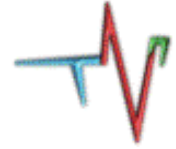




**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**



**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

**ANOREXIA NERVOSA**

**THE NURSE'S ROLE IN ANOREXIA NERVOSA**



**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΣΤΑΘΟΥΛΙΑ ΟΥΡΑΝΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΡ ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΗ**

**ΠΑΤΡΑ, 2021**

## Ευχαριστίες

Για την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Μιχαλοπούλου Αντιγόνη, για την ορθή, την πολύτιμη αρωγή και τη μεταλαμπάδευση των γνώσεων, την εμπειριστατωμένη και πλήρως επικοινωνιακή καθοδήγηση της. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών, που υπήρξαν πολύτιμοι αρωγοί καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την πολύτιμη βοήθεια και στήριξή τους.

## Πρόλογος

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε στη Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης της Υγείας, τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών, με στόχο την ανασκόπηση της τεκμηριωμένης ερευνητικής βιβλιογραφίας για την ψυχογενή ανορεξία, τη φύση των διαταραχών, τα χαρακτηριστικά της γνωρίσματα, την έκβαση, τις επιπτώσεις, τις μεθόδους αντιμετώπισης και το ρόλο του νοσηλευτή σε άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η νευρική ανορεξία είναι μια σοβαρή ψυχική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από τη διατήρηση ενός ακατάλληλα χαμηλού σωματικού βάρους, μιας αδιάκοπης επιδίωξης λεπτότητας και διαστρεβλωμένων γνώσεων σχετικά με το σχήμα και το βάρος του σώματος. Ξεκινά κατά τη διάρκεια της εφηβείας και έχει υψηλό ποσοστό θνησιμότητας.

**Σκοπός:** Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό την παρουσίαση του μεγέθους της ψυχικής αυτής ασθένειας, του εντοπισμού των προγνωστικών παραγόντων καθώς και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που μπορούν να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού.

**Ανασκόπηση βιβλιογραφίας:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Google Scholar, PubMed, Science Direct) και σε έγκυρες ιστοσελίδες (WHO, CDC), σε επιστημονικά τεκμηριωμένα άρθρα των τελευταίων δύο δεκαετιών, 2000-2020. Στην αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά όπως διατροφικές διαταραχές, νευρική ανορεξία, βουλιμία, κλινικά χαρακτηριστικά, θεραπεία, ρόλος νοσηλευτή (eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, clinical features, treatment, nurse role).

**Συμπεράσματα:** Η νευρική ανορεξία (AN) είναι μια ψυχιατρική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από περιορισμό της πρόσληψης ενέργειας που οδηγεί σε επικίνδυνα χαμηλό σωματικό βάρος, έντονο φόβο αύξησης βάρους, διαταραχή της εικόνας του σώματος και διαταραχές στην αντίληψη των απειλητικών για τη ζωή επιπτώσεων. Η αντιμετώπιση της νόσου κρίνεται απαραίτητη και είναι αποτελεσματικότερη πριν την εμφάνιση σοβαρών διαταραχών. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός καθώς αποτελεί κομβικό σημείο για τη φροντίδα ατόμων με διατροφικές διαταραχές και επομένως μπορεί να είναι σημαντικός στην καθιέρωση των θεμελίων για την ανάρρωση, ειδικά με εκείνους τους ασθενείς που μπορεί να μην συνειδητοποιήσουν την ύπαρξη του προβλήματος.

**Λέξεις κλειδιά:** νευρική ανορεξία, επιδημιολογία, παράγοντες κινδύνου, διαγνωστικά κριτήρια, πρόληψη, ρόλος του νοσηλευτή.

## Abstract

**Introduction:** Anorexia nervosa is a serious mental illness characterized by maintaining an inappropriately low body weight, a constant pursuit of slimness and distorted knowledge about body shape and weight. It starts during adolescence and has a high mortality rate.

**Aim:** The aim of this study is to present the magnitude of this mental illness, to identify the prognostic factors as well as the nursing interventions that can contribute to the treatment of this phenomenon.

**Literature review:** Greek and international literature was reviewed in electronic databases (Google Scholar, PubMed, Science Direct) and on valid websites (WHO, CDC), in scientifically substantiated articles of the last two decades, 2000-2020. The search used keywords such as eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, clinical features, treatment, nurse role).

**Conclusion:** Anorexia Nervosa (AN) is a psychiatric illness characterized by limited energy intake leading to dangerously low body weight, intense fear of weight gain, disturbed body image and disturbances in life-threatening effects. The treatment of the disease is considered necessary and is more effective before the appearance of serious disorders. The role of the nurse is very important as it is a key point for the care of people with eating disorders and therefore can be important in establishing the foundations for recovery, especially with those patients who may not realize the existence of the problem.

**Key words:** anorexia nervosa, epidemiology, risk factors, diagnostic criteria, prevention, nurse role.

## Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες .....	2
Πρόλογος.....	3
Περίληψη .....	4
Abstract .....	5
Εισαγωγή.....	9
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> .....	11
1.Ιστορική αναδρομή .....	11
1.1.Εθνικές μειονότητες και διατροφικές διαταραχές.....	13
1.2.Διατροφικές διαταραχές στην Ευρώπη .....	13
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> .....	15
2. Διαταραχές πρόσληψης τροφής .....	15
2.1. Έννοιες και διαστάσεις της υγείας.....	15
2.2.Ο ρόλος της υγιεινής διατροφής.....	15
2.3.Διατροφικές διαταραχές .....	16
2.4.Νευρική ανορεξία .....	16
2.4.1.Υπότυποι νευρικής ανορεξίας .....	17
2.5.Αιτιολογία-Παθοφυσιολογία .....	17
2.6.Νευρική βουλιμία .....	18
2.7.Διατροφικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες διαφορετικά.....	19
2.8.Επιδημιολογικά δεδομένα .....	20
2.8.1.Νευρική ανορεξία: Ηλικία έναρξης.....	22
2.9.Επιδημιολογία.....	23
Κεφάλαιο 3ο.....	25
3.Συμπεριφορικές διατροφικές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό.....	25
3.1.Συννοσηρότητα και ψυχογενής ανορεξία.....	25
3.1.1.Διαταραχές της διάθεσης.....	26
3.1.2.Αγχώδεις διαταραχές .....	28
3.1.3.Διαταραχή μετατραυματικού stress .....	29
3.1.4.Αυτοκτονικότητα .....	30
3.1.5.Χρήση ουσιών .....	30
3.1.6.Διαταραχές της προσωπικότητας .....	31
3.2.Χρήση υπηρεσιών υγείας.....	33
Κεφάλαιο 4ο.....	35

4. Παράγοντες κινδύνου διατροφικών διαταραχών .....	35
4.1. Βασική έρευνα: Ζωικά μοντέλα και μαθησιακές διαδικασίες.....	35
4.1.1. Ακραίος υποσιτισμός.....	35
4.1.2. Ακραία υπερκατανάλωση τροφής.....	36
4.1.3. Κληρονομικότητα των συνδρόμων και συμπτωμάτων της νευρικής ανορεξίας.....	36
4.1.4. Μοριακή και γενετική νευροβιολογία.....	37
4.1.5. Οικογενειακή ψυχοπαθολογία.....	37
4.1.6. Παράγοντες κοινωνικοπολιτισμικού κινδύνου.....	38
4.1.7. Ατομικοί και οικογενειακοί παράγοντες κινδύνου.....	38
4.1.8. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας.....	39
4.1.9. Γνώση και αρνητική επίδραση.....	39
4.1.10. Νευροψυχολογικές ευπάθειες.....	40
Κεφάλαιο 5ο.....	41
5. Διαγνωστικά κριτήρια .....	41
5.1 Τα διαγνωστικά κριτήρια για την νευρική ανορεξία σύμφωνα με το DSM- IV .....	41
5.2 Τυπολογία .....	41
5.3. Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά το ICD- 10 (DCR) .....	42
Κεφάλαιο 6 <sup>ο</sup> .....	43
6. Πρόληψη της νευρογενούς ανορεξίας.....	43
6.1. Αρχική πρωτογενής πρόληψη.....	43
6.2. Δευτερογενής πρόληψη.....	45
6.3 Τριτογενής πρόληψη.....	46
6.4. Θεραπεία.....	46
Κεφάλαιο 7 <sup>ο</sup> .....	48
7.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή .....	48
7.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή ενδονοσοκομειακά.....	49
7.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή εξωνοσοκομειακά.....	56
7.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εδραίωση σχέσης εμπιστοσύνης.....	57
7.5. Ψυχοθεραπεία .....	61
7.6. Δυναμική ψυχοθεραπεία.....	61
7.7. Ατομική ψυχοθεραπεία .....	62
7.7.1. Γνωσιακή – Συμπεριφορική αντιμετώπιση.....	62
7.7.2. Συστηματική θεραπεία οικογένειας.....	63
7.7.3. Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία.....	63

7.7.4. Βιολογική ψυχοθεραπεία .....	64
7.7.5. Φαρμακοθεραπεία.....	64
Κεφάλαιο 8° .....	67
8.Κλινικές περιπτώσεις ασθενών.....	67
8.1.Κλινική περίπτωση 1 .....	67
8.2. 2 <sup>η</sup> Κλινική περίπτωση .....	76
Συμπεράσματα .....	89
Βιβλιογραφία .....	90



## Εισαγωγή

Οι διατροφικές διαταραχές, βασίζονται σε βιολογικά ψυχολογικές διαταραχές, οι φυσικές συμπεριφορές των οποίων μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρά ιατρικά προβλήματα. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, απαριθμεί τέσσερις ξεχωριστές κατηγορίες διατροφικών διαταραχών: τη νευρική ανορεξία (anorexia nervosa), τη νευρική ή ψυχογενής βουλιμία (bulimia nervosa), άλλες συγκεκριμένες διαταραχές σίτισης και διατροφής και τη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013). Η νευρική ανορεξία, κατά την οποία οι ασθενείς περιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την πρόσληψη τροφής για να επιτύχουν εξαιρετικά χαμηλό σωματικό βάρος, έχει δύο υποτύπους: την ανορεξία περιοριστικού τύπου, κατά την οποία ο ασθενής περιορίζει την τροφή και την ανορεξία τύπου εκκαθάρισεως κατά την οποία ο ασθενής συνήθως περιορίζει το φαγητό. Η νευρική βουλιμία χαρακτηρίζεται από επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης που ακολουθούνται από ακατάλληλους αντισταθμιστικούς μηχανισμούς για την εξάλειψη της τροφής και των θερμίδων που καταναλώνονται. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει εκκαθάριση με μεθόδους όπως αυτοπροκαλούμενος εμετός ή κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών. Υπάρχει επίσης μια υποομάδα ατόμων με βουλιμία που χρησιμοποιούν τακτικές όπως υπερβολική άσκηση και νηστεία. Η διαταραχή της επεισοδιακής υπερφαγίας, περιλαμβάνει επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης αλλά χωρίς αντισταθμιστικές συμπεριφορές. Άλλες συγκεκριμένες διαταραχές σίτισης και διατροφής περιλαμβάνουν άτυπες καταστάσεις κατά τις οποίες ένα άτομο έχει σαφώς διαταραχή της διατροφής, αλλά τα σωματικά ή / και ψυχολογικά συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για μία από τις διατροφικές διαταραχές. Αυτή η κατηγορία είναι παρόμοια με την παλαιότερα χρησιμοποιούμενη κατηγορία διατροφικών διαταραχών που δεν ορίζεται διαφορετικά (Attia et al., 2013).

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή στις διατροφικές διαταραχές καθώς και στις διατροφικές διαταραχές στην Ευρωπαϊκή Ήπειρο.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στις διαταραχές της πρόσληψης της τροφής, στη νευρική ανορεξία με τους υποτύπους της, στη νευρική βουλιμία, στις διατροφικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες διαφορετικά καθώς και στα επιδημιολογικά δεδομένα.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρονται οι συμπεριφορικές διατροφικές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό σε συνδυασμό με τη συννοσηρότητα.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στους παράγοντες κινδύνου των διατροφικών διαταραχών, ενώ στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα διαγνωστικά κριτήρια της νευρικής ανορεξίας σύμφωνα με το DSM-IV και το ICD-10.

Το έκτο κεφάλαιο αναφέρεται στην πρόληψη και τη θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας, ενώ στο έβδομο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο ρόλο του νοσηλευτή και των παρεμβάσεων του σε ασθενείς που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία.

Η παρούσα εργασία κλείνει με την παρουσίαση δυο κλινικών περιπτώσεων και τη νοσηλευτικής τους διεργασία.

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

### 1. Ιστορική αναδρομή

Διαταραχές στη διατροφική συμπεριφορά, έχουν αναφερθεί από την αρχαιότητα σε ορισμένους πολιτισμούς, αλλά η φαινομενική τους συχνότητα ποικίλλει πολύ με την πάροδο του χρόνου. Οι αρχαίοι ελληνικοί και αιγυπτιακοί πολιτισμοί έχουν αρχεία που υποδηλώνουν τελετουργική νηστεία για σύντομες περιόδους, αλλά δεν προτείνεται παρατεταμένη νηστεία όπως στη νευρική ανορεξία. Ένας πνευματικά υποκινούμενος ασκητισμός στις αρχαίες ανατολικές θρησκείες οδήγησε στον υποσιτισμό που μοιάζει με τη νευρική ανορεξία σήμερα. Περαιτέρω παραδείγματα ασκητισμού βρίσκονται σε άλλες στιγμές στην ιστορία και σε άλλους πολιτισμούς, όπως με τους πρώτους Χριστιανούς και σε «γνωστικές λατρείες», οι οποίοι συμμετείχαν σε σοβαρή νηστεία ως ριζική αντίδραση ενάντια στον ηδονισμό και τον υλισμό αυτής της εποχής. Αυτό το πνευματικό κίνητρο έρχεται σε αντίθεση με την επιθυμία για λεπτότητα που πιστεύεται ότι αποτελεί θεμελιώδες χαρακτηριστικό της ανορεξίας.

Αντιθέτως, κατά τη Σκοτεινή Εποχή, μια σειρά καταστροφών οδήγησε σε μια περίοδο κατά την οποία η πείνα και η στέρηση ήταν διαδεδομένες. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου θα εμφανιστεί πλήρης υποσιτισμός, με μερικές εξαιρέσεις. Αργότερα, κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα και τις πρώτες περιόδους της Αναγέννησης, η πείνα που είχε πνευματικά κίνητρα επανεμφανίστηκε, με πολλές γυναίκες που νηστεύουν να αποκτήσουν το καθεστώς των αγίων στη Ρωμαϊκή Καθολική Εκκλησία (Pini et al., 2016).

Κατά τη διάρκεια του 17ου και του 18ου αιώνα, δόθηκε διαφορετική ερμηνεία στις αντιλήψεις σχετικά με τη νηστεία των γυναικών. Κατά τη διάρκεια της Μεταρρύθμισης, αναπτύχθηκε η πεποίθηση ότι οι γυναίκες αυτές δε είναι «ιερές», αλλά δαιμονισμένες. Εν καιρώ, ο υποσιτισμός εκλαμβάνόταν ως πηγή ψυχαγωγίας. Αργότερα οι γυναίκες αυτές χαρακτηρίστηκαν ως απάτη. Με την πάροδο του χρόνου θεωρήθηκαν ως σωματικά ή ψυχικά ασθενείς, όπως θεωρούνται και τη σημερινή εποχή.

Η νευρική ανορεξία αναγνωρίστηκε ως ιατρική διαταραχή στα τέλη του 19ου αιώνα. Η ομοιότητά του με την ατροφία της υπόφυσης οδηγεί τους ερευνητές να αναζητήσουν νευροενδοκρινικές αιτίες και μηχανισμούς. Ωστόσο, αναγνωρίστηκε ότι η ανορεξία διαφέρει κλινικά με σημαντικούς τρόπους από την κλινική εικόνα της ατροφίας της υπόφυσης, ιδιαίτερα στην πορεία της ασθένειας, τις φυσικές εκδηλώσεις και το επίπεδο δυσχέρειας. Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι αυτές οι πρωτότυπες περιγραφές από τα τέλη του αιώνα δεν περιελάμβαναν το φόβο του λίπους, ο οποίος θεωρείται κεντρικός στη διάγνωση της νευρικής ανορεξίας σήμερα (Pini et al., 2016).

Οι ψυχολογικές υποθέσεις σχετικά με την αιτία της νευρικής ανορεξίας κυριάρχησαν στο πρώτο μισό του 20ου αιώνα. Οι υποθέσεις αυτές ξεκίνησαν με την εστίαση από τους θεωρητικούς στις ασυνείδητες συγκρούσεις σχετικά με τη σεξουαλικότητα και τις επιθυμίες για γονιμοποίηση. Η έλευση της θεωρίας σχέσεων αντικειμένων και η εστίασή της στον ρόλο των πρώιμων αλληλεπιδράσεων βρεφών-γονέων στην ανάπτυξη της προσωπικότητας οδήγησαν σε αναδιαμόρφωση της θεμελίωσης των διατροφικών διαταραχών. Οι Bruch (1973) και Selvini-Palazzoli (1963) ήταν οι πρώτοι που υπογράμμισαν την έλλειψη αίσθησης αυτονομίας και διαφοροποίησης των ανορεξικών ατόμων και την αναζήτηση ελέγχου ως αποτέλεσμα της αδυναμίας τους να κυριαρχήσουν στον διαχωρισμό και την εξατομίκευση των εφήβων. Έδωσαν επίσης παράλληλη έμφαση σε μια πιο συναλλακτική ψυχοθεραπεία με έμφαση στη διαφοροποίηση του άλλου. Άλλοι θεωρητικοί τόνισαν επίσης το θέμα των συγκρούσεων σχετικά με το χωρισμό και την εξατομίκευση από την οικογενειακή προοπτική. Ο Bruch (1985) συνέχισε να σχολιάζει πώς οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές σε αυτήν την εποχή δεν παρουσίασαν την ίδια ανάγκη για έλεγχο και κυριότητα και δεν ήταν τόσο ειλικρινείς στην επιδίωξη της ισχύος και του ελέγχου (Pini et al., 2016).

Οι υποστηρικτές της ψυχοδυναμικής θεωρίας αντιμετώπισαν την εκκόλαψη της υπερφαγίας ως μέρος του συμπλόκου συμπτωμάτων που χαρακτηρίζει τη νευρική ανορεξία, με έμφαση στην συμβολική σημασία των συμπεριφορών που εμπλέκονται. Η νευρική βουλιμία ως ξεχωριστή διαγνωστική οντότητα περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1979 και υπήρξε κάποια εικασία ότι μπορεί να αντιπροσωπεύει μια νέα διαταραχή. Στην αρχαία Αίγυπτο, την Ελλάδα, τη Ρώμη και την Αραβία περιγράφονται καθοδηγούμενες συμπεριφορές που μοιάζουν με τη βουλιμία. Η υπερφαγία και ο προκλητός εμετός στην αρχαιότητα είναι πολύ γνωστά και δεν αντιπροσωπεύουν απαραίτητα ένα αρχαίο ισοδύναμο της νευρικής βουλιμίας. Στην αρχαία Ρώμη, το εμετόριο χρησιμοποιήθηκε με σκοπό το άδειασμα του στομάχου μετά από έντονες γιορτές. Η υπερβολική κατανάλωση που ακολουθείται από το συνηθισμένο εμετό φέρεται να αποτελεί συνήθη τακτική ασκείται από την ελίτ εκείνη την εποχή, η οποία μπορεί να αντιπροσωπεύει παραλλαγή της βουλιμίας που προωθήθηκε από τις κοινωνικές δυνάμεις (Williams et al., 2018).

Οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές που τεκμηριώνονται στο μεγαλύτερο μέρος της ιστορίας εγείρουν πολλά ερωτήματα σχετικά με το εάν οι διατροφικές διαταραχές είναι στην πραγματικότητα προϊόν των τρεχουσών κοινωνικών πιέσεων.

### 1.1.Εθνικές μειονότητες και διατροφικές διαταραχές

Μια άλλη διαμάχη με τις διατροφικές διαταραχές υπάρχει σχετικά με τους σύγχρονους κοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την παρουσία αυτής της παθολογίας. Στο παρελθόν πιστεύεται ότι οι διατροφικές διαταραχές εμφανίστηκαν σχεδόν αποκλειστικά σε ανώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες στα δυτικά έθνη και οι περισσότερες έρευνες δείχνουν ότι οι διατροφικές διαταραχές εξακολουθούν να εντοπίζονται κυρίως μεταξύ των λευκών ατόμων σε χώρες με δυτικό προσανατολισμό. Ωστόσο, οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται στην πραγματικότητα σε ένα ευρύ φάσμα εθνοτικών, πολιτιστικών και κοινωνικοοικονομικών ομάδων, με εκτιμήσεις για τον επιπολασμό της ανορεξίας και της βουλιμίας σε μη Καυκάσιους που κυμαίνονται από 1% έως 4%, ανάλογα με την ηλικία, την εθνικότητα και την γεωγραφική κατανομή (Pini et al., 2016; Williams et al., 2018).

Οι πρώτες μελέτες εντόπισαν κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες στην αμερικανική κοινωνία που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές. Οι διατροφικές διαταραχές είχαν παραδοσιακά συσχετιστεί με τις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Ο Rowland (1970) διαπίστωσε ότι ένα υψηλότερο ποσοστό ατόμων με διατροφικές διαταραχές από το κλινικό του δείγμα προήλθε από τη μεσαία τάξη. Ανέφερε, ότι οι εβραϊκές, καθολικές και ιταλικές θρησκευτικές / πολιτιστικές καταγωγές μπορεί να οδηγήσουν σε υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης μιας διατροφικής διαταραχής λόγω πολιτισμικών στάσεων σχετικά με τη σημασία των τροφίμων. Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από αυτές τις μελέτες ήταν ότι οι εθνοτικές και φυλετικές διαφορές στην παρουσία διατροφικών διαταραχών συνδέονταν με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Pini et al., 2016; Williams et al., 2018).

### 1.2.Διατροφικές διαταραχές στην Ευρώπη

Ποσοστά διατροφικών διαταραχών στις Ευρωπαϊκές χώρες φαίνεται να παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις κατά τις τελευταίες δεκαετίες, όπως και στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Αρκετοί συγγραφείς έχουν μελετήσει ποσοστά διατροφικών διαταραχών στη Σουηδία, Γερμανία, Ελβετία, Αγγλία, Σκωτία και Ιταλία. Ο Theander (1970) ανέφερε μια σταθερή αύξηση της συχνότητας της νευρικής ανορεξίας σε έναν καθορισμένο πληθυσμό στη Σουηδία, που αυξάνεται από 0,12 σε 0,45 ανά 100.000 ανά έτος για μια περίοδο 30 ετών. Μια συγκριτική επιδημιολογική μελέτη διαπίστωσε σταθερές αυξήσεις στη συχνότητα εμφάνισης νευρικής ανορεξίας στη βορειοανατολική Σκωτία, από τη δεκαετία του 1960 έως τις αρχές της δεκαετίας του 1970. Τα μέσα ποσοστά επίπτωσης ήταν 1,6 (βορειοανατολική Σκωτία), 0,66 (Monroe County) και 0,37 (Camberwell) ανά 100.000 ανά έτος. Η μεγαλύτερη αύξηση

των περιστατικών σημειώθηκε στη βορειοανατολική Σκωτία και το Camberwell ήταν η μόνη περιοχή όπου ένας δυσανάλογος αριθμός ασθενών προερχόταν από τις μεσαίες και υψηλότερες τάξεις (Pini et al., 2016; Williams et al., 2018)..

Μελέτη που διενεργήθηκε στην ίδια περιοχή στη βορειοανατολική Σκωτία, ανέφερε μέση ετήσια αύξηση του ποσοστού επίπτωσης της νευρικής ανορεξίας 5,3% από τη δεκαετία του 1960 έως το 1991. Οι Willi και Grossman (1983) διαπίστωσαν αύξηση της συχνότητας ανορεξίας στη Ζυρίχη της Ελβετίας, από 0,38 ανά 100.000 ετησίως (1956-1958) έως 1,12 ανά 100,000 ετησίως (1973-1975). Σε μια μελέτη παρακολούθησης της ίδιας περιοχής, ο Willi, Giaco & Metti, και ο Limacher (1990) δεν διαπίστωσαν περαιτέρω σημαντικές αυξήσεις στη συχνότητα το 1983 έως το 1985. Ο Hoek (1991) διαπίστωσε ετήσια ποσοστά εμφάνισης 6,3 ανά 100.000 ετησίως για νευρική ανορεξία και 9,9 ανά 100.000 ετησίως σε έναν αντιπροσωπευτικό πληθυσμό πρωτοβάθμιας φροντίδας των Κάτω Χωρών. Μια μελέτη που συνέκρινε Έλληνες έφηβους που ζούσαν στη Γερμανία με Έλληνες έφηβους που ζούσαν στην Ελλάδα διαπίστωσε ότι οι ελληνίδες που διέμεναν στη Γερμανία έδειξαν υψηλότερο επιπολασμό νευρικής ανορεξίας (0,4% έναντι 1,1% αντίστοιχα. Αυτό το εύρημα αντικατοπτρίζει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν ακόμη και οι Λευκοί μετανάστες εντός της Ευρώπης (Pini et al., 2016; Williams et al., 2018).

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

### 2. Διαταραχές πρόσληψης τροφής

#### 2.1. Έννοιες και διαστάσεις της υγείας

Στον εννοιολογικό προσδιορισμό της υγείας, εκτός από την ασθένεια και το θάνατο, θα πρέπει να συνυπολογίζεται και η θετική όψη της υγείας, η οποία αναφέρεται στην ψυχική και κοινωνική ευεξία, τη φυσική κατάσταση και τις δεξιότητες που χαρακτηρίζουν το άτομο. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) υγεία είναι «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας». Η υγεία ορίζεται σαν μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο μπορεί να υπερβεί τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του, διαμορφώνοντας νέους κανόνες συμπεριφοράς και νέες αξίες (Σαρρής, 2001).

Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της υγείας περικλείει τις διαστάσεις της βιοϊατρικής όπου η νόσος και η αναπηρία δεν υφίστανται, τη ψυχολογική διάσταση σύμφωνα με την οποία το άτομο μπορεί να εκπληρώνει κάποιους ρόλους ή να προσαρμόζεται σε καταστάσεις και η κοινωνιολογική διάσταση κατά την οποία το περιβάλλον και ο πολιτισμός επηρεάζουν τη υγεία.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., η ψυχική υγεία προσδιορίζεται ως «μια κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει τα καθημερινά άγχη της ζωής, να ζει και να εργάζεται παραγωγικά και με άνεση και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του.

Η ισορροπία βιολογικών, ψυχικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών και συμπεριφορολογικών παραγόντων αποτελεί το περιεχόμενο της έννοιας της υγείας. Η διατάραξη της ισορροπίας αυτής έχει ως αποτέλεσμα τη βασική αιτία πρόκλησης της ασθένειας, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικά επίπεδα (Σαρρής, 2001).

#### 2.2.0 ρόλος της υγιεινής διατροφής

Η διατήρηση ιδανικού βάρους του σώματος και η σωστή διατροφή συμβάλλουν σε σημαντικό βαθμό στην οργανική υγεία του ανθρώπου. Σύμφωνα με μελέτες τα στοιχεία της διατροφής έχουν ευεργετική επίδραση και σε διάφορες ψυχικές καταστάσεις.

Η πρόσληψη τροφής είναι απαραίτητη για τη διατήρηση στη ζωή του ανθρώπινου οργανισμού. Τα θρεπτικά συστατικά χρησιμοποιούνται από τον οργανισμό ως δομικά υλικά των ιστών του και μέσω της καύσης να παράγει ενέργεια. Επί υποθρεψίας το ανθρώπινο

σώμα δεν μπορεί να πραγματοποιήσει τις απαραίτητες λειτουργίες με αποτέλεσμα την παρουσία βλαβών. Απόρροια τούτου, η εμφάνιση νοσηρότητας και επί σοβαρότερων καταστάσεων ο θάνατος (Wildes & Marcus, 2013).

### 2.3. Διατροφικές διαταραχές

Οι διατροφικές διαταραχές, είναι ένα πολύπλοκο και ετερογενές σύνολο καταστάσεων που χαρακτηρίζονται από ένα συνδυασμό σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, τα οποία συχνά επικαλύπτονται μεταξύ τους, αλλά και δεν περιλαμβάνονται στις τρέχουσες διαγνώσεις (Wildes & Marcus, 2013). Η έντονη ανησυχία με σκέψεις για φαγητό, το βάρος και το σχήμα του σώματος, συμπεριφορές όπως δίαιτα, νηστεία, υπερβολική άσκηση, υπερφαγία και εκκαθάριση καθώς και οι φυσικοί συσχετισμοί όπως ο χαμηλός δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) και η αμηνόρροια είναι τυπικά χαρακτηριστικά ατόμων που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές (Wildes & Marcus, 2013).

### 2.4. Νευρική ανορεξία

Η νευρική ανορεξία είναι μια κατάσταση κατά την οποία τα άτομα αναπτύσσουν ακραίες ανησυχίες με το σωματικό βάρος και το σχήμα του σώματος, που συνοδεύεται από απώλεια βάρους που επιτυγχάνεται είτε με τον περιορισμό της πρόσληψης θερμίδων ή με ακραίες αντισταθμιστικές μεθόδους (π.χ. έμετος, λήψη καθαρτικών, διουρητικών ή αδυνατίσματος) και προσπάθειες διατήρησης ενός δείκτη μάζας σώματος χαμηλότερου από το φυσιολογικό υγιές εύρος. Το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο για διαταραχές ψυχικής υγείας ορίζει τα απαραίτητα κριτήρια για την ταξινόμηση της νευρικής ανορεξίας ως: (i) την άρνηση διατήρησης σωματικού βάρους σε κανονικό εύρος για την ηλικία και το ύψος του ατόμου, το οποίο μεταφράζεται σε βάρος μικρότερο από το 85% του αναμενόμενου, (ii) ο έντονος φόβος αύξησης σωματικού βάρους, ο οποίος διατηρείται ακόμη και όταν το άτομο είναι λιποβαρές (iii) η αδικαιολόγητη επίδραση του σωματικού βάρους και του σχήματος του σώματος στην αυτοαξιολόγηση και (iv) στις γυναίκες όπου η αμηνόρροια, ορίζεται ως η απουσία εμμηνορροϊκών περιόδων για τουλάχιστον τρεις συνεχόμενους μήνες. (American Psychiatric Association, 2000).

