



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ, ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ-
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΚΑΠΟΥΛΑ ΓΕΩΡΓΙΑ-ΧΡΥΣΟΒΑΛΑΝΤΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΜΑΡΝΕΡΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά επιθυμώ να ευχαριστήσω τον κ. Μαρνέρα Χρήστο ο οποίος με βοήθησε στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας και με στήριξε όλο αυτό το διάστημα. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους φίλους μου για την ψυχολογική τους υποστήριξη και την οικογένεια μου που με στηρίζει όλα αυτά τα χρόνια να ολοκληρώσω τις σπουδές μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η μετάβαση από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση μπορεί, ωστόσο, να προκαλέσει σύγχυση σχετικά με τα δικαιώματα και τις ευθύνες. Για τους ασθενείς, η εμπειρία μιας διατροφικής διαταραχής μπορεί να είναι περίπλοκη, αμφίσημη και αντιφατική. Οι διατροφικές διαταραχές παρουσιάζουν πολύπλοκες προκλήσεις και η θεραπεία τείνει να είναι μακροχρόνια με την πιθανότητα συχνών υποτροπών. Θεωρείται βασική περισσότερη κατάρτιση του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας, ιδίως για εκείνους στη γενική πρακτική

Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η εκτενής ανάλυση των διατροφικών διαταραχών Ψυχογενής Ανορεξία και Ψυχογενής Βουλιμία και της νοσηλευτικής παρέμβασης που απαιτείται για την αντιμετώπιση τους.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ανασκοπικών άρθρων και ερευνητικών μελετών δημοσιευμένων στην Αγγλική γλώσσα, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων «Pubmed» και «Google Scholar».

Συμπεράσματα: Η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία είναι κυρίως ψυχιατρικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από σοβαρές διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς. Η αποτελεσματική νοσηλευτική περίθαλψη σε νοσοκομειακούς ασθενείς με νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία βασίζεται σε μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση, συμπεριλαμβανομένου του ιστορικού ιατρικής και θεραπείας, της ψυχικής κατάστασης και των συμπτωμάτων της βασικής διατροφικής διαταραχής.

Λέξεις-Κλειδιά: νευρική ανορεξία, βουλιμία, διατροφικές διαταραχές, νοσηλευτής

SUMMARY

Introduction: The transition from childhood to adulthood can, however, confuse rights and responsibilities. For patients, the experience of an eating disorder can be complex, ambiguous and contradictory. Eating disorders present complex challenges and treatment tends to be long lasting with the possibility of frequent relapses. More training of healthcare staff is considered essential, especially for those in general practice.

Aim: The aim of this study is the comprehensive analysis of eating disorders Psychogenic Anorexia and Psychogenic Bulimia and the nursing intervention required to treat them.

Methodology: A review of research articles and research studies published in English in the electronic databases "Pubmed" and "Google Scholar" was conducted.

Conclusions: Anorexia nervosa and bulimia nervosa are mainly psychiatric disorders characterized by severe eating disorders. Effective nursing care in hospitalized patients with anorexia nervosa or bulimia nervosa is based on a comprehensive assessment, including medical history and treatment, mental state, and symptoms of the underlying eating disorder.

Keywords: anorexia nervosa, bulimia, eating disorders, nurse

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
SUMMARY	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	8
1.1 Ορισμός.....	9
1.2 Ιστορική αναδρομή της ψυχικής ασθένειας.....	9
1.3 Στίγμα	12
1.4 Ταξινόμηση– Είδη ψυχικών διαταραχών	15
1.5 Αιτίες.....	18
1.6 Επιδημιολογικές μελέτες	20
1.7 Στάση ατόμων απέναντι στις ψυχικές διαταραχές.....	20
1.8 Αντιμετώπιση.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	24
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	24
2.1 Ορισμός.....	25
2.2 Επιδημιολογία.....	25
2.3 Αίτια.....	26
2.4 Κλινική εικόνα	26
2.5 Αντιμετώπιση και θεραπεία ψυχογενούς βουλιμίας.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	30
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	30
3.1 Ορισμός.....	31
3.2 Επιδημιολογία.....	31
3.3 Αίτια.....	32

3.4 Κλινική εικόνα.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	36
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	36
4.1 Ρόλος νοσηλευτή στην ψυχογενή βουλιμία.....	37
4.1.1 Σχέδιο νοσηλευτικής περίθαλψης.....	37
4.1.2 Παρέμβαση και θεραπεία προγράμματος νοσηλευτικής περίθαλψης	38
4.1.3 Εκπαίδευση ασθενούς.....	39
4.1.4 Στόχοι των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.....	39
4.2 Ρόλος νοσηλευτή στην ψυχογενή ανορεξία.....	40
4.2.1 Θεραπευτική σχέση.....	40
4.2.2 Χαρακτηριστικά Νοσηλευτικού προσωπικό	40
4.2.3 Σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας	41
4.2.4 Στόχοι νοσηλείας	44
4.2.5 Τεχνικές γνωστικής συμπεριφοράς.....	45
4.2.6 Διατροφικές απαιτήσεις, πρότυπα γεύματος και σωματικό βάρος.....	45
4.2.7 Άσκηση	46
4.2.8 Φαρμακευτική αγωγή	46
4.2.9 Περιβάλλον.....	47
4.3 Νοσηλευτική ψυχικής υγείας.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	49
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	49
5.1 Περιστατικό 1	50
5.2 Περιστατικό 2	54
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	59
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	61

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μετάβαση από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση μπορεί, ωστόσο, να προκαλέσει σύγχυση σχετικά με τα δικαιώματα και τις ευθύνες. Πιθανές πρόσθετες δυσκολίες προκύπτουν από την ανάγκη ενημέρωσης των γονέων και των φροντιστών σχετικά με τους κινδύνους, αλλά διατηρούν, στο μέτρο του δυνατού, το δικαίωμα εμπιστευτικότητας του νέου ατόμου. (Abbass et al., 2014)

Για τους ασθενείς, η εμπειρία μιας διατροφικής διαταραχής μπορεί να είναι περίπλοκη, αμφίσημη και αντιφατική. Πολύπλοκο, διότι μια σειρά από ζητήματα πρέπει να διευθετηθούν και να κατανοηθούν στον συχνά μακρύ δρόμο προς την ανάκαμψη. Διφορούμενη, λόγω της έντασης μεταξύ της επιθυμίας να βελτιωθεί ενώ φοβάται τις συνέπειες της ανάκαμψης, και αντιφατική, επειδή η διαταραγμένη διατροφή είναι ταυτόχρονα το πρόβλημα και η λύση (Dieterich et al., 2010).

Παρόλο που αναγνωρίζουν ότι οι διατροφικές τους συνήθειες είναι ανθυγιεινές όσον αφορά την ποιότητα ή την ποσότητα του φαγητού, μπορεί να φοβούνται να τρώνε περισσότερο επειδή φοβούνται να πάρουν βάρος ή να μην μπορούν να σταματήσουν να τρώνε μόλις ξεκινήσουν. Μπορεί να γίνονται όλο και πιο μυστικοπαθείς γύρω από το φαγητό και το φαγητό - παρακάμπτοντας τα γεύματα, ψέματα για φαγητό, κρύβοντας φαγητό, τρώγοντας κρυφά, ανακαλύπτοντας τρόπους για να απαλλαγούν από το φαγητό μόλις το καταναλώσουν, ενώ αρνούνται ή δεν αναγνωρίζουν ότι υπάρχει πρόβλημα (Dieterich et al., 2010).

Οι διατροφικές διαταραχές παρουσιάζουν πολύπλοκες προκλήσεις και η θεραπεία τείνει να είναι μακροχρόνια με την πιθανότητα συχνών υποτροπών. Ανεξάρτητα από το σκηνικό, η εύρεση του «σωστού ατόμου» για να συνεργαστεί - κάποιος με εξειδικευμένες γνώσεις και ιδιαίτερες ιδιότητες που θα δεχτεί και θα κατανοήσει το άτομο ως «άτομο με μοναδική εμπειρία» παρά ως «περίπτωση παθολογίας» - φαίνεται κρίσιμο για θεραπεία «επιτυχία».

Θεωρείται βασική περισσότερη κατάρτιση του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας, ιδίως για εκείνους στη γενική πρακτική. Αυτό θα περιλαμβάνει εκπαίδευση στην ανίχνευση και τα χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών και την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα κίνητρα και η αμφιθυμία μπορούν να επηρεάσουν τη συμμετοχή στη θεραπεία (Abbass et al., 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ



1.1 Ορισμός

Ο όρος ψυχική υγεία χρησιμοποιείται για να περιγράψει την κατάσταση στην οποία το άτομο έχει επίγνωση των δυνατοτήτων του και μπορεί να ανταπεξέλθει στα προβλήματα και τις δυσκολίες της καθημερινότητας. Το άτομο λειτουργεί μεμονωμένα αλλά και ομαδικά αφού είναι μέλος της ευρύτερης κοινωνίας του. Είναι πλήρως παραγωγικό και συνεισφέρει στις λειτουργίες και στις απαιτήσεις του κοινωνικού συνόλου στο οποίο ανήκει (Dieterich et al., 2010).

Παρόλα αυτά υπάρχουν περιπτώσεις οι οποίες παρεκκλίνουν της υγείας και ορίζονται ως ψυχικά νοσήματα, ασθένειες ή διαταραχές και είναι ένας συνήθως δυσλειτουργικός τρόπος σκέψης ή συμπεριφοράς. Συχνά περιγράφεται και ως ανικανότητα ή ανωμαλία που προκαλεί δυσκολίες στον έλεγχο των συναισθημάτων. Ωστόσο η ψυχική διαταραχή δεν είναι αναπτυξιακά ή κοινωνικά καθορισμένη αλλά αποτέλεσμα ενός συνδυασμού του πως αισθάνεται / αντιλαμβάνεται και ενεργεί ένα άτομο. Υπάρχουν επίσης πιθανότητες να σχετίζεται με ορισμένες λειτουργίες ή μέρη του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος χωρίς αυτό να έχει τεκμηριωθεί πλήρως ερευνητικά (Furlan et al., 2012).

1.2 Ιστορική αναδρομή της ψυχικής ασθένειας

Η ιστορία της ψυχικής ασθένειας ξεκινά με την ανθρώπινη ύπαρξη. Από τότε που οι άνθρωποι οργανώνονταν σε φυλές οποιαδήποτε αποκλίνουσα ή ασυνήθιστη συμπεριφορά προκαλούσε έκπληξη και φόβο.

Κατά την **Νεολιθική Εποχή** (4000-5000 π.Χ) δεν υπήρχε διάκριση μεταξύ διαταραχών στην ψυχή και στο σώμα. Υπεύθυνα για το οποιοδήποτε πρόβλημα θεωρούταν τα κακά πνεύματα που έμπαιναν στο σώμα τον άνθρωπων ή η μαγεία. Σε αυτά τα χρόνια αναπτύχθηκε μία τεχνική απελευθέρωσης του πνεύματος με το άνοιγμα τρύπας στο κρανίο. Η τεχνική ονομάστηκε τρυπανισμός.

Όσο προχωρούσε η εξέλιξη και σχηματίστηκαν οι πρώτοι πολιτισμοί άλλαξε και η αντίληψη για τις ψυχικές ασθένειες ανάλογα με την κυρίαρχη ιδεολογία και τις πολιτικές ή κοινωνικές συνθήκες. Οι πρώτοι αρχαίοι πολιτισμοί που κάνουν λόγο για τις ψυχικές ασθένειες είναι ο Αιγυπτιακός, Ινδικός , Κινεζικός και ο Ελληνικός που

προσπαθούν να τις θεραπεύσουν με εξορκισμούς και γιατροσόφια (Αίγυπτος), θεραπεία τραγουδιού (Ινδία) ή και βελονισμό (Κίνα). (Dieterich et al., 2010)

Στην **Αρχαία Ελλάδα** κυριαρχούσαν τρεις απόψεις σχετικά με την ψυχική νόσο. Η πρώτη ονομαζόταν Λαϊκή και υποστήριζε ότι οι θεές Μανία και Λύσσα καταλάμβαναν τους ανθρώπου και τους έκαναν να περιπλανούνται και να είναι βίαιοι. Η δεύτερη είναι η Φιλοσοφική της οποίας κύριοι εκπρόσωποι ήταν ο Αριστοτέλης και ο Πλάτωνας και μιλούσαν για την κάθαρση ως βασικό τρόπο θεραπείας. Η τελευταία ονομάζεται Ιατρική και υποστηρίζεται από τον Ιπποκράτη που πίστευε πως όλες οι ψυχικές ασθένειες οφειλόταν σε δυσλειτουργία του οργανισμού και ειδικότερα στην αλληλεπίδραση των τεσσάρων χυμών του σώματος (αίμα, κίτρινη χολή, μέλανα χολή και φλέγμα) . Είναι ο πρώτος που κάνει λόγο για της βασικές ψυχικές διαταραχές – φρενιτίδες- με τα ονόματα Μανία, Υστερία, Μελαγχολία, Άνοια και Επιληψία (Ιερά Νόσος).Θεωρεί επίσης πως η Ιερά Νόσος έχει την ίδια αιτία με τις υπόλοιπες ασθένειες και προσπαθεί να την θεραπεύσει αποκαθιστώντας την ισορροπία των χυμών του σώματος. Την ίδια εποχή ο Αριστοτέλης κάνει προσπάθεια να ταξινομήσει τα χαρακτηριστικά και τα αίτια των ψυχικών ασθενειών ενώ σαν λύση προτείνει την μουσική , το θέατρο και την γυμναστική. (Furlan et al., 2012)

Παρόμοια κατάσταση επικρατεί κατά την **Ρωμαϊκή εποχή** όπου θεσπίστηκαν ελαφρυντικά μέτρα για τους ψυχικά πάσχοντες. Στα χρόνια αυτά περιγράφηκαν και ταξινομήθηκαν πολλές ψυχικές διαταραχές.

Ύστερα από την πτώση της Ρωμαϊκής αυτοκρατορίας ακολούθησαν 15 αιώνες προλήψεων και δαιμονολογίας που χαρακτηρίστηκαν ως **Μεσαίωνα** (5^{ος} – 16^{ος} αι. π.Χ). Η πεποίθηση περί χυμών συνεχίζεται ενώ με την επικράτηση του Χριστιανισμού προστίθενται η φανατική θρησκευτικότητα σε συνδυασμό με τις προκαταλήψεις. Επικρατεί η άποψη της Παπικής Εκκλησίας (6^{ος} -7^{ος} αι. μ.Χ) ότι ο ψυχικά άρρωστος είναι σταλμένος από τον διάβολο. Εκείνη την εποχή εμφανίζεται η Ιερά Εξέταση η οποία με το πρόσχημα της μαγείας θανατώνει πολλούς ψυχικά ασθενείς αλλά και υγιείς ανθρώπους. Εξαίρεση αποτελεί ο Αραβικός και Βυζαντινός κόσμος που θεωρεί ότι ο ψυχικά πάσχοντας είναι σταλμένος από τον θεό και έτσι δημιουργούν πρότυπα άσυλα , τα Ασκληπιεία. (Abbass et al., 2014)

Το τέλος του Μεσαίωνα σηματοδοτείται με την αρχή της Αναγέννησης (15^{ος} -17^{ος} αι. μ.Χ) αλλάζοντας το τοπίο μέσα από την επικράτηση της λογικής και της επιστημονικής σκέψης. Ο ψυχικά άρρωστος σταδιακά δεν θεωρείται δαιμονισμένος αλλά η αντιμετώπιση του συνεχίζει να είναι σκληρή. Θεωρείται μαρός και εξορίζεται από την

πόλη ή οδηγείται σε άσυλο χωρίς την κατάλληλη θεραπευτική φροντίδα. Τα άσυλα είναι χώροι όπου κλείνονται διάφοροι τύποι ατόμων όπως ζητιάνοι, βλάσφημοι, φτωχοί δηλαδή όσοι θεωρείται ότι τιμωρούνται λόγω ηθικής παρακμής. Οι διαμένοντες στα άσυλα συχνά ήταν δεμένοι, υποσιτισμένοι και σε πολλές περιπτώσεις επιδεικνύονταν ως θεάματα. (Furlan et al., 2012)

