

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

Καταγής Σπυριδων

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Τσαουρδά Ιωάννα – Ευφροσύνη

Τσιότρα Αναστασία

ΠΑΤΡΑ, 2013

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε ιδιαίτερα τον εισηγητή καθηγητή μας Κο Σπυρίδων Καταγή για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή του στην πραγματοποίηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Τσαουρδά Ιωάννα - Ευφροσύνη

Τσιότρα Αναστασία

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	7	
Σκοπός της εργασίας	9	
Εισαγωγή	10	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο		
Νευρογενής ανορεξία: Ορισμός – Ιστορική αναδρομή – Επιδημιολογία		
1.1	Ορισμός	12
1.1.1	Διαχωρισμός ανορεξίας – νευρικής ανορεξίας	13
1.2	Ιστορική αναδρομή	13
1.3	Επιδημιολογία	17
1.3.1	Συνοπτικά επιδημιολογικά στοιχεία	20
1.4	Οριακό σύνδρομο	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο		
Διατροφικές διαταραχές		
2.1	Σημασία διατροφικών διαταραχών	22
2.2	Τι είναι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής	22
2.2.1	Αιτίες των διαταραχών πρόσληψης τροφής	22
2.3	Διαστρεβλωμένη συμπεριφορά απέναντι στην τροφή	24
2.4	Διαταραχές της εικόνας του σώματος κα της αντίληψης των αναγκών του	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο		
Διαγνωστικά Κριτήρια – Χαρακτηριστικά – Στάδια της νευρικής ανορεξίας		
3.1	Τα διαγνωστικά κριτήρια της νευρογενούς ανορεξίας	27
3.2	Τα χαρακτηριστικά της νευρογενούς ανορεξίας	28
3.3	Η έναρξη της νευρογενούς ανορεξίας	31
3.4	Τι οδηγεί στην νευρική ανορεξία	32
3.5	Τα στάδια της νευρικής ανορεξίας	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Αίτια – Τύποι της νευρικής ανορεξίας

4.1	Τα αίτια της νευρικής ανορεξίας	38
4.2	Τύποι της νευρικής ανορεξίας	44
4.2.1	Άτυπη νευρογενή ανορεξία	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Διάγνωση

5.1	Διαφορική διάγνωση	46
5.2	Διαγνωστικά στοιχεία της νόσου	49
5.3	Οδηγίες για την διάγνωση της νόσου	50
5.4	Η συμπτωματική τριάδα του Lasègue	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Κλινικές μορφές

6.1	Οι κλινικές μορφές της νευρικής ανορεξίας	53
6.1.1	Ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων	53
6.1.2	Ανάλογα με την ηλικία	54
6.1.3	Ανάλογα με το φύλο	55
6.1.4	Ανάλογα με τη δομή της υποκείμενης προσωπικότητας	56
6.2	Η οικογένεια της ανορεκτικής	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Συμπτώματα – Κλινικά σημεία – Πρόγνωση – Επιπτώσεις

7.1	Συμπτώματα – Κλινικά σημεία	59
7.2	Φυσική εξέταση	59
7.3	Ιατρικές εξετάσεις και εργαστηριακά ευρήματα	60
7.4	Πρόγνωση της νευρικής ανορεξίας	68
7.5	Συνοσηρότητα	69
7.6	Επιπτώσεις της νόσου στο άτομο	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

Επιπλοκές της νευρικής ανορεξίας

8.1	Επιπλοκές τύπων νευρικής ανορεξίας	74
8.2	Επιπλοκές στα συστήματα	75
8.2.1	Έμμηνος ρύση – Αναπαραγωγικό	76
8.2.2	Νεφρικές και Μεταβολικές	76
8.2.3	Αιματολογικές	77
8.2.4	Καρδιολογικές	77
8.2.5	Εγκεφαλικές	78
8.2.6	Δερματολογικές	78
8.2.7	Νευρολογικές	79
8.2.8	Ερειστικό σύστημα	79
8.3	Ενδοκρινικές – Μεταβολικές διαταραχές	81
8.4	Θνησιμότητα	82

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

Θεραπεία

9.1	Στόχοι θεραπείας	83
9.2	Θεραπεία της νευρικής ανορεξίας	84
9.2.1	Βιολογική θεραπεία	84
9.2.2	Διατροφική θεραπεία	85
9.2.3	Φαρμακευτική θεραπεία	90
9.2.4	Ατομική ψυχοθεραπεία	91
9.2.5	Οικογενειακή ψυχοθεραπεία	91
9.2.6	Δυναμική ψυχοθεραπεία	92
9.2.7	Εναλλακτικές μορφές θεραπείας	93
9.3	Ορμόνη κατά της νευρικής ανορεξίας	94

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

Νοσηλεία

10.1	Ο ρόλος του νοσηλευτή	96
10.2	Νοσηλεία	102
10.2.1	Εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση	104
10.2.2	Μερική νοσηλεία	105
10.3	Συμβουλές για ασθενή και οικογένεια	105

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

Πρόληψη

11.1	Πρόληψη	107
11.2	Πως αναγνωρίζουμε την ανορεκτική γυναίκα	107
11.3	Αγωγή υγείας	108
11.4	Νομικά θέματα και θέματα ηθικής	110

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο

Εφαρμογή νοσηλευτικής διεργασίας

12.1	Νοσηλευτική διεργασία	112
12.2	Κατάλογος απαραίτητων ενεργειών για σωστή νοσηλεία της νευρικής ανορεξίας	112
12.3	Περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας	113
	Προτάσεις – Συμβουλές	117
	Περίληψη	121
	Summary	122
	Βιβλιογραφία	123

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η νευρογενής ανορεξία φαίνεται πως είναι η διαταραχή της εποχής μας (Υφαντής, 2006). Χαρακτηρίζεται από βαριά διαταραχή της εικόνας που σχηματίζει ο ασθενής για το σώμα του και από αδιάκοπη αναζήτηση της ισχνότητας, μέχρι σημείου λιμοκτονίας. Η διαταραχή αναγνωρίζεται εδώ και πολλές δεκαετίες και μάλιστα, είναι αξιοσημείωτη η ομοιότητα που παρουσιάζει η περιγραφή της από διαφορετικά άτομα. Η διαταραχή εμφανίζεται πολύ συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άντρες και συνήθως κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Kaplan&Sadock's, 2004). Η νευρική ανορεξία είναι μια ασθένεια που πλήττει το 1% του γυναικείου πληθυσμού (Κριαράς Ν.). Οι υποθέσεις για την υποκείμενη ψυχολογική ανωμαλία στις νέες γυναίκες που παρουσιάζουν αυτή την διαταραχή σχετίζονται με τις συγκρούσεις που συνοδεύουν τη μετάβαση του κοριτσιού στην κατάσταση της γυναίκας. Σύμφωνα με άλλες επιστημονικές θεωρίες, στην ανάπτυξη της διαταραχής παίζουν ρόλο και κάποιοι ακόμη ψυχολογικοί παράγοντες ενός ατόμου ότι είναι αβοήθητο και ανίκανο να αυτονομηθεί (Kaplan&Sadock's, 2004).

Σε πολλές περιοχές του δυτικού πολιτισμού το φαγητό είναι σε αφθονία, μια κατάσταση που προδιαθέτει για συμπεριφορές διατροφικής κραιπάλης. Τα άτομα που προσβάλλονται από αυτές τις διαταραχές συνήθως είναι λευκοί, μορφωμένοι, γυναίκες, οικονομικά προνομιούχοι και ενσωματωμένοι στον δυτικό πολιτισμό. Η νευρογενής ανορεξία στην πραγματικότητα είναι άγνωστη σε χώρες όπου το να είναι κανείς αδύνατος δεν θεωρείται αρετή (Υφαντής, 2006).

Επιπλέον, τα ηλεκτρονικά μέσα βομβαρδίζουν το κοινό με εικόνες αδυνατισμένων γυναικών που τα έχουν όλα. Πολλοί υποστηρίζουν ότι η νευρική ανορεξία είναι αποτέλεσμα των πρότυπων που προβάλλουν τα ΜΜΕ: εικόνες ισχνών αποστεωμένων μοντέλων εισβάλλουν στα σπίτια μας μέσα από τις τηλεοράσεις και τον τύπο. Όσο πιο αδύνατο το μοντέλο, ο τραγουδιστής/τρια, ο ηθοποιός τόσο πιο επιτυχημένος. Δεν πρόκειται όμως για μια ασθένεια που οφείλεται στην μιμητισμό και στις κακές επιρροές, αλλά για μια ψυχογενετική κατάσταση, ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας, όπου ο ασθενής προσπαθεί να τιμωρήσει τον εαυτό του γιατί δεν έχει την ιδανική για τον ίδιο εικόνα (Νταλάπα Δ.). Οι εικόνες των γυναικών που δίνουν τα μέσα ενημέρωσης προτείνουν πως η εξωτερική εμφάνιση είναι μακράν πιο σημαντική από την εσωτερική ταυτότητα. Παρόλο που δεν πρέπει να υποβαθμίζεται ο ρόλος των ενδοψυχικών και βιολογικών παραγόντων στην αιτιολογία και παθογένεια των διαταραχών της διατροφής, αυτοί οι παράγοντες σαφώς αλληλεπιδρούν ένα σύνδρομο που αντανακλά τον πολιτισμό μας (Υφαντής, 2006).

Η επίπτωση της νευρογενούς ανορεξίας έχει διπλασιαστεί από την δεκαετία του '60, ενώ ο επιπολασμός της νευρογενούς ανορεξίας έχει βρεθεί ότι είναι περίπου 1% σε έφηβες και νεαρές ενήλικες γυναίκες. Αυτά τα ανησυχητικά νούμερα δείχνουν ότι η διαταραχή μπορεί να είναι όλο και συχνότερη λύση σε μια ποικιλία από ενδοψυχικούς και περιβαλλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες (Υφαντής, 2006).

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η νευρογενής ανορεξία είναι μια μορφή υποσιτισμού, η οποία εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στην εφηβική ηλικία. Πρόκειται για μια ασθένεια από την οποία πάσχουν τόσο γυναίκες όσο και άντρες, με τις γυναίκες να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά κρουσμάτων και τους άντρες να αυξάνουν τα ποσοστά τους ραγδαία.

Σκοπός της εργασίας είναι:

- Û Να δοθεί ο ορισμός της νευρογενούς ανορεξίας έτσι ώστε να διαχωριστεί πλήρως από τις άλλες διατροφικές διαταραχές
- Û Να προσδιοριστεί η κλινική εικόνα που παρουσιάζει ένα ανορεκτικό άτομο καθώς επίσης και τα αίτια που οδηγούν σε αυτή την διαταραχή
- Û Να επισημανθεί η πρόληψη, η εξέλιξη και η πρόγνωση που παρουσιάζει η νόσος, ο ρόλος του νοσηλευτή καθώς και η θεραπεία που πρέπει να ακολουθηθεί.
- Û Να γίνει ενημέρωση του πληθυσμού και των επικίνδυνων ομάδων

Έχοντας ως κύριους στόχους της εργασίας τους παραπάνω οφείλουμε να προσδιορίσουμε και όλες τις σύγχρονες απόψεις που έχουν διατυπωθεί γύρω από την νευρογενή ανορεξία.

Η νευρογενής ανορεξία είναι μια ασθένεια η οποία μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στον θάνατο. Είναι γνωστό ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο σε πολλές ασθένειες, το γεγονός όμως ότι πρόκειται για μια ψυχική κυρίως νόσο η οποία εξελίσσεται σε παθολογική κατάσταση προκαλεί προκατάληψη από την κοινωνία. Για την αποφυγή της νευρογενούς ανορεξίας λοιπόν, σημαντικό ρόλο παίζει η πληροφόρηση του πληθυσμού γύρω από την ασθένεια αυτή.

Συνοψίζοντας, πιστεύουμε πως η εργασία αυτή μπορεί να πληροφορήσει και κατά επέκταση να προφυλάξει επαρκώς τον όποιο ενδιαφερόμενο σχετικά με την νευρική ανορεξία.

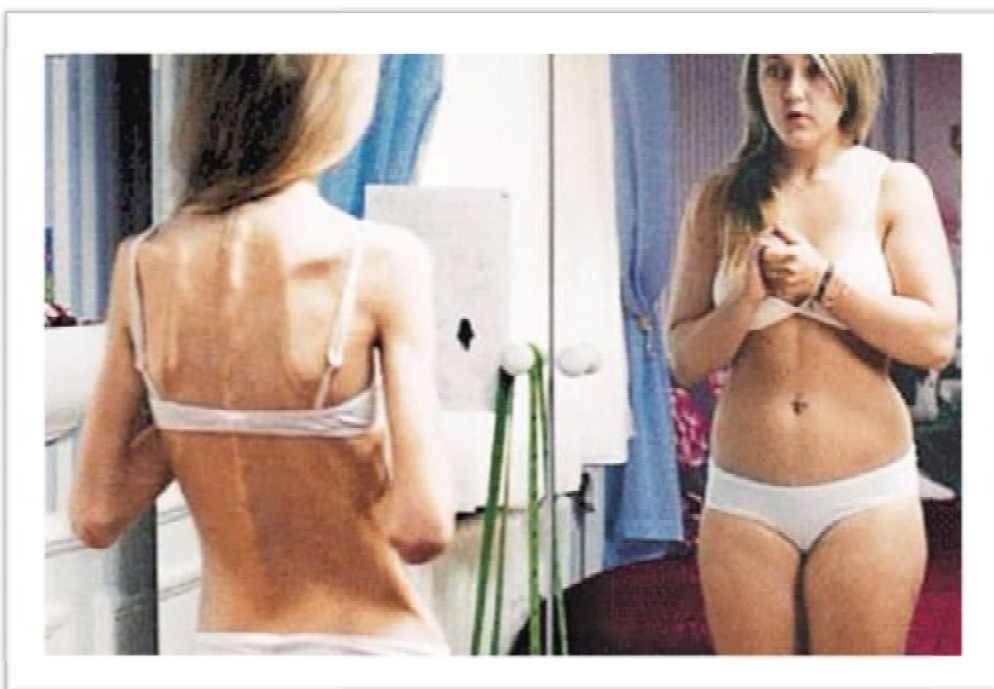
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τη στιγμή που η παχυσαρκία φαίνεται να είναι το πιο συχνό πρόβλημα σε ότι αφορά την πρόσληψη τροφής, το αντίθετο πρόβλημα φαίνεται να αναδύεται με τη μορφή της Νευρογενούς Ανορεξίας και της Νευρογενούς Βουλιμίας. Και οι δύο αυτές διαταραχές έχουν σαν κεντρικό θέμα την παθολογική επιθυμία να αποτραπεί η αύξηση του σωματικού βάρους. Η Νευρογενής Ανορεξία έχει αναγνωριστεί εδώ και πολλές δεκαετίες και οι περιγραφές της νόσου σε διάφορα άτομα παρουσιάζουν μια εντυπωσιακή ομοιομορφία. Οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά της νόσου σε σύγκριση με τους άνδρες, ενώ η έναρξη της νόσου επισυμβαίνει συνήθως στην εφηβεία. Έχουν μάλιστα διατυπωθεί υποθέσεις οι οποίες καθιστούν τις ενδοψυχικές συγκρούσεις, που βιώνει το κορίτσι καθώς μεταβαίνει προς την ενηλικίωση, ως υπεύθυνες για την εκδήλωση της νόσου. Ουσιαστικά, η αιτία που προκαλεί την νευρική ανορεξία δεν είναι γνωστή. Για το λόγο αυτό δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία που προσφέρει ίαση στην πάθηση. Όμως η νευρική ανορεξία προκαλεί το μεγαλύτερο αριθμό θανάτων από όλες τις ψυχιατρικές παθήσεις(Κριαράς Ν.).

Ας φανταστούμε ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής σχηματίζουν ένα συνεχές, που περιλαμβάνει σοβαρές διαταραχές στη διατροφή και στο βάρος καθώς και σοβαρή υποβόσκουσα ψυχοπαθολογία. Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό των διαταραχών αυτών είναι ο διαταραγμένος τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται και βιώνουν οι πάσχοντες το σωματικό τους βάρος και σχήμα. Στο συνεχές, λοιπόν, που περιγράψαμε πριν και στο άκρο του, που καταλήγει στις πιο σοβαρές διαταραχές, τοποθετείται η υπερβολική απώλεια βάρους, χαρακτηριστική της Νευρογενούς Ανορεξίας. Ο όρος «ανορεξία» αναφέρεται στην "απώλεια της όρεξης» και ο όρος «νευρογενής» υποδηλώνει το συναισθηματικό υπόβαθρο. Για πολλούς ο όρος αυτός είναι κατά κάποιο τρόπο «ατυχής» ή «ανακριβής» δεδομένου ότι πολλοί λίγοι πάσχοντες πράγματι χάνουν την όρεξή τους, παρά μόνο όταν η νόσος έχει εγκατασταθεί σταθερά στο άτομο. Μάλλον το αντίθετο συμβαίνει τις περισσότερες φορές, δηλαδή οι ασθενείς αυτοί λιμοκτονούν και πολλές είναι οι φορές που θα πρέπει να επιδείξουν μεγάλη αυτοσυγκράτηση για να υπερνικήσουν το αίσθημα της πείνας που τους διακατέχει. Η απίσχναση, που παρατηρείται, λοιπόν, στη νόσο αυτή, μπορεί να προκληθεί από την αυστηρή στέρηση τροφής, δηλαδή τη νηστεία στην οποία αυτουποβάλλεται το άτομο (Περιοριστικός Τύπος) ή μπορεί να προκληθεί όταν το άτομο επιδίδεται σε καθαρτικές συμπεριφορές μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο ή μετά από ένα κανονικό ή μικρό γεύμα (Υπερφαγικός / Καθαρτικός Τύπος). Είναι πολλοί οι ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία και επιδεικνύουν υπερβολική ενασχόληση με το φαγητό. Η ενασχόληση αυτή

μπορεί να εκδηλώνεται με συμπεριφορές όπως το να διαβάζουν βιβλία μαγειρικής συνεχώς, να προετοιμάζουν πολύπλοκες συνταγές και εξεζητημένα γεύματα για τις οικογένειές τους κ.α. (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008).

Ένα άλλο πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι η έντονη και σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και η ανυποχώρητη επιδίωξη της λεπτότητας του. Η βασική αυτή διαταραχή, που θα μπορούσε να γίνει κατανοητή ως «παράλογος φόβος του πάχους», οδηγεί το άτομο σε σκόπιμα αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό στην πρόσληψη τροφής και σε κατανάλωση τροφών μετά από προσεκτική επιλογή τους τόσο σε ό,τι αφορά την ποιότητα όσο και σε ό,τι αφορά την ποσότητα τους, έτσι ώστε να οδηγείται το άτομο σε σταδιακή απώλεια βάρους και τελικά στην απίσχνανση, καθώς προοδευτικά έχει οδηγηθεί σε κατάσταση λιμοκτονίας. Βέβαια η απώλεια βάρους δεν έρχεται χωρίς αρνητικές συνέπειες για τον οργανισμό του ατόμου. Η αποδυνάμωση του οργανισμού καθιστά το άτομο ευάλωτο στις μολύνσεις, αλλά αυτό δεν είναι το μοναδικό σύμπτωμα της σοβαρής στέρησης τροφής. Υπάρχουν σοβαρές περιπτώσεις κατά τις οποίες το άτομο μπορεί ακόμα και να καταλήξει στο θάνατο εξαιτίας της αποδυνάμωσης αυτής. Δεν είναι τυχαίο ότι οι πρωτοπόροι ερευνητές της Νευρογενούς Ανορεξίας την περιέγραψαν ως «την αέναη επιδίωξη του αδυνατίσματος μέσω της στέρησης τροφής, ακόμα και μέχρι το θάνατο» (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008).



Κεφάλαιο 1⁰

1.1 Ορισμός

Οι διαταραχές πρόληψης τροφής χαρακτηρίζονται από σημαντική διαταραχή της συμπεριφοράς πρόσληψης τροφής. Μια από τις διαταραχές είναι η νευρογενής ανορεξία, η οποία συχνά κατατάσσεται στις νευρογενείς διαταραχές (Kaplan&Sadock's, 2004). Αποτελεί μια συγκινησιακή ή και ψυχολογική αποστροφή από τις τροφές και το φαγητό, που οδηγεί σε υπερβολική απίσχνανση του σώματος. Η κατάσταση παρουσιάζεται κυρίως σε νεαρές γυναίκες, ενώ δεν αποκλείονται οι περιπτώσεις εμφάνισης στους άντρες. Οι συγκινησιακές εκδηλώσεις μπορούν να εκτείνονται από την νευρωτική υπεραντίδραση σε μια απισχναντική θεραπεία μέχρι το πλήρες σχιζοφρενικό παραλήρημα (GrandeEncyclopedia&άλλοι, 2006).

Αυτή η σοβαρή και δυνητικά θανατηφόρος κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από διαταραγμένη εικόνα του σώματος και επιβολή στον εαυτό αυστηρών διαιτητικών περιορισμών, που συνήθως οδηγούν σε σοβαρού βαθμού υποσιτισμό (Kaplan&Sadock's, 2004). Το βάρος του σώματος μπορεί να πέσει στο μισό του φυσιολογικού μειώνοντας δραστηκά τη συνολική πρόσληψη τροφής, ξεκινώντας αυστηρά προγράμματα άσκησης ή εμφανίζοντας τακτικά επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούν από λήψη καθαρτικών ουσιών. Συμπαρομαρτούντα συμπτώματα συναντούνται συνήθως σε διάφορες πεπτικές διαταραχές με εμετό, που μπορεί να είναι αυτόματος ή προκλητός (από τον ίδιο τον άρρωστο), και σε αμηνόρροια (έλλειψη περιόδου) (GrandeEncyclopedia&άλλοι, 2006).

Φαίνεται πως δεν υπάρχουν αιτιολογικές οργανικές ανωμαλίες. Σε αντίθεση με τα θύματα ενός λιμού, αυτοί που πάσχουν από νευρική ανορεξία είναι συχνά ικανοί να διατηρούν την μυϊκή τους δύναμη και τις καθημερινές τους δραστηριότητες σε φυσιολογικά, σχεδόν, επίπεδα. Οι ασθενείς φαίνονται επίσης χαρακτηριστικά αδιάφοροι για την κατάσταση υποσιτισμού που παρουσιάζουν και δεν αισθάνονται πείνα (GrandeEncyclopedia&άλλοι, 2006).

Η θεραπεία της νευρικής ανορεξίας σπάνια είναι άμεση και απαιτεί πλήρη συνεργασία μεταξύ ασθενούς, θεράποντος ιατρού και ενός ψυχιάτρου. Μερικές περιπτώσεις δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία, ενώ λίγες έχουν καταλήξει σε θάνατο (GrandeEncyclopedia&άλλοι, 2006, Dewit, 2009).

1.1.1 Διαχωρισμός ανορεξίας – νευρικής ανορεξίας

Κρίνεται απαραίτητο για την κατανόηση της νευρικής ανορεξίας ο πλήρης διαχωρισμός της από την ανορεξία. Ως ανορεξία ορίζεται η επίμονη έλλειψη όρεξης, που δεν προκαλείται από χορτασμό. Από νευρωτικά αίτια μπορεί να προέλθει έλλειψη όρεξης, κυρίως σε νεαρές γυναίκες, που μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολική απίσχνανση, ακόμη και στον θάνατο (νευρική ανορεξία) (GrandeEncyclopedia&άλλοι, 2006).

Ανορεξία, όπως ναυτία και εμετός, μπορεί να προκληθεί από έναν κλονισμό, από πόνους, ή ανεπαρκή παροχή οξυγόνου σε ένα κέντρο του νωτιαίου μυελού (το τμήμα του εγκεφάλου που βρίσκεται αμέσως επάνω από τον νωτιαίο μυελό). Αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης μπορεί να προκαλέσει ανορεξία, ναυτία ή εμετό. Ανάμεσα στα πολλά αίτια της ανορεξίας είναι: απόφραξη, σε κάποιο σημείο, του γαστρεντερικού συστήματος, μία χρόνια νόσος των νεφρών, μία ηπατοπάθεια, αλλεργικές αντιδράσεις στις τροφές και η λήψη ορισμένων φαρμάκων (π.χ. αμφεταμινών) (GrandeEncyclopedia&άλλοι, 2006).

Ο διαχωρισμός αυτός είναι απαραίτητος διότι η λέξη «ανορεξία» είναι αποπροσανατολιστική. Η νευρογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης, γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνον αργά στην πορεία της νόσου. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στην ταυτότητα και στην αυτονομία, για λόγους που ακόμα δεν γνωρίζουμε (Μάνου, 1997).

Από τα παραπάνω λοιπόν στοιχεία κατανοούμε ότι η ανορεξία και η νευρογενής ανορεξία είναι δύο τελείως διαφορετικές έννοιες, οι οποίες δεν πρέπει να συγχέονται.

1.2 Ιστορική Αναδρομή

Η ιστορία της νευρικής ανορεξίας θα λέγαμε πως ξεκινάει ήδη από την Ελληνιστική Εποχή μέσω ορισμένων πολύ συγκεκριμένων διαιτητικών θρησκευτικών συμπεριφορών, συνεχίζεται κατά τα μεσαιωνικά χρόνια και κορυφώνεται στη σημερινή εποχή. Λέγεται πως υπάρχουν χιλιάδες άτομα που έπεσαν θύματα της συγκεκριμένης αρρώστιας κατά το παρελθόν, ανάμεσά τους η Αγία Αικατερίνη της Σιένας καθώς και η Μαίρη η Βασίλισσα των Σκοτσέζων(Λέτσιου Σ.).

Η πρώτη απόπειρα για να περιγραφεί η ασθένεια έγινε το 1689 από τον Άγγλο φυσίατρο Richard Morton ο οποίος 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». Αυτή η κοπέλα τελικά κατέληξε εξαιτίας της ασθένειάς της, την οποία ο Morton αποκάλεσε «νευρική κατανάλωση» αναγνωρίζοντας έτσι τους σημαντικούς ψυχολογικούς παράγοντες (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008). Ωστόσο, η νευρική ανορεξία έγινε αποδεκτή ως μια πραγματικά επιβλαβής ασθένεια από τον ιατρικό επιστημονικό κύκλο στα τέλη του 20ου αιώνα. Το 1873 ο Sir William Gull, ένας από τους φυσιάτρους της Βασίλισσας Βικτώριας δημοσίευσε ένα κείμενο στο οποίο αναφέρεται στην νευρική ανορεξία και μάλιστα τολμάει και μπαίνει σε περιγραφές και λεπτομέρειες της ασθένειας (Λέτσιου Σ.). Την ίδια κιόλας χρονιά, ο Γάλλος φυσιάτρος Ernest-Charles Lasègue δημοσίευσε ένα άρθρο του με τίτλο «Περί της Υστερικής Ανορεξίας». Στο άρθρο αυτό ο Lasègue περιέγραψε 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 Lasègue έδωσε έμφαση στο αίσθημα ικανοποίησης, που βιώνουν 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 (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008).

Λίγοι όμως μπορούσαν να αντιληφθούν τη σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών που πάσχουν από νευρική ανορεξία. Στα τέλη του 20ου αιώνα και πιο συγκεκριμένα το 1978 ο Γερμανό-Αμερικανός ψυχίατρος Hilde Bruch δημοσίευσε τη δημοφιλή δουλειά του «Το Χρυσό Κλουβί: Το Αίνιγμα της Νευρικής Ανορεξίας» και προσπάθησε να εξηγήσει όσο καλύτερα μπορούσε τι είναι η νευρική ανορεξία, πόσο σοβαρή ασθένεια είναι και μέσα από αυτό να βγάλει τον κόσμο από την άγνοια και να τον ενημερώσει για να προσέχει. Πέντε χρόνια αργότερα, το 1983, πεθαίνει η δημοφιλής τραγουδίστρια Karen Carpenter με αιτία θανάτου τις σοβαρές διατροφικές διαταραχές που για χρόνια αντιμετώπιζε (Rice, 2005).

Πιο αναλυτικά, ο όρος «νευρική ανορεξία» ακούστηκε για πρώτη φορά από τον φυσιάτρο της Βασίλισσας Βικτωρίας, Sir William Gull, το 1873 και προέρχεται από το στερητικό αν- και την ελληνική λέξη -όρεξης και μεταφράζεται ως «νευρική απουσία όρεξης». Λίγο νωρίτερα, το 1868, ο ίδιος ο Gull αρχικά την χαρακτήρισε ως «Υστερική απειψία», στην συνέχεια ως «Υστερική Ανορεξία» και κατέληξε στο «Νευρική Ανορεξία». Οι αλλαγές αυτές στην ονομασία της ασθένειας κρίθηκαν απαραίτητες, επειδή κατά τη Βικτωριανή Εποχή ο όρος «υστερικός» ήταν ιδιαίτερα διαδεδομένος και χρησιμοποιούταν για να χαρακτηρίσει τη συμπεριφορά των γυναικών. Ο Gull τελικά προτίμησε τον ορισμό «νευρική ανορεξία», καθώς διαπίστωσε πως η ασθένεια αυτή δεν πλήττει μονάχα τις γυναίκες αλλά και τους άντρες (Λέτσιου Σ.).

Ιστορικά, κυρίως κατά τα χρόνια του Μεσαίωνα, συναντάμε πολλές γυναικείες φιγούρες που αρνούνται να φάνε στο όνομα της θρησκείας, της ταπεινότητας και της καθαρότητας. Το φαινόμενο αυτό ήταν έντονο κατά τον 13ο αιώνα εξαιτίας της έντονης θρησκευτικής ζωής που ακολουθούσαν οι γυναίκες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Βασίλισσα Hedwig του Andechs της Βαυαρίας, η οποία έζησε τον 13ο αιώνα αλλά και η Αγία Αικατερίνη της Σιένας, η οποία έζησε τον 14ο αιώνα. Και οι δύο σήμερα λατρεύονται ως Αγίες της Καθολικής Εκκλησίας.

Η Mary Stewart, γνωστή και ως η Βασίλισσα Μαίρη των Σκοτσέζων, έπασχε από μικρή ηλικία από νευρική ανορεξία. Οι γιατροί που την παρακολουθούσαν περιγράφουν πως δεν είχε όρεξη για να φάει, είχε συχνά ξεσπάσματα με εμετό, διάρροια, λιποθυμικά επεισόδια και αναπνευστικές δυσκολίες. Ωστόσο, η ίδια παρέμενε πάντοτε δραστήρια και με πολλή όρεξη για άθληση, ιππασία και χορό. Όλα αυτά τα χρόνια οι γιατροί της απέδιδαν τα συμπτώματα σε διάφορες άλλες αρρώστιες, όπως μαλάρια και δυσεντερία (Κακούρος και Μανιαδάκη, 2006).

Μια άλλη περίπτωση είναι αυτή της Γαλλίδας Jane Balans, για την οποία το 1613 γράφτηκε πως «επί τρία χρόνια δεν έτρωγε και δεν έπινε τίποτα». Η κατάσταση αυτή ξεκίνησε το 1599, όταν η ίδια ήταν περίπου 10. Είχε αρρωστήσει. Είχε πυρετό και τάση για εμετό. Έπειτα από εκείνη την αρρώστια αρνιόταν να φάει και να πιεί. Ο Άγγλος φυσιάτρος Richard Morton που μίλησε για την νευρική ανορεξία ως ασθένεια, αναφέρθηκε στη δύναμη του μυαλού των ανορεκτικών ατόμων και στην έκπληξη που του προκάλεσαν μέσα από την συμμετοχική έρευνα και παρατήρηση που ο ίδιος πραγματοποίησε. Ένας άλλος Άγγλος φυσιάτρος, ο Robert Willan, ήταν ο πρώτος που αναφέρει στα κείμενα του πολλές περιπτώσεις αντρών που πάσχουν από νευρική ανορεξία. Το 1859 ο Γάλλος φυσιάτρος Louis-Victor Marcé αναφέρθηκε λεπτομερώς στα συμπτώματα της ασθένειας σε νεαρές γυναίκες (Λέτσιου Σ.).

Ο Gull που ήταν ο πρώτος που μίλησε για την «νευρική ανορεξία» ως τέτοια, περιγράφει στα κείμενα του πως η ασθένεια πλήττει κυρίως νεαρές γυναίκες 15 έως 23 ετών και δεν διστάζει να αναφερθεί σε περιπτώσεις ασθενών που παρακολουθούσε εκείνη την εποχή. Το ενδιαφέρον του επικεντρώθηκε στο γεγονός πως η ασθένεια δεν ήταν η ίδια από τη μία περίπτωση στην άλλη. Υπήρχαν μεγάλες διαφορές ως προς τα συμπτώματα και τα αίτια, ωστόσο το αποτέλεσμα παρέμενε το ίδιο. Οι νεαρές γυναίκες αρνούνταν να φάνε, έχαναν βάρος, αλλά είχαν πάντοτε όρεξη και διάθεση για ζωή. Ο ίδιος ως γιατρός προσπάθησε να γιατρέψει όλες αυτές τις γυναίκες με διάφορες μεθόδους που δεν είχαν κανένα αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, δοκίμασε να ενισχύσει τους οργανισμούς τους με σκευάσματα σιδήρου και

βιταμινών δίχως επιτυχία. Συνέχισαν να μην έχουν «όρεξη» για φαγητό και το βάρος τους δεν παρουσίαζε καμία αυξητική τάση. Ωστόσο, εξίσου αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι δύο περιπτώσεις, τις οποίες ο ίδιος παρακολουθούσε ως ασθενείς, συνήλθαν πλήρως, ενώ άλλες πέθαναν από την ασιτία. Σε σχετικές φωτογραφίες που τις τράβηξε, παρατήρησε πως όσο καιρό έπασχαν από νευρική ανορεξία η όψη τους έμοιαζε μεγαλύτερη από την ηλικία στην οποία βρίσκονταν, ενώ όταν πήραν το απαραίτητο βάρος για τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού τους, τότε μεταμορφώθηκαν σε όμορφες γυναίκες και μάλιστα, έδειχναν ακόμη νεότερες από την πραγματική τους ηλικία. Σε συμπλήρωση της έρευνας του Gull, ο Γάλλος φυσίατρος Lasègue αναφέρθηκε και εστίασε στα ψυχολογικά αίτια της νευρικής ανορεξίας. Ήταν ο πρώτος, ο οποίος μίλησε μέσα από τα γραπτά του δημοσιευμένα κείμενα για τον ρόλο που παίζει το οικογενειακό περιβάλλον, οι επιδράσεις που δέχονται τα παιδιά από τους γονείς τους, ενώ παράλληλα έκανε λεπτομερείς περιγραφές σχετικά με το πώς οι συγγενείς προσπαθούν να πείσουν ένα ανορεκτικό μέλος της οικογένειάς τους να φάει (Λέτσιου Σ.).

Ο Gull και ο Lasègue μίλησαν και οι δύο για το ίδιο ακριβώς πράγμα, για την ίδια ακριβώς ασθένεια. Και οι δύο φυσίατροι έγραψαν και προσπάθησαν να περιγράψουν την νευρική ανορεξία. Ο μεν πρώτος εστιάζοντας κυρίως στο σωματικό πεδίο και ο δε δεύτερος στο ψυχολογικό. Το σημαντικό είναι πως και οι δύο έκαναν γνωστή μια ασθένεια που μαστιίζει και απομακρύνει από τη ζωή «αθώες» ψυχές (Λέτσιου Σ.).

Παρ' όλο που η νευρική ανορεξία ως ασθένεια είχε αναγνωριστεί από την ιατρική κοινότητα ήδη από τη δεκαετία 1870, ωστόσο ο κόσμος κατάφερε να την αποδεχτεί μετά τις δεκαετίες 1960-1970, όταν πια η εξωτερική εμφάνιση και η εικόνα ενός καλλίγραμμου σώματος άρχισαν να παίζουν σημαντικό ρόλο. Η Γερmano-Αμερικανή ψυχίατρος Hilde Bruch μέσα από το έργο του «Το Χρυσό Κλουβί: Το Αίνιγμα της νευρικής ανορεξίας» εστίασε στην εμμονή που οδηγεί στην πάθηση. Το βιβλίο του αυτό, αν και είχαν προηγηθεί και άλλα πάνω στο ίδιο θέμα, ήταν που έκανε την νευρική ανορεξία πλήρως αποδεκτή από την ιατρική κοινότητα και έβγαλε πολλούς από την άγνοια. Εκδόθηκε το 1978 και πούλησε πάνω από 150.000 αντίτυπα παγκοσμίως (Λέτσιου Σ.).

Στην απόλυτη αποδοχή της νευρικής ανορεξίας ως ασθένειας συνέβαλε και ο θάνατος της διάσημης Αμερικανίδας μουσικού Karen Carpenter, η οποία πέθανε από καρδιακή προσβολή ως συνέπεια της νευρικής ανορεξίας. Μετά τον θάνατό της πολλές ήταν οι διάσημες κυρίες της show-biz, οι οποίες δεν δίστασαν να εξομολογηθούν πως και οι ίδιες υποφέρουν από διατροφικές διαταραχές, όπως για παράδειγμα η Jane Fonda και η Lynn Redgrave. Μάλιστα, ο αδερφός της Karen Carpenter, Richard Carpenter, έπειτα από τον θάνατο της αδερφής του έδωσε πολλά χρήματα για αν γίνουν έρευνες πάνω στην νευρική ανορεξία (Rice, 2005).

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 του περιέγραψε τη χαρακτηριστική «ανυποχώρητη επιδίωξη της ισχύοντος», 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 διάγνωσή της (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008).