Τον Μάιο του 2013, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, σε αναθεώρηση των διαγνωστικών κριτηρίων για όλες τις ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης και της νευρικής ανορεξίας, επαναδιατύπωσε το κριτήριο χαμηλού σωματικού βάρους για τη νευρική ανορεξία ως «το σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος στο πλαίσιο της ηλικίας, του φύλου, της αναπτυξιακής τροχιάς και της σωματικής υγείας» και αφαίρεσε το κριτήριο της αμηνόρροιας (American Psychiatric Association, 2013).



## **2.4.1.Υπότυποι νευρικής ανορεξίας**

### **2.4.1.1.Περιοριστικός τύπος**

Σε αυτού του υπότυπου ψυχογενούς ανορεξίας, στο άτομο κατά το τελευταίο τρίμηνο δεν παρατηρούνται επαναλαμβανόμενα επεισόδια συμπεριφοράς εξαναγκασμού ή έκλυσης, όπως επεισόδια αυτοεπιβαλλόμενου εμέτου ή χρήσης καθαρτικών ή διουρητικών ουσιών ή κλυσμάτων. Σε αυτόν τον υπότυπο περιγράφονται περιπτώσεις κατά τις οποίες η απώλεια σωματικού βάρους καθίσταται εφικτή μέσω της δίαιτας, της νηστείας και της υπερβολικής άσκησης.

### **2.4.1.2.Τύπος εξαγνισμού/καθαρισμού**

Στο υπότυπο αυτό κατά τους τελευταίους τρεις μήνες το άτομο παρουσιάζει υποτροπιάζοντα υπερφαγικά επεισόδια ή καθαρτικής συμπεριφοράς, όπως έμετοι, χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή κλυσμάτων (American Psychiatric Association, 2013).

## **2.5.Αιτιολογία-Παθοφυσιολογία**

Η αιτιολογία των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής είναι άγνωστη αλλά πιθανώς εμπλέκεται ένας συνδυασμός βιολογικής εαυλωτότητας, ψυχολογικής προδιάθεσης και κοινωνικών επιρροών. Ο ρόλος των γενετικών παραγόντων είναι πιθανότατα σημαντικός στην ψυχογενή ανορεξία, η οποία εμφανίζει ποσοστό σύμπτωσης σχεδόν 70% μεταξύ των μονοζυγωτικών διδύμων έναντι 20% μεταξύ των διζυγωτικών. Ένας άλλος παράγοντας που πιθανώς εμπλέκεται στην παθοφυσιολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι ενδεχομένως η διαταραχή στο σεροτονινεργικό σύστημα νευροδιαβίβασης στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Στον υποθάλαμο, η σεροτονίνη ρυθμίζει τη συμπεριφορά πρόσληψης τροφής και παράγει το αίσθημα πληρότητας και κορεσμού. Οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία αναφέρουν ότι νιώθουν «υπερπλήρεις» μετά το φαγητό. Μια άλλη επίδραση της σεροτονίνης είναι η ρύθμιση της διάθεσης, των παρορμητικών συμπεριφορών και του ιδεοψυχαναγκασμού (Black & Andreasen, 2011).

Όσον αφορά τους ψυχολογικούς παράγοντες όταν ξεκινά η δίαιτα, επισυμβαίνουν ψυχολογικές και οργανικές μεταβολές που πολλαπλασιάζουν τις συμπεριφορές διατροφής. Η ψυχογενής ανορεξία συχνά εξυπηρετεί μια θετική λειτουργία για την ζωή του ατόμου, παρέχοντας ένα καταφύγιο από ψυχοπνευστικά γεγονότα ζωής ή αναπτυξιακά ζητήματα που αφορούν σχέσεις και σεξουαλικότητα. Σύμφωνα με τους Donald Black και την Nancy Andreasen οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία προσπαθούν μέσω της νόσου να παρατείνουν την παιδική τους ηλικία και να αποφύγουν τις ευθύνες της ενήλικης ζωής. Επίσης, τα πρότυπα που προβάλλει η κοινωνία σήμερα επηρεάζουν τους νέους ώστε να είναι κοινωνικά

αποδεκτοί μέσω της εμφάνισής τους. Τα άτομα που πάσχουν, συνήθως, από ψυχογενή ανορεξία χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση υποβαθμίζοντας τον εαυτό τους σε σχέση με άλλα άτομα. Ορισμένα ανορεξικά άτομα θεωρούν ότι το σωματικό τους βάρος ελέγχεται από τους γονείς τους και εμφανίζουν κατάθλιψη και κρίσεις άγχους για θέματα της απλής καθημερινότητας. Ο μόνιμος φόβος για αύξηση του σωματικού βάρους, έχει ως αποτέλεσμα την κατανάλωση λίγων θερμίδων και την λήψη διάφορων καθαρτικών και διουρητικών φαρμάκων.

Σχετικά με τους κοινωνικούς παράγοντες που λειτουργούν ως προδιάθεση για την εμφάνιση ψυχογενούς ανορεξίας, τα περισσότερα άτομα που νοσούν προέρχονται από οικογένειες που υπάρχουν συγκρούσεις και ταπεινωτικές συμπεριφορές. Έτσι, τα άτομα αυτά καταπιέζονται και θέλουν να έχουν τον πλήρη έλεγχο του εαυτού τους, ασχολούμενοι συνεχώς με την εμφάνισή τους και το σωματικό τους βάρος. Όσον αφορά τις αλλαγές στον οργανισμό, σε επίπεδο φυσιολογίας, ενισχύουν τη διαταραχή. Η κορτικοτρόπος ορμόνη ούσα αυξημένη στους ανορεκτικούς ασθενείς μπορεί να επιδρά στην συνέχιση της συμπεριφοράς που αφορούν την διατροφή. Σχετικά με την βαζοπρεσίνη, που είναι υψηλή, και με την οξυτοκίνη, που είναι χαμηλή, στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, αυτοί υποστηρίζουν πως δρουν από κοινού για την συνέχιση των διαστρεβλωμένων προτύπων σκέψης και ιδεοψυχαναγκαστικής ανησυχίας σχετικά με την τροφή (Black & Andreasen, 2011).

## **2.6.Νευρική βουλιμία**

Τα άτομα με νευρική βουλιμία παρουσιάζουν υπερβολικές ανησυχίες για το βάρος και το σχήμα του σώματος, προσδίδοντας στην εικόνα του σώματός τους υπερβολική σημασία για την αξιολόγηση του εαυτού τους. Τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης που ακολουθούνται από αντισταθμιστικές συμπεριφορές για την εξουδετέρωση της υπερβολικής κατανάλωσης αποτελούν επίσης καθοριστικά χαρακτηριστικά της νευρικής βουλιμίας, αν και το χαμηλό σωματικό βάρος (απαραίτητο κριτήριο για τη διάγνωση της νευρικής ανορεξίας), δεν απαιτείται για τη διάγνωση της νευρικής βουλιμίας. Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη νευρική βουλιμία είναι τα εξής: (i) συμμετοχή σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, που ορίζονται ως η κατανάλωση ασυνήθιστα μεγάλης ποσότητας τροφής σε σύντομο χρονικό διάστημα και η αίσθηση απώλειας του ελέγχου της ποσότητας τροφής που καταναλώνεται (ii) επεισόδια αδηφαγικής διαταραχής ακολουθούνται από αντισταθμιστικές συμπεριφορές για να αποφευχθεί η αύξηση βάρους. Οι αντισταθμιστικές συμπεριφορές ορίζονται ως έμετος, ακατάλληλη χρήση φαρμάκων (π.χ. καθαρτικά, διουρητικά, κλύσματα και χάπια διατροφής), νηστεία ή υπερβολική άσκηση, (iii) τα

επεισόδια υπερφαγίας ακολουθούνται από ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές που εμφανίζονται δύο φορές την εβδομάδα για τουλάχιστον τρεις μήνες, (iv) το άτομο θεωρεί αδικαιολόγητη την επίδραση που ασκεί το βάρος και το σχήμα του σώματος στην αυτοαξιολόγηση (American Psychiatric Association, 2013).

## **2.7. Διατροφικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες διαφορετικά**

Σε πολλές περιπτώσεις, τα άτομα μπορούν να παρουσιάσουν συμπτώματα και συμπεριφορές που πληρούν εν μέρει μόνο τις προϋποθέσεις για πλήρη διάγνωση διατροφικών διαταραχών, όσον αφορά την παρουσίαση των συμπτωμάτων ή / και τη συχνότητά τους. Αυτές οι περιπτώσεις, καθώς και λιγότερο τεκμηριωμένες διαταραχές της διατροφής, ομαδοποιούνται στην υπολειμματική διαγνωστική κατηγορία διατροφικών διαταραχών που δεν προσδιορίζονται διαφορετικά. Συμπεριφορές που μπορούν να συμπεριληφθούν στις διαταραχές που δεν ορίζονται πουθενά είναι: όταν τα άτομα με νευρική ανορεξία παρουσιάζουν όλα τα σχετικά συμπτώματα εκτός από (i) αμηνόρροια ή (ii) χαμηλό δείκτη μάζας σώματος ή όταν άτομα με νευρική βουλιμία συμμετέχουν σε επεισόδια υπερφαγίας και εκκαθάρισης λιγότερο συχνά από δύο φορές την εβδομάδα για τουλάχιστον τρεις μήνες (iii). Επιπλέον, η κατηγορία των διαταραχών που δεν ορίζονται πουθενά, μπορεί να εφαρμοστεί σε άτομα που εμφανίζουν επεισόδια υπερφαγίας, τα οποία δεν ακολουθούνται από αντισταθμιστικές συμπεριφορές, με συχνότητα δύο επεισοδίων την εβδομάδα για τουλάχιστον έξι μήνες. Επίσης στις διαταραχές που δεν ορίζονται πουθενά ανήκουν οι πρακτικές εκκαθάρισης που δεν ακολουθούν επεισόδια υπερφαγίας ή που ακολουθούν «υποκειμενικά επεισόδια υπερφαγίας». Το τελευταίο συμβαίνει όταν ένα άτομο αντιλαμβάνεται την αίσθηση της απώλειας του ελέγχου της ποσότητας τροφής και πιστεύει ότι είναι μεγάλη ποσότητα παρά το γεγονός ότι η θερμιδική πρόσληψη δεν ισοδυναμεί με αυτή της υπερφαγίας.

Επιπρόσθετα τα άτομα που επανειλημμένως μασούν και απορρίπτουν το φαγητό χωρίς κατάποση θεωρούνται επίσης ότι ανήκουν στην κατηγορία των διαταραχών που δεν ορίζονται πουθενά (Machado, Gonçalves, & Hoek, 2013).

Στα κριτήρια που χαρακτηρίζουν την υπερφαγική διαταραχή περιλαμβάνονται (i) η έλλειψη αντισταθμιστικών συμπεριφορών που εμπλέκεται σε επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφής, σε σύντομο χρονικό διάστημα συνοδευόμενη από την αίσθηση της απώλειας ελέγχου της ποσότητας των τροφίμων που καταναλώνονται (ii) η γρήγορη κατανάλωση τροφής από ότι συνηθίζεται και το άτομο βιώνει συναισθήματα ενοχής ή αμηχανίας που συχνά οδηγεί στην κατανάλωση τροφής χωρίς να γίνεται αντιληπτό από

άλλους, (iii) η σημαντική δυσφορία και, (iv) η εμφάνιση αυτών των επεισοδίων τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για τουλάχιστον τρεις μήνες. Σύμφωνα με το DSM-5, η κατηγορία των διαταραχών που δεν ορίζεται ποθενά μετονομάστηκε «Άλλες συγκεκριμένες διαταραχές σίτισης ή διατροφής» (Machado, Gonçalves, & Hoek, 2013).

## 2.8.Επιδημιολογικά δεδομένα

Επιπολασμός είναι η συχνότητα εμφάνισης ενός φαινομένου στην περίπτωση αυτής της διατροφικής διαταραχής παρά την έλλειψη των επαρκών στοιχείων από επιδημιολογικές έρευνες για την νευρική ανορεξία φαίνεται πως η διαταραχή εμφανίζεται συχνότερα την τελευταία δεκαετία. Στον γενικό πληθυσμό το ποσοστό εμφάνισης της νόσου κυμαίνεται από 0.2% σε 0.8% αυτά τα ποσοστά όμως διαφοροποιούνται ανάλογα τον πληθυσμό. Οι μελέτες σε πληθυσμούς μαθητών λυκείου και ανώτερης εκπαίδευσης εκτιμούν την συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου της νευρικής ανορεξίας στις γυναίκες στο 1% και της νευρικής βουλιμίας στο 4% ενώ στους άνδρες τα ποσοστά αυτά είναι δέκα φορές μικρότερα. Τα συμπτώματα που κυριαρχούν είναι η πρόκληση αυτόματων εμέτων, η χρήση καθαρτικών και επεισόδια υπερφαγίας. Η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες ασχολούνται περισσότερο με την εξωτερική τους εμφάνιση και το σωματικό βάρος.

Οι φυλετικές διαφορές που αφορούν τις διατροφικές διαταραχές και τα συμπτώματα σχετίζονται με τις γυναίκες οι οποίες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο σε σύγκριση με τους άνδρες. Διαφορετικοί και φαινοτυπικοί κίνδυνοι που αφορούν τις διατροφικές διαταραχές στις γυναίκες μπορούν να συσχετιστούν με την εφηβεία και τις επιδράσεις των ορμονών στην έκφραση διατροφικών συμπτωμάτων. Στους άνδρες τα αυξημένα επίπεδα τεστοστερόνης κατά την προγεννητική και εφηβική ηλικία μπορούν να χρησιμεύσουν για την μείωση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών Τα παιδιά των μητέρων με διατροφικές διαταραχές βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο σε θέματα που αφορούν την διατροφή, διατροφικά προβλήματα καθώς επίσης άλλες αναπτυξιακές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές. Ήδη από την ηλικία των έξι μηνών τα παιδιά των μητέρων με νευρική ανορεξία είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν προβλήματα σίτισης (Τζαβάρας, 2011).

Έρευνα που έγινε σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου της Αγγλίας από τον Αύγουστο του 2010 έως τον Ιούλιο του 2014 έδειξε ότι ασθενείς με όλους τους υποτύπους των διατροφικών διαταραχών είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ( 41.3%-66.7% ) και της διπολικής διαταραχής (16.7%-49.3%). Σε σύγκριση με τους ασθενείς που πάσχουν μόνο από νευρική

ανορεξία και με τους ασθενείς που συννοσορούν με διπολική διαταραχή αλλά και με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, ήταν αυξημένη η αυτοκτονικότητα και τα λειτουργικά προβλήματα. Από έρευνα που έγινε σε 81 ασθενείς έπειτα από την συμπλήρωση ερωτηματολογίου, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η ματαιοδοξία σώματος, τα προβλήματα της εφηβείας και καταθλιπτικό συναίσθημα που οφείλονται στην δουλειά ή στο σχολείο αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την νευρική ανορεξία. Ακόμα τα άτομα με συννοσηρή διπολική διαταραχή είχαν αυξημένο κίνδυνο απορρύθμισης του βάρους, περισσότερες παρορμητικές συμπεριφορές και τα υψηλότερα ποσοστά των συνοδών ψυχιατρικών νοσημάτων. Οι διατροφικές διαταραχές έχουν περιγραφεί ως από τις πιο δύσκολες ψυχιατρικές παθήσεις για την θεραπεία, έχει βρεθεί ότι μέχρι το 0.3% των νέων γυναικών μπορεί να αναπτύξει νευρική ανορεξία. Παρόμοια τάση έχει αναφερθεί και για τους άνδρες παρόλο που τα ποσοστά επιπολασμού είναι χαμηλότερα. Μια πρόσφατη αναδρομική μελέτη διαπίστωσε ότι πάνω από το 50% των περιπτώσεων με διατροφική διαταραχή αναπτύσσουν σοβαρή μορφή την νευρικής ανορεξίας. Συγκρίσεις μεταξύ των φύλων αποκάλυψαν ποσοστό ύφεσης 39% για τις γυναίκες ενώ 59% για τους άνδρες έπειτα από πέντε χρόνια διάρκειας της νόσου. Σε μία πρόσφατη αναδρομική μελέτη διαπιστώθηκε ότι πάνω από το 50% των περιπτώσεων με διατροφική διαταραχή αναπτύσσουν σοβαρές μορφές της ψυχογενούς ανορεξίας. Συγκρίσεις μεταξύ των δύο φύλων αποκάλυψαν πως το ποσοστό ύφεσης για τις γυναίκες ανέρχεται στο 39% ενώ για τους άνδρες 59% ύστερα από πέντε έτη διάρκειας της νόσου. Περισσότερο επιρρεπείς είναι οι χορεύτριες, τα μοντέλα και οι αθλήτριες. Αξίζει να σημειωθεί πως το 90-95% των ασθενών που ανήκουν στο γυναικείο πληθυσμό προέρχονται από τα μεσαία και ανώτερα κοινωνικά στρώματα της λευκής φυλής (Τζαβάρας, 2011).

Η αξιοπιστία των στοιχείων επικράτησης των διατροφικών διαταραχών, έχει συχνά αμφισβητηθεί εξαιτίας των μεθοδολογικών εκτιμήσεων σχετικά με την αξιολόγηση και τη δειγματοληψία των συμμετεχόντων στις μελέτες, οι οποίες θα μπορούσαν ενδεχομένως να οδηγήσουν σε προκατειλημμένες εκτιμήσεις (Hoek, 2006). Θα πρέπει να ληφθούν υπόψη δύο ζητήματα που χαρακτηρίζουν τις διατροφικές διαταραχές. Το πρώτο ζήτημα αναφέρεται στο γεγονός ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι μια κατάσταση σχετικά χαμηλού επιπολασμού και επομένως απαιτούνται μεγάλα δείγματα για την εκτίμηση του επιπολασμού. Το δεύτερο ζήτημα αφορά την ανίχνευση των περιστατικών με διατροφικές διαταραχές, λόγω του ότι αρκετοί ασθενείς δεν αποκαλύπτουν το πρόβλημά τους, δεν αναζητούν επαγγελματική βοήθεια και υπάρχουν δυσκολίες στην αναγνώριση των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας (Mond et al., 2007). Κατά συνέπεια, μόνο οι πιο σοβαρές περιπτώσεις να αναζητούν εξειδικευμένες υπηρεσίες παροχής υγείας (Hoek &

van Hoeken, 2003). Επομένως, μελέτες που βασίζονται σε ψυχιατρικά ή εξωτερικά ιατρεία μπορεί να υποτιμήσουν τον πραγματικό επιπολασμό των διατροφικών διαταραχών (Smink et al., 2012), ενώ οι μελέτες που βασίζονται σε γενικά δείγματα του πληθυσμού, όπου τα δεδομένα λαμβάνονται είτε από άμεσες συνεντεύξεις είτε από έρευνες, ενδέχεται να μην εντοπίσουν περιπτώσεις ατόμων με διατροφικές διαταραχές. Αυτοί οι περιορισμοί έχουν συζητηθεί ευρέως και αναγνωρίζεται από τη βιβλιογραφία και οι ερευνητές συμφωνούν ότι ένας αξιόπιστος σχεδιασμός για την εκτίμηση του επιπολασμού των διατροφικών διαταραχών, είναι η χρήση επιδημιολογικής μελέτης δύο σταδίων (Faravelli et al., 2006; Hoek, 2006; Smink et al., 2012). Σε αυτό το σχεδιασμό χρησιμοποιείται ένα μέτρο διαλογής για τον εντοπισμό πιθανών περιπτώσεων διατροφικών διαταραχών μέσω μιας γενικής έρευνας για τον πληθυσμό και το μέτρο διαλογής ακολουθείται από μια κλινική αξιολόγηση σε ένα υπο-δείγμα των ερωτηθέντων. Οι κύριες παγίδες αυτής της μεθόδου είναι οι απώλειες κατά το follow up, η συχνά μη βέλτιστη αναλογία ευαισθησίας – ειδικότητας και ο συχνά μικρός αριθμός ατόμων που συμμετέχουν συνέντευξη στο δεύτερο στάδιο της μελέτης (Hoek, Van Hoeken, & Katzman, 2003).

### **2.8.1.Νευρική ανορεξία: Ηλικία έναρξης**

Η νευρική ανορεξία εμφανίζεται συνήθως κατά την εφηβική ηλικία (Attia, 2010). Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει τάσεις προς ένα νεότερο ηλικιακό φάσμα έναρξης των διατροφικών διαταραχών (Currin et al., 2005; Madden et al., 2009; Nicholls et al., 2011).

Σε μελέτη που εξέτασε τα ποσοστά επίπτωσης των διατροφικών διαταραχών μεταξύ 1988 και 2000 διαπίστωσε ότι το υψηλότερο ποσοστό επίπτωσης εμφανίστηκε μεταξύ των ηλικιών 10 και 19 (Currin et al., 2005). Ομοίως, σε μελέτη που διεξήχθη το 2009, διαπιστώθηκε ότι τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας και της νευρικής βουλιμίας, αφορούσε το ηλικιακό φάσμα μεταξύ των 15 και 19 ετών (Micali et al., 2013). Οι Hudson et al., (2007) διαπίστωσαν πως η μέση ηλικία έναρξης της νευρικής ανορεξίας ήταν τα 18.9 έτη και δεν παρατηρήθηκε περίπτωση εμφάνισης νευρικής ανορεξίας μετά τα μέσα της ηλικιακής ζώνης των είκοσι ετών (Hudson et al., 2007). Επιπρόσθετα, οι Swanson et al., (2011), σε μελέτη τους ανέφεραν ως μέση ηλικία έναρξης της νευρικής ανορεξίας τα 12.3 έτη (Swanson et al., 2011).

Μια αυστραλιανή μελέτη που εξέτασε τις πρώιμες αρχικές διατροφικές διαταραχές, σε παιδιά ηλικίας 5 - 13 ετών, χρησιμοποιώντας τα στοιχεία της Αυστραλιανής Παιδιατρικής Επιτήρησης, που συλλέχθηκαν μεταξύ των ετών 2002 και 2005, διαπίστωσε ποσοστό επίπτωσης 1,4 ανά 100.000 περιπτώσεις (Madden et al., 2009). Μια παρόμοια δομημένη

μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο, χρησιμοποιώντας δεδομένα από τη Βρετανική Μονάδα Παιδιατρικής Παρακολούθησης και το Σύστημα Ψυχιατρικής Παρακολούθησης Παιδιών και Εφήβων που συλλέχθηκαν μεταξύ 2005 και 2006, διαπίστωσε μια συχνότητα εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας πρώιμης έναρξης στο 1,09 των περιπτώσεων ανά 100.000 (Nicholls et al., 2011). Σε μελέτη παρακολούθησης βρέθηκε ένα ποσοστό εμφάνισης πρώιμης έναρξης των διατροφικών διαταραχών της τάξεως του 2,6 ανά 100.000 σε αναλογία κορίτσια προς αγόρια 6:1 (Pinhas et al., 2011).

Αρκετές μελέτες προσπάθησαν να εκτιμήσουν τον επιπολασμό της διάρκειας ζωής, δηλαδή το ποσοστό του πληθυσμού που εμφανίζει σε κάποιο σημείο της ζωής του νευρική ανορεξία στο γενικό πληθυσμό, σύμφωνα με τα πλήρη διαγνωστικά κριτήρια, εκτός από την αμηνόρροια. Οι γενικές μελέτες για τον πληθυσμό έχουν αποδώσει εκτιμήσεις επιπολασμού διάρκειας ζωής για τη νευρική ανορεξία μεταξύ 0,0% και 2,4%, ανάλογα με τον τύπο του πληθυσμού που μελετάται, όπως άνδρες και γυναίκες, μόνο εφήβους έναντι ενηλίκων, δίδυμοι. Σύμφωνα με δύο διαχρονικές μελέτες η συχνότητα εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας φαίνεται να παρέμεινε σταθερή τις τελευταίες δύο δεκαετίες (Currin et al., 2005; Micali et al., 2013).

## 2.9.Επιδημιολογία

Η γένεση της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς, γενικά, και της νευρικής ανορεξίας, ειδικότερα, φαίνεται να είναι πολυπαραγοντική. Ενώ έχουν εντοπιστεί αρκετοί προφανείς παράγοντες κινδύνου, δεν υπάρχει καμία γνωστή άμεση αιτία. Η χαμηλή συχνότητα εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας καθιστά δύσκολη τη μελέτη. Ένα πιθανό μοντέλο περιλαμβάνει μια αλληλεπίδραση πολλών βιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου. Φαίνεται ότι παράγοντες που συμβάλλουν στην έναρξη διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς είναι διαφορετικοί από εκείνους που διατηρούν τη συμπεριφορά μόλις γίνει προβληματική.

Οι διατροφικές διαταραχές επηρεάζουν περίπου το 2-5% του γυναικείου πληθυσμού στις δυτικές χώρες (Wittchen & Jacobi, 2005). Ομοίως, στην Ισπανία, διάφορες μελέτες με βάση τον πληθυσμό (Olesti et al., 2008; Pelaez et al., 2007; Sepulveda et al., 2008) έδειξαν ποσοστά επικράτησης που κυμαίνονται από 1% έως 3,5%. Δύο συστηματικές ανασκοπήσεις σχετικά με τον επιπολασμό των διατροφικών διαταραχών υποδηλώνουν ένα μέσο ποσοστό επικράτησης 0,3% για τη νευρική ανορεξία (Hoek, 2006; Hoek & van Hoeken, 2003).

Ο προσδιορισμός της ακριβούς εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών παρουσιάζει δυσχέρειες, καθώς ορισμένοι πάσχοντες μπορούν να αποφύγουν την ανίχνευση (Hoek, 2006).

Επιπλέον, οι δείκτες για τις διαγνώσεις των διατροφικών διαταραχών πρέπει να εξεταστούν προσεκτικά, καθώς η ακριβής διάγνωση τους είναι δυσχερής λόγω της δυσκολίας εντοπισμού υπο-κλινικών περιπτώσεων και της έλλειψης απλών εργαλείων αξιολόγησης ευρέος φάσματος (Dalle et al., 2007).



## Κεφάλαιο 3ο

### 3. Συμπεριφορικές διατροφικές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό

#### 3.1. Συννοσηρότητα και ψυχογενής ανορεξία

Σε μελέτη των Kessler et al., (2005), βρέθηκε ότι το 28% των ατόμων με οποιαδήποτε ψυχιατρική ασθένεια έχουν δύο ή περισσότερες συννοσηρότητες (Kessler et al., 2005). Αντίθετα, σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές αυτό το ποσοστό αγγίζει το 50%, σύμφωνα με κλινικές και βασισμένες στον πληθυσμό μελέτες ψυχιατρικής συννοσηρότητας (Fernandez-Aranda et al., 2006; Pearlstein, 2002). Η εκτίμηση της συνύπαρξης ψυχιατρικών ασθενειών στις διατροφικές διαταραχές είναι σημαντική, καθώς μπορεί να αυξήσει τη σοβαρότητα, τη χρονιότητα και την αντίσταση στη θεραπεία αυτών των ασθενών (Bulik, 2006).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι, ενώ η συννοσηρότητα θεωρείται ότι αναφέρεται σε καταστάσεις που ακολουθούν τον δείκτη ασθένειας στην κλινική πορεία, στην ψυχική υγεία είναι συχνά δύσκολο να γίνουν τέτοιες διακρίσεις. Ο όρος πολυνοσηρότητα μπορεί να αποτελεί μια καταλληλότερη έννοια στην ψυχιατρική έρευνα, καθώς ορίζει τη συνύπαρξη δύο ή περισσότερων καταστάσεων, των οποίων η έναρξη δεν είναι προφανώς διακριτή (Valderas et al., 2009). Από επιδημιολογική άποψη, η συνύπαρξη χωριστών συνθηκών χωρίς σαφή χρονική ακολουθία παρουσίασης, δημιουργεί πολλές δυσκολίες κατά τη διερεύνηση της αιτιολογίας μιας συγκεκριμένης κατάστασης. Ωστόσο, η παρατήρηση συστάδων συννοσηρών συνθηκών μπορεί να οδηγήσει σε υπόθεση σχετικά με τους κοινούς παράγοντες κινδύνου. Η παρουσία διαφορετικών προτύπων συννοσηρότητας θα μπορούσε επίσης να υποδηλώνει την ανεπάρκεια των διαγνωστικών συστημάτων για τον επιτυχημένο καθορισμό μιας συγκεκριμένης κατάστασης (Valderas et al., 2009).

Από κλινικής άποψης, η πολυνοσηρότητα συμβάλλει στον προσδιορισμό της σοβαρότητας της νόσου και επομένως επιτρέπει την παροχή πιο στοχευμένης περίθαλψης. Επιπλέον, από την άποψη της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, ο προσδιορισμός μοτίβων συννοσηρότητας, μπορεί να αποδειχθεί ένας οικονομικά αποδοτικός τρόπος για την κατανομή πόρων για τη θεραπεία περιπτώσεων, που διαφορετικά θα μπορούσαν να αντιμετωπίζονται ξεχωριστά. Κατά τη μελέτη των διατροφικών διαταραχών, η διερεύνηση προτύπων συννοσηρότητας κρίνεται σημαντική, ειδικά στον γενικό πληθυσμό, καθώς αυτό θα μπορούσε να παρέχει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου των διατροφικών διαταραχών. Επιπλέον, η καλύτερη κατανόηση των διατροφικών

διαταραχών μπορεί να βοηθήσει σε μελλοντικές διαγνώσεις και να οδηγήσει σε πιο αποτελεσματική και οικονομικά αποδοτική κατανομή των υπηρεσιών (Valderas et al., 2009).