Τα πράγματα δείχνουν να αλλάζουν προς τα τέλη του 18^{ου} αιώνα με το **Κίνημα της Αναμόρφωσης** όπου γεννιούνται οι πρώτες φιλελεύθερες ιδέες για τον ψυχικά ασθενή. Χαρακτηριστική φυσιογνωμία αποτελεί ο γιατρός Phillipe Pine ο οποίος εισηγήθηκε της κατάργησης των αλυσίδων και οργάνωσε το κίνημα της ηθικής θεραπείας τοποθετώντας τους πάσχοντες σε φωτεινά δωμάτια και τους προέτρεπε σε δημιουργικές ασχολίες. Στην Αγγλία ιδρύεται από τον William Tuke ένα ίδρυμα ηθικής θεραπείας στην εξοχή για 30 ασθενείς στους οποίους φέρονται με σεβασμό και χωρίς περιορισμούς. Η ιδέα αυτή μεταφέρεται και στην Αμερική. (Furlan et al., 2012)

Ενώ λοιπόν ο 19^{ος} αιώνας δεν χαρακτηρίζεται από τις προσπάθειες του κράτους και των γιατρών για την βελτίωση της συμπεριφοράς απέναντι στους ψυχικά νοσούντες ο **20^{ος} αιώνας** φαίνεται να διαφέρει. Πρωτοστάτης υπήρξε ο Beers ο οποίος το 1908 έγραψε το βιβλίο «Ένα μυαλό που βρέθηκε μόνο του» και περιγράφει την εμπειρία του ως τρόφιμος ασύλου. Η απήχηση του βιβλίου του τον ώθησε στο να ιδρύσει την εθνική επιτροπή για την Ψυχική Υγεία ευαισθητοποιώντας τον κόσμο στην ανάγκη θεραπείας αντί της τιμωρίας. Ο Freud συμβάλλει με την διατύπωση των πεποιθήσεων του για την ψυχανάλυση ανοίγοντας τον δρόμο για την αντιμετώπιση των ψυχοπαθολογικών καταστάσεων εκτός ψυχιατρείου. (Abbass et al., 2014)

Στις **δεκαετίες του '20 και '30** δημιουργείται ευνοϊκό κλίμα για εναλλακτικές μορφές θεραπείας μέσα από το ψυχοπαιδαγωγικό κίνημα. Στην Σοβιετική Ένωση μετά την Οκτωβριανή(1917) επανάσταση αλλάζει η νομοθεσία για τον ψυχικά άρρωστο και ιδρύονται μικρές περιφερειακές ψυχιατρικές υπηρεσίες . Το 1932 δημιουργείται ο Ημερήσιος Θάλαμος αντίστοιχος με τα σημερινά Νοσοκομεία Ημέρας. (Furlan et al., 2012)

Η οριστική αλλαγή της σκέψης σχετικά με την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής εκτός ασύλου ήρθε κατά τον **Β' Παγκόσμιο πόλεμο** όπου οι ανάγκες ψυχιατρικής περίθαλψης ήταν τεράστιες. Το 1946 με την εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ) όλοι οι κλειστοί θάλαμοι των ψυχιατρείων της Αγγλίας ανοίγουν και δημιουργούνται εξωτερικά ιατρεία. Την ίδια χρονιά ιδρύεται στην Αμερική το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας. Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες δημιουργούνται

εναλλακτικές του ασύλου όπως τα νοσοκομεία Ημέρας, οι Μετανοσοκομειακοί Ξενώνες και προστατευόμενα διαμερίσματα. Το 1963 ιδρύονται στις Η.Π.Α τα πρώτα Κοινωνικά Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής. (Abbass et al., 2014)

Στην **σημερινή κοινωνία** τα ποσοστά των πασχόντων από κάποια ψυχική διαταραχή συνεχώς αυξάνονται, ιδιαίτερα εκείνα των παιδιών κάτω των 15 ετών. Παρά όλες τις αλλαγές που έγιναν τις τελευταίες δεκαετίες οι συνθήκες νοσηλείας θεραπείας και αντιμετώπισης του ψυχικά αρρώστου δεν φαίνεται να έχουν αλλάξει σημαντικά. Κύρια αίτια αυτής της κατάστασης αποτελούν ο φόβος, η προκατάληψη και οι παλαιωμένες αντιλήψεις διατηρώντας και ενισχύοντας το Στίγμα των ψυχικών νόσων. (Dieterich et al., 2010)

1.3 Στίγμα

Η λέξη στίγμα είναι ελληνικής προέλευσης και σημαίνει κηλίδα ή σημάδι. Μεταφορικά είναι ένας έντονα μειονεκτικός χαρακτηρισμός που αποδίδεται σε κάποιον και από τον οποίο είναι δύσκολο να απαλλαγθεί. Ως επί το πλείστον αφορά ορισμένες νόσους που εγείρουν προκαταλήψεις ενάντια στα άτομα που νοσούν από αυτές. Είναι δηλαδή οι συμπεριφορές που κατηγορούν, επικρίνουν και περιθωριοποιούν κάποιον κάνοντας τον να αισθάνεται μειονεκτικά οδηγώντας σε ηθική εξόντωση. Το άτομο χάνει την κοινωνική του υπόσταση και υφίσταται διακρίσεις εξαιτίας της ψυχικής του ασθένειας στερώντας του αυτόματα το δικαίωμα της πλήρους αποδοχής του συνόλου και οδηγώντας το να κρύψει την αιτία. Την διαιώνιση του εξηγεί η έλλειψη γνώσεων και η τάση του ανθρώπου στην προκατάληψη και στα στερεότυπα. Ο άνθρωπος οδηγείται σε αυθαίρετες εκτιμήσεις της πραγματικότητας επηρεασμένος από το άγχος και τον φόβο. (Furlan et al., 2012)

Το στίγμα και το άτομο

Τα άτομα με ψυχογενείς διαταραχές συχνά έχουν απρόβλεπτη, παράδοξη και γενικά αποκλίνουσα συμπεριφορά από το κοινωνικό σύνολο. Το κοντινό τους περιβάλλον αδυνατεί να κατανοήσει τον τρόπο που φέρονται καταλήγοντας στον στιγματισμό. Η τάση για διάκριση και μεροληπτική μεταχείριση τους και κατά συνέπεια η στέρηση βασικών δικαιωμάτων συναντάται σε πολλούς τομείς της καθημερινότητας όπως η αγορά εργασίας ή κατοικίας. Με αυτό τον τρόπο εμποδίζετε η ευκαιρία για μία αξιοπρεπή και αυτόνομη ζωή επιδεινώνοντας την ψυχική του υγεία. Η κοινωνία στο μεγαλύτερο μέρος της έχει αρνητική στάση σε αυτά τα άτομα χωρίς να είναι λίγες οι περιπτώσεις παρενόχλησης είτε λεκτική είτε σωματική ακόμα και κακοποίησης τους. Σημαντική ωστόσο διάβρωση επιδέχεται και η αυτοεικόνα τους αφού δημιουργούνται αμφιβολίες και αισθήματα αναξιοτήτας που τα οδηγούν στον αυτοστιγματισμό. (Dieterich et al., 2010)

Αυτοστιγματισμός

Η ψυχική ασθένεια που διαταράσσει την ομοιόσταση του οργανισμού επιδεινώνεται από την υποκειμενική εμπειρία της νόσου που επιβαρύνεται από τις προκαταλήψεις. Το ψυχιατρικό στίγμα έχει 2 διαστάσεις : τις συμπεριφορές που αφορούν στον γενικό πληθυσμό και όσες αφορούν τους ίδιους τους ψυχωτικούς. Η αρνητική στάση του κοινού μειώνει την αυτοπεποίθηση του αρρώστου εμποδίζοντας την αποκατάσταση του και επιδρώντας στην ποιότητα ζωής του. Η μείωση των κοινωνικών συναλλαγών και η φτώχεια είναι στρεσογόνοι παράγοντες που ωθούν στην χρόνια συμπτωματολογία. Έτσι λοιπόν ως αυτοστιγματισμός μπορεί να οριστεί το σύνολο των τρόπων και των παραμέτρων που λαμβάνει υπόψη ο ασθενής ώστε να διαχειριστεί και να αντιληφθεί τα βιώματα τόσο της νόσου όσο και των κοινωνικών αντιδράσεων. (Abbass et al., 2014)

Στίγμα και οικογένεια

Η ψυχική υγεία και ασθένεια είναι άμεσα συναρτημένες με την οικογένεια η οποία σηκώνει το συναισθηματικό και πρακτικό φορτίο πολλές φορές χωρίς βοήθεια και υποστήριξη αφού προσπαθεί να κρύψει την κατάσταση υποφέροντας από την παθολογία του στίγματος. Ο ρόλος της οικογένειας ως υποστηρικτής και καταφύγιο είναι βασικός στην αντιμετώπιση της διαταραχής και για αυτό τον λόγο είναι σημαντικό να είναι ενημερωμένη και βοηθητική. Οι διαταραγμένες σχέσεις και

επικοινωνία ανάμεσα στο ζευγάρι και στο παιδί οδηγούν τις περισσότερες φορές σε προβλήματα συμπεριφοράς του κατά την ανάπτυξη. (Abbass et al., 2014)

Στίγμα παιδιών και εφήβων

Η παιδική και εφηβική ψυχική υγεία είναι ουσιαστική για την ανάπτυξη και την συντήρηση σταθερών κοινωνιών. Οι αλλαγές στην οικογενειακή δομή, οι συνεχόμενες πιέσεις και οι συγκρούσεις έχουν αρνητικό αντίκτυπο στο παιδί ιδιαίτερα όταν διαμορφώνει τον χαρακτήρα του. Ένα προβληματικό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει πολλές πτυχές της ανάπτυξης όπως σωματική, νοητική κοινωνική, συναισθηματική και την συμπεριφορά του. Οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές που φαίνονται στην ενηλικίωση πηγάζουν από τα παιδικά βιώματα. Για την παροχή βοήθειας πρέπει να προηγηθεί η αναγνώριση η οποία είναι δύσκολο να γίνει διότι είτε οι γονείς δεν έχουν αναζητήσει νοσηλεία είτε οι υπηρεσίες υγείας δεν το γνωρίζουν. Οι γονείς χρειάζεται να νιώθουν άνετα ώστε να εξομολογηθούν το πρόβλημα τους, αλλά το διαρκές και συνεχιζόμενο στίγμα συμβάλλει στην δυσκολία συζήτησης τέτοιων θεμάτων.

Αίτια στίγματος

Οι συμπεριφορές των ατόμων που στιγματίζουν τους ψυχικά ασθενείς προκαλούνται από τον συνδυασμό ορισμένων παραγόντων. Αρχικά είναι η άγνοια σχετικά με θέματα που αφορούν ψυχογενείς διαταραχές καθώς η κοινωνία είτε δεν γνωρίζει καθόλου είτε οι πληροφορίες που έχει είναι ανακριβής. Έπειτα η προκατάληψη δεν της επιτρέπει να είναι ανοιχτόμυαλη διαιωνίζοντας τον φόβο και την αποφυγή. Συνήθως η κοινή γνώμη έχει λάθος αντιλήψεις θεωρώντας πως οι ψυχικά πάσχοντες είναι απρόβλεπτοι και ανίκανοι για ορθολογικές αποφάσεις. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης συμβάλλουν σε αυτό μέσω την αρνητικής αναπαράστασης τους. Έτσι διαμορφώνονται συμπεριφορές διάκρισης και άδικων τρόπων αντιμετώπισης. (Abbass et al., 2014)

Κινήσεις για τον περιορισμό του στίγματος και των διακρίσεων

Για να καταπολεμηθεί ένα τόσο σοβαρό πρόβλημα χρειάζεται η συνεργασία τόσο της κοινωνίας ως σύνολο όσο και του κάθε ατόμου μεμονωμένα. Για να περιοριστεί λοιπόν αυτό το φαινόμενο χρειάζεται :

- Βελτίωση των θεραπειών με προσαρμογή στα νέα δεδομένα.
- Ανθρωποκεντρική προσέγγιση με σεβασμό στον πάσχοντα.
- Σωστή ενημέρωση και προβολή ορθών δεδομένων από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.
- Προσέγγιση των μαθητών ώστε να αποκτήσουν γνώση και εξοικείωση με την ασθένεια.
- Συνεργασία των φορέων Ψυχικής Υγείας με την κοινωνία
- Αύξηση της κυβερνητικής χρηματοδότησης για ενίσχυση των δομών ψυχικής αποκατάστασης.
- Κατάρτιση και απόκτηση δεξιοτήτων στην καταπολέμηση του στίγματος από τους εκπαιδευτικούς και τους επαγγελματίες υγείας.
- Έμφαση στις ικανότητες του πάσχοντος και όχι στους περιορισμούς.

Αν και η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών δεν είναι η ίδια σε όλες τα κοινωνικά στρώματα καθώς υπάρχουν ομάδες που είναι σε πιο ευάλωτη θέση λόγω δυσμενών συνθηκών και λιγότερων πόρων μπορεί να ληφθεί το συμπέρασμα πως η εκπαίδευση και η γνώση είναι το κλειδί για την αντιμετώπιση του στίγματος. Χρειάζεται λοιπόν να εξαλειφτούν οι λανθασμένες πεποιθήσεις μέσω της ενεργούς δράσης των πολιτικών φορέων στην ενθάρρυνση εκστρατειών για την κατανόηση της σημασίας των επιστημονικά τεκμηριωμένων θεραπειών. Είναι άρα απαραίτητη η συλλογική ενέργεια όχι μόνο των επαγγελματιών υγείας αλλά και όλης της κοινωνίας η οποία είναι ανάγκη να καταλάβει ότι οι διακρίσεις και οι προκαταλήψεις έναντι των ψυχικά πασχόντων στερούνται επιστημονικού υπόβαθρου. (Dieterich et al., 2010)

1.4 Ταξινόμηση– Είδη ψυχικών διαταραχών

Το πεδίο δράσης των ψυχικών διαταραχών είναι αρκετά διευρυμένο. Πολλές φορές η αναγνώριση τους και ακολούθως η θεραπεία τους είναι εξαιρετικά δύσκολες λόγω της ομοιότητας των συμπτωμάτων τους με άλλες ασθένειες. Για αυτό τον λόγο έχει δημιουργηθεί ένα είδος ταξινόμησης τους βάσει ορισμένων κριτηρίων που πρέπει να πληρούνται ώστε να χαρακτηριστεί ψυχωτικός ένας ασθενής. Υπάρχουν δύο εδραιωμένα συστήματα που τις ταξινομούν: το **ICD-10** : Κεφάλαιο 5 : Διανοητικές και συμπεριφορικές διαταραχές από το 1945 τμήμα Διεθνούς Ταξινόμησης Ασθενειών που έχει δημιουργηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και το **DSM-IV** (Diagnostic

and Statistical Manual of Mental Disorders -4th Edition) που είναι δημιούργημα της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας από το 1952. Τα δύο αυτά συστήματα παρέχουν σταθερά κριτήρια για την διάγνωση των ψυχικών ασθενειών. (Dieterich et al., 2010)

Η πρώτη μεγάλη κατηγορία λοιπόν είναι οι **τυπικές ψυχικές διαταραχές** για τις οποίες έχουν προταθεί συγκεκριμένα κριτήρια διάγνωσης σύμφωνα με διαγνωστικά συστήματα όπως το DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders από τον Αμερικανικό Ψυχιατρικό Σύλλογο) και το ICD (International statistical Classification of Diseases and related health problems από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας). (Abbass et al., 2014)

Ωστόσο ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων μη ψυχικά υγείων παρουσιάζει κλινική εικόνα που δεν ανήκει σε καμία ψυχική ασθένεια κατατάσσοντας τους στην κατηγορία των **άτυπων ψυχικών διαταραχών** ή βάσει των διαγνωστικών συστημάτων «ψυχικές διαταραχές που προσομοιάζουν με κάποια τυπική αλλά δεν έχουν αυτή την διάγνωση». Στην κατηγορία αυτή οι βιολογικοί παράγοντες σε συνδυασμό με τις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και το σύνολο των χαρακτηριστικών στην δομή και την λειτουργία του εγκεφάλου καθορίζουν το ποια μορφή θα πάρει η ψυχική ασθένεια και όχι το αν θα εμφανιστεί. (Abbass et al., 2014)

Πολλά συναισθήματα και συμπεριφορές αν κλονιστούν και ξεφύγουν από τα φυσιολογικά τους όρια μπορεί να αποτελέσουν προάγγελοι μίας ψυχογενούς ασθένειας. Έτσι:

Το άγχος και ο φόβος που διαταράσσουν την λειτουργικότητα ενδέχεται να προκαλέσουν κάποια **αγχώδη διαταραχή** όπως φοβία, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, διαταραχή πανικού, αγοραφοβία, διαταραχή κοινωνικού άγχους, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και μετατραυματική διαταραχή στρες.

