

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*« ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ,
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»*

*«ANOREXIA NERVOSA IN ADOLESCENCE,
THE ROLE OF THE NURSE»*

ΑΛΕΞΙΟΥ ΣΟΦΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ- ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2012

...Η πρόταση «ζω με νευρική ανορεξία» μου ακούγεται τώρα πια αρκετά ανορθόδοξη, καθώς στην ουσία δεν ζεις, όταν πάσχεις από νευρική ανορεξία. Όταν είσαι μέσα στην ασθένεια δίχως να κάνεις κάτι για να την καταπολεμήσεις, τότε απλώς κοιμάσαι και ξυπνάς με μοναδικό στόχο την απώλεια ολόένα και περισσότερων κιλών με διάφορους τρόπους. Αποφεύγεις το φαγητό, κάνεις ατελείωτες ώρες σκληρή και επίπονη γυμναστική, κινείσαι διαρκώς, προκαλείς εμετό, χρησιμοποιείς καθαρτικά... Δεν βγαίνεις έξω, δεν έχεις φίλους, δεν έχεις ζωή! Όλα αυτά αρχίζουν κάπως να αλλάζουν, όταν η ασθενής πάρει την απόφαση να το καταπολεμήσει. Τότε θα έλεγα αρχίζει και το πραγματικό μαρτύριο. Όλα μέσα σου φωνάζουν να συνεχίσεις να είσαι «αδύνατη» αλλά και να αδυνατίσεις ακόμη πιο πολύ, ενώ εσύ αλλάζεις, τρως, μειώνεις τη γυμναστική, σταματάς τον εμετό, κόβεις τα καθαρτικά, βγαίνεις έξω, αποκτάς ζωή!...

Στέλλα Λέτσιου,

συγγραφέας του βιβλίου «Anorexia nervosa»,

Απόσπασμα από συνέντευξη στον «Τύπο Θεσσαλονίκης»

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελ.
Εισαγωγή	5
Κεφάλαιο 1: Νευρογενής ανορεξία	7
1.1. Γενικά για τη διαταραχή	7
1.2. Ιστορική αναφορά	8
1.3. Διάγνωση- ιατρικές εξετάσεις	9
1.4. Τύποι νευρικής ανορεξίας	15
1.5. Αίτια- παράγοντες	16
Κεφάλαιο 2: Νευρογενής ανορεξία στην εφηβεία	21
2.1. Διατροφή στην εφηβεία	21
2.1.1 Η εφηβεία	21
2.1.2. Διατροφή	23
2.2. Διαταραχές	35
2.3. Αίτια	39
Κεφάλαιο 3: Ο ρόλος του νοσηλευτή- Θεραπευτικές παρεμβάσεις	41
3.1. Αντιμετώπιση	41
3.2. Ψυχοθεραπευτικές Προσεγγίσεις	43
3.3. Νοσηλεία	44
3.4. Βιολογικές Θεραπείες	46
3.5. Οικογενειακή Θεραπεία	47
3.6. Συναισθηματικές αντιδράσεις για τους θεραπευτές	48
3.7. Νομικά θέματα και θέματα ηθικής	49
3.8. Ο ρόλος του νοσηλευτή	50
3.8.1. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς	50
3.8.2. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε οικογένειες	55
3.8.3. Χιούμορ και νοσηλευτική διεργασία	58
3.8.4. Ανακουφιστική φροντίδα	60
Κεφάλαιο 4: Συμπεράσματα- προτάσεις	65
Βιβλιογραφία	78

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νευρική ανορεξία (anorexia nervosa) είναι μια ψυχογενής διατροφική διαταραχή, ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας. Τα άτομα που υποφέρουν από νευρική ανορεξία περιορίζουν με τη θέληση τους την πρόσληψη τροφής καθώς έχουν τον παράλογο φόβο ότι θα παχύνουν. Πρόκειται για μια σοβαρή ψυχική ασθένεια με υψηλό ποσοστό παρενεργειών και το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από όλες τις ψυχικές διαταραχές.

Χαρακτηριστικό της νευρικής ανορεξίας συνιστά το γεγονός ότι τα άτομα που νοσούν από την ασθένεια αυτή ενώ συνεχίζουν να νιώθουν πείνα δεν επιτρέπουν στον εαυτό τους να πληρώσουν το αίσθημα αυτό αλλά αντιθέτως του επιβάλλουν να συμβιβασθεί με πολύ μικρές ποσότητες φαγητού. Η νευρική ανορεξία εκδηλώνεται συνήθως στην εφηβική ηλικία και κατά συντριπτική πλειονότητα στο γυναικείο φύλο παρόλο που μπορεί να επηρεάσει ανθρώπους κάθε ηλικίας, φυλής και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Η νευρική ανορεξία έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας στην εποχή μας και παρουσιάζεται από τα μέσα ενημέρωσης ως η νέα λαίλαπα που μαστίζει τις νεαρές γυναίκες.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός στην αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας. Οι νοσηλευτές έχουν τις ικανότητες από την εκπαίδευσή τους και την εμπειρία τους να βοηθούν τους ανθρώπους να καλύψουν τις ανάγκες φροντίδας τους. Οι νοσηλευτές ακόμα λόγω της θέσης και του ρόλου τους μέσα στο σύστημα υγείας αποτελούν σημεία αναφοράς τόσο για τον ασθενή, όσο και για την οικογένειά του, με σκοπό την ανάπτυξη ενός καλού επιπέδου επικοινωνίας, την παροχή άμεσης φροντίδας, την αγωγή υγείας, τη συμβουλευτική και την παραπομπή σε ειδικούς.

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με σκοπό την ανάλυση της νευρογενούς ανορεξίας στην εφηβεία και το ρόλο του νοσηλευτή στη θεραπεία της νόσου. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η νευρογενής ανορεξία ως διαταραχή. Πρόκειται για μια ψυχογενή διαταραχή πρόσληψης τροφής σοβαρή και πολλές φορές επικίνδυνη, που χαρακτηρίζεται από την επιθυμία για ένα πολύ λεπτό παρουσιαστικό. Γίνεται ιστορική αναφορά της νόσου και παρουσιάζονται οι τύποι της νόσου, οι οποίοι είναι η ανορεξία στερητικού τύπου και η ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η νευρογενής ανορεξία στην εφηβεία και τα αίτια που τη δημιουργούν. Ειδικά στην εφηβεία, όταν τα παιδιά ασχολούνται

σε μεγάλο βαθμό με τη σωματική τους εμφάνιση και οι γονείς αρχίζουν να ανησυχούν για τις διατροφικές συνήθειες και την απώλεια βάρους των παιδιών τους, τότε παρατηρούνται συνήθως διατροφικά προβλήματα. Τα αίτια της νόσου κατηγοριοποιούνται γενικά σε βιολογικά και κοινωνικά. Η επιρροή της οικογένειας, της παρέας, των ΜΜΕ, η κατανάλωση πρόχειρου φαγητού και η χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελούν βασικούς παράγοντες στη γένεση της νόσου.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στο ρόλο του νοσηλευτή για την αντιμετώπιση της νόσου. Η έγκαιρη διάγνωση είναι ουσιώδης καθώς αναγνωρίζοντας την ύπαρξη μιας τέτοιας διαταραχής σε ένα αρχικό στάδιο οι πάσχοντες έχουν μεγάλη πιθανότητα πλήρους αποκατάστασης. Η θεραπεία περιλαμβάνει ένα ολοκληρωμένο πλάνο ιατρικής φροντίδας, ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, παροχής διατροφικών συμβουλών και μερικές φορές χορήγησης φαρμάκων. Επομένως, αναλύονται τρόποι αντιμετώπισης, ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, η νοσηλεία, βιολογικές θεραπείες και η οικογενειακή θεραπεία. Ωστόσο, το χιούμορ μπορεί να συντελέσει στην αντιμετώπιση του προβλήματος, ενώ γίνεται αναφορά και στην ανακουφιστική φροντίδα για περισσότερο επείγουσες καταστάσεις.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναπτύσσονται τα συμπεράσματα από την παρούσα μελέτη. Αναμφισβήτητα, οι διατροφικές διαταραχές του τύπου της ψυχογενούς ανορεξίας παρουσιάζουν αυξητική τάση διεθνώς. Επομένως, η πρόληψη του νοσήματος είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα προαγωγής της δημόσια υγείας. Συμπερασματικά οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον ασθενή και στην οικογένειά του συνοψίζονται στην ανάπτυξη ενός καλού επιπέδου επικοινωνίας, την παροχή άμεσης φροντίδας, την αγωγή υγείας, τη συμβουλευτική και την παραπομπή σε ειδικούς χωρίς καθυστέρηση. Παράλληλα, η εκπαίδευση και συμβουλευτική ή και θεραπεία για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους είναι σημαντικότερο στοιχείο ενός θεραπευτικού σχεδίου. Τέλος, είναι ανάγκη το κράτος να οργανώσει μονάδες αντιμετώπισης τέτοιων ασθενών και να παρέχει πλήρη αγωγή και νοσηλεία σε αυτά τα σοβαρά νοσήματα.

Κεφάλαιο 1: Νευρογενής ανορεξία

1.1. Γενικά για τη διαταραχή

Η νευρική ή νευρογενής ανορεξία (Anorexia nervosa) είναι μια διατροφική διαταραχή του ατόμου που χαρακτηρίζεται κυρίως από άρνηση για διατήρηση ενός υγιούς φυσιολογικού βάρους και έναν μανιώδη φόβο για την απόκτηση βάρους σε συνδυασμό με μια διαστρεβλωμένη εικόνα για τον εαυτό του. Η εικόνα αυτή μπορεί να διατηρηθεί από διάφορες προκαταλήψεις σχετικά με το σώμα του ατόμου, το φαγητό και την διατροφή του. Τα άτομα με νευρική ανορεξία συνεχίζουν να νιώθουν πείνα αλλά επιτρέπουν στους εαυτούς τους μόνο πολύ μικρές ποσότητες φαγητού. Η μέση ημερήσια πρόσληψη θερμίδων για άτομα με ανορεξία είναι 600-800 θερμίδες αλλά υπάρχουν και ακραίες περιπτώσεις ολικούς αθρεψίας. Είναι μια σοβαρή ψυχική αρρώστια με υψηλό ποσοστό παρενεργειών και το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από όλες τις ψυχικές ασθένειες. Η νευρική ανορεξία εκδηλώνεται συνήθως στην εφηβεία και είναι πιο συχνή στις έφηβους. Παρόλο που μπορεί να επηρεάσει ανθρώπους κάθε ηλικίας, φυλής και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης η νευρική ανορεξία επηρεάζει τις γυναίκες 10 φορές περισσότερο από τους άντρες. Ο όρος έχει ελληνική προέλευση από το ον -(πρόθεμα που δηλώνει άρνηση) και το όρεξις (όρεξη) άρα σημαίνει έλλειψη της επιθυμίας του ατόμου να τραφεί¹.

Η νευρογενής ανορεξία παρατηρείται κατεξοχήν στις δυτικές πολιτισμικές κοινωνίες, σε βιομηχανικές, πλούσιες, ανεπτυγμένες χώρες σε αντίθεση με τις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου φαίνεται να σπανίζει. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχόντων είναι γυναίκες της Καυκάσιας φυλής και μέσης ή ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης. Ενδεχομένως αυτό να συνδέεται με το γεγονός ότι η νευρογενής ανορεξία είναι περισσότερο πιθανό να αναπτυχθεί σε ένα περιβάλλον όπου υπάρχει πληθώρα διαθέσιμου φαγητού αλλά το περιβάλλον αυτό προστάζει οι γυναίκες αυτές να είναι λεπτές. Ωστόσο, τα δεδομένα των ερευνών για τη νευρογενή ανορεξία φαίνεται ότι αλλάζουν σημαντικά σε ό,τι αφορά παραμέτρους όπως η εθνικότητα, η κοινωνικοοικονομική τάξη και το φύλο.

¹ Γονιδάκης Φ. (2008). Ψυχογενής ανορεξία. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις. Αθήνα.

1.2. Ιστορική αναφορά

Η πρώτη αναφορά περιστατικού που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως περιστατικό νευρογενούς ανορεξίας παρουσιάζεται το 1689, σε μια διατριβή με θέμα την κατανάλωση. Εκεί ο Richard Morton περιέγραψε την περίπτωση μιας 18χρονης κοπέλας που εμφάνιζε αμηνόρροια και αυτοπροκαλούμενη απώλεια βάρους. Ο Morton απέδωσε την απώλεια βάρους της κοπέλας σε μια «πληθώρα από ανησυχίες και πάθη που κατέκλυζαν το μυαλό της», η οποία τελικά κατέληξε εξαιτίας της ασθένειάς της, την οποία ο Morton αποκάλεσε «νευρική κατανάλωση» αναγνωρίζοντας τους σημαντικούς ψυχολογικούς παράγοντες.

Στα τέλη του 19ου αιώνα αναγνωρίστηκε το σύνδρομο της νευρογενούς ανορεξίας και χρησιμοποιήθηκε αυτός ο όρος για την ονομασία του. Δύο διακεκριμένοι γιατροί, ο Charles Lasègue και ο Sir William Gull, περιέγραψαν την Ψυχογενή Ανορεξία (anorexia nervosa). Ο Lasègue δημοσίευσε το 1873 το άρθρο του «Περί της Υστερικής Ανορεξίας», όπου παρουσίασε οκτώ ασθενείς (οι περισσότερες ήταν νεαρές κοπέλες) στις οποίες η έναρξη της διαταραχής είχε προκληθεί από κάποιο συγκινησιακό ερέθισμα. Στις κλινικές του περιγραφές, ο Lasègue τόνισε την ικανοποίηση των ασθενών του με την κατάστασή τους, παρά την ανησυχία και τις απειλές των μελών της οικογένειάς τους και αντιλήφθηκε την νευρική ανορεξία ως «μία υστερία συνδεδεμένη με την υποχονδρία».

Ο Gull το 1874 χαρακτήρισε το σύνδρομο της «νευρικής ανορεξίας» ως «μία διαστροφή του εγώ» το οποίο εμφανιζόταν με άρνηση της τροφής, αμηνόρροια, απώλεια βάρους και υπερβολική σωματική άσκηση και είχε τις ρίζες του στον νοσογόνο ρόλο της οικογένειας της ασθενούς.

Σύμφωνα με τον Stunkard το 1993, ο Charcot υπήρξε ο πρώτος που αναγνώρισε τις ανησυχίες των ασθενών με ανορεξία για την εικόνα του σώματός τους και το ατέρμονο κυνήγι της λεπτότητας. Το κύρος του Charcot στη Γαλλική ιατρική κοινότητα οδήγησε και άλλους Γάλλους ιατρούς όπως τον Janet το 1903 στην περαιτέρω διερεύνηση της αναζήτησης της λεπτότητας που εμφάνιζαν οι ασθενείς με

ανορεξία. Για πολλά χρόνια, οι περιγραφές της ψυχογενούς ανορεξίας περιορίζονταν στην ανάλυση ατομικών περιπτώσεων, με αποτέλεσμα την επικράτηση μίας μακροχρόνιας σύγχυσης αναφορικά με την φύση της ψυχογενούς ανορεξίας.

Μετά τις περιγραφές του 19ου αιώνα, η νοσολογική οντότητα της ψυχογενούς ανορεξίας σχετίστηκε με την «πανυποφυσιακή καχεξία» δηλαδή με τη γενικευμένη υπολειτουργία της υπόφυσης, η οποία περιγράφηκε από τον Simmonds το 1914. Αν και η Ψυχογενής Ανορεξία διαφοροποιήθηκε από την πανυποφυσιακή καχεξία το 1949, η υπεργενίκευση της αποφυγής λήψης τροφής στην οποία παρέπεμπε ο όρος «ανορεξία», προκάλεσε παράταση της σύγχυσης μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1960. Εν τω μεταξύ, με την βαθιά επιρροή του ψυχαναλυτικού ρεύματος στα τέλη του 1930, η Ψυχογενής Ανορεξία αποδόθηκε σε ασυνείδητες ενορμήσεις και ενδοψυχικές συγκρούσεις των ασθενών. Ο Sigmund Freud στο βιβλίο «Τρεις Μελέτες για την Θεωρία της Σεξουαλικότητας» το 1905 συνέδεσε τη διατροφή με τη σεξουαλικότητα και ερμήνευσε την αηδία απέναντι στη τροφή, ως αποτέλεσμα της απόθησης του στοματικού ερωτισμού του ατόμου και την αμηνόρροια ως την άρνηση της γενετήσιας σεξουαλικότητας.

Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, ένα νέο σύνδρομο γεννήθηκε. Οι πρώτες περιγραφές μίας σειράς ασθενών με Ανορεξία που ανέφεραν υπερφαγία και πρόκληση εμετού πραγματοποιήθηκαν το 1967 από τον Crisp, ο οποίος διαπίστωσε ότι το 18% των ασθενών με ανορεξία παρουσίαζαν και συμπεριφορές κάθαρσης/υπερφαγίας. Τα ευρήματα των δημοσιεύσεων των Casper, Eckert, Halmi, Goldberg, και Davis και των Garfinkel, Moldofsky, και Garner το 1980 οδήγησαν στην πρόταση ενός νέου υπότυπου της Ψυχογενούς Ανορεξίας – την υπερφαγικού/καθαρτικού τύπου ανορεξία - με βάση την παρουσία ή την απουσία της υπερφαγίας.²

1.3. Διάγνωση- ιατρικές εξετάσεις

Σύμφωνα με τα κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV), ο ασθενής θα πρέπει να παρουσιάζει σωματικό βάρος σε σημαντικό βαθμό χαμηλότερο απ' αυτό που θεωρείται φυσιολογικό για την ηλικία και το ύψος του. Δεν είναι δυνατό να οριστεί μια συγκεκριμένη απώλεια

²Hilde B. (2001). The Golden Cage: The Enigma Of Anorexia Nervosa. Harvard University Press.

βάρους που να εφαρμοστεί ως κριτήριο για κάθε άτομο υπο αξιολόγηση, αλλά το DSM-IV μας παρέχει ως οδηγό το 85% του αναμενόμενου φυσιολογικού βάρους. Έτσι, το άτομο που προσέρχεται για αξιολόγηση κι έχει χάσει το 15% του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του πληροί το εν λόγω κριτήριο. Στην πραγματικότητα είναι πολλοί οι ασθενείς που φθάνουν στο σημείο να ζυγίζουν λιγότερο από το 50% του μέσου αναμενόμενου φυσιολογικού βάρους. Η απώλεια αυτή βάρους συνήθως επιτυγχάνεται μέσω δίαιτας, κατά την οποία φροντίζουν να υπάρξει ένας αυστηρός περιορισμός των θερμίδων που καταναλώνουν έτσι ώστε να παραμένουν μέσα στα όρια μιας εξαντλητικής δίαιτας, η οποία περιλαμβάνει έναν πολύ περιορισμένο αριθμό τροφών (π.χ. συνήθως απαγορεύονται οι υδατάνθρακες και τα λίπη). Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως υιοθετούνται κι άλλες πρακτικές, που προάγουν την απώλεια βάρους, κι έτσι μέρος της εικόνας του πάσχοντος μπορεί να αποτελούν και οι καθαρτικές συμπεριφορές (π.χ. αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, χρήση διουρητικών, υπακτικών, υποκλυσμών, εμετικών κ.α.) και η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας (π.χ. υπερβολική, εξοντωτική εκγύμναση, τελετουργική υπερκινητικότητα κ.α.), που μπορεί να φθάσει στο σημείο της στέρησης ακόμα και του ύπνου προκειμένου να ικανοποιηθεί το αίτημα για σωματική δραστηριότητα και τελικά το άτομο οδηγείται στην εξουθένωση. Οι διαταραχές ύπνου, η απώλεια της σεξουαλικής παρόρμησης και η μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και εγρήγορσης είναι συμπτώματα που συχνά αναφέρονται από ασθενείς που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία.

Παρά το υπερβολικά χαμηλό βάρος του σώματός τους, τα άτομα, που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία, ανησυχούν υπερβολικά μήπως πάρουν βάρος και παχύνουν, φοβούνται ότι θα γίνουν υπέρβαροι και είναι αξιοσημείωτο ότι αυτός ο έντονος και επίμονος «φόβος του πάχους», όπως αποκαλείται, όχι μόνο δε μειώνεται σε ένταση και ισχύ με την απώλεια βάρους, αντιθέτως, κατά ένα περίεργο τρόπο, όσο το βάρος τους μειώνεται ο φόβος αυτός εντείνεται. Ο φόβος αυτός σχετίζεται με τη διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα των πασχόντων, στους οποίους είναι χαρακτηριστική η διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο αξιολογούν και βιώνουν το σωματικό τους σχήμα και βάρος. Τα άτομα, που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία, είναι απολύτως απορροφημένα με την τροφή και ένδειξη αυτού αποτελεί το γεγονός ότι υπολογίζουν με ιδιαίτερη προσοχή τις θερμίδες οποιασδήποτε τροφής πρόκειται να καταναλώσουν. Κάποιες φορές μάλιστα αυτή η ανησυχία φθάνει τα όρια της

εμμονής. Σε ό,τι αφορά ειδικά τις γυναίκες, προκειμένου να διαγνωστεί η νευρογενής ανορεξία θα πρέπει, εκτός της σημαντικής απώλειας βάρους, να παρουσιάζουν και αμηνόρροια. Η υπερβολική αποδυνάμωση συχνά προκαλεί αμηνόρροια, αλλά, ακόμα και στις περιπτώσεις που δε σημειώνεται αμηνόρροια, μπορεί να υπάρχουν ανωμαλίες στον περιοδικό κύκλο.

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία το 1994, δημοσίευσε τον αναθεωρημένο οδηγό ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών (Α.Ρ.Α., DSM-IV) σύμφωνα με τον οποίο η διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας θα πρέπει να στηρίζεται σε 4 βασικά κριτήρια:³

Α. Άρνηση του ατόμου για τη διατήρηση του σωματικού βάρους στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο του ελάχιστα φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί σε διαμόρφωση του σωματικού βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αποτυχία στην επίτευξη της αναμενόμενης αύξησης του βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης, που έχει σαν αποτέλεσμα την απόκτηση σωματικού βάρους χαμηλότερου από το 85% του αναμενόμενου)

Β. Υπερβολικός φόβος του ατόμου για την αύξηση του βάρους ή φόβος πάχους, ακόμα κι όταν το βάρος τους είναι πολύ χαμηλότερο από το κανονικό

Γ. Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το σωματικό βάρος ή σχήμα. Αδικαιολόγητη και υπέρμετρη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην αυτο-αξιολόγηση, ή άρνηση της σοβαρότητας του τρέχοντος χαμηλού σωματικού βάρους

Δ. Σε μεταεμμηναρχικές γυναίκες, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον 3 διαδοχικών εμμηνορυσιακών κύκλων. (Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια αν οι περίοδοί της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. χορήγηση οιστρογόνων).

Η ιατρική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από ένα ικανό επαγγελματία γιατρό. Υπάρχουν πολλές ιατρικές παθήσεις όπως ιογενείς ή βακτηριακές μολύνσεις, ορμονικές ανισσοροπίες, νευροεκφυλιστικές ασθένειες και εγκεφαλικοί όγκοι οι οποίες μπορούν να μιμηθούν ψυχιατρικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένου της νευρικής ανορεξίας. Σύμφωνα με μια έρευνα σε βάθος που πραγματοποιήθηκε από τον ψυχίατρο Ρίτσαρντ Χαλ (Richard Hall) όπως αυτή δημοσιεύτηκε στα Αρχεία της

³ Hout C. (2002). Discovery, invention, and the expansion of the modern Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders. American Psychological Association.

Γενικής Ψυχιατρικής, οι ιατρικές ασθένειες συχνά παρουσιάζονται με ψυχολογικά συμπτώματα, ενώ είναι δύσκολο να ξεχωρίσει κάποιος τις σωματικές διαταραχές από τις λειτουργικές ψυχιατρικές διαταραχές με βάση τα ψυχιατρικά συμπτώματα μόνο. Λεπτομερής σωματική εξέταση και εργαστηριακή εξέταση ενδείκνυνται σαν διαδικασία ρουτίνας στην αρχική εκτίμηση των ψυχιατρικών ασθενών. Πολλοί ασθενείς αγνοούν την ιατρική ασθένεια που είναι το αίτιο των ψυχιατρικών συμπτωμάτων τους.

Συγκεκριμένες εξετάσεις οι οποίες κρίνονται αναγκαίες είναι:

- Γενική εξέταση αίματος, με εξέταση των λευκών και ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων η οποία χρησιμοποιείται για να εντοπίσει την παρουσία διαφόρων διαταραχών όπως η λευκοκυττάρωση, η λευκοπενία, θρομβοκυττάρωση και η αναιμία οι οποίες είναι αποτελέσματα του υποσιτισμού.
- Ένζυμο-συνδεδεμένη δοκιμή ανοσοπροσρόφησης (Enzyme-linked immunosorbent assay :ELISA): Διάφοροι υπότυποι αυτής της δοκιμής χρησιμοποιούνται για να εξετάσουν για αντισώματα σε διάφορους ιούς και βακτήρια όπως για τη νόσο του Lyme.
- Γενική εξέταση ούρων: Μια ποικιλία από εξετάσεις που διεξάγονται στα ούρα που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση σωματικών διαταραχών, για την εξέταση κατάχρησης ουσιών και ως δείκτη της συνολικής κατάστασης της υγείας του ατόμου.
- Ανάλυση με πρωτεΐνη ανοσοαποτύπωσης: Χρησιμοποιείται για να επιβεβαιώσει τα προεισαγωγικά αποτελέσματα ενζυμο-συνδεδεμένης δοκιμής ανοσοπροσρόφησης
- Εξετάσεις περιεκτικού μεταβολικού πάνελ: Αποτελούν ένα γκρουπ είκοσι διαφορετικών χημικών τεστ που πραγματοποιούνται σε ορό αίματος. Οι εξετάσεις περιλαμβάνουν χοληστερίνη, πρωτεΐνη και ηλεκτρολύτες όπως κάλιο, χλώριο, νάτριο και ειδικές εξετάσεις σχετικά με την λειτουργία του συκωτιού και των νεφρών.
- Εξέταση ανοχής στη γλυκόζη: Η στοματική εξέταση ανοχής στη γλυκόζη χρησιμοποιείται για να εκτιμήσει την ικανότητα του σώματος να μεταβολίσει την γλυκόζη. Μπορεί να αποβεί χρήσιμο στον εντοπισμό διαφόρων

διαταραχών όπως ο διαβήτης, κάποιο ινσουλίνωμα, το σύνδρομο του Cushing και η υπογλυκαιμία.

