

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ :ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
“ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ”

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ:
ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΜΠΕΡΔΕΚΛΗ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ - 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|-----------|
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ | 4 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 5 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 6 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 | 8 |
| ΡΥΘΜΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ | 8 |
| ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ | 8 |
| ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ | 8 |
| 1. 1. Ρύθμιση διατροφής | 8 |
| 1.2. Μηχανισμός της όρεξης..... | 9 |
| 1.3. Ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές | 10 |
| 1.4. Ομάδες επικινδυνότητας | 10 |
| 1. 5. Άξονες εκτίμησης ύπαρξης διατροφικής διαταραχής | 11 |
| 1. 6. Σημάδια των διατροφικών διαταραχών | 12 |
| 1. 7. Διάκριση της ψυχογενούς ανορεξίας | 12 |
| 1. 8. Κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας..... | 12 |
| 1. 9. Χαρακτηριστικά της νόσου | 12 |
| 1.10. Έναρξη ψυχογενούς ανορεξίας | 15 |
| 1. 11. Σωματικά γνωρίσματα ψυχογενούς ανορεξίας | 15 |
| 1. 12. Διαταραχές της περιόδου στην ψυχογενή ανορεξία..... | 17 |
| 1.13. Στάδια εγκατάστασης νόσου..... | 17 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 | 18 |
| ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΟΔΡΟΜΗ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ | 18 |
| 2.1. Ιστορική αναδρομή της νευρογενούς ανορεξίας..... | 18 |
| 2.2. Εννοιολογική προσέγγιση της νευρογενούς ανορεξίας | 18 |
| 2. 3 Επιδημιολογικά στοιχεία..... | 19 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 | 22 |
| ΟΡΙΣΜΟΣ – ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ | 22 |
| 3.1. Ορισμός νευρογενούς ανορεξίας..... | 22 |
| 3. 2. Τύποι νευρογενούς ανορεξίας | 22 |
| 3.3. Σχετικές θεωρίες νευρογενούς ανορεξίας..... | 23 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 | 25 |
| ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ | 25 |
| 4.1. Αιτιολογία | 25 |
| 4.2. Διάγνωση | 29 |

| | |
|---|-----------|
| 4.3. Διαφορική διάγνωση..... | 30 |
| 4.4 Διαγνωστικά κριτήρια..... | 31 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 | 34 |
| ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ –ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ -ΠΡΟΓΝΩΣΗ | 34 |
| 5.1. Συμπτώματα – Κλινικά σημεία..... | 34 |
| 5.1.1. Συμπτώματα..... | 34 |
| 5.1.2. Κλινικά σημεία | 34 |
| 5.2. Φυσική εξέταση | 36 |
| 5.3. Εργαστηριακά ευρήματα | 36 |
| 5.4. Πρόγνωση..... | 37 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 | 39 |
| ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ – ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΟΥ | 39 |
| 6.1. Επιπτώσεις της νόσου | 39 |
| 6.1.1. Στη συμπεριφορά παρατηρείται: | 39 |
| 6.1.2. Στο σώμα παρατηρούνται στοιχεία: | 39 |
| 6.1.3. Η ψυχολογία του ατόμου χαρακτηρίζεται από: | 39 |
| 6.2. Συνέπειες νευρογενούς ανορεξίας | 40 |
| 6.2.1. Μακροπρόθεσμες συνέπειες..... | 40 |
| 6.2.2. Επιπτώσεις στην οικογένεια..... | 40 |
| 6.3. Διαφοροποιήσεις συμπτωμάτων | 41 |
| 6.4. Στάδια ψυχογενούς ανορεξίας..... | 41 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 | 45 |
| ΠΟΡΕΙΑ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 45 |
| 7.1. Πορεία νόσου – Επιπλοκές | 45 |
| 7.1.1. Σοβαρές επιπλοκές που απειλούν τη ζωή | 45 |
| 7.2. Θεραπεία..... | 46 |
| 7.2.1. Νοσοκομειακή περίθαλψη..... | 46 |
| 7.2.2. Τα φάρμακα..... | 47 |
| 7.2.3. Ψυχοθεραπεία..... | 47 |
| 7.2.4. Δυσκολίες θεραπείας..... | 47 |
| 7.2.5. Η εξήγηση των φυσικών συμπτωμάτων | 48 |
| 7.2.6. Η έκβαση τη ψυχογενούς ανορεξίας..... | 48 |
| 7.3. Ψυχοθεραπεία..... | 49 |
| 7.3.1. Ατομική ψυχοθεραπεία | 49 |
| 7.3.2. Φαρμακευτική θεραπεία | 50 |
| 7.3.3. Αυτοβοήθεια | 50 |
| 7.4. Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση..... | 51 |
| 7.5 Το πρόβλημα της αποθεραπείας..... | 51 |
| 7.6. Οστεοπόρωση στην νευρογενή ανορεξία..... | 52 |
| ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ | 52 |
| Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ | 53 |
| ΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 54 |

| | |
|--|-----------|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 | 55 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ –Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ | 55 |
| 8.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή..... | 55 |
| 8.2. Στάδια θεραπείας | 56 |
| 8.2.1. Διατροφική αποκατάσταση | 56 |
| 8. 2. 2. Διαταραχές υγρών - ηλεκτρολυτών..... | 57 |
| 8. 2. 3. Δερματολογικός έλεγχος..... | 57 |
| 8. 2. 4. Διαδικασία σκέψης | 58 |
| 8. 2. 5. Διαταραχή σωματικής εικόνας - αυτοπεποίθησης | 58 |
| 8. 2. 6. Νοσηλευτής και οικογένεια | 58 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 | 61 |
| ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ..... | 61 |
| 9. 1. Αγωγή Υγείας | 61 |
| 9.1.1. Πρωτογενής πρόληψη..... | 61 |
| 9.1. 2. Δευτερογενής πρόληψη..... | 61 |
| 9. 1. 3. Τριτογενής πρόληψη | 62 |
| 9.2. Προληπτική Νοσηλευτική στην οικογένεια..... | 62 |
| 9.2.1. Αξιολόγηση της οικογένειας..... | 62 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 | 64 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ | 64 |
| 10. 1. Νοσηλευτική εκτίμηση | 64 |
| 10. 2. Νοσηλευτικός σκοπός - Αρχές και παρεμβάσεις | 64 |
| 10. 2.1. Νοσηλευτικός σκοπός | 64 |
| 10. 2. 2. Αρχές και παρεμβάσεις | 64 |
| 10. 3. Τροποποίηση συμπεριφοράς | 66 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11..... | 68 |
| ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ..... | 68 |
| 11. 1. Νοσηλευτική διεργασία..... | 68 |
| 11. 2 Νοσηλευτικά ιστορικά | 68 |
| 11. 2. 1 Περίπτωση 1 ^η | 68 |
| 11. 2. 2. Περίπτωση 2 ^η | 72 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 75 |
| ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ..... | 75 |
| ΕΠΙΛΟΓΟΣ | 77 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 78 |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ..... | 78 |
| ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ | 79 |
| ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ | 80 |

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι άνθρωποι που με την θέληση τους αρνούνται την λήψη της τροφής πάσχουν από μια ασθένεια ψυχική η οποία ονομάζεται "Νευρογενής Ανορεξία". Η βασική αυτή διαταραχή που θα μπορούσε να γίνει κατανοητή " ως παράλογος φόβος του πάθους "είναι μια ασθένεια που παρουσιάζεται σε νεαρές γυναίκες (εφηβική ηλικία μεταξύ 14 και 18 ετών) αλλά μπορεί να συμβεί και σε αγόρια σε πολύ λιγότερα όμως ποσοστά (ένα αγόρι ανά δέκα κορίτσια), σπανιότερα η διαταραχή παρουσιάζεται μετά τα 40. (Δημητριάδου (2007)).

Το 37% του πληθυσμού πάσχει από αυτή την ασθένεια. Συνεπάγεται σε μια σωματική απώλεια του βάρους κάτω από το 85% του κανονικού βάρους του σώματος ανάλογα με την ηλικία και το ύψος του. Η ελάχιστη αύξηση του βάρους πάνω από το όριο που έχει θέσει στον εαυτό του σε έντονη ανησυχία ότι θα χαθεί ο έλεγχος, το βάρος θα αυξηθεί και η σωματική εμφάνιση θα είναι τελείως απαράδεκτη

Οι αιτίες αυτής της ασθένειας μπορούν να αναζητηθούν στο ότι τα γυναικεία και τα νεανικά περιοδικά, αλλά και γενικότερα οι εικόνες που μας βομβαρδίζουν με το πρότυπο του λεπτού, μέχρι το σημείο να είναι αποστεωμένο, γυναικείου σώματος. Όλη η κουλτούρα του δυτικού πληθυσμού περιστρέφεται γύρω απ' αυτή την τάση «πως να φάει κανείς χωρίς να παχύνει, πώς θα βελτιώσει το σώμα με τον γρηγορότερο και αποτελεσματικότερο τρόπο, για θεαματικά αποτελέσματα

Κάτι τέτοιο έρχεται σε άμεση αντίθεση με τις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου η πραγματική πείνα και η έλλειψη τροφής οδηγούν σε παραμορφώσεις του γυναικείου και του παιδικού σώματος, το οποίο ταυτίζεται με την καχεξία, την φτώχεια και την ασθένεια. Το σύγχρονο πρότυπο ομορφιάς που θέλει το γυναικείο σώμα τόσο λεπτό οδηγεί στη μείωση της διατροφής και τη στέρηση των απαραίτητων εκείνων για τον οργανισμό ουσιών. Το αποτέλεσμα είναι η αύξηση του κινδύνου εμφάνισης προβλημάτων, όπως η πρόωρη οστεοπόρωση, τα προβλήματα υπογονιμότητας κ. λ. π. Πέρα από τα ιατρικά προβλήματα, παράλληλα με την μόνιμη κατάσταση δίαιτας εμφανίζονται και ψυχολογικά προβλήματα όπως στρες, άγχος για την διατήρηση της σιλουέτας, αίσθηση του ανικανοποίητου, χαμηλή αυτοπεποίθηση κ. λ. π.

Η ψυχογενής ανορεξία είναι δυνητικά θανατηφόρος νόσος, η θνησιμότητα της ξεπερνά το 10% και λόγω της φύσης της μπορεί να μείνει κρυφό για καιρό. (Δημητριάδου (2007)).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το θέμα της δίαιτας και η αντιμετώπιση του διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο. Το ζήτημα δεν είναι να παχύνει ή να μείνει αδύνατος ένας άνθρωπος, αλλά οι λόγοι για τους οποίους επιλέγει για το πως θα φερθεί στο σώμα του και το αν κάνει υπερβολή ή όχι.

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

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

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

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

Η αιτία που προκαλεί τη νευρική ανορεξία δεν είναι γνωστή. Για το λόγο αυτό δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία που προσφέρει ίαση στην πάθηση. Όμως η νευρική ανορεξία προκαλεί το μεγαλύτερο αριθμό θανάτων από όλες τις ψυχιατρικές παθήσεις και χαρακτηρίζει τη σύγχρονη εποχή μας. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι επιβάλλεται προσπάθεια από όλους τους φορείς για ενημέρωση, πρόληψη, φροντίδα και αποκατάσταση των ατόμων που μπορεί να πάσχουν ήδη από νευρική ανορεξία. Επίσης το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό κατέχει το σημαντικότερο ρόλο στη νοσηλευτική φροντίδα και αποκατάσταση των ασθενών με νευρογενή ανορεξία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

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

Η λέξη ανορεξία σημαίνει απώλεια της όρεξης. Ωστόσο, η απουσία της πείνας ή της όρεξης δεν είναι τα σημαντικό χαρακτηριστικό της νευρικής ανορεξίας. Η νευρική ανορεξία αφορά περισσότερο το βάρος παρά το φαγητό. Ένα χαρακτηριστικό, είναι η άποψη που έχει το άτομο για το βάρος του. Οι γονείς δύσκολα μπορούν να βοηθήσουν γιατί οι έφηβοι με νευρική ανορεξία κρύβουν τα αισθήματά τους. Δεν μπορούν να ομολογήσουν ότι ντρέπονται και φοβούνται πολύ με τη σκέψη ότι μπορεί να πάρουν βάρος.

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

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

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

Οι γονείς πρέπει να επαγρυπνούν ώστε να εντοπίσουν έγκαιρα σημάδια που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στη νευρική ανορεξία όπως, για παράδειγμα, μια ενασχόληση ή πραγματική εμμονή στο μέτρημα των θερμίδων, μια επιθυμία του εφήβου να καθορίσει μόνος του το διαιτολόγιό του, η απώλεια βάρους, η διακοπή της περιόδου, το υπερβολικό ενδιαφέρον για την εμφάνιση, η κακοκεφιά κ.α. Θα ήταν ενδεδειγμένο να αναζητήσουν τη συμβουλή και την παρέμβαση των ειδικών, πριν εμφανιστεί το πραγματικό πρόβλημα (Δημητριάδη 2008 και Herbert 1997).

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

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

Οι ασθενείς που σχετίζονται με την πάθηση αυτή, διακατέχονται από συνεχείς σκέψεις για την σωματική τους εικόνα, για το βάρος τους, για το φαγητό και τις θερμίδες. Υποφέρουν από την κατάσταση και μάλιστα ο ύπνος τους μπορεί να διαταράσσεται από όνειρα που έχουν σχέση με την διατροφή, την διαδικασία του φαγητού και την σωματική εξάσκηση. Εκτός από την ψυχοπνευματική κατάρρευση του άτομου πολλές είναι και οι σωματικές διαταραχές που παρουσιάζει.

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



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΡΥΘΜΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

1. 1. Ρύθμιση διατροφής

Σ' αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε στα χαρακτηριστικά της νευρογενούς ανορεξίας. Πριν όμως αναφερθούμε στις λεπτομέρειες της παθολογίας, ας εξετάσουμε πώς ρυθμίζεται φυσιολογικά η διατροφή μας. Περίπλοκοι νευροχημικοί μηχανισμοί των οποίων άξονας είναι ο υποθάλαμος – νευρικό κέντρο που βρίσκεται στην βάση του εγκεφάλου – αναλαμβάνουν φυσιολογικά τη διατήρηση του βάρους και ρυθμίζουν την όρεξη ανάλογα με τις ανάγκες μας. Το αντικείμενο της ρύθμισης δεν είναι το βάρος αυτό καθαυτό αλλά τα αποθέματα λίπους του σώματος.

Μια ιδεώδης μάζα λίπους (που αντιστοιχεί στο ιδεώδες βάρος) θα σταθμίζονταν λοιπόν από αυτόν τον μηχανισμό. Η υπερβολική διατροφή οδηγεί σε αύξηση της λιπώδους μάζας του σώματος και κατά συνέπεια σε αύξηση της έκκρισης της ινσουλίνης από το πάγκρεας. Η αύξηση της ινσουλίνης του αίματος επιδρά στη μεσοκοιλιάκη χώρα του υποθαλάμου. Έτσι προκύπτει μείωση της επιθυμίας για φαγητό και μια παράλληλη αύξηση της χρήσης του λίπους που έχει αποθηκευτεί προηγουμένως. Αρχίζουμε λοιπόν να χάνουμε το πλεόνασμα λίπους που είχαμε αποκτήσει πρωτίτερα. Όταν η λιπώδης μάζα μειωθεί ξεπερνώντας κάποιο κατώτατο όριο, ενεργοποιείται η αντίστροφη αντίδραση: η όρεξη αυξάνεται, τα λίπη χρησιμοποιούνται λιγότερο, μέχρι την ανασύσταση του αποθέματος. Επισημαίνουμε ένα πολύ σημαντικό γεγονός όταν μεταβάλλεται το απόθεμα λίπους, ο λανθάνων χρόνος που απαιτείται για την ενεργοποίηση του ή για την ελάττωση της όρεξης διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο ιδιαίτερα στους ενήλικες. Κάποιοι θα διορθώσουν μια πλεονάζουσα εισφορά σε περίοδο είκοσι τεσσάρων ωρών, ενώ άλλοι θα χρειαστούν τρεις έως επτά ημέρες μέχρι να υπάρξει κάποια επιρροή στην όρεξη τους λόγω μεταβολής της λιπώδους μάζας. Έτσι, οι τελευταίοι δεν θα έχουν σταθερό βάρος αλλά θα κυμαίνονται γύρω από ένα μέσο βάρος. Συνήθως, τρώνε όταν νιώθουν αίσθηση πείνας, αίσθηση περίπλοκη, που η πλειονότητα των ατόμων περιγράφει ως ένα οδυνηρό κενό στο στομάχι, ή σαν αίσθηση στο στόμα και στον φάρυγγα, σε συνδυασμό με γενικότερες εντυπώσεις αδυναμίας και νευρικότητας. Η αίσθηση του κορεσμού είναι συχνά λιγότερο συγκεκριμένη και συνίσταται, για την πλειονότητα των ανθρώπων, σε μια εντύπωση πληρότητας και ικανοποίησης. Η ηδονιστική αξία της τροφής, δηλαδή η απόλαυση του φαγητού, μεταβάλλεται και εκείνη σε συνάρτηση με το στάδιο ασιτίας: έτσι, πολύ σακχαρώδεις τροφές θα

κριθούν καλές όταν κάποιος βρίσκεται σε κατάσταση ασιτίας, και έπειτα όλο και λιγότερο καλές όσο επέρχεται ο κορεσμός (Apfeldorfer 1997).

Στην πραγματικότητα, το ωράριο του φαγητού δεν αφορά καθαρά βιολογικούς μηχανισμούς, αλλά εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις συνθήκες. Όλα συμβαίνουν σαν να προβλέπει ο οργανισμός μας – βασισμένος σε προηγούμενες εμπειρίες – την ενεργειακή εισφορά της τροφής την οποία πρόκειται να καταναλώσει και να ρυθμίζει την όρεξη μας σε συνάρτηση με αυτή την υποθετική αξία. Έτσι αν δώσουμε σε τετράχρονα παιδιά, κατ' επανάληψη – είκοσι λεπτά πριν από ένα γεύμα που θα επιλέξουν ελεύθερα – ένα κομμάτι γλυκό, είτε πλούσιο σε θερμίδες και αρωματισμένο με βανίλια, είτε φτωχό σε θερμίδες με γεύση σοκολάτας, παρατηρούμε ότι πολύ γρήγορα, τα παιδιά τρώνε περισσότερο μετά το γλυκό που έχει άρωμα σοκολάτας. Αν τώρα αντιστρέψουμε τα αρώματα, τα παιδιά συνεχίζουν να τρώνε περισσότερο μετά το γλυκό με άρωμα σοκολάτας: έχουν λοιπόν κατά κύριο λόγο “μάθει” ότι το άρωμα σοκολάτας σηματοδοτεί χαμηλή θερμιδική εισφορά. Ωστόσο, αν η αντιστροφή παρατηθεί, μετά από κάποιο διάστημα ο οργανισμός διορθώνει το πόρισμα και τα παιδιά τρώνε πλέον λιγότερο μετά το σοκολατένιο γλυκό (Apfeldorfer 1997).

Πώς αυτοί οι διαφορετικοί παράγοντες επηρεάζουν τις διατροφικές μας λήψεις: Το πρώτο μέσο ρύθμισης, η επιδότηση εξισορρόπηση, έγκειται στο γεγονός ότι μετά από ένα φτωχό ενεργειακά γεύματα πεινάμε πιο γρήγορα απ' ότι στην αντίστροφη περίπτωση. Όμως, πολύ συχνά τρώμε σε σταθερές ώρες και δεν μπορούμε να υπολογίσουμε τις ορέξεις μας, αν αυτή η επιδότηση εξισορρόπηση δεν μπορεί να γίνει, αντικαθίσταται από μια θερμιδική ρύθμιση.

Έτσι, μια πολύ χαμηλή ενεργειακή εισφορά από προηγούμενες διατροφικές λήψεις και ένα γεύμα το οποίο έχουμε αναβάλει, παραβλέποντας την πείνα μας, θα εξισορροπηθούν από ένα γεύμα πλουσιότερο σε θερμιδική αξία.

