεί ο μηχανισμός της απώλειας βάρους και ο συνοδός μηρυκασμός σκέψεων του άρρωστου σχετικά με την εικόνα του σώματος του.

Ο κλινικός ιατρός πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο άρρωστος δεν πάσχει από κάποια σωματική νόσο που μπορεί να είναι υπεύθυνη για την απώλεια βάρους (π.χ. όγκο του εγκεφάλου ή καρκίνο). Απώλεια βάρους, περίεργες συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής και εμετοί μπορεί να παρουσιαστούν σε διάφορες ψυχικές διαταραχές. Οι καταθλιπτικές διαταραχές και η ψυχογενής ανορεξία έχουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά, όπως καταθλιπτική διάθεση, κλάματα, διαταραχές ύπνου, ιδεοληπτικούς μηρυκασμούς και μερικές φορές αυτοκτονικό ιδεασμό. Ωστόσο και οι δυο διαταραχές έχουν και αρκετά χαρακτηριστικά που τις διακρίνουν. Γενικά, ένας ασθενής με καταθλιπτική διαταραχή έχει μειωμένη όρεξη, ενώ ένας ασθενής με ψυχογενή ανορεξία ισχυρίζεται ότι έχει κανονική όρεξη και αισθάνεται πείνα. Μόνο σε προχωρημένα στάδια της ψυχογενούς ανορεξίας ο ασθενής παρουσιάζει πραγματικά μειωμένη όρεξη. Σε αντίθεση με την ανησυχία της κατάθλιψης, η υπερκινητικότητα που εμφανίζεται στην ψυχογενή ανορεξία είναι σχεδιασμένη και τελετουργική. Η υπερβολική ενασχόληση με το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών και τις συνταγές καθώς και η παρασκευή επιτηδευμένων συμποσίων αποτελούν τυπική συμπεριφορά ανορεξικού ατόμου και δεν ανευρίσκεται σε πάσχοντες από καταθλιπτική διαταραχή. Σε περιπτώσεις καταθλιπτικών διαταραχών άλλωστε οι ασθενείς δεν

παρουσιάζουν ούτε έντονο φόβο της παχυσαρκίας ούτε αφύσικη αντίληψη της εικόνας του σώματος τους, όπως συμβαίνει στους ανορεξικούς.²⁷

Διακυμάνσεις του βάρους, εμετοί και περίεργη συμπεριφορά έναντι της τροφής μπορεί να παρουσιαστούν και στη σωματοποιητική διαταραχή. Σπάνιες είναι οι περιπτώσεις στις οποίες ένας άρρωστος πληρεί τα διαγνωστικά κριτήρια τόσο για σωματοποιητική διαταραχή όσο και για ψυχογενή ανορεξία. Σε μια τέτοια περίπτωση πρέπει να διαγνωστούν και οι δυο διαταραχές. Γενικά, η απώλεια βάρους στη σωματοποιητική διαταραχή δεν είναι τόσο σοβαρή όσο στη ψυχογενή ανορεξία, ούτε ο πάσχων από αυτή εκφράζει νοσηρό φόβο ότι θα γίνει υπέρβαρος, όπως συνήθως συμβαίνει στον ασθενή με ψυχογενή ανορεξία. Αμηνόρροια για τρεις ή παραπάνω μήνες είναι ασυνήθης στη σωματοποιητική διαταραχή.⁹

Παραληρητικές ιδέες γύρω από τη τροφή στη σχιζοφρένια σπάνια περιλαμβάνουν το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών. Άρρωστος με σχιζοφρένια σπάνια υπερασχολείται με το φόβο μήπως γίνει παχύσαρκος και δεν έχει την υπερκινητικότητα που παρουσιάζει άρρωστος με ψυχογενή ανορεξία. Σχιζοφρενικοί άρρωστοι έχουν παράξενες συνήθειες πρόσληψης τροφής και όχι το πλήρες σύνδρομο της ψυχογενούς ανορεξίας.

Η ψυχογενής ανορεξία πρέπει να διακρίνεται από τη ψυχογενή βουλιμία, μια διαταραχή στην οποία εμφανίζονται επεισόδια υπερφαγίας – ακολουθούμενα από καταθλιπτική διάθεση, ιδέες αναξιότητας και προκλητούς εμετούς – ενώ οι άρρωστοι διατηρούν το βάρος τους σε φυσιολογικά επίπεδα. Επιπλέον, στην ψυχογενή βουλιμία ο άρρωστος σπάνια έχει 15% απώλεια βάρους. Οι δύο καταστάσεις συνήθως συνυπάρχουν.²³

8.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Οι πέντε βασικοί στόχοι της είναι:

1. Προώθηση υποστηρικτικών συστημάτων τα οποία είναι κατάλληλα και αποτελεσματικά και ενθάρρυνση της χρήσης των πόρων που σχετίζονται με την υγεία.
2. Προώθηση επαρκούς, αποτελεσματικής φροντίδας ενός μέλους μιας οικογένειας που έχει ένα ειδικό πρόβλημα ασθένειας ή αναπηρίας.
3. Ενθάρρυνση της φυσιολογικής ανάπτυξης των μελών της οικογένειας και εκπαίδευσής τους σχετικά με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας.
4. Ενδυνάμωση της σύνδεσης και της λειτουργικότητας της οικογένειας.
5. Προαγωγή ενός υγιεινού περιβάλλοντος.
6. Η νοσηλεία στο σπίτι είναι το βασικότερο στοιχείο της συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας, διεθνώς δε θεωρείται υπηρεσία που κατεξοχήν οργανώνεται, παρέχεται και αξιολογείται από νοσηλευτές.²⁸

Φροντίδα

Ένα από τα πράγματα που όλες οι χώρες έχουν κοινό παγκοσμίως είναι το γεγονός ότι οι νοσηλευτές παρέχουν τη πλειονότητα της Φροντίδας Υγείας. Το γεγονός αυτό αναγνωρίστηκε και από το Γενικό Διευθυντή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο οποίος και δήλωσε πως οι Νοσηλευτές αποτελούν τη ραχοκοκαλιά των Συστημάτων Υγείας. Αυτή τη στιγμή παγκοσμίως, υπάρχουν περίπου 12 εκατομμύρια νοσηλευτές.²⁹

Νοσηλευτές οι οποίοι σήμερα επιμορφώνουν τις μητέρες, εμβολιάζουν μικρά παιδιά, συμβουλεύουν τους νέους για υγιεινό τρόπο ζωής, ενθαρρύνουν τους ενήλικες για άσκηση και καλή διατροφή, βελτιώνουν το τρόπο ζωής των

ηλικιωμένων, και απαλύνουν το πόνο του ετοιμοθάνατου. Εργάζονται σε νοσοκομεία, σχολεία, φυλακές.

Είναι παρόντες σε καιρό ειρήνης (Ολυμπιακοί Αγώνες, Αεροπορική Επίδειξη Αρχάγγελος, Φυσικές καταστροφές, Τσουνάμι), αλλά και στα πεδία των μαχών ως μέλη των Ειρηνευτικών Αποστολών, και στα στρατόπεδα των προσφύγων σε όλα τα μήκη και πλάτη της Υφηλίου.¹⁰

Τι Σημαίνει Φροντίδα Σήμερα ;

Η Νοσηλευτική πάντα είχε, και έχει, ως στόχο να βοηθήσει τον άνθρωπο να ζήσει. Μία οπτική που αποδίδεται στη Florence Nightingale. Ποιος όμως μπορεί να αρνηθεί πως για τα ίδια ιδανικά μίλησαν και οι Έλληνες αρχαίοι κλασικοί ? Πως το ίδιο πρέσβευε και το Βυζάντιο ? Ιδανικά που δε χάθηκαν ούτε και κατά τη διάρκεια της Τουρκοκρατίας φτάνοντας μέχρι τις μέρες μας. Ιδανικά που βλέπουν τον ασθενή ως μέλος μιας οικογένειας και μιας κοινωνίας, που δίνουν έμφαση στην εξατομικευμένη φροντίδα και στην ακεραιότητα του Νοσηλευτή.²⁹

Βασικές αρχές όπως η αγάπη, το καθήκον, και η καλοσύνη συνεχίζουν να χαρακτηρίζουν το Νοσηλευτικό επάγγελμα, ακόμη και αν δεν ακούγονται σήμερα με τις ίδιες ακριβώς λέξεις καθώς έχουν αντικατασταθεί από άλλες πιο τεχνοκρατικές.²⁹

Σήμερα η Νοσηλευτική είναι αναπόσπαστο κομμάτι του Οικοδομήματος που ονομάζεται Σύστημα Υγείας, και ο Νοσηλευτής αποτελεί το υποκατάστατο των αναγκών του ασθενούς.

Η Henderson (1997) είχε πει πως η μοναδικότητα της δράσης του Νοσηλευτή είναι να βοηθήσει το άτομο να κάνει εκείνες τις δραστηριότητες, που φυσιολογικά θα τις έκανε χωρίς βοήθεια, δίνοντας του δύναμη, θέληση ή γνώση.

Σήμερα όπως ήταν και έναν αιώνα πριν, οι θεμέλιοι λίθοι της φροντίδας είναι τα ιδανικά μας, το όραμα, οι κανόνες και το επαγγελματικό ήθος.

Καταστάσεις Που Επηρεάζουν Τη Φροντίδα.

Όλοι οι νοσηλευτές γνωρίζουν το πόσο σκληρή είναι η πραγματικότητα που αντιμετωπίζουν καθημερινά. Όλοι πηγαίνουν στην εργασία τους έχοντας ως στόχο να αποδώσουν τα μέγιστα και να κάνουν το καλύτερο που μπορούν δίνοντας το καλύτερο εαυτό τους.

Ωστόσο πολύ συχνά στις μέρες μας επιστρέφουν σπίτι τους απογοητευμένοι γιατί δε κατάφεραν να επιτύχουν σε όλο το μέγεθος, τους στόχους τους για ποιοτική παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Δεν έδωσαν σε όλους τους ασθενείς αυτό που επιθυμούσαν. Γιατί ? Η απάντηση είναι ίδια σε όλο το κόσμο. Έκαναν αυτό που μπορούσαν καλύτερα υπό τις παρούσες συνθήκες.

Συνάδελφοι από την Αφρική θα απαντούσαν με τον ίδιο τρόπο. Χρησιμοποίησαν πλαστικές σακούλες για να προστατέψουν τους εαυτούς τους και το νεογέννητο από το AIDS. Ωστόσο οι σακούλες γλιστράνε όπως και τα νεογέννητα.

Συνάδελφοι από τη Μέση Ανατολή σε μεταπολεμικές περιοχές, αισθάνονται επιστρέφοντας σπίτι τους ότι έκαναν το καλύτερο που μπορούσαν, χωρίς φάρμακα, αποστειρωμένες σύριγγες, και άλλα βασικά υλικά που εμείς τα θεωρούμε δεδομένα.

Το ίδιο απαντούν και συνάδελφοι όπου στις περιοχές που εργάζονται αντιστοιχεί ένας νοσηλευτής σε 50 ασθενείς.

Το ίδιο θα μπορούσε να απαντήσει ο καθένας. Έκανε ότι καλύτερο μπορούσε υπό τις παρούσες συνθήκες. Θα μπορούσαν να κάνουν περισσότερα αλλά υπάρχει έλλειψη προσωπικού. Ολοκλήρωσαν τα βασικά,

αλλά γνώριζαν ότι οι ασθενείς και οι οικογένειες τους είχαν ανάγκη για επιμόρφωση, άνεση, ή κατευθυντήριες οδηγίες μετά το εξιτήριο.

Ίσως το σημαντικότερο και λιγότερο αναγνωρίσιμο είναι ακριβώς το γεγονός ότι παρόλες τις δυσκολίες οι νοσηλευτές είναι εκεί, και η φροντίδα τους αποτελεί τεκμήριο για τους ασθενείς τους.

Κάποτε ειπώθηκε από κάποιον πως η Νοσηλευτική είναι μια καριέρα που μετράται με στιγμές. Όλοι έχουν όμορφες στιγμές που τους στηρίζουν, τους χαλαρώνουν σε καταστάσεις έντασης και τους ??γεμίζουν??. Όταν ήμουν μαθητής στη σχολή εκπαιδευόμενος σε καρδιοχειρουργική μονάδα ένας ασθενής μου είπε για τη νοσηλεύτρια που τον φρόντιζε : ??η νοσηλεύτρια που με φροντίζει έχει παρουσία είναι αυστηρή και εξουσιαστική τόσο που να προκαλεί το σεβασμό και το αίσθημα εμπιστοσύνης. Αλλά και τη ίδια ώρα δείχνει να νοιάζεται και να ανησυχεί για το πως αισθάνομαι. Όταν με αφήνει μόνο, μου λέει να μη διστάζω να την ειδοποιώ πάντα όταν αισθάνομαι ότι κάτι δε πάει καλά. Είμαι πεπεισμένος πως ότι και να χρειαστώ θα είναι εκεί για μένα, παρόλο το γεγονός ότι δεν εμπιστεύομαι το σύστημα υγείας??.

Οι νοσηλευτές μπορούν να κάνουν τη διαφορά. Πως μπορούν να βοηθηθούν ώστε να διατηρήσουν τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας σε υψηλό επίπεδο ? Αυτόματα η απάντηση είναι πως πρέπει να διατηρήσουν τις δεξιότητες τους, να τις χρησιμοποιήσουν ανάλογα με επαγγελματισμό και αίσθημα ευθύνης και να λύσουν τα προβλήματα του εργασιακού τους χώρου. Είναι προφανές πως όλα αυτά είναι υποχρεωμένοι να το κάνουν. Αλλά απαιτείται να κάνουν αυτά και πολλά περισσότερα.

Χρειάζεται ανθρώπινο δυναμικό. Πρέπει να εξασφαλιστεί η ύπαρξη καταρτισμένων νοσηλευτών, και μαθητών που να είναι έτοιμοι να μάθουν. Με τη κεκτημένη ταχύτητα της ανάπτυξης και των αλλαγών, πρέπει να σιγουρευτούν πως όλοι θα έχουν πρόσβαση στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση ώστε να αναπτυχθεί και να διατηρηθεί ο συναγωνισμός.

Πρέπει να εξασφαλιστεί πως η τεχνολογία δε θα υποκαταστήσει πλήρως τον ανθρώπινο παράγοντα, την ανθρώπινη επαφή.

Πρέπει να γίνει καταγραφή της ποιότητας και του κόστους της νοσηλευτικής φροντίδας ώστε να αποδειχτεί πόσο συμμετέχει η νοσηλευτική στα θετικά αποτελέσματα υγείας. Απαιτείται, μέσω των νοσηλευτικών συλλόγων, να συνεργαστούν με του κρατικούς οργανισμούς, ώστε Πρώτον : να δημιουργηθούν εκείνες οι πολιτικές οι οποίες θα επιτρέψουν στους νοσηλευτές να αποδώσουν τα μέγιστα, και Δεύτερον : να βρεθεί η ισορροπία στη ζήτηση και στη παροχή νοσηλευτών και άλλων εργαζομένων στο χώρο της υγείας. Αυτοί ακριβώς είναι όμως και οι παράγοντες εκείνοι στους οποίους θα έπρεπε να επιμείνουν και οι οποίοι επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη ποιότητα της παρεχόμενης Νοσηλευτικής Φροντίδας: Είναι η επίδραση της ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ, η ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ, ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ.³⁰

Τεχνολογία.

Η ταχύτητα με την οποία τρέχει είναι ιλιγγιώδης. Η νανοτεχνολογία υπόσχεται να κάνει τα οικοδομικά υλικά, τα προϊόντα οικιακή χρήσης, και τα υγειονομικά υλικά τόσο φθηνά, ώστε όλες οι χώρες του κόσμου να έχουν τη δυνατότητα να τα αποκτήσουν. Αυτό θα δώσει τη δυνατότητα στη διεθνή κοινότητα να αντιστρέψει τη μέχρι τώρα κατάσταση όπου το 80% των υγειονομικών δαπανών, χρησιμοποιούνται για το 20% από εμάς που ζούμε στις ανεπτυγμένες χώρες. Η τεχνολογική πρόοδος στις τηλεπικοινωνίες δίνει τη δυνατότητα να επικοινωνούμε μεταξύ μας και με τους ασθενείς μας, όπου και αν βρισκόμαστε. Όλο και περισσότεροι νοσηλευτές χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για εύρεση νέων πληροφοριών και γνώσεων, ενώ νέες πιο εξελιγμένες συσκευές βοηθούν στη παροχή ασφαλούς και ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας.³⁰

Πρέπει οι νοσηλευτές να έχουν πίστη στις νέες τεχνολογίες και ιδιαίτερα στη δυνατότητα που τους δίνουν τελικά ώστε να παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα στους φτωχότερους των φτωχών.

Άλλωστε είναι αξιοπαρατήρητο ότι στις μέρες μας οι νέοι νοσηλευτές προτιμούν τη τεχνολογία, προτιμούν τμήματα που χρησιμοποιούν συσκευές προηγμένης τεχνολογίας.

Εγκυμονούν και κινδύνους. Δε πρέπει να επιτρέψουν στην τεχνολογία να τους απομακρύνει από τους ασθενείς τους. Αν το επιτρέψουν θα είναι στη πραγματικότητα ένα βήμα πίσω. Κανένα λογισμικό και κανένα αυτοματοποιημένο σύστημα δε μπορεί να υποκαταστήσει την ανθρώπινη κρίση. Ούτε και μπορεί να είναι τόσο αποτελεσματική όσο το ανθρώπινο άγγιγμα.

Δε δύναται να αντικατασταθεί η καθημερινή, πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία με τον ασθενή όπου και εκφράζει τις ανησυχίες του, λαμβάνεται το νοσηλευτικό ιστορικό και η κλινική εξέταση.

Πρέπει να επαγρυπνούν ώστε να διατηρήσουν τη φροντίδα στο σύστημα υγείας. Για να το καταφέρουν πρέπει να ανταποκριθούν στην αυξημένη ζήτηση για πληροφορίες και τεκμηριωμένη φροντίδα που να συνδυάζει κόστος και αποτελεσματικότητα. Πρέπει να ελέγξουν, να παρακολουθήσουν, να εκτιμήσουν και να καταγράψουν την εργασία τους και την συνεισφορά τους στην υγεία των ασθενών τους και της κοινότητας γενικότερα.

Νοσηλευτική Πληροφορία Και Τεκμηριωμένη Φροντίδα.

Η Νοσηλευτική σήμερα έχει κοινή γλώσσα παγκοσμίως μέσω του International Classification of Nursing Practice (ICNP). Αυτό δίνει τη δυνατότητα στους νοσηλευτές παγκοσμίως να

1. Περιγράψουν, μετρήσουν και συγκρίνουν τις δραστηριότητες τους.

2. Να συγκρίνουν τις νοσηλευτικές πληροφορίες στις διάφορες, ειδικότητες, πληθυσμούς γεωγραφικές περιοχές και χρονικές περιόδους.
3. Καταγράψουν τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.
4. Αξιολόγηση και επανατροφοδότηση.³¹

Όλες αυτές οι πληροφορίες μπορούν να επεξεργαστούν με τη βοήθεια ηλεκτρονικών πληροφοριακών συστημάτων και να βοηθήσουν στη λήψη αποφάσεων.

Οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετάσχουν σε εθνικά και διεθνή φόρουμ και συνέδρια και να ανταλλάξουν τις απόψεις τους και τις ιδέες τους όσον αφορά τη πρόοδο και την έρευνα στο τομέα τους.

Προγραμματισμός Ανθρώπινου Δυναμικού.

Εάν πρόκειται οι νοσηλευτές να διατηρήσουν τη φροντίδα στα συστήματα υγείας, χρειάζονται περισσότεροι σε αριθμό και όχι λιγότεροι. Η πραγματικότητα ανά το κόσμο είναι πως υπάρχει μεγάλη έλλειψη νοσηλευτών, έλλειψη που φαίνεται να είναι επιδεινούμενη.

Η προσέλκυση και η διατήρηση ικανών επαγγελματιών στο σύστημα υγείας αποτελούσε πάντα μία πρόκληση. Σήμερα διεθνώς, οι νέοι έχουν περισσότερες δυνατότητες επιλογής επαγγελματικής καριέρας. Επιπρόσθετα ο πληθυσμός των νοσηλευτών φαίνεται να γηράσκει, αν αναλογιστεί κανείς πως η μέση ηλικία των νοσηλευτών σε χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, η Βρετανία και ο Καναδάς είναι τα 43 έτη.

Προσφορά Και Ζήτηση

Η κατάσταση διαφέρει από χώρα σε χώρα. Μπορεί να μιλάμε για έλλειψη, αλλά αυτή μπορεί να είναι αληθινή, ψευδοέλλειψη, πλεονασματική, ή να υπάρχει ισορροπία. Σε μερικές χώρες δεν υπάρχουν πολλοί νοσηλευτές με επιστημονική κατάρτιση, ενώ σε άλλες όπως στη χώρα μας δυσκολεύονται να βρουν εργασία. Υπάρχουν χώρες που η έλλειψη αυτή είναι κατά κάποιο τρόπο τεχνητή καθώς υπάρχουν αρκετοί νοσηλευτές αλλά δεν επιθυμούν να εργαστούν υπό τις παρούσες συνθήκες.

Τι πρέπει και τι μπορούν να κάνουν οι νοσηλευτές για αυτό? Πρέπει να κάνουν αυτό που τους αντιστοιχεί ώστε να εξασφαλίσουν ένα επαρκές και καλά εκπαιδευμένο εργατικό δυναμικό για τώρα και για το μέλλον. Πρέπει να πιέσουν τις κυβερνήσεις ώστε να αναλάβουν τις ευθύνες τους, όσον αφορά το σχεδιασμό του ανθρώπινου δυναμικού θεωρώντας την επένδυση στο νοσηλευτικό ανθρώπινο δυναμικό τόσο σημαντική όσο και άλλες εθνικές επενδύσεις. Οι πολύτιμοι πόροι απαιτούν στοχαστική και συνεχή προσοχή και η νοσηλευτική αποτελεί το νούμερα ένα πόρο στο σύστημα υγείας κάθε χώρας.

Οι κυβερνήσεις πρέπει να ελέγξουν τον αριθμό των νοσηλευτών που μπαίνουν στην αγορά εργασίας, να υπολογίσουν τις μελλοντικές απαιτήσεις, να εκπαιδεύσουν και να επανεκπαιδεύσουν τους νοσηλευτές, να ταιριάζουν τις ικανότητες του ανθρώπινου δυναμικού με τις ανάγκες του πληθυσμού και να πραγματοποιούν συνεχόμενη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των σχεδιασμών τους.

Επιπρόσθετα η νοσηλευτική πρέπει να δράσει ως ο βασικός ρυθμιστής, ο συνήγορος, ο σύμβουλος και ο φύλακας για να εξασφαλίσει ένα επαρκές καλά εκπαιδευμένο εργατικό δυναμικό με τις απαραίτητες ικανότητες για να εργαστεί και να ανταποκριθεί στις νέες ευκαιρίες.

Σχεδόν σε όλο το κόσμο οι νοσηλευτές είναι σε θέση να εργαστούν σε υψηλότερο επίπεδο δεξιοτήτων και ανεξαρτησίας από όσο επιτρέπει η παράδοση η πολιτική και η γραφειοκρατία της κάθε χώρας.

Το πρώτο που λαμβάνεται υπόψη στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η διόρθωση της κατάστασης θρέψης του άρρωστου, επειδή η αφυδάτωση, η λιμοκτονία και οι διαταραχές ηλεκτρολυτών μπορεί να προκαλέσουν σοβαρό κίνδυνο στην υγεία και, σε μερικές περιπτώσεις, το θάνατο. Η απόφαση για νοσηλεία του άρρωστου βασίζεται στη σωματική του κατάσταση και στο βαθμό της απαιτούμενης δομής που θα εξασφαλίσει την συνεργασία του. Γενικά, σε άρρωστους με ψυχογενή ανορεξία, που έχουν κάτω από 20% του αναμενόμενου βάρους σε σχέση με το ύψος τους, συνιστάται νοσηλεία, ενώ σε άρρωστους με κάτω από 30% του αναμενόμενου βάρους, απαιτείται ψυχιατρική νοσηλεία που κυμαίνεται από 2–6 μήνες.³²

Τα προγράμματα ψυχιατρικής νοσηλείας για ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία χρησιμοποιούν γενικά ένα συνδυασμό συμπεριφορικής θεραπευτικής προσέγγισης, ατομικής ψυχοθεραπείας, εκπαίδευσης και θεραπείας οικογένειας και, σε μερικές περιπτώσεις, ψυχοτρόπων σκευασμάτων. Η επιτυχής θεραπεία εξαρτάται από την ικανότητα των μελών του προσωπικού να διατηρήσουν με τον ασθενή μια σταθερή αλλά υποστηρικτική προσέγγιση, συχνά μέσα από συνδυασμό θετικών (έπαινος) και αρνητικών (περιορισμός της άσκησης και της χρήσης υπακτικών) ενισχυτών. Ωστόσο, απαιτείται κάποια ευελιξία στο πρόγραμμα ώστε η θεραπεία να εξατομικεύεται και να ταιριάζει με τις ανάγκες και τις γνωσιακές ικανότητες του άρρωστου. Τελικά, για να πετύχει η θεραπεία μακροπρόθεσμα θα πρέπει ο άρρωστος να συμμετέχει σε αυτήν εκούσια.

Οι περισσότεροι ασθενείς είναι αδιάφοροι ή αντιστέκονται στην ψυχιατρική θεραπεία. Τους φέρουν στο ιατρείο χωρίς τη θέληση τους, συγγενείς και φίλοι που αγωνιούν.

Σπάνια αποδέχονται τις συστάσεις για νοσηλεία χωρίς διαφωνίες και κριτική για το προσφερόμενο πρόγραμμα. Η έμφαση στα οφέλη, όπως η ανακούφιση από την αϋπνία και τα συμπτώματα και σημεία της κατάθλιψης, βοηθούν τον άρρωστο να εισαχθεί στο νοσοκομείο οικειοθελώς. Η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των συγγενών στο γιατρό και τη θεραπευτική ομάδα είναι ουσιαστικές όταν πρέπει να εκτελεστούν αυστηρές οδηγίες. Οι οικογένειες των αρρώστων πρέπει να προειδοποιούνται ότι ο άρρωστος θα αντισταθεί στη θεραπεία και από τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας θα επιχειρήσει πολλές δραματικές εκκλήσεις για υποστήριξη από την οικογένεια, για να αποφύγει το πρόγραμμα νοσηλείας. Μόνο όταν είναι πιθανός ο κίνδυνος θανάτου από τις επιπλοκές της κακής θρέψης θα πρέπει να εφαρμόζεται αναγκαστική νοσηλεία ή εγκλεισμός. Σε σπάνιες περιπτώσεις οι άρρωστοι αποδεικνύουν ότι ήταν λάθος τα λεγόμενα του γιατρού για αποτυχία της θεραπείας, σε εξωτερικό ιατρείο. Αυτοί μπορεί να αποκτούν ένα συγκεκριμένο βάρος σε κάθε επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία. Ωστόσο, αυτή η συμπεριφορά είναι ασυνήθης και κατά κανόνα είναι απαραίτητη μια περίοδος νοσηλείας.⁹

Η γενική αντιμετώπιση των άρρωστων με ψυχογενή ανορεξία στη διάρκεια ενός προγράμματος νοσηλείας πρέπει να συνεκτιμά τα ακόλουθα: οι άρρωστοι πρέπει να ζυγίζονται κάθε πρωί, αφού προηγουμένως έχει αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Επίσης, θα πρέπει να καταγράφεται η ημερήσια πρόσληψη υγρών όπως και η αποβολή των ούρων. Εάν παρουσιαστούν εμετοί, θα πρέπει να εκτιμώνται οι ηλεκτρολύτες και να παρακολουθείται η τυχών εμφάνιση της υπογλυκαιμίας. Επειδή παρατηρείται συχνά αναγωγή τροφής μετά τα γεύματα, το ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να είναι σε θέση να ελέγξει τον εμετό με το να μην επιτρέπει τη χρήση τουαλέτας για τουλάχιστον 2 ώρες μετά τα γεύματα ή με το να υπάρχει συνοδός στο μπάνιο που δεν θα επιτρέψει τον εμετό. Η δυσκοιλιότητα υποχωρεί στους ανθρώπους με ψυχογενή ανορεξία όταν αρχίζουν να τρέφονται κανονικά.

Χορηγούνται σποραδικά μαλακτικά των κοπράνων, αλλά ποτέ υπακτικά. Εάν εμφανιστεί διάρροια υποδηλώνει συνήθως ότι ο άρρωστος παίρνει υπακτικά κρυφά. Λόγω της σπάνιας επιπλοκής της διάτασης του στόμαχου και τις πιθανότητες κυκλοφοριακής υπερφόρτωσης, εάν ο άρρωστος αρχίσει απότομα να λαμβάνει μεγάλες ποσότητες θερμίδων, το προσωπικό θα πρέπει να ξεκινάει με χορήγηση περίπου 500 θερμίδων πάνω από το απαιτούμενο για τη συντήρηση του υπάρχοντος βάρους (συνήθως 1500–2000 θερμίδες την ημέρα). Αυτές οι θερμίδες καλό είναι να δίνονται σε 6 ισόποσα γεύματα ημερησίως έτσι ώστε να μην χρειάζεται να παίρνουν οι άρρωστοι μεγάλες ποσότητες σε κάθε γεύμα. Συνιστάται η χορήγηση υγρών συμπληρωμάτων τροφής επειδή οι ασθενείς μπορεί να γίνονται λιγότερο αγχώδεις μήπως αποκτήσουν σιγά βάρος με την αγωγή παρά με το να τρώνε φαγητό.

Μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, ο κλινικός ιατρός συνήθως θεωρεί απαραίτητο να συνεχίσει κάποιου τύπου εξωνοσοκομειακή επίβλεψη για οποιοδήποτε πρόβλημα συμβεί στους ασθενείς και στις οικογένειές τους.²²



ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Η εκτίμηση των χειρουργικών ασθενών με προβλήματα κακής θρέψης είναι μια πολυσύνθετη και διαρκής διαδικασία αξιολόγησης, από τον κλινικό νοσηλευτή που περιλαμβάνει το ιστορικό, τη φυσική εξέταση, τις ανθρωπομετρικές μετρήσεις και τον εργαστηριακό έλεγχο.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται στη λήψη ενός λεπτομερούς διαιτητικού ιστορικού που περιλαμβάνει την απώλεια βάρους, τις συχνές γαστρεντερικές διαταραχές, την παρουσία χρόνιων παθήσεων όπως σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, υπέρταση νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια. Παθήσεις του πεπτικού όπως δυσανεξία στο γάλα, φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, νεοπλάσματα, ύπαρξη συριγγίων κλπ. Προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις που μπορεί να έχουν επίδραση στη θρέψη όπως γαστρεκτομή, εκτεταμένη εντερεκτομή, εντερικές παρακάμψεις. Σημαντικό στοιχείο της διαιτητικής αξιολόγησης αποτελεί το ψυχοκοινωνικό ιστορικό,

διότι η κοινωνική απομόνωση, το γήρας αυξάνουν τον κίνδυνο υποσιτισμού.³³

Με τη φυσική εξέταση, πολλές φορές η απώλεια μάζας των μυών και του λίπους είναι εμφανής. Πιο δυσδιάκριτα σημεία αποτελούν οι αλλαγές στη σπαργή του δέρματος στο χρώμα και τη σύσταση των τριχών της κεφαλής, την ενυδάτωση των ιστών, το μέγεθος της παρωτίτιδας, τα οιδήματα στα άκρα, που συνοδεύουν την ανεπαρκή πρόσληψη των πρωτεϊνών.

Διάφορες ανθρωπομετρικές παράμετροι χρησιμοποιούνται συχνά για την εκτίμηση της θρέψης όπως η μέτρηση του πάχους της δερματικής πτυχής, της περιφέρειας των μυών του βραχίονα καθώς επίσης και η καθημερινή μέτρηση του βάρους σώματος, προσδιορίζοντας τις μεταβολές του από το φυσιολογικό. Τα περισσότερα άτομα μπορούν να ανεχθούν απώλεια μέχρι 10% του σωματικού τους βάρους. Οι απώλειες που υπερβαίνουν το 40% του ιδανικού βάρους οδηγούν κατά κανόνα στο θάνατο.

Η σπλαχνική πρωτεϊνική μάζα ελέγχεται με τη μέτρηση της πυκνότητας των πρωτεϊνών του ορού που συνθέτει το ήπαρ και χρησιμεύουν ως μεταφορείς.

Τιμές λευκωματίνης χαμηλότερες από 20% των κατώτερων φυσιολογικών ορίων θεωρούνται παθολογικές και εφόσον συμπίπτουν με την ανάλογη κλινική εικόνα επιβεβαιώνουν τη διάγνωση του υποσιτισμού.³⁴

Επίσης σε περίπτωση υποσιτισμού ελαττώνεται ο αριθμός των λεμφοκυττάρων της κυκλοφορίας και οι αντιδράσεις βραδείας υπερευαισθησίας σε συνήθη δερματικά αντιγόνα.

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΘΡΕΨΗΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η δημιουργία μιας υποστηρικτικής ομάδας θρέψης στον νοσοκομειακό χώρο γίνεται απαραίτητη για να προσφέρει την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση στον ασθενή, να μειώσει τους κινδύνους των επιπλοκών, το οικονομικό κόστος και να συμβάλλει με ερευνητικές και κλινικές μελέτες στην εξέλιξη των θεραπευτικών μεθόδων. Η ομάδα αυτή μπορεί να λειτουργεί συμβουλευτικά στη νοσηλεία των ασθενών αναγνωρίζοντας τους ασθενείς με κακή θρέψη, καθορίζοντας τη θεραπεία υποστήριξης της, τον έλεγχο της πορείας της, τη φροντίδα της παρασκευής και χορήγησης των διαλυμάτων σε συνεργασία με το θεράποντα γιατρό και την κλινική που νοσηλεύεται ο ασθενής. Η σύνθεση μιας τέτοιας ομάδας μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τις συγκεκριμένες ανάγκες του νοσοκομείου, αλλά φαίνεται λογικό να αποτελείται από:

- Γιατρό ειδικευόμενο στα προβλήματα θρέψης και την αντιμετώπιση τους
- Νοσηλεύτρια ειδικά εκπαιδευμένη στις μεθόδους θρεπτικής υποστήριξης
- Φαρμακοποιό
- Διαιτολόγο³¹

Οι δραστηριότητες της ομάδας πρέπει να περιλαμβάνουν περίπου τα εξής:

1. Ασθενείς

A. Εκτίμηση της θρεπτικής και μεταβολικής κατάστασης των ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, ώστε να αναγνωρίζονται εκείνοι με σοβαρή διαταραχή της θρέψης που χρειάζονται θρεπτική υποστήριξη.

B. Αντιμετώπιση και παρακολούθηση των ασθενών που λαμβάνουν υποστήριξη της θρέψης με εντερική ή παρεντερική διατροφή.

Γ. Καθημερινή παρακολούθηση των ασθενών που βρίσκονται σε θεραπεία υποστήριξης της θρέψης.

Δ. Εκπαίδευση των ασθενών που αποφασίζεται να πάρουν θρεπτική υποστήριξη στο σπίτι και σχεδιασμός του προγράμματος παρακολούθησης μετά την έξοδο.

2. Δημιουργία προϋποθέσεων ασφαλούς και αποτελεσματικής θρεπτικής υποστήριξης

Η ομάδα αναπτύσσει προγράμματα και πρωτόκολλα που εξασφαλίζουν ικανοποιητική αποτελεσματικότητα εφαρμογής των μεθόδων της θρεπτικής υποστήριξης μειώνοντας τους κινδύνους των επιπλοκών και το οικονομικό κόστος. Πρέπει να υπάρχουν ειδικά πρωτόκολλα που να καλύπτουν όλο το φάσμα των ενεργειών που γίνονται στη διάρκεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Η εφαρμογή εντερικής ή παρεντερικής διατροφής χωρίς εφαρμογή πρωτοκόλλων αποτελεί χωρίς αμφιβολία σημαντική και επικίνδυνη ιατρική παράλειψη.

Ελέγχει την ασφάλεια και ποιότητα των χρησιμοποιούμενων υλικών και αποφασίζει για την ορθολογιστική αγορά και χρησιμοποίησή τους.

3. Εκπαιδευτικά προγράμματα

Η ομάδα αναπτύσσει και πραγματοποιεί σειρά μαθημάτων που απευθύνονται σε φοιτητές, ειδικευόμενους γιατρούς, νοσηλευτές, φαρμακοποιούς και διαιτολόγους. Δημιουργεί το κατάλληλο εκπαιδευτικό υλικό με διαφάνειες, ταινίες ή άλλα οπτικοακουστικά μέσα, τόσο για την εκπαίδευση του γιατρού και παραϊατρικού προσωπικού όσο και για την εκπαίδευση των ασθενών που θα λαμβάνουν θεραπευτική υποστήριξη στο σπίτι. Προγραμματίζει και εκτελεί τα ερευνητικά και κλινικά πρωτόκολλα που είναι απαραίτητα για την πρόοδο και εκτίμηση των αποτελεσμάτων της θεραπευτικής μεθόδου. Οι αρμοδιότητες κάθε μέλους της ομάδας καθορίζονται σαφώς με συγκεκριμένους στόχους και ευθύνες, ώστε η λειτουργία του τμήματος να είναι αποτελεσματική, παρέχοντας την καλύτερη δυνατή προσέγγιση στη θεραπεία του ασθενή.³⁵

Αρμοδιότητες νοσηλευτή

Παρακολουθεί με συχνές επισκέψεις την κλινική πορεία του ασθενή, καταγράφοντας στα ειδικά έντυπα τα απαραίτητα στοιχεία για την εκτίμηση της επιτυχίας της θεραπείας, την αναγνώριση και αντιμετώπιση εμφανιζόμενων επιπλοκών.

