

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

Γεωργακοπούλου Βασιλική
Λέγκουρδας Κωνσταντίνος

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

Dr. Ζήσης Θεόδωρος

ΠΑΤΡΑ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	iv
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	vi
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	vii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	1
Νευρική ανορεξία	1
1.1 Ορισμός Νευρικής Ανορεξίας.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	3
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	3
2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ - ΕΡΕΥΝΕΣ- ΜΕΛΕΤΕΣ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	9
3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	16
ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	16
4.1 Κατηγορίες νευρικής ανορεξίας κατά DSM-IV:.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	21
5.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	23
6.1 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ.....	23
6.2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	26
6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο	33
7.1 Κλινική εικόνα	33
7.2 Ανορεκτικού τύπου συμπεριφορές των οποίων ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι γνώστης:	34
7.3 Βασικά σημεία προσοχής στο πλαίσιο της νοσηλευτικής εκτίμησης, τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει ο νοσηλευτής:	35
7.4 Νοσηλευτική Διάγνωση.....	36
7.5 Αρμοδιότητα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας με εξειδίκευση στις διατροφικές διαταραχές είναι σπουδαία καθώς αφορά:	38
7.6 Αρχές θεραπευτικής παρέμβασης τις οποίες πρέπει να έχει υπόψη του ο νοσηλευτής	39
7.7 ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο	63
8.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο	67
Νευρογενής βουλιμία	67
9.1 Ορισμός νευρογενούς βουλιμίας.....	67
9.2 ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.....	68
9.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ:.....	69
9.4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ :	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο	74
10.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:.....	74
10.2 ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	76
10.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	76
10.4 ΑΡΧΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	81
10.5 ΘΕΤΙΚΕΣ ΑΥΤΟΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	81
10.6 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	82
10.7 ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΕΠΙΘΥΜΗΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	86
10.8 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ – ΠΡΟΤΥΠΑ	86
10.9 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο	91
11.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	91
11.2 ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΑΥΤΟΠΕΠΟΙΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	92
11.3 Ο ΕΞΑΡΤΗΣΙΑΚΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	94
11.4 ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.....	96
11.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΡΡΟΙΕΣ ΤΗΣ ΓΕΙΤΝΙΑΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	97
11.5.1 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΡΟΦΗ.....	101
11.5.2 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟΨΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ	102
11.5.3 ΓΝΩΣΙΑΚΗ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ	103
11.5.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	105
11.5.5 ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΙ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΟΙΚΕΙΟΥΣ	106
11.6 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ .	108
11.7 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	108
11.8 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ.....	109
11.9 ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ .	110
11.9.1 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	112
11.9.2 ΠΛΑΙΣΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΝΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ:	114

11.9.3 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΚΛΙΝΟΥΣΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ	117
11.9.4 ΑΛΛΑ ΚΥΡΙΑΡΧΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	120
11.9.5 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΟΥΛΙΜΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	125
11.9.6 ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	128
11.9.7 ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ / ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	141
11.9.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	142
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	154
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	157
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	160

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Εικόνες καθημερινότητας πια αποτελούν τα διατροφικά σκάνδαλα, αλλά και οι κάθε είδους έρανοι από την άλλη, σχετικά με ανθρώπους και κυρίως παιδιά που πεθαίνουν από πείνα εν έτη 2009 σε υπό ανάπτυξη χώρες της γης.. Πόσο αντιφατική μπορεί να είναι μια τέτοια εικόνα με ανθρώπους να χάνουν τη ζωή τους εξαιτίας κακής ποιότητας των τροφίμων και λανθασμένων διατροφικών συνηθειών και άλλοι, απλά και μόνο από έλλειψη αυτών!!

Φαινόμενο σε έξαρση αποτελούν οι διατροφικές διαταραχές με εξέχουσες την νευρική ή ψυχογενή ανορεξία και την νευρική ή ψυχογενή βουλιμία. Οι δυο αυτές διαταραχές είτε λόγω της μικρής σχετικά σημασίας που τους προσδίδονται είτε λόγω του ότι κυρίως επηρεάζουν πλήθος ατόμων σε νεαρή ηλικία και κυρίως κορίτσια, προκάλεσε το ενδιαφέρον μας για να τις προσεγγίσουμε όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένα. Η θέση του νοσηλευτή και το ιδιαίτερο έργο του απέναντι σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές είναι σχεδόν πρόκληση και δεν έχει αναπτυχθεί σε ικανοποιητικό επίπεδο ακόμα τόσο θεωρητικά όσο και πρακτικά, τουλάχιστον στα ελληνικά δεδομένα. Η πρόσληψη διατροφής και το σχετιζόμενο με αυτή σωματικό βάρος στην παθοφυσιολογία τους θα μας απασχολήσουν στο εκπόνημά μας. Ακόμα και η αντίφαση με το βάρος σώματος έρχεται και εδώ να δώσει την εικόνα της: Άνθρωποι κυρίως των δυτικών κοινωνιών αρνούνται να τραφούν οικειοθελώς, και άνθρωποι σε τριτοκοσμικές χώρες δεν τρέφονται, επειδή δεν έχουν την πολυτέλεια της τροφής σε αφθονία ή άλλοτε και καθόλου.

Τα κοινωνικοπολιτιστικά καθεστώτα στα οποία ζουν τα άτομα επηρεάζουν την ποικιλία σωματικού βάρους που παρουσιάζουν. Στις δυτικές κοινωνίες για παράδειγμα η λεπτόσωμη εμφάνιση στις γυναίκες έγινε συνώνυμο δύναμης, επιτυχίας, ελέγχου και σεξουαλικής έλξης. Αντίθετα τα υπέρβαρα άτομα εξέφραζαν την οκνηρία, την αυτοεγκατάλειψη, την έλλειψη θέλησης. Κυριάρχησε λοιπόν η τάση για απώλεια βάρους μέσω διαιτητικών σχημάτων αλλά και η αντιρροπιστική τάση για υπερκατανάλωση τροφών μέσα στο ίδιο κοινωνικό σύνολο, γεγονός που πήρε έναν επιδημικό χαρακτήρα, με αποτέλεσμα να αγγίζει τα ψυχοπαθολογικά όρια. Οι πολιτισμικές απόψεις, η βιοκουλτούρα αλλά και οι θρησκευτικές ακόμα πεποιθήσεις φαίνεται ότι καθορίζουν την οπτική γωνία με

την οποία βλέπουμε και αντιμετωπίζουμε την απίσχναση ή τα παραπάνω κιλά σε ένα άτομο. Πολλοί είναι οι παράγοντες που αλληλεπιδρούν στη δημιουργία της αντίληψης την οποία σχηματίζουμε για το σώμα μας. Οι άνδρες θεωρούν το σώμα τους λειτουργικό και ενεργητικό ενώ η γυναικεία οπτική θέλει το σώμα περισσότερο αισθητικό και διακοσμητικό και επομένως η ελκυστικότητα στις τελευταίες, συνδέεται στενά με την αποδοχή του εαυτού για αυτό είναι ίσως και πιο επιρρεπείς σε αυτή τη διαταραχή. (Βάρδου, 1997)

Στο πλαίσιο του προλόγου θα θέλαμε να εκφράσουμε έμπρακτα πια το πόσο πολύ ευχαριστούμε τις οικογένειες μας που μας στηρίζουν, την υπεύθυνο καθηγήτή μας Κο Ζήση, που μας έδωσε την ευκαιρία να συνεργαστούμε και να μας καθοδηγήσει με την πείρα και τις γνώσεις του, και όλους έναν - έναν χωριστά, όσοι με το δικό τους ξεχωριστό τρόπο, δίνοντας μας πληροφορίες, υλικό, φωτογραφίες και κυρίως κουράγιο, έγιναν αρωγοί στην διαδικασία διεκπεραίωσης του πονήματος τούτου. Αισθανόμαστε την ανάγκη να αναφέρουμε πως όλον αυτό τον καιρό, η πορεία για την τελείωση της πτυχιακής μας εργασίας αποτέλεσε αποκαλυπτική διδαχή τόσο για την εμπειριστατωμένη επιστημονική διάσταση των διατροφικών διαταραχών αλλά και τον αναντικατάστατο νοσηλευτικό ρόλο που αναλαμβάνουμε υπεύθυνα, όσο και για τον ίδιο μας τους εαυτούς ως νέοι άνθρωποι που καλούνται να ανταπεξέλθουν σε πολυποίκιλους και πολυδιάστατους κοινωνικούς ρόλους.

Οι σχέσεις υγείας και ασθένειας με την κοινωνία ήταν ήδη γνωστές από τους πρώιμους χρόνους της ανθρωπότητας. Η καθιέρωση του βιοϊατρικού μοντέλου υγείας περιέκλεισε ερμητικά την ασθένεια στα στενά όρια της βιολογίας του ανθρώπινου σώματος και αποστασιοποίησε την υγεία από την κοινωνία. Μόνο που το **πάσχαιν** και το **θεραπεύειν** δεν υπήρξαν ποτέ στην κοινωνία έργο των θεραπευτών και ο ασθενής δεν υπήρξε μόνο πάσχων.. Παράμετροι ποικίλοι, νοήματα, επιθυμίες, προβολές και αναπαραστάσεις κοινωνικές δουλείες και φαντασιωσικά πλέγματα υπερκαθορίζουν την θεραπευτική πρακτική.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πληροφορία θανάτου από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης νεαρής φοιτήτριας από ασπία σε μεγαλοαστική πόλη της Ελλάδας τον 21ο αιώνα, σίγουρα προκαλεί έκπληξη. Όταν η παροχή τροφής σε ανεπτυγμένες χώρες είναι άφθονη, να πεθαίνει κάποιος από πείνα είναι αντίφαση αν όχι τραγελαφικό γεγονός. Επιπλέον το ειδησεογραφικό δελτίο των 23:00 του κρατικού τηλεοπτικού καναλιού ΕΤ1, στις 23/6/2006, ανακοίνωσε το θάνατο 35χρονης μητέρας δυο παιδιών, από νευρική ανορεξία. Η νεαρή γυναίκα στο κυνήγι του "τέλειου κορμιού", γνώρισε το θάνατο και μέχρι τέλους δεν παραδεχόταν ότι έπασχε από νευρική ανορεξία ήταν ο τίτλος του ρεπορτάζ. Παρατηρείται λοιπόν ότι παρά την υπερπροσφορά τροφίμων στο δυτικό κόσμο, συνεχώς αυξάνεται και ο αριθμός περιπτώσεων ατόμων που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Κυρίως γυναίκες έφηβες παρουσιάζουν προβλήματα στη συμπεριφορά απέναντι στο φαγητό. Και ενώ στο μεγαλύτερο μέρος της γραπτής ιστορίας θεωρούνταν επιθυμητή μια γυναίκα με παχουλό σώμα και με καμπύλες, τα τελευταία 75 χρόνια το λεπτό σώμα άρχισε να γίνεται "της μόδας". Οι έφηβες πολύ συχνά υπερτιμούν το σωματικό τους μέγεθος, το θεωρούν μεγάλο και υπέρβαρο σε σύγκριση με αυτό των προσωπικοτήτων της μόδας (Πόγκα 2005).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι διατροφικές διαταραχές έχουν συγκεντρώσει μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός κυρίως γυναικών αναφέρει έντονα προβλήματα στη διατροφική τους συμπεριφορά. Δυο κλινικά σύνδρομα φαίνεται να προεξάρχουν στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία. Πρέπει να σημειωθεί όχι σπάνια ότι οι διαταραχές αυτές συνοδεύονται και από άλλες ψυχικές διαταραχές ή και διαταραχές προσωπικότητας.

Η ανορεξία και η βουλιμία τοποθετούνται ως νοσολογικές οντότητες ανάμεσα στο κομβικό σημείο της κλινικής διατροφής και της ψυχιατρικής. Η διάγνωση, η αιτιολογία και η αντιμετώπιση είναι δύσκολες ενώ η μακροχρόνια πρόγνωση δεν είναι ικανοποιητική. Τα συμπτώματα συχνά είναι ασαφή, περίπλοκα, δύσκολα αναγνωρίσιμα και πολλές φορές δεν είναι παραδεκτά και από τους ίδιους τους ασθενείς. Σημειώνεται ότι η προσέγγιση του ασθενή τόσο για την έναρξη θεραπείας όσο και για τη συνέχιση αυτής δεν είναι εύκολη κυρίως λόγω της αντίδρασής και της άρνησής του να παραδεχτεί ότι υπάρχει πρόβλημα. Η αντιμετώπισή τους απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, επιμονή, γνώση και όχι αποσπασματική οπτική (περιοδικό «Popular medicine» τεύχος 18, Ιούλιος 2004, διανέμεται με την εφημερίδα Καθημερινή)

Οι διαταραχές αυτές περιγράφονται συχνά ως πρωτογενείς, δηλαδή ότι δεν είναι αποτέλεσμα κάποιας σωματικής νόσου, ωστόσο πολλοί ασθενείς έχουν και άλλες ψυχικές διαταραχές ψυχώσεις-νευρώσεις, διαταραχές συναισθήματος, προσωπικότητας. Άτομα που αναφέρουν προβλήματα σχετικά με την πρόσληψη τροφής όπως επεισόδια υπερφαγίας και εμετό. Για την ψυχογενή ανορεξία θα πρέπει να διερευνώνται προσεκτικά το σύνδρομο δίαιτας που φθάνει σε απίσχνανση ή και το σύνδρομο αυτοπροβαλλόμενης ασιτίας, καθώς και για άλλες υποκείμενες διαταραχές πριν αποφασιστεί ότι πρόκειται για μεμονωμένη διαταραχή πρόσληψης τροφής.

Τόσο η ψυχογενής ανορεξία όσο και η ψυχογενής βουλιμία αποτελούν νοσήματα η εξέλιξη των οποίων ποικίλει και σε πολλές περιπτώσεις εάν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα μπορεί να φθάσουν ως το θάνατο. Η ψυχογενής βουλιμία έχει καλύτερη πρόγνωση συγκριτικά με την ψυχογενή ανορεξία, με τους

βουλιμικούς να παρουσιάζουν 50% βελτίωση στη συμπεριφορά υπερφαγίας – κάθαρσης, όταν ξεκινούν τη θεραπεία. Στη φάση της βελτίωσης οι περισσότεροι ασθενείς δεν είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων. (Σούρας,1999).

Η θεραπεία και των δυο διαταραχών μπορεί να είναι μακροχρόνια, χρειάζεται πολύ υπομονή, κατανόηση, ψυχραιμία και συμπαράσταση του ατόμου από την οικογένεια και το οικείο περιβάλλον. Αφορά στο συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχολογικής υποστήριξης εξωνοσοκομειακά και ενίοτε και ενδονοσοκομειακά όταν κινδυνεύει η σωματική ακεραιότητα του ατόμου. Σε αυτό το σημείο και όχι μόνο βέβαια, είναι καίριος ο νοσηλευτικός ρόλος, όπως και στην πρόληψη στην κοινότητα. Δεν παραλείπεται ο κοινωνικός ρόλος του νοσηλευτή όσον αφορά στη σχέση του ασθενή με το κοινωνικό του περίγυρο, την οικογένειά του, τον εργασιακό του χώρο. Το κοινωνικό στίγμα για άτομα με τέτοιου είδους ασθένειες είναι βαρύ αλλά μπορεί να εξλειφθεί με τη καταλυτική παρέμβαση του νοσηλευτή. Ο τελευταίος παρέχει προληπτικά την ενημέρωση και πληροφόρηση στο κοινό είτε μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, είτε στην κοινότητα, είτε στο σχολείο και στα εκπαιδευτικά ιδρύματα.

Ο νοσηλευτής αρωγός και υπηρέτης του ευρισκόμενου σε βιοψυχοσωματική διαταραχή και αδυναμία ασθενή, πρέπει να είναι καταρτισμένος με επιστημονικές γνώσεις και αποτελεσματικές πρακτικές εφαρμογές, με υπομονή, καθώς συχνά το αποτέλεσμα των προσπαθειών του, δεν είναι άμεσα εμφανές. Θεωρούμε ότι οι ενεργειακές ψυχοσυναισθηματικές πηγές του νοσηλευτή πρέπει να είναι διαρκώς φορτισμένες αν όχι ανεξάντλητες, καθώς για τον ασθενή ο νοσηλευτής αποτελεί πηγή δύναμης από οποιοδήποτε πόστο ασκεί το λειτούργημά του, ο τελευταίος. Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν να εκφράσουμε μιας και μας δίνεται η ευκαιρία μέσω του συγγράμματος τούτου, την ανάγκη του νοσηλευτή για υγιείς διεξόδους εκτόνωσης και αποφόρτισης συναισθημάτων, είτε σε χώρους παραπλήσιους στο χώρο εργασίας τους, συνήθως νοσοκομείο, είτε σε διαφορετικούς χώρους. Θα θέλαμε να μεταφερθεί η πρότασή μας αυτή στον Πανελλήνιο Σύνδεσμο Νοσηλευτών, προκειμένου να αυτοβοηθείται και ο ίδιος ο νοσηλευτής και να επιφέρει τις ισορροπίες στην προσωπική συναισθηματική και επαγγελματική του ζωή.

Με το πρώτιστης σημασίας θέμα της πρόληψης θέλουμε να προσθέσουμε την εξής παρατήρηση: εάν τα τεράστια χρηματικά ποσά και οι ανθρώπινες

προσπάθειες που καταναλίσκονται στην έρευνα και την πειραματική θεραπεία, ξοδεύονταν στη συστηματική και καθολική ενημέρωση και εκπαίδευση του πληθυσμού, θα μπορούσαμε προφανώς να φανταστούμε τα αποτελέσματα. Η πρόληψη αποτελεί φυσική προτεραιότητα της σύγχρονης ανοσολογίας, γι'αυτό πρέπει να επικεντρωθούμε σε αυτή" είπε ο Κος Τριχόπουλος Δ. καθηγητής Επιδημιολογίας και Υγιεινής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και καθηγητής του Χάρβαρντ, μιλώντας στο πρώτο συνέδριο εποπτικών Υγείας στις 29/10-1/11/1987, στο πολεμικό μουσείο Αθηνών. Ο Αμερικανός καρκιнологός Δρ. Ντε Γουάις Ουίλιαμς, διευθυντής του Αντικαρκινικού Ινστιτούτου των ΗΠΑ, τονίζει: "Αγνοούμε τον κεφαλαιώδη ρόλο που παίζει η διατροφή και ο τρόπος ζωής, στη μάχη κατά πλείστων ασθενειών, και αυτή την άγνοια την πληρώνουμε με την ίδια μας τη ζωή. Ποτέ όμως δεν είναι αργά να συνειδητοποιήσουμε το σφάλμα μας"

Η όλη προσπάθεια πιστεύουμε ότι θα πρέπει να θέσει τις βάσεις από την προσωπικότητα του κάθε ανθρώπου συνειδητοποιώντας ο καθείς την ύπαρξή του και το σκοπό αυτής, και κατ'επέκταση στο οικογενειακό και σχολικό πλαίσιο. Εφόσον εξυγιανθούν και οι κοινωνικοί θεσμοί, ολοκληρώνεται και η ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των νεότερων μελών της κοινωνίας, των παιδιών. Η κινητοποίηση περαιτέρω των πολιτών και η διαφοροποίηση πεποιθήσεων των κοινωνιών που έχουν την τάση να αξιολογούν τον άνθρωπο μόνο από την εξωτερική του εμφάνιση, με βάση τα λίγα ή πολλά κιλά που θα φέρει, αγνοώντας άλλα χαρίσματά του, καταπατώντας το δικαίωμά του να είναι διαφορετικός, είναι επιτακτική ανάγκη να συμβεί στο πλαίσιο της κρατικής πρόνοιας αλλά και στην ευαισθητοποίηση του κάθε ευσυνείδητου νοσηλευτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Νευρική ανορεξία



1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Πολύ εύκολα θα μπορούσε να παρερμηνευθεί η ανορεξία ως μια απλή διαταραχή της όρεξης, ότι δηλαδή κάποιος δεν έχει όρεξη και δεν τρώει. Όμως δυστυχώς οι διαστάσεις της διαταραχής δεν σταματούν εκεί και τα πράγματα περιπλέκονται. Ας διευκρινίσουμε λοιπόν ως ορισμό περί τίνος πρόκειται: **Νευρική ανορεξία** είναι μια σοβαρή διαταραχή στην οποία το άτομο αρνείται να διατηρήσει το κατώτερο φυσιολογικό βάρος σώματος, έχει έντονο φόβο μήπως πάρει βάρος και εκδηλώνει μια σημαντική διαταραχή της εικόνας του σχήματος και του μεγέθους του σώματος καθώς επίσης και δυσαρέσκεια με αυτό. Πρόκειται λοιπόν για ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας, στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής από έντονο φόβο μην παχύνει. Βέβαια η λέξη ανορεξία είναι αποπροσανατολιστική. Η νευρική ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης, αν και αυτή προσβάλλεται αργά κατά τη διάρκεια της νόσου. Περισσότερο πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, της ταυτότητας και της αυτονομίας. Ειδικοί λένε ότι μπορεί να επηρεάζει την ανάπτυξη διαταραχής πρόσληψης διατροφής η αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι

για τον ίδιο τους τον εαυτό. Οι αιτίες όμως για τη νευρική ανορεξία συνήθως είναι πιο πολύπλοκες και συνδέονται με τα γενικότερα συναισθήματα αυτοεκτίμησης. Η νευρική ανορεξία είναι μια από τις πιο αντιφατικές περιοχές στην ψυχιατρική υγεία. (Μάνος 1997)

Η ανατολή της ανορεξίας είναι συνήθως κατά τη διάρκεια του τέλους της εφηβείας και αρχή της ενηλικίωσης. Η διαταραχή συνήθως ξεκινά ακολουθώντας μια ζωή στρεσογόνων γεγονότων. Πολλά άτομα με διατροφική διαταραχή νιώθουν εκτός ελέγχου με τη ζωή τους και μέσω της άσκησης από τη διατροφική διαταραχή έχουν την ψευδαίσθηση του ελέγχου. Το σώμα μπορεί να μοιάζει με καμβά στον οποίο η διατροφική διαταραχή ζωγραφίζει επάνω του τα εσωτερικά τους συναισθήματα. Η αυτοπεποίθηση συχνά μπερδεύεται με την εξωτερική εμφάνιση. Τα άτομα μιλούν πιο άνετα για σημεία του σώματος τους που δεν τους αρέσουν παρά για εκείνα που τους αρέσουν (Αφελαντόρφε 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ - ΕΡΕΥΝΕΣ- ΜΕΛΕΤΕΣ

Φωνή Κύριου, έτος 53^ο 27/2/2005, αριθμός φύλλου 9 (2700)“το σώμα υμών ναός εν υμίν αγίου πνεύματος εστί”.. λέει ο Απόστολος Παύλος.

Ας δούμε ποιά είναι η διδασκαλία της εκκλησίας για το σώμα του ανθρώπου. Στην ορθόδοξη θεολογία το σώμα είναι στοιχείο της προσωπικότητας του ανθρώπου. Ψυχή και σώμα δε χωρίζονται. Τα δυο αυτά στοιχεία μαζί αποτελούν την ύπαρξη του ανθρώπου. Το ανθρώπινο πρόσωπο εκφράζεται μέσα από τα δυο αυτά κανάλια. Ο ιερός Χρυσόστομος θα πει πως ο σύνδεσμος του σώματος και της ψυχής είναι πολύ στενός. Οι αρχαίοι πρόγονοι αλλά και άλλοι λαοί ως και σημερινοί φιλόσοφοι, κυρίως ανατολικών γνωστικών θρησκειών διακηρύσσουν πως το σώμα είναι φυλακή της ψυχής. π. χ στο μύθο του Φαίδρου η ψυχή του ανθρώπου χάνοντας το φτέρωμά της κατακρημνίζεται στον κόσμο της διαιρέσεως και της φθοράς και φυλακίζεται μέσα στο σώμα. Η εκκλησία πιστεύει ότι όσο τίμια είναι η ψυχή του ανθρώπου, άλλο τόσο τίμιο είναι και το σώμα. Ο ίδιος ο Χριστός, όταν θεράπευε τους ασθενείς, τους προέτρεπε να προσέχουν τη ζωή τους και να μην περιπίπτουν σε αμαρτήματα για να μην πάθουν ασθένειες του σώματος χειρότερες από τις θεραπευθείσες. Τα αμαρτήματα έχουν τη βάση τους όχι στο σώμα αλλά στην αμαρτωλή προαίρεση του ανθρώπου. Όλα επιτρέπονται, αλλά δεν συμφέρουν όλα. Ασκούμε το σώμα ώστε να μην εξουσιάζεται από τις δόλιες ενέργειες της ψυχής. Τα φαγητά είναι για την κοιλιά και η κοιλιά για τα φαγητά. Το σώμα ας είναι για το δοχείο της χάριτος του Θεού.

Η έναρξη φαινομένων νευρικής ανορεξίας παρουσιάζεται συνήθως στις ηλικίες μεταξύ 10 και 30 ετών. Μετά την ηλικία των 13 ετών, η εμφάνιση της διαταραχής πληθαίνει απότομα, με μεγαλύτερη συχνότητα στις ηλικίες 17 και 18 ετών. Στο 85% περίπου όλων των ασθενών με νευρική ανορεξία η ηλικία έναρξης της διαταραχής κυμαίνεται μεταξύ 13 και 20 ετών, ενώ οι γυναίκες προσβάλλονται 15 φορές συχνότερα από τους άνδρες. Μελέτη 1000 έφηβων κοριτσιών έδειξε ότι περίπου οι μισές θεωρούσαν τον εαυτό τους παχύσαρκο αν και οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις έδειχναν ότι μόνο το 25% ήταν όντως. Λόγω αυτής της συνεχούς ενασχόλησης με το σχήμα του σώματός τους φαίνεται ότι τουλάχιστον το 1/3 των έφηβων κάνουν δίαιτα και πολλές φορές έχουν περιστασιακές κρίσεις βουλιμίας, ενώ περίπου μια γυναίκα

στις δέκα προκαλεί περιοδικά εμετό για να ελέγξει το βάρος ενώ μικρότερος αριθμός κάνει το ίδιο με καθαρτικά(Πόγκα 2005).

Η επιδημιολογία της νευρικής ανορεξίας υποδηλώνει την επίδραση κοινωνικών παραγόντων. Η μεγαλύτερη συχνότητα σε κορίτσια -περίπου 20 προς 1 αγόρια-, η μη έντονη επέκταση της εμφάνισής της σε υποανάπτυκτες χώρες του τρίτου κόσμου, η συνεχής αύξηση της συχνότητας με την οποία συναντιέται στα ανεπτυγμένα δυτικά κράτη και η μεγάλη συχνότητά της σε μεσοαστικές οικογένειες έχουν χρησιμοποιηθεί για την υποστήριξη διαφόρων θεωριών που συμβάλλουν στη συμπλήρωση της εικόνας. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η εξάπλωση της νευρικής ανορεξίας στις βιομηχανικές χώρες κινήθηκε τα τελευταία περίπου χρόνια με ρυθμούς μιας υπεράνω κάθε πρόβλεψης κατακλυσμικής «επιδημίας». Εκτιμάται ότι στις δυτικές πάντοτε κοινωνίες, το 0.5% του γυναικείου πληθυσμού αναμένεται κάποια στιγμή να παρουσιάσει νευρική ανορεξία. Μελέτες σε κλινικούς και γενικούς πληθυσμούς έχουν βρει ότι πάνω από 90% των ατόμων με νευρική ανορεξία είναι γυναίκες. Ο επιπολασμός της διαταραχής σε γυναίκες της όψιμης εφηβείας και της πρώιμης ενήλικης ζωής είναι 0,5% έως 1% (Μάνος 1997).

Εκτιμήσεις της ετήσιας επίπτωσης της νευρικής ανορεξίας κυμαίνονται στις 18 περιπτώσεις γυναικών και σε 14.6 περιπτώσεις ανδρών ανά 100.000 άτομα πληθυσμού. Έρευνες που αφορούσαν στην επικράτηση της διαταραχής, ανέφεραν ποσοστά 0.5 στα 100 νέα κορίτσια ηλικίας 14 και 18 ετών. Στις 100.000 νέες περιπτώσεις εισαγωγών βρέθηκαν 0.17% άνδρες και 1.9 γυναίκες με διάγνωση νευρικής ανορεξίας. Άλλη έρευνα στο νησί Bornholm της Δανίας μεταξύ 1970 και 1989 που περιέλαβε την άντληση πληροφοριών από τους γενικούς ιατρούς και τις τοπικές ψυχιατρικές υπηρεσίες, έδειξε υψηλά ποσοστά μεταξύ των γυναικών 10-24 ετών. Μια σημαντική συγχρονική έρευνα με εφαρμογή των κριτηρίων DSM III για την ανίχνευση της νευρικής ανορεξίας έγινε σε 5.705 μαθήτριες στη Ν.Αυστραλία και αποκαλύφθηκαν 105 περιπτώσεις ηλικίας 10-14 στα 1000 κορίτσια. Η μέση ηλικία έναρξης της νευρικής ανορεξίας είναι τα 17. Σπάνια η διαταραχή αρχίζει μετά τα 40 (Καφάτος και Λαμπαδάριος 1990).

2.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΟΓΕΝΝΕΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Από το 1960 μπορούμε να διακρίνουμε δυο τάσεις σχετικά με την ψυχοδυναμική προέλευση της νευρικής ανορεξίας:

I) την οδό της έρευνας που ασχολείται με τη συμβολική σημασία του στοματικού στοιχείου που αφορά στη φαντασιωσική εγκυμοσύνη από το στόμα.

II) το νέο προσανατολισμό της έρευνας για την προσωπικότητα, τις λειτουργίες του εγώ και τις διαπροσωπικές σχέσεις του ανορεκτικού.

Ø Η κλασική ψυχανάλυση θεώρησε το όλο πρόβλημα ως συμβολική έκφραση μιας εσωτερίκευσης της σεξουαλικής σύγκρουσης, ενώ σύγχρονη ψυχαναλυτική θεωρία αναφέρει ότι η νευρική ανορεξία εκφράζει ασυνείδητες ψυχικές συγκρούσεις κυρίως σε σχέση με τη σεξουαλικότητα και ιδίως με την εγκυμοσύνη η οποία στις πρώιμες φαντασιώσεις της παιδικής ηλικίας πραγματοποιείται μέσα από το στόμα. Αυτά τα συγκρουσιακά στοιχεία εκφράζονται μέσα από τα συμπτώματα της διαταραχής. Η ερωτική επιθυμία καθώς και αυτή της εγκυμοσύνης συνδέεται με τη λήψη της τροφής και έτσι το άτομο ασυνείδητα θεωρεί ότι με την άρνηση της τροφής μπορεί να αναστείλει και οποιοδήποτε σεξουαλική ορμή (Νικολαΐδης 1982)

Ø Οι νέες ψυχαναλυτικές τάσεις, ασχολούνται περισσότερο με το θέμα των σχέσεων μητέρας-παιδιού. Ο Nieman το 1950 ενοχοποιεί την υπερβολική εξάρτηση, την τυφλή υπακοή, δηλαδή την παθητικότητα, που είναι συνέπεια μιας υπερπροστατευτικής συμπεριφοράς της μητέρας, ως προϋπόθεση για την ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας. Επισημαίνεται επιπλέον ο προοιδιαπόδειος προβληματισμός, αν και η εκδήλωση της διαταραχής αρχίζει από την εφηβεία. Η νευρική ανορεξία μπορεί να εμφανίζεται κατά επεισόδια στη ζωή του ατόμου σε διάφορες φάσεις της ζωής του ή μπορεί να είναι και συνεχής μέχρι το τέλος της ζωής του (Nieman 1990).

Ø Η ψυχαναλυτική παρεμβολή αντιλαμβάνεται τις εικόνες "νευρικής ανορεξίας και νευρικής βουλιμίας" ως δίδυμο τοκετό μιας και της αυτής αδηφάγου μητέρας και ενός και του αυτού απόντος και ανίκανου πατέρα. Κατά την έκρηξη της νόσου, όσο η μητέρα προσπαθεί να περάσει ως συζυγικό θύμα,

τόσο ο πατέρας προσπαθεί να γίνει σαγηνευτικός. Η ανορεξία αντιπροσωπεύει τον αγώνα της ανορεξικής να αποκοπεί από τη γονική αιχμαλωσία, να δείξει πως διεκδικεί τη δική της ταυτότητα και πως θέλει να ζήσει για λογαριασμό της, ενώ η βουλιμία συμβολίζει έκκληση αγάπης, παραίτηση από διεκδίκηση προσωπικής ταυτότητας και ψυχολογική αιχμαλωσία, (Μάνος 1997)

- Ø Από ψυχολογική άποψη και από την πλευρά του ασθενούς, είναι μια ανεπιτυχής λύση σε κάποιο άλλο πρόβλημα. Έτσι η ανορεξία και άλλες διαταραχές συμπεριφοράς είναι μια προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει τη ζωή και να επικοινωνήσει. Η στέρηση τροφής μπορεί να είναι εν μέρει, μια προσπάθεια του ατόμου να εδραιώσει την αίσθηση του εαυτού του και να νιώσει δύναμη, ιδιαιτερότητα και έλεγχο. (Παπαγεωργίου 2002)
- Ø Σύμφωνα με τη συστηματική θεωρία το πρόβλημα είναι το οικογενειακό περιβάλλον και όχι το άτομο καθαυτό. Πρέπει δηλαδή να αναφερόμαστε σε ανορεκτικές οικογένειες και όχι άτομα. Συνήθως υπάρχει κάποια σύγκρουση μεταξύ των γονέων ή κάποιο πρόβλημα που δεν εκφράζεται για να εκτονωθεί. Το παιδί δισυσθανόμενο την ένταση, "θυσιάζεται" εκδηλώνοντας την διαταραχή και γίνεται επίκεντρο του οικογενειακού ενδιαφέροντος. Οι γονείς έτσι αποστρέφουν την προσοχή τους από τις δικές τους εντάσεις και ασχολούνται κυρίως με το παιδί και έτσι ενώνονται. Συχνά τα παιδιά και κυρίως οι έφηβοι χρησιμοποιούν τα συμπτώματα για να αντιδράσουν στον αυταρχισμό ή την αδιαφορία των γονέων (Τσιάντης και Μανωλόπουλος 2001).
- Ø Γνωσιακή-συμπεριφορική θεωρία υποστηρίζει ότι τα ανορεξικά συμπτώματα διαιωνίζονται και διατηρούνται μέσα από το χαρακτηριστικό σύνολο των πεποιθήσεων που αφορούν στο βάρος του σώματος και το φαγητό. Η νευρική ανορεξία οφείλεται στην εκμάθηση αρνητικών συμπεριφορών. Αν αλλάξουν οι συνειδητήσεις του φαγητού, μπορεί να βελτιωθεί και η σχέση του ατόμου με το φαγητό. Η κεντρική ιδέα- πεποίθηση στην νευρική ανορεξία είναι ότι η αξία του εαυτού αναπαριστάται στο βάρος και το σχήμα του σώματος. Η πεποίθηση αυτή προκύπτει από την αλληλεξάρτηση των βασικών απόψεων για τον εαυτό του με το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο που περιβάλλει το άτομο και το οποίο ευνοεί τη σύνδεση μεταξύ προσωπικών αξιών και βάρους

ή εμφάνιση του σώματος. Βρέθηκε ότι οι ανορεξικοί θυμούνται εκλεκτικά περισσότερες πληροφορίες οι οποίες σχετίζονται με φαγητό και σωματικό βάρος μετά από διάβασμα κάποιου περιγραφικού κειμένου και ότι συγκρατούν από αμφίσημες λέξεις εκλεκτικά σημασίες σχετικές με τροφή και βάρος. (Σαραντόγλου 2001)

Ø Κατά τους ανθρωπολόγους το σώμα μας, το τι τρώμε ή τι δεν τρώμε, το πώς ντυνόμαστε, οι καθημερινές μας λειτουργίες μέσα από τις οποίες το υπηρετούμε, είναι ένα ισχυρό διάμεσο, μια παντοδύναμη συμβολική φόρμα πάνω στην οποία εγγράφονται οι ιεραρχήσεις, οι κανόνες, οι αξίες μας. Κοινωνικές θεωρίες σημειώνουν την έμφαση που έχει δοθεί στις ανεπτυγμένες χώρες, στα νιάτα, στην ομορφιά, στο να είναι το άτομο λεπτό και στην υπερβολική ενασχόληση των ατόμων με την εικόνα και το σχήμα του σώματος. Η άποψη γνωστής φεμινίστριας και κοινωνιολόγου G. Greer, σε πρόσφατο άρθρο της στην εφημερίδα "Τα Νέα " - "ένθετο:πρόσωπα", 12/8/2000, υπογραμμίζει το πόσο δυστυχημένες και παγιδευμένες μέσα στο έστω και ελαφρά υπέρβαρο σώμα τους, καθιστά τις γυναίκες κάθε ηλικίας, η εμπεδωμένη στις δυτικές κοινωνίες "κουλτούρα της δίαιτας". Τις εξοστρακίζει ακόμα και από στοιχειώδεις επιταγές της μόδας. Παράλληλα τους εγκαθιδρύει και την αμφιβολία για τη γοητεία και την ερωτευσιμότητά τους, την οποία η όλη ψυχοσωματική τους υπόσταση και παρουσία μπορούν να εκπέμψουν. Οι φεμινίστριες συμφωνούν ότι δεν είναι το ιματζ βλαπτικό, αλλά το γεγονός ότι οι γυναίκες ακόμα αντλούν πολύ από την αίσθηση της αυτοεκτίμησής τους από το αν είναι αρεστές/ευχάριστες στους άνδρες. Η θεοποίηση του λυμφατικού σώματος τα τελευταία χρόνια αγγίζει την υπερβολή, και λειτουργεί ως απαραίτητο αντίπαλο δέος των ομοίως δοξολογούμενων ηδονών του φαγητού και του ποτού που οι ίδιες οι κοινωνίες της κουλτούρας της δίαιτας, προωθούν κατά κόρον και εμπορεύονται παντοιοτρόπως ([www.eatings disorders arena.com](http://www.eatings_disorders_arena.com)).

Ø Η θεωρία της Hilda Bruch (1974) προτείνει τη θεώρηση να υποφέρει το άτομο από την αίσθηση ότι δεν μπορεί να ελέγξει το περιβάλλον του καθώς και από σύγχυση ταυτότητας, ενώ δεν έχει καλή επαφή με το σώμα και τις αισθήσεις του. Μέσω της διαταραχής επιχειρεί να οριοθετήσει τον ψυχισμό και το σώμα του. Οι δυσλειτουργίες αυτές προέρχονται από προβληματικές σχέσεις με

σημαντικά άτομα κατά την παιδική ηλικία. Την τελευταία θεωρία της η Bruch, την στήριξε σε ευρήματα νεότερων ευρενητών. Σε ελεύθερη απόδοση έχει ως εξής: Το ανορεκτικό παιδί από τη νεογνική ηλικία έχει ανατραφεί από γονείς οι οποίοι όχι μόνο δεν αντιλαμβάνονταν τη σημασία των μηνυμάτων που τους έστελνε με τη συμπεριφορά του, αλλά επέμεναν στη δική τους λανθασμένη ερμηνεία και επέβαλαν ως λύση αυτό που νόμιζαν οι ίδιοι ως σωστή παρέμβαση π.χ. κάθε κλάμα σημαίνει πείνα και επομένως η θεραπεία είναι η τροφή. Η διεργασία αυτή συνεχίζεται με αποτέλεσμα το παιδί ως την εφηβεία να παρουσιάζει εικόνα παιδιού-υποδείγματος. Δεν έχει ξεχωριστή υπόσταση αλλά αισθάνεται και συμπεριφέρεται όπως θέλουν οι γονείς του. Όταν έρθει η εποχή για ανεξαρτητοποίηση, τα έχει τελείως χαμένα και οι πρωτόγονες προσπάθειες που κάνει για να απελευθερωθεί φέρνουν μόνο ανεπιθύμητα αποτελέσματα (Bruch 1979).

- Ø Πολλοί επιστήμονες, με τις έρευνές τους στο χώρο της φυσιολογίας και της ψυχολογίας, επιβεβαιώνουν τα ψυχολογικά αιτία ανάπτυξης των ασθενειών και τη δυνατότητα πρόγνωσης. Στην εποχή μας οι ψυχοσωματικές ασθένειες δεν είναι πλέον απλές πιθανότητες. Συνήθως οι εσωστρεφείς άνθρωποι που είναι γεμάτοι ανασφάλειες και δυσκολεύονται να εκφράσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, είναι οι πλέον επιρρεπείς στις ψυχοσωματικές παθήσεις. Αυτά τα άτομα συχνά δεν μπορούν να βρουν διέξοδο στις διάφορες συναισθηματικές πιέσεις, με αποτέλεσμα αυτές να συσσωρεύονται και να ξεσπούν με τη μορφή οργανικών συμπτωμάτων. Αν όλα αυτά δεν εκφραστούν, δεν βγουν προς τα έξω, θα ξεσπάσουν στο σώμα μας. Τότε θα αρρωστήσουμε και αυτό θα είναι το πιο σαφές και ξεκάθαρο μήνυμα (Τζίκας 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Έχουν περιγραφεί κατά καιρούς διάφοροι μηχανισμοί για την αιτιολόγηση της νευρικής ανορεξίας όπως:

- ✓ ψυχολογικοί
- ✓ κοινωνικοί
- ✓ γενετικοί και
- ✓ βιολογικοί

Ο συνδυασμός ατομικών ψυχολογικών χαρακτηριστικών, οικογενειακών δυσλειτουργιών καθώς και η ιδιαίτερη σημασία που δίνουν οι κάτοικοι των ανεπτυγμένων χωρών, στα νιάτα, την ομορφιά και το λεπτό κορμί και η σύνδεσή του με επιτυχημένη ζωή και καριέρα, φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο. Η αιτία της νευρικής ανορεξίας είναι πολύπλοκη και διαφορετική για κάθε κορίτσι. Θα πρέπει επομένως η εξεύρεση των αιτιολογικών παραγόντων να κατευθύνει τη θεραπευτική παρέμβαση και όχι το αντίστροφο (Proctor et al,2003).

Περιβαλλοντικοί και Γενετικοί παράγοντες: Ειδικοί της συμπεριφοράς επισημαίνουν ότι η νευρική ανορεξία επιδεινώνεται από την υπερβολική σημασία που της δίνουν οι τρίτοι. Το άτομο γίνεται το επίκεντρο της προσοχής και μπορεί να εκμεταλλεύεται τους γύρω του με τη συμπεριφορά του. Ρόλο παίζει και αν το περιβάλλον μιας έφηβης ή ενός ατόμου μπορεί να τονίζει τη σημασία του να είναι λεπτό και να ελέγχει το βάρος του. Σε πρόσφατη ανακοίνωση, ο Cris πρότεινε ότι η ιδιότητα που μεταφέρεται κληρονομικά είναι η τάση των ανορεκτικών να αντιδρούν στο στρες με αποφυγή. Η νευρική ανορεξία συχνά εμφανίζεται από γενιά σε γενιά στην ίδια οικογένεια και επηρεάζει κυρίως γυναίκες. Οι αδελφές των ανορεκτικών ασθενών έχουν αυξημένη πιθανότητα να προσβληθούν, αλλά η συσχέτιση αυτή μπορεί να αντανακλά περισσότερο κοινωνικές επιδράσεις παρά γενετικούς παράγοντες. Εξάλλου, οι μείζονες συναισθηματικές διαταραχές είναι συχνότερες σε μέλη της οικογένειας ανορεκτικών σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Η νευρική ανορεξία είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού, ατόμων που έχουν τη διαταραχή και επίσης έχει βρεθεί ότι οι

μονοζυγώτες δίδυμοι συμπίπτουν πολύ πιο συχνά να έχουν τη διαταραχή από ότι οι διζυγώτες. Η ύπαρξη μεγάλου ποσοστού ψυχικών ασθενειών στους συγγενείς ανορεκτικών υποδηλώνει την πιθανή ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης (Courtney, 2000).

Γονιδιακή μετάλλαξη: που σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση νευρογενούς ανορεξίας υποστηρίζουν ότι ανακάλυψαν Αυστραλοί επιστήμονες, σύμφωνα με δημοσίευμα της εφημερίδας: "The Sydney Morning Herald" (2004). Το γονίδιο που εντόπισαν ερευνητές του νοσοκομείου παιδών του Σίδνευ, ρυθμίζει την παραγωγή νοραδρεναλίνης, η οποία είναι ήδη γνωστό ότι έχει σχέση με διαταραχές που εκδηλώνονται μέσω αγχώδους και ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς. Έτσι μπορούν πιστεύουν, να δώσουν μια λογική εξήγηση στο γιατί η νευρική ανορεξία φαίνεται να εμφανίζει μοντέλο κληρονομικότητας. Συγκεκριμένα, από δείγματα DNA που ελήφθησαν από νέους που έπασχαν από νευρική ανορεξία και τους γονείς αυτών, βρέθηκε ότι οι έφηβοι με νευρική ανορεξία είχαν υπερδιπλάσια πιθανότητα να φέρουν στο γενετικό τους υλικό μια συγκεκριμένη παραλλαγή ενός γονιδίου, σε σχέση με αυτούς που δεν έπασχαν από την ασθένεια. Η αγωγή που χορηγείται σήμερα στηρίζεται στη χημική ουσία του εγκεφάλου σεροτονίνη που επηρεάζει τη διάθεση, όπως και η ντοπαμίνη. Τα ανορεκτικά άτομα έχουν νευροχημική έλλειψη, λιγότερους υποδοχείς ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Η ντοπαμίνη είναι ο νευροδιαβιβαστής που σχετίζεται με την παραγωγή συναισθημάτων ευφορίας. Οι επιστήμονες μελετούν διάφορα γονίδια σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς και άλλους παράγοντες οι οποίοι πιθανόν να διαταράσσουν τους νευροδιαβιβαστές που ελέγχουν την όρεξη και την ψυχολογική διάθεση (Νικολαΐδης 1982).

Βιολογικοί παράγοντες: Η επίδραση βιολογικών παραγόντων παρά τις ψυχοκοινωνικές θεωρίες για την νευρική ανορεξία, δεν μπορεί να αγνοηθεί. Το δεδομένο αυτό μαζί με την ύπαρξη διάφορων ορμονικών διαταραχών, υπαινίσσεται πρωτογενή ή μη δυσλειτουργία του υποθαλάμου του εγκεφάλου. Η τελευταία, υποδεικνύεται από διάφορα ευρήματα και παρατηρήσεις όπως η αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRM) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών αυτών, η εμφάνιση αμηνόρροιας πριν την εκδήλωση της απώλειας βάρους, η ελαττωμένη δραστηριότητα νορεπινεφρίνης

και οι διαταραχές στη λειτουργία και άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών, όπως της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης (Μάνος 1997).

Βιοχημικοί/Νευροχημικοί παράγοντες: Οι ορμόνες του στρες όπως η κορτιζολη, είναι αυξημένες στα άτομα με νευρική ανορεξία, ενώ οι νευρομεταβιβαστές, όπως η σεροτονίνη μπορεί να δυσλειτουργούν. Τα ενδογενή οπιούχα μπορεί να συμβάλουν σε άρνηση της πείνας εκ μέρους ασθενών με νευρική ανορεξία. Νευροχημικά, η μειωμένη ανταλλαγή και δραστηριότητα νορεπινεφρίνης υπονοείται από τη μειωμένη 3-μεθοξυ-4-υδροξυφαινυλογλυκολη (MHPG) στα ούρα και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, ατόμων τα οποία πάσχουν από νευρική ανορεξία. Στους ασθενείς αυτούς έχει δειχθεί μια αντίστροφη σχέση μεταξύ MHPG και κατάθλιψης. Αύξηση της MHPG συνοδεύεται από μείωση της κατάθλιψης. Προκαταρκτικές μελέτες δείχνουν ότι η χορήγηση ουσιών ανταγωνιστικών προς τα οπιούχα επιφέρει δραματική αύξηση στο βάρος μερικών ασθενών. Μερικές μελέτες με αξονική τομογραφία CT, δείχνουν αυξημένους χώρους του ENY, διογκωμένες αύλακες και κοιλίες κατά τη διάρκεια της λιμοκτονίας, εύρημα το οποίο αναστρέφεται με την αύξηση βάρους. Σε μια τομογραφική μελέτη εκπομπής ποζιτρονίων (PET), ο μεταβολισμός στον ουραίο πυρήνα ήταν υψηλότερος κατά την ανορεκτική φάση από ότι κατά τη φάση επαναδιατροφής (Τσιάντης και Μανωλόπουλος 2001).

Πολυπαραγοντική αιτιοπαθογένεια/κοινωνικοί παράγοντες: γενετική προδιάθεση, βιώματα ναρκισσιστικού τραύματος ή βίαιης εγκατάλειψης που ανάγονται στην πολύ πρώιμη ηλικία και μεταφράζονται σε κενό αυτοεκτίμησης και ανασφάλειας, η τελειοθηρική προσωπικότητα, η τυχόν προϋπάρχουσα ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, τυχόν προνοσηρή ελαφρά παχυσαρκία, τα δυσλειτουργικά οικογενειακά και μικροκοινωνικά συστήματα τα οποία είναι εύρυθμα και ανεπίληπτα σε πρώτη θέαση αλλά επί της ουσίας απαγορευτικά για εν τω βάθει συναισθηματικές ψυχοσυναλλαγές και εκφορτίσεις, η ενασχόληση με δραστηριότητες που εκ προοιμίου επιβάλλουν αυστηρές αν όχι ακραίες δίαιτες για την κατάκτηση και διατήρηση "ιδανικών" λειτουργικά ή αισθητικά σωματοδομών, η αναπόφευκτη καθημερινή έκθεση έφηβων και προεφήβων στον καταγισμό από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για τέλεια αλλά δυσκολοπρόσιτα λιπόσαρκα σώματα. Ο καταγισμός αυτός δεν αποτελεί παρά την αντανάκλαση μιας ήδη εγκαθιδρυθείσης κοινωνικής επιταγής: παχυσαρκία: άγνοια,

νωθρότητα, λεπτότητα: αυτοέλεγχος, ενεργητικότητα, επιτυχία και καταλήγει σε ρατσιστικού τύπου αποκλεισμό των έστω και ήπια υπέρβαρων γυναικών και ανδρών, ακόμη και από τις μικρές φυγές από την έτσι και αλλιώς μίζερη καθημερινότητα. Για παράδειγμα την απόλαυση της καλοκαιριάτικης παράλιας, ή την αγορά ενός συνηθισμένου αλλά στοιχειωδώς κομψού ρούχου από τα επίσης συνηθισμένα καταστήματα ένδυσης τα οποία και αυτά σταδιακά όλο και περισσότερο "πάσχουν" από έλλειψη ευρύχωρων μεγεθών. Είναι φανερό ότι η εικόνα σώματος και η μόδα δεν προάγουν τη μέτρια απώλεια βάρους 5 - 15% του αρχικού βάρους που θεωρείται σήμερα κριτήριο επιτυχίας, αλλά αποσκοπούν σε εφήμερα αποτελέσματα. Έτσι το άτομο δε δίνει έμφαση στην ανάγκη διατήρησης μιας τροποποιημένης σωστότερης διατροφικής συμπεριφοράς. Ο αποπροσανατολισμός από τον κύριο σκοπό που είναι η μικρή, αλλά σταθερή απώλεια βάρους με βελτίωση παράλληλα των δεικτών υγείας, επιτυγχάνεται μόνο όταν το άτομο υιοθετήσει υγιείς συμπεριφορές και τάσεις διαβίου (Σαραντόγλου 2001).

Ψυχοδυναμικοί παράγοντες: Η ανθρώπινη συμπεριφορά προέρχεται από δυο πηγές η μια βρίσκεται μέσα στο άτομο, ενώ η άλλη προκαλείται από την αντίδρασή του στα εξωτερικά ερεθίσματα. Σημαντικό είναι να δίνονται επιπρόσθετες και αρκετά κατάλληλες απαντήσεις στο παιδί για ζητήματα που το αφορούν εκτός των συνηθισμένων εξωτερικών ερεθισμάτων, διαφορετικά θα παραμείνει χωρίς εξέλιξη η έννοια κατοχής του σώματός του και θα δημιουργήσει ένα "αβοήθητο" συναίσθημα μη κυριότητας των αισθήσεων του σώματός του. Βέβαια οι μητέρες ισχυρίζονται ότι ανταποκρίνονται πάντα στις ανάγκες του παιδιού και δεν το άφησαν ποτέ να αισθανθεί το αίσθημα της πείνας. Υπάρχει η παραγνώριση της συναισθηματικής κατάστασης του παιδιού π.χ. όταν οι μητέρες κατά τρόπο ανεύθυνο και άσχετο προς την πραγματικότητα ισχυρίζονται ότι "πρέπει να πεινάσει, να κρυώσει, να κουραστεί", τότε το παιδί δυσπιστεί μάλλον στη δική του αίσθηση και δεν κατανοεί τη σημασία της εγκατάλειψής του (Stein, Corte,2003).

Ενοχοποιητικοί παράγοντες: Η επιθυμία του ανορεκτικού ατόμου να μην εισβάλει τίποτα στο σώμα του, δεν είναι άλλο παρά το παράδοξο αίτημα για υπεράσπιση της αυτονομίας του. Εξίσου παράδοξο βέβαια είναι το γεγονός ότι με τη συμπεριφορά του αυτή το άτομο τελικά επιτυγχάνει το αντίθετο, να βρεθεί

δηλαδή ακόμα πιο εξαρτημένο από το περιβάλλον που ήθελε να απελευθερωθεί. Εκτός από ορισμένους πραγματικούς παράγοντες που αιτιολογούν την νευρική ανορεξία, ενοχοποιούνται και κάποιοι άλλοι ως ενισχυτικοί παράγοντες της παθολογίας του ανορεκτικού ασθενούς. Το καλοκαίρι του (2000) η υπουργός για γυναικεία θέματα στη Μεγάλη Βρετανία Τέσα Τζόουελ, ενοχοποίησε την τηλεόραση για την έξαρση της νευρικής ανορεξίας σε νέες γυναίκες και κορίτσια επειδή προβάλλει υπέρ το δέον λυμφατικά μοντέλα ως ιδανικά πρότυπα κάλλους, και απείλησε με τη λήψη λογοκριτικού χαρακτήρα μέτρων. Όλος αυτός ο θόρυβος γύρω από την νευρική ανορεξία από ιατρικής πλευράς, κάθε άλλο παρά βλαπτικός είναι στο μέτρο που αφυπνίζει την επαγρύπνηση σκληρά διαιτωμένων κοριτσιών, για τον κίνδυνο διολίσθησής τους σε μια διαταραχή που συχνά αποβαίνει γενεσιουργός σοβαρότατων δευτερογενών βιολογικών επιπλοκών που μπορεί να οδηγήσουν ως το θάνατο (Καλαντζή-Ασίζη 2000).

Είναι γεγονός ότι η νευρική ανορεξία απαντάται συχνότερα σε ορισμένους **επαγγελματικούς χώρους**. Τα μοντέλα και οι επίδοξες σταρ του Χόλιγουντ κάνουν τα πάντα για να παραμείνουν αδύνατες, καθώς διαφορετικά κινδυνεύουν να χάσουν το επαγγελματικό παιχνίδι. Ποιός δε θυμάται τις μεγάλες βάτες της δεκαετίας του 1980 που αποτέλεσαν απαραίτητο αξεσουάρ για να καλυφθούν οι σκελετωμένοι ώμοι των μοντέλων; Οι ερευνητές Ντάβιντ Γκάρνερ και Πολ Γκάρφανκελ, έχουν καταδείξει ότι οι μπαλαρίνες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν τη συγκεκριμένη διαταραχή, εξαιτίας των πιέσεων που υφίστανται στον επαγγελματικό τους χώρο. Επισημαίνεται από τους ερευνητές ότι ισχύουν ανά την υφήλιο διαφορετικά πρότυπα ομορφιάς. Ωστόσο, στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης τα πρότυπα αυτά τείνουν να ομογενοποιηθούν. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι ολοένα και περισσότερα κρούσματα αυτής της διαταραχής παρατηρούνται στην Αίγυπτο, την Ινδία, Ιαπωνία, Κίνα και Νότια Αφρική. Έτσι η νευρική ανορεξία ξεπερνά τις γεωγραφικές συντεταγμένες του δυτικού κόσμου και εκδηλώνεται σε άτομα που ζουν σε διαφορετικούς πολιτισμούς. Το ίδιο ισχύει και για το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των πασχόντων, καθώς σήμερα οι κοπέλες που υποφέρουν από νευρική ανορεξία δεν απαντώνται μόνο στις πασαρέλες και τα κινηματογραφικά στούντιο αλλά σε όλα τα επαγγέλματα (Σαραντόγλου 2001).