Αντίστροφα τυχόν υπερβολές θα μας κάνουν να φάμε λιγότερο στο επόμενο προκαθορισμένο γεύμα μας. Ως εδώ, απλώς σκιαγραφήσαμε μερικούς βασικούς κανόνες της ρύθμισης των διατροφικών μας λήψεων. Στην πραγματικότητα, τα πράγματα είναι απείρως πιο περίπλοκα: κατ' αρχήν, ότι είπαμε σχετικά με την πείνα και τον κορεσμό δεν ισχύει παρά μόνο αν τρώμε έναν μόνο τύπο τροφών, κάτι που συμβαίνουν σπάνια. Όταν κατά τη διάρκεια ενός γεύματος περνάμε από το ένα πιάτο στο άλλο, η όρεξη μας ανανεώνεται και καταλήγουμε να τρώμε 30% περισσότερο από ότι θα τρώγαμε από μίαν μόνο τροφή. Εκτός αυτού, έχουμε συγκεκριμένες ορέξεις, όχι έμφυτες αλλά επίκτητες, ανάλογα με τις συνθήκες και εκτιμούμε σε μια δεδομένη στιγμή τα τρόφιμα που αποφέρουν στον οργανισμό μας αυτό που έχει ανάγκη. Υποσιτισμένα άτομα, παραδείγματος χάρη, στα οποία προσφέρεται κατά τυχαίο τρόπο μια σούπα πλούσια σε πρωτεΐνες και μια συνηθισμένη σούπα, θα δείξουν – αφού καταναλώσουν κάποια ποσότητα και από τα δύο είδη – προτίμηση για την εμπλουτισμένη σούπα (Abraham και συν. 2000 και Apfeldorfer 1997).

1.2. Μηχανισμός της όρεξης

Ο τρόπος που “ ανοίγει “ ή “ κλείνει “ η όρεξη είναι αρκετά περίπλοκος, ενώ οι περισσότερες έρευνες σε αυτό τον τομέα έχουν γίνει σε πειραματόζωα. Είναι γνωστό ότι οι αισθήσεις της όσφρησης, της όρασης και της γεύσης διεγείρουν το κέντρο της όρεξης, που εδράζεται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου. Επίσης, το κέντρο αυτό ενεργοποιείται όταν έχουν περάσει πολλές ώρες (π. χ. 12 ώρες) από το τελευταίο σας γεύμα. Ο κεντρικός μηχανισμός της όρεξης, που εδράζεται στον εγκέφαλο,

επικοινωνεί με τον περιφερειακό μηχανισμό της όρεξης, που βρίσκεται στο πεπτικό σύστημα. Καθώς τρώει ενεργοποιούνται ορισμένοι υποδοχείς που βρίσκονται στο στομάχι και το έντερο και μέσω του νευρικού συστήματος επικοινωνούν με το κέντρο της όρεξης. Παράλληλα παράγονται ορμόνες, (π.χ. γαστρίνη, σωματοστατίνη, βομβεσίνη) που με την κυκλοφορία του αίματος καταλήγουν στον εγκέφαλο. Μέσω αυτών των “αγγελιοφόρων” ο εγκέφαλος παίρνει το μήνυμα ότι ικανοποιήθηκε η όρεξη του άτομου (Vita 2001).

1.3. Ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές

Πολλοί άνθρωποι έχουν μια λανθασμένη εντύπωση πως κάποιος με ψυχογενή διατροφική διαταραχή φαίνεται και συμπεριφέρεται κάπως. Οι περιπτώσεις ψυχογενών διατροφικών διαταραχών αυξάνονται καθημερινά με όλο και περισσότερους ανθρώπους να αναζητούν εξειδικευμένη βοήθεια και υποστήριξη. Είναι πολύ σημαντικό να είμαστε ενήμεροι για την ύπαρξη τους, την σπουδαιότητά τους και τους κινδύνους που φέρνουν μαζί τους. Πανεπιστημιακές έρευνες έχουν αποδείξει ότι αναγνωρίζοντας την ύπαρξη μιας τέτοιας διαταραχής σε ένα αρχικό στάδιο, όπου ακολουθείται από κατάλληλη ψυχολογική θεραπεία, έχει πολύ θετικά αποτελέσματα σε θέματα ανάρρωσης του άτομου από την διαταραχή. Αυξάνοντας την γνώση μας και κατανοώντας τα ψυχογενή διατροφικά νοσήματα, μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης αυτών των πολύ επικίνδυνων για την υγεία νοσημάτων (Μαράτος 1988).

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

Οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές είναι πολύπλοκες διαταραχές όπου οι διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες μαζί με τις ψυχολογικές δυσκολίες χρειάζεται να θεραπευτούν. Αναπτύσσοντας μια ισορροπημένη σχέση με το φαγητό και παράλληλα έχοντας το άτομο μια ισορροπημένη δίαιτα βοηθώντας το να έρθει σε επαφή με τα καταπιεσμένα συναισθηματικά θέματα- πηγή των διατροφικών προβλημάτων – μπορεί να βοηθηθεί να αντεπεξέλθει και να διαχειριστεί τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει με ένα τρόπο που δεν είναι βλαβερός προς τον εαυτό του (Τσίτσικα 2006).

1.4. Ομάδες επικινδυνότητας

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

Πανεπιστημιακές έρευνες φανερώνουν πως τα γονίδια ενός ατόμου, ίσως προδιαθέτουν το άτομο να αναπτύξει μια τέτοια διαταραχή που όταν ερεθιστούν από περιβαλλοντικούς παράγοντες – επίδραση από την στάση άλλων μελών της οικογένειας του προς το φαγητό – ευνοείται η ανάπτυξη τους. Επίσης σε καταστάσεις όπου υπάρχουν υψηλές ακαδημαϊκές προσδοκίες ή κοινωνικές πιέσεις, το άτομο

μπορεί να εστιάσει σε θέματα γύρω από το φαγητό ως 'ένα τρόπο να διαχειριστεί τις αγχώδεις καταστάσεις. Επίσης τραυματικά γεγονότα μπορεί να προκαλέσουν νευρική βουλιμία ή ανορεξία όπως διαδικασία πένθους, κακομεταχείριση ή κακοποίηση, δυσκολίες μέσα στην οικογένεια (διαζύγιο) ή ανησυχίες γύρω από τον σεξουαλικό προσανατολισμό του άτομου (Ι.Ψ.Ε.2008 και tovima.Dolnet. gr/data/ D2007/ D0121/ lreh2b).

1. 5. Άξονες εκτίμησης ύπαρξης διατροφικής διαταραχής

Είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό πως τα ψυχογενή διατροφικά προβλήματα δεν είναι μια ασθένεια όπως για παράδειγμα η γρίπη. Δεν είναι δηλαδή μια ασθένεια που ή την έχεις ή όχι. Υπάρχουν τρεις βασικοί άξονες πάνω στους οποίους στηρίζεται η εκτίμηση για το εάν κάποιος υποφέρει από κάποιο ψυχογενές πρόβλημα διατροφής.

| Σκέφτομαι. | Αισθάνομαι. | Συμπεριφέρομαι. |
|---|--|---|
| <p>Το πρώτο είναι το τι σκέφτεσαι γύρω από το φαγητό. Είναι οι σκέψεις αυτές αρνητικές; Μήπως σε είδαν οι άλλοι τι έφαγες; Ξεπέρασες τις θερμίδες που στόχευες; Δεν μπορείς να σταματήσεις να σκέφτεσαι τι έφαγες ή τι θα φας, ή τι θα έπρεπε να φας; Πάλι δεν έδειξες τη θέληση που έπρεπε;(Ι. Ψ. Ε. 2008)</p> | <p>Το δεύτερο είναι το πώς αισθάνεται για το φαγητό. Νιώθεις βαριά ακόμη κι αν οι φίλοι σου λένε πως είσαι εντάξει; Νιώθεις εκτός ελέγχου, αβοήθητη; Πόσο έντονα είναι αυτά τα συναισθήματα;</p> | <p>Ο τρίτος άξονας είναι το πώς οι σκέψεις σου και τα συναισθήματά σου οδηγούν τη συμπεριφορά σου γύρω από το φαγητό και το βάρος σου. Μήπως τρως κρυφά; Αποφεύγεις να φοράς συγκεκριμένα ρούχα επειδή αισθάνεσαι κάπως για το σώμα σου; Είσαι συνεχώς μέσα ή έξω από δίαιτα;</p> |



<http://www.mednutrition.gr/content/view/1363/160>.

1. 6. Σημάδια των διατροφικών διαταραχών

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

1. 7. Διάκριση της ψυχογενούς ανορεξίας

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

1. 8. Κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας

Τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας είναι:

- Άρνηση του άτομου να διατηρήσει το βάρος του πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό όριο σύμφωνα με την ηλικία του και το βάρος του, π. χ. Απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της ανάπτυξης που οδηγεί σε βάρος 15% κάτω από το αναμενόμενο.
- Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύσαρκο, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το βάρος και το σχήμα του σώματός του, ή άρνηση της σοβαρότητας που έχει πάρει το υπερβολικά χαμηλό του βάρος.
- Σε γυναίκες, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τριών τουλάχιστον διαδοχικών εμμηνορρυσιών (Καναβιτσάς 2002).

1. 9. Χαρακτηριστικά της νόσου

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

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

Συμπεριφορές που σηματοδοτούν την ύπαρξη της νόσου:

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

Δεν έχει κανένα ενδιαφέρον για το άλλο φύλο ή αδυνατεί να συσχετιστεί μαζί τους. Νομίζει ότι όλοι θέλουν να την παχύνουν. Η μόνιμη ενασχόλησή της με το βάρος και την τροφή την κάνει να συγκρίνει εμμονικά το σώμα της με το σώμα των άλλων (γονιών, αδερφών, φίλων, καθηγητών) (Τσίτσικα, 2006 και Τσιάκα, 2008).

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

Οι περισσότερες ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία έχουν μια επίμονη ενασχόληση με το φαγητό και τον έλεγχο του βάρους τους. Το φαγητό και η αποφυγή του γίνεται ένα χόμπι που τις απορροφά εξ ολοκλήρου αποκλείοντας τις περισσότερες άλλες δραστηριότητες που θα ταίριαζαν κανονικά στην ηλικία τους και ιδιαίτερα τις κοινωνικές εκδηλώσεις όπου υπάρχει συνήθως φαγητό και αναμένεται να φάνε. Η ενασχόληση με το βάρος είναι τέτοια ώστε οι περισσότερες ασθενείς μπορούν να δώσουν ένα λεπτομερές ιστορικό των αλλαγών του βάρους τους, που περιλαμβάνουν ακόμη και διαφορές μισού κιλού σε διάστημα μιας εβδομάδας. Η ενασχόληση με το φαγητό και τον έλεγχο του βάρους και η υπερβολικά έντονη παρόρμηση να γίνουν λεπτές οδηγεί τις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία στη χρήση μιας ποικιλίας συμπεριφορών στο φαγητό για να πετύχουν αυτό που επιθυμούν (Abraham και συν. 2000).

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

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

από εκείνες που κάνουν δίαιτα. Σε μερικές περιπτώσεις η γυναίκα ήταν βουλιμική για αρκετούς μήνες ή ακόμη και χρόνια πριν πάρει την απόφαση να χάσει βάρος που την οδηγεί ανελέητα στην ψυχογενή ανορεξία (Abraham 2000).

1.10. Έναρξη ψυχογενούς ανορεξίας

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

Ο συνηθέστερος παράγοντας είναι ένας αγώνας ανεξαρτησίας/εξάρτησης ανάμεσα στη νέα γυναίκα και στον ένα ή και στους δυο γονείς της, που δίνουν μεικτά μηνύματα όπως π. χ. «πρέπει να είσαι ανεξάρτητη αλλά σε χρειαζόμαστε στο σπίτι». Σε άλλες περιπτώσεις η νέα γυναίκα έχει πάθει σύγχυση. Θέλει να είναι ανεξάρτητη αλλά και εξαρτημένη. Για παράδειγμα μπορεί να λέει «θέλω να κάνω τα πράγματα με το δικό μου τρόπο αλλά θέλω τη σιγουριά του σπιτιού». Σε άλλες περιπτώσεις η έναρξη της ανορεξίας σχετίζεται με μια σειρά γεγονότων που δημιουργούν από μόνα τους στρες, όπως ένας καβγάς μ' ένα φίλο, η πρώτη εμπειρία του σεξ, μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ο γάμος, μια σημαντική εξέταση ή με μια περίοδο επιδείνωσης ήδη εντασιογόνων συνθηκών όπως ο χωρισμός των γονιών ή η αυξανόμενη πίεση που δέχεται το κορίτσι για να «πετύχει» στο σχολείο ή σε εξωσχολικές δραστηριότητες όπως ο αθλητισμός ή ο χορός (Δημητριάδη, 2008 και Abraham, 2000).

1.11. Σωματικά γνωρίσματα ψυχογενούς ανορεξίας

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

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

συνηθισμένη. Αν η γυναίκα έκανε μια δίαιτα πείνας μπορεί να πάθει αβιταμίνωση που μπορεί να είναι πολύ σοβαρή.

Μπορεί να εμφανισθεί οίδημα σε μερικές γυναίκες, ιδίως μετά από μια προσπάθεια να κερδίσουν βάρος τρώγοντας περισσότερο. Αν η γυναίκα παρατηρήσει το πρήξιμο αυτό μπορεί να την αποθαρρύνει από το να προσπαθήσει να αυξήσει περισσότερο το βάρος της ή να την κάνει να χρησιμοποιήσει διουρητικά. Μπορεί επίσης να εμφανιστεί οίδημα όταν η γυναίκα σταματήσει να παίρνει διουρητικά ή καθαρτικά λόγω «αντανακλαστικής» κατακράτησης υγρών στο σώμα της. Το οίδημα μπορεί να την τρομοκρατήσει τόσο πολύ ώστε να αρχίσει και πάλι να εφαρμόζει επικίνδυνες μεθόδους ελέγχου του βάρους (Τσιάκα 2008).

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

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

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

Παρά τη σοβαρότητα της απώλειας βάρους, είναι εκπληκτικό πόσο λίγες ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία εμφανίζουν σοβαρή ανεπάρκεια καλίου. Αυτό οφείλεται ίσως στους φυσιολογικούς αντισταθμιστικούς μηχανισμούς που λειτουργούν και στο ότι η δίαιτα είναι σχετικά θρεπτική, αλλά έχει μεγάλη ανεπάρκεια ενέργειας. Οι ανορεκτικές γυναίκες καταλαβαίνουν ότι το να χάσουν βάρος μπορεί να προκαλέσει εξάντληση καλίου και διαλέγουν τροφές που είναι φτωχές σε θερμίδες (ενέργεια) αλλά πλούσιες σε κάλιο (όπως οι ντομάτες, ο χυμός πορτοκαλιού και οι πιπεριές) (Abraham 2000).

Προβλήματα ηλεκτρολυτών στην ψυχογενή ανορεξία

Πολλές ασθενείς που πάσχουν από ανορεξία είναι υπερδραστήριες, πάντοτε απασχολημένες και δεν μπορούν να χαλαρώσουν. Η υπερδραστηριότητα μπορεί να προκαλέσει αϋπνία, ιδίως ξύπνημα νωρίς το πρωί, που είναι χαρακτηριστικό μερικών ασθενών με ψυχογενή ανορεξία. Οδοντικά προβλήματα εμφανίζονται επίσης στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, ιδίως σε εκείνες που προκαλούν εμετό. Η απώλεια του οδοντικού σμάλτου, οφείλεται στις επιδράσεις του όξινου εμέτου στα δόντια. Επίσης η αφυδάτωση, μεταβάλλοντας την ποσότητα και τη σύνθεση του σάλιου, αυξάνει την πιθανότητα χαλάσματος των δοντιών (Abraham και συν. 2000 και Apheldorfer 1997).

1.12. Διαταραχές της περιόδου στην ψυχογενή ανορεξία

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

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

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

Είναι ενδιαφέρον ότι μεταξύ 10 και 20 τοις εκατό των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία εμφανίζουν αμηνόρροια πριν να χάσουν καθόλου βάρος (στην πραγματικότητα το βάρος τους μπορεί ακόμη και να αυξάνει) και σε άλλες η περίοδος δεν ξαναρχίζει τακτικά επί μήνες ή και χρόνια μετά την επάνοδο σε φυσιολογικά βάρη σώματος. Εάν ληφθεί ένα λεπτομερές ιστορικό από αυτές τις γυναίκες συνήθως ανακαλύπτεται ότι έχουν χρησιμοποιήσει μεθόδους απώλειας βάρους όπως η υπερβολική γυμναστική, ο αυτοπροκαλούμενος έμετος και η κατάχρηση καθαρτικών πριν από την απώλεια βάρους ή κατά και μετά την πρόσκτηση βάρους. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η-διαταραχή της περιόδου συνδέεται σχεδόν με βεβαιότητα με τη συμπεριφορά απώλειας βάρους (Abraham και συν. 2000). Συμπερασματικά τα στάδια εγκατάστασης της νόσου είναι:

1.13. Στάδια εγκατάστασης νόσου

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



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΟΔΡΟΜΗ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

2.1. Ιστορική αναδρομή της νευρογενούς ανορεξίας

Η πρώτη περιγραφή της διαταραχής αυτής επιχειρήθηκε το 1689 στην Αγγλία από τον Richard Morton, ο οποίος την ονόμασε «νευρική φθίση». Μελετήθηκε επίσης και από τον Sir William Gull, ο οποίος το 1868 περιέγραψε τη νευρική ανορεξία στο βρετανικό περιοδικό Lancet, σαν «Υστερική Απεψία». Στη συνέχεια τη μελέτησαν οι Charcot, Dojerine, Babinski, Gull. Μέχρι τα μέσα του 20ου αιώνα ήταν σπάνια. Ο S. Freud τη θεώρησε ως υστερικό σύμπτωμα μετατροπής. Το 1951 ο Γερμανός Χένι πρότεινε για πρώτη φορά τον όρο «Ψυχογενής Ανορεξία» για το σύνδρομο αυτό, ενώ στην Αμερική επικρατεί κυρίως η ονομασία “Anorexia Nervosa”, στα ελληνικά «Νευρογενής Ανορεξία».

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

Η Bruch το 1962 έδωσε έμφαση στην παραμορφωμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος, η οποία καμιά φορά οδηγεί σε αυταπάτες και περιέγραψε τη νόσο ως «τη χαρακτηριστική ανυποχώρητη επιδίωξη της ισχνότητας». Ο Russel το 1965 υπέθεσε ότι οφείλεται σε δυσλειτουργία του υποθαλάμου και ο Crisp το 1970 ότι υπάρχει «φοβία πάχους».

Η ψυχογενής ανορεξία αλλά και οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής γενικότερα, είναι ένα θέμα το οποίο απασχολεί ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια και μελετάται πολύ διεξοδικά. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει και η κυκλοφορία του περιοδικού “Journal of eating disorders” το οποίο ασχολείται αποκλειστικά με τη μελέτη των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής. (Οικονομοπούλου 2002).

2.2. Εννοιολογική προσέγγιση της νευρογενούς ανορεξίας

Θέλοντας να προσεγγίσουμε εννοιολογικά τη διαταραχή της ψυχογενούς ανορεξίας θα ξεκινήσουμε από τη λέξη “ανορεξία” αρχικά. Η λέξη ανορεξία μας αποπροσανατολίζει γιατί δηλώνει ότι υπάρχει έλλειψη όρεξης, διαταραχή της όρεξης. Δε συμβαίνει όμως κάτι τέτοιο, τουλάχιστον στην αρχή, παρά μόνο με το πέρασμα του χρόνου, στην πορεία που παίρνει η νόσος, παρατηρείται μειωμένη ή και καθόλου όρεξη. Ο ψυχίατρος και ψυχαναλυτής Δ. Κουρέας, απέδωσε το νόημα της εξαιρετικά με την ονομασία “Ολιγοφαγία εξ ιστογενέσεως”. Ένας ορισμός που συναντάμε ονομάζει τη Ψυχογενή Ανορεξία σαν ένα “σύνδρομο αυτό – επιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την

πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ”.

Η ανορεξία, είναι το εναρκτήριο σήμα. Εκδηλώνεται με περιορισμό της τροφής, με μια διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στη διατροφή και με ελάττωση των θερμίδων, συχνά κάτω των 300 θερμίδων την ημέρα. Η αμηνόρροια μπορεί να είναι αρχικό σύμπτωμα της νόσου και να οφείλεται στις ενδοκρινολογικές διαταραχές αλλά συνήθως εμφανίζεται λίγους μήνες μετά την εμφάνιση της ανορεξίας και της απίσχνανσης. Η απίσχνανση εμφανίζεται ύστερα από την τήρηση ενός ιδιόμορφου διαιτολογίου, κατά το οποίο λαμβάνουν μόνο πρωτεΐνες για πολύ καιρό.