Η ψυχιατρική συννοσηρότητα στον άξονα I, όπως οι διαταραχές διάθεσης, το άγχος και η κατάχρηση ουσιών (Godart et al., 2007) και στον άξονα II, όπως οι διαταραχές της προσωπικότητας, έχουν τεκμηριωθεί σε όλες τις διατροφικές διαταραχές (Cassin & von Ranson, 2005). Μελέτη που διεξήχθη σε 2.436 νοσηλευόμενες γυναίκες ασθενείς, διαπίστωσε ότι το 97% είχε τουλάχιστον μια συννοσηρότητα κατά DSM-IV (Blinder, 2006). Οι Hudson et al, (2007), σε δείγμα πληθυσμού 9.282 συμμετεχόντων ηλικίας 18 ετών και άνω, διαπίστωσαν ότι το 56,2% των συμμετεχόντων με νευρική ανορεξία και το 94,5% των ατόμων με νευρική βουλιμία, πληρούσαν κριτήρια για τουλάχιστον μία συννοσηρότητα κατά DSM-IV (Hudson et al., 2007). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί και για τις διαταραχές επεισοδιακής υπερφαγίας. Δύο μεγάλες μελέτες στο γενικό πληθυσμό, μία βασισμένη σε ενήλικες (Kessler et al., 2013) και μία σε εφήβους (Swanson et al., 2011), διαπίστωσαν ότι το 79% έως 83% των συμμετεχόντων με διαταραχές επεισοδιακής υπερφαγίας, πληρούσαν τα κριτήρια για μία ή περισσότερες ψυχιατρικές καταστάσεις.

Τα στοιχεία δείχνουν ότι η διάγνωση των διατροφικών διαταραχών, σχετίζεται με υψηλά επίπεδα συννοσηρότητας κατάθλιψης (Field et al., 2012; Karatzias et al., 2010; Kessler et al., 2013; Sonnevile et al., 2013; Swanson et al., 2011), άγχους (O'Brien & Vincent, 2003), χρήσης ουσιών (Kessler et al., 2013; Swanson et al., 2011), αυτοκτονίας (Kessler et al., 2013; Swanson et al., 2011) και διαταραχών της προσωπικότητας (O'Brien & Vincent, 2003).

### **3.1.1. Διαταραχές της διάθεσης**

Οι διαταραχές της διάθεσης είναι ένα σύνολο καταστάσεων που κυμαίνονται από μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια ή διαταραχές, δυσθυμική διαταραχή, μανιακά επεισόδια, διπολικές διαταραχές I & II και κυκλοθυμική διαταραχή (American Psychiatric Association, 2000). Στην ταξινόμηση κατά DSM-5, άλλες καταστάσεις όπως η διαταραχή στη ρύθμιση της διάθεσης και η προ-εμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή έχουν συμπεριληφθεί στην ευρύτερη ομάδα διαταραχών της διάθεσης (American Psychiatric Association, 2013). Τα κύρια συμπτώματα διαταραχών της διάθεσης είναι η καταθλιπτική διάθεση, η απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, σοβαρή απώλεια βάρους / όρεξης, αϋπνία, ψυχοκινητική διέγερση ή καθυστέρηση, κόπωση, συναισθήματα αχρηστίας ή ενοχής, αδυναμία συγκέντρωσης ή / και λήψης αποφάσεων και αυτοκτονική συμπεριφορά. Οι διαφορές στο

συνδυασμό και τη διάρκεια των συμπτωμάτων καθορίζουν τη διάγνωση μιας συγκεκριμένης διαταραχής της διάθεσης (American Psychiatric Association, 2000, 2013).

Τα στοιχεία που αναφέρονται στη συσχέτιση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και των διαταραχών της διάθεσης είναι ανάμεικτα, αν και η πλειονότητα των ερευνών υποδηλώνει ότι υπάρχει υψηλός επιπολασμός της κατάθλιψης σε όλο το φάσμα των διατροφικών διαταραχών (Preti et al., 2009). Μελέτη σε κλινικό πληθυσμό διαπίστωσε ότι η κατάθλιψη ήταν η πιο συχνά διαγνωσμένη συννοσηρή κατάσταση τόσο στη νευρική ανορεξία όσο και στο ψυχογενή βουλιμία και σύμφωνα με ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι διαταραχές αναφέρονται στο 24,1% έως 90% των περιπτώσεων ψυχογενούς βουλιμίας και στο 31% έως 88,9% των περιπτώσεων της νευρικής ανορεξίας (Godart et al., 2007). Μια κλινική μελέτη 322 ασθενών με διατροφικές διαταραχές που είχαν διαγνωστεί με ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου, ψυχογενή ανορεξία τύπου εξαγνισμού/καθαρισμού, ψυχογενή βουλιμία και διαταραχές επεισοδιακής υπερφαγίας δεν διαπίστωσε διαφορές στον επιπολασμό της κατάθλιψης μεταξύ των 4 ομάδων (Fassino et al., 2004). Παρομοίως, μια μελέτη σε 2.436 ασθενείς με διατροφικές διαταραχές (νευρική ανορεξία περιοριστικού τύπου, νευρική ανορεξία τύπου εξαγνισμού /καθαρισμού, ψυχογενή βουλιμία και διατροφικές διαταραχές που δεν ορίζονται πουθενά), δεν βρήκε διαφορές μονοπολικής κατάθλιψης στις κατηγορίες αυτές των διατροφικών διαταραχών (Blinder et al., 2006). Άλλες κλινικές μελέτες ανέφεραν ότι οι διαταραχές της διάθεσης εμφανίζονται συχνότερα στους τύπους εξαγνισμού/καθαρισμού και ψυχογενούς βουλιμίας με ένα επεισόδιο υπερφαγίας, από ό, τι στη νευρική ανορεξία περιοριστικού τύπου (Tozzi et al., 2005). Το ίδιο εύρημα παρατηρήθηκε σε γενικές μελέτες πληθυσμού. Δύο μεγάλες έρευνες στις ΗΠΑ για εφήβους και ενήλικες διαπίστωσαν υψηλές πιθανότητες διαταραχών της διάθεσης σε άτομα με ψυχογενή βουλιμία και σε άτομα με διαταραχές επεισοδιακής υπερφαγίας (Hudson et al., 2007; Swanson et al., 2011). Η συσχέτιση της νευρικής ανορεξίας με διαταραχές της διάθεσης ήταν μη σημαντική στους εφήβους (Swanson et al., 2011). Οι ενήλικες με νευρική ανορεξία, από την άλλη πλευρά, είχαν υψηλότερες πιθανότητες να έχουν διαταραχές της διάθεσης από τους υγιείς ομολόγους τους (Hudson et al., 2007). Έχει υποτεθεί ότι η συχνά παρατηρούμενη συσχέτιση μεταξύ του τύπου εξαγνισμού/καθαρισμού και των διαταραχών της διάθεσης θα μπορούσε να εξηγηθεί εν μέρει από τον υψηλότερο επιπολασμό της κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα σε σύγκριση με τους εφήβους, και συνεπώς υψηλότερα επίπεδα διαταραχών της διάθεσης ανιχνεύονται στη νευρική βουλιμία, η οποία εμφανίζεται πιο συχνά σε ηλικιωμένα άτομα από ότι στη νευρική ανορεξία περιοριστικού τύπου.

Μελέτες που διερευνούν τη συννοσηρότητα μεταξύ διαταραχών της διάθεσης και των διαταραχών επεισοδιακή υπερφαγίας, έχουν ετερογενή φύση και αποτελέσματα, αν και στην πλειοψηφία έχουν τεκμηριωθεί αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης σε άτομα με διαταραχές επεισοδιακές υπερφαγίας. Ορισμένες μελέτες διαπίστωσαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε παχύσαρκα άτομα από ό, τι σε ασθενείς με διαταραχές επεισοδίων υπερφαγίας με φυσιολογικό σωματικό βάρος. Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι τα άτομα με νευρική βουλιμία έχουν υψηλότερα επίπεδα διαταραχών της διάθεσης συγκριτικά με τα άτομα με διαταραχές επεισοδιακής υπερφαγίας. Οι διαφορές στα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση των διατροφικών διαταραχών και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, της ηλικίας και του τύπου του πληθυσμού που αποτελεί το δείγμα, έχουν θεωρηθεί πιθανοί παράγοντες που εξηγούν αυτές τις παραλλαγές μεταξύ των μελετών (Araujo et al., 2010).

Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι η διάγνωση των υποτύπων της νευρικής ανορεξίας και οι διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με τη συμπεριφορά, παρουσιάζουν συσχέτιση με τις διαταραχές της διάθεσης. Μελέτες έχουν διερευνήσει τη συννοσηρότητα μεταξύ των διατροφικών διαταραχών που δεν ορίζονται πουθενά και των διαταραχών της διάθεσης τόσο σε ενήλικες (Hudson et al., 2007; Le Grange et al., 2012; McBride et al., 2012) και εφήβους (Field et al., 2012; Le Grange et al., 2012; Swanson et al., 2011). Μία μελέτη διαπίστωσε ότι το 27% και 41% των συμμετεχόντων με διαφορετικούς τύπους διατροφικών διαταραχών που δεν ορίζονται πουθενά, ανέφεραν διαταραχές της διάθεσης (Le Grange et al., 2012).

### **3.1.2. Αγχώδεις διαταραχές**

Στην ταξινόμηση κατά DSM-IV, οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν ένα σύνολο καταστάσεων όπως διαταραχή οξέος στρες, κοινωνική φοβία, διαταραχή γενικευμένου άγχους, επίθεση πανικού, συγκεκριμένες φοβίες, διαταραχή άγχους λόγω γενικής ιατρικής κατάστασης, αγοραφοβία και διαταραχή άγχους που δεν ορίζεται διαφορετικά, καθώς και διαταραχή μετατραυματικού στρες και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, οι οποίες στην ταξινόμηση κατά DSM-5 δεν περιλαμβάνονται πλέον στην κατηγορία 2 (American Psychiatric Association, 2013). Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και η κοινωνική φοβία συχνά συνυπάρχουν με τις διατροφικές διαταραχές. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή χαρακτηρίζεται από την παρουσία επαναλαμβανόμενων σκέψεων, παρορμήσεων ή εικόνων, που θεωρούνται ακατάλληλες και προκαλούν αγωνία, παρά το γεγονός ότι δεν σχετίζονται απαραίτητα με προβλήματα της πραγματικής ζωής. Το άτομο συνήθως αναγνωρίζει ότι είναι προϊόν του νου του και προσπαθεί να τα αγνοήσει. Η κοινωνική φοβία χαρακτηρίζεται από

έναν επίμονο φόβο κοινωνικών καταστάσεων στις οποίες το άτομο εκτίθεται σε άγνωστα άτομα ή σε εξουχιστικό έλεγχο από άλλους. Η έκθεση σε τέτοιες καταστάσεις προκαλεί άγχος, το οποίο αναγνωρίζεται από το άτομο ως δυσανάλογο και καταβάλλονται προσπάθειες για την αποφυγή τέτοιων καταστάσεων. Σε καταστάσεις που δεν μπορούν να αποφευχθούν το άτομο διακατέχεται από μεγάλη αγωνία (American Psychiatric Association, 2000).

Οι αγχώδεις διαταραχές σύμφωνα με τη βιβλιογραφία θεωρούνται σε μεγάλο βαθμό συννοσηρότητα των διατροφικών διαταραχών και μερικές φορές προηγούνται της εμφάνισης τους, οδηγώντας σε εικασίες για το αν αποτελούν παράγοντα κινδύνου (Swinbourne & Touyz, 2007). Οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές σε αναλογίες που κυμαίνονται μεταξύ 6% και 65%. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και η κοινωνική φοβία έχουν τεκμηριωθεί στη βιβλιογραφία ως οι πιο κοινές αγχώδεις διαταραχές που παρατηρούνται σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές (Blinder et al., 2006; Swinbourne & Touyz, 2007; Swinbourne et al., 2012). Μια μελέτη σε 63 ασθενείς, διαπίστωσε ότι το 83% και το 71% των ασθενών με νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία, παρουσίασαν αντίστοιχα αγχώδη διαταραχή κατά τη διάρκεια ζωής, με την κοινωνική φοβία να είναι η πιο κοινή διάγνωση. Επίσης, μόνο οι ασθενείς με νευρική ανορεξία βρέθηκαν να αναφέρουν ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Godart et al., 2000).

### **3.1.3. Διαταραχή μετατραυματικού stress**

Η διαταραχή μετατραυματικού stress έχει ταξινομηθεί σε μια συγκεκριμένη κατηγορία κατά τα κριτήρια του DSM-5, των «διαταραχών που σχετίζονται με το τραύμα και το στρες» (American Psychiatric Association, 2013). Εμφανίζεται ως συνέπεια της βλάβης ενός τραυματικού συμβάντος και προκαλεί στο άτομο να επαναλάβει επίμονα μια κατάσταση, παρά την προσπάθεια αποφυγής ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραύμα. Τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού stress περιλαμβάνουν δυσκολίες του ύπνου, ευερεθιστότητα, εκρήξεις θυμού, δυσκολία συγκέντρωσης, υπερβολική επαγρύπνηση και υπερβολική απάντηση στην κατάσταση που προκαλεί τρόμο (American Psychiatric Association, 2000, 2013). Τα ποσοστά συννοσηρότητας πιστεύεται ότι κυμαίνονται μεταξύ 11% και 52% (Swinbourne & Touyz, 2007). Σε ένα γενικό δείγμα πληθυσμού, το 37% των γυναικών με διάγνωση νευρική βουλιμία είχαν επίσης ταυτόχρονη διάγνωση διαταραχής μετατραυματικού στρες. Σε ένα άλλο δείγμα του πληθυσμού, τα άτομα με νευρική βουλιμία και διαταραχές επεισοδιακής υπερφαγίας είχαν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης διαταραχής μετατραυματικού στρες, όχι όμως τα άτομα με νευρική ανορεξία (Hudson et al., 2007).

### 3.1.4. Αυτοκτονικότητα

Ο όρος αυτοκτονικότητα αναφέρεται σε μια ομάδα συμπεριφορών που κυμαίνονται από αυτοκτονικές σκέψεις και ιδεασμούς, έως αυτοκτονικές προσπάθειες και ολοκληρωμένη αυτοκτονία (Franko & Keel, 2006). Μελέτες για την αυτοκτονικότητα στις διατροφικές διαταραχές, δείχνουν ότι η θνησιμότητα λόγω αυτοκτονίας στη νευρική ανορεξία είναι υψηλότερη συγκριτικά με τη νευρική βουλιμία, αν και οι απόπειρες αυτοκτονίας συμβαίνουν συχνότερα στη νευρική βουλιμία. Δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για την αυτοκτονικότητα σε σχέση με τις διαταραχές επεισοδιακής υπερφαγίας. Μια ανασκόπηση από τους Franko & Keel (2006) συνοψίζει τα ποσοστά του αδρού δείκτη θνησιμότητας από αυτοκτονία στη νευρική ανορεξία να κυμαίνονται μεταξύ 0% έως 5,3% σε δείγματα νοσηλευόμενων ασθενών και μεταξύ 2,4% και 4,8% σε δείγματα εξωτερικών ασθενών. Ωστόσο, σε γενικές μελέτες του πληθυσμού, οι συγγραφείς βρήκαν αποτελέσματα που υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σε ασθενείς που δεν έπασχαν από νευρική ανορεξία (Franko & Keel, 2006). Αντίθετα, οι θάνατοι από αυτοκτονία στο νευρική βουλιμία είναι χαμηλότεροι ή μηδενικοί (Franko & Keel, 2006). Μια ιταλική μελέτη που διεξήχθη σε 930 έφηβους διαπίστωσε ότι αυτοί που παρουσίασαν διατροφικές διαταραχές περιοριστικού τύπου ανέφεραν επίσης υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας (Miotto & Preti, 2007). Σε μια μελέτη μετα-ανάλυσης για τη θνησιμότητα από διατροφικές διαταραχές, διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά θνησιμότητας για τη νευρική ανορεξία ήταν 5,86 και 1,93 για τη νευρική βουλιμία και ότι 1 στους 5 θανάτους από νευρική ανορεξία οφείλονταν σε αυτοκτονία (Arcelus et al., 2011).

Τα αποτελέσματα σχετικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας και τις διαφορές μεταξύ των διαγνώσεων είναι μέχρι σήμερα ασυνεπή. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από τους Franko & Keel δεν δείχνει διαφορές στις απόπειρες αυτοκτονίας μεταξύ της νευρικής ανορεξίας και της νευρικής βουλιμίας. Μόνο δύο μελέτες αναφέρουν υψηλότερες συχνότητες αποπειρών αυτοκτονίας στη νευρική βουλιμία σε σχέση με τη νευρική ανορεξία. Ωστόσο, διαπίστωσαν ότι στους υπότυπους της νευρικής ανορεξίας τα άτομα νευρική ανορεξία τύπου εξαγνισμού/καθαρισμού, ανέφεραν απόπειρες αυτοκτονίας σε υψηλότερες αναλογίες από τα άτομα με νευρική ανορεξία περιοριστικού τύπου (Franko & Keel, 2006).

### 3.1.5. Χρήση ουσιών

Η συννοσηρότητα μεταξύ της χρήσης ουσιών, τσιγάρα, αλκοόλ, ναρκωτικών και των διατροφικών διαταραχών διερευνάται συχνά. Σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός της χρήσης ουσιών μεταξύ των βουλιμικών ατόμων κυμαίνεται μεταξύ 2,9% και 48,6%. Τα ίδια αποτελέσματα αναφέρθηκαν σε μια πιο πρόσφατη ανασκόπηση, επισημαίνοντας ότι η συννοσηρότητα με κατάχρηση ουσιών

φαίνεται να είναι συχνότερη μεταξύ ατόμων με βουλιμικές συμπεριφορές από ό, τι μεταξύ των ατόμων με περιοριστικού τύπου διαταραχές (O'Brien & Vincent, 2003). Μια κλινική μελέτη που συνέκρινε τα ποσοστά χρήσης ναρκωτικών ουσιών μεταξύ γυναικών με νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία δεν διαπίστωσε διαφορές μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και στις δύο ομάδες. Ωστόσο, η ομάδα των ατόμων με νευρική ανορεξία αποτελούνταν από 51 συμμετέχοντες που έπασχαν από περιοριστικού τύπου νευρική ανορεξία και 85 από νευρική ανορεξία τύπου εξαγνισμού/καθαρισμού. Η χρήση ναρκωτικών ουσιών ήταν πιο συχνή μεταξύ των ασθενών που ανήκαν στον δεύτερο υπότυπο της νευρικής ανορεξίας, επιβεβαιώνοντας προηγούμενα ευρήματα (Herzog et al., 2006).

Μελέτες στο γενικό πληθυσμό τόσο σε ενήλικες όσο και σε εφήβους υποδηλώνουν ότι το «υπό-κατώτατο όριο» διατροφικής διαταραχής σχετίζεται με υψηλά επίπεδα χρήσης ουσιών, με κάποιες ενδείξεις ότι τα επίπεδα είναι υψηλότερα σε άτομα με νευρική ανορεξία τύπου εξαγνισμού/καθαρισμού σε σχέση με τα άτομα με περιοριστικού τύπου νευρική ανορεξία. Σε δύο έρευνες στις ΗΠΑ σε ενήλικες και σε εφήβους, τα άτομα με κατώτατο όριο διαταραχών επεισοδιακής υπερφαγίας και τα άτομα που βιώνουν επεισόδια υπερφαγίας, είχαν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης κατάχρησης αλκοόλ ή παράνομων ναρκωτικών ουσιών (Hudson et al., 2007; Swanson et al., 2011). Το υπο-κατώτατο όριο της νευρικής ανορεξίας δεν συσχετίστηκε με τη χρήση ουσιών σε εφήβους (Swanson et al., 2011). Μια ευρωπαϊκή μελέτη διαπίστωσε ότι ο επιπολασμός της χρήσης αλκοόλ σε όλη τη διάρκεια ζωής και επί του παρόντος ήταν υψηλότερη στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες διαφορετικά και ότι η χρήση κάνναβης σε όλη τη ζωή, ήταν υψηλότερη στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες διαφορετικά από ότι η νευρική ανορεξία, αλλά όχι από τη νευρική βουλιμία (Krug et al., 2008). Τέλος, μια канаδική κοινοτική μελέτη σε γυναίκες διαπίστωσε ότι η διατροφική διαταραχή συνδέεται με εξάρτηση από το αλκοόλ και τις ναρκωτικές ουσίες (Gadalla & Piran, 2008).

### **3.1.6. Διαταραχές της προσωπικότητας**

Οι διαταραχές της προσωπικότητας ταξινομήθηκαν ως διαταραχές του άξονα II κατά την κλίμακα ταξινόμησης DSM-IV, οι οποίες δεν υπάρχουν πλέον στο DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Το DSM-IV ορίζει τις διαταραχές της προσωπικότητας ως ακατάλληλη και διαρκή εσωτερική εμπειρία που συνοδεύεται από συμπεριφορές που αποκλίνουν από τις προσδοκίες που είναι κατάλληλες για την κουλτούρα του ατόμου, οδηγώντας σε δυσφορία ή αναπηρία. Παρά την προτεινόμενη αναδιοργάνωση της



ταξινόμησης των διαταραχών προσωπικότητας, οι κατηγορίες που ορίζονται στο DSM-IV διατηρήθηκαν στο DSM-5 και ταξινομούνται ως εξής:

Κατηγορία Α: Παρανοϊκές, σχιζοειδείς και σχιζοτυπικές διαταραχές προσωπικότητας που χαρακτηρίζονται αντίστοιχα από συναισθήματα δυσπιστίας των άλλων, απόσπαση από κοινωνικές σχέσεις και κοινωνικά και διαπροσωπικά ελλείμματα.

Κατηγορία Β: Αντικοινωνικές, οριακές, οιστριονικές και Ναρκιστικές διαταραχές προσωπικότητας που χαρακτηρίζονται αντίστοιχα από μοτίβα περιφρόνησης για τα δικαιώματα των άλλων, αστάθεια των διαπροσωπικών σχέσεων, της εικόνας του εαυτού και του συναισθήματος, υπερβολική συμπεριφορά που αναζητά συναισθηματικότητα, αίσθηση προσωπικού μεγαλείου, ανάγκη για θαυμασμό και έλλειψη ενσυναίσθησης.

Κατηγορία Γ: Αποφυγή, εξαρτημένη και ιδεοψυχαναγκαστική προσωπικότητα που χαρακτηρίζεται αντίστοιχα από κοινωνική αναστολή και αίσθημα ανεπάρκειας, υπερβολική ευαισθησία στην αρνητική κριτική, συμπεριφορές υποταγής και προσκόλλησης, εμμονής με την τάξη, τελειοθρία, μεικτή συμπτωματολογία ή συμπτωματολογία που δεν ανήκει σε μια από τις παραπάνω διαγνώσεις και ανάγκη για έλεγχο (American Psychiatric Association, 2013).

Ως χαρακτηριστικά προσωπικότητας στο DSM-IV ορίζονται τα σταθερά πρότυπα αντίληψης, σχετίσεως και σκέψης για το περιβάλλον και τον εαυτό, τα οποία εκδηλώνονται σε ένα μεγάλο εύρος κοινωνικών και προσωπικών πλαισίων. Μόνο όταν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι άκαμπτα και δυσλειτουργικά και προκαλούν σημαντική λειτουργική μειονεξία ή υποκειμενική δυσφορία συνιστούν διαταραχή της προσωπικότητας (American Psychiatric Association, 2013).

Ως διαταραχή προσωπικότητας στο DSM-IV ορίζεται ένα σταθερό πρότυπο εσωτερικής εμπειρίας και συμπεριφοράς το οποίο αποκλίνει σημαντικά από τις προσδοκίες που καθορίζονται από την κουλτούρα του ατόμου και εκδηλώνεται τουλάχιστον σε δύο από τις παρακάτω περιοχές: Σκέψη, συναίσθημα, διαπροσωπική λειτουργικότητα ή έλεγχο των παρορμήσεων. Αυτό το σταθερό πρότυπο είναι άκαμπτο και εμμένον σε ένα μεγάλο εύρος κοινωνικών και προσωπικών καταστάσεων. Οδηγεί σε κλινικά σημαντική δυσφορία ή μειονεξία στην κοινωνική, την εργασιακή ή σε κάποια άλλη σημαντική περιοχή της λειτουργικότητας. Το πρότυπο είναι σταθερό και χαρακτηρίζεται από μακρά διάρκεια και η έναρξή του ανιχνεύεται τουλάχιστον στην εφηβεία ή στην πρώτη νεότητα (American Psychiatric Association, 2013).

Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τις διαταραχές της προσωπικότητας σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, διαπίστωσε ότι η



ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας επικρατούσε στο 22% των περιπτώσεων ατόμων με περιοριστικού τύπου νευρική ανορεξία (Sansone et al., 2004). Σε μελέτη που διεξήχθη σε 288 άτομα με νευρική ανορεξία και κατάθλιψη, διαπιστώθηκαν συσχετίσεις μεταξύ ασθενών με νευρική βουλιμία και διαταραχών προσωπικότητας κατηγορίας B και οι ασθενείς με νευρική ανορεξία τύπου εξαγνισμού/καθαρισμού παρουσίασαν ομοιότητες με εκείνους που έπασχαν από νευρική βουλιμία παρά με τα άτομα με νευρική ανορεξία περιοριστικού τύπου (Jordan et al., 2008). Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι O'Brien και Vincent κατέληξαν επίσης στο συμπέρασμα ότι τα στοιχεία δείχνουν μια σχέση μεταξύ οριακής διαταραχής της προσωπικότητας και διατροφικής διαταραχής τύπου εξαγνισμού/καθαρισμού, σε αντίθεση με την περιοριστικού τύπου νευρική ανορεξία. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι τα χαρακτηριστικά παρορμητικότητας που είναι χαρακτηριστικά των ατόμων που αναπτύσσουν οριακή διαταραχή της προσωπικότητας και νευρογενή βουλιμία μπορεί να λειτουργήσουν ως κοινός παράγοντας κινδύνου για τις δύο καταστάσεις, λαμβάνοντας υπόψη ότι τα χαρακτηριστικά της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής μπορεί να εξηγήσουν την έναρξη της νευρικής ανορεξίας και να συμβάλουν σε ορισμένες περιπτώσεις στη διατήρησή της (O'Brien & Vincent, 2003).

### 3.2.Χρήση υπηρεσιών υγείας

Οι εκτιμήσεις επιπολασμού των διατροφικών διαταραχών που βασίζονται σε μητρώα εξωτερικών ασθενών είναι συχνά προκατειλημμένες, καθώς οι περιπτώσεις των διατροφικών διαταραχών τείνουν να υποεκτιμώνται και να μη διαγιγνώσκονται ορθά. Στη βιβλιογραφία περιγράφεται εκτενώς η απροθυμία των ασθενών με διατροφικές διαταραχές να αποκαλύψουν τα συμπτώματά τους και να ζητήσουν βοήθεια, τόσο σε γενικό όσο και σε εξειδικευμένο επίπεδο. Οι Hudson και συν., (2007) σε μελέτη τους διαπίστωσαν ότι παρόλο που το 50% - 63,2% των συμμετεχόντων είχαν αναζητήσει βοήθεια για τυχόν συναισθηματικά προβλήματα στη διάρκεια της ζωής τους, μόνο το 43% περίπου είχε ζητήσει βοήθεια ειδικά για τις διατροφικές διαταραχές. Μικρότερος ήταν ο αριθμός των ατόμων με νευρική βουλιμία και διαταραχές επεισοδιακής υπερφαγίας που αναζήτησε ιατρική βοήθεια (Hudson et al., 2007). Μια μελέτη, κατά την οποία χρησιμοποιήθηκαν ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία για ενήλικες 18-55 ετών, οι οποίοι επισκέφθηκαν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, διαπίστωσαν ότι μόνο το 50% των ατόμων που είχαν διαγνωστεί με διατροφικές διαταραχές, είχαν παραπεμφθεί σε εξειδικευμένες υπηρεσίες (Striegel-Moore et al., 2008). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο γενικό πληθυσμό του Ηνωμένου Βασιλείου, διαπιστώθηκε ότι άτομα με διατροφικές διαταραχές, είχαν αυξημένες πιθανότητες να αναζητήσουν θεραπεία, αν και

δεν παρέχονται συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση των διατροφικών διαταραχών και τα πρότυπα χρήσης των υπηρεσιών υγείας (McBride et al., 2012).

Υψηλή συννοσηρότητα των διατροφικών διαταραχών με άλλους φυσικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, θα μπορούσε εν μέρει να αντιπροσωπεύει χαμηλά ποσοστά ανίχνευσης των διατροφικών διαταραχών. Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές συχνά λαμβάνουν θεραπεία για σχετικές παθήσεις, αλλά όχι για την ίδια τη διατροφική διαταραχή. Μια μελέτη σε 5.255 γυναίκες ηλικίας 18-42 ετών, διαπίστωσε ότι από τις 159 γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με διατροφική διαταραχή, μόνο το 40% είχε λάβει θεραπεία, ενώ οι υπόλοιπες είχαν παραπεμφθεί σε συμβουλευτικές υπηρεσίες για σχετική ψυχοπαθολογία ή σε πρόγραμμα απώλειας βάρους (Mond et al., 2007). Η αντιληπτή σπανιότητα της κατάστασης επιβαρύνει επίσης γενικά την ικανότητα των ιατρών να εντοπίζουν περιπτώσεις διατροφικών διαταραχών. Οι Reid et al., (2009), σε μια ποιοτική μελέτη που περιελάμβανε 20 γενικούς γιατρούς, διαπίστωσαν ότι η συχνότητα με την οποία οι γιατροί εξέτασαν ασθενείς με συμπτώματα διατροφικής διαταραχής και η έλλειψη προετοιμασίας, ήταν μερικά από τα πολλά εμπόδια των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία. Άλλοι λόγοι ήταν το απόρρητο που περιβάλλει τη διατροφική διαταραχή και η απροθυμία των ασθενών να ζητήσουν βοήθεια, καθώς και οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής και η έλλειψη χρηματοδότησης (Reid et al., 2009). Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι τα μέλη των εθνοτικών μειονοτήτων που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές είναι λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια (Cachelin et al., 2006; Waller et al., 2009). Μελέτη που διεξήχθη σε 1.887 ασθενείς στο Νότιο Λονδίνο διαπίστωσε ότι οι ασθενείς με εθνοτική μειονότητα από τη μια πλευρά υποεκπροσωπούνται στο κλινικό δείγμα και, από την άλλη, είναι λιγότερο πιθανό να λάβουν θεραπεία (Waller et al., 2009).