Εκτελεί τη νοσηλευτική φροντίδα για την καταλληλότητα και την επάρκεια του απαραίτητου τεχνολογικού εξοπλισμού. Εκπαιδεύει τον ασθενή και την οικογένεια του στις ανάγκες της θρεπτικής υποστήριξης και συμμετέχει στα εκπαιδευτικά και ερευνητικά προγράμματα της ομάδας. Έχει σημαντική συμβολή στην εκπαίδευση ασθενών που θα πάρουν παρεντερική ή εντερική σίτιση στο σπίτι και συμμετέχει στο πρόγραμμα παρακολούθησης τους μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Για την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας της ομάδας θρεπτικής υποστήριξης απαραίτητη είναι η καλή συνεργασία και επικοινωνία με τα υπόλοιπα τμήματα και εργαστήρια του νοσοκομείου, που θα επιτρέψει την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή.³²

Έτσι για πρόληψη και αντιμετώπιση τους είναι απαραίτητα τα παρακάτω:

- Σχολαστικός καθαρισμός αντικειμένων τεχνητής διατροφής μέσα από κάθε χρήση τους και αποστείρωση τους κατά διαστήματα(η τεχνητή διατροφή δεν απαιτεί άσηπτη τεχνική).
- Διατήρηση του μίγματος στο ψυγείο ως τη στιγμή χορήγησης του.
- Εξασφάλιση μόνο για 24 ώρες.
- Πλύση σωλήνα με 50ml χλιαρού νερού μετά από κάθε γεύμα.
- Σε περίπτωση συνεχούς χορήγησης, συχνή αλλαγή των αντικειμένων, μικρή ποσότητα μίγματος στον υποδοχέα κάθε φορά ή εφαρμογή παγοκύστης γύρω από αυτόν, για αποφυγή αποσύνθεσης του μίγματος.
- Θερμοκρασία μίγματος 37 C.
- Λήψη μέτρων για αποφυγή εισόδου αέρα στο στομάχι κατά τη σίτιση.
- Φροντίδα στόματος και ρουθουνιών.
- Σε περίπτωση ναυτίας, διακοπή σίτισης. Μετά την υποχώρηση της ναυτίας, σίτιση πολύ βραδεία και με μικρές ποσότητες μίγματος.

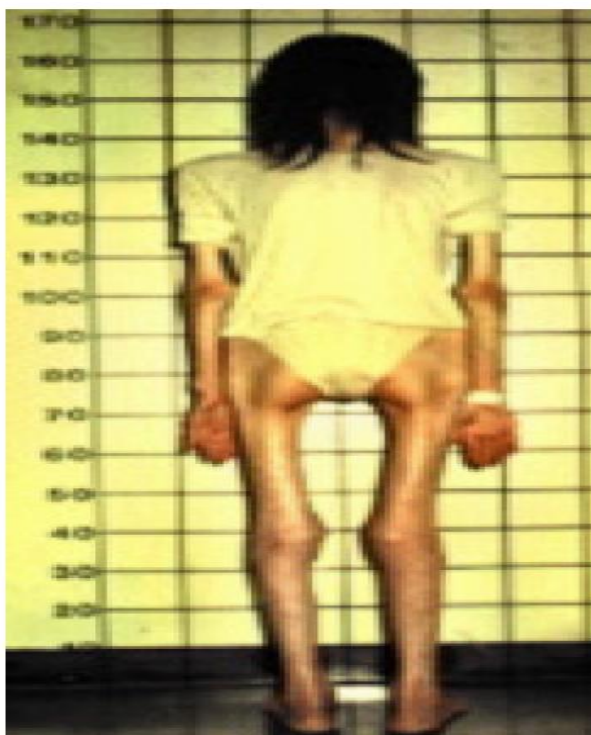
- Πιθανή ανάγκη αραίωσης του μίγματος και μείωσης των λιπών, που περιέχει. Αποφυγή κίνησης του αρρώστου 2-3 ώρες μετά τη σίτιση.
- Σε περίπτωση διάρροιας, διακοπή σίτισης. Νέα εντολή με μίγμα που περιέχει λιγότερους υδατάνθρακες. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών μέσα από το σωλήνα.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη εισρόφησης σε περίπτωση εμετού ή ανόρροιας: ανάρροπη θέση, στροφή της κεφαλής στο πλάι και χαμηλά για παροχέτευση εμετού.
- Αναγραφή ποσότητας μίγματος και νερού, που χορηγείται κάθε φορά.
- Μέτρηση και αναγραφή ποσού ούρων.
- Χορήγηση 50ml νερού κάθε 2 ώρες. Παρακολούθηση αρρώστου για συμπτώματα αφυδάτωσης.
- Σε υπερήλικες αρρώστους χορήγηση μεγαλύτερης ποσότητας νερού, γιατί έχουν ένα βαθμό νεφρικής ανεπάρκειας.
- Σε περίπτωση δυσκοιλιότητας άμεση αναφορά της, αλλαγή μίγματος για διευκόλυνση της λειτουργίας του εντέρου, αύξηση των υγρών, χορήγηση καθαρκτικών μέσα από το σωλήνα.³⁶

9. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μοντέλο του ψυχοσωματικού συμπτώματος για ορισμένους, η ψυχογενής ανορεξία εμπλέκει τον θεραπεύοντα με τις ενγενείς δυσκολίες της αντιμετώπισης αυτού του είδους της ψυχικής παθολογίας, της οποίας η ιδιαιτερότητα είναι ότι εκφράζεται, πρωτίστως, σε σωματικό επίπεδο. Η διάσταση που παίρνει η μη αναγνώριση της νόσου από τον ασθενή, κατά τη διάρκεια των κρίσεων προστίθεται στις παραπάνω δυσκολίες.

Ο Laxenaire αναφέρεται στον γιατρό που συνήθως έχει να αντιμετωπίσει μια νεαρή κοπέλα η οποία μόλις έφθασε στην εφηβεία, είναι ενοχλητικά αδύνατη γιατί δεν έχει πια όρεξη, αρνείται να παραδεχθεί την οφθαλμοφανή κατάστασή της και, καταφεύγει σε μια διακριτικά αυθάδη σιωπή, τη στιγμή που οι άνθρωποι γύρω της αγχώνονται και, της μιλούν για την κατάσταση αυτή. Ο G. Besancon περιγράφει την ανόρεκτη που ταλαντεύεται ανάμεσα σε δυο στάσεις απάρνησης, αντίθετες αλλά κατοπτρικές, και, που αναφέρονται στη ψυχική διάσταση της ασθένειας και άλλοτε στη σωματική πραγματικότητα, στάση του παθολόγου και του ψυχαναλυτή. Πραγματικά, είναι σίγουρα το ίδιο απατηλό το να θέλει κανείς να θεραπεύσει μια νεαρή κοπέλα που ζυγίζει καμία τριανταριά κιλά, μόνο ακούγοντάς την ψυχοθεραπευτικά, με το να περιμένει ένα πραγματικό και διαρκές αποτέλεσμα μόνο από την ανάληψη του βάρους.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη με απομόνωση, που πρότεινε εδώ και έναν αιώνα ο Charcot, φαίνεται ότι αποτελεί τον κοινό παρανομαστή της πλειοψηφίας των συγγραφέων, οι οποίοι διαφωνούν μόνο σε ό,τι αφορά την πρακτική οργάνωση της, την σημασία της χειροθεραπείας, της ψυχοθεραπείας και του προσανατολισμού της.⁸



9.1 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, μετά από την έξοδο τους από το νοσοκομείο χρειάζονται συνεχείς παρεμβάσεις. Σε ηπιότερες περιπτώσεις, μπορεί να μην είναι αναγκαία η νοσηλεία. Επειδή για τους περισσότερους άρρωστους η νόσος έχει έναρξη στην εφηβεία, η οικογενειακή θεραπεία είναι μέρος ενός ολοκληρωμένου θεραπευτικού σχεδίου. Αν και η κλασική ψυχοδυναμικά προσανατολισμένη θεραπεία δεν βοηθάει στα αρχικά στάδια της θεραπείας, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε φάση λιμοκτονίας, οι αναισθητικού τύπου θεραπείες έχουν βοηθήσει τους ανορεκτικούς άρρωστους κατά την περίοδο σταθεροποίησης τους.

Δυναμική ψυχοθεραπεία. Η δυναμική, εκφραστική, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία.

Ωστόσο, οι αντιστάσεις των αρρώστων μπορεί να καταστήσουν τη διαδικασία δύσκολη και επίμονη. Επειδή οι ασθενείς θεωρούν ότι τα συμπτώματα τους αποτελούν τον πυρήνα της ιδιαιτερότητας τους, οι θεραπευτές πρέπει να αποφεύγουν την υπερβολική επένδυση σε προσπάθειες μεταβολής των συνηθειών διατροφής τους. Η διαδικασία της εναρκτήριας φάσης της ψυχοθεραπείας πρέπει να προσβλέπει στην εγκατάσταση θεραπευτικής συμμαχίας. Οι άρρωστοι μπορεί να βιώνουν τις πρώιμες ερμηνείες σαν κάποιος άλλος να προσπαθεί να τους λέει τι πραγματικά αισθάνονται ενώ οι δικές τους εμπειρίες ελαχιστοποιούνται και ακυρώνονται. Αντίθετα, θεραπευτές που συναισθάνονται τις απόψεις του ασθενούς και εμφανίζουν ενεργό ενδιαφέρον σε οτιδήποτε αυτός σκέπτεται και αισθάνεται, δείχνουν ότι η αυτονομία τους είναι σεβαστή. Υπεράνω όλων, οι ψυχοθεραπευτές πρέπει να είναι ευέλικτοι, επίμονοι και ανθεκτικοί στο να παράσχουν βοήθεια στις τάσεις των ασθενών να υπερνικήσουν τις προσπάθειές τους.

Πολλοί κλινικοί ιατροί προτιμούν τις γνωσιακές–συμπεριφορικές προσεγγίσεις για να παρακολουθούν την απόκτηση και διατήρηση του βάρους και να επικεντρώσουν στις συμπεριφορές διατροφής. Συνιστώνται επίσης, γνωσιακές και διαπροσωπικές στρατηγικές, ώστε να διερευνηθούν άλλα θέματα που σχετίζονται με τη διαταραχή. Η οικογενειακή θεραπεία έχει επίσης χρησιμοποιηθεί για να εξετασθούν οι διαδράσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και το πιθανό δευτερογενές όφελος του άρρωστου από τη διαταραχή.³⁷

9.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Από φαρμακολογικές μελέτες δεν βρέθηκε ακόμα κάποιο σκεύασμα που να προκαλεί οριστική βελτίωση των πυρηνικών συμπτωμάτων της ψυχογενούς ανορεξίας. Σε μερικές αναφορές συνιστάται η χρήση της κυπροεπταδίνης (periacin), ενός φαρμάκου με αντισταμινική και αντισεροτονινεργική δράση, στον περιορισμένο τύπο της ψυχογενούς ανορεξίας. Αναφέρεται ότι η αμιτριπυλίνη (Saroten) έχει κάποιο αποτέλεσμα σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Άλλα φάρμακα που έχουν δοκιμαστεί σε αρρώστους με ψυχογενή ανορεξία, στα οποία περιλαμβάνονται η χλωριμιπραμίνη (Anafranil), η πιμοζίδη (Pirium) και η χλωροπρομαζίνη (Largactil), δεν έχουν θετικά αποτελέσματα. Σε δοκιμές χωρίς ομάδες ελέγχου, η φλουοξετίνη (Ladose) έχει προκαλέσει αύξηση βάρους. Άλλα αντικαταθλιπτικά έχουν δοκιμαστεί σε ανορεκτικούς αρρώστους με συνυπάρχουσες καταθλιπτικές διαταραχές, με ελάχιστα αποτελέσματα.

Υπάρχει μια κάποια ανησυχία σχετικά με τη χρήση τρικυκλικών φαρμάκων σε χαμηλού βάρους άρρωστους με ψυχογενή ανορεξία, αφού μπορεί να είναι ευάλωτοι στην υπόταση, καρδιακές αρρυθμίες και αφυδάτωση. Με την αποκατάσταση ικανοποιητικής κατάστασης θρέψης, οι κίνδυνοι από τη χρήση τρικυκλικών μπορεί να μειωθούν. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάθλιψη βελτιώνεται με την αποκατάσταση βάρους και την αποκατάσταση της φυσιολογικής θρέψης.

Υφίστανται ορισμένες ενδείξεις ότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) ωφελεί σε μερικές περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.³⁸

9.3 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Όλο και περισσότεροι ασθενείς θεραπεύονται στα εξωτερικά ιατρικά ή με ραντεβού σε οποιαδήποτε θεραπευτήρια. Οι αρχές της θρεπτικής διαχείρισης είναι παρόμοιες, ανεξάρτητα από τη ρύθμιση.

Η θρεπτική αποκατάσταση συνεπάγεται την αποκατάσταση ενός κανονικού βάρους σώματος. Για τους ενηλίκους αυτό μπορεί να οριστεί ως το βάρος στο οποίο κάποιος είναι οργανικά υγιής και που κάποιος μπορεί να διατηρήσει με την κατανάλωση μιας κανονικής, υγιεινής διατροφής χωρίς περιορισμούς. Αυτό το βάρος πρέπει να διατηρείται στα όρια του δείκτη μάζας σώματος (BMI = βάρος σε χιλιόγραμμα δια ύψος στο τετράγωνο) μεταξύ 20 και 25. Για τα παιδιά ή τους νεότερους εφήβους, το βάρος στόχος είναι αυτό το οποίο οι ασθενείς θα συνεχίσουν να αναπτύσσονται με φυσιολογικούς ρυθμούς. Μια καθορισμένη αξία BMI δεν είναι κατάλληλη για τα παιδιά αντί αυτού οι παιδιατρικοί πίνακες ανάπτυξης πρέπει να ελεγχθούν. Εντούτοις, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι η ανάπτυξη του ασθενή μπορεί ήδη να είχε σταματήσει από την ασθένεια, έτσι ο νοσοκομειακός γιατρός δεν πρέπει να δεχτεί ένα βάρος στόχο που απεικονίζει μόνο την κατάσταση αυτή (της ασθένειας).³⁹

Ένα πρόγραμμα κατανάλωσης για να επέλθει το απαραίτητο κέρδος βάρους συντάσσεται από το διαιτολόγο, αλλά η ευθύνη για την εφαρμογή του βαραίνει τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Ειδικά τρόφιμα δεν απαιτούνται: μάλλον, κανονικά γεύματα πρέπει να προγραμματιστούν. Ο στόχος είναι να κερδίσουμε βάρος 1 έως 1,5 χιλιόγραμμα εβδομαδιαίως. Αρχικά, ορίζεται μια καθημερινή εισαγωγή λίγων θερμίδων όπως π.χ. 1.500 kilocalories (6000 kilojoules) επειδή τα μεγαλύτερα ποσά μπορούν να προκαλέσουν ταλαιπωρία μετά από τον παρατεταμένο περιορισμό τον οποίο αυτοί οι ασθενείς έχει υποστεί. Οι ποσότητες τροφίμων αυξάνονται μόνο όταν κατορθώνει να ολοκληρώσει ο ασθενής κάθε γεύμα.

Η λήψη ενέργειας που απαιτείται για να επιφέρει την πλήρη αποκατάσταση βάρους μπορεί τελικά να φτάσει τις 3.500 kilocalories ανά ημέρα, ανάλογα με το πόσο ενεργός είναι ο ασθενής. Σε αυτά τα υψηλά επίπεδα, κάποια ενέργεια μπορεί να παρασχεθεί υπό μορφή συγκέντρωσης, υπερθερμιδικών προϊόντων, αλλά η έμφαση είναι πάντα στην επανάληψη της κανονικής κατανάλωσης φαγητού. Τα διαιτητικά συμπληρώματα απαιτούνται σπάνια και η σίτιση σωλήνων ή η παρεντερική διατροφή πρέπει να αποφευχθούν εκτός αν είναι απολύτως απαραίτητη. Τέτοιες διαδικασίες θεωρούνται εισβολή, ενέχουν φυσικό κίνδυνο, και δεν βοηθούν τους ασθενείς να αναλάβουν την ευθύνη για την υγεία τους. Παρόμοιες κριτικές αφορούν και τις, υψηλής ενέργειας, υδαρείς δίαιτες.

Πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στην διαιτητική συμπεριφορά. Η προηγούμενη πρακτική της απομόνωσης των ασθενών με νευρική ανορεξία κατά τη διάρκεια των γευμάτων τους ήταν ανεπαρκής, δεδομένου ότι ενίσχυσε μόνο τις ανωμαλίες της συμπεριφοράς κατανάλωσής τους. Είναι πολύ καλύτερο οι ασθενείς να τρώνε σε μια ομάδα έτσι ώστε άλλοι ασθενείς και προσωπικό να μπορούν να παρέχουν σε αυτούς τα κατάλληλα πρότυπα. Η πραγματική διαιτητική συμπεριφορά τους πρέπει να παρακολουθηθεί προσεκτικά και η κλίμακα εκτίμησης συμπεριφοράς κατανάλωσής μας παρέχει με αυτόν τον τρόπο αρκετά αντικειμενικά μέσα. Είναι σημαντικό να παρέχεται ενθάρρυνση και η παροχή συμβουλών για να διορθωθούν οι ανώμαλες πρακτικές κατανάλωσης ενός ασθενή, παρά να επαναληφθούν οι συγκρούσεις που μπορεί να είχαν υπάρξει μεταξύ του ασθενή και της οικογένειάς του πριν από την παραδοχή. Η αντιμετώπιση του θυμού πρέπει να αποφευχθεί κατά τη διάρκεια των γευμάτων και οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρυνθούν για να αλληλεπιδράσουν κοινωνικά με έναν κατάλληλο τρόπο. Οι συγκεκριμένες δυσκολίες κατανάλωσης εξετάζονται αργότερα στις μεμονωμένες συνόδους παροχής συμβουλών με μια νοσοκόμα ή έναν διαιτολόγο.

Σε μερικές περιπτώσεις, είναι χρήσιμο να βιντεοσκοποούνται οι ασθενείς κατά τη διάρκεια των γευμάτων και να χρησιμοποιηθεί έπειτα η ταινία στις εκπαιδευτικές συνεδρίες. Εάν οι λόγοι για την χρήση τέτοιων ταινιών εξηγούνται προσεκτικά στον ασθενή, η διαδικασία είναι συνήθως αρκετά αποδεκτή.⁴⁰

Η διαχείριση της νευρικής ανορεξίας δεν είναι πλήρης μόνο από την επίτευξη ενός υγιούς βάρους. Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς και οι εξωτερικοί ασθενείς χρειάζονται τη διαρκή διαιτητική καθοδήγηση για να τους βοηθήσει στην προσαρμογή σε μια κατάλληλη λήψη ενέργειας για τη σταθεροποίηση του βάρους τους, διατηρώντας την φυσιολογική συμπεριφορά κατανάλωσης τροφής. Η περίοδος συντήρησης είναι συχνά ένας συνταρακτικός χρόνος, δεδομένου ότι η ασφάλεια ενός δομημένου προγράμματος κέρδους βάρους δεν είναι πλέον σε ισχύ και μια αναβίωση των ανορεξικών συμπεριφορών κατανάλωσης δεν είναι αυτή τη στιγμή ασυνήθιστη. Είναι σημαντικό ότι οι ασθενείς ενισχύονται για να αναπτύξουν έναν αυθόρμητο, χαλαρό τρόπο διατροφής, έτσι ώστε η συντήρηση βάρους να μην εξαρτάται από την εμμονή σε μια αυστηρή "θεραπευτική" δίαιτα που οποιαδήποτε επιστροφή στις περιοριστικές πρακτικές πρέπει να αποφευχθεί, δεδομένου ότι ο ασθενής θα ξανακυλήσει. Όλα τα τρόφιμα, όπως τα τεχνητά γλυκά, ποτά ή τα υπερθερμιδικά τρόφιμα, πρέπει να αποφευχθούν. Είναι περιττά εάν ο ασθενής τρώει φυσιολογικά, καθώς επίσης ενθαρρύνουν την επιστροφή μιας ανορεξικής στάσης απέναντι στα τρόφιμα.