Αυτή η τακτική δίνει την εντύπωση αδυνατίσματος περισσότερο παρά εκούσια απώλεια βάρους. Ένας ψυχαναλυτικός ορισμός σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία στην εφηβεία, αναφέρει ότι οφείλεται σε διαταραχή της σεξουαλικής επένδυσης του κοριτσιού απέναντι στον πατέρα που εξακολουθεί να τον θεωρεί σεξουαλικό αντικείμενο την εποχή που θα’ πρέπει να’ χει αλλάξει η σχέση απέναντι του. (Πλάτη 2000).

2. 3 Επιδημιολογικά στοιχεία

ΓΕΝΙΚΑ

Πρόκειται για νόσο η οποία έχει πλέον λάβει εκρηκτικές διαστάσεις στις πλούσιες και αναπτυσσόμενες χώρες. Μελέτες σε γενικούς και ειδικούς πληθυσμούς είχαν δείξει ότι το 95% των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία είναι γυναίκες. Η συχνότητα της νόσου κυμαίνεται από 1% έως 5% των εφήβων γυναικών. Αποτελεί την 3η κατά σειρά ασθένεια που εμφανίζεται σε έφηβες γυναίκες μετά το άσθμα και την παχυσαρκία. Πρόκειται για γυναίκες στο 95% των περιπτώσεων, ηλικίας 15-25ετών. Υπολογίζεται δηλαδή ότι περίπου 1 στις 250 γυναίκες μεταξύ 15-25 ετών εμφανίζει ψυχογενή ανορεξία.

Ωστόσο όμως, ανεξάρτητα από αυτό εκτιμάται ότι πλήττει το 0,5-3,7% των γυναικών σε κάποια στιγμή της ζωής τους και κατά κύριο λόγο γυναίκες που διανύουν τη νεαρή ενήλικη ζωή τους, μέχρι τα 30 δηλαδή, χωρίς αυτό να σημαίνει πως γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας δεν μπορούν να νοσήσουν. Οι έφηβοι που πάσχουν από νευρική ανορεξία, διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης αγχωδών συμπεριφορών. Έρευνες στο Πανεπιστήμιο του Μίσιγκαν υπολογίζουν πως το 12-18% περίπου των ανορεξικών ατόμων κάνουν χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών. Στο σημείο αυτό αξίζει ν’ αναφερθεί ότι σε μια έρευνα που διεξήχθη στη Μινεσότα των ΗΠΑ το 64% των εφήβων κοριτσιών δήλωναν πως είχαν αρνητική εικόνα για το σώμα τους. . Πρόσθετα η συχνότητα εμφάνισης της νόσου στα κορίτσια είναι 10-20 φορές συχνότερη από ότι στα αγόρια. Μια μελέτη στη Μινεσότα των ΗΠΑ, το 2000, ανέφερε ότι το 13% αυτών που πάσχουν είναι κορίτσια και το 7% αγόρια. (Παπαγεωργίου, 2005 και Al- Quadreh, 2005).

Η θεραπεία είναι δύσκολη διότι τα άτομα και η οικογένειά τους αρνούνται να παραδεχτούν ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα και δεν απευθύνονται σε κάποιον ειδικό. Δυστυχώς η διάγνωση γίνεται καθυστερημένα, όταν πλέον η απώλεια του βάρους είναι ήδη πολύ σημαντική (>25% του αρχικού βάρους), διότι τα συμπτώματα περνούν απαρατήρητα ή υποτιμώνται από τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον. Μόνο η έγκαιρη αντιμετώπιση επιτρέπει την αποφυγή της τεράστιας απώλειας βάρους (>50% του αρχικού βάρους) που είναι θανατηφόρα. Το γεγονός ότι είναι η μοναδική ψυχιατρική διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει απ’ ευθείας στο θάνατο, με ποσοστό θνησιμότητας γύρω στο 10%, σύμφωνα με τα στοιχεία της

Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας, την κάνει να ξεχωρίζει από τις άλλες.

Η συχνότητα φαίνεται ότι αυξήθηκε τα τελευταία 10 χρόνια. Ο επιπολασμός ως διαταραχής σε γυναίκες της όψιμης εφηβικής και της πρώιμης ενήλικης ζωής είναι 0,5% έως 1%. Ο επιπολασμός είναι πολύ μεγαλύτερος για περιπτώσεις που δε συμπληρώνουν τα πλήρη κριτήρια της διαταραχής. Η νόσος τείνει να είναι συχνότερη στις αναπτυγμένες χώρες σε σύγκριση με τις χώρες του τρίτου κόσμου, όπου η πρόσβαση στην επαρκή τροφή είναι μια καθημερινή πάλη.

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

Τέλος βέβαια, πρέπει να αναφερθεί ότι σε όλες τις περιπτώσεις είναι συχνότερη σε άτομα με επαγγέλματα όπως αυτό του μοντέλου, της αθλήτριας, της χορεύτριας μπαλέτου. (Παπαγεωργίου, 2005 και Al- Quadreh, 2005).

ΕΛΛΑΔΑ

Σε ποσοστό έως και 4% των νεαρών κοριτσιών παρατηρείται η νευρογενής ανορεξία. Και όπως αναφέρει ο καθηγητής Ψυχιατρικής και πρόεδρος της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας κ. Γιώργος Χριστοδούλου, είναι μια διαταραχή που παρουσιάζεται 10-20 φορές πιο συχνά στις γυναίκες και εκφράζει τον παράλογο φόβο του πάχους. Στο 85% των περιπτώσεων η νευρογενής ανορεξία εμφανίζεται στην ηλικία από 13-20 χρονών.

Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, σε δημοσίευση του περιοδικού Focus, 1 στους 50,000 άνδρες πάσχει από ανορεξία. Ο αριθμός αυτός που αφορά ηλικίες 18-28 χρονών δείχνει ότι το φαινόμενο βρίσκεται σε άνοδο. Έχει μάλιστα υπερδιπλασιαστεί τα τελευταία 20 χρόνια. Το γεγονός ότι αυτή η διαταραχή ήταν κυρίως γυναικεία υπόθεση οδήγησε σε καθυστερημένη διάγνωση στους άνδρες. Σύμφωνα μια έρευνα του Πανεπιστημίου του Μίσιγκαν, αυτή η παθολογική κατάσταση εμφανίζεται συνήθως σε άνδρες με έντονη αθλητική δραστηριότητα που απαιτεί τον αυστηρό έλεγχο του σωματικού βάρους. Όμως η προσπάθεια τους να αποκτήσουν τέλειο σώμα γίνεται με τέτοια μανία που ξεπερνά το αρχικό μυώδες και αθλητικό πρότυπο. Η περίοδος που οι έφηβοι αγόρια και κορίτσια εκδηλώνουν νευρογενή ανορεξία είναι συνήθως η εφηβική περίοδος που το άτομο συγκροτεί την προσωπική του ταυτότητα και εικόνα.

Μια άλλη δημοσιευμένη έρευνα του οργανισμού Medlook Kids, τα κορίτσια εφηβικής ηλικίας και οι νεαρές γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο από την νευρογενή ανορεξία. Για την νευρογενή ανορεξία το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 0,5%-3,7%. Η καθηγήτρια Ελευθερία Βάρσου αναφέρει (ΒΗΜΑ 8/2/1998)ότι 90% των περιστατικών με νευρογενή ανορεξία που καταφεύγουν στο ειδικό ιατρείο αντιμετώπισης διαταραχών λήψης τροφής του αιγηνήτειου είναι γυναίκες με ιδιαίτερη έμφαση στις νεαρές ηλικίες 12-25 ετών. (Lee και συν, 2002 και Παπαγεωργίου, 2005).

Η.Π.Α

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

Επιπλέον, αξίζει να αναφέρουμε ότι τα άτομα που πάσχουν από αυτές τις

ασθενείς έχουν και στην πλειοψηφία και κάποιο άλλο ψυχιατρικό πρόβλημα. Το 50-75% παρουσιάζουν κατάθλιψη, το 25% των ατόμων αυτών διατηρεί ψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά σε όλη την διάρκεια της ζωής τους όπως έχει διαπιστωθεί από άτομα τα οποία έχουν επανέλθει πλέον στο κανονικό τους βάρος, το 30-37% αυτών των ασθενών έχει κάνει κατάχρηση διαφόρων ουσιών, το 42-75% έχει διαταραχές της προσωπικότητας του. Το 20%-50% έχει αναφερθεί ότι έχει κακοποιηθεί σεξουαλικά με πιο μεγάλη συχνότητα στα άτομα με νευρογενής βουλιμία. Η σεξουαλική κακοποίηση σε γυναίκες κατά την παιδική ηλικία είναι επίσης πολύ συχνή και αυτές οι γυναίκες έχουν πολύ αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν σοβαρό ψυχιατρικό πρόβλημα. (Lee και συν, 2002 και Παπαγεωργίου, 2005).

ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ

Στην Μεγάλη Βρετανία , μελέτη υποστηρίζει ότι περίπου 1 στους 100 νέους ηλικίας μεταξύ 12 και 25 ετών πάσχει από νευρική ανορεξία. Η επίπτωση της βουλιμίας είναι 4% του πληθυσμού, ενώ το σχεδιάγραμμα ηλικίας των πασχόντων ψυχογενούς ανορεξίας μειώνεται, με την νεότερη καταγεγραμμένη περίπτωση στη Μεγάλη Βρετανία ακριβώς οκτώ έτη πριν. (Τσίτσικα 2006).

ΙΑΠΩΝΙΑ

Η Ιαπωνία ίσως είναι η μοναδική μη δυτική χώρα η οποία παρουσιάζει αύξηση σε κρούσματα διατροφικών διαταραχών, με τα αποτελέσματα να είναι συγκρίσιμα ή μερικές φορές πιο αυξημένα από των Η. Π. Α. , χώρα στην οποία τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια μεγάλη αύξηση της συχνότητας των διατροφικών διαταραχών, ενώ παρόμοια κατάσταση επικρατεί στις Κινέζες γυναίκες ιδιαίτερα αυτές που έχουν υψηλό βιοτικό επίπεδο και ζουν σε εκμοντερνισμένες χώρες όπως το Χονγκ Κονγκ. Άλλες μη αγγλόφωνες χώρες στις οποίες παρουσιάζεται αύξηση είναι οι χώρες όπως η Ισπανία, Αργεντινή και τα νησιά Φίτζι. (Walcott και συν. 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΡΙΣΜΟΣ – ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

3.1. Ορισμός νευρογενούς ανορεξίας

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

Βέβαια η λέξη «ανορεξία» είναι αποπροσανατολιστική. Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης, γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνο αργά στη πορεία της νόσου. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στη ταυτότητα και την αυτονομία, για λόγους που ακόμα δεν γνωρίζουμε.

Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια ψυχοσωματική διαταραχή. Αυτό σημαίνει πως η ψυχοσωματική πάθηση εκδηλώνεται σε ένα όργανο ή σε ένα σύστημα οργάνων που εξαρτάται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Στην ουσία είναι συναισθηματική διαταραχή που σωματοποιείται σε ένα όργανο ή σύστημα οργάνων. Έτσι λοιπόν η ψυχογενής ανορεξία είναι το σύνδρομο εκείνο, στο οποίο παρατηρείται συνεχής απώλεια βάρους σαν αποτέλεσμα ενός ψυχογενούς περιορισμού της τροφής. Η ασθενής αρνείται ή περιορίζει στο ελάχιστο τη λήψη τροφής ή πολλές φορές μόλις φάει προκαλεί εμετό και αποβάλλει ότι έχει φάει. Η παραπάνω διαδικασία συνοδεύεται από διαταραχές του κύκλου και γαστρεντερικές διαταραχές. (Μάνος, 1988).

Ακόμη χαρακτηρίζεται από καχεξία, εμμηνόπαυση και άρνηση της σεξουαλικότητας. Η άρνηση αυτή για λήψη τροφής, μπορεί να προέρχεται από πραγματική έλλειψη της επιθυμίας για λήψη τροφής δηλαδή από απουσία του αισθήματος της πείνας ή από εκούσιο αρνητισμό, από πόνο ψυχολογικό ή άλλα αίτια άσχετα από το αίσθημα της πείνας. Επιπλέον, ο πάσχων μπορεί να ασχολείται υπερβολικά με τη δίαιτα και το αδυνάτισμα, με αποτέλεσμα τη μεγάλη απώλεια βάρους. Οι ανορεκτικοί φοβούνται μήπως παχύνουν, ενώ ακόμα και όταν είναι εξαιρετικά αδύνατοι δεν αντιλαμβάνονται το πραγματικό τους βάρος. Η νευρογενής ανορεξία κρύβει μεγάλα ψυχολογικά προβλήματα του πάσχοντος. Οι ασθενείς με αυτή τη διατροφική διαταραχή δεν παρουσιάζουν κάποιο προφανές σύμπτωμα και είναι σχετικά δύσκολο να αναγνωρισθεί το πρόβλημά τους σε πρώιμα στάδια. Όσο το πρόβλημα συνεχίζει να υπάρχει, η κατάσταση διαιωνίζεται και οι ασθενείς εμφανίζουν μη φυσιολογικές λειτουργίες σχεδόν σε κάθε ζωτικό όργανο. Για το λόγο αυτό είναι απόλυτα αναγκαία η κατάλληλη παρέμβαση για την αποτελεσματικότερη θεραπεία. (Χαρτοκκόλης, 1991).

3.2. Τύποι νευρογενούς ανορεξίας

Η Ψυχογενής ανορεξία εκδηλώνεται με δύο διαφορετικούς τύπους:

α) Ανορεξία στερητικού τύπου (restricting type)

Ο στερητικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από μια παρατεταμένη και αυστηρή αποχή από το φαγητό. Οι ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου συνήθως

χαρακτηρίζονται από περισσότερη εσωστρέφεια και αρνούνται να παραδεχτούν πως νιώθουν πείνα και άγχος. (Σταματάκης 2004).

β) Ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου (binge eating type)

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

3.3. Σχετικές θεωρίες νευρογενούς ανορεξίας

Τα αίτια εμφάνισης της νευρογενούς ανορεξίας φαίνεται πως είναι πολυπαραγοντικά, ένας συνδυασμός δηλαδή βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Στην προσπάθεια λοιπόν να αποσαφηνιστεί η αιτιολογία της νόσου, έχουν δοθεί τρεις ερμηνείες. Η βιολογική, η ψυχολογική- ψυχαναλυτική και η κοινωνική, οι οποίες εξετάζονται παρακάτω. (Τάκης 2004).

Βιολογικήερμηνεία

Την νευρογενή ανορεξία συνοδεύουν πολλές ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές. Συνέπεια αυτών είναι η απίσχνανση και η αμηνόρροια. Η απίσχνανση, συνδέεται με την ελάττωση της λήψης τροφής και κατά συνέπεια θερμίδων. Ο περιορισμός των θερμίδων επιβάλλει να χρησιμοποιηθούν τα ενεργειακά από θέματα του οργανισμού, με αποτέλεσμα να συντελείται μια κατάσταση καταβολισμού. Σ' αυτή την περίπτωση καταναλώνεται ο λιπώδης ιστός, γίνεται δηλαδή απόλυση, και όσο ο ανορεκτικός περιορίζει την τροφή του, τόσο εξασθενεί ο οργανισμός του. Πρόκειται για διαταραχή της έκκρισης των ορμονών από τα νησίδια του Langerhans στο πάγκρεας (ινσουλίνη, γλυκογόνο) με αποτέλεσμα οι ορμόνες αυτές να χάσουν την αναβολική τους δράση.

Η αμηνόρροια, όταν είναι το αρχικό σύμπτωμα της νόσου, εντάσσεται στις ενδοκρινολογικές διαταραχές της ωοθήκης (δυσωορρηξία) οι οποίες σχετίζονται με ψυχογενείς παράγοντες και με την καθεαυτή απώλεια βάρους. Το κεντρικό νευρικό σύστημα είναι αυτό που ελέγχει τη λειτουργία των ορμονών που σχετίζονται με την εμμηνόρροια. Κέντρο ελέγχου των ορμονικών λειτουργιών είναι ο υποθάλαμος. Μια σειρά εκκρίσεων διαφόρων ορμονών έχουν σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση της έμμηνης ρύσης. Αν όμως το βάρος του σώματος πέσει κάτω από ένα όριο, ο υποθάλαμος υπολειτουργεί με συνέπεια η υπόφυση να μην εκκρίνει αρκετή FSH ορμόνη κι έτσι να προκαλείται αμηνόρροια.

Ο Russel υποστηρίζει ότι η νευρογενής ανορεξία οφείλεται σε δυσλειτουργία του υποθαλάμου διότι παίζει θεμελιακό ρόλο σε «ζωτικές συμπεριφορές» όπως η λήψη τροφής. (Vita 2006).

Ψυχολογική-Ψυχαναλυτικήερμηνεία

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

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

Ο υποσιτισμός οδηγεί σε μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος το οποίο οδηγεί σε όλο και μεγαλύτερη μείωση της λήψης τροφής. Επίσης θεωρητικοί ισχυρίζονται ότι ο φόβος της σεξουαλικότητας είναι ένας συντελεστικός παράγοντας στην εσωτερική παρότρυνση του ατόμου να γίνει κάπνιστρο. Άλλοτε το δευτερογενές κέρδος, η προσοχή και η φροντίδα των άλλων, έρχεται να παγιώσει τη διαταραχή. (Vita 2006).

Όταν η ψυχογενής ανορεξία ακολουθεί τη γέννηση ενός παιδιού, είναι συχνά ένδειξη του φόβου που νιώθει η γυναίκα εξαιτίας της αλλαγής του ρόλου της. Καλείται να αναλάβει νέους ρόλους, καθήκοντα και υποχρεώσεις και να μοιραστεί τη φροντίδα και προστασία του άντρα της μαζί με το παιδί της. Από ψυχαναλυτική άποψη η ανορεξία έχει συνδεθεί με τη σεξουαλικότητα. Η απόρριψη της τροφής ταυτίζεται με την αποστροφή προς το σεξ και με τον υποσυνείδητο φόβο στοματικής σύλληψης, κυρίως από τον πατέρα, ο οποίος έχει έντονες αιμομικτικές τάσεις προς την κόρη.

Οι ανορεκτικές θεωρούνται προσωπικότητες φτωχά οργανωμένες και ανώριμες με μηχανισμούς απώθησης και άρνησης των σεξουαλικών ορμών. Η στάση απέναντι στο σεξουαλικό θέμα είναι αμφιθυμική και αυτό εκδηλώνεται τόσο στο συνειδητό όσο και στο ασυνείδητο επίπεδο (όνειρα, τεστ, κ. α.). Η ανδρική σεξουαλικότητα αντιμετωπίζεται σαν κάτι επιθετικό και η ανορεξία είναι μια άμυνα που «βοηθάει» να μείνουν αδύνατες, με παιδική εμφάνιση, χωρίς προκλητικές καμπύλες, αφανείς στα ανδρικά βλέμματα. Πολλοί, ωστόσο, ειδικοί δεν παραδέχονται αυτή την ερμηνεία και πραγματικά είναι δύσκολο να αποδείξει κανείς τις υποσυνείδητες αυτές φαντασίες. Συχνά όμως κατά τη θεραπεία πολλές ανορεκτικές δηλώνουν «αισθάνομαι φουσκωμένη μετά το φαγητό» ή «αισθάνομαι σα να είμαι έγκυος». (Νεοφύτου 2008).

