

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΟΝ 21^ο ΑΙΩΝΑ,
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ »**



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

**ΑΛΕΤΡΑ ΕΥΧΑΡΙΣ
ΛΕΑΡΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ**

ΠΑΤΡΑ 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	5
Εισαγωγή	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 Ορισμός Νευρογενούς Ανορεξίας.....	9
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	9
1.3 Επιδημιολογία.....	11
1.4 Η Νευρογενής Ανορεξία στους άνδρες.....	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΟΝ 21ο ΑΙΩΝΑ

2.1 Η «ισχνή ομορφιά» στον 21ο αιώνα.....	15
2.2 Εφηβεία και δυσαρέσκεια από το σώμα.....	16
2.3 ΜΜΕ και πρότυπα ομορφιάς.....	16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

3.1 Χαρακτηριστικά γνωρίσματα Νευρογενούς Ανορεξίας.....	19
3.2 Ενδείξεις έναρξης της νόσου.....	21
3.3 Διαγνωστικά κριτήρια της Νευρογενούς Ανορεξίας.....	21
3.3.1 Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV.....	23
3.3.2 Διαγνωστικά κριτήρια κατά ICD-10.....	24
3.3.3 Κριτήρια κατά Sours.....	25
3.3.4 Κριτήρια κατά Katherine A. Halmi.....	25
3.3.5 Κριτήρια κατά Feighner τα οποία είναι όμοια με τα κριτήρια DSM-III.....	26
3.4 Διαφορική διάγνωση.....	26
3.4.1 Οργανική αιτιολογία και ψυχογενείς ισχνότητες.....	27
3.4.2 Άτυπες Ανορεξίες.....	28
3.5 Σχέση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας με τη Νευρογενή Ανορεξία.....	28
3.6 Εξαιρετικά ιδιόμορφες ψυχολογικές συνθήκες.....	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ-ΠΡΟΓΝΩΣΗ-ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

4.1 Κλινικές μορφές	35
4.2 Παθολογικά ευρήματα και σημεία	38
4.3 Επιπλοκές της νόσου	40
4.4 Πρόγνωση της νόσου.....	41
4.5 Βιολογικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις.....	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

5.1 Γενετικοί Παράγοντες	47
5.2 Οικογενειακοί παράγοντες	48
5.3 Ψυχολογικοί- Ψυχοδυναμικοί παράγοντες.....	53
5.4 Κοινωνικοί παράγοντες	54
5.5 Βιολογικοί παράγοντες.....	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΘΕΡΑΠΕΙΑ

6.1 Θεραπευτική παρέμβαση.....	55
6.2 Στόχος θεραπείας.....	55
6.3 Ψυχοθεραπεία	57
6.3.1 Γνωσιακή - Συμπεριφορική θεραπεία	58
6.3.2 Οικογενειακή θεραπεία	59
6.3.3 Ομαδική ψυχοθεραπεία	60
6.3.4 Ψυχοδυναμική θεραπεία.....	61
6.3.5 Διαπροσωπική θεραπεία.....	62
6.4 Διατροφική παρέμβαση- Αποκατάσταση βάρους	62
6.5 Ενδονοσοκομειακή θεραπεία	63
6.6 Φαρμακευτική θεραπεία	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

7.1 Στόχοι νοσηλευτικής παρέμβασης	70
7.2 Προληπτική Νοσηλευτική Παρέμβαση.....	70
7.2.1 Πρωτογενής Πρόληψη.....	71
7.2.2 Δευτερογενής Πρόληψη	72
7.2.3 Τριτογενής Πρόληψη.....	73

7.3 Βασικά σημεία νοσηλευτικής φροντίδας κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο	74
7.3.1 Νοσηλευτική εκτίμηση.....	74
7.3.2 Νοσηλευτική διάγνωση	75
7.3.3 Σχεδιασμός (Στοχοθεσία)	75
7.3.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	76
7.3.5 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με Νευρογενή Ανορεξία εφαρμόζοντας την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας	78
Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	87
Περίληψη	88
Summary	90
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	91

Πρόλογος

Εκατόν πενήντα χρόνια αφότου πρωτοπεριγράφηκε, η Ψυχογενής Ανορεξία συνεχίζει να προβληματίζει τους επιστήμονες ως προς την αιτιολογία και τη διάγνωση αλλά κυρίως ως προς την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση ή πρόληψή της. Οι περιπτώσεις που εντάσσονται στις «άτυπες» μορφές των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής αυξάνονται και τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου αντιμετωπίζονται από αρκετούς μελετητές με σκεπτικισμό. Η αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας θεωρείται τόσο πολυπαραγοντική που καμία από τις υπάρχουσες θεωρίες (βιολογική, γνωστική, συστημική και ψυχοδυναμική) δεν καταφέρνει να εξηγήσει πλήρως από μόνη της τις κλινικές εκφράσεις της νόσου. Η κοινωνική διάσταση φαίνεται να διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Παρόλ' αυτά, υπάρχουν τελευταία αξιόλογες προσπάθειες να τεθεί ένα πιο ξεκάθαρο πλαίσιο αντιμετώπισης της νόσου σε σχέση –πρωτίστως– με τη βαρύτητα των κλινικών χαρακτηριστικών στην πορεία της διαταραχής. Αν και κάποιες θεραπείες φαίνονται αποτελεσματικότερες από κάποιες άλλες, η πρόοδος που έχει επιτευχθεί σε αυτόν τον τομέα παραμένει μη ικανοποιητική¹.

Η Νευρογενής Ανορεξία είναι ψυχιατρική διαταραχή με διάφορες επιπλέον διαταραχές εκτός από την διατροφική συμπεριφορά του ατόμου. Ουσιαστικά αναφέρεται ως η ανικανότητα μερικών ατόμων να διατηρηθούν στο ελάχιστο επιθυμητό βάρος για την ηλικία τους απέχοντας σχεδόν ακόμη και 85% από το ιδανικό². Οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται συχνότερα στις Δυτικές χώρες όπου οι τροφές βρίσκονται σε αφθονία και σε υψηλότερα κοινωνικά στρώματα. Τα πρότυπα ομορφιάς και ιδανικής σιλουέτας στις γυναίκες φλερτάρουν με το υπερβολικά αδύνατο και αδύναμο σώμα. Τα άτομα έχουν έντονο φόβο για αύξηση του βάρους ακόμα και αν είναι ελλειποβαρή.

¹ Λαγούδης Α., Μποζίκας Β., (2009): Ψυχογενής ανορεξία: Διαγνωστικά λαβύρινθος και θεραπευτικά γρίφος. Ψυχιατρική, 20:129–131.

² Kaustav C., Debasish B., (2010): Management of anorexia and bulimia nervosa. An evidence based-review. Indian J Psychiatry, Apr - Jun 52(2): 174–186. □ □

Χρησιμοποιούνται εξαντλητικές και υπερβολικές δίαιτες αδυνατίσματος καθώς και έντονη άσκηση ³.

Δεν είναι ακριβής ακόμη ο λόγος για τον οποίο εμφανίζεται η ανορεξία αλλά πιστεύεται ότι συντελείται από την ύπαρξη πολλών παραγόντων όπως γενετικοί και ορμονικοί. Πιο ευάλωτα εμφανίζεται να είναι τα άτομα νεαρής ηλικίας όπως και οι γυναίκες και ειδικότερα αυτές με υψηλούς στόχους και ακαδημαϊκή εκπαίδευση ⁴.



³Attia E., Walsh BT., (2009): Behavioral management of anorexia nervosa. N Engl J Med. (360): 500-506. □ □

⁴ American Psychiatric Association (2006): Treatment of patients with eating disorders, third edition. Am J Psychiatry 163(7): 4-54.

Εισαγωγή

Η Νευρογενής Ανορεξία αποτελεί μια από τις σημαντικότερες διατροφικές διαταραχές του 21^{ου} αιώνα η οποία πλήττει κατά κύριο λόγο το γυναικείο φύλο σε νεαρή ηλικία. Είναι μια ψυχική διαταραχή, με συναισθηματική βάση, η οποία οδηγεί σε καχεξία και διαταραχές της θρέψης που πολλές φορές μπορεί να απειλήσουν τη ζωή. Πρόκειται για μια πολυπαραγοντική νόσο όπου το άτομο διακατέχεται από μια παθολογική έμμονη επιθυμία να χάσει βάρος. Αναπτύσσεται κάτω από ένα ειδικό ψυχολογικό υπόστρωμα. Ο ασθενής κυριαρχείται από αισθήματα κατάθλιψης και απόσυρσης, αρνείται ως επί το πλείστον την παθολογική του κατάσταση και βρίσκεται σε αντίθεση με το οικογενειακό του περιβάλλον. Η νόσος συνοδεύεται από διάφορα κλινικά σημεία όπως ελάττωση της αρτηριακής πίεσης και του βασικού μεταβολισμού, αμηνόρροια, απίσχναση, υποτονική σεξουαλική ζωή και συμπτώματα αβιταμίνωσης.

Στην παρούσα εργασία γίνεται λεπτομερής ανάλυση της διατροφικής αυτής διαταραχής ώστε να καταστεί όσο το δυνατόν πιο σαφής η αιτιοπαθογένεια της νόσου, οι κλινικές εκδηλώσεις της και η θεραπεία. Σκοπός της είναι η βαθύτερη κατανόηση της Νευρογενούς Ανορεξίας καθώς και η ενημέρωση σχετικά με τους παράγοντες που συμβάλλουν στην έναρξη της. Επιπλέον τονίζεται η σημασία της συμβολής της νοσηλευτικής σχετικά με την πρόληψη και την θεραπεία της ψυχοπαθολογικής αυτής κατάστασης με απώτερο στόχο την πλήρη αποκατάσταση του ασθενή.

Με την έναρξη του Πρώτου Κεφαλαίου γίνεται εννοιολογική προσέγγιση της Νευρογενούς Ανορεξίας και η διάκριση της ανάμεσα στα δυο φύλα, ενώ παράλληλα πραγματοποιείται λεπτομερής αναφορά ως προς την ιστορική αναδρομή της νόσου και τα επιδημιολογικά της στοιχεία.

Το Δεύτερο Κεφάλαιο εστιάζει στο «σήμερα», τον 21^ο αιώνα, εξετάζοντας την μάστιγα των νέων προτύπων της ‘‘ισχνής’’ ομορφιάς στον πληθυσμό και την ουσιαστική επίδραση που έχουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης κυρίως κατά την εφηβική ηλικία.

Στη συνέχεια, στο Τρίτο Κεφάλαιο παρουσιάζονται όλα τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα ενός ατόμου που πάσχει από τη νόσο και οι πιθανές ενδείξεις έναρξης της. Επιπρόσθετα, γίνεται διεξοδική ανάλυση όλων των διαγνωστικών μέτρων και κριτηρίων για την επιβεβαίωση ύπαρξης διατροφικής διαταραχής και τέλος, γίνεται λόγος για τον ρόλο που διαδραματίζει η προσωπικότητα και η ψυχοπαθολογία του ατόμου.

Στο Τέταρτο Κεφάλαιο, βλέπουμε την κλινική εικόνα του ασθενή. Αναλύονται οι κλινικές μορφές της διαταραχής, τα παθολογικά ευρήματα και οι επιπλοκές που δύναται να δημιουργηθούν.

Στα Κεφάλαια Πέντε και Έξι, αναλύονται όλα τα αίτια πρόκλησης της νόσου, γενετικά, βιολογικά, οικογενειακά, ψυχοδυναμικά και κοινωνικά και ακολουθεί λεπτομερής ανάλυση των θεραπευτικών μεθόδων, εξωνοσοκομειακών και ενδονοσοκομειακών.

Τέλος, η παρουσία του Εβδόμου Κεφαλαίου αποσκοπεί στην κατανόηση της σημασίας της νοσηλευτικής παρέμβασης, ώστε να γίνει αντιληπτό πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στον ανόρεκτο ασθενή από την διαδικασία της πρόληψης μέχρι την εισαγωγή στο νοσοκομείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 Ορισμός Νευρογενούς Ανορεξίας

Η Νευρογενής Ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται μήπως πάρει βάρος ⁵. Αποτελεί μια σοβαρή ψυχοπαθολογική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα διατήρησης υγιούς σωματικού βάρους με αποτέλεσμα πιθανές σοβαρές συνέπειες ⁶. Αναλυτικότερα, η ασθένεια έχει συναισθηματική βάση και αρχίζει με ηθελημένο περιορισμό της τροφής. Το άτομο υποβάλλεται σε αυστηρή δίαιτα από το φόβο της παχυσαρκίας ή από αδικαιολόγητη ανησυχία από την ανάπτυξη του στήθους της. Προοδευτικά η όρεξη χάνεται και εμφανίζεται μια απέχθεια προς τις τροφές. Η έμμηνη ροή αναστέλλεται. Καμιά φορά προηγείται η αμηνόρροια της ανορεξίας. Δημιουργείται δυσκοιλιότητα και προοδευτική απώλεια του σωματικού βάρους, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε καχεξία η ακόμη και θάνατο ⁷.

1.2 Ιστορική αναδρομή

Οι περιγραφές περιστατικών, που θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν ως περιστατικά Νευρογενούς Ανορεξίας, ανευρίσκονται πολλά χρόνια πριν. Το 1689, σε μια διατριβή με θέμα την κατανάλωση, 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», την οποία ο Morton αποκάλεσε «νευρική κατανάλωση» αναγνωρίζοντας έτσι τους σημαντικούς ψυχολογικούς παράγοντες. Μετά την πρώτη αυτή επίσημη αναφορά σε τέτοιο περιστατικό, το 1873 ο καθηγητής της Ιατρικής στο

⁵ Bruch H. (1973): Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the person with in. New York, Basic Books.

⁶ Mehler P., Winkelman A., Andersen D., Gaudiani J. (2010): Nutritional rehabilitation, Practical Guidelines for Refeeding the Anorectic Patient. Journal of nutrition and metabolism, Vol 2010: 1-7.

⁷ Γεωργάρας Α. (1996): Συνοπτική Ψυχιατρική. Έκδοση 1^η, Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα.

Παρίσι Ernest Laségue δημοσίευσε άρθρο του με τίτλο «Περί της Υστερικής Ανορεξίας». Στο άρθρο αυτό ο Laségue περιέγραφε 8 περιπτώσεις ασθενών, κυρίως νεαρών γυναικών, στις οποίες η έναρξη της νόσου είχε προκληθεί από κάποιο συγκινησιακό ερέθισμα, εστιάζοντας και αυτός με κάποιο τρόπο στους υποβόσκοντες ψυχολογικούς παράγοντες έναρξης της νόσου. Ο Laségue έδωσε έμφαση στο αίσθημα ικανοποίησης που βίωναν οι ίδιοι οι ασθενείς για την κατάστασή τους, το οποίο αίσθημα ερχόταν σε αντίθεση με την έντονη ανησυχία και τις απειλές των μελών της οικογένειάς τους.

Το σύνδρομο της Νευρογενούς Ανορεξίας αναγνωρίστηκε ξεκάθαρα και χρησιμοποιήθηκε αυτός ο όρος για την ονομασία του στα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο «anorexia nervosa», ήταν ο Sir William Gull, ένας γιατρός του νοσοκομείου Guy's του Λονδίνου σε άρθρο που δημοσιεύθηκε το 1874. Στο άρθρο αυτό περιέγραφε τα ιστορικά 4 περιπτώσεων εκ των οποίων η μία είχε καταλήξει στο θάνατο. Οι κλινικές περιγραφές του Gull ήταν παρόμοιες με αυτές του Laségue. Τα κυρίαρχα κλινικά χαρακτηριστικά που περιγράφηκαν σχεδόν 100 χρόνια πριν, έχουν αξιοσημείωτη ομοιότητα με αυτά που παρουσιάζονται στους ασθενείς σήμερα. Είναι πιθανό κάποιες περιπτώσεις Νευρογενούς Ανορεξίας να είχαν αναγνωρισθεί και πριν τον 19^ο αιώνα.

Μετά τις περιγραφές του 19^{ου} αιώνα, η νοσολογική οντότητα της Νευρογενούς Ανορεξίας συσκοτίστηκε καθώς υπήρξε σύγχυση της νόσου αυτής με την πανυποφυσιακή καχεξία, την οποία περιέγραψε ο Simmonds το 1914. Λίγα χρόνια αργότερα, το 1949, διαφοροποιείται η έννοια της Νευρογενούς Ανορεξίας από τη γενικευμένη υπολειτουργία της υπόφυσης, αλλά το γεγονός ότι ο όρος «ανορεξία» παρέπεμπε σε μια υπεργενικευμένη αποφυγή λήψης τροφής συνέβαλε στην παράταση της σύγχυσης μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1970. Τα πράγματα άρχισαν να ξεκαθαρίζουν με τη βοήθεια κάποιων σημαντικών θεωρητικών όπως η Bruch (1966), που μέσα από τις εργασίες της περιέγραψε τη χαρακτηριστική «ανυποχώρητη επιδίωξη της ισχύτητας», ο Grisp (1967), που αναγνώρισε τον καθοριστικό ρόλο της «φοβίας του πάχους», και ο Russell με τις δημοσιεύσεις του κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970.

Οι προαναφερθέντες καθώς κι άλλοι θεωρητικοί με το έργο τους συνέβαλλαν στο να τεθούν οι βάσεις για την κατανόηση της νοσολογικής οντότητας της «πρωτοπαθούς» Νευρογενούς Ανορεξίας και στη συνέχεια να αναγνωρισθούν και να καθοριστούν τα κριτήρια για τη διάγνυσή της. Η μακρά ιστορία της Νευρογενούς Ανορεξίας υποδεικνύει ότι, αν και σημειώνονται αλλαγές στις κοινωνικές νόρμες σχετικά με το τι είναι αισθητικά επιθυμητό και οι νόρμες αυτές μπορεί να έχουν παίξει κάποιο ρόλο στην αύξηση της συχνότητας της Νευρογενούς Ανορεξίας, τελικά δε φαίνεται να εξηγούν την αρχική εμφάνιση του συνδρόμου ⁸.

1.3 Επιδημιολογία

Η Νευρογενής Ανορεξία αποτελεί ως επί το πλείστον νεανική διαταραχή με μέση ηλικία έναρξης τα 17 έτη. Παρόλο αυτό όμως μπορεί να κάνει την εμφάνισή της και σε ηλικίες μικρότερες ή μεγαλύτερες από αυτήν της εφηβικής περιόδου ⁹. Η νόσος συνδέεται συχνά με κατάθλιψη και άλλες διαταραχές της διάθεσης και είναι πολύ συχνότερη στο γυναικείο φύλο (10-20 φορές) παρά στο ανδρικό καθώς οι περισσότερες μελέτες μέχρι τώρα δείχνουν ότι οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίζουν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και κακή εικόνα σώματος σε σχέση με τους άνδρες ¹⁰. Από μια σειρά κλινικοεπιδημιολογικών ερευνών βρέθηκε ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν μεγάλη συχνότητα μεταξύ κοριτσιών 12-17 ετών και νεαρών γυναικών 18-20 ετών, ενώ είναι ανύπαρκτες σχεδόν στις αντίστοιχες ηλικίες στους άνδρες ¹¹. Η Νευρογενής Ανορεξία απαντάται κυρίως στις ανεπτυγμένες Δυτικές, Βιομηχανικές χώρες ενώ σπανίζει σε χώρες του τρίτου κόσμου. Υψηλότερη συχνότητα παρατηρείται στην Καυκάσια φυλή, στις μεσαίες και ανώτερες κοινωνικοοικονομικές

⁸ Σπάνου Β., Καζάνη Ζ., Τριπόδης Ν. (2008): Διαταραχές πρόσληψης τροφής. Νευρογενής Ανορεξία, Αθήνα.

⁹ Ράπτης Σ. (1998): Εσωτερική Παθολογία. Τόμος 4ος, 1^η έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.

¹⁰ Costarelli V., Demerzi M., Stamou D., (2009). Disordered eating attitudes in relation with body image and emotional intelligence in young women. The British Dietetic Association, J Hum Nutr Diet, 22, pp. 239–245.

¹¹ Wakeling A. (1996): Epidemiology of anorexia nervosa. Psychiatry Res, 62(1): 3-9.

τάξεις, καθώς και σε ομάδες επαγγελματιών όπου το σωματικό βάρος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο όπως για παράδειγμα μοντέλα, γυμνάστριες, αθλήτριες κ.α ¹².

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Επίπτωση 0.5 – 1%

Κορίτσια / αγόρια 20/1

Υψηλή κοινωνικο-οικονομική θέση

Λευκή φυλή

Υψηλό μορφωτικό επίπεδο, πολύ καλή σχολική-ακαδημαϊκή επίδοση

Ηλικία : Δεύτερη δεκαετία της ζωής

- 13-20 ετών: 85%
- Έναρξη στην παιδική ηλικία: 3%
- Δικόρυφη καμπύλη εμφάνισης της νόσου

Σημαντική αύξηση επίπτωσης της νόσου

Αύξηση της επίπτωσης στα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα

Αύξηση της επίπτωσης σε άλλες φυλές

Αύξηση της επίπτωσης στις αναπτυσσόμενες χώρες

(Lucas AR, Beard CM, O' Fallon WM, Kurland LT., (1991))

¹²Χαριζάνη Φ., Νεστορίδου Α., Καρακάση Α., Ζάγκαλη Θ., Θεωδορίδου Κ. (2011): Νευρογενής Ανορεξία σε γυναικείο πληθυσμό. Τεχνολογικά Χρονικά, 25: 35-38.

1.4 Η Νευρογενής Ανορεξία στους άνδρες

Η πρώτη ιστορική καταγραφή διατροφικής διαταραχής σε άτομο αρσενικού γένους, έγινε το 1694, από τον Άγγλο ιατρό Morton. Επρόκειτο για ένα νεαρό γόνο αριστοκρατικής οικογένειας που απείχε της τροφής και παρουσίαζε την εικόνα ψυχικής και σωματικής καθίζησης που συναντάται στους σύγχρονους ανορεκτικούς. Κατά τον 19^ο αιώνα και το πρώτο μισό του 20^{ου}, υπάρχουν σχεδόν μηδενικές αναφορές σε διατροφικά προβλήματα στους άνδρες. Είναι δύσκολο να γνωρίζουμε αν πράγματι εξέλειπαν αυτές οι διαταραχές ή η ελάχιστη επικράτηση οφειλόταν στη διαφορική διάγνωση, λόγω της ιατρικής πεποίθησης ότι οι διατροφικές διαταραχές αποτελούσαν γυναικείο ζήτημα. Η στασιμότητα στα ποσοστά διατροφικής διαταραχής στους άνδρες, ενίσχυσε την άποψη ότι, αντίθετα με τις γυναίκες, αναπτύσσουν άτυπες μορφές διαταραχής ή ότι το πρόβλημα περιορίζεται στους ομοφυλόφιλους.

Ιστορικά, η μικρότερη επικράτηση της Νευρογενούς Ανορεξίας στους άνδρες, έχει αποδοθεί σε βιολογικούς, κοινωνικο-πολιτισμικούς και ψυχοδυναμικούς παράγοντες, στην απροθυμία τους να ζητήσουν θεραπεία και στην προδιάθεση του ιατρικού προσωπικού να προβεί σε διαφορική διάγνωση. Η δυσκολία διάγνωσης των ανδρών με Νευρογενή Ανορεξία, έχει αποδοθεί και στις διαφορές μεταξύ των φύλων, στη λεκτική περιγραφή προβλημάτων, στο σχήμα και βάρος του σώματος και στους λόγους που ωθούν στη δίαιτα ¹³. Σύμφωνα με έρευνες τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αλλαγή τόσο στην στάση όσο και στην συμπεριφορά των ανδρών ως προς την εξωτερική τους εμφάνιση και το σχήμα του σώματός τους. Οι άνδρες που δεν είναι ικανοποιημένοι με την μυϊκή τους δύναμη βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψης και χαμηλής αυτοεκτίμησης ¹⁴. Σε αντίθεση με το γυναικείο φύλο όπου ένα πιο αδύνατο

¹³ Θεοδοσοπούλου Φ. (2012): Διερεύνηση διαταραχών διατροφής σε μαθητικό πληθυσμό σε συνάρτηση με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

¹⁴ Olivardia R., Pope H., Borowiecki J., Cohane G., (2004). Biceps and body image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms. *Psychology of men and Masculinity*, (5): 112-120.