Είναι συχνά ευεργετικό για τους ασθενείς να εισάγονται στο νοσοκομείο για 2-3 εβδομάδες στην φάση συντήρησης, κατά τη διάρκεια της οποίας τους δίνονται μικρές χρονικές περιόδους άδειας να επισκέπτονται το σπίτι τους. Αυτό τους παρέχει την ευκαιρία να κάνουν μια πρακτική στο σπίτι τους πριν από την απαλλαγή.

Τα περιστασιακά γεύματα στα εστιατόρια είναι επίσης χρήσιμα στην άδεια των ασθενών για να προσαρμοστούν στην κατανάλωση φαγητού έξω από το προστατευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου.²



10. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΝΟΛΟΙ

Η υπόθεση ότι οι υπό δίαιτα διαταραγμένοι ασθενείς ενημερώνονται καλά για τα θρεπτικά θέματα είναι ένας επικίνδυνος μύθος. Μπορούν να έχουν μια επιφανειακή γνώση των διατροφών και των διαφόρων μέσων της απώλειας βάρους, αλλά αυτή η γνώση είναι ιδιαίτερα επιλεκτική, προερχόμενη από αμφίβολες πηγές (όπως τα περιοδικά μεγάλης κυκλοφορίας), συνήθως των άκρων και, συχνά ανακριβής. Οι, υπό δίαιτα, διαταραγμένοι ασθενείς είναι συχνά ιδιαίτερα αδιάλλακτοι για τις απόψεις τους, αλλά λίγοι έχουν ακόμη και μια βασική κατανόηση των θρεπτικών θεμάτων. Είναι σημαντικό η πληροφόρηση τους να είναι ορθή και οι ίδιοι θα πρέπει να μαθαίνουν την αλήθεια για την ενέργεια που χρειάζονται και τις διαιτητικές τους συστάσεις.

Αυτά τα ζητήματα πρέπει να συζητηθούν, είτε χωριστά είτε σε μια ομάδα, καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου αντιμετώπισης. Τα θέματα που πρέπει να εξερευνηθούν είναι η δυναμική της ενεργειακής εισαγωγής, της δραστηριότητας, του ελέγχου βάρους, η περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά των τροφίμων, οι κίνδυνοι των συμπεριφορών εξαγνισμού, οι μεταβαλλόμενες διαιτητικές απαιτήσεις καθώς και το βάρος που αποκτάται και, οι θρεπτικές απαιτήσεις για την καλή συντήρηση της υγείας και του βάρους.

Πολλοί από τους ανορεξικούς ασθενείς μας, έχουν μείνει έκπληκτοι όταν έμαθαν ότι η πρόσληψη 1.000 kilocalories, ανά ημέρα, είναι ανεπαρκής για μια υγιή νέα γυναίκα!⁴

Οι πεποιθήσεις και οι τοποθετήσεις των ασθενών με νευρική ανορεξία δεν αλλάζουν αυτόματα με το κέρδος βάρους.

Η κατανόηση που είναι βασισμένη στις σωστές πληροφορίες, η προσωπική εμπειρία των οφελών της ευημερίας ως αποτέλεσμα της βελτίωσης στη διατροφή και την αποκατάσταση της διατροφής, η συνεχής υποστήριξη και η επιβεβαίωση, απαιτούνται όλα για να πραγματοποιηθεί ή να επηρεασθεί η αλλαγή. Αυτό είναι το σημείο στο οποίο η παροχή συμβουλών και οι εκπαιδευτικές δεξιότητες του διαιτολόγου εξετάζονται.

Τα βασικά μέλη της οικογένειας του ασθενή πρέπει να συμμετέχουν τουλάχιστον σε μερικές από αυτές τις εκπαιδευτικές συνόδους. Η γνώση των θρεπτικών θεμάτων μπορεί επίσης να είναι ελαττωματική, με αποτέλεσμα να έχουν συμβάλει στις ανθυγιεινές τοποθετήσεις του ασθενή μέσω της παραπληροφόρησης. Ή, αφ' ετέρου, αυτά τα οικογενειακά μέλη μπορεί να είχαν εξαπατηθεί από τον ασθενή σχετικά με τις συμβουλές που έχουν δοθεί. Είναι σημαντικό αυτά τα βασικά οικογενειακά μέλη, επίσης, να έχουν μια σαφή ιδέα αυτού που ο διαιτολόγος συστήνει πραγματικά.

Τα οικογενειακά μέλη πρέπει να ενθαρρυνθούν για το πώς να βοηθήσουν τον ασθενή να αναδιαρρυθμίσει έναν κανονικό τρόπο ζωής μετά από την απαλλαγή. Πρέπει να αφήσουν τον ασθενή να πάρει την ευθύνη για την κατανάλωσή της τροφής του, δεδομένου ότι η τακτική υπερβολικής ενασχόλησης μαζί του στο σπίτι πιθανό να είναι αντιπαραγωγική. Εντούτοις, δεν πρέπει να συγχωρήσουν τις ανορεξικές πρακτικές ή να παραβλέψουν τα στοιχεία που μπορεί να υποδηλώνουν ότι ο ασθενής ξανακυλά. Εάν οποιαδήποτε από αυτά τα προβλήματα εμφανιστούν, τα οικογενειακά μέλη πρέπει να ενθαρρύνουν τον ασθενή να επιστρέψει για τις περαιτέρω συνόδους παροχής συμβουλών.

Η νευρική ανορεξία είναι μια ασθένεια που εμμένει συνήθως για μερικά έτη. Με την συνεχή ψυχοθεραπεία ως απαιτείται, επιμένουμε έτσι στην θρεπτική παροχή συμβουλών.

Ένας ειδικευμένος και πεπειραμένος διαιτολόγος, δουλεύοντας, σε εξωνοσοκομειακές βάσεις είναι τόσο σημαντικός για μακροχρόνια σχέση φροντίδας με τον ασθενή όπως και στη περίοδο αποκατάστασης του.²

11. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ **ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ**

Αν και η πρόσφατη έρευνα έχει προάγει τη γνώση μας για τις νευροβιολογικές διαταραχές στην νευρική ανορεξία, η αιτιολογία της παραμένει άγνωστη και η βασική ψυχοπαθολογία της συνεχίζει να μην ανταποκρίνεται στην θεραπεία με φάρμακα. Μάλλον, η φαρμακοθεραπεία χρησιμοποιείται συχνά ως προσθήκη σε μια διεπιστημονική προσέγγιση συμπεριλαμβανομένης της παροχής συμβουλών θρεπτικού περιεχομένου, της ψυχοθεραπείας της οικογένειας ή σε εξατομικευμένο επίπεδο. Πολλές από αυτές τις μελέτες φαρμάκων χαρακτηρίζονται από το γεγονός ότι έχουν περιορισμένο δείγμα, ότι είναι μικρής διάρκειας (τέσσερις έως οκτώ εβδομάδες), χρησιμοποιούν τις χαμηλές ή μέτριες δόσεις και, εξετάζουν την επίδραση των φαρμάκων στο κέρδος βάρους, στους σοβαρά ελλιποβαρείς ασθενείς που νοσηλεύονται και λαμβάνουν συνήθως την ψυχοθεραπεία ταυτόχρονα. Κατά συνέπεια, ένα πρόσθετο όφελος του φαρμάκου μπορεί να είναι δύσκολο να ανιχνευθεί σε αυτές τις μελέτες. Οι ακόλουθες κατηγορίες φαρμάκων έχουν ερευνηθεί στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας: αντιψυχωτικά φάρμακα, σταθεροποιητές διάθεσης, αντικαταθλιπτικά χάπια, ενισχυτές όρεξης, prokinetic agents, και θρεπτικά συμπληρώματα.³⁸

Τόσο τα αντιψυχωτικά φάρμακα όσο και το λίθιο σε μία προσπάθεια να επωφεληθούμε του κέρδους βάρους που συνδέεται με αυτούς τους παράγοντες, έχουν προταθεί για την θεραπεία της νευρικής ανορεξίας.

Η χλωροπρομαζίνη, το pimozide και το sulpiride έχουν εξεταστεί στη θεραπεία των ασθενών με νευρική ανορεξία. Η χλωροπρομαζίνη οδήγησε στο βραχυπρόθεσμο κέρδος βάρους, αλλά και παρήγαγε τις σημαντικές παρενέργειες συμπεριλαμβανομένης της επιληψίας και της αυξανόμενης τάσης πρόκλησης κενώσεων και δεν παρήγαγε συνεχές κέρδος βάρους σε πιο μακροπρόθεσμη επανεξέταση. Έχουν υπάρξει πιο πρόσφατες διπλής

τύφλωσης (double-blind), ψευδοφάρμακο-ελεγχόμενες μελέτες του pimozide και του sulpiride, αλλά έχει βρεθεί μόνο μια τάση για το υψηλότερο κέρδος βάρους με το pimozide, καμία σημαντική διαφορά στο κέρδος βάρους με το sulpiride και καμία αλλαγή για καθένα από τα φάρμακα στην διατροφική διαταραχή και στη συμπεριφορά. Ο Gross και οι συνάδελφοί του, πραγματοποίησαν μια τεσσάρων εβδομάδων ψευδοφάρμακο-ελεγχόμενη δοκιμή χρησιμοποιώντας το λίθιο σε 16 γυναίκες με νευρική ανορεξία . Βρήκαν ένα μικρό πλεονέκτημα στις ασθενείς που τους χορηγούνταν λίθιο, ειδικά στις δύο τελευταίες εβδομάδες της μελέτης. Δεν έχει υπάρξει καμία μελέτη πιο μακροχρόνιας διάρκειας ή δείγμα μεγαλύτερου μεγέθους, όσον αφορά στο λίθιο.

Οι ελεγχόμενες δοκιμές των αντικαταθλιπτικών χαπιών χαρακτηρίστηκαν από την παρατήρηση ότι πολλοί ασθενείς με νευρική ανορεξία έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα και υπάρχει αύξηση στην κύρια μορφή κατάθλιψης στους συγγενείς πρώτου βαθμού των ασθενών με διατροφική διαταραχή. Εντούτοις, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα στη νευρική βουλιμία, τα αποτελέσματα των ελεγχόμενων δοκιμών δεν έχουν παράσχει αντικειμενικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των καταπραϋντικών φαρμάκων στην θεραπεία κατά την οξεία φάση της νευρικής ανορεξίας.

Τρεις ψευδοφάρμακο-ελεγχόμενες δοκιμές των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών χαπιών (TCAs) που χρησιμοποιούν το clomipramine, και amitriptyline δεν παρουσίασαν οποιαδήποτε σημαντική επίδραση αυτών των φαρμάκων πέρα από το ψευδοφάρμακο (placebo). Λόγω της πρόσφατης ανησυχίας που προκύπτει από τη χρήση TCA στα παιδιά και τους εφήβους και το συσχετισμό της με τον ξαφνικό θάνατο, τη πιθανότητα εμφάνισης αρρυθμίας σε χαμηλό βάρος σωμάτων και την έλλειψη στοιχείων που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητά τους, τα TCAs δεν πρέπει να

χρησιμοποιούνται στη μεταχείριση των παιδιών και των εφήβων με νευρική ανορεξία.³¹

Οι εκλεκτικοί, ανασταλτικοί παράγοντες σεροτονίνης (SSRIs) έχουν αντικαταστήσει κατά ένα μεγάλο μέρος τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά χάπια στη γενική ψυχιατρική πρακτική. Ο Emslie και οι συνάδελφοι εξέθεσαν πρόσφατα την ανωτερότητα του fluoxetine πέρα από το ψευδοφάρμακο σε μια οκτώ εβδομάδων δοκιμή με ψευδοφάρμακο, όπου οι ασθενείς δεν ξέρουν τι καταναλώνουν (double-blind), σε παιδιά και σε εφήβους με Μείζον κατάθλιψη. Τα SSRIs έχουν αρχίσει να εξετάζονται στους ενήλικους, αλλά δεν έχουν μελετηθεί στα παιδιά και τους εφήβους με διατροφικές διαταραχές. Οι περισσότερες από τις μελέτες εστιάζουν στην οξεία θεραπεία των ασθενών με νευρική ανορεξία, οι οποίοι είναι ελλιποβαρείς και νοσηλεύονται. Ο Attia και οι συνάδελφοι βρήκαν πρόσφατα σε μια ψευδοφάρμακο-ελεγχόμενη δοκιμή ότι το fluoxetine δεν ήταν ανώτερο από το ψευδοφάρμακο στην αντιμετώπιση των νοσηλευμένων γυναικών με νευρική ανορεξία.

Άλλες πιο ενθαρρυντικές έρευνες έχουν εστιάσει στην χρήση των SSRIs ως αντικαταστάτες των προληπτικών παραγόντων σε ελλιποβαρείς ασθενείς.

Ο Kaye και οι συνάδελφοι του πραγματοποίησαν μια μελέτη 35 γυναικών, με περιοριστική υποκατηγορία της νευρικής ανορεξίας και οι οποίες είχαν φτάσει κοντά στο φυσιολογικό βάρος κατά τη διάρκεια παραμονής τους σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα. Έπειτα τους χορηγήθηκε για 11 μήνες, με τυχαία σειρά, είτε fluoxetine είτε ψευδοφάρμακο, καθώς επίσης και βοήθεια σε επίπεδο κοινοτικής ψυχοκοινωνικής αντιμετώπισης. Οι γυναίκες που έλαβαν το fluoxetine είχαν ένα σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό υποτροπής από εκείνες που άνηκαν στην ομάδα ψευδοφαρμάκου. Αντίθετα, ο Strober έκανε αναφορά για μια φυσιολογική μελέτη περίπτωσης-ελέγχου όπου 33 γυναίκες που είχαν λάβει το fluoxetine κατά τη διάρκεια μιας επιτυχούς εισαγωγής σε νοσοκομείο και συγκρίθηκαν με τα στοιχεία από 33

ιστορικούς ασθενείς ελέγχου που δεν είχαν λάβει το φάρμακο. Η συνεχής θεραπεία εξωτερικών ασθενών δεν ήταν σταθεροποιημένη, αλλά περιέλαβε τουλάχιστον την εβδομαδιαία ψυχοθεραπεία με την οικογενειακή θεραπεία και τη διαιτητική παροχή συμβουλών όπως απαιτείται. Οι ασθενείς ήταν υπό παρακολούθηση σε εξάμηνα διαστήματα με δύο έτη συνολικής παρακολούθησης. Συνολικά, οι συγγραφείς δεν βρήκαν καμία σημαντική διαφορά μεταξύ του fluoxetine και των ομάδων ελέγχου σχετικά με τα μέτρα των αντισταθμιστικών συμπεριφορών, την ανάγκη για την επανά-εισαγωγή σε νοσοκομείο, και την απώλεια βάρους κάτω από το βάρος-στόχο. Κατά συνέπεια, εάν η θεραπεία με το fluoxetine είναι χρήσιμη στην πρόληψη της υποτροπής παραμένει επίκαιρο ερώτημα προς απάντηση για τη μελλοντική έρευνα. Επιπλέον, δεν έχει υπάρξει καμία ελεγχόμενη δοκιμή νευρικής ανορεξίας με τους agent SSRI εκτός από το fluoxetine και η πιθανή επίδρασή τους παραμένει ένα ανοικτό ερώτημα.²⁹

Οι ανυψωτές όρεξης όπως το cyproheptadine έχουν προταθεί επίσης ως πιθανές θεραπείες για τους ασθενείς με νευρική ανορεξία.

Το cyproheptadine έχει χρησιμοποιηθεί στις χαμηλές δόσεις (12 mg/ημέρα) στους εξωτερικούς ασθενείς και τις υψηλότερες δόσεις (το μέγιστο 32 mg/ημέρα) στους νοσηλευόμενους ασθενείς. Συνολικά, αυτές οι μελέτες δεν βρίσκουν κανένα πλεονέκτημα για το κέρδος βάρους στην ομάδα cyproheptadine. Ο Halmi και οι συνάδελφοι διαπίστωσαν ότι ο χρόνος για να επιτευχθεί το βάρος-στόχος ήταν πιο σύντομος με το cyproheptadine και όταν οι ασθενείς χωρίστηκαν σε υποκατηγορίες βάσει της βουλιμικής κατάστασης, οι μη υπερβολικοί καταναλωτές τροφών εμφανίστηκαν να ωφελούνται κάπως από το cyproheptadine, ενώ επηρεάστηκε αρνητικά η υποκατηγορία των ασθενών που εκδήλωναν υπερφαγία ή προκαλούσαν ηθελημένη κένωση. Αν και αυτή η μελέτη παρέχει κάποια στοιχεία ότι το cyproheptadine μπορεί να είναι χρήσιμο σε μια υποομάδα ασθενών με νευρική ανορεξία που δεν εκδήλωνε υπερφαγία και δεν προκαλούσε κενώσεις, τα διαθέσιμα στοιχεία

δεν προτείνουν ότι αυτός ο παράγοντας ασκεί σημαντική επίδραση στα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας.

Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία παραπονιούνται συνήθως για πρόωρο κορεσμό και συμπτώματα που μπορούν να συμβάλουν στην αποφυγή τροφίμων σε αυτούς τους ασθενείς και έτσι διάφοροι prokinetic agents έχουν εξεταστεί στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας. Το metaclopramide και το cisapride έχουν αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τη γαστρική εκκένωση στη βραχυπρόθεσμη επεξεργασία της νευρικής ανορεξίας, αν και τα δύο φάρμακα έχουν τις παρενέργειες CNS συμπεριλαμβανομένης και της καταθλιπτικής διάθεσης.⁴¹

Πιο πρόσφατα οι Stacher και συνάδελφοι εξέθεσαν μια διπλή τυφλή ελεγχόμενη δοκιμή 12 εβδομάδων του cisapride που βρήκε τους επιταχυνόμενους γαστρικούς χρόνους κένωσης σε έναν μικρό αριθμό ασθενών με νευρική ανορεξία και πρότεινε ότι αυτή η επίδραση μπορεί να αυξήσει το κέρδος βάρους σε αυτούς τους ασθενείς, αν και η σημασία οποιασδήποτε διαφοράς φάρμακο- ψευδοφαρμάκου δεν αναφέρθηκε .

Ο Szmukler και οι συνεργάτες διηύθυναν μια ελεγχόμενη δοκιμή διάρκειας οκτώ εβδομάδων του cisapride σε 29 ανορεξικούς ασθενείς και βρήκαν κάποια βελτίωση στα γαστρεντερικά συμπτώματα στην ομάδα cisapride, αλλά καμία σημαντική διαφορά στον γαστρικό χρόνο εκκένωσης ή κέρδος βάρους μεταξύ του cisapride και του ψευδοφαρμάκου. Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα από τις ανωτέρω μελέτες, ο ακριβής ρόλος για τους prokinetic agents στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας παραμένει κακώς καθορισμένος και αν και μπορούν να είναι χρήσιμοι για εκείνους τους ασθενείς που συνδέουν το σημαντικό γαστρεντερικό κίνδυνο με τα γεύματα μαζί με τα στοιχεία της καθυστερημένης γαστρικής εκκένωσης. Ωστόσο δεν υπάρχει αυτήν την περίοδο κανένα πειστικό στοιχείο για να υποστηρίξει τη στερεότυπη χρήση τους στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας.