Κοινωνική ερμηνεία

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

Ακόμη και στις μη δυτικές κοινωνίες, όπου δεν υπήρχε αυτό το πρότυπο, τώρα με την εισβολή των δυτικών προτύπων ομορφιάς και κομψότητας μέσω των διαφημίσεων, των περιοδικών και των σταρ του κινηματογράφου, τώρα σημειώνονται όλο και συχνότερα τέτοιου είδους περιστατικά. Η ομορφιά και η ελκυστικότητα έχουν γίνει συνάρτηση του ποσοστού του λίπους που έχει μια γυναίκα στο σώμα της. Οι κοινωνικοπολιτικοί παράγοντες όπως και οι ψυχοκοινωνιολογικές εξηγήσεις επικεντρώνουν τις αιτίες στις διαφορετικές μορφές σεξουαλικής ωρίμανσης στην εφηβεία, στις ψυχολογικές ιδιαιτερότητες των δύο φύλων, στις διαφορές των σχέσεων με τους γονείς. Στους πρώτους παράγοντες περιλαμβάνεται η μόδα. Ένοχες είναι οι εμπορικές εταιρίες μόδας και ομορφιάς οι οποίες προκειμένου να μεγιστοποιήσουν το κέρδος τους προβάλλουν τον υποσιτισμό ως πρότυπο κομψότητας. (Νεοφύτου 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4.1. Αιτιολογία

Γενετικοί παράγοντες: Ξεκίνησε τις τελευταίες δεκαετίες μια προσπάθεια για συστηματική διερεύνηση του ρόλου των γενετικών συντελεστών στην αιτιοπαθογένεια της νευρικής ανορεξίας. Η προσπάθεια αυτή βασίζεται σε μελέτες που έγιναν και γίνονται σε οικογένειες ασθενών και μαρτύρων, αλλά και στην ανεύρεση συμφωνίας, ανάμεσα σε ζεύγη διδύμων και στον συνδυασμό τους, με τα νεότερα δεδομένα από τον χώρο της μοριακής βιολογίας. Ωστόσο, οι περισσότεροι από τους συγγραφείς, ενώ δέχονται την ύπαρξη της γενετικής προδιάθεσης στην εμφάνιση της νόσου συμπληρώνουν πως για να εμφανιστεί αυτή, θα πρέπει να εμπλέκονται και άλλοι παράγοντες, που αθροιστικά θα πυροδοτήσουν την έναρξη της νόσου

Στους παράγοντες αυτούς συγκαταλέγονται ο τύπος προσωπικότητας του ασθενούς, η παρουσία ψυχιατρικής διαταραχής και κυρίως, συναισθηματικής διαταραχής και υποθαλαμική δυσλειτουργία. Σε μια από τις μεγαλύτερες οικογενειακές μελέτες που έγινε από τον Stroberetal το 1990, όπου εξετάστηκαν 387 α΄ βαθμού συγγενείς ανορεκτικών, ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου βρέθηκε να είναι αυξημένος κατά 4%. Οι μελέτες όμως, που θεωρούνται ότι μπορούν να δείξουν πιο καλά την συσχέτιση ανάμεσα στην εμφάνιση μιας νόσου και την πιθανή κληρονομικότητα, είναι εκείνες που γίνονται σε ζευγάρια διδύμων, μονοζυγωτών (MZ) και διζυγωτικών (ΔΖ). Εάν διαπιστωθεί πως η εκδήλωση μιας ψυχοπαθολογικής διαταραχής είναι πιο συχνή στους μονογενείς διδύμους, όπου το γενετικό υλικό είναι πανομοιότυπο, τότε υπάρχει ισχυρή συμμετοχή γενετικών παραγόντων. (Abraham και συν. 2000).

Μια μεγάλη μελέτη που έγινε από τους Treasure και Holland το 1989, περιελάμβανε γυναίκες διδύμους (31 ζεύγη MZ και 28 ζεύγη ΔΖ), από τις οποίες το ένα μέλος να έχει διάγνωση με Δ. Λ. Τ. Διαπιστώθηκε πως για την ψυχογενή ανορεξία, υπήρχε υψηλότερος βαθμός συμφωνίας στην εκδήλωση της στους MZ διδύμους (66%), σε σχέση με τους διζυγωματικούς (0%).

Σχεδόν σε όλες τις έρευνες και με πολύ μικρές εξαιρέσεις, διαπιστώνεται πως η συμβολή των γενετικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια και στην εμφάνιση των διαταραχών λήψης τροφής είναι αδιαμφισβήτητη, καθώς οι MZ δίδυμοι εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας σε σχέση με τους ΔΖ, στην ανορεξία. Ωστόσο, η μη συμμετοχή του γενετικού υλικού κατά 100% συνηγορεί στο ότι και άλλοι παράγοντες, περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί παίζουν πολύ μεγάλο ρόλο στην εκδήλωση των νόσων. (Abraham και συν. 2000).

Βιοχημικοί παράγοντες: Με έρευνες διαπιστώθηκε, πως αρκετοί ανορεκτικοί ασθενείς με μειωμένο βάρος, εμφανίζουν επίσης, υψηλά επίπεδα του νευροπεπτιδίου Υ (NPY). Υψηλά παραμένουν τα ποσοστά του NPY, ακόμα και μετά την ανάκτηση του φυσιολογικού σωματικού βάρους, ενώ γίνονται φυσιολογικά με την επανεμφάνιση της έμμηνου ρύσης, γεγονός που οδηγεί στην σκέψη ότι το συγκεκριμένο πεπτίδιο μπορεί να εμπλέκεται στην παθογένεση της αμηνόρροιας. Η μειωμένη λήψη της τροφής στους ανορεκτικούς οδηγεί στην αύξηση του NPY, που

ομοιοστατικά προσπαθεί να επαναφέρει την συμπεριφορά λήψης τροφής, στα φυσιολογικά επίπεδα, χωρίς όμως να τα καταφέρνει. Στην έρευνα της Kaye (1992), βρέθηκε πως χαμηλού βάρους ανορεκτικοί ασθενείς εμφάνιζαν στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, πολύ χαμηλά ποσοστά β- ενδορφίνης, ενώ η δυνοφρίνη βρισκόταν σε φυσιολογικά επίπεδα, σε όλα τα στάδια της ανορεξίας. Δύο ακόμα νευροπεπτιδία, που όπως φαίνεται η παρουσία τους έχει σημασία, είναι η αντιδιουρητική ορμόνη (ADH) ή βασοπρεσίνη και η ωκυτοκίνη (OXT). Η περιφερική δράση της βασοπρεσίνης συνίσταται στην επαναρρόφηση του νερού, στους νεφρούς. (Μαράτος 1988).

Στην ψυχογενή ανορεξία έχει διαπιστωθεί εδώ και 20 χρόνια, πως υπάρχει διαταραχή στην ικανότητα συγκέντρωσης των ούρων, που υποδηλώνει πως υπάρχει κάποια ανωμαλία στην έκκριση της ADH, ενώ μεταγενέστερες μελέτες έδειξαν πως υπάρχουν αυξημένα επίπεδα της ορμόνης στο πλάσμα. Η απίσχνανση συνδέεται άμεσα με την ελάττωση της λήψης τροφής και των θερμίδων, που συνεπάγεται η ανορεξία. Ο περιορισμός των θερμίδων, ειδικά όταν αυξάνουν οι ενεργειακές ανάγκες (κινητική υπερδραστηριότητα), επιβάλλει να χρησιμοποιηθούν τα ενεργειακά αποθέματα του οργανισμού, δηλαδή εγκαθιστά μια κατάσταση καταβολισμού (ουσιαστικά πρόκειται για απόλυση, γι' αυτό παρατηρείται αύξηση των ελευθέρων λιπαρών οξέων (AGL) της γλυκερόλης και των κετονικών σωμάτων). Ο μεταβολισμός ρυθμίζεται από τις ορμόνες που εκκρίνει το πάγκρεας και πιο συγκεκριμένα τα νησίδια του Langerhans. Οι ορμόνες αυτές κατά την διάρκεια της κατάστασης του καταβολισμού, διαταράσσονται. Η ινσουλίνη ελαττώνεται στην ψυχογενή ανορεξία, ενώ το γλυκογόνο είναι μέτρια αυξημένο. Δευτερογενείς διαταραχές, λόγω της καταβολικής κατάστασης, στην οποία βρίσκεται ο ανορεκτικός, αποτελούν τα μειωμένα ποσοστά των ορμονών του θυρεοειδούς αδένου. (Μαράτος 1988).

Έρευνες έδειξαν πως σε ανορεκτικούς ασθενείς με μειωμένο σωματικό βάρος τα επίπεδα της T4 βρίσκονται στο κατώτατο φυσιολογικό όριο, ενώ της T3 είναι πολύ χαμηλά. Μειωμένη είναι η απάντηση της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης TSH. Όταν το βάρος επανέρχεται στο φυσιολογικό, οι ασθενείς εμφανίζουν σημαντική αύξηση των επιπέδων των T3, T4 και TSH. Υψηλά επίπεδα αυξητικής ορμόνης (GH) έχουν διαπιστωθεί στους μισούς περίπου από τους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, που βρίσκονται σε στάδιο απίσχνανσης, ενώ τα επίπεδα της φθάνουν στα φυσιολογικά όρια με την σταδιακή αύξηση της λήψης τροφής. Η χολοκυστοκίνη εκτός από την διεγερτική της δράση στα παγκρεατικά ένζυμα, μεταφέρει το μήνυμα του κορεσμού (μετά από τροφές πλούσιες σε λίπη και πρωτεΐνες) στον υποθάλαμο, για να διακοπεί η λήψη τροφής και έχει την δυνατότητα να παρατείνει το αίσθημα του κορεσμού, επιβραδύνοντας την γαστρική κένωση. Έρευνες έδειξαν πως οι ασθενείς με ανορεξία, εμφανίζουν πολύ υψηλά ποσοστά χολοκυστοκίνης στο πλάσμα.

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

ανωριμότητα, αυξημένες ανάγκες περιποίησης και φροντίδας, εξάρτηση, σωματοποίηση του άγχους τους.

Η έκφραση, ωστόσο της προσωπικότητας εξαρτάται από την νοσηρότητα. Σύμφωνα με μελέτες, οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία εμφανίζουν μεγάλα ποσοστά μείζονος κατάθλιψης (68%), αγχωδών διαταραχών (65%), ψυχαναγκαστικής / καταναγκαστικής διαταραχής (26%) και κοινωνικής φοβίας (34%). Ένα από τα κείρια προβλήματα που αντιμετωπίζει ο έφηβος, είναι οι σημαντικές μεταβολές στο σώμα και η ανάγκη ενσωμάτωσης της καινούργιας εικόνας του σώματος στην αναπαράσταση του εαυτού του, διαδικασία, η οποία είναι δύσκολη και μερικές φορές ανεπιτυχής. Η ανάγκη απαρτίωσης ενός σεξουαλικά ώριμου ατόμου στην αναπαράσταση του εαυτού αποτελεί τη βάση της αναπτυξιακής ψυχοσύγκρουσης της εφηβείας, σύμφωνα με τον Lauffer.

Ο έφηβος που εμφανίζει ψυχογενή ανορεξία, ουσιαστικά αποπειράται, σε ένα συμβολικό επίπεδο, να επιτεθεί στο σεξουαλικό του σώμα για να το μετατρέψει σε σώμα ακίνδυνο. Το άγχος, δηλαδή, του σεξουαλικού σώματος αντιμετωπίζεται με την απάλειψη των στοιχείων του φύλλου, μέσω της απίσχνασης. (Τσιάκα 2008).

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

Τα τέσσερα χαρακτηριστικά αυτής είναι:

Η **παγιδευτική εμπλοκή** κατά την οποία, τα όρια μεταξύ των υποσυστημάτων έχουν ασαφοποιηθεί.

Η **υπερπροστατευτικά**

Η **ακαμψία**, δηλαδή η αδυναμία προσαρμογής σε αλλαγές

Η **αποφυγή σύγκρουσης**, ολοκλήρωσης μιας διαφωνίας ή επίλυσης μίας κρίσης. (Τσιάκα 2008).

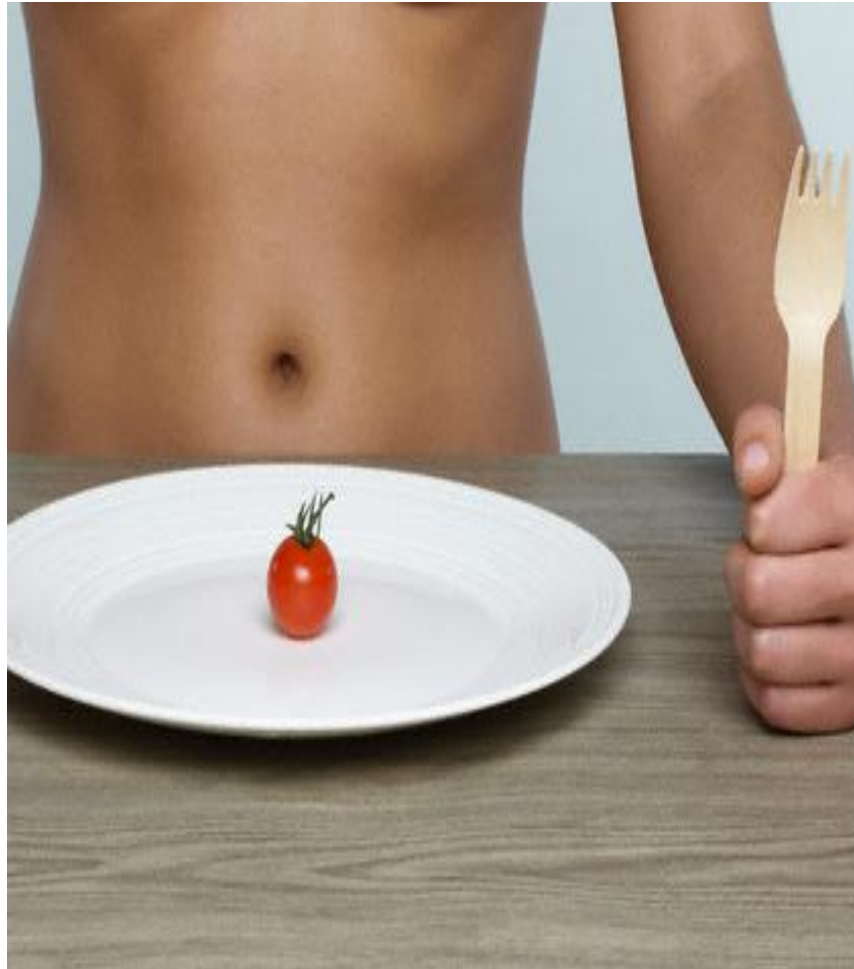
Γεγονότα ζωής: Γεγονότα που σηματοδοτούν απώλειες ή αποχωρισμούς αγαπημένων προσώπων και που θεωρούνται ότι μπορούν να διαταράξουν σημαντικά την προσωπική και οικογενειακή ισορροπία και ομοιόσταση, έχουν αναφερθεί ότι προηγούνται της εμφάνισης της ψυχογενούς ανορεξίας και ειδικά της μορφής που παρουσιάζεται με όψιμη έναρξη, καθώς θεωρείται ότι δημιουργούν ένα

υπόβαθρο χρόνιας εσωτερικής έντασης. Το στρεσογόνο γεγονός εκλαμβάνεται από την έφηβη ή την ενήλικη νεαρή γυναίκα ως απειλή για την οντότητα της, τον εσωτερικό, αλλά και τον εξωτερικό της κόσμο και αυτό την οδηγεί αφ' ενός μεν σε μια αυξημένη ενασχόληση με το σώμα της, αφ' ετέρου δε στην πεποίθηση ότι θα αισθάνεται καλύτερα να χάνει βάρος. Ο θάνατος, ενός αγαπημένου προσώπου είναι ένα γεγονός, που επηρεάζει τη δομή και την δυναμική της οικογένειας, αλλά και του κάθε μέλους της χωριστά. Τα μεγαλύτερα παιδιά και οι έφηβοι έχουν πολλές φαντασιώσεις και φοβίες για τον θάνατο και το χαμένο πρόσωπο, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν έντονες αντιδράσεις όπως, ενούρηση, αλλάζουν συνήθειες του ύπνου τους και αρνούνται την λήψη τροφής. Αναμφίβολα και το διαζύγιο ή ο χωρισμός αποτελεί σημαντικό στρεσογόνο γεγονός στη ζωή τόσο των παιδιών και των εφήβων. Παρά την έντονη ανάγκη για ανεξαρτησία οι έφηβοι χρειάζονται μια ασφαλή οικογενειακή βάση, στην οποία μπορούν να στηριχτούν, διαφορετικά μπορεί να αναπτύξουν προβληματικές συμπεριφορές. Οι έφηβοι όταν ζουν μια τέτοια κατάσταση, μπορεί να κρατήσουν ουδέτερη στάση ή πιο συχνά, να συνάψουν συμμαχία με έναν από τους δύο γονείς ή να χρησιμοποιήσουν την διαταραχή λήψης τροφής, συνήθως την ψυχογενή ανορεξία ως ένα πολύ αποτελεσματικό εξισορροπιστικό ή εκβιαστικό μέσο για την συγκράτηση μιας επερχόμενης αλλαγής στην οικογενειακή και προσωπική τους ισορροπία. (Δημητριάδης 2008).

Από τα ψυχοπιεστικά γεγονότα, εκείνα που έχουν μελετηθεί πιο πολύ και φαίνεται πως παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας, είναι η σεξουαλική και η σωματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία. Σχετικές έρευνες συγκλίνουν στο ότι περίπου το 1/3 των ανορεκτικών έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση. Έρευνες έχουν γίνει κατά καιρούς και για την σχέση που υπάρχει μεταξύ της μετανάστευσης και της νευρικής ανορεξίας, καθώς αυτή αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα γεγονότα ζωής. Η έκθεση των παιδιών των μεταναστών σε διαφορετικές κουλτούρες και η σύγκρουση που αυτή συνεπάγεται μεταξύ των συνηθειών και των προτύπων των δύο πολιτισμών φαίνεται πως έχει τεράστιο ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής. Τα παιδιά είναι αναγκασμένα να παίζουν το ρόλο του συντονιστή ανάμεσα στις δύο κουλτούρες. Τέλος, έχουν βρεθεί και άλλα γεγονότα ζωής που μπορεί να επηρεάσουν σε μικρότερο βαθμό, όπως η αρρώστια κάποιου μέλους της οικογένειας ή και του ίδιου του ασθενή, η εγκυμοσύνη της μητέρας ή της αδερφής, η απιστία ενός γονέα, μια ερωτική απογοήτευση, ένα οικογενειακό σκάνδαλο, η απόλυση από την εργασία και η ανεργία.

Γενικά, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες θεωρούνται ότι εμπλέκονται σε ένα βαθμό, άλλοτε μικρότερο και άλλοτε μεγαλύτερο σε κάθε αρρώστια. Στις περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας φαίνεται παίζουν ένα συντελεστικό αιτιολογικό ρόλο και συμβάλλουν στην γένεση ή την εξέλιξη της νόσου. (Δημητριάδης 2008 και Abraham 2000).

Κουλτούρα: Οι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και στην εξέλιξη της νευρικής ανορεξίας. Η επίδραση της Δυτικής κουλτούρας στον τρόπο ζωής των ανθρώπων και ειδικά των γυναικών, θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες εμφάνισης νευρικής ανορεξίας. Το σύγχρονο ιδεώδες γυναικείας ομορφιάς, που η Δυτική κουλτούρα καλλιεργεί και συντηρεί με την βοήθεια των μέσων μαζικής ενημέρωσης, απαιτεί μια λεπτή και απόλυτα γυμνασμένη σιλουέτα. (Δημητριάδης 2008 και Abraham 2000).



4.2. Διάγνωση

ΚΑΤΑ ΤΟ DSM- III

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

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

Όπως είναι γνωστό, η έμμηνος ροή είναι δυνατόν να διακοπεί για αρκετό χρονικό διάστημα άσχετα από την έλλειψη βάρους και ενώ η διακοπή είναι σχεδόν υποχρεωτική συνέπεια αδυνατίσματος, η επανάκτηση φυσιολογικού βάρους δεν ακολουθείται πάντα σύντομα από την εμφάνιση της ροής. (Νεοφύτου και συν. 2008).