σώμα καθορίζει την ωραία εξωτερική εμφάνιση, στους άνδρες η ωραία εικόνα σώματος αποτελεί τον συνδυασμό εξωτερικής εμφάνισης με την μυϊκή δύναμη¹⁵.



¹⁵Feingold A., Mazzella R., (1998). Gender differences in body image are increasing. *Psychological Science*, (9):190-195.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΟΝ 21^ο ΑΙΩΝΑ

2.1 Η «ισχνή ομορφιά» στον 21ο αιώνα

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (ΔΠΤ) έχουν εξελιχθεί σε ένα σοβαρό ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα τα τελευταία πενήντα έτη. Το γεγονός ότι προσβάλλουν κυρίως νέα κορίτσια από 13 έως 20 ετών καθώς και η αυξημένη θνησιμότητα που παρατηρείται κυρίως στην ψυχογενή ανορεξία, έχουν προβληματίσει τους ειδικούς και την κοινή γνώμη. Ο προβληματισμός αυτός έχει στραφεί στους παράγοντες που πιθανώς συμβάλλουν στην εμφάνιση των ΔΠΤ και στην αύξηση της συχνότητάς τους στο δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα.

Σύμφωνα με τα μέχρι στιγμής ερευνητικά δεδομένα, οι ΔΠΤ προκύπτουν από μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί είναι τόσο βιολογικοί, όπως είναι η εγκεφαλική λειτουργία και το γονιδίωμα, όσο και ψυχοκοινωνικοί, όπως είναι η προ-νοσηρή προσωπικότητα της ασθενούς, το κλίμα της οικογένειας, στρεσογόνα γεγονότα ζωής και τα πρότυπα ομορφιάς των Δυτικών κοινωνιών. Η αύξηση της συχνότητας των ΔΠΤ που παρατηρήθηκε μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική έχει συνδεθεί από πολλούς συγγραφείς με τη μεταβολή των γυναικείων προτύπων ομορφιάς. Σύμφωνα με τα «νέα δεδομένα», τα οποία είχαν ξεκινήσει ήδη από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα και κορυφώθηκαν μετά το 1960, η όμορφη γυναίκα των Δυτικών κοινωνιών έπρεπε να είναι ιδιαίτερος λεπτή.

Από ερευνητικές μελέτες, προκύπτει το συμπέρασμα ότι μέσα στον 20^ο αιώνα παρατηρείται μια αλλαγή στον γυναικείο και τον ανδρικό σωματότυπο, η οποία προβάλλεται από τα ΜΜΕ ως μοντέλο της ομορφιάς. Το καλλίγραμμα γυναικείο σώμα ως όχημα κομψότητας ή αισθησιασμού γίνεται προοδευτικά λεπτότερο και περισσότερο μυώδες, με λιγότερες καμπύλες στην περιοχή της κοιλιάς, της πυέλου και των μηρών.

Ταυτόχρονα, απομακρύνεται προοδευτικά από τον μέσο σωματότυπο των γυναικών, δηλαδή γίνεται όλο και περισσότερο εξωπραγματικό ¹⁶.

2.2 Εφηβεία και δυσαρέσκεια από το σώμα

Ως εικόνα σώματος νοείται η εικόνα που έχει κάθε άτομο σχετικά με την εξωτερική εμφάνισή του, όπως και κάθε αρνητικό ή θετικό συναίσθημα που αφορά το σχήμα και το μέγεθος του σώματός του. Οποιαδήποτε αρνητική εικόνα για το σώμα αυτό καθ' αυτό, μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικής διαταραχής ¹⁷. Το ιδανικό της «ισχνης ομορφιάς», όπως διαμορφώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες, επηρεάζει σημαντικά τους νέους ανθρώπους και ιδιαίτερα τους εφήβους. Το αποτέλεσμα είναι ένα σημαντικό ποσοστό των εφήβων να νιώθει έντονη δυσαρέσκεια για το σώμα του και να διαμορφώνει στερητικές διατροφικές συνήθειες που πολλές φορές είναι ο προπομπός των ΔΠΤ. Σημαντικός αριθμός μελετών καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι έφηβες θέλουν να φαίνονται λεπτότερες, ενώ οι έφηβοι πιο δυνατοί και μυώδεις. Τα κορίτσια που φοιτούν στο γυμνάσιο θα ήθελαν να είναι πιο λεπτά σε ποσοστό 42%, ενώ το 81% των παιδιών ηλικίας 10 ετών φοβάται μήπως παχύνει ¹⁸.

2.3 ΜΜΕ και πρότυπα ομορφιάς

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχουν κατηγορηθεί συχνά για τα πρότυπα που προβάλλουν στις νεαρές γυναίκες, αλλά τα δεδομένα από τις έρευνες είναι ελλιπή. Το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών της δεκαετίας του '80 πάνω στο θέμα είχε ασχοληθεί με την απεικόνιση της τάσης για μείωση του βάρους και το αυξανόμενο ανδρόγυνο σχήμα σώματος των μοντέλων στα περιοδικά ή την αύξηση των άρθρων σχετικά με τη δίαιτα. Μια παρόμοια, πιο πρόσφατη έρευνα, είναι αυτή των Syreck et al που ερεύνησαν τα

¹⁶ Περουτσή Α., Γονιδάκης Φ. (2011): Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας. Ψυχιατρική, 22: 231–239.

¹⁷ Bruin K., Oudejans R., Bakker F., (2007). Dieting and Body image in Aesthetic Sports: A comparison of Dutch Female Gymnasts and non-aesthetic Sport Participants. Psychology of Sports and exercise (8):507-520.

¹⁸ Περουτσή Α., Γονιδάκης Φ. (2011): Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας. Ψυχιατρική, 22: 231–239.

εξώφυλλα τεσσάρων δημοφιλών γυναικείων περιοδικών για το διάστημα 1959–1999. Το μέγεθος του σώματος των μοντέλων είχε μειωθεί σημαντικά κατά τη δεκαετία 80–90. Υπήρχε επίσης μια εντυπωσιακή αύξηση στις ολόσωμες απεικονίσεις που υποδεικνύουν την έμφαση στην αξία που δίνει η αμερικάνικη κοινωνία σε ένα λεπτό ιδεώδες γυναικείο σώμα, γεγονός που είναι συμβατό με την αύξηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής στις γυναίκες που ζουν στις Δυτικές κοινωνίες. Επιπλέον, κατά την τελευταία πενταετία της περιόδου που ερευνήθηκε (1994–1999) οι γυναίκες φορούσαν σαφώς πιο αποκαλυπτικά ρούχα από την πρώτη πενταετία, οπότε έχει αλλάξει και το ποσοστό της έκθεσης του γυναικείου σώματος, γεγονός που μπορεί να συμβάλει στην «αντικειμενοποίηση» των γυναικών.

Οι Field et al βρήκαν σε έρευνά τους σε σχολεία στις Ανατολικές Ηνωμένες Πολιτείες ότι η πλειοψηφία των κοριτσιών προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας δεν ήταν ευχαριστημένες με το βάρος και το σχήμα του σώματός τους. Η δυσαρέσκεια αυτή σχετιζόταν έντονα με τη συχνότητα ανάγνωσης περιοδικών μόδας που αναφέρθηκε ότι επηρέασε την αντίληψή τους για το σχήμα του τέλειου σώματος κατά 69%. Ένα 60% των κοριτσιών που διάβαζαν σπάνια περιοδικά ανέφερε ότι είχε επηρεαστεί στην αντίληψη για το ιδανικό σώμα από αυτά. Επίσης, βρέθηκε πως η συχνότητα ανάγνωσης περιοδικών μόδας σχετιζόταν θετικά με την τάση να κάνουν δίαιτα για να χάσουν βάρος ή να κάνουν γυμναστική για να βελτιώσουν το σχήμα του σώματος. Οι συγγραφείς δεν κρίνουν αρνητικά την επιρροή των μέσων μαζικής ενημέρωσης, καθώς υποστηρίζουν ότι δεδομένων των ποσοστών παχυσαρκίας, θα μπορούσε να προωθηθεί ένα πιο υγιές πρότυπο σώματος μέσω αυτών.

Οι Martinez-Gonzalez et al ασκούν κριτική στα ελλιπή στοιχεία των ερευνητικών δεδομένων που υπάρχουν για την αιτιολογική διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του χρόνου διαβάσματος και τηλεθέασης και τη μελλοντική ανάπτυξη διαταραχών πρόσληψης τροφής. Οι ίδιοι δε βρήκαν σημαντική σχέση του χρόνου τηλεθέασης και συμπτωμάτων διαταραχών πρόσληψης τροφής, γεγονός που συμφωνεί με τα δεδομένα προγενέστερης μετά-αναλυτικής έρευνας των Tiggerman & Pickering (1996) που βρήκαν πως δεν είναι ο χρόνος τηλεθέασης που σχετιζόταν με τη δυσαρέσκεια από το σώμα και την επιθυμία για

λεπτότητα, αλλά περισσότερο το περιεχόμενο των εκπομπών που παρακολουθούσαν. Άλλωστε κατά τον Robinson (2001), η παρακολούθηση τηλεόρασης μάλλον σχετίζεται περισσότερο με την εμφάνιση παχυσαρκίας. Η συχνότητα ανάγνωσης άρθρων σχετικών με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής (σε περιοδικά που απευθύνονται σε εφήβους) και η ακρόαση παρόμοιων ραδιοφωνικών εκπομπών βρέθηκαν από τους Martinez-Gonzalez et al να παίζουν ρόλο στην αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης διαταραχών πρόσληψης τροφής¹⁹.



¹⁹ Σπανού Ε., Μωρόγιαννης Φ.(2010): Ο ρόλος των οικογενειακών και των κοινωνικο-πολιτιστικών παραγόντων στην ανάπτυξη των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Ψυχιατρική, 21:41–53.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

3.1 Χαρακτηριστικά γνωρίσματα Νευρογενούς Ανορεξίας

- § Άρνηση διατήρησης του βάρους στα φυσιολογικά επίπεδα ανάλογα με την ηλικία και το ύψος του ατόμου.
- § Έντονος φόβος για αύξηση του βάρους και παχυσαρκία.
- § Διαταραγμένη εικόνα του σώματος: Επίδραση του σωματικού βάρους ή του σχήματος του σώματος στην εικόνα του εαυτού του ή άρνηση να κατανοήσει τις σοβαρές επιπτώσεις του μειωμένου βάρους στην υγεία.
- § Αμηνόρροια σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας (απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων)²⁰.

Πιο ειδικά συμπτώματα συμπληρώνουν την εικόνα της νευρικής ανορεξίας (σε ανάλογα χρονικά στάδια της νόσου), όπου η ασθενής μπορεί να εμφανίσει:

- § Καταθλιπτική διάθεση
- § Απόσυρση
- § Αϋπνία
- § Ευερεθιστότητα
- § Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας
- § Κοιλιακοί πόνοι
- § Δυσκοιλιότητα
- § Δυσανεξία στο ψύχος²¹

²⁰ Grant C., Mericle B., Royes S. (2009): Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.

²¹ Ισότοπος: www.iatronet.gr

Δερματολογικά σημάδια της ανορεξίας

- § Ξηρό δέρμα
- § Δερματίτιδα
- § Φλεγμονή (ιδιαίτερα στα δάχτυλα των χεριών και των ποδιών)
- § Μελαγχρωματική prurigo (prurigo pigmentosa)
- § Effluvium Telogen (ένα είδος σταδιακής λέπτυνσης της τρίχας που οδηγεί σε τριχόπτωση)
- § Ακροκυάνωση
- § Παρονυχία
- § Οίδημα
- § Καροτένωση (κιτρίνισμα του δέρματος από υπερβολική κατανάλωση λαχανικών που περιέχουν Α και Β-καροτίνη, λουτεΐνη, λυκοπένιο, κρυπτοξανθίνη και ζεαξανθίνη π.χ καρότα, μήλα κ.α.)
- § Χιονίστρες
- § Κνησμός (φαγούρα)
- § Ερύθημα (ερυθρότητα του δέρματος)
- § Ακμή
- § Πετέχεια (δερματική ασθένεια που περιλαμβάνει πορφυρά σημάδια στο δέρμα)
- § Ραβδώσεις στο δέρμα
- § Εντεροπαθική ακροδερματίτιδα ή σύνδρομο του Μπράντ (συγγενής ανεπάρκεια ψευδαργύρου)
- § Υπέρχρωση
- § Δικτυωτή πελίδνωση
- § Γωνιακή χειλίτιδα
- § Πελλάγρα²²

²² Ισότοπος: www.healthtimes.gr

3.2 Ενδείξεις έναρξης της νόσου

- § Έντονος φόβος για αύξηση βάρους.
- § Έντονη ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος.
- § Συνεχής και έντονη ενασχόληση με το φαγητό.
- § Αυστηρές δίαιτες.
- § Άρνηση του αισθήματος της πείνας.
- § Έντονη σωματική άσκηση για το κάψιμο θερμίδων με ψυχαναγκαστικό τρόπο.
- § Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού κρυφά και σε μικρό χρονικό διάστημα, πολλές φορές τη νύχτα, και στη συνέχεια πρόκληση εμετού.
- § Αποφυγή δραστηριοτήτων που αφορούν γεύματα με άλλα άτομα.
- § Ιδιόρρυθμες διατροφικές συνήθειες (π.χ. το άτομο κρύβει φαγητά σε διάφορα μέρη του σπιτιού, αποθηκεύει μεγάλες ποσότητες «απαγορευμένων» τροφίμων που εμπεριέχουν πολλούς υδατάνθρακες, ζάχαρη ή λιπαρά.
- § Ιδιαίτερη ικανοποίηση από την απώλεια βάρους.
- § Άρνηση αναζήτησης βοήθειας. Τα άτομα που νοσούν δεν αναγνωρίζουν το πρόβλημα τους και επιμένουν ότι απλά δεν πεινούν, ότι δεν παχαίνουν γιατί έχουν καλό μεταβολισμό και αρνούνται το γεγονός του χαμηλού τους βάρους και τις σωματικές επιπτώσεις του ²³.

3.3 Διαγνωστικά κριτήρια της Νευρογενούς Ανορεξίας

Για την διάγνωση της πάθησης, χρησιμοποιείται ως μια αναμφισβήτητη κλινική πραγματικότητα και ως ένα σημαντικό σημείο αναφοράς η συμπτωματική τριάδα του Lasegue, αλλά βέβαια δεν μπορεί να επαρκέσει για την απόλυτη διάγνωση της. Η τριάδα άλλωστε δεν είναι αρκετά εξειδικευμένη και τη συναντούμε σε πολλές παθολογικές καταστάσεις, τόσο οργανικές όσο και ψυχιατρικές. Πρόκειται για την τριάδα των «Α»:

Η Ανορεξία είναι μια συμπεριφορά, συχνά εναρκτήρια της νόσου, που εκδηλώνεται με περιορισμό της τροφής. Πρόκειται πολύ περισσότερο για μια διαστρεβλωμένη στάση

²³ Ισότοπος: www.carola-alepi.gr

απέναντι στην τροφή και τη διατροφή, παρά για ανορεξία με την στενή έννοια της λέξης αφού είναι εκούσια και θεληματική. Η σημαντική αυτή τροφική αποδιοργάνωση εκδηλώνεται με μια ελάττωση των θερμίδων που λαμβάνονται, γεγονός που αποτελεί το χαρακτηριστικό κλινικό σύμπτωμα της Νευρογενούς Ανορεξίας (η ημερήσια ποσότητα θερμίδων για τις γυναίκες κυμαίνεται κανονικά ανάμεσα σε 1800 ως 2500 θερμίδες ενώ συχνά είναι χαμηλότερη από 300 θερμίδες στις ανόρεκτες). Ο περιορισμός αυτός αφορά κυρίως τα γλυκίδια και τα λίπη παρά τις πρωτεΐνες

Η Αμηνόρροια μπορεί και αυτή να είναι εναρκτήριο σύμπτωμα της κλινικής εικόνας και εντάσσεται πολύ καλά στο φάσμα των ενδοκρινολογικών διαταραχών (δυσωορρηξία, δυσμηνόρροιες, σπανιομηνόρροιες, αμηνόρροιες). Στην αντίθετη περίπτωση, εκδηλώνεται συνήθως μερικούς μήνες μετά την εμφάνιση των δύο άλλων στοιχείων της τριάδας. Ανάλογα με το πόσο προχωρημένη είναι η εφηβική ανάπτυξη (και η ηλικία της άρρωστης), πρόκειται για πρωτογενή ή δευτερογενή αμηνόρροια, που είναι και η συχνότερη περίπτωση.

Η Απίσχανση εμφανίζεται πάντα ως δευτερογενές αποτέλεσμα της ανορεξίας. Εξελίσσεται εξαρτημένη ως προς την κλινική της έκφραση από τις συνηθισμένες ιδιομορφίες του διαιτολογίου αυτών των αρρώστων που διατηρούν για πολύ καιρό τη λήψη πρωτεϊνών, δικαιολογώντας έτσι την τάση να μιλάμε για αδυνάτισμα παρά για απώλεια βάρους. Ο υποσιτισμός και η απίσχανση συνοδεύονται από ένα σύνολο σωματικών, βιολογικών και ενδοκρινολογικών συμπτωμάτων, που όμως, δεν είναι απόλυτα ειδικά ²⁴.



²⁴ Ισότοπος: www.katsogridaki.gr

3.3.1 Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV

Το DSM-IV ορίζει ως διαγνωστικά κριτήρια για την Νευρογενή Ανορεξία τα εξής

A. Αρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση του βάρους του σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει το αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης, που οδηγεί σε βάρος σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο).

B. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι αν το βάρος του είναι κάτω από το φυσιολογικό.

Γ. Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος ή το σχήμα του σώματός του, αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην εκτίμηση του εαυτού ή άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους.

Δ. Σε γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τριών τουλάχιστον διαδοχικών εμμηνορρυσιών. (Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοί της έρχονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων)²⁵.

Σύμφωνα με το DSM-IV προσδιορίζονται 2 τύποι της Ψυχογενούς Ανορεξίας:

Περιοριστικός τύπος: Σε αυτήν την περίπτωση το άτομο καταφεύγει σε δίαιτα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση χωρίς να έχει εμπλακεί συστηματικά σε επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορές κάθαρσης (αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

²⁵ Μάνος, Ν. (1997): Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Αναθεωρημένη έκδοση. Θεσσαλονίκη, University Studio Press.

Υπερφαγικός / Καθαρτικός τύπος: Ο τύπος αυτός παρουσιάζει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει σε συμπεριφορές κάθαρσης (αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών) ²⁶.

3.3.2 Διαγνωστικά κριτήρια κατά ICD-10

A. Το σωματικό βάρος παραμένει τουλάχιστον 15% κάτω από το αναμενόμενο ή ο ΔΜΣ είναι 17,5 ή λιγότερο. Σε ασθενείς προεφηβικής ηλικίας μπορεί να παρατηρείται αδυναμία να επιτευχθεί η προσδοκώμενη για την ηλικία αύξηση του σωματικού βάρους.

B. Η απώλεια βάρους αυτοπροκαλείται με την αποφυγή «παχυντικών» τροφών. Είναι δυνατόν επίσης να υπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα επόμενα: αυτοπροκαλούμενοι έμετοι/κενώσεις με καθαρτικές ουσίες, υπερβολική σωματική άσκηση, χρήση φαρμάκων κατασταλτικών της όρεξης ή/και διουρητικών.

Γ. Υπάρχει παραμόρφωση της εικόνας του σωματικού εγώ υπό τη μορφή ειδικής ψυχοπαθολογίας, κατά την οποία ο φόβος του πάχους επικυριαρχεί ως παρέμβλητη, υπερτιμημένη ιδέα και ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του χαμηλό επίπεδο σωματικού βάρους.

Δ. Υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή του υποθαλαμο-υποφυσιο-γοναδικού άξονα εκδηλούμενη στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας. Είναι δυνατόν επίσης, να υπάρχουν αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης και κορτιζόλης, μεταβολές στον περιφερικό μεταβολισμό των θυρεοειδικών ορμονών και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης.

Ε. Εάν η έναρξη τοποθετείται στην προεφηβική ηλικία, η διαδοχή των γεγονότων της ήβης καθυστερεί ή αναστέλλεται (η ανάπτυξη σταματά, στα κορίτσια οι μαστοί δεν αναπτύσσονται και υπάρχει πρωτογενής αμηνόρροια, στα αγόρια τα γεννητικά όργανα

²⁶ American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Washington.

παραμένουν παιδικά). Με την ανάρρωση η ήβη συχνά συμπληρώνεται φυσιολογικά αλλά η εμμηναρχή καθυστερεί ²⁷.

3.3.3 Κριτήρια κατά Sours

Ο Sours διακρίνει πρωτογενή και δευτερογενή κριτήρια.

Στα πρωτογενή διακρίνουμε:

- § Τον εκλεκτικό και εκούσιο περιορισμό της τροφής, ο οποίος δικαιολογείται ως απώλεια της όρεξης.
- § Την αναζήτηση της ισχύτητας σαν μια ευχαρίστηση, η οποία ανάγεται στο αίσθημα κυριαρχίας πάνω στο σώμα, στον έλεγχο της ενστικτώδους ζωής του.
- § Την υπερδραστηριότητα, συχνά πρώιμη, σε αντίθεση προς την αμηνόρροια.
- § Η βουλιμία.

Μέσα στα δευτερογενή συμπτώματα υπάρχουν:

- § Οι μόνιμες ανησυχίες και οι παραπονητικές συμπεριφορές που αφορούν την τροφή.
- § Η ενοχλημένη στάση ενάντια σε αυτούς που προσπαθούν να ασχοληθούν με τις ανάγκες διατροφής τους.
- § Κάποιος βαθμός θλίψης με αίσθημα κενού.

3.3.4 Κριτήρια κατά Katherine A. Halmi

- § Αρνηση να διατηρηθεί το βάρος του σώματος πάνω από το ελάχιστο βάρος που αντιστοιχεί στο ανάστημα και την ηλικία.
- § Απώλεια βάρους τουλάχιστον 25% του προηγούμενου βάρους, και όταν πρόκειται για εφήβους κάτω των 18 ετών, παρέκκλιση από το ποσοστό αυτό και την αναμενόμενη λήψη βάρους, όπως υπολογίζεται σύμφωνα με τους παιδιατρικούς πίνακες βάρους.

²⁷ Λαγούδης Α., Μποζίκας Β., (2009): Ψυχογενής ανορεξία: Διαγνωστικά λαβύρινθος και θεραπευτικά γρίφος. Ψυχιατρική, 20:129–131.

- § Διαταραχή της εικόνας του σώματος με ανικανότητα να αντιληφθεί κανείς σωστά τις σωματικές ανάγκες.
- § Έντονος φόβος για παχυσαρκία ο οποίος δε μετριάζεται παρά την προοδευτική απώλεια βάρους.
- § Έλλειψη οργανικής νόσου που θα εξηγούσε την απώλεια βάρους.
- § Γυναικεία αμηνόρροια.