Εκλυτικές καταστάσεις: Είναι κυρίως τυπικές για την ηλικία οριακές καταστάσεις. Η αμφιθυμία χωρισμού σε διεργασίες αποκόλλησης από τα πρωτοπαθή άτομα αναφοράς, η ανεύρεση σεξουαλικής ταυτότητας στα πλαίσια των πρώτων ερωτικών εμπειριών, ο έντονος συναγωνισμός αδελφών, διαζύγια, ο θάνατος παππού ή γιαγιάς, η αποκόλληση από αδέρφια ή από τον οικογενειακό δεσμό, βιώνονται ως άλυτα προβλήματα και αντιμετωπίζονται με τη ριζική άρνηση, την καχεξία.

Το εκλυτικό χαρακτηριστικό της νευρικής ανορεξίας συχνά είναι ένα ασήμαντο γεγονός ένα νέο περιβάλλον προβληματίζει τον ασθενή. Θεωρεί τον εαυτό του άκομπο και αυτό του δημιουργεί προβλήματα στην κοινωνικότητά του, χωρίς να προσέχει ιδιαίτερα το γεγονός ότι η τακτική της απίσχνανσης οδηγεί σε ακόμη μεγαλύτερη απομόνωση. Με μια τέτοια αρχή η απίσχνανση, αποδεικνύεται ως σύμπτωμα εξάρτησης, το οποίο καλύπτει το φόβο του ασθενούς ότι δεν αξίζει τίποτε, ότι δεν τον εκτιμούν ή ότι δεν είναι καν άξιος προσοχής. Σε τέτοια απελπιστική κατάσταση βρισκόμενοι οι ασθενείς, απολαμβάνουν ένα αίσθημα τελειότητας, όταν χειρίζονται την τροφή και το βάρος τους. Διαπροσωπικές σχέσεις της οικογένειας επίσης παίζουν ρόλο στην έκλυση της νευρικής ανορεξίας: " ο Crisp (1965), καθόρισε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών προέρχεται από ευκατάστατες και επαγγελματικά υψηλά τοποθετημένες οικογένειες, στις οποίες οι ασθενείς συχνά είναι πρωτότοκοι και οι γονείς τους πάνω από 30 ετών. Στις οικογένειες αυτές υπερισχύει η γυναίκα και επιφανειακά παρουσιάζεται μια σταθερή οικογενειακή συμβίωση. Τα παιδιά που αργότερα ασθενούν συνήθως είχαν καλή περιποίηση, αλλά δεν ενθαρρύνθηκαν στην ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους. Κατά συνέπεια δεν είχαν εμπιστοσύνη στις δικές τους δυνάμεις για να μπορούν να αποφασίζουν. Οι γονείς, κατά τη διάρκεια των οικογενειακών συναντήσεων, παρουσιάζονταν με πολλή ευμένεια, αλλά τελικά αποδείχτηκαν ανεπαρκείς στις συναισθηματικές ανάγκες και αντιδράσεις των παιδιών τους (Νικολαΐδης 1982, Τσιάντης και Μανωλόπουλος 2001).

Μείζονα γεγονότα σταθμοί κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης: Στην νευρική ανορεξία σε μια από τις λίγες μελέτες που εξετάζει με συστηματικό τρόπο το ρόλο ψυχοπιεστικών συμβάντων ζωής και συγκρίνει τη νευρική ανορεξία πρώιμης έναρξης με τη χρόνια νευρική ανορεξία και αυτήν με όψιμη έναρξη, διαπιστώθηκε ότι στη μορφή με την όψιμη έναρξη προηγούνται, σε σύγκριση με τις άλλες δυο

μορφές, ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής και υπάρχει ένα υπόβαθρο χρόνιας έντασης. Από μια άλλη σύγχρονη έρευνα που μελετά την επίδραση των γεγονότων ζωής σε έφηβους με νευρική ανορεξία και τους συγκρίνει με έφηβους νοσηλευόμενους ψυχιατρικούς ασθενείς, αλλά μη ανορεκτικούς, και με υγιείς έφηβους, οι έφηβοι ανορεκτικοί ανέφεραν σαφώς περισσότερα αρνητικά γεγονότα ζωής σε όλους τους τομείς που εξετάστηκαν. Κάποιο γεγονός-κλειδί της ζωής του ασθενή ανατρέπει την ισορροπία του και κάνει έτσι τη ζωή του ασθενή λιγότερο ανεκτή. Τέτοια είναι η αρχή της σχολικής περιόδου, η εφηβεία, όταν φεύγουμε από το σπίτι, η στρατιωτική θητεία κ.τ.λ. Το πώς αντιδρούμε ως παιδιά σε περιστάσεις στρες ή χωρισμού από τους γονείς, συχνά μεταφέρεται στη συμπεριφορά μας όταν βρεθούμε κάτω από παρόμοιες καταστάσεις ως ενήλικοι. Το αναπτυξιακό ιστορικό τοποθετεί τα τρέχοντα προβλήματα του ασθενή σε ευρύτερο πλαίσιο και βοηθά στο να ανακαλυφθούν τα μοντέλα συμπεριφοράς τα οποία επιμένουν σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Γενικώς οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στην πρόσληψη τροφής φαίνεται ότι παίζουν ένα συντελεστικό αιτιολογικό ρόλο και συμβάλλουν στη γένεση της νόσου ή την εξέλιξή της (Μάνος 1997).

Στοιχεία προσωπικότητας: Οι ασθενείς είναι, όσον αφορά την προσωπικότητά τους, ευσυνείδητοι, κατέχουν κατά κανόνα υψηλή διανοητική ικανότητα. Τα ενδιαφέροντα τους είναι πνευματικά, τα ιδανικά τους ασκητικά, η ικανότητα εργασίας και η ικανότητα υλοποίησης υψηλής. Έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση, αίσθημα κατωτερότητας και ανικανότητας, τείνουν να είναι τελειοθήρες. Συνήθως είναι πολύ καλοί μαθητές και έχουν πολλές ασχολίες. Πιστεύουν τα άτομα αυτά ότι αν ήταν λεπτότερα, θα ήταν και πιο ευτυχισμένα και ότι, αν κάτι δεν πάει καλά, είναι αποκλειστικά δικό τους λάθος. Άλλα άτομα έχουν προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και τα εκδηλώνουν με τις διατροφικές συνήθειές τους, έχουν διαστρεβλωμένη εικόνα για το σωματικό τους είδωλο και κατατρέχονται από αυτή. Σύμφωνα με το Κέντρο Παιδιατρικής Μέριμνας, τα άτομα που υποφέρουν από νευρική ανορεξία είναι συνήθως τελειομανή και θέτουν υψηλούς στόχους και συνήθως δείχνουν αποτροπή στο να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (Τσιάντης- Μανωλόπουλος 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

4.1 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΚΑΤΑ DSM-IV:

Το DSM-IV αναγνωρίζει δυο τύπους νευρικής ανορεξίας. Καθένας από τους τύπους αυτούς φαίνεται να έχει διακριτά χαρακτηριστικά ως προς το ιστορικό και την κλινική εικόνα.

α) Περιοριστικός τύπος: αφορά το 50% των περιστατικών. Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της νευρικής ανορεξίας το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια πολυφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης δηλαδή απρόκλητους εμετούς ή κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών. Περιορίζεται στην επιλογή της τροφής του λαμβάνοντας όσο το δυνατόν λιγότερες θερμίδες και χαρακτηρίζεται από ιδεοψυχαναγκαστικά φαινόμενα σχετικά με την τροφή και άλλα θέματα (Kaplan and Sadock's 2000).

β) Επεισόδια υπερφαγίας/ καθαρτικός τύπος: άτομα πάσχοντας από καθαρτικού τύπου ανορεξία έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά με πάσχοντες από νευρική βουλιμία. Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της νευρικής ανορεξίας το άτομο εμπλέκεται συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης δηλαδή προκλητό εμετό ή κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών. Οι ασθενείς με αυτού του τύπου τη διαταραχή προέρχονται από οικογένειες με παχύσαρκα μέλη, ενώ και οι ίδιοι έχουν ιστορικό μεγαλύτερου σωματικού βάρους, συγκριτικά με τους πάσχοντες από περιοριστικού τύπου νευρογενή ανορεξία, πριν αυτοί εμφανίσουν τη διαταραχή. Εξάλλου οι πάσχοντες από καθαρτικού τύπου ανορεξία με επεισόδια υπερφαγίας, είναι πιθανότερο να σχετίζονται με χρήση ουσιών, διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων και διαταραχές προσωπικότητας (Σαραντόγλου 2001).

- ο **Πρωτοπαθής νευρική ανορεξία:** μεταξύ των 75 περιστατικών της νευρικής ανορεξίας που παρατήρησε η H. Bruch στα έτη (1942-1972), διαπιστώθηκαν στις γυναίκες 50 άτυπες μορφές έναντι 15 δευτεροπαθών. Η διαπίστωση ότι 50% των ασθενών έπασχαν από άτυπη μορφή έγινε πριν το 1960, ενώ το 86% της πρωτοπαθούς νευρικής ανορεξίας διαγνώστηκε μετά το 1960. Σωματικά δε μπορεί να

διαχωριστεί η πρωτοπαθής ανορεξία από την άτυπη, επειδή και στις δυο περιπτώσεις δεν έχουμε πάνω από 35% οργανικά θεμελιωμένα απώλεια βάρους. Ο μέσος όρος ηλικίας εκδήλωσης της διαταραχής για την πρωτοπαθή νευρική ανορεξία είναι 15,9 (10-26), ενώ για την άτυπη μορφή 20,3 (13-28). Η έμμηνη ρύση αρχίζει σχεδόν συγχρόνως και στις δυο μορφές, ενώ η αμηνόρροια απαντάται σταθερά μόνο στην πρωτοπαθή μορφή. Οι σημαντικές διαφορές βρίσκονται στον ψυχικό τομέα. Το αποφασιστικό κίνητρο στη συμπεριφορά του ανορεκτικού οφείλεται στο φόβο μήπως παχύνει.

- ο **Σύνδρομο γνήσιας ανορεξίας:** Από το 1960 περίπου πραγματοποιείται μια αλλαγή στην έρευνα της ανορεξίας. Επικρατεί αντίληψη ότι το σύνδρομο της γνήσιας ανορεξίας πρέπει να διαχωριστεί από τις άτυπες μορφές: Είναι ενιαίο και αποτελείται: **1)** Από τη διαταραχή της σωματικής παράστασης το σχήμα δηλαδή και τις αναλογίες του. Οι ασθενείς είναι τόσο ξένοι έναντι του σώματός τους, όσο και έναντι της ασθένειας "δε βλέπουν τίποτα". Το σώμα και η περίμετρος έγιναν για τον ασθενή ένα είδος ταμπού και ένα μαγικό κριτήριο ικανότητας για να περιφρονεί τις ανάγκες του. Απαραίτητη προϋπόθεση σε κάθε θεραπεία μια νευρικής ανορεξίας είναι η αναγνώριση της ρεαλιστικής εικόνας του σώματος. **2)** Από τη διαταραχή της ικανότητας να κατανοεί σήματα του σώματος όπως π.χ να αναγνωρίζει σωστά την πείνα. Η άρνηση του ανορεκτικού για τη λήψη της τροφής αντιστοιχεί περισσότερο στην ανικανότητα να αναγνωρίσει την πείνα παρά στην απώλεια της όρεξης. **3)** Να μην μπορεί ο ασθενής με ένα "ανεπαρκές συναίσθημα" να σκέφτεται και να ενεργεί. Αυτό εκριζώνει τις διαπροσωπικές σχέσεις της οικογένειας και διαταράσσει τη σεξουαλική εξέλιξη. Το συναίσθημα της ανεπάρκειας συγκαλύπτεται από μεγάλη αρνητικότητα και από φοβερή δυσπιστία και είναι απόρροια της συνήθειας και των ιδιορρυθμιών. Ο ασθενής αντιδρά σε πράξεις άλλων αντί να έχει δική του πρωτοβουλία. Το "αβοήθητο" και εξαρτημένο συναίσθημά του βρίσκεται εντυπωσιακά σε αντίθεση με τη ζωτική συμπεριφορά των ασθενών αυτών, οι οποίοι τονίζουν την προηγούμενη φυσιολογική εξέλιξή τους. Περιγράφονται ως εξαιρετικά αγαθά, καθαρά, καλόβουλα και πρόθυμα παιδιά, στην πραγματικότητα

πρόκειται για άτομα όμοια με "ρομπότ" σε ότι αφορά την υπακοή και την ανάπτυξη της σχετικά ελλιπούς πρωτοβουλίας και αυτονομίας (Νικολαΐδης 1982).

- ο **Άτυπη νευρική ανορεξία:** Δεν υπάρχει μια γενική εικόνα της ασθένειας, στα περιστατικά της ομάδας αυτής, εκτός βέβαια από το παράπονο της απώλειας του βάρους, που εξυπηρετεί μάλλον την επιθυμία του ασθενή να είναι άρρωστος και εξαρτημένος. Οι χαρακτηριστικές ιδιότητες του πρωτοπαθούς συνδρόμου λείπουν, δηλαδή απουσιάζει το πάθος να είναι λεπτοί, η αποπλανητική άρνηση της απίσχνανσης, η υπερδραστηριότητα, η προσπάθεια για τελειότητα και η συνεχής ασχολία με την τροφή. Δεν υπάρχουν καθόλου μεσοδιαστήματα βουλιμίας. Όσον αφορά την άτυπη νευρική ανορεξία πρόκειται για διαταραχές στη λήψη της τροφής, που οφείλονται σε διάφορες συμβολικές παρεξηγήσεις. Η ασθένεια είναι βαριά όπως και η θεραπεία της. Από τα 15 περιστατικά της η Bruch (1979) με την άτυπη ψυχογενή ανορεξία, 8 ασθενείς παρουσίασαν νευρωτική – υστερική συμπτωματολογία και μια ασθενής μελαγχολία ήβης, εξαιτίας τραυματικών βιωμάτων χωρισμού. Στην υστερική δομή του χαρακτήρα παρουσιάζεται πιεστικά η απώλεια του βάρους ή ο φοβικός χαρακτήρας. Παρουσιάζεται ένας φόβος από τη διατροφή, επειδή δεν την εκτιμούν οι ασθενείς και ποτέ δεν είναι υπερήφανοι για την "απόδοση" της απίσχνανσης αλλά μάλλον συμπεριφέρονται με απάθεια. Το άγχος μήπως αμαρτήσουν, ο φόβος μήπως χάσουν τους φίλους τους και ο φόβος μήπως τιμωρηθούν, όπως και η αγχώδης παρακολούθηση της πέψης τους, διαταράσσουν τη φυσιολογία της τροφής (Σαραντόγλου 2001).
- ο **Νευρική ανορεξία ανδρών:** Συνήθως εμφανίζεται στην εφηβεία και χαρακτηρίζεται από καθυστέρηση του αναστήματος και της ενήβωσης. Το ποσοστό πρώιμων μορφών, μεταξύ 10 και 14 ετών, είναι αρκετά σημαντικό. Οι γονείς του ασθενούς παρουσιάζουν ψυχοπαθολογικές διαταραχές συχνότερα από ότι οι οικογένειες των γυναικών ασθενών. Όπως και στις γυναίκες έτσι και στους άνδρες υπάρχει η ανηλεής προσπάθεια για απίσχνανση, η οποία δεν είναι τίποτα άλλο παρά μια

“τρελή” προσπάθεια για την απόκτηση ενός συναισθήματος έλεγχου και ταυτότητας. Στην ομάδα των 10 ανορεκτικών ανδρών τους οποίους εξέτασε η Bruch μεταξύ (1942- 1972), τα 4 ήταν άτυπα περιστατικά. Έκανε διάγνωση σε 140 ανορεκτικές γυναίκες και σε 6 μόνο άνδρες. Ισχυρίζεται ότι όλα τα περιστατικά της με υποσιτισμό, που ήταν άνδρες, έπασχαν από ψευδοανορεξία με παρανοειδή αυταπάτη και υποχονδριακές παραστάσεις του πεπτικού συστήματος. Περιγράφονται δυο άνδρες 24 και 27 ετών οι οποίοι είχαν ανορεξία ως “απάντηση ενός επιβαρημένου βιώματος”. Ένας έφηβος 14 ετών ανέπτυξε φοβία για τη λήψη της τροφής, μήπως δηλαδή κατά τη λήψη της στραβοκαταπιεί και πνίγει. Αυτός ο έφηβος αργότερα εκδήλωσε σχιζοφρενικά συμπτώματα. Όλη η ομάδα των 6 ανορεκτικών ανδρών με πρωτοπαθές σύνδρομο είχε ασθενήσει ήδη στην προεφηβεία. Αυτοί χαρακτηρίζονται ως υπερφιλόδοξοι, υπερδραστήριοι, με τάση για τελειότητα και με ανάγκη για έπαινο. Πίστευαν ότι βρίσκονταν σε μεγάλο κίνδυνο όταν η οικογενειακή υπέροχη που αποκτήθηκε με αυταπάρνηση δεν υπήρχε πλέον στο νέο περιβάλλον. Σε αυτές τις οικογένειες οι μητέρες ήταν εκείνες που είχαν επιβάλλει στο παιδί τις προσωπικές τους ανάγκες και επιθυμίες, με περιφρόνηση των προβλημάτων του παιδιού. Η σεξουαλική εξέλιξη αυτών των παιδιών ευοδώθηκε μετά από ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση. Με λίγα λόγια ήταν “ένας φαύλος κύκλος αυτοεπιβαλλόμενης απίσχνανσης και διαταραγμένης σωματικής εμπειρίας”. Αξίζει να σημειωθεί το πόσο πρόωμο ο Morton (1689) περιέγραψε την ανδρική νευρική ανορεξία που επισυμβαίνει σε αναλογία περίπου 1 προς 20 σε σχέση με τη γυναικεία και που ακριβώς εξαιτίας της σπανιότητάς της, δεν έτυχε προσοχής αν όχι και αποδοχής παρά μόνο στον αιώνα μας (Νικολαΐδης 1982).

- ο **Σεξουαλική ανορεξία**: Τα άτομα με νευρική ανορεξία αποφεύγουν τη λήψη φαγητού και λιμοκτονούν. Ο φόβος της απόρριψης καταδυναστεύει τις σκέψεις τους και τη συμπεριφορά τους και είναι η κινητήριος δύναμη στον αγώνα τους να διατηρηθούν αδύνατα. Υπάρχουν πολλά κοινά ανάμεσα στις διατροφικές και τις σεξουαλικές διαταραχές. Και στις δυο περιπτώσεις το άτομο απέχει από το φαγητό ή τη σεξουαλική πράξη,

ενώ γύρω του υπάρχουν σε αφθονία. Και οι δυο διαταραχές χαρακτηρίζονται από την απώλεια εαυτού, παρόμοιες διαστρεβλώσεις της σκέψης τους, την αγωνιώδη πάλη για τον έλεγχο του εαυτού τους και των ατόμων του περιγύρου τους. Έχουμε μίσος του ατόμου για τον εαυτό του και την αίσθηση της βαθιάς αποξένωσης. Ο σεξουαλικός προβληματισμός αφορά στα χαρακτηριστικά της εφηβείας τα οποία αμφισβητούνται από τους ασθενείς εξαιτίας των προβλημάτων που περικλείουν και στη συνέχεια προκαλούν τη φανατική απασχόληση με το βάρος τους. Υπάρχει μια σεξουαλική νεύρωση, κυρίως στις άτυπες μορφές της νευρικής ανορεξίας αλλά το υπόβαθρο της διασπασμένης "κανονικής" προσωπικότητας είναι πολύ διαταραγμένο, όπως και ολόκληρη η εξέλιξη του ανορεκτικού. Κατά συνέπεια θα ήταν περίεργο/σπάνιο φαινόμενο να είναι φυσιολογικός στο σεξουαλικό τομέα ο ανορεκτικός ασθενής (Lempriere et al, 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ

Η αρχή της νόσου σε νεαρή ηλικία θεωρείται ευνοϊκό προγνωστικό σημείο αλλά η άποψη αυτή αμφισβητείται. Η Bruch ισχυρίζεται ότι υπάρχει μια ανάλογη σχέση μεταξύ καλής πρόγνωσης και κατάλληλης θεραπείας στην πορεία της ασθένειας εκείνων των προεφηβικών παιδιών, των οποίων ολόκληρη η οικογένεια υποβλήθηκε σε εντατική θεραπεία. Για αυτή τη σχέση συνηγορεί και το γεγονός ότι μετά από χρόνια ανεπιτυχούς θεραπείας εμφανίζεται μια βελτίωση, αφού γίνει η κατάλληλη διεργασία στα προβλήματα που βρίσκονται στο βάθος της προσωπικότητας. Η πορεία της διαταραχής ποικίλει. Μερικά άτομα αναρρώνουν πλήρως μετά από ένα μοναδικό επεισόδιο, ορισμένα κερδίζουν βάρος που όμως παρουσιάζει διακυμάνσεις και μετά υποτροπιάζουν και ορισμένα παρουσιάζουν μια προοδευτική επιδείνωση που κρατά χρόνια. Σε πολλά άτομα μπορεί να χρειασθεί νοσηλεία και σε αυτά τα άτομα που νοσηλεύονται, ο ρυθμός ανάρρωσης με επιτυχία φθάνει και το 70%. Η θνησιμότητα κυμαίνεται μεταξύ 2-10%. Πρόκειται λοιπόν για δυνητικά θανατηφόρα διαταραχή. Ο θάνατος προέρχεται από ασπία, αυτοκτονία ή από ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η εξέλιξη της νευρικής ανορεξίας διαρκεί χρόνια. Η αυτόματη ίαση ή η ύφεση δεν είναι και τόσο συνηθισμένη αλλά τείνει να μονιμοποιείται. Η μακροπρόθεσμη εξέλιξη μπορεί να σχηματοποιηθεί :

- α) Το 1/3 παρουσιάζει ευνοϊκή εξέλιξη με αντιδραστικές και καταθλιπτικές αντιδράσεις. Η ίαση είναι σταθερή και συνοδεύεται από εξομάλυνση των συνηθειών διατροφής και αρκετά συμβατική κοινωνική επανένταξη. Η μετέπειτα συζυγική και οικογενειακή προσαρμογή είναι ικανοποιητική
- β) Το 1/3 εμφανίζει ατελή βελτίωση, αυξομειώσεις του βάρους με περιόδους βουλιμίας και ανορεξίας, χαρακτηριστικού τύπου διαταραχής στις διαπροσωπικές σχέσεις, σημαντικές σεξουαλικές δυσκολίες, υποχονδριακές ενασχολήσεις.
- γ) Το 1/3 έχει δυσμενή εξέλιξη και παρουσιάζει είτε χρονιοποίηση των διαταραχών με το συνακόλουθο κίνδυνο θανάτου είτε εξέλιξη προς σχιζοφρενική διάσχιση (Τσιάντης και Μανωλόπουλος 2001).

Όσοι έχουν επανακτήσει επαρκές βάρος, η συνεχής απασχόληση με το φαγητό και το βάρος του σώματος συνεχίζονται, οι κοινωνικές σχέσεις είναι συχνά φτωχές και πολλοί ασθενείς μελαγχολικοί. Η βραχύχρονη ανταπόκριση σε όλα σχεδόν τα προγράμματα ενδονοσοκομειακής θεραπείας είναι καλή. Δείκτες ευνοϊκής έκβασης είναι η παραδοχή της πείνας, λιγότερη ανωριμότητα και βελτιωμένη αυτοεκτίμηση. Κατά κανόνα αυτά εμφανίζονται περίπου μέσα σε 1½ χρόνο από την έναρξη της νευρικής ανορεξίας. Μερικές φορές τα βουλιμικά συμπτώματα προηγούνται της έναρξης της νευρικής ανορεξίας (Kaplan and Sadock's, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ

Στο μέρος αυτό του συγγραφικού πονήματος θα αναπτυχθούν ο ρόλος του νοσηλεύτη κατά την ενδονοσοκομειακή φροντίδα και θεραπεία του ασθενή, η οποία συνίσταται στο νοσηλευτικό σχεδιασμό της φροντίδας που περιλαμβάνει τη νοσηλευτική διάγνωση, τους αντικειμενικούς σκοπούς, τη νοσηλευτική παρέμβαση και τους μακροπρόθεσμους σκοπούς αλλά και κατ'επέκταση το ρόλο του νοσηλεύτη στην κοινότητα. Ζητήματα σωματικού βάρους και σχήματος μπορεί να έχουν ιδιαίτερη σημασία για μερικούς νοσηλευτές που δίνουν τη δική τους μάχη σχετικά με αυτό το ζήτημα. Αυτά τα θέματα μπορεί να δημιουργήσουν συναισθήματα ντροπής στο νοσηλευτή, ακόμη και ζήλια, όταν δουλεύει με ασθενείς που έχουν πετύχει το ιδανικό μέγεθος σώματος. Ίσως ακόμη συμβάλλουν στη λανθασμένη αναγνώριση των συμπτωμάτων ή στην ελαχιστοποίηση της σημαντικότητας που έχει η παθολογική κατάσταση του ασθενούς. Είναι δύσκολο να φανταστεί κανείς, γιατί ένα άτομο σκοπίμως θα έφτανε στο σημείο λιμοκτονίας έτσι ώστε ο οργανισμός να καταστρέφεται από τα συμπτώματα του υποσιτισμού ή γιατί ένα άτομο θα κατανάλωνε υπερβολικές ποσότητες φαγητού και στη συνέχεια θα χρησιμοποιούσε ανορθόδοξες μεθόδους για να απαλλαχτεί από αυτές. Είναι φυσιολογικό ο νοσηλεύτης να νιώθει μπερδεμένος και συγχυσμένος, με το γεγονός ότι ο ασθενής δεν τρώει, ακριβώς επειδή η συμπεριφορά αυτή είναι προκλητική για τις βασικές αξίες ενός υγιούς ανθρώπου και στη συγκεκριμένη περίπτωση του νοσηλεύτη. Πόσο μάλλον, αν ο νοσηλεύτης δεν έχει εξοικειωθεί με την εικόνα του λυμφατικού σώματος ή δουλεύει με τέτοιους ασθενείς για πρώτη φορά! Μπορεί να του προκληθούν εκτός από σοκ, συναισθήματα αηδίας, θυμού ή επιθυμίας να αποκτήσει ο ίδιος ο νοσηλεύτης τον έλεγχο και να σιτίσει τους ασθενείς ώστε να επανέλθουν στη φυσιολογική κατάσταση (Σαββοπούλου 1999).

Η νοσηλεία μπορεί να προκαλέσει στον ασθενή, πολλά συναισθήματα που πιθανώς να έχουν αντίκτυπο στην θεραπευτική σχέση. Έντονο είναι και το συναίσθημα του ασθενή ως ανίσχυρου ατόμου με αδυναμία ελέγχου πολλών πλευρών της ζωής του. Η νοσηλεία για τον ασθενή θεωρείται ότι βρίσκεται σε αντίθεση με την επιθυμία του για έλεγχο πάνω στο σώμα, το βάρος και την

επιδίωξη λεπτότητάς του. Για τον ασθενή με ανορεξία συγκεκριμένα, ο σκοπός της νοσηλείας είναι αυτό ακριβώς που απεγνωσμένα προσπαθούσε να αποφύγει, δηλαδή η απόκτηση βάρους. Αυτή η επιθυμία συχνά εκφράζεται μέσω υπερβολικής άκαμπτης συμπεριφοράς, η οποία πολύ πιθανόν είναι μια απεγνωσμένη προσπάθεια να διατηρήσει το άτομο μια αίσθηση τάξης σε έναν κόσμο που αντιλαμβάνεται ως χαοτικό και απειλητικό. Αισθήματα εκνευρισμού ή φόβου συχνά υπερισχύουν της προσοχής του ασθενούς ενώ ο νοσηλευτής ή ο γονιός προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή του ασθενή, γεγονός που μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στην επικοινωνία. Αρχικά, για την ικανοποίηση των στόχων της φροντίδας, ο νοσηλευτής εγκαθιδρύει μια σχέση κατανόησης και εμπιστοσύνης με τον πάσχοντα, αυτό δηλαδή που περιγράφεται ως θεραπευτική σχέση. Η σχέση βέβαια αυτή επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανόμενων των εμπειριών, των χαρακτήρων, των στερεότυπων, των φόβων, των συμπεριφορών και των αντιλήψεων που φέρουν νοσηλευτής και ασθενής. Κατά τη διάρκεια ανάπτυξης της θεραπευτικής σχέσης, ο νοσηλευτής ενισχύει τον ασθενή να αντικαταστήσει τις διαταραγμένες ιδέες σχετικά με την εικόνα του σώματός του, με σκέψεις και συμπεριφορές που προωθούν την ανάπτυξη του αυτοσεβασμού. Οι ασθενείς διδάσκονται ακόμη δεξιότητες που θα βοηθήσουν στην επίλυση προβλημάτων και ενθαρρύνονται να αναγνωρίσουν τα κοινωνικά συστήματα υποστήριξης που προβάλλουν υγιεινά πρότυπα ζωής (Αθανάτου, 2000).

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο: έχει συνήθως σκοπό τη σωματική διερεύνηση ή πρόκειται μερικές φορές για τη σωτήρια του ασθενή με ανάλογα εκπαιδευμένο προσωπικό. Αναγκαία επίσης είναι η αλλαγή του περιβάλλοντος. Δυστυχώς τουλάχιστον στα ελληνικά δεδομένα το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι κατά κανόνα υποψιασμένο/ προσαρμοσμένο στην "πονηρή" συμπεριφορά των ανορεκτικών ασθενών, αλλά και οι οικογένειες των ασθενών έχουν την τάση να αντιδρούν με ανησυχία, απογοήτευση και με καταναγκαστικές μεθόδους. Οι σκοποί νοσηλείας αφορούν στην:

- ✓ Αποκατάσταση του φυσιολογικού βάρους
- ✓ Αντιμετώπιση ιατρικών επιπλοκών και ψυχιατρικών διαταραχών

- ✓ Βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας που σχετίζεται με την διαταραχή της ανορεξίας
- ✓ Ενεργοποίηση του ασθενή
- ✓ Εκπαίδευση του ασθενή
- ✓ Συμμετοχή της οικογένειας στην υποστήριξη του ασθενή
- ✓ Οργάνωση της πρόληψης (Ulrich, 1994).

Ενδείξεις για νοσοκομειακή φροντίδα: είναι η παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού ή ψύχωσης, η αποτυχία εξωνοσοκομειακής θεραπείας και επιπλέον:

- ✓ Μη φυσιολογικά ζωτικά σημεία, καρδιακός ρυθμός < 35-40 σφυγμούς / λεπτό
- ✓ Συμπτωματική υπόταση, υποθερμία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές
- ✓ Βάρος < 70% - 75% του ιδανικού σωματικού βάρους
- ✓ Γρήγορη και υπερβολική απώλεια βάρους που δεν αντιμετωπίζεται με εξωνοσοκομειακή φροντίδα
- ✓ Καρδιακές αρρυθμίες (Σαχίνη-Καρδάση,2000).

Τα προγράμματα ψυχικής νοσηλείας για ασθενείς με νευρική ανορεξία: χρησιμοποιούν γενικά ένα συνδυασμό συμπεριφεριολογικής θεραπευτικής προσέγγισης, ατομικής ψυχοθεραπείας, εκπαίδευσης και θεραπείας οικογένειας και τυχόν χορήγηση 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 ενισχυτών όπως έπαινος και αρνητικών όπως περιορισμός της άσκησης και της χρήσης υπακτικών.

Ωστόσο απαιτείται κάποια ευελιξία στο εκάστοτε πρόγραμμα ώστε η θεραπεία να εξατομικεύεται και να ταιριάζει με τις ανάγκες και τις γνωσιακές ικανότητες του ασθενή. Τελικά για να πετύχει η θεραπεία μακροπρόθεσμα, θα πρέπει ο ίδιος ο ασθενής να συμμετέχει σε αυτήν εκούσια.. 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 κατάθλιψης, βοηθούν στο να πείσουν τον ασθενή να εισαχθεί στο νοσοκομείο οικειοθελώς. Η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των συγγενών στο

γιατρό και τη θεραπευτική ομάδα είναι επιτακτικές και ουσιαστικές όταν πρέπει να εκτελεστούν αυστηρές οδηγίες. Οι οικογένειες των ασθενών πρέπει να προειδοποιούνται ότι ο ασθενής θα αντισταθεί στη θεραπεία και ότι τις πρώτες εβδομάδες θα επιχειρήσει πολλές δραματικές εκκλήσεις για βοήθεια –υποστήριξη από την οικογένεια, για να αποφύγει το πρόγραμμα νοσηλείας. Αναγκαστική νοσηλεία ή εγκλεισμός μπορεί να αποφασιστεί μόνο στις περιπτώσεις που είναι πιθανός ο κίνδυνος θανάτου από τις επιπλοκές της κακής θρέψης (Ραγιά,2001).

6.2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Το μοντέλο της C.Roy είναι ένα από αυτά που θεωρούνται κατάλληλα για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας ασθενή με νευρική ανορεξία.

Οι βασικές αρχές της θεωρίας της C. Roy είναι:

- ⇒ Το άτομο είναι μια βίο-ψυχοκοινωνική οντότητα. Έτσι δεν έχει απλά βιολογικές, αλλά συγχρόνως ψυχολογικές καταβολές που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά του μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να συνεκτιμώνται και οι τρεις διαστάσεις του ατόμου στη διερεύνηση των προβλημάτων του.
- ⇒ Το άτομο βρίσκεται κάτω από τη συνεχή επίδραση του μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος και αντιμετωπίζει καθημερινά αλλαγές στο φυσικό, ψυχικό και κοινωνικό του κόσμο.
- ⇒ Για να ανταποκριθεί άτομο στο μεταβαλλόμενο αυτό περιβάλλον χρησιμοποιεί εγγενείς και επίκτητους μηχανισμούς που είναι από τη φύση βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμοστικότητα διακρίνονται σε ενδογενείς όπως κληρονομικότητα, φύλο, ηλικία, ιδιοσυγκρασία και εξωγενείς όπως εκπαίδευση, οικονομική κατάσταση, διαπροσωπική επικοινωνία κ.λ.π
- ⇒ Για να αντιδράσει ο άνθρωπος θετικά στις αλλαγές του περιβάλλοντος πρέπει να προσαρμοσθεί σε αυτό, να αποδεχθεί τη νέα πραγματικότητα και να αναδιοργανώσει τη ζωή του με βάση αυτή. Η προσαρμογή επομένως

επηρεάζεται από τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει έναν στρεσογόνο παράγοντα που απειλεί τη βίο- ψυχό – κοινωνική του οντότητα.

- ⇒ Η υγεία και η ασθένεια είναι μια αναπόφευκτη διάσταση της ζωής του ατόμου
- ⇒ Η προσαρμοστικότητα του ατόμου ορίζεται από τη σχέση που προκύπτει μεταξύ του ερεθίσματος που εκτίθεται το άτομο και του επιπέδου προσαρμοστικότητας που διαθέτει. Τα ερεθίσματα αυτά εμπίπτουν σε τρεις κατηγορίες:

- § Άμεσα ερεθίσματα – βασικές ανάγκες
- § Ερεθίσματα προερχόμενα από το περιβάλλον
- § Ερεθίσματα που αφορούν πεποιθήσεις – απόψεις του ατόμου, εμπειρίες του παρελθόντος, μηχανισμούς προσαρμογής και προσωπικά βιώματα

- ⇒ Η προσαρμοστικότητα αφορά τέσσερις ομάδες:

- § Ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών
- § Αντίληψη του εαυτού
- § Εκπλήρωση του ρόλου του
- § Αλληλεξάρτηση

Στην νευρική ανορεξία οι έφηβες οι οποίες αποτελούν την πλειονότητα των ασθενών, καλούνται να αντιμετωπίσουν ποικίλες αλλαγές στο φυσικό, ψυχικό και κοινωνικό περιβάλλον καθώς μεταβαίνουν προς την ενήλικη ζωή. Καλούνται να εκπληρώσουν νέους ρόλους και να αναλάβουν νέες υποχρεώσεις εφόσον η εφηβεία σηματοδοτεί το μεταβατικό στάδιο από την παιδική ζωή στην ενηλικίωση. Στις αλλαγές αυτές προσπαθεί να προσαρμοστεί τόσο το νέο άτομο, όσο και ο κοινωνικός του περίγυρος.

Η επιδίωξη της ισχνότητας και η άρνηση της πρόσληψης τροφής αποτελεί αποτυχημένη προσπάθεια προσαρμογής του ατόμου στη νέα πραγματικότητα και της μη αποδοχής των νέων ρόλων όπως είναι αυτός της γυναίκας. Η προσαρμοστικότητα δηλαδή του ατόμου στις νέες συνθήκες είναι πολύ φτωχή. Δεν ικανοποιούνται οι βασικές βιολογικές ανάγκες όπως είναι η πρόσληψη επαρκούς τροφής, η διαταραγμένη αντίληψη του εαυτού του το κυριεύει, αρνείται

την ισχνότητά του, θεωρεί τον εαυτό του παχύ, και τέλος καταφεύγει στον υπέρμετρο αυτοέλεγχο μέσω της διαχείρισης της τροφής, ως μέσο κατάκτησης της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας του (Κυριακίδου,2000).

6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η νοσηλευτική εκτίμηση λοιπόν περιλαμβάνει μια σφαιρική αξιολόγηση της παθολογικής κατάστασης, κοινωνικό και εξελικτικό ιστορικό, οικογενειακό, ιατρικό, ψυχιατρικό ιστορικό και πνευματική κατάσταση. Ακόμα, εκτίμηση των μηχανισμών ανταπόκρισης, και της κοινωνικής υποστήριξης. Η κύρια ασθένεια όπως στην προκείμενη περίπτωση η νευρική ανορεξία και ο λόγος νοσηλείας του πάσχοντα, παρέχουν πληροφορίες που σχετίζονται με τη συνειδητοποίηση του ασθενή ότι πάσχει, με την κινητοποίηση για θεραπεία, και την πιθανή συμφωνία με το θεραπευτικό πλαίσιο. Η συγκαταβατική συμπεριφορά κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο συνήθως προβλέπει μικρότερη διαταραχή της εικόνας του σώματος και διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά κατά την έξοδο, αποδεικνύοντας το σημαντικό ρόλο της νοσοκομειακής θεραπείας (Pittis and Susman,2003).

Πνευματική κατάσταση: Ενδείκνυται κατά την εισαγωγή, γίνεται εκτίμηση της διάθεσης και της επίδρασης καθώς και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με τα στάδια της λιμοκτονίας. Ενδείκνυται επιπρόσθετα μια διεξοδική εκτίμηση τυχόν αυτοκτονικού ιδεασμού, σχεδίου και απόπειρας. Η ψυχοκινητική λειτουργία, η εμφάνιση και ο λόγος μπορούν να μας δώσουν πληροφορίες σχετικά με την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η κρίση του ασθενούς και η ενσυνείδηση είναι πιθανόν να είναι διαταραγμένες κατά τη διάρκεια ενός επικίνδυνου σταδίου της ασθένειας.

Ψυχιατρικό ιστορικό: Η προετοιμασία του περιλαμβάνει δυο σαφή και ξεχωριστά στάδια: α)Τη λήψη και την καταγραφή των ευρημάτων. Η αρχική συνέντευξη για τη λήψη του ιστορικού είναι συχνά και θεραπευτική, αφού αυτή είναι που εγκαθιστά τη βασική σχέση εμπιστοσύνης, και ελπίδας. Οι άνθρωποι δε μιλούν για τους εαυτούς τους με έναν σχεδιασμένο τρόπο, ούτε μπορεί κανείς να είναι αποτελεσματικός, όταν παίρνει συνέντευξη, εάν προσπαθεί να επιβάλλει κάτι τέτοιο. Γιατί έτσι το μόνο που καταφέρνουμε είναι να αποξενώνουμε τον

ασθενή μας και να περιορίζουμε το ποσό των πληροφοριών που μπορεί να συγκεντρωθούν. Το ιστορικό πρέπει να οργανωθεί και να παρουσιασθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να δίνει σε αυτούς που το διαβάζουν ή το ακούν, μια σαφή και εμπειρική εικόνα της τρέχουσας κατάστασης του ασθενή.

β) Την οργάνωση και σχεδιάγραμμα-πλαίσιο ψυχιατρικού ιστορικού

- ✓ ατομικά στοιχεία (ταυτότητας)
- ✓ πηγή παραπομπής
- ✓ κύριο ενόχλημα
- ✓ ιστορικό παρόντος προβλήματος
- ✓ αναπτυξιακό ιστορικό (προηγούμενο ιστορικό)
- ✓ οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό
- ✓ ιατρικό ιστορικό
- ✓ ιστορικό χρήσης φαρμάκων – ουσιών – αλκοόλ
- ✓ εξέταση των ψυχικών λειτουργιών
- ✓ φυσική εξέταση
- ✓ νευρολογική εξέταση
- ✓ διαγνωστική εντύπωση
- ✓ θεραπευτικός σχεδιασμός

Δεν διστάζουμε να έρθουμε σε επαφή με άλλους γιατρούς, κλινικές ή νοσοκομεία ιδιαίτερα για πληροφορίες για προηγούμενες νοσηλείες -ψυχιατρικές κυρίως- ή εξετάσεις ή θεραπείες του ασθενή. Σημαντικό είναι ακόμη να συμπληρωθεί αν ο ασθενής ήρθε μόνος του ή συνοδευόταν και με ποιό τρόπο, όπως ασθενοφόρο, πεζός, με αυτοκίνητο ή με άλλο μέσο, αν έδωσε πληροφορίες μόνος του ή χρειάστηκε να τις συμπληρώσουν και άλλα άτομα, τα οποία και τον παρακίνησαν ή πήρε την πρωτοβουλία μόνος του.

Το πλαίσιο αναπτυξιακού ιστορικού

- ✓ Οικογένεια (πατέρας- μητέρα – αδέρφια, άλλοι που ζουν στο σπίτι – σημαντικές οικογενειακές σχέσεις, σημαντικοί αποχωρισμοί ή απώλειες

- ✓ Βρεφονηπιακή ηλικία: σειρά γεννήσεως, ιστορικό τοκετού, αναπτυξιακοί σταθμοί
- ✓ Σχολική ηλικία: υγεία – νοσηλείες, προσχολικά χρόνια, αρχή σχολικής περιόδου – απόδοση στα μαθήματα, φιλικές σχέσεις
- ✓ Εφηβεία: έναρξη της, πρώτες σεξουαλικές εμπειρίες, φιλικές σχέσεις, πειραματισμοί με ψυχοδραστικές ουσίες και αλκοόλ
- ✓ Ενήλικη ζωή: εκπαίδευση, στρατιωτική εμπειρία, επαγγελματική σταδιοδρομία, κοινωνική ζωή/φιλικές σχέσεις, σεξουαλικό ιστορικό, γάμος, παιδιά.

Πλαίσιο διερεύνησης των τρεχόντων προβλημάτων της ζωής του ασθενή

- ✓ έναρξη προβλημάτων όπως χρόνος, τόπος, τύπος έναρξης: οξύς ή ύπουλος
- ✓ διάρκεια και πορεία (χρόνια ή επεισοδιακά)
- ✓ ψυχικά συμπτώματα: γνωστικά προβλήματα, αλλαγές διάθεσης όπως ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, έξαρση
- ✓ σωματικά συμπτώματα: ιατρικές εξετάσεις, φυσικά σημεία όπως ανορεξία, απώλεια βάρους, ανησυχία, διέγερση ή επιβράνδυση, μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας και του ενδιαφέροντος, ημερήσια μεταβλητότητα της διάθεσης
- ✓ νευρολογικά συμπτώματα
- ✓ σωματικά ενοχλήματα χωρίς οργανικό υπόβαθρο
- ✓ βαρύτητα των προβλημάτων – βαθμός έκπτωσης της λειτουργικότητας
- ✓ πιθανά εκλυτικά αίτια
- ✓ τι παρακίνησε τον ασθενή να ζητήσει βοήθεια αυτή την εβδομάδα και όχι την προηγούμενη; Αυτό το μήνα και όχι τον επόμενο;

Πολλές φορές το πρόβλημα υφίσταται για πολύ καιρό πριν, αλλά κάποιο γεγονός – κλειδί της ζωής του ασθενή ανατρέπεται την ισορροπία του και κάνει με αυτό τον τρόπο τη ζωή του, λιγότερο ανεκτή. Έτσι αν και οι περισσότεροι άνθρωποι που

ζητούν ψυχιατρική βοήθεια το κάνουν γιατί ενδιαφέρονται και ανησυχούν για το παρόν, αξίζει τον κόπο να ξοδέψουμε λίγο χρόνο για να μάθουμε για το παρελθόν τους κατά την εκτίμησή μας.

Κοινωνικό ιστορικό

Μας πληροφορεί ειδικά όταν εκτιμάται η σχέση των γεγονότων με την έναρξη και διάρκεια των συμπτωμάτων της διατροφικής συμπεριφοράς. Αυτό περιλαμβάνει τη σχολική πρόοδο, επάγγελμα, φιλικές σχέσεις, δραστηριότητες, τραυματικά γεγονότα και χρήση φαρμάκων ή αλκοόλ. Οι ασθενείς συχνά περιγράφουν τις κοινωνικές επιρροές ως εκείνες που συνέβαλαν στο να αλλάξουν το σχήμα και το βάρος του σώματός τους, όπως είναι τα πειράγματα κατά την παιδική ηλικία σχετικά με το βάρος ή οι επιβαλλόμενοι περιορισμοί που απαιτούν κάποιες δραστηριότητες όπως είναι το μπαλέτο, η γυμναστική, η πάλη. Σημαντικό στοιχείο είναι και η ποσότητα του χρόνου που διαθέτουν οι ασθενείς για να ασχολούνται με το σχήμα ή το βάρος του σώματός τους.

Οικογενειακό ιστορικό

Η οικογένεια ως πρωταρχικό πεδίο εκτίμησης για την κατανόηση της εξέχουσας επίδρασης στον ασθενή και στη σημασία των συμπτωμάτων, αποτελεί πηγή πληροφοριών σχετικά με τη δυσλειτουργική συμπεριφορά του ασθενή. Οι οικογενειακές συνήθειες που σχετίζονται με το φαγητό, οι αντιλήψεις για το βάρος και το σχήμα του σώματος, οι πολιτιστικές αξίες που σχετίζονται επίσης με αυτά, το ιστορικό διατροφικών διαταραχών και άλλης ψυχοπαθολογίας είναι περιοχές που εξετάζονται. Επιπρόσθετα εκτιμώνται οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Τέλος τοποθετώντας τα οικογενειακά συμβάντα σε μια χρονική σειρά, όπου θα συμπεριλαμβάνονται οι γεννήσεις, οι θάνατοι, οι χωρισμοί, και τα διαζύγια, θα δινόταν η ευκαιρία να εκτιμηθεί η σχέση σε συνάρτηση με την έναρξη ή τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές.

Ιστορικό θεραπείας

Περιλαμβάνει λεπτομέρειες σχετικά με πρόσφατη εξωνοσοκομειακή θεραπεία πριν τη νοσηλεία, εξωνοσοκομειακή θεραπεία στο παρελθόν, καθημερινά προγράμματα και προηγούμενες νοσηλείες. Σημειώνονται ημερομηνία, διάρκεια, θεραπευτής, περιοχή, διάγνωση, τρόπος θεραπείας και ανταπόκριση ή μη σε

αυτή. Το ιστορικό των φαρμακολογικών παρεμβάσεων είναι χρήσιμο, και περιλαμβάνει ειδικά στοιχεία για τον τύπο και το όνομα των φάρμακων, δόση, συχνότητα και διάρκεια της χρήσης, αντίδραση του ασθενή και αποτελεσματικότητα. Θεραπευτικές μέθοδοι όπως η συμβουλευτική διατροφής, η θεραπεία με ομάδες και ομάδες υποστήριξης, παρέχει πληροφορίες για τις πηγές που είναι διαθέσιμες στον ασθενή και την χρήση διάφορων μορφών παρέμβασης. Η συμφωνία και συνεργασία που είχε ο ασθενής με προηγούμενα θεραπευτικά σχήματα θα πρέπει να εκτιμηθεί, και τα εμπόδια να αναγνωριστούν (Oultson,2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι συμπεριφορές των ανορεκτικών ασθενών, είτε αποσκοπούν στην μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας είτε στην αύξηση της κατανάλωσης ενέργειας, δεν εκδηλώνονται με ομοιόμορφο τρόπο. Οι πάσχοντες σκέπτονται και ενασχολούνται συνεχώς με τη διατροφή γεγονός που αποδεικνύεται από τη συλλογή που κάνουν από συνταγές και από το ότι μαγειρεύουν εξεζητημένα φαγητά για τους άλλους. Στην αρχή το περιβάλλον του ανορεκτικού ατόμου, δεν αντιλαμβάνεται τίποτα. Απλώς το ανορεκτικό άτομο αρχίζει να **αδυνατίζει**, προοδευτικά καθώς η **απώλεια βάρους** αυξάνεται και η πρόσληψη τροφής ελαττώνεται, συγγενείς και φίλοι αρχίζουν να ανησυχούν όταν το ανορεκτικό άτομο δηλώνει ότι "πρέπει να χάσει βάρος γιατί είναι **παχύ**". Όταν τελικά το άτομο καταφύγει στο γιατρό συνήθως υπό την πίεση της οικογένειας ή κοντινού ατόμου, η απώλεια βάρους είναι ήδη μεγάλη. Η **αμηνόρροια** μπορεί να εμφανισθεί πριν παρατηρηθεί σημαντική απώλεια βάρους (Wolte,2003).

⇒ Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία είναι συχνά μυστικοπαθείς. Οι έφηβοι ανορεκτικοί λένε στους συμμαθητές τους στο σχολείο ότι έχουν φάει υπερπλήρες πρωινό και αδυνατούν να γευματίσουν μεσημεριανό και γυρνώντας σπίτι επιμένουν στους γονείς ότι έχουν ήδη φάει ένα "τεράστιο" μεσημεριανό και δε μπορούν να συμμετέχουν στο δείπνο, και έτσι κρύβονται μέχρι που γίνεται πια εμφανής η σημαντική απώλεια βάρους. Ο ασθενής πρέπει να υποβάλλεται σε ολοκληρωμένη γενική σωματική και νευρολογική εξέταση. Καμία εργαστηριακή εξέταση από μόνη της και χωρίς προϋποθέσεις δε βοηθά στη διάγνωση της νευρικής ανορεξίας. Μια ποικιλία ενδοκρινολογικών και παθολογικών διαταραχών μπορεί να εμφανιστούν δευτερογενώς στη λιμοκτονία που παρουσιάζεται με τη διαταραχή. Για αυτό τα άτομα που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της νευρικής ανορεξίας, επιβάλλεται να υποβληθούν σε μια συστοιχία διαγνωστικών εργαστηριακών εξετάσεων. **Οι εξετάσεις αυτές περιλαμβάνουν:**

⇒ ηλεκτρολύτες ορού,

- ⇒ εξετάσεις νεφρικής λειτουργίας,
- ⇒ θυρεοειδούς,
- ⇒ σακχάρου,
- ⇒ αμυλάσης,
- ⇒ αιματολογικές εξετάσεις,
- ⇒ ηλεκτροκαρδιογράφημα,
- ⇒ επίπεδα χοληστερίνης,
- ⇒ δοκιμασία καταστολής δεξαμεθαζόνης και
- ⇒ μέτρηση επιπέδων καροτίνης.

Θα παρατηρηθεί μειωμένη ορμόνη θυρεοειδούς, μείωση σακχάρου ορού, μη καταστολή της κορτιζόλης μετά από χορήγηση δεξαμεθαζόνης, υποκαλιαιμία, αυξημένα αζωτούχα ουρίας στο αίμα, και υπερχοληστεριναιμία, μέτρηση ουρικού οξέως και λευκωμάτων στα ούρα Σε όλες αυτές τις εξετάσεις αρωγός και συμπαραστάτης καλείται ο νοσηλευτής. Η εξέταση της παρούσας ψυχικής κατάστασης αποκαλύπτει έναν άρρωστο σε εγρήγορση, γνώστη του θέματος διατροφή, που υπερασχολείται με το φαγητό και το βάρος του (Halmi et al, 2003).

7.2 ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΟΠΟΙΩΝ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΓΝΩΣΤΗΣ:

Οι ασθενείς με διατροφική διαταραχή είναι ιδιαίτερα έξυπνοι. Αναπτύσσουν συμπεριφορές με συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες σε σχέση με τη διατροφή. Κρύβουν φαγητά σε διάφορα μέρη του σπιτιού και έχουν συχνά στις τσέπες τους ποσότητες γλυκισμάτων. Αν τύχει να τρώνε με άλλα άτομα τεμαχίζουν το φαγητό τους σε μικρά κομματάκια και καταναλώνουν αρκετό χρόνο στο να προσπαθούν να τα αναδιατάξουν μέσα στο πιάτο τους ή να τα κρύψουν σε πετσέτες ή στις τσέπες τους. Τις τυχόν παρατηρήσεις των άλλων για τις συμπεριφορές τους αυτές, τις αντιμετωπίζουν είτε μη αποδεχόμενοι το μη φυσιολογικό των συμπεριφορών αυτών είτε αρνούμενοι κάθε συζήτηση στο θέμα. Ειδικότερα σε

μια νοσοκομειακή μονάδα όπου τα συμπτώματα των άλλων ασθενών με ψυχική νόσο μπορεί να είναι πιο εμφανή, οι ανάγκες των ασθενών με διατροφικές διαταραχές και δη νευρική ανορεξία, βρίσκονται στον κίνδυνο να θεωρηθούν δευτερεύουσες σε σύγκριση με άλλων ασθενών. Μπορεί λοιπόν να θεωρηθούν ως λιγότερο ασθενείς. Λαμβάνοντας υπόψη τα επίπεδα θνησιμότητας των διαταραχών αυτών και τις ιδιαίτερες επιπλοκές, είναι πολύ κρίσιμο ο νοσηλευτής να μην αποπροσανατολιστεί από τέτοιου είδους παρερμηνεύσεις επειδή τα ανορεκτικά άτομα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως μη υγιή (Μάνος, 1997).

7.3 ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ, ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΚΑΛΕΙΤΑΙ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ:

Σημεία ενδιαφέροντος: Διαταραγμένη ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών

Σημαντικά ευρήματα:

- ✚ Ιστορικό ► Αυτοπρόκληση εμετών, κατάχρηση διουρητικών ή καθαρτικών.
- ✚ Κλινική εξέταση ► Φτωχή ελαστικότητα δέρματος, αδυναμία.
- ✚ Σημάδια αυτοπρόκλησης εμετών ► Διόγκωση παρωτιδικών αδένων, διάβρωση αδαμαντίνης δοντιών, οισοφαγίτιδα, φαρυγγίτιδα ή ερεθισμένος λαιμός, ταχυκαρδία, καρδιακές δυσρυθμίες, δηλητηρίαση από ιπεκουάνα, έλλειψη καλίου, ερεθισμός πρωκτού, κατάχρηση καθαρτικών.
- ✚ Εργαστηριακή ανάλυση ► Σημάδια παρατεταμένων ή συχνών εμετών: μείωση καλίου, μείωση χλωρίου ορού, μεταβολική αλκάλωση pH αίματος > 7.45, HCO_3^- > 26 mEq/L, τα κόπρανα γίνονται ερυθρά με NaOH –λόγω παρουσίας φαινολοφθαλείνης, ενός συστατικού μερικών καθαρτικών-, αύξηση BUN, αφυδάτωση.

Σημεία ενδιαφέροντος: Πλημμελής πρόσληψη πρωτεΐνης / θερμίδων

Σημαντικά ευρήματα:

- ✚ Ιστορικό ► υπερβολικά περιορισμένη πρόσληψη τροφής –ειδικότερα για μια περίοδο αρκετών μηνών ή και ετών-, αυτοπρόκληση εμετών, συχνές και παρατεταμένες περιόδους σωματικής άσκησης, κατάχρηση διουρητικών και καθαρτικών -αυτές οι τακτικές συνήθως δεν αναφέρονται και για αυτό πρέπει να βασίζεται ο θεραπευτής στην κλινική εξέταση, όπως και στη διαταραγμένη εικόνα της ισορροπίας των υγρών και ηλεκτρολυτών. Τα καθαρτικά δεν προκαλούν τόσο σοβαρή αναστολή της απορρόφησης ώστε να συμβεί απώλεια βάρους. Συνήθως οι επιδράσεις τους περιορίζονται στην απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών.
- ✚ Κλινική εξέταση ► Βάρος < 90% του κανονικού για το ύψος, αμηνόρροια, οίδημα, αραίωση μαλλιών, αλλαγές στην υφή των τριχών.
- ✚ Εργαστηριακή ανάλυση ► Μείωση λευκωματίνης ορού, τρανσφερίνη ή προλευκωματίνη, μείωση αριθμού λεμφοκυττάρων.