- Εξέταση σεκρίτινης-χολοκυστοκινίνης: Χρησιμοποιείται για να εκτιμήσει τη λειτουργία του παγκρέατος και της χοληδόχου κύστης
- Εξέταση με ορό χοληστερηνάσης: Μια εξέταση των ενζύμων του συκωτιού (ακετυλοχολινεστεράσης και ψευδοχολινεστεράσης και αποτελεί χρήσιμη εξέταση για την λειτουργία του συκωτιού και για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων του υποσιτισμού.
- Εξέταση λειτουργίας του ήπατος: Μια σειρά από εξετάσεις που χρησιμοποιούνται για να εκτιμήσουν τη λειτουργία του συκωτιού και κάποιες από τις εξετάσεις χρησιμοποιούνται επίσης για την εκτίμηση του υποσιτισμού, της λειτουργίας των νεφρών, αιμοραγικές διαταραχές και την ασθένεια του Κρον.
- Αντίδραση της ωχρινοποιητικής ορμόνης στην ορμόνη απελευθέρωσης γοναδοτροφίνης: Εξετάζει την αντίδραση των υποφύσεων στην ορμόνη απελευθέρωσης γοναδοτροφίνης, μιας ορμόνης που παράγεται στον υποθάλαμο. Κεντρικός υπογοναδισμός (μειωμένη λειτουργική δραστηριότητα των γονάδων) συχνά παρατηρείται σε περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας.
- Εξετάσεις κρεατίνης κινάσης: Μετράει τα επίπεδα της κυκλοφορίας κρεατίνης κινάσης στο αίμα, ενός ενζύμου που βρίσκεται στην καρδιά, στο μυαλό και στους σκελετικούς μυς.
- Εξέταση αζώτου της ουρίας του αίματος: Το άζωτο της ουρίας είναι το υποπροϊόν του μεταβολισμού των πρωτεϊνών που αρχικά σχηματίζεται στο συκώτι και έπειτα αποβάλλεται από το σώμα μέσω των νεφρών. Ένα χαμηλό επίπεδο του αζώτου της ουρίας του αίματος δείχνει τα αποτελέσματα του υποσιτισμού.
- Αναλογία αζώτου της ουρίας του αίματος σε σχέση με την κρεατινίνη: Χρησιμοποιείται για να προβλέψει διάφορες παθήσεις. Υψηλή αναλογία αζώτου της ουρίας του αίματος μπορεί να υπάρξει σε περιπτώσεις σοβαρής ενυδάτωσης, οξείας νεφρικής ανεπάρκειας, συμφορητικής καρδιακής συγκοπής και εντερικής αιμορραγίας. Χαμηλή αναλογία αζώτου της ουρίας του αίματος μπορεί να δείχνει μια διατροφή χαμηλή σε πρωτεΐνες, ύπαρξη κοιλιοκάκης, ραβδομυόλυσης και κίρρωσης του ήπατος.

- Υπερηχοκαρδιογράφημα: Χρησιμοποιεί υπέρηχους για να δημιουργήσει μια κινούμενη εικόνα της καρδιάς ώστε να εκτιμήσει την λειτουργία της.
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα: Μετράει την ηλεκτρική δραστηριότητα της καρδιάς και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εντοπίσει διάφορες διαταραχές όπως η υπερκαλιαιμία.
- Ελεκτροεγκεφαλογράφημα: Μετράει την ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εντοπίσει ανωμαλίες όπως αυτές που σχετίζονται με υποφυσιακούς όγκους.
- Ακτινογραφία του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα: Αποτελεί εξέταση που χρησιμοποιείται για να εκτιμήσει γαστρεντερικά προβλήματα του μέσου και του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα.
- Εξέταση θυροειδούς αδένου: Εξέταση που χρησιμοποιείται για να εκτιμήσει τη λειτουργία του θυροειδή ελέγχοντας τα επίπεδα της ορμόνης του θυροειδούς (TSH), της θυροξίνης(T4) και της τριιοδοθυρονίνης (T3).
- Εξέταση παραθυροειδικής ορμόνης: Εξετάζει την λειτουργία του παραθυροειδούς μετρώντας την ποσότητα της παραθυροειδικής ορμόνης στο αίμα. Η εξέταση χρησιμοποιείται για να διαγνώσει παραθυποθυροειδισμό. Η παραθυροειδική ορμόνη ελέγχει επίσης τα επίπεδα ασβεστίου και φωσφόρου στο αίμα (ομοιόσταση).
- Βαριούχος υποκλυσμός: Αποτελεί μια εξέταση με ακτίνες X στον κατώτερο γαστρεντερικό σωλήνα.
- Νευροαπεικόνιση μέσω της χρήσης διαφόρων τεχνικών όπως η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET scan), λειτουργική απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (fMRI), μαγνητική τομογραφία (MRI) και (SPECT imaging) οι οποίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν αξονική τομογραφία μόνης εκπομπής φωτονίων στην διαδικασία διάγνωσης οποιασδήποτε διατροφικής διαταραχής για να εντοπίσει περιπτώσεις στις οποίες κάποια κάκωση, όγκος ή κάποια άλλη οργανική πάθηση, είτε το μοναδικό αίτιο ή συμβάλλον παράγοντας σε μια διατροφική διαταραχή.⁴

⁴ O' Brien K., Vincent N. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review*. Volume 23, Issue 1, σσ. 57–74.

1.4. Τύποι νευρικής ανορεξίας

Οι τύποι νευρικής ανορεξίας είναι δύο:

A) 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 κι αρνούνται να παραδεχτούν πως νιώθουν πείνα και άγχος. Στο άτομο που εμφανίζει αυτόν τον τύπο νευρογενούς ανορεξίας η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας και αυτοαξίας συνδέεται άρρηκτα με το βαθμό στον οποίο μπορεί να ελέγξει το σωματικό βάρος και σχήμα. Το άτομο αισθάνεται περήφανο και αποκτά την αίσθηση της αυτοκυριαρχίας όταν το βάρος του αρχίζει να μειώνεται, ενώ αντίθετα όταν το βάρος του αυξάνεται το άτομο κατακλύζεται από συναισθήματα αποτυχίας και την εντύπωση ότι δεν είναι πλέον αποδεκτό από τους οικείους και το κοινωνικό σύνολο.

B) Ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου (binge eating/purging type): Ο υπερκαταναλωτικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από σποραδικά επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούνται από τεχνητή πρόκληση εμετού. Οι ασθενείς με ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου χαρακτηρίζονται από εξωστρέφεια, αναφέρουν συχνότερα άγχος, κατάθλιψη κι ενοχές, παραδέχονται πως έχουν έντονη όρεξη και τείνουν να είναι μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τους ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου. Οι βουλιμικοί ανορεκτικοί ξεκινούν συχνά ως περιοριστικοί και τελικά προχωρούν προς τα υπερφαγικά επεισόδια και τις καθαρτικές συμπεριφορές, όταν στα μεσοδιαστήματα της πλήρους αποστέρησης τροφής αισθάνονται ανίκανοι πλέον να διατηρήσουν απόλυτο έλεγχο της τροφής που καταναλώνουν.

Υπάρχουν αρκετά χαρακτηριστικά βάσει των οποίων διακρίνεται ο τύπος αυτός της νευρογενούς ανορεξίας από τον στερητικό τύπο. Οι ασθενείς που εμφανίζουν τον υπερκαταναλωτικό τύπο της νευρογενούς ανορεξίας, είναι πιθανότερο να νοσούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, απαιτούν μεγαλύτερη συχνότητα στις θεραπευτικές συναντήσεις, βιώνουν υψηλότερο βαθμό συναισθηματικής δυσφορίας και έχουν λιγότερο καλή πρόγνωση απ' ότι τα άτομα που εμφανίζουν τον στερητικό τύπο της νευρογενούς ανορεξίας. Γενικότερα, σαν ομάδα, τα άτομα, που εμφανίζουν τον υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο, έχουν περισσότερο αποδιοργανωμένη προσωπική ζωή και περισσότερο διαταραγμένο οικογενειακό ιστορικό, ασθενούν με μεγαλύτερη

συχνότητα και εν γένει εκδηλώνουν εντονότερη ψυχοπαθολογία (π.χ. εμφανίζουν συχνότερα διαταραχές προσωπικότητας) απ' ότι τα άτομα, που πάσχουν από τον στερητικό τύπο της νευρογενούς ανορεξίας. Επιπροσθέτως, εμφανίζονται λιγότερο ικανοί να διατηρήσουν με επιτυχία αυστηρό έλεγχο σε ό,τι αφορά τη συμπεριφορά τους και τις παρορμήσεις τους και είναι περισσότερο ευάλωτοι να αναπτύξουν διαταραχές που σχετίζονται με τον έλεγχο των παρορμήσεων όπως η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, ο αλκοολισμός, η ψυχαναγκαστική αγοραστική συμπεριφορά, η κλεπτομανία και η ασύδοτη, αχαλίνωτη σεξουαλική συμπεριφορά. Οι ασθενείς, που εμφανίζουν τον υπερκαταναλωτικό τύπο, εμφανίζουν επίσης ισχυρές τάσεις προς το σωματικό αυτοτραυματισμό (π.χ. χτύπημα – κόψιμο κ.α.) και συχνά σημειώνεται σ' αυτούς κοινωνική απόσυρση, καθώς και αυτοκτονική συμπεριφορά (π.χ. απόπειρες αυτοκτονίας).

1.5. Αίτια- παράγοντες

Τα αίτια της νευρικής ανορεξίας είναι τα εξής:

A) Βιολογικά αίτια

Διάφορες προγενέθλιες και περιγενετικές επιπλοκές μπορεί να αποτελέσουν παράγοντα για την ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας όπως μητρική αναιμία, σακχαρώδης διαβήτης, έμφραγμα στον πλακούντα, καρδιακές ανωμαλίες στο νεογέννητο. Οι νεογεννητικές καρδιακές ανωμαλίες μπορεί επίσης να έχουν επίδραση στην αποφυγή που έχει το άτομο απέναντι σε βλάβες, ένα από τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ανάπτυξη ανορεξίας.

Επιπρόσθετα, η νευρική ανορεξία είναι κληρονομήσιμη σε μεγάλο βαθμό. Έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες σύμφωνα με τις οποίες γονίδια που σχετίζονται με την ρύθμιση των διατροφικών συμπεριφορών, κινήτρων, μηχανισμών επιβράβευσης, χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και συναισθημάτων του ατόμου. Πρόσφατες μελέτες έχουν προάγει ότι η διαφορά ανάμεσα στα φύλα όσον αφορά τη συχνότητα και η κοινή εκδήλωση της διαταραχής μπορεί να αντικατοπτρίζουν μια αντικανονική ανταπόκριση του μυαλού σε ανορεξικές επιδράσεις (καταπίεση της ανάγκης για τροφή) της γυναικείας ορμόνης που ονομάζεται οιστρογόνο. Αυτή η άποψη έχει υποστηριχτεί πρόσφατα από μια αναφορά που υποστηρίζει ότι μη κανονικές μορφές

του υποδοχέα οιστρογόνου είναι πιο συχνές στις γυναίκες με νευρική ανορεξία περιοριστικού τύπου⁵.

Πρόσθετο παράγοντα αποτελούν δυσλειτουργίες στην σεροτονίνη, ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα σε εκείνες τις περιοχές του μυαλού με υποδοχείς σεροτονίνης, επίσης γνωστές ως υποδοχείς 5-υδροξυτρυπταμίνης που συγκεκριμένα συνδέεται με την ανησυχία, την διάθεση και τον έλεγχο των παρορμήσεων. Υπάρχουν υποθέσεις ότι η πείνα είναι μια ανταπόκριση σε αυτές τις επιδράσεις, καθώς είναι γνωστό ότι μειώνει την τρυπτοφάνη και τις στεροειδείς ορμόνες του μεταβολισμού, που μπορούν να μειώσουν τα επίπεδα της σεροτονίνης σε αυτές τις βασικές περιοχές και να αποτρέψουν την ανησυχία. Άλλες μελέτες των υποδοχέων 5- υδροξυτρυπταμίνης (5HT1A receptor) υποδεικνύουν ότι η δραστηριότητα της σεροτονίνης είναι μειωμένη στα επίπεδα αυτά. Υπάρχουν ενδείξεις ότι και τα δυο χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την νευρική ανορεξία και διατάραξη στο σύστημα της σεροτονίνης είναι ακόμη εμφανείς και αφού οι ασθενείς έχουν αναρρώσει από την ανορεξία.

Η διαταραχή επίσης προκαλείται από εγκεφαλικής προέλευσης νευροτροφικό παράγοντα, ο οποίος είναι μια πρωτεΐνη η οποία ρυθμίζει την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος και την πλαστικότητα των νευρών και επίσης παίζει ρόλο στην μάθηση, την μνήμη και το υποθαλαμικό μονοπάτι που ελέγχει τις διατροφικές συμπεριφορές και την ομοιόσταση της ενέργειας. Ο συγκεκριμένος παράγοντας διευρύνει τις αντιδράσεις των νευροδιαβιβαστών και ενισχύει τις συναπτικές επικοινωνίες του εντερικού νευρικού συστήματος. Χαμηλά επίπεδα αυτού του παράγοντα έχουν βρεθεί σε ασθενείς με ανορεξία και κάποιες "συνοδευτικές" διαταραχές όπως η μείζονα (βαριά) κατάθλιψη. Η άσκηση αυξάνει τα επίπεδα του συγκεκριμένου παράγοντα.

Επιπρόσθετα, τα επίπεδα κυκλοφορίας των ορμονών λεπτίνη και γκρελίνη αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα στον έλεγχο του βάρους. Η λεπτίνη είναι μια ορμόνη που παράγεται κυρίως από τα λιποκύτταρα στο λευκό λιπώδη ιστό του σώματος και έχει μια ανασταλτική επίδραση στην όρεξη, προκαλώντας ένα αίσθημα κορεσμού. Η γκρελίνη είναι μια ορμόνη που προκαλεί το συναίσθημα της όρεξης που παράγεται

⁵ Χατζηγεωργίου Χ. (2004). Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. Ερευνητικό & Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Υγεία του Παιδιού. Παιδιατρική Ενημέρωση; 8. σσ. 12-18

στο στομάχι και στο πάνω τμήμα του λεπτού εντέρου. Τα επίπεδα κυκλοφορίας και των δυο ορμονών αποτελούν έναν σημαντικό παράγοντα στον έλεγχο του βάρους. Παρόλο που συχνά συσχετίζονται με την παχυσαρκία και οι δύο έχουν εμπλακεί στην παθολογία της νευρικής ανορεξίας και της νευρικής βουλιμίας.

Υπεύθυνη για την ανορεξία μπορεί να είναι και η εγκεφαλική ροή του αίματος. Μελέτες νευροαπεικόνισης έχουν δείξει μείωση εγκεφαλικής ροής αίματος στον κροταφικό λοβό των ασθενών με ανορεξία που μπορεί να είναι ένας προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη νευρικής ανορεξίας.

Επιπλέον, το ανοσοποιητικό σύστημα διαδραματίζει ρόλο στην παρουσία της ανορεξίας. Τα αυτοαντισώματα απέναντι στα νευροπεπτίδια όπως η μελανοκορτίνη η οποία έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που σχετίζονται με διατροφικές διαταραχές όπως εκείνες που επηρεάζουν την όρεξη και τις αντιδράσεις στο στρες.

Τέλος, η ανεπάρκεια ψευδαργύρου μπορεί να παίζει έναν ρόλο στην ανορεξία. Δεν θεωρείται υπεύθυνη για την αρχική πρόκληση της διαταραχής αλλά υπάρχουν αποδείξεις ότι μπορεί να είναι ένας επιταχυντικός παράγοντας που εντείνει την παθολογία της ανορεξίας.

B) Κοινωνικά αίτια

Κοινωνικοπολιτιστικές έρευνες έχουν τονίσει τον ρόλο των πολιτιστικών παραγόντων, όπως η προώθηση της λεπτότητας ως την ιδανική γυναικεία μορφή στα Δυτικά βιομηχανοποιημένα έθνη, ιδιαίτερα μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Σύμφωνα με μελέτες, το φύλο, η εθνικότητα και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση αποτελούν σημαντικές επιρροές στην περίπτωση ανάπτυξης ανορεξίας, με εκείνους των οποίων οι γονείς δεν είναι Ευρωπαίοι να είναι ανάμεσα σε εκείνους που έχουν λιγότερες πιθανότητες να διαγνωστούν με την αρρώστια και με εκείνους που προέρχονται από πλούσιες, λευκές οικογένειες να αντιμετωπίζουν περισσότερο ρίσκο να την εμφανίσουν. Άνθρωποι με επαγγέλματα όπου υπάρχει ιδιαίτερη κοινωνική πίεση να είναι λεπτοί (όπως μοντέλα και χορευτές) έχουν πολλές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ανορεξία κατά την διάρκεια της καριέρας τους και περαιτέρω έρευνες έχουν υποδείξει ότι άτομα με νευρική ανορεξία έχουν πολύ

περισσότερες επαφές με κοινωνικές πηγές που προωθούν την απώλεια βάρους σε σχέση με τα άλλα άτομα. Είναι επίσης πιθανό η νευρική ανορεξία να προκύψει σε πληθυσμούς στους οποίους η παχυσαρκία είναι πιο επικρατούσα.

Γ) Ψυχογενή αίτια

Η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από μια πολύ συγκεκριμένη διαταραχή στον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται και βιώνει την προσωπική του ταυτότητα. Για τους περισσότερους πάσχοντες από διαταραχές πρόσληψης τροφής, ο τρόπος που βιώνουν την αυτοαξία τους είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την εξωτερική τους εμφάνιση και τα επιτεύγματά τους. Η νευρογενής ανορεξία γίνεται αντιληπτή από πολλούς σαν μια αντίδραση στις απαιτήσεις της εφηβείας για περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική δραστηριότητα. Κατά κάποιο τρόπο, οι πάσχοντες μέσα στα πλαίσια της διαταραχής αυτής αντικαθιστούν τις φυσιολογικές εφηβικές αναζητήσεις με την ενασχόληση με την τροφή, το σωματικό βάρος και σχήμα. Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν σημαντικές ελλείψεις στην αίσθηση αυτονομίας και αυτοπροσδιορισμού του εγώ. Συχνά αναφέρουν ότι αισθάνονται πως το σώμα τους είναι κατά κάποιο τρόπο υπό τον έλεγχο των γονέων τους, επομένως ο αυτοεπιβαλλόμενος υποσιτισμός μπορεί να θεωρηθεί ως προσπάθεια απόκτησης αξίας, ελέγχου και αυτοεκτίμησης⁶.

Από την άλλη, η υπέρμετρη ενασχόληση με το σωματικό βάρος και σχήμα, καθώς και με την άσκηση υπερβολικής αυτοπειθαρχίας, χαρακτηριστική της ανορεκτικής παθολογίας, ο ασθενής καταβάλλει μια απεγνωσμένη προσπάθεια ν' αντιμετωπίσει τα υποβόσκοντα αισθήματα αδυναμίας και αναποτελεσματικότητας και ίσως τελικά να καταφέρνει να αναπτύξει μια αίσθηση αυτονομίας και αυτοπροσδιορισμού και να περιορίσει το συναίσθημα της προσωπικής αναποτελεσματικότητας που τον διακατέχει.

Η Hilde Bruch πρότεινε ότι η Νευρογενής Ανορεξία αποτελεί για τα παιδιά που έχουν ανατραφεί έτσι ώστε να αισθάνονται αναποτελεσματικά μια απόπειρα να αισθανθούν ικανά, να κερδίσουν το σεβασμό των άλλων αλλά και του ίδιου του εαυτού τους και να προστατευθούν από συναισθήματα αβοηθητότητας, αναποτελεσματικότητας και

⁶ Kay, J. et al. (2000). Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials. USA: W.B. Saunders Company. σσ 447-459

αδυναμίας⁵. Η Bruch έχει υποστηρίξει ότι οι ρίζες της Νευρογενούς Ανορεξίας βρίσκονται σε μια αποτυχημένη προσκόλληση κατά τη βρεφική ηλικία, τις συνακόλουθες απόπειρες ν' αντιμετωπιστούν τα υφέρποντα αισθήματα αναποτελεσματικότητας και ανεπάρκειας, και μια αδυναμία να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εφηβείας και της νεαρής ενήλικης ζωής.

Αυτή η αίσθηση αναποτελεσματικότητας εγκαθίσταται στο άτομο ως αποτέλεσμα ενός τρόπου διαπαιδαγώγησης, στον οποίο οι επιθυμίες των γονέων επιβάλλονται στο παιδί χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες ή οι επιθυμίες του ίδιου του παιδιού. Για παράδειγμα, οι γονείς μπορεί αυθαίρετα να αποφασίζουν πότε το παιδί είναι πεινασμένο ή κουρασμένο, αποτυγχάνοντας έτσι να αντιληφθούν την πραγματική κατάσταση του παιδιού. Τα παιδιά, που μεγαλώνουν μέσα σ' ένα τέτοιο οικογενειακό περιβάλλον, δεν μαθαίνουν ποτέ να αναγνωρίζουν τις δικές τους εσωτερικές οργανικές καταστάσεις και κατά συνέπεια δεν εξελίσσονται σε αυτόνομα άτομα. Όταν, δε, έρχονται αντιμέτωπα με τις απαιτήσεις της εφηβείας, τα παιδιά αυτά απαίδευτα υιοθετούν τα πρότυπα, που προβάλλει η κοινωνία και που εστιάζουν στο ιδανικό της λεπτόσωμης σιλουέτας, κι έτσι μετατρέπουν τη δίαιτα σαν ένα μέσο για να αποκτήσουν έλεγχο και την αίσθηση της προσωπικής ταυτότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Νευρογενής ανορεξία στην εφηβεία

2.1. Διατροφή στην εφηβεία

2.1.1 Η εφηβεία

Εφηβεία, είναι μια κατ' εξοχήν κρίσιμη περίοδος που βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ παιδικότητας και ενηλικίωσης. Το παιδί δεν είναι πλέον παιδί αλλά ούτε και ώριμος άνθρωπος. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας τα οστά αναπτύσσονται και κερδίζουν βάρος, ο μυϊκός και λιπώδης ιστός αναπτύσσονται και ο όγκος του αίματος αυξάνει. Παρατηρείται επίσης ωρίμανση του φύλου. Η φωνή των αγοριών αλλάζει ενώ τα κορίτσια βιώνουν την εμπειρία της εμμήνου ρύσης. Αυτές οι αλλαγές είναι φανερές και έχουν τεράστια επίδραση στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του εφήβου ενώ κάθε άτομο αναπτύσσεται με δικό του τρόπο⁷.

Οι σωματικές ενδείξεις της εφηβείας διαφέρουν στα δύο φύλα. Στα κορίτσια, παρατηρείται ανάπτυξη του στήθους, εμφάνιση τριχώματος στις μασχάλες και την ηβική περιοχή, η ανάπτυξη του γυναικείου περιγράμματος του σώματος και έναρξη της περιόδου. Στα αγόρια, παρατηρείται αύξηση του μεγέθους του πέους και των όρχεων, εμφάνιση ηβικού και μασχαλαίου τριχώματος, εμφάνιση τριχώματος στο πρόσωπο, αλλαγές της φωνής με βαθύτερο τόνο και ανάπτυξη του μυός και του αναστήματος.

Η εφηβεία χωρίζεται σχηματικά σε στάδια, τα οποία περιγράφουν τους μηχανισμούς που τη διέπουν. Το αρχικό στάδιο, από τα έντεκα έως τα δεκατέσσερα έτη, επιφέρει αλλαγές στη συμπεριφορά του παιδιού. Είναι μια κρίσιμη μεταβατική περίοδος που μπορεί να προβληματίσει γονείς και παιδιά. Οι γονείς παύουν να αναγνωρίζουν το χαρακτήρα του παιδιού τους. Ο έφηβος παρουσιάζεται αινιγματικός, απαιτητικός, ανυπόμονος και εριστικός. Όταν δεν ικανοποιούνται άμεσα οι ανάγκες του, γίνεται επιθετικός και οι αντιδράσεις του είναι απρόβλεπτες. Συχνά παρατηρείται παλινδρόμηση, ο έφηβος μιμείται τη συμπεριφορά μικρότερου παιδιού και αναζητεί τη φροντίδα της μαμάς του. Σε αυτό το πρώτο στάδιο, καλό είναι το παιδί να φύγει σταδιακά από τους γονείς του και να προσεγγίσει τους συνομήλικους. Η παρέα του

⁷ Rossi, Lino M. (2006). Σύγχρονος ιατρικός και ψυχολογικός οδηγός για παιδιά και εφήβους. Εκδόσεις Σοκόλη – Κουλεδάκη.

θα είναι το ασφαλές ψυχολογικό καταφύγιο έξω από την οικογένεια που θα τον βοηθήσει να κάνει το πρώτο ουσιαστικό βήμα προς την κοινωνικοποίηση. Στην αρχή της εφηβείας οι παρέες είναι συνήθως του ίδιου φύλου. Ενώ μέχρι αυτό το σημείο το παιδί ταυτιζόταν έντονα με τους γονείς του και τους χρησιμοποιούσε σαν πρότυπα, πλέον, σαν έφηβος, έχει την ανάγκη ψυχολογικά, να διαφοροποιηθεί από τους γονείς του και να αναζητήσει τη δική του ταυτότητα⁸.

Στο μέσο στάδιο, από τα δεκατέσσερα έως τα δεκαεπτά έτη, εμφανίζεται καθαρά ο ανταγωνισμός με τους γονείς, οι οποίοι παύουν να είναι αντικείμενα θαυμασμού, ενώ η παρέα τους θεωρείται ανιαρή και τα αστεία τους ανούσια. Ο έφηβος μένει πολλές ώρες μόνος του στο δωμάτιό του ακούγοντας μουσική ή γράφοντας τις κρυφές σκέψεις του. Διανύει μια περίοδο μοναξιάς αλλά και δημιουργικότητας, κατά την οποία φιλοσοφικά ερωτήματα και υπαρξιακές αναζητήσεις απαιτούν την απάντησή τους.

Στο τελικό στάδιο, από τα δεκαεπτά έως τα είκοσι έτη, έχουμε τη σταθεροποίηση της ταυτότητας του εφήβου. Οι έντονες συγκρούσεις παύουν, η ταυτότητα ολοκληρώνεται, οι απαιτήσεις της ενήλικης ζωής οδηγούν τον έφηβο να προσαρμοστεί στην πραγματικότητα. Οι ετεροφυλικές σεξουαλικές σχέσεις αποκτούν μεγαλύτερη διάρκεια, ενώ επέρχεται η συμφιλίωση με τους γονείς. Οι έφηβοι ζητούν τη βοήθειά τους για την επιλογή σπουδών και επαγγέλματος. Έτσι, παύει ο ανταγωνισμός και οι γονείς γίνονται σύμμαχοι και φίλοι⁹.

Η εφηβεία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στάδια ανάπτυξης του ανθρώπου, κατά την οποία παρατηρούνται ραγδαίες ψυχολογικές και σωματικές αλλαγές που οδηγούν το άτομο στην κορύφωση της οργανικής του ανάπτυξης αλλά και την τελική διαμόρφωση της προσωπικότητάς του.¹⁰

⁸ Lask Bryan and Bryant-Waugh Rachel, (2000). Anorexia Nervosa and Related eating Disorders in Childhood and Adolescence.

⁹ Καππάτου Α. (2007). Εφηβεία Συμβουλές σε γονείς για μια αρμονική σχέση με τους εφήβους. Εκδόσεις Modern Times.

¹⁰ Lask Bryan and Bryant-Waugh Rachel, (2000). Anorexia Nervosa and Related eating Disorders in Childhood and Adolescence

2.1.2. Διατροφή

Οι αυξημένες ενεργειακές ανάγκες στην εφηβεία είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός, καθώς ο έφηβος χρειάζεται ενέργεια για την αύξηση του μυϊκού ιστού, την ανάπτυξη του σκελετού και του νευρικού συστήματος, καθώς και για την ανάπτυξη του γεννητικού συστήματος. Είναι λοιπόν απαραίτητο, οι έφηβοι να προσλαμβάνουν την κατάλληλη ποσότητα ενέργειας καθημερινά αλλά και να εκπαιδευτούν σε σχέση με την ποιότητα των τροφών που θα πρέπει να καταναλώνουν. Λόγω της ταχείας ανάπτυξής τους, οι έφηβοι χρειάζονται αυξημένη ποσότητα θερμίδων. Η ανάγκη των αγοριών σε Kcal τείνει να υπερέχει των αναγκών των κοριτσιών επειδή τα αγόρια είναι πιο σωματώδη, συνήθως έχουν μεγαλύτερη δράση και χρειάζονται μεγαλύτερο μυϊκό ιστό απ' ό,τι τα κορίτσια. Με εξαίρεση τη βιταμίνη D, οι τροφικές ανάγκες αυξάνουν δραματικά κατά την έναρξη της ήβης. Λόγω της εμμηνου ροής, τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερη ανάγκη σιδήρου απ' ό,τι τα αγόρια. Οι συνιστώμενες ποσότητες για βιταμίνη D, βιταμίνη C, βιταμίνη B12, ασβέστιο, φώσφορο και ιώδιο είναι ίδιες για τα δύο φύλα. Οι συνιστώμενες ποσότητες για τα άλλα θρεπτικά στοιχεία, είναι μεγαλύτερες για τα αγόρια από τα κορίτσια¹¹.