1.3 Επιδημιολογία

Η Νευρογενής Ανορεξία θεωρείται μια μάλλον σπάνια ασθένεια. Ακόμα και ανάμεσα στις λεγόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου (έφηβες κοπέλες και νεαρές ενήλικες γυναίκες) ο επιπολασμός της αυστηρώς ορισμένης Νευρογενούς Ανορεξίας μόλις που αγγίζει το 0,5%. Σε ότι αφορά το γενικό πληθυσμό, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία εκτιμά ότι ο επιπολασμός κυμαίνεται από 0,5%-1%, ποσοστό που επιβεβαιώνεται και από τις επιδημιολογικές μελέτες. Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι, όσον αφορά τις άτυπες μορφές εκδήλωσης της διαταραχής, οι οποίες εντάσσονται στην κατηγορία NOS (Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής Μη Προσδιοριζόμενες Διαφορετικά) γιατί δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια, φαίνεται να καταγράφονται σε πολύ μεγαλύτερες συχνότητες απ' ό,τι η τυπική ολοκληρωμένη κλινική μορφή εκδήλωσης της Νευρογενούς Ανορεξίας. Το ποσοστό επιπολασμού για τις υποτυπώδεις αυτές μορφές Νευρογενούς Ανορεξίας είναι αρκετά μεγαλύτερο από τα προαναφερθέντα ποσοστά και εκτιμάται ότι αγγίζει το 5% (Λέτσιου Σ.).

Αν λοιπόν ισχύουν τα παραπάνω, και η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια σπάνια ασθένεια, πώς δικαιολογείται το αυξανόμενο ενδιαφέρον των ειδικών και της ευρύτερης κοινωνίας γι' αυτή τη νόσο; Παρά τη μάλλον σπάνια εμφάνισή της, η πλειονότητα των ερευνών δείχνει ότι τα ποσοστά εμφάνισης της Νευρογενούς Ανορεξίας έχουν σημειώσει σημαντική αύξηση τα

τελευταία 50 χρόνια, με αυξανόμενες αναφορές σε κορίτσια ακόμα και της προεφηβικής ηλικίας αλλά και στους άντρες. Προς απογοήτευση των ερευνητών, οι πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι περιορισμοί στο φαγητό, τα υπερφαγικά επεισόδια, οι καθαρτικές συμπεριφορές και η διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα, που παλαιότερα θεωρούνταν ως διαταραχές της εφηβείας και της νεαρής ενήλικης ζωής, έχουν αρχίσει να κάνουν αισθητή την εμφάνισή τους ακόμα και σε κορίτσια ηλικίας 9 ετών. Υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη για κάθε 100.000 κατοίκους αναλογούν 1,5-5 καινούρια περιστατικά Νευρογενούς Ανορεξίας. Το φαινόμενο αυτό συχνά αποδίδεται στις αλλαγές που έχουν σημειωθεί στις νόρμες της κοινωνίας για το ιδανικό – επιθυμητό σωματικό σχήμα και βάρος (Μάνου, 1997 & Λέτσιου Σ.).

Σε ό,τι αφορά το φύλο, η Νευρογενής Ανορεξία φαίνεται από τις έρευνες ότι πλήττει κυρίως τις γυναίκες, οι οποίες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην ανάπτυξη Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, γενικά η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών, που έχουν διαγνωσθεί με Νευρογενή Ανορεξία, κυμαίνεται από 1:10 έως 1:20. Οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 90% των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Η διαταραχή βέβαια εμφανίζεται και σε αγόρια εφήβους, αλλά και σε αυτές τις ηλικίες ισχύει το ότι τα περιστατικά είναι 15-20 φορές λιγότερο συχνά απ' ό,τι στα κορίτσια της εφηβείας. Οι διαφορές στον επιπολασμό της Νευρογενούς Ανορεξίας μεταξύ του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού μάλλον αντανακλούν τη μεγαλύτερη έμφαση που δίνουν οι γυναίκες στα πρότυπα που προβάλλει η κοινωνία για το τι θεωρείται ελκυστικό – επιθυμητό. Τα πρότυπα αυτά είναι γνωστό ότι εδώ και δεκαετίες προβάλλουν τη λεπτόσωμη σιλουέτα σαν ιδανικό, και είναι πολλές οι ερευνητικές μελέτες που δείχνουν ότι η υπέρμετρη ενασχόληση με την τροφή και το βάρος είναι εντυπωσιακά συχνή ανάμεσα στο γυναικείο πληθυσμό. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι η Νευρογενής Ανορεξία εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε νεαρές κοπέλες που ασχολούνται με επαγγέλματα που απαιτούν λεπτά σώματα όπως είναι τα μοντέλα, οι χορεύτριες μπαλέτου, οι αθλήτριες ορισμένων αθλημάτων (π.χ. ρυθμικής) κ.α. (Λέτσιου Σ.).

Η νευρογενής ανορεξία εμφανίζεται στους άντρες δεκαπέντε φορές λιγότερο συχνά από όσο στις γυναίκες. Αρχίζει με τον ίδιο ακριβώς τρόπο και η πορεία της είναι παρόμοια. Οι περισσότεροι άντρες με νευρογενή ανορεξία έχουν μανία με τη γυμναστική και περνούν ατελείωτες ώρες κάθε μέρα κάνοντας τζόκινγκ και άλλες ασκήσεις. Έχουν εξίσου έμμονη ιδέα με το φαγητό όσο και οι γυναίκες αλλά είναι λιγότερο πιθανό να δείχνουν το ίδιο ενδιαφέρον για το μαγείρεμα και τα βιβλία μαγειρικής.

Δεν είναι φανερό γιατί οι άντρες επιδιώκουν τόσο ανελέητα το αδυνάτισμα, γιατί οι έφηβοι έχουν την τάση να είναι μάλλον μυώδες παρά αδύνατοι. Οι άντρες που παθαίνουν νευρογενή ανορεξία μπορεί επίσης να τρώνε με βουλιμία (Γσιαντής, 1988).

Αναλυτικότερα, λίγες είναι οι έρευνες που έχουν εστιάσει στο να κατανοήσουμε γενικά τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες. Ίσως αυτό να οφείλεται στα χαμηλά ποσοστά εμφάνισης π.χ. της Νευρογενούς Ανορεξίας στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Είναι γεγονός όμως ότι εντείνονται οι υποψίες ανάμεσα στους επαγγελματίες που ασχολούνται με τη θεραπεία ανδρών πασχόντων ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες καταγράφονται σε μικρότερο βαθμό, ο οποίος βαθμός δεν αντανακλά τα πραγματικά ποσοστά. Για τους επαγγελματίες αυτούς ψυχοθεραπευτές αναμένεται ότι είναι απρόσμενα υψηλό το ποσοστό εμφάνισης αυτών των διαταραχών ανάμεσα σε συγκεκριμένες υπο-ομάδες ανδρών. Για παράδειγμα, πρόσφατες έρευνες αναφέρουν αρκετά υψηλά ποσοστά ομοφυλόφιλων ανδρών που πάσχουν από κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Επίσης, οι αναβάτες ιππασίας, οι παλαιστές, οι χορευτές, οι bodybuilders, οι παρουσιαστές κι άλλες ομάδες επαγγελματιών, που καλούνται να χάνουν βάρος ή να διατηρούν ένα ιδανικό βάρος για ν' ανταποκριθούν στις επαγγελματικές απαιτήσεις, να είναι ανταγωνιστικοί και να επιτύχουν τους επαγγελματικούς στόχους τους, είναι επίσης ευάλωτοι στο να αναπτύξουν τέτοιες διαταραχές και θα πρέπει να εντάσσονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου (Λέτσιου Σ.).

Όταν η Νευρογενής Ανορεξία απαντάται στους άνδρες, η συμπτωματολογία και τα συνοδά χαρακτηριστικά, όπως οι αναφορές για ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, είναι όμοια με αυτά που αναφέρονται και στις γυναίκες πάσχουσες. Η εκδήλωση της νόσου, ωστόσο, μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να διαφοροποιείται στους άνδρες. Για παράδειγμα έχει παρατηρηθεί ότι οι άνδρες γενικότερα ασχολούνται λιγότερο μ' ένα συγκεκριμένο προκαθορισμένο ιδανικό βάρος ή το μέγεθος των ρούχων που φοράνε και είναι περισσότερο ανήσυχοι για τη γράμμωση των μυών τους και την αποφυγή εναπόθεσης λίπους σε συγκεκριμένα σημεία του σώματός τους.

Η Νευρογενής Ανορεξία παρατηρείται κατεξοχήν στις δυτικές πολιτισμικές κοινωνίες, δηλαδή τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα σε βιομηχανικές, πλούσιες, ανεπτυγμένες χώρες σε σύγκριση με αναπτυσσόμενες χώρες, όπου φαίνεται να σπανίζει. Ακόμα και μέσα σ' αυτές τις ανεπτυγμένες χώρες είναι πιο συχνή στα υψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχόντων είναι γυναίκες της Καυκάσιας φυλής και μέσης ή ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης. Ίσως αυτό να συνδέεται με το γεγονός ότι η Νευρογενής Ανορεξία είναι περισσότερο πιθανό να αναπτυχθεί σε ένα περιβάλλον όπου υπάρχει πληθώρα διαθέσιμου φαγητού αλλά στο οποίο το να είναι οι γυναίκες λεπτές με

κάποιο τρόπο εξισώνεται με το υψηλό ή ξεχωριστό επίτευγμα. Ωστόσο, τα δεδομένα των ερευνών για τη Νευρογενή Ανορεξία φαίνεται ότι αλλάζουν σημαντικά σε ό,τι αφορά παραμέτρους όπως η εθνικότητα, η κοινωνικοοικονομική τάξη και το φύλο (Λέτσιου Σ.).

Σε πολλά άτομα μπορεί να χρειασθεί νοσηλεία και σε αυτά τα άτομα που νοσηλεύονται η θνησιμότητα ξεπερνάει το 10%. Ο θάνατος προέρχεται από ασιτία, από αυτοκτονία ή από ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Παράγοντες που υποδηλώνουν κακή πρόγνωση της διαταραχής είναι η μεγαλύτερη ηλικία έναρξης, μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου, προηγούμενες ψυχιατρικές νοσηλείες, φτωχή προνοσηρή προσαρμοστικότητα, παρουσία κάποιας διαταραχής της προσωπικότητας (όπως Μεταιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας) και κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις (Τσιαντής, 1988).

1.3.1 Συνοπτικά Επιδημιολογικά στοιχεία

- Κορίτσια / Αγόρια : 20 / 1
- Συχνότητα επίπτωσης στις γυναίκες 0.3 – 1%
- Συχνότητα επίπτωσης στους άντρες 0.1%
- Αναπτυγμένες χώρες
- Υψηλό μορφωτικό επίπεδο ασθενών
- Μέση ηλικία έναρξης : δεύτερη δεκαετία ζωής
 - 13 – 20 ετών : 85%
 - Έναρξη στην παιδική ηλικία : 3%
 - Ηλικίες εμφάνισης της ασθένειας κατά πλειονότητα : 14 και 18 ετών
 - Σπάνια εμφάνιση διαταραχής μετά την ηλικία των 40
- Σε νοσηλευόμενα άτομα θνησιμότητα άνω του 10% (Κακούρος και Μανιαδάκη, 2006 & Μάνου, 1997 & Τσιαντής, 1988)

1.4 Οριακό σύνδρομο

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η νευρογενής ανορεξία πιστεύεται ότι είναι μια ειδική εκδήλωση οριακής διαταραχής προσωπικότητας, που η ψυχοπαθολογία της ανάγεται στη φάση της επαναπροσεγγίσεως που περιέγραψε η Μάλερ ή στην πρώτη πρωκτική περίοδο της ψυχοσεξουαλικής εξελίξεως που περιέγραψε ο Φρόυντ. Η κατάσταση χαρακτηρίζεται από

μιαν έμμηνη απασχόληση με το φαί και το μαγείρεμα, περιόδους νηστείας που ακολουθούνται από βουλιμία και την πρόκληση εμετού. Συνοδεύεται από την διακοπή της έμμηνης ρύσης, που μπορεί να συμβεί και πριν ακόμα ελαττωθεί σημαντικά το βάρος του ατόμου, και δυσκοιλιότητα, που χρησιμεύει ως δικαιολογία για την κατάχρηση καθαρτικών, που πραγματικός σκοπός τους είναι η πιο γρήγορη απώλεια βάρους. Υπόταση, αναιμία, κρύο, ξηρό δέρμα και βραδυκαρδία είναι συμπτώματα μιας προχωρημένης καχεξίας, που καταλήγει σε μια πραγματική ανορεξία.

Και όταν ακόμα η κατάστασή του φτάσει στο σημείο που δεν κρύβεται, ο άρρωστος – συνήθως κοπέλα – αρνείται ότι έχει κάποιο πρόβλημα και δε δέχεται καμιά βοήθεια. Η συγκεκριμένη ταυτότητά της αντανακλά στην παραμορφωμένη εικόνα που έχει το σώμα της. Κάτω από ένα χαρούμενο ή αδιάφορο προσωπείο, κρύβονται συναισθήματα επιθετικά, μοχθηρά ή ζηλόφθονα, τυπικά εναντίον της μητέρας, και τύψεις, από τις οποίες η άρρωστη προσπαθεί να εξιλεωθεί με μια τελειοκρατική επίδοση στη δουλειά της, με αυτοκατηγορίες και αυτοτιμωρητικές δραστηριότητες, όπως παρατεταμένες νηστείες, σκληραγωγία και επίμονες γυμναστικές ασκήσεις. Είναι ατίθαση και υπερκινητική, υπερευαίσθητη σε κάθε κριτική παρατήρηση ή απλώς υπόδειξη, στις οποίες αντιδρά με θυμό και πεισματικό αρνητισμό. Χωρίς να το δείχνει, αισθάνεται άγχος, ανία ή μεγάλη μοναξιά, αποτυχημένη και αβοήθητη. Όπως οι περισσότεροι οριακοί άρρωστοι, το άτομο που πάσχει από νευρογενή ανορεξία κατατρέχεται από πολύμορφες σαδομαζοχιστικές φαντασίες, τις οποίες προσπαθεί να καταπνίξει, καθώς και κάθε ένδειξη σεξουαλικότητας. Η απόρριψη της τροφής συμβολίζει την άρνηση της κάθε σεξουαλικής επιθυμίας, ενώ ο φόβος του πάχους συνδέεται με την ιδέα της εγκυμοσύνης. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Κεφάλαιο 2^ο

2.1 Σημασία διατροφικών διαταραχών

- Û Σημαντική επίπτωση που συνεχώς αυξάνεται
- Û Σημαντική νοσηρότητα – οργανική και ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία πάσχοντος
- Û Σοβαρές επιπλοκές
- Û Δύσκολη αντιμετώπιση, συχνές υποτροπές
- Û Επιφυλακτική πρόγνωση, υψηλή θνητότητα

(Τσίτσικα Α.Κ.)

2.2 Τι είναι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής

Οι πιο συνηθισμένες διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία και η ψυχαναγκαστική υπερφαγία. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής χαρακτηρίζονται από ακραία συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές σχετικά με τη λήψη τροφής, το βάρος και την εικόνα του σώματος («ΑΝΑΣΑ»).

2.2.1 Αιτίες των διαταραχών πρόσληψης τροφής

Η ακριβής αιτία των διαταραχών αυτών δεν είναι γνωστή. Παρόλα αυτά γνωρίζουμε, ότι στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει ένας συνδυασμός περίπλοκων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, ο οποίος σχετίζεται με την εκδήλωση και ανάπτυξη του προβλήματος.

Συχνές δυσκολίες που παρατηρούμε είναι: χαμηλή αυτοεκτίμηση, θλίψη ή θυμός, δυσκολίες στην έκφραση των συναισθημάτων, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις ή στην οικογένεια, ιδιαίτερα τραυματικά γεγονότα όπως σεξουαλική κακοποίηση, πολιτιστικές πιέσεις για το ποιο σώμα θεωρείται όμορφο και αποδεκτό. Όχι σπάνια, μπορεί να υπάρχει και κάποιος άλλος μέλος στην οικογένεια, που να έχει διατροφικά προβλήματα. Επίσης γνωρίζουμε, ότι ορισμένα άτομα εμφανίζουν διαφορετικά επίπεδα από το φυσιολογικό σε ουσίες, που είναι υπεύθυνες για τον έλεγχο της όρεξης, της πέψης και του συναισθήματος.

Τελικά, οι διαταραχές διατροφής πιθανότατα να έχουν και πολλές και διαφορετικές αιτίες. Συχνά όμως, ξεκινούν είτε σαν μια απλή δίαιτα είτε σαν ένας τρόπος ελέγχου του περιβάλλοντος είτε σαν μια προσπάθεια το άτομο να ανταποκριθεί στα σωματικά πρότυπα της κοινωνίας του. Γρήγορα όμως αυτή η κατάσταση αποκτά τη δικιά της ανεξάρτητη πορεία, αρχίζει να μοιάζει σαν μια μορφή εξάρτησης, επηρεάζοντας τα γενικότερα συναισθήματα και τις σκέψεις.

Οι άνθρωποι που εκδηλώνουν διαταραχές πρόσληψης τροφής συχνά χρησιμοποιούν την τροφή και τον έλεγχο αυτής ως μέσο αντιστάθμισης συναισθημάτων τα οποία, διαφορετικά, θα τους κυρίευαν. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι άνθρωποι υιοθετούν συμπεριφορές όπως η δίαιτα, η επεισοδιακή υπερφαγία και οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί προκειμένου να αντιμετωπίσουν οδυνηρά συναισθήματα και να νιώσουν ότι έχουν τον έλεγχο της ζωής τους. Εν τέλει όμως, αυτές οι συμπεριφορές καταστρέφουν τη σωματική και συναισθηματική τους υγεία, εκμηδενίζοντας παράλληλα το αίσθημα της αυτοεκτίμησης, της ικανότητας και του ελέγχου.

Ψυχολογικοί Παράγοντες που Συντελούν στην Εκδήλωση Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής:

- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Αίσθημα ανεπάρκειας ή έλλειψης ελέγχου στη ζωή
- Κατάθλιψη, άγχος, θυμός ή μοναξιά

Διαπροσωπικοί Παράγοντες που Συντελούν στην Εκδήλωση Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής:

- Φορτισμένο οικογενειακό περιβάλλον και τεταμένες διαπροσωπικές σχέσεις
- Δυσκολία στην έκφραση των συναισθημάτων
- Ιστορικό χλευασμού λόγω σωματικού βάρους
- Ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης

Κοινωνικοί Παράγοντες που Συντελούν στην Εκδήλωση Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής:

- Κοινωνικές πιέσεις που εξυμνούν το πρότυπο της ισχύτητας και προσδίδουν αξία στην απόκτηση του “τέλειου σώματος”

- ΰ Στενοί ορισμοί της ομορφιάς που περιλαμβάνουν αποκλειστικά και μόνο γυναίκες και άνδρες συγκεκριμένου σωματικού βάρους και διάπλασης
- ΰ Αξιολόγηση των ατόμων βάσει της σωματικής τους εμφάνισης και όχι βάσει των προσωπικών αξιών και δυνατοτήτων

Άλλοι Παράγοντες που Συντελούν στην Εκδήλωση Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής:

- ΰ Οι επιστήμονες εξακολουθούν να ερευνούν τα πιθανά βιοχημικά ή βιολογικά αίτια των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Σε μερικά από τα άτομα που εκδηλώνουν διαταραχές πρόσληψης τροφής, ορισμένες βιοχημικές παράμετροι του εγκεφάλου που ελέγχουν την πείνα, την όρεξη, και την πέψη είναι ασταθείς. Ωστόσο, η ακριβής έννοια και οι επιπλοκές αυτής της αστάθειας βρίσκονται ακόμη υπό έρευνα.
- ΰ Συχνά, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής οφείλονται σε κληρονομικούς παράγοντες. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, η επίδραση του γενετικού παράγοντα στην εκδήλωση διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι ιδιαίτερα σημαντική. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι σύνθετες παθήσεις που οφείλονται σε ποικίλα πιθανά αίτια. Εάν και εφόσον εκδηλωθούν, ενδέχεται να οδηγήσουν σε ένα διαιωνιζόμενο κύκλο σωματικής και συναισθηματικής αυτοκαταστροφής. Όλες οι διαταραχές πρόσληψης τροφής απαιτούν τη βοήθεια επαγγελματιών («ΑΝΑΣΑ»).

2.3 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, 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, 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 τροφής. 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.

Η ενεργός αυτή πάλη ενάντια στην πείνα που διεξάγεται πεισματικά όσο οδυνηρή και αν είναι, αποτελεί αναμφισβήτητα μια πηγή έντονης ικανοποίησης. Ορισμένοι συγγραφείς την ερμηνεύουν ως την ερωτικοποίηση της αίσθησης της πείνας - αντικείμενο γοητείας λένε και μιλούν ακόμα για «οργασμό της πείνας». 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 (Κατσογριδάκη Γ.).

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

Οι διαταραχές αυτές εκδηλώνονται με τους παρακάτω τρόπους:

- Û** Ο έντονος και μόνιμος φόβος του πάχους, που προκαλεί το θεληματικό περιορισμό των θερμίδων, ανεξάρτητα από το βαθμό ισχνότητας, 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 (Lederer, 2002)
- Û** Η παραγνώριση της σωματικής κατάστασης και συνακόλουθα της ισχνότητας, 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.
- Û** 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 νευρικής ανορεξίας – 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 (Κατσογριδάκη Γ.).

Κεφάλαιο 3^ο

3.1 Τα διαγνωστικά κριτήρια της νευρογενούς ανορεξίας

Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR για την νευρογενή ανορεξία είναι :

- A. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο, του ελάχιστα φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση του βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αποτυχία να έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης, οδηγώντας σε βάρος σώματος λιγότερο του 85% του αναμενόμενου).
- B. Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα γίνει παχύ, ακόμα και όταν αυτό είναι κάτω από το κανονικό.
- Γ. Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα, υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτό-αξιολόγηση ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού σωματικού βάρους.
- Δ. Σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή, αμηνόρροια, δηλαδή, απουσία τουλάχιστον 3 διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων (μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοί της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων) (KaplanandSadock's, 2004)

Παράλληλα όμως υπάρχουν και άτυπες μορφές της νόσου όπου δεν πληρούνται όλα τα κριτήρια, για παράδειγμα το άτομο που έχει τα 3 πρώτα κριτήρια αλλά η έμμηνος ρύση δεν έχει διακοπεί, ή το άτομο που πληρεί όλα τα κριτήρια αλλά το βάρος του είναι σε φυσιολογικά επίπεδα (προσπαθεί όμως να το μειώσει). Πάντως ακόμα και τα άτομα με τις άτυπες μορφές νευρικής ανορεξίας βιώνουν στον ίδιο βαθμό το ψυχολογικό στρες με τα άτομα που πληρούν ακριβώς τα κριτήρια (Ζουμπανέας Ε. και Κοντελέ Ι.).

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά το ICD-10 είναι κάπως διαφοροποιημένα και είναι τα ακόλουθα:

- A. Το σωματικό βάρος παραμένει τουλάχιστον 15% κάτω από το αναμενόμενο ή λιγότερο.
- B. Η απώλεια βάρους αυτοπροκαλείται με την αποφυγή « παχυντικών τροφών». Είναι δυνατόν, επίσης, να υπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα επόμενα: αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, αυτοπροκαλούμενες κενώσεις με καθαρτικές ουσίες, υπερβολική σωματική άσκηση, χρήση φαρμάκων κατασταλτικών της όρεξης ή/και διουρητικών.
- Γ. Υπάρχει παραμόρφωση της εικόνας του σωματικού εγώ.
- Δ. Υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή, του υποθαλαμοϋποφυσιογοναδικού άξονα, εκδηλούμενη στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άντρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας
- E. Αν η έναρξη της νευρογενούς ανορεξίας τοποθετείται στην προεφηβική ηλικία, η διαδοχή των διαφόρων γεγονότων της ήβης καθυστερεί ή αναστέλλει (η ανάπτυξη του ατόμου σταματά, στα κορίτσια οι μαστοί δεν αναπτύσσονται και υπάρχει πρωτογενής αμηνόρροια, στα αγόρια τα γεννητικά όργανα παραμένουν παιδικά). Με την ανάρρωση, η ήβη συχνά συμπληρώνεται φυσιολογικά, αλλά η εμμηναρχή καθυστερεί (Λαούρη Ι.).

3.2 Τα χαρακτηριστικά της νευρογενούς ανορεξίας

Οι διαταραχές της σίτισης έχουν ένα ευρύ φάσμα εκδηλώσεων τόσο στη συμπεριφορά, όσο και στον τρόπο με τον οποίο, τα άτομα αυτά τρέφονται. Τις περισσότερες φορές οι καταστάσεις αυτές εξελίσσονται αργά και ύπουλα χωρίς, το περιβάλλον να αντιλαμβάνεται τη διαταραχή, ενώ ακόμα και τα ίδια τα πάσχοντα άτομα δεν αντιλαμβάνονται την κατάσταση τους ως παθολογική. Το αποτέλεσμα είναι οι νόσοι αυτές να οργανώνονται και να προσαρμόζονται μέσα σε ένα περίπλοκο δίκτυο δικαιολογιών και στόχων (Τσιάκα Μ.).

Η νευρογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από μια έντονη ανάγκη για πολύ λεπτό σώμα και μια έμμονη τάση για απώλεια βάρους περισσότερο από αυτό που θεωρείται υγιές. Τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή έχουν μια διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος

τους. Τα κύρια χαρακτηριστικά της νόσου είναι η διαταραγμένη εικόνα του σώματος και ένας καταναγκασμός των ασθενών στο να είναι αδύνατοι, πράγμα που τους κάνει να ισχυρίζονται ότι είναι παχείς ακόμα και όταν το βάρος τους είναι κάτω από το φυσιολογικό.

Υποχρέωση, λοιπόν του περιβάλλοντος είναι να διακρίνει αρκετά νωρίς τα σημάδια νευρογενούς ανορεξίας, πριν η ασθένεια αυτή στρεβλώσει τον μεταβολισμό και τις ορμονικές ισορροπίες του οργανισμού, γιατί τότε η επιστροφή είναι πολύ δύσκολη (Τσιάκα Μ.)

Χαρακτηριστικά της νευρογενούς ανορεξίας :

1. Το άτομο είναι παθολογικά ευαίσθητο με το πάχος του ή έχει ένα νοσηρό φόβο μήπως παχύνει και χάσει τον έλεγχο της ποσότητας του φαγητού που καταναλώνει. Ο φόβος αυτός τον κάνει να υιοθετεί μια συμπεριφορά που στοχεύει στην απώλεια βάρους. Τα περισσότερα θύματα της νευρογενούς ανορεξίας περιορίζουν δραστικά την ποσότητα του φαγητού τους, μειώνοντας κυρίως τις τροφές που περιέχουν υδατάνθρακες και τις λιπαρές ουσίες. Η δίαιτα που διαλέγουν, όμως, μειώνει συνήθως κάθε πρόληψη τροφής. Μερικοί ανορεκτικοί ασθενείς χρησιμοποιούν άλλες μεθόδους, αλλά ο αυτοπροκαλούμενος έμετος, η χρήση υπερβολικών ποσοτήτων καθαρτικών και διουρητικών και η κοπιαστική γυμναστική είναι τα πιο συνηθισμένα.
2. Το άτομο στο οποίο γίνεται η διάγνωση νευρογενούς ανορεξίας έχει χάσει αρκετό βάρος και το βάρος του είναι συνήθως μικρότερο από 45 κιλά. Εδώ θα μπορούσε να υπάρχει μια φανερή αιτία διαγνωστικού σφάλματος. Για παράδειγμα, οι γυναίκες με βαριά ψύχωση μπορεί να πιστεύουν πως το φαγητό τους είναι δηλητηριασμένο, να αρνούνται να φάνε και να χάνουν βάρος. Ή η γυναίκα μπορεί να έχει βαριά κατάθλιψη και να αντιδρά αποφεύγοντας να φάει, γιατί δεν μπορεί να κάνει τον κόπο να φάει. Σοβαρές παθήσεις όπως τα τελικά στάδια του καρκίνου και της φυματίωσης μπορεί να συνοδεύονται από υπερβολική απίσχναση. Για αυτούς τους λόγους το άτομο δεν πρέπει να έχει άλλη σωματική ή ψυχολογική νόσο στην οποία να μπορεί να αποδοθεί η απώλεια βάρους πριν γίνει διάγνωση νευρογενούς ανορεξίας. Μόλις αποκλεισθεί μια σωματική ή ψυχική νόσος, το άτομο βάρους των 45 κιλών μπορεί να έχει νευρογενή ανορεξία.
3. Το χαρακτηριστικό που είναι κοινό στις περισσότερες περιγραφές της νευρογενούς ανορεξίας είναι ότι η γυναίκα παύει να έχει περίοδο – εμφανίζει αμηνόρροια. Η αμηνόρροια μπορεί να εμφανισθεί στην αρχή της νόσου πριν να λάβει χώρα μεγάλη απώλεια βάρους και δεν υπάρχει ποτέ, έμμηνος ρύση στις απισχνασμένες γυναίκες.

Αυτά τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα – νοσηρός φόβος της παχυσαρκίας, μεγάλη μείωση βάρους και αμηνόρροια – είναι χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ανορεξίας. Επίσης ένα ανορεκτικό άτομο μπορεί να εμφανίσει και άλλες ψυχολογικές ή σωματικές διαταραχές (Τσιάκα Μ.).

Άλλες συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν την ύπαρξη της νόσου :

1. Έντονη ανησυχία του ατόμου για δίαιτες και υπολογισμός των θερμίδων που λαμβάνει.
2. Το άτομο κάνει συχνότερα σχόλια για το βάρος του.
3. Το άτομο παρουσιάζει έντονη πτώση της διάθεσής του
4. Το άτομο έχει ενοχές όταν τρώει
5. Το άτομο κάνει αγωνιώδεις προσπάθειες για έντονη και συνεχή εκγύμναση
6. Το άτομο δείχνει ιδιαίτερη προτίμηση να τρώει απομονωμένο
7. Εμφανίζει έντονη ανησυχία για το βάρος και το σχήμα τους, ακόμα και μετά την αισθητή μείωση των κιλών του
8. Αρχίζει να αλλάζει τη σχέση του με τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους του
(Ρηγόπουλος Δ.)

Οι περισσότερες ασθενείς με νευρογενή ανορεξία έχουν μια επίμονη ενασχόληση με το φαγητό και τον έλεγχο το βάρους τους. Το φαγητό και η αποφυγή του γίνεται ένα χόμπι που τις απορροφά εξ ολοκλήρου αποκλείοντάς τους περισσότερες άλλες δραστηριότητες που θα ταίριαζαν κανονικά στην ηλικία τους και ιδιαίτερα τις κοινωνικές εκδηλώσεις όπου συνήθως υπάρχει φαγητό και αναμένεται να φάνε. Η ενασχόληση με το βάρος είναι τέτοια ώστε οι περισσότερες ασθενείς μπορούν να δώσουν ένα λεπτομερές ιστορικό αλλαγών του βάρους τους, που περιλαμβάνουν ακόμη και διαφορές μισού κιλού σε διάστημα μιας εβδομάδας. Η ενασχόληση με το φαγητό και τον έλεγχο του βάρους είναι η υπερβολικά έντονη παρόρμηση να γίνουν λεπτές και οδηγεί τις ασθενείς με νευρογενή ανορεξία στη χρήση μιας ποικιλίας συμπεριφορών στο φαγητό για να πετύχουν αυτό που επιθυμούν (Abraham&Llewellyn, 1990).

Οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία έχουν διαιρεθεί σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα, «αυτές που κάνουν δίαιτα», χάνουν βάρος περιορίζοντας αυστηρά το φαγητό τους (αλλά μπορεί να έχουν και επεισόδια κατάχρησης καθαρτικών). «Αυτές που κάνουν δίαιτα»

αποτελούν το 60% του συνόλου των ασθενών. Η δεύτερη ομάδα, η «ομάδα του εμετού και των καθαρτικών», τρώνε περισσότερο (με κάποια βουλιμία) αλλά εμποδίζουν το φαγητό να απορροφηθεί με αυτοπροκαλούμενο εμετό ή/και υπερβολική χρήση καθαρτικών (Abraham&Llewellyn, 1990).

Αναλυτικότερα στην πρώτη ομάδα, οι νέες που το βάρος τους ήταν συνήθως μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια πριν αρχίσει η διαταραχή τους, χάνουν γενικά βάρος με την απλή μέθοδο του να τρώνε λιγότερο και αποφεύγοντας καταστάσεις στις οποίες πρέπει να φάνε. Για να αποφύγουν να φάνε βρίσκουν δικαιολογίες όπως «δεν πεινάω αυτή τη στιγμή» και «θα φάω αργότερα» όταν το γεύμα είναι έτοιμο. Μπορεί να είναι ανταγωνιστικές και έχουν συχνά μανία με τη δουλειά τους, πράγμα που τους επιτρέπει να αποφύγουν τις κοινωνικές εκδηλώσεις με φαγητό. Εκτός από την αυστηρή δίαιτα, μπορεί να χρησιμοποιούν τη γυμναστική ως μέθοδο για να χάνουν κιλά. Μπορεί να κάνουν τζόκινγκ ή ακόμα και να περνούν ατελείωτες ώρες στο γυμναστήριο.

Από την άλλη, στην δεύτερη ομάδα ασθενών με νευρογενή ανορεξία, που συνήθως ήταν υπερβατές πριν από την έναρξη της αρρώστιας και που το βάρος τους τείνει να εμφανίζει διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της αρρώστιας, χρησιμοποιούν μεθόδους που μπορεί να είναι επικίνδυνες για να χάσουν βάρος. Σε αυτή τη συμπεριφορά μοιάζουν με τις βουλιμικές. Συνήθως αρνούνται ότι ενδιαφέρονται για το βάρος τους. Όταν βρίσκονται με κόσμο ή με την οικογένεια τους φαίνεται να τρώνε κανονικές ποσότητες φαγητού. Αφού φάνε όμως, βρίσκουν δικαιολογίες για να φύγουν από την ομάδα και να προκαλέσουν εμετό συχνά σε συνδυασμό με υπερβολική χρήση καθαρτικών.

Εξαιτίας των συνηθειών τους στο φαγητό, φάσεις σοβαρής μείωσης βάρους, που προκαλεί απίσχνανση, εναλλάσσονται με περιόδους αύξησης βάρους. Τείνουν να είναι αρκετά κοινωνικές και είναι λιγότερο ιδεοληπτικές από εκείνες που κάνουν δίαιτα. Σε μερικές περιπτώσεις η γυναίκα ήταν βουλιμική για αρκετούς μήνες ή ακόμη και χρόνια πριν πάρει την απόφαση να χάσει βάρος που την οδηγεί ανελέητα στην νευρογενή ανορεξία (Abraham&Llewellyn, 1990).

3.3 Η έναρξη της νευρογενούς ανορεξίας

Η διαταραχή αυτή ξεκινά συχνά με δίαιτα, αν και το άτομο έχει φυσιολογικό βάρος ή λίγο περισσότερο. Συχνά το άτομο παίρνει αυτή την απόφαση διότι δεν του αρέσει το σχήμα του σώματός του και θεωρεί το βάρος του υπερβολικό. Στις έφηβες κοπέλες η ενασχόληση με

το βάρος και το σώμα τους είναι ένα σύνθηρες φαινόμενο, στην περίπτωση όμως της νευρογενούς ανορεξίας αυτό γίνεται εμμονή.

Αν και χάνει βάρος, το άτομο υποβάλλεται σε όλο και πιο εξαντλητικές δίαιτες, περνώντας ακόμα και τα όρια του χαμηλότερου ανεκτού βάρους για το σωματότυπό του, πιστεύει ωστόσο ότι πρέπει να χάσει κι άλλο βάρος. Συνέχεια μετρά τις θερμίδες που καταναλώνει και υπολογίζει τι έχει φάει. Αν και αισθάνεται πείνα δεν τρώει, φοβούμενο μήπως παχύνει.

Αυτός ο φόβος είναι και το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής, καθώς φτάνει σε υπερβολικά επίπεδα, χωρίς μάλιστα το άτομο να μπορεί να τον ερμηνεύσει. Καταλήγει να παρουσιάσει συχνά ακόμα και συμπτώματα παρανοϊκού τύπου σε σχέση με την τροφή, όπως σκέψεις ότι οι άλλοι προσπαθούν να το παχύνουν ακόμα και με ενέσεις όταν κοιμάται. Αυτός ο φόβος έχει βέβαια συχνά κάποια βάση πραγματικότητας. Οι άλλοι όντως θέλουν να τρώει, αλλά σ' αυτό αντιδρά με πείσμα και φόβο. Πάσχει από μία σοβαρή διαστροφή σε σχέση με την εικόνα του σώματος, σε συνειδητό και ασυνείδητο επίπεδο. Πιστεύει ότι είναι παχύ, αν και είναι πολύ αδύνατο έως και καχεκτικό. Κάνει συχνά και έντονη γυμναστική.

Σε άλλες περιπτώσεις η έναρξη της ανορεξίας σχετίζεται με μια σειρά γεγονότων που δημιουργούν από μόνα τους στρες, όπως ένας καβγάς με ένα φίλο, η πρώτη εμπειρία του σεξ, μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ο γάμος, μια σημαντική εξέταση ή σε μια περίοδο επιδείνωσης ήδη εντασιογόνων συνθηκών όπως ο χωρισμός τω γονιών ή η αυξανόμενη πίεση που δέχεται το άτομο για να «πετύχει» στο σχολείο ή σε εξωσχολικές δραστηριότητες όπως ο αθλητισμός ή ο χορός.

Η διαταραχή μπορεί να εμφανίζεται κατά επεισόδια στη ζωή του ατόμου σε διάφορες φάσεις της ζωής του. Μπορεί όμως να είναι και συνεχής, μέχρι και το τέλος της ζωής του (Αθανασόπουλος Α.).