Σημεία ενδιαφέροντος: Ελλείψεις μεταλλικών στοιχείων, Zn ψευδάργυρου

Σημαντικά ευρήματα:

- ✚ Ιστορικό ► Σοβαρός περιορισμός πρόσληψης τροφής, εμετός, καθαρτικά.
- ✚ Κλινική εξέταση ► Αλλοιωμένη αίσθηση της γεύσης, αλωπεκία.
- ✚ Εργαστηριακή ανάλυση ► Μείωση χαλκού ορού, μείωση αιματοκρίτη, μείωση αιμοσφαιρίνης, μείωση αριθμού λεύκων αιμοσφαιρίων (Courtney 2000).

7.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Προκειμένου να θέσουμε τη διάγνωση της νευρικής ανορεξίας πρέπει να βεβαιωθούμε ότι ο ασθενής όχι μόνο δε βρίσκεται μέσα στα όρια της φυσιολογικής συμπεριφοράς γύρω από τη διατροφή στην παρούσα κοινωνία του αλλά και ότι δεν πάσχει από άλλες ψυχικές διαταραχές, κυρίως κατάθλιψη αλλά και σπανιότερα ψυχαναγκαστική νεύρωση ή ακόμα και σχιζοφρένεια ή και σωματικές ασθένειες, κυρίως υπερθυρεοειδισμό, καθολική υπολειτουργία της υπόφυσης και σύνδρομο δυσαπορρόφησης κ.α (Μάνος 1997).

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, έχουν τεθεί ως εξής: α) **Άρνηση του ατόμου** να διατηρήσει το βάρος του στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του π.χ απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο β) **Έντονος φόβος** του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα γίνει παχύ, παρά το ότι το άτομο είναι λιποβαρές γ) **Διαταραχή στον τρόπο** που αντιλαμβάνεται/βιώνει το βάρος του ή σχήμα του σώματος. Υπέρμετρη επίδραση του σωματικού βάρους ή σχήματος στην αυτοαξιολόγηση ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού σωματικού βάρους δ) **Αμηνόρροια**, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων, σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή (όταν δεν συντρέχει άλλος λόγος πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής αμηνόρροια) Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν η περίοδος της έρχεται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ οιστρογόνων. Η έμμηνος ρύση είναι δυνατόν να διακοπεί για αρκετό χρονικό διάστημα άσχετα από την έλλειψη βάρους και ενώ η διακοπή της είναι σχεδόν υποχρεωτική συνέπεια αδυνατίσματος, η επανάκτηση φυσιολογικού βάρους δεν ακολουθείται πάντα από την εμφάνιση της ροής. Η αμηνόρροια οφείλεται σε ελαττωμένη έκκριση από την υπόφυση της θυλακιοτρόπου ορμόνης FSH και της ωχρινοποιητικής ορμόνης LH (Τάκης 2005).

Άλλα συνοδευτικά συμπτώματα και ενδείξεις που συνεπικουρούν στη διάγνωση: Απώλεια σεξουαλικής διάθεσης, υπερβολική γυμναστική, καταθλιπτική διάθεση, κούραση, εκνευρισμός και ευερεθιστότητα, περιορισμός της ποικιλίας των τροφών που καταναλώνονται, ζαλάδες ή λιποθυμίες, πονοκέφαλος, ένοχη ή ντροπή λόγω της λήψης τροφής, μειωμένη κοινωνικότητα, υπερδραστηριότητα, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και προσοχής. Υψηλός κίνδυνος ατυχημάτων, χλωμό και αφυδατωμένο δέρμα, αϋπνία, δικαιολογίες για τη μη λήψη τροφής, πάθος και εμμονή με το φαγητό και τις θερμίδες, συχνό ζύγισμα. Πολλές φορές όλα αυτά υποτιμούνται τόσο από τον ίδιο ασθενή όσο και από το περιβάλλον του με αποτέλεσμα η διάγνωση να γίνεται καθυστερημένα σε ήδη μεγάλη απώλεια σωματικού βάρους. Συχνά τα ανορεκτικά άτομα φοβούνται να φάνε δημοσίως. Ειδικά ασθενείς με τον τύπο υπερφαγίας/ κάθαρσης είναι πιο πιθανό σε σχέση με τον περιοριστικό τύπο, να έχουν προβλήματα ελέγχου των παρορμήσεων, να κάνουν χρήση και κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, να

παρουσιάζουν ευμετάβλητη διάθεση και να είναι σεξουαλικά ενεργοί. Τα συνήθη συμπτώματα στους ασθενείς ήταν φοβική αποχή από το σχολείο, υπερβολική σωματική άσκηση με ψυχαναγκαστικό τρόπο, ναυτία, εμετοί, καθυστέρηση ήβης, ταχεία κόπωση με επίμονο ισχυρισμό ότι πάσχουν από αδιάγνωστη νόσο -ίωση συνήθως- παρά την απουσία θετικών εργαστηριακών ευρημάτων. Υπεροπτική άρνηση να συναναστραφούν με συνομήλικους και άκαμπτο ισχυρισμό ότι είναι ανεξάρτητοι και δε χρειάζονται συμπαράσταση, επίβλεψη ή συμβουλές από γονείς, δάσκαλους, ή φίλους (Τσιάντης και Μανωλόπουλος 1988).

7.5 ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΙΝΑΙ ΣΠΟΥΔΑΙΑ ΚΑΘΩΣ ΑΦΟΡΑ:

www.holycross.edu 2006



- στον προσδιορισμό των διατροφικών συνηθειών και προτύπων,
- στην ανίχνευση των πεπιοθήσεων,
- στις γνώσεις και τις αντιλήψεις σχετικά με την τροφή,
- στη μέθοδο δίαιτας που ακολουθείται,
- στην εκτίμηση της φυσικής δραστηριότητας
- στην ενημέρωση της ψυχοθεραπευτικής ομάδας με τις παραπάνω πληροφορίες, καθώς και τον κίνδυνο που διατρέχει ο ασθενής.

- Η συμμετοχή του νοσηλευτή συμβάλλει στην καλύτερη εκτίμηση της διάγνωσης και του θεραπευτικού προσανατολισμού. Οι ασθενείς συχνά παρουσιάζουν έντονο άγχος, αρνητισμό, επίμονη ψευδολογία, ερεθιστικότητα, αντιφατική συμπεριφορά, συχνά αγνοούν ή παρερμηνεύουν εκπροθέσεως τις διαιτητικές συμβουλές. Βασικός παράγοντας για την επιτυχή συμμετοχή λοιπόν του νοσηλευτή στη θεραπευτική αγωγή είναι η επιμονή, ο ενθουσιασμός, η βαθύτερη γνώση αυτών των ψυχοπαθολογικών μορφών και της αντιμετώπισής τους, και η παροχή των απαραίτητων εγγυήσεων συνέχειας, ασφάλειας και υποστήριξης, οι μόνες που είναι ικανές να κάμψουν τις ανορεκτικές άμυνές του. Οι νοσηλευτές εξετάζουν και εκτιμούν τα σημεία προόδου μαζί με τους ασθενείς. Οι τελευταίοι, πέρα από τις αρνήσεις και τις εκφραζόμενες παγιωμένες αντιλήψεις περί μη διατροφής κ.λ.π, εκφράζουν και ένα αγωνιώδες αίτημα ζωής. Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές πρέπει να "ισοσταθμίζουν" εξακολουθητικά την επικοινωνιακή απόστασή τους από το θεραπευμένο. Η υπέρμετρη προσέγγιση αλλά και αντίθετα η υπέρμετρη αποστασιοποίηση πρέπει να αποφευχθεί. Η μακροχρόνια, μακρόπνοη προσπάθεια θεραπευτικής προσέγγισης πρέπει να καταστεί σαφής από την πρώτη στιγμή τόσο στον ίδιο το θεραπευόμενο όσο και στους γονείς οι οποίοι πανικόβλητοι από τη βαριά και ακατανόητη για αυτούς συμπτωματολογία, προσβλέπουν σε μια άμεση, σχεδόν θαυματουργική πλήρη ανάταξη και ίαση τους (Παπαδάκης, 2004).

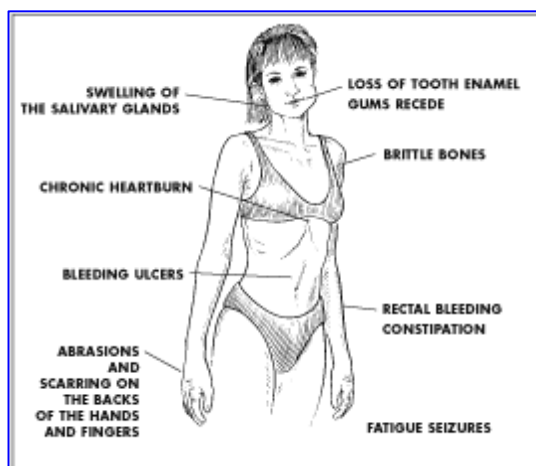
7.6 ΑΡΧΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΧΕΙ ΥΠΟΨΗ ΤΟΥ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

Ως βασική γενική αρχή των θεραπειών στη διαταραχή νευρικής ανορεξίας ισχύει ότι η παρέμβαση πρέπει να ακολουθήσει δυο δρόμους: ο ένας οδηγεί σε άμεσα αποτελέσματα, ο άλλος έχει μακροχρόνιες επιδράσεις. Βραχυπρόθεσμα πρέπει να τροποποιηθεί η συμπεριφορά διατροφής ώστε όσο το δυνατό πιο γρήγορα να αποκατασταθεί η βιολογική δυσλειτουργία. Μακροπρόθεσμα πρέπει οι ασθενείς να υποστηριχθούν και να γίνουν ικανοί ώστε να συνειδητοποιήσουν και να τροποποιήσουν οι ίδιοι τις ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που

βρίσκονται σε λειτουργική σχέση με τη διαταραγμένη συμπεριφορά διατροφής. (Kolb,1997)

7.7 ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Για τον νοσηλευτή αποτελεί αναπόσπαστο λειτουργικό στοιχείο για την επιστημονική αντιμετώπιση των οργανικών και ψυχικών αναγκών του ασθενή. Η διαδικασία που ακολουθείται είναι, η αναγνώριση και διαπίστωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο ασθενής, οι οποίες συμβάλλουν στη διαταραχή βασικών οργανικών και ψυχικών λειτουργιών. Εν συνεχεία τίθενται οι αντικειμενικοί σκοποί της θεραπευτικής παρέμβασης και τέλος καθοριστικό ρόλο παίζει η νοσηλευτική παρέμβαση που αποτελεί το απαύγασμα όλης της προηγούμενης λογικής αλληλουχίας που βασίζεται στην επιστημονική σκέψη. Η αξιολόγηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι εξέχουσας σημασίας για την περαιτέρω συνέχιση και την ολοκλήρωση της θεραπείας και αποκατάστασης του ασθενή (Κανέλλου, 1996).



1^η Νοσηλευτική διάγνωση: Διαταραχή του ισοζυγίου ύδατος με ηλεκτρολυτικές διαταραχές που οφείλονται στον υποσιτισμό, στους αυτοπροσκαλούμενους εμετούς ή στις καθαρτικές μεθόδους. Μειωμένη ποσότητα υγρών που οφείλεται σε απώλεια υγρών λόγω ανεπαρκούς πρόσληψης και σε γαστρική απώλεια από

εμετούς ή διάρροια. Γίνεται καταφανές αυτό από τη μειωμένη έξοδο ούρων, τα συμπυκνωμένα ούρα, τη ξαφνική απώλεια βάρους, αύξηση αιματοκρίτη, αυξημένες σφίξεις, ορθοστατική υπόταση, μειωμένη αρτηριακή πίεση, δίψα, αδυναμία, τα αποβαλλόμενα υγρά να ξεπερνούν τα προσλαμβανόμενα.

Αντικειμενικοί σκοποί:

Διατήρηση της ποσότητας των υγρών σε ένα λειτουργικό επίπεδο όπως αποδεικνύεται από την επαρκή ποσότητα των αποβαλλομένων υγρών, φυσιολογική σύσταση ούρων, φυσιολογικά ζωτικά σημεία, υιοθέτηση διατροφικών συμπεριφορών που προωθούν την επαρκή ενυδάτωση, κατανόηση των συμπεριφορών που επιδρούν στην αιτιολογία και τις στρατηγικές προφύλαξης

Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών όπως φαίνεται από:

- a) Τη φυσιολογική σπαργή του δέρματος
- b) Τους υγρούς βλεννογόνους
- c) Τις φυσιολογικές τιμές αρτηριακής πίεσης και σφίξεων
- d) Το ισοζύγιο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών
- e) Τη διατήρηση του ειδικού βάρους των ουρών στις φυσιολογικές τιμές
- f) Τη συνηθισμένη διανοητική κατάσταση
- g) Τις φυσιολογικές τιμές ηλεκτρολυτών πλάσματος και αερίων αίματος

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- ◆ Κατανόηση του ατόμου των βλαπτικών συνεπειών και των κινδύνων που επιφέρουν οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές στην υγεία. Μη επανάληψή τους μετά την απομάκρυνση από το νοσοκομείο
- ◆ Παρακολούθηση των αποβαλλομένων και προσλαμβανομένων υγρών και διακυμάνσεις του καθημερινού βάρους
- ◆ Ενθάρρυνση για πρόσληψη υγρών 2000 με 3000ml καθημερινά, παρακολούθηση της ορθοστατικής πίεσης (όταν κάθεται το άτομο, όταν σηκώνεται, όταν στέκεται) κάθε 4 ώρες και πιο συχνά αν ενδείκνυται
- ◆ Αναφορά των εργαστηριακών αποτελεσμάτων και παθολογικών τιμών στον κλινικό γιατρό
- ◆ Εκπαίδευση του ασθενή σχετικά με τις ανάγκες πρόσληψης υγρών, φροντίδα του δέρματος για την πρόληψη κατακλίσεων επειδή εξαιτίας της κακής θρέψης και λόγω της έλλειψης θρεπτικών συστατικών, είναι πιο ευπαθές το

δέρμα αλλά και για τις αλλαγές στη θέση, για την αποφυγή ορθοστατικής υπότασης (15mmHg πέφτει η πίεση όταν ο ασθενής είναι όρθιος, ο σφυγμός αυξάνεται σε περισσότερο από 15 σφυγμούς το λεπτό)

- ◆ Διερεύνηση ύπαρξης συναισθημάτων και φόβων σχετικά με την αυξημένη πρόσληψη υγρών
- ◆ Προώθηση της στοματικής υγιεινής και ενημέρωση του ατόμου για τις διαβρωτικές συνέπειες του εμετού στα δόντια
- ◆ Παρακολούθηση διακριτικά του ασθενή κατά τη διάρκεια και μια ώρα μετά, για το ενδεχόμενο εμετού και συνοδεία στο μπάνιο αν επιβεβαιωθεί η υποψία για αυτοπροσκαλούμενο εμετό. Προγραμματισμός των γευμάτων μαζί με τον ασθενή γιατί η μοναχική διατροφή ενθαρρύνει μη υγιείς τρόπους διατροφής

2^η Νοσηλευτική διάγνωση: Διαταραχή του ενεργειακού ισοζυγίου, της κατάστασης θρέψης του ατόμου, ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος που εκδηλώνεται με την αξιοσημείωτη απώλεια βάρους και οφείλεται στον υποσιτισμό.

Νοσηλευτικοί αντικειμενικοί σκοποί:

Διατήρηση επαρκούς θρέψης η οποία διαπιστούται από:

- ◆ Την αποκατάσταση του βάρους και των διατροφικών ανεπαρειών
- ◆ Τη φυσιολογική λευκωματίνη ορού, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνη, τρανσφερίνη και τιμές λεμφοκυττάρων
- ◆ Το πάχος της δερματικής πτυχής του τρικέφαλου
- ◆ Τη μυϊκή ισχύ και την ανοχή στην κόπωση
- ◆ Τον υγιή στοματικό βλεννογόνο
- ◆ Ομαλοποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς του ατόμου

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

Προσδιορισμός επιθυμητού βάρους γίνεται με βάση το ύψος, την ηλικία του ασθενούς και άλλες παραμέτρους, από τους πίνακες αναφοράς. Επιθυμητό θεωρείται το βάρος στο οποίο αναμένεται αποκατάσταση της έμμηνου ρύσεως. Αν η ασθενής βρίσκεται στην όψιμη εφηβεία το βάρος στο οποίο επήλθε η

έμμηνος ρύση θεωρείται ικανοποιητικό, ενώ αυτό δεν είναι κατάλληλο για γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας.

Επανασίτιση ασθενούς: πρέπει να διεξάγεται αργά και σταδιακά και για λόγους ψυχολογικούς επειδή μεγάλες ποσότητες τροφής εντείνουν το φόβο παχυσαρκίας και προκαλούν άρνηση και λόγω πιθανών επιπλοκών. Η απότομη λήψη τροφής και υγρών οδηγεί σε α) αύξηση των εξωκυττάριων υγρών, σε αύξηση του όγκου πλάσματος, σε περιφερικό οίδημα, σε καρδιακές αρρυθμίες και τέλος στο θάνατο β) γαστρεντερικές διαταραχές: γαστρική διάταση, τυμπανισμός, διάρροια λόγω μειωμένης εντερικής ενζυμικής δραστηριότητας μπορεί να εμφανισθούν (Μπουκέα, 1991).

Οι βασικές αρχές επανασίτισης:

- Περιορισμένη λήψη νατρίου για αποφυγή οιδήματος, χορήγηση υγρών για αποφυγή αφυδάτωσης
- Παροχή ιχνοστοιχείων και βιταμινών αν χρειάζεται
- Αποκατάσταση ηλεκτρολυτών
- Η βαθμιαία θερμιδική αύξηση επιτρέπει την ψυχολογική προσαρμογή του ασθενούς, που απαιτείται για την αποδοχή αύξησης του σωματικού βάρους. Τις πρώτες εβδομάδες επανασίτισης, η αύξηση βάρους αναφέρεται σε αύξηση των εξωκυττάριων υγρών -χωρίς απαραίτητα την εμφάνιση οιδήματος- τα οποία αποκαθίστανται αργότερα. Σύμφωνα με εκτιμήσεις πρώτα αποκαθιστάται το κάλιο του σώματος, ανασχηματίζεται ο λιπώδης ιστός και μετά αποθηκεύεται νάτριο για την ανασύνθεση μυϊκής μάζας. Η ρινογαστρική σίτιση καλό είναι να αποφεύγεται. Ωστόσο, θεωρείται απαραίτητη, όταν η άρνηση για σίτιση είναι έντονη ή η αύξηση του βάρους μικρότερη από 1Kg/μέρα, ενώ όταν η απώλεια βάρους είναι πάνω από 50% του φυσιολογικού, είναι ιδιαίτερα απειλητική για τη ζωή και εφαρμόζεται παρεντερική σίτιση. Η εντερική ή ολική παρεντερική σίτιση επιδεινώνουν το αίσθημα της απώλειας του έλεγχου και καθυστερούν την ανάρρωση για αυτό καλό είναι να αποφεύγονται (Maurice, 1999).

Ο όρος διατροφική υποστήριξη αναφέρεται στην παροχή ειδικά σχεδιασμένων θρεπτικών συστατικών χορηγούμενων παρεντερικά ή εντερικά ώστε να διατηρηθεί ή αποκατασταθεί η ιδανική διατροφική κατάσταση. Η επιλογή της οδού και του τύπου της διατροφικής υποστήριξης βασίζονται στις ανάγκες του κάθε ασθενή. Είναι μια εξειδικευμένη θεραπευτική πρακτική.

Εντερική σίτιση είναι εκείνη που χορηγείται μέσα στα γαστρεντερικό σωλήνα είτε από το στόμα ή από σωλήνα. **Παρεντερική ή ενδοφλέβια σίτιση** μπορεί να χορηγηθεί μέσω ενός κεντρικού φλεβικού καθετήρα ή περιφερικής φλέβας.

Η εντερική συνήθως προτιμάται από την παρεντερική, όποτε βέβαια αυτή είναι εφικτή. Ένα παλιό απόφθεγμα έλεγε: " αν το έντερο λειτουργεί, χρησιμοποίησέ το" (Αθανάτου 2000, Cecil 1996, Maltese 1991).

- ο Λόγω της σπάνιας επιπλοκής διάτασης του στομάχου και της κυκλοφοριακής υπερφόρτωσης, ο ασθενής καλό είναι να αρχίσει με 200-500 θερμίδες την εβδομάδα με τελικό στόχο την πρόσληψη 3000-5000 θερμίδων/ημέρα που θεωρείται ικανοποιητική. Οι θερμίδες αυτές θα πρέπει να δίνονται σε 6 ισότοπα γεύματα ημερησίως ώστε να μη χρειάζεται να λαμβάνει ο ασθενής μεγάλη ποσότητα τροφής ανά γεύμα. Στην αρχική θερμιδική πρόσληψη αύξηση κατά. Στη θερμιδική πρόσληψη πρέπει πάντα να λαμβάνεται υποψιν η αύξηση του βασικού μεταβολισμού, που αποκαθιστάται παράλληλα με το βάρος. Δεδομένου ότι ο ασθενής ακινητοποιείται από πλαίσιο της νοσοκομειακής αγωγής, ενεργειακή πρόσληψη σε αυτό το επίπεδο δύναται να σταματήσει την απώλεια βάρους προσωρινά. Η κάλυψη των ημερήσιων θερμιδικών αναγκών πρέπει να γίνεται με τη μορφή τριών κυρίως γευμάτων και μικρότερων ενδιάμεσων, με βάση τις διατροφικές προτιμήσεις του ασθενή.
- ο Το βάρος του σώματος θα πρέπει να ελέγχεται τακτικά την ίδια ώρα, αφού το άτομο έχει ενεργηθεί. Το ζύγισμα πρέπει να γίνεται πάντα με τα ίδια ελαφρά ρούχα κάθε φορά καθώς ο ασθενής μπορεί να φοράει βάρη στα ρούχα του κατά τη διάρκεια του ζυγίσματος ή να μην ενεργείται πριν από την καθημερινή ζύγιση, για αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να είναι παρατηρητικός και διακριτικός. Η αύξηση βάρους αποτελεί δείκτη

καταλληλότητας της διαίτας. Αύξηση κατά 0,1- 0,15kg/εβδομάδα θεωρείται ικανοποιητική. Σύμφωνα με εκτιμήσεις πρώτα αποκαθίσταται το κάλιο του σώματος, ανασχηματίζεται ο λιπώδης ιστός και μετά αποθηκεύεται νάτριο για την ανασύνθεση μυϊκής μάζας.

- ο Πριν την έναρξη και κατά τη διάρκεια της διαιτητικής αγωγής:

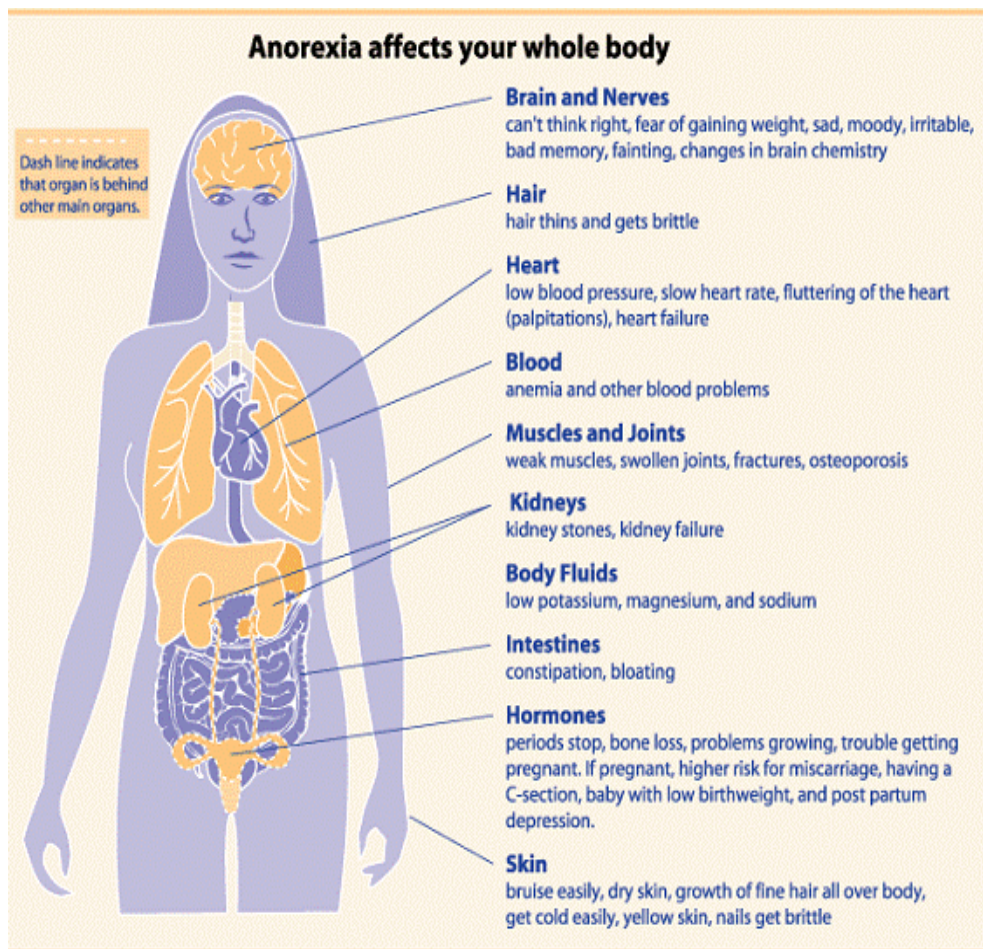
Αν ο ασθενής είναι εξωτερικός, οι παρεχόμενες οδηγίες πρέπει να είναι σαφείς ώστε να μην αφήνουν περιθώριο παρερμηνείας. Γραπτές οδηγίες πρέπει να περιλαμβάνουν το ημερήσιο διατροφικό πρόγραμμα και ένα υπόδειγμα διαίτας. Ο προσδιορισμός των ποσοτήτων, αρχικά μέσω της ζύγισης, διασφαλίζει την πρόσληψη κατάλληλης ποσότητας και δίνει στον ασθενή την αίσθηση ασφάλειας δηλαδή ότι δεν τρώει περισσότερο από όσο πρέπει. Οι επισκέψεις εξωτερικών ασθενών αρχικά μπορούν να γίνονται σε δεκαπενθήμερη βάση, για έλεγχο του βάρους και της διαιτητικής επάρκειας. Οι ασθενείς ζυγίζονται, οι σωματικές μεταβολές συζητούνται. Ενθαρρύνονται να αφιερώνουν 5 με 10 λεπτά κάθε βράδυ για το σχεδιασμό των γευμάτων της επόμενης μέρας (Fairburn and Harrison, 2003).

Συμβουλευτική διατροφής

Κύριος στόχος της συμβουλευτικής της διατροφής είναι η σταθεροποίηση του βάρους. Για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι απαραίτητη η ενισχυτική συμβολή της συμβουλευτικής της διατροφής, η οποία παρέχει καθοδήγηση, επιβεβαίωση και βοήθεια μέσω συγκεκριμένης επιλογής τροφών. Η εμπλοκή/παρέμβαση του νοσηλευτή σε αυτό το κομμάτι αφορά στα παρακάτω:

1. Να βρίσκεται σε συχνή επικοινωνία με το διαιτολόγο ώστε να εκτιμάται η κατάσταση του ασθενή
2. Να τονίζει στον ασθενή πως δεν πρέπει να απορρίπτει κάποια διατροφικά στοιχεία από τη διατροφή του και να μεταλαμπαδεύει στον ασθενή τη σημασία της ισορροπημένης διατροφής για την πρόληψη των επιπλοκών και τη σταθεροποίηση του βάρους του
3. Θα πρέπει να επισημαίνει την διατροφική αξία των τροφών που περιέχουν ασβέστιο για την πρόληψη οστεοπόρωσης, ή τροφών που περιέχουν σίδηρο για

την πρόληψη αναιμίας, ή σε φυτικές ίνες πλούσια γεύματα για την καλή κινητοποίηση του εντέρου, την πόση πολλών υγρών για την πρόληψη αφυδάτωσης κλπ



Εικόνα 3. Συνέπειες νευρικής ανορεξίας σε όλο το σώμα.

(<http://www.holycross.edu> 2006)

4. Θα πρέπει ο νοσηλευτής να υποστηρίζει και να τονώνει τον ασθενή να τηρεί το διατροφικό/ θεραπευτικό πλάνο που έχει προταθεί από κοινή συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας
5. Είναι σημαντική η θετική ενθάρρυνση του ασθενή όταν αποκλίνει από την τήρηση του διατροφικού πλάνου
6. Ενθάρρυνση χρησιμοποίησης ενός 7μερου πρωτοκόλλου όπου ο ασθενής καταχωρεί ότι πίνει και τρώει, τις συνήθειες των γευμάτων, τις συνθήκες υπό τις οποίες έγινε η κατανάλωση τροφής, καθώς και τα αισθήματα που προκάλεσαν την κατανάλωση ή την αποφυγή τροφής. Οι ανορεξικοί ασθενείς δίνουν σχετικά

εύκολα πληροφορίες όσον αφορά στην πρόσληψη τροφής, συχνά εκθειάζοντάς την με ένα αίσθημα υπερηφάνειας και επιτυχίας με αναφορά στην περιορισμένη ποσότητα. Η εβδομάδα αυτή αποτελεί μια φάση παρατήρησης του εαυτού του ασθενούς. Τα στοιχεία που συλλέγονται μπορούν να αξιοποιηθούν ώστε να υπάρχει μια βάση, σχετικά με τα κατάλληλα για την περίπτωση του ασθενή τρόφιμα, την ποσότητα λίπους, πρωτεϊνών και υδατανθράκων που πρέπει να καταναλώνει και που καταναλώνει (Μπουκέα 1991).

3^η Νοσηλευτική διάγνωση: Δυσκοιλιότητα που οφείλεται στις πτωχές διατροφικές συνήθειες, στην αφυδάτωση, στη μειωμένη ικανότητα εκκένωσης του εντέρου με τα παρακάτω χαρακτηριστικά: Μειωμένη συχνότητα αφόδευσης, σκληρά, σχηματισμένα κόπρανα, μεγάλη πίεση κατά την αφόδευση, μειωμένοι ήχοι στο λεπτό έντερο, κοιλακός ή ραχιαίος πόνος

Αντικειμενικοί σκοποί:

- Φυσιολογική απομάκρυνση των κοπράνων (μαλακά και καλοσχηματισμένα κόπρανα κάθε 1-3 μέρες)
- Αναγνώριση των παραγόντων που θα βοηθήσουν στη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου και προσδιορισμό των κατάλληλων στρατηγικών που θα μειώσουν τη χαλάρωση του εντέρου
- Ικανή πρόσληψη υγρών και τροφής
- Έκφραση ανακούφισης από τον ασθενή

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Εκτίμηση των παραγόντων που συμβάλλουν στη βελτίωση της δυσλειτουργίας συμπεριλαμβανομένης και της φαρμακευτικής αγωγής καθώς έτσι θα υπάρχει καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος
- Χρήση ημερολογίου από τον ασθενή για την καταγραφή της συχνότητας, της ώρας, της ημέρας και των χαρακτηριστικών των κοπράνων
- Ενθάρρυνση του ασθενή να καταναλώνει υγρά 1.5-2 λίτρα , 6-8 ποτήρια νερό, σύμφωνα και με τις ανάγκες της καρδιάς και φυτικές ίνες 25g/d για τους ενήλικες έτσι ώστε να αποκατασταθεί η λειτουργία του εντέρου σταδιακά

- Εκτίμηση του τυχόν κολικού πόνου και ανακούφιση του ασθενή με τη χρήση σπασμολυτικών
- Ψηλάφιση της κοιλιακής χώρας για την ύπαρξη διάτασης του εντέρου και μαζών
- Εκπαίδευση του ασθενή με σκοπό να κατανοήσει τη σημαντικότητα της σωστής διατροφής και της ικανής πρόσληψης υγρών για τη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου και γενικότερα του οργανισμού

Ψυχολογική υποστήριξη λόγω του ότι ο ασθενής ταλανίζεται ψυχικά από την σοβαρότητα των συμπτωμάτων και μπορεί να απελπιστεί (Παπανικολάου 1998).

4^η Νοσηλευτική διάγνωση: Υπερβολική ποσότητα υγρών που οφείλεται σε υπερβολική πρόσληψη υγρών ως αποτέλεσμα της επανασίτισης εξαιτίας του επικίνδυνου υποσιτισμού

Αντικειμενικοί σκοποί:

- Σταθεροποίηση της ποσότητας των υγρών με σταθεροποιημένη πρόσληψη και αποβολή, ανάμεσα στα 500ml, των ζωτικών σημείων, του βάρους
- Απώλεια τυχόν οιδήματος, κατανόηση των διαιτητικών περιορισμών και τον περιορισμό των υγρών
- Κατηγοριοποίηση των συμπτωμάτων που απαιτούν περαιτέρω εκτίμηση και ενημέρωση του παρέχοντος φροντίδα

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Ιδιαίτερη προσοχή για εκδήλωση σημείων και συμπτωμάτων που δηλώνουν υπερφόρτωση υγρών η οποία σχετίζεται με την επανασίτιση
- Συχνή παρακολούθηση ζωτικών σημείων
- Καταγραφή των στοιχείων του σωματικού βάρους μέσω πινάκων ή διαγραμμάτων, από τον ίδιο τον ασθενή. Έχει αποδειχτεί ότι η μέτρηση μια φορά την εβδομάδα είναι πιο αποτελεσματική, δεδομένου ότι οι διακυμάνσεις σε καθημερινή μέτρηση περισσότερο σύγχυση προκαλούν παρά πληροφόρηση
- Παρατήρηση και αναφορά τυχόν εκδήλωσης οιδήματος

- Επανεξέταση εργαστηριακών πληροφοριών και αναφορά παθολογικών τιμών στον κλινικό γιατρό
- Παρουσίαση στον ασθενή των αλλαγών διατροφικής συμπεριφοράς που προκύπτουν από τον καθορισμό των στόχων και εκτίμηση από τον ίδιο των παραχωρήσεων που πρέπει να κάνει προκειμένου να επιτύχει αυτούς τους στόχους.
- Εκπαίδευση του ασθενούς να αναγνωρίζει τα επικίνδυνα συμπτώματα που απαιτούν την ενημέρωση του νοσηλευτή (Χριστοδούλου και συν, 2000).

5^η Νοσηλευτική διάγνωση: Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας, ανεπαρκής ή υπερβολικά αναποτελεσματική ποιότητα κοινωνικής συναλλαγής που οφείλεται στη διαταραχή της αυτό-ιδέας, στη χαμηλή αυτοεκτίμηση, στην αίσθηση της έλλειψης αυτονομίας, σε ιστορικό μη ικανοποιητικών οικογενειακών σχέσεων.

Νοσηλευτικοί αντικειμενικοί σκοποί:

- Σύναψη θεραπευτικής συμμαχίας
- Επικοινωνία με συνασθενείς και προσωπικό
- Ενεργητική συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες
- Αίσθημα άνεσης και ικανοποίησης κατά την επικοινωνία με τους άλλους
- Συνειδητοποίηση ατομικών προβλημάτων που δυσχεραίνουν την επικοινωνία με τους άλλους

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Σύντομες συχνές συναντήσεις 5'-10' με τον ασθενή στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Προειδοποίηση του ασθενή για πότε και πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Συνέπεια του νοσηλευτή στην ώρα της συνάντησης και παραμονή κοντά στον ασθενή όλη την προγραμματισμένη ώρα. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνουν την εμπιστοσύνη. Ο ασθενής αισθάνεται τη νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί να την κερδίσει. Παραμονή δίπλα στον ασθενή ακόμα και όταν εκείνος δε δύναται ή δε θέλει να μιλήσει. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτή τον βεβαιώνει ότι τον θεωρεί πρόσωπο με αξία.

- Ενθάρρυνση του ασθενή να δηλώνει φανερά την προσπάθειά του να αποκαταστήσει την υγεία του. Σε καμία περίπτωση η απόρριψη των εξόδων και των προσκλήσεων δεν αποτελεί λύση του προβλήματος αλλά αντίθετα στρατηγική αποφυγής, καθώς δε μπορεί ούτε μακροπρόθεσμα να διατηρηθεί, και μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση
- Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Ενθάρρυνση του ασθενή να μην επικεντρώνεται σε θέματα διατροφής μόνο, αλλά σε θέματα που αφορούν τις ανθρώπινες σχέσεις. Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως να ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσής τους με ανεύθυνες πράξεις ή ακατάλληλους τρόπους. Ενθάρρυνση να εκφράζει ο ασθενής τις ανησυχίες, τους προβληματισμούς, το συναίσθημα του πόνου σωματικού ή ψυχικού, τις απορίες του.
- Βαθμιαία ενσωμάτωση του ασθενή σε συζητήσεις με άλλους ασθενείς και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής του. Ενθάρρυνση τηλεφωνημάτων και επισκέψεων με υποστηρικτικά σημαντικά πρόσωπα. Επιδοκιμασία των οποιονδήποτε προσπαθειών του. Όλα αυτά ενεργούν ως θετικοί ενισχυτές του αισθήματος της προσωπικής του αξίας και της ικανοποίησης από τις κοινωνικές επαφές. Μέσα στην ομάδα ο ασθενής θα δοκιμάσει την υποστήριξη και το αίσθημα αποδοχής από τους άλλους, λόγω της προσωπικότητάς του και όχι λόγω της εξωτερικής του εμφάνισης (Ραγιά, 2001).

Συνοπτικά συμπεραίνουμε: Με δεδομένα τα περίπλοκα ψυχολογικά και σωματικά επακόλουθα της νευρικής ανορεξίας συνίσταται ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό πλάνο που να περιλαμβάνει νοσηλεία, όταν απαιτείται, όπως και ατομική και οικογενειακή θεραπεία. Αν και οι πιο πολλοί ασθενείς με διατροφική διαταραχή λαμβάνουν φροντίδα σε εξωνοσοκομειακές θεραπευτικές δομές, η εισαγωγή στο νοσοκομείο, είναι αναγκαία για εκείνους που βρίσκονται σε επικίνδυνη φάση υποσιτισμού και έχει διαταραχθεί η οργανική τους λειτουργία. Κατά την αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας, θα πρέπει να έχει επιτευχθεί ο σκοπός της, τον οποίο αποτελεί η ικανοποίηση των βιοψυχοσωματικών αναγκών του ατόμου, η αποκατάσταση του βάρους του και η εξασφάλιση της θρέψης του, η μεταβολή των διατροφικών συνηθειών του, η ανάπτυξη αποτελεσματικών

ικανοτήτων αντιμετώπισης του στρες και των περαιτέρω προβλημάτων του, η αποκατάσταση της εικόνας του εαυτού του και η ομαλή κοινωνική του επανένταξη ώστε να εκπληρώνει αφενός τους κοινωνικούς του ρόλους και να αναπτύσσει αφετέρου υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις (Σαββοπούλου, 1999).

Παράλληλες θεραπευτικές/νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Παρακάτω ποικίλες μορφές θεραπειών έχουν διατεθεί στην αποκατάσταση των ανορεκτικών και στις οποίες η συμβολή του ειδικά εκπαιδευμένου, εξειδικευμένου νοσηλευτή είναι εξέχουσα.

Φαρμακευτική παρέμβαση: Σε μερικές αναφορές συνίσταται η χρήση κυπροεπταδίνης ενός φάρμακου με αντισταμινική και αντισεροτονινεργική δράση, στον περιοριστικό τύπο της νευρικής ανορεξίας. Αναφέρεται ότι η αμιτριπυλίνη έχει κάποιο αποτέλεσμα σε ανορεκτικούς. Σε δοκιμές η φλουοξετίνη έχει προκαλέσει αύξηση βάρους. Υπάρχει μια ανησυχία σχετικά με τη χρήση τρικυκλικών φάρμακων σε χαμηλού βάρους καταθλιπτικούς ασθενείς με νευρική ανορεξία, αφού μπορεί να είναι ευάλωτοι σε υπόταση, καρδιακές αρρυθμίες και αφυδάτωση. Με την αποκατάσταση ικανοποιητικής κατάστασης θρέψης, οι κίνδυνοι από τη χρήση μπορεί να μειωθούν. Η διαταραχή της σκέψης για το σχήμα και το βάρος του σώματος μπορεί να γίνει τόσο έντονη που παίρνει το χαρακτήρα παραληρητικής ιδέας. Και εδώ θα μπορούσε να βοηθήσουν τα αντιψυχωτικά φάρμακα. Στη δεκαετία του 1970 το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στην παρουσία διαταραχών του συναισθήματος σε ασθενείς με νευρική ανορεξία. Τα αντικαταθλιπτικά: τρικυκλικά, αναστολείς MAO, τραζοδόνη, φλουοξετίνη και κυπροεπταδίνη έχει βοηθήσει να αυξήσουν το βάρος τους ανορεκτικοί. Η κυπροεπταδίνη είναι ένας αναστολέας των υποδοχέων της σεροτονίνης και με αντισταμινικές ιδιότητες που χορηγείται σε αλλεργικές καταστάσεις και προκαλεί αύξηση του βάρους. Το φάρμακο αυτό έχει διαπιστωθεί ότι σε υψηλές δόσεις 32mg/ ημερησίως, επιφέρει μικρή αλλά στατιστικά σημαντική αύξηση του βάρους και ύφεση της κατάθλιψης σε νοσηλευόμενους ανορεκτικούς ασθενείς και σχετικά χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες. Σε κάθε περίπτωση η χορήγηση ψυχοφαρμάκων θα πρέπει να αποφεύγεται μέχρι να αποκατασταθούν οι επιπλοκές της νόσου όπως π.χ οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών ή όταν έχει αποκατασταθεί σε σημαντικό ποσοστό η απώλεια βάρους. Τα άλατα λιθίου δεν αποδείχθηκαν αποτελεσματικά εκτός από την αύξηση του βάρους που επέφεραν κατά το αρχικό

στάδιο χορήγησής τους. Η παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αποτελεί στοιχείο για να εξετασθεί η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φάρμακων. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης SSRI, φάρμακα με ηπιότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι σκόπιμο να προτιμώνται. Η χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων -βραχείας διάρκειας- μια ώρα πριν τα γεύματα ανακουφίζει από το άγχος αναμονής αρκετούς ασθενείς (Μάνος 1997).

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία στις **οδηγίες για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας** αναφέρει ορισμένα στοιχεία που προέκυψαν από την κλινική εμπειρία, και τα οποία βοηθητικό θα ήταν να τα γνωρίζουν οι νοσηλευτές ψυχιατρικής υγείας και όχι μόνο.

1) Καταθλιπτικοί ασθενείς με κακή θρέψη ανταποκρίνονται λιγότερο και είναι πιο επιρρεπείς σε ανεπιθύμητες ενέργειες αντικαταθλιπτικών φάρμακων από άλλους καταθλιπτικούς ασθενείς.

2) Ιδιαίτερα αυξημένος είναι ο κίνδυνος υπότασης και οι αρρυθμίες σε ανορεκτικούς ασθενείς με εμετούς στους οποίους η ενυδάτωση είναι ανεπαρκής.

3) Διαπιστώθηκε ότι μερικά τουλάχιστον από τα καταθλιπτικά συμπτώματα υποχωρούν με την αποκατάσταση του σωματικού βάρους.

4) Κατά τη διάρκεια της θεραπείας μπορεί να υπάρξουν ενδείξεις για τη χορήγηση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, εκλεκτικών αναστολέων της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και αγχολυτικών φάρμακων.

5) Ορισμένοι συνιστούν θεραπεία με οιστρογόνα για τη μείωση απώλειας οσβεστίου και συνεπώς και τις πιθανότητες εμφάνισης οστεοπόρωσης σε ανορεκτικές ασθενείς με χρόνια αμηνόρροια. Αυτό ωστόσο δεν ισχύει για έφηβες ανορεκτικές ασθενείς στις οποίες πρώτος στόχος είναι η αποκατάσταση του βάρους και του κανονικού κύκλου, η δε χορήγηση οιστρογόνων θα πρέπει να καθυστερήσει τουλάχιστον ένα χρόνο.

6) Το θέμα της χρησιμότητας φαρμακευτικής θεραπείας παραμένει ανοικτό ερευνητικά, με σκοπό την ανεύρεση αξιόπιστων φαρμακευτικών παρεμβάσεων στην νευρική ανορεξία (Λύκουρας 1997)

Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις

i) Ψυχοθεραπεία Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς μετά την έξοδό τους από ενδονοσοκομειακές νοσηλείες, χρειάζονται συνεχείς παρεμβάσεις. Οι εναισθητικού τύπου ψυχοθεραπείες έχουν βοηθήσει τους ανορεκτικούς ασθενείς κατά την περίοδο σταθεροποίησής τους. Η ψυχοθεραπεία πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με την κάθε περίπτωση, να εφαρμόζονται ποικίλες τεχνικές όπως κατευθυντική θεραπεία, ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, ψυχαναλυτικό ψυχόδραμα, μυοχαλάρωση, διάφορες μέθοδοι ψυχοθεραπείας που αφορούν την τροποποίηση της συμπεριφοράς, η συμμετοχή σε ομάδες ψυχοθεραπείας ή σε ομάδες συναισθηματικής εκπαίδευσης, ανάλογα με το είδος των συμπτωμάτων, η λήψη φάρμακων και διάφορες ολιστικές θεραπείες όπως η ομοιοπαθητική. Η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στους γονείς, θεωρείται αναγκαία για την αποφυγή άκαιρων αποφάσεων και την τροποποίηση των οικογενειακών δυναμικών τα οποία τείνουν συνήθως να διαιωνίζουν το σύμπτωμα (Μόρτογλου,2002).

Στη διαδικασία της εναρκτήριας φάσης της ψυχοθεραπείας οι ασθενείς μπορεί να βιώνουν τις πρώιμες ερμηνείες ως 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, ανθεκτικοί στο να παράσχουν βοήθεια στις τάσεις των ασθενών να υπερνικήσουν τις προσπάθειές τους. Η γνωστική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει διορθώνοντας λαθεμένες αντιλήψεις των ασθενών για τα αισθήματα, τις ανάγκες τους και την ικανότητα να ελέγξουν τη ζωή τους και η ψυχοδυναμική-αποκαλυπτική- ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να λύσει διαπροσωπικά προβλήματα και συγκρούσεις και να διορθώσει στοιχεία της προσωπικότητάς του, που μπορεί να απευθυνθεί στις ενδοοικογενειακές εντάσεις που δημιουργούνται από τη συμπεριφορά αυτή και στις αλληλεπιδράσεις τους. Στις ΗΠΑ αλλά και στην Ευρώπη κυρίως Γαλλία και Αγγλία, τα είκοσι τελευταία χρόνια έχουν δημιουργηθεί πιλοτικά κέντρα ενιαίας θεραπευτικής αντιμετώπισης ή και νοσηλείας για απεξάρτηση από σοβαρές διατροφικές δυσλειτουργίες τοξικομανών, αλκοολικών, ανορεκτικών και

βουλιμικών στον ίδιο χώρο και με βάση ένα κοινό ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα. Οι αποτιμήσεις του εγχειρήματος αυτού, όπως καταγράφονται σήμερα, είναι συγκρατημένα ενθαρρυντικές και για τους ουσιοεξαρτημένους ασθενείς και για τους διατροφικά διαταραγμένους. Καλό είναι λοιπόν να μην επιμένουμε φορτικά σε μια απότομη μεταβολή της συμπεριφοράς ως προς την πρόσληψη τροφής. Ένας ψυχαναλυτής συγγραφέας ο Boris σημειώνει επιγραμματικά το εξής: "ότι αποκαλούμε σύμπτωμα των ανορεκτικών προσώπων, οι ανορεκτικοί το θεωρούν σωτηρία τους". Με τις βιαστικές ερμηνείες που συνίσταται να αποφεύγονται, ενδεχομένως το ανορεκτικό πρόσωπο να συναγάγει το εξής ακυρωτικό για τη θεραπεία συμπέρασμα: "κάποιος άλλος μου υπαγορεύει και πάλι το τι πραγματικά αισθάνομαι" (Τζίκας, 2003).

ii) Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπευτική παρέμβαση Στις δεκαετίες 60-'70 έχουμε την αντιμετώπιση της τροποποίησης συμπεριφοράς μέσω της γνωσιακής συμπεριφοράς CBT-Cognitive Behavioral Therapy. Τρεις είναι οι πιθανοί μηχανισμοί που εξηγούν την αποτελεσματικότητα της γνωσιακής συμπεριφοράς στη συμβολή της για την αλλαγή διατροφικής συμπεριφοράς: 1) Η μείωση στο διαιτητικό περιορισμό 2) Η αποτελεσματικότητα του ίδιου του ατόμου να ανταπεξέρχεται καταστάσεις που το ωθούν σε υπερφαγικά επεισόδια και ψυχαναγκαστικές κενώσεις 3) Η αλλαγή θεώρησης του ατόμου για την εικόνα του σώματός του. Στο πλαίσιο παρέμβασης από ειδικευμένο νοσηλεύτη-ψυχοθεραπευτή, ο τελευταίος αναγνωρίζει ότι η απώλεια βάρους επιφέρει κάποια σημαντικά ψυχολογικά οφέλη στον ασθενή, τα οποία με τη θεραπεία θα χαθούν και τονίζει πως η θεραπεία δε θα είναι επιτυχημένη αν η ασθενής δεν αποζημιωθεί με κάποιο τρόπο για αυτές τις απώλειες. Επιπλέον, η άσκηση αυτή δίνει την ευκαιρία να προσφερθεί υλικό με ψυχοεκπαιδευτικές ιδιότητες γύρω από τα συμπτώματα τα οποία η ασθενής θεωρεί δυσάρεστα. Ο ψυχοθεραπευτής εξηγεί ότι αυτά τα συμπτώματα είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με τον περιορισμό της τροφής και το υπολειπόμενο βάρος. Τέλος η τεχνική επιτρέπει στον ψυχοθεραπευτή να αρχίσει την εισαγωγή πρακτικών εφαρμογών για την τροποποίηση λανθασμένων αντιλήψεων, οι οποίες εφαρμογές αποτελούν βασική τακτική στα πλαίσια της γνωσιακής θεραπείας (Σαραντόγλου, 2001).

Στη συνδυασμένη θεραπεία χρησιμοποιείται μια συγκεκριμένη αλληλουχία διαδικασιών που απευθύνεται τόσο στα γνωσιακά, όσο και στα συμπεριφορικά στοιχεία της διαταραχής.

- Η έμφαση είναι στον τρόπο με τον οποίο θα βοηθηθεί η ασθενής να αποκτήσει έλεγχο στη συμπεριφορά φαγητού και να εγκαταστήσει ένα σχήμα φυσιολογικών γευμάτων. Η κυρίαρχη προσέγγιση σε αυτή τη φάση είναι ψυχοεκπαιδευτική. Ιδιαίτερα επισημαίνεται η ανάγκη τήρησης ισορροπημένων γευμάτων που έχουν επιλεγθεί με τη συνεργασία της ασθενούς. Το σημαντικό σημείο του σταδίου είναι να βοηθηθεί η ασθενής να μάθει πώς να καταγράψει τη συμπεριφορά φαγητού της και πώς να την παρατηρεί.
- Συζητούνται παρεκκλίσεις από το σχήμα των γευμάτων. Σταδιακά προτείνεται η εισαγωγή των "απαγορευμένων" τροφών, ενώ η ασθενής ενθαρρύνεται να διευρύνει, σταδιακά επίσης, την γκάμα των συστατικών των γευμάτων. Σε αυτή τη φάση τέλος, αντιμετωπίζονται τα γεγονότα που προηγούνται των κρίσεων υπερφαγίας αφενός με τεχνικές επίλυσης των προβλημάτων (solving problem) και αφετέρου με τεχνικές τροποποίησης των γνωσιακών δυσλειτουργικών σκέψεων.

Οι σκοποί εδώ, είναι η σταθεροποίηση των θετικών αλλαγών και η προετοιμασία της ασθενούς για τον τερματισμό της θεραπείας. Οι ασκήσεις γνωσιακής αναδιάταξης συνεχίζονται, με κύριο βάρος στη δουλειά που κάνει μόνος του ο ασθενής μεταξύ των θεραπευτικών συναντήσεων, ενώ παράλληλα δίνονται οδηγίες για την αντιμετώπιση των υποτροπών. Η θεραπεία αυτού του τύπου έχει σχετικά βραχεία διάρκεια. Γίνονται περίπου 20 συναντήσεις σε διάστημα 4-5 μηνών, με συχνότητα αρχικά μεγαλύτερη, ανάλογα και με τη βαρύτητα της διαταραγμένης συμπεριφοράς. Σταδιακά μπορεί οι συναντήσεις να αραιώνουν και να γίνονται ανά 15ημερο (Μάνος 1997).

Σήμερα η θεραπεία της νευρικής ανορεξίας δε μπορεί να συζητιέται χωρίς την ψυχοσωματική- ψυχοθεραπευτική παρέμβαση επιδρά γοητευτικά στο θεραπευτή και ταυτόχρονα απειλητικά δημιουργώντας, μια ιδιαίτερη ένταση, μια πρόκληση για διεπιστημονική συνεργασία στο ιατρείο, την κλινική και την έρευνα. Κατά την οξεία φάση: η θεραπεία συμπεριφοράς και η υποστήριξη του ασθενή είναι η προσέγγιση επιλογής συνεπικουρούμενη ενδεχομένως από φαρμακευτική

αγωγή. Σε μια ατομική ψυχοθεραπεία θα μπορούσαμε να έχουμε πραγματικές επιτυχίες υπό ορισμένες συνθήκες π.χ τη συμμετοχή ολόκληρης της οικογένειας στη διεργασία αυτή, και την παραμονή στο νοσοκομείο για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η κυριότερη θεραπευτική προσπάθεια πρέπει να αποσκοπεί στο να επιφέρει μια σημαντική μεταβολή τόσο στην αυτοκατανόηση, όσο και στο συναισθηματικό αδιαπέραστο του ασθενή. Η θεραπεία έχει διπλό σκοπό: την επαναφορά της κανονικής διατροφής και τη λύση των ψυχικών προβλημάτων, ώστε να μην κάνει ο ασθενής κατάχρηση της ασθένειας του για πολύ καιρό, με τη χρησιμοποίηση της λειτουργίας της διατροφής ως στήριγμα για να λύσει τα προβλήματά του (Ζαμπέλας,2003).