Κατά το τελευταίο στάδιο της παιδικής ηλικίας, ο ρυθμός ανάπτυξης αρχίζει να επιταχύνεται με την έναρξη της ήβης. Κατά την χρονική αυτή περίοδο το άτομο θα κερδίσει το 20% του ύψους και το 50% του βάρους του ενήλικα, ενώ οι μύες, ο όγκος του αίματος και γενικά τα περισσότερα όργανα του σώματος διπλασιάζονται σε μέγεθος. Κατά τη διαδικασία αυτής της φυσικής ωρίμανσης επισημαίνονται διαφοροποιήσεις στη σύσταση του σώματος ανάλογα με το φύλο. Ενώ στην προηβική περίοδο το ποσοστό του λίπους στο σώμα για τα κορίτσια είναι περίπου 20% και για τα αγόρια 15% με τον μυϊκό ιστό να κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα και στα δύο φύλα, κατά την εφηβεία τα κορίτσια αποκτούν περισσότερο λίπος, ενώ τα αγόρια διπλασιάζουν το μυϊκό τους ιστό. Για το λόγο αυτό, οι απαιτήσεις σε ενέργεια και πρωτεΐνη αυξάνονται ιδιαίτερα στα αγόρια που κερδίζουν ύψος και μυϊκή μάζα σε μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι τα κορίτσια. Σε συνδυασμό με το ασβέστιο το φθόριο, το φωσφόρο και τη μεσολαβητική δράση της βιταμίνης A και D, θα επιτευχθεί η σωστότερη διάπλαση του σκελετού. Ο οργανισμός του εφήβου, σε αυτή την περίοδο μπορεί να χρησιμοποιήσει για την ανάπτυξή του τη διπλάσια ποσότητα ασβεστίου,

¹¹ Γονιδάκης Φ. (2011). Διαταραχές πρόσληψης τροφής, Γνωσιακή - συμπεριφοριστική προσέγγιση. Εκδόσεις Πεδίο.

σιδήρου, ψευδαργύρου και αζώτου απ' ότι ο οργανισμός σε άλλες χρονικές περιόδους. Ο οργανισμός του εφήβου που ζει την πολύμορφη αυτή οργανική-βιολογική έκρηξη, χρειάζεται ασφαλώς, ποσότητα και ποιότητα θρεπτικού υλικού και ενεργειακού δυναμικού για να κατορθώσει να διεκπεραιώσει σωστά το έργο του. Τίποτα δεν είναι δυνατόν να σταθεί περισσότερο σύμμαχος από την κατάλληλα επιλεγμένη τροφή, όσον αφορά την ποιότητα και την ποσότητα, αλλά και τον σωστό και υπεύθυνα οργανωμένο πρόγραμμα διατροφής, που θα εξασφαλίσει την διαρκή τροφοδοσία του οργανισμού, με τα απαιτούμενα θρεπτικά συστατικά για την ανάπτυξη¹².

Ο ανθρώπινος οργανισμός, και κυρίως ο έφηβος, για να διατηρηθεί στη ζωή, να αναπτυχθεί, και να αντικαταστήσει τους φθαρμένους ιστούς του, να εξασφαλίσει την κανονική λειτουργία των πολύπλοκων συστημάτων του και να παραγάγει έργο, έχει ανάγκη από διάφορες ουσίες, που αποτελούν τη διατροφή του. Η διατροφή συνδέεται άμεσα με τις έννοιες τρόφιμο και θρεπτικές ουσίες. Το τρόφιμο είναι ένα φυσικό (ζωικό ή φυτικό) προϊόν ή παρασκεύασμα που χρησιμεύει στην διατροφή του ατόμου. Θρεπτικές ουσίες είναι μια σειρά βασικών ουσιών που περιέχονται στα τρόφιμα, οι οποίες χρειάζεται να ενσωματώνονται τακτικά στον οργανισμό για να σχηματίζονται οι ιστοί του και να λαμβάνει την απαραίτητη ενέργεια ώστε να επιτελέσει τις λειτουργίες του. Ονομαζόμενες επίσης θρεπτικά συστατικά, είναι τα τελικά προϊόντα της πέψης, τα μικροσκοπικά κλάσματα στα οποία διασπώνται οι τροφές υπό την επίδραση των πεπτικών ενζύμων: οι διαστάσεις τους είναι τόσο μικροσκοπικές που μπορούν να διαπεράσουν τα εντερικά τοιχώματα για να εισέλθουν στην κυκλοφορία του αίματος και να διανεμηθούν σε όλο τον οργανισμό. Θεωρείται ότι υπάρχουν έξι κατηγορίες θρεπτικών ουσιών: υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λίπη, βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και νερό.

Η λειτουργική δράση αυτών των θρεπτικών ουσιών είναι μεγάλη. Οι πρωτεΐνες και ορισμένα ιχνοστοιχεία, έχουν κυρίως δομική λειτουργία: ο οργανισμός τις χρησιμοποιεί για να δημιουργήσει ή να αναγεννήσει τους ιστούς του. Οι υδατάνθρακες και τα λίπη έχουν κυρίως αποθηκευτική λειτουργία και είναι

¹² Βάρβογλη Λ. (2005). «Τι συμβαίνει στο παιδί;» Νευροεξελικτικές διαταραχές της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας, εκδόσεις Καστανιώτη.

επιφορτισμένες με το έργο της παραγωγής της απαραίτητης ενέργειας για τις μεταβολικές διεργασίες, τις ποικίλες χημικές αντιδράσεις που συντηρούν τη ζωή, τη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος, τις κινήσεις των μυών στην καθημερινή δραστηριότητα κτλ. Πολλά ιχνοστοιχεία και οι βιταμίνες, έχουν ρυθμιστική λειτουργία, δεδομένου ότι ρυθμίζουν τις προαναφερθείσες χημικές αντιδράσεις και τη λειτουργία των διαφόρων ιστών του οργανισμού. Τέλος, το νερό θεωρείται θρεπτική ουσία, γιατί αποτελεί συστατικό όλων των ιστών και συνιστά το μέσω εντός του οποίου λαμβάνουν χώρα όλες οι μεταβολικές διεργασίες. Η γνώση των διαφορετικών τύπων θρεπτικών ουσιών, των χαρακτηριστικών τους και των αναγκών του οργανισμού κάθε ατόμου είναι ένα στοιχειώδες προαπαιτούμενο για να θεμελιωθούν οι βάσεις μιας υγιούς διατροφής¹³.

Υπάρχουν περισσότερα από 50 θρεπτικά συστατικά στη φύση τα οποία διακρίνονται σε 5 βασικές κατηγορίες¹⁴:

- ◆ Πρωτεΐνες (20% των καθημερινών αναγκών): Οι πρωτεΐνες αποτελούν το βασικό δομικό συστατικό όλων των κυττάρων του σώματός μας. Είναι συστατικό των οστών, των μυών, των οργάνων του σώματος, του δέρματος, των ματιών και των νυχιών μας. Οι πρωτεΐνες είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη των κατεστραμμένων κυττάρων και για τον σχηματισμό νέων κυρίως κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης. Το τρίτα με πέντε τοις εκατό της συνολικής πρωτεΐνης του σώματός μας αναπλάθεται κάθε μέρα. Τις πρωτεΐνες τις χωρίζουμε σε ζωικές και φυτικές. Ζωικές πρωτεΐνες είναι αυτές που παίρνουμε από τροφές όπως το κρέας, το κοτόπουλο, τα ψάρια, τα αυγά, το τυρί και το γάλα (οι πρωτεΐνες αυτές είναι καλής ποιότητας γιατί προσφέρουν στον οργανισμό τα απαραίτητα αμινοξέα στις σωστές ποσότητες και αναλογίες). Φυτικές πρωτεΐνες είναι αυτές που παίρνουμε από τροφές όπως: τα φασόλια, οι φακές, ο αρακάς και οι ξηροί καρποί. Οι φυτικές πρωτεΐνες είναι σε γενικές γραμμές χαμηλότερης ποσότητας από ότι οι ζωικές, όμως γενικά μπορούμε να πούμε ότι είναι σωστό να υπάρχουν στο διαιτολόγιό μας τόσο ζωικές όσο και φυτικές πρωτεΐνες. Ο κάθε άνθρωπος χρειάζεται μια καθορισμένη ποσότητα πρωτεϊνών την ημέρα. Οι ημερήσιες αυτές ανάγκες

¹³ Κατσιλάμπρος Ν. (2010). Κλινική διατροφή. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

¹⁴ Γαλανοπούλου-Ζαμπετάκης- Μαύρη-Σι. (2007). Διατροφή και χημεία τροφίμων. Εκδόσεις Σταμούλη Α.Ε.

του ανθρώπου σε πρωτεΐνες ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία του. Είναι αυξημένες στα βρέφη, στα παιδιά και στους εφήβους, δηλαδή σε όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης, γιατί στο διάστημα αυτό σχηματίζονται νέα κύτταρα. Ελαττώνονται όμως, όταν τελειώσει η εφηβεία και μετά μένουν σταθερές στους ενήλικες, για να μειωθούν και πάλι σχετικά στους υπερήλικες.

- ◆ Υδατάνθρακες- σάκχαρα (50% των καθημερινών αναγκών): Οι υδατάνθρακες είναι βασική πηγή ενέργειας για τον άνθρωπο και δίνουν 4 θερμίδες για κάθε γραμμάριο. Είναι επίσης απαραίτητοι για την καλή λειτουργία του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος. Τα πιο γνωστά σάκχαρα είναι η γλυκόζη και η φρουκτόζη που βρίσκονται στα φρούτα, στο μέλι και η λακτόζη, δηλαδή το σάκχαρο που βρίσκεται στο γάλα. Όλα τα παραπάνω ανήκουν στους γλυκείς υδατάνθρακες. Από τους πολυσακχαρίτες μας ενδιαφέρει κυρίως το άμυλο. Το άμυλο βρίσκεται στους δημητριακούς καρπούς, στις ρίζες των φυτών και στα όσπρια. Τροφές πλούσιες σε άμυλο είναι πατάτες, καρότα, φασόλια, μακαρόνια και ψωμί. Παρόλο που η ζάχαρη και το άμυλο, όταν απορροφώνται, προσφέρουν στον οργανισμό ίση ενέργεια, σήμερα πιστεύουμε ότι η πρόσληψη αμύλου είναι προτιμότερη από την πρόσληψη ζάχαρης.
- ◆ Λίπη (30% των καθημερινών αναγκών): Τα λίπη προσφέρουν στον οργανισμό μας υπερδιπλάσιες θερμίδες από ότι οι υδατάνθρακες. Προσφέρουν δηλαδή 9 θερμίδες περίπου σε κάθε γραμμάριο. Αποθηκεύονται στους διάφορους ιστούς και αποτελούν πηγή ενέργειας που χρησιμοποιείται και σε φυσιολογικές καταστάσεις, αλλά περισσότερο σε περιπτώσεις ανάγκης. Ο λιπώδης ιστός, όπου αποθηκεύονται τα λίπη, βοηθά στη στήριξη και την προφύλαξη των διαφόρων οργάνων του σώματός μας. Εξάλλου, το λίπος του σώματος βοηθά στη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος. Τα λίπη μπορούμε να τα χωρίσουμε σε ζωικής και φυτικής προέλευσης. Τα ζωικής προέλευσης τα παίρνουμε από τροφές, όπως το κρέας, τα ψάρια, το τυρί, το γάλα και το βούτυρο. Τα φυτικής προέλευσης λίπη τα παίρνουμε κυρίως από τροφές σε υγρή μορφή (λάδια), όπως το ελαιόλαδο, το φιστικέλαιο, το σισαμέλαιο κ.α. και πιο σπάνια από τροφές σε στερεά τροφή, όπως η μαργαρίνη, το βιτάμ, η φυτίνη κ.α. Τα λίπη που καταναλώνουμε στην καθημερινή μας διατροφή πρέπει να είναι γενικά περιορισμένα. Η μεγάλη πρόσληψη λιπών, και ειδικά η

πρόσληψη λιπών ζωικής προέλευσης, έχει συνδεθεί, μετά από σχετικές έρευνες, με παθήσεις, όπως οι καρδιοπάθειες και η παχυσαρκία. Γι' αυτό πρέπει η πρόσληψη των λιπών, στην ημερήσια διατροφή ενός υγιούς ατόμου, να μην υπερβαίνει το 30-35% των ολικών ημερησίων θερμίδων του. Πρέπει ακόμα να περιορίσουμε το ποσοστό της πρόσληψης των ζωικών λιπών σε μόνο ή λιγότερο από το 10% των ολικών λιπών της δίαιτας.

- ◆ **Ανόργανα συστατικά (ανόργανα άλατα, ιχνοστοιχεία):** Τα ανόργανα άλατα αποτελούν μόνο το 4% των ιστών του ανθρώπινου σώματος, αλλά είναι απαραίτητα για την κανονική ανάπτυξη και λειτουργία του οργανισμού. Βρίσκονται, στις τροφές αλλά και στο νερό. Δεν προσφέρουν στον οργανισμό ενέργεια αλλά είναι απαραίτητα γιατί ρυθμίζουν πολλές εσωτερικές λειτουργίες του οργανισμού (πηκτικότητα αίματος, ρύθμιση των καύσεων, συμμετοχή στην δημιουργία κατάλληλης οσμωτικής πίεσης στα κύτταρα και τους ιστούς). Είναι απαραίτητα για τη διατήρηση της σύστασης των υγρών του σώματος και αποτελούν τμήμα των ενζύμων και πρωτεϊνών του σώματος. Αποτελούν βασικά συστατικά των οστών και δοντιών.

Σίδηρος (Fe): Βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό σε συνολική ποσότητα 4-5 γρ. Το κυριότερο συστατικό των ερυθρών αιμοσφαιρίων του αίματος μας είναι η αιμοσφαιρίνη, που είναι απαραίτητη για τη μεταφορά του οξυγόνου σε όλα τα κύτταρα. Ο σίδηρος είναι το κυριότερο συστατικό της αιμοσφαιρίνης. Χωρίς το σίδηρο δεν είναι δυνατόν να γίνει φυσιολογικά η μεταφορά του οξυγόνου στα κύτταρα. Σε κατάσταση καλής υγείας έχουμε αποθέματα σιδήρου στον οργανισμό μας σε όργανα όπως το συκώτι, ο σπλήνας κτλ. Όταν τα αποθέματα αυτά εξαντλούνται, τότε εμφανίζονται διαταραχές. Η πιο σημαντική διαταραχή είναι η σιδηροπενική αναιμία. Όταν κανείς υποφέρει από αναιμία νιώθει να κουράζεται εύκολα, γρήγορα και πολύ. Έχει ζαλάδες και μειωμένη αντοχή στις ασθένειες. Γι' αυτό, είναι πολύ σημαντικό να παίρνουμε τόση ποσότητα σιδήρου την ημέρα, από τις τροφές, όση χρειάζεται ο οργανισμός μας, ώστε να μην εμφανιστούν συμπτώματα αναιμίας. Οι ημερήσιες ανάγκες του ανθρώπου σε σίδηρο είναι αυξημένες στα παιδιά, επειδή αυτά αναπτύσσονται, σ' όλη τη γόνιμη ηλικία των γυναικών, στην εγκυμοσύνη και στο θηλασμό. Τρόφιμα πλούσια σε σίδηρο είναι το κρέας, το συκώτι, οι φακές, τα φασόλια, τα πράσινα λαχανικά, το μαύρο ψωμί κ.ά.

Ασβέστιο (Ca): Το ασβέστιο είναι το πιο άφθονο ανόργανο συστατικό στον οργανισμό μας. Βρίσκεται σε μικρές ποσότητες στα περισσότερα κύτταρα, αλλά το 90% του ασβεστίου του οργανισμού μας βρίσκεται στα οστά και στα δόντια. Το ασβέστιο είναι ακόμη απαραίτητο για την καλή λειτουργία του νευρικού και του μυϊκού μας συστήματος, τη φυσιολογική πήξη του αίματος, την καλή ορμονική λειτουργία του οργανισμού μας, την καλή λειτουργία της πέψης. Για να αφομοιωθεί το ασβέστιο στον οργανισμό μας, είναι απαραίτητη στη διαίτά μας η παρουσία της βιταμίνης D καθώς επίσης και των πρωτεϊνών που βοηθούν το ασβέστιο να απορροφηθεί. Χωρίς αυτά τα θρεπτικά συστατικά δεν είναι δυνατόν να χρησιμοποιήσουμε σωστά το ασβέστιο που παίρνουμε από τις τροφές. Το ασβέστιο είναι απαραίτητο για όλες τις ηλικίες. Είναι όμως αυξημένες οι ημερήσιες ανάγκες σε ασβέστιο στα παιδιά και στις γυναίκες στην περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Η έλλειψη ασβεστίου μπορεί να προκαλέσει ραχίτιδα στα παιδιά και οστεοπόρωση στους ηλικιωμένους. Σε περιπτώσεις που δεν παίρνουμε αρκετό ασβέστιο από τις τροφές, ο οργανισμός μας "δανείζεται" το ασβέστιο που χρειάζεται από τα οστά και έτσι καταλήγουμε στις παραπάνω ασθένειες. Ταυτόχρονα μια διαίτα φτωχή σε ασβέστιο έχει επίδραση επίσης, στη λειτουργία του νευρικού και του μυϊκού μας συστήματος και στην πήξη του αίματος. Τρόφιμα πλούσια σε ασβέστιο είναι το γάλα, το τυρί, το γιαούρτι, τα ψάρια, το μωρουνέλαιο, τα πράσινα λαχανικά, τα αυγά.

Φώσφορος (P): Ο φώσφορος είναι το δεύτερο μετά το ασβέστιο πιο άφθονο ανόργανο συστατικό στον οργανισμό μας. Όπως και το ασβέστιο, είναι βασικό δομικό στοιχείο των οστών, αλλά βρίσκεται επίσης σε μικρές ποσότητες και στα περισσότερα κύτταρα. Το 80% του φωσφόρου στον οργανισμό μας βρίσκεται ενωμένο με το ασβέστιο στα οστά. Ο φώσφορος παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό των υδατανθράκων, των λυπών και των πρωτεϊνών στον οργανισμό μας.

Μαγνήσιο (Mg): Η μεγαλύτερη ποσότητα του μαγνησίου στον οργανισμό μας βρίσκεται στα οστά μαζί με το ασβέστιο και το φώσφορο. Το μαγνήσιο από την άλλη πλευρά, ενεργοποιεί επίσης διάφορα ένζυμα στον οργανισμό μας που είναι απαραίτητα για την παραγωγή ενέργειας.

Νάτριο-Χλώριο (Na-Cl): Το νάτριο είναι απαραίτητο στον άνθρωπο για την καλή λειτουργία του νευρικού και του μυϊκού συστήματος. Οι ανάγκες του

οργανισμού σε χλωριούχο νάτριο (αλάτι) για έναν ενήλικο είναι 4 γραμμάρια περίπου την ημέρα. Η ποσότητα αυτή λαμβάνεται από τα τρόφιμα, χωρίς να χρειάζεται η επιπλέον προσθήκη. Η αυξημένη πρόσληψη χλωριούχου νατρίου (αλατιού) έχει συνδεθεί με ορισμένες παθήσεις, όπως είναι η υπέρταση (δηλαδή η αυξημένη αρτηριακή πίεση), οι παθήσεις των νεφρών κ.ά. Γι' αυτό θα πρέπει να περιορισθεί η πρόσληψη χλωριούχου νατρίου στη διατροφή.

Κάλιο (K): Το κάλιο είναι επίσης απαραίτητο στον άνθρωπο. Το κάλιο βρίσκεται στα ενδοκυτταρικά υγρά (δηλαδή στο χώρο που βρίσκεται μέσα στα κύτταρα). Όπως και για το νάτριο, έλλειψη καλίου μπορεί να εμφανιστεί στον άνθρωπο μόνο όταν έχουμε απώλεια υγρών. Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις που έχουμε εμετούς και διάρροιες ή μετά από λήψη διουρητικών φαρμάκων. Τροφές πλούσιες σε κάλιο είναι ο καφές, τα όσπρια, τα φρούτα, οι πατάτες, το γάλα κ.ά.

Ιχνοστοιχεία: Εκτός από τα ανόργανα συστατικά, υπάρχει και μία ακόμη ομάδα θρεπτικών συστατικών που ονομάζονται ιχνοστοιχεία και που χρειάζονται στον οργανισμό σε πολύ μικρές ποσότητες (ίχνη). Από τα κυριότερα ιχνοστοιχεία είναι το φθόριο και το ιώδιο.

Φθόριο: Το φθόριο είναι απαραίτητο στον άνθρωπο για την καλή υγεία των οστών και των δοντιών. Έχει διαπιστωθεί ότι προλαβαίνει τη φθορά των δοντιών. Η καλύτερη πηγή φθορίου είναι το πόσιμο νερό, που όμως η περιεκτικότητά του σε φθόριο ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή. Άλλες καλές πηγές φθορίου είναι το τσάι και τα θαλασσινά.

Ιώδιο: Το ιώδιο είναι συστατικό της θυροξίνης, της ορμόνης που παράγεται στο θυροειδή αδένα. Η θυροξίνη είναι απαραίτητη ορμόνη και συντελεί στη σωματική και πνευματική ανάπτυξη του ανθρώπου. Όταν υπάρχει έλλειψη ιωδίου, παρουσιάζονται παθολογικές καταστάσεις, όπως η βρογχοκήλη. Τροφές πλούσιες σε ιώδιο είναι όλες οι θαλασσινές τροφές, όπως ψάρια, μύδια, καβούρια, πεταλίδες, αχινοί κ.ά. Για το λόγο αυτό η βρογχοκήλη είναι πιο συχνή σε ορεινές περιοχές παρά σε παραθαλάσσιες. Άλλα ιχνοστοιχεία απαραίτητα για τον άνθρωπο είναι το κοβάλτιο, το μολυβένιο, το αργίλιο, ο ψευδάργυρος, το μαγνήσιο, ο χαλκός και το θείο. Οι ανάγκες μας σ' αυτά τα ιχνοστοιχεία είναι μικρές και έτσι είναι πολύ δύσκολο να λείψουν από τη διατροφή μας.

- ◆ Βιταμίνες¹⁵. Οι βιταμίνες είναι ρυθμιστές της καλής λειτουργίας του οργανισμού μας. Είναι και αυτές απαραίτητες όπως και τα ανόργανα άλατα σε πολύ μικρές ποσότητες. Χωρίς αυτές ο οργανισμός μας δε θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει κανένα από τα άλλα θρεπτικά συστατικά των τροφίμων.

Η βιταμίνη Α είναι απαραίτητη στον άνθρωπο για την καλή λειτουργία της όρασης. Η έλλειψή της μπορεί να οδηγήσει σε ξηροφθαλμία, νυκταλωπία δυσκολία να δει κανείς τη νύχτα και τελικά σε τύφλωση. Η βιταμίνη Α είναι επίσης απαραίτητη για τη διατήρηση της υγείας του δέρματος μας.

Η βιταμίνη D είναι απαραίτητη στον οργανισμό μας για την απορρόφηση του ασβεστίου και του φωσφόρου. Εξάλλου χωρίς την παρουσία της βιταμίνης D η χρησιμοποίηση του ασβεστίου στα οστά δεν είναι δυνατή. Έλλειψη της βιταμίνης D προκαλεί ραχιτισμό στα παιδιά και οστεοπόρωση στους μεγάλους, παθήσεις των οστών που εμφανίζονται κυρίως σε περιοχές όπου δεν υπάρχει μεγάλη ηλιοφάνεια. Τη βιταμίνη D μπορούμε να την πάρουμε από ορισμένες ζωικές τροφές, όπως είναι τα αυγά, το βούτυρο, τα παχιά ψάρια και το συκώτι.

Η βιταμίνη Ε βρίσκεται σε όλες τις κυτταρικές μεμβράνες του σώματός μας. Είναι απαραίτητη γιατί βοηθά να διατηρηθεί σταθερή η σύσταση των μεμβρανών αυτών. Η έλλειψη της βιταμίνης Ε προκαλεί αναιμία. Αυτή η βιταμίνη βρίσκεται σε μια ποικιλία τροφίμων. Οι πλουσιότερες πηγές της όμως είναι τα φυτικά έλαια, η μαργαρίνη, τα αυγά και τα δημητριακά.

Οι βιταμίνες της ομάδας Β (Β1, Β2, Β6, Β12, νιασίνη, φυλλικό οξύ, παντοθενικό οξύ και βιοτίνη) και η βιταμίνη C είναι υδατοδιαλυτές. Αυτό σημαίνει ότι διαλύονται στο νερό και στα υγρά του σώματος. Όσες από τις υδατοδιαλυτές βιταμίνες δε χρησιμοποιούνται αποβάλλονται από τον οργανισμό μας. Είναι, λοιπόν, απαραίτητο να παίρνουμε τόση ποσότητα υδατοδιαλυτών βιταμινών την ημέρα όση τουλάχιστον χρειαζόμαστε, γιατί οι υδατοδιαλυτές βιταμίνες, σε αντίθεση με τις λιποδιαλυτές, δεν αποθηκεύονται στον οργανισμό. Άλλα θρεπτικά συστατικά των τροφών που επίσης θεωρούνται απαραίτητα για τον άνθρωπο, είναι: οι άπεπτες φυτικές ίνες και το νερό.

¹⁵ Μπαζαΐος Κ..(2010). Συνδυασμοί βιταμίνες, Τα μυστικά της υγιεινής διατροφής. Εκδόσεις Μπαζαΐος.

Η βιταμίνη C είναι απαραίτητη στον άνθρωπο γιατί συμβάλλει στην καλή κατάσταση των αιμοφόρων αγγείων, προστατεύει τον οργανισμό από τις λοιμώξεις, είναι απαραίτητη για την απορρόφηση του σιδήρου, του ασβεστίου και του φωσφόρου. Έλλειψη της βιταμίνης C οδηγεί σε αιμορραγίες, γιατί προκαλείται βλάβη στα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων. Η έλλειψη της βιταμίνης οδηγεί επίσης σε αναιμία, παραμόρφωση των οστών και τέλος στην ασθένεια σκορβούτο, η οποία χαρακτηρίζεται από συχνές αιμορραγίες σε διάφορα σημεία του σώματος. Τρόφιμα πλούσια σε βιταμίνη C είναι τα φρούτα και τα λαχανικά. Τα ζωικά τρόφιμα περιέχουν πολύ μικρές ποσότητες βιταμίνης ή και καθόλου.

Οι βιταμίνες της ομάδας B κάνουν καλό στο μυαλό, τα νεύρα, το δέρμα, την πέψη, την καρδιά και τους μυς. Το αλκοόλ και τα διάφορα φάρμακα (ναρκωτικά, ηρεμιστικά κ.λ.π.) καταστρέφουν τις βιταμίνες B γιατί τις εμποδίζουν να απορροφηθούν από τον οργανισμό.

Η Βιταμίνη B1 (θειαμίνη) είναι διαδεδομένη τόσο στις φυτικές όσο και στις ζωικές τροφές. Προσοχή χρειάζεται στο μαγείρεμα των τροφίμων, γιατί μπορεί να έχουμε σοβαρές απώλειες της βιταμίνης στο νερό. Τροφές πλούσιες σε θειαμίνη είναι το μαύρο ψωμί, το μη αποφλοιωμένο ρύζι, το κρέας, ορισμένα λαχανικά, τα αυγά, οι ξηροί καρποί, κ.α.

Η Βιταμίνη B2 (ριβοφλαβίνη) είναι απαραίτητη για την καλή λειτουργία του μυϊκού και του νευρικού συστήματος. Η βιταμίνη αυτή είναι πολύ διαδεδομένη τόσο στις ζωικές όσο και στις φυτικές τροφές. Τροφές πλούσιες σε βιταμίνη B2 είναι το γάλα, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, το κρέας, τα αυγά, κ.α. Είναι βιταμίνη ευαίσθητη στο φως και στον ήλιο και καταστρέφεται εύκολα. Γι' αυτό τροφές ευαίσθητες, όπως το γάλα, δεν πρέπει να διατηρούνται εκτεθειμένες στον ήλιο. Η έλλειψή της προκαλεί στον άνθρωπο διάφορες μορφές δερματίτιδας.