## Κεφάλαιο 4ο

### 4. Παράγοντες κινδύνου διατροφικών διαταραχών

Η αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών παραμένει ελάχιστα κατανοητή. Διάφοροι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και βιολογικοί παράγοντες έχουν εμπλακεί ως δυνητικά αιτιώδεις παράγοντες (Jacobi, et al., 2004). Αν και υπάρχουν πολλές ανασκοπήσεις στη βιβλιογραφία για τους παράγοντες κινδύνου των διατροφικών διαταραχών (Collier & Treasure, 2004; Mitchell & Bulik, 2006; Schmidt, 2003; Striegel-Moore & Bulik, 2007) μόνο μία ανασκόπηση προσπάθησε να διευκρινίσει την ορολογία των παραγόντων κινδύνου (Jacobi et al., 2004). Σε αυτήν την ανασκόπηση, ο Jacobi και οι συνεργάτες του (2004) μοντελοποίησαν σε μια χρονική γραμμή αρκετούς παράγοντες κινδύνου που κυμαίνονται από γονίδια έως οικολογικούς παράγοντες και εστίασαν την προσοχή τους στην ισχύ και την ειδικότητά τους. Μερικοί από τους πιο σχετικούς παράγοντες κινδύνου των διατροφικών διαταραχών συνοψίστηκαν στους υποτύπους της νευρικής ανορεξίας, της νευρικής βουλιμίας και των διαταραχών επεισοδιακής υπερφαγίας. Λιγότερα είναι γνωστά σχετικά με τη συμβολή των παραγόντων κινδύνου για τις διατροφικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες διαφορετικά, καθώς οι μελέτες παραγόντων κινδύνου τείνουν γενικά να στρατολογούν πραγματικές περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας και νευρικής βουλιμίας, παρά ευρύτερες, άτυπες περιπτώσεις. Σε περιεκτικούς όρους, η ψυχοπαθολογία των διατροφικών διαταραχών θεωρείται ότι αναπτύσσεται από την αλληλεπίδραση πολλών κινδύνων και προστατευτικών παραγόντων που μπορεί να είναι βιολογικής ή ψυχοκοινωνικής φύσεως (Bulik et al., 2007).

#### 4.1. Βασική έρευνα: Ζωϊκά μοντέλα και μαθησιακές διαδικασίες

Η σημασία των ζωικών μοντέλων για τις ανθρώπινες διατροφικές διαταραχές έχουν υπογραμμιστεί από μερικές λεπτομερείς ανασκοπήσεις (Casper et al., 2008; Inoue et al., 2006). Τα ζωϊκά μοντέλα διατροφικών διαταραχών είναι ελκυστικά επειδή επιτρέπουν την αξιολόγηση διαφόρων χειρισμών υπό ελεγχόμενες συνθήκες που διαφορετικά δεν θα ήταν εφικτές. Επιπλέον, ενώ στον άνθρωπο η διαταραχή μπορεί να εξεταστεί μόνο μετά την εμφάνιση της ασθένειας, στα ζωϊκά μοντέλα οι ερευνητές είναι σε θέση να αξιολογήσουν τις δηλώσεις αιτίας-αποτελέσματος μεταξύ της πρόδρομης και της διαδοχικής συμπεριφοράς.

##### 4.1.1. Ακραίος υποσιτισμός

Μέσα από την έρευνα έχει τεκμηριωθεί ότι όταν τα ζώα έρχονται αντιμέτωπα με ορισμένα περιβαλλοντικά ερεθίσματα που πιστεύεται ότι είναι σημαντικά για τις ανθρώπινες διατροφικές διαταραχές, όπως λιμοκτονία, άγχος, αρχίζουν να εμφανίζουν διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές. Όσον αφορά τη νευρική ανορεξία, το πιο πολλά υποσχόμενο

ζωικό μοντέλο που μιμείται τη νευρική ανορεξία, είναι το μοντέλο τρωκτικών με βάση τη δραστηριότητα. Αυτό το μοντέλο δηλώνει ότι μετά από διατροφικό περιορισμό, οι νεαροί θηλυκοί αρουραίοι αναπτύσσουν σωματική υπερκινητικότητα και αυτο-λιμοκτονία. Νέα ερευνητικά ευρήματα αποκάλυψαν ότι αυτός ο φαινότυπος μπορεί να σωθεί από το πεπτίδιο λεπτίνη, επισημαίνοντας ότι αυτό το μοντέλο είναι ένα προ-κλινικό εργαλείο για την ανάπτυξη φαρμάκων στη νευρική ανορεξία. Κατά συνέπεια, το κοινωνικό άγχος έχει βρεθεί ότι προκαλεί απώλεια βάρους σε υποδεέστερα ζώα (Tamashiro et al., 2004; Tamashiro, Nguyen, & Sakai, 2005). Αντίστοιχα, οι Treasure & Owen (1997) ανέφεραν ότι το σύνδρομο άλιπης χοιρομητέρας αναπτύσσεται σε συγκεκριμένα στελέχη χοίρων και σχετίζεται με υπερδραστηριότητα και άλλα χαρακτηριστικά της νευρικής ανορεξίας (Treasure & Owen, 1997).

#### **4.1.2. Ακραία υπερκατανάλωση τροφής**

Ο υποσιτισμός στη νευρική ανορεξία, συχνά έχει τεκμηριωθεί ότι εξελίσσεται σε υπερβολική κατανάλωση στα τρωκτικά. Μια ποικιλία ζωικών μοντέλων υπερφαγίας έχει προταθεί (Boggiano et al., 2007; Boggiano & Chandler, 2006; Corwin, 2006) που γενικά συνεπάγεται μια περίοδο περιορισμού της τροφής και μια εναλλασσόμενη προσβασιμότητα σε εύγευστες τροφές και άγχους. Η υπερκατανάλωση τροφής μπορεί να συνδέεται με μια διαταραχή στη χημεία της ανταμοιβής. Η δύναμη της ανταμοιβής των τροφίμων δεν επηρεάζεται μόνο από τις διακυμάνσεις της μεταβολικής κατάστασης του οργανισμού, αλλά και από τη γευστικότητα και τις μεταγευματικές συνέπειες των τροφίμων. Έτσι, η ανταμοιβή της τροφής μπορεί να ενισχυθεί από τις οργανοληπτικές ιδιότητες των τροφίμων ανεξάρτητα από τις απαιτήσεις ενέργειας και μπορεί να παρέχει μια σημαντική βάση για την υπερκατανάλωση τροφής και την αύξηση του σωματικού βάρους (Fulton, 2010). Συνεπώς, πραγματοποιείται μια συνεχής εκκίνηση των κυκλωμάτων ανταμοιβής παρόμοια με εκείνη που βρίσκεται στους εθισμούς. Επιπλέον, τα ζώα όχι μόνο παρουσιάζουν υπερφαγία σε εύγευστα τρόφιμα, αλλά είναι επίσης πιο πιθανό να αποκτήσουν εθιστικές συμπεριφορές όταν εκτίθενται σε ναρκωτικά (Avena & Hoebel, 2003; Thiele et al., 2004).

#### **4.1.3. Κληρονομικότητα των συνδρόμων και συμπτωμάτων της νευρικής ανορεξίας**

Το οικογενειακό ιστορικό σε διατροφικές διαταραχές, συμβάλει στον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης τους στο ενδεκαπλάσιο, σε μέλη της οικογένειας πρώτου βαθμού ασθενών με νευρική ανορεξία και αντίστοιχο τετραπλάσιο κίνδυνο στους συγγενείς ατόμων με νευρική βουλιμία (Klump et al., 2001; Kortegaard et al., 2001). Διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά κληρονομικότητας των διατροφικών διαταραχών, κυμαίνονται από 48% έως 88%

για τη νευρική ανορεξία, 28% έως 83% για τη ψυχογενή βουλιμία και 40% έως 82% για τις διαταραχές επεισοδιακής υπερφαγίας (Bulik et al., 2001; Bulik et al., 2006; Mercader et al., 2007a; Ribases et al., 2005).

Συμπεριφορικά γνωρίσματα και ψυχοπαθολογικά συμπτώματα όπως το Inventory Disorder Inventory (EDI-II), οι υποκατηγορίες «ώθηση για λεπτότητα» και σωματική δυσαρέσκεια» έχουν αποδειχθεί ότι έχουν γενετικό κίνδυνο 44% και 52%, αντίστοιχα. Όσον αφορά τον αυτοεπαγόμενο εμετό, έχει τεκμηριωθεί ένα ποσοστό κληρονομικότητας που κυμαίνεται από 60% έως 83%. Από την άλλη πλευρά, η αναστολή της κατανάλωσης τροφής και η περιορισμένη κατανάλωση τροφής έδειξαν γενετική μετάδοση 40% και 48% αντίστοιχα (Steinle et al., 2002). Τέλος, η κληρονομικότητα της αμιγώς διατροφικής συμπεριφοράς χωρίς αντισταθμιστικές συμπεριφορές εκτιμήθηκε ότι είναι 41% (Wade et al., 2000). Η υπερβολική συμπεριφορά κατανάλωσης τροφής έχει επίσης αξιολογηθεί ως πιθανός μεταβατικός φαινοτύπος συμπεριφοράς της παχυσαρκίας και έχει επισημανθεί ως ζωτικό φαινοτυπικό χαρακτηριστικό ατόμων με μετάλλαξη στον υποδοχέα μελανοκορτίνης 4 (MC4R), ένα γονίδιο που πιστεύεται ότι επηρεάζει τη διατροφική συμπεριφορά (Branson et al., 2003). Ωστόσο, αυτό το εύρημα εξακολουθεί να απαιτεί περαιτέρω μελέτη (Hebebrand et al., 2004).

#### **4.1.4.Μοριακή και γενετική νευροβιολογία**

Οι βιολογικές μελέτες για τις διατροφικές διαταραχές, έδειξαν μια σημαντική διαταραχή της σεροτονινεργικής λειτουργίας σε ασθενείς με νευρική βουλιμία (Frank et al., 2004; Steiger et al., 2004). Όσον αφορά τη νευρική ανορεξία, διάφορες μελέτες έχουν δείξει πιθανές σχέσεις μεταξύ του εγκεφαλικού νευροτροφικού παράγοντα και παθολογικών καταστάσεων (Ribases et al., 2003, 2005) καθώς και οι πολυμορφισμοί του υποδοχέα 2A της σεροτονίνης, οι οποίοι σχετίζονται με αύξηση της πιθανότητας εκδήλωσης διατροφικών διαταραχών. Άλλα συστήματα νευροδιαβιβαστών, ειδικά η ντοπαμίνη, βρέθηκε επίσης να εμπλέκεται στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Barbarich et al., 2003).

#### **4.1.5.Οικογενειακή ψυχοπαθολογία**

Δεδομένων των υψηλών επιπέδων συννοσηρότητας μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών, τίθεται το ερώτημα σε ποιο βαθμό υπάρχει συσσωμάτωση μεταξύ των μελών της οικογένειας (Schmidt, 2003). Όσον αφορά τις διαταραχές της διάθεσης, μελέτες έχουν δείξει αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας για διατροφικές διαταραχές και διαταραχές της διάθεσης, παρά το γεγονός ότι οι εκτιμήσεις του μεγέθους αυτής της συσσωμάτωσης έχουν αναφερθεί ότι ποικίλλουν (Hudson et al., 2001;

Mangweth et al., 2003). Ένας κοινός κίνδυνος για διαταραχές του ιδεοψυχαναγκαστικού φάσματος σε συγγενείς πρώτου βαθμού, έχει επίσης τεκμηριωθεί στη βιβλιογραφία (Bellodi et al., 2001).

#### **4.1.6. Παράγοντες κοινωνικοπολιτισμικού κινδύνου**

Οι διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται τυπικά ως σύνδρομα δυτικής κουλτούρας που σχετίζονται με πολιτισμικούς παράγοντες, όπως η υπερβολική υιοθέτηση του λεπτού κοινωνικού ιδανικού, οι μεταβάσεις στο ρόλο των γυναικών και τα ανεπιθύμητα κοινωνικά πρότυπα και στάσεις απέναντι στο υπέρβαρο (Keel & Klump, 2003). Όλες οι μορφές κοινωνικοπολιτιστικών πιέσεων, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, η πίεση από συνομηλίκους και η συμμετοχή σε ορισμένες ομάδες κινδύνου ή δραστηριότητες όπως η γυμναστική, έχουν κατηγορηθεί ότι προάγουν τη δυσαρέσκεια της εικόνας του σώματος και την διαταραγμένη παθολογία της διατροφής (Haines et al., 2006a; Haines et al., 2006b; Keery, van den Berg, & Thompson, 2004; McLaren & Kuh, 2004). Παρ'όλα αυτά, το γεγονός ότι μόνο η μειονότητα των γυναικών που διαμένουν σε δυτικές χώρες συνεχίζει να αναπτύσσει διατροφικές διαταραχές, δείχνει ότι αυτές οι κοινωνικοπολιτιστικές επιρροές δεν είναι ούτε απαραίτητες ούτε επαρκείς για να εξηγήσουν την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών.

Η έρευνα έχει δείξει ότι οι διατροφικές διαταραχές αποτελούνται τόσο από γενετικούς όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν είτε να κοινοποιηθούν είτε να μην κοινοποιηθούν. Πιο πρόσφατα, οι ερευνητές άρχισαν να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στους μη κοινοποιήσιμους περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι λειτουργούν εντός των οικογενειών για να κάνουν τα μέλη μοναδικά και όχι παρόμοια μεταξύ τους. Τα ευρήματα που ελήφθησαν από αυτές τις μελέτες (Bulik et al., 2000) έδειξαν ότι οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές αποτελούνται σχεδόν πλήρως από γενετικούς και μη κοινούς περιβαλλοντικούς παράγοντες (Plomin et al., 2001a; Plomin & Craig, 2001b).

#### **4.1.7. Ατομικοί και οικογενειακοί παράγοντες κινδύνου**

Η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι το οικογενειακό πλαίσιο παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και τη διατήρηση των διατροφικών διαταραχών (Micali et al., 2007; Senra et al., 2007). Η οικογενειακή δυναμική που χαρακτηρίζεται από κακοποίηση και παραμέληση, μη υποστηρικτικές σχέσεις είναι ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για ένα ευρύ φάσμα αποτελεσμάτων σωματικής και ψυχικής υγείας των παιδιών, συμπεριλαμβανομένης της ψυχοπαθολογίας στην κατανάλωση. Ωστόσο, λίγες μόνο μελέτες έχουν εκτιμήσει τις ψυχομετρικές ιδιότητες συγκεκριμένων οργάνων αξιολόγησης των διατροφικών διαταραχών

που περιλαμβάνουν το πρώιμο περιβάλλον των ατόμων και τις οικογενειακές συμπεριφορές. Επομένως, οι γνωστοί παράγοντες κινδύνου συλλαμβάνονται συχνά χρησιμοποιώντας μη διαθέσιμα εργαλεία (Jones et al., 2006; Okon et al., 2003).

#### **4.1.8.Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας**

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μοιράζονται από τα άτομα με διατροφικές διαταραχές (Alvarez-Moya et al., 2007; Thompson-Brenner et al., 2008a, b; Vervaeke et al., 2004). Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες διαπίστωσαν ότι τα άτομα με περιοριστικού τύπου νευρική ανορεξία συνήθως χαρακτηρίζονται ως τελειομανή, επίμονα, ανήσυχα, βλαβερά, εμμονικά, χαμηλά στην αναζήτηση καινοτομίας και στην αυτοκατεύθυνση. Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας των ατόμων με νευρική βουλιμία είναι πιο ετερογενή με την παρορμητικότητα και τη συναισθηματική αστάθεια να είναι τα πιο διαδεδομένα χαρακτηριστικά. Ωστόσο η τελειοποίηση, η αποφυγή βλαβών, ο καταναγκασμός και η εμμονικότητα έχουν επίσης τεκμηριωθεί συχνά σε αυτούς τους ασθενείς (Klump et al., 2000). Η έρευνα έδειξε ότι πολλά από αυτά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας παραμένουν ακόμη και μετά την ανάρρωση (Wagner et al., 2006). Ενώ ορισμένοι ερευνητές έχουν προτείνει ότι τέτοια ευρήματα υποδηλώνουν μια προδιάθεση για ευαισθησία στην προσωπικότητα, άλλοι αμφισβήτησαν αυτήν την άποψη υποστηρίζοντας ότι αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί επίσης να είναι ενδεικτικά μιας τρομακτικής επίδρασης της παθολογίας της διατροφής (Wagner et al., 2006).

#### **4.1.9.Γνώση και αρνητική επίδραση**

Διαταραχές σε αρκετές γνωστικές περιοχές όπως οι διαταραγμένες δομές του σχήματος του σώματος, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η τελειομανία, έχουν αναφερθεί ως παράγοντες προδιάθεσης για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών και έχουν βρεθεί ότι ενθαρρύνουν μια ακραία ανάγκη ελέγχου του φαγητού, θέτουν υψηλή αξία για την επίτευξη ενός εξιδανικευμένου βάρους και σχήματος σώματος και ενισχύουν τη διατήρηση του προβλήματος μέσω περιορισμών στη διατροφή (Eiber et al., 2005; Kyriacou et al., 2008). Αν και ένα ιδιοσυγκρασιακό χαρακτηριστικό όπως η αρνητική συναισθηματικότητα είναι απίθανο να οδηγήσει σε διατροφικές διαταραχές από μόνο του, η αρνητική επίδραση έχει συνήθως εμπλακεί στην ανάπτυξη τους. Οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, ιδιαίτερα τα άτομα με νευρική βουλιμία, βρέθηκε να εμφανίζουν αυξημένα αυτοκατευθυνόμενα αποτελέσματα εχθρότητας και κατασταλαμένο θυμό (Fassino et al., 2001).



#### 4.1.10.Νευροψυχολογικές ευπάθειες

Όσον αφορά τις νευροψυχολογικές ευπάθειες, η πλειοψηφία των μελετών μέχρι τώρα επικεντρώθηκε σε ασθενείς με νευρική ανορεξία (Dobson & Dozois, 2004; Duchesne et al., 2004; Rofey et al., 2004). Σε γενικές γραμμές, αυτές οι μελέτες διαπίστωσαν κακή γνωστική ευελιξία, τάση εστίασης στις λεπτομέρειες αντί για το σύνολο και διαταραχές της προσοχής (Duchesne et al., 2004; Lopez et al., 2008; Roberts et al., 2007; Rofey et al., 2004; Tchanturia et al., 2005). Ωστόσο, ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι αυτά τα ελλείμματα εξαρτώνται από την ψυχολογική κατάσταση και, ως εκ τούτου, εξαφανίζονται μετά την ανάκαμψη από τη νευρική ανορεξία (Gillberg et al., 2007). Συγκριτικές μελέτες ασθενών με νευρική βουλιμία έδειξαν ότι η νευρογνωστική απόδοση αυτών των ασθενών είναι παρόμοια με αυτή των ατόμων με περιοριστικού τύπου νευρική ανορεξία (Cooper et al., 2003). Σε ασθενείς με νευρική βουλιμία η εξασθένιση της επιλεκτικής προσοχής, οι ικανότητες επίλυσης προβλημάτων, η εκτελεστική λειτουργία, η κεντρική συνοχή, η ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών και η γνωστική αναστολή έχουν τεκμηριωθεί (Lopez et al., 2008; Roberts et al., 2007).



## Κεφάλαιο 5ο

### 5. Διαγνωστικά κριτήρια

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (ΑΨΕ) DSM- IV και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας ICD- 10 (DCR) είναι τα ακόλουθα.

#### 5.1 Τα διαγνωστικά κριτήρια για την νευρική ανορεξία σύμφωνα με το DSM- IV

1. Το άτομο διακρίνεται από άρνηση να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο επίπεδο ή πάνω από
2. το επίπεδο, του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που έχει σαν αποτέλεσμα την διατήρηση του βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή η αποτυχία να έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης που έχει σαν αποτέλεσμα βάρος σωματικό λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου).
3. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως αποκτήσει βάρος ή γίνει παχύς, ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
4. Διαταραχή στον τρόπο που το άτομο βιώνει το βάρος ή το σχήμα του σώματος του, αδικαιολόγητη επίδραση του σωματικού βάρους ή σχήματος στην εκτίμηση του εαυτού ή στην άρνηση της σοβαρότητας του τωρινού χαμηλού σωματικού βάρους.
5. Σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών κύκλων (μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια αν και η περίοδο της εμφανίζεται μόνο μετά την χορήγηση ορμονών, π.χ. οιστρογόνων) (Γκοτζαμάνης, 2004).

#### 5.2 Τυπολογία

**Περιοριστικός τύπος:** Κατά την διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου νευρικής ανορεξίας το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (αυτοπροκαλούμενος εμετός ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

**Επεισόδια υπερφαγίας/ καθαρτικός τύπος:** κατά την διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου νευρικής ανορεξίας, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει τακτικά σε συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή αυτοπροκαλούμενος εμετός ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών) (Γκοτζαμάνης, 2004).

### 5.3. Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά το ICD- 10 (DCR)

Νευρική ανορεξία F50.0 1.

1. 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 Quetlet είναι 17,50 ή λιγότερος. Σε ασθενείς προεφηβικής ηλικίας, μπορεί να παρατηρείται αδυναμία να επιτευχθεί η προσδοκώμενη για την ηλικία αύξηση του σωματικού βάρους.
2. Η απώλεια βάρους προκαλείται 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 διουρητικών.
3. Υπάρχει μια αντίληψη ότι το άτομο είναι πολύ παχύ, μια εισβολή φόβου για πάχος, η οποία οδηγεί στην τοποθέτηση κατώτατων ορίων βάρους σώματος.
4. Υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινολογική διαταραχή του υποθαλάμου υποφυσιογοναδικού άξονα εκδηλωμένη στις γυναίκες ως αμηνόρροια (προφανή εξαίρεση αποτελεί η επίμονη κολπική αιμορραγία σε ανορεκτικές γυναίκες, οι οποίες λαμβάνουν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης συνηθέστατα υπό την μορφή του αντισυλληπτικού χαπιού) και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας. Επίσης είναι δυνατόν να υπάρχουν αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης και κορτιζόλης, μεταβολές στον περιφερειακό μεταβολισμό των θυροειδικών ορμονών και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης.
5. Αν η έναρξη της νευρικής ανορεξίας τοποθετείται στην προεφηβική ηλικία, η διαδοχή των διαφόρων γεγονότων της ήβης καθυστερεί ή αναστέλλει την ανάπτυξη του ατόμου (στα κορίτσια οι μαστοί δεν αναπτύσσονται και υπάρχει πρωτογενής αμηνόρροια, στα αγόρια τα γενετικά όργανα παραμένουν παιδικά). Με την ανάρρωση, η ήβη συχνά συμπληρώνεται φυσιολογικά, αλλά η εμμηναρχή καθυστερεί.
6. Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) ορίζεται ως το πηλίκο σωματικού βάρους μετρημένο σε κιλά, διαιρούμενο δια του ύψους του σώματος μετρημένο σε μέτρα, πολλαπλασιάζεται επί τον εαυτό του. Χρησιμοποιείται μόνο μετά την ηλικία των 16 ετών (Στεφάνης & Σολδάτος, 1997).

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>

### 6. Πρόληψη της νευρογενούς ανορεξίας

Ο σκοπός των προληπτικών παρεμβάσεων στην ιατρική είναι να ελαχιστοποιηθεί η θνησιμότητα και η νοσηρότητα που σχετίζεται με την ασθένεια. Είναι συνηθισμένο να ταξινομούνται αυτές οι παρεμβάσεις σύμφωνα με το στάδιο της εξέλιξης της διαταραχής στην οποία αναφέρονται. Οι παρεμβάσεις μπορεί να είναι εστιασμένες στις διαδικασίες που εμπλέκονται στην ανάπτυξη της διαταραχής, οπότε σε αυτή την περίπτωση ο στόχος είναι να προληφθεί η εμφάνιση νέων περιστατικών (δηλ., για να μειώσει την συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής). Αυτό καλείται «αρχική πρόληψη». Οι επεμβάσεις μπορεί να είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να μειώσουν την διάρκεια της διαταραχής ελαττώνοντας τον χρόνο ανάμεσα στην εμφάνιση της ασθένειας και στην παρουσίαση για την θεραπεία. Αυτό καλείται «δευτερεύουσα πρόληψη». Ή ο στόχος μπορεί να είναι η μείωση των εξασθενίσεων που προκύπτουν από την διαταραχή. Αυτό καλείται «τριτογενής πρόληψη» (Kjelsas et al., 2004).

#### 6.1. Αρχική πρωτογενής πρόληψη

Η αρχική πρόληψη είναι το ιδανικό. Απαιτεί την εφαρμογή μιας παρέμβασης ικανής να προλαμβάνει την εμφάνιση της διαταραχής. Γενικά, αλλά όχι απαραίτητα, τέτοια παρέμβαση απαιτεί γνώση των διαδικασιών που εμπλέκονται στην ανάπτυξη της διαταραχής. Αυτή η γνώση απουσιάζει ή στην καλύτερη περίπτωση, είναι ελλιπής όσον αφορά τις διατροφικές διαταραχές. Από τα ευρήματα παλαιότερων μελετών, έχουμε κάποια γνώση για κεφαλαιώδη γεγονότα στην ανάπτυξης των διατροφικών διαταραχών, με την δίαιτα να είναι ο πιο κοινός συμπεριφορικός πρόδρομος, αλλά δεν είναι γνωστό πως ακριβώς και σε ποιο στάδιο της ανάπτυξης αυτών των διαταραχών άλλοι παράγοντες κινδύνου λειτουργούν (Kjelsas et al., 2004). Λαμβάνοντας υπόψη την τρέχουσα γνώση, η μόνη επιλογή είναι να υιοθετηθούν οι προληπτικές παρεμβάσεις οι οποίες φαίνεται πιθανό να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα και να δοκιμάζεται αν τα αποτελέσματα είναι αυτά που έχουν αρχικά προβλεφθεί. Ως σήμερα, οι ερευνητές έχουν εστιάσει στην προσπάθεια τους στο να τροποποιήσουν τους κοινούς συμπεριφορικούς προδρόμους των διατροφικών διαταραχών ανάμεσα στην πιο ευπαθή ηλικιακή ομάδα, δηλαδή τους μαθητές. Ο στόχος είναι να μειωθεί η επικράτηση της δίαιτας και η σχετιζόμενη συμπεριφορά με τον έλεγχο του βάρους όπως ο αυτοπροκαλούμενος εμετός και η κατάχρηση των καθαρτικών. Ποικίλα εκπαιδευτικά προγράμματα έχουν επινοηθεί για τον σκοπό αυτό, πολλά από τα οποία περιλαμβάνουν πολύπλοκους συνδυασμούς από διαδικασίες όπως η απομυθοποίηση της επιρροής των μέσων μαζικής ενημέρωσης και η εκπαίδευση αντιγραφής των συνομηλίκων. Νεότερα δεδομένα

προστέθηκαν όσον αφορά στη γνώση για τις διατροφικές διαταραχές, την δίαιτα και τις σχετικές συμπεριφορές και οι ανησυχίες μετριάστηκαν αλλά αυτό δεν συνοδεύτηκε από καμία αλλαγή όσον αφορά τους στόχους συμπεριφοράς. Επειδή οι διατροφικές διαταραχές συνήθως ξεκινούν από τα σχολικά χρόνια, η προτεραιότητα πρέπει να είναι να αναπτυχθούν παρεμβάσεις σχετικές με το σχολείο. Πάντως, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι οι παρεμβάσεις που μειώνουν την επικράτηση της δίαιτας και των σχετικών συμπεριφορών δεν θα επιδράσουν απαραίτητα ώστε να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών. Μόνο μια μειοψηφία αυτών που κάνουν δίαιτα αναπτύσσουν μια διατροφική διαταραχή και μπορεί να είναι αυτή η μειοψηφία η οποία θα προβάλλει αντίσταση στα προγράμματα πρόληψης αυτού του τύπου. Ήδη από την πρώτη στιγμή που καθιερώθηκε τελεί υπό αμφισβήτηση η πρόταση ότι μειώνοντας την επικράτηση της δίαιτας και της σχετιζόμενης συμπεριφοράς, υπάρχει επίδραση στην μείωση της συχνότητας εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών (Kjelsas et al., 2004). Μπορεί να υποστηριχθεί ότι υπάρχει ανάγκη για μια διαφορετική προληπτική στρατηγική. Από το να αναπτυχθούν παρεμβάσεις με στόχο τους μαθητές γενικά, μπορεί να είναι περισσότερο παραγωγικό να εστιάσουμε σε άτομα που είναι γνωστό ότι βρίσκονται σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Αν υποθέσουμε ότι αυτά τα άτομα θα μπορούσαν να έχουν επίγνωση για την υψηλού κινδύνου θέση τους, θα ήταν λοιπόν πολύ πιθανότερο να καταλάβουν την σχετικότητα των σχεδιασμένων επεμβάσεων για να μειώσουν τον κίνδυνο και συνεπώς μπορεί πολύ πιθανότερο να αλλάξουν. Δυστυχώς, υπάρχουν δυο προβλήματα σχετικά με αυτήν την προσέγγιση. Πρώτον, επειδή μερικοί παράγοντες κινδύνου για τις διατροφικές διαταραχές είναι γνωστοί, δεν είναι ακόμα δυνατό να προσδιοριστεί μια τόσο υψηλού κινδύνου ομάδα και δεύτερον, ακόμα και αν ήταν δυνατό να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών ανάμεσα στα άτομα υψηλού κινδύνου, αυτή η στρατηγική θα ήταν πιθανό να έχει μικρό αντίκτυπο στην συνολική συχνότητα εμφάνισης τους, επειδή οι ομάδες υψηλού κινδύνου γενικά, αποτελούν μόνο μια μικρή αναλογία των περιπτώσεων στον συνολικό πληθυσμό (Kjelsas et al., 2004). Μερικοί συγγραφείς έχουν αποκαλύψει μια πολιτική προσέγγιση για την αρχική πρόληψη, δηλαδή, να εστιάζουν στους κοινωνικούς παράγοντες δεδομένης αιτιολογικής σημασίας. Αυτοί οι συγγραφείς, επιμένουν ότι οι κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες συμβάλλουν σημαντικά στην αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών και σε αυτή τη βάση υποστηρίζουν ότι η μόδα και οι βιομηχανίες της δίαιτας θα έπρεπε να είναι ο στόχος των προληπτικών επεμβάσεων. Αν και έχει σημειωθεί κάποια πρόοδος σε αυτή την θεώρηση, σύμφωνα με την οποία οι αξιώσεις των βιομηχανιών για την απώλεια βάρους τώρα εξετάζονται πιο προσεχτικά από ότι πριν, είναι

αμφισβητήσιμο αν η εξιδανίκευση της λεπτής εικόνας μπορεί τόσο εύκολα να τροποποιηθεί, λαμβάνοντας υπόψη τα συμφέροντα που την υποστηρίζουν (Kjelsas et al., 2004).