Η θεραπεία πρέπει να αποβλέπει στην κατανόηση του ασθενή και ιδίως πρέπει να αποφεύγονται οι πρόωρες ερμηνείες. Αν ο θεραπευτής ισχυρίζεται ότι αυτός ξέρει καλύτερα από τον ασθενή πώς εκείνο πραγματικά αισθάνεται, τότε επαναλαμβάνει για το παιδί την εμπειρία που είχε ή και έχει ακόμα με τους γονείς του. Ο θεραπευτής πρέπει να συμπαρασταθεί στο παιδί, ώστε αυτό να αναπτύξει τη δημιουργικότητά του, να εξερευνήσει τον εαυτό του και να βρει προσωπικές λύσεις που είναι κατεξοχήν δικές του και όχι να υιοθετήσει τις λύσεις του θεραπευτή. Η ενθάρρυνση για κατανόηση και πρωτοβουλία μπορεί να ωφελήσει όχι μόνο τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του. Ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και τη συνεργασία της οικογένειάς του, η ατομική ψυχοθεραπεία μπορεί να συμπληρωθεί και με παράλληλη θεραπεία της οικογένειας. Οι Jammed και Gorge αναφέρουν ότι η ίδρυση θεραπευτικής ομάδας ειδικά για γονείς ανορεκτικών έφηβων μπορεί να συμβάλλει στην ικανοποίηση των ψυχικών αναγκών του και στην αναπροσαρμογή όλης της οικογένειας (Escott-Stump, 1992).

iii) Στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων Βοηθητικό στοιχείο είναι η καλή διαχείριση του χρόνου. Αντί να γεμίζει η ημέρα με δυσάρεστες υποχρεώσεις, καλό είναι να προγραμματίζονται ευχάριστες πράξεις από τον ασθενή με την παρότρυνση του νοσηλευτή. Ουσιαστικό στοιχείο είναι η διακοπή του φαύλου κύκλου "πείνα -κρίσεις πολυφαγίας- εμετός". Στη συνέχεια πρέπει να γίνει ριζική αλλαγή των συσχετίσεων που πυροδοτούν την προβληματική συμπεριφορά διότι μόνο έτσι θα επέλθει μια σταθερή στο χρόνο διαφοροποίηση της συμπεριφοράς (Lempriere et al, 1994).

iv) Ενίσχυση αυτοπεποίθησης και ικανοτήτων Μέσω ομαδικής ή ατομικής θεραπειάς. Οι λειτουργοί παρέχουν επιβράβευση για την πρόοδο προς την επίτευξη των στόχων του σωματικού βάρους και τη βελτίωση της αυτοπεποίθησης και των κοινωνικών ικανοτήτων. Ο ασθενής και η ομάδα υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν ότι πισωγυρίσματα είναι φυσιολογικά και θα πρέπει να γίνονται αποδεκτά με ηρεμία. Πρέπει λοιπόν να μάθουν στους ασθενείς σωστούς τρόπους αντιμετώπισης των διαπροσωπικών σχέσεων παρά να επικεντρώνονται στο φαγητό. Η πυραμίδα της διατροφής μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην εκπαίδευση. Ο στόχος είναι να καθιερώσει κανείς τη συνήθεια εφαρμογής μιας θρεπτικής δίαιτας, ενώ παράλληλα να διατηρείται μια ισορροπία με την κατανάλωση της ενέργειας, έτσι ώστε να μην είναι απαραίτητο να προσφύγει σε βλαβερές συνήθειες όπως η αυτοπρόκληση εμετών για τον έλεγχο βάρους. Οι αλλαγές θα πρέπει να γίνονται βαθμιαία ώστε να αποφευχθεί η υπερβολική ένταση. Τα φαγητά που συνήθως φοβάται κανείς θα πρέπει να περιλαμβάνονται στη δίαιτα μόνο αφού η ανάρρωση είναι ήδη προχωρημένη (Wolte, 2003).

v) Θετικές αυτοσυμβουλές και συμπεριφορές διαχείρισης διατροφής Για τη δημιουργία ενός υγιούς τρόπου διατροφής είναι σημαντικές οι πληροφορίες που σχετίζονται με τις συνέπειες του αισθήματος της πείνας. Οι ανορεκτικοί ασθενείς συνήθως έχουν ξεμάθει να συνειδητοποιούν τα σήματα του σώματος σε σχέση με την πείνα και τον κορεσμό όπως και να τα αξιολογούν. Όταν όμως διατρέφονται τακτικά για μια μακρά χρονική περίοδο, με ορισμένη ποσότητα φαγητού επανέρχεται το φυσιολογικό αίσθημα πείνας και κορεσμού. Πρέπει να κοινοποιηθεί ότι δεν παχαίνουν οι τροφές αλλά ο τρόπος που λαμβάνονται. Αν ο άνθρωπος αφηθεί στα φυσιολογικά αισθήματα της πείνας και του κορεσμού, τότε το βάρος του θα γυρίσει προς ένα βιολογικό καθορισμένο όριο. Για αυτό χρειάζεται από τον νοσηλευτή καλή πληροφόρηση γύρω από το βιολογικό μηχανισμό σταθεροποίησης του βάρους του σώματος, ώστε οι ασθενείς αυτοί να έχουν επιχειρήματα τα οποία μειώνουν το άγχος ότι τρώγοντας θα παχαίνουν απεριόριστα (Παπανικολάου, 1998).

vi) Τροποποίηση των πεπιοθήσεων γύρω από το βάρος και την τροφή . Ο εξειδικευμένος νοσηλευτής και ο ασθενής μπορούν συνεργαζόμενοι να σκεφθούν συγκεκριμένα πειράματα που στηρίζονται σε ειδικές υπερτιμημένες ιδέες ή πεπιοθήσεις. Για παράδειγμα μια ανορεκτική που πιστεύει ότι οι άλλοι την

αντιμετωπίζουν πιο θετικά όταν χάσει ένα κιλό, μπορεί να μαζεύει πληροφορίες αν οι άλλοι είναι ικανοί να ανακαλύψουν τέτοιες μικρές διακυμάνσεις και στη συνέχεια μπορεί να αλλάξει τη συμπεριφορά της για να αξιολογήσει αν το περιβάλλον αντιδρά περισσότερο στις μεταβολές του βάρους της ή σε άλλες όψεις της συμπεριφοράς της ή των εκφραζόμενων συναισθημάτων της (Τζίκας, 2003).

vii) Τροποποίηση απόψεων για τον εαυτό Καθώς η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία προχωρεί, η προσοχή μετατοπίζεται από τα εστιακά συμπτώματα της ανορεξίας σε άλλες πιο γενικές πλευρές του εαυτού που σχετίζονται με την προδιάθεση του ατόμου να αναπτύξει τη διαταραχή. Σε μεταγενέστερα στάδια της θεραπείας οι ασθενείς ενθαρρύνονται να πειραματίζονται με νέες πηγές ενισχύσεων με τη δοκιμή ευχάριστων δραστηριοτήτων και υιοθέτηση νέων μέτρων για αξιολόγηση της αξίας του εαυτού. Η χρονική διάρκεια που συνίσταται για τη γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία των ανορεκτικών είναι μεγαλύτερη σε σχέση με άλλες διαταραχές, συχνά φθάνει τα δυο χρόνια σε εβδομαδιαίες συνεδρίες, ενώ η συχνότητα για τους πρώτους μήνες θεραπείας είναι πυκνότερη. Ο λόγος είναι ότι για τους ανορεξικούς χρειάζεται περισσότερος χρόνος για προσαρμογή των μεγαλύτερων αντιστάσεων που διαθέτουν σε διαδικασίες αλλαγών, καθώς και γιατί απαιτούνται περισσότερες τεχνικές γνωσιακής αναδόμησης για την τροποποίηση των δυσπροσαρμοστικών σχημάτων (Μάνος 1997).

Είναι πολύ σημαντικό για τον νοσηλευτή και ανακουφιστικό για τον ασθενή να μιλήσει για τις ελπίδες του, τους φόβους που νιώθει, το έντονο άγχος που τον εξουθενώνει. Η διασυνδεδετική ψυχολογία/ψυχιατρική διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στην αντιμετώπιση αναγκών για φροντίδα υγείας με το να βοηθήσει τους ασθενείς να ενδοσκοπήσουν και κατόπιν να προετοιμαστούν ώστε να συμμετέχουν σε ειδικευμένα προγράμματα της κοινότητας. Οι ασθενείς που δεν είναι προετοιμασμένοι κατάλληλα και έχουν λανθασμένη αντίληψη για τη θεραπεία όπως φαντασιώσεις ότι σώζονται, ή φόβους ότι ταπεινώνονται ή απλά δεν ξέρουν τι να περιμένουν από τη θεραπεία, μπορεί να αντιδράσουν αρνητικά στην ειδικευμένη φροντίδα. Στόχος της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής είναι να παρέχει στον ασθενή τα κατάλληλα κίνητρα που αναφέρονται στο επίπεδο αποδοχής της ανάγκης του ασθενή για αλλαγή της διατροφικής του συμπεριφοράς, στην

κατανόηση της σημαντικότητας αυτής της αλλαγής, στην κατανόηση της προσωπικής προσπάθειας που είναι απαραίτητη έτσι ώστε να επιτευχθεί η αλλαγή, και τέλος στη προθυμία έτσι ώστε να γίνει η θεραπευτική διαδικασία προσωπική προτεραιότητα του ασθενή. Οι ασθενείς με τη βοήθεια των νοσηλευτών θα πρέπει να εργαστούν ώστε να ανακαλύψουν τις δικές τους μοναδικές μεθόδους ανάπτυξης κίνητρων. Στόχος της δημιουργίας κίνητρων επιπρόσθετα είναι η προστασία του ασθενή από το φόβο μήπως εγκαταλείψει την προσπάθεια. Αυτό μπορεί να συμβεί όταν η βελτίωση επέρχεται σταδιακά και μακροπρόθεσμα ή όταν υπάρχουν αποτυχίες νωρίς ή εμπόδια υπότροπης. Το τελικό αποτέλεσμα είναι για τους ασθενείς να αρχίζουν να καθορίζουν τις διατροφικές τους συμπεριφορές ως μη αποτελεσματικές για αυτούς πια ή περισσότερο ως προβλήματα παρά ως λύσεις, πράγμα που δεν πρέπει να επιτρέψει ο νοσηλευτής (Γέροντας, 2004).

viii) Ψυχολογική υποστήριξη και εκπαίδευση οικογένειας και οικείων

Η οικογένεια είναι ο πυρήνας μέσα στον οποίο δημιουργείται η προσωπικότητα ενός ατόμου και καθορίζεται η εξέλιξή του. Ψυχολογικά, πνευματικά αλλά και οικονομικά προβλήματα στην οικογένεια, επιφέρουν στην εύκολη προσφυγή στο φαγητού. Είναι φυσικό όταν ένα μέλος της πάσχει, να πάσχει όλη η οικογένεια και να βιώνει και αυτή την κατάσταση του μέλους. Σημαντική λοιπόν είναι η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία και η εκπαίδευσή της ως προς την αντιμετώπιση της κατάστασης του μέλους της. Είναι δύσκολο για τους γονείς να βλέπουν το παιδί τους να αντιμετωπίζει μια δύσκολη κατάσταση υγείας και να μην γνωρίζουν πώς να το αντιμετωπίσουν ή πώς να χειριστούν την κατάσταση. Συνήθως πολύ έντονα συναισθήματα κατακλύζουν την ψυχή των γονιών τα οποία οφείλονται κυρίως στην άγνοιά τους για την διαταραχή, την αιτιολογία, τα συμπτώματα, τη θεραπεία της. Νιώθουν ντροπή και αντιλαμβάνονται την παρουσία των συμπτωμάτων ως δική τους αποτυχία να αναθρέψουν σωστά το παιδί τους. Κατηγορούν τον εαυτό τους για την πρόκληση της ασθένειας αν και δεν έχουν ξεκαθαρίσει που ακριβώς έχουν κάνει το λάθος. Για αυτό κάνουν υποθέσεις ότι το παιδί τους αρνείται την τροφή για να τους τιμωρήσει. Πολλοί γονείς νιώθουν ένα έντονο συναίσθημα απώλειας επειδή η συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού τους διαταράσσεται. Γενικά

τα συναισθήματα που δημιουργούνται είναι έντονα και ψυχοπρεστικά με αποτέλεσμα να καθιστούν επιτακτική την συμβολή του νοσηλευτή και δη του κοινοτικού νοσηλευτή. Ο ρόλος του τελευταίου είναι βοηθητικός και κατευθυντήριο ως προς την ανακούφιση του προβλήματος και την αποκατάσταση των συναισθημάτων, εγκαθιδρύοντας μια σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού με την οικογένεια. Θα πρέπει επιπρόσθετα να ανακουφίσει από τα ενοχικά συναισθήματα τα μέλη της οικογένειας, εξηγώντας τους τη φύση και την αιτιολογία της ασθένειας και δεν πρέπει να γίνει καμία νύξη κατηγορίας. Θα πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια να αποδεχτεί τα συναισθήματα της ίδιας και του μέλους που πάσχει, και να ωθήσει το τελευταίο να ανασυγκροτήσει τη ζωή του, επαγγελματικά αλλά και βιοψυχοσωματικά (Παπαγεωργίου, 2002).

Η δυνατότητα συζήτησης είναι επικοινωνιακή και συμβάλλει στην ανακούφιση των συναισθημάτων και των εντάσεων. Αυτό θα πρέπει να προταθεί στην οικογένεια ως εναλλακτικός τρόπος αντιμετώπισης των καταστάσεων. Ένας άλλος σωστός τρόπος αντιμετώπισης είναι να χρησιμοποιεί τη μέθοδο της επιβράβευσης για να καθορίσει ποιά είναι η αποδεκτή συμπεριφορά και ποιά όχι, και όχι την τιμωρία και την απόρριψη. Ο αμοιβαίος σεβασμός, η κατανόηση και η αγάπη είναι τα πιο ουσιώδη προσόντα που πρέπει να αναπτύξει η οικογένεια προκειμένου να συμβάλλει στη βελτίωση του μέλους της. Εξίσου σημαντική είναι και η αυτοκριτική την οποία πρέπει να μάθει να εφαρμόζει η οικογένεια ώστε να ελέγχει τη στάση της απέναντι στον ασθενή. Χρήσιμη είναι και η διδαχή από τον νοσηλευτή, των τρόπων θετικής επικοινωνίας που συμβάλλει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση μη επιθυμητών συμπεριφορών του πάσχοντος μέλους (Χριστοδούλου, 2000).

Σημαντικός παράγοντας είναι από πλευράς οικογένειας να κρατά η τελευταία μια σταθερή στάση απέναντι στον ασθενή, η οποία στάση θα πρέπει να επεκτείνεται και στο διατροφικό πλάνο που πρέπει να τηρεί ο ασθενής. Καλό θα είναι να αποφεύγεται να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε συζητήσεις που αφορούν το φαγητό και το βάρος των ασθενών με φράσεις όπως « γιατί δεν έφαγες το φαγητό σου» ή «πήρες βάρος, είσαι πολύ ωραίος-α τώρα!» ή «γιατί δεν κάθεται να φας σαν άνθρωπος». Δε θα πρέπει λοιπόν άτομα με διατροφικές διαταραχές να πιέζονται να φάνε. Γενικότερα οι γονείς και οι συγγενείς θα έπρεπε να

αποφεύγουν να κάνουν κρίσεις σε σχέση με την τελειότητα του σώματος της έφηβου, να μην ασχολούνται οι ίδιοι με επίμονο και υπερβολικό τρόπο με την υγιεινή διατροφή και να αναπτύσσουν ικανοποιητικές, πολύπλευρες και ουσιαστικές σχέσεις με τους έφηβους, γιατί το αντίθετο τους δημιουργεί επιπλέον άγχος με αποτέλεσμα να απομονώνονται από το περιβάλλον το οποίο νιώθουν ότι τους απειλεί. Θα πρέπει να ενθαρρύνονται συνεχώς οι προσπάθειές της και να στηρίζεται ψυχολογικά ώστε να μπορεί να αντεπεξέλθει στα προβλήματα και πόσο μάλλον όταν αυτά είναι πρωτόγνωρα. Τα ανορεξικά άτομα θα παρακαλέσουν, θα πουν ψέματα, θα καταφύγουν σε κάθε λογής τεχνάσματα προκειμένου να αποφύγουν να φάνε και να πάρουν βάρος. Ο θυμός των οικείων είναι μια φυσική έκφραση του ενδιαφέροντός τους για τον ασθενή, μόνο που το εκφράζουν με λανθασμένο τρόπο. Ορθότερο είναι να παραμείνουν αυθεντικοί να παρέχουν ουσιαστική υποστήριξη και να καταφύγουν σε υποστηρικτικά πλαίσια μέσω επαγγελματικής καθοδήγησης. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την κατανόηση των ανωτέρω πρακτικών και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της εφαρμογής τους (Escott-Stump, 1992).

ix) Ομάδες αυτοβοήθειας και ομάδες υποστήριξης Το όφελος από την συμμετοχή στην ομάδα μπορεί να συνεισφέρει στο γεγονός ότι πολλά από αυτά που μαθαίνουμε στη ζωή, τα αποκτούμε διάμεσου της συμμετοχής σε σημαντικές κοινωνικές ομάδες, με αρχή την οικογένεια. Οι ομάδες αποτελούν μια τεραστία πηγή πληροφοριών θετικών ή αρνητικών για το ποιοί είμαστε. Η συμμετοχή σε τέτοιες ομάδες μπορεί να μειώσει τη δυσκολία για την αλλαγή μακροχρόνιων σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών που αφορούν το βάρος και το φαγητό. Από τη μια μεριά μπορεί να κινητοποιήσουν αυτούς που χρειάζονται βοήθεια να αναζητήσουν θεραπεία από ειδικούς, από την άλλη μεριά μπορεί να βοηθήσουν στην πρόληψη υποτροπών και στη σταθεροποίηση των νέων συμπεριφορών. Οι ανορεκτικοί είτε σε επίπεδο κλειστής νοσηλείας, είτε σε ανοικτής περίθαλψης και παρακολούθησης, πρέπει να αντιμετωπίζονται μέσω θεραπευτικών ομάδων υποστήριξης, οι οποίες να συνιστούν ένα άκρως διασφαλιστικό κομβικό σημείο υποστήριξης και αναφοράς για αυτούς. Οι ανορεκτικοί, πέρα από την ατομική κατά κανόνα γνωστικοσυμπεριφορικού τύπου ψυχοθεραπεία, θα πρέπει σταδιακά να εντάσσονται και σε μακροπρόθεσμου προγραμματισμού ομάδες αυτοεπιβεβαίωσης. Η αποτελεσματική αυτό-

αλληλοβοήθεια και οι ομάδες υποστήριξης μπορούν να το κάνουν δυνατό για τους ασθενείς να δοκιμάσουν μια θετική αυτοαντίληψη. Αισθάνονται άνετα όταν αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους θετικά πριν χρειαστεί να βασιστούν σε τέτοιες δεξιότητες, σε δύσκολες και στρεσογόνες καταστάσεις εκτός ομάδας. Οι ώριμες ή καθιερωμένες ομάδες μπορούν να παρέχουν στα μέλη τους αυτή την εμπειρία όταν τα μέλη των ομάδων μοιράζονται το ένα την επιτυχία του άλλου. (Ward et al, 2003)

Έχει βαρύνουσα σημασία οι θεραπευτικές αυτές ομάδες, ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της λειτουργίας τους, αλλά και στην όποια θεραπευτική φάση, να παραμείνουν επί μακρόν ένας παράγοντας σταθερότητας και μια σίγουρη δυνατότητα προσφυγής για τους ανορεκτικούς ασθενείς, όποια και αν είναι η εξέλιξη της διαταραχής τους. Προϋπόθεση απαραίτητη για την καταλληλότητα τέτοιων ομάδων είναι να έχουν σωστή οργάνωση και συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα η οποία θα παρέχει βοήθεια ή καθοδήγηση όποτε είναι αναγκαίο. Για αυτούς τους λόγους ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τη συμμετοχή του ασθενή σε τέτοιες ομάδες εφόσον πρώτα εκτιμήσει την κατάστασή του, και προβεί σ'αυτό την κατάλληλη στιγμή που το άτομο θα είναι έτοιμο να δεχτεί την συμμετοχή του σε τέτοιες ομάδες. (Logue, 1991)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Ο ασθενής πρέπει να έχει συνείδηση του ότι πρέπει να αλλάξει τον τρόπο ζωής του, τη συμπεριφορά και τις συνήθειές του απέναντι στο φαγητό. Παράλληλα να έχει επίγνωση ότι οι διαταραχές διατροφής δεν υφίστανται μεμονωμένες, αλλά είναι το αποτέλεσμα μιας αντίδρασης προς ορισμένα γεγονότα στη ζωή. Για αυτό το λόγο πρέπει όλο το νοσηλευτικό πλαίσιο να καλύπτει και τα άλλα προβλήματα και τις ανάγκες του ατόμου, και να το βοηθήσει να μάθει εναλλακτικούς τρόπους με τους οποίους θα τα αντιμετωπίζει, και όχι αποφεύγοντας το φαγητό. Στη θεραπευτική αυτή προσπάθεια είναι σημαντικό να αντιλαμβάνεται ο ασθενής την τροφή όχι με φόβο και ως μέσο που θα του προκαλέσει ανάλογα καλό ή κακό, αλλά ως μια βασική βιολογική ανάγκη που πρέπει να καλύπτει με μέτρο. Το πιο σημαντικό βήμα είναι η συγκαταβατικότητα του ασθενή να συνεργαστεί με τον κοινοτικό νοσηλευτή. Κύριος στόχος από αυτό το σημείο και έπειτα, είναι η αλλαγή του βάρους προς το ιδεώδες σωματικό βάρος και η σταθεροποίησή του. Είναι σχετικά εύκολο για τον ασθενή να χάσει ή να πάρει βάρος, είναι όμως δυσκολότερο να διατηρήσει το βάρος του μέσα στα επιθυμητά όρια για μακρύ χρονικό διάστημα χωρίς υπότροπες. Βασικός παράγοντας για να το επιτύχει αυτό είναι η εφαρμογή της ψυχοθεραπείας, και βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά του νοσηλευτή απέναντι στον ασθενή είναι θεραπευτική (Κυριακίδου, 2000).

Προκειμένου το άτομο να πετύχει αυτή την αλλαγή, χρειάζεται κίνητρα τα οποία μπορεί να παρέχει ο νοσηλευτής, όπως δύναμη, επιμονή και ένα συνεχιζόμενο ερέθισμα για αλλαγή. Χρειάζεται ακόμα την αμέριστη υποστήριξη, συμπαράσταση και ενθάρρυνση από την πλευρά του νοσηλευτή που είναι σύμμαχός του σε αυτόν το δύσκολο αγώνα. Η αναγνώριση και αποδοχή των παραγόντων -κοινωνικών, ψυχολογικών, φυσιολογικών, οικογενειακών- οι οποίοι συμβάλλουν στη διατήρηση της διαταραγμένης συμπεριφοράς του προς το φαγητό, θα βοηθήσει το άτομο στην πραγματοποίηση της αλλαγής. Ένα ακόμη γεγονός που θα φανεί χρήσιμο στον ασθενή είναι να αντιληφθεί ότι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής του είναι εξίσου σημαντικές με τις αλλαγές του σωματικού του

βάρους και ότι και οι δυο είναι αλληλένδετες. Τέλος, πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η απόφαση να αλλάξει τη διατροφική του συμπεριφορά, έχει παρθεϊ ουσιαστικά από τον ίδιο και δεν είναι επιβολή κάποιου τρίτου αλλά αποτέλεσμα κοινής προσπάθειας του ίδιου και όλων όσων ενδιαφέρονται για αυτόν. Η ολοκλήρωση του προγράμματος αποκατάστασης μπορεί να διαρκεί από 2 έως και 8 χρόνια ανάλογα των περιπτώσεων (Γέροντας,2004).

8.2 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κοινότητα εμπεριέχει και την οργάνωση της φροντίδας του ασθενούς περαιτέρω, της πια αποκατεστημένης και σταθεροποιημένης οργανοβιολογικής του κατάστασης. Θα γίνει εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και θα τεθούν οι μακροπρόθεσμοι στόχοι για τη φροντίδα εκτός νοσοκομείου και την ολοκλήρωση της αποκατάστασής του. Ο ασθενής παρακολουθείται με κατ'οίκον επισκέψεις ανά τακτά χρονικά διαστήματα από τον κοινοτικό νοσηλευτή και την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα:

- ⇒ Ενθαρρύνεται η συνέχιση της οικογενειακής, ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας και ενημερώνεται ο ασθενής για τις υπηρεσίες και τα προγράμματα όπου μπορεί να απευθυνθεί.
- ⇒ Ενημερώνεται πώς μπορεί να εισαχθεί ξανά στο νοσοκομείο σε περίπτωση υποτροπής.
- ⇒ Παρακολουθείται για τυχόν ανάγκη φαρμακευτικής παρέμβασης (Κυριακίδου 2000).

Σε ένα πιο ευρύ πεδίο ενεργοποίησης συμβάλλει και οργανώνει τις ενέργειες που στοχεύουν στην ενημέρωση της κοινότητας αρχικά για το συγκεκριμένο πρόβλημα νευρικής ανορεξίας αλλά και για τις προεκτάσεις του, και τις συνοδές καταστάσεις του. Στη συνέχεια διερευνά και ανιχνεύει το πρόβλημα έτσι ώστε να προληφθεί και να ιαθεί έγκαιρα. Αυτό επιτυγχάνεται με συμβουλευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια και στην κοινότητα -σε σχολεία κυρίως- εφόσον οι νέοι σε εφηβικές ηλικίες είναι η πιο επιρρεπής πληθυσμιακή ομάδα στις διατροφικές διαταραχές. Επιπλέον αποτελεσματική μέθοδος είναι η διεκπεραίωση ομιλιών και συζητήσεων σχετικά με θέματα διατροφής και δίαιτας, προωθώντας ένα υγιές μοντέλο ζωής το οποίο στηρίζεται στην ισορροπημένη διατροφή και στη συμπεριφορά με το φαγητό (Καφάτος –Λαμπαδάριος, 1990).

Πρόληψη στην κοινότητα

Η πρόληψη των διατροφικών διαταραχών είναι ένας δύσκολος τομέας, δεδομένης της αβεβαιότητας που υπάρχει σχετικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες που προκαλούν τη διαταραχή και πως θα αντιμετωπιστούν. Ο ρόλος του νοσηλευτή ξεκινά από την πρωτογενή πρόληψη η οποία αναφέρεται στην παρέμβαση που ενεργοποιείται πριν αρχίσει η παθολογική διεργασία της διαταραχής, και κατά τη διάρκεια επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης της υγείας, όσο και στην προστασία από το συγκεκριμένο πρόβλημα. Τα καθήκοντα του νοσηλευτή λοιπόν επεκτείνονται εκτός του νοσοκομείου, στους χώρους δραστηριοποίησης των ατόμων όπως είναι αυτός του σπιτιού, του σχολείου ή της εργασίας και στους χώρους όπου ασκείται πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όπως είναι τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Ο νοσηλευτής δεν δρα μεμονωμένα, αλλά πάντα σε στενή συνεργασία και επικοινωνία με επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων, προωθώντας παράλληλα και την ενεργό συμμετοχή των ατόμων. Οι κύριοι σκοποί των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι:

- ⇒ Η αξιολόγηση των αναγκών, των προβλημάτων, της κατάστασης υγείας του πληθυσμού
- ⇒ Η ανίχνευση περιστατικών ανορεξικών ατόμων, ή ατόμων που ρέπουν προς αυτές τις διαταραχές
- ⇒ Αγωγή υγείας με σκοπό τη διατήρηση του βάρους των ατόμων σε φυσιολογικά επίπεδα αλλά και τη λήψη μέτρων για την πρόληψη υποτροπής και την έκλειψη τέτοιων διαταραχών.

Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή επικεντρώνεται στον μαθητικό πληθυσμό αρχικά για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών, διότι κυρίως σε αυτές τις ηλικίες εγκαθίστανται οι ανησυχίες και κατ'επέκταση κάνουν έναρξη δυνητικά και οι διαταραχές. Απαραίτητη προϋπόθεση για την διατήρηση και προαγωγή της υγείας από αυτήν την ευάλωτη/επίμαχη ηλικία είναι η απόκτηση γνώσεων και υγιεινών συνηθειών οι οποίες συστηματοποιούνται και εμπεδώνονται στο σχολείο. Μέσο που έχει γνώσεις αποτελεί ο κοινοτικός νοσηλευτής, ο οποίος με την προγραμματισμένη ή περιστασιακή αγωγή υγείας που διεξάγει, γαλουχεί το μαθητικό πληθυσμό (Κυριακίδου,2000).

Καθίσταται μείζονος σημασίας το έργο του κοινοτικού νοσηλευτή και ο θεσμός του στα σχολεία. Με εκπαιδευτικό και συμβουλευτικό περιεχόμενο επικοινωνεί με τους μαθητές, για τη φύση της νευρικής ανορεξίας, για το ποιά εικόνα έχουν για το σώμα τους, τα πρότυπα ομορφιάς, ενθαρρύνει την εξωτερίκευση των συναισθημάτων, αλλά και καταγράφει τα ιστορικά υγείας από την παιδική ηλικία. Ανιχνεύει λανθασμένες απόψεις για την υγεία και τη διατροφή, τονίζοντας τη σημασία της υγιούς ανάπαυσης αλλά και της φυσικής άσκησης, ενημερώντας τον μαθητικό πληθυσμό, για τις επιπτώσεις των διατροφικών διαταραχών στη βιοψυχοκοινωνική του ανάπτυξη. Ενεργοποιεί ακόμα τους μαθητές δίνοντάς τους την ιδέα και την πρωτοβουλία να επεξεργαστούν τη νευρική ανορεξία και να την παρουσιάσουν στο πλαίσιο σχετικών εκδηλώσεων του δήμου τους για παράδειγμα. Μπορεί λοιπόν να επηρεάσει ο κοινοτικός νοσηλευτής την πρόωρη ανίχνευση του προβλήματος μέσω της προσεκτικής διερεύνησής του, αλλά και να προλάβει την κοινωνική απομόνωση νέων που ήδη τυχόν πάσχουν, καταλύοντας τυχόν συμπεριφορές διακρίσεις από εκπαιδευτικούς ή συμμαθητές, εξηγώντας ότι η διαφορετικότητα ενός ατόμου, ένα πολύ παχύ άτομο ή ένα πολύ ισχνό, είναι εξίσου μια κατάσταση που χρήζει σεβασμό. Ο νοσηλευτής πρέπει να κρατά τα όρια σχέσεων ανάμεσα στον ίδιο και στους συνάδελφους εκπαιδευτικούς, αλλά και την ισορροπία στην προσωπική και επαγγελματική του ζωή (Παπαδάκης, 2004)

Καλό είναι να τονιστεί από το νοσηλευτή ότι είναι φυσιολογική η τάση για υπότροπη αρχικά τουλάχιστον, καθώς χρειάζεται αρκετό χρονικό διάστημα για να σταθεροποιηθεί η συμπεριφορά του ασθενή και επιπλέον να σημειωθούν οι κίνδυνοι από την μη έγκαιρη και άμεση αντιμετώπιση τυχόν υπότροπης. Η συνεχής ψυχική συμπαράσταση, η ενθάρρυνση, και η θετική αντιμετώπιση από την πλευρά του νοσηλευτή προς την οικογένεια και το άτομο, θα αποτελέσουν πρότυπο για αυτούς, έτσι ώστε να μάθουν να χειρίζονται την υποτροπιάζουσα συμπεριφορά. Μέσω της γνωστικής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας θα μπορέσει να κατανοήσει, να αντιμετωπίσει και να ξεπεράσει την υποτροπιάζουσα συμπεριφορά. Οι ομάδες αυτοβοήθειας και υποστήριξης μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη της υπότροπης λόγω του ότι προβάλλουν υγιείς διατροφικές συμπεριφορές και το άτομο μέσω αυτών των ομάδων εκφράζει ελεύθερα τους φόβους και τις σκέψεις του (Ooultson, 2001)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

Νευρογενής βουλιμία



9.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Η ψυχογενής βουλιμία “γεννήθηκε” στις αρχές του 1970 και λίγες είναι οι περιπτώσεις που την αναφέρουν πριν από τότε. Γεγονός είναι ότι τα τελευταία 30 χρόνια έχουμε αύξηση της ψυχογενούς ανορεξίας. Υπολογίζεται στην Ευρώπη ότι σε 100.000 κάτοικους αναλογούν 1,5- 5 καινούρια περιστατικά τα οποία αποτελούν περίπου 1% των κοριτσιών έφηβων. Ενώ οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία έχουν έντονα παθολογικό παρουσιαστικό –είναι πολύ λεπτοί- η εμφάνιση των βουλιμικών δεν υποδηλώνει τη διαταραχή. Επιπλέον οι βουλιμικοί δεν κινητοποιούνται εύκολα να επισκεφθούν ειδικούς λόγω έντονων ένοχων και συναισθημάτων ντροπής. (Καλατζή-Ασίζη, 2000)

Η βουλιμία θεωρείται 2-3 φορές συχνότερη από την νευρογενή ανορεξία αλλά γενικά δεν είναι τόσο επικίνδυνη σωματικά όσο η ψυχογενή ανορεξία. Έχει επίσημα αναγνωριστεί στη δεκαετία του 1970 και χαρακτηρίζεται από τον κύκλο υπερφαγίας- λιμοκτονίας. Πολλοί βουλιμικοί λένε οι επιστήμονες, ενώ φαίνονται καλά, κάτω από την επιφάνεια συχνά νιώθουν ανάξιοι. Πιστεύεται ότι πάνω από τους μισούς ανορεξικούς επίσης υποφέρουν από βουλιμία και 40% των βουλιμικών έχουν αναφέρει στο ιστορικό τους ανορεξία. Συνήθως οι βουλιμικοί ασθενείς είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία, χρειάζονται περισσότερο χρόνο ανάρρωσης και είναι πιο επιρρεπείς στην αυτοκτονία. (BBC NEWS 12/5/2001)

Πάνω από 90% των βουλιμικών ατόμων είναι γυναίκες. Ο επιπολασμός της διαταραχής σε έφηβους και νεαρές γυναίκες είναι 1%- 3%. Η έναρξη της βουλιμίας είναι στην όψιμη εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή και η πορεία της είναι χρόνια ή διαλείπουσα. Εκτιμάται ότι η βουλιμία πλήττει το 1.1%-4.2% των γυναικών σε κάποια στιγμή της ζωής τους. (www.psychologia.gr 5/ 1/2001)

Είναι μια πολυπαραγοντική δυσλειτουργία που αφορά ψυχολογικά, φυσιολογικά, αναπτυξιακά και πολιτιστικά στοιχεία, παράγοντες προσωπικότητας όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, μειωμένη ικανότητα για αντιστάσεις σε στρεσογόνες καταστάσεις και μεταβατικές περιόδους όπως εφηβεία, ανάπτυξη σεξουαλικότητας, γάμος, εγκυμοσύνη, διαπροσωπικές συγκρούσεις, παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη τέτοιων διαταραχών. Πιθανότερες ηλικίες εκδήλωσης 13 και 20 χρόνων. Μπορεί να είναι μια χρόνια κατάσταση ή να εμφανίζεται περιστασιακά και η πρόγνυσή της είναι σχετικά δύσκολη. Συχνά η βουλιμία συνυπάρχει ή επικαλύπτεται από άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη ή η σχιζοφρένεια. Συνολικά ποσοστό μεταξύ 2 και 50% των γυναικών με βουλιμία έχουν κάποιο τύπο διαταραχής προσωπικότητας. Πρέπει να αποκλειστεί το ενδεχόμενο οργανικού προβλήματος μετά από ιατρική εξέταση. Σύγχρονες έρευνες καταδεικνύουν πως οι πιο αποτελεσματικές.

9.2 ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Είναι οι γνωσιακές – συμπεριφορικές. Επικεντρώνονται στην καθοδήγηση γνωσιακών πλευρών της διαταραχής όπως η ενασχόληση με το σώμα, το βάρος, το φαγητό, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την τάση για απόκτηση ιδανικής αυτοεικόνας από τη μεριά του ατόμου. Στόχος είναι η αντικατάσταση των διαιτητικών συνηθειών και των προσπαθειών κάθαρσης με πιο υγιείς διατροφικές συνήθειες και δραστηριότητες. (www.mednutrition.gr)

Οι στρατηγικές ως βασικοί στόχοι της διατροφικής παρέμβασης στην ψυχογενή βουλιμία επικεντρώνονται στα εξής: επαρκή ενεργειακή πρόσληψη ώστε να διατηρείται σταθερό το ισοζύγιο ενέργειας και το βάρος, απόκτηση φυσιολογικού ρυθμού σίτισης ο οποίος απαρτίζεται από τρία ισορροπημένα γεύματα και ένα με δυο σνακ, αποφυγή διάφορων μεθόδων αδυνατίσματος, υπερβολικής άσκησης και άλλων καθαρτικών μεθόδων όπως πρόκληση εμετών και χρήση διουρητικών και καθαρτικών, σταδιακή εισαγωγή "απαγορευμένων"

τροφίμων στο διαιτολόγιο, τακτική παρακολούθηση σωματικού βάρους. (www.paidiatros . gr 5/ 11/2005)

Σύμφωνα με DSM-IV, τα **ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ** της ψυχογενούς βουλιμιάς είναι: 1) επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας – ταχεία κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής μέσα σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο 2) κατά τη διάρκεια επεισοδίων υπερφαγίας υπάρχει ένα αίσθημα έλλειψης έλεγχου της συμπεριφοράς πρόσληψης τροφής. 3) το άτομο τακτικά χρησιμοποιεί είτε προκλητό εμετό, καθαρτικά ή διουρητικά, αυστηρή δίαιτα, νηστεία ή εντατική άσκηση για αποτροπή απόκτησης βάρους 4) ένας ελάχιστος μέσος όρος δυο επεισοδίων υπερφαγίας την εβδομάδα για τρεις τουλάχιστον μήνες 5) επίμονη υπερβολική ενασχόληση για το σχήμα και το βάρος του σώματος.(www.iatronet.gr)

9.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ:

1) επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας, τα οποία χαρακτηρίζονται από τα εξής:
α) το να τρώει κανείς μέσα σε μια διακριτή χρονική περίοδο π.χ σε 2 ώρες μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες συνθήκες β) μια αίσθηση έλλειψης έλεγχου του πόσο τρώει κάποιος και τι τρώει κατά τη διάρκεια του επεισοδίου. 2) αντισταθμιστικές συμπεριφορές της υπερφαγίας που συμβαίνουν δυο φορές την εβδομάδα για τρεις μήνες.

Ο προκλητός εμετός χρησιμοποιείται από το 80-90% των βουλιμικών ατόμων για να αποφευχθεί αύξηση του βάρους αλλά και για να μειωθούν τα αισθήματα ενοχής και να ανακουφισθεί ο κοιλιακός πόνος που προέρχεται από την υπερφαγία. Περίπου 30% των βουλιμικών ατόμων παίρνουν καθαρτικά μετά τα επεισόδια υπερφαγίας και νηστείας. (Πανελλήνιος σύλλογος διαιτολόγων)

Η βουλιμία κυμαίνεται στο 1-3% των νεαρών γυναικών. Αν και η βουλιμία εμφανίζεται συνήθως σε φυσιολογικού βάρους νέες γυναίκες, μερικές φορές υποκρύπτεται ιστορικό παχυσαρκίας. (Kaplan/ Sadock's)

Παρόλο ότι η βουλιμία ως συμπτώματα απαντάται πολύ συχνά σε έφηβους κυρίως κορίτσια, η βουλιμία ως σύνδρομο απαντάται συχνότερα στα τελευταία χρόνια της εφηβείας και ιδίως στις νέες ενήλικες. Πολλές φορές αποτελεί την παθολογική εξέλιξη της ανορεξίας. Η διάγνωση του συνδρόμου της ψυχογενούς βουλιμίας κατά τον Rusell έγκειται στα εξής κριτήρια: α) οι ασθενείς πρέπει να υποφέρουν από ακατάσχετη επιθυμία να καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα τροφής β) πρέπει να καταβάλλουν προσπάθεια να αποφύγουν τις συνέπειες της πολυφαγίας προκαλώντας εμετό με τεχνητό τρόπο ή διάρροια με καθαρτικά γ) να καταδυναστεύονται από νοσηρό φόβο για παχυσαρκία. Οι νέες αυτές συχνά υποφέρουν από θλίψη, αισθήματα ένοχης και αυτοκριτικής, ιδίως μετά την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής. Επίσης η αντίληψη της εικόνας τους σώματός τους μπορεί να είναι διαταραγμένη και η νέα να είναι πεπεισμένη ότι είναι παχύτερη από ότι πραγματικά είναι. Γενικά, οι νέες που πάσχουν από βουλιμία θεωρούνται ως ομάδα, ψυχολογικά πιο διαταραγμένες από τις ανορεξικές. Ακόμα παρουσιάζουν σωματικές επιπλοκές σε μεγαλύτερη συχνότητα. Η κατάχρηση καθαρτικών προκαλεί το σύνδρομο του "νωχελικού εντέρου" που ιστολογικά συνδυάζεται με μελάνωση του παχέως εντέρου – *Melanesia coli*- και σύνδρομο δυσαπορρόφησης. Φυσικά αν ο ασθενής πάσχει και από άλλη διαταραχή που απαιτεί δίαιτα όπως διαβήτης, τότε, η βουλιμία θα επηρεάσει δυσμενώς την πορεία. Συνήθως είναι μακροχρόνια η πορεία της στην οποία θεωρούνται δυσμενή σημεία απόπειρες αυτοκτονίας, παχυσαρκία, μη ικανοποιητικές σχέσεις με συνομήλικους ή με γονείς και άγχος για τους γονείς. Η αρχή της διαταραχής της νόσου πριν από το 16^ο έτος θεωρείται ευνοϊκό προγνωστικό στοιχείο. Η θεραπεία απαιτεί μακρόχρονο προγραμματισμό και η εισαγωγή στο νοσοκομείο γίνεται σε κρίσιμες φάσεις της διαταραχής –κίνδυνος αυτοκτονίας ή σημαντικών επιπλοκών- και σημαντική προσπάθεια πρέπει να απευθύνεται στις ψυχολογικές ανάγκες του παιδιού και της οικογένειάς του. Παρόλο ότι ορισμένα φάρμακα μπορούν να καταστείλουν την πείνα και να ελαττώσουν τη συχνότητα των βουλιμικών επεισοδίων καλό είναι να μη χρησιμοποιούνται λόγω του μεγάλου κίνδυνου εθισμού, εξάρτησης και κατάχρησής τους. Γενικά ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος για διακυμάνσεις στην πορεία, για βραδεία σταδιακή πρόοδο τουλάχιστον στην αρχή της θεραπείας και να μπορεί να κάνει χρήση νοσοκομειακής μονάδας αν χρειαστεί να εισαχθεί ο ασθενής.

Τύπος κάθαρσης και μη κάθαρσης. Ο επιπολασμός της διαταραχής σε έφηβους και νεαρές γυναίκες είναι 1% έως 3% ενώ στους άνδρες το 1/10 αυτού.

9.4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ :

Θα γίνει από τη νευρογενή ανορεξία τύπου υπερφαγίας/κάθαρσης. Σύμφωνα με το DSM III, εφόσον το άτομο έχει επεισόδια υπερφαγίας /κάθαρσης μόνο κατά την πορεία ψυχογενούς ανορεξίας, δε θα δοθεί ως επιπρόσθετη διάγνωση η βουλιμία. Στην περίπτωση που κάποιο άτομο έχει επεισόδια υπερφαγίας/κάθαρσης αλλά δεν πληρεί πια όλα τα κριτήρια για ψυχογενή ανορεξία τύπου υπερφαγίας/κάθαρσης π.χ το βάρος του είναι φυσιολογικό ή η εμμηνορρυσία είναι κανονική, τότε εναπόκειται στην κρίση του κλινικού να βάλει τη διάγνωση ψυχογενή ανορεξία τύπου υπερφαγίας /κάθαρσης σε μερική ύφεση ή τη διάγνωση βουλιμίας. Η διαφοροδιάγνωση θα γίνει ακόμα και από νευρολογικές ή άλλες σωματικές καταστάσεις όπως π.χ το σύνδρομο Kleine-Levin, όπου υπάρχει βουλιμική συμπεριφορά, αλλά δεν υπάρχει η έντονη ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος. Η διαφοροδιάγνωση από τη Μείζονα Καταθλιπτική διαταραχή με άτυπα στοιχεία όπου συχνά υπάρχει υπερφαγία, θα βασισθεί στο ότι δεν υπάρχει η παθολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά, ούτε έντονη ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος όσον αφορά τα παρορμητικά επεισόδια υπερφαγίας που μπορεί να παρατηρηθούν στη Μεταχιμακή Διαταραχή της Προσωπικότητας, θα μας οδηγήσουν σε διπλή διάγνωση, αν πληρούνται τα κριτήρια και για τις δυο διαταραχές.

Όσον αφορά την ομαδική ψυχοθεραπεία, αυτή έχει αποδειχθεί πολύ χρήσιμη για ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία. Εντατική ομαδική ψυχοθεραπεία για βουλιμικούς ασθενείς συνδυάζει εκπαιδευτικά στοιχεία γύρω από τη διατροφή, τεχνικές γνωστικής ανακατασκευής, συμπεριφορικής τροποποίησης και ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Στην περίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας έχει διαπιστωθεί από πολλές έρευνες ότι η εμφάνιση βουλιμιών συμπτωμάτων συχνά έπεται μιας περιόδου αυστηρής διαίτας. Αναφέρεται ότι πριν την εμφάνιση συμπτωμάτων βουλιμίας έχει προηγηθεί μια περίοδος αυξημένης ανησυχίας γύρω από το σωματικό βάρος που συνοδεύταν συχνά από αυξημένο ενδιαφέρον προς το αντίθετο φύλλο και είχε αποτέλεσμα αυστηρή διαίτα. φαίνεται ότι η παρατεταμένη διαίτα είναι ένας

βασικός παράγοντας που σχετίζεται με την εμφάνιση της βουλιμίας. Η ψυχοφυσιολογική και η ψυχική στέρηση που προκαλείται από τη δίαιτα σε συνδυασμό με την ύπαρξη στρεσογόνων γεγονότων ζωής όπως χωρισμοί ή διαπροσωπικές συγκρούσεις είναι παράγοντες ικανοί να προκαλέσουν βουλιμική συμπεριφορά σε ορισμένα άτομα, όπως τραυματικές εμπειρίες, απώλεια αγαπημένου ατόμου, αισθήματα σχετικά με αλλαγές στην ερωτική και σεξουαλική ζωή ή διαφωνίες με σημαντικά για το άτομο πρόσωπα. Σε άλλη έρευνα 40% του δείγματος, διαπιστώθηκε ότι απέδιδαν την εμφάνιση της βουλιμίας σε δυσκολίες στο χειρισμό συγκεκριμένων συναισθημάτων, όπως κατάθλιψη, μοναξιά, πλήξης και θυμού. Η απώλεια ή ο χωρισμός από φίλους, οικογένεια ή εργασία αναφέρθηκαν σε ποσοστό 7% και επιπλέον 7% ανέφερε τις διαπροσωπικές συγκρούσεις ως παράγοντες επιδείνωσης της βουλιμικής συμπεριφοράς και των επεισοδίων υπερφαγίας. Έτσι ένα μείζον γεγονός στη ζωή του ατόμου και η ψυχολογική αντίδραση σε αυτό αυξάνουν την πιθανότητα νόσησης του ατόμου.

Στα άτομα με ψυχογενή βουλιμία υπάρχει : α) αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων π.χ χαμηλή αυτοεκτίμηση β) μείζονος καταθλιπτική διαταραχή και δυσθυμική διαταραχή που μπορεί να εμφανίζονται ταυτόχρονα ή να προηγούνται της διαταραχής γ) αυξημένη συχνότητα αγχωδών συμπτωμάτων π.χ φόβος κοινωνικών καταστάσεων, αγχωδών διαταραχών δ) κατάχρηση ουσιών και εξάρτηση είτε από αλκοόλ είτε από διεγερτικά ε) διαταραχές προσωπικότητας.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ: Οι συχνοί εμετοί μπορεί να δημιουργήσουν ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες π.χ υποκαλιαιμία –υπονατριαιμία – υποχλωραιμία και μεταβολική αλκάλωση, ενώ οι διάρροιες από τη λήψη καθαρτικών μπορεί να προκαλέσουν μεταβολική οξέωση συχνά υπάρχει και μέτρια αύξηση της αμυλάσης του ορού.

Οι προκλητοί εμετοί μπορούν να δημιουργήσουν:

- 1) μεγάλη φθορά στην αδαμαντίνη των δοντιών
- 2) διόγκωση των σιελογόνων αδενών και ιδιαίτερα της παρωτίδας
- 3) κάλους ή ουλές στη ραχιαία επιφάνεια των χεριών
- 4) οισοφαγική ρήξη ή ακόμα αρρυθμίες με κίνδυνο το θάνατο. (Μάνος,1997)

Ως γενική συμβουλή θα πρέπει να αποφεύγεται η υπερβολική κατανάλωση τροφών ιδιαίτερα γλυκών σε περιόδους άγχους και στενοχώριας, γιατί αυτό μπορεί να ανοίξει και να συντηρήσει ένα φαύλο κύκλο υπερφαγίας για τη μείωση του άγχους και εντονότερο άγχος και στενοχώρια από την αδυναμία έλεγχου της συμπεριφοράς και τον κίνδυνο αύξησης του σωματικού βάρους. Αν κάποιος είναι ήδη σε αυτό το φαύλο κύκλο, προτείνεται να ζητήσει άμεσα τη βοήθεια ειδικού γιατί μόνο έτσι θα μπορέσει να βοηθηθεί πραγματικά. (www.medis.gr11/5/2004)

Αντίθετα με τη μακραίωνη ιστορία της ψυχογενούς ανορεξίας η ψυχογενή βουλιμία ως αυτόνομη νοσολογική οντότητα καθιερώθηκε "επίσημα" την τελευταία εικοσαετία. Συνιστούσε ωστόσο εδώ και τουλάχιστον πενήντα χρόνια, μια διακριτή υποκατηγορία της ψυχογενούς ανορεξίας, από τα τέλη του περασμένου αιώνα η βουλιμική συμπεριφορά που όχι σπάνια στο 30% περίπου των πασχόντων, εκδηλωνόταν κατά τη διαδρομή μιας κλασσικής ψυχογενούς ανορεξίας είχε κινήσει το ενδιαφέρον των ερευνητών και κατά κανόνα εκλαμβάνονταν ως καλό προγνωστικό στοιχείο. (Σαραντόγλου, 2001)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

10.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:

Σύμφωνα με τη συμπεριφοριστική θεώρηση η βουλιμία οφείλεται και αυτή σε αρνητικές μαθημένες συνεξαρτήσεις με το περιβάλλον.

- ✚ Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες αναζητούν τα βαθύτερα αίτια της διαταραχής σε πεδία ασυνείδητων συγκρούσεων παρόμοια με αυτά της ανορεξίας. Η ψυχογενής βουλιμία εκφράζει συγκρούσεις σε σχέση με απωθημένες σεξουαλικές επιθυμίες, επιθυμίες για εγκυμοσύνη, ή διαταραχή στον έλεγχο του εαυτού.
- ✚ Βιολογικοί παράγοντες: Μερικοί ερευνητές κατέβαλαν προσπάθειες να συνδέσουν τους κύκλους υπερφαγίας και κάθαρσης με διάφορους νευροδιαβιβαστές. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά είναι συχνά ωφέλιμα σε ασθενείς με βουλιμία, έχουν ενοχοποιηθεί η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη. Τα επίπεδα ενδορφινών στο πλάσμα αυξάνονται σε μερικούς ασθενείς που έχουν βουλιμία με εμετούς, οδηγώντας στην πιθανότητα ότι το αίσθημα ευεξίας μετά από εμετό, το οποίο βιώνουν κάποιοι από αυτούς τους ασθενείς, μπορεί να οφείλεται στα αυξημένα επίπεδα ενδορφινών.
- ✚ Κοινωνικοί παράγοντες: οι ασθενείς με βουλιμία όπως και αυτοί με ανορεξία έχουν την τάση να επιτυγχάνουν και να ανταποκρίνονται στις κοινωνικές πιέσεις για λυγρόκορμα σώματα. Οι ασθενείς και της βουλιμίας και της ανορεξίας έχουν κατάθλιψη και αυξημένη συχνότητα οικογενούς κατάθλιψης. Ωστόσο οι οικογένειες των βουλιμικών είναι γενικά διαφορετικές από ότι των ανορεξικών. Στους πρώτους οι σχέσεις είναι λιγότερο στενές και με μεγαλύτερες συγκρούσεις και περιγράφουν τις οικογένειές τους ως αδιάφορες και απορριπτικές
- ✚ Ψυχολογικοί παράγοντες: και οι βουλιμικοί και οι ανορεξικοί έχουν δυσκολίες με τις απαιτήσεις της εφηβείας. Οι βουλιμικοί είναι περισσότερο εξωστρεφείς θυμωμένοι και παρορμητικοί από ότι οι ανορεξικοί. Συνοδές καταστάσεις της βουλιμίας είναι οι εξαρτήσεις και συνήθως από αλκοόλ, κλεπτομανία, συναισθηματική μεταβλητότητα συμπεριλαμβανόμενων και

των αποπειρών αυτοκτονίας. Γενικά οι βουλιμικοί ασθενείς σε σχέση με τους ανορεξικούς βιώνουν την ανεξέλεγκτη πρόσληψη τροφής ως περισσότερο δυστονική στο εγώ, αναζητώντας έτσι πιο εύκολα βοήθεια. Επιπλέον στους βουλιμικούς λείπει ο έλεγχος του υπερεγώ και το σθένος του εγώ που έχουν οι ανορεξικοί ασθενείς. Οι δυσκολίες ελέγχου των παρορμήσεων των βουλιμικών εκδηλώνονται συχνά με εξάρτηση από ουσίες και με αυτό-καταστροφικές σεξουαλικές σχέσεις. Πολλοί επίσης έχουν ιστορικά δυσκολιών αποχωρισμού από τα άτομα που τους φροντίζουν όπως φαίνεται και από την απουσία μεταβατικών αντικειμένων στην πρώιμη παιδική ηλικία. Πολλοί θεραπευτές έχουν παρατηρήσει ότι οι βουλιμικοί χρησιμοποιούν το σώμα τους ως μεταβατικό αντικείμενο. Η διαπάλη αποχωρισμού από το μητρικό πρόσωπο εκδηλώνεται με αμφιθυμία σχετικά με το φαγητό. Η πρόσληψη τροφής μπορεί να αναπαριστά την επιθυμία για συνταύτιση με το άτομο που τους φροντίζει, ενώ η αποβολή μπορεί να εκφράζει, ασυνείδητα, την επιθυμία για αποχωρισμό.

Χαρακτηριστικό της βουλιμίας είναι:

α) η επιμένουσα αυτοκριτική του ατόμου η οποία επηρεάζεται υπερβολικά από το σχήμα και το βάρος του σώματος

β) η πολυφαγία επίσης συνήθως προηγείται των εμετών κατά ένα έτος σχεδόν. Ο εμετός μειώνει το κοιλιακό άλγος και την αίσθηση μετεωρισμού, επιτρέποντας παράλληλα στον ασθενή να συνεχίζει να τρώει, χωρίς να φοβάται ότι θα πάρει βάρος. Συχνά το επεισόδιο ακολουθείται από κατάθλιψη που έχει ονομαστεί μεταπολυφαγική αγωνία. Η τροφή λαμβάνεται κρυφά και με ταχύτητα και συχνά χωρίς καν να τη μασούν. Οι περισσότεροι βουλιμικοί ασχολούνται με την εμφάνισή τους, ανησυχούν για το πώς τους βλέπουν οι άλλοι και ενδιαφέρονται για την ερωτική τους ελκυστικότητα. Οι πλείστοι είναι σεξουαλικά δραστήριοι σε σύγκριση με τους ανορεξικούς ασθενείς που δεν ενδιαφέρονται για το σεξ. Κατά κανόνα οι βουλιμικοί παρουσιάζουν υπομαγνησισμιά και υπερμυλασαιμία. Τα βουλιμικά άτομα έχουν επίγνωση συνήθως της ανώμαλης διατροφικής συμπεριφοράς τους. Χαρακτηρίζονται από συναισθηματική αστάθεια, χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα.

10.2 ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Γενικά φαίνεται ότι έχει καλύτερη πρόγνωση από τη ψυχογενή ανορεξία. Ασθενείς που εντάχθηκαν σε θεραπεία για μικρό χρονικό διάστημα, ανέφεραν πάνω από 50% βελτίωση στην πολυφαγία και στην κάθαρση. Σε περιπατητικούς ασθενείς, η βελτίωση φαίνεται να διαρκεί πάνω από 5 χρόνια. Ωστόσο και στις περιόδους βελτίωσης οι ασθενείς δεν είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων. Η βουλιμία είναι χρόνια διαταραχή με υφέσεις και εξάρσεις.

Μερικοί ασθενείς με ήπια πορεία νόσου έχουν μακρόχρονες υφέσεις. Στη διάρκεια μιας παρακολούθησης 3 ετών διαπιστώθηκε ότι λιγότερο από το 1/3 των ασθενών, είναι καλά, πάνω από το 1/3 εμφανίζουν κάποια βελτίωση, ενώ το τελευταίο 1/3 περίπου έχει φτωχή έκβαση με χρόνια συμπτώματα. Εν μέρει η πρόγνωση εξαρτάται και από τα επακόλουθα της κάθαρσης. Σε μερικές περιπτώσεις βουλιμίας χωρίς θεραπεία παρουσιάζεται αυτόματη ύφεση σε ένα – δυο χρόνια.

10.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Λόγω της νοσηρότητας της βουλιμίας με διαταραχές της διάθεσης, του άγχους και της προσωπικότητας, ο Κλινικός ιατρός πρέπει να λάβει υπόψη του τις επιπρόσθετες αυτές διαταραχές στο θεραπευτικό πλάνο. Οι περισσότεροι βουλιμικοί με μη επιλεγμένη βουλιμία δε χρειάζονται νοσηλεία στο νοσοκομείο. Γενικά οι βουλιμικοί δεν καλύπτουν τόσο τα συμπτώματά τους όσο τα κρύβουν και δεν τα παραδέχονται οι ανορεξικοί.