3.4 Τι οδηγεί ουσιαστικά στη νευρογενή ανορεξία

Με τους όρους ψυχολογίας του Εαυτού, το άτομο μπορεί να αντιμετωπίζεται από τον περίγυρό του ως ένα εαυτο-αντικείμενο που παρέχει λειτουργίες κατοπτρισμού και επιβεβαίωσης. Το άτομο, με την σειρά του, δεν μπορεί να στηριχτεί στους ανθρώπους για να ικανοποιήσει τις ανάγκες του. Ο ανορεκτικός αμφιβάλλει σοβαρά για το αν οι γονείς του ή οποιεσδήποτε άλλες σημαντικές μορφές στη ζωή του θα μπορούσαν, έστω και λίγο, να παραιτηθούν από τα δικά τους ενδιαφέροντα και τις ανάγκες, για να ασχοληθούν με τις δικές

του ανάγκες που θα του εξασφάλιζαν μια ηρεμία και μια επιβεβαίωση. Το ανορεκτικό άτομο μπορεί να κλιμακώσει τη λιμοκτονία του και τον περιορισμό του, σε μια απεγνωσμένη προσπάθεια να αναγκαστεί το περιβάλλον του να προσέξει τον πόνο του και να αναγνωρίσουν την ανάγκη του για βοήθεια.

Για να προσδιορίσουμε καλύτερα την ψυχοδυναμική μας κατανόηση σχετικά με την νευρογενή ανορεξία, οι ουσιαστικοί λόγοι που οδηγούν το άτομο στην λιμοκτονία είναι : 1. Μια απελπισμένη προσπάθεια να είναι το άτομο ξεχωριστό και μοναδικό, 2. Μια επίθεση στη λανθασμένη αίσθηση του εαυτού, αίσθηση που έχουν υποθάψει οι γονεϊκές προσδοκίες, 3. Μια διεκδίκηση ενός αληθινού εαυτού εν τω γεννάσθαι, 4. Μια επίθεση σε μια εχθρική μητρική ενδοβολή, που εξισώνεται με το σώμα, 5. Μια άμυνα ενάντια στη λαιμαργία και την επιθυμία, 6. Μια προσπάθεια να κάνει τους άλλους – αντί για αυτόν – να νοιώθουν άπληστοι και αβοήθητοι, 7. Μια αμυντική προσπάθεια να εμποδίσει τις ανεπεξέργαστες προβολές των γονέων να μπουν στον ασθενή και 8. Μια όλο και εντονότερη κραυγή για βοήθεια, για να ταρακουνήσει τους γονείς ώστε να βγουν από την αυτο-απορρόφηση τους και να τους γνωστοποιήσουν το πόσο πολύ υποφέρουν.

Οι ψυχοδυναμικοί αυτοί παράγοντες συνοδεύονται και από ορισμένα χαρακτηριστικά γνωστικά γνωρίσματα. Αυτοί οι χαρακτήρες περιλαμβάνουν μια λανθασμένη αντίληψη για την εικόνα του σώματος, μια σκέψη του όλα ή τίποτα, μια μαγική σκέψη και ιδεοψυχαναγκαστικές – καταναγκαστικές σκέψεις και ιεροτελεστίες. Η παρουσία ιδεοψυχαναγκαστικών – καταναγκαστικών συμπτωμάτων έχει οδηγήσει κάποιους ερευνητές να αναρωτιούνται για το αν συνυπάρχει ταυτόχρονα με την νευρογενή ανορεξία και ιδεοψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας. Αυτή η υπόθεση είναι δύσκολο να επιβεβαιωθεί, καθώς η διάγνωση μιας διαταραχής προσωπικότητας είναι ιδιαίτερα αναξιόπιστη όταν γίνεται ενώ υπάρχει ήδη συμπεριφορά λιμοκτονίας. Πολλά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένης της ιδεοψυχαναγκαστικής – καταναγκαστικής συμπεριφοράς, μοιάζουν δευτερογενή στη λιμοκτονία. Επίσης, τα προνοσηρά χαρακτηριστικά προσωπικότητας επιτείνονται σε καταστάσεις τροφικής ανεπάρκειας (Υφαντής, 2006).

3.5 Τα στάδια της νευρογενούς ανορεξίας

Με σκοπό να κατανοήσουμε την νευρική ανορεξία, μπορούμε να διαιρέσουμε την περίοδο αυτή σε τέσσερα στάδια. Αυτά τα στάδια καθορίζουν τη διαταραχή καθώς οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η προσωπικότητα του ασθενούς διαστρεβλώνονται.

Από την ιατρική σκοπιά η εξέλιξη της νευρογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από απώλεια βάρους την οποία ακολουθεί η μείωση της θερμοκρασίας του σώματος, η μείωση της αρτηριακής πίεσης, η επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού, η αμηνόρροια, η λέπτυνση της τρίχας, η κόπωση, αλλά και άλλα σημάδια υποσιτισμού τα οποία εμφανίζονται καθώς το άτομο χάνει όλο και περισσότερο βάρος. Ο θάνατος αποτελεί το τελικό στάδιο για τους ανορεκτικούς ασθενείς, οι οποίοι αντιμετωπίζουν ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια και τελικά καρδιακή ανεπάρκεια.

Όσο αφορά τη συμπεριφορά των ασθενών, μειώνουν όλο και περισσότερο τις θερμίδες που καταναλώνουν και αυξάνουν την ένταση της εκγύμνασης. Ακόμα κάνουν χρήση καθαρτικών και διουρητικών με σκοπό να ξεπλύνουν τον οργανισμό τους νομίζοντας πως αυτός είναι ένας ακόμα τρόπος απώλειας βάρους (Kaplan&Sadock's, 2004)

ΣΤΑΔΙΟ 1^ο : ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ (THEACHIEVEMENTSTAGE)

Η νευρογενής ανορεξία ξεκινά με την επιθυμία του ατόμου να χάσει βάρος, νομίζοντας πως αν χάσει βάρος θα είναι κοινωνικά αποδεκτό από το περιβάλλον του. Στο στάδιο αυτό το άτομο δεν έχει υπερβολική ή αφύσικη συμπεριφορά. Αντιθέτως, δείχνει ότι συμβαδίζει με την αντίληψη της κοινωνίας πως είναι ανεπίτρεπτο το άτομο να προσλαμβάνει βάρος με πιθανό αποτέλεσμα την παχυσαρκία.

Τα άτομα που είναι προδιατεθειμένα απέναντι στην νευρογενή ανορεξία είναι τελειομανείς και διοχετεύουν όλες τους τις δυνάμεις στην προσπάθεια τους να χάσουν βάρος. Καθώς το τελειομανές άτομο συνεχίζει να χάνει βάρος τηρώντας αυστηρά τη διαίτά του, επιβραβεύεται από το περιβάλλον του με εκδηλώσεις θαυμαστού ή ακόμα και ζήλιας. Έτσι το άτομο νιώθει ότι επιτυγχάνει το στόχο του και το αίσθημα αυτό του δίνει θάρρος και δύναμη να συνεχίσει την ανορεκτική του συμπεριφορά. Οι φάσεις πείνας που περνάει το άτομο μεταφράζονται, από το ίδιο το άτομο, ως το αντίτιμο που πρέπει να πληρώσει για να συνεχίσει ο περίγυρος του να το επιβραβεύει για την απώλεια βάρους του (Kaplan&Sadock's, 2004).

ΣΤΑΔΙΟ 2^ο : ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ – ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΜΟΥ (THESECURITY - COMPULSIVESTAGE)

Το δεύτερο στάδιο ξεκινά με στόχο την απώλεια ενός κιλού την εβδομάδα. Η ιδέα του ιδανικού βάρους εξαφανίζεται και το άτομο όσο λεπτότερο γίνεται, τόσο παχύτερο νιώθει. Αυτή η διαταραχή αντίληψης του σωματικού μεγέθους επινοείται από το ίδιο το άτομο για να μπορεί το άτομο να έχει λόγο να συνεχίσει την ανορεκτική του συμπεριφορά. Οπότε, το άτομο προσπαθεί ακόμα περισσότερο, ενώ στόχος πια γίνεται η απώλεια περισσότερων από ένα κιλό την εβδομάδα. Ο ανορεκτικός, σε αντίθεση με τα φυσιολογικά άτομα, πιστεύει ότι κάθε κιλό που θα χάσει είναι η ένδειξη ότι πρέπει να χάσει περισσότερο.

Το άτομο ασχολείται μόνο με τον στόχο του, δηλαδή την απώλεια βάρους, και έτσι εξαφανίζει από το μυαλό του, όλα τα άλλα του προβλήματα και θεωρεί πως το μόνο του πρόβλημα που υπάρχει στη ζωή του είναι αυτό. Η απώλεια βάρους γίνεται λοιπόν, έμμονη ιδέα στην οποία ο ανορεκτικός βρίσκει καταφύγιο και με αυτόν τον τρόπο μειώνει το άγχος και τις ανησυχίες του.

Ο ανορεκτικός στο στάδιο αυτό αρχίζει να απομακρύνεται από το κοινωνικό του περιβάλλον και να κλείνεται στον εαυτό του αντιμετωπίζοντας το αίσθημα της πείνας. Το αίσθημα αυτό βέβαια θέλει να τον κάνει να καταλάβει ότι ο οργανισμός του σε λίγο θα αρχίσει να υπολειτουργεί και έτσι το άτομο θα αρχίσει να έχει σταθερή θερμοκρασία, σταθερή αρτηριακή πίεση, σταθερό καρδιακό ρυθμό και να μην χάνει μυϊκή μάζα. Στη φάση αυτή το άτομο παρατηρεί στο σώμα του πτυχές στο δέρμα του, στις περιοχές των κλειδώσεων του αγκώνα, του γονάτου και της μασχάλης, διότι το σώμα του ασθενούς έχει συρρικνωθεί περισσότερο από όσο μπορεί να συσταθεί το δέρμα του. Σε όλα αυτά όμως, όπως πάντα, το ανορεκτικό άτομο έχει δικαιολογία και έτσι αποδίδει τις πτυχές του σώματός του στο πάχος.

Με τον καιρό οι φοβίες του ατόμου που πάσχει από ανορεξία πολλαπλασιάζονται. Έτσι ο ανορεκτικός μπορεί να παρουσιάσει φοβία πάχους, φοβία φαγητού, φοβία πρόσληψης βάρους, φοβία αύξησης όρεξης, φοβία αργού μεταβολισμού. Το τελευταίο βέβαια αποτελεί πραγματικότητα, διότι καθώς το άτομο χάνει βάρος ο οργανισμός του καταναλώνει όλο και λιγότερες θερμίδες στην προσπάθεια του να κρατήσει τον οργανισμό εν ζωή. Ο οργανισμός λοιπόν διατηρεί την θερμοκρασία του σώματος στους 37°C (το άτομο κρυώνει συνεχώς), παρουσιάζει υπόταση (η οποία προκαλεί ζαλάδα), ο καρδιακός ρυθμός είναι χαμηλότερος (λίγοι παλμοί ανά λεπτό) και οι πρωτεϊνικές αποθήκες μειώνονται (χρήση πρωτεϊνών μόνο για τις βασικές λειτουργίες). Ακόμα, ο έμμηνος κύκλος απαιτεί μεγάλες ποσότητες θερμίδων,

πρωτεϊνών και σιδήρου και επειδή αυτές οι ποσότητες δεν είναι διαθέσιμες, ο οργανισμός διακόπτει αυτή την διαδικασία.

Όλα αυτά ερμηνεύονται από τον ανορεκτικό με τελείως λανθασμένο τρόπο. Πιστεύει ότι όλα αυτά που αντιλαμβάνεται να συμβαίνουν στο σώμα του γίνονται διότι χρειάζεται λιγότερες θερμίδες για να τραφεί και ότι απλώς έχει έντονη όρεξη την οποία πρέπει να καταπολεμήσει για να μην γίνει παχύσαρκο.

Το στάδιο αυτό είναι μια διαρκώς αυξανόμενη, απελπισμένη προσπάθεια από πλευράς ασθενούς να αποφύγει την ανασφάλεια, η οποία είναι καταδικασμένη εξαρχής σε αποτυχία. Το άτομο καταλήγει με εμμονές, καταναγκασμούς, απομακρυσμένο από τον περίγυρο του, ντροπιασμένο, αποκαρδιωμένο και μελαγχολικό (Kaplan&Sadock's, 2004).

ΣΤΑΔΙΟ 3^ο : ΤΟ ΚΑΤΗΓΟΡΗΜΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ (THE ASSERTIVE STAGE)

Το τρίτο στάδιο αναπτύσσεται όταν το άτομο που πάσχει από νευρογενή ανορεξία δέχεται κριτική για το πόσο αδύνατο έχει γίνει από πολλούς ανθρώπους γύρω του. Έχει παραβλέψει τις συμβουλές τους και τώρα οι απαιτήσεις τους να προσλάβει βάρος το ανορεκτικό άτομο ανανεώνεται. Είναι η φάση στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί ότι είναι η πρώτη φορά που είναι ανυπάκουο στο περιβάλλον του, αφού τόσο καιρό ήταν ένα άτομο ευγενικό, υπάκουο, που πάντα απέφευγε τις διαμάχες και τις συγκρούσεις. Δεν φοβάται πλέον να συγκρουστεί και δεν ανησυχεί για το τι σκέφτεται ο οποιοσδήποτε για τις πράξεις του. Δεν νιώθει καμιά υποχρέωση να ευχαριστεί τους άλλους. Ωστόσο, γνωρίζει ότι νιώθει ήρεμος και ασφαλής με την πρόσφατη ανυπακοή του μόνο γιατί τη χρησιμοποιεί για να αμυνθεί και να κρύψει την ανορεξία. Ο ανορεκτικός φανερώνει στο περιβάλλον του ότι έχει φτάσει στο τρίτο στάδιο όταν αρχίζει να απαιτεί ιδιαίτερες προϋποθέσεις για να φάει. Ταυτόχρονα, γίνεται επιθετικός όταν σχολιάζουν το σωματικό του βάρος και υποστηρίζει ότι είναι παχύς και είναι επιτακτική η ανάγκη να χάσει και άλλο βάρος.

Αυτό το κατηγορηματικό στάδιο (The assertive stage) προειδοποιεί την οικογένεια και το οικείο περιβάλλον του ασθενούς για την επιμονή της ασθένειας και είναι η κυριότερη ένδειξη ότι ο εφιιάλης της ανορεξίας έχει αρχίσει. Ο ανορεκτικός από τη μεριά του είναι ευτυχής και ενθουσιασμένος με το νέο του εαυτό. Η ασθένεια του παρέχει μια αίσθηση δύναμης την οποία δεν προέβλεπε όταν ξεκίνησε να χάνει βάρος (Kaplan&Sadock's, 2004).

ΣΤΑΔΙΟ 4^ο : ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΨΕΥΔΟ – ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ (THEPSEUDO – IDENTITYSTAGE)

Αργά ή γρήγορα, η απώλεια βάρους του ανορεκτικού γίνεται εμφανής στην οικογένεια και τον κοινωνικό του περίγυρο. Στην νευρογενής ανορεξία δεν υπάρχει καμιά μυστικότητα. Ορισμένα θύματα κρύβουν την ισχύνητα τους, τα περισσότερα όμως φορούν ρούχα που αποκαλύπτουν το σώμα τους. Με την επιδειξιομανία αυτή δηλώνουν το ποιος έχει την μεγαλύτερη δύναμη θέλησης, ποιος μπορεί να ελέγξει καλύτερα την όρεξή του. Και ενώ οι συγγενείς και οι φίλοι παρακολουθούν το άτομο με απογοήτευση και ανησυχία, κάποιοι ανταγωνίζονται την παθολογική κατάσταση του ασθενούς. Όλος πλέον ο περίγυρος του ατόμου αναφέρεται σε αυτό με τον όρο «ο ανορεκτικός». Όλοι πλέον με οποιοδήποτε τρόπο έχουν , καλό ή κακό, αντιδρούν. Ο ασθενής βέβαια από την δική του πλευρά έχει πετύχει αυτό που θέλει και τον κάνει ξεχωριστό και διαφορετικό. Αυτή η ψευδο – ταυτότητα γεμίζει πλέον το κενό που κρυφά ένιωθε για καιρό ο ασθενής.

Για το ανορεκτικό άτομο δεν υπάρχει άλλος δρόμος από την ψυχοθεραπεία. Χρειάζεται βοήθεια ώστε να γνωρίσει τις ανάγκες του και τις παθολογικές διαδικασίες στις οποίες υποβάλλει τον εαυτό του. Με την βοήθεια τω ειδικών θα ανακαλύψει πιο υγιεινούς τρόπους για να πετύχει τους στόχους του. Μέσα στις ανάγκες του ασθενούς συγκαταλέγονται και ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και προσήλωσης με τα άτομα που θα τον βοηθήσουν σε αυτή τη διαδικασία.

Η διαταραχή όμως χειροτερεύει. Τα θύματα που θα φτάσουν σε αυτό το στάδιο δεν θα ξεπεράσουν απλά την κατάσταση καθώς μεγαλώνουν. Αν και υπάρχει μια μειονότητα που αναρρώνει χωρίς τη βοήθεια άλλων, εκτιμάται ότι το 70% των ανορεκτικών ποτέ δεν συνέρχεται εντελώς και ότι το ποσοστό της θνησιμότητας της νευρογενούς ανορεξίας αγγίζει το 9% (Kaplan&Sadock's, 2004).

Κεφάλαιο 4^ο

4.1 Τα αίτια της νευρογενούς ανορεξίας

Η αιτία της Νευρογενούς Ανορεξίας παραμένει αδιευκρίνιστη, καθώς αυτή τη στιγμή δεν υπάρχουν δεδομένα που να μπορούν να μας οδηγήσουν με βεβαιότητα σε ένα συμπέρασμα για την αιτιοπαθογένεια της νόσου. Αυτό στο οποίο φαίνεται οι απόψεις των ειδικών να συγκλίνουν, είναι ότι η αιτιολογία των διαταραχών αυτών είναι πολυπαραγοντική και η αναζήτηση ενός και μοναδικού αιτιολογικού παράγοντα φαίνεται να είναι ένα άκαρπο εγχείρημα. Το αν και κατά πόσο μια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής θα εκδηλωθεί και θα επιμένει συνεχίζοντας την πορεία της, είναι κάτι που θα εξαρτηθεί κατά κύριο λόγο από την παρουσία συνθηκών, οι οποίες ενεργοποιούν την επιρρέπεια του ατόμου σε ειδικούς παράγοντες κινδύνου ή το κατευθύνουν προς προστατευτικούς μηχανισμούς. Όλες οι σύγχρονες προσεγγίσεις προτείνουν ότι μια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής έρχεται σαν μια «προσωπική απάντηση» του ατόμου στις συνθήκες ζωής, με τις οποίες βρίσκεται αντιμέτωπο. Αυτός είναι και ο λόγος που συνιστάται η οποιαδήποτε ερμηνεία επιχειρείται να δοθεί να στηρίζεται σε μια προσεκτική μελέτη της πολυεπίπεδης αλληλεπίδρασης ενός συνόλου παραγόντων, βιολογικών και ψυχολογικών, που διαπλέκονται με το κοινωνικό περιβάλλον και την κουλτούρα του και οικοδομούν ένα είδος προδιαθεσικού πλαισίου για την ανάπτυξη και εκδήλωση τέτοιων διαταραχών (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008).

Αυτό που μπορούμε να κάνουμε με σχετική ασφάλεια είναι να αναγνωρίσουμε παράγοντες κινδύνου, η παρουσία των οποίων υποθέτουμε ότι αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου. Επίσης, είναι δυνατό να περιγράψουμε την πορεία της διαταραχής, τις υφέσεις και τις εξάρσεις που μπορεί να σημειωθούν, τις επιλοκές και την υποτροπή και να αναγνωρίσουμε τη διαπλοκή των διαφόρων χαρακτηριστικών της διαταραχής, όπως για παράδειγμα να επιχειρήσουμε τη σχέση μεταξύ της κακής διατροφής και της ψυχικής διαταραχής. Συνεπώς, μπορούμε να διαχωρίσουμε τους παράγοντες και τις δυσκολίες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας, από τους παράγοντες και τις δυνάμεις εκείνες που εντείνουν τα συμπτώματα και διαιωνίζουν τη διαταραχή από τη στιγμή που αυτή έχει εκδηλωθεί (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008).

Συνοπτικά, οι παράγοντες, που φαίνεται να εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια της Νευρογενούς Ανορεξίας ή/και να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαίωνιση της, καταγράφονται παρακάτω:

- Û Βιολογικοί παράγοντες
- Û Γενετική και Μελέτες Διδύμων
- Û Εγκέφαλος
- Û Η προσωπικότητα
- Û Κοινωνικοί παράγοντες
- Û Ψυχολογικοί και Ψυχοδυναμικοί παράγοντες

Επίσης στους παράγοντες που συντείνουν στην εκδήλωση της Νευρογενούς Ανορεξίας έχουν συμπεριληφθεί και οι ακόλουθοι:

- Û Το επάγγελμα : μελέτες επισημαίνουν ότι αθλητές και καλλιτέχνες διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν νευρογενή ανορεξία
- Û Χρόνια νοσήματα : νεαρά άτομα τα οποία πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα όπως για παράδειγμα ο διαβήτης ή που έχουν παρουσιάσει πρόωμη ήβη, κινδυνεύουν περισσότερο από τον μέσο όρο των συνομηλίκων τους.

Βιολογικοί παράγοντες

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

Γενετική και Μελέτη Διδύμων

Υπάρχουν δεδομένα που στηρίζουν την άποψη ότι υπάρχει γενετική συμβολή στην ανάπτυξη διαταραχών πρόσληψης τροφής. Σε ότι αφορά την κληρονομικότητα, η νευρογενής ανορεξία φαίνεται να παρουσιάζεται με σημαντική μεγαλύτερη συχνότητα σε βιολογικούς συγγενείς ασθενών που έχουν εκδηλώσει τη διαταραχή και το εύρημα αυτό μας οδηγεί να υποθέσουμε ότι υπάρχουν μηχανισμοί μεταβίβασης της νόσου στα μέλη μιας οικογένειας. Οι γυναίκες συγγενείς νεαρών ασθενών που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία, έχουν 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν και οι ίδιες από την διαταραχή.

Κάποια δεδομένα, που ενισχύουν την άποψη ότι κάποιος γενετικός παράγοντας ενυπάρχει στη αιτιοπαθογένεια της νευρογενούς ανορεξίας, έρχονται μέσα από μελέτες διδύμων. Τα δεδομένα αυτών των ερευνών αποτελούν ενδείξεις, οι οποίες συνηγορούν για αυξημένους δείκτες συμφωνίας σε μονοζυγωτικούς διδύμους σε σύγκριση με διζυγωτικούς. Αυτά τα δεδομένα μπορεί να ενισχύουν την πιθανότητα η γενετική προδιάθεση να κατέχει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της νευρογενούς ανορεξίας, αλλά θα πρέπει να σημειωθεί ότι είναι σημαντικό να πραγματοποιηθούν και περισσότερο περίπλοκες μελέτες και έρευνες με υιοθετημένους διδύμους, γιατί τα δεδομένα που αποδεικνύουν την γενετική μετάδοση της νόσου δεν είναι ακόμα διαθέσιμα (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008)

Εγκέφαλος

Κάποιοι ερευνητές που έχουν εστιάσει στις πιθανές βιολογικές αιτίες, διατυπώνουν την υπόθεση ότι η νευρογενής ανορεξία είναι αποτέλεσμα δυσλειτουργίας του υποθαλάμου. Η πιο σημαντική παρατήρηση που οδήγησε σε αυτή την υπόθεση, ήταν ότι η αμηνόρροια σε πάσχουσες κάποιες φορές δεν μπορεί να αποδοθεί στην απώλεια βάρους ούτε στις επιπτώσεις αυτής στον οργανισμό, καθώς εγκαθίσταται πριν από κάποια σημαντική απώλεια βάρους. Συνεπώς, οι ερευνητές υπέθεσαν ότι υπάρχει κάποιος κοινός παράγοντας που θα πρέπει να ευθύνεται τόσο για αστάθεια στον εμμηνορροϊκό κύκλο όσο και για την ανορεξία. Το πιθανότερο είναι ότι αυτό το κέντρο είναι ο υποθάλαμος, δεδομένου ότι παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην πρόσληψη τροφής όσο και στις ορμονικές λειτουργίες. Πρόκειται για ένα εγκεφαλικό κέντρο «κλειδί» για τη ρύθμιση του αισθήματος της πείνας είναι και της πρόληψης τροφής. Έρευνες σε ζώα, που είχαν υποστεί βλάβη στον υποθάλαμο, δείχνουν ότι σημειώνεται απώλεια βάρους και κατακόρυφη μείωση της όρεξης. Δεν προκαλεί έκπληξη, λοιπόν, το γεγονός ότι έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι ο υποθάλαμος διαδραματίζει σημαντικό

ρόλο στη νευρογενή ανορεξία. Σχετικά με τους νευροχημικούς παράγοντες, έχουν διατυπωθεί πολλές απόψεις για τις εντυπωσιακές μεταβολές που παρατηρούνται στους ασθενείς και το αν αυτές οι μεταβολές είναι συνέπεια της απισχναντικής διαδικασίας ή αν οφείλονται σε μια σοβαρότερη ενδοκρινική διαταραχή. Η υπερέκκριση, για παράδειγμα της κορτιζόλης, ορμόνης που ελέγχεται από τον υποθάλαμο και παρατηρείται στον υποσιτισμό έχει διαπιστωθεί και την κατάθλιψη συνεπώς, αντί να αντιμετωπίζουμε αυτές τις ανωμαλίες σαν αιτία της εκδήλωσης της διαταραχής, φαίνεται ότι θα ήταν πιο συνετό να θεωρήσουμε ότι επέρχονται σαν αποτέλεσμα του υποσιτισμού και τα επίπεδα των ορμονών αυτών επανέρχονται στα φυσιολογικά όρια όταν ξεκινά ο επανασιτισμός και το σωματικό βάρος αυξάνεται.

Οι ερευνητές οφείλουν να είναι επιφυλακτικοί και ιδιαίτερα προσεκτικοί στον τρόπο με τον οποίο συνδέουν τέτοιου είδους ευρήματα με την νευρογενή ανορεξία, καθώς, για παράδειγμα, στα πειράματα με ζώα, που έχουν υποστεί βλάβη στον υποθάλαμο, η απώλεια βάρους, που σημειώνεται, δε συνάδει με τις γνώσεις μας για τη συμπτωματολογία και την κλινική εικόνα της νευρογενούς ανορεξίας επιμένουν να απέχουν από την πρόσληψη τροφής παρότι αισθάνονται πείνα. Ένας ακόμα λόγος για τον οποίο θα πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί με αυτά τα ευρήματα είναι ότι το μοντέλο αυτό ερμηνείας, που στηρίζεται στη λειτουργία του υποθαλάμου, δεν μπορεί να εξηγήσει την διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα των ασθενών, ούτε τον έντονο και επίμονο φόβο του πάχους. Δεδομένων των προαναφερθέντων προβληματισμών η δυσλειτουργία του υποθαλάμου δε φαίνεται πολύ πιθανό να συμβάλει στην εμφάνιση της νευρογενούς ανορεξίας (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008).

Κοινωνικοί παράγοντες

Οι γυναίκες που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία δεν δυσκολεύονται να βρουν υποστήριξη για την πρακτική τους: είναι γνωστή η αξία που αποδίδει η κοινωνία μας στην ισχύτητα και την άσκηση. Δεν υπάρχουν ειδικοί οικογενειακοί «αστερισμοί» για την νευρογενή ανορεξία. Υπάρχουν ωστόσο μερικές ενδείξεις ότι οι πάσχοντες από νευρογενή ανορεξία έχουν στενές μεν αλλά διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς τους και προσπαθούν, με την αρρώστια τους, να τραβήξουν επάνω τους την προσοχή των συγγενών τους (της οποίας αισθάνονται στερημένοι, λόγω τεταμένων οικογενειακών σχέσεων που επικρατούν στα σπίτια τους). Οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία είναι πιθανόν να έχουν οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, εξάρτηση από το αλκοόλ ή διαταραχών διατροφής (Kaplan&Sadock's). Η προσωπικότητα ως παράγοντας

Οι παράγοντες, που σχετίζονται με την προσωπικότητα, είναι πιθανό να παρεμβαίνουν στη διαμόρφωση των προσωπικών θέσεων του ατόμου σε ότι αφορά ο σωματικό του βάρος και σχήμα και κατά συνέπεια να εμπλέκονται και στην επιρρέπεια έναντι των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Αυτό που έχει οδηγήσει σε αυτή την υπόθεση είναι το γεγονός ότι τα άτομα που τελικά προσβάλλονται από τη νόσο τείνουν να παρουσιάζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά: νεαρής ηλικίας, καυκάσιας φυλής, θηλυκού γένους, μέσου ή ανώτερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και προερχόμενα από οικογένειες, που περιγράφονται ρευστές και δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στα επιτεύγματα. Αυτού του είδους το υπόβαθρο είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε στρεσογόνες οικογενειακές προσδοκίες και απαιτήσεις, και μέσα σ' ένα τέτοιο πλαίσιο η άρνηση της νεαρής γυναίκας να φάει μπορεί ασυνείδητα ν' αποτελεί μια προσπάθεια να ασκήσει έλεγχο. Μια άλλη υπόθεση, που έχει διατυπωθεί, είναι ότι η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια επίσης ασυνείδητη προσπάθεια να αρνηθούν τη σεξουαλικότητά τους. Στα κορίτσια, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, εκτός της αμηνόρροιας, λόγω του χαμηλού σωματικού βάρους τους, η φιγούρα τους δε θυμίζει γυναικείο σώμα καθώς απουσιάζουν κι άλλα χαρακτηριστικά (π.χ. μικρομαστία, στενή λεκάνη κ.α.). Αν και ο ρόλος της ύπαρξης ενός συγκεκριμένου προδιαθεσικού στυλ προσωπικότητας δεν έχει ακόμα αποδειχθεί, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά, τα οποία φαίνεται να είναι κοινά στις αναφορές σε γυναίκες πάσχουσες από Νευρογενή Ανορεξία. , όπως έχει προκύψει από άλλες έρευνες, τα άτομα, που υποφέρουν από Διαταραχές Διάθεσης (κυρίως Κατάθλιψη) και Διαταραχές Προσωπικότητας (κυρίως Αποφευκτική, Ναρκισσιστική και Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας), διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να εκδηλώσουν και διατροφικά προβλήματα.

Τα δεδομένα σχετικά με το αν οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία εμφανίζουν υψηλά επίπεδα τελειοθρίας είναι αντικρουόμενα ίσως, αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι η τελειομανία είναι πολυδιάστατη και αυτό δεν είχε συνυπολογιστεί στις πρώτες έρευνες. Η τελειοθρία μπορεί να κατευθύνεται:

- προς τον εαυτό: δηλαδή το άτομο να θέτει υψηλούς στόχους προς επίτευξη για τον εαυτό του
- προς τους άλλους: δηλαδή το άτομο να θέτει υψηλούς στόχους προς επίτευξη για τους άλλους
- προς την κοινωνία: δηλαδή το άτομο να προσπαθεί να προσαρμοστεί – να συμμορφωθεί με τις υψηλές απαιτήσεις και προσδοκίες του κοινωνικού συνόλου (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008)

Ψυχολογικοί και Ψυχοδυναμικοί Παράγοντες

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

Τυπικά, στους ασθενείς με νευρογενή ανορεξία λείπει η αίσθηση αυτονομίας και ατομικότητας. Πολλοί από αυτούς αισθάνονται ότι κατά κάποιον τρόπο τα σώματά τους ελέγχονται από τους γονείς τους. Η «αυτό - λιμοκτονία» τους ίσως αποτελεί μια προσπάθεια να αποκτήσουν αναγνώριση ως μοναδικά και ιδιαίτερα άτομα. Μόνο μέσα από πράξεις υπερβολικής αυτοπειθαρχίας μπορεί ένας ανορεκτικός άρρωστος να αναπτύξει την αίσθηση της αυτονομίας και της ατομικότητας.

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

4.2 Τύποι της νευρογενούς ανορεξίας

Στο DSM – IV, γίνεται διάκριση δύο τύπων νευρογενούς ανορεξίας, ανάλογα με τον τρόπο στον οποίο καταφεύγει το άτομο προκειμένου να περιορίσει τη λήψη θερμίδων. (φυλ 5)

Οι δύο τύποι νευρογενούς ανορεξίας είναι:

- Περιοριστικός τύπος

Στον περιοριστικό τύπο η απώλεια βάρους είναι αποτέλεσμα του αυστηρού περιορισμού στην πρόσληψη τροφής. Στο άτομο, που εμφανίζει αυτόν τον τύπο της νευρογενούς ανορεξίας η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας και αυτοαξίας συνδέεται άρρηκτα με το βαθμό στον οποίο μπορεί να ελέγξει το σωματικό βάρος και σχήμα. Το άτομο αισθάνεται περήφανο και αποκτά την αίσθηση της αυτοκυριαρχίας όταν το βάρος του αρχίζει να μειώνεται, ενώ αντίθετα όταν το βάρος του αυξάνεται το άτομο κατακλύζεται από συναισθήματα αποτυχίας και την εντύπωση ότι δεν είναι πλέον αποδεκτό από τους οικείους και το κοινωνικό σύνολο. Στα άτομα, που εμφανίζουν τον περιοριστικό τύπο, είναι σπάνιο να εκδηλωθούν επεισόδια υπερφαγίας ή καθαρτικών συμπεριφορών, και σε σύγκριση με τα άτομα, που εμφανίζουν υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο, δεν είναι πολύ επιρρεπείς στη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, εμφανίζουν όμως μικρότερη συναισθηματική αστάθεια και είναι λιγότερο ενεργοί σεξουαλικά. Υπάρχουν ακόμα ενδείξεις ότι οι δύο αυτοί τύποι μπορεί να διαφέρουν στον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή (Kaplan&Sadock's, 2004 &Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008).

- Υπερφαγικός / Καθαρτικός Τύπος

Στον υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο το άτομο παρουσιάζει τακτικά υπερφαγικά επεισόδια και συνακόλουθες καθαρτικές συμπεριφορές. Οι βουλιμικοί ανορεκτικοί ξεκινούν συχνά ως περιοριστικοί και τελικά προχωρούν προς τα υπερφαγικά επεισόδια και τις καθαρτικές συμπεριφορές, όταν στο μεσοδιάστημα της πλήρους αποστέρησης τροφής αισθάνονται ανίκανοι πλέον να διατηρήσουν απόλυτο έλεγχο της τροφής που καταναλώνουν. Υπάρχουν αρκετά χαρακτηριστικά βάσει των οποίων διακρίνεται ο τύπος αυτός της

νευρογενούς ανορεξίας, είναι πιθανότερο να νοσούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, απαιτούν μεγαλύτερη συχνότητα στις θεραπευτικές συναντήσεις, βιώνουν υψηλότερο βαθμό συναισθηματικής δυσφορίας και έχουν λιγότερο καλή πρόγνωση από ότι τα άτομα που εμφανίζουν τον περιοριστικό τύπο της νευρογενούς ανορεξίας. Γενικότερα, σαν ομάδα, τα άτομα, που εμφανίζουν τον υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο, έχουν περισσότερο αποδιοργανωμένη προσωπική ζωή και περισσότερο διαταραγμένο οικογενειακό ιστορικό, ασθενούν με μεγαλύτερη συχνότητα και εν γένει εκδηλώνουν εντονότερη ψυχοπαθολογία (π.χ. εμφανίζουν συχνότερα διαταραχές προσωπικότητας) από ότι τα άτομα, που πάσχουν από τον περιοριστικό τύπο. Επιπροσθέτως, εμφανίζονται λιγότερο ικανοί να διατηρήσουν με επιτυχία αυστηρό έλεγχο σε ότι αφορά τη συμπεριφορά τους και τις παρορμήσεις τους και είναι περισσότερο ευάλωτοι να αναπτύξουν διαταραχές που σχετίζονται με τον έλεγχο των παρορμήσεων όπως η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, ο αλκοολισμός, η ψυχαναγκαστική αγοραστική συμπεριφορά, η κλεπτομανία και η ασύδοτη, αχαλίνωτη σεξουαλική συμπεριφορά. Οι ασθενείς, που εμφανίζουν τον υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο, εμφανίζουν επίσης ισχυρές τάσεις προς το σωματικό αυτοτραυματισμό (π.χ. χτύπημα – κόψιμο κ.α.) και συχνά σημειώνεται σε αυτούς κοινωνική απόσυρση, καθώς και αυτοκτονική συμπεριφορά (π.χ. απόπειρες αυτοκτονίας) (Kaplan&Sadock's, 2004 &Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008).

4.2.1 Άτυπη νευρογενής ανορεξία

Η άτυπη νευρογενής ανορεξία αποτελεί ένα τύπο ανορεξίας που περιγράφει τα άτομα, στα οποία ένα η περισσότερα από τα βασικά χαρακτηριστικά της νευρογενούς ανορεξίας, όπως η αμηνόρροια ή η σημαντική απώλεια βάρους, απουσιάζουν, αλλά τα οποία κατά τα άλλα παρουσιάζουν τη σχεδόν τυπική κλινική εικόνα της νευρογενούς ανορεξίας. Τα άτομα αυτά τα συναντά κανείς συνήθως στο πλαίσιο των υπηρεσιών διασυνδετικής ψυχιατρικής στο γενικό νοσοκομείο ή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Με τον ίδιο όρο μπορούν κάλλιστα να περιγράψουν ασθενείς, οι οποίοι έχουν όλα τα βασικά συμπτώματα της νευρογενούς ανορεξίας, αλλά σε ελαφρό βαθμό. Ο όρος αυτός δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για διαταραχές στη λήψη τροφής, οι οποίες προσομοιάζουν με την νευρική ανορεξία, αλλά οφείλονται σε γνωστή σωματική νόσο(Στεφανής, Σολδάτος & Μαυρέας, 1993).