## 6.2. Δευτερογενής πρόληψη

Παρά τις δυνατότητές της, δόθηκε εντυπωσιακά λίγη προσοχή στην δευτερογενή πρόληψη των διατροφικών διαταραχών. Είναι γνωστό ότι στις περισσότερες περιπτώσεις περνάει μια ιδιαίτερη περίοδος ανάμεσα στην εγκατάσταση της διαταραχής και στην αναζήτηση βοήθειας, εφόσον πραγματικά αναζητείται βοήθεια. Ο στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι να ελαττώσει το διάστημα ανάμεσα στην εμφάνιση και την λήψη αποτελεσματικής βοήθειας. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, η γνώση η οποία σχετίζεται με τους παράγοντες που προωθούν και επιβραδύνουν την αναζήτηση της βοήθειας αποτελεί ένα θέμα που έχει κατά ένα μεγάλο μέρος αγνοηθεί. Εμπόδια για την αναζήτηση βοήθειας πιθανόν να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα. Το άτομο το οποίο υποφέρει από την διαταραχή δεν θεωρεί ότι αυτό είναι πρόβλημα. Αυτή η συμπεριφορά εμφανίζεται να είναι ιδιαίτερα κοινή ανάμεσα στα άτομα με νευρική ανορεξία. Σαν αποτέλεσμα συχνά ανησυχεί άλλους οι οποίοι πείθουν αυτόν που υποφέρει να αναζητήσει βοήθεια. Η ελπίδα ότι το πρόβλημα θα υποχωρήσει από μόνο του. Σε μερικές περιπτώσεις αυτό θα συμβεί στην πραγματικότητα. Λίγα είναι γνωστά για την φυσική ιστορία της νευρογενούς βουλιμίας και της νευρογενούς ανορεξίας και έτσι δεν είναι δυνατόν να εντοπιστούν εκ των προτέρων αυτές οι περιπτώσεις. Μερικοί άνθρωποι πιστεύουν ότι το διατροφικό τους πρόβλημα δεν είναι αρκετά σοβαρό ώστε να αξίζει θεραπεία ή ότι αυτοί δεν αξίζουν βοήθεια. Ντροπή, ενοχή, και μυστικότητα είναι κοινά ανάμεσα στους ανθρώπους με νευρογενή βουλιμία. Ψάχνοντας θεραπεία, αυτοί που υποφέρουν, διατρέχουν τον κίνδυνο να ανακαλύψουν οι άλλοι τόσο το πρόβλημα και τα χρόνια της ανικανότητας όσο τα έτη εξαπάτησης και υπεκφυγής που μπορεί να είχαν απαιτηθεί για να κρατήσουν τη διαταραχή κρυφή. Η δυσκολία να τα πουν στους γιατρούς. Προηγούμενα προβλήματα για τα οποία ένας γιατρός συμβούλεψε μπορεί πραγματικά να είχα αποτέλεσμα στο διατροφικό πρόβλημα, ακόμη και αν ο γιατρός δεν ενημερώθηκε για την αληθινή αιτία τους. Μερικοί άνθρωποι πηγαίνουν στο γιατρό τους σχεδιάζοντας να αποκαλύψουν το πρόβλημα αλλά χάνουν το κουράγιο τους την τελευταία στιγμή. Ο φόβος της θεραπείας. Είναι κοινό για τους ανθρώπους με νευρική ανορεξία ή νευρογενή βουλιμία να ανησυχούν ότι η θεραπεία θα περιλάβει την απόκτηση βάρους. Οικονομικά εμπόδια στην επίδιωξη της βοήθειας (Kjelsas et al., 2004).

Η σχετική σημασία αυτών και άλλων εμποδίων στην αναζήτηση βοήθειας χρειάζεται να γίνει γνωστή ώστε μια ορθολογιστική δευτερογενής πρόληψη να μπορεί να σχεδιαστεί.

Μια ξεκάθαρη προτεραιότητα πρέπει να αποτελεί το να αυξηθούν οι γενικές γνώσεις για την φύση και τα πρώιμα χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών ώστε όσοι υποφέρουν και άλλοι, να μπορούν να αναγνωρίζουν πότε υπάρχει πρόβλημα. Αυτοί που είναι πολύ πιθανότερο να έρθουν σε επαφή με άτομα που έχουν διατροφικές διαταραχές θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα καλά ενημερωμένοι. Τέτοιες επαφές θα πρέπει να περιλαμβάνουν δασκάλους, προπονητές και γιατρούς. Αυτοί οι επαγγελματίες θα έπρεπε να διδάσκονται τρόπους ανοίγοντας συζητήσεις για το θέμα και βοηθώντας όσους υποφέρουν να παραδεχτούν το διατροφικό τους πρόβλημα. Η βελτίωση της πρόσβασης στην αποτελεσματική βοήθεια είναι επίσης σημαντική. Έρευνα για τη δυνατότητα εφαρμογής και την αποτελεσματικότητα της αυτοβοήθειας είναι σχετική, επειδή έχει τη δυνατότητα να είναι εύκολα προσιτή και επειδή αυτό παρακάμπτει μερικά από τα εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας. Είναι πιθανό ότι τα άτομα τα οποία υποφέρουν από διατροφικές διαταραχές θα ανταποκρίνονταν σε ηχητική εκπαίδευση και συμβουλή η οποία εφαρμόστηκε ως τύπος αυτοβοήθειας (Kjelsas et al., 2004).

### **6.3 Τριτογενής πρόληψη**

Η σημασία της τριτογενούς πρόληψης σπάνια λήφθηκε υπόψη σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές. Αναμφίβολα, ο λόγος για αυτήν την παράλειψη είναι η αρνητική έννοια του εστιασμού στην μείωση της εξασθένησης που σχετίζεται με την γνωστή πλέον διαταραχή. Ακόμα είναι γεγονός ότι μερικοί ασθενείς με νευρική ανορεξία ευεργετούνται μερικώς από τη θεραπεία, ενώ επίσης είναι κοινός ο υποτροπιασμός. Η μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας που σχετίζεται με τις χρόνιες διατροφικές διαταραχές είναι ένα σημαντικό αντικείμενο μελέτης (Kjelsas et al., 2004). Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές από τη μεριά τους μπορούν να προάγουν την πρόληψη της νευρογενούς ανορεξίας, μέσω της εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας στην ευρύτερη κοινωνία, όπως είναι οι χώροι του σχολείου, του πανεπιστημίου και του νοσοκομείου, όπου συχνάζουν άτομα των ομάδων υψηλού κινδύνου.

### **6.4.Θεραπεία**

Με δεδομένα τα σύνθετα ψυχολογικά προβλήματα που είναι επακόλουθα της νευρικής ανορεξίας, η εξέλιξη της διαρκεί χρόνια. Αφού η αυτόματη ύφεση δεν αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο και πολλές φορές ο ασθενής έχει τάσεις μονιμοποίησης. Η θεραπευτική αγωγή συχνά αποφασίζεται αργότερα απ' ό,τι πρέπει, επειδή ο ασθενής αρνείται πεισματικά να αποδεχθεί ότι είναι άρρωστος και η οικογένεια αργεί να αποδεχθεί την εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων. Η αγωγή είναι μακροχρόνια και δύσκολη και αφορά το

σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Οι σκοποί της εργασίας είναι οι εξής: Η αποκατάσταση του βάρους και η αναστροφή του αυτόεπιβαλλομένου υποσιτισμού, ο οποίος είναι υπεύθυνος για πολλά από τα συμπτώματα της ασθένειας. Η αποκατάσταση του βάρους δεν αποτελεί απλά και μόνο μέτρο που γλυτώνει την ζωή, αλλά μπορεί και να βελτιώσει τις νοσηρές καταστάσεις και αντιλήψεις του ασθενή. Η εγκατάσταση υγιεινών συνηθειών διατροφής, αποκαθιστώντας την διατροφική κατάσταση του ασθενή. Η αποφυγή σχέσεων με την οικογένεια- η αλλαγή στάση του ασθενή ως προς την επιδίωξη της ισχύτητας και της αυτό επιβεβαίωσης που αντλεί από αυτή και η αποκατάσταση των προβλημάτων ρύθμισης του συναισθήματος και της συμπεριφοράς ώστε να αναγνωρίζει, να την εκφράζει και να ικανοποιεί με υγιείς τρόπους επικοινωνίας. Η πρόληψη των υποτροπών, εφόσον το 50% των ασθενών υποτροπιάζουν μέσα σε ένα χρόνο μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Η θεραπεία των σωματικών επιπλοκών την συνοδεύει ψυχιατρικά συμπτώματα υπαρκτά (Kaplan et al., 2000).

## Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>

### 7.1.0 ρόλος του νοσηλευτή

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπευτική διαδικασία είναι πολύ σημαντικός επειδή βοηθάει στη ρύθμιση του σωματικού βάρους και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου, αναπτύσσοντας μια βαθιά, οικεία σχέση εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας μαζί του. Ουσιαστικά αποτελεί τον συνδετικό κρίκο μεταξύ της εξειδικευμένης διεπιστημονικής ομάδας υγείας που αναλαμβάνει την θεραπευτική φροντίδα του ανορεκτικού ασθενούς, η οποία αποτελείται συνήθως από ψυχίατρο, παιδίατρο ή παθολόγο, ψυχολόγο, διαιτολόγο και κοινωνική λειτουργό. Επίσης ένα καλά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό που δουλεύει ως ομάδα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο μιας επιτυχημένης θεραπείας, γι αυτό είναι απαραίτητη η ηθική υποστήριξη του ώστε να μπορέσει να αναπτύξει την αυτοπεποίθηση και τις δεξιότητες του (Karlan et al., 2000).

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα του ασθενούς, η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί μια συστηματική και επιστημονική αντιμετώπιση. Η αξιολόγηση των αναγκών, ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας, η εφαρμογή του προγράμματος και η αξιολόγηση αποτελούν τα στάδια παρέμβασης του νοσηλευτή. Η αξιολόγηση και η παρατήρηση του ασθενούς κατέχουν τον πρωταρχικό ρόλο. Ο επαγγελματίας υγείας και συγκεκριμένα ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει υπόψη πως η πάθηση του ασθενούς μπορεί να οφείλεται σε σωματοπαθολογικούς παράγοντες. Στον ασθενή με ανορεξία, το αμέσως επόμενο στάδιο αποτελεί ο διατροφικός προγραμματισμός, προκειμένου να αποτραπούν απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις όπως η αφυδάτωση, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές και η αποστασιοποίηση από τον τροφή. Σημαντικό ρόλο στην κατάσταση αυτή αποτελεί η συνεργασία του ασθενούς τόσο στη λήψη απόφασης για νοσηλεία όσο και στη σωματική εξέταση.

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η νευρική ανορεξία, η ατομική θεραπεία και η εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται από το νοσηλευτή ως τα εργαλεία για την αντιμετώπιση της κατάστασης. Η έκβαση και η αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής παρέμβασης βασίζεται στην ανάπτυξη σταθερής σχέσης μεταξύ του νοσηλευόμενου και του νοσηλευτή. Η ακούσια εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα, αποτελεί την πλειονότητα των περιπτώσεων και η εκούσια συμμετοχή των ασθενών με νευρική ανορεξία στη θεραπεία είναι πολύ σημαντική. Η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει στην αποκατάσταση της σωστής θρέψης αλλά και στην τροποποίηση της



παθολογικής συμπεριφοράς που επιδεικνύει το άτομο στην πρόσληψη τροφής. Ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή τη θεραπευτική διαδικασία κρίνεται πολύ σημαντικός καθώς βοηθάει στην ρύθμιση του σωματικού βάρους αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενούς. Απόρροια τούτου είναι η ανάπτυξη μιας βαθιάς, οικείας σχέσης που διέπεται από εμπιστοσύνη και ειλικρίνεια. Στην ουσία ο νοσηλευτής αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ της διεπιστημονικής ομάδας και του ασθενούς.

Η επιτυχία της θεραπείας επιπρόσθετα στηρίζεται και στην άρτια εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού και για το λόγο αυτό η ηθική υποστήριξη κρίνεται απαραίτητη ώστε να μπορέσει να αναπτύξει την αυτοπεποίθηση και τις δεξιότητες του.

### **7.2.0 ρόλος του νοσηλευτή ενδοноσοκομειακά**

Η νοσηλεία του ασθενούς στο νοσοκομείο θα πρέπει να αποτελεί την τελευταία επιλογή των επαγγελματιών υγείας, αφού πρώτα έχουν εξαντλήσει όλα τα περιθώρια της εξωνοσοκομειακής θεραπείας και έχουν αποτύχει, ή δεν μπορούν να εφαρμοστούν λόγω επιδείνωσης της κατάστασης του ασθενούς και ανάγκης άμεσης παρέμβασης. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία τα κριτήρια που καθορίζουν την ανάγκη νοσηλείας ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες. Στις ιατρικές ενδείξεις, οι οποίες περιλαμβάνουν το σωματικό βάρος <85% του κατώτερου ορίου φυσιολογικού σωματικού βάρους ή ταχεία μείωση του βάρους με άρνηση λήψης τροφής ακόμα και αν δεν είναι <85% του φυσιολογικού σωματικού βάρους. Επίσης στην κατηγορία των ιατρικών ενδείξεων περιλαμβάνονται οι καρδιαγγειακές επιπλοκές, η βραδυκαρδία <40 σφίξεις/λεπτό, η υπόταση <80/50 mmHg, η σοβαρή αφυδάτωση, η επίμονη υπογλυκαιμία <60mg/Dl, ο πτωχός έλεγχος σακχαρώδους διαβήτη, η σοβαρή διαταραχή ηλεκτρολυτών π.χ. κάλιο <3mmol/L, η υποθερμία και οι ηπατικές και νεφρικές επιπλοκές (όταν απαιτούν άμεση ανάταξη) (Γονιδάκης & Βάρσου 2008).

Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται οι ψυχιατρικές ενδείξεις, όπως ο υψηλός κίνδυνος αυτοκτονίας, η σοβαρή συννοσηρότητα π.χ. μείζων κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, το πολύ χαμηλό κίνητρο/ευαισθησία και η αδυναμία αυτοελέγχου της υπερβολικής άσκησης και της επαναλαμβανόμενης καθαρτικής συμπεριφοράς (Γονιδάκης & Βάρσου 2008).

Στην Τρίτη κατηγορία περιλαμβάνεται η υπονομευόμενη εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση όπως η αφόρητη οικογενειακή κατάσταση π.χ. έντονα εκφραζόμενο συναίσθημα, κακοποίηση, η κοινωνική κατάσταση π.χ. ακραία απομόνωση, απουσία υποστήριξης, η μεγάλη γεωγραφική απόσταση ανάμεσα στην κατοικία της ασθενούς και την

εξωνοσοκομειακή ομάδα και η αποτυχία αύξησης του βάρους με εξωνοσοκομειακή θεραπεία (Γονιδάκη & Βάρσου 2008).

Το καλύτερο θα ήταν ο ασθενής να έχει ενημερωθεί διεξοδικά για τις παραμέτρους της θεραπείας, να έχει συμφωνήσει να νοσηλευτεί οικειοθελώς και να έχει προετοιμαστεί πριν γίνει η εισαγωγή του στο νοσοκομείο με επισκέψεις στο χώρο νοσηλείας και συζητήσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους θεραπευόμενους. Στη συναίνεση του ασθενή συνήθως συμβάλλει η ύπαρξη ενός ισχυρού κινήτρου από τον ίδιο καθώς και τα οφέλη που θα αποκομίσει, όπως η ανακούφιση από την αϋπνία, την δυσκοιλιότητα και τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

Η νοσηλευτική φροντίδα και το διατροφικό πρόγραμμα είναι και τα δύο θεμελιώδους σημασίας στα περισσότερα ενδονοσοκομειακά προγράμματα. Το διατροφικό πρόγραμμα θεραπείας αποτελεί το μέσον για να αυξηθεί το βάρος του ασθενούς, ενώ η νοσηλευτική φροντίδα είναι ο κύριος συντελεστής του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο επιτελείται η διατροφική θεραπεία (William et al., 2010; Gelder, 2008).

Το διατροφικό πρόγραμμα συνίσταται στην χορήγηση εξισορροπημένης, από πλευράς θρεπτικών ουσιών, δίαιτας που χορηγείται έτσι ώστε να επιτυγχάνεται αύξηση του βάρους κατά 1-2 κιλά την εβδομάδα. Η ταχύτερη αύξηση βάρους δεν συνιστάται γιατί προκαλεί στον ασθενή φόβο και αίσθημα απώλειας του ελέγχου. Συνήθως οι ασθενείς ανέχονται τα γεύματα από το στόμα. Αν όμως αντιστέκονται μπορεί να χρησιμοποιηθεί η ρινογαστρική ή ενδοφλέβια διατροφή για βραχύ διάστημα. Επίσης πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η ενυδάτωση του ασθενούς και να συμπεριληφθεί η κατάλληλα ποσότητα υγρών στο πρόγραμμα των γευμάτων. Η αφυδάτωση θα πρέπει να διορθώνεται αργά. Η οδός από το στόμα είναι συνήθως ικανοποιητική. Η επιθετική ενδοφλέβια χορήγηση υγρών θα πρέπει να αποφεύγεται, επειδή η μάζα της αριστερής κοιλίας της καρδιάς είναι μειωμένη και η απότομη αύξηση του όγκου μπορεί να μην γίνει ανεκτή (William et al., 2010; Gelder, 2008).

Παρά το ότι ορισμένα προγράμματα βάζουν από την αρχή απ' ευθείας τους ασθενείς σε υψηλή θερμιδική δίαιτα (3.000-3.500 θερμίδων /ημέρα), θεωρείται περισσότερο σκόπιμο να αρχίζουν με ηπιότερο σχήμα (1.000-1.500 θερμίδων), έτσι ώστε να αποφεύγονται οι επιπλοκές της ταχείας επανασίτισης σε έναν απισχνασμένο οργανισμό, όπως η οξεία γαστρική διάταση, το μαζικό περιφερικό οίδημα και η επιβάρυνση της καρδιακής λειτουργίας, επιπλοκές που είναι πιθανό να συμβούν ιδιαίτερα σε ασθενείς με μεγάλη απώλεια βάρους (>30-40%) (William et al., 2010; Gelder, 2008).

Οπότε κατά την αρχική αύξηση της σίτισης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί τον ασθενή για το σύνδρομο επανασίτισης, ένα φαινόμενο που εμφανίζεται αν η θερμιδική

πρόσληψη αυξηθεί πολύ γρήγορα. Τα σημεία του συνδρόμου επανασίτισης είναι ο μειωμένος φώσφορος ορού, το μειωμένο κάλιο ορού και σπάνια το οίδημα, που σχετίζεται με την μετακίνηση υγρών ή τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (William et al., 2010; Gelder, 2008).

Η παρακολούθηση από τον νοσηλευτή, κατά τη διάρκεια της νύχτας, για βραδυκαρδία, βοηθά στην εκτίμηση του βαθμού καταβολής του μεταβολισμού. Συνήθως, όσο πιο ταχεία και σοβαρή είναι η απώλεια βάρους, τόσο χειρότερη είναι η βραδυκαρδία. Η βελτίωση της βραδυκαρδίας, σχετίζεται με την ανάκτηση του βάρους. Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να κάνει καρδιογράφημα στον ασθενή επειδή βρίσκεται σε κίνδυνο συνδρόμου παράτασης του QT και επακόλουθης αρρυθμίας, που σχετίζεται με τη βαρύτητα της βραδυκαρδίας. Συνήθως χρειάζονται 2-3 εβδομάδες για να επιτευχθούν οι αρχικοί στόχοι της εισαγωγής στο νοσοκομείο, δηλαδή σταθερή πρόσληψη βάρους, ανοχή της διατροφής από το στόμα χωρίς σημεία συνδρόμου επανασίτισης και διόρθωση βραδυκαρδίας (>45 σφίξεις/λεπτό για τρεις συνεχείς νύχτες) (William et al., 2010; Gelder, 2008).

Το ποσό των θερμίδων στη διαίτα μπορεί να αυξηθεί μετά τις πρώτες ημέρες. Συχνότερα και μικρότερα γεύματα, π.χ. 6 γεύματα των 400-600 θερμίδων, βοηθούν στην αποφυγή δυσάρεστου αισθήματος φουσκώματος και έτσι προκαλούν λιγότερο φόβο στον ασθενή (William et al., 2010; Gelder, 2008).

Το σερβίρισμα μεγάλου γεύματος προκαλεί φόβο και αίσθημα απώλειας του ελέγχου. Ακόμη δεν ευνοεί την ανάπτυξη φυσιολογικών συνηθειών διατροφής. Ο ασθενής αισθάνεται πιο καθησυχασμένος αν τελειώνει όλο το γεύμα που έχει μπροστά του και κερδίζει σταθερό βάρος με ρυθμό 1-1,5 κιλό την εβδομάδα.

Η χορήγηση συμπληρωτικών τροφικών υποκατάστατων με μορφή ενισχυμένων θερμιδικά υγρών πρέπει να αποφεύγεται, γιατί παρεμποδίζουν την εγκατάσταση φυσιολογικών συνηθειών διατροφής. Χρήσιμος είναι ο ρόλος του διαιτολόγου που μπορεί σε τακτικές συναντήσεις-συζητήσεις με τον ασθενή να τον βοηθήσει να μάθει πώς να κάνει σωστές επιλογές τροφών και να του προσφέρει γνώσεις και εκπαίδευση σε θέματα διατροφής.

Η ομάδα των νοσηλευτών με εμπειρία, ικανότητα και υπομονή έχει την ευθύνη να ενθαρρύνει τον ασθενή να ολοκληρώσει το γεύμα του αλλά και να τον επιβλέπει, ώστε να μη διευκολύνεται ο ασθενής στο να απομακρύνει κρυφά τρόφιμα ή να καταφεύγει σε καθαρτικές μεθόδους. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να μένει κοντά στον ασθενή όσο τρώει, να συζητάει μαζί του, να τον καλοπιάνει ώστε να τελειώσει το γεύμα του και γενικά να

προσπαθεί να τον αποσπάσει από τα άγχη σχετικά με το φαγητό και την αύξηση του βάρους (William et al., 2010; Gelder, 2008).

Η νοσηλευτική ομάδα δημιουργεί μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Γνωρίζει τον ασθενή ως άτομο, με τις προσωπικές ανάγκες και προβλήματα. Οι νοσηλευτές/τριες θα πρέπει επίσης να γνωρίζουν πολύ καλά την τάση του ανορεκτικού ασθενούς να αποφεύγει το φαγητό και να ασκείται υπερβολικά. Είναι προτιμότερο το θεραπευτικό πρόγραμμα να δίνει έμφαση στις υποστηρικτικές παραμέτρους της σχέσης του νοσηλευτή/τριας με τον ασθενή και λιγότερο στην αναμφισβήτητη ανάγκη για προσεκτική επιτήρηση. Ο νοσηλευτής/τρια βασίζεται στην καθημερινή καταγραφή του σωματικού βάρους για να ελέγχει την επιτυχία της θεραπείας, καθώς το διάγραμμα του βάρους θα πρέπει να δείχνει μια ελαφριά ανερχόμενη καμπύλη. Από την αρχή της θεραπείας ο ασθενής μαθαίνει ότι οφείλει να καταναλώσει όλο το φαγητό που τοποθετείται μπροστά του (William et al., 2010; Gelder, 2008).

Ο ασθενής συχνά παραπονιέται ότι νιώθει φούσκωμα ή ότι έχει ναυτία μετά το φαγητό. Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να είναι σε θέση να τον καθησυχάσει, ενημερώνοντας τον ότι αυτά τα αισθήματα σχετίζονται με την επιβράδυνση στην προώθηση του περιεχομένου του στομάχου εξαιτίας του χρόνου υποσιτισμού, και ότι αυτά τα δυσάρεστα αισθήματα θα υποχωρήσουν με τον χρόνο.

Ένας νοσηλευτής που υποψιάζεται ότι ο ασθενής πετάει κρυφά ή κρύβει τρόφιμα ή έχει άλλες καθαρτικές συμπεριφορές (εμετούς, υπακτικά, διουρητικά) πρέπει να τον αντιμετωπίσει ευγενικά αλλά ανοιχτά και σταθερά, λέγοντας για παράδειγμα: "Ξέρω ότι είσαι πραγματικά έντιμος και ειλικρινής άνθρωπος, αλλά ακόμη ξέρω ότι η ασθένεια σου μπορεί να σου επιβάλλει να κάνεις πράγματα που δεν είναι στη φύση σου, ειδικά όταν σε πιάνει το άγχος για την αύξηση του βάρους σου».

Μετά από αυτή την εξήγηση, ο νοσηλευτής/τρια μπορεί να κάνει έρευνα στο δωμάτιο και στα πράγματα του ασθενούς, πάντα όμως η έρευνα πρέπει να γίνεται μπροστά του. Δεν πρέπει να γίνονται ενέργειες πίσω από την πλάτη του ασθενούς, για να μη διακινδυνεύεται η αμεσότητα, η ειλικρίνεια και η εμπιστοσύνη που χαρακτηρίζει τη σχέση του νοσηλευτή με τον θεραπευμένο. Επίσης ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να επιτρέπει στον ασθενή να πηγαίνει στο μπάνιο μετά από δύο ώρες φαγητού ή να τον συνοδεύει στην τουαλέτα ώστε να το επιβλέπει για τυχόν πρόκληση εμέτων ή χρήση καθαρικών (William et al., 2010; Gelder, 2008).

Ο νοσηλευτής θα κλιθεί ακόμα να προσφέρει υποστηρικτική και εκπαιδευτική ψυχοθεραπεία, όπου αυτό είναι απαραίτητο και δυνατό. Θα χρειαστεί επανειλημμένα να καθησυχάσει τον ασθενή ότι δεν θα αφηθεί να πάρει βάρος. Καθώς θα κερδίζει βάρος, το

άγχος του ασθενή θα επικεντρώνεται στην αύξηση των διαστάσεων του στην κοιλιά, στην περιφέρεια ή τα ισχία και ο νοσηλευτής/τρια μπορεί να του εξηγήσει ότι το βάρος έχει την τάση να πηγαίνει πρώτα σ' αυτά τα σημεία του σώματος, αλλά με τον καιρό κατανέμεται ομοιόμορφα σε όλο το σώμα (William et al., 2010; Gelder, 2008).

Ακόμα, αν ο ασθενής προέβαινε σε εμετούς ή καθαρτικές συμπεριφορές, είναι πιθανό με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο και σταματώντας αυτά τα μέσα, να πάρει δραματικά βάρος τις πρώτες μέρες. Αυτό συμβαίνει γιατί γίνεται αποκατάσταση της αφυδάτωσης και των ηλεκτρολυτικών διαταραχών και υπάρχει μαζική κατακράτηση υγρών, οπότε θα χρειασθούν λίγες μέρες για να εξισορροπηθεί η κατάσταση. Ο νοσηλευτής/τρια μπορεί και πρέπει να το εξηγήσει αυτό στον νοσηλευόμενο για να μην τρομοκρατηθεί.

Στην αρχή του θεραπευτικού προγράμματος, οι δραστηριότητες του ασθενούς γενικά περιορίζονται δραστικά για να μειωθεί η κατανάλωση ενέργειας και να αυξηθεί το σωματικό βάρος πιο γρήγορα. Στην συνέχεια για κάθε ασθενή, καλό είναι να αναπτύσσεται ένα προσωπικό πρόγραμμα από συνεπή, λογικά και σταθερά βήματα προοδευτικής αύξησης επιτρεπομένων δραστηριοτήτων, ανάλογα με την πρόοδο της απάντησης στο θεραπευτικό πρόγραμμα (William et al., 2010; Gelder, 2008).

Το κύριο μέλημα της νοσηλευτικής ομάδας είναι να ενθαρρύνει τον ασθενή να τρώει φυσιολογικά, ώστε να αυξήσει το βάρος του στο κανονικό για την ηλικία και το ύψος του επίπεδο. Αυτό προφανώς βρίσκεται σε συνάρτηση με τη φάση ανάπτυξης του οργανισμού με τις διατροφικές ανάγκες διατήρησης και αναπαραγωγής των ιστών και τις ενεργειακές ανάγκες ανάλογα με τις δραστηριότητες του, σωματικές και πνευματικές. Ο ασθενής θα πρέπει να βοηθηθεί να καταλάβει τις διατροφικές ανάγκες για την λειτουργία των ιστών και του οργανισμού του, και πώς οι ανάγκες αυτές καλύπτονται με την τροφή. Επίσης, πρέπει να καταλάβει τις ενεργειακές του ανάγκες, με βάση τον τρόπο ζωής του και τις δραστηριότητες του και πώς θα τις καλύπτει ώστε να διατηρεί ένα σωστό σωματικό βάρος. Αυτές οι εκπαιδευτικού τύπου συζητήσεις για τις σωστές επιλογές τροφών σε ποσότητες και συνδυασμούς, γίνονται σε πιο προχωρημένα στάδια θεραπευτικού προγράμματος, γύρω ή μετά την επίτευξη του βάρους-στόχου, όταν οι δραστηριότητες του ασθενούς είναι αυξημένες και προετοιμάζεται για εξόδους (William et al., 2010; Gelder, 2008).