- ✓ Ωστόσο η ψυχοθεραπεία είναι συχνά ταραχώδης και πιθανόν παρατεταμένη. Μερικοί παχύσαρκοι με βουλιμία που είχαν μακρόχρονη ψυχοθεραπεία πήγαν αρκετά καλά προγνωστικά. Σε άλλες περιπτώσεις όπου τα επεισόδια πολυφαγίας δεν ελέγχονται, η περιπατητική θεραπεία δεν έχει αποτέλεσμα ή όταν ο άρρωστος παρουσιάζει επιπρόσθετα συμπτώματα με αυτοκτονικότητα και χρήση ουσιών, η νοσηλεία μπορεί να κριθεί απαραίτητη σ περιπτώσεις σοβαρής συμπεριφοράς κάθαρσης που οδηγεί σε ηλεκτρολυτικές και μεταβολικές διαταραχές.

Στο κομμάτι της ψυχοθεραπείας έχουν βοηθήσει ορισμένα προγράμματα που περιλαμβάνουν συμπεριφεριολογικό συμβόλαιο, και απευαισθητοποίηση σκέψεων και συναισθημάτων που έχουν οι βουλιμικοί λίγο πριν την πολυφαγία που ξεπερνά τη συμπεριφορά πολυφαγίας και για αυτό μπορεί να φανούν επιπλέον χρήσιμες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις όπως ψυχοδυναμική, διαπροσωπική και οικογενειακή θεραπεία. Η ψυχοδυναμική θεραπεία ασθενών με βουλιμία έχει δείξει μια τάση για έλλειψη αφηρημένης σκέψης στους ενδοβολικούς και προβολικούς μηχανισμούς άμυνας. Με έναν τρόπο ανάλογο με τησχάση ο ασθενής χωρίζει την τροφή σε δυο κατηγορίες: σε τροφές θρεπτικές και σε ανθυγιεινές. Οι πρώτες μπορούν να καταποθούν και να παραμείνουν γιατί ασυνείδητα συμβολίζουν καλά ενδοβλημένα αντικείμενα. Αντίθετα, οι ανθυγιεινές τροφές συνδέονται ασυνείδητα με κακά ενδοβλημένα αντικείμενα και για αυτό αποβάλλονται με εμετό με την ασυνείδητη φαντασίωση ότι αποβάλλονται όλη η καταστροφικότητα, το μίσος, η κακία. Οι ασθενείς μπορεί μετά τον εμετό να αισθάνονται πρόσκαιρα καλά λόγω της φαντασιωμένης αποβολής, αλλά η συνοδός διάθεση ότι όλα είναι καλά είναι βραχύχρονη, επειδή βασίζεται σε έναν ασταθή συνδυασμόσχάσης και προβολής .

- ✓ Φαρμακοθεραπεία: Αντικαταθλιπτικά, ιμιπραμίνη tofranil, δεν κυκλοφορεί πια στην Ελλάδα. δεσιπραμίνη δεν κυκλοφορεί, τραζαδόνη tritico και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO) και ladose. Η καρβαμαζεπίνη tegretol και το λίθιο milithin δεν έχουν δείξει εντυπωσιακά αποτελέσματα στη θεραπεία της πολυφαγίας, αλλά έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία ασθενών με βουλιμία και συνυπάρχουσες διαταραχές της διάθεσης.

Στη θεραπεία των διαταραχών διατροφής φάρμακα όπως η φαινφλουραμίνη και η φλουοξετίνη, τα οποία αυξάνουν τη σεροτονίνη του εγκεφάλου, ένας νευροδιαβιβαστής που αναστέλλει την όρεξη, έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί σε μια προσπάθεια να εμποδίσουν το τσιμπολόγημα.

Διαχωρισμός των διατροφικών συνηθειών από τα συναισθήματα και τα ψυχολογικά θέματα. Η τεχνητή εντερική σίτιση ή η Total Parenteral Nutrition (TPN) επιδεινώνουν το αίσθημα της απώλειας έλεγχου και ίσως να καθυστερήσουν την αναγνώριση.

Παρακάτω αναλύεται μία περίπτωση βουλιμίας σε ένα έφηβο κορίτσι:

Η 17χρονη Νίκη βίωνε καθημερινά το πόσο λίγο υπολόγιζαν τα αλλά μέλη της οικογένειας τη μητέρα της. Η (N) είχε πολύ λίγες ευκαιρίες να μιλήσει για τα δικά της συναισθήματα και αισθανόταν ότι δεν είχε τις δυνάμεις να φτιάξει τη ζωή της. ήταν τόσο απασχολημένη με την οικογένειά της που δεν την ενδιέφερε καθόλου να αναγνωρίσει τις δικές της ανάγκες και ούτε να προσπαθήσει να τις ικανοποιήσει. Ακόμα δεν είχε καθόλου συναισθηματική υποστήριξη σε σημαντικές αποφάσεις. Η οικογένεια της (N) δεν μετέδωσε καμία θετική εικόνα του ρόλου της γυναίκας. Η (N) καταπιεζόταν και δεν της έδιναν σημασία. ήταν γεμάτη κοινωνικές ανασφάλειες και υπέφερε από αισθήματα κατωτερότητας. Η προσοχή της στρεφόταν μόνο στις αδυναμίες της και παρέβλεπε τα θετικά στοιχεία του εαυτού της. Της δημιουργήθηκε η εντύπωση ότι δε μπορεί να καταφέρει τίποτα. Ως αντιστάθμισμα αυτού του δυσάρεστου συναισθήματος η N διάλεξε τελικά έναν χώρο τον οποίο πίστευε ότι μπορεί να ελέγξει, το βάρος της.

Συνοψίζοντας μπορούμε να πούμε ότι οι παρακάτω παράγοντες ευνοούν την εγκατάσταση βουλιμίας :

- ⇒ Γένους θηλυκού
- ⇒ ηλικία εφηβική
- ⇒ ιδεώδες εμφάνιση – κοινωνικά πρότυπα
- ⇒ χαμηλό αυτοσυναίσθημα
- ⇒ κοινωνική αβεβαιότητα
- ⇒ ελλιπής αυτοαποτελεσματικότητα
- ⇒ ανάγκη για αναγνώριση
- ⇒ οικογένεια που ελέγχει πολύ και δίνει λίγη συναισθηματική στήριξη
- ⇒ ελλιπής άσκηση στην αυτονομία.

Εντοπίζουμε παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα τη διατροφική διαταραχή και η πορεία χωρίζεται σε τρία επίπεδα:

1. Το πρώτο ξεκινά από την παιδική ηλικία όπου το φαγητό λειτουργεί ως “παρηγοριά” μπορεί να είναι επακόλουθο καταστάσεων όπως μοναξιάς

και αισθήματος δυστυχίας. Επειδή η τροφή δεν πληρεί μόνο βιολογικές ανάγκες αλλά και ψυχολογικές η (N) στη συγκεκριμένη περίπτωση, δεν αισθανόταν απώθηση- κορεσμό- προς το φαγητό όταν βιολογικά είχε πια χορτάσει και συνέχιζε να τρώει. Τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα ήταν θετικά: τα γλυκά και οι άλλες τροφές είναι νόστιμα και δεν έδιναν στη (N) την εντύπωση της "στοργής". Οι μακροπρόθεσμες όμως επιπτώσεις ήταν αρνητικές- αύξηση του βάρους.

2. Το δεύτερο επίπεδο ξεκίνησε όταν η (N) δεν μπορούσε να συμφιλιωθεί με την εξωτερική εμφάνιση. Άμεσο ερέθισμα υπήρξε μια παρατήρηση σχετικά με το βάρος της από τον αδερφό της. Άρχισε λοιπόν να χάνει βάρος και ήταν υπερήφανη για αυτό, απέκτησε εμπιστοσύνη στον εαυτό της και αυτό ενθάρρυνε το γεγονός να χάνει κιλά.
3. Το τρίτο επίπεδο άρχισε σχεδόν την ίδια εποχή. Η συνεχής πείνα δυσκόλευε τη (N). Τα βράδια έχανε τον έλεγχο και έτρωγε ότι έβρισκε στο ψυγείο. Η απαγορευτική αυτή συμπεριφορά έφερνε τον οργανισμό σε τέτοιο σημείο στέρησης ώστε να αυξηθεί η πιθανότητα εμφάνισης μιας "κρίσης υπερκατανάλωσης φαγητού". Δυο προβληματικές συμπεριφορές αλληλοενισχύονται: η πείνα και οι κρίσεις υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού. Μέσω της πεινάς δημιουργήθηκε μια βιολογική ετοιμότητα για πολυφαγία. Η (N) παρουσίαζε όχι μόνο ελλιπείς κοινωνικές δεξιότητες και στρατηγικές αντιμετώπισης δυσκολιών, αλλά ακόμη και τις δεξιότητες που είχε, δε μπορούσε να τις χρησιμοποιήσει λόγω των ειδικών προβλημάτων της οικογένειάς της. Το φαγητό ήταν μια καλοδεχούμενη παρηγοριά σε καταστάσεις συγκρούσεων και τη βοηθούσε να χειριστεί δυσάρεστα συναισθήματα αρχικά μειώνοντας την ένταση. Ο εμετός που ακολουθούσε δρούσε αγχολυτικά: το άγχος για αύξηση του βάρους μειωνόταν μέσω του εμετού.

Σύμφωνα με το μοντέλο S-O-R-C του Kanfer (Kanfer and Philips, 1975) μπορεί να γίνει η ακόλουθη ανάλυση της συμπεριφοράς. Εξετάζουμε την προβληματική συμπεριφορά, έχοντας τη δυνατότητα να ξεχωρίσουμε τις καταστάσεις που πυροδοτούν τη συμπεριφορά (Situation), τη συμμετοχή του εαυτού / οργανισμού (Organisme), τη συμπεριφορά ως αντίδραση (Reaction) και τέλος τις επιπτώσεις αυτής της συμπεριφοράς (Consequence)

1. Συμπεριφορά: συναίσθημα της μοναξιάς

Οργανισμός : (εγγενής) προτίμηση για γλυκά, (μαθημένη) προτίμηση για γλυκά

Αντίδραση: πρόσληψη τροφής (γλυκά)

Συνθήκες: βραχυπρόθεσμα αισθήματα της στοργής. Αντισταθμιστική ικανοποίηση. Μακροπρόθεσμα αύξηση βάρους.

2. Συμπεριφορά: σκέψεις "πρέπει να παραμείνω λεπτή"

Οργανισμός : ελλιπής αποδοχή του εαυτού και της εξωτερικής εμφάνισης υπέρβαρος.

Αντίδραση: πείνα/δίαιτα

Συνθήκες: βραχυπρόθεσμα αίσθηση υπέροχης και έλεγχου μακροπρόθεσμα κρίσεις υπερβολικής τροφής

3. Συμπεριφορά: συγκρουσιακές καταστάσεις

Οργανισμός : πείνα

Αντίδραση: κρίσεις υπερβολικής λήψης τροφής, εμετοί

Συνθήκες: μείωση της έντασης και του άγχους για αύξηση βάρους.

Από την παιδική ηλικία η Ε έμαθε να ξεπερνά δύσκολες καταστάσεις τρώγοντας. Όταν κατά την εφηβική ηλικία ξεκίνησε η διαδικασία συναισθηματικής αποδέσμευσης / ανεξαρτητοποίησης από την οικογένεια, η (N) έβαλε σε εφαρμογή τον μαθημένο μηχανισμό αντίδρασης επειδή δεν είχε άλλες δυνατότητες επιλογής μηχανισμού επίλυσης προβλημάτων. Η τάση για ένα τέλειο σώμα ήταν μια απεγνωσμένη προσπάθεια να ξεπεράσει την αδυναμία αντίδρασης και να αποκτήσει το αίσθημα του έλεγχου. Επειδή η (N) δεν έλαβε υπόψη της τις βιολογικές ανάγκες και την πραγματικότητα, δε μπορούσε να φθάσει στο σκοπό της. Λόγω αυτής της "ανικανότητας" αναζήτησε παρηγοριά στο φαγητό. Με αυτόν τον τρόπο εκτονώθηκε βραχυπρόθεσμα η ένταση, αλλά δεν επήλθε ουσιαστική αλλαγή. Ο κύκλος της προβληματικής πρόσληψης τροφής όπως και των οικογενειακών συγκρούσεων έμεινε αμετάβλητος.

10.4 ΑΡΧΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Ως βασική γενική αρχή των θεραπειών στις διαταραχές διατροφής ισχύει ότι η παρέμβαση πρέπει να ακολουθήσει δυο δρόμους : ο ένας οδηγεί σε άμεσα αποτελέσματα, ο άλλος έχει μακροχρόνιες επιδράσεις. Βραχυπρόθεσμα πρέπει να τροποποιηθεί η συμπεριφορά διατροφής ώστε όσο το δυνατό πιο γρήγορα να αποκατασταθεί η βιολογική δυσλειτουργία. Μακροπρόθεσμα πρέπει οι ασθενείς να υποστηριχθούν και να γίνουν ικανοί ώστε να συνειδητοποιήσουν και να τροποποιήσουν οι ίδιοι τις ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που βρίσκονται σε λειτουργική σχέση με τη διαταραγμένη συμπεριφορά διατροφής.

Αυτοπαρατήρηση – αυτοέλεγχος- αυτοενίσχυση. Μέσω της πρώτης πάρθηκαν πληροφορίες βασικές. Η ασθενής συμπλήρωνε πρωτοκολλά διατροφής όπου κατέγραφε ποσότητα, ώρα και είδος τροφής όπως και τις σκέψεις και τα συναισθήματα που είχε καθώς και τις καταστάσεις που προηγούνταν. Προσπάθεια να αναλυθούν ως ένα βήμα μετά, οι συνθήκες που προκαλούσαν αυτές τις κρίσεις βουλιμιάς. Επειδή η συμπεριφορά διατροφής είχε δημιουργήσει μια δική της δυναμική δε μπορούν πάντα να εντοπιστούν καταστάσεις προηγηθείσες. Παρόλα αυτά φάνηκε ότι πριν από τα επεισόδια της βουλιμιάς εμφανίζονταν κυρίως συναισθήματα μοναξιάς και σκέψεις με αυτομομφές.

10.5 ΘΕΤΙΚΕΣ ΑΥΤΟΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Για τη δημιουργία ενός υγιούς τρόπου διατροφής είναι σημαντικές οι πληροφορίες που σχετίζονται με τις συνέπειες του αισθήματος της πείνας. Οι ασθενείς με διαταραχές διατροφής συνήθως έχουν ξεμάθει να συνειδητοποιούν τα σήματα του σώματος σε σχέση με την πείνα και τον κορεσμό όπως και να τα αξιολογούν. Όταν όμως διατρέφονται τακτικά για μια μακρά χρονική περίοδο, με ορισμένη ποσότητα φαγητού επανέρχεται το φυσιολογικό αίσθημα πείνας και κορεσμού.

Η διαχείριση διατροφής περιλαμβάνει μια εξισορροπημένη σύνθεση γευμάτων. Οι βουλιμικοί όπως και οι ανορεκτικοί τείνουν να απαγορεύουν στον εαυτό τους ορισμένες τροφές. Αυτές είναι συνήθως αρκετά θερμιδογόνες ή υδατάνθρακες, πρέπει λοιπόν να κοινοποιηθεί ότι δεν παχαίνουν οι τροφές αλλά

ο τρόπος που λαμβάνονται. πρέπει επίσης να ενημερωθεί ο ασθενής για τη λειτουργία της δίαιτας αδυνατίσματος που με τον καιρό δηλαδή οδηγούν σε διατροφική διαταραχή. Αν ο άνθρωπος αφευθεί στα φυσιολογικά αισθήματα της πεινάς και του κορεσμού, Τότε το βάρος του θα γυρίσει προς ένα βιολογικό καθορισμένο όριο. Για αυτό χρειάζεται καλή πληροφόρηση γύρω από το βιολογικό μηχανισμό σταθεροποίησης του βάρους του σώματος, ώστε οι ασθενείς αυτοί να έχουν επιχειρήματα που μειώνουν το άγχος ότι τρώγοντας θα παχαίνουν απεριόριστα.

10.6 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Οι ασθενείς με διαταραχή διατροφής παρουσιάζουν μη αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων σε δυσκολίες της ζωής και σε περιπτώσεις συναισθηματικών εντάσεων. Τα "βουνά δυσκολιών" θα πρέπει λοιπόν να καταμερισθούν και να ορισθούν ρεαλιστικοί στόχοι. Βασικό στοιχείο της θεραπείας είναι η επικέντρωση σε στρατηγικές που έχουν σχέση με τη βουλιμική συμπεριφορά.

Βοηθητικό στοιχείο είναι η καλή διαχείριση του χρόνου. Αντί να γεμίζει η ημέρα με δυσάρεστες υποχρεώσεις, καλό είναι να προγραμματίζονται ευχάριστες πράξεις. Η Ε έμαθε να ανοίγεται και να συζητά με άλλους όταν της φαινόταν ότι τα προβλήματα ήταν άλυτα και αισθανόταν μια ισχυρή πίεση για ανεξέλεγκτο φαγητό. Σε μεγάλες έρευνες σχετικά με την πορεία βουλιμιών διαταραχών, η βουλιμία μπορεί να θεραπευτεί αποτελεσματικά κυρίως όταν δεν υπάρχουν επιπρόσθετες και σύνοδες διαγνώσεις που δυσχεραίνουν την πρόγνωση πχ αλκοολισμός, διαταραχές προσωπικότητας ή ψυχογενή ανορεξία στο παρελθόν.

Σύμφωνα με την πολυπροδιαθεσική θεώρηση των αιτιών έτσι και η θεραπεία πρέπει να επεκταθεί σε διάφορα επίπεδα. Να είναι δηλαδή συμπτωματοκεντρική, να περιλαμβάνει αυτή καθεαυτή τη συμπεριφορά διατροφής και να την τροποποιεί. Ουσιαστικό στοιχείο είναι η διακοπή του φαύλου κύκλου "πεινά – κρίσεις πολυφαγίας- εμετός". Στη συνέχεια πρέπει να γίνει ριζική αλλαγή των συσχετίσεων που πυροδοτούν την προβληματική συμπεριφορά διότι μόνο έτσι θα επέλθει μια σταθερή στο χρόνο διαφοροποίηση της συμπεριφοράς. Σχετικά με τις διαταραχές διατροφής έχουν αναπτυχθεί καλά τεκμηριωμένα επιστημονικά προγράμματα. Λόγω της σοβαρότητας των

διαταραχών διατροφής έχουν δημιουργηθεί και ομάδες αυτοβοήθειας. Αυτή η εξέλιξη είναι θετική και βοηθά στη μείωση του προβλήματος. Από τη μια μεριά μπορεί να κινητοποιήσουν αυτούς που χρειάζονται βοήθεια να αναζητήσουν θεραπεία από ειδικούς, από την άλλη μεριά μπορεί να βοηθήσουν στην πρόληψη υπότροπων και στη σταθεροποίηση των νέων συμπεριφορών.

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ για ψυχογενή ανορεξία

1. Λήψη διατροφικού ιστορικού με στόχο τον προσδιορισμό της πρόσληψης πριν την έναρξη της νόσου, την εκτίμηση της παρούσης ενεργειακής και πρωτεϊνικής πρόσληψης, τις διατροφικές συνήθειες και προτιμήσεις και την εκτίμηση της φυσικής δραστηριότητας. Επιθυμητή είναι η επαλήθευση τέτοιων πληροφοριών από τους γονείς ή πρόσωπα άμεσου περιβάλλοντος, αφού πολύ συχνά οι ασθενείς αρνούνται την ύπαρξη προβλημάτων, δηλώνοντας ικανοποιητική πρόσληψη. Χρησιμεύει επίσης και για την πρώτη επικοινωνία με τον ασθενή και την απόκτηση εμπιστοσύνης για καλή συνεργασία.

2. Προσδιορισμός επιθυμητού βάρους γίνεται με βάση το ύψος, την ηλικία του ασθενούς και άλλες παραμέτρους, από τους πίνακες αναφοράς. Επιθυμητό θεωρείται το βάρος στο οποίο αναμένεται αποκατάσταση της έμμηνου ρύσεως. Αν η ασθενής βρίσκεται στην όψιμη εφηβεία το βάρος στο οποίο επήλθε η έμμηνος ρύση θεωρείται ικανοποιητικό, ενώ αυτό δεν είναι κατάλληλο για γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Οι πίνακες ανάπτυξης δεν είναι πάντοτε κατάλληλοι για τα παιδιά, αφού το ύψος τους ίσως δεν είναι ικανοποιητικό, λόγω μειωμένης θερμιδικής πρόσληψης.

3. Επανασίτιση ασθενούς: πρέπει να διεξάγεται αργά και σταδιακά και για λόγους ψυχολογικούς επειδή μεγάλες ποσότητες τροφής εντείνουν το φόβο παχυσαρκίας και προκαλούν άρνηση και λόγω πιθανών επιπλοκών. α) απότομη λήψη τροφής και υγρών οδηγεί σε αύξηση των εξωκυττάριων υγρών, σε αύξηση των του όγκου πλάσματος, σε περιφερικό οίδημα, σε καρδιακές αρρυθμίες και τέλος στο θάνατο. β) γαστρεντερικές διαταραχές: γαστρική διάταση, τυμπανισμός, διάρροια λόγω μειωμένης εντερικής ενζυμικής δραστηριότητας μπορεί να εμφανισθούν. (Μπουκέα, 1991)

ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΕΠΑΝΑΣΤΙΤΙΣΗΣ

- Αποκατάσταση ηλεκτρολυτών
- Περιορισμένη λήψη νατρίου για αποφυγή οιδήματος, χορήγηση υγρών για αποφυγή αφυδάτωσης
- Παροχή ιχνοστοιχείων και βιταμινών αν χρειάζεται
- Χορήγηση διατροφικών συμπληρωμάτων όταν οι άρρωστοι δεν είναι πρόθυμοι να σιτιστούν ως ένα μεταβατικό στάδιο της θεραπείας γιατί στόχος παραμένει η αποκατάσταση φυσιολογικών διατροφικών συνηθειών
- Θερμιδική πρόσληψη που να καλύπτει αρχικά τις ανάγκες του βασικού μεταβολισμού
- Σταδιακή θερμιδική αύξηση. Αν και υπάρχει η αντίληψη πως πλούσιες σε πρωτεΐνες δίαιτες ενισχύουν την ανασύνθεση μυϊκής μάζας, δε φαίνεται να υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα σε δίαιτες με 10% και 20% πρωτεΐνη ενώ δίαιτες με 5% πρωτεΐνη συμβάλλουν στο σχηματισμό λίπους παρά μυϊκού ιστού.

Τις πρώτες εβδομάδες επανασίτισης, η αύξηση βάρους αναφέρεται σε αύξηση των εξωκυττάρων υγρών –χωρίς απαραίτητα την εμφάνιση οιδήματος – τα οποία αποκαθίστανται αργότερα. Σύμφωνα με εκτιμήσεις πρώτα αποκαθιστάται το κάλιο του σώματος, ανασχηματίζεται ο λιπώδης ιστός και μετά αποθηκεύεται νάτριο για την ανασύνθεση μυϊκής μάζας. Η ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ καλό είναι να αποφεύγεται. Ωστόσο, θεωρείται απαραίτητη, όταν η άρνηση για σίτιση είναι έντονη ή η αύξηση του βάρους μικρότερη από 1Kg/μέρα. Στη φάση επανασίτισης, συχνά οι ασθενείς αντιδρούν από έντονο φόβο της παχυσαρκίας.

Για αυτό πριν την έναρξη και κατά τη διάρκεια της διαιτητικής αγωγής πρέπει να γίνεται:

- Ενημέρωση σχετικά με τις συνέπειες της ασιτίας
- Διαβεβαιώσεις πως η δίαιτα, ελεγχόμενη καθώς είναι, δε θα προκαλέσει αύξηση βάρους πάνω από αυτή που έχει ορισθεί και έχει αποδεχθεί ο ασθενής

- Επεξηγήσεις σχετικά με μεταβολές του σώματος, κατά την επανασίτιση και διαβεβαιώσεις πως το βάρος που επανακτάται είναι κυρίως μήκος ιστός και όχι λιπώδης
- Απόκρυψη πηγών ενέργειας στην τροφή πρέπει να αποφεύγεται. Αν γίνεται χρήση διατροφικών συμπληρωμάτων, ο ασθενής πρέπει πάντα να είναι ενήμερος της καταστάσεως. Αυτό βοηθάει στη διατήρηση της εμπιστοσύνης του ασθενούς προς το διαιτολόγιο και αποτρέπει πιθανές αντιπαραθέσεις, αν τυχαίως ο ασθενής το ανακαλύψει.
- Η πρόσληψη φυτικών ινών, αρχικά τουλάχιστον, πρέπει να περιορίζεται γιατί δίνουν όγκο στο γεύμα και μικρή θερμιδική συμμετοχή. Η γαστρική διάταση, σε συνδυασμό με την αύξηση του εντερικού περιεχομένου, δίνουν αίσθηση δυσφορίας στον ασθενή επειδή νομίζει ότι η πρόσληψη τροφής είναι μεγαλύτερη από την πραγματική. Οι λόγοι της δυσφορίας πρέπει να επεξηγηθούν, ώστε να γίνει κατανοητό ότι αυτό το συναίσθημα είναι φυσιολογικό
- Η θερμιδική αύξηση πρέπει να γίνεται σταδιακά. Αυτό επιτρέπει την ψυχολογική προσαρμογή του ασθενούς, που απαιτείται για την αποδοχή αύξησης του σωματικού βάρους.
- Αν ο ασθενής νοσηλεύεται η προσφερόμενη τροφή πρέπει να είναι όλη αναλώσιμη και να μην απωθεί τον ασθενή. Η διάρκεια των γευμάτων είναι συγκεκριμένη, περίπου 30-45 min, ώστε να υπάρχει περιθώριο για σκέψεις και ανησυχία σχετικά με την τροφή
- Αν ο ασθενής είναι εξωτερικός, οι παρεχόμενες οδηγίες πρέπει να είναι σαφείς ώστε να μην αφήνουν περιθώριο παρερμηνείας

Γραπτές οδηγίες πρέπει να περιλαμβάνουν το ημερήσιο διατροφικό πρόγραμμα και ένα υπόδειγμα δίαιτας. Ο προσδιορισμός των ποσοτήτων, αρχικά μέσω της ζύγισης, διασφαλίζει την πρόσληψη κατάλληλης ποσότητας και δίνει στον ασθενή την αίσθηση ασφάλειας δηλαδή ότι δεν τρώει περισσότερο από όσο πρέπει. Οι επισκέψεις εξωτερικών ασθενών αρχικά μπορούν να γίνονται σε 15μερη βάση για έλεγχο του βάρους και της διαιτητικής επάρκειας. Οι ασθενείς ζυγίζονται, οι σωματικές μεταβολές συζητούνται. Ενθαρρύνονται να κρατούν διατροφικό

ημερολόγιο και να αφιερώνουν 5 με 10 λεπτά κάθε βράδυ για το σχεδιασμό των γευμάτων της επόμενης μέρας.

10.7 ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΕΠΙΘΥΜΗΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Αφού επιτευχθεί το επιθυμητό βάρος, η διαιτητική αγωγή προσανατολίζεται προς τη διατήρησή του. Οι ανορεξικοί ασθενείς διακρίνονται σε δυο κατηγορίες:

1. στους μη βουλιμικούς που απλώς περιορίζουν τη λήψη τροφής τους
2. στους βουλιμικούς, οι οποίοι κατά καιρούς παρουσιάζουν βουλιμική συμπεριφορά

Υπολογίζεται ότι 16-47% των ανορεκτικών εμφανίζουν βουλιμίες τάσεις. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η πρώτη κατηγορία, οι μη βουλιμικοί, χρειάζεται μεγαλύτερη ενεργειακή πρόσληψη για την απόκτηση και διατήρηση του βάρους κατά 30-50% από τη δεύτερη. Οι μη βουλιμικοί έχουν μεγάλες δυσκολίες να διατηρήσουν το βάρος τους, και γιατί χρειάζονται περισσότερες θερμίδες και γιατί καταναλώνουν μικρές ποσότητες τροφής. Οι βουλιμικοί και λόγω της μειωμένης μεταβολικής τους δραστηριότητας και λόγω των βουλιμικών τους τάσεων κινδυνεύουν από αύξηση βάρους και παχυσαρκία που ίσως τους αναγκάσει σε φαύλο κύκλο στερητικών διαίτων. Λίγοι είναι οι ανορεξικοί που καταφέρνουν να διατηρήσουν το βάρος τους σε ικανοποιητικό επίπεδο για πολύ καιρό. Η φυσική δραστηριότητα αυτών των ασθενών παρουσιάζει μεγάλες αποκλίσεις, η τροποποίηση της δίαιτας είναι συχνά απαραίτητη.

10.8 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ – ΠΡΟΤΥΠΑ

Η σκέψη της τροφής είναι εμμονή και συχνά τα βουλιμικά επεισόδια προγραμματίζονται από τον ίδιο τον ασθενή. Εκ πρώτης όψεως φαίνεται υπερκατανάλωση υδατανθράκων που μερικοί αποδίδουν σε διαταραχές του σεροτονινεργικού μηχανισμού. Αυτό που συμβαίνει στην πραγματικότητα είναι αύξηση λίπους και μείωση της πρωτεϊνικής πρόσληψης αφού τα αναλίσκόμενα τρόφιμα, παγωτά, γλυκά, αναψυκτικά, γάλα διευκολύνουν τον εμετό. Αντίθετα τα κοινωνικά γεύματα των βουλιμικών τείνουν να είναι μικρότερης θερμιδικής αξίας

από των φυσιολογικών ατόμων και με πιο ισορροπημένη ποσοστιαία αναλογία. Η μικρή θερμιδική πρόσληψη ίσως ενισχύει το αίσθημα της πείνας και προδιαθέτει σε βουλιμικό επεισόδιο. Ωστόσο σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα η όρεξη των βουλιμικών πριν το επεισόδιο δε φαίνεται να είναι μεγαλύτερη από των φυσιολογικών ατόμων, ενώ παραμένει μεγαλύτερη προς το τέλος του. Άρα το πρόβλημα φαίνεται να σχετίζεται λιγότερο με διαταραχές της όρεξης και περισσότερο με διαταραχές του μηχανισμού κορεσμού.

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ για βουλιμία

Τα βουλιμικά άτομα δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες διατροφικές ανεπάρκειες. Το πρόβλημα συνίσταται στην αποκατάσταση των διατροφικών συνηθειών τους. Συνίσταται σε:

1. Λήψη διατροφικού ιστορικού για τον προσδιορισμό του βουλιμικού επεισοδίου δηλαδή τη συχνότητα, τη διάρκεια, το είδος των καταναλισκόμενων τροφίμων, τη συνήθη διατροφική πρακτική του ατόμου, καθώς και για το τι θεωρεί ο ασθενής ως βουλιμικό επεισόδιο
2. Προσδιορισμός της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης: τα βουλιμικά άτομα παρουσιάζουν διακυμάνσεις του βάρους αλλά η πλειονότητα αυτών βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα

Ο *ΒΑΣΙΚΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ* των βουλιμικών ατόμων είναι μικρότερος των φυσιολογικών. Αν και φυσιολογικού βάρους συνήθως οι βουλιμικοί, χρειάζονται λιγότερες θερμίδες για τη διατήρηση του σωματικού βάρους από ότι τα φυσιολογικά άτομα. Πιθανές ερμηνείες είναι:

- Μεγάλος αριθμός βουλιμικών συμπεριφορών, πιθανόν πριν την έναρξη της διαταραχής υπήρξαν παχύσαρκοι και η βουλιμική συμπεριφορά συχνά εκδηλώνεται μετά από μακρόχρονη στέρηση τροφής. Έτσι η μείωση του βασικού μεταβολισμού ερμηνεύεται βιολογικώς ως φυσιολογική προσαρμογή ημιασιτίας
- Εξάλλου δυσλειτουργία του θυρεοειδούς, διαταραχές της TSH έχουν παρατηρηθεί σε βουλιμικά άτομα με ανάλογες επιπτώσεις στο μεταβολικό ρυθμό

- Επιπρόσθετα, τα αντικαταθλιπτικά έχει σημειωθεί ότι μειώνουν το βασικό μεταβολισμό κατά 17-24%. Οι ασθενείς συμβουλευονται να σχεδιάζουν από την προηγούμενη ημέρα το διατροφικό πρόγραμμα της επόμενης ώστε να αποφεύγονται οι αποφάσεις της τελευταίας στιγμής που οδηγούν σε αμηχανία, ίσως και σε βουλιμική συμπεριφορά. Το καθημερινό ζύγισμα πρέπει να αποθαρρύνεται ως πρακτική, για τη μείωση του φόβου παχυσαρκίας.

ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ αν και δεν έχει διευκρινιστεί/ διασαφηνισθεί πλήρως, στα πλαίσια της ομάδας θεραπείας, είναι σπουδαία καθώς αφορά:

- στην εκτίμηση της κατάστασης θρέψης του ασθενούς,
- στον προσδιορισμό των διατροφικών συνηθειών και πρότυπων,
- στην ανίχνευση των πεποιθήσεων,
- στις γνώσεις και τις αντιλήψεις σχετικά με την τροφή,
- στη μέθοδο δίαιτας που ακολουθείται,
- στην εκτίμηση της φυσικής δραστηριότητας
- στην ενημέρωση της ψυχοθεραπευτικής ομάδας με τις παραπάνω πληροφορίες, καθώς και τον κίνδυνο που διατρέχει ο ασθενής

Η συμμετοχή του διαιτολόγου συμβάλλει στην καλύτερη εκτίμηση της διάγνωσης και του θεραπευτικού προσανατολισμού. Η θεραπεία αυτών των ασθενών αποτελεί πρόκληση γιατί στην πράξη οι δυσκολίες και οι ανασταλτικοί παράγοντες είναι πολλοί. Οι ασθενείς συχνά παρουσιάζουν έντονο άγχος, αρνητισμό, επίμονη ψευδολογία, ερεθιστικότητα, αντιφατική συμπεριφορά, συχνά αγνοούν ή παρερμηνεύουν εκπροθέσεως τις διαιτητικές συμβουλές. Βασικός παράγοντας για την επιτυχή συμμετοχή λοιπόν του διαιτολόγου στη θεραπευτική αγωγή είναι η επιμονή, ο ενθουσιασμός και κυρίως η βαθύτερη γνώση αυτών των ψυχοπαθολογικών μορφών και της αντιμετώπισής τους.

10.9 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Σημεία ενδιαφέροντος: Διαταραγμένη ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών

Σημαντικά ευρήματα:

- ✚ Ιστορικό ► Αυτοπρόκληση εμετών, κατάχρηση διουρητικών ή καθαρτικών.
- ✚ Κλινική εξέταση ► Φτωχή ελαστικότητα δέρματος, αδυναμία. Σημάδια αυτοπρόκλησης εμετών ► Διόγκωση παρωτιδικών αδένων, διάβρωση αδαμαντίνης δοντιών, οισοφαγίτιδα, γαστρορραγία του ανώτερου γαστρεντερικού, φαρυγγίτιδα ή ερεθισμένος λαιμός, ταχυκαρδία, καρδιακές δυσρυθμίες, δηλητηρίαση από ιπεκουάνα, έλλειψη καλίου, ερεθισμός πρωκτού, κατάχρηση καθαρτικών.
- ✚ Εργαστηριακή ανάλυση ► Σημάδια παρατεταμένων ή συχνών εμετών: μείωση καλίου, μείωση χλωρίου ορού, μεταβολική αλκάλωση pH αίματος > 7.45 , $\text{HCO}_3^- > 26 \text{ mEq/L}$, τα κόπρανα γίνονται ερυθρά με NaOH –λόγω παρουσίας φαινολοφθαλείνης, ενός συστατικού μερικών καθαρτικών-, αύξηση BUN, αφυδάτωση.

Σημεία ενδιαφέροντος: Πλημμελής πρόσληψη πρωτεΐνης / θερμίδων

Σημαντικά ευρήματα:

- ✚ Ιστορικό ► υπερβολικά περιορισμένη πρόσληψη τροφής – ειδικότερα για μια περίοδο αρκετών μηνών ή και ετών- , αυτοπρόκληση εμετών, συχνές και παρατεταμένες περιόδους σωματικής άσκησης, κατάχρηση διουρητικών και καθαρτικών – αυτές οι τακτικές συνήθως δεν αναφέρονται και για αυτό πρέπει να βασίζεται ο θεραπευτής στην κλινική εξέταση, όπως και στη διαταραγμένη εικόνα της ισορροπίας των υγρών και ηλεκτρολυτών. Τα καθαρτικά δεν προκαλούν τόσο σοβαρή αναστολή της απορρόφησης ώστε να συμβεί απώλεια βάρους. Συνήθως οι επιδράσεις τους περιορίζονται στην απώλεια υγρών και

ηλεκτρολυτών. Συχνές και παρατεταμένες περιόδους σωματικής άσκησης.

- ✚ Κλινική εξέταση ► Βάρος < 90% του κανονικού για το ύψος, αμηνόρροια, οίδημα, αραίωση μαλλιών, αλλαγές στην υφή των τριχών.
- ✚ Εργαστηριακή ανάλυση ► Μείωση λευκωματίνης ορού, τρανσφερίνη ή προλευκωματίνη, μείωση αριθμού λεμφοκυττάρων.

Σημεία ενδιαφέροντος: Ελλείψεις μεταλλικών στοιχείων, Zn ψευδάργυρου

Σημαντικά ευρήματα:

- ✚ Ιστορικό ► Σοβαρός περιορισμός πρόσληψης τροφής, εμετός, καθαρτικά.
- ✚ Κλινική εξέταση ► Αλλοιωμένη αίσθηση της γεύσης, αλωπεκία.
- ✚ Εργαστηριακή ανάλυση ► Μείωση χαλκού ορού, μείωση αιματοκρίτη, μείωση αιμοσφαιρίνης, μείωση αριθμού λεύκων αιμοσφαιρίων.

Οι ασθενείς έχουν ανάγκη να νιώθουν ότι η ομάδα παροχής υπερησίων υγείας θα τους βοηθήσει να μην χάσουν τον έλεγχο στην πρόσληψη τροφής. Η πρόοδος και η συμπεριφορά θα πρέπει να ελέγχονται τακτικά. Ο ενδονοσοκομειακός έλεγχος συνήθως στην ψυχογενή ανορεξία είναι πιο εντατικός από ότι ο εξωνοσοκομειακός. Οι λειτουργοί της υγείας εξετάζουν και εκτιμούν τα σημεία προόδου μαζί με τους ασθενείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

11.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Έλεγχος των τρόπων διατροφής και αποφυγή του τσιμπολογήματος, εφαρμόζοντας ο ασθενής τις εξής συνήθειες:

- Αναγνωρίστε τις πράξεις εκείνες που μπορεί να χρησιμεύουν ως περισπασμοί, όταν πειρασμοί ή αρνητικά συναισθήματα δημιουργούν επιθυμία για τσιμπολόγημα, όπως είναι τα διάφορα χόμπι, οι περίπατοι, οι συναντήσεις με φίλους, ασχολία με οικιακά, κηπουρική, ψώνια- όχι σε καταστήματα τροφίμων- ή η γυμναστική.
- Εντοπίστε τα σημάδια ή τα ερεθίσματα που οδηγούν σε πολυφαγία και μετατρέψτε τα, πχ αν η πολυφαγία συμβαίνει συνήθως στην κουζίνα αποφύγετε να τρωτέ εκεί και τρωτέ μόνο στην τραπεζαρία.
- Μάθετε ποιό είναι για εσάς το κατάλληλο μέγεθος μιας μερίδας – χρησιμοποιώντας ζυγαριές, διαβαθμισμένα κύπελλα, ή μοντέλα τροφών – και καταναλώνετε μόνο αυτήν την ποσότητα. Πολλά άτομα με διαταραχή διατροφής έχουν περάσει την περισσότερη ζωή τους είτε τρώγοντας σχεδόν τίποτα ή καταβροχθίζοντας.
- Τρωτέ αργά. Το τσιμπολόγημα σχετίζεται με βιαστική κατανάλωση τροφής.
- Τρώτε σε κανονικές ώρες γευμάτων. Το να χάνει κανείς γεύματα και έτσι να πεινάει υπερβολικά μπορεί να προδιαθέσει σε τσιμπολόγημα.
- Αποφύγετε τα επαναλαμβανόμενα σερβιρίσματα φαγητού. Στα γεύματα σερβίρετε το φαγητό σας και στη συνέχεια κρύψτε το περίσσειμα προτού ξεκινήσετε να τρωτέ.
- Προγραμματίστε από πριν γεγονότα στα οποία αναμένεται υπερβολική θερμιδική πρόσληψη. Πχ εάν το άτομο πρόκειται να φάει πίτσα έξω με φίλους μπορεί να ελαττώσει την πρόσληψη κατά τη διάρκεια της ημέρας ώστε να την αντισταθμίσει.

- Περιορίστε την κατανάλωση οινοπνευματωδών διότι προσθέτουν θερμίδες και μπορεί να μειώσουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς.

Έγκειται αναγκαία η εκπαίδευση του ατόμου σε θέματα διατροφής, στις ομάδες τροφίμων, στο σχεδιασμό ημερήσιων ή εβδομαδιαίων προγραμμάτων, στις ενεργειακές και θρεπτικές ανάγκες, σε υγιή διατροφικά πρότυπα, στις επιπτώσεις της βουλιμικής συμπεριφοράς στην υγεία.

11.2 ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΑΥΤΟΠΕΠΟΙΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Μέσω ομαδικής ή ατομικής θεραπείας. Οι λειτουργοί παρέχουν επιβράβευση για την πρόοδο προς την επίτευξη των στόχων του σωματικού βάρους και τη βελτίωση της αυτοπεποίθησης και των κοινωνικών ικανοτήτων. Ο ασθενής και η ομάδα υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν ότι πισωγυρίσματα είναι φυσιολογικά και θα πρέπει να γίνονται αποδεκτά με ηρεμία. Οι κοινωνικές συνθήκες είναι συνήθως πολύ αγχωτικές για άτομα με διαταραχή διατροφής. Πρέπει λοιπόν να μάθουν σωστούς τρόπους αντιμετώπισης των διαπροσωπικών σχέσεων παρά να επικεντρώνονται στο φαγητό.

Η πυραμίδα της διατροφής μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην εκπαίδευση. Η δίαιτα πρέπει να είναι μέτρια σε πρωτεΐνη 12-20% και χαμηλή σε λίπη λιγότερο από 30%, με την ισορροπία των θερμίδων να προέρχεται από υδατάνθρακες. Ο στόχος είναι να καθιερώσει κανείς τη συνήθεια εφαρμογής μιας θρεπτικής δίαιτας, ενώ παράλληλα να διατηρείται μια ισορροπία με την κατανάλωση της ενέργειας, έτσι ώστε να μην είναι απαραίτητο να προσφύγει σε βλαβερές συνήθειες όπως η αυτοπρόκληση εμετών για τον έλεγχο βάρους. Οι αλλαγές θα πρέπει να γίνονται βαθμιαία ώστε να αποφευχθεί η υπερβολική ένταση. Τα φαγητά που συνήθως φοβάται κανείς θα πρέπει να περιλαμβάνονται στη δίαιτα μόνο αφού η ανάρρωση είναι ήδη προχωρημένη

Ο ΟΡΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ αναφέρεται στην παροχή ειδικά σχεδιασμένων θρεπτικών συστατικών χορηγούμενων παρεντερικά ή εντερικά ώστε να διατηρηθεί ή αποκατασταθεί η ιδανική διατροφική κατάσταση.

Εντερική σίτιση είναι εκείνη που χορηγείται μέσα στα γαστρεντερικό σωλήνα είτε από το στόμα ή από σωλήνα.

Παρεντερική ή ενδοφλέβια σίτιση μπορεί να χορηγηθεί μέσω ενός κεντρικού φλεβικού καθετήρα ή περιφερικής φλέβας.

Η εντερική συνήθως προτιμάται από την παρεντερική, όποτε βέβαια αυτή είναι εφικτή. Ένα παλιό απόφθεγμα έλεγε: " αν το έντερο λειτουργεί, χρησιμοποίησέ το". Η εντερική σίτιση είναι γενικά λιγότερο δαπανηρή και παρουσιάζει λιγότερο κίνδυνο ανάπτυξης σήψης σε σχέση με την παρεντερική σίτιση. Υπάρχουν και φυσιολογικά πλεονεκτήματα της εντερικής σίτισης, όπως το ότι βοηθάει στη διατήρηση της ακεραιότητας του εντερικού βλεννογόνου, ενός σημαντικού φραγμού για τους λοιμώδεις οργανισμούς. Ατροφία εντερικού βλεννογόνου παρουσιάζεται συχνά σε άτομα που διατρέφονται παρεντερικά. Τα θρεπτικά συστατικά που χορηγούνται μέσω της εντερικής διατροφικής οδού απορροφώνται από την πυλαία φλέβα και τα εντερικά λεμφαγγεία και μέσω αυτών μεταφέρονται από ήπαρ πριν ελευθερωθούν στη γενική κυκλοφορία. Το ήπαρ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό πολλών θρεπτικών συστατικών, στον έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης μετά από τη σίτιση, καθώς και στην αποθήκευση των υδατανθράκων υπό μορφή γλυκογόνου. Τα θρεπτικά συστατικά που χορηγούνται παρεντερικά εισέρχονται στην κυκλοφορία προτού παρουσιαστούν στο ήπαρ και αυτό μπορεί να επηρεάσει το μεταβολισμό τους. Λόγω των φυσιολογικών πλεονεκτημάτων της εντερικής σίτισης είναι συχνά επιθυμητό για τους ασθενείς που τρέφονται παρεντερικά να λαμβάνουν επίσης και εντερική σίτιση, ακόμα και αν μόνο μικρά ποσοστά αυτής είναι ανεκτά.

Η επιλογή της οδού και του τύπου της διατροφικής υποστήριξης βασίζονται στις ανάγκες του κάθε ασθενή. Είναι μια εξειδικευμένη θεραπευτική πρακτική και ομάδες πολλών ειδικοτήτων λειτουργών υγείας έχουν εκπαιδευτεί να εφαρμόζουν αυτή τη θεραπεία με τον ασφαλέστερο, πλέον αποδοτικό και οικονομικό τρόπο. Συνήθως περιλαμβάνονται σε αυτές τις ομάδες ιατροί, φαρμακοποιοί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές με υψηλές ικανότητες.

11.3 Ο ΕΞΑΡΤΗΣΙΑΚΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Οι ψυχογενείς διαταραχές διατροφής συνιστούν αδιαμφισβήτητα μια αυτόνομη και διακριτή κατηγορία ψυχοδιανοητικών διαταραχών με κυρίαρχες νοσολογικές οντότητες την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1960 ήδη η M. Selvini ερειδόμενη στις ψυχαναλυτικές θεωρίες της M. Klein εκλαμβάνει την ψυχογενή ανορεξία ως μια αμυντική διεργασία ισορροπίας ανάμεσα στη σχιζοπαρανοειδή θέση και στην αντικαταθλιπτική θέση, υπογραμμίζει τον διασχιστικό χαρακτήρα της, γενεσιουργό μιας ενδοπροσωπικής παρanoiικής διαταραχής –και τελικά τη θεωρεί ως μια μόνο – συμπτωματική ψύχωση. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 οι Hudson και Pope βασιζόμενοι σε κλινικά, βιοχημικά και γενετικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η βουλιμία αναπτύσσεται στο έδαφος μιας πυρηνικής πρωταρχικής κατάθλιψης και ότι επομένως ανήκει στις συναισθηματικές διαταραχές. Τότε αρχίζουν να δημοσιεύονται και οι πρώτες κλινικές μελέτες που επιχειρούν να εντοπίσουν τις συγγένειες των διαταραχών διατροφής με τις εξαρτήσεις και στη συνέχεια να τις εντάξουν στην ευρύτερη κατηγορία των εθισμών, η οποία δεν εμπεριέχει μόνο τις ουσιοεξαρτήσεις –αλκοολισμό, τοξικομανία- αλλά και όλες τις διαταραχές εκείνες που χαρακτηρίζονται από επαναλαμβανόμενες καταναγκαστικές πρακτικές στις οποίες προεξάρχει η εξάρτηση από μια συμπεριφορά ή και ένα οποιοδήποτε προϊόν το οποίο πυρετωδώς αναζητείται και καταναλώνεται με λαιμαργία. Πολλοί συγγραφείς ιδιαίτερα στις ΗΠΑ και τη Γαλλία θεωρούν όχι μόνο τη ψυχογενή βουλιμία αλλά και τη βουλιμική συμπεριφορά εν γενεί ως εξάρτηση. (Σαραντόγλου, 2002)

Ήδη από το 1981 έχουν γίνει προσπάθειες να αποδειχθούν σε βαθμό ομοιότητας, στενές συμπεριφορές, φυσιοπαθολογίες, βιολογικές και αιτιοπαθογενετικές συνάφειες των διαταραχών διατροφής με τις ουσιοεξαρτήσεις σε ένα άρθρο με τίτλο: "Αλκοολισμός- ανορεξία, βουλιμία, τοξικομανία: οι εξαρτήσεις –κυήματα ενός πρωτογενούς ναρκισσιστικού ελλείμματος". Σε φαινομενολογικό επίπεδο διαπιστώνονται εύκολα οι παρακάτω ομοιότητες ανάμεσα στη βουλιμική συμπεριφορά και τις εξαρτήσεις:

- Υπερβολική ως ακραία ενασχόληση για την απόκτηση του προϊόντος –τροφής ή ψυχότροπης ουσίας
- Απώλεια του έλεγχου
- Εξαιρετικά έντονο βίωμα ανάγκης ενσωμάτωσης της ουσίας (τροφής)
- Εμμονή στην ασταμάτητα επαναλαμβανόμενη εξαρτησιακή συμπεριφορά παρά τις αρνητικές συνέπειές της σε προσωπικό, κοινωνικό και υγιεινολογικό επίπεδο
- Αμυντικοί μηχανισμοί άρνησης ή/και εκλογίκευσης που οδηγούν, ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια, στην τουλάχιστον αμφιθυμική ή και απορριπτική στάση απέναντι στην προτεινόμενη συστηματική θεραπεία
- Διαρκής κίνδυνος υπότροπης
- Η βουλιμική συμπεριφορά όπως και η εξαρτησιακή σε αρκετές περιπτώσεις συνιστά μια αντισταθμιστική διεργασία απέναντι σε αρνητικά βιώματα άγχους, κατάθλιψης, κοινωνικής φοβίας κλπ, ενώ σε άλλες αποτελεί τον κατεξοχήν ανακουφιστικό μηχανισμό διαφυγής από μια εμμένουσα εσωτερική ένταση.

Το βουλιμικό επεισόδιο τελείται εν κρυπτώ και παραβύστω, γιατί και αυτό υπόκειται στον έλεγχο της μικρό-εξουσιαστικής δομής της οικογένειας ή /και του στενού περιβάλλοντος. Αλλά και η κατανάλωση του αλκοόλ σε “ετικεταρισμένους” αλκοολικούς, ιδιαίτερα γυναίκες, μολονότι δεν είναι παράνομη, τελείται και αυτή κατά μονάς και εν κρυπτώ, υποκείμενη στο φόβο του έλεγχου από το στενό περιβάλλον (Τετράδια ψυχιατρικής, Αιγινήτειο)

Η στενή γεινίαση της βουλιμικής συμπεριφοράς με τις εξαρτήσεις γίνεται ορατή από την έναρξη της αδηφαγικής κρίσης, κατά την αρχική φάση της διέγερσης και ταυτόχρονα απώλειας του έλεγχου, η οποία, κατά ανάλογο τρόπο με το στερητικό σύνδρομο του ουσιοεξαρτημένου, επιβάλλει την ανάγκη μιας βίαιης εκδραμάτισης, της άμεσης ενσωμάτωσης δηλαδή του αντικειμένου του πόθου, που εν προκειμένω, είναι η τροφή και που αρχικά τουλάχιστον “ανταμείβει” τον τροφό-εξαρτημένο με μια γενναία ηδονικόμορφη απόλαυση, την οποία κάποιοι συγγραφείς – καθόλου τυχαία – έχουν αποκαλέσει “τροφικό στοματικό οργασμό” κατά αντιστοιχία με τον τοξικομανικό οργασμό. Ένας στους

τέσσερις ασθενείς με διάγνωση διατροφική διαταραχή κάνει ακραία χρήση κάποιας ουσίας ή εξαρτάται από αυτήν.

Ακόμα, άλλες κλινικές προσεγγίσεις που θα ήταν δυνατόν να αναφέρουμε:

- Η χρονική περίοδο κατά το οποίο αναδύονται τόσο οι διατροφικές διαταραχές όσο και οι τοξικομανίες συμπεριφορές εκτείνεται από την έναρξη της εφηβείας μέχρι τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης
- Ο λόγος που αρθρώνεται από βουλιμικούς, ανορεκτικούς και ουσιοεξαρτώμενους όσον αφορά στα προσωπικά βιώματα, κυριαρχείται από αισθήματα αμφιβολίας, κενού, ανικανότητας και δυσχέρειας στην εξαγωγή προσωπικών εκτιμήσεων και συμπερασμάτων. Ο λόγος αυτός συναρθρώνεται με εκείνον του οικογενειακού περιβάλλοντος, διατελούντος συχνά σε μια προφανή αδυναμία απάντησης στις πραγματικές ανάγκες του έφηβου, της αποδοχής δηλαδή ότι και αυτός δικαιούται και μπορεί να έχει μια δική του αυτόνομη υπαρξιακή οντότητα.

Η εξέλιξη των βιωμάτων, κατά τη σταδιακή εκτύλιξη της αέναης επαναληπτικότητας της ίδιας συμπεριφοράς, στις ανορεκτικές και τους τοξικομανείς παρουσιάζουν κάποιες στοιχειώδεις αναλογίες ή και ομοιότητες:

Μετά τη φάση της αρχικής αισιοδοξίας κατά τη διάρκεια της οποίας όλοι οι φόβοι και οι αγώνες τίθενται ως δια μαγείας στο περιθώριο, έπεται βαθμιαία μια σταδιακή διολίσθηση προς τη φθορά και την αυτοκαταστροφή που οδηγούν τις ανορεξικές και τους τοξικομανείς αργά ή γρήγορα στον αυτοεγκλωβισμό, στην αποκοινωνικοποίηση με την ευρεία έννοια του όρου, ακόμη και στο θάνατο-καχεξία μη αναστρέψιμη ή πλήρης αποκοπή από την ζωική ορμή – του περιρρέοντος παλλόμενου χώρου των ανθρώπων. (Σαραντογλου, 2001)

11.4 ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Η παρατεταμένη και συνεπής νηστεία των ανορεκτικών τους επιτρέπει να αποφύγουν τη δοκιμασία της ασυνέχειας, από την οποία δεν διαφεύγει ο τοξικομανής, που βιώνει ασταμάτητα και προκαταβολικά "του επί θύραις άφευκτου στερητικού συνδρόμου". Στην εξιδανίκευση του αντικειμένου "δρόγη"

του τοξικομανούς, φαίνεται ότι η ανορεκτική ασθενής αντιπαραθέτει την εξιδανίκευση του ανορεκτικού Εγώ της πλήρους άρνησης – του αντικειμένου τροφή. Η επένδυση, γράφει ο Brusset (1984), στην άρνηση, στην αναστολή των επιθυμιών, στην παραίτηση, την αφοσίωση – και στην υπηρεσία- σε ένα ιδεώδες του Εγώ, της τελειότητας και της παντοδυναμίας, διαφοροποιεί την ψυχογενή ανορεξία του περιοριστικού τύπου και την αντιδιαστέλλει από τις τοξικομανίες.

Παρατηρείται επίσης ότι στην περίπτωση της ανορεκτικής – βουλιμικής, η διάκριση αυτή –ανορεξίας, τοξικομανίας- καταργείται μερικώς, χωρίς να σημαίνει αυτό ότι το βίωμα της βουλιμικής ρήξης είναι συγκρίσιμο με την τοξικομανική πράξη. Ο Brusset υποστηρίζει ότι η βουλιμική εκδραμάτιση εκπορεύεται από μια καταστροφική “μανία” άμεσα συνδεδεμένη με το αίσθημα αιδούς που η εγκατάλειψη του αγώνα συνεπάγεται η ήττα. Η άποψη αυτή μας βοηθά να κατανοήσουμε το λόγο για τον οποίο οι ασθενείς εκείνοι που έχουν διατρέξει διαδοχικά βουλιμικές περιόδους, τοξικομανικές περιόδους ξεχωριστά τη μια από την άλλη, θέτουν σε ίση μοίρα το στερητικό σύνδρομο με το βουλιμικό. Θεωρούν συχνά το τελευταίο ως το χειρίστο των βιωμάτων τους.