Κεφάλαιο 5^ο

5.1 Διαφορική διάγνωση

Περιπτώσεις νευρογενούς ανορεξίας μπορεί να καλύπτουν μια σχιζοφρενική ή ψυχωτική κατάθλιψη ή να είναι ακραίες εκδηλώσεις μιας ψυχαναγκαστικής νευρώσεως. Η διαφορική διάγνωση με περιπτώσεις καχεξίας που οφείλονται σε μολυσματικές, νεοπλαστικές ή άλλες οργανικές διαταραχές, δεν παρουσιάζει δυσκολίες, καθώς το ιστορικό της νευρογενούς ανορεξίας και τα ψυχολογικά της συμπτώματα είναι παθογνωμονικά. Η νόσος του Σάιμοντς, από την άλλη μεριά, συνοδεύεται από ορμονικές διαταραχές καθώς και από μια ανωμαλία στα δευτερεύοντα σεξουαλικά χαρακτηριστικά του αρρώστου, ενώ η μόνη σχετική ανωμαλία στην νευρική ανορεξία είναι μια προσωρινή ελάττωση των γοναδοτροπινών, που συνοδεύεται από μείωση των οιστρογόνων στα ούρα. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Η διαφορική διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας επιπλέκεται λόγω της άρνησης των συμπτωμάτων από τον άρρωστο, τη μυστικοπάθεια με την οποία περιβάλλει τις παράξενες «τελετουργίες» πρόσληψης τροφής και της αντίστασής του στην αναζήτηση βοήθειας. Έτσι ίσως αποδειχθεί δύσκολο να σημανθεί ο μηχανισμός της απώλειας βάρους και ο συνοδός μηρυκασμός σκέψεων του αρρώστου σχετικά με την εικόνα σώματός του (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008).

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

συμπεριφορά ανορεκτικού ατόμου και δεν ανευρίσκονται σε πάσχοντες από καταθλιπτική διαταραχή. Σε περιπτώσεις καταθλιπτικών διαταραχών, άλλωστε, οι ασθενείς δεν παρουσιάζουν ούτε έντονο φόβο της παχυσαρκίας ούτε αφύσικη αντίληψη της εικόνας του σώματός τους, όπως συμβαίνει στους ανορεκτικούς (Kaplan&Sadock's, 2004).

Διακυμάνσεις του βάρους, έμετοι και περίεργη συμπεριφορά απέναντι στην τροφή μπορεί να παρουσιαστούν και στη σωματοποιητική διαταραχή. Σπάνιες είναι οι περιπτώσεις στις οποίες ένας άρρωστος πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια τόσο για σωματοποιητική διαταραχή όσο και για νευρογενή ανορεξία. Σε τέτοια περίπτωση πρέπει να διαγνωσθούν και οι δύο διαταραχές. Γενικά, η απώλεια βάρους στη σωματοποιητική διαταραχή δεν είναι τόσο σοβαρή όσο στη νευρογενή ανορεξία, ούτε ο πάσχων από αυτήν εκφράζει νοσηρό φόβο ότι θα γίνει υπέρβαρος, όπως συνήθως συμβαίνει στον ασθενή με νευρογενή ανορεξία. Αμηνόρροια για τρεις ή παραπάνω μήνες είναι ασυνήθης στη σωματοποιητική διαταραχή (Kaplan&Sadock's, 2004).

Παραληρητικές ιδέες γύρω από την τροφή στη σχιζοφρένεια σπάνια περιλαμβάνουν το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών. Άρρωστος με σχιζοφρένεια σπάνια υπεραπασχολείται με το φόβο μήπως γίνει παχύσαρκος και δεν έχει την υπερκινητικότητα που παρουσιάζει ο άρρωστος με νευρική ανορεξία. Σχιζοφρενικοί άρρωστοι έχουν παράξενες συνήθειες πρόληψης τροφής και όχι το πλήρες σύνδρομο της νευρογενούς ανορεξίας (Kaplan&Sadock's, 2004).

Η νευρική ανορεξία πρέπει να διακρίνεται από την νευρική βουλιμία, μια διαταραχή στην οποία εμφανίζονται επεισόδια υπερφαγίας – ακολουθούμενα από καταθλιπτική διάθεση, ιδέες αναξιότητας και προκλητούς εμέτους – ενώ οι άρρωστοι διατηρούν το βάρος τους σε φυσιολογικά επίπεδα. Επιπλέον στην νευρογενή βουλιμία ο άρρωστος σπάνια έχει 15% απώλεια βάρους. Οι δύο καταστάσεις συνήθως συνυπάρχουν (Kaplan&Sadock's, 2004).

Εξειδικεύοντας τα στοιχεία που μας οδηγούν στη διάγνωση διαπιστώνουμε γρήγορα και ένα ορισμένο αριθμό διαφορικών διαγνώσεων.

1. Οργανική αιτιολογία και νευρογενείς ισχνότητες. Οι ανορεκτικές οργανικής προέλευσης και οι νευρογενείς ισχνότητες, που είναι πολύ διαφορετικές από την νευρογενή ανορεξία, παρουσιάζουν συνήθως λίγα ουσιαστικά προβλήματα στη διάγνωση.

A) Η οργανική αιτιολογία πρέπει πάντα να αναφερθεί και να αναζητηθεί έγκαιρα, πράγμα που γενικά δεν είναι δύσκολο, αφού το ίδιο περιβάλλον ωθεί προς αυτή την κατεύθυνση, πρέπει όμως να γίνει σωστά και ολοκληρωμένα, μια για πάντα, 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. Στην πράξη, σπάνια γίνονται τέτοια διαγνωστικά λάθη.

Η έρευνα θα πρέπει να περιλαμβάνει:

1. Μια γενική εξέταση με απλό εργαστηριακό έλεγχο που να αποκλείσει το ενδεχόμενο μιας χρόνιας καχεκτικής πάθησης (φυματίωση, αιματολογική πάθηση, διαβήτης) : ακτινογραφία θώρακος, γενική αίματος, ταχύτητα καθίζησης, σάκχαρο αίματος κ.τ.λ.
2. Μια ενδοκρινολογική εξέταση, είναι σχεδόν παράδοξο ότι σε αυτό ακριβώς το επίπεδο, τα πράγματα είναι στην πράξη πολύ απλά, εξαιτίας της διαφοράς συμπτωματολογίας που εμφανίζει η κλινική εικόνα της νευρογενούς ανορεξίας ως προς τον υπερθυρεοειδισμό (ταχυσφυγμία) και ως προς την πρωτοπαθή υποφυσιαία ανεπάρκεια (που συνήθως δεν συνοδεύεται με απώλεια βάρους, τουλάχιστον στην αρχή).
3. Μια νευρολογική εξέταση, επειδή οι νευρολογικές αιτιολογίες παρουσιάζουν ίσως τον μεγαλύτερο κίνδυνο μιας λανθασμένης διάγνωσης (όγκος του διεγκεφάλου ή προπάρτων του οπισθίου εγκεφαλικού βόθρου).
4. Θα μπορούσε να συζητηθεί και η χρησιμότητα μιας ακτινολογικής διερεύνησης του ανωτέρου πεπτικού συστήματος (Venisse, 1987).

B) Ως νευρογενής ισχύοντες που από την νευρική ανορεξία (και συνήθως απαιτούν σπουδαία διαφορική διάγνωση) 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 (που ποτέ δεν το βρίσκουμε, αυτό καθ' αυτό, στην νευρογενή ανορεξία) η ανορεξία αυτή συνδυάζεται μερικές φορές με παραληρηματικές ιδέες απάρνησης των οργάνων (σύνδρομο του Cottard).
- Η άρνηση τροφής του παραληρούντος ψυχωτικού, που υποθάλπεται από μια ψευδαισθησιακή δραστηριότητα συνήθως με θέμα την καταδίωξη ή ακόμα – πράγμα όχι και τόσο απλό – από μια μυστικιστική, ασκητική και τιμωρίας του εαυτού απόχρωση (στην περίπτωση της νευρογενούς ανορεξίας, η παραληρηματική έκφραση – αν αποδεχθεί κανείς ότι υπάρχει – αφορά μονάχα την στοματική κατάσταση).
- Η ανορεξία του υποχονδριακού, που δικαιολογείται από την δήθεν κακή λειτουργία ορισμένων οργάνων, από την οποία ο άρρωστος ζητά επίμονα να

θεραπευθεί, αυτό δεν αφορά βέβαια την περίπτωση της νευρικής ανορεξίας (Venisse, 1987).

2. Άτυπες ανορεξίες

Παραμένει δύσκολο πρόβλημα των λεγόμενων άτυπων ανορεξιών που θα μπορούσε ίσως να αντιμετωπισθεί στο κεφάλαιο που αφορά τις κλινικές μορφές. Σε αυτές κατατάσσεται ορισμένος αριθμός από οριακές μορφές που διαφέρουν από τις τυπικές μορφές 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 απάρνησης. Ο H. Bruch δίνει σημασία στην συχνότητα με την οποία οι άρρωστες αυτές παρουσιάζουν μια «έκδηλη επιθυμία να παραμείνουν άρρωστες, έτσι ώστε να διατηρούνται στο ρόλο της εξάρτησης» σύμπτωμα που είναι αντίθετο με τη «μάχη για μια αυτόνομη ταυτότητα» των τυπικών ανορεκτικών. Η H. Bruch θεωρεί – ως χαρακτηριστικά του τυπικού συνδρόμου – την επίμονη αναζήτηση της ισχύος, την υπερδραστηριότητα και την τελειοθηρία ενώ αναγνωρίζει ότι οι διάφορες μορφές «μοιάζουν εξαιρετικά μεταξύ τους» κυρίως μετά από ένα ορισμένο χρονικό διάστημα της εξέλιξης της νόσου. Οι άτυπες μορφές φαίνεται, εκ των προτέρων. Ότι μπορούν να προσεγγισθούν θεραπευτικά πιο εύκολα στην αρχή (Venisse, 1987).

5.2 Διαγνωστικά στοιχεία της νόσου

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

1. Έντονο φόβο παχυσαρκίας που δεν ελαττώνεται με τη μείωση του βάρους
2. Ισχυρισμό του ασθενούς ότι αισθάνεται παχιά ακόμα και όταν είναι κάτισχνη (διαταραχές της εικόνας του σώματος)
3. Χαμηλότερο βάρος τουλάχιστον κατά 25% από το κανονικό, σύμφωνα με τους πίνακες ανάπτυξης
4. Εναντίωση στην αύξηση και διατήρηση βάρους
5. Η απώλεια βάρους να μην οφείλεται σε άλλη ασθένεια.

Η έλλειψη εμμήνου ρύσεως δεν αναφέρεται. Όπως είναι γνωστό, η έμμηνος ρύση είναι δυνατόν να διακοπεί για αρκετό χρονικό διάστημα άσχετα από την έλλειψη βάρους και

ενώ η διακοπή είναι σχεδόν υποχρεωτική συνέπεια αδυνατίσματος, η επανάκτηση φυσιολογικού βάρους δεν ακολουθείται πάντα σύντομα από την εμφάνιση της ρύσης. Στη σωματική εξέταση θα παρατηρηθούν κρύα άκρα, επανεμφάνιση παιδικού χνουδιού αλλά διατήρηση του φυσιολογικού τριχώματος στη μασχάλη και στο εφήβαιο, βραδυκαρδία, μείωση της αρτηριακής πίεσης και οίδημα στα κάτω άκρα. Αν η ανορεξία έχει αρχίσει πριν από την έναρξη της εφηβείας, τότε θα υπάρχουν σημεία καθυστέρησης στην ανάπτυξη του σκελετού, των μαστών και της τριχοφυΐας δηλαδή καθυστέρηση στην εμφάνιση των χαρακτηριστικών της ήβης (Τσιάντης, 1988).

5.3 Οδηγίες για την διάγνωση της νόσου

Για την οριστική διάγνωση της νόσου, απαιτούνται όλα τα ακόλουθα κριτήρια:

A. Το σωματικό βάρος παραμένει τουλάχιστον 15% κάτω από το αναμενόμενο (είτε λόγω απώλειας είτε επειδή ποτέ δεν επιτεύχθηκε) ή ο δείκτης της σωματικής μάζας κατά Quetelet (δείκτης σωματικής μάζας Quetelet = Βάρος(kg) / [Υψος (m)]², να χρησιμοποιείται μόνο μετά την ηλικία των 16 ετών) 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, αυτοπροκαλούμενες 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 επιδρα ως παρέμβλητη, υπεραξιολογούμενη ιδέα και ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του χαμηλό επίπεδο σωματικού βάρους.

Δ. Υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή, του υποθαλαμουποφυσιογοναδικού άξονα εκδηλούμενη στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άντρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας. (προφανή εξαίρεση αποτελεί η επίμονη κολπική αιμορραγία σε ανορεκτικές γυναίκες, οι οποίες λαμβάνουν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης, συνηθέστατα υπό τη μορφή του αντισυλληπτικού χαπιού). 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 της ψυχογενούς ανορεξίας τοποθετείται στην προεφηβική ηλικία, η διαδοχή των διαφόρων γεγονότων της ήβης καθυστερεί ή αναστέλλεται (η ανάπτυξη του ατόμου σταματά, στα κορίτσια οι μαστοί δεν αναπτύσσονται και υπάρχει πρωτογενής αμηνόρροια, στα αγόρια τα γεννητικά όργανα παραμένουν παιδικά). Με την ανάρρωση, η ήβη συχνά συμπληρώνεται φυσιολογικά, αλλά η εμμηναρχή καθυστερεί (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ΓΕΝΕΥΗ, 1993).

Σύμφωνα με τους Bryant-Waugh

(Anorexianervosaandrelatedeatingdisordersinchildhoodandadolescence, UK, 2000, PsychologyPress) τα άτομα με νευρική ανορεξία έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Απώλεια σωματικού βάρους ή μη ικανοποιητική αύξηση βάρους χωρίς να υπάρχει άλλη σωματική ή ψυχική ασθένεια
2. Αποφυγή συγκεκριμένων τροφίμων που τα άτομα θεωρούν ως «παχυντικά»
3. Τουλάχιστον 2 από τα ακόλουθα:

- εμμονή με το σωματικό βάρος
- εμμονή με την πρόσληψη ενέργειας (θερμίδες)
- διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος
- φόβος πάχυνσης
- αυτοπροκαλούμενος εμετός
- έντονη σωματική άσκηση
- κατάχρηση καθαρτικών (Ζουμπανέας Ε. και Κοντελέ Ι.)

5.4 Η συμπτωματική τριάδα του Lasègue

Η συμπτωματική τριάδα του Lasègue παραμένει μια αναμφισβήτητη κλινική πραγματικότητα και είναι σημαντικό διαγνωστικό σημείο αναφοράς, αλλά είναι πια φανερό ότι δεν μπορεί, σε καμιά περίπτωση, να επαρκέσει για την απόλυτη διάγνωση της πάθησης, η τριάδα άλλωστε, δεν είναι αρκετά εξειδικευμένη και τη συναντάμε σε πολλές παθολογικές

καταστάσεις, τόσο οργανικές όσο και ψυχιατρικές, που αποτελούν ισάριθμες διαφορικές διαγνώσεις.

Πρόκειται για την τριάδα των τριών «Α» :

Η Ανορεξία είναι μια συμπεριφορά, συχνά εναρκτήρια της νόσου, που εκδηλώνεται με περιορισμό της τροφής κα έχει λίγο – πολύ ταχεία και σφαιρική εξέλιξη. Πρόκειται πολύ περισσότερο για μια διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στην τροφή και τη διατροφή, παρά για ανορεξία με τη στενή έννοια της λέξης, αφού είναι εκούσια και θεληματική. Η σημαντική αυτή τροφική αποδιοργάνωση – αντικείμενο πολλαπλών εκλογικεύσεων και προσποιήσεων – εκδηλώνεται με μια ελάττωση των θερμίδων που λαμβάνονται, γεγονός που αποτελεί το χαρακτηριστικό κλινικό σύμπτωμα της νευρικής ανορεξίας (η ημερήσια ποσότητα θερμίδων για τις γυναίκες κυμαίνεται κανονικά ανάμεσα 1800 – 2500 θερμίδες, ενώ, συχνά είναι χαμηλότερη από 300 θερμίδες στις ανορεκτικές). 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, με μια συχνότητα που ποικίλει σημαντικά, ανάλογα με τους συγγραφείς. Όταν είναι αρχικό σύμπτωμα, εντάσσεται πολύ καλά στο φάσμα των ενδοκρινολογικών διαταραχών της ωοθήκης, που είναι ψυχογενετικής προέλευσης: δυσμηνόρροιες, σπανιομηνόρροιες, εμμηνόρροιες κ.τ.λ. που σίγουρα στο ψυχοπαθολογικό επίπεδο αντιπροσωπεύουν ένα από τα οριακά σημεία των ψυχογενών ανορεξιών. 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 (Venisse,1987).

Κεφάλαιο 6°

6.1 Οι κλινικές μορφές της νευρικής ανορεξίας

Η νευρική ανορεξία εκτός από τους δύο τύπους με στους οποίους μπορούμε να την συναντήσουμε, διακρίνεται και σε διάφορες κατηγορίες όσο αφορά την κλινική της μορφή. Οι κατηγορίες αυτές είναι:

- Û Ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων
- Û Ανάλογα με την ηλικία
- Û Ανάλογα με το φύλο
- Û Ανάλογα με την δομή της υποκείμενης προσωπικότητας (Venisse,1987)

6.1.1 Ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων

A) Οι ελάχιστονες 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 σημαντική κοινωνικοπολιτιστική πίεση που ευνοεί τη διατήρηση ενός λεπτού σώματος στις δυτικές κοινωνίες. Χαρακτηρίζονται κλινικά συνήθως από την περιορισμένη ανορεκτική αποφασιστικότητα των ασθενών και από μια έκδηλη καταθλιπτική τάση, η οποία δεν εμφανίζεται στην κλασική μορφή. Σε αυτή τη μορφή τίθεται το ερώτημα των ορίων της παθολογίας, ιδίως αν λάβει κανείς υπόψη, το ότι στις δυτικές κοινωνίες θεωρείται ως πρότυπο η διατήρηση ενός λεπτού σώματος (Venisse,1987 &Κατσογριδάκη Γ.).

B) Οι βαριές μορφές. Εκδηλώνονται με τον δραματικό και ανυποχώρητο χαρακτήρα μιας ανορεκτικής συμπεριφοράς, η οποία οδηγείται από βίαια αποφασιστικότητα, παρά τις καταστροφικές συνέπειες της, σε ένα σώμα του οποίου η καχεξία οδηγεί αναμφίβολα στον θάνατο. Δεν είναι λοιπόν σπάνιο να γίνεται η εισαγωγή στο νοσοκομείο με την ευκαιρία μιας απώλειας των αισθήσεων ή ενός κόματος – μιας κοπέλας που ζυγίζει λιγότερο από 30 κιλά και που ενδεχόμενα φέρει εσχάρες και συχνά οιδήματα από τη στέρηση βασικών ουσιών. Εκτός από την κωματώδη κατάσταση παρατηρούνται και άλλες διαταραχές της

συνείδησης. Αυτές οι βαριές μορφές δικαιολογούν μια αυστηρή παρακολούθηση από ειδικούς γιατί ο κίνδυνος του θανάτου είναι αναμφισβήτητος (Κατσογριδάκη Γ.).

6.1.2 Ανάλογα με την ηλικία

A) Στην κλασική μορφή της εφηβείας. Η έναρξη των διαταραχών τοποθετείται ανάμεσα στο 12-20 έτος της ηλικίας. Οι επιστήμονες παρατήρησαν αιχμές της νόσου που παρουσιάζονται στην ηλικία των 14,5 και 18 ετών. Το γεγονός αυτό εξηγείται μάλλον από το ότι η περίοδος αυτή αντιστοιχεί σε δυο περιόδους της εφηβείας κατά τις οποίες η εξάρτηση από την οικογένεια αλλάζει βαθύτατα. 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 (Venisse, 1987 & Κατσογριδάκη Γ.).

B) Στην περίπτωση του παιδιού. Περιγράφεται συνήθως μια προεφηβική μορφή (ανάμεσα στα 8 – 12 έτη), που διαφέρει ελάχιστα από την κλασική μορφή, παρόλο που τα διαγνωστικά κριτήρια της αμερικάνικης σχολής μοιάζουν να είναι ελάχιστα προσαρμοσμένα ειδικά όσον αφορά την απώλεια βάρους. Η πρόγνωση της παιδικής ανορεξίας είναι μάλλον απαισιόδοξη κυρίως λόγω ανάσχεσης της ανάπτυξης (Κατσογριδάκη Γ.).

Γ) Η ανορεξία του βρέφους. Αποτελεί μια κλινική οντότητα που αναγκαστικά διαφέρει πολύ από την κλασική νευρογενή ανορεξία της εφηβείας. Ωστόσο υπάρχουν πολλά κοινά σημεία ανάμεσα τους, και ιδιαίτερα όσον αφορά τη σχέση της μητέρας και του παιδιού, σχέση που υποθάλπει αυτή τη συμπεριφορά άρνησης της τροφής. Πρόκειται κυρίως για την ψυχολογική ανορεξία του δεύτερου εξάμηνου ή ακόμα και της αρχής του δεύτερου έτους ζωής. Η νευρική ανορεξία φαίνεται να είναι περισσότερο πολύπλοκη: είτε πολύ πρώιμη, από τους πρώτους μήνες, είτε ολική, μετά το δεύτερο έτος, δεν αποτελεί παρά ένα σύμπτωμα ανάμεσα στα άλλα. Οι διαταραχές της συμπεριφοράς και του ύπνου ενσωματώνονται τότε, είτε σε μια δυσαρμονική εξέλιξη (σε ότι αφορά τη νοητική ανάπτυξη και τη συμπεριφορά), είτε σε μια κλινική εικόνα καθαρά ψυχωτική (Venisse, 1987).

Δ) Η ανορεξία στον ηλικιωμένο. Οι ανορεκτικές συμπεριφορές στους ηλικιωμένους δεν αποτελεί σπάνια συμπεριφορά. Νοσήματα όπως παρατεινόμενα ψυχιατρικά σύνδρομα,

καρδιακά, μεταβολικά νοσήματα, καρκινώματα, χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα και φάρμακα ενδέχεται να συντελούν στην εμφάνιση της ανορεξίας και εξελικτικά, στην εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας του ηλικιωμένου (Μοσχοβάκη Α.). Συχνά μαρτυρεί μια υπονοούμενη επιθυμία να καταλήξει. Πρόκειται για άτομα που χωρίς να εμφανίζουν κατάθλιψη με την στενή έννοια του όρου, εξαιτίας της απομόνωσης τους, της απώλειας της ταυτότητάς τους και μερικές φορές λόγω πολλών σωματικών κακουχιών, χάνουν κάθε ελπίδα για το μέλλον τους (Venisse,1987).

Ε) Η ψυχογενής ανορεξία της ενήλικης γυναίκας. Πρέπει να γίνεται 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 και με παιδιά. Στην περίπτωση αυτή, άσχετα αν πέρασε ή όχι η εφηβική ανορεξία απαρατήρητη, διαπιστώνεται γενικά μια σχετική ισορροπία ανάμεσα στις βουλιμικές συμπεριφορές και στους ηθελημένους εμετούς, στα καθαρτικά και τα διουρητικά που συντελούν στο να διατηρείται ένα μάλλον σταθερό βάρος – έστω και πολύ χαμηλό – με τίμημα, έναν τρόπο ζωής ιδιαίτερα φτωχό και ριζικά διαταραγμένο. Η πραγματική ανορεξία της ενήλικης αποτελεί συχνά 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. Η πρόγνωση της είναι γενικά άσχημη (Κατσογριδάκη Γ.).

6.1.3 Ανάλογα με το φύλο

Η ανδρική ψυχογενής ανορεξία. Θεωρείται πολύ σπάνια (3 – 13% από τις νευρικές ανορεξίες). Η νόσος χαρακτηρίζεται κλασικά από τη συχνότητα των βαριών μορφών, γεγονός που οδήγησε ίσως λίγο υπερβολικά στο να θεωρηθεί ως ψυχωτική ανορεξία λόγω των σχιζοειδών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, σε αντίθεση με τη γυναικεία ανορεξία που θεωρείται νευρωσική. Η ανδρική μορφή ελάχιστα διαφέρει κλινικά στο σύνολό της από την τυπική γυναικεία μορφή. Όσον αφορά το γεγονός ότι η γυναικεία ανορεξία εμφανίζεται αριθμητικά πολύ περισσότερο, ελάχιστες πραγματικά ικανοποιητικές εξηγήσεις δόθηκαν ως τώρα σχετικά με τη στατιστική αυτή διαπίστωση. Πέρα από τα κοινωνικοπολιτιστικά

δεδομένα που υπογραμμίζουν το κοινωνικό ιδανικό της λεπτής γυναίκας, προωθείται κυρίως ένας αριθμός ψυχαναλυτικών απόψεων (Venisse, 1987 & Κατσογριδάκη Γ.)

6.1.4 Ανάλογα με τη δομή της υποκείμενης προσωπικότητας

Συνήθως οι κλινικές μορφές περιγράφονται ανάλογα με την υποκείμενη προσωπικότητα, καθώς η Ψ.Α είναι ένα σύνδρομο που δεν προεικάζει τη δομή της προσωπικότητας στην οποία ριζώνει. Έτσι, η υστερική προσωπικότητα θεωρείται ως η συχνότερη και χαρακτηρίζεται – από την τάση για αυτάρεσκη επίδειξη της ισχύος και από τον ιδιαίτερα αποτελεσματικό διακριτικό και προκλητικό χειρισμό του περιβάλλοντος. Αντίθετα, οι ψυχαναγκαστικές μορφές χαρακτηρίζονται από την τάση προς την αμφιβολία, προς την αγχώδη ανάκληση των ίδιων σκέψεων και προς την ενοχή, ιδιαίτερα όσον αφορά τις βουλμικές κρίσεις. Οι φοβικές μορφές που συναντώνται συχνά σε οριακές ηλικίες, οδηγούν σε μια μάλλον απαισιόδοξη πρόγνωση. Τέλος, ορισμένες εξαιρετικά βαριές μορφές που μπορούν να εξελιχθούν σε αυθεντικές σχιζοφρένιες θα ονομάζονταν ψυχωτικές ή προψυχωτικές. Όσα αναφέραμε αντιστοιχούν σε μια αναμφισβήτητη κλινική πραγματικότητα ιδιαίτερα ορισμένοι συστατικοί παράγοντες της υστερικής προσωπικότητας, φαίνεται ότι αποτελούν αδιάσπαστο μέρος αυτού που επίμονα παρατηρείται στις ανορεκτικές. Ωστόσο, είναι πιθανό να επισημαίνονται μόνο ορισμένες ειδικές πτυχές του χαρακτήρα και όχι πραγματικές δομές της προσωπικότητας, με την ψυχαναλυτική έννοια του όρου. Ακόμα, περιγράφοντας με αυτό τον τρόπο όλες τις μορφές ανάλογα με την υπολανθάνουσα προσωπικότητα – υπονοούμε ότι η ιδιαιτερότητα της ανορεξίας δεν μπορεί να εντοπισθεί σε αυτό το επίπεδο, και πριμοδοτούμε έμμεσα τον αντιδραστικό χαρακτήρα των διαταραχών (Venisse , 1987 & Κατσογριδάκη Γ.).

6.2 Η οικογένεια της ανορεκτικής

Οι οικογένειες αυτές αν και χαρακτηρίζονται συχνά σαν φυσιολογικές, πολλές μελέτες απέδειξαν ότι πίσω από την πρόσοψη φυσιολογικότητας κρύβεται μια αρκετά παθολογική οικογενειακή οργάνωση. Κατά τις πρώτες συνεντεύξεις με τον γιατρό, η οικογένεια αυτοπεριγράφεται με ευαρέσκεια, σαν σχεδόν ιδανική, οικογένεια που δεν γνώρισε ποτέ το παραμικρό πρόβλημα, με τέλεια συνεννόηση ανάμεσα σε όλα τα μέλη της. Η

ανόρεκτη κόρη ήταν συχνά το παιδί-παράδειγμα, που δεν προκάλεσε ποτέ το παραμικρό πρόβλημα στους γονείς του, όσον αφορά την εκπαίδευση, την υγεία, τη συμπεριφορά και τη διατροφή. Με λίγα λόγια, τίποτα δεν άφηνε να προβλεφθεί μια τέτοια συμπεριφορά, φαίνεται να ισχυρίζονται οι γονείς που δε δέχονται να θεωρηθούν μέτοχοι αυτού που συμβαίνει. Πρέπει να δούμε πως οι οικογένειες αυτές συνήθως αναδιπλωμένες μέσα στον εαυτό τους προσπαθούν πάντοτε να παρουσιάζουν μια ανεπίληπτη εικόνα. Αυτή η έγνοια της εμφάνισης της τέλει εικόνας που παρουσιάζουν στους άλλους συμβαδίζει με μια έλλειψη της εκφραστικότητας των αισθημάτων. Η επιθετικότητα, η οργή ακόμα και η σεξουαλικότητα δεν συμπεριλαμβάνονται καθόλου ή ελάχιστα μόνο στο φάσμα της έκφρασης και των σχέσεων των οικογενειών αυτών. Αυτό ισχύει και για τις εκδηλώσεις στοργής και τρυφερότητας (τόσο ανάμεσα στο ανδρόγυνο όσο και ανάμεσα στα παιδιά).

Οι μητέρες που συχνά περιγράφονται σαν ψυχρές, άκαμπτες, υπερπροστατευτικές, αποκαλύπτονται – σε βαθύτερη ανάλυση – πολύ καταθλιπτικές. Άξια εξέτασης είναι η σχέση των μητέρων αυτών με την ίδια τους τη μητέρα και η θέση τους μέσα στο γονικό ζευγάρι. Διακρίνουμε διαταραχές ταύτισης ως προς την ίδια τους τη μητέρα, με την οποία η σχέση είναι πολύ αμφιθυμική: μητέρα απρόσεκτη χωρίς τρυφερότητα, απαγορεύουσα. Έτσι οι μητέρες των ανόρεκτων αμφισβητούν το ρόλο τους ως καλή μητέρα, γεγονός που οδηγεί στην απάρνηση του παιδιού και στην ενοχή. Οι μητέρες αυτές προσπαθούν ασταμάτητα να αποδείξουν στον εαυτό τους πως η σχέση με το παιδί είναι καλή, ανταποκρινόμενες ή καλύτερα προλαμβάνοντας εκδηλώσεις ανικανοποίησης από τη μεριά του παιδιού. Η διατροφή κατέχει την πρώτη θέση σε αυτή την προσπάθεια και προσπαθεί να υπερκεράσει το αίτημα του παιδιού για αγάπη. Προκαλεί επίσης εντύπωση η συχνότητα της παρουσίας της μητρικής γιαγιάς, η οποία συχνά επιβάλλει ολοφάνερα την βούληση της. Συχνά υποτιμά τη μητέρα, θεωρώντας την ακατάλληλη (στο μητρικό της ρόλο) απέναντι στην ανόρεκτη.

Ορισμένοι συγγραφείς αναφέρονται στην επίδραση που έχει η στάση των μητέρων των ανόρεκτων με το ίδιο τους το σώμα. Είτε είναι λίγο παχύσαρκες, είτε αντίθετα «υπερθηλυκές», προσέχουν πολύ και ελέγχουν τη διατροφή τους και το βάρος τους και δεν αποτελούν ικανοποιητικό ή και προσιτό μοντέλο ταύτισης. Στο συζυγικό επίπεδο, οι μητέρες αυτές παρουσιάζονται συχνά σαν ανικανοποίητες, ανεσταλμένες στην σεξουαλική συμπεριφορά τους, απογοητευμένες ως προς τις διανοητικές προσδοκίες και δυνατότητες τους. Συνεπώς ανατίθεται στο ανόρεκτο παιδί η φροντίδα να τις αποζημιώσει για τις απογοητεύσεις τους. Έτσι, η κόρη αυτή χάνει κάθε δυνατότητα να έχει αυτόνομες επιθυμίες.

Ο πατέρας των ανόρεκτων περιγράφεται, μερικές φορές σαν απών, σαν ανύπαρκτος. Στην πραγματικότητα φαίνεται ότι ακόμη και αν είναι παρών στον οικογενειακό

σχηματισμό, τον παραμερίζουν ή θέτει ο ίδιος τον εαυτό του στο περιθώριο και θεωρείται από τη μητέρα ανάξιος σε ότι αφορά τους ρόλους του, του πατέρα και του συζύγου. Όσο πετυχημένος και αν είναι κοινωνικά και επαγγελματικά, περιγράφεται συνήθως σαν υποταγμένος και παθητικός μέσα στον οικογενειακό κύκλο (Venisse, 1987).

Κεφάλαιο 7^ο

7.1 Συμπτώματα - Κλινικά σημεία

Τα κύρια συμπτώματα της νευρογενούς ανορεξίας είναι: απώλεια βάρους, αμηνόρροια, υπερδραστηριότητα, δυσκοιλιότητα (δευτεροπαθής σε διαιτητικούς παράγοντες και έλλειψη απάντησης στο εντερικό αντανακλαστικό αφόδευσης), τριχόπτωση, πόνος στο επιγάστριο, ναυτία, έμετοι, κόπωση, μυϊκή αδυναμία και κάματος (Καντρέ Α.).

Συμπτώματα	Κλινικά σημεία
Απώλεια βάρους	Καχεξία
Αμηνόρροια	Υποθερμία
Υπερδραστηριότητα	Βραδυκαρδία
Δυσκοιλιότητα	Υπόταση
Ζάλη	Κυάνωση άκρων
Κατάθλιψη	Οίδημα
Τριχόπτωση	Ψυχρά άκρα
Ωχρό δέρμα	Αλλαγές στα νύχια
Απασχόληση με το φαγητό	Υπερτρίχωση (χνούδι)
Διάταση κοιλίας και άλγος	Συστολικό καρδιακό φύσημα

7.2 Φυσική εξέταση

- Û Απίσχνανση, αφυδάτωση
- Û Απώλεια τριχών κεφαλής και εφηβαίου
- Û Δέρμα: ξηρότητα, «βρώμικη» όψη, χνούδι προσώπου, ώμων, ράχης, τρίχωση στέρνου, κοιλιακής χώρας
- Û Υποθερμία (θερμοκρασία ορθού 36,2°C)
- Û Βραδυκαρδία (60 παλμοί/λεπτό), υπόταση <80/50 mmHg
- Û Οιδήματα κάτω άκρων
- Û Σημεία οιστρογονικής ανεπάρκειας (ξηρότητα κόλπου, υποπλαστική μήτρα, οστεοπενία-οστεοπόρωση) (http://www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc_id=16).

7.3 Ιατρικές εξετάσεις – Εργαστηριακά ευρήματα

Από τη στιγμή που η συχνότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών φαίνεται να αυξάνεται, η ανάγκη για περιεκτική θεραπεία αυτών των ασθενών είναι ζωτικής σημασίας (Lyn, 2002). Μέρος της αρχικής αξιολόγησης του ασθενή με νευρογενή ανορεξία αποτελεί και η ιατρική αξιολόγηση. Ιατρικές επιπλοκές μπορεί να εμφανιστούν και ως αποτέλεσμα της σοβαρής και παρατεταμένης μείωσης της διατροφικής πρόσληψης, καθώς και της πρόσληψης υγρών, της συμπεριφοράς για την απώλεια βάρους και το επίπεδο πείνας και υποσιτισμού του ασθενούς (Hsu, 2004&Netter, 2009).

Η ιατρική αξιολόγηση είναι σημαντική επειδή βοηθά στην διάγνωση της ασθένειας και δείχνει τη σοβαρότητα της κατάστασης, καθώς και το πόσο σοβαρά υποσιτισμένος είναι ο ασθενής και ποια θα είναι η κατάσταση της υγείας του αν συνεχίσει να χειροτερεύει. (Locketal, 2007)

Εφόσον οι διατροφικές διαταραχές καθαρά περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα γαστρεντερικών, νευρολογικών και ενδοκρινολογικών διαταραχών, η επαρκής ανάλυση και αξιολόγηση των ασθενών αυτών είναι απαραίτητη. Ακόμη, η αξιολόγηση της πυκνότητας των οστών και η αμηνόρροια είναι σημαντική στους ασθενείς με νευρογενή ανορεξία. Η λειτουργία των επινεφριδίων, κυρίως τα επίπεδα κορτιζόλης και DHEAίσως χρειαστεί να αξιολογηθούν στις ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία για άγχος ή κατάθλιψη και χαμηλή οστική πυκνότητα. Η προσοχή στις διατροφικές ελλείψεις, μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση των φυσιολογικών και νευρολογικών λειτουργιών και να βοηθήσει στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία(Lyn, 2002).

Μέτρηση Σωματικού Βάρους

Κατά την ιατρική αξιολόγηση ο ασθενής πρέπει να ζυγιστεί και να καταγραφεί το τωρινό του βάρος. Ο υπεύθυνος θα πρέπει να καταγράψει το μεγαλύτερο και το χαμηλότερο βάρος που έχει φτάσει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της ζωής του και την ηλικία που συνέβησαν αυτά(Halmi, 2009). Για τους εφήβους, η διαδικασία αυτή είναι ακόμα σημαντικότερη. Ακόμη, πρέπει να καταγραφεί και η μέθοδος για την απώλεια βάρους. Στα παιδιά και τους εφήβους, η εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει εκτός από τη μέτρηση του βάρους και την μέτρηση του ύψους. Μια διαχρονική ματιά της ανάπτυξης, προσφέρει σύγκριση με τυποποιημένα πρότυπα και αποκαλύπτει οποιαδήποτε παρέκκλιση από την αναμενόμενη πορεία ανάπτυξης(Gonzales, Kohn&Charke, 2007).

Λήψη ζωτικών σημείων

Η πίεση, οι παλμοί και η θερμοκρασία των ασθενών με νευρογενή ανορεξία, είναι συνήθως χαμηλότερα από κατώτερα φυσιολογικά όρια (Τριπόδης, Σπανού & Καζάνη, 2008). Η αίσθηση του ψύχους είναι εξαιτίας της εξαιρετικής αδυναμίας και της έλλειψης της θερμογενετικής επίπτωσης από την κατανάλωση τροφής. Ο καρδιακός ρυθμός είναι χαμηλός εξαιτίας της απώλειας του καρδιακού μύος (Hsu, 2004).