Η διαταραχή του συναισθήματος που προκαλεί ασυνήθιστα έντονη θλίψη , μελαγχολία και απόγνωση είναι γνωστή ως μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Η ηπιότερη αλλά παρατεταμένη κατάθλιψη ονομάζεται δυσθυμία ενώ αντίθετα η παθολογικά ανεβασμένη διάθεση διπολική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη η οποία εναλλάσσεται με κανονική η καταθλιπτική διάθεση. (Dieterich et al., 2010)

Η διαταραγμένη ομιλία και αντίληψη της πραγματικότητας μπορεί να οδηγήσουν σε παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις. Οι ψυχώσεις αυτού του τομέα περιλαμβάνουν την σχιζοφρένεια, την παραληρητική διαταραχή καθώς και την σχιζοσυναισθηματική διαταραχή που παρουσιάζει στοιχεία σχιζοφρένειας και συναισθηματικής διαταραχής.

Η προσωπικότητα μπορεί να χαρακτηριστεί κλωνισμένη όταν είναι άκαμπτη και δυσπροσαρμοστική. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι "εκκεντρικές" διαταραχές όπως η παρανοειδής, σχιζοειδής και σχιζότυπη κάποιες "δραματικές" ή "συναισθηματικές" όπως αντικοινωνική, οριακή, ναρκισσιστική και όσες σχετίζονται με τον φόβο δηλαδή η αποφευκτική, η ψυχαναγκαστική και η εξαρτητική. Συνήθως οι παραπάνω διαταραχές εμφανίζονται στην εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή. (Abbass et al., 2014)

Σημαντική κατηγορία είναι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής οι οποίες διακρίνονται από δυσανάλογη ανησυχία σε θέματα φαγητού και βάρους. Σε αυτές ανήκουν η ψυχογενής ή νευρική ανορεξία, η ψυχογενή βουλιμία και η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας.

Άτομα που είναι παθολογικά ανίκανα να αντισταθούν σε παρορμήσεις με αποτέλεσμα να βλάπτουν τον εαυτό τους ή άλλους ταξινομούνται στις διαταραχές ελέγχου παρόρμησης οι οποίες περιλαμβάνουν τον σύνδρομο Τουρέτ, την κλεπτομανία, την πυρομανία και διάφορους άλλους εθισμούς.

Όσοι υποφέρουν από διαταραχές προσωπικής ταυτότητας και μνήμης όπως η αμνησία ή η γεροντική άνοια καθώς και της γενικότερης επίγνωσης του εαυτού τους όπως η διαταραχή της αποπροσωποποίησης, ταξινομούνται στην κατηγορία των δυσχιστικών διαταραχών ταυτότητας. (Abbass et al., 2014)

Ορισμένες διαταραχές συμβαίνουν αρχικά στην παιδική ηλικία και ακολουθούν έως την ενήλικη ζωή, ονομάζονται αναπτυξιακές, και σε αυτές ανήκουν ο αυτισμός, η διαταραχή αγωγής ή δυσκοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (σε ενήλικες) και η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ). (Strumia, 2013)

Ακόμα μία κατηγορία είναι οι σωματόμορφες διαταραχές που μπορούν να διαγνωσθούν όταν παρουσιάζονται σωματικά προβλήματα που θεωρούνται εκδηλώσεις ψυχικών διαταραχών. Περιλαμβάνουν τις σωματοποιητικές, την διαταραχή μετατροπής και την σωματική δυσμορφική διαταραχή που σχετίζεται με την εικόνα του ασθενούς για το σώμα του.

Τέλος υπάρχουν ορισμένα σπάνια ψυχικά σύνδρομα τα οποία αποκτούν το όνομα τους από το άτομο που έκανε πρώτο λόγο για αυτά, όπως είναι το σύνδρομο Κοτάρ, το σύνδρομο Έκμπομ, το σύνδρομο Οθέλο, το σύνδρομο Γκάνσερ κ.α. (Dieterich et al., 2010)

1.5 Αιτίες

Οι ψυχικές διαταραχές μπορούν να προκύψουν από πολλές διαφορετικές πηγές και δεν έχουν εδραιωθεί ακριβείς και αποδεκτές αιτίες. Είναι όμως γνωστό πως δεν οφείλονται σε προσωπικές αδυναμίες ή ελαττώματα του χαρακτήρα. Πλήττονται άτομα όλων των ηλικιών, κοινωνικών και οικονομικών στρωμάτων και πολιτισμών και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων ποικίλλει σε διάρκεια και ένταση ανάλογα με τις περιστάσεις και την μορφή της διαταραχής. Υπάρχουν ωστόσο δύο κύριες αντιλήψεις που προσπαθούν να εξηγήσουν την εμφάνιση τους, η βιολογική και η ψυχολογική θεωρία καθώς και πολλές ενδιάμεσες που υποστηρίζουν τον συνδυασμό βιολογικών παραγόντων και εμπειριών. (Abbass et al., 2014)

Βιολογική θεωρία

Ισχυρίζεται πως οι ψυχικές ασθένειες είναι αποτέλεσμα βιολογικών παραγόντων σχετιζόμενοι με ελαττωματική λειτουργία του εγκεφάλου. Ορισμένοι τύποι θεωρούνται νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Σύμφωνα με μελέτες διάφορα γονίδια ενδέχεται να συμβάλλουν στην δημιουργία ψυχικών διαταραχών ωστόσο είναι δύσκολη η ταυτοποίηση των γονιδίων με τις διαταραχές. Επίσης η ανώμαλη λειτουργία νευροδιαβιβαστικών κυκλωμάτων εμπλέκεται σε αρκετές ψυχογενείς νόσους όπως το σύστημα σεροτονίνης, νορεπινεφρίνης, ντοπαμίνης και γλουταμινικού οξέος.

Ψυχολογική θεωρία

Υποστηρίζει πως οι εμπειρίες της παιδικής κυρίως ηλικίας αλλά και μεταγενέστερα είναι ευθύνονται ως ένα βαθμό στην εμφάνιση διαταραχής. Ένα προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον ή ακόμα και κάποιο συμβάν που προκάλεσε ταραχή στην ψυχική ισορροπία και υγεία του παιδιού μπορεί να παίξει καταλυτικό παράγοντα στην εμφάνιση ψυχικής νόσου.

Ενδιάμεσες αντιλήψεις

Σε πολλά είδη ψυχικών νόσων, όπως οι ψυχωτικές και σοβαρές μη ψυχωτικές στις οποίες δεν έχουν βρεθεί εξωγενείς παράγοντες που να αιτιολογούν την κλινική τους εικόνα, είναι πιθανότερο οι βιολογικοί παράγοντες να παίζουν πρωταρχικό ρόλο. Ακόμα λοιπόν και σε τόσο σοβαρές παθήσεις οι εμπειρίες της παιδικής ζωής συνέβαλαν στην εμφάνιση της ψύχωσης η οποία υπό ευνοϊκότερες συνθήκες ενδέχεται

να μην εκδηλωνόταν. Άρα αν και σε περιπτώσεις που οι βιολογικοί παράγοντες είναι κυρίαρχοι δεν σημαίνει ότι είναι καθοριστικοί και αυτοτελείς. Εφόσον λοιπόν ισχύει για τόσο βαριές διαταραχές όπως οι ψυχώσεις μπορεί να ισχυριστεί το ίδιο και στις υπόλοιπες τυπικές ή άτυπες. (Abbass et al., 2014)

Απορρέει λοιπόν το συμπέρασμα πως εάν στο παρελθόν ενός ατόμου με ψυχογενή διαταραχή δεν υπήρξε κάποιο περιστατικό που το στιγμάτισε πυροδοτώντας την νόσο, ίσως εκείνη να μην εμφανιζόταν. Άρα η ρίζα κάθε μορφής κλωνισμού είναι η αρνητική εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του το οποίο έρχεται υποσυνείδητα σε σκέψεις αναξιότητας και αδυναμίας ότι δηλαδή δεν είναι αποδεκτό ή άξιο σεβασμού και αγάπης υποτιμώντας έτσι τις ικανότητες του.

Οι πεποιθήσεις αυτές συνήθως αποκτούνται από τον συνδυασμό των αρνητικών εμπειριών και ενός υψηλού βαθμού ευαισθησίας και αυτεπίγνωσης βιώνοντας δυσάρεστα συναισθήματα που χαρακτηρίζουν τις διαταραχές όπως η υπερβολική και επίμονη θλίψη (κύριο σύμπτωμα κατάθλιψης) , άγχος και ανησυχία χωρίς προφανή λόγο (αγχώδης διαταραχή) , κρίσεις πανικού , υπερβολικό φόβο για καταστάσεις (φοβίες) , η υπερβολική ανησυχία για το βάρος του σώματος (διαταραχές πρόσληψης τροφής).

Τα συναισθήματα αυτά οδηγούν σε προβληματικές συμπεριφορές όπως αδιαθεσία για δημιουργικές δραστηριότητες, αποφυγή μεγάλης ποικιλίας καταστάσεων ή καταναγκαστικές συμπεριφορές, εθελοντικός υποσιτισμός ή επεισόδια βουλιμίας που ακολουθούνται από προκλητό έμετο. (Abbass et al., 2014)

Άλλα αίτια

Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο: είναι οι βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί παράμετροι με τους οποίους πολλές ψυχικές νόσοι γίνονται αντιληπτές ως διαταραχές των κυκλωμάτων του εγκεφάλου που πιθανότερα προκαλούνται από αναπτυξιακές διαδικασίες.

Περιβαλλοντικά γεγονότα: κατά την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό επισημαίνονται ως πιθανές τραυματικές εγκεφαλικές βλάβες αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης.

Τικές λοιμώξεις και κατάχρηση ουσιών

Κοινωνικές επιδράσεις: κακοποίηση και παραμέληση κυρίως κατά την πρώιμη ζωή, κοινωνικό άγχος και κοινωνικοοικονομική ανασφάλεια.

Κληρονομικότητα: γενετική βάση που κάνει ορισμένα άτομα να αναπτύξουν μεγάλες πιθανότητες ψυχογενών διαταραχών. (Dieterich et al., 2010)

1.6 Επιδημιολογικές μελέτες

Σε παγκόσμιο επίπεδο τα άτομα που πάσχουν από ψυχολογικές, νευρολογικές ή συμπεριφορικές διαταραχές ανέρχονται σε εκατομμύρια.

Επιδημιολογικές μελέτες στον γενικό πληθυσμό δείχνουν πως το 14-16% των Ελλήνων πάσχει από κάποια ψυχογενή νόσο με συχνότερες τις αγχώδεις. Συχνή είναι και η ύπαρξη διαταραχών μεταξύ εκείνων που απευθύνονται σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπως είναι το ΙΚΑ, τα εξωτερικά ιατρεία κλπ. Σε μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) βρέθηκε ότι το 22% των ατόμων που επισκέπτονται αυτές τις υπηρεσίες πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα. (Abbass et al., 2014)

Οι συχνότερες διαγνώσεις ήταν η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή(14,9%) , η κατάθλιψη (6,4%) , το αίσθημα ανεξήγητης κόπωσης και καταβολής (4,6%) και η κατάχρηση του αλκοόλ (3,5%). Αξίζει να σημειωθεί πως η αναγνώριση τους από τους Έλληνες γιατρούς θεωρήθηκε ιδιαίτερα χαμηλή (22%). (Strumia, 2013)

1.7 Στάση ατόμων απέναντι στις ψυχικές διαταραχές

Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες έχουν διαμορφώσει ένα δικό τους τρόπο επικοινωνίας και αντίληψης του περιβάλλοντος τους ο οποίος δεν χρειάζεται να απορρίπτεται από το κοινωνικό σύνολο. Είναι ανάγκη οι πολίτες να μάθουν να αντιμετωπίζουν ισάξια τους ψυχικά πάσχοντες και να αποφεύγουν να χρησιμοποιούν εκφράσεις που διαταράσσουν την ψυχική τους ισορροπία. Όσοι υποφέρουν από συναισθηματικά βάσανα φοβούνται πως θα θεωρηθούν «μη φυσιολογικοί». Η ανασφάλεια αυτή οδηγεί στην σκέψη ότι είναι κοινωνικά στιγματισμένοι αποτρέποντας τους από την αναζήτηση υποστήριξης. Αυτή η απροθυμία ενισχύεται όταν κάποιος χρησιμοποιεί άθελα ή ηθελημένα μία φράση που διαιωνίζει την άποψη του ψυχικού νοσήματος ως επαίσχυντο ή κουραστικό. Είναι λοιπόν αρκετά δύσκολο το να γνωρίζει κάποιος τι είναι πιο σωστό να πει σε ένα άτομο που πάσχει, τι να αποφύγει και ποιες εναλλακτικές υπάρχουν. Παρακάτω αναφέρονται ενδεικτικά ορισμένες φράσεις που

χρησιμοποιούνται σε συζητήσεις με τέτοια άτομα καθώς και παραλλαγές τους ώστε να γίνουν βοηθητικές και όχι επικριτικές. (Abbass et al., 2014)

“Πως κάνεις έτσι” ή “Μην παρανοείς”

Η φράση αυτή μπορεί να ακουστεί ακούσια σε έναν ψυχικά υγιή ωστόσο το αποτέλεσμα είναι άσχημο για κάποιον που νιώθει ευάλωτος και που δεν αντιμετωπίζεται με σεβασμό και κατανόηση.

Εναλλακτικά μία πράξη που χρήζει αναφοράς μπορεί να ειπωθεί πιο συγκεκριμένα και να τονίζονται οι λέξεις που χαρακτηρίζουν μια όμορφη εμπειρία : “Η βόλτα στην φύση ήταν πολύ ανανεωτική”

“Μην ανησυχείς για αυτό” ή “Χαλάρωσε”

Η χρήση τέτοιου είδους εκφράσεων υποβαθμίζει αυτό που αισθάνεται κάποιος αφού ήδη γνωρίζει τι νιώθει.

Χρειάζεται λοιπόν υποστήριξη χωρίς επικριτικό τόνο όπως “Είμαι εδώ αν θέλεις να μιλήσεις”. Έτσι δεν προκαλείται περαιτέρω άγχος και ο ασθενής ηρεμεί.

“Θέλω να αυτοκτονήσω”

Είναι μία συνηθισμένη έκφραση που χρησιμοποιείται όταν κάποιος βιώνει μία δύσκολη κατάσταση η οποία δεν είναι ανάγκη να ειπωθεί σε ένα άτομο που έχει αυτοκτονικές τάσεις διότι εντείνονται όταν ακούει κάποιον με ένα προβληματισμό να την χρησιμοποιεί.

Αρκεί η αποφυγή της υπερβολής των αντιδράσεων και είναι προτιμότερη η παραδοχή μίας δύσκολης κατάστασης η οποία βοηθά το ψυχικά μη υγιές άτομο να νιώσει χρήσιμο εφόσον είναι διατεθειμένο να ακούσει.

“Η θεραπεία είναι για αδύναμους” ή “Δεν υπάρχει λόγος θεραπείας αφού οι άνθρωποι μπορούν να τα λύσουν μόνοι τους”

Μία τέτοια δήλωση είναι τρομακτική ενίσχυση του αρνητικού στίγματος ενάντια στην παραδοχή ότι το άτομο πάσχει από μία ασθένεια. Η αναζήτηση βοήθειας χρειάζεται δύναμη και για αυτό τον λόγο είναι αναγκαία η συμπαράσταση και όχι η ενδυνάμωση των φόβων. (Strumia, 2013)

Δεν χρειάζεται λοιπόν ιδιαίτερη αναφορά ή στην περίπτωση που προκύψει συζήτηση η διακριτική προτροπή για υποστήριξη.

“Τα πράγματα θα είναι καλύτερα” ή “Από αύριο είναι μία καινούργια μέρα”.

Αν και το συναίσθημα αυτό εκφράζεται καλοπροαίρετα σε κάποιον με αγχώδη διαταραχή ή κατάθλιψη που η κάθε στιγμή του είναι μία δοκιμασία μπορεί να επιφέρει

αρνητικά αποτελέσματα. Επίσης το πρόσωπο που το λέει αποστασιοποιείται και δεν δείχνει κατανόηση.