Η αποκατάσταση του βάρους του ανορεκτικού ασθενούς φαίνεται να αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα για τη μετανοσοκομειακή πορεία της θεραπείας. Έχει βρεθεί ότι αν οι ανορεκτικοί ασθενείς εξέλθουν του νοσοκομείου ενώ είναι ακόμα ελλιποβαρείς, παρουσιάζουν περισσότερα ανορεκτικά συμπτώματα και έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να

επανανοσηλευτούν, σε σύγκρουση με ασθενείς που εξήλθαν από το νοσοκομείο με φυσιολογικό βάρος.

Το βάρος θα πρέπει να συγκροτηθεί στα κατώτερα φυσιολογικά επίπεδα λόγω της δυσκολίας του ασθενούς να δεχθεί το μετασχηματισμό του σώματος του και ιδιαίτερα σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος όπως είναι οι γλουτοί, οι μηροί, η κοιλιακή χώρα και οι μαστοί.

Οι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα υποτροπής και επανεισαγωγής του ασθενούς είναι: η διάρκεια της νόσου >6 έτη, η ύπαρξη αμηνόρροιας για χρονικό διάστημα >2,5 έτη, ο πολύ χαμηλός δείκτης μάζας σώματος κατά την εισαγωγή και, τέλος, η απουσία ισχυρού κινήτρου για αλλαγή κατά την έξοδο από το νοσοκομείο. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο δεν αφορούν μόνο στην ύφεση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, αλλά ακόμα και στις επιπτώσεις της ανορεξίας στην κοινωνική και επαγγελματική τους ζωή. Οι ασθενείς αυτοί σε σύγκριση με άτομα της ίδιας ηλικίας που δεν πάσχουν από νευρογενή ανορεξία, είναι πιθανότερο να μην έχουν τεκνοποιήσει ή να είναι άνεργοι ακόμα και μια δεκαετία μετά τη νοσηλεία τους. Μάλιστα, η μεγαλύτερη διάρκεια της νοσηλείας, άρα οι μεγαλύτερες δυσκολίες στην αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας, αλλά και η νοσηρότητα με άλλες ψυχικές παθήσεις, αυξάνουν την πιθανότητα για κακή κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή (William et al., 2010; Gelder, 2008).

Συνοπτικά, τα καθήκοντα του νοσηλευτή στα πλαίσια θεραπευτικού προγράμματος αντιμετώπισης της νευρογενούς ανορεξίας είναι η σύνταξη γραπτού συμβολαίου που περιλαμβάνει τα καθήκοντα του νοσηλευόμενου αλλά και του νοσηλευτή, καθώς και τη δίαιτα και τις δραστηριότητες που πρέπει να εφαρμόζονται. Επίσης η λήψη ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, σφίξεις, αναπνοές), το ζύγισμα του ασθενούς είτε κάθε μέρα, είτε 1-2 φορές την εβδομάδα. Το ζύγισμα πρέπει να γίνεται το πρωί, αμέσως μετά τη χρήση της τουαλέτας και πριν από τη λήψη του πρωινού. Επιπλέον στα καθήκοντα του νοσηλευτή περιλαμβάνονται η καταγραφή προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών, η παρατήρηση για την ύπαρξη τυχόν σημείων-συμπτωμάτων επιπλοκών και την άμεση ακινητοποίηση του προσωπικού, η εξακρίβωση ότι ο ασθενής δέχεται μια ολιστική θεραπεία από την εξειδικευμένη διεπιστημονική ομάδα υγείας που τον έχει αναλάβει και δεν πλήττονται τα συμφέροντα του. Ακόμη η παροχή θετικών ενισχύσεων ανάλογα με τη συμμόρφωση ή όχι του ασθενούς στη θεραπεία. Αποφυγή οποιασδήποτε συζήτησης σχετικής με το φαγητό, που αυξάνει το άγχος και το φόβο του ασθενούς για το βάρος και το σώμα του. Η επαγρύπνηση για τυχόν καθαριστικές συμπεριφορές από μέρους του ασθενούς μετά το

γεύμα. αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχίας του θεραπευτικού πλάνου καθώς και η συνεχής ενθάρρυνση ολοκλήρωσης της θεραπείας τόσο στον ίδιο όσο και στην οικογένειά του (William et al., 2010; Gelder, 2008).

Παρακάτω τίθεται ένα παράδειγμα προγράμματος νοσοκομειακής περίθαλψης στο Γενικό Νοσοκομείο του Leicester. Οι πάσχοντες εισάγονται μόνο μετά από λεπτομερή συζήτηση με τον γιατρό, ο οποίος τις παρακολουθεί ως εξωτερικές ασθενείς και μετά από μία τουλάχιστον επίσκεψη-ξενάγηση στην πτέρυγα. Εξαιρέση αποτελούν οι εισαγωγές επειγόντων περιστατικών. Έτσι, οι περισσότεροι έχουν ήδη μια εβδομαδιαία επίσκεψη στον ειδικό, κατά την εποχή της εισαγωγής τους. Με την εισαγωγή του πάσχοντα ορίζεται ο νοσηλευτής/τρια που θα τον παρακολουθεί, εκτός από τον θεραπευτή, κατά τη διάρκεια της περίθαλψης του. Οι πάσχοντες μπορούν να αναφέρουν έως και πέντε φαγητά τα οποία δεν τους αρέσουν. Αυτά δεν μπορούν να επιλεγθούν με κριτήριο το εάν είναι παχυντικά. Η χορτοφαγία είναι αποδεκτή, εκτός εάν είναι μια πρόσφατη συνήθεια, η οποία σαφώς σχετίζεται με την διατροφική διαταραχή. Υπάρχει ένα κυκλικό διατροφικό πρόγραμμα, τα φαγητά του οποίου επιλέγονται από τους πάσχοντες, με την επίβλεψη του νοσηλευτικού προσωπικού. Σε διαφορετική περίπτωση, οι πάσχοντες συμφωνούν να προσαρμοστούν στο προβλεπόμενο διατροφικό πρόγραμμα. Αυτό είναι μια φυσιολογική διατροφή με αρκετή ποικιλία. Τίθεται ένα επίπεδο βάρους. Συνήθως, αυτό είναι ο δείκτης σωματικής μάζας 20, εκτός αν υπάρχει σημαντική αιτία για κάτι διαφορετικό. Την πρώτη περίπου εβδομάδα, ο πάσχων μένει σε ένα δωμάτιο πτέρυγας. Εντός του δωματίου υπάρχει κοιμόδινο και νιπτήρας. Επιβλέπεται από μια νοσηλεύτρια κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Δεν υπάρχει περιορισμός στις επισκέψεις, την παρακολούθηση τηλεόρασης, το διάβασμα ή άλλες ασχολίες. Μετά την πρώτη περίπου εβδομάδα, όταν ο ασθενής πλέον λαμβάνει ικανοποιητικές ποσότητες τροφής με την επίβλεψη του νοσηλευτή, μεταφέρεται σε ένα δωμάτιο με πέντε κρεβάτια μαζί με άλλους πάσχοντες από νευρογενή ανορεξία. Γευματίζει μαζί τους σε ιδιαίτερη τραπεζαρία, ενώ μια νοσηλεύτρια επιβλέπει την ομάδα. Μόλις ο πάσχων προσαρμοστεί και αποκτήσει την κατάλληλη φυσική κατάσταση για κάτι τέτοιο, παρακολουθεί επί ορισμένες ημέρες το Ημερήσιο Πρόγραμμα Διατροφικών Διαταραχών, στα πλαίσια του οποίου πραγματοποιούνται διάφορες ομαδικές δραστηριότητες και θεραπείες. Η ορθή διατροφή εξασφαλίζεται με την προσθήκη ενός γεύματος μεγάλης ποσότητας και διάφορων ενδιάμεσων και συμπληρωματικών γευμάτων, προκειμένου να υπάρχει μέση αύξηση βάρους κατά μέσο όρο, ένα περίπου κιλό ανά εβδομάδα. Καθώς ο ασθενής θα κερδίζει βάρος, θα του επιτρέπεται να έχει περισσότερες δραστηριότητες, να αναλάβει περισσότερες ευθύνες και, τελικά, να βγαίνει από το νοσοκομείο για ταξίδια ή επισκέψεις στην οικογένειά του. Οι

περισσότεροι πάσχοντες περνούν δύο ή τρία σαββατοκύριακα κοντά στην οικογένεια τους, πριν εγκαταλείψουν το νοσοκομείο. Ωστόσο, οι πάσχοντες που διαμένουν κοντά στην περιοχή του νοσοκομείου, προσέρχονται στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της ημέρας και κοιμούνται στο σπίτι τους το βράδυ, έως ότου φθάσουν στο επιδιωκόμενο βάρος. Οι πάσχοντες που διαμένουν μακριά από το νοσοκομείο, συνήθως περιθάλπτονται ως εσωτερικοί ασθενείς, έως ότου επιτύχουν το επιδιωκόμενο βάρος και λίγες εβδομάδες μετά από αυτό (Palmer, 2006).

### **7.3.0 ρόλος του νοσηλευτή εξωνοσοκομεικά**

Δεν χρειάζεται όλοι οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία να εισαχθούν στο νοσοκομείο, ιδιαίτερα αν οι γονείς και οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίσουν εγκαίρως τα προειδοποιητικά σημεία της νόσου. Οι ασθενείς μπορούν να λαμβάνουν θεραπεία σε εξωτερική βάση, με την υποστήριξη της ίδιας εξειδικευμένης ομάδας ειδικών. Αν διατίθεται εκπαιδευμένος θεραπευτής, μπορεί να εφαρμοστεί η χειριστική θεραπεία που βασίζεται στην οικογένεια. Σε αντίθεση με την παραδοσιακή θεραπεία που επιτρέπει στον έφηβο, να ελέγχει την διατροφή του και στους γονείς να μένουν αμέτοχοι στην ποσότητα του φαγητού στη φάση αποκατάστασης, η χειριστική προσέγγιση δίνει πίσω τη δύναμη και τον έλεγχο στους γονείς. Η θεραπεία αποτελείται από 20 εβδομαδιαίες συνεδρίες. Οι πρώτες 10 είναι αφιερωμένες στην ενίσχυση των γονιών, βάζοντάς τους να έχουν τον έλεγχο της διατροφής και της άσκησης του παιδιού τους. Οι γονείς εκπαιδεύονται για τους κινδύνους του υποσιτισμού και τους δίνονται οδηγίες για τον τρόπο που θα πρέπει να επιβλέπουν κάθε γεύμα. Ένας νοσηλευτής/τρια μπορεί να αναλάβει τα καθήκοντα του εκπαιδευτή. Η επόμενη φάση, συνεδρίες 11-16, επιστρέφει τον έλεγχο του φαγητού στον έφηβο, μόλις αποδεχθεί τις απαιτήσεις των γονιών του. Η τελευταία φάση της θεραπείας, συνεδρίες 17-20, έρχεται όταν ο ασθενής διατηρεί το φυσιολογικό βάρος. Η προσοχή μετατίθεται πλέον στην επίδραση που έχει στην καθιέρωση μιας υγιούς ταυτότητας εφήβου. Αυτή η προσέγγιση αναφέρεται ότι οδηγεί σε καλή ή μέτρια έκβαση στο 90% των εφήβων που αντιμετωπίζονται. Η κατάλληλη συμβουλευτική σχετικά με τη διατροφή είναι ζωτικής σημασίας, καθοδηγώντας τον ασθενή και την οικογένεια του κατά τα αρχικά στάδια της ανάνηψης. Καθώς ο διατροφολόγος καθοδηγεί την αύξηση της θερμιδικής πρόσληψης από τον ασθενή, ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να παρακολουθεί το βάρος και τα ζωτικά σημεία του. Συχνά πρέπει να μειωθεί το επίπεδο δραστηριοτήτων του ασθενούς, για να ενισχυθεί η αναστροφή της καταβολικής κατάστασης του ασθενούς. Λογικός στόχος πρόσληψης βάρους θεωρούνται τα 0,2-0,5kg/εβδομάδα. Αν η απώλεια βάρους επιμένει, είναι σημαντική η προσεκτική παρακολούθηση από κάποιον



νοσηλευτή/τρια των ζωτικών σημείων, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής συχνότητας σε ύπτια θέση, για να διαπιστωθεί η τυχόν αναγκαιότητα αυξημένου επιπέδου φροντίδας και εισαγωγής στο νοσοκομείο (William et al., 2010).

#### 7.4.0 ρόλος του νοσηλευτή στην εδραίωση σχέσης εμπιστοσύνης

Η ισότητα στη σχέση και ο σεβασμός των θέσεων του άλλου ως νοσηλεύτης και ασθενούς μαζί με τη συμμετοχή στην περίθαλψη περιγράφηκαν ως σημαντικές για τη σχέση (Gulliksen et al. 2012, Sly et al. 2014). Η ισότητα στη σχέση σήμαινε ότι οι ασθενείς ένιωθαν ότι μπορούσαν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους καθώς και ότι οι νοσηλευτές μπόρεσαν να εκφράσουν ελεύθερα αυτό που αναμενόταν από τον ασθενή. Πολλές μελέτες έχουν περιγράψει περαιτέρω τη σημασία των νοσηλευτών να επιτρέπουν ενεργά στους ασθενείς να συμμετέχουν περισσότερο στη δημιουργία μιας θεραπείας (Jenkins and Ogden 2011). Επιπλέον, η έλλειψη συμμετοχής θα μπορούσε να οδηγήσει σε αντίσταση και να παρεμποδίσει τη διαδικασία ανάκαμψης και η σχέση και θα μπορούσε ακόμη και να επιδεινώσει την ασθένεια (Sly et al., 2014). Η ικανότητα του νοσηλευτή να δημιουργήσει μια προσωπική σχέση περιγράφηκε ως σημαντική στη διαδικασία ανάκαμψης και απαραίτητη για τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης (Ross and Green 2011, Wright and Hacking 2012, Zugai et al., 2012). Όταν οι νοσηλευτές παρείχαν πληροφορίες για την προσωπική τους ζωή, μεταβίβαζαν μια αίσθηση ισότητας μεταξύ τους και του ασθενούς, η οποία θεωρήθηκε σημαντική στην ανάπτυξη της σχέσης. Ωστόσο, οι νοσηλευτές θεώρησαν ότι αυτή η σχέση θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά την προθυμία των ασθενών να ανοιχτούν εάν οι νοσηλευτές ήταν υπερβολικά στο επίκεντρο. Ως εκ τούτου, δόθηκε έμφαση στην επαγγελματική ισορροπία όσον αφορά το βαθμό στον οποίο οι νοσηλευτές θα μπορούσαν να μοιράζονται πληροφορίες για τον εαυτό τους.

Οι πτυχές της διαφάνειας, της ακεραιότητας και της ειλικρίνειας αναγνωρίστηκαν ως ζωτικής σημασίας για την εδραίωση μιας σχέσης (Sly et al. 2014, Wright και Hacking 2012, Zugai et al. 2012). Η γνήσια δέσμευση των νοσηλευτών, η αίσθηση ότι δεν ήταν απλώς για «να κάνουν την δουλειά τους», συνέβαλαν στην αίσθηση ασφάλειας των ασθενών (Gulliksen et al., 2012, Pemperton and Fox 2011, Wright and Hacking 2012, Zugai et al. 2012). Στη μελέτη του Pemperton και του Fox (2011), οι συγγραφείς αναφέρουν ότι παρόλο που οι νοσηλευτές έδειξαν ενσυναίσθηση και επιθυμία να επικυρώσουν τα συναισθήματα του ασθενούς, μόνο όταν οι νοσηλευτές έδειξαν πραγματικά μια δέσμευση οι ασθενείς ένοιωθαν πραγματική φροντίδα. Η δέσμευση αυτή επέτρεψε στον ασθενή να βλέπει πέρα

από το ρόλο του νοσηλευτή όχι μόνο ως επαγγελματία, αλλά κάποιος ο οποίος προώθησε μια ατομική και μοναδική σχέση (Pemperton and Fox 2011, Zugai et al., 2012). Αντίθετα, σε καταστάσεις όπου οι νοσηλευτές δεν κατάφεραν να επιδείξουν τέτοια δέσμευση και γνησιότητα, είχαν ως αποτέλεσμα την αίσθηση «εμείς εναντίον των ασθενών» (Pemperton and Fox 2011). Ένα ανοικτό και γνήσιο ενδιαφέρον για τις δυσκολίες των ασθενών που βασίστηκε σε συζητήσεις επικεντρωμένες στον ασθενή υπογραμμίστηκε σε αρκετές μελέτες ως σημαντικές για τη σχέση (Gulliksen et al., 2012; Sly et al., 2014). Εάν οι ασθενείς μπόρεσαν να μοιραστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους με τους νοσηλευτές, η συζήτηση θεωρήθηκε ότι βοηθούσε τον ασθενή να προχωρήσει στη διαδικασία της θεραπείας (Bakker et al., 2011).

Οι νοσηλευτές αναφέρουν την εμπιστοσύνη τόσο σημαντική στη φροντίδα των ατόμων με νευρική ανορεξία, αλλά και για την καθοδήγηση μιας αλλαγής στις συμπεριφορές των ασθενών (Zugai et al., 2012). Η εμπιστοσύνη περιγράφηκε ως συστατικό της σχέσης και θα μπορούσε να αναπτυχθεί με την πάροδο του χρόνου (Gulliksen et al., 2012). Τα αισθήματα εμπιστοσύνης των ασθενών στη σχέση αυξήθηκαν καθώς οι νοσηλευτές κατέδειξαν γνώση της ασθένειας (Ross and Green 2011).

Πολλές μελέτες υπογράμμισαν ότι τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι ασθενείς έκριναν ότι είναι επιτακτική ανάγκη οι νοσηλευτές να διακρίνουν σαφώς τη διπλή άποψη της ταυτότητας του ασθενούς, συμπεριλαμβάνοντας τόσο της διάγνωσης του ασθενούς όσο και τον ασθενή ως άτομο (Gulliksen et al. 2012, Ross και Green 2011, Sly et al., 2014, Wright και Hacking 2012). Οι νοσηλευτές που συμπεριφέρονται με αυταρχικό τρόπο και θεωρήθηκαν προκατειλημμένες διότι έβαλαν τη διάγνωση πριν το άτομο προκάλεσαν αίσθηση απώλειας ταυτότητας και έκαναν τους ασθενείς να αισθάνονται «απλά μια άλλη περίπτωση ανορεξίας» (Gulliksen et al., 2012) . Αυτό θεωρήθηκε ότι ενίσχυσε την ασθένεια και την ταυτότητα της ύπαρξης ανορεξίας. Όταν οι νοσηλευτές που μπόρεσαν να εκφράσουν τον σεβασμό του ατόμου πίσω από την ασθένεια, βοήθησαν τους ασθενείς να αναλάβουν πιο ενεργό ρόλο στη σχέση και αυτοί οι ασθενείς ήταν σε θέση να προχωρήσουν προς την θεραπεία τους. Οι Sly et al. (2014) υπογράμμισε ότι μια στρατηγική μεταξύ των νοσηλευτών ήταν να αφήνουν τους ασθενείς να λένε τις δικές τους ιστορίες.

Αρκετές μελέτες τόνισαν την αδυναμία των νοσηλευτών να δώσουν προσοχή στις ανάγκες των ασθενών για ψυχολογική στήριξη στον ίδιο βαθμό όπως και στα φυσικά ζητήματα (Jenkins and Ogden 2011, Pemperton and Fox 2011). Η μη ισορροπημένη εστίαση εμπόδιζε τη σχέση, καθώς οι ασθενείς αντιλαμβάνονταν ότι οι νοσηλευτές δεν ήθελαν να υποστηρίξουν όλες τις ανάγκες τους, αλλά μάλλον είδαν μόνο το στόχο των ασθενών να

φτάσουν σε κάποιο βάρος (Pemperton and Fox 2011). Το αίσθημα απώλειας ελέγχου εξαιτίας της αύξησης του σωματικού βάρους και της έλλειψης ψυχολογικής υποστήριξης ενίσχυσε τις ανορεξικές συμπεριφορές.

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση και την εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τους θεραπευτικούς στόχους προκειμένου να παρακινήσουν τους ασθενείς. Οι Bakker et al. (2011) τονίζουν την ανάγκη οι νοσηλευτές να πείσουν τους ασθενείς ότι οι παρεμβάσεις και οι περιορισμοί είναι ενέργειες κατά της ασθένειας και όχι κατά του ασθενούς ως ατόμου. Σε αρκετές μελέτες, τα κίνητρα θεωρήθηκαν ως κεντρικά στοιχεία όταν η ελπίδα και η αισιοδοξία συγκλόνισαν, όπως και ο τρόπος με τον οποίο οι νοσηλευτές παρουσίαζαν προκλήσεις, κανόνες και περιορισμούς στην καθημερινή ζωή (Gulliksen et al., 2012, Sly et al., 2014, Wright και Hacking 2012, Zugai et al., 2012). Ωστόσο, οι περιορισμοί ως επεμβάσεις θεραπείας έπρεπε να θεωρούνται από τους ασθενείς σχετικές και μεμονωμένα προσαρμοσμένες στην ασθένεια αλλιώς θεωρούνταν τιμωρητικές (Zugai et al., 2012). Ο νοσηλευτής θεωρήθηκε ως ηγέτης και το μοντέλο αυτό επέτρεψε να προχωρήσουν οι ασθενείς σε διαδικασία ανάκαμψης. Από την άλλη πλευρά, η αίσθηση ότι δεν υποστηρίζεται από τον νοσηλευτή προκάλεσε μια αίσθηση παραίτησης (Sly et al., 2014). Επιπλέον, οι Wright και η Hacking (2012) υπογράμμισαν τη σημασία του νοσηλευτή στη θεραπευτική σχέση, καθώς ο νοσηλευτής περιγράφηκε ως «σωτήρας» που βοήθησε τους ασθενείς να απομακρυνθούν από τη νόσο.

Στα πρώτα στάδια της ανάκαμψης, όταν οι ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές των ασθενών ήταν πιο έντονες, οι νοσηλευτές υποστήριζαν μια δομημένη προσέγγιση (Bakker et al., 2011, Ross και Green 2011, Zugai et al., 2012). Ωστόσο, καθώς οι νοσηλευτές πήραν τον έλεγχο από τους ασθενείς, θεωρήθηκε απαραίτητο να καταδείξουν σαφώς την ενσυναίσθηση και την κατανόηση των συναισθημάτων των ασθενών (Bakker et al., 2011). Την κατανόηση των νοσηλευτών οι ασθενείς την βίωσαν θετικά και ενίσχυσε την αίσθηση ότι οι νοσηλευτές ήταν εκεί γι' αυτούς (Gulliksen et al., 2012).

Πολλές μελέτες υπογράμμισαν ότι η παρουσία και η διαθεσιμότητα του νοσηλευτή ήταν απαραίτητες για τη σχέση (Wright and Hacking, 2012). Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της μεταγενέστερης φάσης της διαδικασίας ανάκαμψης, ήταν απαραίτητο οι νοσηλευτές να μπορούν να βρουν μια ισορροπία μεταξύ της εγγύτητας και της απόστασης, προκειμένου να βοηθήσουν τον ασθενή να προχωρήσει και να κάνει πιο ανεξάρτητες επιλογές σχετικά με την πρόσληψη τροφής και τα γεύματα (Bakker et al., 2011). Καθώς οι νοσηλευτές έγιναν λιγότερο παρούσες στις μεταγενέστερες φάσεις, οι ασθενείς ένιωθαν κίνητρα και ασφάλεια

και αυτό ενίσχυσε την αυτοεκτίμηση και τα αισθήματα της ανεξαρτησίας των ασθενών. Παρ' όλα αυτά, καθώς μειώθηκε η παρουσία των νοσηλευτών, αυτό θεωρήθηκε ότι συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ύφεσης (Bakker et al., 2011).

Η έλλειψη γνώσης για την ασθένεια συχνά οδηγεί σε ασυνέπεια και αμφισημία στη σχέση - σε αντίθεση με τη συνοχή και τη δομή που διαφορετικά θεωρούνταν σημαντική για τη σχέση. Οι συλλογικές αλληλεπιδράσεις και η ανταλλαγή σχετικών προβλημάτων με άλλους νοσηλευτές με βάση την εμπειρία και τη γνώση τους θεωρήθηκε ότι είναι χρήσιμες για την ανάπτυξη σχέσεων με τους ασθενείς. Η έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους θεωρήθηκε ότι παρεμποδίζει τις σχέσεις με τους ασθενείς. Η πτυχή των εμπειριών των νοσηλευτών εξετάστηκε επίσης από την πλευρά του ασθενούς. Η έλλειψη γνώσης θα μπορούσε να οδηγήσει σε μια αντίληψη μεταξύ των νοσηλευτών ότι οι ίδιοι οι ασθενείς ήταν υπεύθυνοι για την ασθένεια. Τέτοιες στάσεις απέναντι στις διατροφικές διαταραχές συνεπαγόταν ότι οι νοσηλευτές πραγματοποίησαν εργασίες ρουτίνας. Με τη σειρά τους, οι ασθενείς θεωρήθηκαν επαναστατικοί, γεγονός που ενίσχυσε τον αγώνα εξουσίας και εμπόδισε τη σχέση. Αντίθετα, οι Bakker et al. (2011) υπογράμμισε τη σημασία της ικανότητας να καταδείξει την κατανόηση της ασθένειας, αλλά ταυτόχρονα τόνισε ότι οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν τη γνώση και την ικανότητα να συζητούν ανοιχτά θέματα.

Οι ικανότητες των νοσηλευτών να παρέχουν στους ασθενείς στρατηγικές για να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους ήταν μια ακόμα βασική πτυχή μιας υποστηρικτικής σχέσης που επέτρεπε στους ασθενείς να προχωρήσουν στη διαδικασία θεραπείας (Ross and Green 2011). Η σχέση με τους νοσηλευτές συνδέεται με την αίσθηση ότι παρέχεται υποστήριξη, καθώς οι νοσηλευτές όχι μόνο έχουν την ικανότητα να αναγνωρίζουν τα συναισθήματα του ασθενούς αλλά και έχουν τη δυνατότητα να τα κατονομάζουν στον ασθενή (Zugai et al., 2012).

Οι αντιδράσεις των νοσηλευτών στις εκδηλώσεις συναισθημάτων των ασθενών, και ιδιαίτερα στην επιθετικότητα, αποτέλεσαν αποφασιστικό παράγοντα για το κατά πόσον οι ασθενείς θα μπορούσαν να τα επικαλούνται για βοήθεια στο μέλλον. Από την άλλη, η δυσκολία εντοπισμού, μαζί με τη δυσπιστία, συνέβαλε σε πιο αρνητικά συναισθήματα - για παράδειγμα, στο αίσθημα εγκατάλειψης - καθώς και σε μεγαλύτερο βαθμό κατασταλαμένων συναισθημάτων. Αυτό τελικά θεωρήθηκε ότι δρα ως «σκανδάλη» και συμβάλλει στην περαιτέρω αύξηση των ανορεξικών συμπεριφορών (Pemperton και Fox 2011).

Στη μελέτη του Ross και Green (2011), οι ικανότητες των νοσηλευτών να χειρίζονται τα συναισθήματα των ασθενών θεωρήθηκε ότι έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τις

αισθήσεις της ασφάλειας και της ανικανότητας των ασθενών, οι οποίες προηγουμένως περιγράφηκαν ως κεντρικές για μια θεραπευτική σχέση. Οι ικανότητες των νοσηλευτών να κατανοούν και να ανταποκρίνονται στα συναισθήματα των ασθενών με ενσυναίσθηση και να ερμηνεύουν τα συναισθήματα των ασθενών περιγράφηκαν ως σε όσους νοσηλευτές είχαν υποστηρικτικές γνώσεις. Αυτό συνέβαλε στην ευαισθητοποίηση των ασθενών για την ασθένεια και την κατανόησή τους από εμπειρίες του παρελθόντος, οι οποίες επηρέασαν την υγεία καλύτερα (Ross και Green 2011, Zugai et al., 2012). Οι ασθενείς θεώρησαν ότι η προσωπική επαφή με τους υπεύθυνους νοσηλευτές ήταν η πιο χρήσιμη, καθώς αυτό έδινε συνεχή επικύρωση και συναισθηματική υποστήριξη στον ασθενή.

### **7.5. Ψυχοθεραπεία**

Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία, μετά από την έξοδο τους από το νοσοκομείο χρειάζονται συνεχείς παρεμβάσεις. Σε ηπιότερες περιπτώσεις, μπορεί να μην είναι αναγκαία η νοσηλεία. Επειδή για τους περισσότερους αρρώστους 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 άρρωστος βρίσκεται σε φάση λιμοκτονίας, οι αναισθητικού τύπου θεραπείες έχουν βοηθήσει τους ανορεκτικούς άρρωστους κατά την περίοδο σταθεροποίησης τους (Kaplan et al., 2000).