11.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΡΡΟΙΕΣ ΤΗΣ ΓΕΙΤΝΙΑΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Προτίθεται ο θεραπευτής να συνοδέψει τον ασθενή πέρα από το σύμπτωμά του, προς μια γενικότερη απελευθέρωση, προς μια εγκαθίδρυση εμπιστοσύνης στις δικές του δεξαμενές δύναμης. Ο θεραπευτής πρέπει εκπροοιμίου να επιδιώξει τη συμμαχία με το “φιμωμένο” τμήμα του ασθενή. Ο τελευταίος, πέρα από τις αρνήσεις και τις εκφραζόμενες παγιωμένες αντιλήψεις περί μη διατροφής κ.λπ., εκφράζει και ένα αγωνιώδες αίτημα ζωής. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι ο θεραπευτής είναι αναγκαίο να παράσχει τις απαραίτητες εγγυήσεις συνέχειας, ασφάλειας και υποστήριξης, τις μόνες που είναι ικανές να κάμψουν τις ανορεκτικές άμυνές του. Επιπρόσθετα, πρέπει να “ισοσταθμίζει” εξακολουθητικά την επικοινωνιακή απόστασή του από το θεραπευμένο. Η υπέρμετρη προσέγγιση μπορεί να επανενεργοποιήσει στο θεραπευόμενο τις φαντασιώσεις του “σφετερισμού” των ατομικών του ορίων και δικαιωμάτων, συχνά συνώνυμες

της ρήξης τουλάχιστον στο ξεκίνημα της ψυχοθεραπευτικής σχέσης. Αντίθετα η υπέρμετρη αποστασιοποίηση ή η ουδετερότητα της μεταβίβασης, ενδεχομένως να εκληφθούν από το θεραπευμένο ως υποτίμηση ή ακόμη και εγκατάλειψή του.

Τα χειριστικά στρατηγήματα – γητέματα της ανορεκτικής που παρουσιάζουν στενούς συγγενικούς δεσμούς με τις παρομοίου τύπου συμπεριφορές των ουσιοεξαρτημένων, θα πρέπει να επισημαίνονται από τον θεραπευτή και να συζητούνται. Προοδευτικά να αφομοιώνονται ή και να “εξουδετερώνονται” μέσα στα πλαίσια της συμφωνηθείσας εξ'αρχής ψυχοθεραπευτικής γραμμής πλεύσης –που θα πρέπει να μείνει αδιαπραγμάτευτη και σεβαστή – στην οποία όμως δε θα πρέπει να εμφιλοχεύουν η μικροψυχία ή η παντεποπτική επίδειξη ανιχνευτών ικανοτήτων ανακριτικού τύπου από την πλευρά του θεραπευτή.

Οι βουλιμικοί και οι ανορεκτικοί είτε σε επίπεδο κλειστής νοσηλείας, είτε σε ανοικτής περίθαλψης και παρακολούθησης , πρέπει να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά από εξειδικευμένα κέντρα διατροφικών διαταραχών των οποίων οι ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ να συνιστούν ένα άκρως διασφαλιστικό κομβικό σημείο υποστήριξης και αναφοράς για αυτές. Κατά τα πρότυπα της θεραπευτικής αντιμετώπισης των αλκοολικών και τοξικομανών, οι ανορεκτικές και βουλιμικές, πέρα από την ατομική κατά κανόνα γνωστικοσυμπεριφορικού τύπου ψυχοθεραπεία, θα πρέπει σταδιακά να εντάσσονται και σε μακροπρόθεσμου προγραμματισμού ομάδες αυτοεπιβεβαίωσης. Αυτές, διάμεσου της εναλλαγής ρόλων των μελών τους και υπό την χαλαρή εποπτεία του ψυχοθεραπευτή, θα αναπτύσσουν τη δική τους νέα συλλογική δυναμική συντροφικότητας και αλληλοβοήθειας. Επιπλέον, θα αναπτύσσουν και τη δική τους νέα αγωνιστική – κοινωνική δομική φυσιογνωμία με απώτερο στόχο την υπαρξιακή αυτονομία μιας έκαστης εκ των μελών τους, που όμως δε θα απεμπολεί τη διαλεκτική σχέση συνεχούς ψυχοσυναλλαγής με την ομάδα, στην οποία για μακρό χρονικό διάστημα συμμετείχε.

Έχει βαρύνουσα σημασία οι θεραπευτικές αυτές ομάδες, ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της λειτουργίας τους, αλλά και στην όποια θεραπευτική φάση, να παραμείνουν επί μακρόν ένας παράγοντας σταθερότητας και μια σίγουρη δυνατότητα προσφυγής για τους ανορεκτικούς και βουλιμικούς ασθενείς, όποια και αν είναι η εξέλιξη της διαταραχής τους. Ιδιαίτερα στην περίπτωση κατά την

οποία, αυτοί οι ασθενείς θα χρειαστεί να αντιμετωπίσουν και να ξεπεράσουν ενδεχόμενα παροδικά βιώματα ματαίωσης, η όποια δυσχερής κατάσταση συμπεριλαμβανομένης και της υποτροπής, είναι δυνατόν να διακινήσει, στην πορεία επανένταξής τους στο μικροπεριβάλλον τους αλλά και κυρίως στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ θα πρέπει να χειραγωγήσουν τον ασθενή προς τον ειδικό θεραπευτή υπερνικώντας τις αρνήσεις του, αλλά και τις δικές τους συνειδητές ή ασυνειδητές αντιστάσεις απέναντι στο "πάρε-δώσε" με τον οποιοδήποτε "ψυχοκάτι" που ακόμη και σήμερα συνυποδηλώνεται την αλλότρια εκείνη διάσταση της τρέλας, εμπρικλείουσας πάντοτε και το φόβο ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ. Η μακροχρόνια, μακρόπνοη προσπάθεια θεραπευτικής προσέγγισης πρέπει να καταστεί σαφής από την πρώτη στιγμή τόσο στον ίδιο το θεραπευόμενο όσο και στους γονείς οι οποίοι πανικόβλητοι από τη βαριά και ακατανόητη για αυτούς συμπτωματολογία των δυο αυτών διατροφικών νόσων προσβλέπουν σε μια άμεση, σχεδόν θαυματουργική πλήρη ανάταξη και ίασή τους.

Η συνολική θεραπευτική αντιμετώπιση – ατομική, οικογενειακή, τυχόν χορήγηση ψυχοτρόπων, ψυχοθεραπεία – τόσο της ψυχογενούς βουλιμίας όσο και της ψυχογενούς ανορεξίας, εστιάζεται:

- Σε πρώτη φάση στην ανάταξη της διατροφικής συμπτωματολογίας αιχμής δηλαδή τη διολίσθηση προς την καχεξία με ή χωρίς αυτοπροσκαλούμενους εμετούς και ταυτόχρονα στην άμεση άρση των καθημερινών ψυχοπιεστικών ερεθισμάτων τα οποία τη συντηρούν ή και την επιδεινώνουν και τα οποία προκύπτουν από συνειδητές ή ασυνειδητές συγκρουσιακές καταστάσεις βιούμενες απορρυθμιστικά από τον ασθενή μέσα στην οικογένειά του κατά κύριο λόγο ή και στο σχολείο, εργασία, παρέες, στο μικροπεριβάλλον του δηλαδή.
- Σε δεύτερη φάση παράλληλα με την ενδυνάμωση της αυτοεκτίμησης του ασθενούς και την αποσύνθεση της συνολικής ναρκισσιστικής αυτοπραγμάτωσης του από την έκβαση αποκλειστικά και μόνο του διατροφικού αυτοελέγχου του, προσεγγίζεται το θεμελιώδες και πιο

ανθεκτικό στη θεραπεία σύμπτωμα, - οξύτατο στην ανορεξία αλλά υπαρκτό και στη βουλιμία – η διαταραχή δηλαδή του σωματικού ειδώλου. Αυτή, σε γνωστικό επίπεδο “εγγράφεται” σε ένα πλέγμα δυσλειτουργικών μοντέλων σκέψης και εξαγωγής συμπερασμών για τη διατροφή και την εν γενεί σωματοδομή. Η διατροφή στις ακραίες περιπτώσεις βιώνεται από τον ασθενή ως αλλότριος εισβολέας και το επιζητούμενο οστεώδες ιδανικό σώμα καθίσταται για αυτόν μονόδρομος “καθαρότητας”, εγκράτειας και αυτονομίας. Αντίθετα σε ένα συνολικότερο υπαρξιακό επίπεδο εκφράζει την αγωνιώδη αποδοχή της αδυναμίας ουσιαστικής ψυχοσυναλλαγής με τον άλλο και τον αυτοεγκλωβισμό σε ένα εσωτερικό μονοσήμαντο – καθώς επενδύεται αποκλειστικά και μόνο στο διατροφικό αυτοέλεγχο- μονόλογο

- Σε μια τρίτη τέλος, καθοριστική για την έκβαση της όλης ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, φάση, επιχειρείται η εντόπιση και βελτίωση της – όχι απαραίτητα κοινής για κάθε ασθενή- υποκείμενης πυρηνικής ψυπαθολογίας για την οποία η διατροφική δυσλειτουργία έχει αποτελέσει τη μόνη εφικτή ή και αναγκαία δυσπροσάρμοστη διέξοδο. Στις ΗΠΑ αλλά και στην Ευρώπη κυρίως Γαλλία και Αγγλία, τα είκοσι τελευταία χρόνια έχουν δημιουργηθεί πιλοτικά κέντρα ενιαίας θεραπευτικής αντιμετώπισης ή και νοσηλείας για απεξάρτηση είτε από τις δρόγες είτε από τις σοβαρές διατροφικές δυσλειτουργίες τοξικομανών, αλκοολικών, ανορεκτικών και βουλιμικών στον ίδιο χώρο και με βάση ένα κοινό ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα. Οι αποτιμήσεις του εγχειρήματος αυτού, όπως καταγράφονται σήμερα, είναι συγκρατημένα ενθαρρυντικές και για τους ουσιοεξαρτημένους ασθενείς και για τους διατροφικά διαταραγμένους.

11.5.ΟΙ ΚΟΙΝΟΙ ΝΕΥΡΟΧΗΜΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ μέσω των οποίων οι δρόγες από τη μια πλευρά και η αναπαραγόμενη “νηστεία” από την άλλη προκαλούν τόσο την ευφορία, όσο και την εξάρτηση, τελούν ακόμα υπό ερευνά για την πλήρη κατανόησή τους. Σε ότι αφορά στις διατροφικές διαταραχές πάντως εικάζεται ότι τα φαινόμενα εξάρτησης και ευφορίας δεν προέρχονται μόνο από την ασιτία ή τη βουλιμική έκρηξη αυτές καθαυτές, αποδεδειγμένα πλέον γενεσιουργές μιας υπερέκκρισης ενδορφινών, αλλά και από μια πολύπλοκη

ψυχοβιολογική υπαρξιακή διεργασία που αυτές κινητοποιούν, με κορύφωση το βίωμα της παντοδυναμίας και του απόλυτου έλεγχου του σώματος. Η εξαρτησιακή διαδικασία στις διαταραχές διατροφής αρχίζει από το σημείο εκείνο που η κύρια, αν όχι η αποκλειστική ευχαρίστηση που αντλούν από τη ζωή οι σκληρά διαιτώμενες, προέρχεται από το πλησίασμα ή την κατάκτηση του ιδανικού κατ' αυτές βάρους. Ακόμη από τη στιγμή που η ευφοριογόνος διαδικασία της κατάκτησης του ποθητού αυτού ιδανικού βάρους συνιστά για αυτές την *sine qua non* προϋπόθεση της εύρυθμης λειτουργίας τους στους άλλους τομείς της ζωής.

Και το βουλιμικό επεισόδιο όμως, μολονότι εκ των υστερών βιώνεται ενοχικά και οδηγεί στον αυτοπροσκαλούμενο εμετό κατά τη σύντομη χρονική διάρκεια της "έκρηξης" του προσπορίζει και αυτό κάποια ιδιόμορφη μαζοχιστικού τύπου ως επί το πλείστον, ευφορία. Είναι όμως αδύνατον να ανακοπεί αν δεν φτάσει στα άκρα. Κατά τον ίδιο τρόπο που ο αλκοολικός αδυνατεί να σταματήσει στο πρώτο ή και στο τρίτο ποτήρι αλλά θα "συνουσιαστεί" με το ποτό μέχρι τελικής πτώσεως. Αν η άνωθεν ενότητα η οποία αφορά στη συσχέτιση διαταραχών διατροφής με τις εξαρτησιακές διαταραχές, έχει καταφέρει να μηνυματοποιήσει στον αναγνώστη ότι τόσο η ανορεξία όσο και η βουλιμία είναι εφικτό με την έγκαιρη διάγνωση και έναρξη θεραπείας, να διεκδικήσουν την πλήρη αναστρεψιμότητά τους, θα έχει επιτελέσει σε μεγάλο βαθμό ουσιαστικά το σκοπό του.

11.5.1 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΡΟΦΗ

Η ουσία της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας έγκειται στο να διδαχθεί η ασθενής, πώς να ελέγχει την εγκυρότητα των σκέψεων, των παραμέτρων ενίσχυσης και των τρόπων επεξεργασίας των πληροφοριών που χρησιμοποιεί και που επηρεάζουν τις σκέψεις. Στις θεραπευτικές συνεδρίες, η τακτική αξιολόγησης των σκέψεων εξηγείται με παραδείγματα και η ασθενής εξασκείται στην πρακτική με ασκήσεις που κάνει μόνη της ανάμεσα στις συνεδρίες. Το πρώτο βήμα περιλαμβάνει την εξέταση της επιχειρηματικής σύνδεσης των ειδικών πεποιθήσεων. Η ασθενής καλείται να καταγράψει και να σχηματίσει το πλέγμα όλων των συνδέσεων που σχετίζεται με τις ανησυχίες της για το τι θα

προκύψει αν τις παραβιάσει ή αν υποταχθεί στις υποθέσεις που προκύπτουν από αυτές.

Τα λάθη συλλογιστικής που διαπιστώνονται στις καταγραφές επεξεργασίας των πληροφοριών, προσδιορίζονται και συζητούνται και η ασθενής εκπαιδεύεται, πώς να είναι σε θέση να διαπιστώνει τις περιπτώσεις όπου τέτοια λάθη συλλογιστικής την επηρεάζουν στην ικανότητά της να ερμηνεύει τα δεδομένα. Τέτοια λάθη που εμφανίζονται συχνά στη συλλογιστική των ανορεξικών είναι:

- η εκλεκτική προσοχή,
- η διχοτομική σκέψη,
- η υπεργενίκευση,
- η ταμπελοποίηση,
- η καταστροφοποίηση,
- η προκατειλημμένη επιβεβαίωση και
- η χρήση "δύο μέτρων – δυο σταθμών" .

Ο θεραπευτής και η ασθενής μπορούν συνεργαζόμενοι να σκεφθούν συγκεκριμένα πειράματα που στηρίζονται σε ειδικές υπερτιμημένες ιδέες ή πεποιθήσεις. Για παράδειγμα μια ανορεκτική που πιστεύει ότι οι άλλοι την αντιμετωπίζουν πιο θετικά όταν χάσει ένα κιλό, μπορεί να μαζεύει πληροφορίες αν οι άλλοι είναι ικανοί να ανακαλύψουν τέτοιες μικρές διακυμάνσεις και στη συνέχεια μπορεί να αλλάξει τη συμπεριφορά της για να αξιολογήσει αν το περιβάλλον αντιδρά περισσότερο στις μεταβολές του βάρους της ή σε άλλες όψεις της συμπεριφοράς της ή των εκφραζόμενων συναισθημάτων της.

11.5.2 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟΨΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ

Καθώς η θεραπεία προχωρεί, η προσοχή μετατοπίζεται από τα εστιακά συμπτώματα της ανορεξίας σε άλλες πιο γενικές πλευρές του εαυτού που σχετίζονται με την προδιάθεση του ατόμου να αναπτύξει τη διαταραχή. Σε μεταγενέστερα στάδια της θεραπείας οι ασθενείς ενθαρρύνονται να πειραματίζονται με νέες πρακτικές για επίτευξη στόχων, όπως νέες πηγές

ενισχύσεων με τη δοκιμή ευχάριστων δραστηριοτήτων και υιοθέτηση νέων μέτρων για αξιολόγηση της αξίας του εαυτού. Η χρονική διάρκεια που συνίσταται για τη γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία των ανορεκτικών είναι μεγαλύτερη σε σχέση με άλλες διαταραχές, συχνά φθάνει τα δυο χρόνια σε εβδομαδιαίες συνεδρίες, ενώ η συχνότητα για τους πρώτους μήνες θεραπείας είναι πυκνότερη. Ο λόγος είναι ότι για τους ανορεξικούς χρειάζεται περισσότερος χρόνος για προσαρμογή των μεγαλύτερων αντιστάσεων που διαθέτουν σε διαδικασίες αλλαγών, καθώς και γιατί απαιτούνται περισσότερες τεχνικές γνωσιακής αναδόμησης για την τροποποίηση των δυσπροσαρμοστικών σχημάτων.

11.5.3 ΓΝΩΣΙΑΚΗ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Στηρίζεται στην άποψη των διαδικασιών που εμπλέκονται στην ανατροφοδότηση και διατήρηση της διαταραχής. Η ανατροφοδότηση οφείλεται στην παρουσία συγκεκριμένων γνωσιακών χαρακτηριστικών που προσομοιάζουν με αυτά της ψυχογενούς ανορεξίας: τάση για αξιολόγηση του εαυτού σχεδόν αποκλειστικά με όρους βάρους και σχήματος του σώματος, παρουσία χαμηλής αυτοεκτίμησης και τελειοθηρίας, διχοτομικός τρόπος σκέψης τύπου “άσπρο-μαύρο”. Τα χαρακτηριστικά αυτά σχήματα έχουν ως αποτέλεσμα, η ασθενής να ζει διαρκώς με το φόβο της αύξησης του βάρους και της παχυσαρκίας, όντας εξαιρετικά ευαίσθητη σε αλλαγές του βάρους της και προσπαθεί διαρκώς να κρατάει αυστηρό έλεγχο στη συμπεριφορά φαγητού περιορίζοντας σημαντικά τη διατροφή της. Η δίαιτα δημιουργεί προδιάθεση για κρίσεις υπερφαγίας μέσα από αλληλεπιδράσεις φυσιολογικών και ψυχολογικών μηχανισμών.

Οι ασθενείς αυτοί αντιδρούν αρνητικά σε ελάχιστες παρεκκλίσεις από τους αυτοεπιβαλλόμενους διαιτητικούς περιορισμούς και τυπικά απαντούν με επεισοδιακή εγκατάλειψη αυτού του έλεγχου. Στη συνέχεια ανανεώνουν την αποφασιστικότητα με την οποία ξεκινούν πάλι τη δίαιτα, ενώ φυσικά ενδιάμεσα παρεμβάλλεται η καθαρτική συμπεριφορά με στόχο την απομάκρυνση του “παχυντικού” αποτελέσματος της κρίσης υπερφαγίας. Σε ασθενείς που αποκαταστάθηκαν από πλευράς συμπεριφοράς, οι πιθανότητες υπότροπης

σχετίζονται άμεσα με την παραμονή των ανησυχιών για το βάρος και το σχήμα του σώματος. Επιπλέον τα αποτελέσματα με αμιγείς συμπεριφορικές θεραπείες είναι λιγότερο θετικά από αυτά της συνδυασμένης συμπεριφορικής- γνωσιακής θεραπείας.

ΣΤΗ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ χρησιμοποιείται μια συγκεκριμένη αλληλουχία διαδικασιών που απευθύνεται τόσο στα γνωσιακά, όσο και στα συμπεριφορικά στοιχεία της διαταραχής τα οποία οργανώνονται σε σχήμα με τρία σταδία:

- Η έμφαση είναι στον τρόπο με τον οποίο θα βοηθηθεί η ασθενής να αποκτήσει έλεγχο στη συμπεριφορά φαγητού και να εγκαταστήσει ένα σχήμα φυσιολογικών γευμάτων. Στόχος είναι η διακοπή του κύκλου υπερφαγίας – καθαρτικής συμπεριφοράς. Για το σκοπό αυτό η ασθενής εφοδιάζεται με πληροφορίες που αφορούν στη σχέση υπερβολικής πείνας με την κρίση υπερφαγίας καθώς και τις επικίνδυνες ιατρικά επιπτώσεις της καθαρτικής συμπεριφοράς. Επομένως, η κυρίαρχη προσέγγιση σε αυτή τη φάση είναι ψυχοεκπαιδευτική. Παράλληλα οικοδομείται η θετική θεραπευτική σχέση με ενθάρρυνση και υποστήριξη, αλλά και σταθερότητα όπου χρειάζεται. Ιδιαίτερα επισημαίνεται η ανάγκη τήρησης γευμάτων και καταγραφής εκ μέρους της ασθενούς των τροφών και υγρών που προσλαμβάνει. Συγχρόνως ο θεραπευτής δίνει διαιτητικού τύπου κατευθύνσεις στην ασθενή, βοηθώντας την να επιλέξει ένα ισορροπημένο πλάνο γευμάτων. Σκόπιμη επίσης είναι η καθοδήγηση με απλές τεχνικές έλεγχου του ερεθίσματος. Το σημαντικό σημείο του σταδίου είναι να βοηθηθεί η ασθενής να μάθει πώς να καταγράψει τη συμπεριφορά φαγητού της και πώς να την παρατηρεί, ώστε μέσα από τη παρατήρηση – καταγραφή να είναι δυνατόν να προσδιοριστούν τα γεγονότα που προηγούνται των κρίσεων υπερφαγίας. Τα γεγονότα αυτά μπορεί να είναι είτε φυσιολογικά π. χ κάποιο κριτικό σχόλιο που άκουσε ή κάποια ειδική συνθήκη.
- Έχει ευρύτερους σκοπούς και περιλαμβάνει τεχνικές αντιμετώπισης της διαιτητικής συμπεριφοράς και των κυρίαρχων γεγονότων που τροφοδοτούν τις κρίσεις υπερφαγίας. Επιπλέον οι προβληματικοί τρόποι σκέψης προσδιορίζονται και στη συνέχεια αντιμετωπίζονται με γνωσιακές

τεχνικές. Συνεχίζεται η παρατήρηση – καταγραφή των συμπεριφορών φαγητού και συζητούνται παρεκκλίσεις από το σχήμα των γευμάτων. Σταδιακά προτείνεται η εισαγωγή των “απαγορευμένων” τροφών, ενώ η ασθενής ενθαρρύνεται να διευρύνει, σταδιακά επίσης, την γκάμα των συστατικών των γευμάτων, ώστε να περιοριστούν οι διαιτητικές συνήθειες. Σε αυτή τη φάση τέλος, αντιμετωπίζονται τα γεγονότα που προηγούνται των κρίσεων υπερφαγίας αφενός με τεχνικές επίλυσης των προβλημάτων (solving problem) και αφετέρου με τεχνικές τροποποίησης των γνωσιακών δυσλειτουργικών σκέψεων.

Οι σκοποί εδώ στο τρίτο στάδιο είναι η σταθεροποίηση των θετικών αλλαγών και η προετοιμασία της ασθενούς για τον τερματισμό της θεραπείας. Οι ασκήσεις γνωσιακής αναδιάταξης συνεχίζονται, με κύριο βάρος στη δουλειά που κάνει μόνος του ο ασθενής μεταξύ των θεραπευτικών συναντήσεων, ενώ παράλληλα δίνονται οδηγίες για την αντιμετώπιση των υπότροπων. Η θεραπεία αυτού του τύπου έχει σχετικά βραχεία διάρκεια. Γίνονται περίπου 20 συναντήσεις σε διάστημα 4-5 μηνών, με συχνότητα αρχικά μεγαλύτερη, Ανάλογα και με τη βαρύτητα της βουλιμικής συμπεριφοράς. Σταδιακά μπορεί οι συναντήσεις να αραιώνουν και να γίνονται ανά 15ημερο.

11.5.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η γνωσιακή – συμπεριφορική προσπέλαση φαίνεται να υπερέχει καθώς οι ασθενείς παρουσίασαν σημαντική μείωση των βουλιμικών κύκλων. Ένας δείκτης αποτελεσματικότητας είναι η διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος όταν γίνει επανεκτίμηση μετά από αρκετό χρονικό διάστημα μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Οι ενδείξεις που προκύπτουν είναι ότι το θεραπευτικό αποτέλεσμα διατηρείται ικανοποιητικά και οι υπότροπες μάλλον ασυνήθεις. Η σοβαρή διαταραχή προσωπικότητας και η παρουσία πολύ χαμηλού βαθμού αυτοεκτίμησης, αποτελούν δείκτες κακής πρόγνωσης, δεδομένου ότι συχνά οδηγούν εκτός των άλλων και σε πρόωρη διακοπή της θεραπείας.

Η διελκυστίδα βουλιμία/ανορεξία είναι μια από τις χαρακτηριστικές “κοριτσίστικες” λύσεις. Ίσως επειδή στην εφηβεία το κυριότερο κοριτσίστικο

ερώτημα είναι ερώτημα επί της συνάφειας στόματος (ορέξεως) – σώματος: να είσαι σαν τη μητέρα ή να μην είσαι

Ανακεφαλαιωτικά, η διπλής κατευθύνσεως διαδρομή βουλιμία προς ανορεξία ερμηνεύεται ως αναβίωση παιδικών εκκρεμοτήτων με επίκεντρο το μητρικό σώμα. Η σχέση με τη μητέρα δεν εξοφλήθηκε και το κεφαλαίο πατέρας δεν ήταν αρκετό ώστε να την εξοφλήσει. Η βουλιμική ανορεξία είτε η ανορεκτική βουλιμία δεν είναι μεν με τυπικούς νοσταλγικούς όρους, μια ψύχωση, πλην όμως από την άποψη ανεπίλυτων βασικών ψυχολογικών χρεών που απορρίπτουν εντυπωσιακά την πραγματικότητα, η διαταραχή αγγίζει τους ψυχωσικούς μηχανισμούς άμυνας του Εγώ: την άρνηση, την απόρριψη ή αποκλεισμό. (Μάνος, 1997)

11.5.5 ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΙ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΟΙΚΕΙΟΥΣ

Όταν ενδιαφερόμαστε για κάποιον με ένα πρόβλημα, η φυσική μας τάση είναι να προσπαθήσουμε να το επιλύσουμε και να βοηθήσουμε το άτομο να απαλλαγεί από αυτό. Έτσι στα μάτια συγγενών και φίλων η ψυχογενής ανορεξία είναι ένα πρόβλημα προς επίλυση. Από ψυχολογική άποψη όμως και από την πλευρά του ασθενούς, είναι μια ανεπιτυχής λύση σε κάποιο άλλο πρόβλημα. Έτσι η ανορεξία και άλλες διαταραχές συμπεριφοράς είναι μια προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει τη ζωή και να επικοινωνήσει. Η στέρηση τροφής μπορεί να είναι εν μέρει, μια προσπάθεια του ατόμου να εδραιώσει την αίσθηση του εαυτού του και να νιώσει δύναμη, ιδιαιτερότητα και έλεγχο. Οι νευρογενείς διαταραχές της διατροφής είναι μια έκφραση συναισθημάτων, τα οποία το άτομο δε μπορεί να εκφράσει αλλιώς, συνηθέστερα συναισθήματα ντροπής, αμφιβολίας, θυμού, οδύνης, ανεπάρκειας, η εμπειρία του να μην αναγνωρίζεται ως αυτόνομο, με το δικαίωμα να ζήσει τη ζωή του όπως αυτό θέλει και τέλος η αίσθηση ότι είναι αόρατο, άγνωστο στους γύρω του και μη αποδεκτό για αυτό που είναι.

Το σημαντικότερο πράγμα που μπορεί να κάνει η οικογένεια και οι φίλοι ενός ατόμου με ανορεξία είναι να το αγαπούν χωρίς όρους. Το οικείο περιβάλλον πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι δεν πρόκειται για ένα καπρίτσιο αλλά για μια πραγματική ασθένεια. Τα ανορεξικά άτομα θα παρακαλέσουν, θα πουν ψέματα,

θα καταφύγουν σε κάθε λογής τεχνάσματα προκείμενου να αποφύγουν να φανέ και να πάρουν βάρος. Δε θα λειτουργήσει θετικά να επικεντρώνονται στη φυσική εικόνα του ανορεκτικού ατόμου, στις διατροφικές του συνήθειες, αλλά συγγενείς και φίλοι θα πρέπει να παρέχουν ουσιαστική υποστήριξη, και να αναζητήσουν επαγγελματική βοήθεια. Ο θυμός των οικείων είναι μια φυσική έκφραση του ενδιαφέροντός τους για τον ασθενή, μόνο που το εκφράζουν με λανθασμένο τρόπο. Ορθότερο είναι να παραμείνουν αυθεντικοί και να καταφύγουν σε υποστηρικτικά πλαίσια μέσω επαγγελματικής καθοδήγησης. (www.in.gr)

ΠΡΟΛΗΨΗ /ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

Μπορεί να θεωρηθεί υπερβολή αλλά ως προληπτικό μέτρο θα μπορούσε να εφαρμοσθεί το γεγονός να υποπτεύονται οι γονείς κάθε δίαιτα που κάνει μια έφηβη η οποία δεν έχει ολοκληρώσει την ανάπτυξή της και η οποία έχει κανονικό βάρος, για ανάπτυξη διαταραχών πρόσληψης τροφής. Γενικότερα οι γονείς και οι συγγενείς θα έπρεπε να αποφεύγουν να κάνουν κρίσεις σε σχέση με την τελειότητα του σώματος της έφηβου, να μην ασχολούνται οι ίδιοι με επίμονο και υπερβολικό τρόπο με την υγιεινή διατροφή και να αναπτύσσουν ικανοποιητικές, πολύπλευρες και ουσιαστικές σχέσεις με τους έφηβους. (www.medis.gr 11/5/2004)

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Η κοινωνική ψυχιατρική ως κλάδος μελετά τη συμμετοχή των κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων στη γένεση και τις εκδηλώσεις των ψυχικών νόσων και χρησιμοποιεί κοινωνικούς παράγοντες και κοινωνικές δομές για τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Περιλαμβάνει υπηρεσίες και οργανισμούς διαγνωστικής, θεραπευτικής και προληπτικής φύσεως. Το αναπτυξιακό πρόγραμμα της κοινωνικής ψυχιατρικής περιλαμβάνει: επιδημιολογία, πρόληψη, κοινωνική ψυχιατρική στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ψυχιατρική στην κοινότητα.

Για την *ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ* ακολουθείται η διαδικασία:

- Ø Ορίζεται η κοινότητα
- Ø Καθορίζονται τα χαρακτηριστικά της (σύνθεση πληθυσμού, ήθη, έθιμα, μορφωτικό επίπεδο κλπ)

- Ø Εκτιμούνται τα προβλήματα και οι ανάγκες της κοινότητας
- Ø Καθορίζονται τα θεραπευτικά και προληπτικά κέντρα που θα χρησιμοποιηθούν

Η πορεία του προγράμματος πρόληψης είναι κυκλική. Καθορίζονται οι σκοποί, εκτελούνται οι προγραμματισμένες ενέργειες, εκτιμούνται τα αποτελέσματα και ελέγχονται οι σκοποί.

11.6 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Στο νοσοκομειακό χώρο μπορεί να λειτουργεί και η μονάδα μερικής νοσηλείας (νοσοκομείο ημέρας). Μπορεί να όμως το τμήμα αυτό να ανήκει στις δραστηριότητες του κεντροψυχικής υγιεινής. Το νοσοκομείο ημέρας λειτουργεί:

- ως υποκατάστατο της 24ωρης νοσηλείας, ■ μεταβατικό στάδιο μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, ■ ως εναλλακτική λύση στην "περιπατητική" παρακολούθηση του άρρωστου. Δέχεται ασθενείς και των δυο φύλλων, ηλικίας 16-55 ετών, κάτοικους της περιφέρειας και του τόπου που βρίσκεται η μονάδα μερικής νοσηλείας. Λειτουργεί τις εργάσιμες ημέρες 9-2 μ. Το διάστημα νοσηλείας κάθε ασθενή προβλέπεται να είναι 2-3 μήνες. Προσωπικό του νοσοκομείου: ψυχίατρος – νοσηλευτές- κοινωνικός λειτουργός – ψυχολόγος – βοηθητικό προσωπικό. (Γέροντας,2004)

11.7 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

- Ø Ο ασθενής να έχει διάθεση για συμμετοχή στη μονάδα,
- Ø Να είναι σε θέση να περνά τις ελεύθερες ώρες στο σπίτι του
- Ø Να είναι αποδεκτός από το οικογενειακό περιβάλλον
- Ø Να μην είναι διεγερτικός, μανιακός, συγχυτικός, διανοητικά καθυστερημένος, με τάσεις αυτοκτονίας
- Ø Να μην είναι το βασικό του πρόβλημα ο αλκοολισμός ή η τοξικομανία

Ø Να είναι σε θέση να κυκλοφορεί μόνος του για τη μονάδα.

Το πρόγραμμα νοσηλείας των ασθενών περιλαμβάνει:

- Ατομική ψυχοθεραπεία – συνέντευξη
- Ομαδική ψυχοθεραπεία
- Φαρμακοθεραπεία
- Αποκατάσταση
- Επικοινωνία με την οικογένεια του ασθενούς
- Κοινωνιοθεραπεία

Έμφαση δίνεται στην *κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενή* και στις *ομαδικές θεραπείες* που ονομάζονται "ομάδες ψυχοθεραπείας νοσοκομείου ημέρας". Είναι ανοικτές ομάδες 5-10 ατόμων καθημερινά. Βασικός στόχος της ομάδας είναι η κοινωνικοποίηση που επιτυγχάνεται με συζήτηση προβλημάτων στις σχέσεις μέσα και έξω από το νοσοκομείο, δυσκολιών στο χώρο εργασίας, προοπτικών για το μέλλον κλπ. Η όλη θεραπευτική ατμόσφαιρα του νοσοκομείου ημέρας αποβλέπει:

- Στο να ενισχύσει τις ικανότητες του άρρωστου για υγιή συμπεριφορά
- Να αποθαρρύνει την έκφραση της παθολογικής συμπεριφοράς. Το ουσιαστικό για τον ασθενή από τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο ημέρας, έγκειται στο γεγονός ότι μπορεί ενώ νοσηλεύεται να διατηρεί συγχρόνως ένα μέρος από τον κοινωνικό, οικογενειακό, και επαγγελματικό του ρόλο, ελαττώνοντας έτσι τις πιθανότητες για οπισθοδρόμηση και ανικανότητα.

11.8 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Αποβλέπει στη δημιουργία μιας συνέχειας και αλληλεξάρτησης των διαφόρων υπηρεσιών που συμμετέχουν στην αντιμετώπιση όλου του φάσματος της ψυχικής νόσου. Το λειτουργικό αυτό έργο εκφράζεται μέσω της δημιουργίας κοινοτικού κέντρου ψυχικής υγιεινής:

Σκοποί:

- ✓ Η κάλυψη των τριών σταδίων της ψυχιατρικής πρόληψης

- ✓ Η ευαισθητοποίηση των κατοίκων σε θέματα ψυχικής υγιεινής με σκοπό τον περιορισμό της απόστασης μεταξύ του κοινού και της ψυχιατρικής υπηρεσίας
- ✓ Η διευρένηση της επικράτησης της ψυχικής ασθένειας στην κοινότητα
- ✓ Η δημιουργία ενός βασικού κοινοτικού συστήματος για ψυχικά ευάλωτα άτομα, προστατεύοντάς παράλληλα από τυχόν κοινωνικό στιγματισμό/ρατσισμό

Στην Ελλάδα υπάρχει ένα τέτοιο πρότυπο κέντρο στην κοινότητα Βύρωνα Καισαριανής στην Αθήνα, ενταγμένο στο σύστημα παροχής μετανοσοκομειακών ψυχιατρικών υπηρεσιών. Στο προσωπικό που συμμετέχει στη στελέχωση του κέντρου, θα πρέπει να περιλαμβάνεται: ψυχίατρος, παιδοψυχίατρος, επισκέπτης υγείας, νοσηλεύτης, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος, απασχολησιοθεραπευτής, κοινωνιολόγος, στατιστικολόγος. (Γέροντας,2004)

11.9 ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

1. Διεξαγωγή κοινωνιοψυχιατρικής μελέτης
2. Η δικτύωση των ψυχιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών
3. Η παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών: διάγνωση, φαρμακευτική αγωγή, υποστηρικτική αγωγή, κατ'οίκον επίσκεψη, οικογενειακή – περιβαλλοντική θεραπεία, κοινωνιοθεραπεία
4. Πρόγραμμα επανακοινωνικοποίησης
5. Πρόγραμμα πρόληψης σε όλες τις βαθμίδες
6. Πρόγραμμα εκπαίδευσης στην κοινωνική κοινοτική ψυχιατρική
7. Αξιολόγηση της εργασίας του κέντρου.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΜΕΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Μεγάλη σημασία έχουν μονάδες μερικής νοσηλείας που αναπτύσσονται είτε σε νοσοκομεία είτε σε κέντρα ψυχικής υγείας (νοσοκομεία ημέρας, κέντρα ημέρας), με σκοπό είτε την αποφυγή εισαγωγών στο νοσοκομείο είτε την ταχεία έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο και γενικότερα την καλύτερη φροντίδα των ασθενών

στην κοινότητα. Στις μονάδες αυτές υπάρχουν δομημένες δραστηριότητες που παρακολουθούν οι ασθενείς στη διάρκεια της ημέρας (ημερήσια περίθαλψη) με σκοπό την καλύτερη κοινωνικοποίησή τους, την προετοιμασία για απόκτηση εργασίας, τη μη λιμνάση στο σπίτι ή τους ξενώνες και τα οικοτροφεία κ.λ.π. Για ασθενείς που καταφέρνουν να εργασθούν, χρειάζεται τακτική επαφή με τους εργοδότες για την ανακούφιση τυχόν διαπροσωπικών εντάσεων που εύκολα οδηγούν σε υπότροπη. Οι υπηρεσίες μετανοδοκομειακής φροντίδας λειτουργούν και στα τρία επίπεδα αποκατάστασης – το κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας, το ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου και το ψυχιατρικό νοσοκομείο με βάση και πάλι τη θεραπευτική ομάδα.

Ευρύτερη έννοια, που περιλαμβάνει την έννοια της θεραπευτικής κοινότητας, είναι η θεραπεία περιβάλλοντος που αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο δρα η φαρμακευτική αγωγή, η ατομική ομαδική ψυχοθεραπεία, η απασχολησιοθεραπεία, η θεραπευτική κοινότητα η ίδια κ.λ.π. Το όλο νοσοκομειακό περιβάλλον, χώροι, διαρρύθμιση, δομημένες ημερήσιες δραστηριότητες διαβίωσης, θεραπείες, διαπροσωπικές σχέσεις κλπ είναι έτσι σχεδιασμένο ώστε οι ασθενείς να αποκτούν πρόγραμμα ημερήσιας ζωής, αυτονομία, αυτοφροντίδα, κοινωνικότητα, ελάττωση και έλεγχο της απρόσφορης συμπεριφοράς, κοινωνικές δεξιότητες και κατάλληλη προετοιμασία για εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση. Σχεδιάζεται δηλαδή το περιβάλλον ώστε να είναι θεραπευτικό. Η θεραπεία περιβάλλοντος είναι ο συνεκτικός ιστός της αποτελεσματικής ενδονοσοκομειακής θεραπείας, η θετική συνιστάμενη των αρμονικών σχέσεων της θεραπευτικής ομάδας, η άνετη εφαρμογή μιας ξεκάθαρης και συμφωνημένης θεραπευτικής φιλοσοφίας που επικοινωνεί ταυτόχρονα όρια και δόμηση αλλά και ελευθέρια και αυτονομία. (Μάνος, 1997)

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

- ü Αποδοχή των ιδεών, αισθημάτων και της συμπεριφοράς του ασθενούς, ανεξάρτητα αν εκείνος έχει τη δυνατότητα να τα ελέγχει ή όχι και συγχρόνως ικανότητα να ανακαλύπτουμε τι δημιουργεί αυτές τις εκδηλώσεις και να τηρούμε ουδέτερη στάση.
- ü Τιμιότητα στα αισθήματά μας απέναντι στον ασθενή. Να μην υποσχόμαστε στον ασθενή κάτι αν δεν είμαστε σε θέση να το εκπληρώσουμε

- Û Ηρεμία και προγραμματισμός, να γνωρίζουμε τι θέλουμε να μεταδώσουμε στον ασθενή και το περιβάλλον του, τι ελπίζουμε να πετύχουμε, με τη συνεργασία του σαφώς, αυτή τη στιγμή και να γνωρίζουμε πώς να παρουσιάζουμε το γεγονός με τρόπο ήρεμο
- Û Διαβεβαίωση του ασθενούς με τα λόγια και την όλη συμπεριφορά μας ότι είναι προφυλαγμένος και ασφαλής και ότι θα βοηθηθεί και θα προστατευτεί από κάθε κίνδυνο κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο αν χρειαστεί
- Û Συνέπεια στη συμπεριφορά μας, στάση θετική που ελαττώνει τη σύγχυση του, απροκάλυπτη διάθεση και προσπάθεια να αντιμετωπίσουμε ρεαλιστικά το πρόβλημα του ασθενή
- Û Ζεστασιά και φροντίδα που κάνουν τον ασθενή να αισθάνεται άνετα και αυξάνουν την εμπιστοσύνη του προς το προσωπικό και γενικότερα προς όλο το περιβάλλον του νοσοκομείου
- Û Ανοχή προς τη συμπτωματολογία και τις ποικίλες, συχνά συγκρουόμενες εκδηλώσεις συμπεριφοράς , επικοινωνίας και τρόπων του ασθενή
- Û Αντικειμενική παρακολούθηση της όλης συμπεριφοράς του ασθενή και εξέταση του τι επίδραση έχει αυτή στο περιβάλλον του
- Û Σεβασμός στον κάθε ασθενή ως προσωπικότητα με δικαιώματα και προνόμια, που αξίζει τη θεραπεία που του προσφέρεται και τη φροντίδα μας
- Û Προσφορά προτύπου, η σωστή συμπεριφορά μας , η αξιοπρεπής εμφάνισή μας, η αυτοκυριαρχία μας και η καλή μας διάθεση θα αποτελέσουν παράδειγμα προς μίμηση για τον ασθενή

11.9.1 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η προετοιμασία του περιλαμβάνει δυο σαφή και ξεχωριστά σταδία. Τη λήψη και την καταγραφή των ευρημάτων για την παρουσίασή του σε κάποιον άλλο. Η αρχική συνέντευξη για τη λήψη του ιστορικού είναι συχνά και θεραπευτική, αφού αυτή είναι που εγκαθιστά τη βασική σχέση εμπιστοσύνης, και ελπίδας. Δεν είναι πάντα εύκολο να μείνει κανείς προσκολλημένος αυστηρά σε ένα σχεδιάγραμμα λήψης ψυχιατρικού ιστορικού. Οι άνθρωποι δε μιλούν για τους

εαυτούς τους με έναν σχεδιασμένο τρόπο, ούτε μπορεί κανείς να είναι αποτελεσματικός, όταν παίρνει συνέντευξη, εάν προσπαθεί να επιβάλλει κάτι τέτοιο. Γιατί έτσι το μόνο που καταφέρνουμε είναι να αποξενώσουμε τον ασθενή μας και να περιορίζουμε το ποσό των πληροφοριών που μπορεί να συγκεντρωθούν. Το ιστορικό πρέπει να οργανωθεί και να παρουσιασθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να δίνει σε αυτούς που το διαβάζουν ή το ακούν, μια σαφή και εμπειρική εικόνα της τρέχουσας κατάστασης του ασθενή.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ – ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

- ✓ ατομικά στοιχεία (ταυτότητας)
- ✓ πηγή παραπομπής
- ✓ κύριο ενόχλημα
- ✓ ιστορικό παρόντος προβλήματος
- ✓ αναπτυξιακό ιστορικό (προηγούμενο ιστορικό)
- ✓ οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό
- ✓ ιατρικό ιστορικό
- ✓ ιστορικό χρήσης φαρμάκων – ουσιών – αλκοόλ
- ✓ εξέταση των ψυχικών λειτουργιών
- ✓ φυσική εξέταση
- ✓ νευρολογική εξέταση
- ✓ διαγνωστική εντύπωση
- ✓ θεραπευτικός σχεδιασμός

Δεν διστάζουμε να έρθουμε σε επαφή με άλλους γιατρούς , κλινικές ή νοσοκομεία ιδιαίτερα για πληροφορίες για προηγούμενες νοσηλείες – ψυχιατρικές κυρίως- ή εξετάσεις ή θεραπείες του ασθενή . Σημαντικό είναι ακόμη να συμπληρωθεί αν ο ασθενής ήρθε μόνος του ή συνοδευόταν και με ποιό τρόπο (ασθενοφόρο, πεζός, με αυτοκίνητο ή με άλλο μέσο), αν έδωσε πληροφορίες μόνος του ή χρειάστηκε να τις συμπληρώσουν και άλλα άτομα, τα οποία και τον παρακίνησαν ή πήρε την πρωτοβουλία μόνος του.

11.9.2 ΠΛΑΙΣΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΝΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ:

- ✓ έναρξη προβλημάτων (χρόνος, τόπος, τύπος έναρξης: οξύς ή ύπουλος)
- ✓ διάρκεια και πορεία (χρόνια ή επεισοδιακά)
- ✓ ψυχικά συμπτώματα: γνωστικά προβλήματα, αλλαγές διάθεσης (ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, έξαρση)
- ✓ σωματικά συμπτώματα: ιατρικές εξετάσεις, φυσικά σημεία (ανορεξία, απώλεια βάρους, ανησυχία, διέγερση ή επιβράνδυση, μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας και του ενδιαφέροντος, ημερήσια μεταβλητότητα της διάθεσης)
- ✓ νευρολογικά συμπτώματα
- ✓ σωματικά ενοχλήματα χωρίς οργανικό υπόβαθρο
- ✓ βαρύτητα των προβλημάτων – βαθμός έκπτωσης της λειτουργικότητας
- ✓ πιθανά εκλυτικά αίτια
- ✓ τι παρακίνησε τον ασθενή να ζητήσει βοήθεια αυτή την εβδομάδα και όχι την προηγούμενη; Αυτό το μήνα και όχι τον επόμενο;

Πολλές φορές το πρόβλημα υφίσταται για πολύ καιρό πριν, αλλά κάποιο γεγονός – κλειδί της ζωής του ασθενή ανατρέπει την ισορροπία του και κάνει με αυτό τον τρόπο τη ζωή του, λιγότερο ανεκτή. Έτσι αν και οι περισσότεροι άνθρωποι που ζητούν ψυχιατρική βοήθεια το κάνουν γιατί ενδιαφέρονται και ανησυχούν για το παρόν, αξίζει τον κόπο να ξοδέψουμε λίγο χρόνο για να μάθουμε για το παρελθόν τους κατά την εκτίμησή μας.

ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

- ✓ Οικογένεια (πατέρας- μητέρα – αδέρφια, άλλοι που ζουν στο σπίτι – σημαντικές οικογενειακές σχέσεις, σημαντικοί αποχωρισμοί ή απώλειες
- ✓ Βρεφονηπιακή ηλικία: σειρά γεννήσεως, ιστορικό τοκετού, αναπτυξιακοί σταθμοί
- ✓ Σχολική ηλικία: υγεία – νοσηλείες, προσχολικά χρόνια, αρχή σχολικής περιόδου – απόδοση στα μαθήματα, φιλικές σχέσεις

- ✓ Εφηβεία: έναρξή της, πρώτες σεξουαλικές εμπειρίες, φιλικές σχέσεις, πειραματισμοί με ψυχοδραστικές ουσίες και αλκοόλ
- ✓ Ενήλικη ζωή: εκπαίδευση, στρατιωτική εμπειρία, επαγγελματική σταδιοδρομία, κοινωνική ζωή/φιλικές σχέσεις, σεξουαλικό ιστορικό, γάμος, παιδιά (Μάνος, 1997)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Περιλαμβάνει μια σφαιρική αξιολόγηση της κύριας πάθησης, κοινωνικό και εξελικτικό ιστορικό, οικογενειακό, ιατρικό, ψυχιατρικό ιστορικό και πνευματική κατάσταση, όπως και εκτίμηση των μηχανισμών ανταπόκρισης, και της κοινωνικής υποστήριξης. Η κύρια ασθένεια και ο λόγος νοσηλείας του πάσχοντα παρέχουν πληροφορίες που σχετίζονται με τη συνειδητοποίηση του ασθενή ότι πάσχει, με την κινητοποίηση για θεραπεία, και πιθανή συμφωνία με το θεραπευτικό πλαίσιο. Σε μια σχετική μελέτη η συγκαταβατική συμπεριφορά κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο προέβλεπε μικρότερη διαταραχή της εικόνας του σώματος και διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά κατά την έξοδο, αποδεικνύοντας το σημαντικό ρόλο της νοσοκομειακής θεραπείας.

Κοινωνικό ιστορικό

Μας πληροφορεί ειδικά όταν εκτιμάται η σχέση των γεγονότων με την έναρξη και διάρκεια των συμπτωμάτων της διατροφικής συμπεριφοράς. Αυτό περιλαμβάνει τη σχολική πρόοδο, επάγγελμα, φιλικές σχέσεις, δραστηριότητες, τραυματικά γεγονότα και χρήση φαρμάκων ή αλκοόλ. Οι ασθενείς συχνά περιγράφουν τις κοινωνικές επιρροές ως εκείνες που συνέβαλαν στο να αλλάξουν το σχήμα και το βάρος του σώματός τους, όπως είναι τα πειράγματα κατά την παιδική ηλικία σχετικά με το βάρος ή οι επιβαλλόμενοι περιορισμοί που απαιτούν κάποιες δραστηριότητες όπως είναι το μπαλέτο, η γυμναστική, η πάλη. Σημαντικό στοιχείο είναι και η ποσότητα του χρόνου που διαθέτουν οι ασθενείς για να ασχολούνται με το σχήμα ή το βάρος του σώματός τους. Οι ασθενείς που επιδίδονται σε υπερφαγία αποφεύγουν να τρώνε με παρέα από φόβο μήπως χάσουν τον έλεγχο του φαγητού και γίνουν αντιληπτοί από το κοινωνικό περίγυρο. Η χρήση αλκοόλ ή φάρμακων συνήθως αρχίζει στον στενό κύκλο της παρέας. Θα πρέπει να γίνεται τέλος διερεύνηση της χρήσης των διουρητικών και καθαρικών φαρμάκων που γίνεται καθώς η συχνότητα και η διάρκεια.

Οικογενειακό ιστορικό

Η οικογένεια ως πρωταρχικό πεδίο εκτίμησης για την κατανόηση της εξέχουσας επίδρασης στον ασθενή και στη σημασία των συμπτωμάτων, αποτελεί πηγή πληροφοριών σχετικά με τη δυσλειτουργική συμπεριφορά του ασθενή. Οι οικογενειακές συνήθειες που σχετίζονται με το φαγητό και τη συχνότητα των γευμάτων, οι αντιλήψεις για το βάρος και το σχήμα του σώματος, οι πολιτιστικές αξίες που σχετίζονται επίσης με αυτά, το ιστορικό διατροφικών διαταραχών και άλλης ψυχοπαθολογίας είναι περιοχές που εξετάζονται. Επιπρόσθετα εκτιμώνται οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, παρέχοντας έτσι πληροφορίες σχετικά με την ύπαρξη παγιδευτικής εμπλοκής, κατάσταση κατά την οποία τα όρια μεταξύ των υποσυστημάτων – γονείς- παιδιά- και γενικά των μελών, έχουν ασαφοποιηθεί, σύμφωνα με τον S. Minuchin. Η επικριτική στάση ή η υπερπροστατευτικότητα είναι σημαντικά στοιχεία που δείχνουν τον τρόπο αντιμετώπισης του ασθενή. Τέλος τοποθετώντας τα οικογενειακά συμβάντα σε μια χρονική σειρά, όπου θα συμπεριλαμβάνονται οι γεννήσεις, οι θάνατοι, οι χωρισμοί, και τα διαζύγια, θα δινόταν η ευκαιρία να εκτιμηθεί η σχέση σε συνάρτηση με την έναρξη ή τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές.

Ιατρικό ιστορικό

Μ' ένα ιατρικό ιστορικό και παράλληλα με τις πληροφορίες από τη φυσική εξέταση, είναι σημαντικό να εκτιμηθούν

1. προηγούμενες ασθένειες
2. επιπλοκές δευτερεύουσες των διατροφικών διαταραχών
3. άλλες πρωταρχικές ιατρικές και ψυχιατρικές καταστάσεις οι οποίες μπορεί να είναι η υποθάλπουσα αιτία των φανερών συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών.

Κάποιοι ασθενείς αναφέρουν πως η διατροφική διαταραχή άρχισε μετά από μια ασθένεια λόγω της οποίας έχασαν βάρος. Αν και δεν υπάρχει αιτιότητα, ίσως η απώλεια βάρους ενεργοποίησε μια ενασχόληση με το σωματικό βάρος σε άτομα που ήταν επιρρεπή. Οι επιπλοκές συγκεκριμένα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι

μακρόθεν αποτέλεσμα του υποσιτισμού, της λιμοκτονίας, της περιστασιακής υπερφαγίας, της καθαρικής συμπεριφοράς και του επανασιτισμού.

Ιστορικό Θεραπείας

Περιλαμβάνει λεπτομέρειες σχετικά με πρόσφατη εξωνοσοκομειακή θεραπεία πριν τη νοσηλεία, εξωνοσοκομειακή θεραπεία στο παρελθόν, καθημερινά προγράμματα και προηγούμενες νοσηλείες. Σημειώνονται ημερομηνία, διάρκεια, θεραπευτής, περιοχή, διάγνωση, τρόπος θεραπείας και ανταπόκριση ή μη σε αυτή. Το ιστορικό των φαρμακολογικών παρεμβάσεων είναι χρήσιμο, και περιλαμβάνει ειδικά στοιχεία για τον τύπο και το όνομα των φάρμακων, δόση, συχνότητα και διάρκεια της χρήσης, αντίδραση του ασθενή και αποτελεσματικότητα. Θεραπευτικές μέθοδοι όπως η συμβουλευτική διατροφής, η θεραπεία με ομάδες και ομάδες υποστήριξης, παρέχει πληροφορίες για τις πηγές που είναι διαθέσιμες στον ασθενή και την χρήση διάφορων μορφών παρέμβασης. Η συμφωνία και συνεργασία που είχε ο ασθενής με προηγούμενα θεραπευτικά σχήματα θα πρέπει να εκτιμηθεί, και τα εμπόδια να αναγνωριστούν.

Πνευματική κατάσταση

Ενδείκνυται κατά την εισαγωγή, γίνεται εκτίμηση της διάθεσης και της επίδρασης καθώς και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με τα στάδια της λιμοκτονίας. Ενδείκνυται επιπρόσθετα μια διεξοδική εκτίμηση τυχόν αυτοκτονικού ιδεασμού, σχεδίου και απόπειρας. Η ψυχοκινητική λειτουργία, η εμφάνιση και ο λόγος μπορούν να μας δώσουν πληροφορίες σχετικά με την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η κρίση του ασθενούς και η ενσυνείδηση είναι πιθανόν να είναι διαταραγμένες κατά τη διάρκεια ενός επικίνδυνου σταδίου της ασθένειας. (Μάνος, 1997)

11.9.3 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΚΛΙΝΟΥΣΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

Η εκτίμηση των διατροφικών συνηθειών περιλαμβάνει αριθμό γευμάτων και ενδιάμεσων γευμάτων ανά ημέρα, είδος και ποσότητα φαγητών και υγρών που καταναλίσκονται, και καταστάσεις κατά τις οποίες τρώει κάποιος. Οι ασθενείς ρωτώνται σχετικά με τον αυτοπεριορισμό των θερμίδων και τη διαιτητική

συμπεριφορά τους. Μερικοί ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, αναφέρουν πως περιορίζουν τον εαυτό τους στις 200-500 θερμίδες ημερησίως, ένας αξιοπρόσεκτος περιορισμός. Οι ανορεξικοί ασθενείς δίνουν σχετικά εύκολα πληροφορίες όσον αφορά στην πρόσληψη τροφής, συχνά εκθειάζοντάς την με ένα αίσθημα υπερηφάνειας και επιτυχίας με αναφορά στην περιορισμένη ποσότητα.