Εναλλακτικά χρειάζονται φράσεις που να δείχνουν την συμπαράσταση και την προθυμία να ακούσουν τα προβλήματα των πασχόντων. Για παράδειγμα : " Αυτό πρέπει να είναι αρκετά δύσκολο για να σε έχει ενοχλήσει τόσο , είμαι εδώ για να ακούσω".

Μπορεί λοιπόν να είναι δύσκολη η συνομιλία με τον ψυχικά ασθενή κυρίως όμως όχι λόγω της ασθένειας αλλά επειδή είναι δύσκολο να βρεθούν οι κατάλληλες λέξεις που θα τον προσεγγίσουν χωρίς να διαταράξουν τον ψυχισμό του. Αν και οι παραπάνω δηλώσεις στις περισσότερες περιπτώσεις δεν γίνονται από κακία μπορεί να κρύβουν στερεότυπα που γίνονται εύκολα αντιληπτά. Άρα είναι ιδανικότερη η τήρηση ουδέτερης στάσης και η ένδειξη συμπαράστασης και ακρόαση των ανησυχιών τους χωρίς να υπάρχει τόνος λύπησης η επίκρισης. (Abbass et al., 2014)

1.8 Αντιμετώπιση

Το πρώτο κρίσιμο βήμα στην θεραπεία των ψυχογενών διαταραχών είναι η λεπτομερής και έγκυρη διάγνωση από ειδικό ο οποίος είναι εξοικειωμένος με αυτές τις περιπτώσεις. Υπάρχουν πολλές δομές που εξειδικεύονται στην παροχή στήριξης όπως τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, κλινικές και κοινωνικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας που απαρτίζονται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, και σύμβουλους ψυχικής υγείας που είναι συνεχώς διαθέσιμοι για τους ασθενείς. (Abbass et al., 2014)

Παρόλα αυτά είναι ιδιαίτερα δύσκολο για τον πάσχοντα να ανοιχτεί και να εμπιστευτεί σε κάποιον τις σκέψεις του και τους φόβους του κυρίως επειδή υπάρχει η προκατάληψη πως η αναζήτηση βοήθειας είναι δείγμα αδυναμίας χαρακτήρα. Ωστόσο αντίθετα με την κοινή γνώμη η αναζήτηση κατάλληλης επιστημονικής βοήθειας θεωρείται ένδειξη υπευθυνότητας και συνείδησης και δεν μπορεί κάποιος να το αντιμετωπίσει μόνος του. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο ρόλος της οικογένειας και του φιλικού περιβάλλοντος είναι καταλυτικός αφού δίνει ώθηση και θάρρος στον ασθενή να προχωρήσει.

Συνήθως υπάρχουν ορισμένες κύριες οδηγίες που συνιστώνται, όπως το να ακολουθείται η αγωγή και να διατηρείται ισορροπημένο και σταθερό πρόγραμμα, η

σωματική άσκηση, ο επαρκής ύπνος, η σωστή διατροφή καθώς και ο ποιοτικός χρόνος με οικία άτομα.

Έχουν αναπτυχθεί λοιπόν πολλές μέθοδοι για την αντιμετώπιση των ασθενειών αυτών. Μία από τις πιο βασικές είναι η ψυχοθεραπεία η οποία έχει διάφορους τύπους όπως η Γνωστική Συμπεριφορική, που βασίζεται στην αλλαγή των σχημάτων της σκέψης και των συμπεριφορών που σχετίζονται με τις διαταραχές, η ψυχανάλυση που απευθύνεται σε ασυνείδητες άμυνες και η συστημική ή οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Άλλη μία λύση είναι η φαρμακευτική αγωγή η οποία χρησιμοποιεί ποικιλία ομάδων φαρμάκων. Τα αντικαταθλιπτικά για παράδειγμα αντιμετωπίζουν την κλινική κατάθλιψη και τα αγχολυτικά τα προβλήματα άγχους. Οι σταθεροποιητές συναισθήματος χρησιμοποιούνται στη διπολική διαταραχή, τα αντιψυχωτικά στη σχιζοφρένεια και στις ψυχώσεις και τα ψυχοδιεγερτικά στην Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. (Abbass et al., 2014)

Χρήσιμη είναι επίσης η συμβουλευτική και τα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης που παρέχουν τις πληροφορίες για την κατανόηση και την διαχείριση των προβλημάτων τους.

Σε πιο σοβαρές κλινικές καταστάσεις εφαρμόζεται η ηλεκτροσπασμοθεραπεία όταν οι υπόλοιπες παρεμβάσεις δεν έχουν αποτελέσματα. Στα άτομα που την λαμβάνουν χορηγείται αναισθησία ώστε να μην αισθάνονται πόνο κατά την διάρκεια.

Τέλος έχει ανακαλυφθεί μία καινούργια μέθοδος, η ψυχοχειρουργική, η οποία είναι σε πειραματικό στάδιο αλλά υποστηρίζεται από ορισμένους νευρολόγους.

Με την κατάλληλη λοιπόν βοήθεια οι περισσότεροι πάσχοντες κατακτούν ένα μεγάλο μέρος της προηγούμενης λειτουργικότητάς τους, αρκεί να εφαρμόζουν τις οδηγίες των ειδικών και να συμμορφώνονται με τις υποδείξεις τους. Οι ψυχοθεραπείες είναι πολλών ειδών και είναι αναγκαίο να εφαρμόζεται εκείνη που ταιριάζει σε κάθε άτομο ξεχωριστά. (Strumia, 2013)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ



2.1 Ορισμός

Η ψυχογενής βουλιμία είναι μια σοβαρή, δυνητικά απειλητική για τη ζωή διαταραχή της διατροφής που χαρακτηρίζεται από έναν κύκλο υπερβολικής συμπεριφοράς και αντισταθμιστικών συμπεριφορών, όπως αυτό-εμφανιζόμενος έμετός που έχει σχεδιαστεί για να αναιρεί ή να αντισταθμίζει τις επιπτώσεις της υπερβολικής κατανάλωσης (Mehler, 2001).

Αποτελεί μια ψυχολογική διαταραχή διατροφής που χαρακτηρίζεται από επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης (κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής σε μία συνεδρίαση). Αυτό συνοδεύεται από αίσθηση ελέγχου της συμπεριφοράς του φαγητού και ακολουθούνται από ακατάλληλες μεθόδους για την προσπάθεια απώλειας βάρους, όπως έμετος, υπερβολική χρήση καθαρτικών και διουρητικών ή καταναγκαστική άσκηση.

Η βουλιμία τείνει να αναπτύσσεται αργά στην παιδική ηλικία ή στην αρχή της ενηλικίωσης. Επηρεάζει τις γυναίκες συχνότερα από τους άνδρες. Τα άτομα με βουλιμία εκτελούν συχνά τις συμπεριφορές κρυφά, αισθάνονται αηδιασμένοι και ντροπιασμένοι όταν γλιστρούν, αλλά ανακουφίζονται μόλις εκκαθαριστούν. Τα άτομα με βουλιμία συνήθως ζυγίζουν εντός του φυσιολογικού εύρους για την ηλικία και το ύψος τους. Ωστόσο, μπορεί να φοβούνται να κερδίσουν βάρος, να επιθυμούν να χάσουν βάρος και να αισθάνονται έντονα δυσαρεστημένοι με το σώμα τους. (Sansone, 2012)

2.2 Επιδημιολογία

Σε κοινοτικές μελέτες, ο επιπολασμός της νευρικής βουλιμίας κυμαίνεται μεταξύ 0,5% και 1,0% σε νεαρές γυναίκες, με ομοιόμορφη κατανομή κοινωνικής τάξης. Περίπου το 90% των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με νευρική βουλιμία είναι γυναίκες. Οι αριθμοί που παρουσιάζονται με νευρική βουλιμία σε βιομηχανικές χώρες αυξήθηκαν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας μετά την αναγνώρισή του στα τέλη της δεκαετίας του 1970, αν και η συχνότητα εμφάνισης έχει φτάσει στο ύψος ή ακόμη και έχει μειωθεί από τότε, με συχνότητα νέων διαγνώσεων σε 6,6 ανά 100.000 το 2000. Ένα "φαινόμενο κοόρτης", με αυξανόμενη επίπτωση, έχει αναφερθεί σε κοινοτικές έρευνες. (Sansone, 2012)

Ο επιπολασμός των διατροφικών διαταραχών όπως η νευρική βουλιμία είναι χαμηλότερος σε μη βιομηχανικούς πληθυσμούς και ποικίλλει μεταξύ των εθνοτικών

ομάδων. Οι γυναίκες αφροαμερικάνων έχουν χαμηλότερο ποσοστό περιοριστικής δίαιτας σε σύγκριση με τις λευκές αμερικανικές γυναίκες, αλλά έχουν παρόμοιο ποσοστό επαναλαμβανόμενης υπερβολικής κατανάλωσης. (Hochlerhnert et al., 2010) Ενώ ο επιπολασμός της νευρικής ανορεξίας για τις γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι 0,5% έως 1%, ο επιπολασμός της νευρικής βουλιμίας είναι 2% έως 3% και μπορεί να είναι τόσο υψηλός όσο 10% σε ευάλωτους πληθυσμούς, όπως γυναίκες ηλικίας κολεγίου. 6 Τα αρσενικά επηρεάζονται από διατροφικές διαταραχές με ρυθμό το ένα δέκατο των γυναικών. Δημογραφικά, οι περισσότεροι ασθενείς με νευρική βουλιμία είναι άγαμοι, εκπαιδούνται στο κολέγιο και στα μέσα της δεκαετίας του '20. Ωστόσο, οι περισσότεροι ασθενείς αρχίζουν να αντιμετωπίζουν βολιμικά συμπτώματα κατά την εφηβεία. 7 Το νεύρο Bulimia εμφανίζεται στο 2,3% των λευκών γυναικών, αλλά μόνο στο 0,40% των έγχρωμων γυναικών. (Strumia, 2013)

Οι παράγοντες κινδύνου για τη νευρική βουλιμία περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται σε αυτά, σεξουαλική κακοποίηση παιδικής ηλικίας, ομοφυλοφιλία ανδρών, φαγητό μόνος, ζώντας σε ένα σπίτι πόνου, διαβητικός κακός γλυκαιμικός έλεγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δίαιτα, συμμετοχή στον αθλητισμό και επαγγέλματα που εστιάζουν βάρος. (Mehler, 2001)

2.3 Αίτια

Η ακριβής αιτία της βουλιμίας δεν είναι γνωστή, αλλά η έρευνα δείχνει ότι ένας συνδυασμός ορισμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, συναισθημάτων και προτύπων σκέψης, καθώς και βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων μπορεί να είναι υπεύθυνοι. Οι ερευνητές πιστεύουν επίσης ότι αυτή η διατροφική διαταραχή μπορεί να ξεκινήσει με τη δυσαρέσκεια του σώματος του ατόμου και την έντονη ανησυχία με το μέγεθος και το σχήμα του σώματος. Συνήθως τα άτομα που πάσχουν από βουλιμία έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και φοβούνται να γίνουν υπέρβαρα . Το γεγονός ότι η βουλιμία τείνει να τρέχει σε οικογένειες υποδηλώνει επίσης ότι μπορεί να κληρονομηθεί μια ευαισθησία στη διαταραχή. (Strumia, 2013)

2.4 Κλινική εικόνα

Η διάγνωση και η μακροχρόνια θεραπεία της νευρικής βουλιμίας απαιτούν από τον ιατρό να έχει γνώση των σκέψεων του ασθενούς σχετικά με το βάρος, το φαγητό και τις τελετές διατροφής. Τα βασικά συμπτώματα της νευρικής βουλιμίας περιλαμβάνουν μόνο ακατάλληλη συμπεριφορά και αντισταθμιστική συμπεριφορά, όχι χαμηλό σωματικό βάρος. Είναι πιθανό για έναν ασθενή να υποφέρει από νευρική βουλιμία και να έχει σωματικό βάρος φυσιολογικό ή πάνω από αυτό. Για το λόγο αυτό, οι φυσιολογικοί και υπέρβαροι ασθενείς δεν πρέπει να παραβλέπονται εάν υπάρχουν άλλα συμπτώματα ή σημεία νευρικής βουλιμίας. (Hochlerhner et al., 2010)

2.5 Αντιμετώπιση και θεραπεία ψυχογενούς βουλιμίας

Η θεραπεία με βουλιμία απαιτεί την εξέταση τόσο των φυσικών όσο και των ψυχολογικών αναγκών του ατόμου. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει ψυχολογική συμβουλευτική και φάρμακα. Η αντικαταθλιπτική φλουοξετίνη (Prozac) είναι εγκεκριμένη από το FDA για τη θεραπεία της βουλιμίας και οι γιατροί μερικές φορές προτείνουν άλλα αντικαταθλιπτικά ή τύπους φαρμάκων. Σε πολλές περιπτώσεις, η θεραπεία πραγματοποιείται από μια ομάδα επαγγελματιών ιατρικής, διατροφικής και ψυχικής υγείας. Το ιδανικό αποτέλεσμα της θεραπείας είναι η αποκατάσταση της φυσικής υγείας και των φυσιολογικών τρόπων διατροφής. (Mehler, 2001)

Οι περισσότεροι ασθενείς με νευρική βουλιμία δεν χρειάζονται νοσηλεία και η προτιμώμενη μέθοδος θεραπείας βασίζεται σε εξωτερικούς ασθενείς. Η θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς (CBT) είναι η τυπική και προτιμώμενη ψυχολογική μέθοδος θεραπείας για αυτούς τους ασθενείς. Σε πολλαπλές μελέτες, η CBT έχει αποδειχθεί ανώτερη από άλλες μορφές ψυχολογικής θεραπείας, όπως η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία. (Sansone, 2012)

Η μέθοδος CBT έχει 3 φάσεις που επικαλύπτονται σε μια θεραπεία 20 εβδομάδων. Κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης, οι ασθενείς διδάσκονται για τη νευρική βουλιμία και ενέργειες που διαγωνίζουν την ασθένεια. Ο ασθενής διατηρεί λεπτομερή αρχεία φαγητού, συμπεριλαμβανομένης της συχνότητας του επεισοδίου ή του καθαρισμού, τα οποία χρησιμοποιούνται σε συνεδρίες θεραπείας. Η δεύτερη φάση συνίσταται στη διδασκαλία του ασθενούς να διευρύνει τις επιλογές φαγητού και επιπλέον χρόνος αφιερώνεται στη διόρθωση δυσλειτουργικών τροφών και σωματικών σκέψεων. Οι

τελευταίες συνεδρίες θεραπείας περιλαμβάνουν το τρίτο στάδιο και επικεντρώνονται στη συντήρηση και την πρόληψη υποτροπών. Με την ολοκλήρωση της CBT, το 45% των ασθενών σταμάτησαν να ξεφύγουν και το 35% δεν πληρούσαν πλέον τα διαγνωστικά κριτήρια για τη νευρική βουλιμία. (Keel et al., 2002)

Η υποτροπή εμφανίζεται κυρίως κατά τους πρώτους 4 μήνες μετά την CBT και επηρεάζει το 31% έως 44% των ασθενών. Η υποτροπή έχει αποδοθεί σε χαμηλά κίνητρα κατά τη διάρκεια της θεραπείας και σε υπερβολικά τελετουργικό φαγητό και σε υψηλή συχνότητα εμετού πριν από τη θεραπεία. Η ταχεία και παρατεταμένη ανταπόκριση στο CBT έχει βρεθεί ότι εξαρτάται από τη συχνότητα του επεισοδίου πριν από τη θεραπεία και μια αυτοκατευθυνόμενη προσωπικότητα. (Hochlerhner et al., 2010)

Η φαρμακολογική θεραπεία μπορεί να είναι πρωτογενής ή συμπληρωματική θεραπεία για τη νευρική βουλιμία. Η φλουοξετίνη έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη θεραπεία της νευρικής βουλιμίας. Μία κλινική δοκιμή διάρκειας 16 εβδομάδων και 2 διπλών τυφλών 8 εβδομάδων που διεξήχθη στις αρχές έως τα μέσα της δεκαετίας του 1990, όλες διαπίστωσαν ότι η φλουοξετίνη, 60 mg / ημέρα, μείωσε σημαντικά τη συνολική υπερτροφία και τον εμετό. Η φλουοξετίνη έχει επίσης αναφερθεί ότι μειώνει σημαντικά τον εμετό και την υπερβολική κατανάλωση σε μόλις 4 εβδομάδες θεραπείας. Οι βουλιμικοί ασθενείς που παρακολούθησαν έως και 1 χρόνο σε θεραπεία με φλουοξετίνη βρέθηκαν να έχουν σημαντικά μειωμένη πιθανότητα υποτροπής και βελτιωμένο συνολικό αποτέλεσμα σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. (Hochlerhner et al., 2010)