Η Βιταμίνη B6 (πυριδοξίνη) βρίσκεται σε μεγάλη ποικιλία τροφίμων και ειδικότερα στο κρέας, στα ψάρια, στα δημητριακά και σε μερικά λαχανικά. Η έλλειψή της μπορεί να οδηγήσει σε αναιμία, νευροπάθεια και κατάθλιψη.

Η Βιταμίνη B12 (κυανοκοβαλαμίνη) είναι απαραίτητη για την καλή λειτουργία των κυττάρων. Είναι συστατικό πολλών ενζύμων και είναι απαραίτητη για το σχηματισμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Είναι επίσης απαραίτητη για την ανάπτυξη του σώματος και βρίσκεται μόνο σε ζωικές

τροφές. Γι' αυτό και τα άτομα που είναι φυτοφάγα κινδυνεύουν να εμφανίσουν, συμπτώματα από έλλειψη της βιταμίνης αυτής.

Το Φυλλικό οξύ είναι απαραίτητο για το μεταβολισμό άλλων θρεπτικών συστατικών. Χρησιμεύει στο σχηματισμό των ερυθροκυττάρων. Η έλλειψη του προκαλεί τη μακροκυτταρική αναιμία. Το φυλλικό οξύ είναι πολύ διαδεδομένο κυρίως στις φυτικές αλλά και στις ζωικές τροφές. Τρόφιμα πλούσια σε φυλλικό οξύ είναι τα λαχανικά (κυρίως τα πράσινα λαχανικά), τα εντόσθια (κυρίως το συκώτι), τα όσπρια κ.α. Το φυλλικό οξύ είναι πολύ ευαίσθητη βιταμίνη και καταστρέφεται εύκολα στο μαγείρεμα, γιατί είναι ευδιάλυτη στο νερό. Αυξημένες ανάγκες σε φυλλικό οξύ έχουν τα πρόωρα βρέφη και οι γυναίκες στην περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού.

Η Βιοτίνη είναι απαραίτητη για το μεταβολισμό των λιπών. Πολύ μικρές ποσότητες χρειάζονται στην καθημερινή μας διατροφή, γιατί η βιοτίνη παράγεται στο έντερο από τα βακτηρίδια που αποτελούν τμήμα της χλωρίδας του εντέρου. Η έλλειψη της βιοτίνης μπορεί να εμφανιστεί μόνο σε άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες από ωμά ασπράδια αυγών. Τα συμπτώματα της έλλειψης της βιταμίνης αυτής είναι η ανορεξία, οι εμετοί, οι δερματικές και οι νευρικές διαταραχές. Η βιοτίνη βρίσκεται στα αυγά, στο συκώτι, στο γάλα, στα προϊόντα του γάλακτος, στα λαχανικά κ.α.¹⁶

Αξιοσημείωτη είναι και η πυραμίδα τροφίμων, η οποία αναπτύχθηκε από τα Υπουργεία Γεωργίας και Υγείας των ΗΠΑ με σκοπό να χρησιμοποιηθεί ως οπτικό εργαλείο για υγιεινή διατροφή. Η πυραμίδα βασίζεται σε επιστημονικά στοιχεία διαιτητικών προσλήψεων, θρεπτικών συστατικών σε διάφορα τρόφιμα και τρόπους επιλογής τροφίμων για διατήρηση της υγείας¹⁷ (εικόνα 1).

¹⁶ Συλλογικό έργο. (2010). Κλινική Διατροφή. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.

¹⁷ Gruner H. (2002). Βασικές αρχές υγιεινής διατροφής. Ευρωπαϊκές Τεχνολογικές Εκδόσεις.



Εικόνα 1. Η Πυραμίδα Τροφίμων

Στη βάση της πυραμίδας βρίσκεται το ψωμί και τα δημητριακά, το ρύζι και τα ζυμαρικά. Είναι τροφές που προέρχονται από σιτηρά και που πρέπει να καταναλώνονται σε ποσότητες μεγαλύτερες απ' ότι οι τροφές που αναγράφονται στα πιο πάνω στρώματα της πυραμίδας. Στο πρώτο επίπεδο της πυραμίδας, βρίσκονται τροφές φυτικής προέλευσης, όσπρια, φρούτα και λαχανικά. Όλες αυτές οι τροφές περιέχουν βιταμίνες, άλατα και φυτικές ίνες και γι'αυτό το λόγο πρέπει να καταναλώνονται σε μεγάλες ποσότητες. Στο δεύτερο επίπεδο της πυραμίδας, βρίσκεται το ελαιόλαδο. Το ελαιόλαδο είναι απαραίτητο στην καθημερινή μας διατροφή και η θρεπτική του αξία είναι ασύγκριτη καθώς βοηθάει στην αποφυγή μιας καρδιακής προσβολής. Στο τρίτο επίπεδο της πυραμίδας, υπάρχουν δύο ομάδες τροφών – τα γαλακτομικά προϊόντα (γάλα, τυρί, γιαούρτι) και η ομάδα του κρέατος (κρέας, κοτόπουλο, ψάρια, αυγά, ξηροί καρποί). Όλες αυτές οι τροφές είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τη διατροφή καθώς περιέχουν πρωτεΐνες, ασβέστιο και σίδηρο. Στην κορυφή της πυραμίδας, βρίσκονται τα ζωικά λίπη και τα γλυκά. Τέτοιες τροφές είναι πλούσιες σε θερμίδες, όχι όμως και σε θρεπτική αξία και γι'αυτό τον λόγο η κατανάλωση τους πρέπει να γίνεται με μέτρο.

Επιπρόσθετα, η Παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή, ύστερα από μελέτες και στη χώρα μας και αλλού, έχει αποδειχτεί η πιο υγιεινή διατροφή. Χαρακτηρίζεται από τις διατροφικές συνήθειες που βρέθηκε ότι είχαν οι κάτοικοι της Κρήτης και της Νότιας

Ιταλίας στις αρχές της δεκαετίας του 1960. Είναι ξακουστή για τις ευεργετικές της ιδιότητες καθώς προφυλάσσει από εμφράγματα του μυοκαρδίου και από διάφορες μορφές καρκίνου, είναι φτωχή σε θερμίδες, τονώνει τον οργανισμό, βοηθάει την καλή λειτουργία του εντέρου κ.ά.

Ο τρόπος αυτός διατροφής κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος τα τελευταία χρόνια, καθώς πλήθος μελετών δείχνουν ότι οι κάτοικοι Μεσογειακών περιοχών ζουν περισσότερο, ενώ πολύ σπανιότερα σε σχέση με τους Αμερικανούς και τους Βορειοευρωπαίους πάσχουν από καρκίνο εντέρου και στήθους ή καρδιακές παθήσεις. Το μενού είναι απλό και στηρίζεται στη λιτή διατροφή: χορταρικά, φρούτα, όσπρια, λαχανικά, αγνό τυρί, ζυμωτό μαύρο ψωμί, ωμό ελαιόλαδο, ξηροί καρποί, λίγο σπιτικό κρασί και ψάρια.

Αυτά τα βασικά χαρακτηριστικά της Μεσογειακής διατροφής (η υψηλή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ακόρεστων λιπαρών), προστατεύουν εκτός των άλλων, και το δέρμα από τα σημάδια του χρόνου, δηλαδή τις ρυτίδες. Και σε συνδυασμό με καθημερινή σωματική άσκηση (π.χ. περπάτημα, χορός, κλπ) το Μεσογειακό διατροφικό μενού αποτελεί συνταγή για μακροζωία, υγεία και ομορφιά¹⁸.



Εικόνα 2. Η Πυραμίδα Μεσογειακής Διατροφής

Η βάση της πυραμίδας (εικόνα 2) αποτελείται από τροφές όπως είναι τα δημητριακά και τα προϊόντα τους (ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι, κ.ά), που πρέπει να καταναλώνονται σε

¹⁸ Κατημερτζόγλου Ι. (2010). Μεσογειακή διατροφή. Εκδόσεις Έλλην.

καθημερινή βάση, καθώς μας παρέχουν ενέργεια μέσω των υδατανθράκων που περιέχουν. Τα τρόφιμα αυτά είναι από τη φύση τους χαμηλά σε λίπος. Όταν μάλιστα είναι ολικής αλέσεως, τότε παρέχουν και αρκετές φυτικές ίνες, οι οποίες βοηθούν στην καλύτερη λειτουργία του εντέρου και στη μείωση της χοληστερόλης. Η ομάδα των φρούτων και των λαχανικών αποτελεί καλή πηγή αντιοξειδωτικών και άλλων βιταμινών (βιταμίνες Α, C, βιταμίνες συμπλέγματος Β, κ.λπ.), ανόργανων στοιχείων, άλλων αντιοξειδωτικών ουσιών και φυτικών ινών. Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών δρα προστατευτικά όσον αφορά στον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων και διαφόρων μορφών καρκίνου. Βασικό συστατικό της Μεσογειακής Διατροφής είναι το ελαιόλαδο. Πλήθος ερευνών έχουν δείξει ότι το ελαιόλαδο, που είναι πλούσιο σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και σε αντιοξειδωτικές ουσίες, παρέχει προστασία κατά της στεφανιαίας νόσου και μειώνει τα επίπεδα της «κακής» χοληστερόλης, ενώ παράλληλα αυξάνει τα επίπεδα της «καλής» χοληστερόλης. Οι επιστημονικές όμως ενδείξεις για τα οφέλη του ελαιολάδου δεν περιορίζονται μόνο στα ανωτέρω. Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι προστατεύει και από κάποιες μορφές καρκίνου. Το ελαιόλαδο, όπως και όλα τα λίπη, μπορεί να οδηγήσουν ευκολότερα, σε σχέση με άλλα τρόφιμα, σε θετικό ισοζύγιο ενέργειας και επομένως να διευκολύνουν την αύξηση του σωματικού βάρους. Σημασία όμως κι εδώ έχει το ισοζύγιο ενέργειας και η αντίστοιχη σωματική δραστηριότητα.¹⁹

Ωστόσο, οι ανάγκες που έχει ένας άνθρωπος σε βιταμίνες μεταβάλλονται στη διάρκεια της ζωής του, ενώ παράλληλα εξαρτώνται και από ορισμένες καταστάσεις και συνθήκες. Έτσι, ορισμένες ομάδες ανθρώπων παρουσιάζουν αυξημένους κινδύνους αβιταμίνωσης. Σε πολλούς νέους ανθρώπους παρουσιάζεται έλλειψη βιταμινών εξαιτίας της μονόπλευρης διαίτας που ακολουθούν. Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια ολοένα και μεγαλύτερη μερίδα της νεολαίας αποφεύγει τα φρούτα, τα φρέσκα λαχανικά και τις τροφές ολικής άλεσης, με αποτέλεσμα να παρουσιαστεί έλλειψη σε βιταμίνες, και προπαντός στις βιταμίνες Β1, Β2, Α.²⁰

2.2. Διαταραχές

Υπάρχουν διάφορα είδη διατροφικών διαταραχών. Ειδικά στην εφηβεία, όταν τα παιδιά ασχολούνται σε μεγάλο βαθμό με τη σωματική τους εμφάνιση και οι γονείς

¹⁹ Κατημερτζόγλου Ι. (2010). Μεσογειακή Διατροφή. Εκδόσεις Έλλην

²⁰ Δεδούκος Σ. (2005). Οδηγός διατροφής. Εκδόσεις Αθλότυπο

αρχίζουν να ανησυχούν για τις διατροφικές συνήθειες και την απώλεια βάρους των παιδιών τους, τότε έχουμε συνήθως τα λεγόμενα διατροφικά προβλήματα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτά τα προβλήματα δεν είναι πολύ σοβαρά και αντιμετωπίζονται με τη βοήθεια και τη στήριξη των γονιών, των φίλων, των καθηγητών και των οικογενειακών γιατρών.

Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις τα διατροφικά προβλήματα αποκτούν σοβαρές διαστάσεις. Κάποιοι έφηβοι τρώνε τόσο πολύ ή τόσο λίγο επί σειρά μηνών, ώστε απειλείται η υγεία τους ή ακόμα και η ζωή τους. Αρχίζουν να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στην καθημερινή τους ζωή στο σπίτι και στο σχολείο. Αυτά τα παιδιά δεν νιώθουν καλά, ούτε ψυχικά ούτε σωματικά. Όταν τα διατροφικά προβλήματα φτάνουν σ' ένα τόσο ανησυχητικό επίπεδο, οι ειδικοί τα περιγράφουν με τον όρο «διατροφικές διαταραχές». Τα στατιστικά δεδομένα σχετικά με τη διατροφή των εφήβων είναι απογοητευτικά μιας και παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά διατροφικών ανωμαλιών, όπως η υπερφαγία (που οδηγεί μακροπρόθεσμα στην παχυσαρκία), η ανορεξία και η βουλιμία. Η κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται για την απόκτηση λεπτού και καλλίγραμμου σώματος αναγκάζουν αρκετούς έφηβους και κυρίως κορίτσια να καταφύγουν στην ασιτία αλλά και την χρήση εμετικών, καθαρτικών και της υπερεντατικής άσκησης προκειμένου να διατηρήσουν ένα βάρος κάτω του φυσιολογικού. Σύμφωνα με την Εθνική Υπηρεσία Στατιστικής Υγείας της Μ. Βρετανίας, ένα στα 10 κορίτσια ηλικίας 12-18 ετών πάσχουν από νευρική ανορεξία που μακροπρόθεσμα σχετίζεται με νεφρική ανεπάρκεια, οστεοπόρωση, φθορά των δοντιών από την πρόκληση εμέτου αλλά και καρδιαγγειακών νοσημάτων όπως οι αρρυθμίες²¹.

Ο σύγχρονος έφηβος, λόγω του γρήγορου ρυθμού ζωής του και του υπερβολικά φορτωμένου προγράμματος του με σχολείο, φροντιστήρια και άλλες δραστηριότητες, συχνά δεν εφαρμόζει το προτεινόμενο σχήμα των 'τριών γευμάτων την ημέρα' και των 'δύο ενδιάμεσων σνακ' που συνιστούν οι κλινικοί διαιτολόγοι. Το 25% των εφήβων ηλικίας 12 με 19 ετών ξεκινά την μέρα του παραλείποντας το πρωινό γεύμα, κάτι το οποίο συντελεί στη μείωση των επιπέδων συγκέντρωσης και ενέργειας καθώς και στη μείωση της σχολικής απόδοσης. Το 85% των εφήβων δεν καταναλώνουν τις

²¹ Εμμανουηλίδου Κ. (2011). Ψυχολογία της διατροφής, Πώς οι διατροφικές συνήθειες αντανακλούν τον συναισθηματικό μας κόσμο. Εκδόσεις Μεταίχμιο.

5 μικρομερίδες φρούτων και λαχανικών (400-500gr την ημέρα) που συνιστώνται από τον Πανελλήνιο Σύλλογο Διαιτολόγων. Το 60% των εφήβων τρώνε περισσότερα κορεσμένα λιπαρά από τη συνιστώμενη δοσολογία, κάτι το οποίο εκφράζει την αυξημένη κατανάλωση φαγητού τύπου «φαστ φούντ» (όπως πίτσες, χάμπουργκερ κλπ.) σε συνδυασμό με την μειωμένη κατανάλωση άπαχου κρέατος, όπως το ψάρι και τα πουλερικά μαγειρευμένα με υγιεινό τρόπο (π.χ. βραστά ή στο γκριλ). Επιπλέον, τα επίπεδα κατανάλωσης γαλακτοκομικών (όπως το γιαούρτι και το γάλα) από τους έφηβους έχουν μειωθεί κατά 36% μέσα στα τελευταία 25 χρόνια, γεγονός που σχετίζεται με μειωμένη πρόσληψη ασβεστίου, ενός απαραίτητου ιχνοστοιχείου για την ανάπτυξη της σκελετικής μάζας. Η διαπίστωση αυτή είναι ιδιαίτερα σοβαρή καθώς η ελλιπής πρόσληψη ασβεστίου μπορεί να συντελέσει στη μείωση του ρυθμού ανάπτυξης των εφήβων ή στον περιορισμό της μέγιστης σκελετικής τους ανάπτυξης. Σύμφωνα με την Εθνική Έρευνα Διατροφής σε Νέους στη Μ. Βρετανία το 2000 παρατηρήθηκε ότι η βασικότερη πηγή ενέργειας για τους έφηβους ήταν το ψωμί, τα μπισκότα, τα κράκερ, τα κέικ και οι πίτες που συντελούσαν στο ένα τρίτο της ενεργειακής πρόσληψης των εφήβων. Η παρατήρηση αυτή είναι αρκετά σημαντική καθώς φανερώνει ότι οι έφηβοι προσλαμβάνουν ένα μεγάλο μέρος της ενέργειας τους από τροφές με μικρή διατροφική αξία και πολλές θερμίδες εις βάρος άλλων τροφών, πλούσιων σε ωφέλιμα θρεπτικά συστατικά, όπως τα λαχανικά και τα φρούτα.

Από την άλλη, ένα από τα πιο σημαντικά θέματα που απασχολεί τον έφηβο είναι η εμφάνιση του. Συχνά παρατηρείται σύγχυση και υιοθέτηση λανθασμένων αντιλήψεων σχετικά με θέματα που αφορούν την εμφάνιση, όπως το βάρος, το σώμα και η σύσταση σώματος. Επιπροσθέτως ορισμένα αθλήματα προσθέτουν λανθασμένες αντιλήψεις (π.χ. η γυμναστική, ο χορός κ.α.) με το να επιβραβεύουν τον αθλητή για την εμφάνιση του. Κατά τις αγωνιστικές περιόδους, οι έφηβοι αθλητές και κυρίως αυτοί που ασχολούνται με αθλήματα κατάταξης ανάλογα με το βάρος και με αθλήματα εμφάνισης, μπορεί να προσπαθήσουν να μειώσουν το βάρος τους. Σε έρευνες που έγιναν σε έφηβους αθλητές και αθλήτριες βρέθηκε ότι οι γνώσεις τους σε θέματα διατροφής είναι καλύτερες από τις επιλογές τους σε τρόφιμα κατά την περίοδο διαίτης. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο κίνδυνος για επιπτώσεις στην υγεία είναι εμφανής. Η χρήση ήπιων καθαρτικών και θέρμανσης, μπορεί να οδηγήσει στην υψηλή απώλεια ηλεκτρολυτών και υγρών. Μόνο η ελάχιστη μείωση του συνολικού βάρους από 1%- 3% λόγω απώλειας υγρών μπορεί να βοηθήσει την αθλητική

απόδοση. Από την άλλη πλευρά η αδυναμία, η αφυδάτωση, οι καρδιακές δυσλειτουργίες, η μειωμένη αθλητική απόδοση και ο αυξημένος χρόνος αποκατάστασης από τραυματισμούς είναι τα πιο συχνά συμπτώματα. Έφηβοι που χρησιμοποιούν τέτοιες πρακτικές σε ζεστά και υγρά κλίματα, όπως το δικό μας, έχουν αυξημένο κίνδυνο για καρδιακή προσβολή. Ακόμα οι πρακτικές αυτές όταν συνδυάζονται με άλλες εφηβικές συνήθειες, όπως το να μένουν ξύπνιοι μέχρι αργά το βράδυ και να τρώνε στο «πόδι» αποδυναμώνουν το ανοσοποιητικό σύστημα.

Επιπρόσθετα, το ενδιαφέρον για την εμφάνιση των εφήβων συχνά είναι υπερβολικό, ενώ η προσπάθεια για απώλεια βάρους συχνά γίνεται έμμονη ιδέα. Για αυτό το λόγο, η εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, όπως η νευρική ανορεξία και η βουλιμία, στους εφήβους είναι περίπου 1%-5%. Έφηβες αθλήτριες σε ποσοστό 1%-39% εμφανίζουν διατροφικές διαταραχές ή διαταραχές στο βάρος. Σύμφωνα με μία έρευνα, το 34% των εφήβων θεωρεί τον εαυτό του υπέρβαρο και το 40% προσπαθεί να χάσει βάρος. Έτσι σε συνδυασμό με το άγχος του ανταγωνισμού και την ψυχολογική πίεση για να φθάσει σε κάποιο συγκεκριμένο βάρος, η εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας στους έφηβους αθλητές είναι απολύτως δικαιολογημένη. Οι διατροφικές αυτές διαταραχές μπορεί να δημιουργήσουν χρόνια κόπωση, καθυστέρηση της ανάπτυξης, υπογλυκαιμία ευπάθεια σε ιώσεις και αυξημένο κίνδυνο οστεοπόρωσης.

Επιπρόσθετα, στις μέρες μας έντονη παρουσιάζεται και η νευρική ορθορεξία (orthorexia nervosa). Η νευρική ορθορεξία δεν αποτελεί επίσημη ιατρική διάγνωση, αν και έχει αναφερθεί από κάποιους ιατρούς. Ο όρος πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον Steven Bratman το 1997, έναν Αμερικάνο ιατρό, για να περιγράψει μια διατροφική διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από υπερβολική προσήλωση στην επιλογή 'υγιεινών' τροφίμων. Σε σπάνιες περιπτώσεις, η εμμονή είναι τέτοια που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρό υποσιτισμό ή ακόμα και θάνατο.

Ο Bratman περιγράφει την ορθορεξία ως ανθυγιεινή εμμονή με τρόφιμα που ο ασθενής αντιλαμβάνεται ως υγιεινά – κατάλληλα. Συνήθως οι ασθενείς αποφεύγουν τρόφιμα που περιέχουν λιπαρά ή συντηρητικά, ζωικά τρόφιμα ή συστατικά που θεωρούν ανθυγιεινά. Αν ο διατροφικός περιορισμός είναι πολύ σοβαρός, μπορεί να προκληθούν διατροφικές ελλείψεις ή υποσιτισμός. Η απίσχναση των ατόμων που

ακολουθούν ανάλογο μοτίβο διατροφής, π.χ. ωμοφαγία, μπορεί να φτάσει στα επίπεδα της νευρικής ανορεξίας. Η «ανορεκτική ορθορεξία» μπορεί να είναι το ίδιο επικίνδυνη με τη νευρική ανορεξία. Παρόλα αυτά βέβαια, το υποκείμενο κίνητρο είναι τελείως διαφορετικό στις δυο περιπτώσεις: ενώ ο ανορεξικός επιθυμεί να χάσει βάρος, ο ορθορεξικός επιθυμεί να αισθάνεται υγιής.

Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν εμμονή με την υγιεινή διατροφή, απίσχναση και θάνατο από αστία. Τα ορθορεκτικά άτομα μπορεί να βιώνουν συγκεκριμένα συναισθήματα για διάφορα τρόφιμα. Τα τρόφιμα με συντηρητικά χαρακτηρίζονται ως «επικίνδυνα», τα βιομηχανοποιημένα ως «τεχνητά» και τα βιολογικά ως «υγιεινά». Οι ασθενείς εμφανίζουν ισχυρή – μη ελεγχόμενη επιθυμία για φαγητό όταν νιώθουν νευρικοί, αναστατωμένοι, χαρούμενοι ή δυστυχισμένοι. Έρευνες υποστηρίζουν ότι η ορθορεξία απαντάται περισσότερο σε άντρες και ειδικά σ' αυτούς με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης²².

2.3. Αίτια

Συγκεκριμένες αιτίες που οδηγούν στην ανορεξία των εφήβων είναι οι εξής:

- ◆ Η επιρροή της οικογένειας: Σημαντικό ρόλο παίζει το οικογενειακό, όσο και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Συνήθως πρόκειται για δυσλειτουργικές οικογένειες (με αυταρχισμό, αδυναμία επίλυσης κρίσεων, συγκρουσιακές σχέσεις ή αδιαφορία), καθώς επίσης και περιπτώσεις που η σχέση με τη μητέρα είναι προβληματική, πειστική ή συναισθηματικά επίπεδη. Τέλος σημαντικό ρόλο παίζει η κληρονομικότητα και η εμμονή της οικογένειας στις υγιεινές διατροφικές επιλογές, η υπερβολική αυστηρότητα σε θέματα φαγητού, οι απαγορεύσεις ορισμένων τροφών κ.λπ²³.
- ◆ Η επιρροή της παρέας: η πίεση των συνομηλίκων αποτελεί μια από τις σημαντικότερες επιρροές στον τρόπο που αντιλαμβάνεται ο έφηβος την εικόνα του σώματός του και στην εμφάνιση της ανορεξίας.
- ◆ Η επιρροή των ΜΜΕ: εικόνες ισχνών, αποστεωμένων μοντέλων εισβάλλουν στο σπίτι των εφήβων μέσα από τις τηλεοράσεις και τον τύπο. Τα ΜΜΕ προβάλλουν ως επιτυχημένα τα αδύνατα μοντέλα, τραγουδιστές, ηθοποιούς.

²² Δικτυακός τόπος www.iatronet.gr.

²³ Collier, D.A. (2002). The Etiology of Eating Disorders. Institute of Psychiatry: London.

Οι έφηβοι προσπαθώντας να μιμηθούν τα πρότυπα που προβάλλουν τα ΜΜΕ καταλήγουν την ανορεξία.

- ◆ Κατανάλωση πρόχειρου φαγητού: Το 88% των νέων προτιμούν το πρόχειρο από το μαγειρευτό φαγητό, είτε γιατί το θεωρούν περισσότερο γευστικό, είτε γιατί δεν βρίσκουν φαγητό στο σπίτι.
- ◆ Προσωπικότητα- χαμηλή αυτοεκτίμηση: Τα συναισθήματα ανεπάρκειας και ανικανότητας είναι κοινά μεταξύ των εφήβων που πάσχουν από τις διατροφικές διαταραχές. Έχουν μια άσχημη εικόνα του εαυτού τους καθώς και αντίληψη για τους ίδιους. Θεωρούν παράλογα ότι είναι παχύσαρκοι/ες ανεξάρτητα από πόσο λεπτοί/ές φαίνονται. Βιώνουν μια αίσθηση εσωτερικού κενού, αβεβαιότητας και απελπισίας καθώς και έλλειψης αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης. Συχνά φοβούνται την κρίση, ενώ αισθάνονται αυτοπεποίθηση εάν χάνουν βάρος αλλά βιώνουν συναισθήματα αναξιοσύνης και της ενοχής εάν δεν χάνουν. Είναι επίσης σύνηθες να θεωρούν ότι δεν αξίζουν για καλά πράγματα ή να είναι ευτυχείς.²⁴

²⁴ Lask B., Bryant-Waugh R. (2000). Anorexia Nervosa and Related eating Disorders in Childhood and Adolescence

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ρόλος του νοσηλευτή- Θεραπευτικές παρεμβάσεις

3.1. Αντιμετώπιση

Παρά την πολυπλοκότητα των διατροφικών διαταραχών η έγκαιρη διάγνωση είναι ουσιώδης καθώς αναγνωρίζοντας την ύπαρξη μιας τέτοιας διαταραχής σε ένα αρχικό στάδιο οι πάσχοντες έχουν μεγάλη πιθανότητα πλήρους αποκατάστασης. Η θεραπεία περιλαμβάνει ένα ολοκληρωμένο πλάνο ιατρικής φροντίδας, ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, παροχής διατροφικών συμβουλών και μερικές φορές χορήγησης φαρμάκων.

Συνήθως η θεραπεία γίνεται σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον με την βοήθεια διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων, ψυχολόγων και διατροφολόγων. Ωστόσο, κάποιοι ασθενείς μπορεί να χρειαστούν νοσηλεία. Πρώτος στόχος της θεραπείας είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση θρέψης του ατόμου και το βάρος να επανέλθει σε φυσιολογικά όρια. Ταυτόχρονα, όμως, υπάρχει η ανάγκη για ψυχολογική στήριξη τόσο του ατόμου όσο και του οικογενειακού του περιβάλλοντος.