Υπάρχει επικάλυψη στην κλινική παρουσίαση της ανεπάρκειας ψευδάργυρου και στη νευρική ανορεξία, συμπεριλαμβανομένης της απώλειας βάρους, οι αλλαγές στην όρεξη και την καταθλιπτική διάθεση. Λαμβάνοντας υπόψη τον περιορισμό τροφίμων και τη θρεπτική στέρηση που συνοδεύει την νευρική ανορεξία, οι ερευνητές υπέθεσαν μια πιθανή ανεπάρκεια ψευδάργυρου στη νευρική ανορεξία και έναν πιθανό ρόλο για τη συμπλήρωση ψευδάργυρου στην αντιμετώπιση της. Επιπλέον, πολλές από τις μελέτες που ερευνούν τη σχέση μεταξύ του ψευδάργυρου και της νευρικής ανορεξίας έχουν πραγματοποιηθεί στους εφήβους.

Ο αρχικός ενθουσιασμός παρήχθη από μια ανοικτή δοκιμή της συμπλήρωσης ψευδάργυρου σε 20 θηλυκές, ηλικίας 14-26 ετών, με νευρική ανορεξία που ανέφερε το αυξανόμενο βάρος σωμάτων με τη συμπλήρωση ψευδάργυρου. Οι συντάκτες περιγράφουν μια διπλής τύφλωσης επέκταση αυτής της εργασίας αλλά δεν έχουν εκθέσει ακόμα αυτά τα στοιχεία στη βιβλιογραφία. Τρεις διπλής τύφλωσης, ψευδοφάρμακο-ελεγχόμενες δοκιμές του ψευδάργυρου έχουν δημοσιευθεί στη βιβλιογραφία.³⁸

Ο Katz και οι συνάδελφοι διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με νευρική ανορεξία είχαν χαμηλές διαιτητικές εισαγωγές ψευδάργυρου έναντι των διαιτητικών συστάσεων και τα χαμηλά επίπεδα ουρικής έκκρισης ψευδάργυρου έναντι των ομάδων ελέγχου. Αναφέρουν ότι η συμπλήρωση ψευδάργυρου οδήγησε σε μείωση στα συμπτώματα της κατάθλιψης και την ανησυχία στους εφήβους με νευρική ανορεξία, και μια τάση προς το μεγαλύτερο κέρδος βάρους σε εκείνους τους εφήβους που έλαβαν τη συμπλήρωση ψευδάργυρου. Ο Birmingham και οι συνάδελφοι βρήκαν μια σημαντική διαφορά στο ποσοστό αύξησης BMI έναντι του ψευδοφαρμάκου, σε 35 ενήλικους θηλυκούς ασθενείς με νευρική ανορεξία στους οποίους δόθηκαν gluconate ψευδάργυρου μέχρι 100 mg ανά ημέρα. Αντίθετα, Ο Lask και οι συνάδελφοι πραγματοποίησαν τη διπλής τύφλωσης, ελεγχόμενη ψευδοφάρμακο διασταυρώσεων, δοκιμή, για περίοδο 12 εβδομάδων, σε 26

ασθενείς με νευρική ανορεξία και δεν βρήκαν καμία διαφορά στο ποσοστό κέρδους βάρους μεταξύ των ομάδων που χρησιμοποιούσαν ψευδάργυρο και των ομάδων ψευδοφαρμάκου.. Κατά συνέπεια, αν και μερικοί συντάκτες προτείνουν ότι ο ψευδάργυρος μπορεί να είναι χρήσιμος στην αύξηση του βάρους στη νευρική ανορεξία. Ο ρόλος του στην παθοφυσιολογία της νευρικής ανορεξίας είναι ακόμη αμφισβητούμενος και η χρησιμότητά του στη στερεότυπη αντιμετώπιση της ασθένειας δεν έχει καθιερωθεί με σαφήνεια στη βιβλιογραφία.⁴¹

12. ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ ΣΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

12.1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η οστεοπόρωση είναι μια πολύ διαδεδομένη επιπλοκή της νευρικής ανορεξίας. Σε αντίθεση με τις περισσότερες άλλες επιπλοκές της νευρικής ανορεξίας, η οστεοπόρωση και τα συμπτώματά της: κάταγμα, κύφωση και πόνος μπορεί να επιμείνουν ανεξάρτητα από το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Οι παραδοσιακές, αποδεδειγμένες θεραπείες για την μεταεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση δεν είναι τόσο αποτελεσματικές ενάντια στην οστεοπόρωση στην νευρική ανορεξία. Συνεπώς, οι θεράποντες ιατροί αυτών των ασθενών πρέπει να είναι περισσότερο προσεκτικοί με την οστεοπόρωση, σχετικά με την πρόληψη, διάγνωση και τις θεραπευτικές στρατηγικές.



Το σήμα κατατεθέν της νευρικής ανορεξίας είναι η σαφής υπερβολική αδυναμία των ασθενών. Η πλειοψηφία των ιατρικών επιπλοκών της ανορεξίας είναι το κατευθυνόμενο αποτέλεσμα αυτής της απώλειας βάρους και της υποθρεψίας. Αν και πολλές από τις ιατρικές επιπλοκές της νευρικής ανορεξίας είναι αναστρέψιμες με την έγκαιρη αποκατάσταση του σωματικού βάρους, η οστεοπόρωση είναι μια σοβαρή επιπλοκή που συχνά επιμένει ακόμα και μετά την αποκατάσταση και επανεμφάνιση της έμμηνου ρύσεως. Συνεπώς, οι θεράποντες που συμμετέχουν στην φροντίδα αυτών των ασθενών πρέπει να νιώθουν οικειότητα με τη πρόληψη, διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης που σχετίζεται με την νευρική ανορεξία.⁴²

12.2. Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Η οστεοπόρωση είναι ένα τεράστιο πρόβλημα υγείας το οποίο συνδέεται με σημαντική νοσηρότητα και κίνδυνο θνησιμότητας. Στις ΗΠΑ το ετήσιο κόστος της ιατρικής φροντίδας για ασθενείς με οστεοπόρωση έχει υπολογισθεί ότι είναι μεταξύ 15–20 δισεκατομμυρίων δολαρίων. Οι ανορεξικοί ασθενείς και η τάση τους για οστεοπόρωση συμβάλλουν σ' αυτή την κατανάλωση. Περισσότερο από το 50% των γυναικών ασθενών με νευρική ανορεξία αναπτύσσουν οστεοπόρωση. Ομοίως, περισσότερο από το 50% των ανδρών με νευρική ανορεξία έχουν πυκνότητες της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και του μηριαίου οστού, οι οποίες είναι περισσότερο από 2 SDs κάτω από τους έλεγχους οι οποίοι σχετίζονται με την ηλικία.

Κάποτε θεωρείτο ότι η αμηνόρροια η οποία έχει υπάρξει σε περισσότερες από το 95% των ασθενών με νευρική ανορεξία ήταν απαλλαγμένη δυσμενών επιπτώσεων. Αυτή η θεώρηση άλλαξε ριζικά. Η αμηνόρροια προδιαθέτει τις γυναίκες για χαμηλή οστική πυκνότητα και οστεοπόρωση. Επειδή η οστεοπόρωση είναι συμπτωματική ώσπου ένα κάταγμα συμβεί, η πλειοψηφία των ασθενών δεν αντιλαμβάνεται καν ότι έχουν την ασθένεια. Αυτό είναι ανησυχητικό γιατί η νευρική ανορεξία εισβάλλει στους έφηβους στον ίδιο χρόνο στον οποίο αποκτάται και η αδυναμία της οστικής μάζας.⁴³

Η μείωση της οστικής μάζας στους νεαρούς ενήλικες είναι ο σπουδαιότερος καθοριστικός παράγοντας της τελικής οστικής πυκνότητας και της πιθανότητας ρήξεως. Η νευρική ανορεξία είναι συνδεδεμένη με την φανερή μείωση της οστικής πυκνότητας, ειδικά στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και την περιφερειακή ακτίνα. Πολλοί από αυτούς τους ασθενείς δεν θα φτάσουν ποτέ το αδυνάτισμα της οστικής τους μάζας.

Σαν αποτέλεσμα αυτού του σταδίου μείωσης της οστικής μάζας, οι ανορεκτικοί έφηβοι βιώνουν μειωμένη ανάπτυξη και μια αύξηση του κίνδυνου για επίπονα κατάγματα, παραμορφωτική κύφωση, μείωση ύψους και νοσηρότητα. Η οστική πυκνότητα αυτών των ασθενών δεν αυξάνεται στην κανονική κλίμακα ακόμη και μερικά χρόνια μετά την ανάρρωση από τη νευρική ανορεξία. Συνεπώς, αυτοί παραμένουν σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση οστεοπόρωσης στο μέλλον. Οι Lucas, Melton, Crowson και O'Fallon (1999) απέδειξαν ότι το ρίσκο για οποιοδήποτε ρήξη (κάταγμα) σε ασθενείς με νευρική ανορεξία αυξάνεται σχεδόν στο τριπλάσιο συγκρινόμενο, με ελέγχους που διενεργούνται βάσει ηλικίας (age-matched control). Οι συγκεκριμένοι συγγραφείς, επίσης, αναφέρουν ότι η συσσωρευμένη συχνότητα εμφάνισης καταγμάτων, μεταξύ γυναικών 20 ετών, μετά τη διάγνωση της νευρικής ανορεξίας, ήταν 57%. Συνεπώς, υπάρχει επιτακτική ανάγκη οι θεράποντες ιατροί της νευρικής ανορεξίας να αυξήσουν την ενημέρωση τους για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης πριν την εμφάνιση σημαντικού προβλήματος. Ένα παροδικό επεισόδιο ανορεξίας σε νεαρή ηλικία μπορεί να εξασθενήσει μόνιμα την σκελετική ακεραιότητα. Είναι επίσης σημαντικό να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν οι ασθενείς σχετικά με τους πολλούς και σοβαρούς κινδύνους που αφορούν τα οστά σε σχέση με τη νευρική ανορεξία και να διαβεβαιωθούν ότι κλινικά σημαντική απώλεια οστικής μάζας συνήθως δεν συμβαίνει μέσα στους 12 πρώτους μήνες της νευρικής ανορεξίας. Έγκαιρες και δραστικές παρεμβάσεις για την νευρική ανορεξία μπορούν να εμποδίσουν την οστική απώλεια.⁴⁴

12.3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νευρική ανορεξία είναι συχνά μια παρατεταμένη ασθένεια με αφετηρία την εφηβεία. Τα εφηβικά χρόνια αντιπροσωπεύουν μια κρίσιμη περίοδο για την μεταλλική οστική εναπόθεση. Η αδυναμία να επιτύχει το αδυνάτισμα της οστικής μάζας κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου είναι ένας σημαντικός παράγοντας κίνδυνου για την μεταγενέστερη εξέλιξη της οστεοπόρωσης. Οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να γνωρίζουν τους κυριότερους προάγγελους της χαμηλής οστικής πυκνότητας στους ανορεξικούς ασθενείς για να βοηθήσουν να οδηγηθούν οι διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις στην πρόληψη και θεραπεία της οστεοπόρωσης σε αυτόν τον πληθυσμό.

Η διάρκεια της νευρικής ανορεξίας είναι προάγγελος της χαμηλής οστικής μεταλλικής πυκνότητας. Όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα διαρκεί η ασθένεια, τόσο μεγαλύτερη είναι η μείωση της οστικής μεταλλικής πυκνότητας. Υπάρχει μια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη σπονδυλική οστική μεταλλική πυκνότητα και στη διάρκεια της υπερβολικής αδυναμίας σε επίπεδο ΔΜΣ (δείκτη μάζας σώματος). Μια μεγαλύτερη διάρκεια αμηνόρροιας σχετίζεται επίσης με μεγαλύτερη μείωση της οστικής πυκνότητας. Δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι χαμηλή συγκέντρωση οιστρογόνων στον ορό σχετίζονται με χαμηλή οστική πυκνότητα. Ακόμα, μελέτες έχουν δείξει ότι συμπληρώματα οιστρογόνων δεν βελτιώνουν την οστική πυκνότητα σε ανορεξικούς ασθενείς. Ένας πιθανός τρόπος να εξηγηθεί αυτή η διχοτόμηση είναι ότι τα τρέχοντα επίπεδα οιστρογόνων δεν είναι αυτά που αποτελούν το κυρίως θέμα. Ακριβέστερα, η αθροιστική έκθεση των οιστρογόνων είναι ο παράγοντας κλειδί της οστικής πυκνότητας. Η ισχνή μάζα σώματος είναι επίσης ο προάγγελος της οστικής μεταλλικής πυκνότητας.⁴⁵

Αυτά και άλλα σημάδια της σύνθεσης του σώματος όπως ο ΔΜΣ σχετίζονται με την οστική πυκνότητα. Πιθανώς αυτό συμβαίνει εξαιτίας του παθητικού μηχανισμού φόρτωσης στα οστά. Το φυσιολογικό βάρος που έχει ο ασθενής σήμερα καθώς και το βάρος που είχε κατά το παρελθόν μπορεί να είναι ο καλύτερος προάγγελος της οσφυϊκής οστικής πυκνότητας. Οι κλινικοί θα πρέπει να εντείνουν την επαγρύπνηση τους στους ανορεξικούς ασθενείς που έχουν έντονη απώλεια βάρους και μεγαλύτερης διάρκειας αμηνόρροια.⁴⁶

13. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Θεμελιώδης αρχή είναι η θεραπευτική εργασία που αρχίζει στη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης, να συνεχίζεται και μετά από αυτήν. Η νοσοκομειακή περίθαλψη και η απομόνωση δεν μπορούν να είναι, όπως επιμένουν οι E.J. Kestemberg και S Decobert, παρά «μεταβατικά στάδια, μια αναγκαία συνοδεία όπως είναι και ο έλεγχος του βάρους και της φυσικής κατάστασης, αλλά όχι μοναδική και απατηλή θεραπεία, ακόμα και στις περιπτώσεις που η εξαφάνιση του συμπτώματος στεφανώνει το τελικό αποτέλεσμα».

Αν αυτή η εργασία της αποθεραπείας δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί, τότε υπάρχει πραγματικά μεγάλη πιθανότητα η ανόρεκτη, στερημένη από την «αμυντική» της συμπεριφορά και αντιμέτωπη απότομα με τις δυσκολίες μιας ζωής της οποίας διαισθάνεται καλύτερα τα «κενά» χωρίς να μπορεί ακόμα να τα γεμίσει, αναγκάζεται να εφαρμόσει ξανά «ελλείψει καλύτερου μέσου» την ανορεκτική της συμπεριφορά. Το πόσο ακατάλληλες είναι οι εξωνοσοκομειακές παρακολουθήσεις που προτείνουν τα περισσότερα κλασικά ψυχιατρικά κέντρα καθώς και οι αναλυτικές, σιωπηρές και σημαντικές ψυχοθεραπείες αποδεικνύεται από, τις συχνές και μετά από σύντομο χρονικό διάστημα, διακοπές των θεραπειών αυτών. Γεγονός που οδηγεί στο να προτείνει κανείς στις άρρωστες αυτές μια πιο εξειδικευμένη μορφή περίθαλψης που, όπως προτείνει η H. Burch, επικεντρώνεται στην έλλειψη της εμπιστοσύνης στον εαυτό τους, στην ανικανότητα τους να αντιτάσσονται χρησιμοποιώντας το λόγο στους άλλους, ώστε με αυτόν τον τρόπο να «υπάρχουν» λίγο περισσότερο.

Σε αυτό ακριβώς το στάδιο της θεραπείας, εμείς προσωπικά πιστεύουμε ότι παρουσιάζουν ενδιαφέρον ορισμένες γνωστικό-συμπεριφορικές προσεγγίσεις του τύπου ομάδες εξάσκησης στην επιβεβαίωση του εαυτού, τις κοινωνικές επιδεξιότητες και στην έκφραση των

αισθημάτων «όπου συναντώνται οι ανόρεχτες αλλά και άλλοι ασθενείς που εκφράζουν παρόμοια αισθήματα και που παρουσιάζουν ένα παραπλήσιο προβληματισμό.³⁸

Τέτοιες ομάδες επιτρέπουν να θιγούν κατά πολύ πρακτικό τρόπο, με τη βοήθεια της εναλλαγής των ρόλων, ορισμένες καταστάσεις της καθημερινής ζωής κατά τις οποίες οι δυσκολίες και οι ανικανότητες αυτές εμφανίζονται ιδιαίτερα και συμπαραστέκονται πραγματικά στη διαδικασία της αυτονόμησης που είναι τόσο δύσκολη όσο και απαραίτητη.

Όπως ισχύει και για την περίθαλψη των αλκοολικών και τοξικομανών, έτσι και σε αυτή την περίπτωση έχει επίσης μεγάλη σημασία η θεραπευτική ομάδα να επιδεικνύει μεγάλη σταθερότητα, να παραμένει για πολύ καιρό μια σίγουρη προσφυγή για την ανόρεκτη, όποια και αν είναι η εξέλιξή της, ιδίως ξεπερνώντας το αίσθημα στέρησης που προκαλούν οι αναπόφευκτες υποτροπές.

Η περίθαλψη των ασθενών αυτών που παρουσιάζουν συμπεριφορές εθισμού, αποτελεί σχεδόν πάντα, μια μακροπρόθεσμη υπόθεση. Είναι απαραίτητο να πεισθούν γι' αυτό οι θεραπευτές και να το αποδεχθούν.