Μια σειρά περιπτώσεων λιποβαρών ασθενών με υπερτροφία και καθαρισμό ανέφερε ότι η σερτραλίνη ήταν αποτελεσματική στην αποκατάσταση βάρους και στη μείωση των βασικών συμπεριφορών διατροφικής διαταραχής. Παρόλο που η σιταλοπράμη ήταν αποτελεσματική στη θεραπεία διαταραχής υπερτροφίας, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ περιπτώσεων και μαρτύρων για τη φλουβοξαμίνη. Το Milnacipran, ένα αντικαταθλιπτικό και με σεροτονινεργική και νοραδρενεργική λειτουργία, ήταν αποτελεσματικό για τη μείωση των βουλιμικών συμπτωμάτων σε μια ανεξέλεγκτη σειρά περιπτώσεων. Μέχρι σήμερα, η φλουοξετίνη παραμένει το μόνο φάρμακο που έχει εγκριθεί από τον Αμερικανικό Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων για τη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας. (Keel et al., 2002)

Ο συνδυασμός της CBT με τη θεραπεία με φλουοξετίνη έχει αποδειχθεί ότι είναι ανώτερος από τη φαρμακευτική αγωγή ή την CBT μόνο. Η συχνότητα και η

σοβαρότητα του εμέτου και της υπερβολικής κατανάλωσης μειώθηκαν σε ασθενείς και στις δύο θεραπείες. Επίσης, σε μια πρόσφατη μελέτη, οι ασθενείς ανέφεραν καλύτερη κοινωνική προσαρμογή έως και 10 χρόνια μετά τη λήψη CBT, φλουοξετίνης ή και τις δύο θεραπείες για τη θεραπεία της νευρικής βολιμίας σε σύγκριση με εκείνη των γυναικών που είχαν τυχαιοποιηθεί στο εικονικό φάρμακο. 85 Για τους βουλιμικούς ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην CBT, η φλουοξετίνη έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη μείωση των βουλιμικών χαρακτηριστικών. 86 Υπό το φως αυτής της έρευνας, η τρέχουσα θεραπεία για τη νευρική βουλιμία συνίσταται σε θεραπεία με CBT και φλουοξετίνη με βάση εξωτερικούς ασθενείς.

Γενικά, η θεραπεία των φυσικών συμπτωμάτων εξαρτάται από τη σοβαρότητα του προβλήματος (π.χ. υποκαλιαιμία) και από το εάν αναμένεται αντιστροφή ή όχι στην παύση των συμπεριφορών εκκαθάρισης (π.χ. δυσφαγία). (Sansone, 2012)

Οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο να παραπέμψουν τους ασθενείς για ειδική φροντίδα σε καταστάσεις όπου τα συμπτώματα της διατροφικής διαταραχής είναι επίμονα, συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία, ή συναντώνται αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές ή αυτοκτονικός ιδεασμός. Οι εξειδικευμένες κλινικές που απευθύνονται στη φροντίδα ασθενών με διατροφικές διαταραχές μπορεί να είναι πιο ευεργετικές. (Keel et al., 2002)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ



3.1 Ορισμός

Η νευρική ανορεξία είναι μια διατροφική διαταραχή που ορίζεται από τον περιορισμό της πρόσληψης ενέργειας σε σχέση με τις απαιτήσεις, οδηγώντας σε ένα σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος. Οι ασθενείς θα έχουν έντονο φόβο να αποκτήσουν βάρος και να παραμορφώσουν την εικόνα του σώματος με την αδυναμία αναγνώρισης της σοβαρότητας του σημαντικά χαμηλού σωματικού τους βάρους. (Gander et al., 2018)

Η νευρική ανορεξία είναι η πιο σοβαρή διατροφική διαταραχή. έχει μια παρατεταμένη πορεία ασθένειας και το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας μεταξύ όλων των ψυχιατρικών ασθενειών. Χαρακτηρίζεται από περιορισμό της πρόσληψης ενέργειας που ακολουθείται από σημαντική απώλεια βάρους, η οποία μπορεί να κορυφωθεί με καχεξία και σχετικές ιατρικές συνέπειες. (Treasure et al., 2015)

Η νευρική ανορεξία σχετίζεται με υψηλό προσωπικό και οικονομικό κόστος για τους πάσχοντες, τους συγγενείς και την κοινωνία τους. Οι κατευθυντήριες γραμμές πρακτικής βάσει αποδεικτικών στοιχείων στοχεύουν να υποστηρίξουν όλες τις ομάδες που εμπλέκονται στη φροντίδα ασθενών με νευρική ανορεξία, παρέχοντάς τους επιστημονικά ορθές συστάσεις σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία. (Treasure et al., 2015)

3.2 Επιδημιολογία

Η νευρική ανορεξία έχει τη μεγαλύτερη θνησιμότητα από οποιαδήποτε ψυχιατρική διαταραχή. Έχει επικράτηση περίπου 0,3% στις νεαρές γυναίκες. Είναι περισσότερο από δύο φορές συχνότερα σε εφηβικά κορίτσια, με μέσο όρο ηλικίας έναρξης 15 ετών. 80-90% των ασθενών με ανορεξία είναι γυναίκες. Η ανορεξία είναι η πιο κοινή αιτία απώλειας βάρους σε νεαρές γυναίκες και της εισδοχής σε παιδικές και εφηβικές νοσοκομειακές υπηρεσίες. (Nagata et al., 2018)

Η νευρική ανορεξία είναι συχνότερη στις γυναίκες από τους άνδρες. Η έναρξη είναι αργά εφηβεία και πρόωμη ενηλικίωση. Ο επιπολασμός της διάρκειας ζωής είναι 0,3% έως 1% (ευρωπαϊκές μελέτες έχουν δείξει τον επιπολασμό 2% έως 4%), ανεξάρτητα από τον πολιτισμό, την εθνικότητα και τη φυλή. Οι παράγοντες κινδύνου για διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνουν την παιδική παχυσαρκία, το φύλο των γυναικών, τις διαταραχές της διάθεσης, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (παρορμητικότητα και τελειομανία), τη σεξουαλική κακοποίηση ή ανησυχίες που

σχετίζονται με το βάρος από οικογενειακά ή ομότιμα περιβάλλοντα. (Phillipou et al., 2018)

3.3 Αίτια

Η ανορεξία δεν έχει καμία αιτία ενώ φαίνεται ότι υπάρχει μια γενετική προδιάθεση αλλά όχι επαρκής για την ανάπτυξη της διαταραχής. Μελέτες σε διδύμους και οικογένειες και μια τρέχουσα ανάλυση πολυκεντρικών γονιδίων υποστηρίζουν παρατηρήσεις ότι η ανορεξία βρίσκεται σε οικογένειες με ιδεοληψίες, τελειομανείς και ανταγωνιστικές ιδιότητες, και πιθανώς και αυτιστικά χαρακτηριστικά φάσματος.

Η νευρική ανορεξία κατακρημνίζεται ως μηχανισμός αντιμετώπισης, για παράδειγμα, αναπτυξιακών προκλήσεων, μεταβάσεων, οικογενειακών συγκρούσεων και ακαδημαϊκών πιέσεων. Η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να προκαλέσει ανορεξία, αλλά όχι πιο συχνά από ό, τι θα προκαλούσε άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Η έναρξη της προεφηβείας και της εφηβείας είναι ιδιαίτερος συνηθισμένα ζητήματα, αλλά η ανορεξία βρίσκεται επίσης χωρίς εμφανή συμπτώματα σε κατά τα άλλα λειτουργικές οικογένειες. (Hoek, 2006)

Η επιτυχία πολλών επαγγελματιών εξαρτάται από το βάρος ενός ατόμου. Τα μοντέλα και οι ηθοποιοί απεικονίζουν ένα επίπεδο λεπτότητας που είναι δύσκολο να επιτευχθεί, και ενισχύεται από το make-up και τις φωτογραφικές αλλαγές. Οι αθλητές σε αθλήματα όπως το μπαλέτο, το τρέξιμο σε μεγάλες αποστάσεις και οι πολεμικές τέχνες πιέζονται να διατηρήσουν άπαχο βάρος σώματος για να ξεπεράσουν τον ανταγωνισμό. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης προωθούν τα μυστικά της διατροφής και τις συμβουλές για την απώλεια βάρους. Πληθυσμοί, όπως οι ώριμες γυναίκες, αναγνωρίζουν τους λεπτούς τύπους σώματος με αυξημένη αυτοεκτίμηση και συνδέουν την απώλεια βάρους με τον αυτοέλεγχο. (Nagata et al., 2018)

3.4 Κλινική εικόνα

Το βασικό ψυχολογικό χαρακτηριστικό της νευρικής ανορεξίας είναι η ακραία υπερτίμηση του σχήματος και του βάρους. Τα άτομα με ανορεξία έχουν επίσης τη φυσική ικανότητα να ανέχονται την υπερβολική αυτοεπιβαλλόμενη απώλεια βάρους. Ο περιορισμός των τροφίμων είναι μόνο μία πτυχή των πρακτικών που

χρησιμοποιούνται για την απώλεια βάρους. Πολλά άτομα με ανορεξία χρησιμοποιούν την υπερβολική άσκηση και υπερδραστηριότητα για να κάψουν θερμίδες. Συχνά επιλέγουν να σταθούν παρά να καθίσουν και έλκονται από τον αθλητισμό, τον και τον χορό. (Gander et al., 2018)

Οι πρακτικές εκκαθάρισης περιλαμβάνουν εμετό που προκαλείται από τον εαυτό τους, μαζί με κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών και "φάρμακα αδυνατίσματος". Οι ασθενείς μπορούν επίσης να ασκήσουν «έλεγχο σώματος», το οποίο περιλαμβάνει επανειλημμένη ζύγιση, μέτρηση, κοίταγμα καθρέφτη και άλλη εμμονική συμπεριφορά για να βεβαιωθούν ότι εξακολουθούν να είναι λεπτοί. (Hoek, 2006)

Σύμφωνα με τη Διεθνή ταξινόμηση ασθενειών, ICD-10, τα κριτήρια για τη νευρική ανορεξία είναι:

(και τα πέντε κριτήρια πρέπει να πληρούνται για να γίνει μια οριστική διάγνωση)

- Το σωματικό βάρος διατηρείται τουλάχιστον 15% κάτω από το αναμενόμενο (είτε χάνεται είτε ποτέ δεν επιτυγχάνεται) ή ο δείκτης μάζας σώματος είναι 17,5 ή λιγότερο. Οι προεμφυτευτικοί ασθενείς ενδέχεται να μην καταφέρουν να αποκτήσουν το αναμενόμενο ποσό βάρους κατά τη διάρκεια της προπονητικής ανάπτυξης
- Η απώλεια βάρους προκαλείται από την αποφυγή «παχυντικών τροφίμων» μαζί με τον αυτοεμφανιζόμενο εμετό, τον καθαρισμό, την υπερβολική άσκηση ή τη χρήση κατασταλτικών ουσιών ή διουρητικών (ή και τα δύο)
- Η εικόνα του σώματος παραμορφώνεται με τη μορφή μιας συγκεκριμένης ψυχοπαθολογίας κατά την οποία ένας φόβος παχύτητας παραμένει ως μια παρεμβατική, υπερτιμημένη ιδέα και ο ασθενής επιβάλλει ένα κατώφλι χαμηλού βάρους στον εαυτό του
- Μια ευρέως διαδεδομένη ενδοκρινική διαταραχή που περιλαμβάνει τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-γονάδας εκδηλώνεται σε γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος και ισχύος (εκτός από την επιμονή των κολπικών αιμορραγιών σε γυναίκες που λαμβάνουν αντικατάσταση ορμονικής θεραπείας, συνήθως το αντισυλληπτικό χάπι). Μπορεί να αυξηθούν οι συγκεντρώσεις της αυξητικής ορμόνης και της κορτιζόλης και μπορεί επίσης να παρατηρηθούν αλλαγές στον περιφερειακό μεταβολισμό της θυρεοειδικής ορμόνης και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης.
- Εάν η έναρξη είναι πριν από την εφηβεία, η ακολουθία των εφηβικών συμβάντων θα καθυστερήσει ή ακόμη και θα συλληφθεί (η ανάπτυξη θα σταματήσει. Στα

κορίτσια τα στήθη δεν θα αναπτυχθούν και θα υπάρχει πρωταρχική αμηνόρροια · στα αγόρια τα γεννητικά όργανα θα παραμείνουν νεανικά). Μετά την ανάρρωση, η εφηβεία συχνά ολοκληρώνεται κανονικά, αλλά η εμμηνόρροια θα είναι αργά (Gander et al., 2018).

3.5 Αντιμετώπιση και θεραπεία ψυχογενούς ανορεξίας

Η θεραπεία για τη νευρική ανορεξία επικεντρώνεται στην αποκατάσταση της διατροφής και στην ψυχοθεραπεία. Οι ασθενείς που χρειάζονται θεραπεία σε εσωτερικούς ασθενείς έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Υφιστάμενες ψυχιατρικές διαταραχές που απαιτούν νοσηλεία
- Υψηλός κίνδυνος αυτοκτονίας (πρόθεση με πολύ θανατηφόρο σχέδιο ή αποτυχημένη προσπάθεια)
- Έλλειψη συστήματος υποστήριξης (σοβαρή οικογενειακή σύγκρουση ή έλλειψη στέγης)
- Περιορισμένη πρόσβαση (ζει πολύ μακριά για να συμμετάσχει σε καθημερινό πρόγραμμα θεραπείας)
- Ιατρικά ασταθής (βραδυκαρδία, αφυδάτωση, υπογλυκαιμία ή κακώς ελεγχόμενος διαβήτης, υποκαλιαιμία ή άλλες ανισορροπίες ηλεκτρολυτών ενδεικτικές του συνδρόμου refeeding, υποθερμία, υπόταση, συμβιβασμός οργάνων που απαιτεί οξεία θεραπεία)
- Κακό κίνητρο για ανάκαμψη (μη συνεργάσιμος, απασχολημένος με παρεμβατικές σκέψεις)
- Εκκαθάριση συμπεριφορών που είναι επίμονες, σοβαρές και εμφανίζονται πολλές φορές την ημέρα
- Σοβαρή νευρική ανορεξία (λιγότερο από το 70% του ιδανικού σωματικού βάρους ή οξεία απώλεια βάρους με απόρριψη τροφής)
- Απαιτείται εποπτευόμενη σίτιση ή / και εξειδικευμένη σίτιση (ρινογαστρικός σωλήνας)
- Δεν είναι δυνατή η παύση της σωματικής άσκησης (δεν αποτελεί μοναδική ένδειξη για νοσηλεία). (Phillipou et al., 2018)

Η θεραπεία εξωτερικών ασθενών περιλαμβάνει εντατική θεραπεία (2 έως 3 ώρες την ημέρα της εβδομάδας) και μερική νοσηλεία (6 ώρες την ημέρα). Οι παιδιατρικοί ασθενείς επωφελούνται από την οικογενειακή ψυχοθεραπεία για να εξερευνήσουν την υποκείμενη δυναμική και να αναδιαρθρώσουν το οικιακό περιβάλλον.