Επίσης πληροφορίες για επεισόδια υπερφαγίας είναι χρήσιμες. Τυπικά αυτά τα περιστατικά συμβαίνουν στα κρυφά και η συχνότητά τους κυμαίνεται από μερικές φορές την εβδομάδα σε αρκετές φορές την ημέρα. Θα πρέπει λοιπόν να εκτιμώνται τα είδη και η ποσότητα του φαγητού και των υγρών που καταναλώνονται, το μέρος όπου λαμβάνουν χώρα αυτά τα επεισόδια υπερφαγίας, η διάρκειά τους, τα συναισθήματα που τα συνοδεύουν. Οι ασθενείς σε αυτά τα επεισόδια συνήθως χάνουν τον έλεγχο και δεν μπορούν να τα σταματήσουν. Αυτά τα επεισόδια περιλαμβάνουν την κατανάλωση τροφών υψηλών σε θερμιδική απόδοση, που τυπικά ποικίλουν από 1500 μέχρι 3000 θερμίδες, αν και μπορεί να είναι περισσότερες. Η εκτίμηση των ανορθόδοξων συμπεριφορών περιλαμβάνει είδος και συχνότητα. Αν και οι ασθενείς τυπικά χρησιμοποιούν πολλές μεθόδους, ο αυτοπροσκαλούμενος εμετός είναι η πιο συχνή μέθοδος. Χρησιμοποιούν οδοντόβουρτσα ή το δάκτυλο τους προκειμένου να προκαλέσουν το αντανακλαστικό του εμετού και να μέσουν. Άλλοι ασθενείς κάνουν χρήση μόνο καθαρικών. Γι'αυτό είναι σημαντικό να γνωρίζει ο νοσηλευτής την ποσότητα που χρησιμοποιεί ο ασθενής, τη διάρκεια της χρήσης, τη συχνότητα, εφόσον έτσι μπορεί να προγραμματίσει το είδος των παρεμβατικών ενεργειών που θα περιορίσουν αυτή τη συμπεριφορά. Ορισμένοι ασθενείς επειδή αναφέρουν υπερβολική σωματική άσκηση – ημερησίως 3 με 4 ώρες-, για να χάσουν πάλι τις ήδη προσλαμβανόμενες θερμίδες, πρέπει να ελέγχονται. Αν και η καθημερινή άσκηση για 30 λεπτά την ημέρα τουλάχιστον 5 ημέρες εβδομαδιαίως, προτάθηκε πρόσφατα ως μέτρο για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας. Πληροφορίες σχετικά με τη συχνότητα, τη διάρκεια, το σκοπό των επεισοδίων υπερφαγίας, συμβάλλουν στο να παρθεί μια απόφαση σχετικά με το βαθμό που χρησιμοποιείται ως παρεκκλίνουσα συμπεριφορά. Θα πρέπει να ρωτούνται οι ασθενείς από το νοσηλευτή κατά τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, του βασικού αυτού νοσηλευτικού έργου, σαν

να είναι ο πρώτος ασθενής με τον οποίο συνεργάζονται με αυτό το πρόβλημα και όχι να θεωρούν κάποια πράγματα δεδομένα, καθώς η εξατομικευμένη προσέγγιση επιβάλλεται.



I. Απάτες σχετικά με το φαγητό όπως τις αναφέρουν οι ασθενείς

- ✓ Κρύβουν το φαγητό σε πετσέτες
- ✓ Ταΐζουν κρυφά κάτω από το τραπέζι τα κατοικίδια ζώα αν υπάρχουν
- ✓ Πετάνε το φαγητό σε βάζα, ντουλάπια ή έξω από το παράθυρο
- ✓ Κρατάνε το φαγητό στο στόμα τους και το πετάνε όταν καθαρίζουν τα δόντια
- ✓ Αφήνουν το σκληρό κομμάτι του ψωμιού στο πιάτο και πετάνε το υπόλοιπο

II. Απάτες που οδηγούν σε φαινομενική αύξηση του βάρους όπως τις διηγούνται οι ασθενείς

- ✓ Πίνουν μεγάλες ποσότητες νερού τη νύχτα πριν το ζύγισμα
- ✓ Αποφεύγουν να αδειάσουν την κύστη τους πριν ζυγιστούν
- ✓ Τρώνε πολύ την προηγούμενη νύχτα
- ✓ Φοράνε βαριά κόσμημα ή βαριά ρούχα
- ✓ Ράβουν βάρη στα νυχτικά τους χωρίς το πρωί όταν πρόκειται να ζυγιστούν

11.9.4 ΑΛΛΑ ΚΥΡΙΑΡΧΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

Η αυτοεκτίμηση των ασθενών με ανορεξία, επηρεάζεται από αντιλήψεις που έχει το άτομο για το σχήμα και το βάρος του σώματός του, γεγονός που του προκαλεί αίσθημα αυτομομφής. Μετά από ένα επεισόδιο υπερφαγίας, οι ασθενείς νιώθουν αηδία και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η αυτοεκτίμηση μπορεί να επηρεαστεί από παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης και της αποτυχίας να επιτύχει το κοινωνικά ιδεαλιστικό σχήμα σώματος. Για τον ανορεκτικό ασθενή, η διαταραχή της εικόνας του σωματικού "Εγώ" είναι πιο έκδηλη στα παράπονα που διατυπώνει, ότι είναι χόντρος, ενώ μπορεί να ζυγίζει κάτω από το φυσιολογικό του βάρος. Οι ανορεκτικοί ασθενείς τείνουν να έχουν μια αίσθηση μεγένθυσης του σχήματος του σώματός τους, ειδικά σε περιοχές όπως το στομάχι, οι μηροί, οι γλουτοί.

Σε συνάρτηση με τα παραπάνω οι ασθενείς παρουσιάζουν γνωσιακές διαταραχές που σχετίζονται με το σύστημα αξιών γύρω από το φαγητό και το βάρος. Το φαγητό χαρακτηρίζεται ως "καλό" και "κακό", αντανakλώντας τη διχοτομημένη σκέψη. Η συμπεριφορά απέναντι στα "κακά" φαγητά μπορεί να αντανakλά μια φοβικού τύπου αντίδραση ή παράλογες πεποιθήσεις του τύπου αν το άτομο καταναλώσει τα φαγητά αυτά, τότε αυτόματα θεωρείται αποτυχημένο. Επίσης είναι παρούσα και η μαγική σκέψη, ως αποτέλεσμα της γνωστικής διαταραχής, που περιλαμβάνει την πεποίθηση πως αν κάποιος καταναλώσει συγκεκριμένο φαγητό, αμέσως το λίπος θα εγκατασταθεί στους γλουτούς.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ "ΕΓΩ"

Το ιστορικό του σωματικού βάρους είναι χρήσιμο για την εκτίμηση προηγούμενου ιστορικού ψυχογενούς ανορεξίας. Η απόκτηση υψηλότερου και χαμηλότερου βάρους για τους ενήλικες και χαμηλού βάρους για τα παιδιά κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα και των προηγούμενων 6 μηνών παρέχει σημαντική ένδειξη για τη σοβαρότητα των διακυμάνσεων του βάρους και πιθανές παρεκκλίνουσες συμπεριφορές που χρησιμοποιούνται για την απώλεια βάρους. Για τα παιδιά και τους έφηβους, το βάρος θα πρέπει να υπολογίζεται χρησιμοποιώντας επιπλέον

πίνακα ανάπτυξης. Για τον υπολογισμό του βάρους χρησιμοποιούμε τον δείκτη Quetelet.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΜΜΗΝΟΥ ΚΥΚΛΟΥ

Για τις προεμμηναρχικές γυναίκες, η έναρξη της έμμηνου ρύσεως, η συχνότητα και η χρήση ορμονών που προκαλούν την εμμηναρχή εκτιμώνται. Εξ' ορισμού, οι ασθενείς με ανορεξία έχουν έλλειψη τουλάχιστον τριών συνεχόμενων έμμηνων κύκλων. Η εκτίμηση των σεξουαλικών δραστηριοτήτων ενδείκνυται γιατί μερικοί ασθενείς λανθασμένα πιστεύουν πως οι διαταραχές στον κύκλο εμποδίζουν τη σύλληψη. Για αυτό το λόγο σημαντική είναι η καλή προγεννητική φροντίδα για την πρόληψη μιας εγκυμοσύνης όπου το κύημα θα γεννηθεί με μικρότερο βάρος από το κανονικό.

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ

Στο μέρος αυτό του συγγραφικού πονήματος θα αναπτυχθούν ο ρόλος του νοσηλεύτη κατά την ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ του ασθενή, η οποία συνίσταται στην στο νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας που αφορά στη νοσηλευτική διάγνωση, τους αντικειμενικούς σκοπούς, τη νοσηλευτική παρέμβαση και τους μακροπρόθεσμους σκοπούς.

ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Πολλοί ασθενείς με διατροφική διαταραχή ακολουθούν θεραπευτικό πρόγραμμα εκτός νοσοκομείου. Η νοσηλεία ενδείκνυται σε ασθενείς που είναι επικίνδυνα υποσιτισμένοι και έχουν χαμηλό βάρος σώματος κάτω από το φυσιολογικό για την ηλικία τους, καθιστώντας τη λειτουργία των οργάνων τους επικίνδυνη. Οι σκοποί λοιπόν έχουν να κάνουν με

- ✓ Την αποκατάσταση του φυσιολογικού βάρους
- ✓ Την αντιμετώπιση ιατρικών επιπλοκών και ψυχιατρικών διαταραχών
- ✓ Τη βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας που σχετίζεται με τη διατροφική διαταραχή
- ✓ Την ενεργοποίηση του ασθενή
- ✓ Την εκπαίδευσή του

- ✓ Τη συμμετοχή της οικογένειας στην υποστήριξη του ασθενή
- ✓ Την οργάνωση της πρόληψης

Η θεραπεία απαιτεί τη στενή συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας με τον ασθενή και την οικογένειά του και είναι απαραίτητη για την ανάρρωσή του.

Παρουσιάζεται όμως και ο ρόλος του νοσηλευτή σε ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ, όπου είναι εξίσου σημαντικός και το πλάνο φροντίδας εκτός από τα παραπάνω, αφορά και στο πρόγραμμα για την πρόληψη και την αποκατάσταση του ασθενούς, αλλά και στην εκπαίδευση και πληροφόρηση των υγιών μελών της κοινότητας.

Έτσι λοιπόν ο ρόλος του νοσηλευτή διαφέρει ως προς την ιεράρχηση των θεραπευτικών σκοπών και πρακτικών του είτε πρόκειται για την εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση στην κοινότητα, είτε ενδονοσοκομειακά όταν απειλείται η λειτουργία των ζωτικών του οργάνων του ασθενή, καθώς η βαρύτητα των διαταραχών αυτών είναι διαφορεώς αξιολογήσιμη στις δυο περιπτώσεις.

Ένας από τους κύριους στόχους των νοσηλευτών που φροντίζουν άτομα με διατροφικές διαταραχές, είναι να τα βοηθήσουν στην αναγνώριση και αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων που τα οδήγησαν στις ακατάλληλες διατροφικές συμπεριφορές, και δη για νοσηλευτές με ειδικότητα στην ψυχιατρική. Αρχικά, για την ικανοποίηση των στόχων της φροντίδας, ο νοσηλευτής εγκαθιδρύει μια σχέση κατανόησης και εμπιστοσύνης με τον πάσχοντα, αυτό δηλαδή που περιγράφεται ως ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ. Απαραίτητα στοιχεία που πρέπει να αναπτύξει ο νοσηλευτής προκειμένου να επιτύχει μια ορθή τέτοια σχέση είναι:

- ✓ Η ενσυναίσθηση
- ✓ Η θετική κριτική
- ✓ Η αποδοχή
- ✓ Η ζεστασιά
- ✓ Η δέσμευση
- ✓ Η εμπιστοσύνη
- ✓ Η αυθεντικότητα

✓ Η ικανότητα να μην είναι επικριτικός

Η σχέση βέβαια αυτή επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανόμενων των εμπειριών, των χαρακτήρων, των στερεότυπων, των φόβων, των συμπεριφορών και των αντιλήψεων που φέρουν νοσηλεύτης και ασθενής. Κατά τη διάρκεια που χτίζεται η θεραπευτική σχέση, ο νοσηλεύτης ενισχύει τον ασθενή να αντικαταστήσει τις διαταραγμένες ιδέες σχετικά με την εικόνα του σώματός του, με σκέψεις και συμπεριφορές που προωθούν την ανάπτυξη του αυτοσεβασμού. Οι ασθενείς διδάσκονται ακόμη δεξιότητες που θα βοηθήσουν στην επίλυση προβλημάτων και ενθαρρύνονται να αναγνωρίσουν τα κοινωνικά συστήματα υποστήριξης που προβάλλουν υγιεινά πρότυπα ζωής.

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ όπως και ο ασθενής, ζει σε μια κοινωνία που έχει εμμονή με το φαγητό, το μέγεθος του σώματος και τη διαιτητική συμπεριφορά. Ζητήματα σωματικού βάρους και σχήματος μπορεί να έχουν ιδιαίτερη σημασία για μερικούς επαγγελματίες που δίνουν τη δική τους μάχη σχετικά με αυτό το ζήτημα. Αυτά τα θέματα μπορεί να δημιουργήσουν συναισθήματα ντροπής στο νοσηλεύτη, ακόμη και ζήλια, όταν δουλεύει με ασθενείς που έχουν πετύχει το ιδανικό μέγεθος σώματος. Ίσως ακόμη συμβάλλουν στη λανθασμένη αναγνώριση των συμπτωμάτων ή στην ελαχιστοποίηση της σημαντικότητας που έχει η παθολογική κατάσταση του ασθενούς, σχετικά με τις γνωστικές διαταραχές, ειδικά εκείνες που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος, τον περιορισμό του φαγητού και την άσκηση.

Είναι δύσκολο να φανταστεί κανείς, γιατί ένα άτομο σκοπίμως θα έφτανε στο σημείο λιμοκτονίας έτσι ώστε ο οργανισμός να καταστρέφεται από τα συμπτώματα του υποσιτισμού ή γιατί ένα άτομο θα κατανάλωνε υπερβολικές ποσότητες φαγητού και στη συνέχεια θα χρησιμοποιούσε ανορθόδοξες μεθόδους για να απαλλαχτεί από αυτές. Είναι φυσιολογικό ο νοσηλεύτης να νιώθει μπερδεμένος και συγχυσμένος, με το γεγονός ότι ο ασθενής δεν τρώει, ακριβώς επειδή η συμπεριφορά αυτή είναι προκλητική για τις βασικές αξίες ενός υγιούς ανθρώπου και στη συγκεκριμένη περίπτωση του νοσηλεύτη. Πόσο μάλλον αν ο νοσηλεύτης δεν έχει εξοικειωθεί με την εικόνα του λυμφατικού σώματος ή δουλεύει με τέτοιους ασθενείς για πρώτη φορά, μπορεί να προκαλέσει εκτός από σοκ, συναισθήματα αηδίας, θυμού ή επιθυμίας να αποκτήσει ο ίδιος ο

νοσηλευτής τον έλεγχο και να σιτίσει τους ασθενείς ώστε να επανέλθουν στη φυσιολογική κατάσταση.

Οι ασθενείς με διατροφική διαταραχή είναι ιδιαίτερα έξυπνοι. Προκαλώντας την προσοχή των γύρω τους και με εξαίρεση των καταστάσεων των ασθενών που είναι υποσιτισμένοι, φαίνονται έτσι και αλλιώς πως δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να υποτιμηθεί η σοβαρότητα της κατάστασης. Ειδικότερα σε μια νοσοκομειακή μονάδα όπου τα συμπτώματα των άλλων ασθενών με ψυχική νόσο μπορεί να είναι πιο εμφανή, οι ανάγκες των ασθενών με διατροφικές διαταραχές, βρίσκονται στον κίνδυνο να θεωρηθούν δευτερεύουσες σε σύγκριση με άλλων ασθενών. Μπορεί λοιπόν να θεωρηθούν ως λιγότερο ασθενείς. Λαμβάνοντας υπόψη τα επίπεδα θνησιμότητας των διαταραχών αυτών και τις ιδιαίτερες ιατρικές επιπλοκές, είναι πολύ κρίσιμο ο νοσηλευτής να μην αποπροσανατολιστεί από τέτοιου είδους παρερμηνεύσεις επειδή τα ανορεκτικά ή βουλιμικά άτομα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως μη υγιή.

Ο ΑΣΘΕΝΗΣ

Η νοσηλεία του μπορεί να προκαλέσει πολλά συναισθήματα στον ασθενή που πιθανώς να έχουν αντίκτυπο στην θεραπευτική σχέση. Έντονο είναι και το συναίσθημα της ανισχυρότητας στον ασθενή ο οποίος δεν έχει τον έλεγχο πολλών πλευρών της ζωής του. Αυτή η έλλειψη ελέγχου για πολλούς κάνει πιο σημαντικά τα θέματα εμπιστοσύνης που παίζουν κρίσιμο ρόλο στη θεραπευτική σχέση. Ο πάσχων εισάγεται στο νοσοκομείο λόγω των επιπλοκών της ασθένειας ή ως αποτέλεσμα της επιρροής των γονιών, ενός αγαπημένου προσώπου ή του θεραπευτή. Η νοσηλεία για τον ασθενή θεωρείται ότι βρίσκεται σε αντίθεση με την επιθυμία του για έλεγχο πάνω στο σώμα, το βάρος και την επιδίωξη λεπτότητας του. Αυτή η επιθυμία συχνά εκφράζεται μέσω υπερβολικής άκαμπτης συμπεριφοράς, η οποία πολύ πιθανόν είναι μια απεγνωσμένη προσπάθεια να διατηρήσει το άτομο μια αίσθηση τάξης σε έναν κόσμο που αντιλαμβάνεται ως χαοτικό και απειλητικό. Η νοσηλεία ενδυναμώνει την αίσθηση του φόβου για την απόκτηση βάρους. Για τον ασθενή με ανορεξία συγκεκριμένα, ο σκοπός της νοσηλείας είναι αυτό ακριβώς που απεγνωσμένα προσπαθούσε να αποφύγει,

δηλαδή η απόκτηση βάρους. Το άγχος και ο φόβος κυριαρχούν στις καθημερινές εμπειρίες του ασθενούς. Αισθήματα εκνευρισμού ή φόβου συχνά υπερισχύουν της προσοχής του ασθενούς ενώ ο νοσηλευτής ή ο γονιός προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή του ασθενή, γεγονός που μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στην επικοινωνία.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (Mehler P.)

- ✓ Μη φυσιολογικά ζωτικά σημεία, καρδιακός ρυθμός < 35-40 χτύπους / λεπτό
- ✓ Συμπτωματική υπόταση
- ✓ Βάρος < 70% - 75% του ιδανικού σωματικού βάρους
- ✓ Γρήγορη και υπερβολική απώλεια βάρους που δεν αντιμετωπίζεται με εξωνοσοκομειακή φροντίδα
- ✓ Καρδιακές αρρυθμίες

11.9.5 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΟΥΛΙΜΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι νοσηλευτικές εκτιμήσεις, διαγνώσεις και παρεμβάσεις για ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία ή ανορεξία, πρέπει να συμβαδίζουν και να διέπονται από το θεωρητικό πλαίσιο της θεωρίας της C. Roy. Σύμφωνα με τη θεωρία της Roy, το άτομο επιδρά στο περιβάλλον του και δέχεται ταυτόχρονα την επίδραση του περιβάλλοντός του. Στην αλληλεπίδραση αυτή το άτομο προσπαθεί να προσαρμοστεί στο περιβάλλον.

Οι βασικές αρχές της θεωρίας της C. Roy είναι:

- ü Το άτομο είναι μια βίο-ψυχοκοινωνική οντότητα. Έτσι δεν έχει απλά βιολογικές, αλλά συγχρόνως ψυχολογικές καταβολές που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά του μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Για το λόγο αυτό θα πρέπει

να συνεκτιμώνται και οι τρεις διαστάσεις του ατόμου στη διερεύνηση των προβλημάτων του.

- ü Το άτομο βρίσκεται κάτω από τη συνεχή επίδραση του μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος και αντιμετωπίζει καθημερινά αλλαγές στο φυσικό, ψυχικό και κοινωνικό του κόσμο.
- ü Για να ανταποκριθεί άτομο στο μεταβαλλόμενο αυτό περιβάλλον χρησιμοποιεί εγγενείς και επίκτητους μηχανισμούς που είναι από τη φύση βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμοστικότητα διακρίνονται σε ενδογενείς (κληρονομικότητα, φύλο, ηλικία, ιδιοσυγκρασία) και εξωγενείς (εκπαίδευση, οικονομική κατάσταση, διαπροσωπική επικοινωνία κ. λ. π)
- ü Για να αντιδράσει ο άνθρωπος θετικά στις αλλαγές του περιβάλλοντος πρέπει να προσαρμοσθεί σε αυτό, να αποδεχθεί τη νέα πραγματικότητα και να αναδιοργανώσει τη ζωή του με βάση αυτή. Η προσαρμογή επομένως επηρεάζεται από τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει έναν στρεσογόνο παράγοντα που απειλεί τη βίο- ψυχο – κοινωνική του οντότητα.
- ü Η υγεία και η ασθένεια είναι μια αναπόφευκτη διάσταση της ζωής του ατόμου
- ü Η προσαρμοστικότητα του ατόμου ορίζεται από τη σχέση που προκύπτει μεταξύ του ερεθίσματος που εκτίθεται το άτομο και του επιπέδου προσαρμοστικότητας που διαθέτει. Τα ερεθίσματα αυτά εμπίπτουν σε τρεις κατηγορίες:
 - § Άμεσα ερεθίσματα – βασικές ανάγκες
 - § Ερεθίσματα προερχόμενα από το περιβάλλον
 - § Ερεθίσματα που αφορούν πεπιοθήσεις – απόψεις του ατόμου, εμπειρίες του παρελθόντος, μηχανισμούς προσαρμογής και προσωπικά βιώματα
- ü Η προσαρμοστικότητα αφορά τέσσερις ομάδες:
 - § Ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών

- § Αντίληψη του εαυτού
- § Εκπλήρωση του ρόλου του
- § Αλληλεξάρτηση

Στην ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία οι έφηβες οι οποίες αποτελούν την πλειονότητα των ασθενών, καλούνται να αντιμετωπίσουν ποικίλες αλλαγές στο φυσικό, ψυχικό και κοινωνικό περιβάλλον καθώς μεταβαίνουν προς την ενήλικη ζωή. Καλούνται να εκπληρώσουν νέους ρόλους και να αναλάβουν νέες υποχρεώσεις εφόσον η εφηβεία σηματοδοτεί το μεταβατικό στάδιο από την παιδική ζωή στην ενηλικίωση. Στις αλλαγές αυτές προσπαθεί να προσαρμοστεί τόσο το νέο άτομο, όσο και ο κοινωνικός του περίγυρος.

Η επιδίωξη της ισχνότητας και η άρνηση της πρόσληψης τροφής αποτελεί αποτυχημένη προσπάθεια προσαρμογής του ατόμου στη νέα πραγματικότητα και της μη αποδοχής των νέων ρόλων όπως είναι αυτός της γυναίκας. Η προσαρμοστικότητα δηλαδή του ατόμου στις νέες συνθήκες είναι πολύ φτωχή. Δεν ικανοποιούνται οι βασικές βιολογικές ανάγκες όπως είναι η πρόσληψη επαρκούς τροφής, η διαταραγμένη αντίληψη του εαυτού του το κυριεύει, αρνείται την ισχνότητά του, θεωρεί τον εαυτό του παχύ, και τέλος καταφεύγει στον υπέρμετρο αυτοέλεγχο μέσω της διαχείρισης της τροφής, ως μέσο κατάκτησης της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας του.

Σκοπός λοιπόν της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί η ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών του ατόμου, η αποκατάσταση του βάρους του και η εξασφάλιση της θρέψης του, η μεταβολή των διατροφικών συνηθειών του, η ανάπτυξη αποτελεσματικών ικανοτήτων αντιμετώπισης του στρες και των περαιτέρω προβλημάτων του, η αποκατάσταση της εικόνας του εαυτού του και η ομαλή κοινωνική του επανένταξη ώστε να εκπληρώνει αφενός τους κοινωνικούς του ρόλους και να αναπτύσσει αφετέρου υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις (Κακκούρος και Μανιαδάκη, 2002)

Νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας ασθενούς με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία. Το νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας είναι στοιχειώδης διαδικασία για την αποτελεσματικότερη ανταπόκριση των νοσηλευτικών ενεργειών στις πολλαπλές απαιτητικές και πολύπλοκες ανάγκες. Για τον

νοσηλευτή αποτελεί αναπόσπαστο λειτουργικό στοιχείο για την αποτελεσματική και επιστημονική αντιμετώπιση των οργανικών και ψυχικών αναγκών του ασθενή. Η διαδικασία που ακολουθείται είναι, η αναγνώριση και διαπίστωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο ασθενής και οι οποίες συμβάλλουν στη διαταραχή βασικών οργανικών και ψυχικών λειτουργιών. Εν συνεχεία τίθενται οι αντικειμενικοί σκοποί της θεραπευτικής παρέμβασης και τέλος καθοριστικό ρόλο παίζει η νοσηλευτική παρέμβαση που αποτελεί το απαύγασμα όλης της προηγούμενης λογικής αλληλουχίας που βασίζεται στην επιστημονική σκέψη. Η αξιολόγηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι εξέχουσας σημασίας για την περαιτέρω συνέχιση και την ολοκλήρωση της θεραπείας και αποκατάστασης του ασθενή.

11.9.6 ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Νοσηλευτικά προβλήματα:

- Πιθανές επιπτώσεις των διαταραχών διατροφής στα διάφορα συστήματα και όργανα
- Μη συμμόρφωση στο διαιτητικό σχήμα που οφείλεται:
 - § Στον εξ'αρχής καθορισμό πολύ υψηλών – μη ρεαλιστικών στόχων με αποτέλεσμα τη δημιουργία του αισθήματος της αποτυχίας
 - § Στην απογοήτευση που βιώνουν τα άτομα σε περίπτωση στασιμότητας της κατάστασής τους παρά τις προσπάθειες βελτίωσής τους
 - § Σε απόκριση σε καταστάσεις στρες
 - § Σε "κόπωση" που έχει επέλθει στο πλαίσιο της θεραπείας
 - § Σε μη ελεγχόμενες, μη συνηθισμένες μη προγραμματισμένες συνθήκες φαγητού όπως εορτές, προσκλήσεις
- Πιθανό αίσθημα πεινάς που οφείλεται στη συγκεκριμένη θερμιδική πρόσληψη
- Έλλειψη αυτοπεποίθησης – αυτουποτίμηση που χαρακτηρίζει αυτούς τους ασθενείς και οφείλεται και στη διαταραγμένη εικόνα που έχουν για το σώμα τους. Εκδηλώσεις φόβου αποτυχίας στην επίτευξη των στόχων τους.

- Αισθήματα ένοχης μετά τα υπερφαγικά επεισόδια μέχρι να τα θέσουν υπό έλεγχο

Αντικειμενικοί σκοποί:

- Προσπάθεια επίτευξης των στόχων στο προβλεπόμενο χρονικό διάστημα που έχει ορισθεί
- Βελτίωση των εργαστηριακών δεικτών. Αποφυγή των επιπλοκών
- Αύξηση αυτοπεποίθησης – θετικής εικόνας για τον εαυτό. Πίστη για τη συνέχεια της προσπάθειας ανάρρωσης

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του ατόμου:**

-  Λήψη ιστορικού υγείας

- αξιολόγηση καρδιαγγειακής λειτουργίας (θωρακική δυσχέρεια – δύσπνοια, υποστερνικό ή οπισθοστερνικό πόνο, αυξημένη αρτηριακή πίεση, οίδημα στα άκρα ή κρύα σκέλη)

- αξιολόγηση αναπνευστικής λειτουργίας (κάπνισμα, κυάνωση, περιοδική αναπνοή, λαχάνιασμα)

- ενδοκρινολογικές (υποθυρεοειδισμό, σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών)

- αξιολόγηση ουροποιητικού συστήματος (ακράτεια ούρων, νυχτερινή ενούρηση)

- αξιολόγηση μυοσκελετικού συστήματος (οστεοαρθρίτιδα, ουρική αρθρίτιδα)

- αξιολόγηση πεπτικού συστήματος (κοιλιακό άλγος στο δεξιό υποχόνδριο που υποδηλώνει πόνο στη χοληδόχο κύστη, λειτουργία πέψης εντέρου, αριθμός κενώσεων, δυσκοιλιότητα)

- ιστορικό τυχόν κυήσεων

- οικογενειακό ιστορικό τυχόν διαταραχών με ψυχικό υπόβαθρο

- αξιολόγηση ψυχοκοινωνικών παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν τη ζωή του ατόμου (άγχος, οικογενειακές σχέσεις, εργασία, λοιπά ενδιαφέροντα του ατόμου)

- αξιολόγηση των μηχανισμών αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί ο ασθενής (άγχος, οργή, εχθρότητα, εξάρτηση, απόσυρση, απομόνωση, αποφυγή, μη συμμόρφωση, αποδοχή, άρνηση)

- αξιολόγηση των συστημάτων υποστήριξης που χρησιμοποιεί το άτομο για να διαπραγματευτεί το πρόβλημά του. Διαθεσιμότητα υποστηρικτικών μέσων οικογένειας, φίλων, κοινοτικών πόρων. (Σαχίνη, 2000)

Φυσική εκτίμηση

- εκτίμηση του είδους και της βαρύτητας της διαταραχής

- μέτρηση των ζωτικών σημείων (αρτηριακή πίεση, αρτηριακό σφυγμό, θερμοκρασία, αναπνοές)

- εξέταση άκρων για περιφερική κυάνωση, ωχρότητα, θερμοκρασία-υγρασία, οιδήματα

Λήψη εργαστηριακών εξετάσεων

- μέτρηση τυχόν λευκωμάτων ούρων, αναζήτηση πιθανής μικρολευκωματινουργίας, σάκχαρο, χοληστερόλη, HDL, LDL, TG, κρεατινίνη, ουρικό οξύ

- Καταγραφή των διατροφικών συνηθειών του ασθενούς. Ενθάρρυνση χρησιμοποίησης ενός 7μερου πρωτοκόλλου όπου ο ασθενής καταχωρεί ότι πίνει και τρώει, τις συνήθειες των γευμάτων, τις συνθήκες υπό τις οποίες έγινε η κατανάλωση τροφής, καθώς και τα αισθήματα που προκάλεσαν την κατανάλωση ή την αποφυγή τροφής. Η εβδομάδα αυτή αποτελεί μια φάση παρατήρησης του εαυτού του ασθενούς. Τα στοιχεία που συλλέγονται μπορούν να αξιοποιηθούν ώστε να υπάρχει μια βάση, σχετικά με τα κατάλληλα για την περίπτωση του ασθενή τρόφιμα, την ποσότητα λίπους, πρωτεϊνών και υδατανθράκων που πρέπει να καταναλώνει και που καταναλώνει

- Με βάση τα στοιχεία που συλλέχθηκαν και το βάρος του ασθενή, σχεδιασμός των απαραίτητων αλλαγών στις διατροφικές συνήθειες και καθορισμός στόχου σε στενή συνεργασία με το διαιτολόγο και τον ίδιο τον ασθενή. Ο καθορισμός ρεαλιστικών στόχων μπορεί να υποστηρίξει άμεσα τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Εκτός όμως από τον καθορισμό του στόχου, σημαντική επίδραση στη συμπεριφορά έχει και το χρονικό διάστημα στο οποίο πρέπει να επιτευχθεί ο στόχος. Όταν το χρονικό διάστημα είναι μεγάλο, η συμπεριφορά δεν επηρεάζεται, γιατί η μεγάλη απόσταση από το στόχο δεν επιτρέπει τη δημιουργία ψυχολογικής πίεσης. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να επιλέγονται κοντινοί, μικρότεροι και τμηματικοί στόχοι, οι οποίοι θα μπορούν να επιτευχθούν σε ένα ορατό χρονικό διάστημα
- Παρουσίαση στον ασθενή των αλλαγών διατροφικής συμπεριφοράς που προκύπτουν από τον καθορισμό των στόχων και εκτίμηση από τον ίδιο των παραχωρήσεων που πρέπει να κάνει προκειμένου να επιτύχει αυτούς τους στόχους.
- Ενθάρρυνση του ασθενή να μιλήσει ανοιχτά σχετικά με τις δυσκολίες που προβλέπει να αντιμετωπίσει καθώς επίσης και για το τι είναι ικανός να πετύχει
- Ιεράρχηση των στόχων με σκοπό τη βήμα προς βήμα εκπλήρωσή τους. Ο ασθενής θα πρέπει να ξεκινά με το στόχο που του φαίνεται πιο εύκολος. Η επίτευξη των στόχων που απαιτούν υψηλότερο βαθμό προσπάθειας επιδιώκεται μόνο όταν έχουν επιτευχθεί πρώτα οι στόχοι που απαιτούν χαμηλότερο βαθμό προσπάθειας
- Προγραμματισμός, σε στενή επικοινωνία με τον ασθενή και την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα, σαφών και ακριβών μέτρων που θα βοηθήσουν αποτελεσματικά να επιτευχθεί ο στόχος ή ένα τμήμα του. Κατά τον προγραμματισμό των μέτρων παίζει βασικό ρόλο η αρχή ελαστικού έλεγχου, έτσι ώστε να παρεμποδισθεί η εμφάνιση της "αντιρρύθμισης" (" τώρα είναι πλέον αδιάφορα") και να περιοριστούν οι αποτυχίες. Οι άκαμπτες στρατηγικές συμπεριφοράς που ακολουθούν την αρχή "του όλου ή ουδενός" και αναγνωρίζονται εύκολα από εκφράσεις όπως "πάντοτε", "ποτέ πια", "καθόλου", ή "μόνο", είναι προτιμότερο να αποφεύγονται. Ο ασθενής που επιχειρεί "να μην πει ποτέ αλκοόλ" ή "να τρώει μόνο ψωμί ολικής άλεσης",

αισθάνεται όλο το σύστημα έλεγχου της συμπεριφοράς να καταρρέει όταν πει "μόνο μια γουλιά αλκοόλ" ή όταν φάει "μόνο μια φέτα τoστ". Τέτοιου είδους συμβάντα έχουν τεράστια σημασία στην ψυχολογία του ασθενή γιατί ο αυτοέλεγχος μεταπίπτει στην αντιρρύθμιση: "πάλι δεν συγκρατήθηκα, τώρα είναι πλέον αδιάφορο". Η αποτυχία αυτή είναι επιζήμια για την αυτοπεποίθηση, αποσταθεροποιεί τη συμπεριφορά και επανενεργοποιεί "παλιές συνήθειες". Ο ελαστικός έλεγχος περιλαμβάνει σαφείς και ακριβείς οδηγίες που πρέπει να τηρηθούν, δεν οδηγεί όμως αμέσως στην κατάρρευση του όλου συστήματος με την παραμικρή ασήμαντη παρεκτροπή.

- Διεξοδική συζήτηση με τον ασθενή για την αρχή του ελαστικού έλεγχου, γιατί στην πράξη, ο ασθενής θέτει τον εαυτό του κάτω από στρατηγικές άκαμπτου έλεγχου.
- Συζήτηση με τον ασθενή ώστε να καθοριστεί με λεπτομέρεια τι πρέπει να θεωρείται ως επιτυχία και τι ως αποτυχία, έτσι ώστε γεγονότα που πρόκειται να παρουσιαστούν να μην εκληφθούν ως αποτυχίες. Η αποτυχία είναι υποκειμενική αξιολόγηση ενός γεγονότος. Για παράδειγμα, κάποιος ασθενής μπορεί να νιώθει το αίσθημα της αποτυχίας αν ξαναπάρει 1kg σωματικού βάρους μετά από μια προσπάθεια μείωσης του. Η επαναπρόσληψη σωματικού βάρους μετά από μια ενεργό φάση μείωσης, κατά την οποία συμβαίνουν αναγκαίες προσαρμογές στις καθημερινές συνήθειες, αλλά και κατά την οποία δομούνται πρωτεΐνες, είναι αρχικά αναπόφευκτη. Είναι ουσιώδες να κατανοήσει ο ασθενής ότι το σωματικό βάρος που δείχνει η ζυγαριά δεν είναι το αποκλειστικό κριτήριο, με βάση το οποίο αξιολογούνται οι προσπάθειες. Χρησιμοποίηση των θετικών μεταβολών των εργαστηριακών παραμέτρων ως απόδειξη βελτίωσης και αποτελεσματικότητας.
- Καταγραφή των στοιχείων του σωματικού βάρους μέσω πινάκων ή διαγραμμάτων, από τον ίδιο ασθενή. Έχει αποδειχτεί ότι η μέτρηση μια φορά την εβδομάδα είναι πιο αποτελεσματική, δεδομένου ότι οι διακυμάνσεις σε καθημερινή μέτρηση περισσότερο σύγχυση προκαλούν παρά πληροφόρηση
- Συζήτηση με τον ασθενή ώστε να προσδιοριστούν οι συγκεκριμένες καταστάσεις στρες που μπορεί να οδηγήσουν σε υπερφαγικά επεισόδια. Ο θυμός, η αναστάτωση, η ένταση, η συσσώρευση του εκνευρισμού, όπως η

και η ανία, η λύπη, η στενοχώρια είναι συχνά καταστάσεις που αυξάνουν την ανάγκη για φαγητό. Πολύ συχνή είναι η επίσης λεγόμενη "αντίδραση αποφυγής" που εμφανίζεται όταν ο ασθενής πρέπει να εκτελέσει μια δύσκολη εργασία. Αν πρόκειται για αντικειμενικά αγχογόνες καταστάσεις, όπως υπέρμετρος εκνευρισμός ή οι υπερβολικές απαιτήσεις στην εργασία ή στην οικογένεια, ο ασθενής θα πρέπει από μόνος του να μετριάσει το στρες. Η ανία μπορεί να αντιμετωπιστεί με ένα πρόγραμμα δραστηριότητας κατά τον ελεύθερο χρόνο, που θα αποτρέψει την αλόγιστη σκέψη του ασθενή στο φαγητό. Όταν οι καταστάσεις που προκαλούν το στρες αφορούν προβλήματα αυτοπεποίθησης, αισθήματα κατωτερότητας ή ανασφάλειες, τότε ο νοσηλευτής οφείλει να επικοινωνεί με τον ασθενή με σκοπό την αναπτέρωση του ηθικού του, την αύξηση του αυτοελέγχου του και της αυτοπεποίθησής του. Σύσταση στον ασθενή να έχει έτοιμη συγκεκριμένη ποσότητα και είδος φαγητού σε περίπτωση στρες. Το αίσθημα ότι ο ασθενής κάτω από πίεση μπορεί να φάει, μειώνει αυτή καθ' αυτή την ανάγκη για φαγητό. Ο ασθενής συνειδητοποιεί ότι μπορεί να φυλάξει τις ποσότητες αυτές για καταστάσεις περισσότερο έντονες.

- Σε περιπτώσεις που στο πλαίσιο της θεραπείας έχει επέλθει "κόπωση", συζήτηση εκ νέου των στόχων που έχουν τεθεί. Σύμφωνα με τον ασθενή η εναλλακτική ενός "διαλείμματος" με στόχο όμως τη διατήρηση του σωματικού βάρους που έχει επιτευχθεί σε σταθερό επίπεδο, δεν είναι κακή ιδέα.
- Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργούνται στις μη ελεγχόμενες διατροφικές συμπεριφορές, ανάλυση της συμπεριφοράς του ασθενή ώστε να διευκρινιστεί τι έφαγε και τι ήπιε ο ασθενής σε μια πρόσκληση ή σε μια εορτή και τι τον οδήγησε στις συγκεκριμένες επιλογές. Διδασκαλία του ασθενούς σχετικά με την υγιεινή διατροφή ώστε να είναι σε θέση να κάνει τις αντίστοιχες επιλογές τροφών σε τέτοιου είδους περιστάσεις. Εξάσκηση της αυτοπεποίθησης και ενθάρρυνση του ασθενή να δηλώνει φανερά την προσπάθειά του να αποκαταστήσει την υγεία του. Σε καμία περίπτωση η απόρριψη των εξόδων και των προσκλήσεων δεν αποτελεί λύση του προβλήματος αλλά αντίθετα στρατηγική αποφυγής, καθώς δε μπορεί ούτε μακροπρόθεσμα να διατηρηθεί, και μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση.

Νοσηλευτικές ενέργειες για τη σταθεροποίηση του σωματικού βάρους

Θα πρέπει να έχει προηγηθεί συζήτηση για το ενδεχόμενο αποσταθεροποίησης κατά την προσπάθεια σταθεροποίησης του σωματικού βάρους και της γενικότερης κατάστασης, ως αναμενόμενο γεγονός εν μέρει. Κύριοι νοσηλευτικοί ρόλοι είναι:

- Στο πλαίσιο της συζήτησης να ξεκαθαριστεί αν μεταβλήθηκαν οι ψυχοκοινωνικές συνθήκες στο περιβάλλον του ασθενούς, σε τέτοιο βαθμό που να μην μπορεί να ελέγξει τη συμπεριφορά του.
- Σύσταση ενός ημερολόγιου διατροφής που θα βοηθήσει τον άρρωστο να αποκτήσει ξανά τον απαιτούμενο έλεγχο
- Προτροπή για ένα ελαστικό πρόγραμμα διατροφής ή ενός ημερολόγιου διατροφής. Βασική αρχή είναι η κατανάλωση σε τέτοιο βαθμό και με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται το επιθυμητό αποτέλεσμα
- Να τονιστεί η σημασία της φυσικής δραστηριότητας σε φυσιολογικά όρια με σκοπό την αύξηση του βασικού μεταβολισμού, τη σύσφιξη και την περαιτέρω τόνωση του ηθικού και της αυτοπεποίθησης των ατόμων

1. **Νοσηλευτική διάγνωση:** διαταραχή του ισοζυγίου ύδατος με ηλεκτρολυτικές διαταραχές που οφείλονται στους αυτοπροσκαλούμενους εμετούς ή στις καθαρτικές μεθόδους

Νοσηλευτικοί αντικειμενικοί σκοποί: Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών όπως φαίνεται από:

- h) Τη φυσιολογική σπαργή του δέρματος
- i) Τους υγρούς βλεννογόνους
- j) Τις φυσιολογικές τιμές αρτηριακής πίεσης και σφίξεων
- k) Το ισοζύγιο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών
- l) Τη διατήρηση του ειδικού βάρους των ουρών στις φυσιολογικές τιμές
- m) Τη συνηθισμένη διανοητική κατάσταση
- n) Τις φυσιολογικές τιμές ηλεκτρολυτών πλάσματος και αερίων αίματος

Έλεγχος των καθαρτικών συμπεριφορών όπως αυτοπρόκληση εμετού ή χρήση διουρητικών – υπακτικών. Γνώση του ατόμου των βλαπτικών συνεπειών και των κινδύνων που επιφέρουν στην υγεία. Μη επανάληψή τους μετά την απομάκρυνση από το νοσοκομείο

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις: Λήψη μέτρων για την πρόληψη και αντιμετώπιση των διαταραχών του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών:

- Πρόσληψη υγρών τουλάχιστον 2500 ml/ημέρα
- Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και καταγραφή τους
- Λήψη τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε κάλιο όπως μπανάνες, βερίκοκα, πατάτες
- Χορήγηση σκευασμάτων ηλεκτρολυτών π.χ. χλωριούχο κάλιο και σκευάσματα βιταμίνης D για αύξηση της εντερικής απορρόφησης ασβεστίου
- Λήψη μέτρων για αποτροπή των αυτοπρόκλητων εμετών όπως στενή επίβλεψη μετά τα γεύματα(Carner,1997)

2. Νοσηλευτική διάγνωση: διαταραχή του ενεργειακού ισοζυγίου, της κατάστασης θρέψης του ατόμου, ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος που εκδηλώνεται με την αξιοσημείωτη απώλεια βάρους και οφείλεται στον υποσιτισμό.

Νοσηλευτικοί αντικειμενικοί σκοποί: Διατήρηση επαρκούς θρέψης η οποία διαπιστούται από:

- Την αποκατάσταση του βάρους και των διατροφικών ανεπαρειών
- Τη φυσιολογική λευκωματίνη ορού, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνη, τρανσφερίνη και τιμές λεμφοκυτταρων
- Το πάχος της δερματικής πτυχής του τρικέφαλου
- Τη μυϊκή ισχύ και την ανοχή στην κόπωση
- Τον υγιή στοματικό βλεννογόνο
- Ομαλοποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς του ατόμου

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης του ατόμου, εκτίμηση σημείων συμπτωμάτων κακής θρέψης:
 - βάρος < 90% του κανονικού σύμφωνα με το ύψος και την ηλικία
 - χαμηλή λευκωματίνη ορού, αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη, τρανσφερίνη και τιμές λεμφοκύτταρων
 - πάχος δερματικής πτυχής τρικέφαλου μικρότερο του κανονικού
 - αδυναμία. κόπωση
 - στοματίτιδα
- Λήψη διατροφικού ιστορικού με σκοπό τον προσδιορισμό της πρόσληψης τροφής πριν την έναρξη της νόσου, την εκτίμηση της παρούσας ενεργειακής και πρωτεϊνικής πρόσληψης, των διατροφικών συνηθειών και προτιμήσεων καθώς και της φυσικής δραστηριότητας του ασθενούς. Επαλήθευση των πληροφοριών από τους γονείς ή τα πρόσωπα του άμεσου περιβάλλοντος, λόγω του ότι οι ασθενείς αρνούνται την ύπαρξη προβλημάτων διατροφής δηλώνοντας ικανοποιητική πρόσληψη. Ανίχνευση των τροφίμων που δεν προτιμά πραγματικά ο ασθενής, όχι λόγω της νόσου του. Επικοινωνία με τον ασθενή με σκοπό την δημιουργία αισθήματος ασφάλειας, εμπιστοσύνης και την εξασφάλιση της συνεργασίας του
- Προσδιορισμός του επιθυμητού βάρους με βάση το ύψος, την ηλικία και άλλους παραμέτρους από τους πίνακες αναφοράς. Σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις επιθυμητό θεωρείται το βάρος στο οποίο αναμένεται η αποκατάσταση της έμμηνου ρύσεως. Οι πίνακες ανάπτυξης ίσως να μην είναι πάντοτε κατάλληλοι για τα παιδιά, αφού το ύψος τους ίσως δεν είναι ικανοποιητικό λόγω της μειωμένης θερμιδικής πρόσληψης. Καλό είναι ο ασθενής να συμμετέχει στον καθορισμό του προγράμματος διατροφής και επιθυμητού βάρους
- Επανασίτιση του ασθενούς πρέπει να διεξάγεται αργά και σταδιακά, αφενός για λόγους ψυχολογικούς – μεγάλες ποσότητες τροφής εντείνουν το φόβο της παχυσαρκίας και προκαλούν άρνηση – και αφετέρου λόγω του ότι απότομη λήψη τροφής και υγρών οδηγεί: α) σε αύξηση των εξωκυττάρων υγρών, σε αύξηση του όγκου του πλάσματος, σε περιφερικό οίδημα, καρδιακές

αρρυθμίες και τέλος στο θάνατο, β) σε γαστρεντερικές διαταραχές όπως γαστρική διάταση, τυμπανισμός και διάρροια λόγω μειωμένης εντερικής ενζυμικής δραστηριότητας.

Οι αρχές σίτισης περιλαμβάνουν:

- Αποκατάσταση ηλεκτρολυτών
- Περιορισμένη λήψη νατρίου για την αποφυγή οιδήματος
- Παροχή ιχνοστοιχείων και βιταμινών
- Χορήγηση διατροφικών συμπληρωμάτων όταν οι ασθενείς δεν είναι πρόθυμοι να σιτιστούν, ως ένα μεταβατικό στάδιο της θεραπείας
- Θερμιδική πρόσληψη που να καλύπτει τις ανάγκες του βασικού μεταβολισμού. (ο βασικός μεταβολισμός υπολογίζεται από την εξίσωση Harris Benedict ή άλλες πιο ακριβείς μεθόδους. Δεδομένου ότι ο ασθενής ακινητοποιείται από πλαίσιο της νοσοκομειακής αγωγής, ενεργειακή πρόσληψη σε αυτό το επίπεδο δύναται να σταματήσει την απώλεια βάρους προσωρινά)
- Σταδιακή θερμιδική αύξηση. Στην αρχική θερμιδική πρόσληψη αύξηση κατά 200-500 θερμίδες την εβδομάδα με τελικό στόχο την πρόσληψη 3000-5000 θερμίδων / ημέρα θεωρείται ικανοποιητική. Στη θερμιδική πρόσληψη πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη η αύξηση του βασικού μεταβολισμού, που αποκαθιστάται παράλληλα με το βάρος. Η κάλυψη των ημερήσιων θερμιδικών αναγκών πρέπει να γίνεται με τη μορφή τριών κυρίως γευμάτων και μικρότερων ενδιάμεσων, με βάση τις διατροφικές προτιμήσεις του ασθενή.
- Καθημερινό ζύγισμα του ασθενούς. Το βάρος του σώματος θα πρέπει να ελέγχεται καθημερινά την ίδια πρωινή ώρα, αφού το άτομο έχει ενεργηθεί. Το ζύγισμα πρέπει να γίνεται πάντα με τα ίδια ελαφρά ρούχα κάθε φορά. (ο ασθενής μπορεί να φοράει βάρη στα ρούχα του κατά τη διάρκεια του ζυγίσματος ή να μην ενεργείται πριν από την καθημερινή ζύγιση, για αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να είναι προσεκτικός, παρατηρητικός και διακριτικός). Η αύξηση βάρους αποτελεί δείκτη καταλληλότητας της δίαιτας. Αύξηση κατά 0,1- 0,15kg/εβδομάδα θεωρείται ικανοποιητική. Τις πρώτες εβδομάδες

επανασίτισης η αύξηση του βάρους αναφέρεται σε αύξηση των εξωκυττάρων υγρών, χωρίς απαραίτητα την εμφάνιση οιδήματος. Σύμφωνα με εκτιμήσεις πρώτα αποκαθίσταται το κάλιο του σώματος, ανασχηματίζεται ο λιπώδης ιστός και μετά αποθηκεύεται νάτριο για την ανασύνθεση μυϊκής μάζας.

- Όταν η άρνηση για σίτιση είναι έντονη ή αύξηση του βάρους μικρότερη από 0.1kg/ ημέρα, κρίνεται αναγκαία η ρινογαστρική σίτιση ενώ όταν η απώλεια βάρους είναι πάνω από 50% του φυσιολογικού, είναι ιδιαίτερα απειλητική για τη ζωή και εφαρμόζεται παρεντερική σίτιση. Η εντερική ή ολική παρεντερική σίτιση επιδεινώνουν το αίσθημα της απώλειας του έλεγχου και καθυστερούν την ανάρρωση για αυτό καλό είναι να αποφεύγονται. (Μπουκέα,1991)

3. **Νοσηλευτική διάγνωση:** διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας, ανεπαρκής ή υπερβολικά αναποτελεσματική ποιότητα κοινωνικής συναλλαγής που οφείλεται στη διαταραχή της αυτό – ιδέας, στη χαμηλή αυτοεκτίμηση, στην αίσθηση της έλλειψης αυτονομίας, σε ιστορικό μη ικανοποιητικών οικογενειακών σχέσεων.

Νοσηλευτικοί αντικειμενικοί σκοποί:

- Σύναψη θεραπευτικής συμμαχίας
- Επικοινωνία με συνασθενείς και προσωπικό
- Ενεργητική συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες
- Αίσθημα άνεσης και ικανοποίησης κατά την επικοινωνία με τους άλλους
- Συνειδητοποίηση ατομικών προβλημάτων που δυσχεραίνουν την επικοινωνία με τους άλλους

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Σύντομες συχνές συναντήσεις (5'-10') με τον ασθενή στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Προειδοποίηση του ασθενή για ποτέ και πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Συνέπεια του νοσηλευτή στην ώρα της συνάντησης και παραμονή κοντά στον ασθενή όλη την προγραμματισμένη ώρα. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνουν την εμπιστοσύνη. Ο ασθενής αισθάνεται τη νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί να την κερδίσει. Παραμονή δίπλα στον ασθενή ακόμα και όταν εκείνος δε δύναται ή

δε θέλει να μιλήσει. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτή τον βεβαιώνει ότι τον θεωρεί πρόσωπο με αξία.

- Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Ενθάρρυνση του ασθενή να μην επικεντρώνεται σε θέματα διατροφής μόνο, αλλά σε θέματα που αφορούν τις ανθρώπινες σχέσεις. Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως να ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσής τους με ανεύθυνες πράξεις ή ακατάλληλους τρόπους. Ενθάρρυνση να εκφράζει ο ασθενής τις ανησυχίες, τους προβληματισμούς, το συναίσθημα του πόνου (σωματικού ή ψυχικού), τις απορίες του.
- Βαθμιαία ενσωμάτωση του ασθενή σε συζητήσεις με άλλους ασθενείς και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής του. Ενθάρρυνση τηλεφωνημάτων και επισκέψεων με υποστηρικτικά σημαντικά πρόσωπα. Επιδοκιμασία των οποιονδήποτε προσπαθειών του. Όλα αυτά ενεργούν ως θετικοί ενισχυτές του αισθήματος της προσωπικής του αξίας και της ικανοποίησης από τις κοινωνικές επαφές. Μέσα στην ομάδα ο ασθενής θα δοκιμάσει την υποστήριξη και το αίσθημα αποδοχής από τους άλλους, λόγω της προσωπικότητάς του και όχι λόγω της εξωτερικής του εμφάνισης. (Ραγιά, 2001)

4. Νοσηλευτική διάγνωση: Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα γίνει παχύ, που οφείλεται στη διαταραγμένη αντίληψη του εαυτού και μπορεί να επιφέρει την άρνηση για συνεργασία και την αντίσταση στη θεραπεία.

Νοσηλευτικοί αντικειμενικοί σκοποί:

- Γνώση του ατόμου των επιπτώσεων του υποσιτισμού, της σημασίας της σωστής θρέψης για την υγεία και την ανάπτυξη του ατόμου
- Εξασφάλιση της συμμόρφωσης αλλά και της συνεργασίας του ατόμου στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Ενημέρωση του ατόμου σχετικά με τις συνέπειες της ασιτίας
- Διαβεβαιώσεις πως η δίαιτα ελεγχόμενη ως είναι, δε θα προκαλέσει αύξηση βάρους πάνω από αυτή που έχει ορισθεί και έχει αποδεχθεί ο ασθενής

- Επεξηγήσεις σχετικά με τις μεταβολές του σώματος κατά την επανασίτιση και διαβεβαιώσεις πως το βάρος που επανακτάται είναι κυρίως μυϊκός ιστός και όχι λιπώδης
- Αποφυγή απόκρυψης από τον ασθενή πηγών ενέργειας στην τροφή. Αν γίνεται χρήση διατροφικών συμπληρωμάτων, ο ασθενής πρέπει πάντα να είναι ενήμερος της κατάστασης. Με αυτόν τον τρόπο ο νοσηλευτής κερδίζει την εμπιστοσύνη του ασθενούς και αποτρέπονται πιθανές αντιπαραθέσεις στην περίπτωση που ο ασθενής το ανακαλύψει
- Κατά την επανασίτιση του ασθενούς, η γαστρική διάταση σε συνδυασμό με την αύξηση του εντερικού περιεχομένου, δίνουν αίσθηση δυσφορίας στον ασθενή, επειδή νομίζει ότι η πρόσληψη τροφής είναι μεγαλύτερη από την πραγματική. Οι λόγοι της δυσφορίας πρέπει να επεξηγηθούν ώστε να γίνει κατανοητό ότι αυτό το αίσθημα είναι φυσιολογικό. Επιπλέον η δυσκοιλιότητα του ασθενούς μπορεί να αντιμετωπισθεί με χορήγηση μαλακτικών των κοπράνων.
- Η θερμιδική αύξηση πρέπει να γίνεται σταδιακά. Αυτό επιτρέπει την ψυχολογική προσαρμογή του ασθενούς, που απαιτείται για την αποδοχή της αύξησης του σωματικού βάρους.
- Η προσφερόμενη τροφή πρέπει να είναι όλη αναλώσιμη και να μην απωθεί τον ασθενή. Μεγάλες ποσότητες λίπους, κόκκαλα, δέρμα πουλερικών, καλό είναι να αποφεύγονται ώστε να είναι εύκολη η εκτίμηση της ποσότητας που πραγματικά καταναλώνεται . Η διάρκεια των γευμάτων είναι συγκεκριμένη 30-45 min, ώστε να υπάρχει περιθώριο για σκέψεις και ανησυχία σχετικά με την τροφή. (Μπουκέα 1991)

5. **Νοσηλευτική διάγνωση:** διαταραχή της εικόνας του σώματος, που οφείλεται σε αντιληπτικούς, ψυχοκοινωνικούς, πολιτισμικούς και συναισθηματικούς παράγοντες

Αντικειμενικοί σκοποί:

- Ο ασθενής να θέσει ρεαλιστικούς στόχους σχετικά με το μέγεθος του σώματος

- Να αναγνωρίσει πολιτιστικούς / κοινωνικούς παράγοντες που ενθαρρύνουν το λεπτό κορμί, ιδιαίτερα στις γυναίκες
- Να επισημάνει και να δεχθεί τα θετικά σημεία του σώματός του

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Ο νοσηλευτής πρέπει να συζητήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις που έχει το άτομο για το επιθυμητό σχήμα σώματος γιατί η κατανόηση των αντιφατικών μηνυμάτων βοηθά τον πάσχοντα να τα ξεκαθαρίσει.
- Να ενθαρρύνει την έμφαση σε θετικά σωματικά χαρακτηριστικά γιατί η αναγνώριση των θετικών χαρακτηριστικών αυξάνει την αυτοεκτίμηση του ασθενή
- Να προβάλλει μια θεραπεία που σκοπό έχει την αποδοχή του σώματος από τον ασθενή γιατί η αποδοχή του σώματος συμβάλλει στη δημιουργία μιας θετικής αυτό-εικόνας. Αυτό μπορεί να συμβεί με το να ανακαλύψει ο ασθενής τις θετικές και αρνητικές πλευρές του σώματός του και να τις αποδεχθεί
- Να εκτιμήσει ο νοσηλευτής αν η αντίληψη που έχει το άτομο για το σωματικό του "Εγώ", είναι σύμφωνη με την πραγματική εικόνα και αυτό μπορεί να συμβεί αν ο νοσηλευτής ζωγραφίσει το περίγραμμα του σώματος του ασθενή με κιμωλία στον τοίχο, ώστε να το συγκρίνει ο ασθενής με το πραγματικό περίγραμμα του σώματός του.