3.3.5 Κριτήρια κατά Feighner τα οποία είναι όμοια με τα κριτήρια DSM-III

- § Ηλικία έναρξης πριν τα 25 έτη.
- § Ανορεξία με σύγχρονη απώλεια βάρους, τουλάχιστον του 25% του αρχικού.
- § Αδιάλλακτη και διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στην τροφή, τα φάρμακα ή το βάρος η οποία κυριαρχεί στην πείνα, στις επιπλήξεις και στις απειλές.
- § Έλλειψη γνωστών ιατρικών ασθενειών που θα μπορούσαν να εξηγήσουν την ανορεξία και την απώλεια βάρους.
- § Καμία άλλη γνωστή ψυχιατρική διαταραχή, με ειδική αναφορά στις πρώιμες συναισθηματικές διαταραχές, στη σχιζοφρένεια, στην ψυχαναγκαστική και φοβική νεύρωση.
- § Τουλάχιστον δυο από τις παρακάτω εκδηλώσεις: αμηνόρροια, αύξηση τριχοφυΐας, βραδυκαρδία, περίοδοι υπερδραστηριότητας, επεισόδια βουλιμίας, έμετοι.

3.4 Διαφορική διάγνωση

Εξειδικεύοντας τα στοιχεία που μας οδηγούν στη διάγνωση, διαπιστώνουμε γρήγορα έναν ορισμένο αριθμό διαφορικών διαγνώσεων.

3.4.1 Οργανική αιτιολογία και ψυχογενείς ισχνότητες

Οι ανορεξίες οργανικής προέλευσης και οι ψυχογενείς ισχνότητες που είναι πολύ διαφορετικές από την Νευρογενή Ανορεξία, παρουσιάζουν συνήθως λίγα ουσιαστικά προβλήματα στη διάγνωση.

α. Η οργανική αιτιολογία πρέπει πάντα να αναφερθεί και να αναζητηθεί έγκαιρα, πράγμα που γενικά δεν είναι δύσκολο αφού το ίδιο το περιβάλλον ωθεί προς αυτή τη κατεύθυνση· πρέπει όμως να γίνει σωστά και ολοκληρωμένα έτσι ώστε να αποφευχθεί ο πολλαπλασιασμός και η παράκαιρη επανάληψη εξετάσεων που μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα δε θα συντελούσαν παρά μονάχα στο να περιπλέξουν την θεραπευτική αγωγή. Η έρευνα πρέπει να περιλαμβάνει:

§ Μια γενική εξέταση με απλό εργαστηριακό έλεγχο που να αποκλείσει το ενδεχόμενο μιας χρόνιας καχεκτικής πάθησης (φυματίωση, διαβήτης, αιματολογικές παθήσεις).

- Ακτινογραφία θώρακος
- Γενική αίματος
- Ταχύτητα καθίζησης
- Σάκχαρο αίματος κ.α.

§ Μια ενδοκρινολογική εξέταση

§ Μια νευρολογική εξέταση

§ Ακτινολογική διερεύνηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος

β. Ως ψυχογενείς ισχνότητες που διαφέρουν από την Ψυχογενή Ανορεξία μπορούν να αναφερθούν:

- Η ανορεξία του μελαγχολικού που προέρχεται τόσο από την σημαντική ψυχοκινητική αναστολή του, όσο και από το οδυνηρό βίωμα ενοχής και αναξιότητας. Η ανορεξία αυτή συνδυάζεται μερικές φορές με παραληρηματικές ιδέες απάρνησης των οργάνων (σύνδρομο Cottard).

- Η άρνηση τροφής του παραληρούντος ψυχωτικού, που υποθάλπεται από μια ψευδαισθησιακή δραστηριότητα συνήθως με θέμα την καταδίωξη ή ακόμα από μια μυστικιστική-ασκητική και τιμωρίας του εαυτού απόχρωση.

- Η ανορεξία του υποχονδριακού, που δικαιολογείται από την δήθεν κακή λειτουργία ορισμένων οργάνων από την οποία ο άρρωστος ζητά επίμονα να θεραπευτεί. Αυτό βέβαια δεν αφορά την περίπτωση της Νευρογενούς Ανορεξίας.

3.4.2 Άτυπες Ανορεξίες

Σε αυτές κατατάσσεται ορισμένος αριθμός από οριακές μορφές που διαφέρουν από τις τυπικές κυρίως ως προς το ότι ο περιορισμός της τροφής και η απώλεια βάρους φαίνονται να αναζητούνται λιγότερο πεισματικά και να αποτελούν σε μικρότερο βαθμό αντικείμενο άρνησης²⁸.

3.5 Σχέση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας με τη Νευρογενή Ανορεξία

Είναι γνωστό ότι τα δυσλειτουργικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στα οποία εμπεριέχονται η οριακή ψυχοπαθολογία, η καταθλιπτική δομή και ο οιστριονικός τύπος της προσωπικότητας καθώς και η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική προσωπικότητα, θεωρείται ότι συμβάλλουν σε αλληλεπίδραση με άλλους παράγοντες στην ανάπτυξη παθολογικών συμπεριφορών πρόσληψης τροφής και παθολογικών συμπεριφορών ρύθμισης του σωματικού βάρους. Ιδιαίτερα έχει θεωρηθεί ότι η συναισθηματική αστάθεια, η παρορμητικότητα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η δυσθυμία, η ψυχαναγκαστικότητα και η τελειοθηρία μπορεί να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Επιπλέον, η συναισθηματική αστάθεια και η δυσθυμία σχετίζονται με την οριακή παθολογία, την καταθλιπτική δομή της προσωπικότητας αλλά και της διαταραχές της διάθεσης γενικότερα. Η ρύθμιση της συναισθηματικής αστάθειας προϋποθέτει σε μια έντονη καταναγκαστική συμπεριφορά ή μια συμπεριφορά αποβολής των τροφών που

²⁸ Σαράντογλου Γ., Venisse J.L., Chupin M. (1987): Η ψυχογενής Ανορεξία, Εκδόσεις Χατζηνικολή, 2^η έκδοση, Αθήνα.

μπορεί να διευκολύνει την αντιμετώπιση της υποκείμενης συναισθηματικής αναστάτωσης, μειώνοντας το άγχος γύρω από την πιθανή αύξηση του σωματικού βάρους ή μπορεί να λειτουργεί σαν μια αντίδραση ή ως μια συναισθηματική απόδραση από την ένταση. Θεωρείται πως η αρνητική συναισθηματική διάθεση μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη επανειλημμένων βουλιμικών επεισοδίων και γενικότερα διαταραγμένων συμπεριφορών πρόσληψης τροφής.

Η έλλειψη αυτοεκτίμησης, επίσης είναι πολύ συχνά παρούσα στα άτομα που πάσχουν από καταθλιπτική διαταραχή, καταθλιπτική δομή της προσωπικότητας, από δυσθυμικές διαταραχές και σε όσους πάσχουν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Άτομα που πάσχουν από χρόνια έλλειψη αυτοεκτίμησης μπορεί να αναπτύξουν διαταραχές πρόσληψης τροφής λόγω της διαταραγμένης αντίληψης της εικόνας του σώματός τους ή εξαιτίας της δυσαρέσκειας τους για την εικόνα αυτή. Έχει ακόμη διαπιστωθεί ότι ο περιορισμός πρόσληψης τροφής μέσω δίαιτας ή της αποβολής των τροφών με σκοπό τη μείωση του σωματικού βάρους, μπορούν να αναπτυχθούν σε ορισμένες περιπτώσεις ως αποτέλεσμα της επιθυμίας των ατόμων αυτών να είναι περισσότερο επιθυμητά και να νιώθουν ότι είναι αποδεκτά από τους ίδιους και από τους άλλους.

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό που απαντάται στην ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας είναι η τελειοθηρία. Η διαταραχή αυτή μπορεί να αυξάνει την πιθανότητα να αναπτυχθεί μια διατροφική διαταραχή σαν μια προσπάθεια να ρυθμιστεί το άγχος και η κατάθλιψη που μπορεί να αναπτυχτεί ως αποτέλεσμα της ανικανότητας να ικανοποιηθούν ανεκπλήρωτες και πολύ υψηλές βλέψεις.

Τέλος, η παρορμητικότητα ως μια μορφή διαταραγμένης συμπεριφοράς μπορεί επίσης να θεωρηθεί ως παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης διατροφικής διαταραχής. Άτομα με μειωμένο έλεγχο ενορμήσεων μπορεί να έχουν δυσκολία να αναστείλουν την επιθυμία να συνεχίσουν να τρώνε, ακόμη και όταν η όρεξη τους έχει σταματήσει, εξαιτίας της αδυναμίας του διαχωρισμού των συναισθημάτων χόρτασης και κορεσμού. Η συμπεριφορά αυτή έχει ως επακόλουθο την ανάπτυξη βουλιμικών επεισοδίων με σκοπό την καταστολή της παθολογικής τους τάσης για υπερβολική πρόσληψη τροφής.

Σύμφωνα με τον Wonderlich διακρίνονται τρεις τύποι προσωπικότητας Νευρογενούς Ανορεξίας

- § Ψυχαναγκαστική προσωπικότητα χωρίς σοβαρή αποδιοργάνωση της λοιπής προσωπικότητας και συμπεριφοράς.
- § Νευρωτική προσωπικότητα με αποφευκτικά και κοινωνιοφοβικά χαρακτηριστικά.
- § Πολύ σοβαρά διαταραγμένη προσωπικότητα με έκπτωση και χαρακτηριστικά την παρορμητικότητα, την δυσφορία και τη μικρή αντοχή στη ματαίωση (οριακή δομή)²⁹.

3.6 Εξαιρετικά ιδιόμορφες ψυχολογικές συνθήκες

§ Διαστρεβλωμένη συμπεριφορά απέναντι στη τροφή

Η συμπεριφορά αρχίζει να διαφαίνεται από την τάση των νεαρών συνήθως κοριτσιών, που προφασίζονται την έλλειψη όρεξης για να δικαιολογήσουν την ελάττωση της τροφικής ανάλωσης. Στην πράξη, ο περιορισμός αυτός δεν είναι μονάχα ποσοτικός αλλά και ποιοτικός εξαιτίας της συνήθειας να επιλέγουν την τροφή (αρχικός αποκλεισμός της ζάχαρης, του βουτύρου και κάθε αμυλώδους) και στη συνέχεια, μια δίαιτα που περιλαμβάνει σχεδόν αποκλειστικά φρούτα, χορταρικά και λίγο κρέας, της τάσης να τσιμπολογούν άτακτα και αναρχικά, των συνεχών παράδοξων προκαταλήψεων σε ότι αφορά την τροφή, το μαγείρεμα και το διαιτολόγιο (οι ανόρεκτες αναπτύσσουν συχνά σε σημαντικό βαθμό μαγειρικές δραστηριότητες, για τους άλλους). Υπάρχουν όλες οι διαβαθμίσεις ανάμεσα σε αυτές τις στοιχειώδεις ανωμαλίες και σε μια μείζονα διαστρέβλωση της διατροφής, με συσσώρευση και κλοπή τροφής (και ενδεχόμενα και άλλων μάλλον συγγενικών αντικειμένων). Συχνά παρατηρείται κάποια κλεπτομανία στις ανόρεκτες. Διαπιστώνονται επίσης και συμπεριφορές βουλιμίας που ακολουθούνται συχνά από αυτοπροκαλούμενους εμετούς. Η συχνή προσφυγή σε καθαρτικά, υπάγεται στην ίδια προοπτική αναζήτησης της κένωσης του πεπτικού σωλήνα.

²⁹ Μωρόγιαννης Φ. (2007): Ψυχοπαθολογία σχετιζόμενη με διαταραχές πρόσληψης τροφής σε μη κλινικό πληθυσμό εφήβων. Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 98: 22-24, Εκδόσεις: Ηλεκτρονικές Τέχνες, Αθήνα.

Η ενεργός αυτή πάλη ενάντια στην πείνα που διεξάγεται πεισματικά όσο οδυνηρή και αν είναι, αποτελεί αναμφισβήτητα μια πηγή έντονης ικανοποίησης. Μπορεί κανείς να συσχετίσει την ικανοποίηση αυτή με ένα αίσθημα κυριαρχίας και ελέγχου που εκπληρώνεται. Ορισμένοι συγγραφείς την ερμηνεύουν ως την ερωτικοποίηση της αίσθησης της πείνας-αντικείμενο γοητείας, λένε και μιλούν ακόμα για «οργασμό της πείνας». Η πραγματική κατάργηση του αισθήματος της πείνας μετά από ένα ορισμένο χρονικό διάστημα της εξέλιξης, είναι σε γενικές γραμμές άμεσα συνδεδεμένη με τις επιπτώσεις της νηστείας. Συμμετέχει στον ψυχοπαθολογικό φαύλο κύκλο που γρήγορα εγκαθίσταται στη ψυχική ανορεξία και που πρέπει να ληφθεί υπόψη από θεραπευτική άποψη εξηγώντας την αποτυχία κάποιων αυθόρμητων προσπαθειών για επανάληψη μιας κανονικής διατροφής.

§ Διαταραχές της εικόνας του σώματος και της αντίληψης των αναγκών του

Οι διαταραχές αυτές εκδηλώνονται με τους παρακάτω τρόπους:

1. Ο έντονος και μόνιμος φόβος του πάχους, που προκαλεί το θεληματικό περιορισμό των θερμίδων, ανεξάρτητα από το βαθμό ισχύτητας, αποτελεί για τις άρρωστες αυτές μια σταθερή φροντίδα και δικαιολογεί αδιάκοπους ελέγχους (ζύγισμα, καταμετρήσεις), δικαιολογεί ακόμη την προσφυγή σε διάφορα φάρμακα (καθαρτικά, διουρητικά, αμφεταμίνες). Παρατηρείται επίσης, μία λανθασμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος ή δυσμορφοφοβία.
2. Η παραγνώριση της σωματικής κατάστασης και συνακόλουθα της ισχύτητας, συμβαδίζει με την παραγνώριση και την άρνηση της αναγνώρισης της ασθένειας. Όλοι οι συγγραφείς επιμένουν σχετικά με την αδιαφορία των ασθενών για την κατάσταση τους, με την πλήρη έλλειψη έκδηλου άγχους μπροστά στο αδυνάτισμά τους.
3. Πέρα από την εξωτερική τους όψη αγνοούνται επίσης και οι ανάγκες του σώματος. Έτσι μπορεί να κατανοηθεί η φαινομενική έλλειψη ευαισθησίας στο κρύο των ασθενών αυτών που βλέπει κανείς ελαφρά ντυμένες, όποια και αν είναι η θερμοκρασία, παρόλο που φέρουν τα ίχνη του κρύου (σκάσιμο δέρματος). Ακόμη εξηγούνται κατά ένα μέρος, η υπερδραστηριότητα και η άρνηση να παραδεχθούν την

κόπωση και την ανάγκη για ύπνο. Η υπερδραστηριότητα αυτή, επίσης πολύ χαρακτηριστική της κλινικής εικόνας της νόσου πηγάζει: από το καταναγκαστικό και παραληρηματικό σύστημα που εντοπίζεται στην ανάλωση θερμίδων (κάθε ανάλωση όσο ασήμαντη και αν είναι πρέπει με αυτή την προοπτική να καταναλωθεί) και οι άρρωστες αυτές εκφράζουν το πόσο οι σημαντικές ενασχολήσεις με φυσικές ασκήσεις (αναγκαστική πορεία, εξάντληση) συνδέονται με την επιτακτική αυτή ανάγκη.

§ Δεσμευμένη συναισθηματικότητα και κοινωνική ψευδοπροσαρμογή

Οι σχέσεις των ανορεκτικών είναι σε γενικές γραμμές επιφανειακές. Αυτές είναι συχνά πολυάριθμες στην αρχή, μαρτυρώντας μια ακόρεστη απληστία για σχέσεις, αλλά αργότερα κατά κανόνα γίνονται πολύ πιο σπάνιες. Όποιος και να είναι ο αριθμός των σχέσεων αυτών και η φαινομενική φυσιολογικότητα που προσπαθούν να προσδώσουν, κρύβεται το βίωμα απομόνωσης αυτών των αρρώστων που νιώθουν τον εαυτό τους οδυνηρά διαφορετικό από τους άλλους. Παρατηρούμε επίσης, έλλειψη σεξουαλικής ευχαρίστησης. Η προοδευτική αναδίπλωση της ανόρεκτης στον εαυτό της, είναι συνέπεια της συναισθηματικής αναστολής και της αδυναμίας να βρει μια ικανοποιητική απόσταση στις σχέσεις της με τους άλλους. Η υπερβολική επένδυση των σχολικών δραστηριοτήτων, της χρησιμεύει συχνά ως εκλογίκευση που ταυτόχρονα έχει και την αξία ναρκισσιστικής επιβεβαίωσης.

Η ανόρεκτη περιγράφεται κλασικά σαν μια κοπέλα που το διανοητικό της επίπεδο ξεπερνά το μέσο όρο, αν και παρουσιάζει μια σχολική υπερδραστηριότητα φτωχή και με ελάχιστη φαντασία παρά μια πραγματική διανοητική υπερδραστηριότητα πλούσια και δημιουργική. Άλλωστε μετά από κάποιο χρονικό διάστημα της εξέλιξης ο σημαντικός χρόνος που αφιερώνει στις σχολικές δραστηριότητες σχετίζεται περισσότερο με την ελάττωση των επιδόσεων που προκαλείται από τον υποσιτισμό παρά από την υπερβολική επένδυση αυτών των δραστηριοτήτων. Η κοινωνική προσαρμογή επομένως, αποτελεί απλά μια επιφανειακή ψευδοπροσαρμογή, που οφείλεται κυρίως στην ανάγκη αυτών των αρρώστων για φυσιολογικότητα και για τελειοθηρία.

§ Αισθήματα ανεπάρκειας, ανικανότητας, κενού

Τα αισθήματα αυτά τα οποία απαντούν σταθερά, τα εκφράζουν οι ανόρεκτες με σχετική ευκολία, κυρίως στις κάπως εξελιγμένες μορφές όπου η ψευδαίσθηση της αυτοκυριαρχίας και της παντοδυναμίας δεν αντέχουν στη δοκιμασία του χρόνου. Έχει μεγάλη σημασία να επιτραπεί να εκφραστούν από την πρώτη κιόλας συζήτηση με το θεραπευτή, αφού η άρρωστη θα παρουσιάζει έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό της και θα έχει την τάση να αμφιβάλλει για τις ίδιες της τις δυνατότητες. Αυτή η συγκινησιακή αντίδραση που συνοδεύεται συχνά με κλάματα, μπορεί να επιτρέψει να διαφανεί το αίτημα για μια ελάχιστη βοήθεια, το οποίο όμως είναι απαραίτητο για την κατοπινή θεραπεία. Τα αισθήματα αυτά εκδηλώνονται συχνά με εκφράσεις του τύπου: «Δεν έχω ποτέ τίποτα να πω», «θεωρούσα πάντα τον εαυτό μου χωρίς ενδιαφέρον», «δεν κάνω πια παρέα με κανέναν γιατί είμαι βέβαιη πως με θεωρούν ανόητη, καθόλου διασκεδαστική». Οι εκδηλώσεις αυτές συνδέονται με τον φόβο αποτυχίας, με τον φόβο ότι δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες της μητέρας, ειδικά στον εκπαιδευτικό τομέα, παρά τα καλά τους αποτελέσματα. Πίσω από αυτά τα αισθήματα ανικανότητας τα οποία εκφράζονται συχνά και με μορφή εσωτερικού κενού, βρίσκεται το βασικό πρόβλημα της ταυτότητας αυτών των ασθενών που «βιώνουν το είναι τους χωρίς ψυχικές άμυνες, ως προϊόν των άλλων, χωρίς δραστική συνείδηση του εαυτού τους».

§ Καλυμμένη σύγκρουση με το άμεσο περιβάλλον

Η ανορεκτική συμπεριφορά δεν μπορεί να απομονωθεί από το πλαίσιο των σχέσεων μέσα στο οποίο οργανώνεται και το οποίο τη φωτίζει. Πρόκειται πραγματικά για πρόσκληση και πρόκληση ως προς το οικογενειακό περιβάλλον, αμφιθυμική αναζήτηση μιας αυτόνομης ταυτότητας, που όσο την επιθυμεί τόσο και τη φοβάται. Οι αντιδράσεις λοιπόν του περιβάλλοντος πρέπει να ληφθούν υπόψη όσον αφορά τη διάγνωση. Συνήθως η οικογένεια έχει την τάση, σε πρώτη φάση, να εκδηλώνει κάποια αδιαφορία πριν ανοίξει βίαια τα μάτια της προς τη σοβαρότητα της κατάστασης. Τότε αρχίζει ένας πραγματικός οικιακός και επισιτιστικός «μικρός πόλεμος» κατά τον οποίο η παθητική αντίσταση της ανόρεκτης ανταποκρίνεται στις αυξανόμενες υποκινήσεις του περιβάλλοντος που γρήγορα «εξουθενώνεται». Το περιβάλλον πολλαπλασιάζει τις διάφορες απόπειρες του,

εναλλάσσοντας με μεταβαλλόμενη χρονολογία και χωρίς αποτέλεσμα, διάφορες στάσεις αυστηρότητας, κατανόησης, δραματοποίησης και επιτηδευμένης υποτίμησης του προβλήματος. Η άρρωστη ανακαλύπτει τότε, ανύποπτες δυνατότητες παρεμβάσεων και χειρισμών σε ένα περιβάλλον από το οποίο, ως τώρα, νόμιζε πως ήταν απόλυτα εξαρτημένη και δεν θα διστάσει να τις χρησιμοποιήσει. Μέσα σε αυτό ακριβώς το πλαίσιο της παθητικότητας και της φαινομενικής αποδοχής που διακινεί επιτήδεια τους άλλους, εγγράφονται τα ψέματα και οι συμπεριφορές προσποίησης στις οποίες η ανορεκτική αποδεικνύεται γρήγορα τεχνίτης.

Οι συμπεριφορές αυτές διατηρούνται συχνά στην αρχή της νοσοκομειακής περίθαλψης ιδίως όταν το νοσηλευτικό προσωπικό δεν φροντίζει να αποφύγει την επανάληψη των οικογενειακών συμπεριφορών. Είναι γνωστό με πόση επιδεξιότητα οι άρρωστες αυτές είναι ικανές να αποκρύψουν ή να αποβάλουν τροφές και εμετούς. Ακριβώς κάτω από αυτές τις ιδιαίτερες συνθήκες, η ανόρεκτη σέρνεται τελικά από απελπισμένους γονείς, παππούδες, θείους και θείες στους γιατρούς, ενώ οι συγγενείς ονειρεύονται πως θα ανακαλυφθεί μια οργανική αιτία που θα προσφέρει μια θεραπευτική λύση και συνάμα θα τους απαλλάξει από κάθε συναίσθημα ενοχής³⁰.

³⁰ Ισότοπος: www.katsogridaki.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

4.1 Κλινικές μορφές

Οι κλινικές μορφές της Νευρογενούς Ανορεξίας μπορούν να διακριθούν:

I. Ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων

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

Βαριές μορφές. Αυτές εκδηλώνονται, αντίθετα, με τον δραματικό και ανυποχώρητο χαρακτήρα μιας ανορεκτικής συμπεριφοράς, η οποία οδηγείται από μια βίαια αποφασιστικότητα, παρά τις καταστροφικές συνέπειες της σε ένα σώμα του οποίου η καχεξία ανακαλεί αναμφίβολα τον θάνατο. Οι βαριές αυτές μορφές που θεωρούμε ότι εμφανίζονται όλο και πιο συχνά θέτουν το πρόβλημα ανοχής από το περιβάλλον, ακόμα και το ιατρικό, που δεν επεμβαίνει παρά μόνο όταν δεν είναι πια δυνατό να γίνει

διαφορετικά. Αυτές οι βαριές μορφές δικαιολογούν μίαν αυστηρή παρακολούθηση από ειδικούς γιατί ο κίνδυνος του θανάτου είναι αναμφισβήτητος.