Λεπτομερής έλεγχος σωματικών διαταραχών του ασθενούς

Οι δερματολογικές εκδηλώσεις στη νευρογενή ανορεξία, περιλαμβάνουν τριχόπτωση, ξηροδερμία και εύθραυστα νύχια. Σχεδόν το 1/3 των ασθενών, εμφανίζουν χνούδι στο πρόσωπο (lanugohair). Οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία, μπορεί να αναπτύξουν έναν πορτοκαλί αποχρωματισμό στο δέρμα τους, εξαιτίας της υψηλής συγκέντρωσης καροτενίου στο αίμα τους (καροτονεμία) (Gary, 2001, Pomeroy & Mitchell, 2002). Τα άκρα τους είναι συχνά κρύα και έχουν ένα ελαφρώς κόκκινο-μωβ χρώμα (ακροκυάνωση) (Τριπόδης & Σπανού & Καζάνη, 2008). Σπάνια παρατηρείται οίδημα κατά την αρχική παρουσία του ασθενούς, αλλά μπορεί να αναπτυχθεί σταδιακά κατά τη διάρκεια των αρχικών σταδίων επανασίτισης (American Psychiatry Association, 2006, Τριπόδης & Σπανού & Καζάνη, 2008). Ακόμη μια εκδήλωση είναι και οι κάλοι στη ράχη του χεριού. Επίσης παρατηρείται και πρήξιμο των σιελογόνων αδένων (American Psychiatry Association, 2006).

Αιματολογικές εξετάσεις

Πολλές αιματολογικές αλλαγές μπορούν να προκύψουν στους ασθενείς με νευρογενή ανορεξία, συμπεριλαμβανομένης της ουδετεροπενίας, αναιμίας, θρομβοπενίας και όλα αυτά σχετίζονται με την μειωμένη μάζα του συνολικού σωματικού λίπους. Έχει αναφερθεί σοβαρή ουδετεροπενία με μετασχηματισμό του ζελατινώδη μυελού των οστών (Hsu, 2004). Αυτές οι αλλαγές μπορεί να είναι αναστρέψιμες με την βελτίωση της διατροφικής κατάστασης και την αύξηση του σωματικού βάρους (American Psychiatry Association, 2006 & Hsu, 2004). Η μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων ίσως να ευθύνεται σε αυτούς τους ασθενείς, για την ευαισθησία τους σε λοιμώξεις και ιδιαίτερα για την φυματίωση (Hsu, 2004).

Οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία, έχει αναφερθεί συχνά ότι εμφανίζουν προβλήματα αιματοποίησης (Halmi, 2002) όπως λευκοπενία, αναιμία και

θρομβοκυτοπενία(Mehler, 2001, Pomeroy&Mitchell, 2002), σπάνια και νέκρωση του μυελού των οστών. Η λευκοπενία συνήθως αντικατοπτρίζει μειωμένο αριθμό ουδετερόφιλων, συνοδευόμενο με μία σχετική λεμφοκυττάρωση. Οι απόψεις όμως για το πώς επηρεάζει η λευκοπενία τον κίνδυνο μόλυνσης συγκρούονται. Ενώ κάποιες μελέτες αναφέρουν αυξημένο κίνδυνο βακτηριακών μολύνσεων, άλλες μελέτες αναφέρουν φυσιολογικό κίνδυνο πιθανόν εξαιτίας των φυσιολογικών αποθεμάτων ουδετερόφιλων του μυελού των οστών. Είθισται κατά την περίοδο λιμοκτονίας, οι ασθενείς να είναι σχετικά προστατευμένοι κατά των ιογενών ασθενειών ή πιθανόν να μην εκδηλώνουν τα συμπτώματα των μολύνσεων(Pomeroy&Mitchell, 2002).

Σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, γενικά έχουν παρουσιαστεί ποικίλες διαταραχές του αμυντικού συστήματος. Παρόλο που και εδώ τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα από έρευνες είναι αντιφατικά, ως επί το πλείστον αναφέρεται ότι οι ασθενείς με σημαντική απώλεια βάρους έχουν υπερευαισθησία στο δέρμα, μη φυσιολογική λειτουργία των ουδετερόφιλων, χαμηλά επίπεδα ανοσογλοβουλίνης και μη φυσιολογικά επίπεδα στα ποσοστά των υποσυνόλων των T-λεμφοκυττάρων(Pomeroy&Mitchell, 2002).

Βιοχημικές εξετάσεις

Επειδή η απώλεια και ο περιορισμός υγρών είναι συχνό φαινόμενο στις διατροφικές διαταραχές, ανωμαλίες ηλεκτρολυτών εμφανίζονται συχνά(Hsu, 2004 &Lyn 2002). Οι ανωμαλίες αυτές, μπορεί να προκύψουν ως άμεση συνέπεια της παρατεταμένης πείνας ή χρήσης διουρητικών. Βέβαια, η χρήση καθαρτικών θα επιδεινώσει σοβαρά τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές(Hsu, 2002). Η πιο σοβαρή και τεκμηριωμένη ανωμαλία είναι η απώλεια καλίου, λόγω του αυτοπροκαλούμενου εμέτου και της κατάχρησης καθαρτικών και διουρητικών(Mehler, 2001 &Hsu, 2004). Η υποκαλιαιμία μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακά προβλήματα, πιο συγκεκριμένα σε αρρυθμίες και ανωμαλίες στο ηλεκτροκαρδιογράφημα(Lyn, 2002), ακόμη σε μειωμένη κινητικότητα του εντέρου(Halmi, 2002, Pomeroy&Mitchell, 2002).

Τα επίπεδα του ορού συχνά είναι κανονικά, αλλά το ενδοκυττάριο κάλιο μπορεί να είναι αρκετά χαμηλό ώστε να δημιουργήσει συμπτώματα. Αν είναι χρόνια μπορεί να προκαλέσει μυοπάθεια των σκελετικών μυών και επειδή οι καρδιακοί μύες είναι σκελετικοί μύες μπορεί να επιδεινώσει τη μυοσκελετική μυοπάθεια(Hsu, 2004) και νεφροπάθεια(Lyn, 2002). Παρατηρούνται υψηλά ποσοστά κρεατινίνης ορού και τελικά μπορεί να καταλήξουν σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτείται αιμοκάθαρση(Halmi,

209,Hsu, 2004,Pomeroy&Mitchell, 2002). Ακόμη, η χρόνια υποκαλιαιμία, μπορεί να προκαλέσει προβλήματα εντερικής κινητικότητας που οδηγούν στο αίσθημα φουσκώματος μετά το γεύμα και στη δυσκοιλιότητα(Hsu, 2004 &Lyn, 2002). Η υποκαλιαιμία μπορεί να θεραπευτεί με συμπληρώματα καλίου, τα οποία ορισμένοι ασθενείς μπορεί να δουν ως «καταλυτικά» που τους επιτρέπουν να επιμείνουν στη φτωχή πρόσληψη τροφής και την καθαρτική συμπεριφορά(Hsu, 2004).

Τα χαμηλά επίπεδα μαγνησίου είναι επίσης συνηθισμένα και μπορεί να είναι ένας παράγοντας στην αποκατάσταση των επιπέδων καλίου. Βάσει μιας μελέτης που αναφέρει ο Lynσε ένα άρθρο του, τα χαμηλά επίπεδα μαγνησίου στον ορό, σχετίζονται με μυϊκή αδυναμία, μειωμένη συγκέντρωση, μυϊκές κράμπες, παραισθήσεις, αρρυθμίες και προσωρινή απώλεια μνήμης(Lyn, 2002). Ακόμη, τα χαμηλά επίπεδα μαγνησίου μπορεί να σχετίζονται και με την υποασβαστιαιμία(Halmi, 2002,Pomeroy&Mitchell, 2002). Η υποφωσφαταιμία μπορεί να συμβεί ως αποτέλεσμα του εμέτου, της υπερβολικής άσκησης, των διουρητικών ή των καθαρτικών. Χαμηλά ενδοκυτταρικά επίπεδα φωσφορικού άλατος (τα επίπεδα του ορού συνήθως παραμένουν σε κανονικά επίπεδα) συνήθως εμφανίζονται με χαμηλά επίπεδα μαγνησίου και καλίου και μπορεί να εκδηλωθούν ως αναπνευστική κόπωση, σημάδια πνευμονίας, μυοκαρδιοπάθειας, σκελετικής μυοπάθειας και νευροπάθειας. Τα χαμηλά επίπεδα φωσφορικού άλατος κατά τη διάρκεια του χρόνου στην επίτευξη της μέγιστης σκελετικής μάζας, έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση οστεοπόρωσης. Ο φώσφορος χρησιμοποιείται για προληπτικούς λόγους στην επανασίτιση ασθενών που βρίσκονται κατά πολύ κάτω από το φυσιολογικό βάρος, για να αποτρέψει την υποφωσφαταιμία και τα δευτερογενή συμπτώματα της έλλειψής του(Lyn, 2002).

Λόγω του περιορισμού της διαιτητικής πρόσληψης, τα άτομα με νευρογενή ανορεξία παρουσιάζουν και αρκετές θρεπτικές ανεπάρκειες. Αρκετά συμπτώματα της ανεπάρκειας ψευδαργύρου, βρίσκονται στη νευρογενή ανορεξία τα οποία είναι: απώλεια βάρους, απώλεια όρεξης, συγκεκριμένες μορφές δερματίτιδας, αμηνόρροια και κατάθλιψη. Η ανεπάρκεια ψευδαργύρου, έχει ένα ευρύ φάσμα βιοχημικών επιπτώσεων, που φαίνονται στις διατροφικές διαταραχές και συνεπώς στη νευρογενή ανορεξία. Μετατροπή της προλακτίνης, θυμουλίνης, οιστρογόνων, κορτιζόλης και οπιούχων που τροφοδοτούν το σύστημα, χαμηλή τεστοστερόνη, μείωση της απόδοσης ινσουλίνης, ελάττωση της ινσουλίνης μέσω της οδού που ακολουθεί το σήμα (IGF-1) και αλλαγές στο μεταβολισμό της σεροτονίνης. Ακόμη η ανεπάρκεια ψευδαργύρου, προκαλεί μείωση της συγκέντρωσης λεπτίνης. Η λεπτίνη είναι ένα πεπτίδιο, το οποίο παράγεται από τα λιπώδη κύτταρα, επηρεάζει τη δραστηριότητα του υποθαλάμου, και εμπλέκεται στον έλεγχο της όρεξης. Υποδοχείς λεπτίνης βρίσκονται επίσης στους

αναπαραγωγικούς ιστούς και έτσι τα χαμηλά επίπεδα της ίσως να συμβάλλουν στη δυσκολία αναπαραγωγής. Τα χαμηλά επίπεδα λεπτίνης μπορεί επίσης να συμβάλλουν σε χαμηλά επίπεδα θυρεοειδούς ορμόνης, τα οποία βρέθηκε ότι προκαλούν ανωμαλίες στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-γονάδων(Lyn, 2002).

Η ανεπάρκεια θειαμίνης (βιταμίνης Β1), έχει τεκμηριωθεί σε ποσοστό 38% σε δείγμα 37 ατόμων με ανορεξία, χρησιμοποιώντας την ενεργοποίηση των υδροδιαλυτών πρωτεϊνών ΤΚΤ (transketolase) των ερυθροκυττάρων. Η ανεπάρκεια θειαμίνης έχει βρεθεί ότι προκαλεί κατάθλιψη, παραισθήσεις, αδυναμία, ζαλάδες, μυαλγία, ταχυπαλμία, υπόταση, βραδυκαρδία σε κατάσταση ακινησίας, αρρυθμία των κόλπων σε άσκηση. Συχνά, άτομα με διατροφικές διαταραχές βρίσκονται σε υψηλό ποσοστό κινδύνου για κατάχρηση διουρητικών και αλκοόλ και έχουν αυξημένα φορτία απλών υδατανθράκων αυξάνοντας τον κίνδυνο για ανεπάρκεια θειαμίνης(Lyn, 2002).

Η ανεπάρκεια ριβοφλαβίνης στην ανορεξία έχει τεκμηριωθεί από μελέτες του πλάσματος και από τη δράση της γλουταθειόνης αναγωγάσης (ένα συνένζυμο της ριβοφλαβίνης). Επίσης, έχει τεκμηριωθεί η ανεπάρκεια της ριβοφλαβίνης, λόγω της ανεπάρκειας των συμπαραγόντων μετατροπής. Αυτό το φαινόμενο στη νευρογενή ανορεξία, θεωρείται ότι συμβαίνει λόγω των χαμηλών επιπέδων τριϊωδοθυρονίνης (Τ3), καθώς η Τ3 είναι απαραίτητη για την παραγωγή φλαβινο – αδενο-μονονουκλεοτιδίων ριβοφλαβίνης. Επειδή έχει αποδειχθεί ότι και ηΤ3 και η ριβοφλαβίνη είναι ανεπαρκείς ακόμη και μετά την επανασίτιση στην ανορεξία, πρέπει να εξεταστεί η δυσαπορρόφηση και η αντικατάσταση του θυρεοειδούς ακόμη και στο «άρρωστο ευθυρεοειδικό σύνδρομο»(Lyn, 2002).

Ακόμη, κατά τον περιορισμό της διαιτητικής πρόσληψης, περιορίζονται και πηγές διατροφικού λίπους. Το αποτέλεσμα είναι να έχουν βρεθεί σημαντικές ελλείψεις λιπαρών οξέων στη νευρογενή ανορεξία. Στην αξιολόγηση 8 ασθενών με νευρογενή ανορεξία, βρέθηκαν ελλείψεις πολυακόρεστων λιπαρών οξέων στα φωσφολιπίδια του πλάσματος, που ωστόσο ήταν πιο περίπλοκες από απλές ελλείψεις των βασικών λιπαρών οξέων. Οι επιπτώσεις αυτού του τύπου της διαταραχής δεν είναι σαφείς, αλλά οι συγγραφείς δηλώνουν ότι η ανορεξία επηρεάζει τη ροή των φωσφολιπιδίων του πλάσματος σε παρόμοιο βαθμό με την κίρρωση και τη νόσο του Crohn(Lyn, 2002).

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, προτείνεται έλεγχος ρουτίνας για ανεπάρκεια θειαμίνης και μαγνησίου. Στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές ή σε όλους τους ανορεκτικούς ασθενείς να δίνονται τακτικά συμπληρώματα θειαμίνης και μαγνησίου, κάτι το οποίο είναι πιο αποτελεσματικό αλλά έχει κόστος. Με την ίδια τακτική, θα ήταν λογικό να προτείνεται θρεπτικός κορεσμός και για τις θρεπτικές ουσίες που παρουσιάζουν έλλειψη

στους ανορεκτικούς ασθενείς: κάλιο, φώσφορο, μαγνήσιο, ψευδάργυρο, θειαμίνη και ριβοφλαβίνη. Άλλες θρεπτικές ελλείψεις που έχουν αξιολογηθεί στη διατροφή γυναικών με νευρογενή ανορεξία και ενδέχεται να χρειαστούν αντιμετώπιση, είναι έλλειψη σε ασβέστιο, φυλλικό οξύ, βιταμίνη B1, B2, B12 και χαλκό(Lyn, 2002).

Η ομαλοποίηση της διατροφικής κατάστασης θα βελτιώσει τη σωματική κατάσταση του ασθενούς αλλά και την ψυχολογική του κατάσταση (Hsu, 2004).

Ενδοκρινολογικές εξετάσεις

Η λειτουργία του θυρεοειδή συνήθως είναι μη φυσιολογική στα άτομα με νευρογενή ανορεξία(Lyn, 2002 &Hsu, 2004). Αυτό συχνά αντιπροσωπεύει μια φυσιολογική προσαρμογή στη λιμοκτονία και όχι δυσλειτουργία του θυρεοειδούς αδένου(Stacher, 2003).

Τα πιο συνηθισμένα εργαστηριακά ευρήματα είναι κανονικά επίπεδα θυροξίνης(T4), κανονικά επίπεδα θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH) και μειωμένα επίπεδα τριϊωδοθυρονίνης(T3)(Halmi, 2002, Lyn, 2002, Pomeroy&Mitchell, 2002). Αυτά τα ευρήματα συσχετίζονται με τα συμπτώματα της κούρασης, της υποθερμίας, της βραδυκαρδίας και της υπερχοληστερολαιμίας ακόμη και αν τα επίπεδα της θυροξίνης είναι φυσιολογικά. Τα σημάδια και τα συμπτώματα όταν τα επίπεδα θυροξίνης και θυρεοειδοτρόπου ορμόνης είναι κανονικά και τα επίπεδα τριϊωδοθυρονίνης είναι μειωμένα, όπως και όταν υπάρχει υποθυρεοειδισμός δεν είναι απαραίτητο ότι επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα όταν αυξάνεται ο ΔΜΣ (δείκτης μάζας σώματος) ή όταν το άτομο απαλλάσσεται από τις καθαρτικές συνήθειές του. Υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι μπορεί να συμβεί και ατροφία του θυρεοειδή στη νευρογενή ανορεξία. Αυξημένη ή μειωμένη απόκριση σε εξωγενή θυρεοειδοτρόπο ορμόνη (TSH), είναι συνηθισμένη στη νευρογενή ανορεξία και υπάρχουν στοιχεία σημαντικής μείωσης στον όγκο του θυρεοειδή. Υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με το ρόλο που παίζει η θυρεοειδική ατροφία και η σχετική συμπτωματολογία στη συνέχιση της κατάθλιψης και της ανορεκτικής συμπεριφοράς. Αν και η ύφεση της T3 και η αυξανόμενη παραγωγή για την αντιστροφή της, είναι μια αυτόματη φυσιολογική αντίδραση στη λιμοκτονία, ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-αδρεναλίνης μπορεί επίσης να εμπλέκεται στη δυσλειτουργία του θυρεοειδή(Lyn, 2002). Σημαντικό να σημειωθεί, είναι ότι το «σύνδρομο μειωμένης τριϊωδοθυρονίνης» δε χρίζει θεραπείας αντικατάστασης της θυρεοειδικής ορμόνης. Πρέπει να δίνεται προσοχή γιατί η κατάχρηση θυρεοειδικών ορμονών, έχει χρησιμοποιηθεί ως παράνομη μέθοδος απώλειας σωματικού βάρους(Gary, 2001, Pomeroy&Mitchell, 2002).

Άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-αδρεναλίνης

Οι συνεχόμενες αυξήσεις κορτιζόλης στη νευρογενή ανορεξία, έχουν τεκμηριωθεί από πολλές μελέτες μαζί με αναλογικά μειωμένα επίπεδα δεϋδροεπιανδροστερόνης (DHEA), θειικής δεϋδροεπιανδροστερόνης (DHEAsulphate) και ανδροστενεδιόνης. Ο λόγος για την υπερκορτιζολαιμία, είναι ότι λόγω του λιμού αυξάνεται η παραγωγή κορτιζόλης. Η αυξημένη κορτιζόλη, τόσο στο πλάσμα όσο και στο σάλιο, έχει βρεθεί ότι είναι πρόγνωση για σοβαρή κατάθλιψη, τόσο σε ενήλικα άτομα όσο και σε ανήλικα.

Ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-αδρεναλίνης εμφανίζεται να έχει μια αμοιβαία προσαρμοστική σχέση με τη σεροτονίνη. Έλλειψη της επιτρεπόμενης σεροτονίνης έχει αποτέλεσμα στην υπερκορτιζολαιμία και μπορεί εν μέρει να είναι υπεύθυνη για τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης στους λιποβαρείς ασθενείς με νευρογενή ανορεξία. Φαίνεται καθαρά ότι η αύξηση του σωματικού βάρους, είναι απαραίτητη για να επιστρέψει στα φυσιολογικά επίπεδα ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-αδρεναλίνης στη νευρογενή ανορεξία (Lyn, 2002).

Άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-γονάδων και απώλεια στα κόκαλα

Η αμηνόρροια είναι ένα κλασικό χαρακτηριστικό στη νευρογενή ανορεξία και θεωρείται ότι όχι μόνο είναι αποτέλεσμα του θερμιδικού περιορισμού και της απώλειας βάρους, αλλά επίσης και μια δυσλειτουργία του συστήματος υποθαλάμου-υπόφυσης-γονάδων (Lyn, 2002, Pomeroy & Mitchell, 2002). Ένα σύνολο παραγόντων (άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-αδρεναλίνης, θυρεοειδική δυσλειτουργία, άσκηση, κλπ.) αλλάζει την απελευθέρωση της γοναδοτροπίνης και έχει ως αποτέλεσμα τα χαμηλότερα επίπεδα τόσο της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) όσο και της θυλακοτρόπου ορμόνης (FSH) (Lyn, 2002).

Χαμηλά επίπεδα αυτών των ορμονών παρατηρούνται σε λιποβαρείς ασθενείς, καθώς και χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων. Η εικοσιτετράωρη έκκριση ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) είναι μη φυσιολογική και παρόμοια με εκείνη προεμμηνορρυσιακών γυναικών (Gary, 2001, Halmi, 2002, Pomeroy & Mitchell, 2002). Στις περισσότερες ασθενείς, με την αποκατάσταση του βάρους επανέρχεται και η φυσιολογική έκκριση ωχρινοτρόπου ορμόνης. Η επαναφορά του φυσιολογικού έμμηνου κύκλου καθυστερεί και συνήθως έρχεται μετά την ψυχολογική βελτίωση και αφού σταματήσει ο διαιτητικός περιορισμός. Βέβαια, σε κάποιες ασθενείς η επαναφορά καθυστερεί και παρατηρούνται ανωμαλίες στην έμμηνο ρύση ακόμη και μετά την ανάκτηση του βάρους (Halmi, 2002).

Έχει παρατηρηθεί ότι τακτικές ενέσεις εκλυτικής ορμόνης της γοναδοτροπίνης (GnRH) σε λιποβαρείς ασθενείς, παράγουν ωορρηξία, εύρημα το οποίο υποδηλώνει ότι τα κύτταρα της υπόφυσης που παράγουν ωχρινοτρόπο ορμόνη και θυλακοτρόπο ορμόνη, δέχονται μειωμένα ερεθίσματα λόγω της μειωμένης γοναδοτροπίνης στον υποθάλαμο. Η δυσλειτουργία του συστήματος των νευροδιαβιβαστών (νορεπινεφρίνη, σεροτονίνη) είναι παρούσα στη νευρογενή ανορεξία(Halmi, 2002).

Πάνω από το 50% των ασθενών με νευρογενή ανορεξία, παρουσιάζουν στοιχεία εμφάνισης οστεοπόρωσης, με το ποσοστό απώλειας στα οστά να είναι ίδιο με αυτό που εμφανίζεται κατά την εμμηνόπαυση, δηλαδή 5% το χρόνο. Το κέρδος της πυκνότητας στα οστά δεν εξαρτάται από το αν οι γυναίκες πήραν ασβέστιο ή οιστρογόνα ή επανήλθε η έμμηνος ρύση ή απέκτησαν το 80% του κανονικού σωματικού βάρους ή που ασκήθηκαν σημαντικά. Ακόμη και νέες γυναίκες που έχουν αναρρώσει πριν από 15 χρόνια φαίνεται ότι έχουν μακροχρόνια μειωμένη πυκνότητα στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Μόνο η χορήγηση οιστρογόνων, στους ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με νευρογενή ανορεξία, δεν φαίνεται να αποτρέπει την προοδευτικήμείωση της οστικής πυκνότητας. Και μόνο η αύξηση του σωματικού βάρους, δεν είναι επαρκής στο να αντιστρέψει την μείωση της οστικής πυκνότητας(Lyn, 2002). Στη νευρογενή ανορεξία, η απώλεια οστικής πυκνότητας συνδέεται με τις μεταβολικές συνέπειες της λιμοκτονίας και της απώλειας σωματικού βάρους και μπορεί να έχει επιπτώσεις για το υπόλοιπο της ζωής του ασθενούς(AmericanPsychiatryAssociation, 2006 &Lyn, 2002). Επίσης συμπεριλαμβάνονται η μεταβολική οξέωση, ο υποσιτισμός, η αυξημένη κορτιζόλη, τα χαμηλά επίπεδα ινσουλίνης, τα οποία μπορεί να μειώσουν την απορρόφηση ασβεστίου και την μειωμένη ηπατική παραγωγή του ινσουλινοειδούς αυξητικού παράγοντα 1 (IGF-1) (Lyn, 2002).

Μεταβολισμός σακχάρου αίματος και διαβήτη.

Οι γυναίκες με νευρογενή ανορεξία έχουν χαμηλότερα επίπεδα γλυκόζης νηστείας και μετά από γεύμα που χορηγήθηκαν 75γρ. γλυκόζης(Lyn, 2002). Η ανοχή της γλυκόζης είναι πολύ συχνά εξασθενημένη και πιθανόν αντικατοπτρίζει την κατάσταση λιμοκτονίας(Halmi, 2002). Παρόλα αυτά, φαίνεται ότι η υπογλυκαιμία είναι δείκτης χαμηλής πρόγνωσης για τους ασθενείς με νευρογενή ανορεξία(Mehler, 2001).

Πρόγνωση

Ένα 50-70% των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία διατηρούν ένα κανονικό βάρος, όμως μόνο το 20-50% έχουν ένα κανονικό τρόπο σίτισης. Ένα ποσοστό 30-50%, μπορούμε να πούμε ότι αποθεραπεύεται εντελώς, ενώ ένα τρίτο των περιστατικών γίνονται χρόνια.

Πολλά κορίτσια/αγόρια συνεχίζουν να παρουσιάζουν διάφορες ψυχοπαθολογίες, όπως:

- Καταθλίψεις.
- Ψυχοσεξουαλικές δυσκολίες.
- Δυσκολίες κοινωνικοποίησης.

Προγνωστικά στοιχεία για μια θετική έκβαση είναι:

- Νεαρή ηλικία στην έναρξη του προβλήματος.
- Μικρή διάρκεια παραμονής σε νοσοκομείο.
- Χάσιμο βάρους λόγω δίαιτας και υπερκινητικότητας και όχι λόγω εμετών ή φαρμάκων.
- Γρήγορη έναρξη της θεραπείας.
- Θετική σχέση κατά τη διάρκεια της θεραπείας γονιών και παιδιού.

Αρνητικά προγνωστικά στοιχεία είναι:

- Αγόρια έχουν χειρότερη πρόγνωση.
- Παθολογικές σχέσεις μεταξύ γονιών.
- Προβλήματα στο σχολείο πριν την έναρξη της ανορεξίας.
- Ψυχαναγκαστικά και καταθλιπτικά γνωρίσματα.
- Μεγάλη απώλεια βάρους. (Λαούρη Ι)

7.5 Συνοσηρότητα

Ο Περιοριστικός Τύπος της Νευρογενούς Ανορεξίας συχνά εμφανίζει χρόνια συνοσηρότητα με κάποιες από τις Αγχώδεις Διαταραχές –κυρίως Ειδικές Φοβίες και

Διαταραχή Πανικού- και κάποιες από τις Διαταραχές Προσωπικότητας -κυρίως την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και την Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας.

Περισσότεροι παράγοντες συνοσηρότητας έχουν συνδεθεί με τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας. Τα άτομα, που πάσχουν από αυτόν τον τύπο της διαταραχής, σε μεγάλο ποσοστό υποφέρουν και από Διαταραχές της Διάθεσης (π.χ. Μείζονα Κατάθλιψη, Δυσθυμία), Αγχώδεις Διαταραχές, συχνά κάνουν κατάχρηση ουσιών ή πάσχουν από Διαταραχή Εξάρτησης από Ουσίες, πάσχουν επίσης από Διασχιστική Διαταραχή και κάποιοι από αυτούς έχουν προβεί και σε απόπειρες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι υψηλός και συχνότερα απαντάται στον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο. Κάποιες φορές γίνεται αναφορά σε καταναγκαστικές κλοπές (κλεπτομανία) και σ' αυτές τις περιπτώσεις τα αντικείμενα κλοπής είναι συνήθως γλυκά ή υπακτικά και σπανιότερα άλλα αντικείμενα. Επίσης, σ' αυτόν τον Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας συχνά παρατηρείται και παθολογία του χαρακτήρα, και μάλιστα η συνοσηρότητα με παθολογία του χαρακτήρα φαίνεται να έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην πρόγνωση της διαταραχής.

Και στους δύο Τύπους της Νευρογενούς Ανορεξίας οι ασθενείς πολύ συχνά λαμβάνουν διάγνωση Αλκοολισμού, ενώ είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν και Σεξουαλικές Διαταραχές στην ψυχιατρική συμπτωματολογία. Σε έρευνα που διεξήχθη με δείγμα γυναικών, που έπασχαν από Νευρογενή Ανορεξία, με μέσο όρο ηλικίας τα 24 έτη, προέκυψε ότι το 20% δεν είχε σεξουαλική επαφή ποτέ, ενώ ένα ποσοστό που ξεπερνούσε το 50% του δείγματος εμφάνιζε Διαταραχή της Σεξουαλικής Λειτουργίας τόσο στη φάση του οργασμού όσο και στη φάση της επιθυμίας. Συνήθως, οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία εμφανίζουν κακή σεξουαλική προσαρμογή, η οποία όταν το άτομο βρίσκεται στην εφηβεία εκδηλώνεται ως καθυστέρηση στην ψυχοκοινωνική σεξουαλική ανάπτυξη και όταν το άτομο ενηλικιωθεί εκδηλώνεται ως μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον.

Σε ότι αφορά την ομολογουμένως πολύ συχνή συνοσηρότητα με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή ή Δυσθυμία, το ποσοστό που προκύπτει από τις έρευνες αγγίζει ακόμα και το 50% των ασθενών. Όπως προκύπτει από τις έρευνες οι Μείζονες Συναισθηματικές Διαταραχές είναι συχνότερες σε μέλη της οικογένειας πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η στενή αυτή σχέση μεταξύ της Νευρογενούς Ανορεξίας και της Κατάθλιψης οδήγησαν ορισμένους ερευνητές να εξετάσουν την πιθανότητα η Νευρογενής Ανορεξία να είναι η αιτία της Κατάθλιψης. Οι υποθέσεις πίσω απ' αυτό το συσχετισμό είναι ότι οι βιοχημικές αλλαγές που επισυμβαίνουν στον οργανισμό σαν αποτέλεσμα του χρόνιου και σοβαρού υποσιτισμού ή τα συναισθήματα ενοχής και ντροπής που αισθάνεται το άτομο για τις διατροφικές του συνήθειες και την εικόνα του

σώματός του μπορεί να αποτελούν την υποβόσκουσα αιτία για την εκδήλωση καταθλιπτικής διάθεσης και συμπτωματολογίας γεγονός είναι όμως ότι η Νευρογενής Ανορεξία δεν προηγείται πάντοτε της Κατάθλιψης. Η Νευρογενής Ανορεξία και η Κατάθλιψη είναι πιθανό να έχουν κοινά σημεία σε ότι αφορά τη γενετική προδιάθεση ή τις περιβαλλοντικές αιτίες για την εκδήλωσή τους, όπως είναι για παράδειγμα ένα νοσηρό οικογενειακό περιβάλλον ή άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες στη ζωή του ατόμου. Δεν είναι τυχαίο ότι αρκετές έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι συγγενείς των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία είναι ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη Κατάθλιψης. Έχει προταθεί σαν υπόθεση και το αντίστροφο, ότι δηλαδή η Κατάθλιψη είναι αυτή που προκαλεί τη Νευρογενή Ανορεξία ή ότι η τελευταία είναι τρόπον τινά μια παράμετρος της Κατάθλιψης. Οι υποθέσεις αυτές έχουν στηριχθεί στο γεγονός ότι υπάρχει μια ομοιότητα ανάμεσα στις δύο νόσους κυρίως σε ότι αφορά τη συμπτωματολογία τους. Για παράδειγμα η απώλεια βάρους είναι ένα από τα συμπτώματα της Κατάθλιψης αλλά και της Νευρογενούς Ανορεξίας.

Επιπροσθέτως, υπάρχουν και βιολογικές ομοιότητες ανάμεσα στις δύο διαταραχές. Για παράδειγμα, τόσο οι ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία όσο και αυτοί που πάσχουν από Κατάθλιψη έχουν χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης. Επίσης, με βάση νευροχημικά ευρήματα, οι ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία μπορεί να παρουσιάζουν μειωμένη νοραδρενεργική δραστηριότητα και μειωμένα επίπεδα 3-μεθοξυ-4-υδροξυφαινυλ-γλυκόλης (ΜΗΡΡ) στα ούρα και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Ο υποσιτισμός, μπορεί να προκαλέσει πολλές βιοχημικές αλλαγές, οι περισσότερες από τις οποίες, όμως, απαντώνται και στους καταθλιπτικούς ασθενείς (π.χ. υπερκορτιζολαιμία, έλλειψη καταστολής με δεξαμεθαζόνη, καταστολή της θυρεοειδικής λειτουργίας). Η επανασίτιση ωστόσο μπορεί να βοηθήσει τον οργανισμό του ατόμου να διορθώσει όλες αυτές τις ανωμαλίες. Και οι τρεις προαναφερθείσες υποθέσεις παραμένουν πιθανές εξηγήσεις για την υψηλή συνοσηρότητα μεταξύ Νευρογενούς Ανορεξίας και Κατάθλιψης (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008).

7.6 Επιπτώσεις νόσου στο άτομο

«Νευρική ανορεξία» φαίνεται να σημαίνει «έλλειψη της όρεξης για νευρικούς λόγους» αλλά αυτό είναι τόσο πραγματικό γιατί το άτομο έχει χάσει πράγματι την ικανότητα να επιτρέπει στον εαυτό του να ικανοποιήσει την όρεξή του. Εστιάζουν στο φαγητό σε μια προσπάθεια να ανταπεξέλθουν στην ζωή περιορίζοντας τις ποσότητες που τρώνε και πίνουν, σε επικίνδυνο επίπεδο.

Είναι ένας τρόπος να δείξουν ότι έχουν τον έλεγχο του βάρους του σώματός τους και σχήματός τους. Ωστόσο, η διαταραχή από μόνη της παίρνει τον έλεγχο από το άτομο και οι χημικές αλλαγές που προκαλούνται στο σώμα επηρεάζουν τον εγκέφαλο κάνοντας αδύνατο για το άτομο να πάρει λειτουργικές αποφάσεις για το φαγητό. Καθώς η διαταραχή εξελίσσεται, πολλά άτομα υποφέρουν από εξάντληση λόγω της ασιτίας (Ινστιτούτο Ψυχολογικών Εφαρμογών).

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

Στη συμπεριφορά παρατηρείται:

- Τελετουργική στάση προς το φαγητό, όπως κόβοντάς το σε πολύ μικρά κομμάτια
- Μυστικότητα
- Υπερκινητικότητα
- Φορώντας πολύ μεγάλο μέγεθος ρούχα
- Προκαλώντας εμετό
- Κάνοντας χρήση καθαρτικών.

Στο σώμα φανερώνονται στοιχεία:

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

Η ψυχολογία του ατόμου χαρακτηρίζεται από:

- Έντονο φόβο να μην πάρει βάρος, ακόμα και αν κυμανθεί μέσα στα κανονικά πλαίσια βάρους σύμφωνα με το ύψος του ατόμου
- Δυσλειτουργικές αντιλήψεις για το σχήμα του σώματος ή του βάρους
- Άρνηση για την ύπαρξη του προβλήματος
- Αλλαγές στην προσωπικότητα του ατόμου και μεταπτώσεις στη διάθεση.

(Ινστιτούτο Ψυχολογικών Εφαρμογών)

Κεφάλαιο 8^ο

8.1 Επιπλοκές τύπων νευρογενούς ανορεξίας

Επιπλοκές συνδεόμενες με την απώλεια βάρους:

Καχεξία	Απώλεια λίπους, μυϊκής μάζας, μειωμένος θυρεοειδικός μεταβολισμός, δυσανεξία στο κρύο.
Καρδιακές	Ατροφία καρδιακού μυός, αρρυθμίες, έκτακτες κοιλιακές και κολπικές συστολές, παράταση QT διαστήματος, βραδυκαρδία, κοιλιακή ταχυκαρδία, ανακοπή(αιφνίδιος θάνατος).
Γαστρεντερικές	Καθυστέρηση της γαστρικής εκκένωσης, επιγαστρικά άλγη, δυσκοιλιότητα, μετεωρισμός.
Μεταβολικές	Υπογλυκαιμία, υποκαλιαιμία, σιδηροπενία, έλλειψη Ca, P, Zn, Mg
Αναπαραγωγικές	Αμηνόρροια, χαμηλά επίπεδα LH, FSH, GRH
Δερματολογικές	Lanugo (χνούδι που μοιάζει με αυτό των νεογνών), οίδημα στάσεως
Αιματολογικές	Αναιμία, λευκοπενία
Νευροψυχιατρικές	Διαταραχές γεύσης, απάθεια, διαταραχές προσοχής και συγκέντρωσης, ήπιες γνωσιακές διαταραχές
Σκελετικές	Οστεοπόρωση, αναστολή της ανάπτυξης στο ύψος (σε πρώιμη έναρξη)

Επιπλοκές που συνδέονται με την καθαρτική συμπεριφορά:

Μεταβολικές	Υποκαλιαιμία, υποχλωραιμική αλκάλωση, υποναγνησιαιμία
Γαστρεντερικές	Διόγκωση και φλεγμονή σιελογόνων αδένων (κυρίως παρωτίδων) και παγκρέατος, αύξηση αμυλάσης ορού, οισοφαγικές και στομαχικές διαβρώσεις, διαταραχές κενώσεων
Οδοντικές	Διάβρωση της αδαμαντίνης (ιδιαίτερα των κοπτήρων), τερηδόνα, κακή κατάσταση των δοντιών
Νευροψυχιατρικές	Κρίσεις σπασμών (συνδεόμενες με μεγάλες μεταβολές ύδατος και ηλεκτρολυτών), ήπιες μυοπάθειες, κόπωση και αδυναμία, ήπιες γνωσιακές διαταραχές

(Davison&Neale, 1993 &Elkin, 1999)

8.2 Ιατρικές επιπλοκές



Από τις αρχικές σύγχρονες περιγραφές της νευρικής ανορεξίας από τον Gull και τον Lasègue, έχει υπάρξει συνεπής και προσεκτική παρατήρηση των πολλαπλάσιων σωματικών συμπτωμάτων και των δευτερογενών συμπτωμάτων αυτής της διαταραχής. Δεδομένου ότι οι νέες τεχνικές μετρήσεων εξελίσσονται σε τέτοιες ανόμοιες περιοχές όπως την ανοσολογία και τα νέα στοιχεία προκύπτουν από τις πρωτεϊνικές επιπλοκές. Ιστορικά τέτοια συμπεράσματα έχουν χρησιμοποιηθεί κατά περιόδους προσπαθώντας να αιτιολογήσουν τα

πρότυπα της αιτιοπαθολογίας ή παραπέμπουν στη θεραπευτική συνήθως κρύβοντας την πολυπλοκότητα αυτής της πολυδιάστατης διαταραχής και αγνοώντας τη μη συγκεκριμένη συμβολή των αποτελεσμάτων του λιμού. Εντούτοις, είναι αναμφισβήτητο ότι καμία άλλη

ψυχιατρική διαταραχή δεν φανέρωνε τόσες ιατρικές επιπλοκές όσες η νευρογενής ανορεξία (Browne & Fairburn, 1995).