Αν ξεπερασθεί η οξεία περίοδος, που μπορεί μερικές φορές να διαρκέσει πολύν καιρό, είναι επιθυμητό και συχνά είναι εφικτό να αρχίσουν οι άρρωστες αυτές μια προσωπική ψυχαναλυτική διεργασία, η οποία δεν θα μπορούσε να προταθεί νωρίτερα λόγω της χρονοβόρου διαδικασίας που χαρακτηρίζει τη διαδικασία της ψυχανάλυσης.⁸

14. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Από τις αρχικές σύγχρονες περιγραφές της νευρικής ανορεξίας από τον Gull και τον Lasague 120 χρόνια πριν, έχει υπάρξει συνεπής και προσεκτική παρατήρηση των πολλαπλάσιων σωματικών συμπτωμάτων και των δευτερογενών συμπτωμάτων αυτής της διαταραχής. Δεδομένου ότι οι νέες τεχνικές μετρήσεων εξελίσσονται σε τέτοιες ανόμοιες περιοχές όπως την ανοσολογία και, τα νέα στοιχεία προκύπτουν από τις πρωτεϊνικές επιπλοκές. Ιστορικά τέτοια συμπεράσματα έχουν χρησιμοποιηθεί κατά περιόδους προσπαθώντας να αιτιολογήσουν τα πρότυπα της αιτιοπαθολογίας ή παραπέμπουν στη θεραπευτική, συνήθως κρύβοντας την πολυπλοκότητα αυτής της πολυδιάστατης διαταραχής και αγνοώντας τη μη συγκεκριμένη συμβολή των αποτελεσμάτων του λιμού. Εντούτοις, είναι αναμφισβήτητο ότι καμία άλλη ψυχιατρική διαταραχή δεν φανέρωνε τόσες ιατρικές περιπλοκές όσες η νευρική ανορεξία.²



14.1 ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ/ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η πρωτοβάθμια ή η δευτεροβάθμια αμηνόρροια είναι ένα υποχρεωτικό διαγνωστικό κριτήριο της νευρικής ανορεξίας. Η παραμονή ή η επαναφορά, των ταχέως αναπτυγμένων (προ της ήβης) εκκριτικών προφίλ της ωχρινοποιημένης ορμόνης και της θυλάκιο-διεγερτικής ορμόνης παραπέμπουν σε μια κατάσταση υπογοναδιοτροφικού υπογοναδισμού. Στα αρσενικά με νευρική ανορεξία, αυτή η κατάσταση μπορεί να φανερωθεί ως σεξουαλική ανιδιοτέλεια και δυσλειτουργία. Στα πρόωρα (ταχέως) αναπτυγμένα θηλυκά, μπορεί να συνδεθεί με μια αποτυχία της κανονικής ανάπτυξης του στήθους. Η ορμονική διαταραχή περιορίζεται αλλά δεν αποβάλλεται η δυνατότητα της αναπαραγωγής, ωστόσο υπάρχουν στοιχεία του εμβρυϊκού κινδύνου στις γυναίκες με ενεργή νευρική ανορεξία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Αυτός ο κίνδυνος έχει καταδειχθεί σε μια σειρά περιπτώσεων εγκυμοσύνης κατά τις οποίες τα μωρά είχαν χαμηλό ενδομήτριο βάρος και μετά τη γένεση τους και τα χαμηλότερα αποτελέσματα στις τυποποιημένες δοκιμές ως νεογέννητα. Η αιτιολογία της ενδοκρινούς δυσλειτουργίας είναι ασαφής, δεδομένου ότι σε μια μειονότητα των περιπτώσεων η αμηνόρροια προηγείται της σημαντικής απώλειας βάρους.¹⁸

14.2. ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η αφυδάτωση είναι ένα κοινό περιστατικό στα πρόσωπα με νευρική ανορεξία, ιδιαίτερα όταν η πρόκληση εμετού και η καθαρτική ή διουρητική κατάχρηση είναι παρούσα. Η χρόνια αφυδάτωση και η υποκαλιαιμία μπορούν να προκαλέσουν αμετάκλητη ζημία στα νεφρικά σωληνάρια και διαβήτης μπορεί να εμφανιστεί δευτεροβάθμια στην ανώμαλη απελευθέρωση αγγειοπρεσίνης με τη μειωμένη νεφρική συγκεντρωτική ικανότητα. Οι νεφρικοί υπολογισμοί ως συνεπεία της χρόνιας αφυδάτωσης έχουν αναφερθεί επίσης. Ο προσεκτικός έλεγχος της ρευστής (υδρικής) ισορροπίας είναι γενικά όλα αυτά τα οποία απαιτούνται κατά τη διάρκεια της επανενυδάτωσης, αν και οι ασθενείς που λαμβάνουν την παρεντερική σίτιση διατρέχουν τον ιδιαίτερο κίνδυνο για υποφωσφαταιμία.

Η συμπτωματική υπογλυκαιμία δεν είναι κοινή στους ασθενείς με νευρική ανορεξία, πιθανώς λόγω των προσαρμοστικών αλλαγών στην απελευθέρωση και την εκκαθάριση ινσουλίνης. Εντούτοις, η νευρική ανορεξία και ο ανιχνευμένος διαβήτης παρουσιάζει ένα σοβαρό ιατρικό πρόβλημα που απαιτεί την εισαγωγή από τους ειδικούς και για διαβήτη και για διατροφικές διαταραχές. Παρά τις προηγούμενες εκθέσεις των ανυψωμένων επιπέδων χοληστερόλης στους ασθενείς με νευρική ανορεξία, τα πρόσφατα στοιχεία προτείνουν ότι αυτό δεν εμφανίζεται.⁴⁷

14.3. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι ήπιες μορφές αναιμίας καθώς επίσης και λευκοπενίας και θρομβοπενίας είναι κοινές στους ανθρώπους με νευρική ανορεξία. Αυτοί οι ανώμαλοι δείκτες επιστρέφουν γενικά σε κανονικό επίπεδο με την αποκατάσταση βάρους. Η αναιμία είναι συνήθως «normochronic» και «normocytic» (φυσιολογικό χρώμα και σχήμα των ερυθρών κύτταρων), αν και η εντερική αιμορραγία, δευτεροβάθμια στην καθαρτική κατάχρηση, μπορεί να οδηγήσει σε αναιμία με ανεπάρκεια σιδήρου. Παρά το γεγονός μιας μείωσης ορισμένων παραμέτρων της άνοσης λειτουργίας, δεν υπάρχει κανένα στοιχείο του αυξανόμενου κινδύνου μολύνσεων. Τα χαμηλά ποσοστά ιζηματογένεσης βρίσκονται γενικά, σε αντίθεση με άλλες παθολογικές διαδικασίες που σχετίζονται με την απώλεια βάρους.⁴⁸

14.4. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Διάφορα σημάδια δερμάτων έχουν γίνει μέρος της ιατρικής λαογραφίας της νευρικής ανορεξίας. Αυτά τα σημάδια περιλαμβάνουν τον κιτρινωπό αποχρωματισμό που αποδίδεται στη χρώση καροτίνης, η εμφάνιση της λεπτής τρίχας των κάτω ακρών των σωμάτων (lanugo) και, στους ασθενείς που προκαλούν εμετό, υπερπλασία της κερατίνης στοιβάδας της επιδερμίδας στα άκρα του χεριού (σημάδι του Russell). Καμία από αυτές τις επιπλοκές δεν απαιτεί την προσοχή πέρα από τη στερεότυπη ιατρική περίθαλψη.⁴²

14.5. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η νευρική ανορεξία συνδέεται με τη διαταραχή και στην κεντρική και περιφερική νευρολογική λειτουργία. Κεντρικά, σε δομικό επίπεδο, οι μελέτες απεικόνισης έχουν τεκμηριώσει τη διεύρυνση των εγκεφαλικών κοιλιών στα πρόσωπα με νευρική ανορεξία. Ενώ έχει υποστηριχθεί ότι αυτή η εύρεση απεικονίζει την «ψευδοατροφία» δευτεροπαθώς στις διαταραχές της έκκρισης της κορτιζόλης και έχει αποδειχθεί ότι είναι αντιστρέψιμη, η αιτιολογία και η μακροπρόθεσμη έκβασή της παραμένουν άγνωστες. Σε λειτουργικό επίπεδο, η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων έχει καταδείξει τον υπερμεταβολισμό γλυκόζης στην κερκοφόρο περιοχή. Αυτή η εύρεση είναι αβέβαιης σημασίας. Οι ηλεκτροεγκεφαλογραφικές (EEG) ανωμαλίες διάφορων τύπων έχουν αναφερθεί επίσης. Κλινικά αυτά τα συμπεράσματα της EEG μπορούν να φανερωθούν στην εξασθένηση που ανιχνεύεται κατά τη διάρκεια της νευροψυχολογικής αξιολόγησης και από μια μείωση του κατώτατου ορίου σύλληψης. Περιφερικά, η γενικευμένη αδυναμία μυών και η απώλεια μάζας μυών μπορούν να είναι παρούσες.³¹

14.6. ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Οι πρόσφατες μακροπρόθεσμες μελέτες, που επεκτείνονται άνω των είκοσι ετών, σε ασθενείς με νευρική ανορεξία στην Σκανδιναβία και την Αγγλία αποκαλύπτουν ένα ποσοστό θνησιμότητας 18% με πλειοψηφία των θανάτων που αποδίδονται στις ιατρικές επιπλοκές της νευρικής ανορεξίας. Η έλλειψη λεπτομέρειας σε αυτές τις εκθέσεις αποκλείει τον προσδιορισμό των εγγύτατων αιτιών του θανάτου, αν και το ηλεκτροκαρδιογράφημα και οι μεταβολικές διαταραχές έχουν τεκμηριωθεί σε διάφορες εκθέσεις. Το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας είναι ίσο με αυτό που φαίνεται σε άλλες σημαντικές ψυχιατρικές διαταραχές όπως σχιζοφρένια και σημαντική κατάθλιψη.

Οι νοσοκομειακοί γιατροί πρέπει να επαγρυπνούν με ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν ηλεκτρολυτικές και εκκριτικές διαταραχές, δυσρρυθμία, εμετικές κενώσεις και προηγμένη απίσχναση.⁴⁵

14.7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα παραπάνω δεν επιτρέπουν την επαρκή τεκμηρίωση της πανοπλίας των ιατρικών περιπλοκών του νευρικής ανορεξίας, κανένα σύστημα οργάνων δεν διατίθεται. Παρά την έκταση αυτών των δευτερογενών συμπτωμάτων, δεν υπάρχει κανένα στοιχείο ότι ένα από αυτά εξηγεί την προέλευση της ασθένειας ή υπαγορεύει μια συγκεκριμένη θεραπεία. Στην πλειοψηφία των ασθενών, τα συμπτώματα επιστρέφουν με την κατάλληλη διατροφή και την αποκατάσταση βάρους. Εκείνα τα συμπτώματα που μπορούν να είναι λιγότερο αντιστρέψιμα όπως η οστεοπόρωση μπορούν να αποτελέσουν συνεχή απειλή για το άτομο ακόμη και μετά την επίλυση της αναταραχής. Οι παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες πρέπει να είναι άγρυπνοι σχετικά με αυτές τις περιπλοκές και πρέπει να εξασφαλίσουν την καλή ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών τους.

15. ΟΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

15.1. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ

Οι διαταραχές οι οποίες συνοδεύουν την ψυχογενή ανορεξία είναι πολλές και αφορούν στον μεταβολισμό και στις ορμονικές διαταραχές. Ωστόσο οι διαταραχές αυτές δεν αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα της νόσου καθώς αποτελούν δευτερεύουσες ενδείξεις και σε άλλες νόσους οι οποίες φτάνουν τον ασθενή σε κατάσταση απίσχνασης και το άτομο υποφέρει από υποσιτισμό. Άλλες διαταραχές όπως ορισμένες λειτουργίες των γοναδοτρόπων ορμονών φαίνεται να είναι πιο χαρακτηριστικές της νευρικής ανορεξίας (έτσι δικαιολογείται και η έρευνα για πιθανές δυσχέρειες στις κεντρικές νευροχημικές ρυθμίσεις στην νευρική ανορεξία). Τέτοιες διαταραχές θα μπορούσαν να αφορούν στο επίπεδο του υποθάλαμου και συγκεκριμένα στα τμήματα που είναι υπεύθυνα για την έκκριση των γονάδων. Με βάση τα παραπάνω δεδομένα η πάθηση παίρνει ένα ψυχοπαθολογικό χαρακτήρα, πράγμα το οποίο είναι και το μόνο σίγουρο, υποθέτοντας ότι θα μπορούσε να εμφανίσει και σωματικά στοιχεία τα οποία θα στηρίζονταν στα επίπεδα του υποθάλαμου που προαναφέρθηκαν.

Για πολύ καιρό η νόσος θεωρήθηκε ως αποτέλεσμα ανεπάρκειας υπόφυσης [«η υποφυσεογενής καχεξία» («Cachexie hypophysaire») του Simmonds, 1914] για τον λόγο ότι εν γένει τα δυο κύρια χαρακτηριστικά της ανορεξίας είναι η αμηνόρροια και η ανορεξία-απίσχναση.

Στην πραγματικότητα, αν υποθέσουμε ότι υπάρχει μια προ-υποφυσιακή διαταραχή, αυτή δεν είναι πλήρης και κυρίως δεν είναι παρά λειτουργική, δευτερογενής μιας παθολογίας που τοποθετείται σε ανώτερα επίπεδα. Τα υπόλοιπα κλινικά σημεία είναι, ουσιαστικά, δευτερογενή και οφείλονται στην απίσχναση.⁴³

15.2. Η ΑΠΙΣΧΝΑΝΣΗ

α) Καταβολισμός και ρύθμιση των παγκρεατικών και υποθαλαμίων ορμονών.

Οι άρρωστοι με νευρική ανορεξία βρίσκονται μόνιμα σε μια κατάσταση καταβολισμού καθώς χρησιμοποιούν τα ενεργειακά αποθέματα τους, διότι εξαιτίας της αυξημένης δραστηριότητας (= υπερκινητικότητα) που εμφανίζουν αυτοί οι ασθενείς επηρεάζεται αρνητικά το ισοζύγιο ενέργειας. Στην πραγματικότητα πρόκειται για λιπόλυση, δηλαδή για κατανάλωση λιπώδους ιστού. Η διάφορα με τις άλλες μορφές υποσιτισμού βρίσκεται στο ότι η άρρωστοι με νευρική ανορεξία διατηρούν τα επίπεδα πρωτεϊνικής πρόσληψης αρκετά υψηλά. Ωστόσο, από βιολογικής πλευράς στους ανορεξικούς παρατηρείται αύξηση της γλυκερόλης και των κετονικών σωμάτων.

Οι διαδικασίες αυτές του μεταβολισμού γίνονται κάτω από ορμονικό έλεγχο και, κατά κύριο λόγο, από τις ορμόνες που εκκρίνονται από τα νησίδια του Langerhans, στο πάγκρεας. Διαταράσσεται η ισορροπία τους προς την κατεύθυνση του καταβολισμού. Από τις τέσσερις γνωστές ορμόνες του παγκρέατος, η *ινσουλίνη* είναι η σημαντική αναβολική ορμόνη του οργανισμού: η έκκριση της ελαττώνεται στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας, τόσο σε κατάσταση βασικού μεταβολισμού όσο και μετά από ενεργοποίηση. Το γεγονός αυτό [ανάμεσα στα άλλα, αύξηση των AGL και της GL, για παράδειγμα] μπορεί να ερμηνεύσει επίσης την πτώση της ανεκτικότητας σε γλυκίδια που συναντάμε, παρά την ευαισθησία στη δράση της ορμόνης στην περιφέρεια που είναι αυξημένη (αύξηση του αριθμού των ειδικών υποδοχέων και της σύνδεσης τους με την ορμόνη).

Το γλυκογόνο, το οποίο είναι μια από τις τρεις ορμόνες του παγκρέατος, είναι μια καταβολική ορμόνη της οποίας η έκκριση είναι μέτρια ανεβασμένη στην νευρική ανορεξία.³⁸

Για τις δυο τελευταίες ορμόνες οι γνώσεις μας είναι λιγότερες σε ό,τι αφορά τη νευρική ανορεξία. Το μόνο που γνωρίζουμε είναι ότι η παγκρεατική σωματοστατίνη στην ιδιοπαθή παχυσαρκία έδειχνε να είναι υποδιεγερσιμη ενώ δεν έχει ελεγχθεί ως προς την νευρική ανορεξία.

Ενισχύεται προοδευτικά η άποψη ότι οι ορμόνες που εκκρίνονται από τα νησίδια του Langerhans βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο του υποθαλάμου και ειδικότερα, κάτω από τον έλεγχο δυο από τους πυρήνες του: τον μεσοκοιλιακό και τον πλευροκοιλιακό. Εκτός από αυτόν τον πιθανό ρόλο τους στον έλεγχο των ορμονών, οι δυο αυτοί πυρήνες είναι καλά γνωστοί για τη ρύθμιση του κορεσμού και του βάρους. Αν αυτό το σχήμα είναι σωστό, αποκαθίσταται μάλλον μια σχέση ανάμεσα στον υποθάλαμο, την πείνα, το πάγκρεας και το βάρος.

Εντούτοις, το μέρος αυτό της φυσιολογίας του υποθαλάμου δεν είναι ιδιαίτερα γνωστό: ποιος ο ρόλος του φυτικού νευρικού συστήματος; Ποια τα πιθανά νευροπεπτίδια; Ας αναφέρουμε όμως δύο γεγονότα:

1) Μια νορβηγική ομάδα (Trygstad και συνεργάτες., 1978), απομόνωσε στα ούρα δέκα, ψυχικά, ανόρεκτων ένα τριπεπτίδιο το οποίο, όταν ενεθεί στο ποντίκι, προκαλεί παρατεταμένη ανορεξία και απίσχναση. Αισθάνεται κανείς τον πειρασμό να συγκρίνει το τριπεπτίδιο αυτό με τα γνωστά μικρά υποθαλάμια πεπτίδια, όπως η TRH. Οι συγγραφείς φτάνουν στο σημείο να προβάλλουν ως πιθανή υπόθεση ότι το τριπεπτίδιο αυτό, πιθανά υποθαλαμικό, θα μπορούσε να δρα μέσω της διέγερσης του παγκρεατικού πολυπεπτιδίου.

2) Γνωρίζουμε, χάρη στην ομάδα της Γενεύης του Jeanrenaud, ότι η πρωταρχική αιτία της παχυσαρκίας είναι ο υπερινσουλινισμός, ο οποίος, πιθανά, συνδέεται με την υπερδιέγερση των νησιδίων του Langerhans από ένα πεπτίδιο (του οποίου, η δομή μας είναι ακόμη άγνωστη) και που εκκρίνεται από αυτούς τους πυρήνες. Βλέπουμε λοιπόν να αρχίζει να διαφαίνεται ένας υποθάλαμο-λαγκερχανσικός άξονας ο οποίος, ίσως, αντιπροσωπεύει το βασικό τμήμα της ενδεχόμενης σωματικής έκφρασης της παθογένειας της ψυχογενούς ανορεξίας (και της παχυσαρκίας, στην οποία η κατάσταση των ορμονών που σχετίζονται με τη διατροφή μοιάζει να είναι συμμετρική, ανάλογη ή αντίστοιχη με αυτήν που βρίσκουμε στην ψυχογενή ανορεξία).

β) Σχέσεις ανάμεσα στην κατάσταση του καταβολισμού και τις ορμόνες του θυρεοειδοτρόπου, του κορτικοτρόπου και του σωματοτρόπου άξονα.

Σε αυτούς τους τρεις άξονες υπάρχουν άμεσες διαταραχές στην περιφέρεια, οι οποίες είναι συνέπεια του υποσιτισμού:

1) Στο *επίπεδο του θυρεοειδούς*, υπάρχουν κλινικά σημεία τα οποία μπορούσαν να ανήκουν σε υποθυρεοειδισμό: διαταραχές των κεαίων μορίων του δέρματος, δυσκοιλιότητα, βραδυκαρδία, ευαισθησία στο ψύχος, επιβράδυνση του αχίλλειου αντανακλαστικού, υπερχοληστεριναιμία (LDL, χοληστερόλη). Βιολογικά, υπάρχει πράγματι ένα *σύνδρομο «χαμηλής T3»*, δηλαδή μία ελαφρά πτώση της T4 (στα κατώτατα φυσιολογικά όρια) και μια χαμηλή T3.

Αυτό δε, σχετίζεται με διαταραχές των πρωτεϊνών σύνδεσης-μεταφοράς των ορμονών, οι οποίες είναι φυσιολογικές (καλός παραλληλισμός ανάμεσα στο ολικό επίπεδο και στο ελεύθερο επίπεδο των ορμονών στο αίμα), αλλά είναι δευτερογενές της καταβολικής κατάστασης, πράγματι, σε συνθήκες υποσιτισμού. Η T4 αποκωδικοποιούνται, κατά προτίμηση, σε ένα αδρανές προϊόν (την RT3), η οποία αυξάνει σε βάρος του φυσιολογικού προϊόντος, της T3, η οποία ελαττώνεται. Πρόκειται λοιπόν για ένα φαινόμενο προσαρμογής στην περιφέρεια, που αποτελεί κατά κάποιον τρόπο «αντίδραση» στον αιτιολογικό παράγοντα του καταβολισμού.