Η διάγνωση, λοιπόν, για τη διαπίστωση των αιτιών που δημιουργήσαν και συντηρούν τη νεύρωση είναι όχι μόνο το ζητούμενο αλλά η απαραίτητη προϋπόθεση που μας οδηγεί στη διαπίστωση της ύπαρξης της ψυχικής νόσου. Ποτέ όμως πως και γιατί. Οι γενεσιουργοί αιτίες πάντα υπάρχουν. Χρειάζεται να τις εντοπίσει κανείς, ώστε μέσα από την εξέλιξη των συμπτωμάτων να γίνεται η διάκριση της γενεσιουργού αιτίας. Γιατί στις νευρώσεις ιδιαίτερα, ο διαχωρισμός ψυχής και σώματος οδηγεί πάντα σε λανθασμένα συμπεράσματα. (Νεοφύτου και συν. 2008)

4.3. Διαφορική διάγνωση

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

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

Διακυμάνσεις του βάρους, εμετοί και περίεργη συμπεριφορά έναντι της τροφής μπορεί να παρουσιαστούν και στη σωματοποιητική διαταραχή. Σπάνιες είναι οι περιπτώσεις στις οποίες ένας άρρωστος πληρεί τα διαγνωστικά κριτήρια τόσο για σωματοποιητική διαταραχή όσο και για ψυχογενή ανορεξία. Σε μια τέτοια περίπτωση πρέπει να διαγνωστούν και οι δυο διαταραχές. Γενικά, η απώλεια βάρους στη σωματοποιητική διαταραχή δεν είναι τόσο σοβαρή όσο στη ψυχογενή ανορεξία, ούτε ο πάσχων από αυτή εκφράζει νοσηρό φόβο ότι θα γίνει υπέρβαρος, όπως συνήθως συμβαίνει στον ασθενή με ψυχογενή ανορεξία. Αμηνόρροια για τρεις ή παραπάνω μήνες είναι ασυνήθης στη σωματοποιητική διαταραχή. (Παπαγεωργίου 2006).

Παραληρητικές ιδέες γύρω από τη τροφή στη σχιζοφρένια σπάνια περιλαμβάνουν το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών. Άρρωστος με σχιζοφρένια σπάνια υπερασχολείται με το φόβο μήπως γίνει παχύσαρκος και δεν έχει την υπερκινητικότητα που παρουσιάζει άρρωστος με ψυχογενή ανορεξία. Σχιζοφρενικοί

άρρωστοι έχουν παράξενες συνήθειες πρόσληψης τροφής και όχι το πλήρες σύνδρομο της ψυχογενούς ανορεξίας.

Η ψυχογενής ανορεξία πρέπει να διακρίνεται από τη ψυχογενή βουλιμία, μια διαταραχή στην οποία εμφανίζονται επεισόδια υπερφαγίας – ακολουθούμενα από καταθλιπτική διάθεση, ιδέες αναξιότητας και προκλητούς εμετούς – ενώ οι άρρωστοι διατηρούν το βάρος τους σε φυσιολογικά επίπεδα. Επιπλέον, στην ψυχογενή βουλιμία ο άρρωστος σπάνια έχει 15% απώλεια βάρους. Οι δύο καταστάσεις συνήθως συνυπάρχουν. (Νεοφύτου και συν. 2008).

4.4 Διαγνωστικά κριτήρια

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

A) Διαγνωστικά κριτήρια κατά τον Sour

Ο Sour διακρίνει πρωτογενή και δευτερογενή κριτήρια.

Στα πρωτογενή ανευρίσκουμε:

- Τον εκλεκτικό και εκούσιο περιορισμό της τροφής ο οποίος δικαιολογείται ως απώλεια της όρεξης.
- την αναζήτηση της ισχύτητας σε μια ευχάριστη αυτή καθ' αυτόν η οποία ανάγεται στο αίσθημα κυριαρχία πάνω στο σώμα, στον έλεγχο της ενστικτώδους ζωής του.
- την υπερδραστηριότητα, συχνά πρώιμη και την αμηνόρροια.
- τέλος, την βουλιμία.

Μέσα στα δευτερογενή συμπτώματα, υπάρχουν οι μόνιμες ανησυχίες και οι παραπονητικές συμπεριφορές που αφορούν την τροφή, η ενοχλημένη στάση ενάντια σ' αυτούς που προσπαθούν ν' ασχοληθούν με τις ανάγκες διατροφής της και τέλος κάποιος βαθμός θλίψης με αίσθημα του κενού. (www.focusmag.gr/articles/2002).

B) Διαγνωστικά κριτήρια κατά την Katherine A. Halmi

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

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

- Τέλος, στη γυναικεία αμηνόρροια. (Νεοφύτου και συν. , 2008).

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

Ηλικία έναρξης από τα 25 έτη

Ανορεξία με σύγχρονη απώλεια βάρους, τουλάχιστον του 25% του αρχικού βάρους

Αδιάλλακτη και διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στην τροφή, φάρμακα ή το βάρος, η οποία κυριαρχεί στην πείνα, στις επιπλήξεις και στις απειλές, όπως για παράδειγμα:

- Άρνηση της αρρώστιας και παραγνώριση των αναγκών διατροφής.
- Καταφανής ικανοποίηση από την απώλεια βάρους, ενώ καθαρά φαίνεται πως η άρνηση τροφής είναι μια ευχάριστη υποχρέωση.
- Επιθυμία ν' αποκτήσει μια εικόνα οριακής ισχνότητας του σώματος ενώ εκδηλώνεται καθαρά ότι είναι ευχάριστο για την άρρωση να φτάσει ή να διατηρήσει τη κατάσταση αυτή.
- Συσσώρευση και ασυνήθιστη επεξεργασία των τροφών.

Έλλειψη γνωστών ιατρικών ασθενειών που θα μπορούσαν να εξηγήσουν την ανορεξία και την απώλεια βάρους.

Καμία άλλη γνώση ψυχιατρική διαταραχή, με ειδική αναφορά στις πρώιμες συναισθηματικές διαταραχές, στην σχιζοφρένεια, στην ψυχαναγκαστική και φοβική νεύρωση (δεχόμαστε ότι η άρνηση τροφής δεν αρκεί από μόνη της για να δικαιολογήσει την διάγνωση μιας ψυχαναγκαστικής ή φοβικής νεύρωσης).

Τουλάχιστον, δυο απ' τις παρακάτω εκδηλώσεις: αμηνόρροια, αύξηση τριχοφυΐας, βραδυκαρδία (σταθερά σφυγμός σε ηρεμία είναι 60 σφ /λεπτό ή και λιγότερο), περίοδοι υπερδραστηριότητας, επεισόδια βουλιμίας, εμετοί (ενδεχόμενα αυτοπροκαλούμενοι). ([www. focusmag. gr/articles/2002](http://www.focusmag.gr/articles/2002)).

Δ) Διαγνωστικά κριτήρια DSM- IV

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

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

Άτομα με αυτή τη διαταραχή ισχυρίζονται ότι είναι εξαιρετικά παχιά ακόμη και όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή κάτω του φυσιολογικού και αυτό γίνεται γιατί η απώλεια του βάρους δεν καθησυχάζει τον φόβο της παχυσαρκίας. Δυστυχώς η λέξη «ανορεξία» από προσανατολίζει πολύ κόσμο. Η ψυχογενής ή νευρογενής

ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης (αυτό γίνεται πολύ αργά στην πορεία της νόσου). Πρόκειται για διαταραχές που ο καθένας έχει στην αίσθηση του εαυτού του, στην ταυτότητα στην αυτονομία του, για λόγους που ακόμη δυστυχώς δεν ξέρουμε. Τα ανορεκτικά άτομα, δηλαδή, υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη ολόκληρου του σώματος τους και της εξωτερικής σωματικής τους εικόνας (π. χ πιστεύουν ότι διάφορα σημεία του σώματος τους είναι πολύ παχιά, ακόμη και όταν αυταπόδεικτα είναι κάτω του φυσιολογικού, ή δεν αναγνωρίζουν σημαντικές σωματικές αισθήσεις όπως το αίσθημα της πείνας). (Vita 2001).

Η απώλεια του βάρους επιτυγχάνεται με σημαντική μείωση της συνολικής ποσότητας τροφής, με ραγδαία ελάττωση τροφών πλούσιων σε υδατάνθρακες και λίπη, με έμετο που αυτοπροκαλείται αδιάκοπα, με χρήση καθαρτικών ή διουρητικών και με εξαντλητική άσκηση. Χαρακτηριστικό είναι ότι η αμηνόρροια μπορεί να παρουσιαστεί πριν να έχουμε σημαντική ελάττωση του σωματικού βάρους. Στο ξεκίνημα της διαταραχής το περιβάλλον δεν είναι ικανό να αντιληφθεί οτιδήποτε. Το ανορεκτικό άτομο ξεκινάει κάποια δίαιτα, αρχίζει να χάνει σταδιακά τα κιλά και να είναι ιδιαίτερα χαρούμενο γι' αυτό.

Προοδευτικά όμως η απώλεια του βάρους προχωρά, η πρόσληψη τροφής συνεχώς ελαττώνεται και, παρόλη την εμφανή διαφορά, το άτομο εξακολουθεί να δηλώνει ότι πρέπει να χάσει περισσότερο βάρος γιατί είναι ακόμη πολύ παχύ. Οι συγγενείς και οι φίλοι παρατηρούν την διαφορά, στην αρχή είναι κάπως επιφυλακτικοί αλλά μετά αρχίζουν να φοβούνται και να τρομάζουν, γιατί η εικόνα του ατόμου δεν έχει καμία σχέση με τα λεγόμενα του και τις πεποιθήσεις του. Ο τρόμος και ο φόβος μετατρέπονται σε αγωνία, αρχίζει να μπαίνει στη ιστορία η ύπαρξη κάποιας ιατρικής αντιμετώπισης, αλλά δυστυχώς, όταν το άτομο θα φτάσει στο γραφείο του ειδικού ή κάποιου γιατρού, η απώλεια βάρους θα είναι πολύ μεγάλη και ίσως να έχουν εμφανιστεί και τα πρώτα νοσηρά συμπτώματα, όπως οιδήματα στους αστραγάλους, υπόταση, βραδυκαρδία, υποθερμία, σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές, Iahygo (οι τρίχες γίνονται λεπτές και μαλακές όπως του νεογέννητου), πτώση του τριχωτού της κεφαλής και ακόμη πιο σοβαρά συμπτώματα που μπορούν να οδηγήσουν σε κώμα και θάνατο. (Vita 2001).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ –ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ -ΠΡΟΓΝΩΣΗ

5.1. Συμπτώματα – Κλινικά σημεία

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

5.1.1. Συμπτώματα

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

5.1 2. Κλινικά σημεία

- Καχεξία
- Υποθερμία
- Βραδυκαρδία
- Υπόταση
- Κυάνωση άκρων
- Οίδημα
- Ψυχρά άκρα
- Αλλαγές στα νύχια
- Υπερτρίχωση (Χνουίδι)
- Συστολικό καρδιακό φύσημα(Al-Quadreh, 2005 και Ζουμπανέας και συν.

2007).

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

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

Διατροφικές συνήθειες

- Υπερβολικά αργή κατανάλωση φαγητού.
- Κατακερματισμός της τροφής σε πολύ μικρά κομμάτια.
- Κατανάλωση φαγητού με ακατάλληλα σκεύη
- Ασυνήθιστοι συνδυασμοί τροφίμων
- Υπερβολική χρήση μπαχαρικών, ξυδιού, λεμονιού
- Αποφυγή συγκεκριμένων τροφίμων και επιλογή «ασφαλών» τροφίμων
- Μικρή ποικιλία τροφίμων
- Πολύ χαμηλή ή υπερβολική κατανάλωση υγρών με σκοπό είτε να μην «βαρύνει» λόγω του νερού είτε να «φουσκώσει» με την κατανάλωσή του
- Προσπαθεί να κρύψει την τροφή που δεν έχει καταναλώσει (Ζουμπανέας και συν. , 2007).

Σωματικά συμπτώματα

- Απώλεια βάρους
- Αμηνόρροια
- Απώλεια όρεξης
- Ναυτία
- Κοιλιακός πόνος
- Δυσκολία στην κατάποση
- Διαταραχές ύπνου Αφυδάτωση
- Απώλεια τριχών κεφαλής και εφηβαίου
- Δέρμα ξηρό με «βρώμικη» όψη
- Lanugo (χνούδι στο πρόσωπο, τους ώμους, την ράχη)
- Τρίχωση στέρνου και κοιλιακής χώρας

- Υποθερμία
- Βραδυκαρδία
- Υπόταση
- Οιδήματα κάτω άκρων
- Οδοντική διάβρωση
- Ζαλάδα και αδυναμία συγκέντρωσης
- Μείωση μυϊκής μάζας
- Καθυστερημένη γαστρική κένωση και κορεσμός και φούσκωμα
- Μειωμένη κινητικότητα λεπτού εντέρου και δυσκοιλιότητα
- Καθυστέρηση ήβης, Λιποθυμίες (Al-Quadreh, 2005 και Ζουμπανέας και συν. , 2007).

5. 2. Φυσική εξέταση

- Απίσχυση, αφυδάτωση
- Απώλεια τριχών κεφαλής και εφηβαίου
- Δέρμα: ξηρότητα, «βρώμικη» όψη, χνούδι προσώπου, ώμων, ράχης, τρίχωση στέρνου, κοιλιακής χώρας
- Υποθερμία (θερμοκρασία ορθού 36. 20 C)
- Βραδυκαρδία (60 παλμοί / λεπτό), υπόταση < 80/50 mmHg
- Οιδήματα κάτω άκρων (<http://noght-flights.pblogs.gr>, 2007)
- Σημεία οιστρογονικής ανεπάρκειας (ξηρότητα κόλπου, υποπλαστική μήτρα, οστεοπενία - οστεοπόρωση) (VITA, 2001 και tovima.dolnet.gr/data/D2007).

5. 3. Εργαστηριακά ευρήματα

Βιοχημικά:

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

Ενδοκρινολογικά:

- Χαμηλές (πρεοεφηβικές τιμές) γοναδοτροπινών
- Χαμηλές τιμές των ορμονών του φύλου (οιστρογόνων, ανδρογόνων)
- Υπερκορτιζολαιμία

- Ελάττωση της θυρεοειδικής λειτουργίας (T3, T4)

Αιματολογικά:

- Πολύ χαμηλή ΤΚΕ (< 10mm/h)

Όψιμα

- Λευκοπενία
- Θρομβοπενία
- Αναιμία (Τσίτσικα, 2006)

Διαφοροδιάγνωση

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

5. 4. Πρόγνωση

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

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

Η ασθένεια συνεπάγεται θανάσιμο κίνδυνο. Μελέτες που περιέλαβαν μεγάλο αριθμό ατόμων μιλούν για ποσότητα θανάτου της τάξης του 0 έως 8% στις σοβαρές μορφές. Όμως στην νευρογενή ανορεξία της εφηβείας υπάρχει μεγάλη ποικιλία έντασης και σοβαρότητας, που εξηγεί τις διαφορές της θεραπευτικής αντιμετώπισης

ανάλογα με τη μέθοδο που ακολουθεί ο γιατρός. Πίσω από αυτή την ποικιλία υπάρχει ενότητα συμπτωμάτων και αναμφίβολα ψυχοπαθολογική ενότητα (Venice, 1987).

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

Συμπερασματικά η πρόγνωση αποτυπώνεται στα πιο κάτω ποσοστά:

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

5. 4. 1. Επιβαρυντικοί παράγοντες για την ασθένεια, είναι:

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

5. 4. 2. Άλλα επιβαρυντικά προγνωστικά στοιχεία:

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



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ – ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΟΥ

6.1. Επιπτώσεις της νόσου

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

6.1.1. Στη συμπεριφορά παρατηρείται:

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

6.1.2. Στο σώμα παρατηρούνται στοιχεία:

- Στους ενήλικες, ακραία απώλεια βάρους, στα παιδιά και εφήβους φτωχή ή
- Ανεπαρκής αύξηση βάρους σε σχέση με την ανάπτυξή τους
- Κοιλιακά άλγη
- Ζαλάδες και λιποθυμίες
- Πρηξίματα στο στομάχι, και πρόσωπο
- Προβλήματα στο κυκλοφορικό και μόνιμη αίσθηση κρύου
- Ξηρό, άγριο, δύσχρωμο δέρμα
- Διακοπές στο εμμηνορροϊκό κύκλο ή αμηνόρροια
- Χάσιμο της λίμπιντο
- Μείωση της οστεϊκής μάζας και τελικά οστεοπόρωση (Τσίτσικα, 2006).

6.1.3. Η ψυχολογία του ατόμου χαρακτηρίζεται από:

Έντονο φόβο να μην πάρει βάρος, ακόμα και αν κυμανθεί μέσα στα κανονικά πλαίσια βάρους σύμφωνα με το ύψος του ατόμου. Δυσλειτουργικές αντιλήψεις για το σχήμα του σώματος ή του βάρους άρνηση για την ύπαρξη του προβλήματος

Αλλαγές στην προσωπικότητα του ατόμου και μεταπτώσεις στην διάθεση (Τσίτσικα, 2006 και <http://panacea.med.uoa.gr>, 2007).

6.2. Συνέπειες νευρογενούς ανορεξίας

(<http://panacea.med.uoa.gr>, 2007 και

Royal College of Psychiatrists, 2007)

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

6.2.1. Μακροπρόθεσμες συνέπειες

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

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

6.2.2. Επιπτώσεις στην οικογένεια

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

6. 3. Διαφοροποιήσεις συμπτωμάτων

Η συνολική εικόνα των συμπτωμάτων να διαφέρει από άτομο σε άτομο, π. χ. μια γυναίκα με νευρική ανορεξία πιθανόν να έχει ακανόνιστη περίοδο και άλλη να μην παρουσιάζει αυτό το σύμπτωμα. Όπως επίσης τα βουλιμικά επεισόδια διακρίνονται από πολύ μεγάλη συχνότητα μέσα στην ίδια μέρα και μέχρι δύο φορές μέσα στην εβδομάδα. Τέτοιες περιπτώσεις ταξινομούνται ως « μερικώς σύνδρομο». Επίσης υπάρχουν περιπτώσεις που παρουσιάζουν μικτά συμπτώματα δύο διατροφικών διαταραχών. Συνήθης είναι η περίπτωση της «Βουλιμο-Ανορεξίας». Έτσι, η θεραπευτική παρέμβαση σε τέτοιες περιπτώσεις απαιτεί εξαιρετικά ειδικευμένους και έμπειρους ψυχολόγους λόγω της πολυπλοκότητας της διαταραχής.

6. 4. Στάδια ψυχογενούς ανορεξίας

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

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

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

Στάδιο 1ο: στάδιο επίτευξης

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

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

Στάδιο 2ο: στάδιο ασφάλειας - καταναγκασμού

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

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

Ο ανορεξικός σ' αυτό το στάδιο έχει αρχίσει να αποσυνδέεται συναισθηματικά από τους άλλους καθώς στρέφεται προς τα ενδόμυχα του, στη μάχη του ενάντια στην πείνα. Αυτό το αίσθημα της πείνας είναι στην πραγματικότητα μήνυμα από τον εγκέφαλο του ανορεξικού ότι επιπλέον απώλεια βάρους θα οδηγήσει σε ανικανότητα του σώματος να διατηρεί ομοιόσταση, σταθερή θερμοκρασία, σταθερή αρτηριακή πίεση, σταθερό καρδιακό ρυθμό και να μη χάνει μυϊκή μάζα. Στη φάση αυτή της εξέλιξης της ψυχογενούς ανορεξίας σχηματίζονται πτυχές στο δέρμα των κλειδώσεων του αγκώνα, του γόνατου και της μασχάλης, διότι το σώμα του ασθενούς έχει συρρικνωθεί περισσότερο απ' όσο μπορεί να συσταλθεί το δέρμα του. Βέβαια, το άτομο θεωρεί ότι οι πτυχές στο δέρμα του προκλήθηκαν από το πάχος (<http://panacea.med.uoa.gr>, 2007).

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

προχωρημένα στάδια της διαταραχής. Το μυαλό και το σώμα του ανορεξικού στέλνουν μηνύματα για να σταματήσει τη λιμοκτονία και να σωθεί από το θάνατο. Το άτομο όμως που πάσχει από ψυχογενή ανορεξία βρίσκεται σε σύγχυση και διπλασιάζει τις προσπάθειές του να χαλιναγωγήσει την ήδη πεινιχρή πρόσληψη τόσο τροφής όσο και ποτών. Οι περισσότεροι ανορεξικοί αναπτύσσουν φοβίες και για τις υγρές και για τις στερεές τροφές. Με τον καιρό οι φοβίες πολλαπλασιάζονται. Έτσι ο ανορεξικός μπορεί να παρουσιάσει φοβία πάχους, φοβία φαγητού, φοβία πρόσληψης βάρους, φοβία αύξησης όρεξης, φοβία αργού μεταβολισμού.