II. Ανάλογα με την ηλικία

§ Η ανορεξία στην εφηβεία.

Εκδηλώνεται ανάμεσα στο 12^ο-20^ο έτος της ηλικίας. Ορισμένοι προσπαθούν να εντοπίσουν, μέσα στο μεγάλο αυτό διάστημα, κλινικές μορφές. Μία πρόσφατη εργασία των Halmi Casper Goldberg και των συνεργατών του, εντόπισε σε μια ομάδα περισσότερων από 100 ασθενών, δυο αιχμές της νόσου που παρουσιάζονται στη ηλικία των 14½ και 18 ετών. Το γεγονός αυτό, σύμφωνα με τους συγγραφείς, μάλλον αντιστοιχεί σε δυο περιόδους της εφηβείας κατά τις οποίες η εξάρτιση από την οικογένεια αλλάζει βαθύτατα. Από τη μελέτη των δυο υποομάδων προκύπτει ότι οι νεότερες ανόρεκτες παρουσιάζουν τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου και υποβάλλονται γρήγορα σε παρακολούθηση και θεραπεία, ενώ οι μεγαλύτερες, που εισάγονται στο νοσοκομείο αργότερα, παρουσιάζουν συνήθως συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία χρονολογούνται από παλιά, αλλά σε μικρό βαθμό. Οι ιδιαιτερότητες όμως αυτές δεν επιτρέπουν τους παραπάνω συγγραφείς, να μιλούν για ιδιαίτερες κλινικές μορφές, όπως γίνεται για το παιδί ή την ενήλικη γυναίκα.

§ Η ανορεξία στο παιδί.

Εκδηλώνεται ανάμεσα στα 8-12 έτη. Στην περίπτωση του παιδιού περιγράφεται συνήθως με τη προεφηβική μορφή που διαφέρει ελάχιστα από την κλασική μορφή. Με φοβική μορφή για ορισμένους συγγραφείς, με ψυχαναγκαστική μορφή για άλλους, η πρόγνωση της παιδικής ηλικίας είναι μάλλον απαισιόδοξη, κυρίως λόγω της ανάσχεσης της εφηβικής ανάπτυξης.

§ Η ανορεξία του βρέφους.

Είναι η ενεργητική άρνηση του παιδιού να δεχθεί την τροφή που του προσφέρει η μητέρα του. Συχνότατα η άρνηση είναι επιλεκτική και αφορά αποκλειστικά στο πρόσωπο

της μητέρας του. Διακρίνεται στην σπανιότατη πρόιμη βασική ανορεξία, που εκδηλώνεται από τις πρώτες εβδομάδες της ζωής, μερικές φορές και από την πρώτη μέρα, και στη συνήθη μορφή που είναι η ανορεξία του δεύτερου εξαμήνου.

§ Η ανορεξία στον ηλικιωμένο.

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

§ Η ανορεξία της ενήλικης γυναίκας.

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

III. Ανάλογα με το φύλο

Η νόσος μπορεί να κάνει την εμφάνισή της και στα δύο φύλα. Είναι συχνότερη στις γυναίκες, ωστόσο η Νευρογενής Ανορεξία στους άντρες απαιτεί ξεχωριστό ενδιαφέρον. Κάποιοι υποστηρίζουν πως η τυπική μορφή της νόσου δεν συμβαίνει στους άντρες ενώ άλλοι ότι δεν είναι διαφοροποιημένη από αυτή των γυναικών. Οι γνώμες δίστανται και είναι αμφισβητήσιμη η διάγνωση στους άντρες καθώς αν η αμηνόρροια θεωρείται ένα θεμελιώδες σύμπτωμα τότε, εκ των πραγμάτων, το αντρικό φύλο εξαιρείται από αυτή τη νόσο. Ωστόσο, είναι πλέον γνωστό πως οι ανορεκτικοί άντρες έχουν τα ίδια ψυχολογικά

χαρακτηριστικά με αυτά των γυναικών και πως δεν παρουσιάζεται ομοιομορφία, αφού η κάθε περίπτωση είναι τελείως διαφορετική. Ο άντρας ασθενής ασχολείται υπερβολικά με το μέγεθος του σώματός του, με μία ανηλεή επιδίωξη να είναι αρρενωπός. Αυτή η παράδοξη κατάχρηση του φαγητού απεικονίζει μία τρομερή προσπάθεια να εδραιώσει την αίσθηση του ελέγχου και της ταυτότητας.

IV. Ανάλογα με τη δομή της υποκείμενης προσωπικότητας

Συνήθως οι κλινικές μορφές περιγράφονται ανάλογα με την υποκείμενη προσωπικότητα, σύμφωνα με την γενικά αποδεκτή αντίληψη ότι η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι παρά ένα σύνδρομο που δεν προδικάζει τη δομή της προσωπικότητας στην οποία ριζώνει. Έτσι, η υστερική προσωπικότητα θεωρείται ως η συχνότερη και χαρακτηρίζεται, από κλινική άποψη, από την τάση για αυτάρεσκη επίδειξη της ισχύος. Αντίθετα, οι ψυχαναγκαστικές μορφές θα χαρακτηρίζονταν από τη τάση προς την αμφιβολία, προς την αγχώδη ανάκληση των ίδιων σκέψεων και προς την ένοχη, ιδιαίτερα όσον αφορά τις βουλιμικές κρίσεις. Οι φοβικές μορφές που συναντώνται συχνά σε οριακές ηλικίες, οδηγούν σε μια μάλλον απαισιόδοξη πρόγνωση. Τέλος, ορισμένες εξαιρετικά βαριές μορφές που θα μπορούσαν να εξελιχθούν σε αυθεντικές σχιζοφρένιες, θα ονομάζονταν ψυχωσικές ή προ-ψυχωσικές³¹.

4.2 Παθολογικά ευρήματα και σημεία

Η ιατρική αξιολόγηση αποτελεί σημαντικό μέρος της αρχικής αξιολόγησης ενός ασθενούς με Νευρογενή Ανορεξία καθώς βοηθά στην διάγνωση της νόσου και της σοβαρότητας της κάθε περίπτωσης, αναγνωρίζοντας τον βαθμό του υποσιτισμού και την γενικότερη κατάσταση της υγείας του αρρώστου³².

³¹ Σαράντογλου Γ., Venisse J.L., Chupin M. (1987): Η ψυχογενής Ανορεξία, Εκδόσεις Χατζηνικολή, 2^η έκδοση, Αθήνα.

³² Lock J., Le Grande D., Agras S., Dare C. (2007): Εγχειρίδιο Θεραπείας για την Ψυχογενή Ανορεξία, μια οικογενειακή προσέγγιση. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.

A. Φυσική εξέταση

- § Απίσχυση, αφυδάτωση
- § Απώλεια τριχών κεφαλής και εφηβαίου
- § Δέρμα :
 - Ξηρότητα
 - «Βρώμικη» όψη
- § Χνούδι προσώπου, ώμων, ράχης
- § Τρίχωση στέρνου, κοιλιακής χώρας
- § Υποθερμία (θερμοκρασία ορθού 36.20 C)
- § Βραδυκαρδία (60 παλμοί / λεπτό), υπόταση < 80/50 mmHg)
- § Οιδήματα κάτω άκρων
- § Σημεία οιστρογονικής ανεπάρκειας (ξηρότητα κόλπου, υποπλαστική μήτρα, οστεοπενία-οστεοπόρωση)

B. Εργαστηριακά ευρήματα

I. Αιματολογικά

- § Πολύ χαμηλή TKE (< 10mm/h)
- § Λευκοπενία
- § Θρομβοπενία
- § Αναιμία

II. Βιοχημικά

- § Φυσιολογικές τιμές σε πρώιμα στάδια
- § Αυξημένη τιμή ουρίας πλάσματος
- § Αυξημένη τιμή χοληστερόλης
- § Αυξημένες τιμές τρανσαμινασών
- § Υποφωσφαταιμία (όψιμο και δυσμενές εύρημα)
- § Χαμηλές τιμές ψευδαργύρου

III. Ενδοκρινολογικά

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

4.3 Επιπλοκές της νόσου

Περιοριστικός τύπος

- § Καταστολή του μυελού των οστών (αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία)
- § Ανοσοανεπάρκεια (διαταραχή της χυμικής και κυτταρικής ανοσίας)
- § Λοιμώξεις (όταν απώλεια βάρους $\leq 40\%$ του φυσιολ. βάρους σώματος)
- § Κλινική εκδήλωση ανεπάρκειας ψευδαργύρου (αργή επούλωση των πληγών, ψυχικές διαταραχές)
- § Υποφωσφαταιμία : καρδιακή ανεπάρκεια, καταστολή ΚΝΣ, αιμολυτική αναιμία, ραβδομυόλυση

Υπερφαγικός / Καθαρτικός τύπος

- § Πρόκληση εμέτου και χρήση καθαρτικών : απώλεια υγρών – υποογκαιμία
- § Παραγωγή αλδοστερόνης από τους νεφρούς (δευτεροπαθής υπεραλδοστερονισμός)
- § Αποκατάσταση όγκου και μικρή κατακράτηση υγρών
- § Πανικός ασθενούς, πρόκληση εμέτων και κατάχρηση καθαρτικού (έως 60 δόσεις ημερησίως)³³

³³ Τσιτσικά Α.: Ψυχογενής Ανορεξία-Ψυχογενής Βουλιμία, Μονάδα Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ), www.youth-health.gr.

4.4 Πρόγνωση της νόσου

Η πρόγνωση για τους ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία χωρίς θεραπεία είναι πολύ πτωχή. Το τελικό αποτέλεσμα μπορεί να ποικίλλει από την αυτόματη ανάρρωση μέχρι το θάνατο, ενώ η ασθένεια μπορεί να διαρκέσει από μερικούς μήνες μέχρι και ολόκληρη ζωή.

Διακρίνουμε τα εξής εξελικτικά στάδια της νόσου.

- § Αρχικά η φάση της μάχης ενάντια στην πείνα.
- § Μετά, η φάση της ακλόνητης αισιοδοξίας. Μέσα από την ανορεκτική στάση, η ευχαρίστηση και το αίσθημα εκπλήρωσης που αποκτώνται από την πετυχημένη απώλεια βάρους, έρχονται σε αντίθεση με τα προηγούμενα αισθήματα περιφρόνησης και δυσαρέσκειας.
- § Η τρίτη φάση αντιστοιχεί στην μεσοπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη εξέλιξη. Μπορεί να θεωρηθεί στο στάδιο αυτό η βελτίωση της διατροφής σαν προκαταρκτικό για οποιαδήποτε θεραπευτική προσπάθεια, η οποία θα γίνει με την προοπτική της σφαιρικότερης ανάπτυξης της θεραπείας σε όλα τα επίπεδα. Η ανάκτηση βάρους βεβαίως, δεν αρκεί σε καμιά περίπτωση για να επιτύχει κανείς μια σταθερή βελτίωση, αλλά αν δεν πραγματοποιηθεί αυτή, συχνά η άρρωση εγκαθίσταται μέσα στην καχεξία. Μερικές φορές οι βουλιμικές συμπεριφορές διαφυγής επιτρέπουν να μην απειληθεί άμεσα η ζωτική πρόγνωση από την καχεξία και να αποτραπεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο. Οι συμπεριφορές αυτές συνδυάζονται συχνά με στοιχεία καταθλιπτικά ή ψυχοπαθητικά και εξηγούν τις παρατεινόμενες και χωρίς πρόοδο εξελίξεις.

Τρεις είναι οι πιθανές εξελίξεις

- § Ίαση σαν κατάληξη μιας απόλυτα ευνοϊκής εξέλιξης τόσο στο φυσιολογικό επίπεδο (βάρος, λειτουργία γονάδων), όσο και στο κοινωνικό επαγγελματικό επίπεδο (γάμος,

απασχόληση) και στο προσωπικό βίωμα (ικανότητα να αντιμετωπίζει κανείς τις δυσκολίες της ζωής).

- § Μέτρια εξέλιξη που χαρακτηρίζεται από μια κάποια βελτίωση, αλλά όμως σοβαρές δυσχέρειες παραμένουν και στα τρία επίπεδα.
- § Δυσμενής και βαριά εξέλιξη – όταν και τα τρία επίπεδα ζωής είναι επικίνδυνα διαταραγμένα, γεγονός που οφείλεται σχηματικά είτε στον χρόνιο υποσιτισμό, είτε στην καθαρά ψυχιατρική εξέλιξη, συνήθως με ψυχωτική μορφή³⁴.

Παράγοντες που σχετίζονται με κακή πρόγνωση είναι:

- § Η έναρξη σε μεγάλη ηλικία. Όσο μικρότερης ηλικίας είναι ο ασθενής, τόσο λιγότερες και ευκολότερα αντιμετωπίσιμες είναι οι ψυχιατρικές δυσκολίες.
- § Η μακρά ασθένεια.
- § Οι αυτοπροκαλούμενοι έμετοι.
- § Η χρήση καθαρτικών.
- § Η άρνηση του ασθενούς να τρώει παρουσία άλλων.
- § Η πτωχή κοινωνική προσαρμογή κατά την παιδική ηλικία και
- § Οι κακές σχέσεις με τους γονείς.

Σε μια ανασκόπηση ασθενών που νοσηλευτήκαν για θεραπεία, μετά από τουλάχιστον τέσσερα έτη, στο 44% η έκβαση εκτιμήθηκε ως «καλή» με φυσιολογική εμμηνορρυσία και ικανοποιητική αύξηση βάρους, στο 27% ως «μέτρια» με διαταραχές της εμμηνορρυσίας και μικρή αύξηση βάρους, στο 24% ως «κακή» με αμηνόρροια και μικρή απώλεια βάρους, ενώ το 5% αυτών των ασθενών απεβίωσαν. Οι έφηβες έχουν καλύτερη πρόγνωση από τις ενήλικες, επειδή παρουσιάζουν συνήθως λιγότερο σοβαρές ψυχιατρικές επιπλοκές. Η πρόγνωση της πορείας της Ψυχογενούς Ανορεξίας περιπλέκεται από την ίδια την πολυπλοκότητα της νόσου, από την ένδεια και ανομοιογένεια των κλινικών ερευνών που έχουν μέχρι σήμερα διενεργηθεί, ενώ η ασάφεια επιτείνεται από την έλλειψη κοινώς αποδεκτής και εφαρμόσιμης μεθοδολογίας για τη μελέτη της. Η αναζήτηση σταθερών κριτηρίων τα οποία να καθορίζουν, εκτός από

³⁴ Ισότοπος: www.katsogridaki.gr

το πότε τίθεται, η διάγνωση, πότε θεωρούμε ότι υπάρχει ανταπόκριση στη θεραπεία, υποτροπή, ύφεση ή ίαση της νόσου, είναι εξαιρετικά σημαντικής σημασίας για τη ορθότερη αντιμετώπισή της, αλλά και για την καλύτερη παρακολούθηση της «συμπεριφοράς» της σε παγκόσμιο επίπεδο.

Στη δεδομένη πολυπλοκότητα της εξέλιξης της νόσου αντιπαρατέθηκαν 4 κομβικά για την εξέλιξή της σημεία:

1. Η αρχική ανταπόκριση στη θεραπεία
2. Η υποτροπή (και η αποτροπή της)
3. Η ύφεση της νόσου
4. Η ανάρρωση, ίαση απ' αυτήν.

§ Ως ανταπόκριση στη θεραπεία θεωρείται η κατάσταση όπου: τα σωματικά-ιατρικά προβλήματα από την απίσχναση υποχωρούν, το βάρος αυξάνεται τουλάχιστον στο 90% του συνιστώμενου ή ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) είναι κατ' ελάχιστο 20, επέρχεται φανερή ελάττωση της ανησυχίας για την αύξηση του βάρους ή για το σχήμα του σώματος και η έμμηνος ρύση επανεμφανίζεται.

§ Ως υποτροπή θεωρείται η κατάσταση όπου επανεμφανίζονται τα σωματικά-ιατρικά προβλήματα της απίσχνασης, το βάρος πέφτει κάτω από το 85% του συνιστώμενου ή ο ΔΜΣ είναι κάτω από 18.5, η ανησυχία τόσο για το βάρος, όσο και για το σχήμα του σώματος φανερά αυξάνει σε σχέση με την περίοδο ανταπόκρισης στη θεραπεία και η αμηνόρροια επανεγκαθίσταται.

§ Ως ύφεση θεωρείται η κατάσταση κατά την οποία: τα σωματικά-ιατρικά προβλήματα έχουν σταθερά υποχωρήσει, το βάρος είναι σταθερά τουλάχιστον στο 90% του συνιστώμενου ή ο ΔΜΣ είναι τουλάχιστον 20, η λειτουργικότητα του ασθενούς έχει αξιόπιστη βελτίωση ή όταν το επίπεδο λειτουργικότητάς του είναι συγκρίσιμο με αυτό ανθρώπων που δεν πάσχουν από Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής και τέλος, όταν έχει ομαλοποιηθεί στο φυσιολογικό η έμμηνος ρύση.

§ Ως ανάρρωση-ίαση θεωρείται η κατάσταση κατά την οποία ισχύουν τα κριτήρια της ύφεσης για ένα ελάχιστο χρονικό διάστημα 8 εβδομάδων ³⁵.

4.5 Βιολογικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις

Η Νευρογενής Ανορεξία αποτελεί μια νόσο η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά βιολογικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων.

§ Δημιουργεί σοβαρές επιπλοκές της υγείας όπως στειρότητα, οστεοπόρωση, οδοντιατρικά προβλήματα, καρδιακές αρρυθμίες, συμπεριφορές αυτοκαταστροφής, εθισμός από ψυχοτρόπες-ναρκωτικές ουσίες, κατάχρηση αλκοόλ, εθισμός από ηρεμιστικά, υψηλό ποσοστό θνησιμότητας.

§ Συμβάλλει σε σοβαρή επιβάρυνση της σωματικής υγείας, μεγάλες περιόδους νοσηλείας, σοβαρά ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα, διάσπαση της ενότητας της οικογένειας, αυξημένο κόστος νοσηλείας, αυξημένο κρατικό επίδομα ενίσχυσης λόγω αναπηρίας και συνεπώς υψηλότερη φορολογία για τις Υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας που επιβαρύνει όλους τους πολίτες.

§ Η επίδραση της διαταραχής

ü Στην οικογένεια μπορεί να είναι τεράστια, ακόμη και όταν το μέλος της οικογένειας δέχεται κατάλληλη θεραπεία. Πολλοί τομείς της οικογενειακής ζωής επηρεάζονται και συχνά κατά τη μακρόχρονη θεραπεία παρατηρείται:

- Άγχος και κατάθλιψη για όσους έχουν αναλάβει τη φροντίδα, (σύντροφοι, γονείς, μέλη οικογένειας).
- Πολλές ώρες απουσίας λόγω της ανάγκης να ταξιδεύουν συχνά και σε μεγάλες αποστάσεις για να παρευρεθούν στην οικογενειακή θεραπεία.
- Απώλεια πολλών ωρών από την εργασία.
- Μεγάλο οικονομικό κόστος.

³⁵ Λαγούδης Α., Μποζίκας Β., (2009): Ψυχογενής ανορεξία: Διαγνωστικά λαβύρινθος και θεραπευτικά γρίφος. Ψυχιατρική, 20:129–131.

- Ρήξη της εμπιστοσύνης βασικών σχέσεων, όταν ο αγαπημένος/η αποκαλύπτει (ή δεν αποδέχεται) ένα κρυφό, χρόνιο πρόβλημα.
- ü Σε αυτούς που δεν μπορούν να εξασφαλίσουν κατάλληλη θεραπεία για τους εαυτούς τους ή για κάποιον που ενδιαφέρονται, είναι ακόμη μεγαλύτερη και συχνά παρατηρείται αυξημένο άγχος και κατάθλιψη, επιπλέον συναισθήματα οργής, φόβου, ενοχής, αδυναμίας, κοινωνικής απομόνωσης και ευθύνης (τόσο πραγματικής, όσο και φανταστικής), ζήλειας και αποξένωσης μέσα στην οικογένεια, επιπλέον οικονομικές επιβαρύνσεις περιλαμβανομένων των εξόδων για την ατομική θεραπεία, όπως επίσης και έξοδα για ταξίδια και συνεδρίες συμβουλευτικής ή ατομικής ψυχοθεραπείας.
- § Οδηγεί σε προβλήματα στις σεξουαλικές σχέσεις, σε φυγή από το σπίτι, σε προβλήματα στέγασης και σε αντικοινωνική συμπεριφορά.
- § Έχει μια αξιοσημείωτη και σοβαρή επίδραση στην εργασία και στο περιβάλλον της εργασίας. Πολλοί ασθενείς και μάλιστα επαγγελματίες, καθίστανται αδύναμοι να πετύχουν το μέγιστο της απόδοσής τους εξαιτίας του στιγματισμού, των κοινωνικών διακρίσεων, της ανεπαρκούς εκπαίδευσης που έχουν λόγω της νόσου, των ελλειπών προοπτικών όσον αφορά την εργασία, καθώς και την συστηματική απουσία και ανεπάρκεια για εργασία εξαιτίας της ασθένειας. Επιπλέον στους ασθενείς από διαταραχή πρόσληψης τροφής παρατηρείται μειωμένη απόδοση στην εργασία, υψηλά ποσοστά ανεργίας και ως εκ τούτου επιπλέον χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης και τέλος όπως προαναφέρθηκε φαυλοκυκλική έκπτωση και συνεχής επιδείνωση της σωματικής και ψυχικής υγείας.
- § Επιδρά και σε άλλους ανθρώπους εκτός του οικογενειακού κύκλου όπως τους φίλους, τους καθηγητές, τους εργοδότες (λόγω της άρνησης του προβλήματος των και των αδιεξόδων που προκαλούν), όσους ασχολούνται με επαγγέλματα υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχιάτρους, ψυχολόγους, συμβούλους (λόγω της ματαιώσης κατά τη θεραπεία) και φυσικά εκπροσώπους του νόμου (λόγω της ανάγκης για τιμωρία χαρισματικών “φαινομενικά υγιών” νέων ανθρώπων, ιδιαίτερα των πασχόντων από παρορμητική βουλιμία που εκτός της κύριας διαταραχής διατροφής συνυπάρχουν κλοπές, χρήση ναρκωτικών και παραπτωματοκότητα).

- § Επιφέρει στο άτομο περιορισμένη αυτονομία, απώλεια της δυναμικότητας του, αυξημένο κόστος εκπαίδευσης και το σημαντικότερο απώλεια της προσωπικής ελευθερίας.
- § Σε επίπεδο δημόσιας υγείας, οδηγεί σε αυξημένες δαπάνες για την υγεία που επιβαρύνουν τόσο τον πάσχοντα και την οικογένειά του, αλλά και τους πολίτες μέσω της άμεσης φορολογίας.
- § Επηρεάζει την κοινωνία με πολλούς τρόπους, οδηγώντας σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα σε αντικοινωνικές συμπεριφορές όπως σε κατάχρηση αλκοόλ, σε εθισμό από ναρκωτικά και γενικώς από φάρμακα, (περιλαμβανομένων και των χαπιών διαίτης), σε κατάχρηση καθαρτικών, σε αυτοκαταστροφικές τάσεις, σε κλέψιμο καταστημάτων και σε σεξουαλικές εκδραματίσεις.
- § Τέλος, όσο και αν φαίνεται παράδοξο οδηγεί σε αύξηση των πόρων για τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και αύξηση του κόστους εξαιτίας των επιδομάτων που δίνονται από το κράτος, σε απώλεια της προσωπικής ελευθερίας των ασθενών, σε μεγάλη οικονομική καταπόνηση της οικογένειας, χρόνια προβλήματα στην εκπαίδευση, στην εργασία και τις κοινωνικές σχέσεις του πάσχοντος, καθώς και στέρηση της αυτονομίας του και περιορισμό των επιλογών και των δυνατοτήτων του ³⁶.