8.2.1 Έμμηνος ρύση – Αναπαραγωγικές επιπλοκές

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

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

8.2.2 Νεφρικές και μεταβολικές επιπλοκές

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

Η συμπτωματική υπογλυκαιμία δεν είναι κοινή στους ασθενείς με νευρική ανορεξία, πιθανώς λόγω των προσαρμοστικών αλλαγών στην απελευθέρωση και την εκκαθάριση της ινσουλίνης. Εντούτοις, η νευρική ανορεξία και ο ανιχνευμένος διαβήτης παρουσιάζει ένα σοβαρό ιατρικό πρόβλημα που απαιτεί την εισαγωγή από ειδικούς και για διαβήτη και για διατροφικές διαταραχές. Παρά τις προηγούμενες εκθέσεις των ανυψωμένων επιπέδων χοληστερόλης στους ασθενείς με νευρική ανορεξία, τα πρόσφατα στοιχεία προτείνουν ότι αυτό δεν εμφανίζεται (Garner και Garfinkel, 1997).

8.2.3 Αιματολογικές επιπλοκές

Οι ήπιες μορφές αναιμίας καθώς επίσης και λευκοπενίας και θρομβοπενίας είναι κοινές στους ανθρώπους με νευρογενή ανορεξία. Αυτοί οι ανώμαλοι δείκτες επιστρέφουν γενικά με την αποκατάσταση του βάρους. Η αναιμία είναι συνήθως “normochromic” και “normocytic” (φυσιολογικό χρώμα και σχήμα των ερυθρών κυττάρων), αν και η εντερική αιμορραγία, δευτεροβάθμια στην καθαρτική κατάχρηση, μπορεί να οδηγήσει σε αναιμία με ανεπάρκεια σιδήρου. Παρά το γεγονός μιας μείωσης ορισμένων παραμέτρων της άνοσης λειτουργίας, δεν υπάρχει κανένα στοιχείο του αυξανόμενου κινδύνου μολύνσεων. Τα χαμηλά ποσοστά ιζηματογένεσης βρίσκονται γενικά, σε αντίθεση με άλλες παθολογικές διαδικασίες που σχετίζονται με την απώλεια βάρους (Garner και Garfinkel, 1997).

8.2.4 Καρδιακές ανωμαλίες

Οι θάνατοι από νευρική ανορεξία οφείλονται κυρίως σε καρδιακές ανωμαλίες. Οι ανωμαλίες αυτές απαντώνται σε ποσοστό 87% των ανορεκτικών ασθενών. Αυτές περιλαμβάνουν βραδυκαρδία (κάτω από 60 σφύξεις/λεπτό), ταχυκαρδία, υπόταση, κοιλιακές αρρυθμίες, καρδιακή ανεπάρκεια. Η λιμοκτονία βάζει σε σοβαρό κίνδυνο την καρδιακή λειτουργία και σε συνδυασμό με τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές ανωμαλίες του καρδιακού ρυθμού. Εμβριθείς καρδιακές ανωμαλίες έχουν παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια άσκησης και αυτές μπορεί να σχετίζονται με ξαφνικό θάνατο. Η νεκροψία τριών γυναικών από τους Isner, Roberts, Heymsfield και Yager (1985) αναγνώρισε μια ενδεχομένως μοιραία επιβράδυνση των ηλεκτρικών ώσεων που δίνουν σήμα στην καρδιά για συστολή και χαλάρωση. Συγκεκριμένα αυτή η ηλεκτρική διαταραχή καλείται

‘QT εσωτερική παράταση’ και μπορεί να προκαλέσει την πιο επικίνδυνη και θανατηφόρα μορφή αρρυθμίας. Εάν δεν αντιμετωπιστεί σε μερικά λεπτά, τέτοια αρρυθμία μπορεί να προκαλέσει ξαφνικό θάνατο (Garner και Garfinkel, 1997).

8.2.5 Εγκεφαλική ατροφία

Οι εγκεφαλικές αναλύσεις είναι μη φυσιολογικές σε παραπάνω από τους μισούς ασθενείς με νευρική ανορεξία, οι οποίοι αναπτύσσουν εγκεφαλική ατροφία, όπως δείχνουν οι μεγεθυμένες αύλακες, οι διαημισφαιριακές ρωγμές και η διαστολή των εγκεφαλικών κοιλοτήτων. Αυτά τα ευρήματα συμφωνούν με μελέτες που έχουν γίνει σε ζώα, σχετικά με την απώλεια βάρους (Garner και Garfinkel, 1997).

8.2.6 Δερματολογικές επιπλοκές

Οι δερματολογικές επιπλοκές της νευρικής ανορεξίας επιγραμματικά είναι:

- 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
- Παρωνυχία
- Οίδημα
- Καροτένωση (κιτρίνισμα του δέρματος από υπερβολική κατανάλωση λαχανικών που περιέχουν Α- και Β-καροτίνη, λουτεΐνη, λυκοπένιο, κρυπτοξανθίνη και ζεαξανθίνη πχ καρότα, μήλα κ.α.)
- Χιονίστρες
- Κνησμός (φαγούρα)
- Ερύθημα (ερυθρότητα του δέρματος)
- Ακμή
- Πετέχια (δερματική ασθένεια που περιλαμβάνει πορφυρά σημάδια στο δέρμα)

- ü Ραβδώσεις στο δέρμα
- ü Εντεροπαθική ακροδερματίτιδα ή σύνδρομο του Μπραντ (συγγενής ανεπάρκεια ψευδαργύρου)
- ü Υπέρχρωση
- ü Δικτυωτή πελίδνωση
- ü Γωνιακή χειλίτιδα
- ü Πελλάγρα(http://el.m.wikipedia.org/wiki/%CE%9D%CE%B5%CF%85%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CF%81%CE%B5%CE%BE%CE%AF%CE%B1)

8.2.7 Νευρολογικές ανωμαλίες

Οι μη φυσιολογικές ηλεκτρικές εκκενώσεις στον εγκέφαλο ασθενών με διατροφικές διαταραχές, είναι κάτι που συμβαίνει συχνά και συνήθως σχετίζεται με ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Προσβολές έχουν αναφερθεί σε 4 από τις 30 περιπτώσεις που έχουν περιγραφεί από τον Russell. Μυϊκοί σπασμοί (τέτανος) και αίσθημα φαγούρας στα άκρα (περιφερική παραισθησία) έχουν επίσης περιγραφεί από τους ασθενείς(GarnerκαιGarfinkel, 1997).

8.2.8 Διαταραχές στο εριστικό σύστημα (Οστεοπόρωση)

Η νευρική ανορεξία, μια σοβαρή ασθένεια που μπορεί να βλάψει σοβαρά τα οστά μιας γυναίκας και να αποτελέσει ένα σοβαρό παράγοντα κινδύνου για οστεοπόρωση στο μέλλον. Ο Ελληνικός Σύλλογος Υποστήριξης Ασθενών με Οστεοπόρωση και το Διεθνές Ίδρυμα Οστεοπόρωσης προειδοποιούν για τη βλάβη στα οστά που προκαλείται από τη νευρική ανορεξία.

Η περίοδος της κορυφαίας οστικής πυκνότητας βρίσκεται ανάμεσα στην εφηβεία και την ενηλικίωση. Η κορυφαία οστική ανάπτυξη, τόσο για τα κορίτσια όσο και για τα αγόρια, λαμβάνει χώρα από τα 11 έως τα 17 χρόνια.

Η ηλικία των 11-17 χρόνων είναι η περίοδος κατά την οποία πολλά κορίτσια θυσιάζουν την υγεία τους αναζητώντας μια λεπτή, μοδάτη φιγούρα. Με το να ενισχύουν, όμως, κατά τη διάρκεια αυτών των χρόνων την κορυφαία οστική τους πυκνότητα ουσιαστικά

επενδύουν στα οστά τους και μειώνουν αισθητά τον κίνδυνο για ένα κάταγμα αργότερα κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Η οστεοπόρωση είναι μια ευρέως διαδεδομένη, χρόνια πάθηση, κατά την οποία τα οστά γίνονται εύθραυστα με κίνδυνο τα κατάγματα. Παρόλο που σε γενικές γραμμές παρουσιάζεται πιο συχνά στις γυναίκες που πλησιάζουν την εμμηνόπαυση ή διανύουν αυτή τη φάση, η «τράπεζα» της ισορροπίας των οστών έχει εγκαθιδρυθεί πολύ νωρίτερα, συχνά κατά τη διάρκεια των νεανικών χρόνων.

Το Διεθνές Ίδρυμα Οστεοπόρωσης εντόπισε τη σχέση μεταξύ της νευρικής ανορεξίας και της υγείας των οστών. «Το να είναι κανείς λιποβαρής αποτελεί έναν βασικό παράγοντα κινδύνου για οστεοπόρωση», σημειώνει η καθηγήτρια Bess Dawson - Hughes, προσθέτοντας πως οι δίαιτες που βοηθούν να χάσεις βάρος θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία των οστών.

Αναφορικά με τις γυναίκες με νευρική ανορεξία τονίστηκε ότι η υπερβολική λέπτυνση των οστών οδηγεί στην έλλειψη οιστρογόνων και την αμηνόρροια (παύση της εμμηνουρύσεως).

Η έλλειψη οιστρογόνων στις νέες γυναίκες συμβάλλει στην οστική απώλεια και λειτουργεί ακριβώς όπως η έλλειψη των οιστρογόνων και σε μια μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα (Mehler, 2002)

Περισσότερο από το 50% των γυναικών που πάσχουν από νευρική ανορεξία αναπτύσσουν οστεοπόρωση. Κάποτε θεωρείτο ότι η αμηνόρροια η οποία έχει υπάρξει σε περισσότερες από 95% των ασθενών με νευρική ανορεξία, ήταν απαλλαγμένη δυσμενών επιπτώσεων. Αυτή η θεώρηση άλλαξε ριζικά. Η αμηνόρροια προδιαθέτει τις γυναίκες για χαμηλή οστική πυκνότητα και οστεοπόρωση. Επειδή η οστεοπόρωση είναι ασυμπτωματική, ώσπου συμβεί ένα κάταγμα, η πλειοψηφία των ασθενών δεν αντιλαμβάνεται καν ότι έχουν την ασθένεια. Αυτό είναι ανησυχητικό γιατί η νευρική ανορεξία εισβάλλει στους εφήβους στον ίδιο χρόνο στον οποίο αποκτάται η αδυναμία της οστικής πυκνότητας.

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

Σαν αποτέλεσμα αυτού του σταδίου μείωσης της οστικής μάζας, οι ανορεκτικοί έφηβοι βιώνουν μειωμένη ανάπτυξη και μια αύξηση του κινδύνου για επίπονα κατάγματα, παραμορφωτική κύφωση, μείωση ύψους και νοσηρότητα. Η οστική πυκνότητα αυτών των

ασθενών δεν αυξάνεται στην κανονική κλίμακα, ακόμη και μερικά χρόνια μετά την ανάρρωση από τη νευρική ανορεξία. Συνεπώς αυτοί παραμένουν σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση οστεοπόρωσης στο μέλλον. Ακόμα και ένα παροδικό επεισόδιο ανορεξίας σε νεαρή ηλικία μπορεί να εξασθενίσει μόνιμα τη σκελετική ακεραιότητα. Έγκαιρες και δραστικές παρεμβάσεις για τη νευρική ανορεξία μπορούν να εμποδίσουν την οστική απώλεια.

Τα αποτελέσματα μιας νέας αμερικανικής έρευνας μάλλον θα προκαλέσουν σε πολλούς έκπληξη, καθώς δείχνουν ότι άτομα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία παρουσιάζουν εντυπωσιακά υψηλά επίπεδα λίπους στο μυελό των οστών.

Όπως αναφέρουν οι επιστήμονες του Παιδιατρικού Νοσοκομείου της Βοστώνης που πραγματοποίησαν την έρευνα, τα ευρήματά τους βασίζονται σε μαγνητικές τομογραφίες των γονάτων 20 κοριτσιών με ανορεξία και 20 υγιών κοριτσιών ίδιας ηλικίας.

Οι μαγνητικές τομογραφίες των γονάτων των κοριτσιών που συμμετείχαν στη μελέτη αξιολογήθηκαν από ακτινολόγους οι οποίοι δεν γνώριζαν την κλινική κατάσταση των κοριτσιών, σημειώνουν οι ερευνητές. Τα ευρήματα έδειξαν ότι τα κορίτσια που έπασχαν από ανορεξία είχαν αξιοσημείωτα αυξημένα επίπεδα λίπους στο μυελό των οστών, καθώς και πολύ λιγότερο υγιή ερυθρό μυελό των οστών στο κατώτερο τμήμα του μηριαίου οστού και στο ανώτερο τμήμα του κνημιαίου οστού, σε σύγκριση με τα υγιούς βάρους κορίτσια.

«Ο σχηματισμός οστού είναι πολύ μειωμένος σε κορίτσια με ανορεξία, κάτι που αποτελεί σαφώς πρόβλημα καθώς η εφηβεία είναι μια περίοδος ανάπτυξης πολύ σημαντική για το σχηματισμό των οστών», επισημαίνει η δήλωσε η Dr. Catherine Gordon, κύρια ερευνήτρια της μελέτης και διευθύντρια του προγράμματος υγείας των οστών στο Νοσοκομείο. Λόγω των ορμονικών μεταβολών που προκαλεί ο υποσιτισμός, ο μυελός των οστών σταματά να παράγει τα απαιτούμενα κύτταρα για το σχηματισμό οστού και αντί αυτού παράγει κύτταρα που σχηματίζουν λίπος (Mehler, 2002).

8.3 Η σημασία των ενδοκρινικών και μεταβολικών διαταραχών

Οι διαταραχές οι οποίες συνοδεύουν τη νευρογενή ανορεξία είναι πολλές και αφορούν στο μεταβολισμό και τις ορμονικές διαταραχές. Ωστόσο, οι διαταραχές αυτές δεν αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα της νόσου καθώς αποτελούν δευτερεύουσες ενδείξεις και σε άλλες νόσους οι οποίες φτάνουν τον ασθενή σε κατάσταση απίσχνανσης και το άτομο υποφέρει από υποσιτισμό. Άλλες διαταραχές όπως ορισμένες λειτουργίες των γοναδοτρόπων ορμονών φαίνεται να είναι πιο χαρακτηριστικές της νευρογενούς ανορεξίας (έτσι δικαιολογείται και η

έρευνα για πιθανές δυσχέρειες στις κεντρικές νευροχημικές ρυθμίσεις στη νευρογενή ανορεξία). Τέτοιες διαταραχές θα μπορούσαν να αφορούν στο επίπεδο του υποθαλάμου και συγκεκριμένα στα τμήματα που είναι υπεύθυνα για την έκκριση των γονάδων. Με βάση τα παραπάνω δεδομένα η πάθηση παίρνει ψυχοπαθολογικό χαρακτήρα, πράγμα το οποίο είναι και το μόνο σίγουρο, υποθέτοντας ότι θα μπορούσε να εμφανίσει και σωματικά στοιχεία τα οποία θα στηρίζονταν στα επίπεδα του υποθαλάμου που προαναφέρθηκαν.

Για πολύ καιρό η νόσος θεωρήθηκε ως αποτέλεσμα ανεπάρκειας υπόφυσης (“Cachexiehypophysaire”), για τον λόγο ότι εν γένει τα δυο κύρια χαρακτηριστικά της είναι η αμηνόρροια και η ανορεξία-απίσχανση.

Στην πραγματικότητα, αν υποθέσουμε ότι υπάρχει μια προ-υποφυσιακή διαταραχή, αυτή δεν είναι πλήρης και κυρίως δεν είναι παρά λειτουργική, δευτερογενής μιας παθολογίας που τοποθετείται σε ανώτερα επίπεδα. Τα υπόλοιπα κλινικά σημεία είναι ουσιαστικά δευτερογενή και οφείλονται στην απίσχανση (Steinhausen, 2002)

8.4 Θνησιμότητα

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

Οι νοσοκομειακοί γιατροί πρέπει να επαγρυπνούν με ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν ηλεκτρολυτικές και εκκριντικές διαταραχές, δυσρυθμία, εμετικές κενώσεις και προηγμένη απίσχανση (GarnerκαιGarfinkel, 1997).

Κεφάλαιο 9^ο

9.1 Στόχοι της θεραπείας

Η θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας εστιάζει σε δύο βασικά στοιχεία. Ο άμεσος στόχος είναι να βοηθήσει τον πάσχοντα να αυξήσει το σωματικό του βάρος, έτσι ώστε να αποφευχθούν οι ιατρικές επιπλοκές και η πιθανότητα θανάτου. Προκειμένου να ανατραπούν οι διατροφικές και συμπεριφοριστικές διαταραχές αναφορικά με την πρόσληψη τροφής θα πρέπει πρώτα να καθοριστεί η απαιτούμενη συχνότητα των θεραπευτικών συνεδρίων και να αξιολογηθεί η ανάγκη για μερική ή ολική νοσηλεία. Τα παραπάνω θα καθοριστούν βάσει του τρέχοντος σωματικού βάρους, της ταχύτητας απώλειας βάρους, της σοβαρότητας των συνοδών ιατρικών ή συμπεριφοριστικών προβλημάτων και τη συνύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Ο ασθενής συχνά είναι τόσο αδύναμος και οι οργανικές του λειτουργίες σε τέτοιο βαθμό αποδιοργανωμένες, ώστε η νοσηλεία, προκειμένου να διασφαλιστεί η πρόσληψη τροφής, είναι ιατρικώς επιβεβλημένη. Θα πρέπει να αξιολογηθούν και να αντιμετωπιστούν τα επείγοντα οργανικά προβλήματα όπως οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών και οι καρδιακές αρρυθμίες. Γενικά, οι ασθενείς των οποίων το βάρος είναι χαμηλότερο του 75% του αναμενόμενου, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως επικίνδυνοι ή αμφίβολοι ιατρικά και να νοσηλεύονται. Βάσει της σοβαρότητας της ασθένειας, συχνά κρίνεται αναγκαία η εμπλοκή και ενός γενικού ιατρού στην όλη θεραπευτική διαδικασία, ακόμη και αν η νοσηλεία δεν είχε κριθεί απαραίτητη.

Έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά τα προγράμματα θεραπείας της συμπεριφοράς, στα οποία ο νοσηλευόμενος είναι απομονωμένος όσο το δυνατό περισσότερο και του παρέχεται συντροφιά κατά τη διάρκεια του γεύματος, αλλά και περίοδοι που θα έχει πρόσβαση σε τηλεόραση, ραδιόφωνο, περιπάτους με κάποιο νοσηλευτή, αλληλογραφία και επισκέπτες. Όλα αυτά χρησιμοποιούνται ως επιβραβεύσεις για την πρόσληψη τροφής και την αύξηση του σωματικού βάρους. Ο δεύτερος στόχος της θεραπείας, η μακροπρόθεσμη διατήρηση των κεκτημένων σε ό,τι αφορά το σωματικό βάρος, δεν έχει μέχρι τώρα αξιόπιστα αποδειχθεί μέσω ιατρικών, συμπεριφοριστικών ή παραδοσιακών ψυχοδυναμικών παρεμβάσεων. Η αποκατάσταση του σωματικού βάρους σε ένα φυσιολογικό επίπεδο, η επαναφορά της διατροφικής συμπεριφοράς στα φυσιολογικά πλαίσια και η επίλυση των συναφών ψυχολογικών διαταραχών αποτελούν στόχους δύσκολους και χρονοβόρους (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008)

9.2 Θεραπεία

Μια από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες στη θεραπεία των πασχόντων από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι το να πείσεις τον πάσχοντα να προσέλθει για θεραπεία. Ο ασθενής αρνείται ότι έχει κάποιο πρόβλημα και κατά συνέπεια αρνείται και τη συνεργασία με τον ειδικό. Η σθεναρή αντίσταση του πάσχοντος σχετίζεται με την πεποίθησή ότι η σιλουέτα του είναι τόσο φυσιολογική όσο και επιθυμητή από τον ίδιο. Αυτός είναι και ο λόγος που η πλειονότητα των ασθενών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής-περίπου το 90%-δεν παρακολουθούν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Αυτή η αντίσταση των ασθενών όταν συνδυαστεί με την άρνηση ή την άγνοια των οικείων, αναφορικά με το διατροφικό πρόβλημα και τους σοβαρότατους κινδύνους που ενέχει αυτό, οδηγεί πολλές φορές τον πάσχοντα στο να εγκαταλείψει τη θεραπεία ή να υποτροπιάσει. Γενικότερα, τα ποσοστά ίασης είναι χαμηλότερα για τους πάσχοντες από νευρογενή ανορεξία σε σχέση με άλλες Διαταραχές Πρόσληψης τροφής (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008).

9.2.1 Βιολογικές Θεραπείες

Παρότι η νευρογενής ανορεξία συνδέεται με πολλαπλές οργανικές διαταραχές, δεν έχει αποδειχθεί ξεκάθαρα ο ρόλος της φαρμακευτικής αγωγής. Επιπρόσθετα, έχουν γίνει δοκιμές με τις περισσότερες από τις ομάδες ψυχοφαρμάκων και τις υπόλοιπες βιολογικές θεραπείες για τη νευρογενή ανορεξία, αλλά μέσα από τις συγκριτικές μελέτες για την αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπειών δεν έχει αποδειχθεί η θεραπευτική τους δράση, τουλάχιστον σε ότι αφορά τον πυρήνα της ψυχοπαθολογίας της νόσου. Έτσι, οι ψυχίατροι περιορίζονται στο να χορηγούν ψυχοφάρμακα κατά περίπτωση και ανάλογα με τα επιφανειακά συμπτώματα-στόχους, αλλά γενικότερα θα λέγαμε ότι η φαρμακοθεραπεία για τη νευρογενή ανορεξία είναι περιορισμένη.

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

Πρόσφατα το ενδιαφέρον εστιάζεται στο fluoxetine (Prozac). Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το fluoxetine είναι χρήσιμο στη θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας. Σε μια από τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί, αποδείχθηκε ότι από ένα σύνολο 37 πασχόντων από νευρογενή ανορεξία, που ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή με fluoxetine, οι 29 είχαν κατορθώσει να διατηρήσουν ένα φυσιολογικό βάρος ακόμη και 11 μήνες μετά το τέλος της αγωγής, έτσι όπως προέκυψε από το follow-up. Τα αντικαταθλιπτικά, όπως το fluoxetine, μπορούν να βοηθήσουν τόσο στις περιπτώσεις των πασχόντων, που εμφανίζουν τον υπερφαγικό-καθαρτικό τύπο της νευρογενούς ανορεξίας, στο να ελεγχθεί ο κύκλος υπερφαγίας-καθαρτικής συμπεριφοράς, αλλά και στις περιπτώσεις που συνυπάρχει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ωστόσο, κάποιοι υποστηρίζουν ότι η αύξηση του βάρους του ασθενούς αυτή καθ'εαυτή, είναι πιο αποτελεσματική στο να ανακουφίσει τον ασθενή από την καταθλιπτική συμπτωματολογία και να βελτιώσει την διάθεση των ασθενών αυτών.

Στην πράξη, οι ψυχίατροι συχνά καταφεύγουν στη χορήγηση αγχολυτικών και αντικαταθλιπτικών για την αντιμετώπιση των συνοδών ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων. Η χορήγηση όμως αντικαταθλιπτικών σε ασθενείς που έχουν ταλαιπωρήσει τον οργανισμό τους με τον χρόνιο υποσιτισμό και παρουσιάζουν επιπλοκές στο καρδιαγγειακό τους σύστημα, θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή και να φροντίζει ο ειδικός ώστε να αυξάνεται σταδιακά η δόση. Σε περίπτωση που έχει διαπιστωθεί η συνοσηρότητα με κατάθλιψη, μπορεί ο ειδικός να εξετάσει και το ενδεχόμενο της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT) (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008).

9.2.2 Διατροφική Αντιμετώπιση

- Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία παρουσιάζουν σημαντική απώλεια βάρους, είναι ανορεκτικοί και υποφέρουν από έντονα συμπτώματα κακής θρέψης.
- Το βάρος του σώματός τους μειώνεται σημαντικά.
- Τα αίτια της νευρογενούς ανορεξίας είναι, κυρίως, ψυχολογικής φύσεως, επομένως, για την σωστή και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της πάθησης είναι απαραίτητη η σύσταση μιας θεραπευτικής ομάδας από γιατρό, ψυχολόγο και διαιτολόγο.
- Σκοπός της διατροφικής παρέμβασης είναι η αλλαγή της συνολικής διατροφικής συμπεριφοράς και η υιοθέτηση νέων υγιών συνηθειών.

- Παρουσιάζονται σημαντικές διαταραχές στην ισορροπία υγρών, ηλεκτρολυτών και βιοχημικών παραμέτρων, καθώς και διαταραχές του καρδιαγγειακού συστήματος, που οφείλονται στην άρνηση λήψης τροφής.
- Θα πρέπει να αξιολογείται η διατροφική κατάσταση των ασθενών κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.
- Η διατροφική υποστήριξη πρέπει να ξεκινά με αργό ρυθμό και να αυξάνεται σταδιακά στη πορεία για αποφυγή συνδρόμου επανασίτισης.
- Συνίσταται ως στόχος η αύξηση βάρους 0,5-1,0 kg/εβδομάδα.

Ενδείξεις:

- Κάλυψη των ενεργειακών αναγκών.
- Πρόληψη της σημαντικής απώλειας βάρους.
- Ανάγκη αλλαγής διατροφικής συμπεριφοράς.
- Ενίσχυση προγράμματος διατροφικής αποκατάστασης.

Εργαλεία ελέγχου θρεπτικής κατάστασης ασθενούς:

- MUST εύκολο στην προσαρμογή και δεν απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες.
- PG-SGA σε ιδιαίτερα ευπαθείς πληθυσμούς που η υποθρεψία έχει πολύ μεγάλο αντίκτυπο στην πορεία και εξέλιξη της νόσου.

Ενεργειακές ανάγκες:

Ημερήσιες ανάγκες σε ενέργεια (kcal)

• Ηλικία	Γυναίκες	Άνδρες
15-18	2110	2755
19-50	1940	2550

- Για τους περισσότερους ασθενείς που ζυγίζουν <45kg, εκκίνηση με χορήγηση 1400 kcal επαρκεί για προστασία περαιτέρω απώλειας βάρους.
- Αυτό το επίπεδο θα πρέπει να συνεχιστεί μέχρι να διαπιστωθεί ότι η εντερική λειτουργία έχει αποκατασταθεί (7-10 ημέρες).
- Χορήγηση 2200-2500 kcal υπολογίζεται ότι επαρκεί για ικανοποιητική αύξηση βάρους 0,5-1,0 kg στους περισσότερους ασθενείς.
- Στόχος BMI=19-25.
- Στόχος η αύξηση βάρους 0,5-1,0 kg/εβδομάδα.

Ημερήσιες Ανάγκες Πρωτεΐνης(gr)

Ϊ Ηλικία	Γυναίκες	Άνδρες
15-18	45.0	55.2
19-50	45.0	55.5

Ϊ Συνιστάται η χορήγηση 45-55gr πρωτεΐνης την ημέρα.

Μέθοδοι χορήγησης θρεπτικής υποστήριξης

A. Από του στόματος σίτιση (peros) με τροφή του νοσοκομείου:

- Ϊ Ασθενείς που έχουν πλήρη συνείδηση, έχουν τη δυνατότητα να ακολουθούν οδηγίες, έχουν άρτια ικανότητα κατάποσης, με επαρκή λειτουργία του Γ.Ε.Σ. και επαρκή ψυχολογική υποστήριξη και δεν παρουσιάζουν σημαντική απώλεια βάρους.
- Ϊ Παρακολούθηση: Βάρους, ημερήσιας κατανάλωσης τροφής (% του φαγητού που δεν καταναλώνεται), λειτουργία/διαταραχές του Γ.Ε.Σ., ηλεκτρολύτες και άλλες εξετάσεις που ορίζονται από το πρωτόκολλο της νόσου.

B. Από του στόματος σίτιση (peros) με πόσιμα συμπληρώματα διατροφής:

- Ϊ Ασθενείς που έχουν πλήρη συνείδηση, επαρκή ψυχολογική υποστήριξη, δεν παρουσιάζουν σημαντική απώλεια βάρους, έχουν τη δυνατότητα και επιθυμούν να ακολουθούν οδηγίες και έχουν επαρκή λειτουργία του Γ.Ε.Σ. χωρίς γαστρεντερικές διαταραχές, αλλά παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα ή αποφυγή πρόσληψης τροφής.
- Ϊ Χορήγηση θρεπτικών συμπληρωμάτων παράλληλα με την ελεύθερη σίτιση από το στόμα.
- Ϊ Παρακολούθηση: Βάρους, ημερήσιας κατανάλωσης τροφής (% του φαγητού που δεν καταναλώνεται), λειτουργίας του Γ.Ε.Σ., ισοζυγίου υγρών, βιοχημικών παραμέτρων, ηλεκτρολυτών και άλλων εξετάσεων που ορίζονται από το πρωτόκολλο της νόσου.
- Ϊ Προτιμητέα είναι η χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής από του στόματος από οποιαδήποτε άλλη οδό χορήγησης, εφ' όσον ο/η ασθενής συνεργάζεται και δεν παρουσιάζει σημαντική υποθρεψία.

Γ. Πλήρης εντερική σίτιση μέσω καθετήρα:

- Û Σε περίπτωση μειωμένης πρόσληψης τροφής (<70% αναγκών), απώλειας βάρους ή μη συμμόρφωσης με τις διατροφικές οδηγίες, γαστροπάρεσης ή μειωμένης ικανότητας κένωσης του στομάχου, ενδείκνυται η χορήγηση συμπληρωματικής σίτισης μέσω εντερικού καθετήρα για την κάλυψη των θερμιδικών αναγκών.
- Û Παρακολούθηση: βάρους, ημερήσιας κατανάλωσης τροφής, λειτουργίας του Γ.Ε.Σ., ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και άλλες εξετάσεις που ορίζονται από το πρωτόκολλο της νόσου.
- Û Συνεχής στάγδην έγχυση μέσω καθετήρα σίτισης.

Δ.Παρεντερική σίτιση:

- Û Αν ο ασθενής δεν έχει καλή ανοχή της εντερικής σίτισης ή δεν μπορεί να επιτευχθεί η χορήγηση του επιθυμητού όγκου τροφής με την εντερική σίτιση μέσω καθετήρα, τότε είναι απαραίτητη η χορήγηση συμπληρωματικής ή και ολικής παρεντερικής διατροφής.

Περιφερική παρεντερική διατροφή:

- Û Χορηγείται περιφερική παρεντερική που καλύπτει περίπου το 75% των αναγκών σε θερμίδες.
- Û Απαραίτητη προϋπόθεση η ωσμωτικότητα του περιφερικού σκευάσματος να είναι χαμηλότερη από 850 mOsm/l και την τήρηση κανόνων για την αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας.

Κεντρική παρεντερική διατροφή:

- Û Μόνο όταν ο ασθενής δεν συμμορφώνεται με τις διατροφικές συστάσεις, παρουσιάζει έντονα συμπτώματα κακής θρέψης και δεν ανταποκρίνεται σε εναλλακτική εντερική ή από του στόματος θεραπευτική προσέγγιση.

Παρακολούθηση: βάρους, λειτουργίας του ΓΕΣ, συνεχή επανεκτίμηση της οδού χορήγησης διατροφής, επανεκτίμηση της συμμόρφωσης του ασθενούς, ισοζυγίου αζώτου, υγρών και

ηλεκτρολυτών, ηπατικές εξετάσεις, μαγνήσιο, ασβέστιο, φώσφορος, τριγλυκερίδια ορού, καθώς και άλλες εξετάσεις που ορίζονται από το πρωτόκολλο της νόσου.

Û Έναρξη εντερικής ή peros σίτισης το συντομότερο δυνατό.

Επιλογή διαλυμάτων:

- Û Χορήγηση θρεπτικών συμπληρωμάτων παράλληλα με την ελεύθερη σίτιση από το στόμα.
- Û Χρησιμοποιούνται εντερικά ισοθερμικά standard διαλύματα ανάλογα με την θρεπτική κατάσταση του ασθενούς.
- Û Σε ασθενείς εντός νοσοκομείου δεν προτείνεται η αύξηση βάρους >0,5kg/εβδομάδα.
- Û Σε ασθενείς με σημαντική απώλεια βάρους, η διατροφική υποστήριξη πρέπει να ξεκινά με αργό ρυθμό και να αυξάνεται σταδιακά στην πορεία για αποφυγή συνδρόμου επανασίτισης.
- Û Στόχος η αύξηση βάρους εντός νοσοκομείου 0,5-1,0kg/εβδομάδα.
- Û Οι ασθενείς στο πρώτο στάδιο επανασίτισης θα πρέπει να παρακολουθούνται αυστηρά (βιοχημικά, ηλεκτρολύτες, ισοζύγιο υγρών).
- Û Αναπλήρωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών με ενδοφλέβια χορήγηση διαλυμάτων.
- Û Απαιτείται στενή παρακολούθηση του καρδιαγγειακού συστήματος και συχνά ηλεκτροκαρδιογραφήματα.
- Û Συνίσταται η χορήγηση συμπληρωματικών μικροσυστατικών (βιταμίνες B και C, φώσφορος, μέταλλα, Zn). Θα πρέπει να χορηγούνται παρεντερικά προ της εκκίνησης της Εντερικής Διατροφής και να συνεχίζουν παράλληλα με αυτή.
- Û Συνίσταται η χορήγηση πόσιμου συμπληρώματος θειαμίνης σε ασθενείς με απότομη αύξηση βάρους.
- Û Δεν υπάρχουν πλεονεκτήματα από τη χρήση θρεπτικών διαλυμάτων με τροποποιημένη σύνθεση στην εντερική διατροφή.
- Û Αποφυγή υπερθερμικής σίτισης.
- Û All-in-one σάκοι παρεντερικής διατροφής με standard σύνθεση μακροθρεπτικών και μικροθρεπτικών συστατικών όπου αυτό κρίνεται απολύτως απαραίτητο.
- Û Δεν συνίσταται η χορήγηση διαλυμάτων εμπλουτισμένων με ειδικές ανοσοποιητικές ουσίες.

Ημερήσιες ανάγκες σε υγρά:

Ηλικία	ml/kg ΒΣ
15-18	50
19-50	30-35

Ρυθμός χορήγησης εντερικής σίτισης:

- 10-20ml/ώρα την πρώτη ημέρα με σταδιακή αύξηση κάθε μέρα μέχρι τον επιθυμητό ρυθμό χορήγησης.
- Η διατροφική υποστήριξη πρέπει να ξεκινά με αργό ρυθμό και να αυξάνεται σταδιακά στην πορεία για αποφυγή συνδρόμου επανασίτισης (www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_l_id=34765&folderId=34080&name=DL_FE-1033.pdf).

9.2.3 Φαρμακευτική θεραπεία

Οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία συχνά αντιστέκονται στη φαρμακευτική αγωγή και δεν υπάρχουν φάρμακα που να έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικά. Ορισμένες αναφορές υποστηρίζουν τη χρήση κυπροεπταδίνης, που μπορεί να προκαλέσει αύξηση βάρους. Άλλα φάρμακα, που έχουν χρησιμοποιηθεί με ποικίλα αποτελέσματα, περιλαμβάνουν την κλομιπραμίνη, την πιμοζίδη και την χλωροπρομαζίνη. Η δοκιμαστική χορήγηση φλουοξετίνης έχει οδηγήσει σε αναφορές πρόσληψης βάρους και οι σεροτονινεργικοί παράγοντες μπορεί να είναι χρήσιμοι. Αν συνυπάρχει μείζων καταθλιπτική διαταραχή, χορηγούνται αντικαταθλιπτικά. Υπάρχει ανησυχία αναφορικά με την χρήση τρικυκλικών φαρμάκων σε χαμηλού βάρους, καταθλιπτικές ασθενείς, που μπορεί να είναι ευάλωτες σε υπόταση, καρδιακές αρρυθμίες και αφυδάτωση. Ωστόσο, ο κίνδυνος παρενεργειών ελαττώνεται όταν έχει εξασφαλιστεί επαρκής διατροφική κατάσταση (Kaplan&Sadock's, 2004).

9.2.4 Ψυχοθεραπεία – Ατομική Ψυχοθεραπεία

Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία, μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο χρειάζονται συνεχείς παρεμβάσεις. Σε ηπιότερες περιπτώσεις, μπορεί να μην είναι αναγκαία η νοσηλεία. Επειδή για τους περισσότερους ασθενείς η νόσος έχει έναρξη στην εφηβεία, η οικογενειακή θεραπεία είναι μέρος ενός ολοκληρωμένου θεραπευτικού σχεδίου. Αν και η κλασική ψυχοδυναμικά προσανατολισμένη θεραπεία δεν βοηθάει στα αρχικά στάδια της θεραπείας, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής βρίσκεται σε φάση λιμοκτονίας, οι αναισθητικού τύπου ψυχοθεραπείες έχουν βοηθήσει τους ανορεκτικούς ασθενείς κατά την περίοδο σταθεροποίησης τους (Kaplan&Sadock's, 2004).