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

Στάδιο 3ο: κατηγορηματικό στάδιο

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

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

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

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

Στάδιο 4ο: στάδιο της ψευδο-ταυτότητας

Αργά ή γρήγορα, η απώλεια βάρους του ανορεξικού γίνεται εμφανής στην

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

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

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



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΠΟΡΕΙΑ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

7. 1. Πορεία νόσου – Επιπλοκές

Περιοριστικός τύπος:

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

Βουλιμικός τύπος:

- Πρόκληση εμέτου και χρήση καθαρτικών: απώλεια υγρών – υποογκαιμία
- Παραγωγή αλδοστερόνης από τους νεφρούς (δευτεροπαθής υπεραλδοστερονισμός)
- Αποκατάσταση όγκου και μικρή κατακράτηση υγρών
- Πανικός ασθενούς, πρόκληση εμέτων και κατάχρηση καθαρτικού (έως 60 δόσεις ημερησίως !!!) (tonima. dolnet. gr, 2007).

7. 1. 1. Σοβαρές επιπλοκές που απειλούν τη ζωή

Βουλιμικός τύπος:

A. Πρόκληση εμέτων

- Υποογκαιμία
- Υπονατριαιμία, υποκαλιαιμία
- Υποχλωραιμική μεταβολική αλκάλωση
- Κατάχρηση ιπεκακουάνας – μυοκαρδιοπάθεια

B. Κατάχρηση καθαρτικών

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

Γ. Κατάχρηση διουρητικών

- Υπερχλωραιμική οξέωση
- Υπονατριαιμία, υποκαλιαιμία (> 30 mEq/Lit σε τυχαίο δείγμα ούρων)

Περιοριστικός τύπος:

- Υποογκαιμικό shock
- Καρδιακή αρρυθμία
- Οξεία νεφρική ανεπάρκεια
- Υποχλωραιμική μεταβολική αλκάλωση
- Μεταβολική οξέωση
- Σοβαρή υπερνατριαιμία (tonima. dolnet. gr, 2007).

7. 2. Θεραπεία

Οι **κύριοι σκοποί** της θεραπείας της νόσου είναι οι εξής:

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

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

7. 2. 1. Νοσοκομειακή περίθαλψη

Στις βαρείες περιπτώσεις της νόσου υποεκτιμάται από τη συνεχιζόμενη αμηνόρροια, απίσχνανση, μεγάλη απώλεια βάρους οι ειδικοί καταφεύγουν στη νοσοκομειακή περίθαλψη που συχνά εφαρμόζεται με καθυστέρηση, συνιστάται επανασίπηση στο νοσοκομείο να επιδιώκει αρχικά μικρή αλλά σταθερή ημερήσια αύξηση βάρους 200 - 400 γραμμαρίων. Η νοσηλεία χρησιμοποιείται αφενός για να τραφεί ο ασθενείς - είτε ενδοφλεβίως είτε με ποσότητες πρωτεϊνών - για να ακολουθήσει θεραπεία με ορμόνες ώστε να επανέλθει η έμμηνος ρύση και αφετέρου για να απομονωθεί από τη οικογένεια του η οποία μπορεί να αποτελεί παθογόνο παράγοντα. Η απομόνωση σύμφωνα με τον C. GIRAND σημαίνει «προσπάθεια επέμβασης στις υπάρχουσες συνήθειες ώστε να διακοπούν οι συγκρούσεις με τη περιβάλλον σχετικά με τη διατροφή και γεύματα. Επίσης σταματά τους χειρισμούς των γονιών μειώνει το άγχος τους και επιτρέπει στον καθένα να ξαναβρεί την αυτονομία του». Αυτό σημαίνει ότι η **θεραπευτική ομάδα** που συνίσταται δεν επαναλαμβάνει τη στάση των γονιών στο θέμα του φαγητού και ότι η προσφορά και φροντίδα δεν παρουσιάζει κενά (Χαρτοκόλλης, 1991).

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

7. 2. 2. Τα φάρμακα

Τα φάρμακα που διεγείρουν την όρεξη, τα οποία συχνά προτείνονται από τον γιατρό όταν αντιμετωπίζει έναν άνθρωπο που αδυνατίζει συνεχώς, δεν έχουν καμία χρησιμότητα για τη διανοητικά ανορεκτική, αφού η όρεξη, όχι μόνο δεν έχει εξαφανιστεί, αλλά είναι έντονη, και η ανορεκτική δεν σταματά να μάχεται της επιθυμίας της για φαγητό. Σε γενικές γραμμές, χορηγούνται ποικίλα διατροφικά συμπληρώματα, που έχουν στόχο να καλύψουν τις ανεπάρκειες: βιταμίνες, μεταλλικά άλατα, πρωτεϊνούχες ουσίες. Στις περισσότερες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται επίσης ψυχοτρόπα φάρμακα (νευροληπτικά, αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά). Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση που δε χρειάζεται νοσηλεία ακολουθεί κάποιας μορφής ψυχοθεραπεία, όπως θα δούμε πιο κάτω (Ιεροδιακόνου, 1991 και Venisse, 1987).

7. 2. 3. Ψυχοθεραπεία

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

7. 2. 4. Δυσκολίες Θεραπείας

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

Συνήθως θα πρέπει να αποφεύγουμε μια μερική προσέγγιση, περιορισμένη αποκλειστικά στο πρόβλημα του βάρους. Η συχνότητα των υποτροπών πιστοποιεί την ανεπάρκεια αυτού του είδους της αντιμετώπισης. Επίσης, ο κίνδυνος θανάτου είναι υπαρκτός (5 έως 10% των περιπτώσεων καταλήγουν στο θάνατο σύμφωνα με διάφορες αναδρομικές έρευνες) και μπορεί να οφείλεται σε ασιλία, μεταβολικές διαταραχές που επιβαρύνονται από την άτακτη λήψη καθαρικών και διουρητικών ουσιών, αιφνίδια καταπληξία κατά τη διάρκεια περιόδου υπερδραστηριότητας ή δευτερογενή επιμόλυνση.

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

7. 2. 5. Η εξήγηση των φυσικών συμπτωμάτων

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

Άλλες γυναίκες χρειάζονται συζήτηση και διαβεβαιώσεις ότι το ξερό τους δέρμα, οι σπασμένες τρίχες των μαλλιών και το χνούδι θα εξαφανιστούν καθώς βελτιώνεται η θρέψη τους. Η εγκυμοσύνη, που μπορεί να συμβεί κατά την περίοδο ανάρρωσης, μπορεί να δημιουργήσει σημαντικά προβλήματα, ιδίως εάν η γυναίκα εξακολουθεί να χρησιμοποιεί τις δυνητικά επικίνδυνες συμπεριφορές της αυτοπρόκλησης εμετού ή της κατάχρησης καθαρτικών ή διουρητικών. Εάν επιμένει σ' αυτή τη συμπεριφορά κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να γεννήσει ένα μωρό που θα έχει μικρότερο βάρος από το κανονικό, γιατί η ανάπτυξή του μέσα στη μήτρα έχει καθυστερήσει. Τα προβλήματα μπορεί να περιοριστούν στο ελάχιστο με καλή προγεννητική φροντίδα (Abraham και συν. ,2000).

7. 2. 6. Η έκβαση τη ψυχογενούς ανορεξίας

Οι **στόχοι της θεραπείας** είναι:

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

Αξιολόγηση βιοχημικής κατάστασης

Εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση

- Άλλες υποδείξεις και υποστήριξη για να βοηθηθεί η ασθενής
- Να αυξήσει αργά το βάρος της
- Να σταματήσει να χρησιμοποιεί συμπεριφορά απώλειας βάρους
- Να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού
- Εάν οι παραπάνω στόχοι δεν επιτευχθούν συνήθως γίνεται εισαγωγή στο νοσοκομείο

Εισαγωγή στο νοσοκομείο

- Εξασφάλιση προγράμματος για να βοηθηθεί η ασθενής

- Να αυξάνει το βάρος της κατά 1κιλό την εβδομάδα
- Να σταματήσει τη συμπεριφορά απώλειας βάρους
- Να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού
- Να γυμνάζεται σωστά για το βάρος του σώματός της

Σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος πρέπει να εξασφαλιστεί:

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

Αργότερα παροχή βοήθειας στην ασθενή για:

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

Γενικός στόχος είναι της δώσουμε βοήθεια για:

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

7. 3. Ψυχοθεραπεία

7. 3. 1. Ατομική ψυχοθεραπεία

Οι περισσότερες μορφές ψυχοθεραπείας δίνουν έμφαση στο χτίσιμο μιας καλής σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και στον θεραπευτή. Η ψυχοθεραπεία εστιάζει στα τρέχοντα προβλήματα του ασθενή αλλά και σε πλευρές της προσωπικής του ιστορίας. Οι περισσότεροι θεραπευτές προσπαθούν να ενθαρρύνουν υγιείς διατροφικές συνήθειες, να ενισχύσουν την επανάκτηση βάρους και κάποιες συνεδρίες περιστρέφονται σχεδόν αποκλειστικά σε θέματα αυτοεικόνας και εικόνας σώματος. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις, η θεραπεία εστιάζεται σε άλλα θέματα και ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται να διερευνήσει και να εκφράσει τα συναισθήματά του γύρω από μια ευρεία γκάμα θεμάτων όπως είναι η επιτυχία και η αποτυχία, τα σεξουαλικά ζητήματα και ο αυτοέλεγχος. Αν κι έχουν αναφερθεί πάνω από 200 διαφορετικές μορφές ψυχοθεραπείας αναφέρουμε ενδεικτικά δυο από τις δημοφιλέστερες αναφορικά με τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας (Καναβισάς, 2002):

α) Γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία

Πρόκειται για θεραπευτικά προγράμματα που περιλαμβάνουν ημερολόγια σίτισης κι εκτενή εκπαίδευση σχετικά με θέματα διατροφής στα οποία υπογραμμίζονται οι κίνδυνοι του υποσιτισμού κι ενθαρρύνεται η συζήτηση για θέματα υγείας και αντιλήψεων σε σχέση με το φαγητό. Πολλά γνωσιακά προγράμματα θεραπείας έχουν αναπτυχθεί με στόχο την αλλαγή των μη ρεαλιστικών αντιλήψεων των ασθενών σε

θέματα εικόνας του σώματος και διατροφής. Συχνά οι διαταραχές διατροφής χαρακτηρίζονται από την απουσία ελέγχου στη σίτιση και η ανάπτυξη αυτοελέγχου είναι από τους βασικούς στόχους της γνωσιακής θεραπείας. Αντίθετα, όταν η απώλεια του βάρους είναι αποτέλεσμα υπερβολικού αυτοελέγχου, βαρύτητα δίνεται στην υιοθέτηση πιο ελαστικών σχημάτων ελέγχου της συμπεριφοράς (Σκαπινάκης, 2004 και Τάκης, 2004).

β) Συστημική θεραπεία οικογένειας

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

7. 3. 2. Φαρμακευτική θεραπεία

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

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

Νοσηλεία με υποχρεωτική ή καταναγκαστική σίτιση είναι απαραίτητη όταν η απώλεια βάρους δημιουργεί κινδύνους για την επιβίωση του αρρώστου. Η θνησιμότητα, σε τέτοιες περιπτώσεις, φτάνει το 40%. Ένα ενθαρρυντικό σημάδι είναι η επανεμφάνιση της εμμηνόρροιας, αν και σε πολλές περιπτώσεις καθυστερεί ως και τρία χρόνια ύστερα από την επιστροφή σε ομαλές συνθήκες διατροφής (Χριστοδούλου και συν. , 2000 και Nihart Boyd, 2005).

7. 3. 3. Αυτοβοήθεια

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

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

7. 4. Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση

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

Μια αποτελεσματική ψυχο-διατροφική θεραπευτική παρέμβαση χρειάζεται να προετοιμάζει σταδιακά το άτομο να διαμορφώσει τη σχέση του με το φαγητό, να τροποποιήσει αντιλήψεις, πεποιθήσεις, μύθους που έχει διαμορφώσει σε σχέση με το φαγητό, τροφές και να δώσει όλα τα απαραίτητα εφόδια-γνώσεις, ψυχολογικές τεχνικές, διατροφικές συμβουλές, απαραίτητους ελιγμούς και άλλα πολλά – για να απαλλαχτεί από τις στερήσεις και τις δίαιτες απελπισίας που το οδηγούν σε ένα ατέλειωτο φαύλο κύκλο και σε παραπανίσια κιλά (Τσίτσικα, 2006).

Η νευρογενής ανορεξία αντιδρά γενικά πολύ θετικά σε ψυχολογική θεραπευτική παρέμβαση, όμως στα χέρια ειδικά εκπαιδευμένων ψυχοθεραπευτών οι οποίοι κατανοούν τις αιτίες και συμπεριφορές των ψυχογενών διατροφικών διαταραχών και του στυλ ζωής που αυτά προκαλούν. Έτσι η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση δεν θα εφοδιάσει απλά το άτομο με αυτογνωσία. Θα έχει επίσης τις γνώσεις να ενδυναμώσει το άτομο που υποφέρει με ειδικές, σημαντικές πληροφορίες και καθοδήγηση. Αποκτώντας τον έλεγχο σε άλλες περιοχές της ζωής οι οποίες είναι «εκτός ελέγχου» μπορούμε ξανά να αξιώσουμε τη «φυσική πείνα» και το φαγητό να γίνει πάλι πηγή ευχαρίστησης (Ι. Ψ. Ε. , 2008, Τσίτσικα, 2006).

7. 5 Το πρόβλημα της αποθεραπείας

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

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

, 2008, Τσίτσικα, 2006).

Σε αυτό ακριβώς το στάδιο της θεραπείας, εμείς προσωπικά πιστεύουμε ότι παρουσιάζουν ενδιαφέρον ορισμένες γνωστικό- συμπεριφορικές προσεγγίσεις του τύπου ομάδες εξάσκησης στην επιβεβαίωση του εαυτού, τις κοινωνικές επιδεξιότητες και στην έκφραση των αισθημάτων «όπου συναντώνται οι ανόρεχτες αλλά και άλλοι ασθενείς που εκφράζουν παρόμοια αισθήματα και που παρουσιάζουν ένα παραπλήσιο προβληματισμό.

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

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

Η περίθαλψη των ασθενών αυτών που παρουσιάζουν συμπεριφορές εθισμού, αποτελεί σχεδόν πάντα, μια μακροπρόθεσμη υπόθεση. Είναι απαραίτητο να πεισθούν γι' αυτό οι θεραπευτές και να το αποδεχθούν. Αν ξεπερασθεί η οξεία περίοδος, που μπορεί μερικές φορές να διαρκέσει πολύν καιρό, είναι επιθυμητό και συχνά είναι εφικτό να αρχίσουν οι άρρωστες αυτές μια προσωπική ψυχαναλυτική διεργασία, η οποία δεν θα μπορούσε να προταθεί νωρίτερα λόγω της χρονοβόρου διαδικασίας που χαρακτηρίζει τη διαδικασία της ψυχανάλυσης. (Ι. Ψ. Ε. , 2008, Τσίτσικα, 2006).

7.6. Οστεοπόρωση στην νευρογενή ανορεξία

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

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

Το σήμα κατατεθέν της νευρικής ανορεξίας είναι η σαφής υπερβολική αδυναμία των ασθενών. Η πλειοψηφία των ιατρικών επιπλοκών της ανορεξίας είναι το κατευθυνόμενο αποτέλεσμα αυτής της απώλειας βάρους και της υποθρεψίας. Αν και πολλές από τις ιατρικές επιπλοκές της νευρικής ανορεξίας είναι αναστρέψιμες με την έγκαιρη αποκατάσταση του σωματικού βάρους, η οστεοπόρωση είναι μια σοβαρή επιπλοκή που συχνά επιμένει ακόμα και μετά την αποκατάσταση και επανεμφάνιση της έμμηνου ρύσεως. Συνεπώς, οι θεράποντες που συμμετέχουν

στην φροντίδα αυτών των ασθενών πρέπει να νιώθουν οικειότητα με τη πρόληψη, διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης που σχετίζεται με την νευρική ανορεξία.

Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

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

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

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

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

Η διάρκεια της νευρικής ανορεξίας είναι προάγγελος της χαμηλής οστικής μεταλλικής πυκνότητας. Όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα διαρκεί η ασθένεια, τόσο μεγαλύτερη είναι η μείωση της οστικής μεταλλικής πυκνότητας. Υπάρχει μια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη σπονδυλική οστική μεταλλική πυκνότητα και στη διάρκεια της υπερβολικής αδυναμίας σε επίπεδο ΔΜΣ (δείκτη μάζας σώματος). Μια μεγαλύτερη διάρκεια αμηνόρροιας σχετίζεται επίσης με μεγαλύτερη μείωση της οστικής πυκνότητας. Δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι χαμηλή συγκέντρωση οιστρογόνων στον ορό σχετίζονται με χαμηλή οστική πυκνότητα. Ακόμα, μελέτες έχουν δείξει ότι συμπληρώματα οιστρογόνων δεν βελτιώνουν την οστική πυκνότητα σε ανορεξικούς ασθενείς. Ένας πιθανός τρόπος να εξηγηθεί αυτή η διχοτόμηση είναι ότι τα τρέχοντα επίπεδα οιστρογόνων δεν είναι αυτά που αποτελούν το κυρίως θέμα. Ακριβέστερα, η αθροιστική έκθεση των οιστρογόνων είναι ο παράγοντας κλειδί της οστικής πυκνότητας. Η ισχνή μάζα σώματος είναι επίσης ο προάγγελος της οστικής μεταλλικής πυκνότητας. Αυτά και άλλα σημάδια της σύνθεσης του σώματος όπως ο ΔΜΣ σχετίζονται με την οστική πυκνότητα. Πιθανώς αυτό συμβαίνει εξαιτίας του παθητικού μηχανισμού φόρτωσης στα οστά. Το φυσιολογικό βάρος που έχει ο ασθενής σήμερα καθώς και το βάρος που είχε κατά το παρελθόν μπορεί να είναι ο καλύτερος προάγγελος της οσφυϊκής οστικής πυκνότητας. Οι κλινικοί θα πρέπει να εντείνουν την επαγρύπνηση τους στους ανορεξικούς ασθενείς που έχουν έντονη απώλεια βάρους και μεγαλύτερης διάρκειας αμηνόρροια.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ –Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

8.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή

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

Ως προς το βιολογικό τομέα, η συνέντευξη θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα λεπτομερές ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό καθώς και προσεκτική παρατήρηση των βασικών συμπτωμάτων της ασθένειας (π. χ. απίσχναση, βραδυκαρδία κ. τ. λ.) των οποίων η διάρκεια και η δριμύτητα επηρεάζουν τη θεραπευτική διαδικασία. Για την μετέπειτα διατροφική αποκατάσταση είναι πολύτιμη κάθε πληροφορία για το βάρος και τη διατροφική συμπεριφορά του ασθενούς. Ερωτήσεις σχετικές με το μέγιστο ή ελάχιστο βάρος που έχει φτάσει ο ασθενής, με δίαιτες που πιθανόν έχει ακολουθήσει και χρήση καθαρτικών είναι απαραίτητο να γίνουν ακόμα και αν ο ασθενής δυσανασχετεί γι' αυτές. Τέλος, πληροφορίες για τις συνήθειες ύπνου του ασθενούς, καθώς και για τη συχνότητα και την ένταση που αυτός ασκείται σωματικά, συμπληρώνουν το βιολογικό πορτρέτο του ασθενούς. Ως προς τα ψυχολογικά συμπτώματα της νόσου, αυτά θα πρέπει να ελέγχουν λεπτομερώς, ακόμα και αν ο ασθενής τα αρνείται ή προσπαθεί να τα ελαχιστοποιήσει. Συμπτώματα, όπως κατάθλιψη ή άλλες ψυχικές διαταραχές, καθώς και οριακές διαταραχές προσωπικότητας απαιτούν μεγαλύτερη προσοχή γιατί συμπεριφορές που σχετίζονται με τέτοιες διαταραχές μπορούν να οδηγήσουν μέχρι και σε αυτοκτονία. Σημαντικό είναι επίσης να ερευνηθεί οποιοδήποτε ιστορικό σεξουαλικής ή ψυχολογικής βίας, αφού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αναφέρονται τέτοια περιστατικά (Κυριακίδου, 2000).