Το σύνδρομο Refeeding μπορεί να συμβεί μετά από παρατεταμένη πείνα. Καθώς το σώμα χρησιμοποιεί γλυκόζη για την παραγωγή μορίων τριφωσφορικής αδενοσίνης (ATP), εξαντλεί τις εναπομένουσες αποθήκες φωσφόρου. Επίσης, η είσοδος γλυκόζης στα κύτταρα προκαλείται από την ινσουλίνη και εμφανίζεται γρήγορα μετά από μεγάλες περιόδους χωρίς τροφή. Και οι δύο προκαλούν ανωμαλίες ηλεκτρολυτών όπως υποφωσφαταιμία και υποκαλιαιμία, προκαλώντας καρδιακό και αναπνευστικό συμβιβασμό. Οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά για σημάδια συνδρόμου ανεφοδιασμού και να παρακολουθούνται στενά οι ηλεκτρολύτες. (Nagata et al., 2018)

Η φαρμακοθεραπεία δεν χρησιμοποιείται αρχικά. Για ασθενείς με οξεία ασθένεια που δεν ανταποκρίνονται στην αρχική θεραπεία, η ολανζαπίνη είναι φάρμακο πρώτης γραμμής. Άλλα αντιψυχωσικά δεν έχουν δείξει παρόμοια αποτελέσματα στην αύξηση βάρους. Για ασθενείς που δεν είναι οξείως άρρωστοι αλλά έχουν συννοσηρές ψυχιατρικές καταστάσεις όπως γενικευμένη διαταραχή άγχους ή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, η συνδυαστική θεραπεία με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) και η θεραπεία είναι η καλύτερη. Οι ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται σε SSRI μπορεί να χρειάζονται αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCA) είναι λιγότερο προτιμώμενα λόγω ανησυχιών για καρδιοτοξικότητα, ειδικά σε υποσιτισμένους ασθενείς. Το Bupropion αντενδείκνυται σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές λόγω του αυξημένου κινδύνου επιληπτικών κρίσεων (Gander et al., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



4.1 Ρόλος νοσηλευτή στην ψυχογενή βουλιμία

4.1.1 Σχέδιο νοσηλευτικής περίθαλψης

Αξιολόγηση και εξέταση

Οι βουλιμικοί ασθενείς αναφέρουν συχνά οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικών διαταραχών, ιδιαίτερα κατάθλιψης. Ο ασθενής μπορεί να περιγράψει μοτίβα διακύμανσης του βάρους και συχνή δίαιτα, μαζί με μια ανησυχία για τα τρόφιμα. Αυτό το σύμπλεγμα χαρακτηριστικών μπορεί να είναι το πρώτο σημάδι της βουλιμίας. (Davies, Bacon, 2016)

Συμπτώματα όπως αιματέμεση, καούρα, δυσκοιλιότητα, αιμορραγία από το ορθό και κατακράτηση υγρών μπορεί να είναι οι αρχικοί λόγοι για τους οποίους ο ασθενής αναζητά υγειονομική περίθαλψη από έναν κύριο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης. Οι ασθενείς μπορεί επίσης να έχουν ενδείξεις για ρήξη του οισοφάγου, όπως πόνο κατά την κατάποση και υποδόριο κάψιμο. Εάν οι ασθενείς αναζητούν θεραπεία για βουλιμία συνήθως έχουν εξαντλήσει διάφορους τρόπους για να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους και την εκκαθάριση. (van Ommen et al., 2009)

Είναι απαραίτητο ένα λεπτομερές ιστορικό διατροφής, καθαρτικής και διουρητικής χρήσης, καθώς και η συχνότητα και ο τρόπος των επεισοδίων bingeing και εκκαθάρισης. Ίσως χρειαστεί να πραγματοποιηθεί μια άμεση έρευνα σχετικά με τα μοτίβα των ασθενών που ζητούν βοήθεια, αλλά ντρέπονται να προσφέρουν εθελοντικά τις πληροφορίες. Θα πρέπει να εκτιμηθεί ποια τρόφιμα και καταστάσεις είναι πιο πιθανό να προκαλέσουν τη συγκεκριμένη κατάσταση.

Συχνά, δεν παρατηρούνται συμπτώματα στη φυσική εξέταση. Θα πρέπει να ληφθεί το βάρος του ασθενούς και να συγκριθεί το με το κανονικό εύρος βάρους για την ηλικία και το ύψος. Σε ασθενείς με χρόνια έμετο, μπορεί να παρατηρηθεί οίδημα της παρωτίδας, το οποίο δίνει στον ασθενή μια χαρακτηριστική εμφάνιση του προσώπου "chipmunk". (Peterson, Fuller, 2019)

Ο ασθενής θα πρέπει να αξιολογηθεί για σημάδια αφυδάτωσης, όπως θαμπό δέρμα, ξηρές βλεννογόνοι και ξηρό δέρμα. Θα πρέπει να σημειωθεί ο αποχρωματισμός των δοντιών και την τερηδόνα από υπερβολικό εμετό, ουλές στο πίσω μέρος του χεριού από χρόνια αυτοεπαγόμενο εμετό και αιμορραγίες του επιπεφυκότα. Ο κακός κοιλιακός τόνος μυών μπορεί να αποτελεί ένδειξη ταχείας διακύμανσης βάρους.

Μπορεί να υπάρχουν σχισίματα ή ρωγμές του ορθού κατά την εξέταση του ορθού λόγω συχνών κλύσεων. Μια νευρολογική αξιολόγηση είναι σημαντική για να αποκλειστούν πιθανά σημάδια όγκου του εγκεφάλου ή διαταραχής κρίσεων.

Θα πρέπει να αξιολογηθούν τρέχοντες στόχοι σταδιοδρομίας του ασθενούς, τις σχέσεις από ομοτίμους, την ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη, την αυτοεκτίμηση και την αντίληψη της εικόνας του σώματος. Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή σε οποιαδήποτε σημάδια κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού και συμπεριφοράς. Θα πρέπει να αξιολογηθεί η ικανότητα του ασθενούς να εκφράσει συναισθήματα και θυμό και ο προσδιορισμός των μεθόδων του ασθενούς για την αντιμετώπιση του άγχους. Επίσης χρειάζεται αξιολόγηση στα πρότυπα επικοινωνίας της οικογένειας, ειδικά πώς η οικογένεια αντιμετωπίζει συγκρούσεις και επιλύει προβλήματα και ο βαθμός στον οποίο η οικογένεια υποστηρίζει την ανάπτυξη του ασθενούς προς την ανεξαρτησία και τον χωρισμό. (Davies, Bacon, 2016)

4.1.2 Παρέμβαση και θεραπεία προγράμματος νοσηλευτικής περίθαλψης

Οι ασθενείς με βουλιμία γενικά δεν χρειάζονται νοσηλεία εκτός εάν παρουσιάσουν σοβαρή ανισορροπία ηλεκτρολυτών, αφυδάτωση ή αιμορραγία από το ορθό. Η βουλιμία διαχειρίζεται συνήθως με ατομική συμπεριφορική και ομαδική θεραπεία, οικογενειακή εκπαίδευση και θεραπεία, φαρμακευτική αγωγή και διατροφικές συμβουλές. Θα πρέπει να υπάρξει συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα για να συντονιστούν οι προσπάθειες και να παραπεμφθεί ο ασθενής στον γιατρό για να αξιολογηθεί η ανάγκη για αντικαταθλιπτικά και φάρμακα κατά του άγχους. (van Ommen et al., 2009)

Είναι βασικό ο νοσηλευτής να συνεργαστεί με τον ασθενή για να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών ή κατά του άγχους φαρμάκων, καθώς και να διερευνήσει τρόπους για τον εντοπισμό καταστάσεων που προηγούνται της κατάθλιψης και του άγχους. Επίσης θα πρέπει να συνεργαστεί με τον διαιτολόγο για να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής είναι εκπαιδευμένος σχετικά με την κατάλληλη διατροφή και τη διατροφική πρόσληψη. (Peterson, Fuller, 2019)

Θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετάσχει σε ατομικές, οικογενειακές και ομαδικές συνεδρίες για να βοηθήσει τον ασθενή να αναπτύξει τρόπους να εκφράσει συναισθήματα, να χειριστεί τον θυμό, να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση, να εξερευνήσει

τις επιλογές σταδιοδρομίας και να αναπτύξει σεξουαλική ταυτότητα και δεξιότητες επιθετικότητας. (Davies, Bacon, 2016)

4.1.3 Εκπαίδευση ασθενούς

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να τρώει αργά και να αποφεύγει να εκτελεί άλλες δραστηριότητες, όπως ανάγνωση ή παρακολούθηση τηλεόρασης ενώ τρώει. Οι περισσότεροι ασθενείς ενθαρρύνονται να μην χρησιμοποιούν διαιτητικές τροφές ή ποτά έως ότου καθοριστεί σταθερό σωματικό βάρος. (van Ommen et al., 2009)

Επίσης, θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να τρώει δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε νάτριο για να αποτρέψει την κατακράτηση υγρών. Η κατακράτηση υγρών είναι κοινή έως ότου το σώμα αναπροσαρμόσει την ισορροπία υγρών του. ο ασθενής μπορεί να χρειαστεί υποστήριξη εάν εμφανίσει οίδημα των δακτύλων, των αστραγάλων και του προσώπου. Καθώς αρχίζει να τρώει και να πίνει κανονικά, θα πρέπει να στηρίζει τον ασθενή εάν αναστατωθεί σχετικά με την αύξηση βάρους και να τον διαβεβαιώσει ότι η αύξηση βάρους και το πρήξιμο είναι προσωρινά. Επίσης, να ενθαρρύνει τον ασθενή να καθιερώσει μια φυσιολογική ρουτίνα άσκησης αλλά να αποφύγει τα άκρα. (Peterson, Fuller, 2019)

4.1.4 Στόχοι των νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Οι στόχοι των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, η διευκόλυνση της ανάπτυξης της ανεξαρτησίας, η διαχείριση του χωρισμού από την οικογένεια, η ανάπτυξη της σεξουαλικής ταυτότητας και η επιλογή σταδιοδρομίας. Θα πρέπει ο νοσηλευτής να εξερευνήσει τρόπους για τον ασθενή να εντοπίσει και να εκφράσει συναισθήματα, να διαχειριστεί τον θυμό και το άγχος, να αναπτύξει δυναμικές δεξιότητες επικοινωνίας και να ελέγξει τις παρορμήσεις ή να καθυστερήσει την ικανοποίηση. (van Ommen et al., 2009)

Επίσης, να βοηθήσει τον ασθενή να μάθει τρόπους να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης και να βρει τρόπους μείωσης του εμετού, καθαρτικού και κακοποίησης διουρητικών του ασθενούς. Μερικοί ασθενείς ανταποκρίνονται καλά στη συστολή ή στη διαχείριση συμπεριφοράς για να μειώσουν αυτές τις συμπεριφορές. Βασική θεωρείται η εκπαίδευση της οικογένειας για την κατάλληλη διατροφή και η

εκπαίδευση σχετικά με τους τρόπους με τους οποίους η οικογένεια μπορεί να διαχειριστεί τις συγκρούσεις και να υποστηρίξει την κίνηση του ασθενούς προς την ανεξαρτησία. (Davies, Bacon, 2016)

4.2 Ρόλος νοσηλευτή στην ψυχογενή ανορεξία

4.2.1 Θεραπευτική σχέση

Η σχέση μεταξύ του παρόχου φροντίδας και του ασθενούς είναι ζωτικής σημασίας για νοσηλευτική περίθαλψη σε εσωτερικούς ασθενείς. Ο νοσηλευτής διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη δημιουργία και την ενίσχυση μιας θεραπευτικής συμμαχίας. Η ενσυναίσθηση, η θετική θεώρηση, η αποδοχή, η ζεστασιά, η δέσμευση, η εμπιστοσύνη, η γνησιότητα και η ικανότητα να είναι μη κρίσιμη θεωρούνται ιδιαίτερα απαραίτητα για τη δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης. Οι αλληλεπιδράσεις επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες, όπως οι εμπειρίες, οι στάσεις και οι αντιλήψεις που φέρνει στη σχέση ο νοσηλευτής και ο ασθενής. (Zugai et al., 2018)

4.2.2 Χαρακτηριστικά Νοσηλευτικού προσωπικό

Οι νοσηλευτές, όπως και οι ασθενείς, ζουν σε μια κοινωνία που συχνά έχει εμμονή με την πρόσληψη τροφής, το μέγεθος του σώματος και τη διατροφική συμπεριφορά. Ζητήματα σωματικού βάρους και σχήματος μπορεί να έχουν ιδιαίτερο νόημα για ορισμένους επαγγελματίες που βιώνουν τους δικούς τους σχετικούς αγώνες. Αυτά τα ζητήματα μπορεί να οδηγήσουν στο αίσθημα ντροπής, αμφιθυμία και ακόμη και φθόνο του φροντιστή όταν εργάζεται με ασθενείς που ενσωματώνουν το εξιδανικευμένο μέγεθος σώματος. (van Ommen et al., 2009)

Αυτά τα ζητήματα μπορεί να συμβάλουν στην υπερβολική ταυτοποίηση και ελαχιστοποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς του ασθενούς και των γνωστικών στρεβλώσεων, ιδιαίτερα εκείνων που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος, τον περιορισμό των τροφίμων και την άσκηση. Μπορεί να είναι δύσκολο να φανταστεί

κανείς γιατί ένα άτομο σκόπιμα θα πεινούσε τον εαυτό του στο σημείο όπου το σώμα είναι γεμάτο από συμπτώματα υποσιτισμού ή γιατί ένα άτομο θα έπαιρνε υπερβολικές ποσότητες τροφής και έπειτα αναγκάστηκε να χρησιμοποιήσει ακραία μέτρα για να το απαλλάξει από το σώμα. Μπορεί να είναι φυσιολογικό ο νοσηλευτής να αισθάνεται μπερδεμένος και απογοητευμένος με το γιατί ο ασθενής απλά δεν τρώει. Ιδιαίτερα για νοσηλευτές που εργάζονται με αυτόν τον πληθυσμό, η σκελετική λεπτότητα ορισμένων ανορεξικών ασθενών μπορεί να είναι σοκαριστική και μπορεί να προκαλέσει αισθήματα θυμού ή επιθυμία να αναλάβει τον έλεγχο και να φροντίσει τους ασθενείς να επιστρέψουν στην υγεία τους. (Zugai et al., 2018)

Ιδιαίτερα σε μια απασχολημένη μονάδα εσωτερικών ασθενών όπου τα συμπτώματα ψυχικής ασθένειας άλλων ασθενών μπορεί να είναι πιο εμφανή, οι ανάγκες των ασθενών με διατροφικές διαταραχές κινδυνεύουν να είναι δευτερεύοντες από τους άλλους επειδή θεωρούνται εσφαλμένα ως «λιγότερο» άρρωστοι. Λαμβάνοντας υπόψη τα ποσοστά θνησιμότητας που σχετίζονται με αυτόν τον πληθυσμό και τις σημαντικές ιατρικές επιπλοκές, είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να είναι υπομονετικός. (Davies, Bacon, 2016)

4.2.3 Σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας

Βασικοί τομείς αξιολόγησης

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση του κύριου παραπόνου, του ιστορικού κοινωνικής και ανάπτυξης, του οικογενειακού ιστορικού, του ιατρικού ιστορικού, του ψυχιατρικού ιστορικού και της ψυχικής κατάστασης. Επιπλέον, θα πρέπει να πραγματοποιηθεί αξιολόγηση των μηχανισμών αντιμετώπισης, των πόρων και της κοινωνικής υποστήριξης. Πρόσθετοι βασικοί τομείς που σχετίζονται με την αξιολόγηση του ασθενούς με διατροφική διαταραχή συζητούνται λεπτομερέστερα. (van Ommen et al., 2009)

Αναπτυξιακό και κοινωνικό ιστορικό

Ο σχεδιασμός των αναπτυξιακών ορόσημων και του κοινωνικού ιστορικού σε μια χρονική γραμμή μπορεί να είναι κατατοπιστικός, ειδικά κατά την αξιολόγηση της σχέσης των γεγονότων με την έναρξη και τη διάρκεια των συμπτωμάτων συμπεριφοράς

διατροφής. Η αξιολόγηση των αναπτυξιακών εργασιών, όπως η εξατομίκευση, ο διαχωρισμός και η ταυτότητα, παρέχει μια ένδειξη ορόσημων και κρίσης. Μια κοινωνική ιστορία περιλαμβάνει την ακαδημαϊκή πρόοδο, το επάγγελμα, τις σχέσεις με ομοτίμους, τις δραστηριότητες, τα τραυματικά γεγονότα και τη χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ. (Zugai et al., 2018)