Οι περισσότερες μορφές ψυχοθεραπείας δίνουν έμφαση στο χτίσιμο μιας καλής σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και τον θεραπευτή. Η ψυχοθεραπεία εστιάζει στα τρέχοντα προβλήματα του ασθενή αλλά και σε πλευρές της προσωπικής του ιστορίας. Οι περισσότεροι θεραπευτές προσπαθούν να ενθαρρύνουν υγιείς διατροφικές συνήθειες, να ενισχύουν την επανάκτηση βάρους και κάποιες συνεδρίες περιστρέφονται σχεδόν αποκλειστικά σε θέματα αυτοεικόνας και εικόνας σώματος. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις η θεραπεία εστιάζεται σε άλλα θέματα και ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται να διερευνήσει και να εκφράσει τα συναισθήματά του γύρω από μια ευρεία γκάμα θεμάτων όπως είναι η επιτυχία και η αποτυχία, τα σεξουαλικά ζητήματα και ο αυτοέλεγχος (Kaplan&Sadock's, 2004).

9.2.5 Οικογενειακή θεραπεία

Η οικογενειακή θεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας και ειδικότερα σε νεαρούς ασθενείς. Είναι η πιο ισχυρά τεκμηριωμένη θεραπεία, με βάση τις μελέτες για εφήβους με νευρογενή ανορεξία. Έχει αναφερθεί ως ανώτερη από την ατομική θεραπεία σε 2 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες για εφήβους με την πάθηση αυτή.

Μια οικογενειακή θεραπεία με το άτομο ως εξωτερικό ασθενή μπορεί να είναι χρήσιμη για τους νεαρούς ασθενείς. Αυτή η προσέγγιση εξουσιοδοτεί τους γονείς του ασθενούς με νευρογενή ανορεξία να επανασιτήσουν το παιδί τους, επαναδιαπραγματεύεται τη σχέση μεταξύ του παιδιού και των γονέων για να επιλύσει άλλα θέματα εκτός του φαγητού, καθώς και να βοηθήσουν το παιδί τους να επανέλθει στην κανονική εφηβική ανάπτυξη χωρίς

καμία διατροφική διαταραχή. Διάφορες προκαταρκτικές μελέτες έχουν δείξει ελπιδοφόρα αποτελέσματα για την οικογενειακή θεραπεία με έφηβους ασθενείς.

Επειδή η οικογένεια παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση αλλά και στη διαίωσιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής, κρίνεται σκόπιμη η παρέμβαση του ψυχολόγου στην οικογένεια με αποτέλεσμα είτε να ενημερώσει για τυχόν λανθασμένες απόψεις και να μειώσει τις ενοχές και τις αυτοκατηγορίες των υπόλοιπων μελών της οικογένειας, είτε αντίθετα να μειώσει την πιθανή αντίσταση ή άρνηση των γονέων όσον αφορά στη σοβαρότητα της διαταραχής (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008).

9.2.6 Δυναμική Ψυχοθεραπεία

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

Πολλοί κλινικοί γιατροί προτιμούν τις γνωστικές-συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις για να παρακολουθούν την απόκτηση και διατήρηση του βάρους και να επικεντρώσουν στις συμπεριφορές διατροφής. Συνιστώνται επίσης γνωστικές και διαπροσωπικές στρατηγικές, ώστε να διερευνηθούν άλλα θέματα που σχετίζονται με την διαταραχή. Η οικογενειακή θεραπεία έχει επίσης χρησιμοποιηθεί για να εξεταστούν οι διαδράσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και το πιθανό δευτερογενές όφελος του ασθενούς από τη διαταραχή (Kaplan&Sadock's, 2004).

9.2.7 Εναλλακτικές μορφές θεραπείας

- **Γιόγκα:** Σε προκαταρκτικές μελέτες η ατομική θεραπεία με γιόγκα έχει αποδειχθεί να έχει θετικά αποτελέσματα για χρήση ως συμπληρωματική θεραπεία σε μια καθιερωμένη θεραπεία. Αυτή η θεραπεία έχει αποδειχθεί να μειώνει τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών όπως την προκατάληψη σχετικά με το φαγητό, η οποία μειώνεται με κάθε συνεδρία. Τα αρνητικά αποτελέσματα των ασθενών στις εξετάσεις για διατροφική διαταραχή μειώθηκαν σταθερά κατά την διάρκεια της θεραπείας.
- **Βελονισμός/Tuī na:** Σύμφωνα με μια μελέτη στην Κίνα σημειώθηκαν θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας με έναν συνδυασμό θεραπειών που χρησιμοποιούσε βελονισμό και Tuī na μια μορφή θεραπείας διαχείρισης.
- **Mandometer:** Πρόκειται για μία εναλλακτική θεραπεία που δεν είναι γνωστή στη χώρα μας. Αυτή η θεραπεία, προσφέρεται σε εξειδικευμένες κλινικές στη Σουηδία, στην Ολλανδία, στην Καλιφόρνια και στην Αυστραλία. Ο ασθενής νοσηλεύεται για διάστημα κάποιων μηνών, χωρίς να επιτρέπεται να γυμνάζεται, να παίρνει φάρμακα ή να κάνει ψυχοθεραπεία και εκπαιδεύεται να τρώει με την βοήθεια μιας συσκευής. Η συσκευή αυτή, συνδέεται με έναν υπολογιστή όπου εμφανίζονται δύο ειδών καμπύλες. Η μία σχετίζεται με το πιάτο που έχει μπροστά του ο ασθενής (το οποίο βρίσκεται πάνω σε μία ζυγαριά) και όσο αδειάζει σχηματίζεται μία καμπύλη στον υπολογιστή για να περιγραφεί ο ρυθμός με τον οποίο τρώει ο θεραπευόμενος. Παράλληλα, μέσω του χεριού του ασθενούς – όπου υπάρχει ένας αισθητήρας – υπολογίζεται το αίσθημα του κορεσμού που νιώθει και καταγράφεται επίσης στον υπολογιστή. Έτσι, συνδέεται ο ρυθμός του φαγητού με το αίσθημα κορεσμού και ο ασθενής εκπαιδεύεται στο να τρώει (π.χ. αυξάνοντας το ρυθμό λήψης τροφής). Η μέθοδος αυτή έχει 75% επιτυχία όσων αφορά τη μη υποτροπή, που είναι από τα συχνότερα προβλήματα στην εν λόγω ασθένεια. Το μειονέκτημά της Mandometere είναι το υψηλό της κόστος (Δάλλα Α.).

Έρευνα

- **Μαρινόλη (Δροναβινόλη):** Αποτελεί μια συνθετική μορφή της Δέλτα 9 –THC μια ψυχοτροπική ουσία η οποία εξάγεται από τη ρητίνη του φυτού Κάνναβη sativa είναι τώρα το υποκείμενο μιας κλινικής δοκιμής για την χρήση της στην

αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας, η μελέτη είναι προγραμματισμένη να τελειώσει το 2011.

- Ü Θεραπεία Γκρελίνης: Πιλοτικές μελέτες έχουν καταλήξει στην χρήση της έγχυσης γκρελίνης για την θεραπεία των ασθενών με νευρική ανορεξία εκτός νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα έδειξαν θετική επίδραση στην μείωση των σχετικών γαστρεντερικών, σύμπτωση στην αύξηση της όρεξης των ατόμων και στην πρόσληψη ενέργειας χωρίς παρενέργειες (http://el.m.wikipedia.org/wiki/%CE%9D%CE%B5%CF%85%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CF%81%CE%B5%CE%BE%CE%AF%CE%B1).

9.3 Ορμόνη κατά της Νευρικής Ανορεξίας

Η πρόσφατη ανακάλυψη της γκρελίνης οδήγησε σε ενδιαφέροντα στοιχεία, που αφορούν στους μηχανισμούς πρόσληψης τροφής. Η γκρελίνη είναι ένα πεπτίδιο αποτελούμενο από 28 αμινοξέα, που παράγεται κυρίως στον στόμαχο. Είναι ισχυρότατος διεγέρτης για την έκκριση της αυξητικής ορμόνης αλλά και ορεξιογόνο σήμα από το γαστρεντερικό σύστημα προς τον εγκέφαλο, δρώντας στους NPY και AGRP νευρώνες του τοξοειδούς πυρήνα του υποθαλάμου. Η παραγωγή της διεγείρεται από την πτωχή σε λίπος διαίτα και καταστέλλεται από την λεπτίνη, την αυξητική ορμόνη, την ιντερλευκίνη-1b και την πλούσια σε λίπος διαίτα. Τα επίπεδα γκρελίνης είναι μειωμένα σε παχύσαρκα άτομα και αυξάνονται με την απώλεια βάρους. Η αποκάλυψη ευρύτατης κατανομής υποδοχέων της σε όλο το σώμα, οδήγησε στη διαπίστωση ευνοϊκής δράσης της σε καρδιαγγειακά νοσήματα, καθώς και συσχέτισής της με καταστάσεις καχεξίας και stress. Διαπιστώθηκε επίσης πολύπλοκη αλληλεπίδρασή της με άλλες ουσίες, όπως η λεπτίνη, η ινσουλίνη και οι θυρεοειδικές ορμόνες. Η σχέση της γκρελίνης με τη διαδικασία πρόσληψης τροφής καθιστά την ενδεχόμενη χορήγηση ανταγωνιστών της ως φάρμακα κατά της παχυσαρκίας ενδιαφέρουσα, αλλά και δύσκολη, αν ληφθεί υπόψη η ποικίλη δράση της, ιδίως στην έκκριση της αυξητικής ορμόνης. Ενδιαφέρον έχει επίσης το ενδεχόμενο χορήγησης γκρελίνης για την αντιμετώπιση καταστάσεων καχεξίας. Η πρόσφατη διαπίστωση ότι το πεπτίδιο PYY₃₋₃₆ έχει δράση αντίθετη της γκρελίνης, ανοίγει νέες συναρπαστικές προοπτικές στους ανωτέρω τομείς.

Περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1999 όταν απομονώθηκε από το στόμαχο του ποντικού. Διαπιστώθηκε τότε ότι αποτελεί το φυσικό συνδετικό κρίκο μεταξύ των συνθετικών διεγερτών της έκκρισης της αυξητικής ορμόνης (GrowthHormoneSecretagogues, GHS) και του υποδοχέα τους (GHS-R) ευοδώνοντας την έκκριση αυξητικής ορμόνης (GH). Η ανθρώπινη γκρελίνη είναι ομόλογη με αυτή του ποντικού, διαφέροντας μόνο κατά δύο αμινοξέα. Αποδείχθηκε, τόσο στα τρωκτικά όσο και στους ανθρώπους, ότι υψηλά επίπεδα γκρελίνης χορηγούμενης εξωγενώς προκαλούν σταθερή αύξηση της πρόσληψης τροφής, που οδηγεί στην αύξηση του σωματικού βάρους (Κόκκινος Α. και Κατσιλάμπρος Ν.).

Κεφάλαιο 10^ο

10.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή

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

Ως προς το βιολογικό τομέα, η συνέντευξη θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα λεπτομερές ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό καθώς και προσεκτική παρατήρηση των βασικών συμπτωμάτων της ασθένειας (π.χ. απίσχνανση, βραδυκαρδία κ.τ.λ.) των οποίων η διάρκεια και η δριμύτητα επηρεάζουν τη θεραπευτική διαδικασία. Για την μετέπειτα διατροφική αποκατάσταση είναι πολύτιμη κάθε πληροφορία για το βάρος και τη διατροφική συμπεριφορά του ασθενούς. Ερωτήσεις σχετικές με το μέγιστο ή ελάχιστο βάρος που έχει φτάσει ο ασθενής, με δίαιτες που πιθανόν έχει ακολουθήσει και χρήση καθαρτικών είναι απαραίτητο να γίνουν ακόμα και αν ο ασθενής δυσανασχετεί για αυτές. Τέλος, πληροφορίες για τις συνήθειες ύπνου του ασθενούς, καθώς και για τη συχνότητα και την ένταση που αυτός ασκείται σωματικά, συμπληρώνουν το βιολογικό πορτρέτο του ασθενούς.

Ως προς τα ψυχολογικά συμπτώματα της νόσου, αυτά θα πρέπει να ελέγχονται λεπτομερώς, ακόμα και αν ο ασθενής τα αρνείται ή προσπαθεί να τα ελαχιστοποιήσει. Συμπτώματα όπως κατάθλιψη ή άλλες ψυχικές διαταραχές, καθώς και οριακές διαταραχές προσωπικότητας απαιτούν μεγαλύτερη προσοχή γιατί συμπεριφορές που σχετίζονται με τέτοιες διαταραχές μπορούν να οδηγήσουν μέχρι και σε αυτοκτονία. Σημαντικό είναι επίσης να ερευνηθεί οποιοδήποτε ιστορικό σεξουαλικής ή ψυχολογικής βίας, αφού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αναφέρονται τέτοια περιστατικά.

Συμπτώματα όπως μελαγχολία, άγχος, έμμονες ιδέες, παρορμητικότητα πρέπει να προσδιοριστούν μετά από εξέταση του διανοητικού επιπέδου του ασθενούς. Πληροφορίες σχετικές με το πώς αντιλαμβάνεται ο ασθενής το «φαγητό και το βάρος» με το πόσο έντονα αυτά τον απασχολούν, καθώς και με τα φαγητά τα οποία ο ασθενής θεωρεί «απαγορευμένα» αποδεικνύονται πολύ χρήσιμες κατά τη μετέπειτα θεραπευτική διαδικασία. Επίσης πολύτιμες θεωρούνται οι προσδοκίες του ίδιου του ασθενή για το αποτέλεσμα της θεραπείας του καθώς και οποιεσδήποτε δικές του προτάσεις για τη διεξαγωγή αυτής της θεραπείας. Εξίσου σημαντική είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ των συμπτωμάτων της νόσου και της κοινωνικής ζωής του ασθενούς. Η επαγγελματική ή η σχολική του επίδοση, τα κάθε είδους ενδιαφέροντά του, οι σχέσεις του εκτός της οικογένειας, καθώς και η δυναμική των οικογενειακών σχέσεων πολύ συχνά συντηρούν ή επιδεινώνουν τη διαταραχή (Κυριακίδου, 2000).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην διατροφική αποκατάσταση

Βασική προϋπόθεση είναι ο καθορισμός του κατώτατου ορίου βάρους του ασθενούς και των απαιτούμενων καθημερινών ποσοτήτων τροφής. Οι στόχοι αυτοί μπορούν να επιτευχθούν ατομικά ή σε ομάδες θεραπείας. Σε οποιαδήποτε περίπτωση ο νοσηλευτής επαινεί την αύξηση βάρους ως αποτέλεσμα της προσπάθειας του ασθενή και διακριτικά αγνοεί την πιθανή μείωσή του. Η επαφή μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή είναι συνεχής. Ο νοσηλευτής κάθεται στο ίδιο τραπέζι κατά τη διάρκεια του φαγητού και μαζεύει τα πιάτα χωρίς σχόλια και ίχνος πίεσης. Δημιουργεί όσο το δυνατόν ευχάριστο περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα καταγράφει την καθημερινή κατανάλωση τροφής. Ανάλογα με την περίπτωση, μπορεί να μειωθεί η προγραμματισμένη ποσότητα τροφής που πρέπει να καταναλωθεί, αλλά να συμπληρώνεται με ενδιάμεσα μικρογεύματα. Με την πάροδο του χρόνου και αφού το επίπεδο αυτοπεποίθησης του ασθενή κρίνεται ικανοποιητικό, μπορεί να του δοθεί, όσο πιο συχνά γίνεται το δικαίωμα της επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικά προγράμματα διατροφής. Ποσότητες φαγητού «κρυμμένες» σε τσέπες ή πεταμένες στα σκουπίδια δεν θα πρέπει να ξεφεύγουν από την προσοχή του νοσηλευτή.

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

ζυγίζεται ο ασθενής με την πλάτη στη ζυγαριά, αναπτύσσοντας έτσι ταυτόχρονα και μια σχέση εμπιστοσύνης με το νοσηλευτή του.

Ο έλεγχος του προσωπικού χώρου του ασθενούς και η χρήση συσκευών παρακολούθησης θα πρέπει, όταν αυτό είναι εφικτό, να αποφεύγονται. Σε περίπτωση που ο ασθενής παραβιάζει βασικούς κανόνες του διαιτητικού του προγράμματος, ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να βρίσκεται συνεχώς μαζί του, ειδικά κατά τη διάρκεια των γευμάτων, και εάν κρίνει απαραίτητο, να του στερεί το δικαίωμα χρήσης του μπάνιου για τουλάχιστον 2 ώρες μετά το φαγητό. Έτσι, θα ελαχιστοποιηθούν οι προσπάθειες του ασθενούς να διατηρήσει το χαμηλό βάρος του προκαλώντας μετά το φαγητό κρυφούς τεχνητούς εμέτους. Ως προς τη σωματική άσκηση, θα πρέπει να τηρούνται μέτρια προγράμματα που καταπολεμούν την κατάθλιψη και διατηρούν τη μυϊκή μάζα/βάρος του ασθενούς. Ο καθορισμός ορίων άσκησης προλαμβάνει τη ροπή πολλών ασθενών προς ακραίες σωματικές δραστηριότητες.

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

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

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

Διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών

Καταρχάς ο νοσηλευτής καταγράφει τα ζωτικά σημεία του ασθενή. Στη συνέχεια ελέγχει την ποσότητα και το είδος των προσλαμβανόμενων υγρών καθώς και την ποσότητα

των ούρων. Συζητά με τον ασθενή τρόπους αποφυγής και διακοπής των τεχνητών εμέτων και της χρήσης καθαρτικών και διουρητικών. Καθορίζει δραστηριότητες (όπως συγκεκριμένο πρόγραμμα για πρόσληψη υγρών) που θα βοηθήσουν τον ασθενή να επαναφέρει και να διατηρήσει το ισοζύγιο των σωματικών του υγρών. Επιπλέον ενημερώνεται για τα αποτελέσματα των εξετάσεων ηλεκτρολυτών/νεφρικής λειτουργίας, αφού πιθανές μεταβολές τους μπορούν να επηρεάσουν την ανάρρωση του ασθενούς απαιτώντας έτσι πρόσθετες παρεμβάσεις. Σε επείγουσες περιπτώσεις διατάραξης της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας απαιτείται συμπληρωματική χορήγηση καλίου, για να αποφευχθούν επεισόδια καρδιακής δυσρυθμίας (Κυριακίδου, 2000).

Δερματολογικός έλεγχος

Ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει προσοχή σε οποιεσδήποτε δερματικές αλλοιώσεις παρατηρεί (π.χ. ξηρότητα, ευερεθιστότητα). Η χρήση ενυδατικών προϊόντων δύο φορές την ημέρα και πάντα μετά το μπάνιο μειώνει τον κνησμό και ενισχύει την ελαστικότητα της επιδερμίδας. Όπου απαιτείται, ο νοσηλευτής εφαρμόζει ελαφρές μαλάξεις, ειδικά σε περιοχές που πιέζονται από οστικές προεξοχές, ενισχύοντας έτσι την καλή κυκλοφορία του αίματος. Η τακτική αυτή θα πρέπει να χρησιμοποιείται με φειδώ, όπου υπάρχει ιστορικό σεξουαλικής ή φυσικής βίας. Εάν ο ασθενής σιτίζεταιπαρεντερικά, πρέπει να πειστεί πως για την καλή κυκλοφορία του αίματος και την αποφυγή συμπτωμάτων κατάκλισης, είναι απαραίτητη η συχνή αλλαγή θέσης στο κρεβάτι του (Kaplan&Sadock's, 2004).

Διαδικασία σκέψης

Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει αν υπάρχουν διαταραχές στην διανοητική ικανότητα του ασθενή, έτσι ώστε να διαμορφώνει κατάλληλα τις προσδοκίες που έχει από αυτόν και ταυτόχρονα να επιλέγει τον κατάλληλο τρόπο για την ψυχολογική του υποστήριξη. Ο ρόλος του «καλού ακροατή» και η ειλικρίνεια στις συζητήσεις δημιουργούν το κατάλληλο κλίμα εμπιστοσύνης. Το ακριβώς αντίθετο προκαλεί η υπερβολική και επιπόλαια αντίδραση σε τυχόν παράλογη συμπεριφορά του ασθενούς. Παράλληλα η αυστηρή τήρηση της διαιτητικής αγωγής συμβάλλει στη βελτίωση της εγκεφαλικής λειτουργίας (Kaplan&Sadock's, 2004).

Διαταραχή σωματικής εικόνας/ αυτοπεποίθησης

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

Ο νοσηλευτής, σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας, απαντά με ειλικρίνεια ακόμα και σε παράλογες διατυπώσεις του ασθενούς σχετικά με το σώμα ή το βάρος του, αποφεύγοντας όμως οποιαδήποτε επικριτικά σχόλια ή ακραίες αντιδράσεις. Προβλήματα προσωπικά ή οικογενειακά θα πρέπει να μένουν εκτός, έτσι ώστε να μπορεί ο νοσηλευτής να ελέγχει τη συμπεριφορά του προς τον ασθενή και να μην συγκρούεται αδικαιολόγητα μαζί του, διατηρώντας με αυτό τον τρόπο ψυχολογική σταθερότητα στη μεταξύ τους σχέση (Kaplan&Sadock's, 2004).

Νοσηλευτής και οικογένεια

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

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποθαρρύνει τα μέλη από το να επιδιώκουν την επιδοκιμασία των άλλων. Κατά τη διάρκεια της συζήτησης προσέχει οποιαδήποτε σημάδια της παραπάνω συμπεριφοράς και δεν χάνει την ευκαιρία να αναγνωρίζει αυτεξούσιες πράξεις ή λόγια του ασθενή. Δίνει πάντα σημασία σε αυτά που λέει, ενώ ταυτόχρονα σέβεται τον ιδιωτικό χώρο του καθενός και αναγνωρίζει το δικαίωμα του κάθε μέλους να μην συζητήσει δεδομένα που αυτό θεωρεί πολύ προσωπικά. Έτσι κάθε μέλος κατορθώνει να διατηρεί ανέπαφη την προσωπική του σφαίρα, ενώ ταυτόχρονα μαθαίνει να εκφράζει χωρίς το φόβο

της αποδοκίμασias τις προσωπικές του απόψεις σε όλα τα υπόλοιπα μέλη, αυξάνοντας με αυτό τον τρόπο την θετική αυτοαντίληψή του και το βαθμό της αυτονομίας του.

Σε πολλές οικογένειες ανορεκτικών η έκφραση των συναισθημάτων και της διαφορετικότητας των μελών θεωρείται ταμπού, το οποίο κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας πρέπει να σπάσει. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει κάθε αυθόρμητη έκφραση συναισθημάτων (π.χ. θυμό, κλάμα), δείχνοντας πως όλοι έχουν το δικαίωμα να αντιδρούν διαφορετικά και αυτόνομα. Για να είναι δυνατή όμως η αυθόρμητη έκφραση των συναισθημάτων θα πρέπει να δημιουργηθεί το κατάλληλο περιβάλλον. Για το σκοπό αυτό ο νοσηλευτής βοηθά τους γονείς να προσδιορίσουν και να λύσουν πρώτα τις δικές τους συζυγικές διαφορές, αν υπάρχουν, ενώ ταυτόχρονα εμποδίζει τον ασθενή να μεσολαβήσει σε τυχόν συγκρούσεις ανάμεσα στους γονείς του, αφού πολλές φορές η ρίζα των διατροφικών διαταραχών βρίσκεται στην ψυχολογική πίεση που ασκείται στο παιδί για να πάρει το μέρος του ενός από τους δύο γονείς. Τέλος, επισημαίνει και αντιμετωπίζει άμεσα συμπεριφορές εκ μέρους των μελών της οικογένειας που μπορεί να υπονομεύσουν τη θεραπευτική διαδικασία όπως έκρηξη συναισθημάτων ενοχής, ντροπής ή απελπισίας. Αν χρειαστεί προτείνει τη συμμετοχή σε ευρύτερες ομάδες θεραπείας ή σχολές επιμόρφωσης γονέων.

Ο νοσηλευτής βοηθά τον ασθενή να αναλάβει τον έλεγχο σε τομείς που δεν έχουν σχέση με την αύξηση του βάρους του, όπως το να καθορίζει τις καθημερινές δραστηριότητές του, να διαλέγει τα χόμπι του κ.ά. Ο ασθενής μαθαίνει να θέτει συγκεκριμένους, ρεαλιστικούς στόχους για τον εαυτό του και να καταστρώνει σχέδια για την επίτευξή τους, την οποία ακολουθούν νέοι, δυσκολότεροι στόχοι. Με αυτό τον τρόπο μετατοπίζεται σιγά-σιγά το κέντρο βάρους της προσοχής του σε άλλες ευχάριστες δραστηριότητες, αυξάνοντας έτσι τη δυνατότητα του να ελέγχει καταστάσεις βελτιώνοντας σημαντικά την αυτοεκτίμησή του.

Ο έλεγχος από τη μια, αλλά ταυτόχρονα και η αποδοχή του εαυτού όπως είναι από την άλλη, αποτελούν βασικούς στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι ασθενείς ενώ αισθάνονται υπεύθυνοι για την εικόνα τους, που πρέπει να είναι πάντα τέλεια, πολλές φορές δεν ξέρουν καν τί θέλουν και τί είναι καλό για αυτούς. Αν όμως υποστηριχθούν για να παίρνουν δικές τους αποφάσεις νοιώθοντας εμπιστοσύνη στον εαυτό τους χωρίς συναισθήματα ανεπάρκειας και αδυναμίας, τότε μαθαίνουν να αισθάνονται αποδεκτοί και να αποκτούν βαθμιαία τη δική τους ταυτότητα, ανεξάρτητα από τα πρότυπα που τους έχουν ενδεχομένως επιβληθεί από την οικογένεια. Η συμμετοχή σε ομάδες θεραπείας με μέλη που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα βοηθάει πολύ προς αυτή την κατεύθυνση. Μέσα από την έκφραση και το μοίρασμα των εμπειριών τους και των φόβων τους με τους άλλους,

διαμορφώνουν καθαρότερη αντικειμενική εικόνα του εαυτού τους δοκιμάζουν ευχάριστα συναισθήματα αποδοχής, ενθάρρυνσης και θετικής αντίληψης. Για να τονιστεί η σημασία των παραπάνω συναισθημάτων, αξίζει να αναφερθεί πως ένα μεγάλο ποσοστό ανορεκτικών ατόμων μέσα από καταστάσεις κοινωνικής απόρριψης και απομόνωσης που προκαλούν συναισθήματα απαξίωσης του εαυτού τους, οδηγεί σε αυτο-καταστροφικές συμπεριφορές.

Μέσα στο κατάλληλο κλίμα εμπιστοσύνης με το νοσηλευτή του, ο ασθενής μαθαίνει πώς να σπάει την απομόνωσή του, να μιλάει ανοιχτά για τις ιδέες, τις απόψεις και τα συναισθήματά του, ακόμη και αυτά που αφορούν στη σεξουαλική του ζωή, αν δεν υπάρχει ήδη για αυτό ειδικευμένος θεραπευτής, και να εκφράσει λεκτικά ακόμη και το θυμό του, πράγμα που μπορεί να ήταν εντελώς απαγορευμένο στο οικογενειακό του περιβάλλον.

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

10.2 Νοσηλεία

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. Η νοσηλεία έχει σαν στόχο να αυξηθεί σταδιακά η πρόσληψη τροφής αλλά και να παρακολουθείται στενά και με προσοχή το σωματικό βάρος του ασθενούς, το οποίο αφού σταθεροποιηθεί θα πρέπει να αρχίζει σταδιακά να αυξάνεται. Η αποκατάσταση του υποσιτισμού και των σοβαρών επιπλοκών του, λοιπόν, θα πρέπει να είναι η πρώτη μας φροντίδα, καθώς η απώλεια βάρους μπορεί να είναι τόσο μεγάλη και τόσο σοβαρή ώστε να είναι αναγκαία ακόμη και η ενδοφλέβια σίτιση του ασθενούς προκειμένου να μην καταλήξει.

Τα στοιχεία, που αξιολογεί ο ψυχίατρος προκειμένου να αποφασίσει την εισαγωγή του ασθενούς, σχετίζονται με τη σωματική κατάσταση και την ύπαρξη των συνθηκών

εκείνων που θα διασφαλίσουν τη συνεργασία του πάσχοντος. Πιο συγκεκριμένα, η νοσηλεία σε νοσοκομείο θα πρέπει να εξετάζεται σαν ενδεχόμενο βάσει των ακόλουθων κριτηρίων :

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

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

Σε ό,τι αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα, θα πρέπει να φροντίσουμε ώστε να χορηγούνται μικρά και συχνά γεύματα (1500-2000 θερμίδες ημερησίως αρχικά, μοιρασμένες σε 5-6 γεύματα). Επίσης, θα πρέπει να πραγματοποιείται τακτικό πρωινό ζύγισμα, να υπάρχει συχνή παρακολούθηση των κλινικών εργαστηριακών δεικτών για τις επιπλοκές του χρόνιου υποσιτισμού, αποτροπή των αυτοπροκαλούμενων εμετών και των άλλων καθαρτικών συμπεριφορών με στενή επίβλεψη μετά τα γεύματα, φαρμακευτική αγωγή για την αποκατάσταση των διαταραχών ύπνου, αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με μαλακτικά κοπράνων, καταστολή της υπερκινητικότητας και του άγχους με ηρεμιστικά – αγχολυτικά.

Τέλος, είναι εξαιρετικά σημαντικό να ενθαρρύνεται και να ενισχύεται ο ασθενής ώστε οι συζητήσεις του να επικεντρώνονται στα προβλήματα που αντιμετωπίζει και να πάψει να

περιορίζεται στα θέματα διατροφής και σωματικού βάρους (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008).

10.2.1 Εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση

Σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν η σωματική κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει ή όταν υπάρχουν τα αντίστοιχα απαιτούμενα μέσα, μπορεί να αντιμετωπιστεί η κατάστασή του εξωνοσοκομειακά (Χριστοδούλου & Συνεργάτες 2000). Αυτό ισχύει για ασθενείς που είναι αιμοδυναμικά σταθεροί και δεν παρουσιάζουν ανωμαλίες στους ηλεκτρολύτες. Όπως επίσης και οι ασθενείς που έχουν κίνητρο και θέληση για συμμόρφωση. Για αυτούς τους ασθενείς συστήνεται να υπάρχει μια στενή παρακολούθηση η οποία στο αρχικό στάδιο είναι απαραίτητη 1-2 φορές την εβδομάδα.

Αφού αρχικά λαμβάνεται η απόφαση να χειριστεί ο ασθενής ως εξωτερικός, το επόμενο θέμα είναι η επιλογή συγκεκριμένου θεραπευτικού πλάνου. Οι ασθενείς που είναι μεταξύ 85%-90% του υγιούς σωματικού βάρους και είναι ιατρικά σταθεροί, απαιτείται να κάνουν τακτικές επισκέψεις στον ψυχολόγο και την θεραπευτική ομάδα που τους έχει αναλάβει (Mehler, 2001).

Γενικά η θεραπεία σαν εξωτερικός ασθενής στηρίζεται σε μια ομάδα ειδικών. Ο ιατρικός έλεγχος συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης βάρους και των εργαστηριακών αποτελεσμάτων μπορεί να γίνει από έναν παθολόγο ή έναν παιδίατρο. Η ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να γίνει από έναν ψυχολόγο ή ψυχίατρο και η διατροφική συμβουλευτική συχνά πραγματοποιείται από έναν διαιτολόγο ή διατροφολόγο της ομάδας. Γενικά ηγείται ο ψυχολόγος ή ψυχίατρος, τυπικά αυτός με την μεγαλύτερη εμπειρία στη διαχείριση των διατροφικών διαταραχών (Attia&Wash, 2007).

Ηατομική ψυχοθεραπεία ίσως να μην είναι αποτελεσματική στους ασθενείς που λιμοκτονούν. Οι ασθενείς με γρήγορη ή σοβαρή απώλεια βάρους (δηλαδή εκείνοι που έχουν σωματικό βάρος λιγότερο από 70% του υγιούς σωματικού βάρους) πρέπει να έχουν πιο στενή παρακολούθηση για το σύνδρομο επανασίτισης κατά τη διάρκεια των πρώτων δύο με τριών εβδομάδων της διατροφικής αποκατάστασης (Williams&Goodie&Motsinger, 2008).

Ο στόχος αντιμετώπισης σε εξωτερικούς ασθενείς είναι η αύξηση βάρους κατά 0,5-1 kg/εβδομάδα. Αν η συγκεκριμένη μορφή αντιμετώπισης αποδειχθεί ανεπιτυχής, κρίνεται απαραίτητη είτε μερική είτε πλήρης εισαγωγή σε νοσοκομείο (Stratoudakis&Tzanakis, 2004).

Η εξωνοσοκομειακή θεραπεία προτείνεται από τους περισσότερους ψυχολόγους ως συνέχεια της ενδονοσοκομειακής θεραπείας, προκειμένου να αποφευχθεί η υποτροπή και να βελτιωθεί η λειτουργικότητα του ασθενούς μετά τη νοσηλεία. (Τριπόδης, Σπανού & Καζάνη, 2008).

10.2.2 Μερική νοσηλεία

Η μερική νοσηλεία σε νοσοκομείο (ημερήσια θεραπεία) χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο για να μειώσει τη διάρκεια της θεραπείας μερικών ασθενών που νοσηλεύονται και επίσης χρησιμοποιείται σε ήπιες περιπτώσεις νευρογενούς ανορεξίας αντί μιας νοσηλείας. Οι ασθενείς συνήθως παρακολουθούνται για 7 με 10 ώρες την ημέρα όπου τους σερβίρονται δυο γεύματα και ένα με δύο σνακς. Κατά τη διάρκεια της ημέρας, οι ασθενείς παίρνουν μέρος σε ιατρική και διατροφική παρακολούθηση, τους παρέχονται διατροφικές συμβουλές και ψυχοθεραπεία ατομικά και ομαδικά. Ο ασθενής είναι υπεύθυνος για ένα γεύμα και ένα προτεινόμενο σνακ στο σπίτι. Το άτομο το οποίο παίρνει μέρος στη μερική νοσηλεία πρέπει να παρακινηθεί στο να είναι ικανό να καταναλώνει μια επαρκή διατροφική ποσότητα στο σπίτι, όπως επίσης να ακολουθεί συστάσεις λαμβάνοντας υπόψη τη φυσική δραστηριότητα (PositionoftheAmericanDieteticAssociation, 2001).

10.3 Συμβουλές για τον ασθενή και την οικογένεια

- Δημιουργήστε σχέση συνεργασίας με τον ασθενή και διερευνήστε αν έχει αμφιθυμία σχετικά με την μεταβολή του τρόπου διατροφής του και τη αύξηση του βάρους του.
- Ρωτήστε τον αν έχει ανησυχίες για την εργασία του και την τωρινή ή μελλοντική κατάσταση της υγείας του (π.χ γέννηση παιδιού) λόγω των προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής.
- Σχεδιάστε καθημερινά γεύματα που βασίζονται σε φυσιολογική πρόσληψη θερμίδων και θρεπτικών συστατικών. Η παραπομπή σε διαιτολόγο μπορεί να βοηθήσει. Επικεντρώστε τις προσπάθειές σας στη δημιουργία φυσιολογικού τρόπου διατροφής και βοηθήστε τους ασθενείς να αποκτήσουν πιο ρεαλιστικές απόψεις για το φαγητό.
- Αμφισβητήστε τις ισχυρές πεποιθήσεις του ασθενούς για το βάρος, το σχήμα του σώματός του και τη διατροφή (π.χ. ότι οι υδατάνθρακες παχαίνουν) και αμφισβητήστε

τις άκαμπτες απόψεις του σχετικά με την εικόνα του σώματός του (π.χ. η ασθενής πιστεύει ότι δεν θα αρέσει σε κανέναν, αν δεν είναι πολύ λεπτή).

- Σε περίπτωση ασθενών με βουλιμία, προσδιορίστε τις συνθήκες κάτω από τις οποίες συμβαίνουν τα επεισόδια υπερφαγίας και καταστρώστε σαφή σχέδια για την πιο αντιμετώπιση των γεγονότων που συνδέονται με την υπερφαγία.
- Η νοσηλεία μπορεί να είναι αναγκαία, αν υπάρχουν σωματικές επιπλοκές λόγω της δίαιτας ή των εμέτων (Χριστοδούλου, Αλεβίζος & Μαυρές, 2003).

Κεφάλαιο 11°

11.1 Πρόληψη

Η πρόληψη της νευρικής ανορεξίας είναι ίσως εξίσου επιτακτική με τη θεραπεία της. Λέγοντας πρόληψη, σε αυτήν την περίπτωση, 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 αυτής της διατροφικής διαταραχής. Το επόμενο θύμα της νευρικής ανορεξίας μπορεί να είναι η κόρη μας, η αδελφή μας ή η καλύτερή μας φίλη. Όσο νωρίτερα αναγνωρίσουμε το πρόβλημα τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι η θεραπεία. Για να μη χρειαστεί, όμως, να φτάσουμε καν στο κατώφλι της ανορεξίας, είναι απαραίτητο να ελαττώσουμε τους παράγοντες που την προκαλούν. Ένα **ισορροπημένο οικογενειακό περιβάλλον, που ενθαρρύνει την επικοινωνία και την κριτική σκέψη, είναι ασπίδα ενάντια στις διατροφικές διαταραχές**. Τα παιδιά είναι σημαντικό να μάθουν από μικρά να εκτιμούν και να σέβονται τον εαυτό τους, να μην επηρεάζονται άκριτα από όσα βλέπουν, ακούν ή διαβάζουν, να εκτιμούν τους γύρω τους για τον ψυχικό τους πλούτο και όχι μόνο για την εξωτερική τους εμφάνιση, να εκφράζουν τα συναισθήματά τους, και να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που προκύπτουν στις σχέσεις τους. Η οικογένεια, το σχολείο, αλλά και διάφορες κοινωφελείς οργανώσεις έχουν τη δύναμη να σώσουν ζωές. Στη χώρα μας, με πρωτοβουλία της πρώην πάσχουσας ηθοποιού Ζέτας Δούκα, έχει ιδρυθεί η μη κερδοσκοπική εταιρεία **“Ανάσα”**, που στοχεύει στη στήριξη των ατόμων με διατροφικές διαταραχές και των οικογενειών τους, καθώς και στην ενημέρωση του κοινού για την ύπαρξη και τις διαστάσεις του προβλήματος.