### **7.6. 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 επίμονη. Επειδή οι ασθενείς θεωρούν ότι τα συμπτώματά τους αποτελούν τον πυρήνα της ιδιαιτερότητάς τους, οι θεραπευτές πρέπει να αποφύγουν την υπερβολική επένδυση σε προσπάθειες μεταβολής των συνθηκών διατροφής τους. Η διαδικασία της εναρκτήριας φάσης της ψυχοθεραπείας πρέπει να προβλέπει στην εγκατάσταση θεραπευτικής συμμαχίας. Οι άρρωστοι μπορεί να βιώνουν τις πρώιμες ερμηνείες σαν κάποιος άλλος να προσπαθεί να τους λέει τι πραγματικά αισθάνονται ενώ οι δικές τους εμπειρίες ελαχιστοποιούνται και ακυρώνονται. Αντίθετα, θεραπευτές που συναισθάνονται τις απόψεις του ασθενούς και εμφανίζουν ενεργό ενδιαφέρον σε οτιδήποτε αυτός σκέπτεται και αισθάνεται, δείχνουν ότι η αυτονομία τους είναι σεβαστή. Υπέρ των όλων, οι ψυχοθεραπευτές πρέπει να είναι ευέλικτοι, επίμονοι και ανθεκτικοί στο να παράσχουν βοήθεια στις τάσεις των ασθενών να υπερνικήσουν τις προσπάθειές τους (Kaplan et al., 2000). Πολλοί κλινικοί ιατροί προτιμούν τις γνωσιακές - συμπεριφορικές προσεγγίσεις

για να παρακολουθούν την απόκτηση και διατήρηση βάρους και να επικεντρώνουν στις συμπεριφορές διατροφής. Συνιστώνται επίσης, γνωσιακές και διαπροσωπικές στρατηγικές, ώστε να διερευνηθούν άλλα θέματα που σχετίζονται με τη διαταραχή. Η οικογενειακή θεραπεία έχει επίσης χρησιμοποιηθεί για να εξετασθούν οι διαδράσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και το πιθανό δευτερογενές όφελος του άρρωστου από τη διαταραχή (Kaplan et al., 2000).

### **7.7.Ατομική ψυχοθεραπεία**

Οι περισσότερες μορφές ψυχοθεραπείας δίνουν έμφαση στο κτίσιμο μιας καλής σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και τον θεραπευτή. Η ψυχοθεραπεία εστιάζεται κυρίως στα προβλήματα του ασθενή, αλλά και σε πλευρές της προσωπικής του ιστορίας.

Οι περισσότεροι θεράποντες καταλαμβάνουν προσπάθειες για να ενθαρρύνουν υγιείς διατροφικές συνήθειες, ώστε να ενισχύσουν την επανάκτηση του βάρους και κάποιες άλλες συνεδρίες περιστρέφονται αποκλειστικά σε θέματα εικόνας σώματος και αυτό-εικόνας.

Σε πολλές περιπτώσεις, η θεραπεία επικεντρώνεται στο να εκφράσει ο ασθενής τα συναισθήματά του, όπως σεξουαλικά ζητήματα, αυτοέλεγχος και τι είναι επιτυχία και τι αποτυχία (Kaplan et al., 2000).

Οι μορφές ψυχοθεραπείας που είναι δημοφιλέστερες αναφορικά για την θεραπεία της νευρικής ανορεξίας, είναι οι εξής:

#### **7.7.1.Γνωσιακή - Συμπεριφορική αντιμετώπιση**

Οι πρώτες εφαρμογές γνωσιακής- συμπεριφορικής περιγράφηκαν λεπτομερώς το 1982. Οι περισσότεροι θεραπευτές χρησιμοποίησαν την μέθοδο αυτή, είτε σαν κυρίαρχη ψυχοθεραπευτική πρακτική, είτε σε συνδυασμό με ψυχοδυναμικές τεχνικές.

Η θεωρία της γνωσιακής – συμπεριφορικής υποστηρίζει ότι τα ανορεξικά συμπτώματα διαιώνίζονται και διατηρούνται μέσα από ένα σύνολο πεποιθήσεων που αφορά το βάρος του σώματος. Από την στιγμή που θα σχηματιστεί η κυρίαρχη ανορεξική ιδέα, το άτομο επηρεάζεται και έτσι αποκτά διαταραγμένη αντίληψη προς το φαγητό ή ενισχύει συμπληρωματικές πεποιθήσεις που δεν είναι λογικές, πολλές φορές είναι ευάλωτοι σε εκκεντρικές ενισχυτικές εξαρτήσεις και σε επεξεργασία πληροφοριών (Kaplan et al., 2000).

Τα αυτοσυμπληρώμενα ερωτηματολόγια, οι συνεντεύξεις και άλλα εργαλεία, έχουν δείξει ότι τα άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής διαφέρουν από άτομα υγιά ως προς την ένταση, τη συχνότητα και την φύση των ανησυχιών τους, όσον αφορά το βάρος, το σχήμα του σώματος και την τροφή (Kaplan et al., 2000).

Η γνωσιακή – συμπεριφοριακή θεραπεία πρόκειται για προγράμματα που περιλαμβάνουν ημερολόγια σίτισης και εκπαιδεύονται σχετικά με θέματα διατροφής στα οποία τονίζονται οι κίνδυνοι υποσιτισμού και ενθαρρύνεται η συζήτηση για θέματα υγείας και αντιλήψεων σε σχέση με το φαγητό (Karlan et al., 2000).

Η χρονική διάρκεια που συνιστάται για τη γνωσιακή-συμπεριφοριακή θεραπεία των ανορεκτικών είναι μεγαλύτερη σε σχέση με άλλες διαταραχές, συχνά φθάνει τα 2 χρόνια τα για τους πρώτους μήνες θεραπείας. Ο λόγος είναι ότι για τους ανορεξικούς χρειάζεται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για προσαρμογή των αντιστάσεων που έχουν σε διαδικασίες αλλαγών (Karlan et al., 2000).

### **7.7.2. Συστηματική θεραπεία οικογένειας**

Για ανορεκτικούς ασθενείς που βρίσκονται στην εφηβεία έχουν καλύτερα αποτελέσματα η οικογενειακή θεραπεία από την ατομική. Πολλές φορές οι συγγενείς δεν μένουν απλοί θεατές αλλά εμπλέκονται ενεργά σε προσπάθειες να πείσουν, να εξαπατήσουν, να απειλήσουν ή να ικετεύσουν τον άνθρωπό τους να φάει.

Κάποιες φορές αυτές οι απόπειρες μπορεί να φέρουν αποτελέσματα, αλλά πολλές φορές υπάρχουν δυσκολίες. Έρευνες έχουν δείξει ότι στο τέλος της θεραπείας, το 60 - 70% των νεαρών ατόμων έχουν φυσιολογικό βάρος και μετά από 5ετή παρακολούθηση το 75 - 90% από αυτές διατηρούν το καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα, ενώ μόνο το ποσοστό 10 - 15% παραμένουν πάσχουσες, παρά τις θεραπευτικές προσπάθειες (Karlan et al., 2000).

### **7.7.3. Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία**

Η ψυχοδυναμικού τύπου θεραπεία είναι συνήθως ανοικτού χρόνου και στηρίζεται στις θεωρητικές θέσεις που αναφερθήκαν στην παράγραφο της αιτιοπαθογένειας. Οι στόχοι είναι να «νοιώθει» και να «νοιάζεται», η μείωση του αυστηρού υπερεγωτικού ελέγχου και η ανάπτυξη πιο ευέλικτων και προσαρμοστικών στρατηγικών από το περιορισμό της διατροφής. Οι προτάσεις για μια ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι ότι ο θεραπευτής μπορεί να είναι ουδέτερος και αποστασιοποιημένος ή παρεμβατικός, μπορεί να εμπλουτίσει την θεραπεία με προσδοκίες ή να δράσει υποστηρικτικά ή ανεκτικά. Εν τούτοις υπάρχει σε όλες τις ψυχοθεραπευτικές διαδρομές ένας κοινός παρανομαστής: κάθε ψυχοδυναμική βάση ανάγεται σε τελευταία ανάλυση στην σχέση θεραπευτή- αρρώστου. Η σχέση αυτή θεμελιώνεται πρώτον στην «μεταβίβαση» ενθαρρύνεται, δεύτερον η διοχέτευση σε λόγο ο οποίος με κωδικοποιημένα συναισθήματα, αιτήματα και επιθυμίες και τρίτον ερμηνεύονται (Karlan et al., 2000).

#### 7.7.4. Βιολογική ψυχοθεραπεία

Από φαρμακολογικές μελέτες δεν βρέθηκε ακόμα κάποιο σκεύασμα που να προκαλεί οριστική βελτίωση των πυρηνικών συμπτωμάτων της ανορεξίας. Σε μερικές αναφορές συνιστάται η χρήση της κυπροεπταδίνης (perliactin), ενός φαρμάκου με αντισταμινική και αντισεροτονινεργική δράση, στον περιορισμένο τύπο της νευρογενούς ανορεξίας. Αναφέρεται ότι η αμιτριπτυλίνη (Saroten) έχει κάποιο αποτέλεσμα σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Άλλα φάρμακα που έχουν δοκιμαστεί σε αρρώστους με νευρογενή ανορεξία, στα οποία περιλαμβάνονται η χλωριμιπραμίνη (Anafranil), η πιμοζίδη (Pirium) κ η χλωροπρομαζίνη (Largactil), δεν έχουν θετικά αποτελέσματα. Άλλα αντικαταθλιπτικά έχουν δοκιμαστεί σε ανορεκτικούς αρρώστους με συνυπάρχουσες αντικαταθλιπτικές διαταραχές, με ελάχιστα αποτελέσματα. Υπάρχει μια ανησυχία σχετικά με τη χρήση τρικυκλικών φαρμάκων σε χαμηλού βάρους άρρωστους με ψυχογενή ανορεξία, αφού μπορεί να είναι ευάλωτοι στην υπόταση, καρδιακές αρρυθμίες και αφυδάτωση. Με την αποκατάσταση ικανοποιητικής κατάστασης θρέψης, οι κίνδυνοι από τη χρήση τρικυκλικών μπορεί να μειωθούν. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάθλιψη βελτιώνεται με την αποκατάσταση βάρους και την αποκατάσταση φυσιολογικής θρέψης. Υφίστανται ορισμένες ενδείξεις ότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) ωφελεί σε μερικές περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Kaplan et al., 2000).

#### 7.7.5. Φαρμακοθεραπεία

Τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία εμφανίζουν πολλές ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, κάποιες από αυτές προσαρμόζονται με συμπτώματα ή σύνδρομα που ανταποκρίνονται στην φαρμακοθεραπεία. Οι κλινικές εκδηλώσεις που παρουσιάζονται σε συνδυασμό ότι η ανορεξία συχνά υποτροπιάζει, οδήγησε στην μελέτη αρκετών φαρμάκων για την αντιμετώπισή της. Τέτοια φάρμακα είναι τα αντιψυχωσικά: έχουν την ικανότητα να αυξάνουν το βάρος και να βελτιώνουν την ψυχολογική κατάσταση των ανορεκτικών. Για παράδειγμα η διαταραχή της σκέψης για το σχήμα και το βάρος του σώματος μπορεί να γίνει τόσο έντονη που παίρνει το χαρακτήρα παραλυτικής ιδέας. Σε αυτή την περίπτωση τα αντιψυχωσικά φάρμακα μπορεί να βοηθήσουν στην υποχώρηση παρόμοιων ιδεών. Κατά την παρούσα φάση μελετάται η ικανότητα της ολανζαπίνης ( Μπουρδούκης, 2006).

Στην δεκαετία του 1970 το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στην παρουσία διαταραχών του συναισθήματος σε άτομα που έπασχαν από νευρική ανορεξία. Για το λόγο ότι η θεραπευτική ωφελιμότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης αυξάνουν την όρεξη και κερδίζουν βάρος. Σε γενικές γραμμές τα αντικαταθλιπτικά που έχουν δοκιμαστεί εκτεταμένα, δεν έχει βρεθεί κάποια ευεργετική



δράση τους στην θεραπεία της νευρικής ανορεξίας. Παραμένει υπό διερεύνηση το αν η φλουοξετίνη μπορεί να μειώσει την πιθανότητα υποτροπής σε ανορεκτικούς που έχει αποκατασταθεί το βάρος τους (Μπουρδούκης, 2006).

Άλλοι φαρμακευτικοί παράγοντες που έχουν δοκιμαστεί είναι η χορήγηση σισαπρίδης τετραϋνδροκανναβινόλης (THC) και ψευδαργύρου, χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί κάποια θεραπευτική τους δράση. Η χορήγηση λιθίου σε μικρό αριθμό αρρώστων για μικρό χρονικό διάστημα οδήγησε σε αύξηση βάρους. Επίσης, σε μια μελέτη η κυπροεπταδίνη που είναι αναστολέας υποδοχέων της σεροτονίνης και με αντισταμινικές ιδιότητες, που χορηγούνται σε αλλεργικές αντιδράσεις, προκαλεί αύξηση βάρους σε ανορεκτικούς ασθενείς περιοριστικού τύπου χωρίς κάποια αποδεδειγμένη θεραπευτική χρησιμότητα στις ψυχικές διαταραχές. Η χορήγηση ανταγωνιστών των οπιοειδών, όπως ναλτρεξόνη, βρέθηκε σε μικρό αριθμό μελετών να μειώνει κάποιες παθολογικές συμπεριφορές όπως τις κρίσεις υπερφαγίας και τις καθαρτικές συμπεριφορές. Μέχρι στιγμής, κάποια από τις παραπάνω αναφερθείσες φαρμακευτικές ουσίες δεν έχει μελετηθεί επαρκώς με διπλές τυφλές μελέτες, ώστε να πληροί τις προϋποθέσεις για να προταθεί ως αποτελεσματική θεραπεία της διαταραχής. Αντίθετα οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI), φάρμακα με ηπιότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, είναι σκόπιμα να προτιμώνται. Η χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων (βραχείας διάρκειας) μια ώρα πριν από κάθε γεύμα ανακουφίζει από το άγχος αναμονής αρκετούς ασθενείς. Η αντιψυχωσική θεραπεία θα πρέπει να εφαρμόζεται μόνο σε πολύ δύσκολες περιπτώσεις και σε χαμηλές δόσεις. Όσα αναφέρθηκαν, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η χορήγηση φαρμάκων την νευρική ανορεξία εξαρτάται από τα κλινικά χαρακτηριστικά και από την κρίση του υπεύθυνου γιατρού (Μπουρδούκης, 2006).

Η χορήγηση ψυχοφαρμάκων θα πρέπει να αποφεύγεται μέχρι να αποκατασταθούν οι επιπλοκές της νόσου, όπως π.χ. οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών ή όταν έχει αποκατασταθεί σε σημαντικό ποσοστό η απώλεια βάρους. Η παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αποτελεί στοιχείο για να εξετασθεί η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Το θέμα των φαρμάκων παραμένει ανοικτό ερευνητικά με σκοπό την ανεύρεση αξιόπιστων φαρμακευτικών παρεμβάσεων στην νευρική ανορεξία. Η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία στις οδηγίες για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας αναφέρει ορισμένα στοιχεία που προκύπτουν από την κλινική εμπειρία (Μπουρδούκης, 2006).

Υπάρχει μεγάλος κίνδυνος υπότασης και οι αρρυθμίες σε ανορεκτικούς ασθενείς με εμετούς που είναι αφυδατωμένοι. Καταθλιπτικοί ασθενείς με κακή θρέψη ανταποκρίνονται λιγότερο και είναι πιο επιρρεπείς σε ανεπιθύμητες ενέργειες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων από τους άλλους καταθλιπτικούς ασθενείς. Μερικά από τα καταθλιπτικά συμπτώματα

υποχωρούν με την αποκατάσταση του σωματικού βάρους. Κατά την διάρκεια της θεραπείας μπορούν να χρησιμοποιούνται αγχολυτικά, αντικαταθλιπτικά και εκλεκτικών αναστολέων της σεροτονίνης. Επίσης ορισμένοι χρησιμοποιούν θεραπεία με οιστρογόνα για την μείωση της απώλειας ασβεστίου και συνεπώς και τις πιθανότητες εμφάνισης οστεοπόρωσης σε ανορεκτικούς ασθενείς με χρόνια αμηνόρροια. Αυτό δεν ισχύει για τους έφηβους που ο πρώτος στόχος τους είναι η αποκατάσταση του βάρους και του κανονικού τους κύκλου (Μπουρδούκης, 2006).

## Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup>

### 8.Κλινικές περιπτώσεις ασθενών

#### 8.1.Κλινική περίπτωση 1

Ασθενής 25 χρονών, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με σταδιακή απώλεια βάρους, επαναλαμβανόμενα επεισόδια εμέτου, τα τελευταία δύο έτη, ανωμαλίες της εμμήνου ρύσεως από 1 έτος και αμηνόρροια από εξαμήνου. Η ασθενής εξετάστηκε για υποψία φυματίωσης, αναιμίας και κοιλιακών όγκων. Όλες οι εξετάσεις της ασθενούς ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων εκτός από την χαμηλή αιμοσφαιρίνη.

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης από τον ψυχίατρο η ασθενής δεν συνεργάστηκε. Μετά από επιμονή η ασθενής εξέφρασε χαμηλή διάθεση, εύκολη κόπωση, απάθεια, μειωμένη προσοχή και συγκέντρωση, απαισιόδοξες ιδέες για το μέλλον και ανέφερε αυτοκτονικές ιδέες.

Κατά την εισαγωγή της η ασθενής είχε καλή προσωπική υγιεινή και το σωματικό της βάρος ήταν 40 Kg.

### Νοσηλευτική διεργασία

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελέσματος
Αποκατάσταση των διαταραχών της θρέψης και κάλυψη των μεταβολικών αναγκών.	Διαταραχές θρέψης που σχετίζονται με ανεπαρκή πρόσληψη τροφής – αυτοεμφανιζόμενο εμετό και τη χρόνια/ υπερβολική χρήση καθαρτικών	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Επίβλεψη ασθενούς κατά τη διάρκεια των γευμάτων.</li> <li>2. Χορήγηση υγρών.</li> <li>3. Ενημέρωση για την εμφάνιση οιδήματος ή φουσκώματος.</li> <li>4. Καθορισμός ελάχιστου στόχου βάρους.</li> <li>5. Χρήση συνεπούς προσέγγισης.</li> <li>6. Παροχή μικρών γευμάτων.</li> <li>7. Διατήρηση προγράμματος ζύγισης.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Επιβλέφθηκε η ασθενής κατά τη διάρκεια των γευμάτων και για μια συγκεκριμένη περίοδο μετά τα γεύματα (για μια ώρα), για να διασφαλιστεί η συμμόρφωση με το πρόγραμμα διατροφικής θεραπείας.</li> <li>2. Χορηγήθηκαν υγρά στην ασθενή καθώς είναι πιο αποδεκτά από τη στερεή τροφή, για να εξαλειφθεί η ανάγκη επιλογής μεταξύ των τροφών.</li> <li>3. Ενημερώθηκε η ασθενής ότι μπορεί να εμφανίσει οίδημα ή φούσκωμα μετά την επιστροφή στις φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες και ότι το φαινόμενο αυτό είναι προσωρινό, για να εξαλειφθεί ο φόβος ότι θα παχύνει και να πάψει να συμμορφώνεται με το σχέδιο θεραπείας.</li> <li>4. Καθορίστηκε ένας ελάχιστος στόχος βάρους και καθορίστηκαν οι καθημερινές διατροφικές απαιτήσεις γιατί ο υποσιτισμός αλλάζει τη διάθεση και οδηγεί σε κατάθλιψη, διέγερση και επηρεάζει τη γνωστική λειτουργία και τη λήψη αποφάσεων, ενώ η βελτιωμένη διατροφική</li> </ol>	<p>Η ασθενής κατανοεί τις διατροφικές ανάγκες, καθορίζει ένα διατροφικό πρότυπο με πρόσληψη θερμίδων επαρκή για να ανακτήσει / διατηρήσει ένα κατάλληλο βάρος. Η ασθενής παρουσιάζει αύξηση του σωματικού βάρους.</p>

			<p>κατάσταση ενισχύει την ικανότητα σκέψης επιτρέποντας την έναρξη ψυχολογικής εργασίας.</p> <p>5. Παραμονή με την ασθενή ενώ τρώει, παρουσιάζοντας και απομακρύνοντας το φαγητό χωρίς να προσπαθήσουμε να την πείσουμε και χωρίς να σχολιάσουμε, καθώς οποιοδήποτε σχόλιο μπορεί να θεωρηθεί ως εξαναγκασμός. Προώθηση ενός ευχάριστου περιβάλλοντος και καταγράφηκε η πρόσληψη.</p> <p>6. Χορηγήθηκαν μικρά γεύματα και συμπληρωματικά σνακ ανάλογα με την περίπτωση, για την αποφυγή γαστρικής διαστολής.</p> <p>7. Διατηρήθηκε ένα κανονικό πρόγραμμα ζύγισης, κάθε Δευτέρα και κάθε Παρασκευή πριν το πρωινό για την ακριβή καταγραφή της απώλειας βάρους ή της αύξησης καθώς και για να μειωθεί η εμμονή για αλλαγές στο βάρος.</p>	
Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελέσματος
Ενυδάτωση ασθενούς και διατήρηση ισοζυγίου.	Κίνδυνος για ανεπαρκή πρόσληψη υγρών που σχετίζεται με ανεπαρκή πρόσληψη τροφής και υγρών, αυτοεμφανιζόμενο εμετό	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Καταγραφή ζωτικών σημείων.</li> <li>2. Χρήση στρατηγικών.</li> <li>3. Καταγραφή προσλαμβανόμενων.</li> <li>4. Λήψη εργαστηριακών</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Έγινε καταγραφή των ζωτικών σημείων (Α.Π 95/65mmHg, HR: 94/min, Θ:36,8°C, SpO2: 98% του χρόνου τριχοειδικής επαναπλήρωσης (3sec), της κατάστασης των βλεννογόνων</li> </ol>	Η ασθενής θα διατηρήσει / επιδείξει βελτιωμένη ισορροπία υγρών, όπως αποδεικνύεται από επαρκή παραγωγή ούρων, τα σταθερά

	και τη χρόνια χρήση καθαρτικών ή διουρητικών.	εξετάσεων. 5. Λήψη πρόσθετων μέτρων.	και του δέρματος. 2. Συζητήθηκαν στρατηγικές για να πάψει ο έμετος και τη διακοπή χρήσης των καθαρτικών και διουρητικών, με σκοπό την αποτροπή της συνεχιζόμενης απώλειας υγρών. 3. Καταγράφηκε η ποσότητα των υγρών και της απώλειας ούρων με ακρίβεια. 4. Λήφθηκαν εξετάσεις αίματος για τον έλεγχο των ηλεκτρολυτών και της νεφρικής λειτουργίας καθώς οι μεταβολές των ηλεκτρολυτών και της μειωμένης νεφρικής λειτουργίας μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς την ανάρρωση ή την πρόγνωση της ασθενούς. 5. Χορηγήθηκε ολική παρεντερική διατροφή iv και συμπληρώματα ηλεκτρολυτών για τη διόρθωση της ανισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών καθώς και για την πρόληψη καρδιακών δυσρυθμιών.	ζωτικά σημεία και το ενυδατωμένο δέρμα. Η ασθενής θα κατανοήσει τους αιτιολογικούς παράγοντες και τις συμπεριφορές που είναι απαραίτητες για τη διόρθωση της πρόσληψης υγρών.
Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελέσματος
Πρόληψη των διαταραχών της σκέψης και υιοθέτηση συμπεριφορών για την	Διαταραχές της σκέψης που σχετίζονται με σοβαρό υποσοσιτισμό/ ανισορροπία	1. Λήψη μέτρων.	1. Ακούστηκαν ή αποφεύχθηκαν οι προκλήσεις παράλογων σκέψεων. Παρουσιάστηκε η πραγματικότητα συνοπτικά και	Η ασθενής κατανοεί τους αιτιολογικούς παράγοντες και έχει επίγνωση για τις

πρόληψη του υποσιτισμού.	ηλεκτρολυτών, αίσθηση χαμηλής αυτοεκτίμησης.		<p>σύντομα.</p> <p>2. Αυστηρή τήρηση της διατροφικής αγωγής καθώς η βελτιωμένη διατροφή είναι απαραίτητη για την εγκεφαλική λειτουργία.</p> <p>3. Έλεγχος των ηλεκτρολυτών και της νεφρικής λειτουργίας καθώς οι ανισορροπίες επηρεάζουν αρνητικά την εγκεφαλική λειτουργία.</p>	<p>διαταραχές.</p> <p>Η ασθενής υιοθετεί συμπεριφορές για αλλαγή / πρόληψη του υποσιτισμού. Η ασθενής παρουσιάζει βελτιωμένη ικανότητα λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων.</p>
<b>Αξιολόγηση</b>	<b>Νοσηλευτική Διάγνωση</b>	<b>Προγραμματισμός</b>	<b>Εφαρμογή</b>	<b>Εκτίμηση αποτελέσματος</b>
Ενδυνάμωση της αυτοεκτίμησης της ασθενούς.	Διαταραχή της εικόνας του σώματος και χαμηλή αυτοεκτίμηση που σχετίζεται με το φόβο της παχυσαρκίας και της απώλειας του ελέγχου, το δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον και την συνεχή αρνητική αξιολόγηση του εαυτού.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ενθάρρυνση χρήσης προγραμμάτων προσωπικής ανάπτυξης.</li> <li>2. Παροχή συμβουλών.</li> <li>3. Δημιουργία σχέσεων νοσηλευτή-ασθενούς.</li> <li>4. Διατύπωση στόχων.</li> <li>5. Ενθάρρυνση έκφρασης θυμού.</li> <li>6. Επαγρύπνηση για την εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού.</li> <li>7. Συμμετοχή σε ομαδική θεραπεία.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να συμμετέχει σε προγράμματα προσωπικής ανάπτυξης και παρασχέθηκαν πληροφορίες σχετικά με τη σωστή εφαρμογή του μακιγιάζ και του καλλωπισμού, προκειμένου να ενισχυθεί η αυτοεκτίμηση και τα σχόλια από το νοσηλευτή να προωθήσουν το αίσθημα αυτοεκτίμησης.</li> <li>2. Δόθηκαν συμβουλές στην ασθενή για να αντιμετωπίσει τις αλλαγές που σχετίζονται με την εφηβεία και τους σεξουαλικούς φόβους καθώς οι σημαντικές σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές στην εφηβεία μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών.</li> </ol>	<p>Η ασθενής δημιουργεί μια πιο ρεαλιστική εικόνα του σώματος, αναγνωρίζει τον εαυτό της ως άτομο και αποδέχεται την ευθύνη των πράξεων της.</p>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Δημιουργήθηκε μια σχέση νοσηλεύτη-ασθενή με σκοπό την εξασφάλιση της εμπιστοσύνης και την υιοθέτηση νέων σκέψεων και συμπεριφορών.</li> <li>4. Βοηθήθηκε η ασθενής να διατυπώσει στόχους για τον εαυτό της και τη δημιουργία σχεδίου για την επίτευξη των στόχων.</li> <li>5. Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να εκφράσει το θυμό της καθώς ο θυμός είναι μέρος του εαυτού της και ως εκ τούτου είναι αποδεκτός.</li> <li>6. Παρατηρήθηκε η ασθενής για την εμφάνιση σημείων αυτοκτονικού ιδεασμού καθώς το έντονο άγχος και ο πανικός για την αύξηση του σωματικού βάρους και η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσουν σε αυτοκτονικές προσπάθειες, ιδιαίτερα αν ο ασθενής είναι παρορμητικός.</li> <li>7. Ενθαρρύνθηκε η συμμετοχή της ασθενούς σε ομαδική θεραπεία καθώς παρέχεται η ευκαιρία να μιλήσει για συναισθήματα και τη δοκιμή νέων συμπεριφορών.</li> </ol>	
Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελέσματος
Αποκατάσταση των αρρυθμιών.	Αρρυθμίες που σχετίζονται με τη	1. Monitoring ασθενούς για τη συνεχή καταγραφή και	1. Η ασθενής συνδέθηκε με monitor και έγινε καταγραφή	Η ασθενής δεν εμφανίζει αρρυθμίες και έγινε



	<p>διαταραχή των ηλεκτρολυτών.</p>	<p>παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Λήψη εργαστηριακών εξετάσεων.</li> <li>3. Χορήγηση οξυγόνου.</li> <li>4. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.</li> <li>5. Λήψη ΗΚΓ.</li> </ol>	<p>και παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Λήφθηκε εργαστηριακός έλεγχος για τον έλεγχο των ηλεκτρολυτικών διαταραχών.</li> <li>3. Χορηγήθηκε οξυγόνο για τη διόρθωση της υποξυγοναιμίας.</li> <li>4. Χορηγήθηκαν αντι-αρρυθμικά φάρμακα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες (Χορηγήθηκε Mg λόγω παράτασης του διαστήματος QT, 10ml (1amp, σε 250ml N/S 0,9%) με διάρκεια έγχυσης 2-3h. Επί εμφανίσεως κοιλιακών αρρυθμιών χορηγήθηκαν 8-16 mEq Mg<sup>2+</sup> σε 5-10 και στη συνέχεια iv 48-64 mEq για 3-5 ημέρες. Χορηγήθηκε β-αναστολέας (metoprolol 100mg x 1) επί εμφάνισης ταχυκαρδίας.</li> </ol>	<p>αποκατάσταση του καρδιακού ρυθμού.</p>
--	------------------------------------	---	--	---

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελέσματος
Βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης της ασθενούς.	Κατάθλιψη που σχετίζεται με τη διατροφική στέρηση και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση.	1. Λήψη μέτρων και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.	<p>5. Έγινε ΗΚΓ.</p> <p>1. Έγινε στενή παρακολούθηση της ασθενούς και απομακρύνθηκαν επικίνδυνα αντικείμενα και δημιουργήθηκε ένα ασφαλές περιβάλλον.</p> <p>2. Χορηγήθηκαν αντικαταθλιπτικά φάρμακα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες (Φλουοξετίνη (εκλεκτικός αναστολέας της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης 20mg x 1 per os). Επιπλέον χορηγήθηκαν αντικαταθλιπτικοί παράγοντες (Αλπραζόλη –Xanax για τη μείωση της έντασης και του άγχους και να βοηθήσουν την ασθενή να συμμετάσχει στη θεραπεία 0,25mg x 3 per os).</p> <p>3. Πραγματοποιήθηκαν συχνές και</p>	Η ασθενής παρουσιάζει σταδιακή βελτίωση και δεν παρουσιάζει σημεία κατάθλιψης.