³⁶ Μωρόγιαννης Φ. (2003): Οι επιπτώσεις των ψυχιατρικών διαταραχών πρόσληψης τροφής στο άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία. Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 82: 46-47, Εκδόσεις: Ηλεκτρονικές Τέχνες, Αθήνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Σύμφωνα με τα τελευταία ερευνητικά δεδομένα φαίνεται πως η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια διαταραχή με πολυπαραγοντικά αίτια τα οποία μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

- Γενετικά
- Οικογενειακά
- Ψυχολογικά-ψυχοδυναμικά
- Κοινωνικά
- Βιολογικά.



5.1 Γενετικοί Παράγοντες

Η γενετική προδιάθεση στη Νευρογενή Ανορεξία συζητιέται πολύ τελευταία και 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. Σε έντεκα από τις δώδεκα μελέτες που αφορούν οικογένειες με άτομα με Νευρογενή Ανορεξία το πόρισμα ήταν πως παρατηρείται μια συσσώρευση περιστατικών σε κάποιες οικογένειες υψηλού κινδύνου.

Στην μελέτη του Strober που περιέλαβε 1500 συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με Νευρογενή 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 Νευρογενούς Ανορεξίας ήταν σπάνια σε οικογένειες δίχως ιστορικό της νόσου, η συχνότητά της ή των μερικών συνδρόμων (μερική έκφραση της Νευρογενούς Ανορεξίας) 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.

Η Νευρογενής Ανορεξία είναι συχνότερη σε μονοωϊκά παρά σε δυωϊκά δίδυμα, σε παιδιά που οι γονείς τους ή τα αδέρφια τους είχαν διατροφικές διαταραχές ή έπασχαν από την διαταραχή ή ήταν ή είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα άτομα. Ακόμα στενά συγγενικά άτομα ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία έκαναν ή κάνουν δίαιτες για να ελέγξουν το σωματικό τους βάρος. Ακόμη η ύπαρξη ορισμένων γονιδίων και γονιδιακών αλληλουχιών φαίνεται πως προδιαθέτει σε νοσήματα όπως η Νευρογενής Ανορεξία, παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II κ.α. Η έρευνα σε αυτά τα θέματα είναι ακόμη στην αρχή της αλλά η ανεύρεση γονιδίων που προδιαθέτουν σε Νευρική Ανορεξία θα συμβάλει τα μέγιστα στην κατανόηση και στην πρωτογενή πρόληψη αυτών των πολύ σοβαρών νόσων³⁷.

5.2 Οικογενειακοί παράγοντες

Ø Η δυναμική της οικογένειας

Η δυναμική της οικογένειας θεωρείται ότι παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην παθογένεση όσο και στη διαιώνιση μιας Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής. Η ύπαρξη ψυχικής

³⁷ Χατζηγεωργίου Χ. (2004): Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. Παιδιατρική Ενημέρωση, 8: 12-18.

διαταραχής στους γονείς, οι δυσλειτουργικές ενδοοικογενειακές σχέσεις αλλά και οι προβληματικοί τρόποι συνδιαλλαγής μεταξύ των μελών της οικογένειας είναι παράγοντες που έχουν συνδεθεί με την εκδήλωση Νευρογενούς Ανορεξίας. Για παράδειγμα, στα οικογενειακά ιστορικά των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία απαντώνται μεγαλύτερα ποσοστά Κατάθλιψης, Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής και αλκοολισμού σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ποσοστά του γενικού πληθυσμού.

Οι θεωρητικοί, που μελετούν τα συστήματα των οικογενειών προτείνουν ότι οι διαταραγμένοι τρόποι συνδιαλλαγής μεταξύ των μελών της οικογένειας αποτελούν κεντρικά γνωρίσματα της ανορεκτικής παθολογίας. Πιο συγκεκριμένα αναφέρονται σε στοιχεία όπως ο παθολογικός εγκλωβισμός, η αυστηρότητα, η υπερπροστασία, η έλλειψη ξεκάθαρα καθορισμένων διαπροσωπικών ορίων, οι δυσκολίες να αντιμετωπίζουν και να επιλύουν συγκρούσεις και διαφωνίες κ.α. Συχνά στις περιπτώσεις Νευρογενούς Ανορεξίας συναντάμε την άρνηση των μελών της οικογένειας να παραδεχθούν ότι το πάσχον μέλος παρουσιάζει πλέον μια σκελετωμένη εικόνα και συχνά τα μέλη της οικογένειας μοιράζονται τις ίδιες απόψεις με τον πάσχοντα σχετικά με τη σημασία του να είναι κανείς αδύνατος. Ενστερνίζονται κι αυτοί την άποψη ότι το χαμηλό σωματικό βάρος και η εμφάνιση γενικότερα είναι περισσότερο σημαντικά από το να είναι κάποιος πραγματικά ευτυχής ή έστω να αισθάνεται καλά. Οι μητέρες των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία συχνά περιγράφονται ως υπερπροστατευτικές, διεισδυτικές, τελειοθηρικές γυναίκες που φοβούνται τον αποχωρισμό από τα παιδιά τους. Οι πατέρες των πασχόντων, από την άλλη πλευρά, περιγράφονται ως αποσυρμένοι, υποχωρητικοί, παθητικοί, με καταπιεσμένο συναίσθημα, αναποτελεσματικοί, φαντασιωσικοί, με συνεχείς εναλλαγές στο συναίσθημα, και γενικότερα άτομα που επιχειρούν να αποφεύγουν οποιαδήποτε εμπλοκή στα θέματα της οικογένειας.

Το πάσχον μέλος της οικογένειας συχνά εξυπηρετεί μια σημαντική λειτουργία στο να διατηρηθεί το status quo στο σύστημα της οικογένειας, μεταμφιέζοντας-συγκαλύπτοντας τις συγκρούσεις και τα προβλήματα μεταξύ άλλων μελών της οικογένειας (π.χ. διαταραχές της διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές, εξάρτηση από ουσίες, συζυγικές διαφωνίες κ.α.). Συχνά οι σχέσεις του πάσχοντος από Νευρογενή Ανορεξία με τους

γονείς του χαρακτηρίζονται ως πολύ στενές αλλά και διαταραγμένες. Διατυπώνεται λοιπόν η υπόθεση ότι η εκδήλωση της νόσου εξυπηρετεί κατά κάποιον τρόπο τον πάσχοντα στο να αποσπάσει την προσοχή από τις τεταμένες συζυγικές ή άλλες ενδοοικογενειακές σχέσεις.

Εξαιτίας όλων των προαναφερθέντων, η θεραπεία οικογένειας θεωρείται υψίστης σημασίας ειδικότερα για τους έφηβους ή νεαρής ηλικίας πάσχοντες, οι οποίοι θα πρέπει να βοηθηθούν ν' αναπτύξουν και να διατηρήσουν μια υγιή εικόνα για τους εαυτούς τους όσο καιρό θα ζουν μέσα σε ένα διαταραγμένο σύστημα οικογένειας. Ο ακριβής ρόλος της οικογένειας στην ανάπτυξη και πορεία της Νευρογενούς Ανορεξίας, αν και αδιαμφισβήτητα σημαντικός, δεν έχει αναδειχθεί ακόμη με ξεκάθαρο τρόπο, καθώς είναι λίγες οι εμπειρικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί ως τώρα και εξετάζουν συγκριτικά ψυχιατρικές ή κλινικές ομάδες ασθενών.

Ø Τα χαρακτηριστικά της οικογένειας

Τα αποτελέσματα από τις εμπειρικές μελέτες που έχουν εστιάσει στα χαρακτηριστικά των οικογενειών των πασχόντων από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, διαφοροποιούνται από μελέτη σε μελέτη. Κάποιες από τις διαφοροποιήσεις αυτές πηγάζουν από τις διαφορετικές μεθόδους συλλογής δεδομένων αλλά και από τις ποικίλες πηγές των πληροφοριών. Για παράδειγμα, οι αναφορές των ίδιων των ασθενών με χαρακτηριστική συνέπεια αποκαλύπτουν υψηλά ποσοστά ενδοοικογενειακών συγκρούσεων, αλλά οι αναφορές των γονέων των πασχόντων δεν περιλαμβάνουν πάντα υψηλά επίπεδα ενδοοικογενειακών προβλημάτων. Κατ' εξαίρεση, σε μια έρευνα, στην οποία προέκυψε διαφοροποίηση στις αναφορές των γονέων της πειραματικής ομάδας σε σύγκριση με την ομάδα των γονέων της ομάδας ελέγχου, οι γονείς των πασχόντων ανέφεραν υψηλά επίπεδα απομόνωσης και χαμηλά επίπεδα αμοιβαίας εμπλοκής και αλληλοϋποστήριξης μεταξύ των μελών της οικογένειας. Οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή όχι ενδοοικογενειακών συγκρούσεων, φαίνεται να χαρακτηρίζουν τις οικογένειες των πασχόντων, αν και κάποια χαρακτηριστικά που έχουν παρατηρηθεί,

όπως τα χαμηλά επίπεδα υποστήριξης, δεν συνάδουν με την ψυχοδυναμική θεωρία. Αλλά και πάλι, τέτοια οικογενειακά χαρακτηριστικά θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως αποτέλεσμα της διαταραχής και όχι ως η αιτία της.

Μια μελέτη, που συνδέεται στενά με την θεωρία του Minuchin, αξιολόγησε τους πάσχοντες από Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής καθώς και τους γονείς τους βάσει ερωτηματολογίων σχεδιασμένων για τη μέτρηση χαρακτηριστικών όπως:

- § Η αυστηρότητα
- § Η εγγύτητα
- § Η εχθρότητα
- § Τα επικριτικά σχόλια

Σε αντίθεση με τη θεωρία του Minuchin, οι οικογένειες επέδειξαν σημαντική διαφοροποίηση σε χαρακτηριστικά όπως ο εγκλωβισμός-παγίδευση και τα επίπεδα συγκρούσεων, συγκεκριμένα τα επίπεδα επικριτικών σχολίων και εχθρότητας ήταν αρκετά χαμηλά. Αυτό το εύρημα βέβαια θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι αντανακλά το χαρακτηριστικό που ο Minuchin είχε περιγράψει ως τακτική αποφυγής των συγκρούσεων, κι έτσι όχι μόνο τα ευρήματα δεν έρχονται σε αντίθεση με τη θεωρία του Minuchin, αλλά την επιβεβαιώνουν. Σε συμφωνία με τη θεωρία αυτή και τις κλινικές περιγραφές του Minuchin είναι και το εύρημα της έρευνας που θέλει τις οικογένειες να εμφανίζουν έλλειψη υπερεμπλοκής των γονέων. Μια ακόμη μελέτη, της οποίας τα ευρήματα βρίσκονται σε ασυμφωνία με τη θεωρία του Minuchin, πραγματοποίησε αξιολογήσεις των οικογενειών των πασχόντων πριν αλλά και μετά τη θεραπεία των ασθενών. Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας των οικογενειών έδειξε βελτίωση μετά την θεραπεία, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με την ιδέα του Minuchin ότι η βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς θα έφερνε στην επιφάνεια άλλες υφέρπουσες ενδοοικογενειακές συγκρούσεις.

Είναι επιτακτική η ανάγκη να απομακρυνθούμε από τις αναφορές των ίδιων των πασχόντων και των μελών της οικογένειάς τους για τα επίπεδα λειτουργικότητας της τελευταίας και να προσανατολιστούμε σε αξιολογήσεις βασισμένες στην άμεση παρατήρηση. Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι ο τρόπος που αντιλαμβάνεται ο πάσχων τα

χαρακτηριστικά της οικογένειάς του είναι άνευ σημασίας ή ότι θα πρέπει να υποβαθμίζονται τέτοιες αναφορές, αλλά γεγονός είναι, ότι θα πρέπει να γνωρίζουμε το βαθμό στον οποίο η οικογένεια γίνεται αντιληπτή ως διαταραγμένη από το πάσχοντα μέλος της και το βαθμό στον οποίο οι διαταραγμένες ενδοοικογενειακές σχέσεις είναι μια αντικειμενική πραγματικότητα.

Σε μια από τις ελάχιστες μέχρι σήμερα έρευνες, που διεξήχθησαν βασιζόμενες στην άμεση παρατήρηση, οι γονείς των πασχόντων παιδιών δε φάνηκαν να διαφοροποιούνται σε μεγάλο βαθμό από τους γονείς της ομάδας ελέγχου. Οι δύο ομάδες γονέων δε διαφοροποιήθηκαν σε ότι αφορούσε τη συχνότητα με την οποία απηύθυναν θετικά και αρνητικά μηνύματα στα παιδιά τους. Ωστόσο, σημειώθηκαν και κάποιες διαφορές ανάμεσα στις ομάδες γονέων. Μια από αυτές ήταν ότι οι γονείς των πασχόντων ήταν περισσότερο αποκαλυπτικοί – επιδεικτικοί (π.χ. άλλαζαν τα ρούχα τους μπροστά στα παιδιά τους, άφηναν την πόρτα της τουαλέτας ανοιχτή, δεν έκλειναν την πόρτα του υπνοδωματίου τους το βράδυ κ.α.). Επίσης, οι γονείς των πασχόντων εμφάνιζαν σημαντική έλλειψη στις δεξιότητες επικοινωνίας, όπως στην ικανότητα να ζητούν διευκρινήσεις για ασαφείς δηλώσεις των παιδιών τους.

Τέτοιου είδους μελέτες, οι οποίες βασίζονται στην άμεση παρατήρηση, αν διασταυρωθούν με δεδομένα για τα οικογενειακά χαρακτηριστικά, όπως αυτά γίνονται αντιληπτά από τον ίδιο τον ασθενή, θα μπορούσαν να βοηθήσουν να απαντηθεί το ερώτημα αν οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής σχετίζονται με πραγματικά προβληματικά οικογενειακά χαρακτηριστικά ή με οικογενειακά χαρακτηριστικά που γίνονται αντιληπτά ως προβληματικά από το πάσχον μέλος της οικογένειας³⁸.

³⁸ Σπάνου Β., Καζάνη Ζ., Τριπόδης Ν. (2008): Διαταραχές πρόσληψης τροφής. Νευρογενής Ανορεξία, Αθήνα.

5.3 Ψυχολογικοί- Ψυχοδυναμικοί παράγοντες

Έχουν αναπτυχθεί πολλές θεωρίες για να εξηγήσουν τους ψυχολογικούς παράγοντες που διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην αιτιοπαθογένεια και διαίωνη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Αυτές οι νόσοι χαρακτηρίζονται 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 ³⁹.

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. Ο αυτοεπιβαλλόμενος υποσιτισμός μπορεί να θεωρηθεί ως προσπάθεια απόκτησης αξίας, ελέγχου και αυτοεκτίμησης. Φαίνεται πως με την 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 ⁴⁰. Η «λιμοκτονία» λοιπόν, αποτελεί ίσως μια προσπάθεια για αναγνώριση από τον κοινωνικό περίγυρο με σκοπό την αντιμετώπισή του ως μοναδικό και ιδιαίτερο άτομο ⁴¹.

³⁹ Elkin G. D. (1999): Introduction to Clinical Psychiatry, USA: Appleton & Lange, pp: 183 – 192.

⁴⁰ Kay, J., Tasman, A., Lieberman J. (2000). Psychiatry–Behavioral Science and Clinical Essentials. USA: W.B. Saunders Company, pp: 447-459.

⁴¹ Kaplan Z., Sadock J. (2000): Η ψυχιατρική. Τόμος Β, έκδοση: 7^η, εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα.

5.4 Κοινωνικοί παράγοντες

Όσον αφορά στους κοινωνικούς παράγοντες, καθοριστικό ρόλο φαίνεται να παίζουν τα κοινωνικά πρότυπα της εποχής και το “ιδεώδες” της ομορφιάς. Π.χ. χαρακτηριστικό της εποχής μας και των σύγχρονων ανεπτυγμένων κοινωνιών είναι το μοντέλο του λεπτού, νεανικού και ωραίου σώματος, που προβάλλεται μέσα από τις εκπομπές της τηλεόρασης, τις διαφημίσεις, κλπ. Επίσης, η υπερκατανάλωση και η προσπάθεια ικανοποίησης μέσω υλικών αγαθών επηρεάζουν τη στάση ζωής των ανθρώπων και τις συνήθειες που αναπτύσσουν, μεταξύ άλλων και στη διατροφή τους ⁴².

5.5 Βιολογικοί παράγοντες

Τέλος υπάρχουν και βιολογικοί παράγοντες που ενισχύουν τη διαταραχή όπως οι εγκεφαλικές λειτουργίες που ρυθμίζουν την όρεξη και την αίσθηση της πείνας και προβλήματα στο πεπτικό σύστημα ⁴³. Οι βιολογικές θεωρίες, εστιάζουν στη λειτουργία του υποθαλάμου και σε μια πιθανολογούμενη πρωτογενή δυσλειτουργία του. Επιπλέον αναφέρουν και κάποιες διαταραχές στη λειτουργία ορισμένων από τους κεντρικούς νευροδιαβιβαστές. Ενίσχυση των θεωριών αυτών προσφέρει η μεγαλύτερη συχνότητα της ψυχογενούς ανορεξίας σε μονοζυγωτικά δίδυμα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, καθώς και σε άτομα με μείζονες συναισθηματικές διαταραχές (μανία-κατάθλιψη) σε μέλη της οικογένειας ανορεκτικών από ότι στο γενικό πληθυσμό ⁴⁴.

⁴² Νέστορος Ι., Ζγαντζούρη Κ. : Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, Σημειώσεις σ.3-4.

⁴³ Ισότοπος: www.kepeo.com

⁴⁴ Ισότοπος: www.doctorshospital.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΘΕΡΑΠΕΙΑ

6.1 Θεραπευτική παρέμβαση

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. Πολλοί ασθενείς όμως μπορεί να χρειαστούν νοσηλεία ⁴⁵.

6.2 Στόχος θεραπείας

Η θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας εστιάζει σε δύο στόχους. Στην αύξηση του σωματικού βάρους έτσι ώστε να αποφευχθούν οι ιατρικές επιπλοκές και η πιθανότητα θανάτου και στην διατήρησή του. Ο δεύτερος στόχος της θεραπείας, η μακροπρόθεσμη διατήρηση των κερτημένων σε ότι αφορά το σωματικό βάρος, δεν έχει μέχρι τώρα αξιόπιστα αποδειχθεί μέσω ιατρικών, συμπεριφοριστικών ή παραδοσιακών ψυχοδυναμικών παρεμβάσεων. Η αποκατάσταση του σωματικού βάρους σ' ένα φυσιολογικό επίπεδο, η επαναφορά της διατροφικής συμπεριφοράς στα φυσιολογικά πλαίσια και η επίλυση των συναφών ψυχολογικών διαταραχών αποτελούν στόχους δύσκολους και χρονοβόρους.

Ακόμη, σημαντικό σημείο αποτελεί και η δέσμευση του ασθενούς και της οικογένειάς του. Για την πλειονότητα των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία αυτό αποτελεί μια πρόκληση για το θεραπευτή. Η ανησυχία της οικογένειας και των φίλων του ασθενούς

⁴⁵ Ισότοπος: www.aftognosia.gr

συχνά παίζει καθοριστικό ρόλο προκειμένου να οριστεί το πρώτο ραντεβού με κάποιον ειδικό, αλλά οι ασθενείς συνήθως υποβαθμίζουν τα συμπτώματά τους και θεωρούν ότι αυτή η ανησυχία των τρίτων κινείται σε επίπεδα υπερβολής. Είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίσουμε ένα πρόβλημα που να μπορεί και ο ασθενής να παραδεχτεί, όπως η αδυναμία, η ευερεθιστότητα, η δυσκολία στη συγκέντρωση ή τα προβλήματα με τα επεισόδια υπερφαγίας. Ο ψυχίατρος θα πρέπει στη συνέχεια να αποπειραθεί να ενημερώσει τον ασθενή για τις πολύ σημαντικές οργανικές αλλά και ψυχολογικές επιδράσεις της νηστείας και την ανάγκη να αυξηθεί το βάρος, προκειμένου το πρόβλημα, που από κοινού θεραπευτής και ασθενής έχουν αναγνωρίσει, να αντιμετωπισθεί επιτυχώς.

Οι διαφωνίες των ασθενών αναφορικά με τους θεραπευτικούς στόχους είναι ένα κοινό μείζον εμπόδιο στη θεραπεία. Οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία πολύ απλά δεν αντιλαμβάνονται πολλά από τα χαρακτηριστικά της διαταραχής τους ως προβληματικά. Αυτό μπορεί να σχετίζεται και με ένα σύνολο άλλων ανησυχιών του ασθενούς όπως η γενικευμένη επιφυλακτικότητα στις σχέσεις, τα αισθήματα ευθραυστότητας και κατωτερότητας και η ευαισθησία στον προσλαμβανόμενο εξαναγκασμό. Όλες αυτές οι ανησυχίες μπορεί να εκφράζονται μέσα από μια σθεναρή αντίσταση, ανυπακοή, ψευδοσυμμόρφωση με τις παρεμβάσεις του ψυχιάτρου και γενικότερα να συμβάλλει στις συγκρούσεις του ασθενούς με το θεραπευτή για την επιβολή, όπως το αντιλαμβάνεται ο πάσχων, του ενός από τους δύο στη θεραπευτική σχέση. Αυτές οι συγκρούσεις είναι πολύ συχνό φαινόμενο που χαρακτηρίζει τη θεραπευτική διαδικασία με ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία.

Κατά τη διάρκεια της φάσης αποκατάστασης του σωματικού βάρους, οι ασθενείς έχουν ανάγκη από συναισθηματική στήριξη. Φαίνεται ότι αποδοτικότερο είναι να αντιμετωπίζεται ο φόβος του πάχους με την ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τους κινδύνους της νηστείας και της αυστηρής στέρησης της τροφής και με τη διαβεβαίωση ότι θα αποτραπεί από τον ίδιο το θεραπευτή το ενδεχόμενο οι ασθενείς να πάρουν τέτοιο βάρος ώστε να γίνουν υπέρβαροι. Μια συνεχής και δομημένη θεραπευτική προσέγγιση, με ή χωρίς πρόγραμμα διαμόρφωσης της συμπεριφοράς, είναι γενικά

επιτυχημένη στο να προάγει την αποκατάσταση του σωματικού βάρους, αλλά απαιτεί καλό συντονισμό ώστε να διατηρηθεί ένα υποστηρικτικό, μη τιμωρητικό θεραπευτικό κλίμα. Η συμβουλευτική ενός διαιτολόγου και οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις έχουν αποδειχθεί επίσης βοηθητικές και αποτελεσματικές στο να βοηθήσουν τους ασθενείς να διευρύνουν το διαιτητικό τους ρεπερτόριο συμπεριλαμβάνοντας και τροφές που μέχρι πρότινος φοβούνταν να καταναλώσουν εξαιτίας της υψηλής θερμιδικής τους αξίας.