(Ζαφείρη Σ.)

11.2 Πως αναγνωρίζουμε μια ανορεκτική γυναίκα

Οι ανορεκτικές συχνά αρνούνται ότι κάτι δεν πάει καλά στη ζωή τους. Όλα τα επόμενα σημάδια αποτελούν ισχυρές ενδείξεις ότι μια γυναίκα πάσχει από νευρική ανορεξία:

- Απώλεια βάρους σε επίπεδο χαμηλότερο του 85% του κανονικού για την ηλικία και το ύψος της γυναίκας. Οι περισσότεροι ανορεκτικοί έχουν συνήθως βάρος κατά 25% ή περισσότερο χαμηλότερο του κανονικού.
- Υπερβολική έγνοια για την αύξηση του βάρους ή τη παχυσαρκία. Οι ανορεκτικές δεν έχουν τη δυνατότητα να εκτιμούν σωστά το βάρος τους και τη μορφή του σώματός τους, αφού το κανονικό βάρος τους φαίνεται ως παχύσαρκο. Ακόμα και όταν είναι απελπιστικά λεπτές, επιμένουν ότι έχουν υπερβολικό βάρος.
- Η σωματική αδυναμία εξαιτίας της έλλειψης τροφής, που περιλαμβάνει: την κόπωση, την αναιμία, τη δυσκοιλιότητα, τη χαμηλή πίεση, την οστεοπόρωση, το κιτρίνισμα του δέρματος και την ευαισθησία στο κρύο. Οι ανορεκτικές συχνά φορούν πολλά ρούχα για να κρύψουν την απώλεια του βάρους και να προστατευθούν από το κρύο. Επίσης εμφανίζεται λεπτό τρίχωμα στο σώμα τους, πιθανώς για να διατηρείται η θερμότητα του σώματος.
- Η εμμηνόρροια παύει, αν το βάρος του σώματος είναι 80% ή λιγότερο του κανονικού. Αν η γυναίκα δεν εμφανίσει περίοδο τρεις φορές συνεχώς, είναι πολύ πιθανό ότι πάσχει από ανορεξία.
- Οι ανορεκτικές μπορεί να λαμβάνουν καθαρτικά και εμετικά, που προλαμβάνουν την κανονική απορρόφηση της τροφής. Συχνά αποφεύγουν το φαγητό σε δημόσιους χώρους και ίσως να ασκούνται υπερβολικά, κυρίως τη νύχτα και όταν είναι μόνες, ώστε να μην τις βλέπει άλλος (Δάλλας και Πλατάρης, 2008).

11.3 Αγωγή υγείας

Τα τελευταία χρόνια ο τομέας και το περιεχόμενο της αγωγής υγείας έχει μεταστραφεί από τη διδασκαλία της σωματικής υγείας και της πρόληψης της αρρώστιας στην ενημέρωση, σχετικά με την προαγωγή της σωματικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και οικολογικής ευεξίας του ατόμου, και επομένως η Αγωγή υγείας πρέπει να επικεντρωθεί στο να βοηθήσει τα άτομα να αποκτήσουν ευθύνη για τη δική τους υγεία. Όπως δε πολλοί από τους μελετητές της αγωγής υγείας τονίζουν, παρόλο που οι κοινωνικές και πολιτιστικές αξίες επηρεάζουν την άποψη της κοινωνίας για την υγεία δεν αποτελούν ουσιαστικά τομέα της αγωγής υγείας (Κυριακίδου, 2000).

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

Η πρόληψη αποτελεί τον πρωταρχικό σκοπό της κοινοτικής νοσηλευτικής. 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 προχωράει, 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 τρία επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων: η Πρωτογενής, η Δευτερογενής και η Τριτογενής Προληπτική Παρέμβαση (Χριστοδούλου, 1997).

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 στην απόκτηση υγιεινών συνηθειών. Ακόμη, ενημερώνει σχετικά με τους δυσμενείς για την υγεία παράγοντες όπως την κακή διατροφή, τις διάφορες καταχρήσεις, το άγχος και ότι άλλο επιδρά αρνητικά στην υγεία (Κυριακίδου, 1997).

Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Ο σκοπός της είναι να θεραπευθεί η αρρώστια κατά το δυνατό στα πρώτα στάδιά της, σε περίπτωση δε που 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 τη δευτερογενή πρόληψη. Ο έλεγχος αυτός μπορεί έγκαιρα να διαπιστώσει σημεία και ενδείξεις μιας νόσου, πριν ακόμα το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα. Παράδειγμα μπορεί να είναι: οι αναλύσεις δειγμάτων ομάδας πληθυσμού που εμφανίζει συμπτώματα διαταραχών στην πρόσληψη τροφής, όπως η πρώιμη ανησυχία για την αύξηση του βάρους. Τμήμα της δευτερογενούς πρόληψης, μπορεί να αποτελεί και η διδασκαλία του πληθυσμού σχετικά με τη σπουδαιότητα του περιοδικού ελέγχου της υγείας τους (Κυριακίδου, 2001).

Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η αρρώστια και στην αποκατάσταση ατόμων, παρεμβαίνει δε όταν παθολογικές βλάβες έχουν ήδη εμφανιστεί ή το άτομο παρουσιάζει κάποιο βαθμό αναπηρίας (Κυριακίδου, 2001).

11.4 Νομικά θέματα και θέματα ηθικής

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

ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων κ.α. ή η ενδοφλέβια σίτιση ενάντια στις επιθυμίες του ασθενούς, συνήθως επαφίεται στις ηθικές αρχές που επικαλούνται την προστασία του ασθενούς από τη δική τους κακή κρίση και συμπεριφορά.

Το να φροντίζει κανείς έναν ασθενή, που πάσχει από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, συχνά περιλαμβάνει την ενεργό συνεργασία με την οικογένεια του ασθενούς και εγείρει δύσκολα θέματα αναφορικά με την αφοσίωση του θεραπευτή στον ασθενή. Το να εργάζεται κανείς με ανήλικους ασθενείς μπορεί να εμφανίζει ειδικές προκλήσεις. Όταν ο έφηβος ασθενής ζητά οι πληροφορίες να παραμείνουν εμπιστευτικές και να μην αποκαλυφθούν στα μέλη της οικογένειάς του, ο θεραπευτής θα πρέπει να συνυπολογίσει το δικαίωμα των γονέων να υπογράψουν υπεύθυνη δήλωση ενάντια στην αυξανόμενη επιθυμία του έφηβου ασθενούς για αυτονομία. Όταν είναι εφικτό, ο θεραπευτής οικογένειας θα πρέπει να εμπλέκεται καθώς μπορεί να λειτουργήσει σαν σύμμαχος της οικογένειας, αφήνοντας έτσι το θεραπευτή περισσότερο ελεύθερο να υποστηρίξει τον ασθενή. Όποτε εμπλέκεται σε μια υπόθεση ασθενούς μια διεπιστημονική ομάδα, είναι απαραίτητο να παρέχονται στην ομάδα όλες οι διαθέσιμες πληροφορίες είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από το νόμιμο κηδεμόνα του (Τριπόδης, Σπανού και Καζάνη, 2008).

Κεφάλαιο 12°

12.1 Νοσηλευτική διεργασία

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

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου.
2. Ο αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας.
3. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.
4. Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας
5. Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας.

12.2 Κατάλογος απαραίτητων ενεργειών για την διάγνωση της νευρικής ανορεξίας

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας πρέπει να καταγράφονται τα εξής στοιχεία:

- Û Η κατάσταση του εφήβου και η εκτίμηση των ευρημάτων κατά την εισαγωγή
- Û Οι αλλαγές στην κατάσταση του εφήβου
- Û Τα σχετικά εργαστηριακά και διαγνωστικά ευρήματα
- Û Το ισοζύγιο υγρών
- Û Η πρόσληψη τροφής
- Û Η συμπεριφορά
- Û Η αύξηση βάρους
- Û Η συμμετοχή των γονέων στη θεραπεία
- Û Η εκμάθηση οδηγιών στον ασθενή και την οικογένειά του
- Û Οι οδηγίες για τη σχεδιαζόμενη έξοδο από το νοσοκομείο
- Û Τα σχέδια μακροχρόνιας παρακολούθησης

(Morgan, 1999)

12.3 Περιπτώσεις Νευρικής Ανορεξίας

Περίπτωση 1^η

Ημερομηνία λήψης ιστορικού: 23/4/2008

Ηλικία: 21 ετών

Ύψος: 1,67μ.

Βάρος: 36kg

Ιδανικό βάρος: 55kg

Φύλο: θήλυ

Ηλικία έναρξης νόσου: 17

Επάγγελμα: φοιτήτρια

Κλινική εικόνα: Η ασθενής είναι επιθετική, μελαγχολική και έχει έντονο stress. Όταν τρώει προκαλεί έμετο και αν ο δείκτης της ζυγαριάς ανέβει έστω και κατά 1 kg κλαίει, έχει ταχυπαλμίες και δύσπνοια. Έχει εμμονή με τη γυμναστική και μπορεί να διανύσει μέχρι και 25χλμ. με τα πόδια σε μια ημέρα. Τρώει μία φορά την ημέρα και πάντα την ίδια ώρα. Έχει αποκλείσει από το διαιτολόγιό της τη ζάχαρη και τα λίπη και αποφεύγει να μαγειρεύει. Παραπονιέται για πόνους στο στομάχι. Αν πρόκειται να βγει για φαγητό φροντίζει να μην έχει φάει τίποτε όλη την ημέρα. Το ντύσιμό της δεν τονίζει τα χαρακτηριστικά του φύλου της. Στο τέλος του λυκείου χάνει 18 kg με δίαιτα και αρχίζει η αμηνόρροια, η οποία ακολουθείται από ανεπιτυχή ορμονική θεραπεία. Ζει μόνη της, δεν είναι συμφιλιωμένη με τον εαυτό της και αποφεύγει τη ζυγαριά. Νομίζει ότι την κοροϊδεύουν για το βάρος της.

Προσωπικότητα ασθενούς: μοναχική, πεισματάρα, υπερευαίσθητη, δίνεται στους άλλους χωρίς ανταπόκριση, κλαίει συχνά. Είναι διστακτική στις φιλίες με τα αγόρια και δεν είχε σεξουαλική επαφή μέχρι τώρα. Λέει ψέματα στην οικογένειά της για το βάρος της. Άρχισε δίαιτα όταν μια «φίλη» την αποκάλυψε χοντρή. Της αρέσουν οι σπουδές της και είναι αφοσιωμένη σε αυτό.

Εξέλιξη θεραπείας: Παρακολουθείται από ειδικούς μέχρι σήμερα.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
<ul style="list-style-type: none"> • Αμηνόρροια της ασθενούς λόγω μεγάλης απώλειας βάρους. • Έμετος (αυτοπρκαλούμενος) • Πόνος στο στομάχι • Stress λόγω εξέλιξης της ασθένειας 	<ul style="list-style-type: none"> • Διερεύνηση του αιτίου αμηνόρροιας και αντιμετώπιση. • Καταστολή εμέτου. • Μείωση του πόνου. • Επικοινωνία με την ασθενή και συζήτηση του προβλήματός της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Προγραμματισμός κλινικής γυναικολογικής εξέτασης και ορμονολογικός έλεγχος. • Έλεγχος και παρακολούθηση ζωτικών σημείων. • Παρακολούθηση από ειδικούς. • Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Θεραπεία με ορμόνες για αποκατάσταση εμμήνου ρύσεως. • Καταμερισμός του φαγητού σε περισσότερα γεύματα και μικρότερες ποσότητες. • Χορήγηση Zantac 1x3 μετά από ιατρική οδηγία. • Παρακολούθηση ασθενούς κατά τη διάρκεια και μετά το φαγητό και δημιουργία αισθήματος εμπιστοσύνης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Επαναφορά εμμήνου ρύσεως. • Η ασθενής κατανόησε τις ιατρονοσηλευτικές οδηγίες και μείωσε τους εμέτους. • Μείωση του πόνου και διατήρηση των ζωτικών σημείων στα φυσιολογικά επίπεδα. • Επιτυχία της επικοινωνίας με την ασθενή και μείωση του άγχους της.

Περίπτωση 2^η

Ημερομηνία λήψης ιστορικού: 3/2/2010

Ηλικία: 19 ετών

Ύψος: 1,72μ.

Βάρος: 33 kg

Ιδανικό βάρος: 60 kg

Φύλο: θήλυ

Έναρξη νόσου: 15 ετών

Επάγγελμα: μαθήτρια

Κλινική εικόνα: Όταν η ασθενής ήταν 15 χρόνων, θεώρησε ότι τα 51 kg της ήταν πολλά για μία χορεύτρια κλασσικού χορού. Έτσι, άρχισε δίαιτα και έφτασε τα 35 kg και θέλησε να τα διατηρήσει. Όταν ήρθε το διαζύγιο των γονιών της ξεκίνησε και η ασιτία. Δεν αποδέχεται τη διάγνωση και φοβάται να ζυγιστεί μήπως έχει πάρει βάρος. Είναι επιθετική και ζηλεύει τα ωραία σώματα. Τρώει ένα φρούτο την ημέρα και αμέσως προκαλεί εμετό. Έχει κάνει πολλές απόπειρες αυτοκτονίας. Παραπονιέται για πόνο στο στομάχι όταν τρώει και ισχυρίζεται ότι νιώθει καλά όταν είναι νηστική, ενώ συμβαίνει το αντίθετο και το αποκρύπτει. Είναι τελειομανής και ενοχική.

Προσωπικότητα ασθενούς: Τελειομανής, δεν αποδέχεται την αποτυχία, δεν έχει κάνει δεσμό και δεν έχει σεξουαλικές επαφές. Ζει μόνη της και δεν έχει φίλιες. Της αρέσει να μένει για ώρες μόνη στο σπίτι και κοιμάται 4-6 ώρες την ημέρα.

Εξέλιξη θεραπείας: Παρακολούθηση από ειδικούς σε τακτά χρονικά διαστήματα.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
<ul style="list-style-type: none"> • Άγχος της ασθενούς για πιθανή αύξηση βάρους • Δυσπεψία και δυσκοιλότητα που οφείλεται σε φτωχή διαίτα. • Σημεία αφυδάτωσης στο δέρμα του λαιμού και του προσώπου λόγω μειωμένης πρόσληψης υγρών • Μεγάλη απώλεια βάρους λόγω πρόκλησης εμέτων. • Αμηνόρροια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφάλιση της ηρεμίας της ασθενούς. • Μείωση της δυσπεψίας και της δυσκοιλότητας. • Ενυδάτωση του οργανισμού. • Μείωση εμέτων και αύξηση σωματικού βάρους. • Διερεύνηση του αιτίου της αμηνόρροιας και αντιμετώπιση. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του άγχους της ασθενούς με τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης. • Ενυδάτωση του οργανισμού για την καλή λειτουργία του εντέρου. • Χορήγηση υγρών και παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών • Παρακολούθηση χρώματος και δέρματος της ασθενούς • Σίτιση με μικρά και τακτικά γεύματα. • Προγραμματισμός γυναικολογικής εξέτασης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάπτυξη ψυχοθεραπευτικού διαλόγου με την ασθενή και την οικογένεια. • Εκπαιδευτική ψυχοθεραπεία, όπου αυτό είναι δυνατό. • Χορήγηση τροφών πλούσιων σε βιταμίνες, πρωτεΐνες και υδατάνθρακες. • Χορήγηση 4 λίτρων 0,9% N/Sεντός 24hκαι μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. • Διερρες. 	<ul style="list-style-type: none"> • Υποχώρηση άγχους, ηρεμία. • Καλύτερη λειτουργία του εντέρου. • Μείωση της αφυδάτωσης με ενυδάτωση του οργανισμού. • Μείωση των αυτοπροκαλούμενων εμέτων και αύξηση σωματικού βάρους. • Επαναφορά εμμήνου ρύσεως μετά από θεραπεία μηνών.

Προτάσεις – Συμβουλές

Η νευρογενής ανορεξία είναι μια σύνθετη και πολύ-παραγοντικής αιτιολογίας διαταραχή, που προσβάλλει κυρίως κοπέλες κατά την εφηβική τους ηλικία. Πρόκειται για μια ασθένεια που δεν προκαλείται από κανένα μικρόβιο ή ιό αλλά από το ίδιο το ανθρώπινο μυαλό. Είναι μια επικίνδυνη και πολύπλοκη ασθένεια που καταστρέφει σώμα και πνεύμα και επηρεάζει σημαντικά την ζωή όσων πρέπει να την αντιμετωπίσουν. Αποτελεί μια μορφή διαταραχής της τροφής στην οποία αυτός που υποφέρει, διακατέχεται από έντονο φόβο πρόσληψης βάρους και έτσι το φαγητό που για άλλους αποτελεί απόλαυση για αυτούς τους ανθρώπους καταντά εφιάλτης.

Αρχικά προτείνεται οι γονείς να επικοινωνούν με τα παιδιά τους. Η σχέση μεταξύ παιδιού και γονέα πρέπει να είναι ουσιαστική, δεν είναι αρκετό να μιλάνε πρέπει να υπάρχει επικοινωνία. Είναι απαραίτητο να γίνονται κατανοητές οι βαθύτερες έννοιες όσων λέγονται και να υπάρχει ένα φιλικό κλίμα που θα επιτρέπει στο παιδί να μιλήσει ελεύθερα και να εκφράσει τους προβληματισμούς του.

Πέρα από την οικογένεια, προτείνεται η ενημέρωση σε μαθητές γυμνασίων και λυκείων μέσα από μαθήματα που ως θέμα τους θα έχουν τις σωστές διατροφικές συνήθειες που πρέπει να αποκτήσουν οι νέοι μεγαλώνοντας. Πολύ σημαντικά θα ήταν και σεμινάρια σε Πανεπιστήμια και ΤΕΙ πάνω σε θέματα διατροφής.

Η Ελλάδα υστερεί σε έρευνες που να καταγράφουν τα ποσοστά του πληθυσμού που ασθενούν από την νευρική ανορεξία με αποτέλεσμα να μην είναι γνωστά τόσο τα αποτελέσματα της ασθένειας όσο και τα πρώτα σημάδια εμφάνισής της. Η έναρξη τέτοιων ερευνών σε πανελλήνια κλίμακα, πιστεύουμε ότι θα βοηθήσει ιδιαίτερα στην γνωστοποίηση του προβλήματος.

Τέλος οφείλουμε να θυμόμαστε ότι:

- Κάθε άνθρωπος έχει την δική του προσωπικότητα, τις δικές του αρετές και τα δικά του χαρίσματα που τον κάνουν μοναδικό
- Όταν εκτιμάμε και υπολογίζουμε τον εαυτό μας κανείς δεν μπορεί να αμφιβάλλει για μας και έτσι κερδίζουμε τον σεβασμό και τον θαυμασμό του κοινωνικού μας περίγυρου
- Πρέπει να αγαπάμε τους ανθρώπους για αυτό που είναι και όχι για την εξωτερική τους εμφάνιση
- Ποτέ δεν πρέπει να αλλάξουμε για να αρέσουμε στους άλλους

Που μπορείτε να απευθυνθείτε:

1| Μονάδα Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ.) της Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, του Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α. Κυριακού». (Διευθυντής: Καθηγητής Δημήτριος Καφετζής, Επιστημονική Υπεύθυνη: Άρτεμις Τσίτσικα, παιδίατρος), που δέχεται παιδιά, εφήβους (11-19 ετών), αλλά και νέους φοιτητές.

Διεύθυνση: Μεσογείων 24, 6ος όροφος.

Τηλέφωνο για ραντεβού: 210-77.10.824 (10.00-14.00).

Η διαδικασία αντιμετώπισης: Τα παιδιά βλέπει πρώτα ένας εξειδικευμένος παιδίατρος (γίνονται ειδικές εξετάσεις) και επίσης εκτιμώνται από παιδοψυχίατρο και διατροφολόγο. Ο στόχος είναι να μπορέσει το παιδί, πηγαίνοντας στη μονάδα περίπου μία φορά την εβδομάδα, να εκπαιδευτεί στοιχειωδώς ώστε να επιτύχει το στόχο, που είναι να έχει ένα φυσιολογικό βάρος για το ύψος, την ηλικία και το φύλο του, να διορθώσει τις διατροφικές συνήθειες, να αισθανθεί καλύτερα ψυχολογικά και να αποκτήσει καλύτερη εικόνα του σώματος. Παράλληλα, οι γονείς ακολουθούν ένα ειδικό πρόγραμμα οικογένειας. Επίσης, στη Μ.Ε.Υ. γίνεται εκπαίδευση για την εφηβική ιατρική, αλλά και για τις διατροφικές διαταραχές σε νέους ειδικευόμενους γιατρούς και φοιτητές.

2| Κέντρο Εφήβων της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία», που δέχεται παιδιά από 11-12 έως 18-19 ετών.

Διεύθυνση: Θηβών 3 και Μικράς Ασίας, Γουδί.

Τηλέφωνα για ραντεβού: 210-77.95.762, 210-74.67.454.

Η διαδικασία αντιμετώπισης: Στην αρχή γίνεται έλεγχος από τον παιδίατρο και αξιολόγηση από τον ψυχολόγο, ενώ σχεδιάζεται και ένα θεραπευτικό πλάνο με στόχο να φτάσει το παιδί στο επιθυμητό βάρος. Το παιδί συναντά περίπου μία φορά την εβδομάδα τον ψυχοθεραπευτή για την απαραίτητη ψυχοθεραπεία, αλλά και τους υπόλοιπους ειδικούς για να αξιολογούν την πορεία της υγείας του και να το κατευθύνουν. Επίσης, υπάρχει και πρόγραμμα υποστήριξης και ενημέρωσης των οικογενειών των παιδιών που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα.

3| Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», που δέχεται παιδιά και εφήβους (από περιοχές της Αθήνας και της επαρχίας που καλύπτει το τμήμα) μέχρι 14 ετών στο νοσοκομείο και μέχρι 18 σε παράρτημα της κλινικής.

Διεύθυνση: Θηβών 3 και Μικράς Ασίας, Γουδί.

Τηλέφωνο για ραντεβού: 210-77.57.496 (καθημερινά 09.30-13.30).

Η διαδικασία αντιμετώπισης: Αφού ληφθούν τηλεφωνικά ή στη διάρκεια μιας πρώτης επίσκεψης κάποια στοιχεία, δίνεται ένα ραντεβού στην οικογένεια για να αξιολογηθεί το παιδί ή ο έφηβος. Στη συνέχεια, αν χρειάζεται νοσηλεία (και εφόσον υπάρχει διαθέσιμο κρεβάτι), εισάγεται στη Μονάδα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας της Κλινικής (ή, αν πρόκειται για επείγον περιστατικό, σε κάποια άλλη κλινική του νοσοκομείου). Σε διαφορετική περίπτωση, το παιδί ή ο έφηβος παρακολουθείται στα εξωτερικά ιατρεία, σε συχνότητα που καθορίζεται από τις ανάγκες του. Παράλληλα, και σε κάθε περίπτωση, είναι απαραίτητη και η συνεργασία με τους γονείς.

4| Μονάδα Διαταραχών Διατροφής στο «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο. Πρόκειται για ένα εξωτερικό ιατρείο που δέχεται ενήλικους που υποφέρουν από κάποια διατροφική διαταραχή.

Διεύθυνση: Βασιλίσσης Σοφίας 72, Αθήνα.

Τηλέφωνο για ραντεβού: 210-72.89.250, κάθε Τετάρτη 9.00-1.00 (κ. Λεμπέση).

Η διαδικασία αντιμετώπισης: Στο τηλέφωνο γίνεται η πρώτη επαφή με τον άνθρωπο που έχει το πρόβλημα, ώστε να κριθεί αν πληροί τις προϋποθέσεις για να αντιμετωπιστεί στα εξωτερικά ιατρεία του «Αιγινήτειου» Νοσοκομείου. Στη συνέχεια, κλείνεται ένα πρώτο ραντεβού και ο θεραπευόμενος ξεκινάει ψυχοθεραπεία μία φορά την εβδομάδα περίπου (κατά μέσο όρο εξετάζονται 30 άτομα το χρόνο και συνεχίζουν να κάνουν θεραπεία για περίπου 1-2 χρόνια). Επίσης, στα εξωτερικά ιατρεία του «Αιγινήτειου» Νοσοκομείου υπάρχει η δυνατότητα, για τις οικογένειες των ασθενών, να ακολουθήσουν ειδική υποστηρικτική θεραπεία. Η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία του «Αιγινήτειου» Νοσοκομείου, όπου νοσηλεύονται (για 6 μήνες κατά μέσο όρο) ενήλικα άτομα που πάσχουν από σοβαρή

ψυχογενή ανορεξία και επιθυμούν να νοσηλευτούν για να ακολουθήσουν πρόγραμμα εντατικής ψυχοθεραπείας και επανασίτισης. Αυτών των ανθρώπων, όμως, δεν θα πρέπει να κινδυνεύει άμεσα η ζωή τους, γιατί σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει πρώτα να μπου σε ένα γενικό νοσοκομείο, να υποστηριχτούν «παθολογικά» και όταν σταθεροποιηθεί η κατάστασή τους, να μεταφερθούν -αν το επιθυμούν- στο «Αιγινήτειο».

5| Μονάδα Οικογενειακής Θεραπείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής.(Διευθυντής: Φώτης Κωτσίδας, ψυχίατρος-ψυχοθεραπευτής), που δέχεται ανθρώπους κάθε ηλικίας (εφήβους και ενηλίκους).

Διεύθυνση: Ελλανίκου 3, Παγκράτι.

Τηλέφωνο για ραντεβού: 210-72.32.213.

Η διαδικασία αντιμετώπισης: Στη μονάδα γίνονται συνεδρίες ψυχοθεραπείας (ατομικές ή οικογενειακές, ανάλογα με τις ανάγκες του θεραπευόμενου) περίπου μία φορά την εβδομάδα.

6| Μη κερδοσκοπική εταιρεία καταπολέμησης διατροφικών διαταραχών «Ανάσα».

Διεύθυνση: Λεωφόρος Συγγρού 36-38, Τ.Κ. 117-42 Αθήνα.

Τηλέφωνο για ραντεβού: 210-92.34.904, e-mail: anasa2007@mail.gr, site: www.anasa.gr
Εκεί δίνονται συμβουλές και οδηγίες για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών.(Δάλλα Α.)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας μας είναι να διακρίνουμε τα συμπτώματα και την κλινική εικόνα της νευρογενούς ανορεξίας ώστε να μπορέσουμε να αναγνωρίσουμε τον ανορεκτικό ασθενή ακόμη και στα πρώιμα στάδια της νόσου.

Η νευρογενής ανορεξία είναι η απώλεια όρεξης προερχόμενη από ψυχοπαθολογικά αίτια και χαρακτηρίζεται από το νοσηρό φόβο του ατόμου να πάρει βάρος σε σημείο να φτάνει στην απίσχναση ακόμη και μέχρι τον θάνατο.

Υπάρχουν δύο τύποι νευρογενούς ανορεξίας, ο Περιοριστικός Τύπος και ο Υπερφαγικός/Καθαρτικός τύπος. Παρατηρείται και μια ακόμη μορφή της νόσου, λίγο διαφοροποιημένη, η Άτυπη Νευρογενής Ανορεξία.

Η θεραπεία περιλαμβάνει διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας, φαρμακευτική αγωγή, θρεπτική υποστήριξη καθώς επίσης και νοσηλεία σε προχωρημένα στάδια της νόσου. Επιπροσθέτως εφαρμόζονται, η εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση και η μερική νοσηλεία.

Ο ρόλος του νοσηλευτή ξεκινάει από την πρωτοβάθμια περίθαλψη, προλαμβάνοντας ένα νέο πιθανό «κρούσμα» και φτάνει μέχρι και την τριτοβάθμια περίθαλψη ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας παρακολούθησης του ασθενούς.

SUMMARY

The purpose of our paper is to detect the symptoms and the clinical signs of anorexia nervosa in order to be able to recognize the anorectic patient even in the early stages of the disease.

Anorexia nervosa means loss of appetite delivered by psychopathological causes and characterized by morbid fear of the person to gain weight to the point of emaciation even to death.

There are two types of anorexia nervosa, the Limiting type and the Binge eating / Laxative type. There is also another form of the disease, little diversified, the informal anorexia nervosa.

Treatment includes various forms of psychotherapy, medication, nutritional support as well as hospitalization in advanced stages of the disease. Additionally, outpatient treatment and partial hospitalization could be applied.

The nurse's role starts from primary care, preventing a new potential "outbreak" and reaches up to the tertiary care as a member of the treatment team in order to monitor the patient.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- «ΑΝΑΣΑ», <http://www.anasa.com.gr/cause.htm> , ημ. προσβ. 09/11/2012
- «ΑΝΑΣΑ», <http://www.anasa.com.gr/intro.htm> , ημ. προσβ. 09/11/2012
- AbrahamS. &Llewellyn – JonesD. (1990) *Η αλήθεια για τις διαταραχές της Διατροφής*. Αθήνα: Χατζηνικολή
- Attia E. και Wash T. *Anorexia Nervosa*. Am J Psychiatry 2007. 162:12, 1805-1810
- BrowneK. & Fairburn C. (1995) *Caring Disorders and obesity*. New York, London: The Guilford Press
- Davison G.C. και Neale JM (1993) “*Abnormal Psychology*”. USA: John Wiley & Sons Inc
- DewitS. C. (2009) *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική. Έννοιες και πρακτική*. (Τόμος Β΄) Αθήνα: Π. Χ. Πασχαλίδης
- FairburnC. (1999) *Βουλιμία. Ξανακερδίστε τον έλεγχο*. Αθήνα: Πατάκη
- Garner D. M. και Garfinkel P. E. (1997) *Handbook of treatment for eating disorders*. (2^ηεκδ.) New York, London: The Guilford Press
- Gary A. (2001) *Eating disorders in women and children*. New York, London: CRS Press
- Gonzales A., Kohn M. και Charke S. *Eating disorders in adolescents*. Australian family psysician 2007, 36:614-619
- Grande Encyclopedia &άλλοι, Πάπυρος Larousse Britannica, 2006, 7: 503, Αθήνα
- Halmi K. (2002) *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London: The Guilford Press
- Halmi K. *Salient components of a comprehensive service for eating disorders*. World Psychiatry 2009, 8:150-155
- Hsu G. *Eating Disorders: Practical investigation*. Journal of the American Medical Women’s association. 2004, 59-2: 113-124
- http://el.m.wikipedia.org/wiki/%CE%9D%CE%B5%CF%85%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CF%81%CE%B5%CE%BE%CE%AF%CE%B1 , ημ. προσβ. 31/07/2012
- http://www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc_id=16, ημ. προσβ. 20/10/2012
- Karlan&Sadock’s (2004) *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα
- Karlan&Sadock’s (2004) *Ψυχιατρική*. (Τόμος Β΄) (7^η εκδ.) Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα
- LedererJ. (2002) *Εγχειρίδιο Διαιτητικής*. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού

- Lock J., LeGrande D., Agras S. & Dare C. (2007) *Εγχειρίδιο θεραπείας για την ψυχογενή ανορεξία, μια οικογενειακή προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη
- Lyn P. *Eating Disorders: A review on the literature with emphasis on medical complications and clinical nutrition*. *Alternative medical review* 2002, 7-3: 184-202
- Mehler P. *Diagnosis and Care of patients with Anorexia Nervosa in Primary Care Settings*. *Ann Intern Med* 2001, 134: 1048-1059
- Mehler S. (2002) *Osteoporosis in anorexia nervosa: Prevention and treatment*. New York, London: The Guilford Press
- Morgan Speer K. (1999) *Παιδιατρική Νοσηλευτική. Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας*. (3^η εκδ.) Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- Netter F. H. (2009) *Παθολογία. Βασικές αρχές*. (Τόμος Β΄) Αθήνα: Π. Χ. Πασχαλίδης
- Pomeroy C. και Mitchell J.E. (2002) *Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2*. New York, London: The Guilford Press
- Position of the American Dietetic Association. *Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders*. *J Am Diet Assoc* 2006, 106: 2073 – 2082
- Rice P. L. (2005) *Η ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ
- Stacher G. *Cut function in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. *Scand-J-Gastroenterol*. 2003, 38(6): 573-587
- Steinhausen H. *Gut function in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. *Scand-J-Gastroenterol*. 2003, 38(6): 573-587
- Stratoudakis G. & Tzanakis E. *Anorexia Nervosa in women*. *Archives of hellenic medicine* 2004, 21: 413 – 421
- Venisse J. ((1987) *Η Ψυχογενής Ανορεξία*. Αθήνα: Χατζηνικόλη
- Williams P., Goodie J. & Motsinger C. *Treatment eating disorders in primary care*. *American family physician* 2008, 77: 187 – 195
- www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_l_id=34765&folderId=34080&name=DLFE-1033.pdf , ημ. προσβ. 31/07/2012
- Αθανασόπουλος Α., http://www.psynet.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=47:----&catid=14:-&Itemid=26 , ημ. προσβ. 30/11/2012
- Δάλλα Α., <http://www.vita.gr/html/ent/423/ent.1423.asp> , ημ. προσβ. 02/01/2013
- Δάλλας Δ. και Πλατάρης Β. (Επιμ.) (2008) *Οδηγός Υγείας για τη Γυναίκα*. Αθήνα: Ούβα

- Δάλλας Δ. και Πλατάρης Β. (Επιμ.) (2008) *Οδηγός Υγείας για την Οικογένεια*. Αθήνα: Ούβα Ζαφείρη Σ., <http://www.in2life.gr/wellbeing/health/articles/167315/article.aspx?singlepage=1#bellow>, ημ. προσβ. 03/02/2013
- Ζουμπανέας Ε. και Κοντελέ Ι., <http://www.youth-health.gr/gr/index.php?l=6&J=2&K=18>, ημ. προσβ. 31/07/2012
- Ινστιτούτο Ψυχολογικών Εφαρμογών, <http://www.ipse.gr/psyfood.html>, ημ. προσβ. 28/12/2012
- Κακούρος Ε. και Μανιαδάκη Κ. (2005) *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω
- Καντρέ Α., http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=821, ημ. προσβ. 25/01/2013
- Κατσογριδάκη Γ., http://katsogridaki.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=154%3Aanorexianer_vosa&catid=13%3Aarthra-prwtoselida&Itemid=135&lang=el, ημ. προσβ. 09/12/2012
- Κόκκινος Α. και Κατσιλάμπρος Ν., <http://www.mednet.gr/archives/2003-6/pdf/609.pdf>, ημ. προσβ. 15/1/2013
- Κριαράς Ν., <http://www.newsdiet.gr/?p=2546>, ημ. προσβ. 31/07/2012
- Κυριακίδου Ε. (2000) *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Εκδόσεις «Η Ταβίθα»
- Λαούρη Ι. <http://www.paidiatros.com/children/Anorexia-nevrosa/>, ημ. προσβ. 31/07/2012
- Λέτσιου Σ., <http://www.mylady.gr/arthra/2012/07/24-stela-letsiou-i-arhi-tis-neurikis-anorexiasto-telos-omos/>, ημ. προσβ. 07/11/2012
- Μάνου Ν. (1997) *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: UniversityStudioPress
- Μοσχοβάκη Α., http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=19244, ημ. προσβ. 02/11/2012
- Νταλάπα Δ., <http://www.dietup.gr/antras/diatrofi/607.html>, ημ. προσβ. 03/11/2012
- Ρηγόπουλος Δ., <http://docforyou.blogspot.gr/2008/04/blog-post18.html>, ημ. προσβ. 31/07/2012
- Σαββοπούλου Γ. (1999) *Βασική Νοσηλευτική*. (2^η εκδ.) Αθήνα: Η Ταβίθα
- Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ. & Μαυρέας Β. (Επιμ.) (1993) *Ταξινόμηση IDC – 10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς. Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για την διάγνωση*. Αθήνα: Βήτα
- Τριπόδης Ν., Σπανού Β. και Καζάνη Ι. (2008), www.fa3.gr/arthra/tripolis/2Neurogenis_Anorexia.gr, ημ. προσβ. 31/07/2012

Τσιάκα Μ. (Ελληνικό Κέντρο Διατροφικών Διαταραχών),
http://www.hcfed.gr/?option=com_content&task=view&id=147&Itemid=63, ημ. προσβ.

17/11/2012

Τσιάντης Γ. (Επιμ.) (1988) *Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής*. (Τόμος Β΄) Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας

Τσίτσικα Α.Κ., www.youth-health.gr/gr/documents/anorexia_st.ppt , ημ. προσβ. 15/12/2012

Υφαντής Θ. (Επιμ.) (2006) *Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική*. (3^η εκδ.) Αθήνα: Βήτα

Χαρτοκόλλης Π. (1991) *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*. (2^η εκδ.) Αθήνα: Θεμέλιο

Χριστοδούλου Γ.Ν. & συνεργάτες (2000) *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές εκδόσεις

Χριστοδούλου Γ.Ν. (1997) *Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής*. Αθήνα: Ιατρική Εταιρία

Χριστοδούλου Γ.Ν., Αλεβίζος Β. & Μαυρές Β. (Επιμ.) (2003) *Οι Ψυχικές Διαταραχές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Οδηγίες για την διάγνωση και στην αντιμετώπιση*. (4^η εκδ.) Αθήνα: Βήτα