Συμπτώματα όπως μελαγχολία, άγχος, έμμονες ιδέες, παρορμητικότητας πρέπει να προσδιοριστούν μετά από εξέταση του διανοητικού επιπέδου του ασθενούς. Πληροφορίες σχετικές με το πώς αντιλαμβάνεται ο ασθενής το «φαγητό και το βάρος» με το πόσο έντονα αυτά τον απασχολούν, καθώς και με τα φαγητά τα οποία ο ασθενής θεωρεί «απαγορευμένα» αποδεικνύονται πολύ χρήσιμες κατά τη μετέπειτα θεραπευτική διαδικασία. Επίσης πολύτιμες θεωρούνται οι προσδοκίες του ίδιου του

ασθενή για το αποτέλεσμα της θεραπείας του καθώς και οποιεσδήποτε δικές του προτάσεις για τη διεξαγωγή αυτής της θεραπείας. Εξίσου σημαντική είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ των συμπτωμάτων της νόσου και της κοινωνικής ζωής του ασθενούς. Η επαγγελματική ή η σχολική του επίδοση, τα κάθε είδους ενδιαφέροντα του, οι σχέσεις του εκτός της οικογένειας, καθώς και η δυναμική των οικογενειακών σχέσεων πολύ συχνά συντηρούν ή επιδεινώνουν τη διαταραχή (Nihart Boyd, 2005 και Κυριακίδου, 2002).

8.2. Στάδια Θεραπείας

8.2.1. Διατροφική αποκατάσταση

Βασική προϋπόθεση είναι ο καθορισμός του κατώτατου ορίου βάρους του ασθενούς και των απαιτούμενων καθημερινών ποσοτήτων τροφής. Οι στόχοι αυτοί μπορούν να επιτευχθούν ατομικά ή σε ομάδες θεραπείας. Σε οποιαδήποτε περίπτωση ο νοσηλευτής επαινεί την αύξηση του βάρους ως αποτέλεσμα της προσπάθειας του ασθενή και διακριτικά αγνοεί την πιθανή μείωσή του. Η επαφή μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή είναι συνεχής. Ο νοσηλευτής κάθεται στο ίδιο τραπέζι κατά τη διάρκεια του φαγητού και μαζεύει τα πιάτα χωρίς σχόλια και ίχνος πίεσης. Δημιουργεί όσο το δυνατόν ευχάριστο περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα καταγράφει την καθημερινή κατανάλωση τροφής.

Ανάλογα με την περίπτωση, μπορεί να μειωθεί η προγραμματισμένη ποσότητα τροφής που πρέπει να καταναλωθεί, αλλά να συμπληρώνεται με ενδιάμεσα μικρογεύματα. Με την πάροδο του χρόνου και αφού το επίπεδο αυτοπεποίθησης του ασθενή κρίνεται ικανοποιητικό, μπορεί να του δοθεί, όσο πιο συχνά γίνεται το δικαίωμα της επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικά προγράμματα διατροφής.

Στην περίπτωση αυτή όμως θα πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια από τον ασθενή το χαμηλότερο σε θερμιδική αξία διαιτολόγιο. Ποσότητες φαγητού «κρυμμένες» σε τσέπες ή πεταμένες στα σκουπίδια δεν θα πρέπει να ξεφεύγουν από την προσοχή του νοσηλευτή.

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

Ο έλεγχος του προσωπικού χώρου του ασθενούς και η χρήση συσκευών παρακολούθησης θα πρέπει, όταν αυτό είναι δυνατό, να αποφεύγονται. Σε περίπτωση που ο ασθενής παραβιάζει βασικούς κανόνες του διαιτητικού του προγράμματος, ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να βρίσκεται συνεχώς μαζί του, ειδικά κατά τη διάρκεια των γευμάτων, και εάν κρίνει απαραίτητο, να του στερεί το δικαίωμα χρήσης του μπάνιου για τουλάχιστον δύο ώρες μετά το φαγητό. Έτσι θα ελαχιστοποιηθούν οι προσπάθειες του ασθενούς να διατηρήσει το χαμηλό βάρος του προκαλώντας μετά το φαγητό κρυφούς τεχνητούς εμετούς. Ως προς τη σωματική

άσκηση θα πρέπει να τηρούνται μέτρια προγράμματα που καταπολεμούν την κατάθλιψη και διατηρούν τη μυϊκή μάζα/ βάρος του ασθενούς. Ο καθορισμός ορίων άσκησης προλαμβάνει τη ροπή πολλών ασθενών προς ακραίες σωματικές δραστηριότητες.

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

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

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

8. 2. 2. Διαταραχές υγρών - ηλεκτρολυτών

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

8. 2. 3. Δερματολογικός έλεγχος

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

καλή κυκλοφορία του αίματος και την αποφυγή συμπτωμάτων κατάκλισης, είναι απαραίτητη η συχνή αλλαγή θέσης στο κρεβάτι του (Karlan και συν. , 2004 και Κυριακίδου, 2000).

8. 2. 4. Διαδικασία σκέψης

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

8. 2. 5. Διαταραχή σωματικής εικόνας - αυτοπεποίθησης

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

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

8. 2. 6. Νοσηλευτής και οικογένεια

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

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποθαρρύνει τα μέλη απ' το να επιδιώκουν την επιδοκιμασία των άλλων. Κατά τη διάρκεια της συζήτησης προσέχει οποιαδήποτε σημάδια της παραπάνω συμπεριφοράς και δεν χάνει την ευκαιρία να αναγνωρίζει αυτεξούσιες πράξεις ή λόγια του ασθενή. Δίνει πάντα σημασία σ' αυτά που λέει, ενώ ταυτόχρονα σέβεται τον «ιδιωτικό χώρο» του καθενός και αναγνωρίζει το δικαίωμα

του κάθε μέλους να μην συζητήσει δεδομένα που αυτό θεωρεί πολύ προσωπικά. Έτσι κάθε μέλος κατορθώνει να διατηρεί ανέπαφη την προσωπική του σφαίρα, ενώ ταυτόχρονα μαθαίνει να εκφράζει χωρίς τον φόβο της αποδοκιμασίας τις προσωπικές του απόψεις σε όλα τα υπόλοιπα μέλη, αυξάνοντας μ' αυτό τον τρόπο την θετική αυτοαντίληψη του και το βαθμό της αυτονομίας του.

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

Για το σκοπό αυτό ο νοσηλευτής βοηθά τους γονείς να προσδιορίσουν και να λύσουν πρώτα τις δικές τους συζυγικές διαφορές, αν υπάρχουν, ενώ ταυτόχρονα εμποδίζει τον ασθενή να μεσολαβήσει σε τυχόν συγκρούσεις ανάμεσα στους γονείς του, αφού πολλές φορές η ρίζα των διατροφικών διαταραχών βρίσκεται στην ψυχολογική πίεση που ασκείται στο παιδί για να πάρει το μέρος του ενός από τους δύο γονείς.

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

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

Μ' αυτόν τον τρόπο μετατοπίζεται σιγά-σιγά το κέντρο βάρους της προσοχής του σε άλλες ευχάριστες δραστηριότητες, αυξάνοντας έτσι τη δυνατότητα του να ελέγχει καταστάσεις βελτιώνοντας σημαντικά την αυτοεκτίμησή του. Ο έλεγχος απ' τη μια, αλλά ταυτόχρονα και η αποδοχή του εαυτού όπως είναι από την άλλη, αποτελούν βασικούς στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι ασθενείς ενώ αισθάνονται υπεύθυνοι για την εικόνα τους, που πρέπει να είναι πάντα τέλεια, πολλές φορές δεν ξέρουν καν τι θέλουν και τι είναι καλό γι' αυτούς. Αν όμως υποστηριχθούν για να παίρνουν δικές τους αποφάσεις νοιώθοντας εμπιστοσύνη στον εαυτό τους χωρίς συναισθήματα ανεπάρκειας και αδυναμίας, τότε "μαθαίνουν" να αισθάνονται αποδεκτοί και να αποκτούν βαθμιαία τη δική τους "ταυτότητα", ανεξάρτητα από τα πρότυπα που τους έχουν ενδεχομένως επιβληθεί απ' την οικογένεια.

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

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

ακόμη και το θυμό του, πράγμα που μπορεί να ήταν εντελώς απαγορευμένο στο οικογενειακό του περιβάλλον.

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



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

9. 1. Αγωγή Υγείας

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

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

9.1.1. Πρωτογενής πρόληψη

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

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

9.1. 2. Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Ο σκοπός της είναι να θεραπευθεί η αρρώστια κατά το δυνατό στα πρώτα στάδιά της, σε περίπτωση δε που τούτο δεν είναι δυνατόν, να περιοριστεί η εξέλιξη της και να προληφθούν επιπλοκές και αναπηρίες. Ο

προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για τη δευτερογενή πρόληψη. Ο έλεγχος αυτός μπορεί έγκαιρα να διαπιστώσει σημεία και ενδείξεις μιας νόσου, πριν ακόμη το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα. Τμήμα της δευτερογενούς πρόληψης, αποτελεί και η διδασκαλία του πληθυσμού σχετικά με τη σπουδαιότητα του περιοδικού ελέγχου της υγείας τους (Karlan και συν. ,2004 και Κυριακίδου, 2000).

9. 1. 3. Τριτογενής πρόληψη

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

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

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

9.2. Προληπτική Νοσηλευτική στην οικογένεια

9.2.1. Αξιολόγηση της οικογένειας

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

α) Η προ της επίσκεψης φάση - Προετοιμασία επίσκεψης

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

β) Επίσκεψη στο σπίτι

Ο νοσηλευτής χρειάζεται να είναι προετοιμασμένος για μια τυχόν ψυχρή ή και αρνητική υποδοχή του. Μερικές οικογένειες θεωρούν την επίσκεψη σαν παραβίαση τον οικογενειακού του ασύλου από κάποιον που "έρχεται να ελέγχει" το σπίτι τους και τον τρόπο ζωής τους. Το μεγαλύτερο τμήμα της πρώτης αυτής επίσκεψης θα πρέπει

να διατεθεί για γνωριμία και απλή φιλική επικοινωνία ώστε να δοθεί η διαβεβαίωση στην οικογένεια ότι η επίσκεψη γίνεται από πραγματικό ενδιαφέρον και με σεβασμό προς τα μέλη της με τα οποία θέλει ειλικρινά να συνεργαστεί για την προαγωγή της δικής τους υγείας. Η συζήτηση αυτή θα βοηθήσει να μετριαστεί το άγχος και να περιοριστούν οι φραγμοί που είναι φυσικό να υπάρχουν στην πρώτη επικοινωνία.

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

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

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

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

10. 1. Νοσηλευτική εκτίμηση

Ο ασθενής:

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

10. 2. Νοσηλευτικός σκοπός - Αρχές και παρεμβάσεις

10. 2.1. Νοσηλευτικός σκοπός

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

10. 2. 2. Αρχές και παρεμβάσεις

- Ελάττωση των στρεσογόνων ερεθισμάτων όσο είναι δυνατό και ελάττωση του άγχους του αρρώστου με υποστηρικτική στάση και διαθέσιμο χρόνο κοντά του.
- Βοήθεια του ασθενούς να κατανοήσει τις διατροφικές ανάγκες για τη λειτουργία των ιστών και του οργανισμού της και πως οι ανάγκες αυτές καλύπτονται με την τροφή.
- Ανάπτυξη και διατήρηση ψυχοθεραπευτικού διαλόγου με τον ,άρρωστο και την οικογένεια του.
- Για κάθε ασθενή αναπτύσσουμε ένα προσωπικό πρόγραμμα από συνεπή, λογικά και σταθερά βήματα προοδευτικής αύξησης επιτρεπόμενων

δραστηριοτήτων, ανάλογα με την πρόοδο της απάντησης στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

- Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει εμπειρία ικανότητα και υπομονή καθώς και την ευθύνη να ενθαρρύνει τον ασθενή να ολοκληρώσει το γεύμα του αλλά και να τον επιβλέπει ώστε να μην διευκολύνεται ο ασθενής στο να απομακρύνει κρυφά τρόφιμα ή να καταφεύγει σε άλλες μεθόδους (εμετούς, καθαρτικές συμπεριφορές κ. τ. λ.).
- Ο ασθενής συχνά παραπονείται ότι νιώθει φούσκωμα κι ότι έχει ναυτία μετά το φαγητό και ο νοσηλευτής μπορεί να τον καθησυχάσει, ενημερώνοντάς τον ότι αυτά τα αισθήματα σχετίζονται με την επιβράδυνση στη προώθηση του περιεχόμενου του στομάχου που παρατηρείται στη ψυχογενή ανορεξία και ότι αυτά τα δυσάρεστα αισθήματα θα υποχωρήσουν με το χρόνο.
- Ένας νοσηλευτής που υποψιάζεται ότι ο ασθενής πετά κρυφά ή κρύβει τρόφιμα ή έχει άλλες καθαρτικές συμπεριφορές (κρύβει υπακτικά ή διουρητικά χάπια ή κάνει εμετούς) μπορεί και πρέπει να τον αντιμετωπίσει ευγενικά αλλά ανοιχτά και σταθερά.
- Ο νοσηλευτής μπορεί να κάνει έρευνα στο δωμάτιο και στα πράγματα της ασθενούς ή να είναι μαζί της στην τουαλέτα της, πάντα ωστόσο η έρευνα πρέπει να γίνει παρουσία του ασθενούς.
- Ένα σημαντικό στοιχείο στην επικοινωνία με τον ασθενή είναι η αμεσότητα, η ειλικρίνεια και η εμπιστοσύνη.
- Ο νοσηλευτής μπορεί ακόμη να προσφέρει υποστηρικτική και εκπαιδευτική ψυχοθεραπεία όπου αυτό είναι απαραίτητο και δυνατό, θα χρειασθεί επανειλημμένα να καθησυχάσει τον ασθενή ότι δεν θα αφηθεί να πάρει βάρος.
- Θα πρέπει να μένει κοντά στον ασθενή όσο τρώει να τον συζητάει και να τον πείθει και να τον καλοπιάνει να τελειώσει το γεύμα του.
- Ενισχύουμε τον όρο να αυξήσει αργά και σταθερά το βάρος του και να σταματήσει να χρησιμοποιεί «συμπεριφορά απώλειας βάρους».
- Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού για να αυξήσει το βάρος.
- Επαινούμε τον άρρωστο για κάθε θετική προσπάθεια ανάκτηση του βάρους του.
- Διερεύνηση για το ποια φαγητά προτιμάει και ποια αρνείται να δεχθεί.
- Το φαγητό σερβίρεται κατά τρόπο ελκυστικό ώστε να τραβήξει την προσοχή του και να αλλάξει τη διάθεση
- Λαμβάνονται υπ' όψιν οι προτιμήσεις του αρρώστου εφόσον δεν είναι αντίθετες με τις ανάγκες του.
- Αποφυγή σερβιρίσματος μεγάλου γεύματος φαγητού, γιατί προκαλεί φόβο και αίσθημα απώλειας του ελέγχου.
- Καθημερινή λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων και διαπίστωση μεταβολών.
- Λήψη σωματικού βάρους κάθε μέρα την ίδια ώρα και με την ίδια ζυγαριά.
- Πριν το ζύγισμα αφαιρούμε τυχόν κοσμήματα, βαριά ρούχα και άλλα αντικείμενα που μπορεί να έχουν πάνω τους έτσι ώστε να μην αλλοιωθεί το

αποτέλεσμα.

- Συνεργασία με το θεράποντα ιατρό για ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών όταν ο άρρωστος αδυνατεί να πάρει το απαιτούμενο ποσό υγρών από το στόμα και παρουσιάζει εμετούς.
- Φροντίδα και παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής, παρατηρήσεις της θεραπευτικής δράσης και των τυχών παρενεργειών όπως είναι ξηροστομία, φωτοευαισθησία, ταχυκαρδία, ορθοστατική υπόταση.
- Πρόληψη των υποτροπών εφόσον το 50% των ασθενών υποτροπιάζουν μέσα σε 1 χρόνο μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.
- Ενημέρωση της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων που ενδιαφέρονται για τον άρρωστο, σχετικά με τη νόσο και τα ευρήματα. Η γνώση των ικανοτήτων και ορίων του αρρώστου βοηθά τις οικογένειες να έχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες και ελαττώνει την ψυχική τους ένταση.
- Διδασκαλία στην οικογένεια αποτελεσματικών στρατηγικών.
- Να εφησυχάσει η μητέρα και να αλλάξει τη νοοτροπία και τη στάση της.
- Να τρώνε όλοι μαζί γιατί το φαγητό εκτός από την ικανοποίηση της πείνας προϋποθέτει και συναισθηματική συναλλαγή.
- Αποφεύγονται οι εντάσεις και οι κριτικές κατά τη διάρκεια του φαγητού.
- Να του δίνουν μικρότερες ποσότητες ώστε να μην βρεθούν αντιμέτωποι με την άρνησή του.
- Δεν το πιέζουν να τρώει και ούτε το κυνηγούν με το κουτάλι (Κατππάτου, 1999).

10. 3. Τροποποίηση συμπεριφοράς

Ήδη από το 1960 δημοσιεύσεις που αποδείκνυαν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας συμπεριφοράς στο να βοηθηθούν ανορεκτικοί ασθενείς να κερδίσουν βάρος, και μελέτες περισσότερες στην δεκαετία του '70 ενίσχυσαν την αξία αυτής της προσέγγισης. Οι περισσότεροι κλινικοί σήμερα ενσωματώνουν κάποια μορφή τροποποίησης της συμπεριφοράς στο πρόγραμμα για απισχνασμένες ανορεκτικές ασθενείς.

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

Συνήθως χρησιμοποιούνται θετικές ενισχύσεις στην αύξηση του βάρους και περιλαμβάνουν αύξηση των φυσικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων και των δικαιωμάτων σε επισκεπτήριο. Μπορούν ακόμα να χρησιμοποιηθούν αρνητικές ενισχύσεις, όπως παραμονή στο κρεβάτι και απομόνωση στο δωμάτιο. Η χρήση μέτρων, όπως σίτιση με σωλήνα και υπερσιτισμός, μπορούν επίσης να θεωρηθούν αρνητικοί ενισχυτές αλλά σπάνια είναι χρήσιμοι. Πιθανόν να είναι απαραίτητο να

υπάρξει εξατομικευμένη τακτική με λεπτομερή συμπεριφερολογική ανάλυση, επειδή οι ασθενείς διαφέρουν στις προτιμήσεις και τις απαντήσεις τους. Ωστόσο αυτό μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες πρακτικές στη θεραπευτική ομάδα, ιδίως αν βρίσκονται σε θεραπευτικό πρόγραμμα περισσότερες από 1-2 ασθενείς ταυτόχρονα (Σαββοπούλου, 1999).

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

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

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

Τέλος, η συστηματική απευαισθητοποίηση έχει χρησιμοποιηθεί σε μικρή ομάδα ασθενών, για προαγωγή της αύξησης βάρους και απευαισθητοποίηση στο φόβο του πάχους και τον φόβο που προκαλούν τα σχόλια για το βάρος τους. Τα αποτελέσματα που υπάρχουν είναι ενθαρρυντικά, τουλάχιστον βραχυχρόνια. Πάντως, παρά το ότι η τροποποίηση συμπεριφοράς είναι αποτελεσματική στην ευόδωση της βραχυχρόνιας αύξησης βάρους, πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι ο ρυθμός αύξησης του βάρους είναι χωρίς συνάρτηση με τη μακροχρόνια πρόγνωση και αδύναμος προγνωστικός δείκτης.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

11. 1. Νοσηλευτική διεργασία

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

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- Η αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου.
- Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.
- Εφαρμογή προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας και
- Η αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας (Σαββοπούλου, 1999).