Από τη στιγμή που το βάρος αρχίζει να αυξάνεται, η ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία μπορεί να αρχίσει να εστιάζει στην αντιμετώπιση άλλων θεμάτων παράλληλα με την αντιμετώπιση της ανησυχίας για την αύξηση του σωματικού βάρους. Για παράδειγμα, είναι σημαντικό για τους ασθενείς να αναγνωρίσουν ότι έχουν φθάσει στο σημείο να βασίζονται στην αυτοεκτίμησή τους στη δίαιτα και στον έλεγχο του σωματικού βάρους και είναι πιθανό να αξιολογούν τον εαυτό τους με αυστηρά και απόλυτα κριτήρια, χωρίς να αφήνουν περιθώρια να συγχωρέσουν στους εαυτούς τους κάποια λάθη. Ομοίως, οι ασθενείς θα πρέπει να βοηθηθούν να δουν ότι η Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής έχει εμπλακεί με την επίτευξη των προσωπικών τους στόχων όπως η εκπαίδευση, η άθληση ή η δημιουργία και διατήρηση φιλικών σχέσεων⁴⁶.

6.3 Ψυχοθεραπεία

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.

⁴⁶ Σπάνου Β., Καζάνη Ζ., Τριπόδης Ν. (2008): Διαταραχές πρόσληψης τροφής. Νευρογενής Ανορεξία, Αθήνα.

- § 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.
- § Στην διαχείριση των αρνητικών του συναισθημάτων.
- § Στη λύση διαπροσωπικών προβλημάτων και συγκρούσεων.
- § Στην διόρθωση των στοιχείων της προσωπικότητας του που ευθύνονται για την διαταραχή.
- § Στην ενθάρρυνση και την υποστήριξη ⁴⁷.

6.3.1 Γνωσιακή - Συμπεριφορική θεραπεία

Πρόκειται για μια θεραπευτική παρέμβαση η οποία προσπαθεί να βοηθήσει τους ασθενείς να αναγνωρίσουν τη σύνδεση μεταξύ των δυσλειτουργικών σκέψεων και τον απροσάρμοστων συμπεριφορών ⁴⁸.

Αποτελείται από τέσσερα σταδια:

- § Το πρώτο στάδιο διαρκεί 4 εβδομάδες και στοχεύει στην ενημέρωση / εκπαίδευση του ατόμου, στην διαμόρφωση του θεραπευτικού πλάνου βάσει προσωπικών αναγκών και στην επίτευξη συμπεριφοριστικών αλλαγών.
- § Στο δεύτερο στάδιο (1-3 συνεδρίες), επισημαίνονται οι αλλαγές και οι ανασταλτικές προς τη θεραπεία καταστάσεις. Αξιολογείται η συνεισφορά των δυσλειτουργικών μηχανισμών (υπερεκτίμηση ελέγχου φαγητού και βάρους και σχήματος του σώματος, τελειοθηρία, δυσκολία συναισθηματικής διαχείρισης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαπροσωπικές σχέσεις) στην παρούσα φάση της θεραπείας και αναθεωρείται, όπου χρειάζεται, το αρχικό πλάνο.
- § Το τρίτο στάδιο είναι και το πιο εκτενές, ασχολείται με την αλλαγή της πυρηνικής ψυχοπαθολογίας των διατροφικών διαταραχών (έλεγχος και ενασχόληση με το βάρος

⁴⁷ Ισότοπος: www.aftognosia.gr

⁴⁸ Mehler P. (2001): Diagnosis and Care of Patients with Anorexia Nervosa in Primary Care Setting. Ann Intern Med, 134: 1048-1059.

και το σχήμα του σώματος) αλλά και με τους μηχανισμούς που προαναφέρθηκαν (χαμηλή αυτοεκτίμηση κ.α.).

§ Στο τελευταίο στάδιο σταθεροποιούνται οι αλλαγές που έχουν επιτευχθεί.

Η Γνωσιακή Συμπεριφορική θεραπεία συχνά χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές, ψυχοδυναμικές ή διαπροσωπικές με καλά αποτελέσματα ⁴⁹.

6.3.2 Οικογενειακή θεραπεία

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία εστιάζει στην αμφίδρομη σχέση μεταξύ του συμπτώματος της διαταραχής πρόσληψης τροφής και των οικογενειακών δυναμικών. Δηλαδή, η διατροφική διαταραχή αντιμετωπίζεται σαν κάτι που επηρεάζει και ταυτόχρονα επηρεάζεται από τις ενδοοικογενειακές σχέσεις και τη ζωή της οικογένειας. Αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας είναι ένας φαύλος κύκλος στον οποίο παγιδεύεται τόσο ο/η ασθενής όσο και η οικογένειά του/της.

Χαρακτηριστικά αυτής της δυσλειτουργικής οικογενειακής διαδικασίας η οποία προκαλείται από τη διατροφική διαταραχή και με τη σειρά της παίζει σημαντικό ρόλο ως προς τη διατήρηση του συμπτώματος είναι:

- § Η ανάπτυξη μιας εξαιρετικά στενής, σχεδόν συμβιωτικής σχέσης μεταξύ του/της ασθενούς και της μητέρας του/της.
- § Η εξασθένηση του πατρικού ρόλου στην οικογένεια.
- § Η επικριτική στάση των γονέων προς το παιδί/έφηβο που νοσεί.
- § Ο ρόλος του ασθενούς είτε σαν τον ενδιάμεσο μεταξύ των γονέων είτε σαν το μοναδικό και μεγάλο πρόβλημα της οικογένειας.

Οι βασικοί στόχοι της οικογενειακής ψυχοθεραπείας είναι:

- § Η βοήθεια των γονέων να συμπαρασταθούν και να βοηθήσουν το παιδί που νοσεί.

⁴⁹ Θεοδοσοπούλου Φ. (2012): Διερεύνηση διαταραχών διατροφής σε μαθητικό πληθυσμό σε συνάρτηση με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

- § Ο περιορισμός της επικριτικής στάσης των γονέων απέναντι στο παιδί/έφηβο που νοσεί.
- § Η ενδυνάμωση του πατέρα στο ρόλο του τόσο απέναντι στον/την ασθενή όσο και στην οικογενειακή ζωή γενικότερα.
- § Η βοήθεια των γονέων να υιοθετήσουν μια τρυφερή πλην όμως σταθερή και ενίοτε αυστηρή στάση απέναντι στον/την ασθενή και τη διατροφή του/της.
- § Η σταδιακή ενίσχυση της αυτονομίας του ασθενούς. Στις θεραπευτικές συνεδρίες της οικογενειακής ψυχοθεραπείας συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας ενώ η διάρκεια της θεραπείας είναι τουλάχιστον ενός έτους⁵⁰.

6.3.3 Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η ομαδική ψυχοθεραπεία, όπως και η ατομική, έχει στόχο να βοηθήσει τους ανθρώπους που θέλουν να βελτιώσουν την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν και να ανταπεξέρχονται στις δυσκολίες και τα προβλήματα της ζωής τους πιο ικανοποιητικά. Ενώ στη ατομική ψυχοθεραπεία ο ενδιαφερόμενος συνευρίσκεται μόνο με ένα άτομο, τον ψυχοθεραπευτή του, στην ομαδική ψυχοθεραπεία η συνεδρία γίνεται με μια ολόκληρη ομάδα ανθρώπων, και με συντονιστές ένα ή δύο ψυχοθεραπευτές. Καθώς η ομαδική θεραπεία δίνει ιδιαίτερη έμφαση στις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις των ανθρώπων, σε προβλήματα που αφορούν διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά και προβλήματα όπως το άγχος, η κατάθλιψη, οι φοβίες, και οι διατροφικές διαταραχές, γίνονται συχνά το αντικείμενο της ψυχοθεραπευτικής διαπραγμάτευσης κι αντιμετώπισης.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει σκοπό να βοηθήσει τα άτομα που συμμετέχουν στην ομάδα ώστε να αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά τις συναισθηματικές τους δυσκολίες, και να επιτύχουν την προσωπική τους ανάπτυξη κι αυτογνωσία. Ο ψυχοθεραπευτής - συντονιστής της ομαδικής διαδικασίας, επιλέγει ως υποψήφιους-ες για την ομαδική θεραπεία εκείνους/εκείνες τους/τις θεραπευόμενους-ες που μπορούν να αποκομίσουν

⁵⁰ Ισότοπος: www.anasa.gr

οφέλη απ' αυτού του είδους την ψυχοθεραπεία, καθώς κι όσους/όσες μπορεί με την παρουσία τους να επιδράσουν βοηθητικά σε άλλα μέλη της ομάδας αυτογνωσίας⁵¹.

6.3.4 Ψυχοδυναμική θεραπεία

Οι ψυχοδυναμικές θεραπευτικές προσεγγίσεις βλέπουν στο σύμπτωμα της διατροφικής διαταραχής, δεδομένου ότι αυτή τις περισσότερες φορές ξεκινά στην εφηβική ηλικία, με στασιμότητα έως και διακοπή της ανάπτυξης. Με άλλα λόγια ο/η έφηβος/η, μέσω της διαταραχής πρόσληψης τροφής, αντί να περάσει προς το στάδιο της ενηλικίωσης παλινδρομεί σε μια παιδική ηλικία. Ένα από τα βασικά ζητούμενα της θεραπείας αφορά στην ολοκλήρωση της διαδικασίας τόσο της σωματικής όσο και της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του ασθενούς. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι μεγάλης διάρκειας (συνήθως διαρκεί τουλάχιστον δύο χρόνια) και βασίζεται στην ανάπτυξη σχέσης μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας ο θεραπευτής εστιάζει στα εξής:

- § Στην αποδοχή της ταυτότητας του φύλου του ασθενούς.
- § Στην ενδυνάμωση ως προς την αποδοχή του σώματός του.
- § Στην απεμπλοκή του ασθενούς από την οικογένεια.
- § Στην ενίσχυση της αυτονομίας του ασθενούς.

Η ψυχοδυναμική θεραπεία του ασθενούς πραγματοποιείται σε ατομική βάση ενώ συνιστάται και η παράλληλη θεραπεία του γονέα/γονεϊκού ζεύγους⁵².

⁵¹ Ισότοπος: www.aftognosia.gr

⁵² Ισότοπος: www.anasa.gr

6.3.5 Διαπροσωπική θεραπεία

Αυτή η μορφή θεραπείας είναι βραχείας διάρκειας, υποστηρικτική, και εστιάζει στη σχέση μεταξύ των διαπροσωπικών σχέσεων και την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε στον ευρύτερο χώρο της ψυχοδυναμικής-ψυχαναλυτικής θεωρίας και πρακτικής με τον οποίο διατηρεί δεσμούς συγγένειας. Αν και υπογραμμίζει τη σημασία των βαθύτερων, ανεπίλυτων χαρακτηριστικών προβλημάτων ή προβλημάτων προσωπικότητας που συνειδητά ή ασυνείδητα υποδαυλίζουν την ανάπτυξη του διατροφικού συμπτώματος, ωστόσο απευθύνεται περισσότερο στην επίδραση των τρεχουσών παρά των πρώιμων σχέσεων, συγκρούσεων και τραυματικών βιωμάτων, στην ανάπτυξη και διαίωνιση της διαταραχής. Στόχος της διαπροσωπικής θεραπείας είναι η άμεση μείωση του συμπτώματος και η βελτίωση της σχέσης του ατόμου με τον περίγυρο του. Το σύμπτωμα σε αντίθεση με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις, δεν αντιμετωπίζεται άμεσα αλλά το άτομο υποβοηθείται να αναγνωρίσει τα προβλήματα που έχουν συμβάλει στην ανάπτυξη του⁵³.

6.4 Διατροφική παρέμβαση- Αποκατάσταση βάρους

Υπάρχει γενική συμφωνία ότι η αποκατάσταση του βάρους θα πρέπει να είναι κεντρικός και πρώιμος στόχος της θεραπείας. Το επιθυμητό βάρος-στόχος θα πρέπει να είναι το ατομικά καθορισμένο φυσιολογικό βάρος σώματος στο οποίο θα αποκατασταθεί η αναπαραγωγική λειτουργία. Ο υπολογισμός του βάρους στόχου γίνεται βάσει του Δείκτη Σωματικής Μάζας, που προσδιορίζεται από το πηλίκο του βάρους σε kgf δια του τετραγώνου του ύψους σε εκατοστά. Για ασθενείς ηλικίας 16 ετών και άνω, ο ελάχιστος Δείκτης Σωματικής Μάζας πρέπει να είναι 20. Γι' αυτούς που είναι 14 και 15 ετών ο Δείκτης Σωματικής Μάζας πρέπει να είναι τουλάχιστον 18,5-19,5. Για ασθενείς μικρότερης ηλικίας πρέπει να γίνεται χρήση ειδικών πινάκων.

⁵³ McIntosh VV et al (2005): Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. Am J Psychiatry 162(4):741-747.

Ως προς το περιεχόμενο των γευμάτων και τον υπολογισμό της θερμιδικής πρόσληψης, είναι καλύτερα, εξ' αρχής ο καθορισμός του περιεχομένου των γευμάτων και του ποσού των θερμίδων να γίνεται από το διαιτολόγο ή το γιατρό. Είναι επίσης σημαντικό να επισημανθεί και να συμφωνηθεί με τον ασθενή ότι ο στόχος της θεραπείας είναι το φυσιολογικό βάρος και ότι το υπερβολικό βάρος δεν είναι επιθυμητό και πρέπει να αποφεύγεται. Σαν βασική πάντως αρχή της προτεινόμενης διατροφής είναι να περιλαμβάνονται απαραίτητως σε κάθε γεύμα υδατάνθρακες, λευκώματα και λίπη, χωρίς να αποφεύγονται τα λαχανικά και τα φρούτα των οποίων η αποφυγή είναι συχνά επιθυμία των ασθενών και θα πρέπει να ελέγχεται.

Συνήθως η αρχική θερμιδική πρόσληψη κυμαίνεται μεταξύ 30-40 Kcal/kg την ημέρα (περίπου 1000-1600 Kcal την ημέρα) πιθανόν όμως να πρέπει να αυξηθεί σε 70-100 Kcal/kg την ημέρα για ορισμένους ασθενείς κατά την διάρκεια της φάσης αύξησης βάρους, ώστε να σταθεροποιηθεί στις 40-60 Kcal/kg την ημέρα κατά τη φάση διατήρησης του βάρους. Η συνεχής εκπαίδευση και υποστήριξη του ασθενούς για τη διατήρηση φυσιολογικών συνηθειών διατροφής είναι ουσιαστική παράμετρος της θεραπείας καθ' όλη τη διάρκειά της.

6.5 Ενδονοσοκομειακή θεραπεία

Οι ανορεκτικοί ασθενείς που το βάρος τους είναι έως 20% κάτωθεν του φυσιολογικού βάρους πρέπει πρώτα να αντιμετωπίζονται εξωνοσοκομειακά, ιδιαίτερα όταν υπάρχει υψηλό κίνητρο, όταν η οικογένεια είναι συνεργάσιμη και όταν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρή. Σε περισσότερο σοβαρές περιπτώσεις ασθενών με εξαιρετικά χαμηλό βάρος απαιτείται ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση και συνολική θεραπεία προκειμένου να επιτευχθεί η αύξηση του βάρους ⁵⁴.

⁵⁴ Μωρόγιαννης Φ.: Θεραπεία Ψυχογενούς Ανορεξίας. Ισότοπος: www.morogiannis.gr

Οι κατευθύνσεις όπου μπορεί να εκτελεστεί η θεραπεία είναι:

- § Ένα παθολογικό τμήμα μέσα σε ένα γενικό νοσοκομείο.
- § Ένα ειδικευμένο τμήμα για Διατροφικές Διαταραχές.
- § Έναν ανοιχτό ψυχιατρικό θάλαμο είτε σε γενικό νοσοκομείο είτε σε ένα ψυχιατρικό ίδρυμα.
- § Έναν κλειστό ψυχιατρικό θάλαμο ⁵⁵.

Η απόφαση για νοσηλεία σε ψυχιατρική μονάδα αντί για παθολογική ή παιδιατρική, εξαρτάται από την ιατρική κατάσταση του ασθενούς και από τις επιδεξιότητες και ικανότητες του τοπικού ψυχιατρικού και ιατρικού προσωπικού. Στα προγράμματα ενδονοσοκομειακής θεραπείας θα πρέπει να καθορίζονται με ακρίβεια τόσο το βάρος-στόχος όσο και ο ρυθμός ελεγχόμενης αύξησης του βάρους αλλά και να πείθονται οι ασθενείς ότι μπορούν να αποκτήσουν τον έλεγχο επί των υγιών διατροφικών συνηθειών στις οποίες εκπαιδεύονται. Ένα υποστηρικτικό και ενθαρρυντικό προσωπικό με το οποίο οι ασθενείς και οι οικογένειες τους μπορούν να αναπτύξουν ρεαλιστικές σχέσεις εμπιστοσύνης, είναι απολύτως αναγκαίο. Στο πρόγραμμα θα πρέπει να περιλαμβάνεται ένας λογικός ρυθμός αύξησης βάρους (π.χ. 1,5 kg/εβδομάδα για ενδονοσοκομειακούς ασθενείς ή 1 kg/εβδομάδα για εξωτερικούς ασθενείς) καθώς και ορισμένες θετικές και αρνητικές ενισχύσεις (παραμονή στο κρεβάτι, άσκηση εξαρτώμενη από την αύξηση βάρους) ⁵⁶.

Αξιοσημείωτο είναι να αναφέρουμε πως η έξοδος ασθενών από το νοσοκομείο με Δείκτη Μάζας Σώματος κατώτερη από 18,5-20 kg/m², βρέθηκε να σχετίζεται με χειρότερη μετανοσοκομειακή πορεία ⁵⁷.

⁵⁵ Mitrany E., Melamed Y. (2005): Compulsory treatment of Anorexia Nervosa. *Istj Psychiatry Relat Sci*, 44: 185-190.

⁵⁶ Μωρόγιαννης Φ.: Θεραπεία Ψυχογενούς Ανορεξίας. Ιστότοπος: www.morogiannis.gr

⁵⁷ Σολδάτος Κ., Λύκουρας Λ. (2006): Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, Σελ: 377-398.

Πρόοδοι ενδονοσοκομειακής θεραπείας κατά την τελευταία δεκαετία

- § Ανάπτυξη των πρώτων κατευθυντηρίων γραμμών για συγκεκριμένες ψυχιατρικές διαταραχές.
- § Αυξημένη αντίληψη των πολλαπλών ιατρικών επιπλοκών που συνδέονται με την Νευρογενή Ανορεξία με αποτέλεσμα την βελτίωση στη θεραπεία.
- § Απόδειξη ότι τα αποτελέσματα είναι τα ίδια σε άνδρες και γυναίκες.
- § Θερπτική αποκατάσταση κατά 3 κιλά/εβδομάδα.
- § Δραστικά αποτελέσματα της οικογενειακής θεραπείας μετά την ενδονοσοκομειακή θεραπεία.
- § Ο θεραπευτής κατορθώνει να επανεντάξει τον ασθενή στην κοινωνία και στην οικογένειά του.
- § Ο ασθενής κατανοεί τις αξίες της ζωής και επενδύει σε αυτές⁵⁸.

Ενδείξεις άμεσης εισαγωγής στο νοσοκομείο

- § Σοβαρή υποθρεψία (απώλεια βάρους > 25% από το φυσιολογικό για το ύψος, το φύλο και την ηλικία).
- § Αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές.
- § Καρδιακή δυσλειτουργία (σημαντική βραδυκαρδία, αλλοιώσεις στο ΗΚΓ).
- § Επικείμενο shock (ταχυκαρδία, ορθοστατική υπόταση).
- § Οξεία άρνηση λήψης τροφής.
- § Ανεξέλεγκτη πολυφαγία.
- § Επείγουσες ψυχιατρικές καταστάσεις (π.χ. αυτοκτονικός ιδεασμός).
- § Ακατάλληλες περιβαλλοντικές συνθήκες για την αντιμετώπιση της διαταραχής (π.χ. σοβαρή οικογενειακή δυσλειτουργία).
- § Αποτυχία εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης⁵⁹.

⁵⁸ Garfinkel P., Walsh B. (1997): Drug Therapies. Garner D. and Garfinkel P (Eds), Handbook of Treatment for Eating Disorders, 2nd edition, pp. 372-380, The Guilford Press.

Απάτες ασθενών που οδηγούν σε φαινομενική αύξηση του σωματικού βάρους

- § Λήψη μεγάλων ποσοτήτων νερού πριν το νυχτερινό ζύγισμα.
- § Αποφυγή κένωσης της κύστης πριν το ζύγισμα.
- § Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού την προηγούμενη νύχτα.
- § Ένδυση με βαριά ρούχα και κοσμήματα.
- § Ράψιμο βαριδίων στα ρούχα τους πριν το πρωινό ζύγισμα.

Απάτες ασθενών σχετικά με το φαγητό

- § Κρύβουν το φαγητό στις τσέπες.
- § Αφήνουν την κόρα του ψωμιού στο πιάτο και πετάνε το υπόλοιπο.
- § Πετάνε το φαγητό σε βάζα, ντουλάπια ή από το παράθυρο.
- § Κρατάνε το φαγητό στο στόμα τους και το πετάνε όταν καθαρίζουν τα δόντια τους⁶⁰.

⁵⁹Ισότοπος: www.youth-health.gr

⁶⁰ Οικονόμου Ξ. (1994): Ειδική Διαιτητική, Προληπτική και Θεραπευτική (Βασικές Αρχές), Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

∅ Χρησιμοποιείται σε σοβαρές περιπτώσεις

- Απώλεια βάρους άνω του 15%
- Άρνηση φαγητού
- Τάσεις αυτοκτονίας
- Επείγοντα περιστατικά (π.χ. καρδιακή αρρυθμία)

∅ Προσφέρει αποκατάσταση των θρεπτικών συστατικών

- Διαμορφώνεται ένα ατομικό πρόγραμμα διατροφής για την απόκτηση σταθερού βάρους ανά εβδομάδα.
- Το βάρος στόχος προσδιορίζεται, λαμβάνοντας υπ' όψιν και το σκελετό του σώματος.
- Παρεντερική σίτιση ή σίτιση με ρινογαστρικό σωλήνα: θεωρούνται απαραίτητες, όταν ο ασθενής δεν καταφέρνει να επιδείξει ικανοποιητική λήψη τροφής και βάρους.
- Γίνονται προσπάθειες επίτευξης φυσιολογικών προτύπων διατροφής και όχι απλής απόκτησης του φυσιολογικού βάρους.

∅ Προσφέρει τροποποιήσεις στη συμπεριφορά: αυτές οι τεχνικές είναι σημαντικές στα πρώτα στάδια της θεραπείας, όταν οι οργανικές και ψυχολογικές επιδράσεις παρεμβάλλονται στη θεραπεία.

∅ Προσφορά ψυχοθεραπείας, για να αποκαλυφθούν τα λανθάνοντα αίτια.

(Grant C., Mericle B., Royes S. (2009))

6.6 Φαρμακευτική θεραπεία

Παρ' ότι τα τελευταία 40 χρόνια έχει σημειωθεί ιδιαίτερα σημαντική πρόοδος στην ψυχοφαρμακολογία, κανένα φάρμακο δεν έχει αποδειχθεί χρήσιμο στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας. Επειδή λοιπόν η κεντρική ψυχοπαθολογία της διαταραχής αυτής είναι εξαιρετικά ανθεκτική στη φαρμακευτική προσέγγιση, τα φάρμακα δεν πρέπει να χορηγούνται ως μοναδική θεραπεία. Η φαρμακευτική αγωγή όμως είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της αστίας και για τη θεραπεία της συνυπάρχουσας νοσηρότητας που παρατηρείται στους ανορεκτικούς ασθενείς με χρόνια πορεία (25% των πασχόντων).