Οι τεχνικές για την αντιμετώπιση των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής έχουν βελτιωθεί σημαντικά από το 1930, οπότε είχαν γίνει οι πρώτες προσπάθειες θεραπευτικής αντιμετώπισης με μεθόδους που στηρίζονταν στη Φρουδική ψυχανάλυση.

Οι εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις οι οποίες χρησιμοποιούνται σήμερα οδηγούν ολοένα και σε καλύτερη έκβαση των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής, τόσο στους εφήβους όσο και στους ενήλικες.

Υπάρχουν δύο βασικοί στόχοι στη θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας. Ο πρώτος στόχος είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση της θρέψης το οποίο σημαίνει να επανέλθει το βάρος στα φυσιολογικά όρια. Ο δεύτερος στόχος είναι να τροποποιηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου έτσι ώστε να κρατηθεί το βάρος σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό οι προκλητοί εμετοί, η λήψη καθαρτικών και όλες οι άλλες παθολογικές συμπεριφορές κυρίως η ανάγκη για πρόσληψη τροφής με αυτό τον τρόπο και αυτό που συμβολίζει η τροφή, η ενοχή που

ενεργοποιεί την όλη συμπεριφορά κτλ. Συνήθως, η θεραπεία πραγματοποιείται σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο.

Η παροχή συμπληρωμάτων ψευδαργύρου μπορεί να είναι ωφέλιμη στην θεραπεία της νευρικής ανορεξίας για την επανάκτηση του βάρους των ασθενών ακόμη και σε εκείνους που δεν έχουν ανεπάρκεια ψευδαργύρου. Απαραίτητα λιπαρά οξέα είναι τα ω-3 λιπαρά οξέα έχουν δοκοσαεξανοϊκό οξύ (DHA) και εκοσαπεντακοϊκό οξύ (EPA) τα οποία έχουν αποδειχτεί ωφέλιμα σε νευροψυχιατρικές διαταραχές. Υπάρχει μια επιβεβαιωμένη ραγδαία βελτίωση σε μια περίπτωση σοβαρής νευρικής ανορεξίας η οποία αντιμετωπίστηκε με αιθυλικο-εικοσαπεντικό οξύ (E-EPA) και μικροθρεπτικά συστατικά. Η παροχή δοκοσαεξανοϊκού οξέος και εκοσαπεντακοϊκού οξέος έχει αποδειχτεί ωφέλιμη σε πολλές διαταραχές που είναι συνυπάρχουσες με την νευρική ανορεξία συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας του αυτισμού, της οξείας καταθλιπτικής διαταραχής, της διπολικής διαταραχής και της οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Η εξασθένηση των γνωστικών λειτουργιών και η ήπια γνωστική εξασθένηση σχετίζονται με την μείωση των επιπέδων των ιστών του δοκοσαεξανοϊκού και του εκοσαπεντακοϊκού οξέος και η παροχή των συγκεκριμένων οξέων βελτιώνει τις γνωστικές λειτουργίες.

Γενικά, αρχίζει με δίαιτα που παρέχει περίπου 500 θερμίδες περισσότερες από αυτές που απαιτούνται για να διατηρηθεί το τωρινό βάρος και αυξάνονται οι θερμίδες σιγά σιγά μοιράζοντας το γεύμα σε πολλά μικρότερα. Σε άτομα με μεγάλη ελάττωση βάρους μπορεί να χρειασθεί σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα, όπως και προσεκτική διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών.

Η θεραπεία ιατρικής διατροφής, η οποία ονομάζεται επίσης και Διατροφική Θεραπεία, είναι η ανάπτυξη και η παροχή μιας διατροφικής θεραπείας ή μιας θεραπείας που βασίζεται σε μια λεπτομερή εκτίμηση του ιατρικού ιστορικού του ατόμου, του ψυχολογικού του ιστορικού, των ιατρικών εξετάσεων του και του διατροφικού ιστορικού του²⁵.

²⁵ Lock G. (2007). Εγχειρίδιο θεραπείας για την ψυχογενή ανορεξία. Αθήνα, Εκδόσεις Πατάκη.

3.2. Ψυχοθεραπευτικές Προσεγγίσεις

Η ψυχολογική θεραπευτική προσέγγιση συνδυάζει θεραπεία συμπεριφοράς και υποστηρικτικής θεραπείας με άμεσο στόχο την τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς πρόσληψης τροφής του ατόμου. Ταυτόχρονα βοηθάει τον ασθενή:

- ◆ Να ενισχύσει (μέσω εκπαίδευσης) την σωστή συμπεριφορά γύρω από το φαγητό
- ◆ Να εκπαιδευτεί τόσο σε θέματα γύρω από την διατροφή όσο και στις (βιολογικές) συνέπειες των βουλιμικών επεισοδίων, του εμετού, κτλ.
- ◆ Να εντοπίσει και να αντικαταστήσει τις λανθασμένες αντιλήψεις, συμπεριφορές, συναισθήματα και ανάγκες του
- ◆ Να αντιμετωπίσει τα αίτια του προβλήματος
- ◆ Να αποκτήσει μεγαλύτερο αυτοέλεγχο και να εκπαιδευτεί σε στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων καθώς και σε στρατηγικές πρόληψης της υποτροπής
- ◆ Να διερευνήσει τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια
- ◆ Να διαχειριστεί τα αρνητικά του συναισθήματα
- ◆ Να επιλύσει διαπροσωπικά προβλήματα και συγκρούσεις
- ◆ Να διορθώσει τα στοιχεία της προσωπικότητάς του που ευθύνονται για την διαταραχή

Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία, μετά από την έξοδο τους από το νοσοκομείο χρειάζονται συνεχείς παρεμβάσεις. Μέσω της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης ο ασθενής αναγνωρίζει και εντοπίζει τις δυσλειτουργικές σκέψεις και πεποιθήσεις απέναντι στο φαγητό με στόχο την τροποποίηση τους.

Η θεραπευτική προσέγγιση είναι ένας συνδυασμός θεραπείας συμπεριφοράς και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας. Ο στόχος της θεραπείας συμπεριφοράς είναι να αποκατασταθεί ο φυσιολογικός τρόπος λήψης τροφής. Ο όρος γνωστική συμπεριφοριακή θεραπεία (cbt) είναι ένας πολύ γενικός όρος για την ταξινόμηση των θεραπειών με ομοιότητες. Η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία είναι μια τεκμηριωμένη προσέγγιση για την οποία οι μελέτες μέχρι σήμερα έχουν αποδείξει ότι είναι χρήσιμη σε εφήβους και ενήλικες με νευρική ανορεξία. Στο νοσοκομείο, αυτό σημαίνει την εφαρμογή αυστηρού πρωτοκόλλου, ώστε τα ανορεκτικά άτομα να κερδίζουν καθημερινά συγκεκριμένο βάρος και να ενισχύονται θετικά από τους

συγγενείς τους. Έτσι, οι ασθενείς ζυγίζονται καθημερινά, η πρόσληψη και η απέκκριση των υγρών μετριέται, υπάρχει στενή παρακολούθηση, ακόμη και στη τουαλέτα, μέχρι και δύο ώρες μετά τα γεύματα για να αποτραπεί ο προκλητός εμετός.

Η γνωστική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει διορθώνοντας λαθεμένες αντιλήψεις των ασθενών για τα αισθήματα, τις ανάγκες τους και την ικανότητα να ελέγξουν τη ζωή τους και η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να λύσει διαπροσωπικά προβλήματα και συγκρούσεις και να διορθώσει στοιχεία της προσωπικότητάς του, που συνδέονται με τη διαταραχή στην πρόσληψη τροφής²⁶.

Εναλλακτική μέθοδο αποτελεί η γιόγκα. Η γιόγκα έχει αποδειχθεί να έχει θετικά αποτελέσματα για χρήση ως συμπληρωματική θεραπεία σε μια καθιερωμένη θεραπεία. Αυτή η θεραπεία δεν είναι θεραπευτική μέθοδος η γιόγκα μειώνει τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών όπως την προκατάληψη σχετικά με το φαγητό, η οποία μειώνεται με κάθε συνεδρία. Τα αρνητικά αποτελέσματα των ασθενών στις εξετάσεις για διατροφική διαταραχή μειώθηκαν σταθερά κατά την διάρκεια της θεραπείας²⁷.

3.3. Νοσηλεία

Λόγω της φύσης της, η νευρογενής ανορεξία πηγάζει από ψυχικά αίτια και επιφέρει πολλαπλά οργανικά προβλήματα, που στις περισσότερες περιπτώσεις επιβάλλουν την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία σε συνδυασμό με ατομική ψυχοθεραπεία και οικογενειακή υποστηρικτική θεραπεία για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής. Η νοσηλεία έχει ως στόχο να αυξηθεί σταδιακά η πρόσληψη τροφής άλλα και να παρακολουθείται στενά και με προσοχή το σωματικό βάρος του ασθενούς, το οποίο αφού σταθεροποιηθεί θα πρέπει να αρχίζει σταδιακά να αυξάνεται. Η αποκατάσταση του υποσιτισμού και των σοβαρών επιπλοκών του θα πρέπει να είναι η πρώτη φροντίδα του ασθενούς, καθώς η απώλεια βάρους μπορεί να είναι τόσο μεγάλη και τόσο σοβαρή ώστε να είναι αναγκαία ακόμη και η παρεντερική διατροφή του ασθενούς προκειμένου να μην καταλήξει.

²⁶ Χριστοδούλου, Γ.Ν. & συνεργάτες (2004). «Ψυχιατρική». Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

²⁷ Carei R. et al. (2010). Randomized Controlled Clinical Trial of Yoga in the Treatment of Eating Disorders. Journal of Adolescent Health. Volume 46, Issue 4, σσ. 346-351.

Τα στοιχεία, που αξιολογεί ο ψυχίατρος προκειμένου να αποφασίσει την εισαγωγή του ασθενούς, σχετίζονται με τη σωματική κατάσταση και την ύπαρξη των συνθηκών εκείνων που θα διασφαλίσουν τη συνεργασία του πάσχοντος. Πιο συγκεκριμένα, η νοσηλεία σε νοσοκομείο θα πρέπει να εξετάζεται σαν ενδεχόμενο βάσει των ακόλουθων κριτηρίων:

- ◆ σοβαρό υποσιτισμό (μερικές φορές ορίζεται από την απώλεια βάρους που έχει οδηγήσει σε βάρος χαμηλότερο από το όριο που θέτει ο θεράπων ιατρός, π.χ. αν η απώλεια βάρους είναι μεγαλύτερη από 20% ή αν αυτή έχει συμβεί με ταχύ ρυθμό)
- ◆ σοβαρές ιατρικές επιπλοκές - σοβαρά οργανικά προβλήματα (π.χ. σοβαρές καρδιακές ή μεταβολικές – ηλεκτρολυτικές διαταραχές, διαταραχές δηλαδή των ηλεκτρολυτών, υποκαλιαιμία, οργανική βλάβη άλλου είδους)
- ◆ ένας επίμονος κύκλος αυτοπροκαλούμενων εμετών ή κατάχρησης υπακτικών μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο, ο οποίος κύκλος δεν έχει διακοπεί με τις εξωνοσοκομειακές παρεμβάσεις
- ◆ κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας
- ◆ η διαπίστωση συνοσηρότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές
- ◆ αξιοσημείωτη ανικανότητα να φροντίσει ο ασθενής τον ίδιο τον εαυτό του ή η ανυπαρξία τέτοιας βοήθειας από την οικογένεια του ασθενούς²⁸.

Τα ενδονοσοκομειακά ψυχιατρικά προγράμματα για ασθενείς με νευρογενή ανορεξία βασίζονται τόσο σε συμπεριφερολογικές πρακτικές, στην ψυχοθεραπευτική παρέμβαση αλλά και σε φαρμακοθεραπείες. Η επιτυχία τέτοιων προγραμμάτων εξαρτάται κατά βάση από τις δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και από τον βαθμό συνεργασίας της θεραπευτικής ομάδας. Είναι σημαντικό στη θεραπεία αυτών των ασθενών να καλλιεργηθεί η θεραπευτική συμμαχία, αλλά το ίδιο σημαντικό στοιχείο είναι και η συνεργασία, η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των μελών της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία και το θεραπευτή²⁹.

²⁸ Touyz S. (2003). The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa. *European child and adolescent psychiatry*. Vol. 12. Supplement 1 (2003).

²⁹ Touyz S. et al. (2003). The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Volume 12, Supplement 1.

3.4. Βιολογικές Θεραπείες

Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, δεν υπάρχει συγκεκριμένη αγωγή που να έχει αποδειχθεί ότι θεραπεύει την ανορεξία. Έτσι, οι ψυχίατροι περιορίζονται στο να χορηγούν ψυχοφάρμακα κατά περίπτωση και ανάλογα με τα επιφανειακά συμπτώματα-στόχους, αλλά γενικότερα θα λέγαμε ότι η φαρμακοθεραπεία για τη νευρογενή ανορεξία είναι περιορισμένη. Όμως αγχολυτικά ή άλλα ψυχιατρικά φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Έχει αποδειχθεί ότι τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να ελαττώσουν τη συμπεριφορά της πρόκλησης εμετού. Ακόμα η κυπροεπταδίνη έχει βοηθήσει ορισμένα άτομα να πάρουν βάρος. Κατά την οξεία φάση, λοιπόν, η θεραπεία συμπεριφοράς και η υποστήριξη του ασθενή είναι η προσέγγιση επιλογής συνεπικουρούμενη ενδεχομένως από τη φαρμακευτική αγωγή. Πολύ σημαντικός ο προσδιορισμός των ψυχοπαθολογικών αιτιών που έχουν οδηγήσει στη νευρική ανορεξία διότι αυτοί θα καθορίσουν τόσο τη φαρμακευτική αγωγή όσο και την ψυχοθεραπευτική μέθοδο επιλογής (π.χ. εάν εμφανίστηκε σε έδαφος ψυχωτικής δομής).

Παρ' όλα αυτά, εξαιτίας της συνοσηρότητας της νευρογενούς ανορεξίας με την κατάθλιψη, η χορήγηση αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής έχει φανεί να έχει σχετική επιτυχία στην αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας. Αρκετές είναι και οι έρευνες, που υπογραμμίζουν ότι η αντικαταθλιπτική αγωγή συχνά ενισχύει τα αποτελέσματα της γνωσιακής – συμπεριφοριστικής παρέμβασης, και συνδέουν οι ερευνητές το αποτέλεσμα αυτό με το γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό των πασχόντων από νευρογενή ανορεξία παρουσιάζει συχνά και καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Πρόσφατα το ενδιαφέρον έχει εστιαστεί στο fluoxetine (prozac). Οι έρευνες υποστηρίζουν ότι το fluoxetine είναι χρήσιμο στη θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας. Σε μια από τις έρευνες, που έχουν διεξαχθεί, αποδείχθηκε ότι από ένα σύνολο 37 πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία, που ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή με fluoxetine, οι 29 είχαν κατορθώσει να διατηρήσουν ένα φυσιολογικό βάρος ακόμα και 11 μήνες μετά το τέλος της αγωγής, έτσι όπως προέκυψε από το follow-up.(15) Τα αντικαταθλιπτικά, όπως το fluoxetine (prozac), μπορούν να βοηθήσουν τόσο στις περιπτώσεις των πασχόντων, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό – Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας, στο να ελεγχθεί ο κύκλος υπερφαγίας-καθαρτικής

συμπεριφοράς, αλλά και στις περιπτώσεις που συνυπάρχει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ωστόσο, κάποιοι υποστηρίζουν ότι η αύξηση του βάρους του ασθενούς αυτή καθεαυτή είναι πιο αποτελεσματική στο να ανακουφίσει τον ασθενή από την καταθλιπτική συμπτωματολογία και να βελτιώσει την διάθεση των ασθενών αυτών³⁰.

Στην πράξη, οι ψυχίατροι συχνά καταφεύγουν στη χορήγηση αγχολυτικών και αντικαταθλιπτικών για την αντιμετώπιση των συνοδών ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων. Η χορήγηση, όμως, αντικαταθλιπτικών σε ασθενείς, που έχουν ταλαιπωρήσει τον οργανισμό τους με τον χρόνιο υποσιτισμό και παρουσιάζουν επιπλοκές στο καρδιαγγειακό τους σύστημα, θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή και να φροντίζει ο ειδικός ώστε να αυξάνεται σταδιακά η δόση.

3.5. Οικογενειακή Θεραπεία

Η Οικογενειακή θεραπεία μπορεί να αποβεί πολύ σημαντική στοχεύοντας στις οικογενειακές διαντιδράσεις και τις εντάσεις οι οποίες μπορεί να συμβάλλουν στην προβληματική συμπεριφορά του ασθενή ή να εντείνονται από την συμπεριφορά αυτή.

Η ενθάρρυνση ενός ατόμου με Νευρική Ανορεξία να δεχτεί μία θεραπεία είναι η πιο ασφαλής και υποστηρικτική κίνηση που θα μπορούσε να κάνει κάποιο κοντινό του πρόσωπο. Ωστόσο, λόγω των αμυνών και της άρνησης που χαρακτηρίζουν τα ανορεκτικά άτομα η παρακίνηση θα πρέπει να γίνει διακριτικά.

Η πιο αποτελεσματική μέθοδος είναι η ήπια έκφραση ανησυχίας προκαλώντας στο ανορεκτικό άτομο την αίσθηση της ασφάλειας, την ελευθερία έκφρασης των συναισθημάτων του, χωρίς αυτή να συνοδεύεται από κριτική ανεξάρτητα από το πόσο παράδοξα μπορεί να ακουστούν κάποια πράγματα. Κερδίζοντας, έτσι, την εμπιστοσύνη του ασθενή η παρότρυνση να συμβουλευτεί κάποιον ειδικό θα είναι πιο επιτυχημένη κυρίως αν αυτή επικεντρώνεται στα προσωπικά ή καθημερινά του προβλήματα παρά σε θέματα των διατροφικών του συνηθειών.

Οι συγγενείς των ανορεκτικών ατόμων σπάνια μένουν απλοί θεατές της θεραπείας του. Οι πιο πολλοί εμπλέκονται ενεργά σε προσπάθειες να πείσουν, να εξαπατήσουν,

³⁰ Kim S. (2003). Role of Fluoxetine in Anorexia Nervosa. The annals of pharmacotherapy. vol. 37 no. 6. σς. 890-892.

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 ανορεκτικού ατόμου. Οι οικογενειακοί θεραπευτές βλέπουν την ανορεξία σαν μια κατάσταση που γεννιέται και συντηρείται από το οικογενειακό σύστημα. Υπογραμμίζουν την υπερπροστατευτικότητα, την υπερεμπλοκή και την αποφυγή της σύγκρουσης σαν χαρακτηριστικά των οικογενειών των ατόμων που πάσχουν από ανορεξία. Η στάση, λοιπόν, που θα κρατήσουν τα μέλη της οικογένειας απέναντι στην εμφάνιση του προβλήματος είναι καθοριστική για την εξέλιξη και την θεραπεία του.

Αρχικά, είναι απαραίτητο να αναζητηθεί βοήθεια από κάποιον ειδικό προκειμένου να εκτιμηθεί η σωματική υγεία του ατόμου και έπειτα να ενθαρρυνθεί τόσο το ίδιο το άτομο όσο και τα μέλη της οικογένειας να δεχθούν βοήθεια από κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Αυτό που είναι ιδιαίτερα σημαντικό είναι τα μέλη της οικογένειας να είναι οπλισμένα με υπομονή και να γνωρίζουν ότι η πρώτη αντίδραση του ατόμου σε μια συζήτηση γύρω από την υγεία και το βάρος τους θα είναι η άρνηση και ίσως ακόμη και η επιθετικότητα.

Αυτό που είναι επίσης σημαντικό είναι η αποφυγή κατηγοριών, συζητήσεων γύρω από τις διατροφικές επιλογές του ατόμου αλλά και οι συγκρίσεις με άλλα άτομα καθώς η χαμηλή αυτό-εκτίμηση είναι κύριο χαρακτηριστικό των ατόμων που εκδηλώνουν συμπτώματα διατροφικών διαταραχών.

Επίσης, αυτό που έχει σημασία είναι να γίνει αντιληπτό από το άτομο ότι το διατροφικό πρόβλημα δεν θα αποτελέσει έναν αποτελεσματικό τρόπο ελέγχου των γύρω του. Η κατεύθυνση όλων προς τους ρόλους που τους αντιστοιχούν θα βοηθήσει το άτομο να βρει την θέση του μέσα στο οικογενειακό σύστημα και να αναλάβει την ευθύνη της δικής του ζωής³¹.

3.6. Συναισθηματικές αντιδράσεις για τους θεραπευτές

Οι ασθενείς, που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, μπορούν να προκαλέσουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις στα μέλη μιας θεραπευτικής

³¹ Παπαδιώτη- Αθανασίου Β. (2000). Οικογένεια και όρια: συστηματική προσέγγιση. Αθήνα.

ομάδας. Η αδύνατη και αδύναμη εμφάνιση και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία μπορεί να προκαλέσει πολύ δυνατά συναισθήματα φόβου και θυμού στους θεραπευτές. Ο αγώνας για την απόκτηση ελέγχου μπορεί να περιπλέξει την θεραπεία των ασθενών και να αποσταθεροποιήσει την αντικειμενικότητα των θεραπειών. Επίσης, η συχνή συνοσηρότητα με την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας σε αυτό τον πληθυσμό ασθενών περιπλέκει ακόμα περισσότερο το θεραπευτικό σχεδιασμό, καθώς συχνά οι ασθενείς διαχωρίζουν τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε κατηγορίες «καλών» και «κακών», μέσα στα πλαίσια του αμυντικού μηχανισμού του splitting. Κάποιες διαδικασίες πολλές φορές θα πρέπει να εφαρμόζονται ενάντια στη θέληση του ασθενούς και αυτό τις καθιστά διεισδυτικές κι έτσι μπορούν εύκολα να επεκταθούν σε συναισθήματα τιμωρίας και πράξεις βίας ενάντια στον ασθενή³².

Οι επαγγελματίες σε χώρους ψυχικής υγείας θα πρέπει να έχουν υπόψη τους αυτές τις αντιδράσεις και να αναζητούν συμβουλευτική όταν θεωρούν ότι απαιτείται προκειμένου ν' αντιμετωπίσουν αυτά τα συναισθήματα. Πολλές φορές είναι χρήσιμο και βοηθητικό να πραγματοποιούνται συναντήσεις όλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, που συνεργάζεται για τη θεραπεία του ασθενούς, προκειμένου να απελευθερώσουν όλα αυτά τα συναισθήματα και να επαναπροσδιορίσουν τη θεραπεία όταν κρίνεται απαραίτητο.

3.7. Νομικά θέματα και θέματα ηθικής

Μια σειρά από νομικά θέματα και ζητήματα ηθικής ανακύπτουν στην θεραπεία των ασθενών, που εμφανίζουν κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής. Όπως και σε άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, η νοσηλεία ενάντια στη θέληση του ασθενούς μπορεί να είναι απαραίτητη για να διασφαλιστεί η θεραπεία ενός ασθενούς, που αντιμετωπίζει σοβαρά ιατρικά προβλήματα, ή για να προστατευθεί ένας ασθενής, που εμφανίζει αυτοκτονική συμπεριφορά. Για τους έφηβους ασθενείς, η άδεια των γονέων θα πρέπει να εξασφαλίζεται για την ανεπιθύμητη, σε ότι αφορά τον ασθενή, εισαγωγή σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και για την ανεπιθύμητη θεραπεία. Για τους ενήλικες ασθενείς, ψυχιατρικός εγκλεισμός είναι απαραίτητος για την κράτηση του ασθενούς. Ο εγκλεισμός σε νοσοκομείο μπορεί να είναι απαραίτητος κάποιες φορές

³²Anton, S.D., Perri, & M.G. & Riley, J.R. (2000). Discrepancy between actual and ideal body images. Impact on eating and exercise behaviors. *Eating Behaviors*, 1, σσ. 153-160.

προκειμένου να εφαρμοστούν διαδικασίες ενάντια στη θέληση του ενήλικα ασθενούς. Η αιτιολογία για την εφαρμογή τέτοιων διαδικασιών, όπως η ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων κ.α. ή η ενδοφλέβια σίτιση ενάντια στις επιθυμίες του ασθενούς, συνήθως επαφίεται στις ηθικές αρχές που επικαλούνται την προστασία του ασθενούς από τη δική τους κακή κρίση και συμπεριφορά.

Η φροντίδα του έφηβου ασθενούς που πάσχει από κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής συχνά περιλαμβάνει την ενεργό συνεργασία με την οικογένεια του ασθενούς και εγείρει δύσκολα θέματα αναφορικά με την αφοσίωση του θεραπευτή στον ασθενή. Η εργασία με ανήλικους ασθενείς μπορεί να εμφανίζει ειδικές προκλήσεις, ειδικά όταν ο έφηβος ασθενής ζητά οι πληροφορίες να παραμείνουν εμπιστευτικές και να μην αποκαλυφθούν στα μέλη της οικογένειάς του, ο θεραπευτής θα πρέπει να συνυπολογίσει το δικαίωμα των γονέων να υπογράψουν υπεύθυνα δήλωση ενάντια στην αυξανόμενη επιθυμία του έφηβου ασθενούς για αυτονομία. Όταν είναι εφικτό, ο θεραπευτής οικογένειας θα πρέπει να εμπλέκεται καθώς μπορεί να λειτουργήσει σαν σύμμαχος της οικογένειας, αφήνοντας έτσι το θεραπευτή περισσότερο ελεύθερο να υποστηρίξει τον ασθενή. Όταν εμπλέκεται σε μια υπόθεση ασθενούς μια διεπιστημονική ομάδα, είναι απαραίτητο να παρέχονται στην ομάδα όλες οι διαθέσιμες πληροφορίες είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από το νόμιμο κηδεμόνα του.

3.8. Ο ρόλος του νοσηλευτή

3.8.1. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς

Όλες οι νοσηλευτικές ενέργειες που συνθέτουν στο σύνολό τους την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- Προγραμματίζονται βάσει επιστημονικών αρχών
- Είναι ασφαλείς και θεραπευτικές
- Εκτελούνται με τη συνεργασία του αρρώστου για να μεγιστοποιούνται οι δυνατότητές του και οι ικανότητες στη λήψη αποφάσεων σε προβλήματα που τον αφορούν
- Δίνονται ευκαιρίες για τη διδασκαλία του αρρώστου για την αυτοφροντίδα του, καθώς και την πρόληψη επιπλοκών της ασθένειας και της επανένταξής του στο κοινωνικό σύνολο να μεταβάλλονται διαρκώς ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς.

Με σκοπό τη διατήρηση θετικής αποδεκτής και ρεαλιστικής ιδεατής εικόνας του σώματος από τον άρρωστο, η νοσηλευτική παρέμβαση ξεκινά από την αξιολόγηση της αντίληψης του αρρώστου για την εικόνα του σώματός του. Διερευνά δηλαδή ο νοσηλευτής ποιες απόψεις του σώματός του ο ασθενής θεωρεί ευχάριστες και ποιες δυσάρεστες και εξερευνά μαζί με τον άρρωστο πώς έφθασε να αντιλαμβάνεται την εικόνα του σώματός του ως αρνητική (ίσως από προηγούμενες εμπειρίες επαφής με σημαντικά γι' αυτόν πρόσωπα). Η αναγνώριση της θετικής ενίσχυσης το αρρώστου, όταν προσπαθεί να βελτιώσει την προσωπική εικόνα του σώματός του (π.χ. βελτιωμένη υγιεινή, καλλωπισμός, καινούρια ρούχα, χρήση διορθωτικών μέσων) και η βοήθεια του αρρώστου να αποδεχθεί και να δώσει αξία στην παρούσα σωματική του κατάσταση και ότι το άτομο έχει κι άλλες σπουδαίες θετικές ψυχικές δυνάμεις, μοναδικές γι' αυτό, αποτελούν αναγκαία σημεία νοσηλευτικής παρέμβασης. Παράλληλα, η διδασκαλία των τρόπων που θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει ο ασθενής για να βελτιώσει τη σωματική του εικόνα (π.χ. πώς να ντύνεται, πως να περιποιείται τον εαυτό του, πως να εκτελεί ασκήσεις για να βελτιώσει τη σωματική του λειτουργία) αποτελεί σημαντική βοήθεια από το νοσηλευτή.