11.9.7 ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ / ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή επεκτείνεται και εκτός νοσοκομειακής περίθαλψης, στην οργάνωση της φροντίδας του ασθενούς, περαιτέρω της πια αποκατεστημένης και σταθεροποιημένης οργανοβιολογικής του κατάστασης. Θα γίνει εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς από τη θεραπευτική ομάδα και θα τεθούν οι μακροπρόθεσμοι στόχοι για τη φροντίδα εκτός νοσοκομείου και την ολοκλήρωση της αποκατάστασής του. Ο ασθενής παρακολουθείται με κατ'οίκον επισκέψεις ανά τακτά χρονικά διαστήματα από τον κοινοτικό νοσηλευτή και την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα:

- ✓ Ενθαρρύνεται η συνέχιση της οικογενειακής, ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας και ενημερώνεται ο ασθενής για τις υπηρεσίες και τα προγράμματα όπου μπορεί να απευθυνθεί.
- ✓ Ενημερώνεται πώς μπορεί να εισαχθεί ξανά στο νοσοκομείο σε περίπτωση υποτροπής.
- ✓ Παρακολουθείται για τυχόν ανάγκη φαρμακευτικής παρέμβασης.
- ✓ Χορηγούνται αγχολυτικά αν ο ασθενής δεν είναι ικανός να εκτελέσει δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Συνοπτικά συμπεραίνουμε: αν και οι πιο πολλοί ασθενείς με διατροφική διαταραχή λαμβάνουν φροντίδα σε εξωνοσοκομειακές θεραπευτικές δομές, η νοσηλεία είναι αναγκαία για εκείνους που βρίσκονται σε επικίνδυνη φάση υποσιτισμού και έχει διαταραχθεί η οργανική του λειτουργία. Η ενδονοσοκομειακή νοσηλευτική φροντίδα δρομολογείται προς σταθεροποίηση του επιπέδου υγείας, συμπεριλαμβανομένων των μελετημένων παρεμβάσεων που στόχο έχουν την βελτίωση του υποσιτισμού, τη γνωστική και ιατρική σταθερότητα.

11.9.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Από αυτή τη φάση, εκτός νοσοκομείου, το νοσηλευτικό έργο επάξια αναλαμβάνει ο νοσηλευτής στην κοινότητα. Η θεραπεία και η αποκατάσταση του ασθενή μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο και η πρόληψη είναι ζητήματα με τα οποία ασχολείται ο κοινοτικός νοσηλευτής. Η οργάνωση της φροντίδας του ασθενή τώρα, ενισχύεται με τις πληροφορίες από το νοσοκομείο που νοσήλευσε τον ασθενή αλλά και από την αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου στην επικοινωνία με την επιστημονική ομάδα. Καθοδηγεί και συμβουλεύει τον ασθενή και τον οικογενειακό του περίγυρο που συμβιώνει καθημερινά με το πρόβλημα του ασθενή. Προσφέρει σημαντικό έργο στην αποφόρτιση των ψυχοπνευματικών συναισθημάτων και στην εκπαίδευση της οικογένειας και του ασθενή σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία της.

Σε ένα πιο ευρύ πεδίο ενεργοποίησης συμβάλλει και οργανώνει τις ενέργειες που στοχεύουν στην ενημέρωση της κοινότητας αρχικά για το συγκεκριμένο πρόβλημα των διατροφικών διαταραχών αλλά και για τις

προεκτάσεις του, και τις συνοδές καταστάσεις του. Στη συνέχεια διερευνά και ανιχνεύει το πρόβλημα έτσι ώστε να προληφθεί και να ιαθεί έγκαιρα. Αυτό επιτυγχάνεται με συμβουλευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια και στην κοινότητα – σε σχολεία κυρίως- εφόσον οι νέοι σε εφηβικές ηλικίες είναι η πιο επιρρεπής πληθυσμιακή ομάδα στις διατροφικές διαταραχές. Επιπλέον αποτελεσματική μέθοδος είναι η διεκπεραίωση ομιλιών και συζητήσεων σχετικά με θέματα διατροφής και δίαιτας, προωθώντας ένα υγιές μοντέλο ζωής το οποίο στηρίζεται στην ισορροπημένη διατροφή και συμπεριφορά με το φαγητό.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ μέσω της γνωστικής- συμπεριφορικής θεραπείας

Το πιο σημαντικό βήμα είναι η συγκαταβατικότητα του ασθενή να συνεργαστεί με τον κοινοτικό νοσηλευτή. Κύριος στόχος από αυτό το σημείο και έπειτα, είναι η αλλαγή του βάρους προς το ιδεώδες σωματικό βάρος και η σταθεροποίησή του. Είναι σχετικά εύκολο για τον ασθενή να χάσει ή να πάρει βάρος, είναι όμως δυσκολότερο να διατηρήσει το βάρος του μέσα στα επιθυμητά όρια για μακρύ χρονικό διάστημα χωρίς υπότροπες. Βασικός παράγοντας για να το επιτύχει αυτό είναι η εφαρμογή της γνωστικής – συμπεριφορικής θεραπείας, και κατά πόσο θεραπευτική είναι η συμπεριφορά του νοσηλευτή απέναντι στον ασθενή.

Ο ασθενής πρέπει να έχει συνείδηση του ότι πρέπει να αλλάξει τον τρόπο ζωής του, τη συμπεριφορά και τις συνήθειές του απέναντι στο φαγητό. Παράλληλα να έχει επίγνωση ότι οι διαταραχές διατροφής δεν υφίστανται μεμονωμένες, αλλά είναι το αποτέλεσμα μιας αντίδρασης προς ορισμένα γεγονότα στη ζωή, (και δη μιας γυναίκας κυρίως.) Για αυτό το λόγο πρέπει όλο το νοσηλευτικό πλαίσιο να καλύπτει και τα άλλα προβλήματα και τις ανάγκες του ατόμου, και να το βοηθήσει να μάθει εναλλακτικούς τρόπους με τους οποίους θα τα αντιμετωπίζει, και όχι αποφεύγοντας το φαγητό. Στη θεραπευτική αυτή προσπάθεια είναι σημαντικό να αντιλαμβάνεται ο ασθενής την τροφή όχι με φόβο και ως μέσο που θα του προκαλέσει ανάλογα καλό ή κακό, αλλά ως μια βασική βιολογική ανάγκη που πρέπει να καλύπτει με μέτρο.

Εάν το άτομο πετύχει αυτή την αλλαγή, χρειάζεται κίνητρα τα οποία μπορεί να παρέχει ο νοσηλευτής, δύναμη, επιμονή και ένα συνεχιζόμενο ερέθισμα για αλλαγή. Χρειάζεται ακόμα την αμέριστη υποστήριξη,

συμπαράσταση και ενθάρρυνση από την πλευρά του νοσηλευτή που είναι σύμμαχός του σε αυτόν το δύσκολο αγώνα. Η αναγνώριση και αποδοχή των παραγόντων – κοινωνικών, ψυχολογικών, φυσιολογικών, οικογενειακών- οι οποίοι συμβάλλουν στη διατήρηση της διαταραγμένης συμπεριφοράς του προς το φαγητό, θα βοηθήσει το άτομο στην πραγματοποίηση της αλλαγής. Ένα ακόμη γεγονός που θα φανεί χρήσιμο στον ασθενή είναι να αντιληφθεί ότι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής του είναι εξίσου σημαντικές με τις αλλαγές του σωματικού του βάρους και ότι και οι δυο είναι αλληλένδετες. Τέλος, πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η απόφαση να αλλάξει τη διατροφική του συμπεριφορά, έχει παρθεί ουσιαστικά από τον ίδιο και δεν είναι επιβολή κάποιου τρίτου αλλά αποτέλεσμα κοινής προσπάθειας όλων όσων ενδιαφέρονται για αυτόν και τον ίδιο. Ότι για να πετύχει το επιθυμητό για το ύψος και την ηλικία του βάρος, πρέπει να ενισχύεται συχνά στη διάρκεια της ζωής του και ότι μπορεί να χρειαστεί βοήθεια και υποστήριξη από τη θεραπευτική ομάδα ώστε να διατηρήσει το βάρος του και να μην υποτροπιάσει. Η ολοκλήρωση της θεραπείας είναι μακροχρόνια και διαρκεί από 2 έως και 8 χρόνια ανάλογα των περιπτώσεων.

Ερωτήσεις για τη διερεύνηση Ψυχογενούς Ανορεξίας σε κοπέλες 18-22 ετών

- § Νιώθεις δυσαρέσκεια με το μέγεθος του σώματός σου;
- § Το βάρος επηρεάζει τον τρόπο που νιώθεις για τον εαυτό σου;
- § Πόσες δίαιτες έχεις επιχειρήσει τον τελευταίο χρόνο;
- § Πιστεύεις ότι θα πρέπει να κανείς δίαιτα;

Ερωτήσεις για ασθενείς έτσι ώστε να γίνει διάκριση μεταξύ των συνηθισμένων ασχολιών με τη δίαιτα και την απώλεια βάρους.

- § Πες μου τους τρόπους με τους οποίους τα προβλήματα διατροφής επηρέασαν τη ζωή σου, τη δουλειά, τις προσωπικές σχέσεις, τον τρόπο που αντιλαμβάνεσαι τον εαυτό σου.
- § Ποιό από τα προβλήματα με τη διατροφή σε ενοχλεί πιο πολύ
- § Ποιά θα έλεγες πως είναι τα μεγαλύτερα προβλήματα σχετικά με τη διατροφή σου

- § Έχεις φυσιολογικό έμμηνο κύκλο; Αν όχι ποτέ σταμάτησε η περίοδος σου;
- § Πώς νιώθεις για το ενδεχόμενο να παχύνεις, νομίζεις ότι είσαι παχιά τώρα;
- § Ποιό είναι το μεγαλύτερο βάρος που πέτυχες ποτέ;
- § Με ποιούς τρόπους χάνεις βάρος ώστε να φτάσεις στο βάρος- στόχο;
- § Πόσο θέλεις να ζυγίζεις τώρα;
- § Γιατί θέλεις να ζυγίζεις τόσο;
- § Μπορείς να μου πεις πόση ώρα την ημέρα ξοδεύεις σκεπτόμενη το φαγητό, πώς να χάσεις βάρος, τη διαίτα, την εμφάνισή σου;

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ως μέρος του νοσηλευτικού έργου

Κύριος στόχος της συμβουλευτικής της διατροφής είναι η σταθεροποίηση του βάρους και η διατήρησή του μέσω της επαρκούς πρόσληψης θερμίδων που προωθούν την απόκτηση βάρους. Για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι απαραίτητη η ενισχυτική συμβολή της συμβουλευτικής της διατροφής, η οποία παρέχει καθοδήγηση, επιβεβαίωση και βοήθεια μέσω συγκεκριμένης επιλογής τροφών.

Η εμπλοκή/παρέμβαση του νοσηλευτή σε αυτό το κομμάτι αφορά στα παρακάτω:

1. Να βρίσκεται σε συχνή επικοινωνία με το διαιτολόγο ώστε να εκτιμάται η κατάσταση του ασθενή
2. Να τονίζει στον ασθενή πως δεν πρέπει να απορρίπτει κάποια διατροφικά στοιχεία από τη διατροφή του και να μεταλαμπαδεύει στον ασθενή τη σημασία της ισορροπημένης διατροφής για την πρόληψη των επιπλοκών και τη σταθεροποίηση του βάρους του
3. Θα πρέπει να επισημαίνει την διατροφική αξία των τροφών που περιέχουν ασβέστιο για την πρόληψη οστεοπόρωσης, ή τροφών που περιέχουν σίδηρο για την πρόληψη αναιμίας, ή σε φυτικές ίνες πλούσια γεύματα για την καλή κινητοποίηση του εντέρου, την πόση πολλών υγρών για την πρόληψη αφυδάτωσης κλπ.
4. Θα πρέπει ο νοσηλευτής να υποστηρίζει και να τονώνει τον ασθενή να τηρεί το διατροφικό/ θεραπευτικό πλάνο που έχει προταθεί από κοινή συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας

5. Είναι σημαντική η θετική ενθάρρυνση του ασθενή όταν αποκλίνει από την τήρηση του διατροφικού πλάνου

ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ/ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ως επικουρικός παράγοντας αποκατάστασης της υγείας των ατόμων με διατροφική διαταραχή.

Οι ασθενείς με διατροφική διαταραχή θα πρέπει να λάβουν ειδικευμένη φροντίδα. Τα προγράμματα στην κοινότητα για την αντιμετώπιση διαταραγμένων συμπεριφορών διατροφής βρίσκονται σε υβριδικό στάδιο, είτε επειδή το πρόβλημα στην Ελλάδα αποσωπάται εν μέρει, δεν είναι τόσο γνωστό, είτε επειδή δεν έχει μεγάλες διαστάσεις όπως στις ανεπτυγμένες χώρες. Θα πρέπει να παρέχεται εκπαίδευση και θεραπεία στους ασθενείς από ειδικευμένα προγράμματα υγείας.

Αποτελεσματικά προγράμματα στην κοινότητα είναι εκείνα με συμμετέχοντες που μόλις αρχίζουν, και άλλους που παρακολουθούν μακροχρόνια τα προγράμματα. Ως προς τη θεραπεία που παρέχουν, αυτή, θα πρέπει να είναι μια λειτουργική σύζευξη πολλών θεραπευτικών επιλογών και μεθόδων, επιστημονικά αποτελεσματική. Η θεραπεία με τη χρήση μιας θεραπευτικής μεθόδου πρέπει να αποφεύγεται γιατί η μακρόχρονη φύση των διατροφικών διαταραχών και οι μακροχρόνιες απαιτήσεις της θεραπείας, την καθιστούν αναποτελεσματική.

Η διασυνδεδετική ψυχολογία/ψυχιατρική διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στην αντιμετώπιση αναγκών για φροντίδα υγείας με το να βοηθά τους ασθενείς να ενδοσκοπήσουν και κατόπιν να προετοιμαστούν ώστε να συμμετέχουν σε ειδικευμένα προγράμματα της κοινότητας.

Η ανάρρωση από τις διατροφικές διαταραχές απαιτεί ιδιαίτερη ατομική προσπάθεια. Οι ασθενείς που δεν είναι προετοιμασμένοι κατάλληλα και έχουν λανθασμένη αντίληψη για τη θεραπεία (όπως φαντασιώσεις ότι σώζονται, ή φόβους ότι ταπεινώνονται) ή απλά δεν ξέρουν τι να περιμένουν από τη θεραπεία, μπορεί να αντιδράσουν αρνητικά στην ειδικευμένη φροντίδα. Η δυνατότητα να μιλήσει ο ασθενής στο νοσηλευτή σχετικά με τις σκέψεις του και τα προβλήματα που τον απασχολούν πριν την έναρξη της ειδικευμένης φροντίδας, μπορεί να δώσουν στον ασθενή την ευκαιρία να ξεδιαλύνει οποιαδήποτε μπερδεμένα συναισθήματα έχει σχετικά με την ανάρρωση.

Είναι πολύ σημαντικό για τον νοσηλευτή και ανακουφιστικό για τον ασθενή να μιλήσει για τις ελπίδες του, τους φόβους που νιώθει, το έντονο άγχος που τον εξουθενώνει. Στόχος της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής είναι να παρέχει στον ασθενή τα κατάλληλα κίνητρα που είναι απαραίτητα ώστε να επιτευχθεί η προσαρμογή του ασθενή στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Η δημιουργία κινήτρων ως βασικό στοιχείο και στόχος της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής, αναφέρεται στο επίπεδο αποδοχής της ανάγκης του ασθενή

για αλλαγή της διατροφικής του συμπεριφοράς, στην κατανόηση της σημαντικότητας αυτής της αλλαγής, στην κατανόηση της προσωπικής προσπάθειας που είναι απαραίτητη έτσι ώστε να επιτευχθεί η αλλαγή, και τέλος στη προθυμία έτσι ώστε να γίνει η θεραπευτική διαδικασία προσωπική προτεραιότητα του ασθενή. Η δημιουργία κινήτρων θα πρέπει να εφαρμόζεται ως μια πρωταρχική, συνεχόμενη και καθημερινή ανάγκη. Οι ασθενείς με τη βοήθεια των νοσηλευτών θα πρέπει να εργαστούν ώστε να ανακαλύψουν τις δικές τους μοναδικές μεθόδους ανάπτυξης κινήτρων. Για πολλούς η δημιουργία κινήτρων αρχίζει με την αναγνώριση των σημαντικών προσωπικών αναγκών τους.

Στόχος της δημιουργίας κινήτρων επιπρόσθετα είναι η προστασία του ασθενή από το φόβο μήπως εγκαταλείψει την προσπάθεια. Αυτό μπορεί να συμβεί όταν η βελτίωση επέρχεται σταδιακά και μακροπρόθεσμα ή όταν υπάρχουν αποτυχίες νωρίς ή εμπόδια υπότροπης. Το τελικό αποτέλεσμα είναι για τους ασθενείς να αρχίζουν να καθορίζουν τις διατροφικές τους συμπεριφορές ως μη αποτελεσματικές για αυτούς πια ή περισσότερο ως προβλήματα παρά ως λύσεις.

ΟΜΑΔΕΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΜΑΔΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Το όφελος από την συμμετοχή στην ομάδα μπορεί να συνεισφέρει στο γεγονός ότι πολλά από αυτά που μαθαίνουμε στη ζωή, τα αποκτούμε διάμεσου της συμμετοχής σε σημαντικές κοινωνικές ομάδες, με αρχή την οικογένεια. Οι ομάδες αποτελούν μια τεραστία πηγή πληροφοριών θετικών ή αρνητικών για το ποιοί είμαστε. Η συμμετοχή σε τέτοιες ομάδες μπορεί να μειώσει τη δυσκολία για την αλλαγή μακροχρόνιων σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών που αφορούν το βάρος και το φαγητό.

Η αποτελεσματική αυτοβοήθεια και οι ομάδες υποστήριξης μπορούν να το κάνουν δυνατό για τους ασθενείς να δοκιμάσουν μια θετική αυτοαντίληψη. Αισθάνονται άνετα όταν αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους θετικά πριν χρειαστεί να βασιστούν σε τέτοιες δεξιότητες, σε δύσκολες και στρεσογόνες καταστάσεις εκτός ομάδας. Οι ώριμες ή καθιερωμένες ομάδες μπορούν να παρέχουν στα μέλη τους αυτή την εμπειρία όταν τα μέλη των ομάδων μοιράζονται το ένα την επιτυχία του άλλου. Προϋπόθεση απαραίτητη για την καταλληλότητα τέτοιων ομάδων είναι να έχουν σωστή οργάνωση και συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα που θα παρέχει βοήθεια ή καθοδήγηση όποτε είναι αναγκαίο. Για αυτούς τους λόγους ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τη συμμετοχή του ασθενή σε τέτοιες ομάδες εφόσον πρώτα εκτιμήσει την κατάστασή του, και προβεί την κατάλληλη στιγμή που το άτομο θα είναι έτοιμο να δεχτεί την συμμετοχή του σε τέτοιες ομάδες.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ

Η οικογένεια είναι ο πυρήνας μέσα στον οποίο δημιουργείται η προσωπικότητα ενός ατόμου και καθορίζεται η εξέλιξή του. Για παράδειγμα, η τυχόν κοινωνική απομόνωση της οικογένειας ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα τη μη σωστή κοινωνικοποίηση των μελών της. Ακόμα, ψυχολογικά, πνευματικά αλλά και οικονομικά προβλήματα στην οικογένεια, επιφέρουν στην εύκολη προσφυγή στο φαγητού. Οι σχέσεις λοιπόν των μελών μιας οικογένειας αλληλοεπηρεάζονται και αλληλοκαθορίζονται και η σύνδεση του ατόμου με την οικογένεια είναι πολύ ισχυρή. Είναι φυσικό όταν ένα μέλος της πάσχει, να πάσχει όλη η οικογένεια και να βιώνει και αυτή την κατάσταση του μέλους. Σημαντική λοιπόν είναι η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία και η εκπαίδευσή της ως προς την αντιμετώπιση της κατάστασης του μέλους της.

Είναι δύσκολο για τους γονείς να βλέπουν το παιδί τους να αντιμετωπίζει μια δύσκολη κατάσταση υγείας και να μην γνωρίζουν πώς να το αντιμετωπίσουν ή πώς να χειριστούν την κατάσταση. Συνήθως πολύ έντονα συναισθήματα κατακλύζουν την ψυχή των γονιών τα οποία οφείλονται κυρίως στην άγνοιά τους για την διαταραχή, την αιτιολογία, τα συμπτώματα, τη θεραπεία της. Νιώθουν ντροπή εξαιτίας των εμφανών συμπτωμάτων της ασθένειας και αντιλαμβάνονται

την παρουσία αυτών, ως δική τους αποτυχία να αναθρέψουν σωστά το παιδί τους. Κατηγορούν τον εαυτό τους για την πρόκληση της ασθένειας αν και δεν έχουν ξεκαθαρίσει που ακριβώς έχουν κάνει το λάθος. Για αυτό κάνουν υποθέσεις ότι το παιδί τους αρνείται την τροφή για να τους τιμωρήσει. Πολλοί γονείς νιώθουν ένα έντονο συναίσθημα απώλειας επειδή η συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού τους διαταράσσεται. Γενικά τα συναισθήματα που δημιουργούνται είναι έντονα και ψυχοπιεστικά με αποτέλεσμα να καθιστούν επιτακτική την συμβολή του νοσηλευτή και δη του κοινοτικού νοσηλευτή. Ο ρόλος του τελευταίου είναι βοηθητικός και κατευθυντήριο ως προς την ανακούφιση του προβλήματος και την αποκατάσταση των συναισθημάτων, εγκαθιδρύοντας μια σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού με την οικογένεια. Θα πρέπει επιπρόσθετα να ανακουφίσει από τα ενοχικά συναισθήματα τα μέλη της οικογένειας, εξηγώντας τους τη φύση και την αιτιολογία της ασθένειας και δεν πρέπει να γίνει καμία νύξη κατηγορίας. Θα πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια να αποδεχτεί τα συναισθήματα της ίδιας και του μέλους που πάσχει, και να ωθήσει το τελευταίο να ανασυγκροτήσει τη ζωή του, επαγγελματικά αλλά και βιοψυχοσωματικά.

Η δυνατότητα συζήτησης είναι επικοδομητική και συμβάλλει στην ανακούφιση των συναισθημάτων και των εντάσεων. Αυτό θα πρέπει να προταθεί στην οικογένεια ως εναλλακτικός τρόπος αντιμετώπισης των καταστάσεων. Θα πρέπει επίσης ο κοινοτικός κυρίως νοσηλευτής να μάθει στην οικογένεια να αντιμετωπίζει θετικά την συμπεριφορά του ανορεκτικού και να μην λειτουργεί επικριτικά και εχθρικά απέναντί του. Ένας σωστός τρόπος αντιμετώπισης είναι να χρησιμοποιεί τη μέθοδο της επιβράβευσης για να καθορίσει ποιά είναι η αποδεκτή συμπεριφορά και ποιά όχι, και όχι την τιμωρία και την απόρριψη. Ο αμοιβαίος σεβασμός, η κατανόηση και η αγάπη είναι τα πιο ουσιώδη προσόντα που πρέπει να αναπτύξει η οικογένεια προκειμένου να συμβάλλει στη βελτίωση του μέλους της. Εξίσου σημαντική είναι και η αυτοκριτική την οποία πρέπει να μάθει να εφαρμόζει η οικογένεια ώστε να ελέγχει τη στάση της απέναντι στον ασθενή. Χρήσιμη είναι και η διδασχία από τον νοσηλευτή, των τρόπων θετικής επικοινωνίας που συμβάλλει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση μη επιθυμητών συμπεριφορών του πάσχοντος μέλους. Το τελευταίο, θα πρέπει:

§ Να διαθέτει σύντομο λόγο

- § Να είναι θετικό
- § Να χρησιμοποιεί συγκεκριμένους μετρήσιμους όρους
- § Να εκφράζει ξεκάθαρα συναισθήματα
- § Να δίνει μια κατανοητή εξήγηση
- § Να δέχεται μέρος της ευθύνης
- § Να είναι πρόθυμο να βοηθήσει

Σημαντικός παράγοντας είναι από πλευρά οικογένειας να κρατά η τελευταία μια σταθερή στάση απέναντι στον ασθενή, η οποία στάση θα πρέπει να επεκτείνεται και στο διατροφικό πλάνο που πρέπει να τηρεί ο ασθενής. Καλό θα είναι να αποφεύγεται να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε συζητήσεις που αφορούν το φαγητό και το βάρος των ασθενών με φράσεις όπως « γιατί δεν έφαγες το φαγητό σου» ή “πήρες βάρος, είσαι πολύ ωραίος-α τώρα! » ή “γιατί δεν κάθισες να φας σαν άνθρωπος”. Δε θα πρέπει λοιπόν άτομα με διατροφικές διαταραχές να πιέζονται να φανέ ή να σχολιάζεται η εξωτερική τους εμφάνιση γιατί τους δημιουργεί επιπλέον άγχος με αποτέλεσμα να απομονώνονται από το περιβάλλον το οποίο νιώθουν ότι τους απειλεί. Όλα αυτά τα στοιχεία θα πρέπει να γίνουν κατανοητά από την οικογένεια η οποία συμμετέχει στη θεραπεία. Θα πρέπει να ενθαρρύνονται συνεχώς οι προσπάθειές της και να στηρίζεται ψυχολογικά ώστε να μπορεί να αντεπεξέλθει στα προβλήματα και πόσο μάλλον όταν αυτά είναι πρωτόγνωρα.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ

Η υπότροπη είναι πολύ συχνό φαινόμενο στις διαταραχές πρόληψης διατροφής και αυτό δικαιολογείται λόγω της φύσης της διαταραχής αλλά και του άγχους της υπότροπης που έχουν οι ίδιοι οι ασθενείς. Συχνά το άτομο νιώθει το φόβο ότι μπορεί να υποτροπιάσει και αυτό είναι ένδειξη ότι υπάρχει παλινδρόμηση του ασθενούς προς την παρελθούσα διατροφική συμπεριφορά.

Οι παράγοντες που είναι **ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ** αυτής της υπότροπης είναι συνήθως δυσάρεστα γεγονότα που αναστατώνουν τον ψυχικό κόσμο του ατόμου όπως θάνατος, χωρισμός γονιών, αρνητική στάση της οικογένειας απέναντι στο

πρόβλημα και άρνησή του. Επίσης η μακροχρόνια θεραπεία και το γεγονός ότι τα αποτελέσματά της καθυστερούν να φανούν, ίσως αποθαρρύνουν τον ασθενή. Δεν πρέπει να παραβλέπουμε το ψυχικό βάρος του κοινωνικού στίγματος που φέρουν οι διατροφικές διαταραχές, όπως και όλες οι ψυχικές διαταραχές, και το οποίο αν δεν αντιμετωπιστεί με τον κατάλληλο τρόπο, παρακωλύει την αποκατάσταση της υγείας.

Για την πρόληψη της υπότροπης λοιπόν θα πρέπει το πάσχον άτομο και εν μέρει και η οικογένειά του να παρακολουθείται στενά από τη θεραπευτική ομάδα και να εκπαιδεύεται ώστε να αναγνωρίζει τα συμπτώματα που υποδηλώνουν υπότροπη και τότε να προσφεύγει στον θεραπευτή του. Καλό είναι να τονιστεί ότι είναι φυσιολογική η τάση για υπότροπη αρχικά τουλάχιστον, καθώς χρειάζεται αρκετό χρονικό διάστημα για να σταθεροποιηθεί η συμπεριφορά του ασθενή και επιπλέον να σημειωθούν οι κίνδυνοι από την μη έγκαιρη και άμεση αντιμετώπιση τυχόν υπότροπης.

Η συνεχής ψυχική συμπαράσταση, η ενθάρρυνση, και η θετική αντιμετώπιση από την πλευρά του νοσηλευτή προς την οικογένεια και το άτομο, θα αποτελέσουν πρότυπο για αυτούς έτσι ώστε να μάθουν να χειρίζονται την υποτροπιάζουσα συμπεριφορά. Μέσω της γνωστικής – συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας θα μπορέσει να κατανοήσει, να αντιμετωπίσει και να ξεπεράσει την υποτροπιάζουσα συμπεριφορά. Οι ομάδες αυτοβοήθειας και υποστήριξης μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη της υπότροπης λόγω του ότι προβάλλουν υγιείς διατροφικές συμπεριφορές και το άτομο μέσω αυτών των ομάδων εκφράζει ελεύθερα τους φόβους και τις σκέψεις του.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Τα τρία επίπεδα της πρόληψης αφορούν:

Στην Πρωτογενή πρόληψη, η οποία περιλαμβάνει διδασκαλία – ενημέρωση, αποφυγή συγκεκριμένων παραγόντων, στοχεύει στη μείωση των πιεστικών συνθηκών και στην αύξηση των αντιστάσεων του ατόμου.

Στην Δευτερογενή πρόληψη κατά την οποία υφίσταται ήδη η διαταραχή και στοχεύει στη διαπίστωση των αναγκών και στη βοήθεια του ατόμου ώστε να

διατηρήσει την ισορροπία και να χρησιμοποιήσει την ενέργεια και τους κατάλληλους μηχανισμούς αντιμετώπισης των πιέσεων.

Στην Τριτογενή πρόληψη η οποία χρησιμοποιείται μετά από παρεμβάσεις της δευτερογενούς, με σκοπό την ανασυγκρότηση του ατόμου. Οι παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν προσπάθεια για κινητοποίηση, αλλαγή τρόπου ζωής, επανεκπαίδευση του ατόμου. (Κυριακίδου, 2000)

Η πρόληψη των διατροφικών διαταραχών είναι ένας δύσκολος τομέας, δεδομένης της αβεβαιότητας που υπάρχει σχετικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες που προκαλούν τη διαταραχή και πως θα αντιμετωπιστούν. Ο ρόλος του νοσηλευτή ξεκινά από την πρωτογενή πρόληψη η οποία αναφέρεται στην παρέμβαση που ενεργοποιείται πριν αρχίσει η παθολογική διεργασία της διαταραχής, και κατά τη διάρκεια επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης της υγείας, όσο και στην προστασία από το συγκεκριμένο πρόβλημα. Τα καθήκοντα του νοσηλευτή λοιπόν επεκτείνονται εκτός του νοσοκομείου, στους χώρους δραστηριοποίησης των ατόμων όπως είναι αυτός του σπιτιού, του σχολείου ή της εργασίας και στους χώρους όπου ασκείται πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όπως είναι τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Ο νοσηλευτής δεν δρα μεμονωμένα, αλλά πάντα σε στενή συνεργασία και επικοινωνία με επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων, προωθώντας παράλληλα και την ενεργό συμμετοχή των ατόμων. Οι κύριοι σκοποί των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι:

- Η αξιολόγηση των αναγκών, των προβλημάτων, της κατάστασης υγείας του πληθυσμού
- Η ανίχνευση περιστατικών βουλιμικών ή ανορεξικών ατόμων, ή ατόμων που ρέπουν προς αυτές τις διαταραχές
- Αγωγή υγείας με σκοπό τη διατήρηση του βάρους των ατόμων σε φυσιολογικά επίπεδα αλλά και τη λήψη μέτρων για την πρόληψη υπότροπης και την έκλειψη τέτοιων διαταραχών

Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή επικεντρώνεται στον μαθητικό πληθυσμό αρχικά για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών, διότι κυρίως σε αυτές τις ηλικίες εγκαθίστανται οι ανησυχίες και κατ'επέκταση κάνουν έναρξη δυνητικά και οι διαταραχές. Απαραίτητη προϋπόθεση για την διατήρηση και προαγωγή της

υγείας από αυτήν την ευαίσθητη/ ευάλωτη/επίμαχη ηλικία είναι η απόκτηση γνώσεων και υγιεινών συνηθειών οι οποίες συστηματοποιούνται και εμπεδώνονται στο σχολείο. Μέσο που έχει γνώσεις αποτελεί ο κοινοτικός νοσηλευτής, ο οποίος με την προγραμματισμένη ή περιστασιακή αγωγή υγείας που διεξάγει γαλουχεί το μαθητικό πληθυσμό (Κυριακίδου,2000).

Καθίσταται μείζονος σημασίας το έργο του κοινοτικού νοσηλευτή και ο θεσμός του στα σχολεία με εκπαιδευτικό και συμβουλευτικό ρόλο και επικοινωνία σε θέματα υγείας με τους μαθητές, ενθάρρυνση εξωτερίκευσης των συναισθημάτων, αλλά και καταγραφή των ιστορικών υγείας από την παιδική ηλικία. Βρίσκεται σε επικοινωνία με τους έφηβους διοργανώνοντας συζητήσεις σχετικές, κάνοντας αγωγή υγείας, ανιχνεύοντας λανθασμένες απόψεις για την υγεία και τη διατροφή, τονίζοντας τη σημασία της υγιούς ανάπαυσης αλλά και της φυσικής άσκησης, ενημερώντας τον μαθητικό πληθυσμό, για τις επιπτώσεις των διατροφικών διαταραχών στη βιοψυχοκοινωνική του ανάπτυξη. Ενεργοποιεί ακόμα τους μαθητές δίνοντας τους την ιδέα και την πρωτοβουλία να επεξεργαστούν ένα θέμα υγείας και συγκεκριμένα διατροφής και να το παρουσιάσουν στο πλαίσιο σχετικών εκδηλώσεων του δήμου τους για παράδειγμα. Μπορεί λοιπόν να επηρεάσει ο κοινοτικός νοσηλευτής την πρόωρη ανίχνευση του προβλήματος μέσω της προσεκτικής διερεύνησής του αλλά και να προλάβει την κοινωνική απομόνωση νέων που ήδη τυχόν πάσχουν, καταλύοντας τυχόν συμπεριφορές διακρίσεις από εκπαιδευτικούς ή συμμαθητές, εξηγώντας ότι η διαφορετικότητα ενός ατόμου (ένα πολύ παχύ άτομο ή ένα πολύ ισχνό), είναι εξίσου μια κατάσταση που χρήζει σεβασμό.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποτελεί ένα πρόσωπο προσιτό στα παιδιά, έτοιμο να απαντήσει στις απορίες τους, εχέμυθο, στο οποίο μπορεί να αποθέσει τους προβληματισμούς του το νέο άτομο και να μοιραστεί τα συναισθήματά του, κρατώντας πάντα τα όρια σχέσεων ανάμεσα στον ίδιο και στους συνάδελφους εκπαιδευτικούς, αλλά και κρατώντας την ισορροπία στην προσωπική και επαγγελματική του ζωή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Θα μπορούσαμε μέσω της δυνατότητας που μας δίνεται να ασχοληθούμε και εμείς ως τελειόφοιτοι του τμήματος της Νοσηλευτικής με ένα θέμα υγείας και να το προβάλλουμε μέσα από τη δική μας ματιά, έστω και βιβλιογραφικά, να παραθέσουμε κάποιες προτάσεις / μέτρα που πιθανόν να έθεταν ένα μικρό λιθαράκι στα παρόντα και μελλοντικά συστήματα υγείας της χώρας μας.

- ✚ Δημιουργία εξειδίκευσης στο χώρο της υγείας για τις διατροφικές διαταραχές ώστε να υπάρχει πιο εμπειριστατωμένη αντιμετώπιση αλλά και έρευνα για τις διατροφικές διαταραχές, όπως και μετεκπαίδευση ή επιμορφωτικά σεμινάρια στους επαγγελματίες υγείας και δη τους νοσηλευτές
- ✚ Προτεραιότητα, ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή, αποτελώντας άμεσο προληπτικό μέσο σε αυτή την κρίσιμη ηλικία, δίνοντας κίνητρα στους νέους για εποικοδομητικές δραστηριότητες που ασκούν πνεύμα και σώμα και αναπτύσσουν ψυχοκινητικά υγιώς την προσωπικότητα του νέου ατόμου με κρίση, φαντασία και δημιουργικότητα στη ζωή
- ✚ Ενίσχυση των συλλόγων ή των ομάδων ατόμων με διατροφικές διαταραχές
- ✚ Δημιουργία τηλεφωνικού κέντρου άμεσης παρέμβασης και καθοδήγησης για τις διατροφικές διαταραχές
- ✚ Προώθηση της πρόληψης διαταραχών διατροφής μέσω ιστοσελίδων που ενώνουν άτομα κάθε ηλικίας ανά τον πλανήτη. Ο χώρος του διαδικτύου μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως τόπος συνάντησης των ήδη πασχόντων και αποθεραπόντων οι οποίοι μπορούν οι ίδιοι να αποτελούν καμπανιά που θα επισημαίνει τους κίνδυνους από την παγίδα των διατροφικών διαταραχών.
- ✚ Χρήση των μέσων μαζικής ενημέρωσης προς ενημέρωση του πληθυσμού γιατί μέσα σε αυτόν βρίσκονται υγιείς και δυνητικά ασθενείς άνθρωποι, παιδιά και γονείς, φίλοι και συγγενείς, άνδρες και γυναίκες. Με την προβολή επιστημονικών εκπομπών και την έκθεση ειδικών άρθρων, αλλά και έξυπνων αποτρεπτικών από διαταραχές

κάθε είδους, διαφημιστικών κειμένων, είναι δυνατή η μείωση και εντέλει η έκλειψη φαινομένων διατροφικών διαταραχών

- ✚ Παροχή από την κρατική πρόνοια και τα εκάστοτε υπουργεία υγείας, κέντρων ειδικευμένων κρατικού αλλά και ιδιωτικού δικαίου για αποθεραπεία διατροφικών διαταραχών με παράλληλη δραστηριότητα την ενημέρωση των κατά τόπους πολιτών για την εξοικείωση με τις διατροφικές διαταραχές αλλά και την ανίχνευσή τους στην κοινότητα, έστω και με μια κινητή μονάδα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας ή πρόληψης από διατροφικές διαταραχές
- ✚ Επιχορήγηση και στήριξη των επιστημονικών ερευνών τόσο πάνω στο θέμα διατροφικών διαταραχών όσο και γενικότερα στον τομέα της υγείας
- ✚ Πραγμάτωση προγραμμάτων πρόληψης και ενημέρωσης στην κοινότητα, με συμβουλευτική γονέων για τους τρόπους διαπαιδαγώγησης των παιδιών από τα απλά μικρά καθημερινά πράγματα: να διαθέτουν χρόνο για ποιοτική επικοινωνιακή σχέση με τα παιδιά η οποία λείπει σήμερα και οι γονείς δεν είναι σε θέση να ελέγξουν τι τρώνε τα παιδιά ή να τους μεταδώσουν κάποιες συμβουλές, με αποτέλεσμα η συναισθηματική έλλειψη να καλύπτεται ως ψευδαίσθηση μέσω της τροφής, να εφαρμόζουν στο σπίτι σωστό τρόπο μαγειρέματος των γευμάτων και να αποφεύγονται οι λύσεις γρήγορου μη ποιοτικού φαγητού, να ενθαρρύνουν τα παιδιά να παίζουν στη γειτονία με τα άλλα παιδιά, να αυξήσουν οι ίδιοι οι γονείς τη φυσική τους δραστηριότητα ως παράδειγμα προς μίμηση, και τα ίδια τα παιδιά να τα προτρέψουν να μειώσουν παράλληλα τις ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης ή απασχόλησης με ηλεκτρονικά παιχνίδια τα οποία δε δίνουν υγιή ερεθίσματα, αλλά κατευθύνουν συνήθως σε καταστροφικές πράξεις τους νέους, να παροτρύνουν τα παιδιά να εγγράφονται σε αθλητικούς συλλόγους και να ασχολούνται με τον αθλητισμό οικειοθελώς και συστηματικά. Έτσι προσφέρουν στο παιδί μια αισιόδοξη οπτική της ζωής και παράλληλα τα θέτουν στη διαδικασία να μαθαίνουν και να χάνουν και εντέλει να μη τους

δημιουργούνται ψυχικά κενά και αδιέξοδα, να έχουν δηλαδή τα παιδιά γαλουχηθεί με τα κατάλληλα εφόδια για τον αγώνα της ζωής.

Μπορεί σε κάποιες χώρες του κόσμου να μη δίνεται η απαιτούμενη σημασία στις διαταραχές διατροφής, θα αποτελέσει βήμα προόδου όμως, να μην παραβλέπουμε όλοι μας από όποια θέση και αν βρισκόμαστε το σοβαρό αυτό θέμα υγείας, διότι δυστυχώς και εδώ κάποιες λάθος κινήσεις, ή αποφάσεις που τυχόν να παρθούν ακατάλληλη χρονική στιγμή, όπως π. χ έκκληση βοήθειας από ειδικό, μπορεί να οδηγήσουν σε μη αναστρέψιμα αποτελέσματα όπως όχι σπάνια γίνεται, στο θάνατο.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι διατροφικές διαταραχές είναι σοβαρές ασθένειες και χρειάζεται εξειδικευμένη ψυχολογική φροντίδα, για τις ψυχολογικές δυσκολίες που προκαλούν τραύμα και βαθιά θλίψη αλλά και για τα σωματικά προβλήματα που το άτομο αντιμετωπίζει. Πιθανόν σκέφτεσαι ότι ο «τρόπος να αλλάξω το πώς αισθάνομαι για τον εαυτό μου είναι να αλλάξω το σώμα μου». Αλλά είναι ένας τέτοιος τρόπος υγιές για να αλλάξεις το πώς αισθάνεσαι για τον εαυτό σου; Με μια γενικότερη θεώρηση των πραγμάτων μάλλον η απάντηση φαίνεται να είναι ένα ηχηρό «όχι».

Τα συναισθήματα και οι προσωπικές μας ανάγκες έχουν θεμελιώδη αιτιολογική σχέση με το φαγητό. Όλοι έχουμε ένα βιολογικό λόγο για να τρώμε, αλλά ο καθένας από εμάς ξεχωριστά έχει τους δικούς του διαφορετικούς λόγους για να τρώει περισσότερο από ότι χρειάζεται και να ικανοποιήσει τις υπόλοιπες ανάγκες του.

Οι ατομικές καταστάσεις χρειάζεται να καλυφθούν με μεγάλη λεπτομέρεια έτσι ώστε να είσαστε ικανοί να έχετε μια βαθιά ολοκληρωμένη εικόνα των προσωπικών σας αιτιών που σας προκαλούν τα διατροφικά προβλήματα.

Μαθαίνοντας τη σπουδαιότητα και την επίδραση μιας αλλοιωμένης, διαστρεβλωμένης εικόνας του σώματός σου είναι το πρώτο ισχυρό σίγουρο βήμα σε μια σειρά από σημαντικά βήματα που θα ακολουθήσεις για να καταρρίψεις ότι δυσλειτουργικό και μη αληθινό που πιστεύεις για τον εαυτό σου. Τα αποτελέσματα είναι πάντα θεαματικά απολαμβάνοντας μια ισχυρή αυτό-πεποίθηση με πανίσχυρη θέληση. Ο συνδυασμός αυτό-πεποίθησης και θέλησης είναι ένα πανίσχυρο εργαλείο που δεν φαίνεται χρήσιμο μόνο στην απώλεια και διατήρηση βάρους αλλά προβάλλει τα οφέλη του και σε πολλές διαφορετικές περιοχές της ζωής σου.

Τα άτομα με βουλιμία, υπερφαγία, παχυσαρκία, μπορούν να επιστρέψουν σε έναν υγιή τρόπο διατροφικής συμπεριφοράς, χωρίς να εξαρτάται άμεσα από το πόσο διάστημα υποφέρουν από την διαταραχή. Επιπλέον, θα

εξαφανιστούν πολλές από τις σωματικές παρενέργειες που προκαλεί η διαταραχή.

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

Το ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα που απευθύνεται σε μορφές ψυχογενών διατροφικών διαταραχών χρειάζεται να είναι σχεδιασμένο και προσαρμοσμένο στις ατομικές ανάγκες του κάθε ατόμου. Στην περίπτωση της υπερφαγίας, παχυσαρκίας, εμμονή με το φαγητό μερικοί βασικοί άξονες που χρειάζεται να δυναμωθούν στην καθημερινή πρακτική του ατόμου: αίτια και αφορμές πολυφαγίας, καθημερινή χρήση της τροφής, εικόνα του σώματος, διαχείριση συναισθημάτων, διαπροσωπικές σχέσεις, σταθερή απώλεια βάρους και διατήρηση του και άλλα πολλά στοιχεία που φανερώνονται κατά την διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία.

Η υπερφαγία, οι έμμονες σκέψεις για το φαγητό, νευρική βουλιμία, νευρική ανορεξία αντιδρούν γενικά πολύ θετικά σε ψυχολογική θεραπευτική παρέμβαση όμως στα χέρια ειδικά εκπαιδευμένων ψυχοθεραπευτών οι οποίοι κατανοούν τις αιτίες και συμπεριφορές των ψυχογενών διατροφικών διαταραχών και του στυλ ζωής που αυτά προκαλούν. Έτσι η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση δεν θα εφοδιάσει απλά το άτομο με αυτογνωσία. Θα έχει επίσης τις γνώσεις να ενδυναμώσει το άτομο που υποφέρει με ειδικές, σημαντικές πληροφορίες και καθοδήγηση. Αποκτώντας τον έλεγχο σε άλλες περιοχές της ζωής οι οποίες είναι «εκτός ελέγχου» μπορούμε ξανά να αξιώσουμε τη «φυσική πείνα» και το φαγητό να γίνει πάλι πηγή ευχαρίστησης.

Το ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ (ΙΨΕ) προσφέρει εξατομικευμένη προσέγγιση. Διαθέτει την κατάλληλη επιστημονική γνώση, στελέχη με εμπειρία στον τομέα αυτό (Βρετανία και Ελλάδα), καθώς και τις επιστημονικές και ερευνητικές συνεργασίες προκειμένου να προσφέρει υψηλού επιπέδου διαχείριση ψυχογενών διατροφικών προβλημάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αποστολική Διακονία της Εκκλησίας της Ελλάδος (2005) "Φωνή Κυρίου" αριθμός φύλλου 9, Τυπογραφείο της Αποστολικής Εκκλησίας, Αθήνα
2. Αφελαντόρφε Ζεράρ (1997) Ανορεξία-Βουλιμία-Παχυσαρκία. Εκδόσεις "Τραυλός", Αθήνα
3. Γέροντας Αλέξανδρος, ψυχίατρος (2004) Σημειώσεις από την εισήγησή του στην εκπαίδευση εθελοντών Κοινωνικής Πρόνοιας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού στο νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Απρίλιος 2004
4. Ζαμπέλας Α (2003) Η διατροφή στα στάδια της ζωής. Εκδόσεις "Πασχαλίδης", Αθήνα
5. Κακούρος Ε – Μανιαδάκη Κ (2002) Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων – Αναπτυξιακή προσέγγιση. Εκδόσεις "τυπωθήτω Γιώργος Δαρδάνος, Αθήνα
6. Καλαντζή – Ασίδη (2000) Νευρογενής Ανορεξία και Βουλιμία, Τετράδια Ψυχιατρικής
7. Κανέλλος Α (1996) Υγιεινή Διατροφή και Διαιτολογία, Εκδόσεις "Λύχνος", Αθήνα
8. Καφάτος Α – Λαμπαδάριος Δ (1990) Τελευταίες εξελίξεις στην κλινική διατροφή και επιδημιολογία των νοσημάτων διατροφής, Γραφικές τέχνες: Τυποκρέτα 410: Η διατροφή στην Α' βάθμια φροντίδα υγείας, Κρήτη
9. Κυριακίδου Ε (2000) Κοινωνική νοσηλευτική. Εκδόσεις "Ταβιθά", Αθήνα
10. Μάνου Ν (1997) Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Εκδόσεις "Univercity Studio Press", Θεσσαλονίκη
11. Μόρτογλου Τ – Μόρτογλου Κ (2002) Διατροφή από το σήμερα στο αύριο. Εκδόσεις "Γιαλελλή", Τόμος Ι,ΙΙ, Αθήνα
12. Μπουκέα Κ (1991) Νευρική ανορεξία και βουλιμία, Διατροφή – Διαιτολογία
13. Νικολαΐδης Δ - Dr Benedetti – Dr Prof G (1982) Ψυχοσωματική Ιατρική. Εκδόσεις "Οίκος αδελφών Κυριακίδη", Θεσσαλονίκη
14. Παπαγεωργίου Ε (2000) Ψυχιατρική. Εκδόσεις "Γραφικές τέχνες Χ & Σ Ζαχαροπούλου", Αθήνα
15. Παπαδάκης Ν (2004) Αντιμετώπιση συνήθων παθήσεων από το γιατρό Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Εκδόσεις "Σταύρος Παππάς", Αθήνα
16. Παπανικολάου Γ (1998) Παχυσαρκία και αδυνατίσμα, στοιχεία υγιεινής και εσφαλμένης διατροφής (250 δίαιτες αδυνατίσματος και διατήρησης του σωματικού βάρους για παιδιά, εφήβους, ενήλικες). Εκδόσεις "Πρότυπες Θεσσαλικές", Αθήνα
17. Πόγκα Μ (2005) Διαταραχές λήψης τροφής: το ανελέητο κυνήγι του λεπτού σώματος <http://www.hda.gr>

18. Ραγιά Α (2001) Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, ψυχιατρική νοσηλευτική. Εκδόσεις ``Αφροδίτη Χρ. Ραγιά``, Αθήνα
19. Σαββοπούλου Γ (1999) Βασική νοσηλευτική μια βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση. Εκδόσεις ``Ταβιθά``, Αθήνα
20. Σαραντόγλου (2001) Διατροφικές διαταραχές (Ανορεξία – Βουλιμία): Οι παρούσες διαστάσεις μιας καλπάζουσας επιδημίας, ``προνομίου`` των ευημερουσών κοινωνιών, Τετράδια Ψυχιατρικής
21. Σαραντόγλου – Venisse – Duruis (2002) Ο εξαρτησιακός χαρακτήρας των διατροφικών διαταραχών Β' μέρος, Τετράδια Ψυχιατρικής
22. Σαχίνη – Καρδάση Α – Πάνου Μ (2000) Μεθοδολογία έρευνας, εφαρμογές στο χώρο της υγείας, Εκδόσεις ``BHTA medical arts, Αθήνα
23. Σαχίνη – Καρδάση Α (2000) Μεθοδολογία έρευνας εφαρμογές στον χώρο της υγείας. Εκδόσεις ``BHTA medical arts``, Αθήνα
24. Τάκης Ν (2004) Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, <http://www.iatronet.gr>
25. Τετράδια Ψυχιατρικής, Αιγινήτειο (Οκτώβριος – Νοέμβριος – Δεκέμβριος)
26. Τζίκας Κ (2003) Διλλήματα στην ψυχοθεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας στο: Βαλσαμάτζης Γ – Χαμπέρης Ν – Φαλαράς Β – Κατσούλας Δ, η ψυχανάλυση στον 21^ο αιώνα. Εκδόσεις ``Παπαζήση``, Αθήνα
27. Τσιάντης Γ – Μανωλόπουλος Σ (2001) Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής. Εκδόσεις ``Καστανιώτη``, τόμος Β', Αθήνα
28. Χριστοδούλου και συν (2000) Ψυχιατρική. Εκδόσεις ``BHTA medical``, Αθήνα
29. Bruch Hilde, M.D (1979) The golden cage: the enigma of Anorexia Nervosa, First Vintage Books Editions America
30. Courtney Moore M (2000) Διαιτολογία. Εκδόσεις ``BHTA medical arts``, Αθήνα
31. Escott – Stump Sylvia (1992) Nutrition and Diagnosis – related care, Lea and Febiger edition USA Philadelphia – London
32. Fairburn – Harrison (2003) Eating Disorders, Lancet, 361 (9355), 407 – 416
33. Garner David – Garfinkel Paul E (1997) Handbook of treatment for eating disorders, 33(3), 308 – 319
34. Halmi – Sunday – Klump – Strober – Leckman – Fighter et al (2003) Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes, International Journal of Eating Disorders, 33 (3), 308 - 319
35. Kaplan – Sadock's – Grebb (2000) Ψυχιατρική. Εκδόσεις ``BHTA medical arts``, Αθήνα
36. Kolb (1997) Modern clinical psychiatry, The W.B Saunders Company
37. Lempriere T – Feline A – Gutmann A - - Ades J – Pilate C (1994) Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων. Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα. ``Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας``, Αθήνα

38. Logue W.A (1991) The psychology of eating and drinking, New York, Part IV, 167 – 221
39. Maurice E – Shils – Olson J.A. – Ross A.C (1999) Model nutrition in Health and Disease, USA Lippincott Williams and Wilkins, 9th edition, 1513 – 1521
40. Nieman D.C - Butterworth D.C – Nieman C.N (1990) Nutrition, America, WCB: Win C. Brown Publishers
41. Ooultson Ana M – Rock Cheryl L – Moncen Elaine R (2001) Nutrition in the prevention and treatment of disease, USA, Academic Press, Chapters 34,43:685 – 696
42. Pittis – Susman (2003) Diagnosis of eating disorders in primary care American Familial Physician, 67(2), 297 - 304
43. Proctor – Moore – Gao – Cupples – Bredlee et al (2003) Television viewing and change in body fat from preschool to early adolescence: the Framingham Children’s Study, International Journal of Eating Disorders, 27, 827 – 833
44. Stein – Corte (2003) Reconceptualizing Causative Factors and intervention Strategies in the Eating Disorders: a shift from Body Image to self – Concept Impairment, Archives of Phychiatric Nurning, 17(2), 57 – 66
45. Ulrich – Canale – Wendell (1994) Παθολογική – Χειρουργική νοσηλευτική, σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας. Εκδόσεις “Λαγός” United States of America, W – B Saunders Company
46. Ward – Cambell – Brown – Treasure (2003) Anorexia nervosa subtypes, differences in recovery, Journal of nervous – mental disorders, 191(3), 197 – 201
47. Wolte B – Gimbly L.B (2003) Caring for the hospitalized patient with an eating disorder, The anorexia talkings, Lancet (England) Nursing Clinic of North America, 38(1), 75 – 79
48. Λυκούρας Γ (2002) Πτυχιακή εργασία: “ Διατροφική αξιολόγηση νεαρών γυναικών με συμπτώματα μη φυσιολογικής διαιτητικής συμπεριφοράς”, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο
49. <http://www.eatingsdisorderarena.com>, [eatingsdisorders, net](http://eatingsdisorders.net), esdne.gr, [lboom health.gr](http://lboomhealth.gr), medicine.gr, [Eligast. Gr](http://Eligast.Gr), [something fishy.org](http://somethingfishy.org), [anorexia truth.com](http://anorexia.truth.com), [ama – assn.org](http://ama-assn.org), medmatrix.org, [yourhealth daily.com](http://yourhealthdaily.com), aedweb.org, iatriki.gr, MSF.gr, anad.org, nurs.Uaa.gr, hedi.gr, care.gr, [certs group.com](http://certs.group.com), [mental health.com](http://mentalhealth.com), pubmed.gr
50. <http://www.pchycologia.gr> 5/1/2009
51. <http://www.mednutrition.gr>
52. <http://www.paidiatros.gr> 15/11/2009
53. <http://www.iatronet.gr>
54. Πανελλήνιος Σύλλογος Διαιτολόγων
55. BBC NEWS 12/5/2009
56. <http://www.holycross.edu> 22/8/2009

57. <http://www.medis.gr> 11/7/2009
58. <http://www.in.gr>