Τα φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί περισσότερο είναι τα αντικαταθλιπτικά (αμιτριπτυλίνη, χλωριμιπραμίνη σε ασθενείς με κατάθλιψη που επιμένει παρά την αύξηση του βάρους), τα νευροληπτικά (χλωροπρομαζίνη κατά την ενδοноσοκομειακή αντιμετώπιση και ιδιαίτερα κατά την περίοδο που ο ασθενής παραμένει κλινήρης, έχουν χρησιμοποιηθεί βοηθητικά οι υψηλές δόσεις χλωροπρομαζίνης, οι οποίες γίνονται καλώς ανεκτές και συμβάλλουν στην επιτυχή ενδοноσοκομειακή νοσηλεία, ηπιμοζίδη σε χαμηλές δόσεις για την ψυχαναγκαστικότητα, το άγχος και τον ψυχωσικόμορφο τρόπο σκέψης) καθώς και τα αγχολυτικά φάρμακα (λοραζεπάμη) που χρησιμοποιούνται εκλεκτικά πριν από τα γεύματα για να μειώσουν το άγχος αναμονής που σχετίζεται με το φαγητό. Οι περισσότεροι ειδικοί πιστεύουν ότι:

- § Οι ασθενείς με υποθρεψία και κατάθλιψη είναι περισσότερο επιρρεπείς στις ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαταθλιπτικής αγωγής απ' ότι άλλοι ασθενείς με κατάθλιψη, ενώ παράλληλα ανταποκρίνονται λιγότερο σ' αυτή.
- § Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο υπότασης και αρρυθμίας στους ασθενείς με ανορεξία ειδικότερα σε ασθενείς που κάνουν χρήση υπακτικών και των οποίων η ενυδάτωση είναι ανεπαρκής και η καρδιακή λειτουργία διαταραγμένη.
- § Μερικά συμπτώματα κατάθλιψης μπορούν να υποχωρήσουν με την αύξηση του βάρους.

- § Τα αντικαταθλιπτικά βοηθούν στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που επιμένουν, μειώνουν την ψυχαναγκαστικότητα και γενικώς περιορίζουν τον κίνδυνο υποτροπής μετά τη φάση αποκατάστασης του βάρους.
- § Σε περιπτώσεις ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και ιδιαίτερα όταν είναι αναγκαίο ο ασθενής να παραμείνει κλινήρης κατά τη φάση απόκτησης φυσιολογικού βάρους, βαθμιαία αυξανόμενες δόσεις χλωροπρομαζίνης (μέχρι 400 mg ημερησίως), γίνονται καλά ανεκτές και βοηθούν σημαντικά στην παραμονή του ασθενή στο κρεβάτι και τη συμμόρφωση στην ενδεικνυόμενη σίτιση.

Συμπερασματικά, κανένα φάρμακο δεν έχει ειδική επίδραση στην ψυχογενή ανορεξία, και όσα έχουν χρησιμοποιηθεί έχουν μόνο μερική ένδειξη για την αντιμετώπιση ορισμένων συμπτωμάτων και για περιορισμένο χρόνο ⁶¹. Σημαντικό είναι εξίσου να αναφερθεί πως τα αποτελέσματα της κάθε θεραπείας διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή και η έκβασή τους μπορεί να είναι τόσο θετική όσο και αρνητική. Αυτό συμβαίνει διότι η βασικότερη παράμετρος για την αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής παρέμβασης είναι η ίδια η προσωπικότητα του αρρώστου ⁶².

⁶¹ Garfinkel P., Walsh B. (1997): Drug Therapies. Garner D. and Garfinkel P (Eds), Handbook of Treatment for Eating Disorders, 2nd edition, pp. 372-380, The Guilford Press.

⁶² Χαρτοκόλλης Π. (1991): Εισαγωγή στην ψυχιατρική, Β αναθεωρημένη έκδοση. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

7.1 Στόχοι νοσηλευτικής παρέμβασης

- § Προώθηση υποστηρικτικών συστημάτων τα οποία είναι κατάλληλα και αποτελεσματικά και ενθάρρυνση της χρήσης των πόρων που σχετίζονται με την υγεία.
- § Προώθηση επαρκούς, αποτελεσματικής φροντίδας ενός μέλους μιας οικογένειας που έχει ένα ειδικό πρόβλημα ασθένειας ή αναπηρίας.
- § Ενθάρρυνση της φυσιολογικής ανάπτυξης των μελών της οικογένειας και εκπαίδευσης τους σχετικά με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας.
- § Ενδυνάμωση της σύνδεσης και της λειτουργικότητας της οικογένειας.
- § Προαγωγή ενός υγιεινού περιβάλλοντος ⁶³.

7.2 Προληπτική Νοσηλευτική Παρέμβαση

Η πρόληψη αποτελεί έναν από τους πρωταρχικούς σκοπούς της κοινοτικής νοσηλευτικής. Η προληπτική παρέμβαση ακολουθεί την φυσική εξέλιξη της αρρώστιας, η οποία αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία στηρίζεται. Η αρρώστια προχωρεί με την πάροδο του χρόνου και οι παθολογικές μεταβολές όσο αυτή προχωρεί, γίνονται λιγότερο αναστρέψιμες. Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων είναι να αναχαιτίσουν ή να αναστρέψουν την παθολογική διεργασία, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, προλαβαίνοντας μεγαλύτερη βλάβη. Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της αρρώστιας διακρίνονται 3 επίπεδα προληπτικών

⁶³ Αμερικάνου Μ., Καρμίρη Β., Παπακόστα Χ. (2007): Στοιχεία Ειδικής Διατροφής, Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα.

παρεμβάσεων. Η Πρωτογενής, η Δευτερογενής και η Τριτογενής προληπτική παρέμβαση.

7.2.1 Πρωτογενής Πρόληψη

Η Πρωτογενής Πρόληψη αφορά την παρέμβαση, που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα. Στις παρεμβάσεις για την προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας περιλαμβάνονται όλες οι δραστηριότητες που βελτιώνουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος και ενισχύουν τον υγιεινό τρόπο ζωής. Η αγωγή υγείας στο επίπεδο αυτό σκοπεύει να μεταδώσει στον πληθυσμό γνώσεις σχετικά με την υγιεινή διατροφή, ανάπαυση, ψυχαγωγία και γενικά την απόκτηση υγιεινών συνηθειών. Ακόμη ενημερώνει σχετικά με τους δυσμενείς για την υγεία παράγοντες όπως το κάπνισμα, τις διάφορες καταχρήσεις, το άγχος και ότι άλλο επιδρά αρνητικά στην υγεία ⁶⁴.

Η ερευνητική προσπάθεια των τελευταίων ετών έχει αρχίσει να εντοπίζει άλλους, εκτός της διαίτας, παράγοντες κινδύνου. Μεταξύ αυτών αναφέρονται το οικογενειακό ιστορικό διαταραχών διατροφής, παχυσαρκίας, κατάθλιψης και αλκοολισμού που λειτουργούν ως προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου. Το ατομικό αναμνηστικό κατάθλιψης, παχυσαρκίας και κάποιων τραυματικών εμπειριών στην παιδική ηλικία, γίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο νόσησης. Επίσης η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, συμμετέχει στην αιτιολογία ως παράγοντας ευάλωτότητας για την ανάπτυξη μιας διαταραχής διατροφής. Δεδομένης της τωρινής γνώσης των παραγόντων κινδύνου και της ανάγκης ότι πρέπει να υπάρξει παρέμβαση για την ελαχιστοποίηση της νοσηρότητας από διαταραχές διατροφής στους εφήβους, έχουν εντοπιστεί τέσσερις περιοχές όπου θα πρέπει να εστιαστεί η πρωτογενής προληπτική παρέμβαση.

⁶⁴ Κυριακίδου Ε. (2005): Κοινωνική Νοσηλευτική, έκδοση 6^η, εκδόσεις: Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα.

1. Σχολεία
2. Υπηρεσίες Υγείας
3. Οικογένεια
4. Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας ⁶⁵.

7.2.2 Δευτερογενής Πρόληψη

Η Δευτερογενής Πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Ο σκοπός της είναι να επιτευχτεί η θεραπεία στα πρώτα στάδια ή σε περίπτωση που αυτό δεν είναι δυνατό, να περιοριστεί η εξέλιξή της και να προληφθούν επιπλοκές και αναπηρίες. Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για την Δευτερογενή Πρόληψη. Ο έλεγχος αυτός μπορεί να διαπιστώσει έγκαιρα σημεία και ενδείξεις της νόσου, πριν ακόμη το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα ⁶⁶.

Η Δευτερογενής Πρόληψη των διαταραχών διατροφής θεωρείται σε σχέση με την Πρωτογενή, περισσότερο ρεαλιστικός στόχος. Αφορά στην αναχαίτιση της ανάπτυξης του πλήρους συνδρόμου της διαταραχής και περιλαμβάνει πρώιμη αναγνώριση και παρέμβαση. Υπάρχουν τα εξής προαπαιτούμενα για να θεωρηθεί μια προσέγγιση δευτερογενούς πρόληψης επιτυχής.

§ Να υπάρχει ένα απλό, ευαίσθητο και αξιόπιστο εργαλείο διαγνωστικής αξιολόγησης για την αναγνώριση των αρχικών σημείων και συμπτωμάτων προς αξιολόγηση της διαταραχής και να είναι δυνατόν να εντοπιστούν οι υποψήφιοι να νοσήσουν από την νόσο, επειδή ανήκουν στον πληθυσμό υψηλού κινδύνου.

⁶⁵ Μωρόγιαννης Φ. (2000): Θεραπευτικές ανάγκες ασθενών με διαταραχές διατροφής στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Πρωτογενής- Δευτερογενής και Τριτογενής Πρόληψη. Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 70: 22-27, Εκδόσεις: Ηλεκτρονικές Τέχνες, Αθήνα.

⁶⁶ Κυριακίδου Ε. (2005): Κοινωνική Νοσηλευτική, έκδοση 6^η, εκδόσεις: Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα.

- § Να υπάρχει η κατάλληλη θεραπεία ώστε να είναι επιτυχής όταν εφαρμοστεί ευθύς αμέσως μετά την πρώιμη αναγνώριση ⁶⁷.

7.2.3 Τριτογενής Πρόληψη

Η Τριτογενής Πρόληψη σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η αρρώστια και στην αποκατάσταση των ατόμων, παρεμβαίνει δε όταν παθολογικές βλάβες έχουν ήδη εμφανιστεί ή το άτομο παρουσιάζει κάποιο βαθμό αναπηρίας ⁶⁸.

Εστιάζει στην θεραπεία της νόσου με τις παρακάτω αρχές

- § Εγκατάσταση θεραπευτικής συμμαχίας με τους γονείς.
§ Εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή.

Στόχοι Θεραπείας

- § Αποκατάσταση του βάρους στο επίπεδο του βάρους στόχου.
§ Επαναφορά του φυσιολογικού τρόπου διατροφής με ενθάρρυνση του ασθενούς να εξοικειωθεί με μια κανονική και θερμιδικά ισορροπημένη πρόσληψη τροφών.
§ Διάγνωση και θεραπεία των ιατρικών επιπλοκών εξαιτίας της ασιτίας και των συμπεριφορών που την συντηρούν.
§ Επισήμανση των αρνήσεων και των δυσλειτουργικών σκέψεων, πίστεων και πεποιθήσεων.
§ Παρέμβαση στην οικογένεια με σκοπό τη συνεργασία και την αποφυγή της εμπλοκής.
§ Ψυχοθεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την ενίσχυση της αυτονομίας, τη διευκόλυνση της διαμόρφωσης ταυτότητας, τη στήριξη της διαδικασίας αυτοεκτίμησης και την αντιμετώπιση του αισθήματος της αναξιοσύνης.

⁶⁷ Μωρόγιαννης Φ. (2000): Θεραπευτικές ανάγκες ασθενών με διαταραχές διατροφής στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Πρωτογενής- Δευτερογενής και Τριτογενής Πρόληψη. Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 70: 22-27, Εκδόσεις: Ηλεκτρονικές Τέχνες, Αθήνα.

⁶⁸ Κυριακίδου Ε. (2005): Κοινωνική Νοσηλευτική, έκδοση 6^η, εκδόσεις: Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα.

§ Προληπτική παρέμβαση και εκπαίδευση για την αποφυγή υποτροπής.

Πλαίσιο θεραπείας

§ Εξωνοσοκομειακό

§ Ενδονοσοκομειακό

§ Ψυχιατρική αντιμετώπιση

- Θεραπεία της συνυπάρχουσας ψυχιατρικής νόσου

§ Ψυχοθεραπεία. (Τουλάχιστον 1 χρόνο ή ίσο χρόνο με την διάρκεια της νόσου)

- Οικογενειακή ή των γονέων

- Ατομική ψυχοθεραπεία ⁶⁹.

7.3 Βασικά σημεία νοσηλευτικής φροντίδας κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο

Η φύση της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι τέτοια, λόγω των σύνθετων ψυχολογικών και ιατρικών συνοδών προβλημάτων, που στις περισσότερες περιπτώσεις επιβάλλεται η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία σε συνδυασμό με την ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία για τη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής ⁷⁰.

7.3.1 Νοσηλευτική εκτίμηση

§ Πλήρης εκτίμηση και υπολογισμός βάρους.

- Βάρος στην παρούσα φάση.

- Πρόσφατη λήψη ή απώλεια βάρους.

§ Αξιολόγηση των προτύπων διατροφής.

- Πόσο πολύ και πόσο συχνά τρώει ο ασθενής.

⁶⁹ Μωρόγιαννης Φ. (2000): Θεραπευτικές ανάγκες ασθενών με διαταραχές διατροφής στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Πρωτογενής- Δευτερογενής και Τριτογενής Πρόληψη. Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 70: 22-27, Εκδόσεις: Ηλεκτρονικές Τέχνες, Αθήνα.

⁷⁰ Χριστοδούλου Γ. & συνεργάτες (2004): Ψυχιατρική, Ιατρικές Εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα, σελ. 482-496.

- Ποιές τροφές καταναλώνει.
- Ύπαρξη κύκλων παχυσαρκίας.
- Διερεύνηση συναισθημάτων γύρω από τις διατροφικές του συνήθειες.
- Επίπτωση των διατροφικών του συνηθειών στις καθημερινές του δραστηριότητες.
- Επίπεδο έλεγχου σε άλλες περιοχές όπως χρήση φαρμάκων, ναρκωτικών, ψευδολογίας.

§ Εκτίμηση του επιπέδου δραστηριότητας για την ύπαρξη έντονης άσκησης.

7.3.2 Νοσηλευτική διάγνωση

§ Η κύρια νοσηλευτική διάγνωση αφορά:

- Στα προβλήματα γύρω από την εικόνα του σώματος.
- Στις μεταβολές στη διατροφή, ποσότητες μικρότερες από τις ανάγκες του οργανισμού.
- Στην πιθανότητα εκρήξεων βίας.

§ Επιπλέον νοσηλευτικές διαγνώσεις (συνυπάρχουσες σωματικές και ψυχικές καταστάσεις):

- Άγχος.
- Διαταραχή της καρδιακής λειτουργίας, λόγω ανισορροπίας των ηλεκτρολυτών.
- Μη αποδοτικοί μηχανισμοί άμυνας.
- Μη αποδοτική οικογενειακή αντιμετώπιση.
- Πιθανή έλλειψη όγκου υγρών.
- Προβλήματα έλλειψης αυτοσεβασμού.

7.3.3 Σχεδιασμός (Στοχοθεσία)

§ Γενικοί στόχοι

- Πρόληψη των τάσεων καταστροφής.
- Μεταβολή των καταστροφικών διατροφικών συνηθειών.

- Ανάπτυξη υγιών μηχανισμών άμυνας.

§ Παραδείγματα συγκεκριμένων στόχων

- Ο ασθενής πρέπει να παίρνει μέχρι ένα κιλό την εβδομάδα.
- Η συχνότητα των κενώσεων να έχει ελαττωθεί κατά 90% μέσα σε δυο εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας.
- Ο ασθενής να προαγάγει τον αυτοσεβασμό του.

7.3.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

§ Γενικές παρεμβάσεις στις διατροφικές διαταραχές.

- Ενημέρωση του ασθενή για τα υγιή πρότυπα διατροφής και επικέντρωση ενδιαφέροντος στη συμπεριφορά και όχι μόνο στο σωματικό βάρος.
- Εγκαθίδρυση σχέσεως εμπιστοσύνης: ακρόαση με ενσυναίσθηση και αποφυγή επικρίσεων ή συγκρούσεων με τον ασθενή.
- Διερεύνηση οικογενειακών ζητημάτων με τον ασθενή και την οικογένεια.
- Τακτικός έλεγχος του ασθενή για διαπίστωση τυχών τάσεων αυτοκτονίας.
- Προώθηση των κοινωνικών σχέσεων του ασθενή, έτσι ώστε να αποκατασταθεί η έκπτωτη κοινωνική λειτουργικότητα και να περιοριστεί η απομόνωση.

§ Συγκεκριμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία.

- Διαμορφώνεται ένα ατομικό πρόγραμμα διατροφής για την απόκτηση σταθερού βάρους ανά εβδομάδα.
- Καθημερινός έλεγχος ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, αναπνοές, αρτηριακή πίεση, παλμοί).
- Προσεκτική χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και παρακολούθηση για τυχόν παρενέργειες.
- Έλεγχος για σημεία τετανίας και κράμπες των μυών, έτσι ώστε να εντοπιστούν εγκαίρως ανισορροπία των ηλεκτρολυτών και υποασβεστιαμία.

- Χορήγηση παρεντερικής διατροφής ή σίτιση με ρινογαστρικό σωλήνα όταν η κατάσταση του ασθενή το επιβάλλει.
- Παρατήρηση και μέτρηση θερμίδων που λαμβάνει ο ασθενής και εκτίμηση των ούρων και κοπράνων που αποβάλλει.
- Επισταμένη προσοχή για σημεία απόρριψης του φαγητού.
- Έλεγχος για σημεία κενώσεων ή εμέτων μετά το φαγητό.
- Παρατήρηση του επιπέδου άσκησης και διεξαγωγής δραστηριοτήτων.
- Ζύγισμα του ασθενή την ίδια ώρα κάθε μέρα.
- Ενημέρωση του ασθενή για το ότι πρέπει να πετύχει το ελάχιστο του επιθυμητού βάρους, πριν βγει από το νοσοκομείο.
- Καθίσταται σαφές στον ασθενή ότι η ταχεία ή η υπερβολική λήψη βάρους δεν αποτελεί στόχο της θεραπείας.

Συμπερασματικά, γίνεται αντιληπτό ότι ο διττός χαρακτήρας της νόσου με τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα να εκφράζονται παράλληλα, προεξάγοντας τα μεν ή τα δε κατά περίπτωση, υπαγορεύει ευέλικτες και εξατομικευμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα πρέπει να κατευθύνονται τόσο προς τον τομέα των σωματικών προβλημάτων, όσο και προς αυτόν της αποκατάστασης των ψυχολογικών παραμέτρων⁷¹.



⁷¹ Βαρβάρα Χ., Γιαννούλη Ε., Λαγούδης Α., Τρόκος Α., Ζερβού Σ. (2008): Αυξημένη Νοσηλευτική Φροντίδα σε ασθενή με Νευρογενή Ανορεξία. Χρέος Ζωής, Τεύχος 14: 45-46, Εκδόσεις: Γερμανός, Θεσσαλονίκη.

7.3.5 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με Νευρογενή Ανορεξία εφαρμόζοντας την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας

(Παρουσίαση πλασματικού περιστατικού)

Όνοματεπώνυμο:	Γ. Σ
Ηλικία:	21
Ύψος:	1.70 m
Βάρος:	44 Kg
Ιδανικό Βάρος:	60 Kg
Επάγγελμα:	Ιδιωτικός Υπάλληλος
Ημερομηνία εισόδου:	25/6/2013

Παρούσα κατάσταση: Ασθενής 21 ετών, προσήλθε στο ΤΕΠ Αθηνών συνοδευόμενη από την μητέρα της εξαιτίας έντονης αδυναμίας. Όπως αναφέρει η μητέρα, η Γεωργία τα τελευταία 2 χρόνια παρουσιάζει έντονο άγχος για πιθανή αύξηση βάρους, ακολουθώντας μια λανθασμένη διατροφική συμπεριφορά καθώς μετά το γεύμα προκαλεί η ίδια έμετο ώστε να μην πάρει κιλά. Αποφεύγει το μαγειρεμένο φαγητό και τρέφεται κυρίως με φρούτα και λαχανικά. Η ίδια παραδέχεται ότι έχουν υπάρξει πολλές φορές που δεν έχει φάει τίποτα κατά την διάρκεια της ημέρας και νιώθει ικανοποιημένη.

Η κλινική εικόνα της ασθενούς είναι ιδιαίτερα ελλειποβαρής με αφυδατωμένη επιδερμίδα. Έχει διακοπεί ο εμμηνορυσιακός της κύκλος τους τελευταίους 5 μήνες και επιπρόσθετα η «ιδέα» πως έχει παραπάνω βάρος από το φυσιολογικό την έχει οδηγήσει σε ελαφρά καταθλιπτική διάθεση.

<u>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</u>	<u>Αντικειμενικοί σκοποί</u>	<u>Προγραμματισμός φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εκτίμηση αποτελέσματος</u>
Αίσθημα αδυναμίας	Αντιμετώπιση της αδυναμίας και της εξάντλησης	<p>Λήψη Ζ. Σ και καταγραφή τους στο διάγραμμα του ασθενούς.</p> <p>Χορήγηση αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p> <p>Μέριμα για την ξεκούραση του ασθενή και περιορισμός των δραστηριοτήτων του</p> <p>Μέριμα για την σωστή θρέψη του ασθενή</p>	<p>Έγινε τρίωρη μέτρηση Ζ. Σ και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Α.Π: 95 / 75 mmHg • ΣΦ: 65 / min • ΑΝ: 16 / min • Θ: 36,6 C <p>Χορηγήθηκε φυσιολογικός ορός 0,9% 1000ml / 24h</p> <p>Εξασφάλιση ενός ήρεμου περιβάλλοντος για τον ασθενή</p> <p>Εξηγήθηκε στο ασθενή πως η αδυναμία είναι αποτέλεσμα της κακής διατροφής</p> <p>Χορήγηση γευμάτων υψηλής θρεπτικής αξίας για την σωματική τόνωση του ασθενή</p>	<p>Το αίσθημα της καταβολής υποχώρησε σε ικανοποιητικό βαθμό. Η σωστή θρέψη σε συνδυασμό με την ξεκούραση ενίσχυσαν την σωματική υγεία του ασθενή.</p> <p>Δεν παρουσιάστηκαν ζαλάδες ή λιποθυμικές τάσεις ενώ οι τιμές των ζωτικών σημείων δεν παρεκκλίνουν από το φυσιολογικό.</p>

<u>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</u>	<u>Αντικειμενικοί σκοποί</u>	<u>Προγραμματισμός φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εκτίμηση αποτελέσματος</u>
Άγχος για πιθανή αύξηση βάρους	Απαλλαγή του ασθενή από το άγχος και τις ανησυχίες	<p>Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος για συζήτηση και επικοινωνία με τον ασθενή με σκοπό την ψυχολογική του εκτόνωση</p> <p>Αναζήτηση βοήθειας και παρέμβαση από ειδικό ψυχολόγο εάν είναι απαραίτητο</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία αν είναι απαραίτητο</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε συζήτηση με τον ασθενή κατά την οποία εκφράστηκαν οι ανησυχίες και οι φόβοι του</p> <p>Ενημερώθηκε ειδικός ψυχολόγος για την κατάσταση του ασθενή</p>	<p>Ο ασθενής δείχνει να είναι πιο ήρεμος. Η επικοινωνία και η συζήτηση τον βοήθησαν αρκετά.</p> <p>Δεν χρειάστηκε παρέμβαση από ειδικό ψυχολόγο.</p> <p>Δεν χρειάστηκε να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή.</p>

<u>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</u>	<u>Αντικειμενικοί σκοποί</u>	<u>Προγραμματισμός φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εκτίμηση αποτελεσματικότητας</u>
Αυτοπροκαλούμενος έμετος	Καταστολή του εμετού	Συνεχής παρακολούθηση του ασθενή Ψυχολογική υποστήριξη Μέριμνα για παρέμβαση από ψυχολόγο αν κριθεί αναγκαίο	Παρακολούθηση του ασθενούς κατά τη διάρκεια των γευμάτων του και μετά Ανάπτυξη ψυχοθεραπευτικού διαλόγου με τον ασθενή Ενημέρωση ψυχολόγου για την κατάσταση του ασθενή	Η ασθενής δεν παρουσίασε εκούσιες μεθόδους αποβολής της τροφής. Η ανάπτυξη διαλόγου καθώς και η βοήθεια από ειδικό ψυχολόγο φαίνεται να επάρασαν θετικά στην ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου.