Η αποδοχή της αλλαγής των ορίων του σώματος και η ενσωμάτωση της αλλαγής στην ιδεατή εικόνα του σώματος και στην αυτοϊδέα αποτελεί ένα δεύτερο σκοπό της νοσηλευτικής παρέμβασης σε περιπτώσεις νευρογενούς ανορεξίας, για τον οποίο συνιστώνται οι ακόλουθες νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- ◆ Ενθάρρυνση του ασθενή να εκφράσει προφορικά τα συναισθήματα, την ανησυχία του, τον θυμό του για την απώλεια και τον φόβο του, για την αλλαγή στη λειτουργία ή τα όρια του σώματός του.
- ◆ Ενθάρρυνση του ασθενή να εκφράσει και να διερευνήσει τα συναισθήματά του, σχετικά με την επίδραση των τροποποιημένων ορίων του σώματος στις καθημερινές του δραστηριότητες (στην οικογένεια, εργασία, σχολείο, κοινωνικές σχέσεις).
- ◆ Ενθάρρυνση του ασθενή να βλέπει και να αγγίζει την αλλαγμένη περιοχή του σώματός του. Παράλληλα, ενθαρρύνεται να εκφράσει λεκτικά, τι αισθάνεται μετά από αυτή την επαφή με το σώμα.

- ◆ Ενθάρρυνση του ασθενή να αναλάβει κανονικές κοινωνικές δραστηριότητες το συντομότερο δυνατό, χωρίς να κρύβει ή να υπερεπιδεικνύει την αλλαγμένη περιοχή του σώματος.
- ◆ Ενθάρρυνση του αρρώστου και της οικογένειας να χρησιμοποιούν υποστηρικτικές υπηρεσίες και σχετικές κοινωνικές ομάδες αναφοράς (π.χ. να επισκεφθεί ή να δεχθεί επίσκεψη από ασθενείς με σημαντική απώλεια βάρους).

Πρόσθετο σκοπό της νοσηλευτικής παρέμβασης αποτελεί η ολοκλήρωση των λειτουργιών και των ορίων του εγώ κατά τρόπο ώστε να είναι συμβατά με την πραγματικότητα και την αυτοϊδέα. Όταν τα όρια του εγώ διαταράσσονται και ο ασθενής δεν μπορεί πλέον να διακρίνει μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων, συνιστώνται οι ακόλουθες παρεμβάσεις:

- ◆ Δημιουργία ενός προγραμματισμένου ήσυχου και όχι ερεθιστικού περιβάλλοντος. Καθώς βελτιώνεται η ισχύς του εγώ του ατόμου, να αυξάνονται τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος.
- ◆ Βοήθεια του ασθενή να ξεχωρίζει τα πραγματικά από τα μη πραγματικά περιβαλλοντικά ή εσωτερικά ερεθίσματα.
- ◆ Ενθάρρυνση του ασθενή να εκφράζει λεκτικά τα συναισθήματα και τις αγωνίες του.
- ◆ Ενίσχυση και διατήρηση της επαφής του ασθενή με την πραγματικότητα και απασχόληση με δραστηριότητες προσανατολισμένες στην πραγματικότητα.
- ◆ Ενθάρρυνση του ασθενή να συμμετέχει σε όλα τα θεραπευτικά σχήματα (φαρμακευτική θεραπεία, ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία κλπ.). Συζήτηση για τις θεραπευτικές ωφέλειες αυτών των θεραπειών.
- ◆ Όταν ο ασθενής επανακτήσει τον έλεγχο των ορίων του εγώ του, να ενθαρρύνεται να εξετάζει και να αξιολογεί τι του προκάλεσε την εμπειρία της διαταραχής στα όρια του σώματός του.
- ◆ Βελτίωση και διατήρηση της αυτοεκτίμησης του ασθενή σε ικανοποιητικό επίπεδο.
- ◆ Καλλιέργεια ικανότητας για την εκπλήρωση των προηγούμενων ρόλων του αρρώστου ή ανάπτυξης άλλων νέων ρόλων, λόγω του προβλήματος της υγείας.

- ◆ Ανάπτυξη και διατήρηση θετικής προσωπικής ταυτότητας³³.

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των παραπάνω παρεμβάσεων αφορά τα αποτελέσματα στον άρρωστο και κυρίως τη θετική αποδεκτή και ρεαλιστική εικόνα του σώματος. Τα δεδομένα που το τεκμηριώνουν είναι τα εξής:

- ◆ Ελάττωση των εκδηλουμένων υποκειμενικών και αντικειμενικών χαρακτηριστικών που προσδιόριζαν τη σχετική διαταραχή.
- ◆ Θετική έκφραση του αρρώστου για την αποδοχή της εικόνας του σώματός του.
- ◆ Κατανόηση του πώς αναπτύχθηκε η αρνητική εικόνα του σώματος σε σχέση με την ανάπτυξη του ατόμου και τις κοινωνικές, πολιτιστικές και διαπροσωπικές εμπειρίες του.
- ◆ Εκδήλωση δεξιοτήτων, λύσης προβλημάτων με στρατηγικές που προάγουν και διατηρούν μια θετική εικόνα του σώματος.

Επιπλέον, για να θεωρηθεί η αλλαγή της εμφάνισης ή λειτουργίας και των ορίων του σώματος αποδεκτή και να ενσωματωθεί στην ιδεατή εικόνα του σώματος και στην αυτοϊδέα, θα ισχύουν τα εξής:

- ◆ Ελάττωση της εκδήλωσης υποκειμενικών και αντικειμενικών χαρακτηριστικών που προσδιόριζαν τη σχετική διαταραχή.
- ◆ Θετική έκφραση της αποδοχής της πραγματικότητας της αλλαγμένης εμφάνισης ή των ορίων του σώματος.
- ◆ Ο άρρωστος περιγράφει την επίδραση που είχε η αλλαγή του σώματός του στην ανάληψη των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, στην οικογενειακή ζωή, στην εργασία και στις κοινωνικές σχέσεις.
- ◆ Χρησιμοποίηση κατάλληλων κοσμητικών ή μηχανικών μέσων, καθώς και συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες ομοιοπαθών ατόμων.

Η ανασυγκρότηση των λειτουργιών και των ορίων του εγώ, έτσι ώστε να είναι συμβατά με την πραγματικότητα και την αυτοϊδέα, τεκμηριώνεται από τα εξής:

³³ Μιχαλοπούλου Α-Μ.(2002). Ο ρόλος των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση της διαταραχής της εικόνας σώματος του ασθενούς. Νοσηλευτική, Νο. 3. σσ. 253- 257.

- ◆ Ελάττωση της εκδήλωσης υποκειμενικών και αντικειμενικών χαρακτηριστικών που προσδιόριζαν τη σχετική διαταραχή.
- ◆ Βελτίωση των ψυχικών λειτουργιών (απουσία ή ελάττωση ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς, π.χ. παλινδρόμηση και άλλα).
- ◆ Διάκριση μεταξύ των εσωτερικών και περιβαλλοντικών ερεθισμάτων.

Η αξιολόγηση της αλλαγής της εικόνας σώματος και της επίδρασής της στην αλλαγή της εικόνας εαυτού, ποικίλλει και αυτό εξαρτάται από τον ασθενή και την ιδιαίτερη κατάστασή του. Για να αναπτύξει κανείς πρωτόκολλο νοσηλευτικής παρατήρησης, πρέπει να εξετάσει τους παρακάτω τέσσερις τομείς:

1. Να καθορίσει την ύπαρξη αλλαγής της σωματικής εικόνας ή διαταραχής. Η σωματική εικόνα του ατόμου βασίζεται σε πολλούς παράγοντες. Η αντίληψη της ακεραιότητας της σωματικής εικόνας είναι ο πρωταρχικός καθοριστικός παράγοντας της διαταραχής της σωματικής εικόνας. Είτε η προσωπική αντίληψη του ατόμου για την εικόνα εαυτού, είτε οι εκδηλώσεις του που είναι ενδεικτικές διαταραχής, μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για αξιολόγηση.

2. Να προσδιοριστεί η προσαρμογή στην αλλαγή της σωματικής εικόνας. Όταν υπάρχει μια αλλαγή στο σώμα, όλες οι ενέργειες του ατόμου αποβλέπουν στην αντιμετώπιση αυτής της αλλαγής. Ο νοσηλευτής, για να καταστρώσει ένα αποτελεσματικό σχέδιο, πρέπει να προσδιορίσει αν το άτομο είναι εύκολο ή όχι στην προσαρμογή. Η προσαρμοστικότητα από μέρους του θα το βοηθήσει να φθάσει από μία κατάσταση πένθους και θλίψης σε ένα σημείο αποδοχής της αλλαγής, την οποία θα συμπεριλάβει στο σχηματισμό μίας νέας ιδεατής σωματικής εικόνας. Η μη προσαρμοστικότητα εμποδίζει τον ασθενή να φθάσει σε μία ισορροπία και αποδοχή της αλλαγής.

3. Να προσδιορίσει τους παράγοντες, που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη ασθένεια και επηρεάζουν την αντίδραση του ατόμου στην αλλαγή της σωματικής εικόνας. Υπάρχουν πολλές αιτίες διαταραχής της σωματικής εικόνας. Παρότι όλες έχουν μερικά κοινά σημεία, η κάθε μία από αυτές τις αιτίες θέτει ειδικές απαιτήσεις στο άτομο και την οικογένειά του. Αυτές οι απαιτήσεις πρέπει να καθορισθούν κατά τη νοσηλευτική αξιολόγηση.

4. Να καθορίσει το βαθμό προσαρμογής της οικογένειας ή των σημαντικών προσώπων. Ένα μεγάλο μέρος της αντίδρασης και εξέλιξης του ατόμου θα εξαρτηθεί

από την προσαρμογή και αποδοχή των ατόμων εκείνων των οποίων η γνώμη και βοήθεια έχουν σημασία για το άτομο. Για να επιτευχθεί υψηλός βαθμός αποκατάστασης πρέπει να ενισχυθεί η προσαρμογή, τόσο της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων, όσο και του ασθενούς.

3.8.2. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε οικογένειες

Η παροχή φροντίδας με επίκεντρο την οικογένεια αποτελούσε πάντοτε τμήμα της νοσηλευτικής γιατί αυτή η προσέγγιση συνδέεται παραδοσιακά με θεμελιώδη στοιχεία της νοσηλευτικής φροντίδας. Η νοσηλευτική σαν επιστήμη και τέχνη υποστηρίζει μία ανθρωποκεντρική και ολιστική θεώρηση της φροντίδας. Με την έννοια αυτή, οι νοσηλευτές έχουν υποχρέωση να παρέχουν φροντίδα και στα μέλη των οικογενειών των νοσηλευόμενων ασθενών. Οι κυριότεροι μηχανισμοί που χρησιμοποιούν οι οικογένειες για να αντιμετωπίσουν το γεγονός της αιφνίδιας ασθένειας.

- 1) Προσπάθεια να κατανοήσουν τους κανόνες και τον τρόπο λειτουργίας του νοσοκομείου.
- 2) Επιδίωξη της ανάπτυξης σχέσεων με το προσωπικό του νοσοκομείου.
- 3) Προσπάθειες για διατήρηση μιας κατά το δυνατόν συναισθηματικής ισορροπίας.
- 4) Προετοιμασία για αλλαγές σε κοινωνικούς ρόλους και πιθανή αντίληψη ευθύνης μακροχρόνιας φροντίδας του ασθενούς.
- 5) Αναζήτηση υποστήριξης.

Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τις ανάγκες φροντίδας, τους χρησιμοποιούμενους από τις οικογένειες μηχανισμούς, καθώς και τα ιδιαίτερα συναισθηματικά στάδια στα οποία βρίσκονται οι συγγενείς για να παρεμβαίνουν κατάλληλα ώστε τα άτομα αυτά να απολαμβάνουν φροντίδες τις οποίες έχουν άμεση ανάγκη.

Η πρωταρχική νοσηλευτική παρέμβαση έγκειται στην αξιολόγηση της οικογένειας σαν σύνολο ή των συγγενών που έχουν φυσική παρουσία στο χώρο του νοσοκομείου. Η αξιολόγηση αυτή περιλαμβάνει: 1) αξιολόγηση των αναγκών της οικογένειας, 2) αξιολόγηση και έγκαιρη αναγνώριση των οικογενειών που διατρέχουν σε υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν κρίση. Το αμέσως επόμενο στάδιο είναι ο προγραμματισμός της φροντίδας. Στον προγραμματισμό περιλαμβάνεται: 1) ιεράρχηση των αναγκών και των απαιτούμενων παρεμβάσεων, 2) επιλογή των κατάλληλων

χειρισμών που θα χρησιμοποιηθούν για την κάθε οικογένεια, 3) ενίσχυση των προσαρμοστικών μηχανισμών της οικογένειας.

Οι κυριότερες ανάγκες των οικογενειών που έχουν προσδιορισθεί είναι: 1) ανάγκη να βλέπουν συχνά τον ασθενή, 2) ανάγκη να έχουν καλή πληροφόρηση για την πορεία της υγείας του ασθενούς, 3) ανάγκη να βλέπουν σε καθημερινή βάση το γιατρό που είναι υπεύθυνος για τον ασθενή, 4) ανάγκη να έχουν διαβεβαίωση ότι το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει τον ασθενή και ενδιαφέρεται για αυτόν, 5) ανάγκη για συμμετοχή στη φροντίδα του ασθενούς, και τέλος 6) ανάγκη για επανεξέταση του συμβάντος της ασθένειας.

Οι νοσηλευτές έχουν τις ικανότητες από την εκπαίδευσή τους και την εμπειρία τους να βοηθούν τους ανθρώπους να καλύψουν τις ανάγκες φροντίδας τους. Οι νοσηλευτές ακόμα λόγω της θέσης και του ρόλου τους μέσα στο σύστημα υγείας αποτελούν σημεία αναφοράς τόσο για τον ασθενή, όσο και για την οικογένειά του.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις προς την οικογένεια του ασθενούς που νοσηλεύεται εξαιτίας αιφνίδιας ασθένειας διαφοροποιούνται βεβαίως ως προς το είδος της παρέμβασης ανάλογα με την περίπτωση όμως μέσα σ' ένα γενικό πλαίσιο συνίσταται:

- α) Ανάπτυξη ενός καλού επιπέδου επικοινωνίας με την οικογένεια
- β) Διάθεση χρόνου για ακρόαση
- γ) Παροχή πληροφοριών
- δ) Συμβουλευτική και υποστηρικτική
- ε) Αγωγή υγείας
- στ) Διεπαγγελματική συνεργασία για την κάλυψη αναγκών
- ζ) Παραπομπή σε ειδικούς, όταν αυτό απαιτείται
- η) Προετοιμασία της οικογένειας για πιθανή μακροχρόνια φροντίδα του ασθενούς.

Στάδια νοσηλευτικών παρεμβάσεων κατά τον Bob Price³⁴

Η εικόνα του σώματος είναι η υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για την φυσική τους εμφάνιση βασισμένη σε δικές τους παρατηρήσεις αλλά και τις αντιδράσεις των γύρω τους. Η αντίληψη αυτή μπορεί να είναι συνειδητή ή

³⁴ Price B. (2003). *Studying Nursing Using Problem-Based and Enquiry-Based Learning*. Palgrave Macmillan.

ασυνείδητη και τροποποιείται κατά τη διάρκεια της ζωής, καθώς διάφοροι παράγοντες συνεισφέρουν στην ανάπτυξη αυτής της εικόνας, όπως η στάση των γονιών, η κοινωνία, το περιβάλλον ή και η κουλτούρα.

Η εικόνα του σώματος και η σημασία της για τον ασθενή είναι συχνά ένα περίπλοκο θέμα με σημαντικές εμπλοκές για τους νοσηλευτές. Η σωστή αξιολόγησή τους μπορεί να βοηθήσει σημαντικά την υποστήριξη των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, και να οδηγήσει σε θετικές στάσεις από την πλευρά των ασθενών ως προς την προώθηση της αυτοεκτίμησης και της αυτοαντίληψής τους. Σύμφωνα με το νοσηλευτικό μοντέλο που εισήγαγε το 1990 ο Bob Price, οι νοσηλευτικές επεμβάσεις μπορούν να καταταχθούν σε τρία στάδια.

Στάδιο 1: Αξιολόγηση της εικόνας σώματος, Διάγνωση και Σχεδιασμός της Φροντίδας. Στο στάδιο αυτό μας ενδιαφέρει η αξιολόγηση της πραγματικής εικόνας του σώματος, η έννοια του ιδανικού σώματος, ο τρόπος παρουσίασης του σώματος, οι στρατηγικές αντιμετώπισης της αλλαγής της εικόνας του σώματος καθώς και το κοινωνικό υποστηρικτικό της σύστημα.

Στάδιο 2: Νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Αυτές αφορούν την προληπτική νοσηλευτική φροντίδα όπως είναι η συζήτηση για τις αλλαγές που θα προκύψουν στην εικόνα του σώματος, η κατάλληλη ψυχολογική προετοιμασία, την συμβουλευτική σε θέματα ένδυσης που κολακεύουν το σώμα, όπως και τυχόν προβλημάτων σεξουαλικότητας και τέλος τη διασύνδεση του ασθενούς με ένα ισχυρό κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα.

3. Αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας. Στο στάδιο αυτό πρέπει να επανεκτιμηθούν η πραγματική εικόνα του σώματος σε σχέση με την ιδανική του ασθενούς, η παρουσίαση του αλλαγμένου σώματος και οι στρατηγικές αντιμετώπισης της αλλαγής της εικόνας του καθώς και το κοινωνικό υποστηρικτικό της σύστημα. Αν τα προβλήματα του ασθενούς από την αλλαγή της εικόνας σώματος παραμένουν άλυτα, ξαναγυρίζουμε στο στάδιο 1 και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να διαφοροποιηθούν.

Στην αντίθετη περίπτωση έχουμε πετύχει την λύση των προβλημάτων που δημιουργήθηκαν από την αλλαγή που επέφερε η ασθένεια στην εικόνα του σώματος του ασθενούς.

3.8.3. Χιούμορ και νοσηλευτική διεργασία

Η χρήση του χιούμορ δεν αντικαθιστά τη θεραπευτική αγωγή του ασθενούς αλλά λειτουργεί συμπληρωματικά. Στηρίζεται στην αποδοχή του χιούμορ από τον ασθενή ως μέρος της θεραπευτικής αγωγής του. Είναι πάντα εξατομικευμένο και μπορεί να ενσωματωθεί στο πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας, ακολουθώντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Η νοσηλευτική εκτίμηση του ασθενούς πριν την εφαρμογή του χιούμορ είναι απαραίτητη. Εάν σ' αυτό το στάδιο αναγνωριστεί κάποιο πρόβλημα με την επικοινωνία, ανησυχία, θρήνος, ανικανότητα, κοινωνική απομόνωση, τότε το χιούμορ ίσως είναι αποτελεσματική παρέμβαση. Δε συνηθίζουν όλοι οι ασθενείς το χιούμορ στη ζωή τους. Επίσης ένα άτομο που «γελάει πάντα απ' έξω» ίσως στην πραγματικότητα να «κλαίει μέσα του». Οι νοσηλευτές επειδή δε γνωρίζουν το παρελθόν των ασθενών τους, πρέπει να εκτιμήσουν το χιουμοριστικό στυλ τους. Αυτό πρέπει να γίνει εφ' όσον έχει προϋπάρξει επικοινωνία και έχει εγκατασταθεί σχέση εμπιστοσύνης. Πρέπει οι νοσηλευτές να μάθουν αν αρέσει στον ασθενή να γελά, αν γελούσε στο παρελθόν, τι τον κάνει να γελά (κωμωδίες, αστεία, γελιογραφίες, κλπ), με ποιον ή με τι γελά περισσότερο κλπ. Μπορεί να βοηθήσουν και ειδικά διαμορφωμένα ερωτηματολόγια για το σκοπό αυτό, τα οποία να συμπληρώνονται από τον ίδιο τον ασθενή.

Επίσης, πρέπει να γίνεται εκτίμηση και των απόψεων της οικογένειας του ασθενούς, στον οποίο πρόκειται να γίνει θεραπευτική χρήση του χιούμορ. Πολλά μέλη της οικογένειας μπορούν να προτείνουν αποτελεσματικές προσωπικές προσεγγίσεις. Μέσω του χιούμορ είναι αποδεκτό ότι βρίσκουμε σημαντικά πράγματα, όπως απόψεις και ανησυχίες του ασθενούς, που δεν ομολογούνται με άλλο τρόπο.

Εάν ο ασθενής είναι διστακτικός πριν την ενσωμάτωση του χιούμορ στο σχέδιο φροντίδας του, πρέπει να συζητήσουμε τα πλεονεκτήματα του χιούμορ και να εξηγήσουμε πως μπορεί να χρησιμοποιηθεί για απόσπαση της προσοχής του και ανάπαυση.

Αν δεν του αρέσει να γελά τότε πρέπει να ανιχνεύσουμε την αιτία. Οικονομικές δυσκολίες, πολιτισμικοί περιορισμοί ή η ίδια η φύση της ασθένειας ενδέχεται να

αποτελούν σημαντικές αιτίες. Μερικοί ασθενείς αισθάνονται ότι δεν είναι κατάλληλο, δεν πρέπει να γελούν όταν έχουν μία σημαντική ασθένεια. Ο νοσηλευτής απλώς είναι ανάγκη σ' αυτή την περίπτωση να τους δώσει την "άδεια" να γελάσουν, διαβεβαιώνοντάς τους ότι είναι επιτρεπτό και απολύτως φυσιολογικό.

Η βασική ανάγκη για γέλιο, μιας ασθενούς που είχε καρκίνο και επρόκειτο να χειρουργηθεί ξανά, καταφάνηκε όταν μετά από μεγάλο διάστημα κατάθλιψης και αρνητισμού για κάθε είδους θεραπεία, ξέσπασε σε γέλια όταν είδε να μπαίνει στο θάλαμο απομόνωσης που νοσηλευόταν μια νοσηλεύτρια που είχε ζωγραφίσει κόκκινα νύχια πάνω στα γάντια της, ένα μεγάλο χαμόγελο στη μάσκα της και μπούκλες στο καπέλο της. Η ασθενής από τότε έκανε σημαντικά βήματα επικοινωνίας και εκμυστηρεύτηκε στην συγκεκριμένη νοσηλεύτρια, που έκανε θεραπευτική χρήση του χιούμορ, πράγματα που την απασχολούσαν εδώ και αρκετό καιρό.

Εάν ο ασθενής συμφωνεί να χρησιμοποιηθεί το χιούμορ στη θεραπεία του, τότε ο νοσηλευτής μπορεί να προγραμματίσει χιουμοριστικές παρεμβάσεις στο γραπτό σχέδιο φροντίδας του (π.χ. «περίοδος αστείων», «διαλείμματα με παιχνίδια» κ.λπ.). Οι παρεμβάσεις είναι μοναδικές για κάθε ασθενή και για κάθε κατάσταση και προσαρμόζονται στην ηλικία, την ιδιοσυγκρασία, τις επιθυμίες και τις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς για τον οποίο προγραμματίστηκαν. Μπορούν να εφαρμοστούν σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους για το σκοπό αυτό, τα «humor rooms», αλλά και όταν η κατάστασή τους δεν επιτρέπει να πάνε εκεί, να υπάρχει δυνατότητα να μεταφερθεί στο θάλαμο του ασθενούς το υλικό (π.χ. βιβλία με χιουμοριστικές ιστορίες, βιντεοκασέτες με κωμωδίες, γελοιογραφίες κλπ).

Ο νοσηλευτής, τέλος, θα πρέπει απαραίτητα να αξιολογεί τις χιουμοριστικές παρεμβάσεις του για την καταλληλότητά τους καθώς και την επίδραση που ενδεχομένως επέφεραν στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Η αξιολόγηση αυτή, των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεών του, θα πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα και με τη συμμετοχή του ίδιου του ασθενούς.

Εάν το χιούμορ αξιολογηθεί ως αναποτελεσματικό, ο νοσηλευτής οφείλει να προσδιορίσει τις πιθανές αιτίες και να τροποποιήσει αν είναι εφικτό τη στρατηγική του χιούμορ. Επίσης αν παρατηρήσει ότι υπάρχουν λανθάνουσες ψυχολογικές

διαταραχές του ασθενούς ή ακόμα και της οικογένειάς του τότε θα πρέπει να ζητήσει βοήθεια για συμβουλευτική ψυχιατρική.

Το χιούμορ μπορεί να είναι απρόβλεπτο ή προμελετημένο. Εφαρμόζεται με λεκτική ή μη επικοινωνία, προς τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και τους συναδέλφους. Σχετίζεται άμεσα με την προσωπικότητα του ατόμου. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν το γέλιο μέσω του χιούμορ ως χρήσιμο εργαλείο για τη φροντίδα των ασθενών και την αυτοπροστασία τους. Το πλεονέκτημα του γέλιου είναι ότι μπορεί να γίνει οπουδήποτε και οποτεδήποτε. Όμως δεν πρέπει να ξεχνά ο νοσηλευτής ότι εάν το κρατήσει κάποιος απρόσεκτα μπορεί να κάνει τρομερή ζημιά. Ακατάλληλο χιούμορ θεωρείται το χιούμορ που δεν αποτελεί αστείο για το πρόσωπο στο οποίο απευθύνεται, είτε εξαιτίας της ευαισθησίας του είτε εξαιτίας του περιεχομένου του ή της κατάστασής του ή της καταλληλότητας της συγκεκριμένης χρονικής στιγμής στην οποία αυτό εκφράστηκε. Κανείς δεν θα πρέπει να γελά ή να κάνει αστεία με την τραγωδία άλλου προσώπου ή να αστειεύεται με τα συμπτώματα του ασθενούς. Εάν όμως ο ίδιος ο ασθενής θέλει να αστειευτεί π.χ. με την απώλεια των μαλλιών του ή την απώλεια του βάρους του, το θέμα είναι ανοιχτό για συζήτηση. Συνήθως το χιούμορ κατά τη διάρκεια μιας οξείας κρίσης δεν είναι κατάλληλο. Ίσως αργότερα αφού περάσει αυτή η φάση να βοηθήσει στην προσαρμογή στην κρίση και ίσως ακόμη μειώσει και την ένταση.

Εκτός του ότι, το χιούμορ δεν είναι θεραπευτικό όταν γίνεται σε βάρος άλλου ατόμου, ο σαρκασμός, η ειρωνεία, εθνικιστικά, φυλετικά ή πολιτισμικά αστεία και σεξουαλικά υπονοούμενα θα πρέπει να αποφεύγονται και να μην ενθαρρύνονται. Επομένως, το ακατάλληλο χιούμορ πρέπει να αποφεύγεται γιατί πληγώνει αισθήματα, προκαλεί ανησυχία, δημιουργεί εχθρικότητα και ντροπιάζει. Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις θα πρέπει οπωσδήποτε να γίνονται σεβαστές καθώς επίσης και το ιδιαίτερο χιουμοριστικό στυλ του κάθε ατόμου.

3.8.4. Ανακουφιστική φροντίδα

Οι περισσότεροι ασθενείς που πάσχουν από ανορεξία, είναι δυνατό να εμφανίσουν συμπτώματα που δεν μπορούν να ελεγχθούν ικανοποιητικά. Τα συμπτώματα αυτά φαίνεται πως επηρεάζουν δυσμενώς την ποιότητα ζωής των ασθενών και την ικανότητα της οικογένειάς τους να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της ασθένειας.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO)³⁵, με τον όρο ανακουφιστική φροντίδα εννοούμε την προσέγγιση η οποία βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους, αντιμετωπίζοντας προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Τα προβλήματα αυτά αντιμετωπίζονται μέσω της άμεσης αναγνώρισης, της σωστής αξιολόγησης και της αντιμετώπισης του πόνου, αλλά και άλλων συμπτωμάτων, οργανικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών.