2) Στο *επίπεδο των ορμονών των φλοιού των επινεφριδίων*, αυτό το σύνδρομο της «χαμηλής T3» εξηγεί, κατά μεγάλο μέρος, τις διαταραχές του μεταβολισμού των στεροειδών που απαντούμε στην ψυχογενή ανορεξία και, ιδιαίτερα την ελάττωση της δραστηριότητας της 5α αναγωγάσης. Υπάρχει λοιπόν μια ανεπάρκεια στον καταβολισμό των ορμονών που μπορεί να εξηγήσει την *αύξηση της κορτιζόλης του πλάσματος* (χωρίς κλινικά ευρήματα, αντίθετα, παρατηρείται υπόταση) και την μεγάλη αύξηση της τεστοστερόνης στο αίμα (ελαφρού βαθμού υπερτρίχωση). Αυτή η αύξηση της κορτιζόλης στο αίμα συνδέεται περισσότερο με μία αύξηση των ελευθέρων κλασμάτων παρά των συνδεδεμένων. Η ανεπάρκεια στον καταβολισμό της ορμόνης εξηγεί τη διαφορά που βρίσκουμε ανάμεσα στο σχετικά υψηλό επίπεδο της ελεύθερης κορτιζόλης των ούρων και στο χαμηλό επίπεδο των 17 OH των ούρων, καθώς και την αύξηση του χρόνου υποδιπλασιασμού της κορτιζόλης. Όσον αφορά το πραγματικό επίπεδο της παραγωγής των ορμονών των επινεφριδίων, οι γνώμες των συγγραφέων διχάζονται: φυσιολογικό ή αυξημένο;

3) Στο επίπεδο των σωματομεδινών (ή IGF): οι IGF, οι οποίες πιθανά είναι ηπατικής προέλευσης, έχουν μία διπλή δράση, ινσουλινική και σωματότροπος, είναι αναβολικές. Εξαρτώνται από την GH αλλά ρυθμίζονται επίσης και από το επίπεδο του μεταβολισμού του σώματος. Στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας, το σύνδρομο της «χαμηλής T3» και της υπό-ινσουλιναϊμίας μπορούν να εξηγήσουν την πτώση των σωματομεδινών, η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική, και η οποία μπορεί με τη σειρά της να επιδεινώσει την κατάσταση του καταβολισμού (αν και ο ακριβής ρόλος των IGF στο μεταβολισμό παραμένει ασαφής).²⁹

Εκτός από αυτές τις διαταραχές στην περιφέρεια, υπάρχουν και διαταραχές στη ρύθμιση στο επίπεδο του υποθαλάμου. Πράγματι, μας κάνει εντύπωση που δεν συναντούμε (αντιδραστικά ως προς την πτώση της T3 και την αύξηση της ελεύθερης κορτιζόλης) αύξηση της TSH και πτώση της ACTH: είναι φυσιολογικές. Ακόμη, ενώ η GH είναι συχνά ανεβασμένη (σε ηρεμία ή μετά από διέγερση) σαν συνέπεια της πτώσης των IGH, δεν ανακαλύπτουμε καμιά ουσιαστική σχέση ανάμεσα στις IGF και στην GH. Μια κεντρική διαταραχή της ρύθμισης έρχεται λοιπόν να προστεθεί στις περιφερειακές διαταραχές. Αυτή η διαταραχή δεν μπορεί να βρίσκεται στο επίπεδο της υπόφυσης μια και οι δοκιμασίες διέγερσης της TSH, της ACTH και της GH είναι θετικές. Τοποθετείται λοιπόν στο επίπεδο του υποθαλάμου, μια και συναντούμε μειωμένες και/ή καθυστερημένες αντιδράσεις της TSH (και της προλακτίνης) στην TRH, της ACTH και της GH στην υπογλυκαιμία (αντιδράσεις που καλούνται «υποθαλαμικές») ακόμη περισσότερο, μια και η αναστολή της παραγωγής των κορτικοειδών από την δεξαμεθαζόνη συχνά αποδεικνύεται ανεπαρκής. Επιπρόσθετα, ο εικοσιτετράωρος ρυθμός της GH είναι συχνά διαταραγμένος, όπως επίσης και η ντοπαμινεργική της ρύθμιση.

Άλλο ένα επιχείρημα για την «υποθαλαμική» εντόπιση είναι η πιθανή άφιξη παραδόξων απαντήσεων της TSH, της GH και της προλακτίνης στην LHRH και της GH, της FSH και της LH στην TRH. Ας σημειώσουμε ότι η ανεπιτυχής αναστολή της παραγωγής των κορτικοειδών και οι παράδοξες αντιδράσεις μπορούν να εντοπισθούν και σε άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις (ενδογενείς καταθλίψεις). Αυτές οι διαταραχές στη ρύθμιση των ορμονών στο επίπεδο του υποθαλάμου θα είχαν την τάση να επιδεινώνουν τις διαταραχές των ορμονών στην περιφέρεια.¹³

15.3. Η ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ

Η κατάσταση των ορμονών τον γοναδοτρόπου άξονα

Η διαταραχή των γονάδων δεν μπορεί να εξηγηθεί μόνο από τον υποσιτισμό διότι η αμηνόρροια, η οποία αποτελεί το δεύτερο σημαντικό κλινικό σημείο της νόσου, μπορεί να κάνει την εμφάνιση της πριν από την απίσχναση, να είναι σύγχρονη της ή να την ακολουθεί μετά από μερικούς μήνες. Η διαπίστωση αυτή δυσκολεύει και μπερδεύει αρκετά τα επιστημονικά δεδομένα τα οποία αφορούν στην αμηνόρροια. Η αμηνόρροια αυτή εγγράφεται ως μια κλινική και βιολογική εικόνα σοβαρού υπογοναδισμού η οποία παρατηρείται και στις σπάνιες μορφές της ανδρικής ανορεξίας (πτώση γουνάδικων ορμονών). Ως εκ τούτου, προκύπτει ότι το σημείο εκκίνησης της αμηνόρροιας είναι πιθανά είναι κεντρικής αιτιολογίας και συνδέεται με ψυχολογική διαταραχή.⁸

Στην περιφέρεια, οι ορμόνες των γονάδων βρίσκονται σε τρομερή πτώση και, συγκριτικά, περισσότερο από ότι στις απλές ψυχογενείς αμηνόρροιες με φυσιολογικό βάρος.

Όσον αφορά το κεντρικό νευρικό σύστημα, η LH και η FSH βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα, αλλά οι απαντήσεις τους κατά τη δοκιμασία με την LHRH επιτρέπουν να τοποθετήσουμε τη διαταραχή στο επίπεδο του υποθαλάμου. Εντούτοις, διάφοροι τύποι απαντήσεων μπορούν να υπάρξουν κατά την εξέλιξη της νόσου: στη φάση της πλήρους έξαρσης με μέγιστη απίσχναση λαμβάνουμε μία απάντηση προ-εφηβικού τύπου μ+LH σε πολύ χαμηλά επίπεδα και σαφώς κατώτερα από τα επίπεδα της FSH. Στη φάση της ανάρρωσης με ανάληψη βάρους η απόκριση της LH έχει αποκατασταθεί, ενώ τα επίπεδα της FSH παραμένουν συγκριτικά χαμηλότερα, γεγονός που δίνει έναν κλασικό μετεφηβικό τύπο. Ανάμεσα στις δύο φάσεις διαπιστώνεται μια προοδευτική εξέλιξη των απαντήσεων, η οποία είναι περίπου παράλληλη με την επανάκτηση του βάρους. Διακρίνουμε μάλιστα έναν ουδό (το 70% του ιδεώδους βάρους) κάτω από τον οποίο η LH, δεν απαντά στην LHRH και πάνω από τον οποίο απαντά. Φαίνεται λοιπόν πως υπάρχει κάποιο σήμα που αναφέρεται στο βάρος για την πυροδότηση της «γοναδικής» λειτουργίας του υποθαλάμου. Η εικοσιτετράωρη διακύμανση της LH αποκτά επίσης έναν προεφηβικό τύπο για κάτω από τα 70% έναν εφηβικό τύπο για βάρος ανάμεσα στα 70-80% και έναν τύπο ενήλικα για βάρος μεγαλύτερο από 80%. Πραγματοποιήθηκαν πολλές άλλες δοκιμασίες: πολλαπλές και συνεχείς ενέσεις LHRH (που ακολουθήθηκαν από ωορρηξία), χορήγηση κιτρικών αλάτων του κλομιφέν (αποτέλεσμα πολύ ασταθές), χορήγηση εξωγενών γοναδοτροφινών (που ακολουθήθηκε από ωορρηξία), χορήγηση οιστρογόνων (απουσία θετικού παλινδρομικού ελέγχου). Όλα αυτά δηλώνουν ότι η διαταραχή είναι πρωταρχικά υποθαλαμική.¹⁵

Εν κατακλείδι, δυο είναι τα στοιχεία τα οποία πρέπει να ληφθούν υπόψη για την αιτιολογία αυτού του υπογοναδισμού, τα οποία και τα δυο επιδρούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα: το ένα στοιχείο αφορά το βάρος και το οποίο δεν είναι παρά δευτερογενές και επιβαρύνει την κατάσταση και το άλλο είναι «πρωτογενές» το οποίο έχει άμεση ψυχική εξάρτηση. Το μόνο που απομένει είναι να ανακαλύψουμε τον βιολογικό κρίκο ο οποίος αποτελεί τον σύνδεσμο ανάμεσα σε αυτές τις διαταραχές και τον υποθάλαμο. Πολλές θεωρίες έχουν αναπτυχθεί, ανάμεσα στις οποίες και αυτές που αναφέρονται σε νευροχημικές διαταραχές είτε είναι ντοπαμινεργικές είτε είναι ενδομορφινικές ή άλλες. Όσον αφορά την «ντοπαμινεργική» υπόθεση έχει επιχειρηθεί να αποδειχθεί με τον υπολογισμό του επιπέδου της προλακτίνης.

Πράγματι, αφού η παραγωγή της προλακτίνης φυσιολογικά ελαττώνεται από την ντοπαμίνη του υποθαλάμου, η ύπαρξη μιας υπερπρολακτιναιμίας θα μπορούσε να θεωρηθεί ως σημάδι ελάττωσης της δράσης (ή της παραγωγής) της ντοπαμίνης. Τελικά, εκτός εξαιρέσεων, οι περισσότερες έρευνες βρίσκουν φυσιολογικές τιμές προλακτίνης με αντιδράσεις φυσιολογικές ή λίγο μειωμένες ή λίγο καθυστερημένες στην TRH. Είναι πιθανό όμως τα αποτελέσματα αυτά να έχουν παραποιηθεί από τα φάρμακα που έχουν χορηγηθεί και/ή, κυρίως, από το χαμηλό επίπεδο των οιστρογόνων.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η κατάσταση των γοναδοτρόπων ορμονών στην ψυχογενή ανορεξία, σε φάση έξαρσης, δηλώνει μία παλινδρόμηση σε προεφηβική ηλικία.⁸

16. ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Των ενδοκρινών, του φυτικού συστήματος, του μεταβολισμού

Υδρο-ηλεκτρολυτικές διαταραχές: εμφανίζονται διαταραχές υδρό-ηλεκτρολυτικής ισορροπίας ακόμα και όταν δεν αναφέρεται χρήση υπακτικών ή διουρητικών. Η πολυουρία και η ελάττωση του όγκου του ύδατος (υποβολαιμία) είναι ένα άλλο φαινόμενο το οποίο εμφανίζεται σε αυτές τις περιπτώσεις. Τέλος, παρουσιάζεται ανισορροπία ανάμεσα στον εξωκυττάριο χώρο, ο οποίος θίγεται λιγότερο και στον ενδοκυττάριο χώρο. Επίσης, υπάρχει αυξημένη απώλεια καλίου με την ανάλογη σχετική αύξηση του νατρίου.

Μεταβολικές ορμόνες: Από τις ορμόνες που ρυθμίζουν το μεταβολισμό, η αλδοστερόνη είναι σε υψηλά επίπεδα, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες πρόελευσης υποκαλιαμίας και οιδημάτων κατά τον επανασιτισμό (περίπτωση ψευδούς συνδρόμου Barter). Η αντιδιουρητική ορμόνη, επίσης, είναι σε υψηλά επίπεδα, σίγουρα ως αντίδραση στην υποβολαιμία και στην πολυουρία. Τα υψηλά επίπεδα των ορμονών πιθανά μπορούν να εξηγηθούν από διαταραχές στον καταβολισμό των ορμονών.⁷

Διαταραχές του φυτικού συστήματος: οι διαταραχές που παρουσιάζονται εδώ έχουν να κάνουν με την ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και την γαστρική λειτουργία. Σε ό,τι αφορά τη ρύθμιση της θερμοκρασίας, η ευαισθησία στο ψύχος και η υποθερμία, η οποία εμφανίζεται, καθώς και η ακροκυάνωση, αποτελούν συνηθισμένα συμπτώματα της κλινικής εικόνας. Οι πιθανές εξηγήσεις για αυτές τις καταστάσεις είναι η απώλεια του λιπώδους ιστού και/ή το σύνδρομο της «χαμηλής T3», δηλαδή ακόμη μια άμεση διαταραχή του υποθαλάμιου θερμορυθμιστή.

Όσον αφορά τις γαστρικές δυσλειτουργίες, σε σύγκριση με τα φυσιολογικά άτομα, ο όγκος πληρώσεως του στόμαχου είναι μεγαλύτερος στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας, η κένωση του στόμαχου είναι περισσότερο βράδια και μικρότερη η εκκένωση των υγρών, χωρίς για όλα αυτά να μπορούμε να δώσουμε σαφείς εξηγήσεις.²⁸

Διαταραχές στο επίπεδο του μυελού: αναφέρεται μια τάση για υποπλασία στο επίπεδο του μυελού και κάποιες, πιθανές, ελλείψεις σε βιταμίνες και μικρό-στοιχεία όπως ο ψευδάργυρος.

Τέλος, ας αναφέρουμε μία τάση για υποπλασία στο επίπεδο του μυελού και κάποιες, πιθανές, ελλείψεις σε βιταμίνες και μικρό-στοιχεία όπως ο ψευδάργυρος.⁸

17. ΦΥΣΗ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΑΥΤΩΝ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Όπως είδαμε προηγουμένως, ανάμεσα στο μεγάλο αριθμό των ορμονολογικών διαταραχών που απαντούμε στην ψυχογενή ανορεξία, μερικές είναι υποθαλαμικής προέλευσης: η ανεπάρκεια των γονάδων είναι υποθαλαμικής αιτιολογίας. Υπάρχουν υποθαλαμικές δυσλειτουργίες της GH, της ACTH, της TSH (και πιθανά και της προλακτίνης) υπάρχουν πιθανότητες η υποθαλαμική δυσλειτουργία να επιδρά στην έκκριση των νησιδίων του Langerhans και, τέλος, οι πυρήνες, οι καλούμενοι «της πείνας και του κορεσμού» βρίσκονται στον υποθάλαμο. Πρόκειται λοιπόν για μια αρκετά εκτεταμένη υποθαλαμική δυσλειτουργία.

Διάφορα ερωτήματα προκύπτουν από τα παραπάνω δεδομένα. Μερικά από αυτά τα ερωτήματα θα μπορούσαν να είναι εάν αυτές οι υποθαλαμικές διαταραχές εξαρτώνται κατά κύριο λόγο από την ψυχική κατάσταση ή από τη μεταβολική; Εξαρτώνται άμεσα ή έμμεσα; (Για παράδειγμα, η έλλειψη σε σεξουαλικές ορμόνες, η οποία εξαρτάται και από τους δύο παράγοντες, μπορεί να εξηγήσει, κατά ένα μέρος, τις υποθαλαμικές διαταραχές της GH και της προλακτίνης- το σύνδρομο της «χαμηλής T3», που είναι καθαρά δευτερογενές της ασιτίας, θα μπορούσε να εξηγήσει, επίσης, κάποιες κεντρικές διαταραχές). Ο μεγαλύτερος αριθμός των ορμονικών διαταραχών που αναφέραμε υποστρέφονται με τον επανασιτισμό: έτσι συμβαίνει με τις T3-T4 (γραμμική συσχέτιση με την ανάκτηση του βάρους) και με την θυρεοειδοτρόπο λειτουργία στο σύνολο της, με την κορτιζόλη και την κορτικοτρόπο λειτουργία (αρκεί για αυτό μια ανάκτηση που να αντιπροσωπεύει έστω και το 10% του ιδεώδους βάρους), με τη σωματοτρόπο λειτουργία και την ινσουλινική και με την γοναδοτρόπο λειτουργία (αποκατάσταση των οιστρογόνων όταν το βάρος αντιπροσωπεύει το 80% του

ιδεώδους βάρους αλλά όχι και της ωορρηξίας που παραμένει άμεσα συνδεδεμένη με την ψυχική κατάσταση). Δεν πρέπει βέβαια να ξεχνούμε ότι και η ανάκτηση του βάρους συνδέεται άμεσα με τη βελτίωση της ψυχικής κατάστασης, με τέτοιο τρόπο που είναι δύσκολο να γνωρίζουμε αν κάποια υποθαλαμική ορμονική διαταραχή συνδέεται μόνο με τις συνέπειες της ασιτίας ή μόνο με την ψυχολογική διαταραχή ή, μάλλον, και με τα δύο. Αντίθετα, όσον αφορά τις περιφερικές ενζυμικές διαταραχές (η χαμηλή T3 και οι συνέπειες της) φαίνεται ότι συνδέονται άμεσα με την καταβολική κατάσταση. Ακόμη, η κατάσταση του ενδοκρινολογικού συστήματος κατά την ψυχογενή ανορεξία συγκρινόμενη με άλλες μη-ψυχογενείς ασιτίες και με άλλες ψυχιατρικές παθήσεις χωρίς απίσχνανση, δεν μας επιτρέπει, τουλάχιστο προς το παρόν, να αποφανθούμε με βεβαιότητα.