Οι ασθενείς συχνά περιγράφουν κοινωνικές επιρροές που επηρεάζουν την επιθυμία τους να αλλάξουν το σχήμα ή το βάρος του σώματός τους, όπως πειράγματα παιδικής ηλικίας σχετικά με το βάρος ή εξωτερικά επιβαλλόμενοι περιορισμοί βάρους εξωσχολικών δραστηριοτήτων όπως πλήρωμα, μπαλέτο, γυμναστική, μαζορέτες και πάλη. Ο χρόνος που αφιερώνεται απασχολημένος με το σχήμα του σώματος και το βάρος και ο χρόνος που αφιερώνεται σε αντισταθμιστικές συμπεριφορές συχνά αφήνουν αυτά τα άτομα κοινωνικά απομονωμένα. Οι ασθενείς που τρώνε τείνουν να αποφεύγουν να τρώνε με άλλους λόγω του φόβου ότι θα χάσουν τον έλεγχο της κατανάλωσης σε κοινωνικό περιβάλλον. (Zugai et al., 2018)

Η χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ξεκινά συχνά σε κοινωνικό πλαίσιο με τους συνομηλίκους. Λόγω του επιπολασμού της κατάχρησης συννοσηρών ουσιών σε διατροφικές διαταραχές, απαιτείται προσεκτική ανασκόπηση της χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών. Αυτό περιλαμβάνει το ποσό, τη συχνότητα και τη διάρκεια. Ορισμένα φάρμακα (π.χ. διεγερτικά, καφεΐνη, χάπια διατροφής) μπορεί να καταχραστούν λόγω των επιδράσεών τους στο μεταβολισμό και την απώλεια βάρους. Οι ασθενείς με νευρική βουλιμία μπορεί να αναφέρουν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Θα πρέπει να σημειωθεί σχετική διακοπή ρεύματος και απώλεια συνείδησης. (van Ommen et al., 2009)

Οικογενειακό ιστορικό

Η οικογένεια είναι ένας σημαντικός τομέας αξιολόγησης για την κατανόηση της πιθανής επιρροής της στον ασθενή και της σημασίας των συμπτωμάτων της διατροφικής διαταραχής. Η οικογένεια είναι μια πηγή πληροφοριών σχετικά με τη λειτουργία του νοσοκομείου του ασθενούς. Οι οικογενειακοί κανόνες που σχετίζονται με τις ώρες φαγητού και γεύματος, τις αντιλήψεις για το σωματικό βάρος και το σχήμα, τις πολιτιστικές αξίες που σχετίζονται με το φαγητό και το σχήμα του σώματος, το

ιστορικό της παχυσαρκίας και το ιστορικό των διατροφικών διαταραχών και άλλες ψυχοπαθολογίες είναι τομείς που πρέπει να εξερευνηθούν. (van Ommen et al., 2009)

Η αξιολόγηση των σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας παρέχει δεδομένα σχετικά με τη διαφωνία, τα όρια, το εχθρικό, την εισβολή, το τραύμα και την ακραία κριτική. Ο σχεδιασμός οικογενειακών εκδηλώσεων σε μια χρονική γραμμή, συμπεριλαμβανομένων των γεννήσεων, των θανάτων, των χωρισμών και των διαζυγίων, παρέχει την ευκαιρία να εκτιμηθεί η σχέση με την έναρξη ή τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη διατροφή. (Davies, Bacon, 2016)

Ιατρικό ιστορικό και τρέχοντα ιατρικά προβλήματα

Ένα ιατρικό ιστορικό, εκτός από τις πληροφορίες που λαμβάνονται από μια φυσική εξέταση, είναι σημαντικό να εκτιμηθούν (1) προηγούμενες ασθένειες, (2) ιατρικές επιπλοκές που οφείλονται στη διατροφική διαταραχή και (3) άλλες πιθανές ιατρικές και ψυχιατρικές καταστάσεις που μπορεί να είναι οι υποκείμενες αιτίες φαινομένων συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής. Μερικοί ασθενείς αναφέρουν ότι η διατροφική τους διαταραχή ξεκίνησε μετά από ιατρική ασθένεια στην οποία έχασαν βάρος (π.χ. μονοπυρήνωση). Παρόλο που δεν υπάρχουν ενδείξεις για αιτιώδη συνάφεια, μπορεί να είναι ότι η ακούσια απώλεια βάρους διεγείρει μια ανησυχία με το σωματικό βάρος και το σχήμα σε ευάλωτα άτομα. Οι επιπλοκές είναι σε μεγάλο βαθμό συνέπεια του υποσιτισμού και της πείνας. (Peterson, Fuller, 2019)

Ιστορικό θεραπείας

Το ιστορικό της ψυχιατρικής θεραπείας περιλαμβάνει λεπτομέρειες σχετικά με την τρέχουσα νοσοκομειακή περίθαλψη πριν από τη νοσηλεία, την προηγούμενη νοσοκομειακή περίθαλψη, τα οικιακά και ημερήσια προγράμματα και τις προηγούμενες νοσηλείες. Σημειώνεται η ημερομηνία, η διάρκεια, ο θεραπευτής, η τοποθεσία, η διάγνωση, ο τρόπος θεραπείας, η ανταπόκριση και η μη απάντηση. Το ιστορικό της φαρμακολογικής παρέμβασης είναι χρήσιμο, συμπεριλαμβανομένων των λεπτομερειών σχετικά με τον τύπο και το όνομα των φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν, τη δόση, τη συχνότητα και τη διάρκεια της χρήσης, τα στοχευμένα συμπτώματα, την ανταπόκριση του ασθενούς και την αντιληπτή αποτελεσματικότητα. Οι συμπληρωματικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης της συμβουλευτικής

διατροφής, των ομαδικών θεραπειών και των ομάδων υποστήριξης, παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τους πόρους που διαθέτει ο ασθενής και τη χρήση διαφόρων τρόπων παρέμβασης. Η συμμόρφωση με προηγούμενα θεραπευτικά σχήματα θα πρέπει να αξιολογούνται και πρέπει να εντοπίζονται εμπόδια. (van Ommen et al., 2009)

Ψυχική κατάσταση

Μια εξέταση ψυχικής κατάστασης ενδείκνυται κατά την εισαγωγή. Εκτός από τις τυπικές περιοχές μιας ψυχικής εξέτασης, οι τομείς ιδιαίτερης ανησυχίας περιλαμβάνουν την εκτίμηση της διάθεσης και της επίδρασης, δεδομένης της υψηλής συννοσηρότητας των συναισθηματικών ασθενειών και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με τις καταστάσεις πείνας. Υποδεικνύεται μια διεξοδική αξιολόγηση του αυτοκτονικού ιδεασμού, των σχεδίων και των προσπαθειών. Η ψυχοκινητική λειτουργία, η εμφάνιση και η ομιλία μπορεί επίσης να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η κρίση, η αξιοπιστία και η διορατικότητα είναι πιθανό να επηρεαστούν περισσότερο κατά τη διάρκεια οξείας φάσης ασθένειας. (Peterson, Fuller, 2019)

4.2.4 Στόχοι νοσηλείας

Πολλοί ασθενείς με διατροφικές διαταραχές υποβάλλονται σε θεραπεία σε περιβάλλον εξωτερικών ασθενών. Η νοσηλεία συμβαίνει σε ασθενείς που υποσιτίζονται σοβαρά και με χαμηλό βάρος, καθιστώντας τους σε κίνδυνο για ιατρική αστάθεια. ασθενείς που έχουν ιατρικές επιπλοκές. και ασθενείς με σημαντική συννοσηρή ψυχοπαθολογία. (van Ommen et al., 2009)

Οι στόχοι της νοσηλείας είναι η αποκατάσταση του υγιούς βάρους, η θεραπεία ιατρικών επιπλοκών και η ψυχιατρική συννοσηρότητα, η βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας που σχετίζεται με τη διατροφική διαταραχή, η ενίσχυση των κινήτρων, η εκπαίδευση, η οικογενειακή υποστήριξη και η πρόληψη της υποτροπής. Η θεραπεία είναι διεπιστημονική και η ομαδική προσέγγιση είναι αναπόσπαστη για την ανάρρωση του ασθενούς. (Davies, Bacon, 2016)

4.2.5 Τεχνικές γνωστικής συμπεριφοράς

Οι τεχνικές γνωστικής συμπεριφοράς χρησιμοποιούνται συχνά για την αντιμετώπιση αλλαγμένων αντιλήψεων που σχετίζονται με τη διατροφική διαταραχή. Αυτές οι στρατηγικές εισάγονται μετά την αρχική σταθεροποίηση, όταν ο ασθενής είναι καλύτερα σε θέση να επωφεληθεί από αυτές. Οι τακτικές περιλαμβάνουν την εξερεύνηση του συστήματος πεποιθήσεων που υποστηρίζει κακή προσαρμοστική συμπεριφορά, ανάθεση συγκεκριμένων εργασιών (π.χ. δημιουργία μιας λίστας θετικών και αρνητικών αυτο-ιδιοτήτων), διερεύνηση εναλλακτικών προσαρμοστικών συμπεριφορών (π.χ. καταγραφή δραστηριοτήτων εκτροπής, όπως ακρόαση μουσικής, παρακολούθηση τηλεόρασης ή ανάγνωση), αυτοπαρακολούθηση (ημερολόγια) και αναδιάρθρωση πεποιθήσεων, συμπεριφορών και παρανοήσεων. (Zugai et al., 2018)

Οι παρεμβάσεις στοχεύουν σταδιακή αλλαγή, επιτρέποντας ρεαλιστική επιτυχία. Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία πρέπει να είναι ιδιαίτερα προετοιμασμένοι για αυξημένο άγχος καθώς αυξάνουν το βάρος και προχωρούν μέσω της θεραπείας. (Peterson, Fuller, 2019)

4.2.6 Διατροφικές απαιτήσεις, πρότυπα γεύματος και σωματικό βάρος

Για ασθενείς με νευρική ανορεξία, το βάρος στόχος πρέπει να καθοριστεί συλλογικά από την ομάδα θεραπείας και τον ασθενή. Συνιστάται ελάχιστο βάρος στόχου 90% του αναμενόμενου βάρους. Ένα ασφαλές ποσοστό αύξησης βάρους είναι περίπου 2 έως 3 λίβρες την εβδομάδα. Για να επιτευχθεί αυτό, η πρόσληψη τροφής είναι περίπου 30 έως 40 kcal/d και αυξάνεται σε 70 έως 100 kcal/d. Αυτό σημαίνει ότι ξεκινά από 1000 έως 1600 kcal / d και αυξάνεται σε 2100 έως 4000 kcal / d σε βήματα 500-kcal για 4 έως 5 ημέρες. Για τα παιδιά και τους εφήβους, όταν επιτυγχάνεται το βάρος στόχου, οι απαιτήσεις συντήρησης βάρους είναι 40 έως 60 kcal / ημέρα για να επιτρέπεται η ανάπτυξη και η ανάπτυξη. (van Ommen et al., 2009)

Ο αριθμός των θερμίδων που καταναλώνονται ανά ημέρα πρέπει να παρακολουθείται για να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς καταναλώνουν τις απαραίτητες απαιτήσεις για να επιτύχουν αύξηση βάρους. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό δεδομένου ότι οι ασθενείς που αποβάλλονται σε βάρη χαμηλότερα από εκείνα που στοχεύουν διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής και νοσηλείας. Για ασθενείς που παρουσιάζουν

υπερβολική πρόσληψη, θα πρέπει να αξιολογείται η πιθανότητα απόρριψης τροφής ή χρήσης αντισταθμιστικών συμπεριφορών. (Davies, Bacon, 2016)

Η χρήση ρινογαστρικής σίτισης είναι ασυνήθιστη, αλλά αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται σε απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Η ρινογαστρική σίτιση σχετίζεται με σημαντικούς κινδύνους για υπερφόρτωση υγρών και καρδιακή ανεπάρκεια που σχετίζεται με ταχεία τροφοδοσία. Συνιστάται παρακολούθηση της καρδιάς για υποσιτισμένα παιδιά και εφήβους των οποίων το σωματικό βάρος είναι μικρότερο από το 70% του αναμενόμενου. (Peterson, Fuller, 2019)

Είναι χρήσιμη η δημιουργία ενός πρωτοκόλλου που θα προσδιορίζει τις δομικές και τις διαδικασίες παρακολούθησης. Εκτός από τον καθορισμό της απαιτούμενης καθημερινής πρόσληψης θερμίδων, πρέπει να αντιμετωπιστεί η δομή όσον αφορά τα γεύματα και τα σνακ. Τα γεύματα γίνονται σε ένα χώρο φαγητού εάν είναι δυνατόν, με αυστηρή οπτική παρακολούθηση για να διασφαλιστεί ότι ο ασθενής έφαγε το γεύμα. Η αυστηρή παρακολούθηση για 1 ώρα μετά τα γεύματα χρησιμοποιείται για την αποφυγή συμπεριφοράς καθαρισμού. Τα σχέδια πρέπει να προσδιορίσουν την συνέπεια για τα γεύματα που δεν τρώγονται. Συνήθως αυτό περιλαμβάνει αντικατάσταση των χαμένων θερμίδων με συμπληρώματα διατροφής (π.χ., Ensure). Τα συμπληρώματα καταναλώνονται στο ίδιο περιβάλλον όπου γίνονται τα γεύματα. Ορίζεται το χρονικό πλαίσιο ενός γεύματος, με διάρκεια 30 λεπτά. Κατά την αρχική σταθεροποίηση του τρόπου γεύματος, συμβαίνει η συμμετοχή του ασθενούς στην επιλογή τροφής. (Peterson, Fuller, 2019)

4.2.7 Άσκηση

Για ασθενείς με νευρική ανορεξία, η άσκηση περιορίζεται κατά την είσοδο, διότι η κατανάλωση θερμίδων νικά τον στόχο της αύξησης βάρους. Κατά την επίτευξη βάρους στόχου, η εποπτευόμενη άσκηση επαναφέρεται σταδιακά σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής και κατευθύνεται στην προώθηση της υγείας και την φυσική κατάσταση παρά στην απώλεια βάρους. Μετά τη νοσηλεία, οι ασθενείς μπορεί να επωφεληθούν από τις επιδράσεις της άσκησης βάρους, επειδή θεωρείται σημαντικό για την πρόληψη της απώλειας οστού. (Zugai et al., 2018)

4.2.8 Φαρμακευτική αγωγή

Με τη νευρική ανορεξία, φάρμακα όπως τα αντικαταθλιπτικά και οι παράγοντες κατά του άγχους χρησιμοποιούνται συχνότερα μετά την αποκατάσταση του βάρους και την ομαλοποιημένη διατροφική συμπεριφορά. Τα φάρμακα μπορεί να ενδείκνυνται παρουσία σημαντικής συννοσηρότητας. Ωστόσο, οι καταστάσεις χαμηλού βάρους μπορεί να κάνουν αυτούς τους ασθενείς πιο ευάλωτους στις παρενέργειες. (Peterson, Fuller, 2019)

4.2.9 Περιβάλλον

Οι επισκέπτες αρχικά περιορίζονται, ενώ οι οικογενειακές επισκέψεις περιορίζονται σε συνεδρίες θεραπείας επειδή τα μέλη της οικογένειας μπορεί να αυξήσουν το άγχος του ασθενούς που σχετίζεται με την αύξηση βάρους. Καθώς η κλινική παρουσίαση βελτιώνεται, οι επισκέψεις επιτρέπονται και ενσωματώνονται σε ένα σύστημα ανταμοιβής. Η σαφής επικοινωνία με το προσωπικό σχετικά με το επίπεδο δραστηριότητας, τις διαδικασίες παρακολούθησης και τα προνόμια είναι απαραίτητη (Bacon, 2016).

4.3 Νοσηλευτική ψυχικής υγείας

Ο πολυδιάστατος ρόλος και το εύρος των αρμοδιοτήτων του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας απαιτούν σύγχρονες γνώσεις, κλινικές δεξιότητες και καθημερινή ενημέρωση και εκπαίδευση στην συνεχή ανάπτυξη της Ψυχιατρικής επιστήμης. Η Ψυχιατρική Νοσηλευτική/Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας περιλαμβάνει τη διάγνωση και τη θεραπεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς ως αντίδρασης στα πλαίσια των ψυχικών προβλημάτων.

Εκ των πραγμάτων ο ρόλος του επεκτείνεται πέρα από την τυπική νοσηλευτική πράξη σε τομείς που διέπουν την καθημερινότητα της αποκατάστασης.

Πιο συγκεκριμένα, δεν αρκείται μόνο στην φροντίδα για τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά εκπαιδεύει και υποστηρίζει τους φιλοξενούμενους στην αποδοχή, αναγνώριση και τελικά στην αυτόνομη λήψη της.