Συνοπτικά, η ανακουφιστική φροντίδα ανακουφίζει από τον πόνο και άλλα συμπτώματα και επιβεβαιώνει την αξία της ζωής αναγνωρίζοντας το θάνατο ως μια φυσιολογική διεργασία. Δε στοχεύει ούτε στην επιτάχυνση ούτε στην επιβράδυνση του θανάτου. Ενοποιεί τις ψυχολογικές και πνευματικές διαστάσεις της φροντίδας προσφέροντας ένα υποστηρικτικό δίκτυο, το οποίο βοηθά τον ασθενή να αναπτύξει κατά το δυνατό ενεργητικό ρόλο. Παράλληλα, βοηθά την οικογένεια να αντιμετωπίσει την ασθένεια του δικού της ανθρώπου και ενισχύει την ποιότητα ζωής του ασθενούς και του περιβάλλοντος ασθενούς. Η ανακουφιστική φροντίδα ασκείται από ομάδα θεραπειών που στοχεύουν στην αναγνώριση των αναγκών του ασθενή και της οικογένειάς του και είναι εφαρμόσιμη από τα αρχικά στάδια της ασθένειας και περιλαμβάνει παρεμβάσεις, οι οποίες οδηγούν σε βαθύτερη κατανόηση και καλύτερη διαχείριση των κλινικών συμπτωμάτων.

Επομένως, η ανακουφιστική φροντίδα αποτελεί ταυτόχρονα φιλοσοφία, αλλά και ένα οργανωμένο και πλήρως δομημένο σύστημα παροχής φροντίδας, το οποίο στοχεύει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της ανορεξίας και των συμπτωμάτων της, ενσωματώνοντας παράλληλα τις έννοιες της ψυχοκοινωνικής και πνευματικής φροντίδας, σύμφωνα με τις ανάγκες, τις αξίες, τα πιστεύω, αλλά και το πολιτισμικό υπόβαθρο του ασθενή και της οικογένειάς του³⁶.

Δεδομένου ότι ασθενείς με ανορεξία απαντώνται σε όλους τους χώρους παροχής φροντίδας, η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας προς τον ασθενή μπορεί να λάβει χώρα στο νοσοκομείο, αλλά και στο σπίτι. Οι υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας

³⁵ World Health Organization. Δικτυακός τόπος www.who.int

³⁶ Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, et al. (2008). Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med*, 148 (2):σσ.147-159.

παρέχονται από μια ομάδα επιστημόνων και επαγγελματιών υγείας, που περιλαμβάνει ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικοθεραπευτές, φαρμακοποιούς και διατροφολόγους – διαιτολόγους, οι οποίοι συνεργάζονται μεταξύ τους³⁷.

Από όλους τους επαγγελματίες υγείας, οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που αφιερώνουν τον περισσότερο χρόνο δίπλα στον ασθενή και την οικογένειά του, λειτουργώντας ως κλινικοί θεραπευτές, συνήγοροι και εκπαιδευτές αυτών. Επιπροσθέτως, οι νοσηλευτές που παρέχουν κατ' οίκον φροντίδα είναι διαθέσιμοι εικοσιτέσσερις ώρες το εικοσιτετράωρο και επτά ημέρες την εβδομάδα. Η προσέγγιση των ασθενών που χρήζουν υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας εστιάζεται στην υποστήριξη του ατόμου ως ολότητας και στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων. Η νοσηλευτική φροντίδα επίσης εστιάζεται στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, βοηθώντας τόσο τον ασθενή, όσο και την οικογένειά του να διατηρήσουν την αξιοπρέπειά τους μέχρι το τέλος.

Είναι πολύ σημαντικό, οι επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν το δικαίωμα των ασθενών στην επιλογή της θεραπείας τους μέσω ρεαλιστικής γνώσης των διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών, ώστε να μπορέσουν να αποφασίσουν. Οι προσδοκίες του ασθενή και της οικογένειάς του, οι στόχοι της παρεχόμενης φροντίδας, το επιθυμητό επίπεδο ποιότητας ζωής, η κατανόηση της ασθένειας και της πρόγνωσης της, καθώς επίσης και οι προτιμήσεις του ασθενή πρέπει να αξιολογούνται διαρκώς και να αποτελούν τη βάση της θεραπευτικής αντιμετώπισης³⁸.

Ο ασφαλέστερος τρόπος για την ολιστική προσέγγιση του ασθενή με απειλητική για τη ζωή ασθένεια και ανάλογης βαρύτητας συμπτωματολογία είναι η εφαρμογή της συστηματικής, δυναμικής και διαπροσωπικής μεθόδου της νοσηλευτικής διεργασίας, η οποία αποτελείται από πέντε στάδια: αξιολόγηση, διάγνωση, σχεδιασμός, εφαρμογή και εκτίμηση των αποτελεσμάτων³⁹.

³⁷ Galmin R. Ανακουφιστική φροντίδα: παρελθόν, παρόν και μέλλον. (2004) Στο: Kinghorn S, Galmin R. (eds). Ανακουφιστική Νοσηλευτική: εξασφαλίζοντας ελπίδα και ποιότητα ζωής. 1η εκδ, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, σσ. 15-27.

³⁸ Kass-Bartelmes BL, Hughes R. (2004). Advance care planning: preferences for care at the end of life. J Pain Palliat Care Pharmacother, 18 (1): σσ. 87-109.

³⁹ Taylor C, Lillis C, Lemone P. (2002). Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Διεργασία. Στο: Taylor C, Lillis C, Lemone P (eds). Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής: η επιστήμη και η τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας. 3η εκδ. Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, σσ. 246-255.

Στο στάδιο της αξιολόγησης, ο νοσηλευτής αξιολογεί τον ασθενή εξατομικευμένα, μέσω της λήψης ενός λεπτομερούς νοσηλευτικού ιστορικού και της αντικειμενικής εξέτασης. Μέσω του ιστορικού και της αντικειμενικής εξέτασης, συλλέγονται σημαντικά δεδομένα, όπως:

- ◆ Ιστορικό της νόσου, συμπεριλαμβανομένων των σημείων και των συμπτωμάτων που οδήγησαν τον ασθενή στην αναζήτηση φροντίδας υγείας
- ◆ Άλλες συνυπάρχουσες νόσοι
- ◆ Τρέχοντα σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα
- ◆ Κατανόηση του θεραπευτικού σχεδίου
- ◆ Προσδοκίες από το θεραπευτικό σχέδιο
- ◆ Λειτουργικοί περιορισμοί λόγω της ασθένειας ή της θεραπείας
- ◆ Επιπτώσεις της νόσου στον τρόπο ζωής
- ◆ Αξιόπιστα συστήματα υποστήριξης ή άτομα που ασχολούνται με τη φροντίδα του ασθενή
- ◆ Στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς τους
- ◆ Κατάσταση της θρέψης & ενυδάτωσης του ασθενή
- ◆ Αξιολόγηση εργαστηριακών δεδομένων.

Το επόμενο βήμα είναι ο καθορισμός νοσηλευτικών διαγνώσεων και η αναγνώριση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει. Ακολούθως, πραγματοποιείται μια αναλυτική και συστηματική προσέγγιση στη διαδικασία αντιμετώπισής τους, μέσω του σχεδιασμού και της εφαρμογής των κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Το τελευταίο βήμα για την ολιστική προσέγγιση του ασθενούς είναι η εκτίμηση του αποτελέσματος των παρεμβάσεων που προηγήθηκαν μέσω της συνεχούς αναθεώρησης της αποτελεσματικότητας του ασθενούς.

Εκτός από τα φαρμακολογικά μέτρα για την αντιμετώπιση της ασθένειας που αναφέρθηκαν σε προηγούμενη ενότητα, η ανακουφιστική φροντίδα περιλαμβάνει και

μη φαρμακολογικά μέτρα για την αντιμετώπιση της ανορεξίας. Σε αυτή την περίπτωση, οι παρεμβάσεις είναι οι εξής⁴⁰:

- ◆ Δημιουργία ευχάριστου περιβάλλοντος και απομάκρυνση των ενοχλητικών οσμών
- ◆ Φροντίδα της στοματικής υγιεινής πριν και μετά τα γεύματα
- ◆ Χορήγηση εύγευστων γευμάτων, βάσει των διατροφικών προτιμήσεων του ασθενή
- ◆ Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων, τα οποία είναι περισσότερο ελκυστικά και λιγότερο κουραστικά για τον ασθενή
- ◆ Εξασφάλιση ανάπαυσης του ασθενή πριν και μετά τα γεύματα
- ◆ Εφαρμογή τεχνητής εντερικής (μέσω σωλήνα) ή παρεντερικής διατροφής, όπου ενδείκνυται⁴¹.

Συμπερασματικά, η ανακουφιστική φροντίδα εξαπλώνεται πέρα από το παραδοσιακό μοντέλο και περιλαμβάνει στόχους, που σχετίζονται με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή και της οικογένειάς του, της λειτουργικότητάς του και την παροχή δυνατότητας λήψης αποφάσεων.

Οι νοσηλευτές αποτελούν σημαντικά μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που ασχολείται με την παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας, λόγω της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στον ασθενή και την οικογένειά του και καλούνται να εφαρμόσουν αποτελεσματικές και στηριζόμενες στη μαρτυρία παρεμβάσεις για την παροχή άνεσης σε ασθενείς με προχωρημένη διαταραχή διατροφής.

Η εκπαίδευση των νοσηλευτών αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα στην προσπάθεια αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών και άρσης των δυσκολιών εφαρμογής της ανακουφιστικής φροντίδας, ώστε να μπορέσουν οι ασθενείς, να καλύψουν πλήρως τις ανάγκες και επιθυμίες τους⁴².

⁴⁰ Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). (2008). Health care guidelines: Palliative care. 2nd ed. ICSI web site. Available at: http://www.icsi.org/palliative_care/palliative_care_11918.html.

⁴¹ Lemone P, Bruke K. (2006). Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με διαταραχές θρέψης. Στο: Lemone P, Bruke K. (eds). Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική: κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς. 3η εκδ. Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός, σσ.667-690.

⁴² Γιακουμιάκης Κ, Μόνιου Α. (2009). Παροχή άνεσης στους ασθενείς με συμπτώματα εκτός πόνου: Ευρύτερη προσέγγιση. Νοσοκ. Χρονικά, 71, Συμπλήρωμα, σσ. 280-290.

Κεφάλαιο 4. Συμπεράσματα- προτάσεις

Οι διατροφικές διαταραχές του τύπου της ψυχογενούς ανορεξίας παρουσιάζουν αυξητική τάση διεθνώς. Η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί σοβαρή ασθένεια κυρίως σε έφηβες και νεαρές γυναίκες (λιγότερο από 10% των ασθενών είναι άντρες) και χαρακτηρίζεται από διαταραχή στην πρόσληψη της τροφής. Έτσι οι ανορεξικοί τρώνε πολύ λίγο φαγητό και χάνουν βάρος, οι δε βουλιμικοί τρώνε μεγάλες ποσότητες σε σύντομο χρονικό διάστημα και μετά προκαλούν εμετό ή χρησιμοποιούν άλλες μεθόδους για να διατηρήσουν κανονικό βάρος σώματος.

Τα τελευταία χρόνια η συχνότητα των διατροφικών διαταραχών αυξάνεται. Περίπου 1% των γυναικών αναπτύσσουν ανορεξία μεταξύ 14-19 χρονών, και 1-3% αναπτύσσουν βουλιμία στις ηλικίες 20-23 χρονών, ενώ σε πολλές περιπτώσεις ένα κορίτσι μεταπέφτει από την ανορεξία στην βουλιμία ή το αντίθετο. Ακόμη ένα ποσοστό έως και 15% των γυναικών 14-25 χρονών εμφανίζουν υποκλινική ψυχογενή ανορεξία που δεν εξελίσσεται σε πλήρη νόσο. Τελευταία παρατηρείται αυξητική τάση στα αγόρια, στους έγχρωμους και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στις χώρες αυτές, όπως και γενικότερα στην νοτιοανατολική μεσόγειο, παρατηρείται γρήγορη αλλαγή των κοινωνικών δομών και συνηθειών και αντιγραφή των Αμερικάνικων και γενικότερα των δυτικών προτύπων σε θέματα διατροφής, ντυσίματος, αξιών και τρόπου ζωής.

Οι αλλαγές αυτές επιτελούνται πολύ γρήγορα και επηρεάζουν πολύ τον νεαρό πληθυσμό και ειδικότερα τις κοπέλες που προσπαθούν να μιμηθούν τα μοντέλα και την μόδα επηρεαζόμενοι/ες από την τηλεόραση τα περιοδικά τις διαφημίσεις, και που προβάλλονται σαν οι μοναδικές αξίες που πρέπει να έχει κάθε κορίτσι για να θεωρείται πετυχημένο ή για να μπορέσει να πετύχει. Δυστυχώς άλλες αξίες, ηθικές, μορφωτικές, κοινωνικές και άλλα προσόντα, σωματικά ή πνευματικά δεν γίνονται το ίδιο αποδεκτά και έτσι το πρόβλημα μεγεθύνεται. Η πίεση είναι πολύ μεγάλη ειδικότερα στα κορίτσια και πολύ λιγότερο στα αγόρια που έχουν σαν προτεραιότητα συνήθως την δημιουργία ενός αθλητικού και γυμνασμένου σώματος παρά ενός πολύ λεπτού σώματος. Πολλοί άλλοι παράγοντες παίζουν ρόλο στη εκδήλωση των πιο πάνω ψυχοσωματικών διαταραχών όπως η οικογένεια, η ιδιοσυγκρασία του

κοριτσιού, η γενετική προδιάθεση, το περιβάλλον στο οποίο ζει και κινείται το άτομο κ.α. Τα νοσήματα αυτά είναι συχνότερα σε μονογονεϊκές οικογένειες, σε οικογένειες με αυστηρές αρχές και άκαμπτα πλαίσια συμπεριφοράς, και έλλειψη της δυνατότητας να είσαι ή να συμπεριφέρεσαι διαφορετικά από ότι επιτάσσουν οι οικογενειακές αρχές και αξίες. Πολλές φορές η επικοινωνία με τους γονείς είναι ελλιπής ή απουσιάζει εντελώς ή είναι αυταρχική. Ωστόσο, αυξητική είναι η συχνότητα του νοσήματος σε οικογένειες χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα ή με ελάχιστα προβλήματα που είναι πολύ συχνά στην κοινωνία μας.

Η σύγχρονη δυτικού τύπου κοινωνία αποδυναμώνει τους δεσμούς της οικογένειας, η τηλεόραση, το διαδίκτυο και τα μέσα ενημέρωσης αποτελούν τα κύρια μέσα ενασχόλησης παιδιών και εφήβων. Ο χρόνος που αφιερώνουν οι γονείς στα παιδιά τους μειώθηκε δραστικά, οι οικογένειες είναι ολιγομελείς και το παιδί μεγαλώνει εν πολλοίς μοναχό του και οι προτεραιότητες του διαφέρουν από αυτές προηγούμενων γενεών ή από εφήβους άλλων χωρών όχι τόσο ανεπτυγμένων και με διαφορετική κουλτούρα. Σε οικογένειες παιδιών με διατροφικές διαταραχές συχνά υπήρχαν ή υπάρχουν προβλήματα με παχυσαρκία ή λεπτοκαμωμένα άτομα και πολλές φορές οι γονείς ή αδέρφια παιδιών που πάσχουν έκαναν δίαιτα για να ελέγξουν το βάρος τους.

Η ιδιοσυγκρασία των κοριτσιών που αναπτύσσουν κλινική ή υποκλινική ψυχογενή ανορεξία παίζει πρωτεύοντα ρόλο. Αυτά τα κορίτσια είναι συνήθως τελειομανή, εσωστρεφή, με χαμηλή αυτοεκτίμηση και συνήθως έχουν καλή σχολική επίδοση. Παρουσιάζουν προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις με άλλους συμμαθητές και τους γονείς τους και προτιμούν να απομονώνονται στο δωμάτιο τους και να κλείνονται στον εαυτό τους ή να εστιάζονται στο διάβασμα και τα μαθήματα τους. Πολλά κορίτσια μπορεί να ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα σε νεαρότερη ηλικία και να έκαναν και στο παρελθόν δίαιτες και να εφάρμοσαν μεθόδους ελέγχου του βάρους τους. Η όλη ψυχοσύνθεση αυτών των ατόμων είναι τέτοια που μια παρατήρηση από κάποιο φίλο ή δάσκαλο, ή απόρριψη ή το σχολείο από το αγόρι τους ή τον γυμναστή τους πως πρέπει να ελέγξουν το βάρος τους πυροδοτεί την έναρξη του φαύλου κύκλου της ψυχογενούς ανορεξίας. Η συχνότητα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι πολύ μεγαλύτερη και φθάνει σε ποσοστά 6- 8% σε κορίτσια που αθλούνται σε αγωνίσματα που το βάρος παίζει πρωτεύοντα ρόλο, όπως ενόργανη γυμναστική, μπαλέτο, modeling κ.ά.

Από την άλλη, υπάρχουν ενδείξεις πως το γενετικό υλικό ενός ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση τέτοιας ψυχοπαθολογίας. Αν και οι μελέτες που μελέτησαν το θέμα είναι λίγες, πρόσφατες έρευνες που αφορούν οικογένειες, δίδυμα και μελέτες γενετικού υλικού ενισχύουν την πιο πάνω υπόθεση. Στην μελέτη του Strober που περιέλαβε 1500 συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με ψυχογενή ανορεξία (την μεγαλύτερη έως τώρα μελέτη για οικογενειακή μεταβίβαση διατροφικών διαταραχών), δίχως άλλα ψυχιατρικά νοσήματα, που διερεύνησε την συχνότητα διατροφικών διαταραχών, όπως και άλλων ψυχολογικών ή ψυχιατρικών διαταραχών σε αυτά τα άτομα, τα αποτελέσματα ήταν πολύ ενδιαφέροντα. Συγκεκριμένα βρήκε πως ενώ η συχνότητα της ψυχογενούς ανορεξίας ήταν σπάνια σε οικογένειες δίχως ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας, η συχνότητα ψυχογενούς ανορεξίας ή των μερικών συνδρόμων ήταν 11 και 5 φορές αντίστοιχα, μεγαλύτερη στις οικογένειες με θετικό οικογενειακό ιστορικό διατροφικών διαταραχών. Ο τρόπος που κληρονομούνται αυτά τα γονίδια και το πώς δρουν είναι αντικείμενο μελέτης. Πιστεύεται πως η κληρονομικότητα είναι πολυγονιδιακή και αυτά τα γονίδια επηρεάζουν την προσωπικότητα, την τάση για άγχος, την ανταπόκριση προς ορισμένους νευροδιαβιβαστές, το σωματικό φαινότυπο και τη τροποποίηση του μεταβολισμού ενός ατόμου κάτω από συνθήκες θερμιδικής ένδειας. Ακόμη η ύπαρξη ορισμένων γονιδίων και γονιδιακών αλληλουχιών φαίνεται πως προδιαθέτει σε νοσήματα όπως ψυχογενή ανορεξία, παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II κ.ά.

Επιπρόσθετα, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας. Αυτοί οι παράγοντες (διαφημίσεις, οικογένεια, φύλο, φυλή, ηλικία, κοινωνικός περίγυρος, κουλτούρα της κοινωνίας όπου μεγαλώνει το παιδί κ.α.) σε συνδυασμό με το γενετικό υπόβαθρο ενός ατόμου διαδραματίζουν κύριο ρόλο στην εκδήλωση της διαταραχής⁴³.

Η νευρική ανορεξία χωρίζεται, συνήθως, σε τρεις φάσεις, οι οποίες καθορίζουν το πώς και πόσο γρήγορα θα εξελιχθεί η ασθένεια αυτή σε έναν άνθρωπο. Η είσοδος στην ανορεξία γίνεται συνήθως με αφορμή μια δίαιτα που θα ξεκινήσει κάποιος, θέλοντας να ελέγξει το βάρος του και η οποία, στην πορεία, θα ξεφύγει από τον

⁴³ Χατζηγεωργίου Χ. (2004). Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. Παιδιατρική Ενημέρωση, 2004; 8: σσ.12-18

αρχικό στόχο και θα οδηγήσει στη χωρίς όρια μείωση των κιλών. Η εξέλιξη της ασθένειας περιλαμβάνει τις 3 ακόλουθες φάσεις:

- ◆ Στην πρώτη φάση όλα βαίνουν καλώς. Η δίαιτα μαζί με τη μάλλον υπερβολική άσκηση αποφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Το άτομο χάνει βάρος και αισθάνεται καλά με τον εαυτό του, ενώ δεν υπάρχει καμιά υπόνοια ασθένειας σε αυτό το στάδιο.
- ◆ Στη δεύτερη φάση, τα αρνητικά σημάδια γίνονται εμφανή. Το περιβάλλον του ασθενούς αρχίζει να παρατηρεί την υπερβολική απώλεια κιλών. Το άτομο αυτό αισθάνεται διαφορετικό και αρχίζει να αποστασιοποιείται από την οικογένεια και τους φίλους του. Αρνείται να τρώει μαζί με την υπόλοιπη οικογένεια και φοράει φαρδιά ρούχα, με σκοπό να καλύψει το ελλιπές βάρος του.
- ◆ Στην τρίτη φάση το άτομο έχει παραδεχτεί το γεγονός της ασθένειας. Πρόκειται περισσότερο για υιοθέτηση της στέρησης τροφής ως τρόπο ζωής και ο κίνδυνος πλέον είναι εμφανής.

Οι συνέπειες αυτών των νοσημάτων είναι πολλές και μακροχρόνιες και διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Στην πρώτη ανήκουν αυτές που έχουν να κάνουν με την νόσο αυτή καθ' αυτή και στη δεύτερη οι οργανικές συνέπειες από την παρατεταμένη ασιτία ή λανθασμένη διατροφή στα διάφορα όργανα και ιστούς του αναπτυσσόμενου εφήβου που πάσχει από ψυχογενή ανορεξία.

Η νόσος έχει μακροχρόνια πορεία με αυξομειώσεις στην ένταση των συμπτωμάτων και εναλλαγές των κυρίαρχων συμπτωμάτων και των τομέων που παρουσιάζεται ψυχοπαθολογία και ακόμη εναλλαγές μεταξύ βουλιμίας και ανορεξίας. Η πιθανότητα πλήρους ίασης σε περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας είναι λιγότερες από 50% σε διάστημα 10 ετών από την έναρξη των συμπτωμάτων, ένα ποσοστό 25-40% μεταπίπτει σε χρόνια και η θνητότητα μπορεί να φθάσει έως και 25% (10%-25%). Οι ασθενείς με σοβαρότερη νόσο έχουν χειρότερη πρόγνωση και σοβαρότερη ψυχοπαθολογία.

Οι σωματικές διαταραχές σε σοβαρού βαθμού ψυχογενή ανορεξία είναι πολλαπλές και με μακροχρόνιες συνέπειες. Τα κορίτσια με παρατεταμένη αμηνόρροια για

πολλούς μήνες πλέον του ενός έτους ή που έχουν μεγάλες περιόδους αμηνόρροιας κατά την μακροχρόνια πορεία της νόσου παρουσιάζουν συχνά προβλήματα πολυκυστικών ωοθηκών και μειωμένη γονιμότητα κατά την αναπαραγωγική περίοδο της ζωής τους και παρουσιάζουν προβλήματα στην κύηση όπως υπογλυκαιμία, υποθερμία, λοιμώξεις, και αυξημένη περιγεννητική θνητότητα. Επίσης η γέννηση με καισαρική τομή και η κατάθλιψη της λοχείας είναι συχνότερη στις έγκυες με ψυχογενή ανορεξία. Οι γυναίκες αυτές γεννούν παιδιά με χαμηλό βάρος γέννησης. Η χορήγηση ορμονικών σκευασμάτων για την διατήρηση και ρύθμιση της εμμήνου ρύσεως σε κορίτσια με ψυχογενή ανορεξία αποτελεί μία λύση, η οποία όμως συχνά αμφισβητείται.

Η οστεοπόρωση λόγω ορμονικών διαταραχών και χαμηλής πρόσληψης ασβεστίου σε αυτά τα κορίτσια είναι ένα σημαντικό πρόβλημα που χρήζει αντιμετώπισης. Ο οστέινος σκελετός προσλαμβάνει και εναποθέτει ασβέστιο κατά την παιδική και εφηβική ηλικία έως περίπου τα 20 -22 πρώτα χρόνια της ζωής μας. Ακριβώς σε αυτή την ηλικία εμφανίζεται και η ψυχογενής ανορεξία, όπου ο περιορισμός στην πρόσληψη ασβεστίου και φωσφόρου έχει καταστρεπτικές συνέπειες για αυτά τα κορίτσια που διατρέχουν κίνδυνο πρόωμης οστεοπενίας-οστεοπόρωσης και καταγμάτων σε σχετικά νεαρά ηλικία. Η ημερήσια πρόσληψη ασβεστίου και η ορμονική θεραπεία υποκατάστασης βοηθούν στο να μειώσουν αυτό το πρόβλημα⁴⁴.

Οι ορμονικές και μεταβολικές διαταραχές όμως είναι γενικότερες και τα κορίτσια αυτά παρουσιάζουν πολλές φορές υποθυρεοειδισμό, υπερέκκριση κορτιζόλης και ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υποκαλιαιμία, υπονατριαιμία) υπογλυκαιμία και υποθερμία. Ακόμη εάν τα συμπτώματα αρχίσουν σε νεαρή ηλικία πριν να ολοκληρωθεί η εφηβεία παρουσιάζεται αναστολή της ανάπτυξης, καθυστέρηση της ήβης και στασιμότητα στην κατά μήκος αύξηση αυτών των κοριτσιών.

Η Λεπτίνη είναι μια πρωτεΐνη που παράγεται από τον λιπώδη ιστό, τα λιποκύτταρα και δρα στον υποθάλαμο και έτσι ελέγχει την πρόσληψη τροφής για διατήρηση σχετικά σταθερού βάρους σώματος. Στα παχύσαρκα παιδιά παρατηρούνται υψηλά

⁴⁴ Mehler Philip S., (2002). Osteoporosis in Anorexia Nervosa: Prevention and Treatment, Department of Internal Medicine, Denver Health and the University of Colorado Health Sciences Center, Denver, Colorado.

επίπεδα Λεπτίνης στο περιφερικό αίμα. Η έκκριση Λεπτίνης είναι χαμηλή στα άτομα με ψυχογενή ανορεξία λόγω του χαμηλού ποσοστού λίπους που έχουν αυτά τα άτομα. Σε άτομα με ψυχογενή ανορεξία που νοσηλεύθηκαν λόγω πολύ χαμηλού Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) τα επίπεδα της Λεπτίνης αυξήθηκαν με την πρόσληψη βάρους, όμως παρέμεναν σε χαμηλότερα επίπεδα από τα κανονικά στα άτομα που είχαν χαμηλό βάρος σώματος. Σημαντικό στοιχείο που επηρεάζει την αύξηση της Λεπτίνης είναι σύμφωνα με τον Golden η ύπαρξη εμμήνου ρύσεως μαζί με την πρόσληψη βάρους σε κορίτσια με ψυχογενή ανορεξία⁴⁵. Έτσι η πρόσληψη βάρους δίχως έμμηνο ρύση δεν αύξανε ουσιαστικά τα επίπεδα της Λεπτίνης στο αίμα σε σύγκριση με κορίτσια που πέτυχαν να έχουν και έμμηνο ρύση. Το γεγονός αυτό συνδέει την έκκριση Λεπτίνης με την έκκριση των ορμονών του αναπαραγωγικού συστήματος ανεξάρτητα από την πρόσληψη ή όχι βάρους. Στο καρδιαγγειακό σύστημα παρουσιάζονται υπόταση, καρδιακές αρρυθμίες και καρδιομυοπάθεια.