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

11. 2 Νοσηλευτικά ιστορικά

11. 2. 1 Περίπτωση 1^η

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

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

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

Προσωπικότητα της ασθενούς: Πεισματάρα, υλοποιεί στόχους, συνεπής, φιλότιμη, υπερευαίσθητη, κλαίει συχνά, νιώθει μόνη, πληγώνεται εύκολα, δίνεται στους άλλους,

οι άλλοι δεν ανταποκρίνονται. Λέει ψέματα στους γονείς για το φαγητό και το βάρος της. Της αρέσει αυτό που σπουδάζει. Αποφεύγει δημιουργία σχέσης για λόγους υπαρξιακούς. Άρχισε δίαιτα όταν της είπε μια φίλη «είσαι χοντρή». Είναι διστακτική στις φιλίες με τα αγόρια. Δεν είχε σεξουαλική επαφή μέχρι τώρα. Δεν είχε δεσμό που να διήρκεσε πολύ καιρό

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

| Νοσηλευτικά Προβλήματα Ασθενούς | Αντικειμενικός Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας | Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Πράξεων | Εφαρμογή Νοσηλευτικών Πράξεων | Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας |
|--|--|--|---|---|
| Αφυδάτωση και διαταραχή ηλεκτρολυτών | Να μάθει σωστό τρόπο πρόσληψης και αποβολής υγρών | Να χορηγηθούν ισότονα διαλύματα και να καταγράφονται καθημερινά η πρόσληψη και η αποβολή υγρών | Χορηγήθηκαν ισότονα διαλύματα και καταγράφηκαν τα υγρά | Ενυδατώθηκε η ασθενής και ρυθμίστηκαν οι ηλεκτρολύτες της |
| Έντονη εξάντληση, αδυναμία, λιποθυμία | Να μάθει να γυμνάζεται σωστά | Να διδαχθεί ελαφριές και ξεκούραστες ασκήσεις μικρής διάρκειας | Διδάχθηκε απλές ασκήσεις μικρής διάρκειας | Γυμνάζεται σωστά χωρίς να καταβάλλεται ο οργανισμός της |
| Άρνηση φαγητού, απώλεια βάρους | Αύξηση βάρους αργά και σταθερά | Να αυξηθεί το βάρος κατά 1 Kgr την εβδομάδα | Αυξήθηκε το βάρος κατά 1kg την εβδομάδα | Έμαθε λογικούς τρόπους σίτισης |
| Λευκοπενία, υποκαλιαιμία, υπομαγνησισαιμία | Αύξηση Κα, Mg | Να χορηγηθεί Κα & Mg | Να χορηγηθεί Κα & Mg | Αυξήθηκαν οι τιμές του Κα και του Mg |
| Πόνος στο στομάχι, stress της ασθενούς λόγω της εξέλιξης του προβλήματος της | Μείωση του πόνου. Επικοινωνία με την ασθενή και συζήτηση του προβλήματός της | Έλεγχος Ζ.Σ. Μέτρηση ζωτικών ΣΦ= 75 Θ= 36,6° C Α= 15/min Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς | Χορήγηση Zantac 1x3 μετά από ιατρική οδηγία, καταμερισμός του φαγητού σε περισσότερα γεύματα – μικρές ποσότητες, εφαρμογή ψυχολογικής υποστήριξης και προσέγγιση της ασθενούς | Μείωση του πόνου και διατήρηση ζωτικών σημείων στα φυσιολογικά επίπεδα Επιτυχία της επικοινωνίας του νοσηλευτή Μείωση του άγχους της ασθενούς |
| Εμετός (αυτοπροκαλούμενος) | Καταστολή του εμετού | Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων | Χορηγήθηκαν αντιεμετικό | Μειώθηκαν οι αυτοπροκαλούμενοι έμετοι |
| Αμηνόρροια της | Διερεύνηση | Προγραμματισμός | Θεραπεία για να | Κατανόησε τις |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| ασθενούς λόγω μεγάλης απώλειας βάρους | του αιτίου της αμηνόρροιας και θεραπείας του | κλινικής γυναικολογικής εξέτασης και άλλων ορμονολογικών εξετάσεων | επανέλθει η έμμηνος ρύση | οδηγίες που της δόθηκαν |
| Απίσχανση του ατόμου | Να δεχθεί λογικούς τρόπους σίτισης | Ρύθμιση θερμίδων να δίνονται 6 ισόποσα γεύματα | Ρυθμίστηκαν οι θερμίδες δόθηκαν ισόποσα γεύματα | Βελτιώθηκε και προγραμματίστηκε η διατροφή του ασθενούς |
| Αίσθηση του ατόμου ότι είναι παχύ ενώ είναι υπερβολικά αδύνατο | Να μάθει να σέβεται τον εαυτό της | Να εφαρμοστεί ψυχοθεραπεία και να χορηγηθούν αντικαταθλιπτικά | Εφαρμόστηκε ψυχοθεραπεία | Αισθάνεται ικανοποιημένη με την εμφάνισή της |

11. 2. 2. Περίπτωση 2^η

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

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

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

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

| Νοσηλευτικά Προβλήματα Ασθενούς | Αντικειμενικός Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας | Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Πράξεων | Εφαρμογή Νοσηλευτικών Πράξεων | Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας |
|---|--|---|--|--|
| Δυσπεψία και δυσκοιλιότητα που οφείλεται σε φτωχή διαίτα και έλλειψη όρεξης | Μείωση της δυσκοιλιότητας και της δυσπεψίας | Ενυδάτωση της ασθενούς για καλή λειτουργία του εντέρου | Χορήγηση τροφών πλούσιες σε βιταμίνες και υδατάνθρακες και πρωτεΐνες | Υποχώρηση της δυσκοιλιότητας και καλύτερη λειτουργία του εντέρου |
| Αφυδατωμένο δέρμα λαιμού και προσώπου λόγω μειωμένης πρόσληψης προσλαμβανόμενων υγρών | Ενυδάτωση του οργανισμού της ασθενούς | Χορήγηση υγρών και παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Παρακολούθηση χρώματος του δέρματος της | Χορήγηση 4 λίτρα 0,9% εντός 24ώρου και μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών | Μείωση της αφυδάτωσης – καλύτερη ενυδάτωση της ασθενούς. Αύξηση βάρους 200-300 γρ. ανά ημέρα. |
| Μεγάλη απώλεια βάρους λόγω πρόσκλησης εμετού και διατροφής | Αύξηση του βάρους της ασθενούς και μείωση των εμετών | Σίτιση της ασθενούς με μικρά γεύματα την ημέρα καθώς και παρακολούθησή της | Ενθάρρυνση για να μάθει λογικούς τρόπους πρόσληψης φαγητού για να αυξήσει το βάρος της. Επαινούμε την ασθενή για κάθε θετική προσπάθεια ανάκτησης βάρους της. Γίνεται διερεύνηση για ποια φαγητά προτιμά η ασθενής και ποια πρέπει να δεχθεί λαμβάνοντας υπ όψιν τις προτιμήσεις της, εφόσον δεν είναι | Η ασθενής έμαθε να τρέφεται σωστά, αυξήθηκε το βάρος της. Δεν τρώει πλέον με την επίβλεψη άλλων ατόμων |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| | | | αντίθετες με τις ανάγκες της. Το φαγητό σερβίρεται με ελκυστικό τρόπο έτσι ώστε να τραβήξει την προσοχή της και να αλλάξει τη διάθεσή της | |
| Αμηνόρροια | Διερεύνηση του αιτίου αμηνόρροιας και θεραπείας του | Προγραμματισμός κλινικής γυναικολογικής εξέτασης και άλλων ορμολογικών εξετάσεων | Θεραπεία με ορμόνες για επαναφορά έμμηνης ρύσης | Επαναφορά της έμμηνης ρύσης μετά από θεραπεία διάρκειας 8 μηνών |
| Άγχος της ασθενούς για πιθανή αύξηση του βάρους | Εξασφάλιση ηρεμίας της ασθενούς | Υποστηρικτική στάση και διαθέσιμος χρόνος με την ασθενή για μείωση του άγχους | Ανάπτυξη και διατήρηση ψυχοθεραπευτικού διαλόγου με το περιβάλλον της, εκπαιδευτική ψυχοθεραπεία όπου αυτό είναι απαραίτητο | Υποχώρηση του άγχους, η ασθενής νιώθει ήρεμη |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

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

- α) Στην προβολή υγιών προτύπων και όχι καχεκτικών ή αντίστοιχα παχύσαρκων
- β) Στη σπουδαιότητα του ρόλου της σωστής διατροφής,
- γ) Στην προαγωγή της επαφής του παιδιού με την πραγματικότητα και την ανάπτυξη ρεαλιστικής ιδέας για τον εαυτό του, δίνοντας έμφαση στο ρόλο του μηχανισμού της εκτίμησής του, και τέλος
- δ) στον κίνδυνο της νευρογενούς ανορεξίας και των διατροφικών διαταραχών γενικότερα, καθώς να γίνει σαφές ότι αυτές οι ασθένειες είναι συχνές και αρκετά σοβαρές.

Όσο αφορά στη νοσοκομειακή περίθαλψη και το ρόλο του νοσηλευτή στην αποτελεσματική αντιμετώπιση τη νευρογενούς ανορεξίας πρέπει να τονίσουμε και να επικεντρώσουμε την προσοχή μας στην ολιστική προσέγγιση του ασθενή όπου στόχο έχει τον σεβασμό, την παιδαγωγική, θεραπευτική διαπροσωπική διεργασία που προωθεί την ωρίμανση της προσωπικότητας προς την κατεύθυνση μιας πιο οργανωμένης και ποιοτικής νοσηλευτικής και νοσοκομειακή υποστήριξη στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, όπως είναι η νευρογενής ανορεξία.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

-Προτείνεται τα παιδιά της εφηβικής ηλικίας -στα Γυμνάσια και Λύκεια- να

ενημερώνονται με σχετικά μαθήματα για τις διατροφικές συνήθειες που πρέπει να αποκτήσουν. Προτείνεται επίσης κατά την εφηβική και νεανική ηλικία να γίνονται σεμινάρια στα σχολεία, Πανεπιστήμια, ΑΤΕΙ, πάνω σε θέματα Σωστής Διατροφής.

-Πρωταρχικός σ' αυτό είναι ο ρόλος του νοσηλευτή που εργάζεται στο σχολείο. Η διδασκαλία η αγωγή υγείας που κάνει ο νοσηλευτής στο σχολείο μπορεί να περιλαμβάνεται στο ωρολόγιο πρόγραμμα των μαθημάτων και να γίνεται σε τακτικές ημέρες και ώρες μετά από συνεννόηση με το διδακτικό προσωπικό του σχολείου.

-Για την καλύτερη προσέγγιση του προβλήματος προτείνεται η ίδρυση ιατρικών κέντρων, επανδρωμένα από ειδικούς ψυχολόγους και ψυχοθεραπευτές, για τις διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, τα οποία θα ασχολούνται τόσο με την ενημέρωση, πρόληψη, διάγνωση, αντιμετώπιση όσο και την έρευνα των αιτίων της ψυχογενούς ανορεξίας.

-Διοργάνωση συνεδρίων, ημερίδων και σεμιναρίων σχετικά με την πρόληψη και θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας.

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

-Δημιουργία εξειδικευμένων Μονάδων Θεραπείας για άτομα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία για ολοκληρωμένη και αποτελεσματική θεραπεία. Οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν ενεργό ρόλο στην αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ατόμων που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία.

-Υλοποίηση ειδικού κρατικού προγράμματος, στο οποίο σχολεία, γυμναστήρια, κέντρα αδυνατίσματος, οίκοι μόδας και Μ. Μ. Ε. Θα καλούνται να ακολουθήσουν νέους κανόνες, προβάλλοντας μόνο την πιο υγιή εικόνα του γυναικείου σώματος και αποβάλλοντας τα μέχρι προ τινος καθιερωμένα αδύνατα πρότυπα ομορφιάς.

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

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

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

Δεν είναι σίγουρα κάτι που κάποιος, έστω κι αν αυτός είναι ειδικός, μπορεί να το αντιμετωπίσει μόνος. Η συνεργασία όλων είναι βασική προϋπόθεση για θετικά αποτελέσματα του προβλήματος. Αν δεν τα καταφέρουν να βρουν μια κοινή γλώσσα, ειδικοί και οικογένεια, ασθενής και ψυχοθεραπευτής/τρια, διατηρούμε τη γνώμη ότι υπάρχει ένας έντονος φόβος για τα κορίτσια και τα αγόρια που διαλέγουν αυτή την "κραυγή". Θα είναι τα θύματα ενός ατέλειωτου δρόμου.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Βάρσου Ε. (2006) Διαταραχές πρόσληψης τροφής
2. Γιαννόπουλου Αθ. Χρ. (1996) Ψυχιατρική νοσηλευτική, Η ΤΑΒ1ΘΑ, Αθήνα.
3. Δρ Ξενοφών Π. Οικονόμου, Ειδική Διαιτητική, Προληπτική και Θεραπευτική. Εκδόσεις Αθήνα 2002.
4. Ελευθεροτυπία, Ανεξαρτησία από έναν κόσμο με εμμονή στο βάρος, Σφάλμα! Η αναφορά της υπερ-σύνδεσης δεν είναι έγκυρη.985840,90876144,2412720,10430000,24612784,32380208,37845680.
5. Ζουμπανέας Ε. , Κοντελέ Ι. (2007), Νευρική ανορεξία, <http://www.diatrofi.gr/docs/articles/382a5d9d30f206c202d1d1b6e4b9b8f1.htm>.
6. Η αναφορά της υπερ-σύνδεσης δεν είναι έγκυρη. [kn8mprs4nkn7lsthl5knrvtn6tsxrn/urpnmhpedctnlprgrmsdnldedctnlmtrl/varso_u_2006_01_25.pdf](http://www.kn8mprs4nkn7lsthl5knrvtn6tsxrn/urpnmhpedctnlprgrmsdnldedctnlmtrl/varso_u_2006_01_25.pdf).
7. Ιατρική Σελίδα -Νευρική Ανορεξία,11-09-2005, flights.pblogs.gr/2006/11/iatrikh-selida-20-nefrikh-anorexia.html.
8. Ιεροδιακόνου Χ. (1991), Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία, Τόμ. 2ος Μαστορίδης. Αθήνα.
9. Καναβιτσάς Ε. ,http://www.eatingdisorders.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=26, 02-07-2002.
10. Κυριακίδου Ε. (2000), Κοινωνική Νοσηλευτική, Η ΤΑΒΗΘΑ, Αθήνα.
11. Κυριακίδου Ε. Κοινωνική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Ταβίθα Αθήνα 2000.
12. Μάνου Ν. (1988), Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Επιστημονικά βιβλία και περιοδικά, Θεσσαλονίκη.
13. Μαράτος Ι. , (1988), Διαταραχές της διατροφής. Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, Β' τόμ. - Β' μέρ. , Επιμ. Τσιάντης-Μανωλόπουλος, Καστανιώτης, Αθήνα.
14. Νεοφύτου Ν. και Φασουλίδου Μ. (2008), επίβλεψη Κουρή Α. , Νευρογενής ανορεξία, http://www.schools.ac.cy/lyc-lin-lim/EREYNES/%CE%9DEYRIKI_%CE%91NOREXIA.pdf.
15. Οικονομοπούλου Μ. (2002) Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής και ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπευτική του προσέγγιση, Νοσηλευτική, Αθήνα.
16. Παπαγεωργίου Ε. Γ. Ψυχιατρική. Εκδόσεις Παρισιάνος Αθήνα 2004.
17. Παπαγεωργίου, Β. Α. (2005) Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων, Αθήνα.
18. Περιοδικό, «VITA», τεύχ. 52, Αύγ. 2001.
19. Πλατή Χρ. (2000) Γεροντολογική Νοσηλευτική, Αθήνα.
20. Σαββοπούλου Γ. (1999), «Βασική Νοσηλευτική», Έκδ. 2η βελτ. , Η Ταβίθα,

Αθήνα.

21. Σαββοπούλου Γ. Βασική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Η Ταβίθα 3^η Έκδοση Αθήνα 2002.
22. Σιμάτος Ι. (2006), Σωστή διατροφή και υγεία. Διαταραχές Διατροφής (Eating).
23. Σταματάκη Αστ. (2009), Νευρογενής ανορεξία, [http://www. mednutrition. gr /content/view/1363/160](http://www.mednutrition.gr/content/view/1363/160).
24. Τάκης Ν. (30-06-2004) Ψυχογενής Ανορεξία, Πηγή: <http://www. iatronet. gr/>.
25. Τσιάκα Μ. , 06-03-2008, http://hcfed. gr/index. php?option=com_content &task=view&id=147&Itemid= 63, Ελληνικό Κέντρο Διατροφικών Διαταραχών.
26. Τσίτσικα Α. (2006), Ψυχογενής ανορεξία –Ψυχογενής βουλιμία, Κέντρο Πρόληψης και Υγείας των Εφήβων, www. erhebiatrics. gr/GR/experts. asp? doc_id=16.
27. Χαρίλα Ντ. (2000) Κλινική ψυχολόγος, Ψυχοθεραπεύτρια, Ι. Ε. Θ. , σε πακέτο σημειώσεων <http://www. IBRS. gr> <http://www. ibrs. gr/>
28. Χαρτοκόλης Π. Εισαγωγή στην Ψυχιατρική. Εκδόσεις Θεμέλιο Αθήνα 1991.
29. Χαρτοκόλλης, Π. (1991), Εισαγωγή στην ψυχιατρική, β΄ έκδ. αναθεωρ. , Θεμέλιο, Αθήνα. <http://www. ibrs. gr/>
30. Χριστοδούλου Γ. Ν. και συν. (2000), Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ψυχιατρική, τόμ. 1^{ος} , Βήτα. Αθήνα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Abraham S. and Llewellyn-Jones D. (2000), Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής, Μπφ. : Ταμβάκη Ε. , Τμήμα Μαιευτικής και Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Σίντνεϋ, Χατζηνικολή. Σίντνεϋ.
2. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)
3. Apfeldorfer G. (1997), Ανορεξία - Βουλιμία - Παχυσαρκία», Τραυλός-Καστοράκη, Αθήνα.
4. Goldman S. , Eating Disorders, Cecil Textbook of Medicine 22nd ed 2005
5. Hardin P. K. , Shape-Shifting discourses of Anorexia Nervosa reconstituting Psychopathology Inquiry, 10 (4), 209-217 2003.
6. Harris M. , Helping teenagers with eating disorders. Nursing 34 (10) 2004.
7. Herbert M. (1997), Ψυχολογική φροντίδα του παιδιού και της οικογένειάς του, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

8. Courtney Mary Moore, Διαιτολογία. Εκδόσεις ΒΗΤΑ 3^η Έκδοση 2003.
9. Davis Seigle Lesl. Thaler M. Rebecca Practice Guideline for the treatment of patients with Eating Disorders (Revision) Am. J. Psychiatry:157. America 1/1/2000 σελ 3-30.
10. Kaplan, H, Sadock, B. Ψυχιατρική. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 2000.
11. Mehler P. S. Bulimia Nervosa. N. Engl. Journal of Medicine 349(9), 875-881 2003.
12. Mitchell J. E The Outpatient Treatment of Eating Disorders: A Guide for Therapists, Dietitians and Physicians. Minneapolis: University of Minnesota Press. 2001.
13. Olson A. F. Outpatient Management of Electrolyte Imbalances Associated with Anorexia and Bulimia, Journal of Infusion Nursing, 28 (2), 118-122 2005.
14. Ramjan W. B. Nurses and the “therapeutic relationship” caring for adolescents with anorexia nervosa, University of Western Sydney. Australia: Blackwell Pub 2004.
15. Royal College of Psychiatrists, UK (2007), Μπφ. : Γρηγόρης Μ. , Msc, Επιμ. Μπφ.: Σκαπινάκης Π., Λέκτορας Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
16. Venisse Jean Luc. (1987), Η ψυχογενής Ανορεξία, Χατζηνικολή, Αθήνα. <http://www.ibrs.gr/>
17. Walcott DD, Pratt HD, Patel DR (2003) Adolescents and eating disorders, Gender racial ethnic sociocultural and socioeconomic Issues, I. Adolescent Res.
18. Al-Qadreh Ab. (29-11-2005), Οι διαταραχές της όρεξης στην εφηβεία, http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=821.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ

1. <http://www.e.psycology.gr>, 19/9/07, συγγράφηκε στις 13/1/07, Δοιρανλής Νικόλαος.
2. <http://www.eating10disorders.gr>, 14/12/07 συγγράφηκε στις 5/7/02, Ψυχολόγος Καναβίτσας Ευάγγελος.
3. <http://www.ipse.gr>, 23/9/07 συγγράφηκε στις 18/3/05, Ινστιτούτο Ψυχοθεραπευτικών Εφαρμογών.
4. <http://www.medlook.net>, 15/12/2007 συγγράφηκε στις 20/11/06, Οργανισμοί Med look Kids.
5. <http://www.TaNea.dolnet.gr>, 19/10/07 συγγράφηκε στις 4/2/03,

εφημερίδα 'Τα νέα', Κυρούσης Γεώργιος.

6. <http://www.vitaequalis.gr>, 14/12/07, συγγράφηκε στις 3/2/07, Ζαφείρης Νικόλαος.
7. tovima.dolnet.gr/data/D2007/D0121/1reh2b.
8. www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc_id.
9. www.focusmag.gr/articles/view-article.rx?oid=1443-20k, Η νευρική ανορεξία πλήττει και τους άντρες; Δευτέρα 18 Φεβρουαρίου 2002.
10. www.stress.gr.