Υποστηρίζει και εκπαιδεύει τον καθένα στην αυτοφροντίδα, ατομική υγιεινή και οργάνωση της φροντίδας του χώρου του, στη σίτιση, τη μαγειρική, την καθαριότητα και στην οικονομική διαχείριση.

Υποστηρίζει και εμπλέκει τους φιλοξενούμενους στην οργάνωση των ιατρικών τους ζητημάτων, π.χ. ιατρικά ραντεβού, συνταγογραφήσεις αγωγής, τήρηση ιατρικών αρχείων.

Σε περιπτώσεις εκτάκτων ψυχιατρικών ή παθολογικών καταστάσεων βρίσκεται δίπλα στον φιλοξενούμενο και τον συνοδεύει όπου χρειαστεί, στηρίζοντάς τον ψυχολογικά και πρακτικά.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι πάνω από όλα μέλος μιας θεραπευτικής ομάδας στη δομή που εργάζεται. Ως θεραπευτής λοιπόν συμβάλει στην ένταξη του φιλοξενούμενου σε μια ομαλή καθημερινότητα, οργανώνοντας, από κοινού με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμά του μέσω της ανάληψης ρόλων εντός της μονάδας, αλλά και αντίστοιχα προγράμματα εκπαίδευσης-απασχόλησης -κατάρτισης στην κοινότητα, προσαρμοσμένα στις εξατομικευμένες ανάγκες και δυνατότητες του φιλοξενούμενου. Μπορεί να συνεργαστεί στενά με έναν ή περισσότερους ενοίκους .η ωφελούμενους μιας δομής, ως πρόσωπο αναφοράς, συνδιοργανώνοντας το ατομικό θεραπευτικό τους πρόγραμμα και εστιάζοντας έτσι περισσότερο στις ειδικότερες δυνατότητες και στόχους του καθένα.

Πολλές φορές καλείται να παρέμβει θεραπευτικά και να εφαρμόσει τεχνικές για αποκλιμάκωση άγχους και για άμβλυνση διαφόρων συμπτωμάτων ή σκέψεων, καθώς επίσης να διαχειριστεί δύσκολες στιγμές στην καθημερινότητα των στεγαστικών δομών. Άλλοτε πάλι χρειάζεται να εκπαιδεύσει τους ένοικους της δομής στην αναγνώριση και αποδοχή της ασθένειάς τους και των αναγκών της. Τέλος, παίρνει ενεργά μέρος στην διασύνδεση της δομής όπου εργάζεται με τη γειτονιά, την κοινότητα και την τοπική κοινωνία, στηρίζοντας την, όσο το δυνατόν πιο αυτόνομη, ένταξη των φιλοξενούμενων και καταπολεμώντας το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει την ψυχική νόσο, με παρεμβάσεις τόσο στις οικογένειες των ψυχικά πασχόντων, όσο και στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο που ανήκει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ



5.1 Περιστατικό 1

Νεαρή ασθενής εισέρχεται στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Πατρών με πόνο στο στομάχι και συνεχή τάση προς εμετό. Από τις πληροφορίες της οικογένειας φαίνεται ότι η ασθενής αντιμετώπιζε προβλήματα βουλιμίας.

Μετά από κάθε γεύμα της προσπαθούσε να αποβάλει την τροφή με αποτέλεσμα να έχει χάσει υπερβολικό βάρος.

Η ασθενής εξετάστηκε από παθολόγο και φάνηκε ότι δεν εμφανίσει κάποιο οργανικό πρόβλημα. Η τελική γνωμάτευση αναφέρει ψυχογενή βουλιμία. Εντός της νοσοκομειακής μονάδας η ασθενής είχε παράλληλα άγχος και φόβο.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Άλγος στην περιοχή του στομάχου.	Απαλλαγή του ασθενούς από το στομαχικό άλγος	<p>Η ασθενής θα πρέπει να τοποθετηθεί σε αναπαυτική θέση</p> <p>Συχνή καταγραφή ζωτικών σημείων</p> <p>Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστική θέση.</p> <p>Χορηγήθηκε 1 amp Zinderon 75mg/ml IM κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p> <p>Συζήτηση με την ασθενή για την χρησιμότητα της σωστής διατροφής</p> <p>Πραγματοποιήθηκε λήψη ζωτικών σημείων ανά 3ωρο</p>	Η ασθενής αναφέρει μείωση του πόνου

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Τάση προς εμετό	Εξάλειψη συμπτωμάτων	Διατήρηση ήρεμου και ασφαλή περιβάλλοντος Εκπαίδευση ασθενούς για σωστή αναπνοή	Εκπαίδευση ασθενούς ώστε να παίρνει ήρεμες, αργές και βαθιές αναπνοές Αερισμός χώρου Η ασθενής τοποθετείται σε ήρεμο θάλαμο και αποφεύγεται η συχνή επίσκεψη των οικείων	Τα συμπτώματα μειώθηκαν

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Άγχος και φόβος του ασθενούς	Εξάλειψη του άγχους και του φόβου του ασθενούς	<p>Συζήτηση με τον ασθενή προκειμένου να μην υπάρχουν αυτά τα δυσάρεστα συναισθήματα</p> <p>Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς</p>	<p>Ο νοσηλευτής πραγματοποίησε συζήτηση με τον ασθενή προκειμένου να εκφράσει τα συναισθήματα του.</p> <p>Ενημέρωση του ασθενούς για τη φύση της νόσου του και ενθάρρυνση να την αντιμετωπίσει.</p>	Τα δυσάρεστα συναισθήματα μετριάστηκαν δε νιώθει άγχος κα φόβο

5.2 Περιστατικό 2

Ασθενής ηλικίας 20 ετών εισήχθη στην παθολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών καθώς παρουσιάζει τα εξής συμπτώματα: ζάλη, αδυναμία, αφυδάτωση. Η ασθενής τα τελευταία 2 χρόνια έχει διαγνωστεί με νευρογενή ανορεξία. Παράλληλα με τη συγκεκριμένη διάγνωση η ασθενής έχει διαγνωστεί με κατάθλιψη. Λόγω της δυσκολίας της κατάστασης της παρουσίαζε δυσκολία στην προσαρμογή της στο νοσοκομειακό περιβάλλον και γι αυτό το λόγω χρειαζόταν ειδική αντιμετώπιση ώστε να γίνει σωστή νοσηλευτική περίθαλψη.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Αδυναμία	Απαλλαγή του ασθενούς από το σύμπτωμα και ξεκούραση του ασθενούς	Εξασφάλιση ισορροπημένης διατροφής Εξασφάλιση ύπνου Ελαχιστοποίηση δραστηριοτήτων της ασθενούς	Ο ασθενής εκπαιδεύτηκε ώστε να ιεραρχεί τις δραστηριότητες του Δημιουργία διαιτολογίου για τη λήψη όλων των θρεπτικών συστατικών σε συνεργασία με διατροφολόγο Έγινε προσπάθεια να κοιμάται τουλάχιστον 7 ώρες την μέρα	Η ασθενής αναφέρει ότι ξεκουράζεται και αισθάνεται πιο δυνατή.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Ζάλη	Σκοπός είναι να μειωθεί ή να εξαλειφθεί το σύμπτωμα	<p>Προγραμματισμός συγκεκριμένων ενεργειών ώστε η ασθενής να θρέφεται σωστά και να δημιουργηθεί το σωστό περιβάλλον για να ξεκουράζεται</p> <p>Χορήγηση φαρμάκων στην περίπτωση που κριθεί απαραίτητο κατόπιν ιατρικής οδηγίας</p> <p>Παρακολούθηση ζωτικών σημείων ασθενούς</p>	<p>Ανάπτυξη διατροφολογίου με τη συνεργασία διατροφολόγου και του θεράποντος ιατρού.</p> <p>Παρακολούθηση ασθενούς εάν τηρεί τη σίτιση της και εάν ξεκουράζεται σωστά.</p> <p>Παρακολούθηση ζωτικών σημείων ασθενούς ανά 3 ώρες.</p> <p>Χορήγηση ηλεκτρολυτών κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p>	Μειώθηκε το σύμπτωμα της ζάλης

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Κατάθλιψη	Εξάλειψη καταθλιπτικών συμπτωμάτων Ενθάρρυνση ασθενούς	Συζήτηση με τους γονείς του ασθενούς με σκοπό την ψυχολογική ανάταση του ασθενούς Συζήτηση με τον ασθενή με σκοπό την ψυχολογική ανάταση του.	Εφαρμογή ψυχοθεραπείας με τον ασθενή και τους γονείς	Βελτίωση της εικόνας του ασθενούς στον εαυτό του.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
<p>Δυσκολία του ασθενούς να προσαρμοστεί στο νοσοκομειακό περιβάλλον</p>	<p>Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στον ασθενή και προσπάθεια συνεργασίας μαζί του προκειμένου να έχει ομαλή νοσηλεία</p>	<p>Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας στον ασθενή</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή και εξήγηση των λόγων για τους οποίους έχει πραγματοποιηθεί η εισαγωγή του στο νοσοκομείο</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε ξενάγηση του ασθενούς στο χώρο της κλινικής προκειμένου να αισθανθεί ασφάλεια.</p> <p>Πραγματοποιήθηκε πολύωρη συζήτηση με ηρεμία και αγάπη με τον ασθενή σχετικά με την ασθένεια του και τον λόγο που έχει εισαχθεί.</p>	<p>Παρουσίασε σημαντικά σημάδια βελτίωσης όσον αφορά την προσαρμογή του στο χώρο του νοσοκομείου και έγινε πιο φιλικό</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία είναι κυρίως ψυχιατρικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από σοβαρές διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς. Οι διατροφικές διαταραχές είναι πιο διαδεδομένες στη δυτική κουλτούρα όπου η τροφή είναι σε αφθονία και η ελκυστικότητα των γυναικών εξισώνεται με λεπτότητα. Οι διατροφικές διαταραχές είναι σπάνιες σε χώρες όπως η Ινδία. Παρά την πληθώρα επιλογών διαχείρισης που διατίθενται στους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, δεν έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδος τα τελευταία χρόνια. Η διατροφική αποκατάσταση μαζί με κάποια μορφή επανεκπαιδευτικής ψυχοθεραπείας παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος της διαχείρισης της νευρικής ανορεξίας. Στη νευρική βουλιμία, η θεραπεία με φλουοξετίνη και γνωστική συμπεριφορά έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματική.

Η αποτελεσματική νοσηλευτική περίθαλψη σε νοσοκομειακούς ασθενείς με νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία βασίζεται σε μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση, συμπεριλαμβανομένου του ιστορικού ιατρικής και θεραπείας, της ψυχικής κατάστασης και των συμπτωμάτων της βασικής διατροφικής διαταραχής. Αν και οι περισσότεροι ασθενείς με διατροφική διαταραχή υποβάλλονται σε θεραπεία σε εξωτερικούς ασθενείς, η νοσηλεία είναι κατάλληλη για ασθενείς που αντιμετωπίζουν σοβαρό υποσιτισμό ή συννοσηρότητα ή που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ιατρική αστάθεια. Η νοσηλευτική περίθαλψη σε εσωτερικούς ασθενείς κατευθύνεται στη βελτιστοποίηση της κατάστασης της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των εστιασμένων παρεμβάσεων που αποσκοπούν στη βελτίωση της διατροφής, της γνώσης, της αντιμετώπισης και της ιατρικής σταθερότητας.

Η πρόληψη, η δημιουργία υγιών μοντέλων και η επίγνωση της επίδρασης των κοινωνικών μέσων στην εικόνα του σώματος ενός ατόμου και η αυτοεκτίμηση μπορεί να είναι εξαιρετικά επωφέλης στην κατανόηση των διατροφικών διαταραχών. Δεν υπάρχει καμία γνωστή αιτία διατροφικών διαταραχών. Ωστόσο, υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορούν να κάνουν ένα άτομο με προδιάθεση να αναπτύξει μια διατροφική διαταραχή. Αυτές περιλαμβάνουν: προηγούμενες διατροφικές συμπεριφορές, έχοντας ένα μέλος της οικογένειας με ιστορικό διατροφικής διαταραχής, ασκώντας μεγάλη πίεση στον εαυτό του (τελειομανή χαρακτηριστικά), έχοντας συννοσηρότητα όπως άγχος, κατάθλιψη ή διαταραχή της προσωπικότητας.

Η σημασία της ολιστικής φροντίδας που εστιάζεται στον ασθενή και περιλαμβάνει οικογένειες και φροντιστές δεν μπορεί να υποτιμηθεί και η υποστήριξη πρέπει να συνεχιστεί. Πολύ συχνά θεωρείται ότι όταν ένας ασθενής έχει αποκαταστήσει το βάρος και μπορεί να φάει ξανά κανονικά, είναι αρκετά καλά ώστε να μην χρειάζονται πλέον υποστήριξη. Σε πολλές περιπτώσεις, η διατροφική διαταραχή έχει επηρεάσει κάθε πτυχή της ζωής του ατόμου.

Υπάρχουν συχνά ζητήματα που σχετίζονται με τη χαμηλή αυτοπεποίθηση, τη δυσκολία κοινωνικής δικτύωσης με φίλους, την επανένταξη στην εκπαίδευση, την απασχόληση ή τα χόμπι. Η εκμάθηση να βρίσκει κανείς την ταυτότητα του, όταν για τόσο καιρό επισκιάζεται από τη διατροφική διαταραχή είναι συχνά μια πρόκληση. Το πιο σημαντικό πράγμα που πρέπει να γνωρίζει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι το πόσο ζωτικής σημασίας είναι η συνεργατική φροντίδα μεταξύ ο ασθενή, ιατρού, υπηρεσιών και ευρύτερου δικτύου οικογένειας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abbass A A, Kisely S R, Town J M, Leichsenring F, Driessen E. and others. (2014). Short-Term Psychodynamic Psychotherapies for Common Mental Disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Davies N, Bacon E. (2016). Eating Disorder Recovery Handbook: A Practical Guide to Long-Term Recovery. Jessica Kingsley Publishers: London.

Dieterich M, Irving C B, Park B, Marshall M. (2010). Intensive Case Management for Severe Mental Illness. Cochrane Database of Systematic Reviews (10).

Furlan A D, Gnam W H, Carnide N, Irvin E, Amick B. et al. (2012). Systematic Review of Intervention Practices for Depression in the Workplace. *Journal of Occupational Rehabilitation* 22 (3): 312–21.

Gander M, Sevecke K, Buchheim A. (2018). Disorder-specific attachment characteristics and experiences of childhood abuse and neglect in adolescents with anorexia nervosa and a major depressive episode. *Clin Psychol Psychother.* 25(6):894-906.

Hochlerhnert A, Lowe B, Bludau HB, Borst M, Zipfel S, Herzog W. (2010). Spontaneous pneumomediastinum in anorexia nervosa: review of the literature. *Eur Eat Disord Rev.*;18:107–15.

Hoek HW. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*;19:389-94.

Keel PK, Mitchell JE, and Davis TL. et al. (2002). Long-term impact of treatment in women diagnosed with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 31:151–158.

Mehler PS. (2001). Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. *Ann Intern Med.* ;134:1048–1059.

Nagata JM, Garber AK, Tabler JL, Murray SB, Bibbins-Domingo K. (2018). Prevalence and Correlates of Disordered Eating Behaviors Among Young Adults with Overweight or Obesity. *J Gen Intern Med.* 33(8):1337-1343.

Peterson K, Fuller R. (2019). Anorexia nervosa in adolescents: An overview. *Nursing.* 49(10):24-30.

Phillipou A, Rossell SL, Castle DJ. (2018). Anorexia nervosa or starvation? *Eur. J. Neurosci.* 48(11).

Sansone R. (2012). Hoarseness: a sign of self induced vomiting? *Innov Clin Neurosci.* 9:37–41.

Strumia R. (2013). Eating disorders and the skin. *Clin Dermatol.* 31:80–5.

Treasure J., Zipfel S., Micali N., Wade T., Stice E., Claudino A., Schmidt U., Frank G.K., Bulik C.M., Wentz E. (2015). Anorexia nervosa. *Nat. Rev. Dis. Primers.* 1:15074.

van Ommen J, Meerwijk EL, Kars M et al. (2009). Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. *J Clin Nurs.* 18(20):2801-8.

Zugai JS, Stein-Parbury J, Roche M. (2018). Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study. *J Adv Nurs.* 74(2):443-453.