Τα συχνότερα αίτια θνητότητας στα άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι τα καρδιακά αίτια. Όσον αφορά το γαστρεντερικό σύστημα παρουσιάζεται καθυστέρηση στην κένωση του στομάχου, μειωμένη κινητικότητα του εντέρου και δυσκοιλιότητα. Στα νεφρά παρουσιάζεται νεφρολιθίαση. Στο δέρμα παρουσιάζεται ξηροδερμία, τα μαλλιά γίνονται λεπτά, ξηρά και πέφτουν και κάποτε εμφανίζεται ένα χνούδι όπως αυτό που έχουν τα νεογνά για να μειώνεται η απώλεια θερμότητας. Στο νευρικό σύστημα παρατηρούνται δευτεροπαθείς αλλοιώσεις που τις περισσότερες φορές είναι αναστρέψιμες. Στο κεντρικό νευρικό σύστημα παρουσιάζεται διάταση των κοιλιών και αυλακών του εγκεφάλου, σε οξεία φάση της νόσου, λόγω αυξημένου εγκεφαλονωτιαίου υγρού και παθολογικό σήμα στην Αξονική τομογραφία και μείωση τόσο της λευκής όσο και της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου.

Σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία σε οξεία φάση της νόσου παρατηρείται αυξημένη έκκριση κορτιζόλης στα ούρα 24ώρου. Η υπερκορτιζολαιμία πιθανό να προκαλεί βλάβη στον εγκέφαλο. Η επίδραση των ανατομικών διαταραχών στις διανοητικές λειτουργίες του εγκεφάλου παραμένει ασαφής. Έχουν αναφερθεί διαταραχές στην όραση, ομιλία, μνήμη κ.α. και μερικές μελέτες δείχνουν βελτίωση στους πιο πάνω τομείς μετά την ύφεση της νόσου. Παρόλα αυτά χρειάζεται περαιτέρω μελέτη για την

⁴⁵ Golden H. et al. (2000) .From Prevention to Prognosis: Clinical Research Update on Adolescent Eating Disorders . Meeting Report. Pediatric Research 47: σσ. 709-712.

συσχέτιση των ανατομικών με τις λειτουργικές και διανοητικές λειτουργίες του εγκεφάλου σε άτομα με σοβαρή νόσο. Επιπρόσθετα, στο περιφερικό νευρικό σύστημα παρουσιάζεται περιφερική νευρίτιδα. Στο αιμοποιητικό σύστημα παρουσιάζεται αναιμία, λευκοπενία και θρομβοπενία.

Η πρόληψη αυτών των νοσημάτων είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα προαγωγής της δημόσιας υγείας. Η συχνότητα μεταξύ των νέων είναι υψηλή και συνεχώς αυξάνεται, επηρεάζουν την σωματική και ψυχική υγεία νέων ανθρώπων και αποτελούν δύσκολα περιστατικά με μακροχρόνια πορεία και πολύ υψηλό κόστος αντιμετώπισης. Η πρόληψη απαιτεί την ύπαρξη οργανωμένης μονάδας με ψυχίατρο, παιδίατρο, διαιτολόγο και κοινωνική λειτουργό⁴⁶.

Η πρωτογενής πρόληψη αποτελεί δύσκολη και πολύπλοκη υπόθεση όπως δύσκολα και πολύπλοκα είναι τα νοσήματα της. Έχουν γίνει κάποιες προσπάθειες πρόληψης με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Τα παιδιά που συμμετείχαν παρουσίασαν βελτίωση στο τρόπο που αντιμετωπίζουν τα μέσα ενημέρωσης, το πώς αντιλαμβάνονται το σώμα τους και τρόπους για να ελέγχουν το βάρος του σώματος τους. Τα σχολεία μπορούν να αποτελέσουν τα μέσα για ενημέρωση, εκπαίδευση και μεταφορά των σωστών μηνυμάτων προς τα παιδιά αυτής της τόσο κρίσιμης ηλικίας και να χρησιμεύσουν για σφαιρικά προγράμματα πρόληψης διατροφικών διαταραχών. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να ενισχύονται και να συμπληρώνονται από τα μέσα ενημέρωσης τα έντυπα μέσα, κοινωνικές δραστηριότητες και προγράμματα που να απευθύνονται στο κοινωνικό σύνολο. Ένα τέτοιο πιλοτικό πρόγραμμα 10 εβδομάδων, το “Free to be Me”, εφάρμοσε σε κορίτσια εφηβικής ηλικίας η Neumark-Sztainer και είχε πολύ καλή απήχηση στα παιδιά, στους γονείς τους και στην κοινωνία σαν σύνολο. Τα παιδιά βοηθήθηκαν ώστε να αποφεύγουν ανθυγιεινούς τρόπους ελέγχου του βάρους σώματος τους και να αποφεύγουν την υπερφαγία⁴⁷.

Η πρωτογενής πρόληψη σε ατομικό και σχολικό σχολικό, σε επίπεδο κοινότητας ή δήμου καθώς και σε κοινωνικό επίπεδο αποτελεί αναγκαιότητα για επιτυχία τέτοιων προγραμμάτων. Η συμμετοχή των σχολείων, εκπαιδευτικών, ιατρών και ιατρικών

⁴⁶ Evans et al. (2006). Treating and Preventing adolescent mental health disorders. Oxford University Press.

⁴⁷ Dianne Neumark -Sztainer, Peter J Hannam. Weight –Related Behaviours among Adolescent Girls and Boys. Results from a National Survey. Arch Pediatr Adolesc Med/ Vol 154. σσ: 569-577

υπηρεσιών των μέσων ενημέρωσης, των αθλητικών συλλόγων της εκκλησίας και άλλων οργανωμένων φορέων πρέπει να είναι ενεργός και να βοηθούν την όλη προσπάθεια.

Στη δευτερογενή πρόληψη (έγκαιρη διάγνωση της νόσου), σημαντικό ρόλο για καλύτερη έκβαση αυτών των νοσημάτων και γενικότερα των διατροφικών διαταραχών αποτελεί η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ιατρών, διαιτολόγων και των υπηρεσιών υγείας σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία, διατροφικές διαταραχές, βλαβερές δίαιτες και παχυσαρκία ώστε να ανιχνεύονται έγκαιρα τα ύποπτα περιστατικά.

Ο εντοπισμός των ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία αποτελεί βασικό σημείο. Είναι δύσκολη διαδικασία, καθώς η μυστικότητα είναι το κύριο στοιχείο που παρουσιάζουν όλοι οι ασθενείς. Ντρέπονται για την εμφάνισή τους και γι' αυτό που τους συμβαίνει, αποφεύγουν να το συζητάνε και αρνούνται οποιαδήποτε υπόνοια μπορεί να δημιουργηθεί στο άμεσο κοινωνικό περίγυρο. Τα βασικότερα χαρακτηριστικά των πασχόντων είναι η τελειομανία, η ευσυνειδησία, η συνέπεια, η επιθυμία να ευχαριστούν τους άλλους και να έχουν υψηλές επιδόσεις. Επίσης έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, δεν θέλουν να ρισκάρουν, τους αρέσει η μοναξιά, αποφεύγουν να καταπιάνονται με καινούργια πράγματα, έχουν μεγάλες πιθανότητες να εκδηλώσουν ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, κατάθλιψη και αυτοτραυματισμούς⁴⁸. Τα περισσότερα εμφανή συμπτώματα που παρουσιάζουν τα άτομα που πάσχουν συμπυκνώνονται στην εμμονή με το φαγητό, στη λανθασμένη εικόνα του εαυτού τους, στην άρνηση κατανάλωσης τροφής με τη χρήση οποιασδήποτε δικαιολογίας, στην επιλογή ρούχων σε μεγαλύτερο νούμερο από το πραγματικό, προκειμένου να καλύψουν τις ατέλειες του σώματός τους και το περιττό βάρος που νομίζουν ότι έχουν.

Η θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας είναι πολύπλοκη και μακροχρόνια. Οδηγίες για την αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών έχει δημοσιεύσει η Αμερικάνικη Εταιρεία Ψυχιατρικής. Οι οδηγίες τονίζουν την ανάγκη να υπάρχει πολύπλευρη εκτίμηση, ιατρική, ψυχολογική και κοινωνική εκτίμηση ενός εκάστου περιστατικού

⁴⁸ Δικτυακός τόπος www.tovima.gr. Δημοσίευση 26/02/2010.

και να αντιμετωπίζεται από ομάδα ειδικών που να αποτελείται από ψυχίατρο, παιδίατρο ή παθολόγο, ψυχολόγο, διαιτολόγο και κοινωνική λειτουργό. Η αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών θα πρέπει να βοηθήσει τους ασθενείς ώστε να διατηρήσουν ένα αποδεκτό επίπεδο διατροφής και να βελτιώσουν τις διατροφικές τους συνήθειες. Θα πρέπει να αντιμετωπίσουν και να βελτιώσουν τις λανθασμένες αντιλήψεις σε σχέση με το σώμα και το βάρος τους. Επίσης να αντιμετωπιστούν συνοδά ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα, αλλά και πιθανά προβλήματα στην οικογένεια και πιθανές λανθασμένες διατροφικές συνήθειες.

Συμπερασματικά οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον ασθενή και στην οικογένειά του συνοψίζονται στις ακόλουθες γενικές κατηγορίες: α) ανάπτυξη ενός καλού επιπέδου επικοινωνίας, β) παροχή άμεσης φροντίδας, γ) αγωγή υγείας, δ) συμβουλευτική ε) παραπομπή σε ειδικούς. Η ανάπτυξη καλής επικοινωνίας έχει θεραπευτικό χαρακτήρα γιατί ενδυναμώνει τους μηχανισμούς προσαρμογής, ανταπόκρισης και συμμόρφωσης του ασθενούς και της οικογένειας, ενώ η αγωγή υγείας και η συμβουλευτική είναι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που είναι συνυφασμένες με την αντιμετώπιση της ασθένειας. Η πολυπλοκότητα των προβλημάτων που ανακύπτουν από την ασθένεια αλλά και οι σύγχρονες τάσεις όσον αφορά στη φροντίδα, απαιτούν την ανάπτυξη αποτελεσματικής διεπαγγελματικής /διεπιστημονικής συνεργασίας και επιδίωξη της λειτουργίας της ομάδας υγείας⁴⁹.

Παράλληλα, η εκπαίδευση και συμβουλευτική ή και θεραπεία για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους είναι σημαντικότατο στοιχείο ενός θεραπευτικού σχεδίου⁵⁰. Τα ψυχιατρικά φάρμακα είναι επιπρόσθετα στην όλη αντιμετώπιση-θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας. Τα ψυχιατρικά φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση κάποιων συμπτωμάτων, συνοδών χαρακτηριστικών της ψυχογενούς ανορεξίας όπως της διάθεσης, του άγχους, της κατάθλιψης και κυρίως μετά την πρόσληψη ενός ικανοποιητικού σωματικού βάρους. Η οικογενειακή θεραπεία είναι σημαντική κυρίως όσο αφορά νεαρούς ασθενείς. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται για την καλύτερη κατανόηση της αιτιολογίας και του τρόπου αντιμετώπισης αυτών των

⁴⁹Palmer Bob, (2000). Helping People with Eating Disorders. Willey Publications.

⁵⁰Falloon, I.R.H. (2003). Family intervention for mental disorders: efficacy and effectiveness. World Psychiatry. σσ. 20-28.

καταστάσεων για βελτίωση της αποτελεσματικότητας των προσφερόμενων θεραπευτικών σχημάτων.

Ωστόσο, το οικονομικό κόστος αυτών των νοσημάτων είναι πολύ υψηλό και δυσβάστακτο για τις οικογένειες των ασθενών. Οι ασθένειες αυτές διαρκούν για πολλά χρόνια, υπάρχουν αυξομειώσεις της βαρύτητας της νόσου, πολλές φορές χρειάζεται εισαγωγή σε νοσοκομείο και νοσηλεία, απαιτείται πληθώρα επιστημόνων που θα ασχοληθούν με τον ασθενή και την οικογένεια του. Στις ΗΠΑ όπου ιδιωτικοί φορείς και ασφαλιστικές εταιρείες παρέχουν ιατροφαρμακευτική κάλυψη υπάρχουν προβλήματα γιατί δεν καλύπτουν αυτά τα νοσήματα ή δεν καλύπτουν πλήρως τα έξοδα αυτών των ασθενών ή βάζουν περιορισμούς στις ημέρες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας με αποτέλεσμα να δίνονται εξιτήρια πρόωρα και να αυξάνεται ο κίνδυνος υποτροπής της νόσου και ανάγκη επανεισαγωγής στο νοσοκομείο.

Επομένως, είναι ανάγκη το κράτος να οργανώσει μονάδες αντιμετώπισης τέτοιων ασθενών και να παρέχει πλήρη αγωγή και νοσηλεία σε αυτά τα σοβαρά νοσήματα. Ας μην ξεχνούμε πως η ψυχογενής ανορεξία είναι το ψυχιατρικό νόσημα με την μεγαλύτερη θνητότητα σε νεαρά άτομα και κυρίως κορίτσια.⁵¹ Ορισμένες κυβερνήσεις, ήδη χρησιμοποιούν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης προκειμένου να πείσουν τις γυναίκες ότι ένα πολύ αδύνατο σώμα δεν είναι θελκτικό. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι πιο αδύνατες γυναίκες απαντώνται στην Αυστρία - με Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) 23,67 όταν ο ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι 25. Η απαγόρευση των λιπόσαρκων μοντέλων από τις διαφημίσεις μόδας και τις πασαρέλες μπορεί να λειτουργήσει αποτρεπτικά στην «επιδημία» της νευρικής ανορεξίας, υποστηρίζει έρευνα του βρετανικού πανεπιστημίου LSE. Οι διάσημοι οίκοι μόδας και τα περιοδικά ακόμη χρησιμοποιούν πολύ αδύνατα μοντέλα στην παρουσίαση των προϊόντων τους με αποτέλεσμα πολλές, νέες κυρίως, γυναίκες να προβαίνουν σε επικίνδυνες για την υγεία τους δίαιτες. Επιστήμονες του LSE μελέτησαν περίπου 3.000 γυναίκες από τη Βρετανία και την υπόλοιπη Ευρώπη και διαπίστωσαν ότι το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον επηρεάζει τις αποφάσεις των νέων γυναικών που καταδικάζουν τους εαυτούς τους σε ασιτία προκειμένου να επιτύχουν το «ιδανικό» σωματικό βάρος. Σύμφωνα με τους ερευνητές η ανορεξία είναι μία

⁵¹ Χατζηγεωργίου Χ. (2004). Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. Παιδιατρική Ενημέρωση, 2004; 8: σσ.12-18

κοινωνικά μεταδιδόμενη ασθένεια και το 90% των περιπτώσεων αφορά σε νέες γυναίκες, μεταξύ 15 και 34 χρόνων. Ο οικονομολόγος του LSE δρ. Τζόαν Κόστα Φοντ και η Μιρέια Χόφρε Μπονέ από το City University υποστηρίζουν ότι ο περιορισμός της μαζικής κυκλοφορίας εικόνων αποστεωμένων μοντέλων και διασημοτήτων μπορεί να μειώσει την κοινωνική πίεση που νιώθουν οι γυναίκες για να είναι αδύνατες. «Η διαστρεβλωμένη αντίληψη που έχουν για τον εαυτό τους οι γυναίκες με διατροφικές διαταραχές και η σημασία της συμπεριφοράς των συνομηλίκων τους μπορεί να ωθήσει τις κυβερνήσεις να λάβουν δράση προκειμένου να επηρεάσουν τα πρότυπα και να αναπληρώσουν για την κοινωνική πίεση που δέχονται οι γυναίκες στο "παζάρι" μεταξύ του ιδανικού βάρους και της υγείας» γράφουν στη μελέτη τους⁵².

Ο νοσηλευτής είναι στη μοναδική θέση που προσφέρει πρακτικές συμβουλές δεδομένου ότι είναι αυτός με την πιο συχνή επικοινωνία με τον ασθενή. Μερικές βασικές οδηγίες για τους νοσηλευτές είναι οι εξής:

- ◆ Δώστε μια ισορροπημένη διατροφή πλούσια σε θερμίδες.
- ◆ Ζυγίστε τον έφηβο καθημερινά χωρίς να του αποκαλύπτετε την αύξηση βάρους.
- ◆ Μείνετε μαζί με τον έφηβο κατά την διάρκεια και μετά τα γεύματα.
- ◆ Επιβάλετε ανάπαυση μέχρι να περάσει η απειλητική για τη ζωή περίοδος.
- ◆ Καθορίστε μια γραπτή συμφωνία που περιγράφει σαφώς τις ευθύνες του εφήβου, όπως επίσης και αυτές του νοσηλευτικού προσωπικού, και περιλαμβάνει τη δίαιτα και τις δραστηριότητες .Αποφύγετε οποιαδήποτε συζήτηση για φαγητό.
- ◆ Χρησιμοποιήστε ρινογαστρικό καθετήρα για να ταΐσετε τον έφηβο, σύμφωνα με τις οδηγίες, αν συνεχίζεται η απώλεια βάρους.
- ◆ Ενθαρρύνετε τον έφηβο να ασχοληθεί με δραστηριότητες οι οποίες θα τον βοηθήσουν να εξοικειωθεί με την αντίληψη της εικόνας του σώματος, όπως οι συζητήσεις για την όρεξη πριν και μετά τα γεύματα.
- ◆ Χρησιμοποιήστε αναλογίες και ιστορίες που δείχνουν κατάλληλες ικανότητες επικοινωνίας και αντιμετώπισης.

⁵² Δικτυακός τόπος www.tovima.gr. Δημοσίευση 02/03/2012.

- ◆ Ενθαρρύνετε τον έφηβο με θερμό και γεμάτο κατανόηση τρόπο να αναγνωρίσει τις δυνάμεις του, τα ταλέντα του και τις δεξιότητες του.
- ◆ Σιγουρευτείτε ότι ο έφηβος δέχεται συνεχή φροντίδα από ομάδα υγείας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και εφαρμόστε το πρόγραμμα φροντίδας που αναπτύχθηκε από ψυχίατρο και ψυχολόγο.
- ◆ Συζητήστε με τον έφηβο την προοπτική ανάληψης ρόλου στην οικογένεια και την κοινωνία, και εκτιμήστε την καταλληλότητα της συμπεριφοράς του.
- ◆ Χρησιμοποιήστε θεατρικό παιχνίδι για να βοηθήσετε τον έφηβο να μάθει τις σωστές συμπεριφορές για το ρόλο της οικογένειας και της κοινωνίας. Προσφέρετε θετική ενίσχυση.
- ◆ Βοηθήστε τον έφηβο να διαλέξει υποδειγματικές συμπεριφορές που ικανοποιούν τις προσωπικές του ανάγκες αντί για τις λαμβανόμενες ανάγκες των άλλων.
- ◆ Διδάξτε τον έφηβο να χρησιμοποιεί δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων που θα τον βοηθήσουν να πετύχει ανάλογες με την ηλικία αναπτυξιακές εργασίες.
- ◆ Βοηθήστε τον έφηβο να κάνει τον διαχωρισμό ανάμεσα στις εξαρτημένες και τις ανεξάρτητες συμπεριφορές και να προσπαθήσει να επιτύχει μια ισορροπία ανάμεσα στις δύο.
- ◆ Διδάξτε τον έφηβο αποτελεσματικές δεξιότητες επικοινωνίας και κοινωνικοποίησης.
- ◆ Εξασφαλίστε συνεχή λεκτική και μη λεκτική ανατροφοδότηση στην επικοινωνία με τον έφηβο.
- ◆ Συντονίστε τη στήριξη του εφήβου από τους γονείς και τους φίλους.

Παράλληλα, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας πρέπει να καταγράφονται τα εξής στοιχεία:

- ◆ Η κατάσταση του εφήβου και η εκτίμηση των ευρημάτων κατά την εισαγωγή
- ◆ Οι αλλαγές στην κατάσταση του εφήβου
- ◆ Τα σχετικά εργαστηριακά και διαγνωστικά ευρήματα
- ◆ Το ισοζύγιο υγρών
- ◆ Η πρόσληψη τροφής
- ◆ Η συμπεριφορά η αύξηση βάρους
- ◆ Η συμμετοχή των γονέων στη θεραπεία

- ◆ Η εκμάθηση οδηγιών στον ασθενή και την οικογενειά του
- ◆ Οι οδηγίες για τη σχεδιαζόμενη έξοδο από το νοσοκομείο
- ◆ Τα σχέδια μακροχρόνιας παρακολούθησης

Τέλος, δεν πρέπει κανείς να ξεχνά ότι η ανορεξία στην πραγματικότητα δεν βρίσκεται μόνο στον κόσμο των «αστεριών» αλλά υπάρχει παντού και είναι τόσο κοντά μας που μπορεί να την συναντήσουμε και στο ίδιο μας το σπίτι.

Βιβλιογραφία

Ελληνική βιβλιογραφία

1. Βάρβογλη Λ. (2005). «Τι συμβαίνει στο παιδί;» Νευροεξελκτικές διαταραχές της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας, εκδόσεις Καστανιώτη.
2. Γαλανοπούλου-Ζαμπετάκης- Μαύρη-Σι. (2007). Διατροφή και χημεία τροφίμων. Εκδόσεις Σταμούλη Α.Ε.
3. Γιακουμιδάκης Κ, Μόνιου Α. (2009). Παροχή άνεσης στους ασθενείς με συμπτώματα εκτός πόνου: Ευρύτερη προσέγγιση. Νοσοκ. Χρονικά, 71, Συμπλήρωμα, σσ. 280-290.
4. Γονιδάκης Φ. (2008). Ψυχογενής ανορεξία. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις. Αθήνα
5. Γονιδάκης Φ. (2011). Διαταραχές πρόσληψης τροφής, Γνωσιακή - συμπεριφοριστική προσέγγιση. Εκδόσεις Πεδίο.
6. Δεδούκος Σ. (2005). Οδηγός διατροφής. Εκδόσεις Αθλότυπο.
7. Δικτυακός τόπος el.wikipedia.org.
8. Δικτυακός τόπος www.iatronet.gr.
9. Δικτυακός τόπος www.tovima.gr. Δημοσίευση 26/02/2010.
10. Δικτυακός τόπος www.tovima.gr
11. Εμμανουηλίδου Κ. (2011). Ψυχολογία της διατροφής, Πώς οι διατροφικές συνήθειες αντανakλούν τον συναισθηματικό μας κόσμο. Εκδόσεις Μεταίχμιο.
12. Καππάτου Α. (2007). Εφηβεία Συμβουλές σε γονείς για μια αρμονική σχέση με τους εφήβους. Εκδόσεις Modern Times.
13. Κατημερτζόγλου Ι. (2010). Μεσογειακή Διατροφή. Εκδόσεις Έλλην
14. Κατσιλάμπρος Ν. (2010). Κλινική διατροφή. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
15. Μιχαλοπούλου Α-Μ.(2002). Ο ρόλος των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση της διαταραχής της εικόνας σώματος του ασθενούς. Νοσηλευτική, Νο. 3. σσ. 253-257.
16. Μπαζαίος Κ..(2010). Συνδυασμοί βιταμίνες, Τα μυστικά της υγιεινής διατροφής. Εκδόσεις Μπαζαίος.
17. Παπαδιώτη- Αθανασίου Β. (2000). Οικογένεια και όρια: συστηματική προσέγγιση. Αθήνα.
18. Συλλογικό έργο. (2010). Κλινική Διατροφή. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.

19. Χατζηγεωργίου Χ. (2004). Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. Παιδιατρική Ενημέρωση, 2004; 8: σσ.12-18
20. Χριστοδούλου, Γ.Ν. & συνεργάτες (2004). «Ψυχιατρική». Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

Ξένη βιβλιογραφία

21. Anton, S.D., Perri, & M.G. & Riley, J.R. (2000). Discrepancy between actual and ideal body images. Impact on eating and exercise behaviors. Eating Behaviors, 1, σσ. 153-160.
22. Carei R. et al. (2010). Randomized Controlled Clinical Trial of Yoga in the Treatment of Eating Disorders. Journal of Adolescent Health. Volume 46, Issue 4 , σσ. 346-351.
23. Collier, D.A. (2002). The Etiology of Eating Disorders. Institute of Psychiatry: London.
24. Dianne Neumark -Sztainer, Peter J Hannam. Weight –Related Behaviours among Adolescent Girls and Boys. Results from a National Survey. Arch Pediatr Adolesc Med/ Vol 154. σσ: 569-577.
25. Evans, D.L., Foa, E.B., Gur, R.E., Hendin, H., O’Brien, C.P., Seligman, M.E.P., Walsh, B.T. (2006). Treating and Preventing adolescent mental health disorders. Oxford University Press.
26. Falloon, I.R.H. (2003). Family intervention for mental disorders: efficacy and effectiveness. World Psychiatry. σσ. 20-28.
27. Galmin R. Ανακουφιστική φροντίδα: παρελθόν, παρόν και μέλλον. (2004) Στο: Kinghorn S, Galmin R. (eds). Ανακουφιστική Νοσηλευτική: εξασφαλίζοντας ελπίδα και ποιότητα ζωής. 1η εκδ, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, σσ. 15-27.
28. Golden H. et al. (2000) .From Prevention to Prognosis: Clinical Research Update on Adolescent Eating Disorders . Meeting Report. Pediatric Research 47: σσ. 709-712.
29. Gruner H. (2002). Βασικές αρχές υγιεινής διατροφής. Ευρωπαϊκές Τεχνολογικές Εκδόσεις.

30. Hilde B. (2001). *The Golden Cage: The Enigma Of Anorexia Nervosa*. Harvard University Press.
31. Hout C. (2002). *Discovery, invention, and the expansion of the modern Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders*. American Psychological Association.
32. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). (2008). *Health care guidelines: Palliative care*. 2nd ed. ICSI web site. Available at: http://www.icsi.org/palliative_care/palliative_care_11918.html.
33. Kass-Bartelmes BL, Hughes R. (2004). Advance care planning: preferences for care at the end of life. *J Pain Palliat Care Pharmacother*, 18 (1): σσ. 87-109.
34. Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. (2000). *Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials*. USA: W.B. Saunders Company. σσ 447-459
35. Kim S. (2003). Role of Fluoxetine in Anorexia Nervosa. *The annals of pharmacotherapy*. vol. 37 no. 6. σς. 890-892.
36. Lask Bryan and Bryant-Waugh Rachel, (2000). *Anorexia Nervosa and Related eating Disorders in Childhood and Adolescence*.
37. Lock G. (2007). *Εγχειρίδιο θεραπείας για την ψυχογενή ανορεξία*. Αθήνα, Εκδόσεις Πατάκη.
38. Lemone P, Bruke K. (2006). Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με διαταραχές θρέψης. Στο: Lemone P, Bruke K. (eds). *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική: κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς*. 3η εκδ. Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός. σσ.667-690.
39. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, et al. (2008). Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med*, 148 (2):σσ.147-159.
40. Mehler Philip S., (2002). *Osteoporosis in Anorexia Nervosa: Prevention and Treatment*, Department of Internal Medicine, Denver Health and the University of Colorado Health Sciences Center, Denver, Colorado.
41. Morton, R. (1689): *Phthisiologica: Or a treatise of consumption*. London.
42. O' Brien K., Vincent N. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review*. Volume 23, Issue 1, σσ. 57–74.
43. Palmer Bob, (2000). *Helping People with Eating Disorders*. Willey Publications.

44. Price B. (2003). *Studying Nursing Using Problem-Based and Enquiry-Based Learning*. Palgrave Macmillan.
45. Rossi, Lino M. (2006). Σύγχρονος ιατρικός και ψυχολογικός οδηγός για παιδιά και εφήβους. Εκδόσεις Σοκόλη – Κουλεδάκη.
46. Taylor C, Lillis C, Lemone P. (2002). Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Διεργασία. Στο: Taylor C, Lillis C, Lemone P (eds). *Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής: η επιστήμη και η τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας*. 3η εκδ. Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη. σσ. 246-255.
47. Touyz S. (2003). The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa. *European child and adolescent psychiatry*. Vol. 12. Supplement 1 (2003).
48. World Health Organization. Δικτυακός τόπος www.who.int.