Μόνο για την περιοχή των γοναδοτρόπων ορμονών μπορεί κανείς να αναγνωρίσει τον πρωταρχικό παθογόνο ρόλο που ενέχει η ψυχολογική διαταραχή, ενώ ο υποσιτισμός δεν έρχεται παρά δευτερευόντως και ως παράγοντας που προκαλεί επιδείνωση. Κατά τον *ίδιο* τρόπο, η αναστροφή της σχέσης κορεσμός/πείνα, η οποία οδηγεί στην ανορεξία, φαίνεται να είναι, αρχικά, ψυχολογικής προέλευσης, αφού οι πιθανές ενδοκρινικές πλευρές αυτού του προβλήματος (υποθαλάμια πεπτίδια, παγκρεατική ρύθμιση) παραμένουν στο επίπεδο των υποθέσεων.⁴⁹

Σε ό,τι αφορά *τη φύση αυτών των υποθαλαμικών διαταραχών*, φαίνεται ότι δεν οφείλονται σε οργανική βλάβη: οι όγκοι της περιοχής δεν προκαλούν παρά σπάνια απίσχνανση και οι εξετάσεις με τη μέθοδο της αξονικής τομογραφίας στις ανόρεκτες δεν έδειξαν παρά μια αύξηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, η οποία είναι απόλυτα αναστρέψιμη. Εκτός από την επίδραση των περιφερικών ορμονών (όπως τα οιστρογόνα και η T3) στον υποθάλαμο και χωρίς να συζητήσουμε τη σημασία ενός προδιατεθειμένου ιδιοσυγκρασιακού πεδίου, πρέπει να εξετάσουμε την υπόθεση που αφορά ανωμαλίες των χημικών νευροδιαβιβαστών, οι οποίοι επηρεάζουν τη

λειτουργία του υποθαλάμου και οι οποίοι αποκαθιστούν την επαφή με τις υπερκείμενες εγκεφαλικές δομές. Πολλοί δρόμοι προσέγγισης είναι σήμερα ανοιχτοί:

1. Η ελάττωση των κατεχολαμινών, η οποία υπάρχει και η οποία θα μπορούσε πιθανά να θεωρηθεί ως μία αιτία της υποθαλαμικής δυσλειτουργίας. Πραγματικά, όλοι οι ερευνητές συμφωνούν πως απαντάται πτώση της αδρεναλίνης, της νοραδρεναλίνης και της ντοπαμίνης στο αίμα και τον εγκέφαλο. Αυτή η πτώση είναι αναστρέψιμη εφόσον επέλθει κλινική αποκατάσταση. Δευτεροπαθής ή μη του υποσιτισμού, αυτή η ελάττωση της αδρεναλίνης και της ντοπαμίνης θα μπορούσε να διαταράξει τη λειτουργία διαφόρων υποθαλαμικών κέντρων και, ιδιαίτερα, του γοναδοτρόπου.

2. Σχετικά με το σύστημα των ενδομορφινών-εγκεφαλινών, λίγα πράγματα είναι γνωστά όσον αφορά την ψυχογενή ανορεξία. Γνωρίζουμε ότι η χορήγηση Naloxone (αναστολέας-ανταγωνιστής των μορφινομιμητικών) προκαλεί, στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας, μια αντικαταβολική δράση.

Η υπόθεση σχετικά με το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) μελετήθηκε χωρίς να διαπιστωθούν διαφορές του επιπέδου παρουσίας του στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των μαρτύρων και των ανόρεκτων .⁸

18. ΥΠΝΟΣ ΣΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η έρευνα που αφορά στον ύπνο και τις διατροφικές διαταραχές όπως είναι η ψυχογενής ανορεξία διαμορφώνει δυο ερωτήματα. Η πρώτη ερώτηση αφορά τις επιδράσεις της χρόνιας λιμοκτονίας και την υπόθεση του βάρους σώματος κάτω από τα φυσιολογικά όρια.

Το δεύτερο θέμα στο οποίο είχε δοθεί μεγαλύτερη σημασία, έχει να κάνει με την προτεινόμενη νευροβιολογική σχέση μεταξύ διατροφικών διαταραχών και παρορμητικών ασθενειών.

Οι μελέτες ύπνου σε ανθρώπους και ζώα έχουν δείξει ότι η εισαγωγή τροφής και οι πειραματική αίτηση των εντερικών πεπτιδίων CCK και ένα τετραδεκαπεπτίδιο που απομονώνεται από το δέρμα του βατράχου, όπως από τη λεπτίνη η οποία πιστεύεται ότι δρα ως ενδογενές σήμα κορεσμού, επιταχύνει τον ύπνο βραδέων κυμάτων.

Από την άλλη μεριά, παρατεταμένη διατροφική στέρηση και η διαχείριση της ορεξίνης, ένα πεπτίδιο το οποίο φυσιολογικά επαναρυθμίζεται με την νηστεία έχει ως αποτέλεσμα ένα αυξημένο χρόνο αφύπνισης και έναν μειωμένο ύπνο βραδέων κυμάτων..

Η γνώση μας στην υπερδραστηριότητα απέναντι στη διατροφή, ο ενεργειακός μεταβολισμός και οι διαδικασίες ρύθμισης ύπνου είναι ακόμα περιορισμένες και χρειάζεται περαιτέρω επιστημονικές εκτιμήσεις. Σύμφωνα με τα στοιχεία που μόλις αναφέρθηκαν κάποιος θα πρότεινε ένα πρότυπο διαταραχής ύπνου στους ασθενείς με διατροφική διαταραχή. Ωστόσο, τα παράπονα που αφορούν στην αϋπνία είναι αραιά σε αυτόν τον κλινικό πληθυσμό. Οι polysomnographic έρευνες που έχουν διεκπεραιωθεί μέχρι τώρα, όπως και να έχει σκιαγραφούν μια αρκετά ασυνεπή εικόνα.

Ορισμένες μελέτες αναφέρονται στη μεταβολή ύπνου οι οποίες ταιριάζουν με τις περιγραφόμενες συνέπειες της παρατεταμένης διατροφικής

στέρησης στον ύπνο. Επιπρόσθετα, αυτά τα ευρήματα επεκτείνονται με την παρατήρηση μιας μειωμένης REM (παράδοξος ύπνος) διάρκειας ύπνου.(50)

Παρόλα αυτά, άλλες μελέτες απέτυχαν να παρατηρήσουν οποιαδήποτε προφανή διαφορά στο σχέδιο ύπνου των ασθενών με διατροφικές διαταραχές και των υγιών με φυσιολογικό βάρος των πρωταρχικών (proband) παθόντων.

Επιπλέον συνηθισμένες αναφορές δηλώνουν μια στενή σχέση μεταξύ ύπνου και ενδοκρινικού και εγκεφαλομορφολογικές αλλαγές τα οποία σχετίζονται με την λιμοκτονία (αυξημένη συγκέντρωση κορτιζόλης του πλάσματος, μειωμένη συγκέντρωση τριδοθυρονίνης του πλάσματος κα)

Μια πιο ξεκάθαρη εικόνα αναδύθηκε όταν οι δυο κύριες υποομάδες της νευρογενούς ανορεξίας θεωρήθηκαν ως οι επονομαζόμενοι «περιοριστές» που διατηρούν το χαμηλό βάρος σώματος τους με αυστηρή δίαιτα.

Μεγάλης διάρκειας μελέτες, που ερευνούσαν τον ύπνο στη νευρική ανορεξία, είναι παράλληλες με την αύξηση βάρους και βελτίωση της ψυχοπαθολογίας ανακαλύπτοντας το βάθος του ύπνου σε μεμονωμένες αποδόσεις βάρους. Στενή σχέση μεταξύ φυσιολογικού ύπνου και του βαθμού βάρους δεν θα μπορούσε να υπάρχει.

Κάποιος θα μπορούσε να θεωρήσει ότι οι αλλαγές τύπου “u” οι οποίες παρατηρούνται στον ύπνο βραδέων κυμάτων είναι απευθείας συνδεδεμένες με την αυξημένη συγκέντρωση λεπτίνης κατά τη διάρκεια της αρχικής φάσης εναπόθεσης βάρους. Επιπλέον, κάποιος θα μπορούσε να παρατηρήσει μια εντυπωσιακή εμπλοκή της ορεξίνης. Πάντως αυτές οι θεωρίες δεν ανταποκρίνονται ακόμα σε καμία πειραματική απόδειξη.

Το δεύτερο σημαντικό θέμα στην έρευνα του ύπνου στις διατροφικές διαταραχές ήταν να επιλεγεί η υπόθεση ενός συγκεκριμένου νευροβιολογικού δεσμού μεταξύ αυτών των διαταραχών και των παρορμητικών ασθενειών. Παράδειγμα αποτελεί η κατάθλιψη, μια διαταραχή για την οποία κάποια ειδική αλλαγή στον ύπνο είχε γίνει αποδεκτή ως βιολογική. Οι περισσότερες polysomnographic μελέτες απέτυχαν να παρατηρήσουν διαφορές μεταξύ

ψυχιατρικών διαταραχών και αυτά τα ευρήματα αντιμετωπίστηκαν ως καλές αποδείξεις για μια νευρολογική σχέση μεταξύ διατροφικών διαταραχών και κατάθλιψης. Πάντως δεν υπάρχει καμία προφανής διαφορά στον ύπνο μεταξύ των δυο αυτών ομάδων των ψυχιατρικά ασθενών και εκείνων που βρέθηκαν υγιείς μετά τον έλεγχο.

Αυτή η ανησυχία πρέπει να συνδεθεί με τους νέους της υπόθεσης, διότι οι αλλαγές ύπνου στην κατάθλιψη παρατηρούνται τυπικά στους μεσήλικες ασθενείς ενώ σχεδόν δεν υπάρχουν στους νεαρούς καταθλιπτικούς ασθενείς.

Μια υπεροχή ή μια επιβεβαίωση ενός νευροβιολογικού συνδέσμου μεταξύ των δυο διαταραχών δεν μπορεί να αναμένονται από τις polysomnographic μελέτες οι οποίες πραγματοποιούνται σε συνθήκες κάτω από το όριο της βάσης.

Η θεωρία ότι οι διατροφικές διαταραχές και οι παρορμητικές ασθένειες είναι ξεχωριστές, σαφείς ενότητες, υποστηρίζεται σημαντικά από παρατηρήσεις ότι η REM διάρκεια, στους νεαρούς, καταθλιπτικούς ασθενείς, είναι περισσότερο μειωμένη μετά από χολινεργική διέγερση (όπως στους μεσήλικους ασθενείς) από ότι στους ασθενείς με νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία και τους υγιείς πρωταρχικούς παθόντες. Επιπλέον, προκαταρκτικά αποτελέσματα από μελέτες ονείρων επίσης συμφωνούν με αυτή τη θεωρία.⁴⁵

19. ΥΠΕΡΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ:

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΜΕ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ **ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ**

Αντικείμενο: Η υπερδραστηριότητα είναι ένα φαινόμενο το οποίο παρατηρείται συχνά στις διατροφικές διαταραχές και έχουν προταθεί αρκετοί βιοψυχολογικοί μηχανισμοί ώστε να εξηγηθεί ο παθογενετικός της ρόλος.

Μέθοδος: Εξαιτίας της έλλειψης αναξιόπιστης μεθόδου για την μελέτη της υπερδραστήριας συμπεριφοράς, διεξήχθη ένα πείραμα με εμπειρική μεθοδολογική δειγματοληψία (ESM). Κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας, ζητήθηκε σε ανορεξικό ασθενή, σε εννέα τυχαίους χρόνους της ημέρας, να αναφέρει την στιγμιαία τάση να είναι σωματικά ενεργός, τα συναισθήματα του και μερικές άλλες μεταβλητές οι οποίες περιελάμβαναν την κατανάλωση θερμίδων, πορεία προς τη λεπτότητα, την ελκυστικότητα, τις εμμονές, τους εξαναγκασμούς και τις συμπεριφορές σχετικά με την υπερδραστηριότητα.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η τάση του ασθενούς να είναι υπερδραστήριος, ήταν θετικώς σχετιζόμενη με την

- α) ενασχόληση με το βάρος και τα αρνητικά συναισθήματα, και
- β) αρνητικώς σχετιζόμενη με τα θετικά συναισθήματα και την απουσία κατάθλιψης. Σε αυτόν τον ασθενή, οι εμμονές και οι καταναγκασμοί δεν συσχετιζόνταν με την υπερδραστηριότητα.

Γενικά, κάποια μεθοδολογικά ζητήματα που αφορούν την συγκεκριμένη μελέτη πρέπει να ληφθούν υπόψη. Ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα των εμπειριών ελήφθη από τις εμπειρίες της καθημερινής ζωής, ενός και μόνο ασθενούς. Συνεπώς, δεν μπορεί να γίνονται γενικεύσεις για άλλα υποκείμενα. Βέβαια, αυτός ο τύπος προσέγγισης πρέπει να χρησιμοποιείται πλέον σε μεγαλύτερα δείγματα, με συστηματικό τρόπο.⁵¹

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

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

Οι περιπτώσεις ψυχογενών διατροφικών διαταραχών αυξάνονται καθημερινά με όλο και περισσότερους ανθρώπους να αναζητούν εξειδικευμένη βοήθεια και υποστήριξη. Είναι πολύ σημαντικό να είμαστε ενήμεροι για την ύπαρξη τους, την σπουδαιότητά τους και τους κινδύνους που φέρνουν μαζί τους. Πανεπιστημιακές έρευνες έχουν αποδείξει ότι αναγνωρίζοντας την ύπαρξη μιας τέτοιας διαταραχής σε ένα αρχικό στάδιο, όπου ακολουθείται από κατάλληλη ψυχολογική θεραπεία, έχει πολύ θετικά αποτελέσματα σε θέματα ανάρρωσης του ατόμου από την διαταραχή.

Αυξάνοντας την γνώση μας και κατανοώντας τα ψυχογενή διατροφικά νοσήματα, μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης αυτών των πολύ επικίνδυνων για την υγεία νοσημάτων. 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 διαίτα 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.⁵²

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. www.anasa.gr, 5-2-2009
2. Brownele K. Fairburn C. "Caring Disorders and Obesity", Guilford Press, 1995
3. Γραπάτσα Β. κλινική διαιτ. – διατροφολόγος, " Ψυχογενής ανορεξία", ιατρικά, Τεύχος 50, σελ. 97, 18-2-2003
4. <http://www.inhealth.gr> , 15-3-2009, συγγρ 20-2-2009
5. e-phychology.gr, 17-3-2009, "Eating Disorders" , συγγρ 13-1-2007, Δωροηνλής Κ.
6. www.υγεια.gr, 19-3-2009, "Τα πρώτα σημάδια της ανορεξίας", Δεβεντζόγλου Γ.
7. Μάνου Ν. " Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής", University Studio Press, 1997
8. Σαραντόλγου Γ., Yenice M. , " Η ψυχογενής ανορεξία", εκδόσεις Χαντζηνικολή, 1987
9. Meunier Y. Dr Alain, "Στο λαβύρινθο της ανορεξίας", εκδόσεις Θυμάρι, 2003
10. Palmer B., "Helping people with eating disorders", Willey public, 2000
11. Gilbert P., " Ξεπερνώντας την κατάθλιψη", 1999
12. Lemperiere T. , Feline A. "Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων", εκδόσεις Παπαζήση, Α΄ τόμος, 1995
13. www.medlook.gr, 20-3-2009, συγγρ, 20-1-2001
14. Mela D. Ragers P., " Food, Eating and Obesity", Chapman and Hall Pull., 1998
15. Lask B., Bryan-Waygh R., " Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence", 2000
16. Τσιάντας Γ., Ευπολυτά- Ζαχαριάδη Α., " Ψυχοσωματικά προβλήματα των παιδιών", εκδόσεις Καστανιώτη, 2000

17. Emanuelli F., Ostuzzi R., et al., " Family functioning in anorexia nervosa: British and Italian mothers perceptions eating behaviors",4(1): 27-39, 2003
18. www.vita.gr, 29-3-2009
19. Emanuelli F., Ostuzzi R., et al., " Family functioning in anorexia nervosa: British and Italian mothers perceptions eating behaviors", Elberier Science ltd, 2002
20. Cortufo P., Gnisci A., et al., " Brief report Psychological characteristics of less severe forms of eating disorders", 28(1): 147-154, 2005
21. Γραβάνη Α., ιατρός νευρολόγος, σημ. ψυχιατρικής
22. Karlan H., sandock B., et al., Ψυχιατρική, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 2000
23. Sokol M., Kauufman J., et al, " Anorexia nervosa: Weekly weight gain in hospitalized children and adobescents", 38(2): 16, 2006
24. Δημητριάδου Κ., Παπαδήμα Ε., "Διαιτολογία και στοιχεία ειδικής διατροφής", εκδόσεις Ζαμπάρα, 2007
25. Miller D., "Ενδιάμεση ηλικία: Εφηβεία και Θεραπεία", εκδόσεις Καστανιώτη, 2000
26. Cassin S., Ranson K., " Personality and eating disorders", 25(7): 895-916, 2005
27. Βάρσου Ε., Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστήμιο Αθηνών Αιγινήτειο νοσοκομείο
28. Αμερικάνου Μ., Καρμίρη Β., Παπακώστα Χ., " Στοιχεία Ειδικής Διατροφής", Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών βιβλίων, Αθήνα 2007
29. www.iatronet.gr, 3-3-2009, συγγρ 30-1-2008, Ψιμάρας Α., ιατρός νευρολόγος
30. Long C., " A continuous analyzer for monitoring respiratory gases and expired radioactivity in clinical studies",1979

31. Χριστοδούλου Γ., και συνεργάτες Ψυχιατρική σελ. 7-8, 36-38, βήτα ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα 2004
32. Κούριας Ε., " Τεχνητή διατροφή στους βαριά πάσχοντες", εκδόσεις Παρισιάνος, 1991
33. Καλφαρέντζος Φ., " Κακή θρέψη και τεχνητή διατροφή", σελ 13-449-462, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής,1996
34. Zmukler G, Dare C., etal, " Handbook of eating disorders, theory, treatment and research", 1995
35. Δημητρέλης Δ., " Διατροφική υποστήριξη στον βαριά πάσχοντα", σελ 3-159-165, Νοσηλευτική, 1996
36. Διαμαντής Θ., "Η διατροφή χειρουργικού ασθενούς Ολική παρεντερική", σελ 157-177, Χειρουργική Π. Μπάλα,1990
37. Κοτρώτσου Ε., Ψυχιατρική Νοσηλευτική, σελ 46, Εκδόσεις Έλλη, 2001
38. Ιατρικός Οδηγός, " Ο πλήρης οδηγός για συμβατικές και εναλλακτικές θεραπείες", σελ 164-165, 201 -202, έκδοση 2005
39. Nestle M., "Διατροφή στην κλινική πράξη", εκδόσεις Παρισιάνος,1987
40. Ιωαννίδης Ι., " Κλινική διατροφή", Αθήνα 21997
41. Kotler A., Walsh B., "Eating disorders in children and adobescents: Pharmacological therapies", σελ 108-116,2000
42. Mehler S., "Osteoporosis in anorexia nervosa: Prevention and Treatment", Denver health and the University of Colorado health Sciences Center, 2002
43. <http://archive.e-net.gr>, 21-3-2009, "Νευρική ανορεξία και οστεοπόρωση", συγγρ 6-3-2007, Νέτα Σ.
44. www.stivoZ.gr, 25-4-2009, " Θεραπεία Οστεοπόρωσης"
45. www.vitaegualis.gr , 3-3-3009, Ζαφείρης Ν.
46. www.bpass.gr, 21-3-2009, " Οστεοπόρωση και νευρική ανορεξία"

47. <http://www.carola-alepi.gr>, 19-3-2009, "Νευρική ανορεξία και βουλιμία", Carola - Alepi, πτυχ. Ψυχολόγος
48. www.medtime.gr, 27-3-2009
49. Levenkron S., " Anatomy of anorexia treating and overcoming",2000
50. Lauer C., Krieg J., " Sleep in eating disorders", 2004
51. Vasteelandt K., Pieters G., etal, " Hyperactivity in anorexia nervosa: A case study using experience sampling methology eating behaviors", 5(1):67-74, 2004
52. www.ypse.gr, 19-3-2009, Ινστιτούτο ψυχοθεραπευτικών εφαρμογών