<u>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</u>	<u>Αντικειμενικοί σκοποί</u>	<u>Προγραμματισμός φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εκτίμηση αποτελέσματος</u>
Σοβαρή απώλεια βάρους	Επανάκτηση του βάρους και διατήρησή του σε φυσιολογικά επίπεδα (1Kg/εβδ.) Εξασφάλιση σωστής θρέψης και ενυδάτωσης του ασθενή Πρόληψη επιπλοκών	Ενημέρωση του ασθενή για τις σωστές διατροφικές συνήθειες Μέριμνα για την κάλυψη των διατροφικών αναγκών του ασθενή Χορήγηση τροφής σύμφωνα με διαιτολόγο-διατροφολόγο Παρακολούθηση του ασθενή κατά τη διάρκεια αλλά και μετά το γεύμα Χορήγηση διατροφικών συμπληρωμάτων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία αν κριθεί απαραίτητο	Ο ασθενής ενημερώθηκε για τις σωστές διατροφικές συνήθειες που θα πρέπει να ακολουθεί Έγινε χορήγηση τροφής πλούσιας σε πρωτεΐνες, βιταμίνες, υδατάνθρακες και ιγνοστοιχεία σύμφωνα με τις υποδείξεις ειδικού διατροφολόγου Ο ασθενής τέθηκε σε παρακολούθηση για πιθανό κρύψιμο τροφών ή εκούσιες μεθόδους αποβολής των τροφών Πραγματοποιήθηκε λήψη φλεβικού αίματος και οπεστάλη για εργαστηριακό έλεγχο	Ο ασθενής ενθαρρύνθηκε ώστε να καταναλώνει επαρκή ποσότητα τροφής για να καλύπτει τις ανάγκες του οργανισμού Το βάρος του έχει αρχίσει να επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα. Δεν κρίθηκε αναγκαία η χορήγηση διατροφικών συμπληρωμάτων και δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές.

<u>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</u>	<u>Αντικειμενικοί σκοποί</u>	<u>Προγραμματισμός φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εκτίμηση αποτελεσματικότητας</u>
		<p>Λήψη αίματος για πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων</p> <p>Ζύγισμα κάθε πρωί πριν το γεύμα και μετά την ούρηση</p> <p>Παρακολούθηση των κενώσεων του ασθενή για πιθανά γαστρεντερολογικά προβλήματα</p>	<p>Εφαρμόστηκε καθημερινό ζύγισμα του ασθενή και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα</p> <p>Έγινε παρακολούθηση και καταγραφή των κενώσεων του αρρώστου</p>	

<u>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</u>	<u>Αντικειμενικοί σκοποί</u>	<u>Προγραμματισμός φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εκτίμηση αποτελέσματος</u>
Αφυδάτωση δέρματος	Εξασφάλιση ενυδάτωσης του ασθενή Πρόληψη διαταραχής ηλεκτρολυτών	Συνεχής παρακολούθηση του ασθενή Χορήγηση υγρών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή τους στο θερμομετρικό διάγραμμα Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων πλούσιων σε θρεπτικά συστατικά και υψηλής θερμιδικής αξίας Μέτρηση ισοζυγίου υγρών	Ο ασθενής τέθηκε σε συνεχή παρακολούθηση Χορηγήθηκε φυσιολογικός ορός NaCl 0.9% 4lt / 24h σύμφωνα με την υπόδειξη του ιατρού Έγινε λήψη και καταγραφή Ζ. Σ στο νοσηλευτικό διάγραμμα <ul style="list-style-type: none"> • Α.Π: 95 / 75 mmHg • ΣΦ: 65 / min • ΑΝ: 16 / min • Θ: 36,6 C Χορηγήθηκαν μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε θρεπτικά συστατικά Έγινε μέτρηση και καταγραφή του ισοζυγίου υγρών	Ενυδατώθηκε ο ασθενής και επιτεύχθηκε η ρύθμιση των ηλεκτρολυτών του. Τα ζωτικά σημεία παραμένουν σε φυσιολογικές τιμές ενώ δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές.

<u>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</u>	<u>Αντικειμενικοί σκοποί</u>	<u>Προγραμματισμός φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εκτίμηση αποτελεσμάτων</u>
Αμηνόρροια	<p>Διερεύνηση της αιτίας της αμηνόρροιας</p> <p>Αποκατάσταση της εμμήνου ρύσης</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>Προγραμματισμός κλινικής γυναικολογικής εξέτασης</p> <p>Προγραμματισμός ορμονολογικών εξετάσεων</p> <p>Χορήγηση ορμονικών συμπληρωμάτων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p> <p>Μέριμνα για την σωστή θρέψη του ασθενή</p> <p>Σχεδιασμός παροχής ψυχολογικής υποστήριξης</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε πλήρης γυναικολογικός και ορμονικός έλεγχος</p> <p>Ξεκίνησε θεραπεία με ορμονικά σκευάσματα σύμφωνα με την ιατρική σύσταση</p> <p>Ενημερώθηκε ειδικός ψυχολόγος για την κατάσταση του ασθενή</p> <p>Έγινε χορήγηση γευμάτων υψηλής θρεπτικής αξίας για την σωματική τόνωση του ασθενή</p> <p>Ζητήθηκε βοήθεια από τον ψυχολόγο του νοσοκομείου</p>	<p>Ο συνδυασμός της ορμονικής θεραπείας με την σωστή διατροφή είχε ως αποτέλεσμα να επανέλθει η έμμηνος ρύση μετά από 5 μήνες.</p> <p>Η ψυχολογική υποστήριξη βοήθησε τον ασθενή ώστε να μην παραικλίνει από το σωστό διατροφικό πρόγραμμα που του έχει χορηγηθεί.</p> <p>Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές.</p>

<u>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</u>	<u>Αντικειμενικοί σκοποί</u>	<u>Προγραμματισμός φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εκτίμηση αποτελέσματος</u>
Καταθλιπτική διάθεση	Βελτίωση της καταθλιπτικής διάθεσης Πρόληψη επιπλοκών	Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος για συζήτηση και επικοινωνία με τον ασθενή με σκοπό την ψυχολογική του εκτόνωση Μέριμνα για την απομάκρυνση αντικειμένων με τα οποία μπορεί ο ασθενής να αυτοτραυματιστεί Αναζήτηση βοήθειας και παρέμβαση από ειδικό Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία αν είναι απαραίτητο	Πραγματοποιήθηκε συζήτηση με τον ασθενή κατά την οποία εκφράστηκαν οι ανησυχίες και οι φόβοι του Απομακρύνθηκαν όλα τα επικίνδυνα αντικείμενα από το δωμάτιο του ασθενούς Ενημερώθηκε ειδικός ψυχολόγος-ψυχίατρος για την κατάσταση του ασθενή	Ο ασθενής δείχνει να είναι πιο ήρεμος. Η επικοινωνία και η συζήτηση σε συνδυασμό με την βοήθεια ψυχολόγου βοήθησαν αρκετά στην ελαχιστοποίηση της καταθλιπτικής διάθεσης. Δεν χρειάστηκε να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή.

Συμπεράσματα-Προτάσεις

Η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια ασθένεια δύσκολη, πολύπλοκη, που προκαλεί σύγχυση με πολυπαραγοντική αιτιολογία. Πλήττει ένα σημαντικό ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού αποτελώντας απειλή τόσο για την ψυχική όσο και για την σωματική υγεία καθώς πολλές φορές μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο.

Η εμφάνιση ύποπτων διατροφικών συμπεριφορών, θα πρέπει να αφυπνίζουν κάθε άτομο ώστε να αναζητηθεί άμεσα ιατρική βοήθεια και να διαγνωστεί όσο το δυνατόν πιο έγκαιρα η διατροφική διαταραχή, με απώτερο στόχο να προληφθούν οι επιπλοκές και οι επιπτώσεις που μπορούν να δημιουργηθούν όχι μόνο στον ίδιο τον ασθενή αλλά και στην οικογένεια και τον κοινωνικό του περίγυρο.

Ο καλύτερος τρόπος για την μείωση της εμφάνισης της νόσου είναι η πρόληψη. Πρόληψη είναι μια πολύπλοκη αλλά και συνάμα απλή διαδικασία που έχει ως σκοπό με την τροποποίηση ή την εξάλειψη ορισμένων παραγόντων κινδύνου τη μείωση των πιθανοτήτων για την εμφάνιση μίας ασθένειας. Στην περίπτωση της Νευρογενούς Ανορεξίας, εννοούμε τη συστηματική προσπάθεια αλλαγής των συνθηκών εκείνων που προκαλούν ή διαιωνίζουν την ασθένεια.

Για να συμβεί κάτι τέτοιο, είναι αρχικά απαραίτητη η ενημέρωση όλων, σχετικά με τα σημάδια της διατροφικής διαταραχής καθώς όσο νωρίτερα αναγνωρίσουμε το πρόβλημα τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι η θεραπεία.

Συμπερασματικά λοιπόν, γίνεται κατανοητή, η σημαντικότητα της ενημέρωσης εκπαιδευτικών, γονέων και κυρίως των ίδιων των εφήβων για την ύπαρξη των διατροφικών διαταραχών, την αύξηση της επίπτωσής τους τα τελευταία χρόνια, καθώς και η εκπαίδευση στη σωστή και με ποικιλία διατροφή, μέσω σχολικών προγραμμάτων με τη συνεργασία ειδικών.

Περίληψη

Η Νευρογενής Ανορεξία αποτελεί μία σοβαρής μορφής ψυχιατρική διαταραχή η οποία πλήττει κυρίως την 1^η και 2^η δεκαετία της ζωής και αφορά κατά κύριο λόγο το γυναικείο φύλο.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η συλλογή πληροφοριών σχετικά με τη νόσο και η διερεύνηση όλων των δεδομένων οι οποίοι είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι με την εμφάνιση της. Επιπρόσθετα, η ενημέρωση και η νοσηλευτική παρέμβαση αποτελούν σημαντικό κομμάτι της.

Η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια διατροφική διαταραχή που έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις στη σύγχρονη εποχή. Η έναρξή της μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς, οικογενειακούς, ψυχολογικούς-ψυχοδυναμικούς, κοινωνικούς ή βιολογικούς παράγοντες ενώ σημαντική είναι η σχέση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας με τη Νευρογενή Ανορεξία καθώς είναι γνωστό ότι τα δυσλειτουργικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στα οποία εμπεριέχονται η οριακή ψυχοπαθολογία, η καταθλιπτική δομή και ο οιστριονικός τύπος της προσωπικότητας καθώς και η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική προσωπικότητα, θεωρείται ότι συμβάλλουν σε αλληλεπίδραση με άλλους παράγοντες στην ανάπτυξη παθολογικών συμπεριφορών πρόσληψης τροφής και παθολογικών συμπεριφορών ρύθμισης του σωματικού βάρους. Η διάγνωση επιτυγχάνεται μέσω της λεπτομερούς φυσικής εξέτασης, των κλινικών-εργαστηριακών ευρημάτων και συγκεκριμένων διαγνωστικών κριτηρίων βάση των οποίων διακρίνεται σε δυο τύπους, Περιοριστικός και Υπερφαγικός / Καθαρτικός τύπος. Μετά τη διάγνωση της νόσου ακολουθείται το ανάλογο θεραπευτικό σχήμα το οποίο καθορίζεται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε περιστατικού και κρίνεται αναγκαία ή μη, η εισαγωγή στο νοσοκομείο. Όσον αφορά την θεραπεία, αυτή περιλαμβάνει ένα ολοκληρωμένο πλάνο ιατρικής φροντίδας, ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, παροχής διατροφικών συμβουλών και μερικές φορές χορήγησης φαρμάκων και εστιάζει σε δυο στόχους, την αύξηση του σωματικού βάρους και την διατήρηση του. Αναλυτικότερα η ψυχολογική θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει την ψυχοθεραπεία, την γνωσιακή-

συμπεριφοριστική θεραπεία, την οικογενειακή θεραπεία, την ομαδική ψυχοθεραπεία, την ψυχοδυναμική θεραπεία και την διαπροσωπική θεραπεία.

Συμπερασματικά, καθίσταται σαφές πως η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια νόσος με πολυπαραγοντικά αίτια, γεγονός που την καθιστά ένα ιδιαίτερα περίπλοκο φαινόμενο. Η πρόληψη είναι το βασικότερο όπλο για την αντιμετώπιση της και έτσι γίνεται αντιληπτό πόσο σημαντική είναι η ενημέρωση του συνόλου.

Summary

Anorexia Nervosa is a severe psychiatric disorder which mainly hits people on their 1st or 2nd decade of their lives and concerns the female gender. **The cause** of this project is the collection of information relative to the disease and the research of all the data directly related to its spontaneity. In addition, informing and medical practice upon the issue are very important matters. Anorexia Nervosa is a feeding disorder with widespread come off in our modern times. Its prevalence might occur due to genetic, familial, psychological-psychodynamic, social or other biological factors, whereas the relationship between the personality traits with Anorexia Nervosa is also important, as it is known that malfunctioning personality traits which contain limited psychopathology, depressive structure as well as the psycho obsessive-compulsive personality, it is claimed that they play a role interplaying with other factors resulting in the development of feeding and weight-control pathologic behaviors. Diagnosis is achieved by detailed physical examination, clinical-laboratory data analysis and specific diagnostic criteria tested on two disorder types; Constrictive and Overeating/Purgative type. Diagnosis is followed by the appropriate treatment determined by the special features of each incident and it is judged whether hospitalization is necessary or not. Regarding therapy, it involves a complete plan of medical treatment, psychosocial intervention, dietary advice and sometimes drug administration focusing on two goals; the increase of body weight and its conservation. More analytically, psychological therapeutic approach includes; cognitive-behavioral therapy (CBT), family therapy, group psychotherapy, psychodynamic therapy and interpersonal therapy. **In conclusion**, it is obvious that Anorexia Nervosa is a disorder with multifactorial causes, an issue making it a complex phenomenon. The most effective 'weapon' to confront it is prevention. And this makes it conceivable how important informing the public about this disorder is.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- § Grant C., Mericle B., Royes S. (2009): Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
- § Kaplan Z., Sadock J. (2000): Η ψυχιατρική. Τόμος Β, έκδοση: 7^η, εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα.
- § Lemperiere T., Feline A. (1995): Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα. Μετάφραση: Βασιλιάς Α., Καψαμπέλης Β., Αλούπης Π., Λαζαράτου Ε., Παπαδάκος Β., Πόταγας Κ., Χατζηανδρέου Μ., Γιαννουλάκης Χ., Σκολίδης Β. Επιμέλεια: Σακελλαρόπουλος Π. 1η έκδοση, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα.
- § Lock J., Le Grande D., Agras S., Dare C. (2007): Εγχειρίδιο Θεραπείας για την Ψυχογενή Ανορεξία, μια οικογενειακή προσέγγιση. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.
- § Αμερικάνου Μ., Καρμίρη Β., Παπακώστα Χ. (2007): Στοιχεία Ειδικής Διατροφής, Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα.
- § Βαρβάρα Χ., Γιαννούλη Ε., Λαγούδης Α., Τρόκος Α., Ζερβού Σ. (2008): Αυξημένη Νοσηλευτική Φροντίδα σε ασθενή με Νευρογενή Ανορεξία. Χρέος Ζωής, Τεύχος 14: 45-46, Εκδόσεις: Γερμανός, Θεσσαλονίκη.
- § Γεωργάρας Α. (1996): Συνοπτική Ψυχιατρική. Έκδοση 1^η, Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα.
- § Θεοδοσοπούλου Φ. (2012): Διερεύνηση διαταραχών διατροφής σε μαθητικό πληθυσμό σε συνάρτηση με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
- § Κυριακίδου Ε. (2005): Κοινωνική Νοσηλευτική, έκδοση 6^η, εκδόσεις: Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα.
- § Λαγούδης Α., Μποζίκας Β., (2009): Ψυχογενής ανορεξία: Διαγνωστικά λαβύρινθος και θεραπευτικά γρίφος. Ψυχιατρική, 20:129–131.

- § Μάνος, Ν. (1997): Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Αναθεωρημένη έκδοση. Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
- § Μωρόγιαννης Φ. (2000): Θεραπευτικές ανάγκες ασθενών με διαταραχές διατροφής στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Πρωτογενής- Δευτερογενής και Τριτογενής Πρόληψη. Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 70: 22-27, Εκδόσεις: Ηλεκτρονικές Τέχνες, Αθήνα.
- § Μωρόγιαννης Φ. (2003): Οι επιπτώσεις των ψυχιατρικών διαταραχών πρόσληψης τροφής στο άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία. Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 82: 46-47, Εκδόσεις: Ηλεκτρονικές Τέχνες, Αθήνα.
- § Μωρόγιαννης Φ. (2007): Ψυχοπαθολογία σχετιζόμενη με διαταραχές πρόσληψης τροφής σε μη κλινικό πληθυσμό εφήβων. Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 98: 22-24, Εκδόσεις: Ηλεκτρονικές Τέχνες, Αθήνα.
- § Νέστορος Ι., Ζγαντζούρη Κ. : Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, Σημειώσεις σ.3-4.
- § Οικονόμου Ξ. (1994): Ειδική Διαιτητική, Προληπτική και Θεραπευτική (Βασικές Αρχές), Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα.
- § Περουτσή Α., Γονιδάκης Φ. (2011): Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας. Ψυχιατρική, 22: 231–239.
- § Ράπτης Σ. Α. (1998): Εσωτερική Παθολογία. Τόμος 4ος, 1^η έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.
- § Σαράντογλου Γ., Venisse J. L., Chupin M. (1987): Η ψυχογενής Ανορεξία, Εκδόσεις Χατζηνικολή, 2^η έκδοση, Αθήνα.
- § Σολδάτος Κ., Λύκουρας Α. (2006): Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, Σελ: 377-398.
- § Σπάνου Β., Καζάνη Ζ., Τριπόδης Ν. (2008): Διαταραχές πρόσληψης τροφής. Νευρογενής Ανορεξία, Αθήνα.
- § Σπανού Ε., Μωρόγιαννης Φ.(2010): Ο ρόλος των οικογενειακών και των κοινωνικο-πολιτιστικών παραγόντων στην ανάπτυξη των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Ψυχιατρική, 21:41–53.
- § Στρατουδάκης Γ., Τζανάκης Ε. (2004): Η Νευρογενής Ανορεξία στη γυναίκα ασθενή. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21(5): 413-421.

- § Χαριζάνη Φ., Νεστορίδου Α., Καρακάση Α., Ζάγκαλη Θ., Θεωδορίδου Κ. (2011): Νευρογενής Ανορεξία σε γυναικείο πληθυσμό. Τεχνολογικά Χρονικά, 25: 35-38.
- § Χαρτοκόλλης Π. (1991): Εισαγωγή στην ψυχιατρική, Β αναθεωρημένη έκδοση. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
- § Χατζηγεωργίου Χ. (2004): Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλμιά. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. Παιδιατρική Ενημέρωση, 8: 12-18.
- § Χριστοδούλου Γ. & συνεργάτες (2004): Ψυχιατρική, Ιατρικές Εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα, σελ. 482-496.

Ξένη βιβλιογραφία

- § American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Washington.
- § American Psychiatric Association (2006): Treatment of patients with eating disorders, third edition. Am J Psychiatry 163(7): 4-54.
- § Attia E., Walsh BT., (2009): Behavioral management of anorexia nervosa. N Engl J Med. (360): 500-506. □ □
- § Bruch H. (1973): Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the person with in. New York, Basic Books.
- § Bruin K., Oudejans R., Bakker F., (2007). Dieting and Body image in Aesthetic Sports: A comparison of Dutch Female Gymnasts and non-Aesthetic Sport Participants. Psychology of Sports and exercise (8):507-520.
- § Costarelli V., Demerzi M., Stamou D., (2009). Disordered eating attitudes in relation with body image and emotional intelligence in young women. The British Dietetic Association, J Hum Nutr Diet, 22, pp. 239–245.
- § Elkin G. D. (1999): Introduction to Clinical Psychiatry, USA: Appleton & Lange, pp: 183 – 192.

- § Garfinkel P., Walsh B. (1997): Drug Therapies. Garner D. and Garfinkel P (Eds), Handbook of Treatment for Eating Disorders, 2nd edition, pp. 372-380, The Guilford Press.
- § Kaustav C., Debasish B., (2010): Management of anorexia and bulimia nervosa. An evidence based-review. Indian J Psychiatry, Apr-Jun 52(2): 174–186.☐
- § Kay, J., Tasman, A., Lieberman J. (2000). Psychiatry – Behavioral Science and Clinical Essentials. USA: W. B. Saunders Company, pp: 447-459.
- § Lucas AR, Beard CM, O’ Fallon WM, Kurland LT. (1991): 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester Minn: a population-based study. Am J Psychiatry. 148: 917–922.
- § McIntosh VV et al (2005): Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. Am J Psychiatry 162(4):741-747.
- § Mehler P. (2001): Diagnosis and Care of Patients with Anorexia Nervosa in Primary Care Setting. Ann Intern Med, 134: 1048-1059.
- § Mehler P., Winkelman A., Andersen D., Gaudiani J. (2010): Nutritional rehabilitation, Practical Guidelines for Refeeding the Anorectic Patient. Journal of nutrition and metabolism, Vol 2010: 1-7.
- § Mitrany E., Melamed Y. (2005): Compulsory treatment of Anorexia Nervosa. Isrj Psychiatry Relat Sci, 44: 185-190.
- § Wakeling A. (1996): Epidemiology of anorexia nervosa. Psychiatry Res, 62(1): 3-9.

Ηλεκτρονικές πηγές

- § Ισότοπος: www.healthtimes.gr. Ημερομηνία πρόσβασης: 18/04
- § Ισότοπος: www.iatronet.gr. Ημερομηνία πρόσβασης: 18/04
- § Ισότοπος: www.carola-alepi.gr. Ημερομηνία πρόσβασης: 23/04
- § Ισότοπος: www.youth-health.gr. Ημερομηνία πρόσβασης: 29/05, 17/6

- § Ισότοπος: www.katsogridaki.gr. Ημερομηνία πρόσβασης: 29/04, 16/05, 29/05
- § Ισότοπος: www.kepeo.com. Ημερομηνία πρόσβασης: 08/06
- § Ισότοπος: www.doctorshospital.gr. Ημερομηνία πρόσβασης: 08/06
- § Ισότοπος: www.aftognosia.gr. Ημερομηνία πρόσβασης: 11/6, 15/6
- § Ισότοπος: www.anasa.gr. Ημερομηνία πρόσβασης: 15/6
- § Ισότοπος: www.morogiannis.gr. Ημερομηνία πρόσβασης: 17/6