			<p>σύντομες συναντήσεις με την ασθενή.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Διατέθηκε χρόνος για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων της ασθενούς.</li><li>5. Παροτρύνθηκε η ασθενής για φροντίδα διατροφής, υγιεινής και καλής εμφάνισης.</li><li>6. Παρατηρήθηκε η συμπεριφορά της ασθενούς για την εκτίμηση της δυνατότητας για αυτοκτονία.</li></ol>	
--	--	--	---	--

## 8.2. 2<sup>η</sup> Κλινική περίπτωση

Ασθενής 21 ετών, Κ.Χ, γυναίκα, εισήχθη στην παθολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», με διάγνωση νευρική ανορεξία προ εξαμήνου. Κατά την εισαγωγή αναφέρει συμπτώματα δύσπνοιας και δυσκοιλιότητας. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώθηκαν αρρυθμίες. Επιπρόσθετα η ασθενής δείχνει αφυδατωμένη και στον εργαστηριακό της έλεγχο διαπιστώθηκαν ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Ζητήθηκε ψυχιατρική εκτίμηση και διαπιστώθηκε ότι η ασθενής πάσχει από κατάθλιψη.

### Νοσηλευτική διεργασία

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Ενθάρρυνση ασθενούς για την επίλυση των προβλημάτων.</p>	<p>Μειωμένη γονική μέριμνα που σχετίζεται με οικογενειακά ζητήματα.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Προσδιορισμός προτύπων αλληλεπίδρασης.</li> <li>2. Ακρόαση ασθενούς.</li> <li>3. Ενίσχυση εξατομίκευσης.</li> <li>4. Ενθάρρυνση έκφρασης συναισθημάτων.</li> <li>5. Αποφυγή συγκρούσεων.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ενθαρρύνθηκαν τα μέλη της οικογένειας να μιλήσουν για τον εαυτό τους.</li> <li>2. Η ασθενής εισακούστηκε με προσοχή, προκειμένου να παρασχεθεί μια αίσθηση ικανότητας και αυτοεκτίμησης.</li> <li>3. Τονίστηκε στους συγγενείς ότι είναι αποδεκτό τα μέλη της οικογένειας να είναι διαφορετικά μεταξύ τους, με σκοπό να αντιμετωπιστεί η ακαμψία και να ενθαρρυνθούν διαφορετικές συμπεριφορές.</li> <li>4. Ενθαρρύνθηκαν και επετράπησαν τα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν συναισθήματα (κλάμα, θυμός).</li> </ol>	<p>Η ασθενής εμπλέκεται στη διαδικασία επίλυσης των προβλημάτων, εκφράζει τα συναισθήματα ελεύθερα και επιδεικνύει αυτόνομη συμπεριφορά, αναγνωρίζει και επιλύει τα προβλήματα με τα εμπλεκόμενα άτομα.</p>

			5. Αποτράπηκε η ασθενής να παρεμβαίνει σε συγκρούσεις μεταξύ των γονέων. Βοηθήθηκαν οι γονείς να εντοπίσουν και να επιλύσουν τις συζυγικές τους διαφορές.	
Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελέσματος
Ενδυνάμωση της αυτοεκτίμησης της ασθενούς.	Διαταραχή της εικόνας του σώματος και χαμηλή αυτοεκτίμηση που σχετίζεται με το φόβο της παχυσαρκίας και της απώλειας του ελέγχου, το δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον και την συνεχή αρνητική αξιολόγηση του εαυτού.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ενθάρρυνση χρήσης προγραμμάτων προσωπικής ανάπτυξης.</li> <li>2. Παροχή συμβουλών.</li> <li>3. Δημιουργία σχέσεων νοσηλευτή-ασθενούς.</li> <li>4. Διατύπωση στόχων.</li> <li>5. Ενθάρρυνση έκφρασης θυμού.</li> <li>6. Επαγρύπνηση για την εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού.</li> <li>7. Συμμετοχή σε ομαδική θεραπεία.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να συμμετέχει σε προγράμματα προσωπικής ανάπτυξης και παρασχέθηκαν πληροφορίες σχετικά με τη σωστή εφαρμογή του μακιγιάζ και του καλλωπισμού, προκειμένου να ενισχυθεί η αυτοεκτίμηση και τα σχόλια από το νοσηλευτή να προωθήσουν το αίσθημα αυτοεκτίμησης.</li> <li>2. Δόθηκαν συμβουλές στην ασθενή για να</li> </ol>	Η ασθενής δημιουργεί μια πιο ρεαλιστική εικόνα του σώματος, αναγνωρίζει τον εαυτό της ως άτομο και αποδέχεται την ευθύνη των πράξεων της.

			<p>αντιμετωπίσει τις αλλαγές που σχετίζονται με την εφηβεία και τους σεξουαλικούς φόβους καθώς οι σημαντικές σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές στην εφηβεία μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών.</p> <p>3. Δημιουργήθηκε μια σχέση νοσηλεύτη-ασθενή με σκοπό την εξασφάλιση της εμπιστοσύνης και την υιοθέτηση νέων σκέψεων και συμπεριφορών.</p> <p>4. Βοηθήθηκε η ασθενής να διατυπώσει στόχους για τον εαυτό της και τη δημιουργία σχεδίου για την επίτευξη των στόχων.</p> <p>5. Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να εκφράσει το θυμό της καθώς ο θυμός είναι μέρος του εαυτού της και ως εκ τούτου είναι αποδεκτός.</p>	
--	--	--	---	--

			<p>6. Παρατηρήθηκε η ασθενής για την εμφάνιση σημείων αυτοκτονικού ιδεασμού καθώς το έντονο άγχος και ο πανικός για την αύξηση του σωματικού βάρους και η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσουν σε αυτοκτονικές προσπάθειες, ιδιαίτερα αν ο ασθενής είναι παρορμητικός.</p> <p>7. Ενθαρρύνθηκε η συμμετοχή της ασθενούς σε ομαδική θεραπεία καθώς παρέχεται η ευκαιρία να μιλήσει για συναισθήματα και τη δοκιμή νέων συμπεριφορών.</p>	
Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελέσματος
Διατήρηση ακεραιότητας του δέρματος και πρόληψη από κατάκλιση.	Κίνδυνος ακεραιότητας δέρματος που σχετίζεται με τροποποιημένη θρεπτική ή μεταβολική κατάσταση, αφυδάτωση, σκελετική προβολή.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Παρακολούθηση ασθενούς.</li> <li>2. Λουτρό.</li> <li>3. Χρήση ενυδατικής κρέμας.</li> <li>4. Εφαρμογή μαλάξεων.</li> <li>5. Εναλλαγή θέσεων.</li> <li>6. Διατροφή και πρόσληψη</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Παρατηρήθηκε η ασθενής για την παρουσία ερυθρών και εκφυλισμένων περιοχών στο δέρμα καθώς αποτελούν δείκτες αυξημένου κινδύνου για την</li> </ol>	Η ασθενής αναγνωρίζει και δείχνει συμπεριφορές για τη διατήρηση μαλακού, ελαστικού και ανέπαφου δέρματος.



		υγρών.	<p>εμφάνιση βλάβης του δέρματος.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να κάνει μπάνιο κάθε δεύτερη ημέρα και όχι καθημερινά για την αποφυγή ξηρότητας του δέρματος.</li> <li>3. Χρησιμοποιήθηκε ενυδατική κρέμα δύο φορές την ημέρα και μετά το μπάνιο για τη λίπανση του δέρματος και τη μείωση του κνησμού.</li> <li>4. Εφαρμόστηκε μάλαξη στο δέρμα και ειδικά στην περιοχή όπου προεξέχουν τα οστά για τη βελτίωση της κυκλοφορίας.</li> <li>5. Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να αλλάζει θέσεις για την ενίσχυση της κυκλοφορίας και της αιμάτωσης του δέρματος για να αποτραπεί η παρατεταμένη πίεση</li> </ol>	
--	--	--------	---	--

			των ιστών. 6. Τονίστηκε στην ασθενή η σημασία της επαρκούς διατροφής και της πρόσληψης υγρών για τη βελτίωση της κατάστασης του δέρματος.	
Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελέσματος
Σωστή και ολοκληρωμένη ενημέρωση της ασθενούς.	Ανεπαρκής γνώση που σχετίζεται με έλλειψη εξοικείωσης με πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση, την υιοθέτηση λανθασμένων πρακτικών αντιμετώπισης.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Προσδιορισμός επιπέδου γνώσης.</li> <li>2. Εντοπισμός σημείων που εμποδίζουν τη μάθηση.</li> <li>3. Συζήτηση συμπεριφοράς.</li> <li>4. Διατροφικές ανάγκες.</li> <li>5. Πρόγραμμα άσκησης.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Προσδιορίστηκε το επίπεδο γνώσης της ασθενούς καθώς και της ετοιμότητας για μάθηση.</li> <li>2. Σημειώθηκαν τα σημεία που μπορεί να εμποδίσουν τη μάθηση, καθώς ο υποσιτισμός, τα οικογενειακά προβλήματα, οι συναισθηματικές διαταραχές μπορεί να αποτελέσουν εμπόδιο στη μάθηση.</li> <li>3. Συζητήθηκαν με την ασθενή οι συνέπειες που απορρέουν από τη συμπεριφορά, όπως ο αιφνίδιος</li> </ol>	Η ασθενής σχεδιάζει αλλαγές στον τρόπο ζωής για να διατηρήσει ένα φυσιολογικό βάρος, εντοπίζει τη σχέση σημείων / συμπτωμάτων με συμπεριφορές που σχετίζονται με τη μη κατανάλωση φαγητού/κάθαρσης.

			<p>θάνατος εξαιτίας των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, η καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος και η ηπατική βλάβη που μπορεί να προκύψουν από την ανεπάρκεια πρωτεϊνών.</p> <p>4. Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να συμπεριλαμβάνει στο διαιτολόγιο τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες και να προσλαμβάνει υγρά, καθώς η εμφάνιση δυσκοιλιότητας είναι δυνατή όταν περιορίζεται η χρήση καθαρτικών.</p> <p>5. Δημιουργήθηκε πρόγραμμα άσκησης για να βοηθήσει στην ανάπτυξη μιας θετικής εικόνας του σώματος και στην καταπολέμηση της κατάθλιψης (η απελευθέρωση ενδορφινών στον</p>	
--	--	--	---	--

			εγκέφαλο ενισχύει την αίσθηση ευεξίας).	
Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελέσματος
Πρόληψη των διαταραχών της σκέψης και υιοθέτηση συμπεριφορών για την πρόληψη του υποσιτισμού.	Διαταραχές της σκέψης που σχετίζονται με σοβαρό υποσιτισμό/ ανισορροπία ηλεκτρολυτών, αίσθηση χαμηλής αυτοεκτίμησης.	1. Λήψη μέτρων.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ακούστηκαν ή αποφεύχθηκαν οι προκλήσεις παράλογων σκέψεων. Παρουσιάστηκε η πραγματικότητα συνοπτικά και σύντομα.</li> <li>2. Αυστηρή τήρηση της διατροφικής αγωγής καθώς η βελτιωμένη διατροφή είναι απαραίτητη για την εγκεφαλική λειτουργία.</li> <li>3. Έλεγχος των ηλεκτρολυτών και της νεφρικής λειτουργίας καθώς οι ανισορροπίες επηρεάζουν αρνητικά την εγκεφαλική λειτουργία.</li> </ol>	<p>Η ασθενής κατανοεί τους αιτιολογικούς παράγοντες και έχει επίγνωση για τις διαταραχές.</p> <p>Η ασθενής υιοθετεί συμπεριφορές για αλλαγή / πρόληψη του υποσιτισμού. Η ασθενής παρουσιάζει βελτιωμένη ικανότητα λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων.</p>
Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελέσματος
Εξασφάλιση ασφαλούς	Αυτοκτονικός ιδεασμός	1. Εξάλειψη των απειλών	1. Λήφθηκαν τα	Αυξήθηκε η

<p>περιβάλλοντος που δεν συνδέεται με τις αυτοκτονικές ιδέες της ασθενούς</p>	<p>που σχετίζεται με ψυχική διαταραχή που συνδέεται με τη νευρική ανορεξία.</p>	<p>του ασθενούς.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</li> <li>3. Ψυχολογική στήριξη.</li> </ol>	<p>απαραίτητα μέτρα για την προστασία της ασθενούς.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Αυξήθηκε η αυτοεκτίμησή της.</li> <li>3. Η ασθενής παρακολουθείται στενά.</li> <li>4. Απομακρύνθηκαν αντικείμενα και φάρμακα από την κατοχή της ασθενούς.</li> <li>5. Παροτρύνθηκε η ασθενής να συνεχίσει τις καθημερινές της δραστηριότητες.</li> <li>7. Χορηγήθηκαν φάρμακα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. (Φλουοξετίνη</li> </ol>	<p>αυτοπεποίθηση της ασθενούς, εξαλείφθηκε ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η ασθενής φαίνεται να είναι κοινωνική.</p>
---	---	--	--	---

			(εκλεκτικός αναστολέας της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης 20mg x 1 per os). Επιπλέον χορηγήθηκαν αντικαταθλιπτικοί παράγοντες (Αλπραζόλη –Xanax για τη μείωση της έντασης και του άγχους και να βοηθήσουν την ασθενή να συμμετάσχει στη θεραπεία 0,25mg x 3 per os).	
<b>Αξιολόγηση</b>	<b>Νοσηλευτική Διάγνωση</b>	<b>Προγραμματισμός</b>	<b>Εφαρμογή</b>	<b>Εκτίμηση αποτελέσματος</b>
Ενυδάτωση ασθενούς και διατήρηση ισοζυγίου.	Κίνδυνος για ανεπαρκή πρόσληψη υγρών που σχετίζεται με ανεπαρκή πρόσληψη τροφής και υγρών, αυτοεμφανιζόμενο	6. Καταγραφή ζωτικών σημείων. 7. Χρήση στρατηγικών. 8. Καταγραφή προσλαμβανόμενων.	6. Έγινε καταγραφή των ζωτικών σημείων Α.Π 90/60mmHg, HR: 106/min, θ: 36,2° C, SpO2 97%,	Η ασθενής θα διατηρήσει / επιδειξει βελτιωμένη ισορροπία υγρών, όπως αποδεικνύεται από επαρκή παραγωγή ούρων,

	<p>εμετό και τη χρόνια χρήση καθαρτικών ή διουρητικών.</p>	<p>9. Λήψη εργαστηριακών εξετάσεων. 10. Λήψη πρόσθετων μέτρων.</p>	<p>Αναπνοές 14/min, του χρόνου τριχοειδικής επαναλήρωσης (2sec), της κατάστασης των βλεννογόνων και του δέρματος.</p> <p>7. Συζητήθηκαν στρατηγικές για να πάψει ο έμετος και τη διακοπή χρήσης των καθαρτικών και διουρητικών, με σκοπό την αποτροπή της συνεχιζόμενης απώλειας υγρών.</p> <p>8. Καταγράφηκε η ποσότητα των υγρών και της απώλειας ούρων με ακρίβεια.</p> <p>9. Λήφθηκαν εξετάσεις αίματος για τον έλεγχο των ηλεκτρολυτών και της νεφρικής λειτουργίας καθώς οι μεταβολές των ηλεκτρολυτών και της μειωμένης νεφρικής λειτουργίας μπορούν να</p>	<p>τα σταθερά ζωτικά σημεία και το ενυδατωμένο δέρμα. Η ασθενής θα κατανοήσει τους αιτιολογικούς παράγοντες και τις συμπεριφορές που είναι απαραίτητες για τη διόρθωση της πρόσληψης υγρών.</p>
--	--	--	--	---

			<p>επιρεάσουν δυσμενώς την ανάρρωση ή την πρόγνωση της ασθενούς.</p> <p>10. Χορηγήθηκε ολική παρεντερική διατροφή iv και συμπληρώματα ηλεκτρολυτών για τη διόρθωση της ανισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών καθώς και για την πρόληψη καρδιακών δυσρυθμιών.</p>	
--	--	--	--	--



## Συμπεράσματα

Η νευρική ανορεξία αποτελεί μια πάθηση που έχει αποτελέσει αντικείμενο ενασχόλησης χιλιάδων ερευνητών σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς ενδιαφέρονται να μελετήσουν τα αίτια που την προκαλούν, τους παράγοντες με τους οποίους σχετίζεται και κυρίως να εντοπίσουν τις αποτελεσματικότερες λύσεις που μπορούν να δοθούν ώστε να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο και να αποφευχθεί η απώλεια χιλιάδων ανθρώπινων ζωών, και συγκεκριμένα των νέων ατόμων.

Οι ασθενείς που πάσχουν από τη διαταραχή, αρνούνται να φάνε κυρίως γιατί έχουν δημιουργήσει μια αυτοεικόνα που απέχει από την πραγματικότητα καθώς θεωρούν πως είναι υπέρβαροι, ενώ δεν είναι. Είναι γεγονός πως λόγω της μη αποδοχής της κατάστασής τους, όσοι πάσχουν από νευρική ανορεξία φτάνουν σε προχωρημένο επίπεδο αστίας και αναζητούν ιατρική στήριξη μόνο όταν πλέον έχουν αρχίσει να πλήττονται ζωτικά όργανα. Από τη μελέτη του συνόλου των ερευνών κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τις περισσότερες φορές το άτομο πρέπει να νοσηλευτεί έγκαιρα ενώ ένα βασικό μέρος της θεραπείας του θα πρέπει να είναι η ψυχολογική υποστήριξη μέσω ενός κατάλληλα δομημένου προγράμματος, η εφαρμογή ενός προγράμματος διατροφής και η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

Είναι εμφανές από πολλές μελέτες ότι πολλοί ασθενείς που βιώνουν τη διαταραχή δυστυχώς δεν είναι σε θέση να επανακάμψουν. Αυτό όμως που τονίζουν οι ερευνητές είναι πως η έκβαση εξαρτάται πλήρως από διάφορες σωματικές και ψυχοκοινωνικές μεταβλητές και προτείνουν πως αυτό είναι κάτι που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ώστε η θεραπεία να προσεγγίζεται σε όλα τα επίπεδα και πάντα από μια έμπειρη και εξειδικευμένη διεπιστημονική ομάδα καθώς τα ποσοστά που προέκυψαν από τις μετρήσεις αποδεικνύουν μια αρκετά μεγάλη συχνότητα θνησιμότητας σε ασθενείς με νευρική ανορεξία.

Επίσης, τα άτομα με διατροφικές διαταραχές έχουν γενικότερα συναισθηματικά προβλήματα.

Η συμβολή της ψυχολογικής υποστήριξης είναι πολύ σημαντική σε όλα τα προγράμματα και θεωρείται ως βασική προϋπόθεση για το ξεκίνημα κάθε θεραπείας.

## Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5TM) (5th ed.). Washington, D.C.
- Araujo, D. M. R., Santos, G. F. da S., & Nardi, A. E. (2010). Binge eating disorder and depression: a systematic review. *The World Journal of Biological Psychiatry : The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 11(2 Pt 2), 199–207.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A metaanalysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–31.
- Attia, E. (2010). Anorexia nervosa: current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 61, 425–35.
- Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, J., Meerwijk, E., & van Elburg, A. (2011). Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: The nurses' perspective on effective interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24, 16–22.
- Bell, R. M., (1985). *Holy Anorexia*. University of Chicago Press.
- Black, D.W., Andreasen, N., (2011). *Introductory Textbook of Psychiatry*. American Psychiatric Pub.
- Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 454–462.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 63(3), 305-312.

- Cachelin, F. M., & Striegel-Moore, R. H. (2006). Help seeking and barriers to treatment in a community sample of Mexican American and European American women with eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 154–61.
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895–916.
- Cooper, M. L., Wood, P. K., Orcutt, H. K., & Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. *J Pers Soc Psychol*, 84(2), 390-410.
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., & Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 186, 132–5.
- Dalle Grave, R., & Calugi, S. (2007). Eating disorder not otherwise specified in an inpatient unit: the impact of altering the DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 15(5), 340-349.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (2004). Attentional biases in eating disorders: a meta-analytic review of Stroop performance. *Clin Psychol Rev*, 23(8), 1001-1022.
- Duchesne, M., Mattos, P., Fontenelle, L. F., Veiga, H., Rizo, L., & Appolinario, J. C. (2004). [Neuropsychology of eating disorders: a systematic review of the literature]. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(2), 107-117.
- Faravelli, C., Ravaldi, C., Truglia, E., Zucchi, T., Cosci, F., & Ricca, V. (2006). Clinical epidemiology of eating disorders: results from the Sesto Fiorentino study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(6), 376–83.
- Fassino, S., Piero, A., Gramaglia, C., & Abbate-Daga, G. (2004). Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. *Psychopathology*, 37(4), 168–174.
- Fernandez-Aranda, F., Jimenez-Murcia, S., Alvarez-Moya, E., Granero, R., Vallejo, J., & Bulik, C. M. (2006). Impulse control disorders in eating disorders: clinical and therapeutic implications. *Compr. Psychiatry*, 47 (6), 482-488.

- Field, A. E., Sonnevile, K. R., Micali, N., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Laird, N. M., Horton, N. J. (2012). Prospective Association of Common Eating Disorders and Adverse Outcomes. *Pediatrics*, 130(2), e289–95.
- Franko, D. L., & Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 769–82.
- Fulton S. (2010). Appetite and reward. *Frontiers in Neuroendocrinology* 31:85–103
- Gadalla, T., & Piran, N. (2008). Psychiatric comorbidity in women with disordered eating behavior: a national study. *Women & Health*, 48(4), 467–84.
- Gelder, M.G., (2008). Σύγχρονη Ψυχιατρική, Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Gillberg, I. C., Rastam, M., Wentz, E., & Gillberg, C. (2007). Cognitive and executive functions in anorexia nervosa ten years after onset of eating disorder. *J Clin Exp Neuropsychol*, 29(2), 170-178.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 15(1), 38–45.
- Godart, N. T., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, P., & Flament, M. F. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 37–49.
- Gulliksen, K. S., Espeset, E. M. S., Nordbø, R. H. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: The patient’s perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 932–941.
- Herzog, D. B., Franko, D. L., Dorer, D. J., Keel, P. K., Jackson, S., & Manzo, M. P. (2006). Drug abuse in women with eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 39(5), 364–8.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389– 94

- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389–94
- Hoek, H. W., Van Hoeken, D., & Katzman, M. A. (2003). Epidemiology and Cultural Aspects of Eating Disorders. In M. Maj, K. Halmi, J. J. López-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating disorders* (Vol. 6, pp. 75–103). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358.
- Jenkins, J., & Ogden, J. (2011). Becoming 'whole' again: a qualitative study of women's views of recovering from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20, e23–e31.
- Jordan, J., Joyce, P. R., Carter, F. A., Horn, J., McIntosh, V. V, Luty, S. E., Bulik, C. M. (2008). Specific and nonspecific comorbidity in anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 41(1), 47–56.
- Kaplan, A., Halmi, K., Sunday, S., Strober, M., Woodside, D.B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W., Kaye, W. (2000). *Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior*. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1799–1805)
- Karatzias, T., Chouliara, Z., Power, K., Collin, P., Yellowlees, A., & Grierson, D. (2010). General psychopathology in anorexia nervosa: the role of psychosocial factors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(6), 519–527.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Xavier, M. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–14.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593–602.

- Kjeslsas E., (2004). Prevalence of Eating Disorders in Female and Male Eating Behaviours. *Eating Behaviour*, pp. 13-25.
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., di Bernardo, M., Fernández-Aranda, F. (2008). Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: a European multicenter study. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(1-2), 169–79.
- Le Grange, D., Swanson, S. A., Crow, S. J., & Merikangas, K. R. (2012). Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 711–8.
- Lopez, C. A., Tchanturia, K., Stahl, D., & Treasure, J. (2008). Central coherence in women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 41(4), 340-347.
- Machado, P. P. P., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2013). DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: evidence from community samples. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 60–5.
- Madden, S., Morris, A., Zurynski, Y. A., Kohn, M., & Elliot, E. J. (2009). Burden of eating disorders in 5-13-year-old children in Australia. *The Medical Journal of Australia*, 190(8), 410–4.
- McBride, O., McManus, S., Thompson, J., Palmer, R. L., & Brugha, T. (2012). Profiling disordered eating patterns and body mass index (BMI) in the English general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(5), 783–93.
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., & Treasure, J. (2013). The Incidence of Eating Disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*, 3(e002646). doi:10.1136/bmjopen-2013-002646.
- Miotto, P., & Preti, A. (2007). Eating disorders and suicide ideation: the mediating role of depression and aggressiveness. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 218–224.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2007). Health service utilization for eating disorders: findings from a community-based study. *The International Journal of Eating Disorders*, 40(5), 399–408.

- Nicholls, D. E., Lynn, R., & Viner, R. M. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 198(4), 295–301.
- O'Brien, K. M., & Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 57–74.
- Olesti Baiges, M., Pinol Moreso, J. L., Martin Vergara, N., de la Fuente Garcia, M., Riera Sole, A., Bofarull Bosch, J. M., et al. (2008). [Prevalence of anorexia nervosa, bulimia nervosa and other eating disorders in adolescent girls in Reus (Spain)]. *An Pediatr (Barc)*, 68(1), 18-23.
- Palmer, B., (2006). Διατροφικές διαταραχές και η αντιμετώπιση τους, Αθήνα: Παρισιάνου.
- Pearlstein, T. (2002). Eating disorders and comorbidity *Archives of Women's Mental Health*, 4(3), 67-78.
- Pelaez Fernandez, M. A., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosom Res*, 62(6), 681-690.
- Pemperton, K., & Fox, J. R. E. (2011). The experience and management of emotions on an inpatient setting for people with anorexia nervosa: A qualitative study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(3), 226–238.
- Pinhas, L., Morris, A., Crosby, R. D., & Katzman, D. K. (2011). Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: a Canadian Paediatric Surveillance Program study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(10), 895–9.
- Pini, S., Abelli, M., Carpita, B., Dell'Osso, L., Castellini, G., Carmassi, C., & Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 12, 1651–1660. doi:10.2147/ndt.s108912.

- Preti, A., Girolamo, G. de, Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R. de, Bruffaerts, R., ... Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43(14), 1125–32.
- Reid, M., Williams, S., & Hammersley, R. (2009). Managing Eating Disorder Patients in Primary Care in the UK: A Qualitative Study. *Eating Disorders*, 18(1), 1–9.
- Roberts, M. E., Tchanturia, K., Stahl, D., Southgate, L., & Treasure, J. (2007). A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychol Med*, 37(8), 1075-1084.
- Rofey, D. L., Corcoran, K. J., & Tran, G. Q. (2004). Bulimic symptoms and mood predict food relevant Stroop interference in women with troubled eating patterns. *Eat Behav*, 5(1), 35-45.
- Ross, J. A., & Green, C. (2011). Inside the experience of anorexia nervosa: A narrative thematic analysis. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(2), 112–119.
- Sansone, R. A., Levitt, J. L., & Sansone, L. A. (2004). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13(1), 7–21.
- Sepulveda, A. R., Carrobbles, J. A., & Gandarillas, A. M. (2008). Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: an epidemiologic study. *BMC Public Health*, 8, 102.
- Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., Sawyer, F., Evans, C., & Lacey, J. H. (2014). Rules of engagement: Qualitative experiences of therapeutic alliance when receiving in-patient treatment for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22(3), 233–243.
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–14.
- Sonneville, K. R., Horton, N. J., Micali, N., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Solmi, F., & Field, A. E. (2013). Longitudinal associations between binge eating and overeating and adverse outcomes among adolescents and young adults: does loss of control matter? *JAMA Pediatrics*, 167(2), 149–55.



- Striegel-Moore, R. H., DeBar, L., Wilson, G. T., Dickerson, J., Rosselli, F., Perrin, N., Kraemer, H. C. (2008). Health services use in eating disorders. *Psychological Medicine*, 38(10), 1465–74.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714–723.
- Swinbourne, J. M., & Touyz, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review : The Journal of the Eating Disorders Association*, 15(4), 253–74.
- Swinbourne, J. M., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T., & Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(2), 118–31.
- Tchanturia, K., Campbell, I. C., Morris, R., & Treasure, J. (2005). Neuropsychological studies in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 37 Suppl, S72-76; discussion S87-79.
- Tozzi, F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Kaye, W. H. (2005). Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), 732–40.
- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Annals of Family Medicine*, 7(4), 357–63.
- Waller, G., Schmidt, U., Treasure, J., Emanuelli, F., Alenya, J., Crockett, J., & Murray, K. (2009). Ethnic origins of patients attending specialist eating disorders services in a multiethnic urban catchment area in the United Kingdom. *The International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 459–63.
- Wildes, J. E., & Marcus, M. D. (2013). Incorporating dimensions into the classification of eating disorders: three models and their implications for research and clinical practice. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 396–403. doi:10.1002/eat.22091.

- William, M. Et al., (2010). Σύγχρονη Παιδιατρική Διάγνωση και Θεραπεία Τόμος 1, Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15(4), 357-376.
- Wright, K. M., & Hacking, S. (2012). An angel on my shoulder: A study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 107–115.
- Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2012). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: A consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13– 14), 2020–2029.
- Γκοτζαμάνης, Κ., (2004). ‘Διαταραχές της πρόσληψης τροφής’. Διαγνωστικό κριτήριο DSM-IVΕκδ. Ιατρική Λίτσας, Αθήνα 2004, σελ. 253-259.
- Γονιδάκης & Βάρσου, Ε., (2008). ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ Αυτοφυλακισμένες κοπέλες & το μονοπάτι προς την έξοδο. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Μπουρδούκης, Σ., (2006). ‘Νευρική ανορεξία’ Μια ύπουλη αρρώστια όπου αντιμετωπίζεται με ψυχοθεραπεία. Περ. Αρμονία 29/8/2006, σελ. 1-3.
- Σαρρής Μ. (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Παπαζήσης
- Στεφάνης, Κ., Σολδάτος, Κ., (1997). ‘F. 50 Διαταραχές στη λήψη τροφής’. Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς. Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση. Εκδ. ΒΗΤΑ Αθήνα 1997, σελ.220-226.
- Τζαβάρας, Δ. (2011). Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Ανορεξία-Βουλιμία-Υπερφαγία Παχυσαρκία. Εκδόσεις Mediforce Ιατρική.



